

# Migréna a deprese: spolupráce neurologa a psychologa

**MUDr. Markéta Škodová, Mgr. Ondřej Škoda**

Neurologické oddělení, Nemocnice Jihlava, p. o., Jihlava

Depresivní syndrom patří spolu s anxiétou k nejčastějším komorbiditám migrény. Je známo, že přítomnost depresivních příznaků při migréně je rizikovým faktorem progrese migrény do chronické formy. Včasný záchyt rizikových pacientů a léčba deprese může zvrátit tento vývoj. Ačkoliv dosud nebylo publikováno jasné doporučení, kdy a jakým způsobem provádět screening, je vhodné po současných psychiatrických komorbiditách u migreniků pátrat. V případě potvrzení depresivních či anxiózních obtíží by lékař měl začít s farmakoterapií a následně sledovat i její úspěšnost. Pokud se ukáže, že tyto primární kroky nejsou dostatečně efektivní nebo současné psychické obtíže reflektují zásadní změny v pacientově životě (reakce na partnerské obtíže, ztrátu zaměstnání apod.), je na místě využít i odbornosti psychologa, který má k dispozici větší časový prostor, podrobnější testové metody (například osobnostní diagnostiku) a často má i možnost v léčbě využít cílenou psychoterapii.

**Klíčová slova:** migréna, deprese, úzkost, screening deprese, psychoterapie.

## Migraine and depression: cooperation of a neurologist and a psychologist

Along with anxiety, depressive syndrome is among the most common comorbidities of migraine. The presence of depressive symptoms in migraine is known to be a risk factor for migraine progression to a chronic condition. Early detection of patients at risk and treatment of depression can reverse this trend. Although a clear guideline on when and how to perform screening has not been published so far, it is advisable to search for psychiatric comorbidities in migraine patients. When depressive or anxiety symptoms have been confirmed, the physician should initiate pharmacotherapy and follow up the patient to observe its success. If these primary steps are shown not to be effective enough or if the present mental complaints reflect fundamental changes in the patient's life (response to partnership difficulties, loss of a job, and the like), it is appropriate to make use of the expertise of a psychologist who has more time available, more detailed testing methods (e.g., personality diagnosis), and often an opportunity to use targeted psychotherapy as part of the treatment.

**Key words:** migraine, depression, anxiety, depression screening, psychotherapy.

## Pohled neurologa

Migréna je časté neurologické onemocnění, které je charakterizováno atakami středně silné až silné bolesti hlavy obvykle pulzujícího charakteru, kterou mohou doprovázet další neurologické, gastrointestinální a autonomní příznaky. S prevalencí kolem 12% se řadí mezi poměrně častá neurologická onemocnění (Meshkat et al., 2019). Migréna může zásadním způsobem zhoršovat kvalitu života, a to nejen v souvislosti s klinickými symptomy, ale také v důsledku snížení pracovní produktivity s ekonomickými dopady na život jednotlivce.

Depresivní porucha provází řadu neurologických onemocnění a asociace mezi depresí a migrénou již byla prokázána celou řadou studií. Migrenici mají ve srovnání s běžnou populací 2–4x vyšší riziko rozvoje depresivní poruchy a dokonce až 4x vyšší riziko sebevraždy (Amoozegar, 2017; Yavuz et al., 2013). Rozsáhlou meta-analýzou z roku 2011, která analyzovala 12 originálních prací zjišťujících prevalenci deprese u migreniků ve srovnání s běžnou populací, bylo zjištěno, že prevalence depresivních příznaků u pacientů s migrénou byla od 8,6% do 47,9%

ve srovnání s běžnou populací, kde prevalence činila 3,4% až 24,4% dle konkrétní studie. V minulosti byl zjištěn rozdíl v rozvoji deprese i v rámci skupiny migreniků, a to v závislosti na přítomnosti aury jako jednoho ze symptomů migrény. Rozsáhlá studie na norské populaci prokázala, že riziko rozvoje deprese je vyšší u pacientek trpících migrénou s aurou, u mužů se však přítomnost aury při migréně nejevila v souvislosti s depresí jako významná (Amoozegar, 2017). Deprese může být pro řadu pacientů stále stigmatizující, proto je pravděpodobné,



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORKY:

MUDr. Markéta Škodová, skodovam@nemji.cz

Neurologické oddělení, Nemocnice Jihlava, p. o., Vrchlického 59, 586 33 Jihlava

Cit. zkr: Neurol. praxi 2020; 21(3): 209–213

Článek přijat redakcí: 11. 5. 2020

Článek přijat k publikaci: 29. 5. 2020

že řada pacientů s depresivními symptomy odbornou pomoc vůbec nevyhledá, navíc psychické a emocionální obtíže se mohou projevat i různými somatickými stesky. Jako rizikové pro rozvoj depresivní poruchy se u jedinců trpících migrénou kromě přítomnosti aury jeví frekventní bolesti hlavy, dále neuspokojivé partnerské či rodinné vztahy, horší sociokonomický statut, předchozí anamnéza deprese, ženské pohlaví a komplikované dětství (Jetté et al., 2017).

Dosud neexistují žádné guidelines, které by stanovovaly podle jakého klíče pacienty screenovat, jaké testy či metody použít nebo jak často by se měl screenig provádět. Mezi nejčastěji uváděná doporučení patří zaměřit se na pacienty, u nichž došlo k progresi onemocnění do chronické formy, dále na pacienty refrakterní ke standardní terapii či pacienty v péči specializovaných center léčby bolestí hlavy. Spoléhat se čistě na testovací dotazníky a škály by mohlo vést k falešně negativním či falešně pozitivním výsledkům, proto by definitivní diagnóza měla být stanovena na syntéze těchto informací a cíleně odebraných anamnestických dat.

Na trhu je k dispozici řada antidepresiv a k nárazovému podání vhodných anxiolytik. Mezi ty nejvíce osvědčené v profylaxi migrény se řadí zejména venlafaxin či amitriptylin, v terapii deprese je však k dispozici i řada dalších preparátů a tak se nemusíme uchýlovat striktně jen k tomuto omezenému výběru. Volba vhodného antidepresiva není předmětem tohoto článku a závisí i na věku a přidružených komorbiditách, proto bych odkázala na recentní článek blíže se věnující tomuto tématu (Racková, 2019).

Pokud máme podezření, že na rozvoji deprese či úzkostných potíží by mohla mít vliv i osobnostní struktura pacienta nebo identifikujeme možné spouštěcí body například v podobě zhoršeného sociálního či ekonomického zázemí, může cílená a opakovaná psychoterapie v dikci psychologa vést k identifikaci a snadnějšímu zpracování těchto podnětů pacientem a významným způsobem tak přispět ke konkrétnímu řešení. Zpětná vazba od psychologa nám může poskytnout i cenná anamnestická data k lepšímu pochopení pacienta.

## Pohled psychologa

Depresivní obtíže, které patří mezi časté komorbidity u migreniků (Ashina et al., 2017; Breslau et al., 2000), mohou znamenat výraz-

né komplikace v léčbě tohoto onemocnění. Problémy, které depresivní obtíže u pacienta s migrénou přinášejí, mají mnoho různých podob – od subjektivně snížené kvality života, přes zhoršenou odpověď na léčbu bolesti hlavy až po vyšší rizika suicidality či nadužívání léků (Dindo et al., 2015). Dle odborných poznatků mají pacienti trpící migrénou obecně vyšší pravděpodobnost rozvinutí deprese a navíc lze nalézt i „obousměrné“ ovlivnění, kdy deprese může předznamenávat, spouštět či dokonce zhoršovat záchvaty migrén (Torelli et al., 2006). Vzhledem k potenciálně závažným dopadům depresivních stavů na celkový průběh pacientovy léčby přibývá bohužel neurologům další povinnost – brát v úvahu riziko depresivních obtíží jako dalšího potenciálního faktoru ovlivňujícího stav pacienta, pokoušet se jej rozpoznat a v rámci možností léčit.

Hodí se zmínit, že předchozí řádky nejsou sepsány s úmyslem přikynout neurologům diagnostické a terapeutické povinnosti jinak typické pro práci psychiatra či psychologa, spíše je zde snaha upozornit na důležitost identifikace projevů depresivity, které komplikují léčbu pacientů s migrénou. Pacienti s recentně prožívanými dysforickými stavy mohou např. vykazovat tendenci hodnotit celý léčebný proces negativně. Jelikož se deprese u pacientů může projevovat množstvím somatických symptomů včetně bolestí, tlaků či jiného tělesného diskomfortu, může být někdy obtížné identifikovat jednotlivé příznaky deprese a ani společné úsilí pacienta a lékaře nemusí vést k získání relevantních informací podstatných pro další cílenou léčbu migrény. Není výjimkou, že pacienti uvádějí dlouhodobě špatnou kompenzaci léčby bolesti, a teprve při podrobnějším dotazování a edukaci od lékaře jsou schopni lépe rozlišovat původ prožívaných obtíží.

V zájmu efektivního přístupu k léčbě komorbidní deprese se jeví cenné především její brzké rozpoznání. Pokud pacient přichází s již dříve stanovenou diagnózou některé z afektivních poruch (např. od ambulantního psychiatra), je pro lékaře snadnější být pozorný k případným projevům snížené nálady. Jde např. o zastřešující diagnózy F32 Depresivní fáze a F33 Periodická depresivní porucha či F31 Bipolární afektivní porucha, dále např. F34.1 Dystymie či F41.2 Smíšená úzkostná a depresivní porucha. Složitější úloha neurologa čeká, jde-li u pacienta o „prvotní záchyt“

depresivních potíží. Z pozice psychologa je čistě teoreticky vhodné doporučit při vyšetření bedlivě sledovat projevy pacienta, zejména změny v jeho chování a myšlení v době od poslední návštěvy, a dále cílené dotazy zaměřené na všechny rizikové oblasti potenciálního výskytu depresivních symptomů – smutek, pláč, výčitky, suicidální myšlenky, ztráta potěšení z dříve oblíbených věcí či činností, špatný spánek a chuť k jídlu, snížené libido, únava, hypobulie atd. Zde je však třeba zdůraznit, že psycholog má v podobných případech vyhrazeny desítky minut na to, aby pacienta pro zmíněná i jiná rizika vyšetřil, takový časový komfort neurolog zpravidla nemá. Jako hodnotnou náhradu s realistickým přihlédnutím k časovým možnostem ambulantního neurologa lze doporučit některé z obecně užívaných škál, například Zungovu sebesozovací stupnici (SDS) či Škálu Montgomeryho a Asbergové (MADRS). Z vlastní praxe se mi jeví vhodná Beckova škála deprese (Preiss et Vacíř, 1999), jejíž vyplnění nezabere bystrému pacientovi více než pár minut. Doporučení této metody má minimálně dvojí opodstatnění – jednak tato škála relativně úspornou formou mapuje všechny oblasti pacientova života s možným výskytem depresivních symptomů včetně zhodnocení míry jejich závažnosti, jednak má oficiální český překlad a standardizaci (Ptáček et al., 2016). Vyhodnocení je rovněž snadné a je otázkou několika desítek sekund, přičemž v neurologické praxi lze podle našich zkušeností profitovat jak z kvantitativního vyhodnocení (porovnání celkového skóru pacienta s příslušnou normou), tak ze zhodnocení kvalitativního (získání užitečných informací z jednotlivých položek o nejčastějších/nejzávažnějších projevech deprese u konkrétního pacienta). Obdobný přístup k hodnocení lze aplikovat i u ostatních používaných škál depresivity.

Ať už podezření na depresivní komplikace lékař získá z pacientova projevu, anamnézy, podrobného rozhovoru či z dotazníkové metody, může poté dle svého odborného uvážení adekvátně reagovat. Nabízí se indikace psychofarmakologických preparátů, konzultace či dispenzarizace v psychiatrické ambulanci či nemocnici, případně, pokud je možnost, využit spolupráce s psychologem (především u komplikovanějších pacientů). Na našem pracovišti se spolupráce neurologa s psychologem ukázala velmi cennou,

**INZERCE**

**INZERCE**

protože lékař může ve zvolených případech profitovat z podrobnějšího psychologického vyšetření depresivních pacientů. Nejčastěji se jedná o pacienty s chronickými obtížemi ne-reagujícími na dosavadní terapeutické zásahy, s historií široké intolerance medikamentů či naopak sklonem k jejich nadužívání, s komplikovanými nebo netypickými osobnostními rysy, ve složité sociální situaci či s polymorfními somatickými stesky.

Klinický psycholog má prostředky a prostor pro to, aby u pacienta posoudil míru depresivity a aktuální rizika, osobnostní podklad, socioekonomický status, situační faktory a okolnosti atd., a na základě svých zjištění přispěl ke strukturaci dalšího terapeutického postupu. V neposlední řadě se může přímo na řešení obtíží podílet prostřednictvím psychoterapie např. technikami kognitivně-behaviorální terapie, které cílí na efektivní řešení či zmírnění problému v co nejkratší době a vykazují u depresivních pacientů vědecky prokázanou úspěšnost (Harris et al., 2015). S pacienty se psychotherapeuticky pracuje např. prostřednictvím relaxačních a dechových cvičení, strukturaci režimu a stanovováním dosažitelných cílů nebo identifikováním stresových faktorů a negativních myšlenek a budováním copingových strategií.

## Příklad spolupráce neurologa a psychologa

Pacientka, 43 let, vyhledala odbornou pomoc v lednu 2018 pro obtížně identifikovatelné leč subjektivně velmi nepříjemné bolesti hlavy, zásadním způsobem omezující kvalitu života. Podrobnějším vyšetřením bylo vyjádřeno podezření na kombinaci epizodické migrény

s frekventní tenzní cefaleou (MIDAS skóre 137 bodů, 4. stupeň; HIT-6 skóre 62 bodů, 4. stupeň). Již od počátku byla edukována v pečlivém vedení denního záznamu bolestí hlavy. V terapii vyzkoušela řadu preparátů v akutní i profylaktické léčbě, drtivá většina preparátů však pacientkou nebyla tolerována, a to i pro postupně krystalizující farmakofobní projevy, které vedly až k praktickému vyčerpání všech farmakologických možností. Jediným tolerovaným a alespoň částečně efektivním se ukázal volně dostupný preparát spíše podpůrného charakteru na bázi ginkgo biloby, s jehož užitím měla pacientka v minulosti dobrou zkušenost v souvislosti s jinými somatickými obtížemi i jeho efekt však odezněl v řádu tří měsíců. Při cíleném rozhovoru se ukázalo, že pacientka má dlouhodobé úzkostné a depresivní potíže, které recentně dále vygradovaly v souvislosti se zhoršením pracovní situace. Po vzájemné domluvě byla pacientka odkázána lékařkou k psychologické intervenci a již před započítím byla stanovena maximální doba pracovní neschopnosti k řešení nastalé situace v délce tří měsíců.

Při vstupním psychologickém vyšetření se jako největší stresový faktor jeví náročné zaměstnání pacientky s týdnem dovolené za rok za minimální mzdu a pozice samoživitelky s malým dítětem spojená s existenčními problémy. Pacientka setrvala v této nepříjemné situaci již roky, postupně se u ní rozvíjely depresivní i úzkostné symptomy, pocity nedostatečnosti, neschopnosti a zároveň závislosti na současném zaměstnání. Jelikož pacientka udávala, že ve výjimečných chvílích klidu a odpočinku bolesti hlavy a špatné nálady ustupují, byl s ní v rámci terapie vypracován strukturovaný režim následujících týdnů. Pacientka ve vymezené době tříměsíční pracovní neschopnosti dostala mimo jiné za úkol začít bez zbytečného odkladu psát životopis, rozeslat jej potenciálním zaměstnavatelům, účastnit se výběrových řízení. V průběhu těchto týdnů docházela na pravidelná terapeutická sezení, kde měla možnost konzultovat svůj postup, pracovat s negativními myšlenkami, získávat motivaci a podporu. Po počátečním váhání se pacientka záhy začala samostatně podílet na budování své nové budoucnosti. Již v průběhu hledání nového zaměstnání bolesti hlavy výrazně ustoupily a snížil se rovněž výskyt depresivních a úzkostných projevů. Pacientka po měsíci našla nové zaměstnání s lepší pracovní dobou a výrazně lepším platem, takže k ukončení pracovní neschopnosti jsme mohli přistoupit ještě před stanovenou časovou lhůtou. Nyní po nástupu do nového zaměstnání pacientka udávala výrazně vyšší kvalitu života, ústup bolestí hlavy i psychických obtíží a bylo možno ji prakticky vyřadit ze sledování (MIDAS skóre 5 bodů, stupeň 1; HIT-6 skóre 42 bodů, stupeň 1).

**Závěr**

Rozpoznání depresivních obtíží pacienta při léčbě bolestí hlavy je nesmírně cenným a pozitivním úkonem. Vzájemné sdílení informací o vývoji stavu u konkrétního pacienta mezi psychologem a lékařem oběma ulehčuje rozhodování a pomáhá v jasnějším úsudku v dalším terapeutickém úsilí. Jedná se nejen o důležitý krok k zefektivnění léčby samotné migrény, ale také lze tímto způsobem nabídnout lepší možnosti k řešení pacientových depresivních stavů, a tím dosažení celkově vyšší kvality života.

## LITERATURA

- Amoozegar F. Depression comorbidity in migraine. *International Review of Psychiatry* 2017; 29(5): 504–515.
- Ashina S, Bendtsen L, Buse DC, Lyngberg AC, Lipton RB, Jensen R. Neuroticism, depression and pain perception in migraine and tension-type headache. *Acta Neurologica Scandinavica* 2017; 163: 470–476.
- Ayele BA, Yifru YM. Migraine-related disability and comorbid depression among migraineurs in Ethiopia: a cross-sectional study. *Neurology* 2018; 18: 95. Dostupný z [www: http://doi.org/10.1186/s12883-018-1095-3](http://doi.org/10.1186/s12883-018-1095-3).
- Baksa D, Gonda X, Juhasz G. Why are migraineurs more depressed? A review of the factors contributing to the comorbidity of migraine and depression. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2017; 19(1): 37–44.
- Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia VC, Welch KM. Headache and major depression: is the association specific to migraine? *Neurology* 2000; 54: 308–313.
- Dindo L, Recober A, Marchman J, O'Hara M, Turvey C. Depression and Disability in Migraine: The Role of Pain Acceptance and Values-Based Action. *International Journal of Behavioral Medicine* 2015; 22: 109–117.
- Harris P, Loveman E, Clegg A, Easton S, Berry N. Systematic review of cognitive behavioural therapy for the management of headaches and migraines in adults. *British Journal of Pain* 2015; 9(4): 213–224.
- Jetté N, Amoozegar F, Patten SB. Depression in epilepsy, migraine, and multiple sclerosis, *Epidemiology and how to screen for it. Neurology: Clinical Practice* 2017: 118–127.
- Meshkat S, Moghanlou M, Tafakhori A, Salimi A, Aghamollai V. Association of depression with migraine without aura: A cross-sectional study. *Clinical Neuropsychiatry* 2019; 16(4): 150–154.
- Preiss M, Vacík K. BDI-II. Beckova sebesposuzovací škála pro dospělé. Brno: Psychodiagnostika 1999.
- Ptáček R, Raboch J, Vňuková M, Hlinka J, Anders M. Beckova škála BDI-II – standardizace a využití v praxi. *Česká a Slovenská Psychiatrie* 2016; 112(6): 270–274.
- Racková S. Deprese a migréna: co mají společného? *Neurol. praxi* 2019; 20(3): 208–213.
- Torelli P, Lambru G, Manzoni GC. Psychiatric comorbidity and headache: clinical and therapeutic aspects. *Neurological Sciences* 2006; 27: 73–76.
- Yavuz BG, Aydinlar EI, Dikmen PY, Incesu C. Association between somatic amplification, anxiety, depression, stress and migraine. *The Journal of Headache and Pain* 2013; 14: 53. Dostupný z [www: http://www.thejournalofheadacheandpain.com/content/14/1/53](http://www.thejournalofheadacheandpain.com/content/14/1/53).
- Zhang Q, Shao A, Jiang Z, Tsai H, Liu W. The exploration of mechanisms of comorbidity between migraine and depression. *Journal of Cellular & Molecular Medicine* 2019; 23: 4505–4513.