

Strokovni članek / Original article

NEFARMAKOLOŠKI UKREPI IN PSIHOLOŠKI PRISTOPI PRI OBRAVNAVI KRONIČNEGA GLAVOBOLA

NON-PHARMACOLOGICAL MEASURES AND PSYCHOLOGICAL APPROACHES TO THE MANAGEMENT OF CHRONIC HEADACHE

V. Krkoč

*Klinični oddelek za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo, Pediatrična klinika,
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana, Slovenija*

IZVLEČEK

Kronični glavobol pri otroku in mladostniku je kompleksen zdravstveni problem, saj neugodno vpliva na širše področje otrokovega delovanja otroka in prizadene tudi kakovost življenja celotne družine. V prispevku predstavljamo celostni pristop k razumevanju in obravnavi kroničnega glavobola, pri čemer se opiramo na spoznanja pediatrične psihologije in kognitivno-vedenjske teorije. V prispevku podajamo pregled nefarmakoloških ukrepov, ki so se izkazali za učinkovite pri kroničnem glavobolu. Opisujemo psihološke pristope, ki jih lahko uporablja zdravstveno osebje pri vsakodnevni praksi ob bolniku s kroničnim glavobolom.

Ključne besede: kronični glavobol, nefarmakološki ukrepi, psihološki pristopi.

ABSTRACT

Chronic headache in children and adolescents is a complex medical condition that results in consequences over a wide area of the child's functioning and affects the quality of life of the whole family. This paper presents a comprehensive approach to the understanding and treatment of chronic headache with reliance on an understanding of paediatric psychology and cognitive behavioural therapy. A review of non-pharmacological treatments that have been shown to be effective in chronic headache is presented in the article. Psychological approaches, which health personnel can use with a patient with chronic headache in everyday practice, are described.

Key words: chronic headache, non-pharmacological treatment, psychological approaches.

UVOD

Glavoboli migrenskega in tenzijskega tipa so najpogostejša zdravstvena težava pri otrocih in mlado-

stnikih. Raziskave kažejo, da se pojavnost migren v adolescenci v zadnjih desetletjih povečuje. O kroničnem glavobolu govorimo, če je glavobol prisoten več kot štiri ure dnevno, 15 ali več dni v mesecu,

traja pa več kot tri mesece. Raziskave o pojavnosti kroničnega glavobola v populaciji kažejo, da se s kroničnim glavobolom srečuje 1–6 % otrok in mladostnikov (1). Dva- do trikrat pogostejše zaradi njih trpijo deklice.

Kronični glavobol pri otroku in mladostniku je kompleksen večplastni pojav, ki lahko močno ovira otrokovo vključevanje v vsakodnevne in socialne dejavnosti. Nekateri otroci kronično bolečino obvladujejo bolje in so v vsakodnevnem funkcioniranju ovirani manj, medtem ko so pri drugih spretnosti obvladovanja bolečine slabše in oviranost zato mnogo večja. Pogost spremljevalec glavobolov je izostajanje iz šole in ga lahko uporabljamo kot kazalnik oviranosti zaradi kronične bolečine.

Kronični glavobol pogosto spremljajo psihosocialne in psihiatrične težave, povezane s stresnimi dejavniki, motnjami spanja, drugimi bolečinami, anksioznostjo in motnjami razpoloženja (1). Pri otrocih s kroničnim glavobolom so poleg opisanih težav pogostejše tudi motnje pozornosti in težave na področju medsebojnih odnosov oziroma socialnega prilagajanja (2).

Za kronično bolečino velja, daje najboljši celostni pristop k obravnavi, ki upošteva biološke, psihološke in socialne dejavnike. Pri delu s pediatrično populacijo upoštevamo tudi delovanje celotne družine, zato v obravnavo vključimo tudi starše. V tujini pri celostni obravnavi kroničnih glavobolov sodelujejo multidisciplinarni timi, ki vključujejo nevrologe, medicinske sestre, usposobljene za področje glavobolov, fizioterapevte in psihologe. Bolniki so deležni sistematičnih večtedenskih programov za obvladovanje glavobolov. Pri otrocih je poudarek na nefarmakoloških pristopih še bolj pomemben. V težjih primerih najboljše rezultate dosežemo s kombiniranim pristopom, ki združuje prednosti farmakološkega zdravljenja (hitrejša učinkovitost) in nefarmakoloških (tj. vedenjskih) pristopov (razvijanje ustreznega življenjskega sloga, učenje sprostitvenih tehnik, kognitivno-vedenjska terapija ipd.), pri katerih se učinek pojavi z zamikom, a delujejo na dolgi rok (3, 4).

V prispevku najprej predstavljamo celostni pogled na bolečino skozi teoretični pristop kognitivno vedenjske terapije. Nato obravnavamo nefarmakološke ukrepe in vlogo psiholoških ukrepov pri kroničnem glavobolu. Pozornost namenjamo tudi priporočilom za obravnavo s področja psihologije, ki jih lahko uspešno uporabljajo vsi zdravstveni delavci.

KOGNITIVNO-VEDENJSKI PRISTOP PRI RAZUMEVANJU IN OBRAVNAVI BOLEČINE

Doživljanje bolečine je vedno subjektivno. Za razumevanje kompleksnosti doživljanja bolečine je zelo uporaben kognitivno-vedenjski teoretični model. S stališča kognitivno-vedenjske teorije ima bolečina fiziološki, zaznavni, kognitivni, čustveni, vedenjski in medosebni vidik.

Na fiziološki ravni gre za proces trenutnega ali anticipiranega draženja nociceptorjev in prenos sporočil možganom. Avtorja t. i. teorije vrat, Melzak in Wall (1989), sta pokazala, da je lahko ta proces centralno modeliran brez jasne povezave med obsežnostjo poškodbe in zaznana jakostjo bolečine. Na zaznavni ravni se občutenje bolečine razlikuje po jakosti, kakovosti in trajanju.

Na kognitivni ravni sta jakost in trajanje bolečine povezana s stopnjo pozornosti na poškodbo ali bolečino, z doživljanjem bolečine kot ogrožajočega pojava in z doživljanjem lastne nezmožnosti nad nadzorovanjem bolečine. Negativne misli v zvezi z bolečino in »katastrofiziranje«, ki ga označujejo pretirana osredotočenost na glavobol, dojemanje skoraj vsakega vedenjskega znaka kot možnega napovednika glavobola in pretirana osredotočenost na posledice glavobola, vodijo k nižjemu pragu bolečine. V pediatrični praksi »katastrofiziranje« pogosto srečujemo pri starših, ki na ta način nehote krepijo otrokovo pasivno vlogo in njegovo subjektivno doživljanje bolečine.

Na čustveni ravni je z akutno bolečino povezana anksioznost, s kronično bolečino pa depresivnost, občutek nemoči in obupa. Na vedenjski in medosebni ravni je bolečina povezana z izogibanjem okoliščinam, ki zahtevajo dodatne napore, ter z razdražljivostjo in osiromašenjem nekaterih medosebnih odnosov. Oseba s kronično bolečino lahko vse bolj krepí tiste odnose, pri katerih drugi krepíjo ali utrjujejo z bolečino povezano vedenje, ostale odnose pa postopno izgublja oziroma jih zanemarlja (5).

Z vidika kognitivno-vedenjske teorije lahko na bolečino vplivamo preko vsake od naštetih ravni bolečine. Na fiziološko raven lahko vplivamo s psihofiziološkimi metodami, kot so sprostitvene tehnike in metoda biološke povratne zanke. Na kognitivne vidike vplivamo s poučevanjem otrok o tehnikah preusmerjanja misli in s spreminjanjem stališč o neobvladljivosti bolečine. Z vedenjskimi tehnikami lahko neželene vedenjske vzorce, povezane z bolečino, spreminjamo v konstruktivne, torej takšne, ki so usmerjeni v obvladovanje bolečine. Na medosebnem področju pomagamo otrokom z zmanjševanjem stresa in s povečevanjem socialne podpore v družini, šoli in vrstniški skupini.

OSNOVNE SMERNICE ZA KLINIČNO DELO Z OTROKI S KRONIČNO BOLEČINO

Bursch in sodelavci (2003) so pri otrocih s hudim bolečinskim sindromom preučevali, kakšne značilnosti mora imeti zdravstvena oskrba, da spodbuja napredek (6). Priporočila so strnili v naslednjih točkah:

1. Vsi člani tima morajo pokazati enako razumevanje otrokovih težav z bolečino in pri pogovorih z otrokom in družino uporabljati podobne izraze. Pri pogovorih morajo člani tima poudariti, da je bolečina resnična ter razložiti proces zaznavanja bolečine in senzibiliziranja centralno-živčnega sistema pri kronični bolečini. Družinam moramo pomagati, da bodo razumeli, da lahko okolje (stres, odzivanje staršev) pomembno vpliva na bolečino in njeno obvladovanje.
2. Strokovnjaki, ki delajo z otrokom, se morajo sporazumeti o tem, kdaj zaključiti izvajanje diagnostičnih postopkov. Če eden od zdravnikov s postopki nadaljuje, se otrok in družinski člani še naprej osredotočajo na iskanje telesnih vzrokov, namesto da bi se posvetili rehabilitaciji. Družini moramo zagotoviti, da izključitev organskih vzrokov glavobola ne pomeni, da je bolečina psihogene narave.
3. Cilj obravnave ni popolna odprava bolečine, pač pa izboljšanje otrokovega ravni delovanja na telesnem, socialnem in učnem področju ter pri izvajanju vsakodnevnih dejavnosti. Pogosto ocenjevanje in beleženje bolečine tako nista na mestu, pač pa pozornost posvetimo postopnemu in počasnemu napredovanju v delovanju otroka.

VRSTE NEFARMAKOLOŠKIH UKREPOV

Nekateri nefarmakološki ukrepi so primerni za vse bolnike z glavobolom, npr. poučevanje o glavobolu, ustrezen življenjski slog, ugotavljanje sprožilnih dejavnikov in njihovo obvladovanje ter svetovanje glede uporabe zdravil (7).

Spodbujanje ustreznega življenjskega sloga

Najpomembnejši nefarmakološki ukrepi so skrb za urejen ritem spanja, zadostno uživanje tekočine, redna in uravnotežena prehrana z nizko vsebnostjo preprostih ogljikovih hidratov ter redna aerobna telesna dejavnost (8). Pomanjkanje spanja, nespečnost ali predolgo spanje lahko sprožijo glavobol ali ga vzdržujejo. Bolnika poučimo o ustrezni higieni spanja. Otroci s kroničnimi bolečinami se pogosteje srečujejo z motnjami spanja, ki jih moramo terapevtsko obravnavati. Motnje spanja so eden od možnih dejavnikov, ki povzroči, da epizodična migrena postane kronična težava. Otrokom svetujemo, da uživajo dovolj tekočine, predvsem vode. S pitjem naj začnejo že zjutraj (4–5 dl) in nadaljujejo čez dan. Za boljšo hidracijo naj skrbijo predvsem ob telesnih

naporih, posebej v vročini, ko naj poskrbijo tudi za zadosten vnos soli. Pomembno vlogo pri glavobolu imajo pogosto tudi prehranjevalne navade in določeni prehranski izdelki. Mladostniki se ob skrbi za primerno telesno težo nemalokrat izogibajo obrokom, zato jim svetujemo redne obroke, odsvetujemo pa uživanje kofeinskih pripravkov in alkohola. Otrokom posebnih izločevalnih diet ne priporočamo, poudarjamo pa zdravo prehrano in zmanjšanje uporabe preprostih ogljikovih hidratov, ki povzročajo večja nihanja ravni krvnega sladkorja. Otrokom z alergijami svetujemo, da se držijo predpisane diete.

Vloga redne telesne dejavnosti pri otrocih z glavobolom še ni povsem razjasnjena, vendar jo kljub temu priporočamo kot del zdravega življenjskega sloga, saj je koristna za splošno psihofizično počutje (9).

Izogibanje in obvladovanje sprožilnih dejavnikov in poslabševalcev glavobola

S pomočjo dnevnika, ki ga izpolnjuje otrok in starši, poskušamo prepoznati, kaj sproži glavobol oz. ga poslabša. Pri migrenah jih pogosto prepoznamo in tako omogočimo, da se jim bolnik lahko izogne. Izsledki populacijskih raziskav so pokazali, da so najpogostejši sprožilni dejavniki migrene pri otrocih neprespanost, lakota, izpostavljenost močni svetlobi in telesna dejavnost. Pri tenzijskih glavobolih navadno jasnih sprožilnih dejavnikov ne odkrijejo, izsledki raziskav pa nakazujejo povezanost s stresom in s telesno držo (9). Ker se jim ne moremo povsem izogniti, jih skušamo do določene mere obvladovati.

Vedenjski ukrepi, komplementarne metode in pripravki brez recepta

Nekoliko manj razširjeni nefarmakološki ukrepi, ki niso potrebni oziroma uporabni pri vseh bolnikih, so vedenjski in drugi psihološki ukrepi, komplementarne metode zdravljenja in uporaba farmakoloških

prepravkov brez recepta. V Tabeli 1 prikazujemo pristope in tehnike, katerih učinkovitost pri obravnavi glavobola so preverili v različnih raziskavah (večinoma pri odraslih).

Tabela 1. Učinkovitost nefarmakoloških ukrepov pri migrenskih in tenzijskih glavobolih glede na dokaze v raziskavah (8).

Table 1. The efficacy of non-pharmacological measures in migraine and tension headache according to the evidence in studies (8).

Vrsta ukrepa	Tehnika	Stopnja učinkovitosti
vedenjske/ psihofiziološke metode	trening sproščanja	I
	temperatutni biofeedback	I
	elektromiografski biofeedback	I
	kognitivno-vedenjska terapija	I
komplementarne metode	akupunktura	I
	ročna terapija hrbtenice	III
	fizioterapija, delovna terapija	IV
	masaža	IV
	joga	II
	homeopatija	IV
	refleksna terapija	IV
pripravki brez recepta	repuh (zdravilna rastlina)	I
	vitamin B2 (riboflavin)	I
	koencim Q10	II

Legenda: I – najvišja stopnja dokazane učinkovitosti; IV – najnižja stopnja dokazane učinkovitosti.

Treningi sproščanja

Poznamo različne oblike sproščanja, ki jih izbere mo glede na primernost za posameznega bolnika. To so npr. tehnika trebušnega dihanja, postopna mišična relaksacija, tehnika vodene domišljije in druge. Potrebne so vsakodnevne vaje, ki trajajo približno en mesec, da bolnik mehanizme dobro osvoji, zato je to z vidika motivacije zahteven pristop.

Metoda biološke povratne zanke

Poznamo več različic metode biološke povratne zanke (angl. *biofeedback*, BFB) glede na vrsto

fiziološkega ali psihofiziološkega mehanizma, ki ga naprava meri. Pri glavobolih najpogosteje merimo temperaturo kože, volumen pretoka krvi in stopnjo mišične napetosti, torej dejavnike, ki naj bi bili povezani z nastankom glavobola. Vrednosti fizioloških meritev naprava pretvori v zvočni ali vidni signal, preko katerega oseba lahko spremlja vznburjenost organizma in se ga uči uravnavati (10). Pri otrocih najpogosteje uporabljamo privlačno računalniško grafiko, ki s spremembo gibanja in hitrosti objektov na zaslonu kaže stanje otrokove sproščenosti. BFB pogosto uporabljamo kot pripomoček za spremljanje učinkovitosti sprostitvenih tehnik, ki se jih otrok uči. Prednost metode je, da vpliva na prepričanja o zmožnosti nadzora nad lastnim telesom. Uporabljamo jo lahko pri otrocih od sedmega leta dalje, ko se že lahko osredotočijo na naloge (11).

Kognitivno-vedenjska terapija

Kognitivno-vedenjska terapija je kompleksen terapevtski pristop, ki ga izvajajo posebej izšolani psihologi. Posamezne tehnike lahko izvaja tudi posebej usposobljeno zdravstveno osebje. Z otrokom in družino najprej opredelimo, kako bolečina vpliva na različna področja otrokovega delovanja (posledice na področju telesnega udejstvovanja ter na čustveni, socialni (medosebni) in kognitivni ravni). Skupaj postavimo realne cilje obravnave in bolnika motiviramo za njihovo doseganje. Navadno je cilj izboljšanje delovanja na določenem področju in ne le zmanjšanje pogostosti glavobolov. Otroka in starše učimo tehnik obvladovanja z glavoboli povezanih misli, čustvenih odzivov in vedenja. Razvijamo spretnosti obvladovanja stresa ter postopno vzpostavimo oz. izboljšujemo vsakodnevno delovanje. Terapijo lahko izvajamo v skupini ali individualno. Običajno obsega najmanj 8 srečanj, ki si sledijo v razmiku enega tedna, med posameznimi srečanji pa otroci in starši utrjujejo naučene spretnosti in vedenja.

Komplementarne metode

Akupunktura je v našem prostoru najbolj uveljavljena komplementarna metoda za zdravljenje kronične bolečine. V številnih raziskavah so potrdili učinkovitost akupunkture pri zdravljenju kroničnega glavobola. Ustrezno zdravljenje traja najmanj 10 tednov, navadno dvakrat tedensko (3). Pri pediatrični populaciji je pristop pogosto težko uporabiti, saj zaradi strahu pred zbadanjem na to tehniko neradi pristanejo.

Farmakološki pripravki brez recepta

Pregled učinkovitosti teh pripravkov presega namen prispevka. Vendar priporočila, namenjena odraslim, podpirajo njihovo uporabo pri preprečevanju migrene, saj med nefarmakološkimi ukrepi dosegajo visoko stopnjo dokazane učinkovitosti. Pri otrocih je ocenjevanje učinkovitosti zaradi večje dovzetnosti za učinek placeba zahtevno. Po drugi strani pa nekateri menijo, da bi bilo smotno dovzetnost otrok za učinek placeba uporabiti v terapevtske namene (12).

Obvladovanje sprožilnih dejavnikov in poslabševalcev glavobola, spodbujanje ustreznega življenjskega sloga in vztrajanje pri drugih nefarmakoloških ukrepih je pri nekaterih otrocih in starših zahtevno, ker ne sprejemajo oz. upoštevajo zdravniških nasvetov. Kako ravnati v teh primerih, opisujemo v nadaljevanju.

PSIHOLOŠKI PRISTOPI PRI OBRAVNAVI KRONIČNEGA GLAVOBOLA

Določeni psihološki pristopi in znanja so pomembni pri delu z vsemi bolniki s kroničnim glavobolom, zato jih uporabljajo tudi zdravniki in drugi zdravstveni delavci. Obravnavo pri psihologu potrebujejo le nekateri bolniki s kroničnim glavobolom. Dobra praksa pomoči psihologa ne vključuje v vsakem primeru in tudi ne le v »nujnih« primerih, pač pa

upošteva potrebe posameznega bolnika po obravnavi pri psihologu. Tako se vloga psihologa razlikuje glede na vrsto in stopnjo težav, ki se pojavljajo pri posameznem bolniku (13).

V nadaljevanju predstavljamo ukrepe, ki lahko pomagajo vsem bolnikom, in svetujemo, kdaj je potrebna napotitev k psihologu.

Ukrepi s psihološkimi znanji, ki jih uporabljamo pri vseh bolnikih

Zdravnik ali zdravstveni delavec, ki se zaveda osnovnih čustvenih in kognitivnih vidikov doživljanja glavobola, bo spontano uporabljal ukrepe, kot so poučevanje ter elementi podpornih in vedenjskih tehnik, čeprav brez neposredne vključenosti psihologa.

Upoštevanje subjektivnosti bolečine

Pomembno je, da prisluhnemo bolnikovemu opisu in razlagi bolečine. V bolnikovo oceno bolečine nikoli ne dvomimo, saj je doživljanje bolečine povsem subjektivno. Prepričevanje bolnika, da ni videti, da ga boli, lahko sproži še bolj intenzivno bolečinsko vedenje. Pomaga nam lahko misel, da bolnik ni kriv, da se z bolečino ne zna ustrezno spopadati, tako kot ni kriv za svoje težave bolnik s slabim imunskim sistemom. Kljub temu bolnika ne pomilujemo, pač pa spodbujamo z jasnimi pričakovanji, da se bolečina lahko nauči uspešno obvladovati (14).

Ukrepi, usmerjeni v strahove in pričakovanja

Priporočljivo je, da bolnika vprašati, kaj meni o vzroku bolečine (14). Najprej moramo razčistiti morebitne strahove (tako pri otrocih kot pri starših), da je v ozadju glavobola nevarna bolezen, npr. tumor. Pri tem pomaga strokovna avtoriteta zdravnika, ki predpiše in obrazloži potrebne preiskave, s katerimi poskušamo izključiti te možnosti. Staršem pogosto pomaga, ko izvedo, kako pogosti so glavoboli pri

otrocih in da velik delež glavobolov ni povezan z organsko boleznijo.

Naslednje področje so pričakovanja glede možnosti za odpravo glavobolov, ki so pogosto nerealna. Otroci in starši nemalokrat pričakujejo, da bo zdravnik odkril vzrok glavobola in ga pomagal povsem odpraviti. Na tem mestu pomaga razumevajoč pristop z izkazanim spoštovanjem do bolnikovih težav in skrbnosti staršev, ki iščejo pomoč, hkrati pa moramo starše poučiti o stvarnejših pričakovanjih. Otroku in staršem razložimo, da ne pričakujemo popolne ozdravitve, pač pa predvsem zmanjšanje pogostosti in jakosti težav (poudarek je na obvladovanju). Ponudimo jim podporo s spremljanjem in z ustrezno pomočjo za čim boljše obvladovanje bolečine.

Poučevanje staršev in otrok o dejavnikih glavobola (kaj ga vzdržuje in kaj pomaga)

Otrok in starši potrebujejo zagotovilo, da je otrokova bolečina realna in pogojena z biološkimi dejavniki (14). Poučiti jih moramo, da lahko na pretirano senzibilizacijo živčnega sistema za bolečino vplivamo z različnimi ukrepi, kot so obvladovanje sprožilnih dejavnikov, sproščanje, zdravila ipd. Na tem mestu posebej izpostavimo vpliv stresa in sproščanja na vzdrževanje glavobola. Predstavimo jim tudi načrt ukrepanja. Razložimo jim, da lahko kljub bolečini izvajajo določene dejavnosti, saj je to dolgoročno za zdravje in duševno ravnovesje izjemno koristno. Poudarimo pomen omejevanja izostankov iz šole, kar lahko podkrepimo z ugotovitvami raziskav, ki so pokazale, da je manjše izostajanje povezano z zmanjšanjem pogostosti glavobola (16).

Načrtovanje realnih ciljev in njihovo spremljanje

Cilji ne smejo biti preveč zahtevni in jih postavimo glede na zmožnosti otroka in družine. Načrtujemo jih za krajše obdobje, jih spremljamo in sproti pri-

lagajamo napredku. Če ciljev ne dosežemo, učinkujejo ravnoprotno, kot želimo, saj slabijo posameznikovo prepričanje o zmožnosti obvladovanja bolečine. Ko npr. svetujemo zmanjšanje uporabe protibolečinskih zdravil, moramo upoštevati načelo postopnosti. Pri otroku, ki že več tednov ni bil v šoli, svetujemo, da se k pouku vrne postopno (14).

S pomočjo razgovora z otrokom in družino ocenimo dejavnike, ki lahko vplivajo na uspešnost obvladovanja težav. Mednje uvrščamo otrokovo delovanje v šoli ter značilnosti in spretnosti družine za soočanje s kroničnim glavobolom pri otroku. V primeru težav vključimo v obravnavo tudi psihologa (14).

Načrtovanje ukrepov glede na motiviranost za sodelovanje pri zdravljenju

Pri vseh bolnikih je uspešnost obvladovanja kroničnega glavobola odvisna od kognitivnih dejavnikov, kot so stališča do bolečine in do zmožnosti njenega obvladovanja. Ti dejavniki so zelo pomembni za ustrezno motiviranost in sodelovanje pri zdravljenju, ki zahteva določene spremembe, npr. upoštevanje priporočil za jemanje zdravil ali zdrav način življenja. Pri otrocih in mladostnikih moramo obravnavati tudi stališča staršev, saj pomembno vplivajo na otrokovo soočanje z zdravstveno težavo.

Pomembno vprašanje, ki si ga mora zdravstveni delavec zastaviti, je, kako motiviran je bolnik za aktivno obvladovanje glavobola (izvajanje svetovanih ukrepov, kot so dnevnik glavobolov, prepoznavanje in izogibanje sprožilnim dejavnikom ipd.). Bolnik je lahko na različnih ravneh pripravljenosti za sodelovanje in spremembe oziroma postopno prehaja z nižjih na višje ravni motiviranosti (13):

1. prekontemplacija: oseba se ne zaveda potrebe po spremembi ali ji nasprotuje;
2. kontemplacija: oseba se zaveda potrebe po spremembi, a še ni pripravljena za ukrepanje;
3. pripravljenost: oseba si želi spremembo in pripravlja načrt zanj;

4. ukrepanje: oseba aktivno ukrepa v smeri spremembe;
5. vzdrževanje: oseba nadaljuje s spremembo, ki tako postaja del življenjske rutine (navada).

Osebe na ravni prekontemplacije lahko spodbudimo s pomočjo poučevanja. Seznanimo jih z dejavniki glavobola in možnostmi vplivanja nanje, npr. s pomenom pitja zadostne količine vode, izogibanju sprožilnim dejavnikom, s pozitivnim vplivom sprostitvenih tehnik ipd. Osebi na ravni kontemplacije, ki še razmišlja, ali se ji sprememba splača ali ne, pomagamo tako, da ji razložimo, kaj bo morala vložiti (pisanje dnevnika, izboljšanje rutine spanja ipd.) in kako ji to lahko pomaga (zmanjšanje pogostosti glavobola). Osebi, ki je že motivirana za spremembo, pomagamo z oblikovanjem načrta ukrepov in s seznanitvijo s tehnikami za obvladovanje bolečine. Pri tem pazimo, da začnemo z lažjimi nalogami in postavimo realne cilje. Poudarimo, da je začetni cilj le nekoliko zmanjšati pogostost glavobolov ne pa popolna odprava. Osebi, ki že sodeluje pri obvladovanju, pomagamo pri reševanju težav, s katerimi se pri tem srečuje (npr. svetujemo, kdaj vzeti zdravilo in koliko, kako se redno prehranjevati, kako obvladovati stres ipd.). Osebe na zadnjih dveh ravneh so motivirane tudi za zahtevnejše programe, kot so učenje tehnik sproščanja in uvajanje sprememb na področju zdravega življenjskega sloga (13).

S poznavanjem opisanega procesa bo zdravstveni delavec lažje svetoval in spremljal bolnika s kroničnim glavobolom. V celoten proces poučevanja in spremljanja moramo vključiti tako otroka oz. mladostnika kot tudi starše. Tako bodo postopno napredovali v občutku nadzora nad bolečino, kar je zelo pomembno za otrokovo delovanje v vsakodnevnem življenju ter preprečevanje sekundarnih zapletov na področju psihosocialnega prilagajanja.

Primeri, ki zahtevajo obravnavo psihologa

Če pri obravnavi otroka s kroničnim glavobolom opazimo pogosto izostajanje iz šole in izogibanje

medvrstniškim aktivnostim, to morda kaže na neučinkovito spoprijemanje otroka in staršev s kroničnim glavobolom. Zato starše in otroka pripravimo na napotitev k psihologu (15). Napotitev utemeljimo z razlago, da pri vseh otrocih s kronično bolečino lahko pride do težav v vsakodnevnom delovanju, pri čemer jim lahko psiholog uspešno pomaga.

Napotitev k psihologu potrebujejo tudi otroci in mladostniki, pri katerih posumimo na prisotnost psihiatrične bolezni, motnje spanja, težave z obvladovanjem stresa, neugodne dejavnike družinskega okolja, zlorabo (telesno, spolno ali čustveno), zane-marjanje ali druge travmatske izkušnje (5).

Pri pridruženih psihiatričnih boleznih moramo premisliti o napotitvi k psihologu in/ali k psihiatru, saj brez zdravljenja psihiatrične motnje ne moremo napredovati pri obvladovanju kroničnega glavobola. Pri blažjih motnjah se odločimo za psihologa, specialista klinične psihologije, pri zmernih in težjih motnjah pa za psihiatra.

ZAKLJUČEK

Kronični glavobol neizogibno prizadene kakovost življenja otroka ali mladostnika in njegove družine. Zaradi vpliva bolečin na učne, prostoračasne in družabne dejavnosti se lahko težavam z glavoboli pridružijo še težave na drugih področjih. Cilj obravnave ni popolna odprava bolečine, pač pa izboljšanje otrokovega delovanja na telesnem, socialnem in učnem področju ter pri vsakodnevnih dejavnostih. Celostna obravnava vključuje sodelovanje različnih strokovnjakov in se poleg farmakoloških poslužuje tudi nefarmakoloških ukrepov, ki so pri delu s pediatrično populacijo še posebej pomembni.

Tak način zdravljenja obsega poučevanje otroka in staršev glede glavobola in ustreznega življenjskega sloga, načrtovanje ukrepov za obvladovanje bolečine in dolgotrajno spremljanje učinkovitosti zastavljenih ukrepov. Zdravstveni delavec pomaga pri vzdrževanju motivacije na poti k boljšemu ob-

vladovanju glavobola.

Določeni psihološki pristopi in znanja so pomembni pri delu z vsemi bolniki, ki trpijo zaradi kroničnega glavobola, zato jih uporabljajo tudi zdravniki in drugi zdravstveni delavci. Le nekateri bolniki s kroničnim glavobolom potrebujejo psihološko obravnavo.

V slovenskem prostoru sicer imamo strokovnjake (zdravnike, psihologe, fizioterapevte in druge zdravstvene delavce), ki obravnavajo otroke in mladostnike z glavobolom, smiselno pa bi bilo uvesti tudi boljše organiziran in intenzivnejši timski program celostne obravnave.

LITERATURA

1. Seshia SS, Wang SJ et al. Chronic daily headache in children and adolescents: a multi - faceted syndrome. *Can J Neurol Sci* 2010; 37: 769-78.
2. Arruda MA, Bigal ME. Behavioral and emotional symptoms and primary headaches in children: A population-based study. *Cephalalgia* 2012; 32(15): 1093-100.
3. Nicholson RA, Buse DC, Andrasik F, Lipton RB. Nonfarmacologic treatments for migraine and tension-type headache: how to choose and when to use. *Curr Treat Option Neurol* 2011; 13: 28-40.
4. Powers SW, Kashikar-Zuck SM et al. Cognitive behavioral therapy plus amitriptyline for chronic migraine in children and adolescents: a randomized clinical trial. *JAMA* 2013; 310(24): 2622-30.
5. Carr A. The handbook of child and adolescent clinical psychology: a contextual approach. 2nd ed. East Sussex: Routledge; 2006.
6. Roberts MC, Steele RG. handbook of pediatric psychology. 4th ed. The Guilford Press; 2009.
7. Nicholson RA, Buse DC, Andrasik F, Lipton RB. Nonfarmacologic treatments for migraine and tension-type headache: how to choose and when to use. *Curr Treat Option Neurol* 2011;

- 13: 28-40.
8. Rogač M, Rener-Primec Z, Župančič N. Migrena pri otroku in mladostniku: obravnava in zdravljenje. Slovenska pediatrija 2010; 17: 204-16.
 9. Winner P. Overview of pediatric headache. Curr Treat Option Neurol 2004; 6: 471-87.
 10. Nestoriuc Y, Martin A, Rief W, Andrasik F. Biofeedback treatment for headache disorders: a comprehensive efficacy review. Appl Psychophysiol Biofeedback 2008; 33: 125-40.
 11. Spirito A, Kazak AE. Effective and emerging treatments in pediatric psychology. Oxford University Press; 2006.
 12. Monteith TS, Sprenger T. Tension type headache in adolescence and childhood: where are we now ? Curr Pain Headache Rep 2010; 14 (6): 424-30.
 13. Nicholson RA. Chronic headache: the role of the psychologist. Curr Pain Headache Rep 2010; 14: 47-54.
 14. McGrath PJ, Unruh AM. Pain in children and adolescents. Elsevier; 1987.
 15. Holden EW, Deichmann MM, Levy JD. Empirically supported treatments in pediatric psychology: recurrent pediatric headache. J Pediatr Psychol 1999; 24(2): 91-109.
 16. Clarr RL, Kaczynski KJ et al. School functioning and chronic tension headaches in adolescents: improvement only after multidisciplinary evaluation. J Child Neurol 2013; 28(6): 719-24.

Kontaktna oseba / Contactperson

Vesna Krkoč, univ. dipl. psih., specialistka klinične psihologije

Klinični oddelek za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo

Pediatrična klinika

Univerzitetni klinični center Ljubljana

Bohoričeva 20

SI-1000 Ljubljana

Email.: vesna.kr koc@kclj.si

Prispelo / Received: 25. 4. 2014

Sprejeto / Accepted: 7. 5. 2014