

Migrena u dzieci i młodzieży. Zasady rozpoznania i terapii ze szczególnym uwzględnieniem problemów psychologicznych

Migraine in children and adolescents. Diagnostic and therapeutic approach enhanced psychological problems

¹ Klinika Neurologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki”.

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Janusz Wendorff

Klinika Neurologii Instytutu Fizjoterapii Akademii Świętokrzyskiej. Kierownik: prof. dr hab. n. med. Stanisław Nowak

² Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej ICZMP, Zakład Pedagogiki WSH-E. Kierownik: dr n. med. Barbara Wiśniewska

Adres do korespondencji: Klinika Neurologii ICZMP, ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź, tel./faks: 042 271 14 12,

e-mail: janusz_wendorff@o2.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

2-10% dzieci miewa tzw. bóle „czynnościowe”, w których nie stwierdza się organicznej przyczyny. Najczęściej dotyczy to bólów głowy. Brak dowodów na organiczną ich przyczynę nie oznacza jednak, że problem jest wyłącznie „psychologiczny”. Czynniki psychologiczne współdziałają z biologicznymi, chociaż nie zawsze wiadomo, w jakim mechanizmie (czynnik prowokujący, czynnik o wspólnym podłożu albo oba razem?). Międzynarodowe Towarzystwo Bólów Głowy zaprezentowało w 2004 roku nową klasyfikację bólów głowy, neuralgii i bólu twarzy obejmującą również kryteria rozpoznania migreny u dzieci. Autorzy zwracają uwagę na różnicę między klinicznymi kryteriami diagnostycznymi u dzieci i u dorosłych. Ewolucja objawów migrenowych, które obserwujemy w okresie dzieciństwa, zależy głównie od dojrzewania układu dopaminowego i serotonergicznego. Rozpoznanie migreny jest oparte na wywiadzie, badaniu przedmiotowym i obserwacji dziecka w czasie napadu i po nim. Niektóre cechy sylwetki psychologicznej stwierdza się częściej wśród dzieci z migreną. Psychogenne czynniki prowokujące napad są najczęstsze u dzieci, a psychoterapia to najskuteczniejsza metoda leczenia profilaktycznego. W ostatnim okresie zostało opublikowanych kilka badań dotyczących leczenia profilaktycznego migreny u dzieci za pomocą leków przeciwpadaczkowych. Jednakże konieczne są kolejne badania oparte na metodzie podwójnie ślepej próby, aby ustalić ostatecznie wskazania i skuteczność leczenia profilaktycznego w migrenie u dzieci.

Słowa kluczowe: dzieci, migrena, rozpoznanie, psychologiczne czynniki prowokujące, psychoterapia

Summary

Between 2% and 10% of children present the so-called “functional” pains, for which a “cause” is not found. However, the lack of evidence for organic cause does not mean in itself that problem is exclusively “psychological”. Psychological factors interact with this biological basis, even though we do not know how (triggers, shared background, or both?). IHS in 2004 presents a new classification for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain, which includes criteria of the diagnosis of migraine in children. Authors pay attention on the differences in the migraine clinical diagnostic criteria in children in relation to the adults. Evolution of migraine symptoms during the childhood depend generally on the maturity of dopaminergic and serotonergic systems. The diagnosis of migraine bases on history, examination and observation of the child during and after attacks. Some psychological features are more frequent in children with migraine. Psychogenic attacks triggering factors are the most frequent in children and psychotherapy is most effective as the prophylactic therapy. In the last period there are a few studies concerning the role of antiepileptics in the treatment of migraine. The new double blinded studies are needed to establish the indications and effectiveness of the prophylactic treatment in migraine in children.

Key words: children, migraine, diagnosis, psychogenic triggering factors, psychotherapy

WPROWADZENIE

Migrena charakteryzuje się występowaniem nawracających epizodów pulsującego bólu głowy o różnej intensywności, częstotliwości i czasie ich trwania, z towarzyszącymi nudnościami, wymiotami, fotofobią i fonofobią. W 2004 roku Międzynarodowe Towarzystwo Bólów Głowy (IHS) zaproponowało klasyfikację ułatwiającą rozpoznania migreny dziecięcej, która obejmowała kryteria potwierdzające rozpoznanie migreny (*Headache Classification Committee of IHS. Classification and diagnosis criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain, 2004*)⁽¹⁾.

Już od kilku lat wielu badaczy wskazywało, że niektóre kryteria migreny dziecięcej przyjęte przez IHS w 1988 roku w sposób niedostatecznie precyzyjny opisują ból migrenowy u dzieci⁽²⁻⁴⁾. Obecnie wiadomo, że ból migrenowy u dzieci trwa krócej niż u dorosłych (od 1-2 godzin), jego jednostronna lokalizacja (typowa dla dorosłych) jest wyjątkowa, ale w wielu przypadkach wskazuje na rozpoznanie migreny (80%). Intensywność i charakter bólu głowy są trudne do sprecyzowania przez małe dzieci⁽⁴⁾. Kryteria te zostały uwzględnione w cytowanej klasyfikacji bólów głowy z 2004 r.

Aura wzrokowa występuje rzadko u małych dzieci, a odsetek pacjentów z tym typowym dla migreny dorosłych objawem wzrasta wraz z wiekiem. We własnej prospektywnie obserwowanej grupie małych dzieci jej częstość, po okresie 4-7 lat, zwiększyła się z 12% do 51%⁽⁵⁾.

Migrena występuje w każdym wieku, różni się częstością i dominującymi objawami. Tę zmianę symptomów można nazwać ewolucją obrazu klinicznego migreny. Proces ten wydaje się być związany głównie z dojrzewaniem układu nerwowego, zwłaszcza neuronów układu dopaminergicznego i serotonergicznego⁽⁶⁾. Wśród chorych z migreną stwierdza się częściej niż w populacji zdrowych współwystępowanie problemów i zaburzeń psychologicznych, których obraz zależy przede wszystkim od okresu rozwojowego. U dzieci dominują głównie zaburzenia lękowe⁽⁷⁾.

Występowanie bólów głowy, w tym także migreny, u dzieci i młodzieży zwiększa się w ostatnich latach, co związane jest z większą częstością i podatnością na działanie czynników stresogennych. Porównawcze badania epidemiologiczne przeprowadzone w Turku (Finlandia) w odstepie 10-letnim wykazały u dzieci i młodzieży dwukrotny wzrost występowania migreny⁽⁸⁾.

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie na podstawie piśmiennictwa, badań własnych, zasad rozpoznania i leczenia migreny u dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem czynników psychologicznych w prowokacji napadu i metod psychologicznych w profilaktyce migreny u dzieci.

OMÓWIENIE

ZASADY ROZPOZNANIA MIGRENY U DZIECI

Rozpoznanie migreny u dzieci na ogół nie jest trudne i wymaga głównie wykluczenia szeregu schorzeń, w których ból głowy stanowi jeden z zasadniczych objawów choroby. Podstawą rozpoznania są: wywiad, badanie przedmiotowe i zastosowanie w rozpoznaniu kryteriów samoistnego bólu głowy o cechach charakterystycznych zgodnych z klasyfikacją międzynarodową. Obserwacja chorego w czasie napadu migrenowego i po nim często rozstrzyga o rozpoznaniu. Analiza przypadków dzieci przyjmowanych do Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w ciągu 6 miesięcy roku 1999, u których ból głowy był głównym objawem będącym przyczyną skierowania do szpitala, wykazała, że wśród 177 przypadków migrenę rozpoznano u 8,4%, a objawowe bóle głowy u 78% małych pacjentów⁽⁹⁾. Spośród bólów głowy objawowych najczęstsze były bóle związane z przebyciem urazem głowy (31%) i procesem zapalnym poza układem nerwowym (25%). W tej ostatniej grupie bóle głowy miały charakter przygodny i ustępowały jeszcze przed wyleczeniem stanu zapalnego. Wśród ogółu dzieci z bólami głowy procesy organiczne wewnątrzmożgowe występują rzadko, np. guzy mózgu stanowiły 3% w opisaney powyżej grupie chorych. Takie przypadki wymagają wielokierunkowej diagnostyki ośrodkowego układu nerwowego, głównie obrazowej.

U niektórych dzieci z migreną, gdy rozpoznanie na podstawie wywiadu, badania i obserwacji nie jest przekonujące, należy wykonać szereg badań dodatkowych, w tym również badania obrazowe mózgu, w celu wykluczenia guza, naczyniaka mózgu lub innej patologii organicznej. We własnym materiale 20% hospitalizowanych chorych z migreną wymagało wykonania badania obrazowego mózgu. Rozpoznanie w większości przypadków udało się ustalić na podstawie danych z badania podmiotowego i przedmiotowego oraz krótkotrwałej obserwacji dziecka przyjętego z napadem migreny. Po ustąpieniu bólu głowy dziecko czuje się zupełnie zdrowe i powraca do poprzednio wykonywanych czynności, np. zabawy. Postępowanie terapeutyczne w migrenie sprowadza się przede wszystkim do zastosowania leków doraźnych zwalczających sam napad migrenowy. Obok zwykłych środków przeciwbólowych, np. niesterydowych leków przeciwzapalnych i leków przeciwwymiotnych podawanych najczęściej, próbuje się obecnie stosować również u dzieci (powyżej 12. roku życia) szereg leków antimigrenowych z grupy tryptanów. Badania z zastosowaniem podwójnie ślepej próby wykazały znaczącą skuteczność sumatryptanu podawanego w postaci aerozolu donosowo⁽¹⁰⁾.

W profilaktyce napadów migrenowych u dzieci przed włączeniem farmakoterapii należy uwzględnić wiele problemów. Przede wszystkim powinno się ustalić czynniki

prowokujące napad migrenowy i określić sposoby unikania go, następnie podjąć leczenie chorób współtowarzyszących migrenie, mogących mieć wpływ na ujawnienie się lub częstotliwość napadów⁽¹¹⁾.

CZYNNIKI PSYCHOLOGICZNE A MIGRENA U DZIECI I MŁODZIEŻY

Migrena istotnie wpływa na jakość życia chorego i jego rodziny. Wielu pacjentów żyje w ciągłym lęku, niepokoju przed nawrotem bólu i stąd znaczenia psychologicznego nabiera dostęp do skutecznych leków, jak również znajomość czynników wywołujących napad. W przypadku małych dzieci trudno czasami zebrać właściwe informacje, co wynika z ograniczonych możliwościami samopoznania, a także z zasobu słownictwa jakim, dysponuje dziecko.

W ostatnich dziesięcioleciach przeprowadzono wiele badań pokazujących, że chorzy na migrenę charakteryzują się odmiennymi cechami psychologicznymi, wykazują szczególnie „nerwowy temperament”, a migrena (napad) może być wywołana przez każde nadmierne pobudzenie psychiczne, radość, lęk, przyjemność, głódzenie czy zmęczenie⁽¹²⁾. Wolff był autorem, który podał definicję „osobowości migrenowej”⁽¹³⁾. Badania te poświęcone były dorosłym chorym na migrenę, ale autor sugerował, że również dzieci wykazują pewne cechy, które są charakterystyczne dla rozwijającej się w tym kierunku osobowości. Podkreślał, że są to na ogół dzieci nieśmiałe, wycofujące się, posłuszne, ale też czasami nadmiernie uparte, zawzięte i skłonne do buntu. Wielu innych badaczy podkreśla u dzieci związek między niektórymi cechami psychologicznymi a występowaniem napadów migrenowych.

Bille, autor pierwszych badań populacyjnych dotyczących migreny u dzieci (1962), określa dzieci chore na migrenę jako bardziej lękowe, wrażliwe, uważne, podatne na frustrację, schludne, uporządkowane i mniej odporne na wysiłek fizyczny niż ich zdrowi rówieśnicy. W początkach lat 90. ubiegłego wieku wprowadzono dla usystematyzowania związków między schorzeniami termin „współwystępowania” (*comorbidity*). Mericanges i wsp. na podstawie badań populacyjnych u młodzieży z bólami głowy doszli do wniosku, że wiele z opisywanych dotychczas i zgłaszanych przez chorych na migrenę cech psychologicznych jest raczej objawami psychopatologicznymi niż cechami osobowości⁽¹⁴⁾. Sugerują oni pewne związki między poszczególnymi zespołami (lęk, migrena, depresja), których występowanie wykazuje szczególną sekwencję w czasie. Prace Breslau i wsp. wskazują na dwukierunkowy wpływ między migreną i depresją⁽¹⁵⁾. Przy określeniu wzajemnych wpływów brane są pod uwagę dwie możliwości: po pierwsze migrena może powodować objawy psychopatologiczne lub *vice versa* – może być ich następstwem; po drugie patologiczne mechanizmy genetyczne i środowiskowe mogą być

wspólne dla migreny i zespołów lękowo-depresyjnych. Zwraca się uwagę na biologiczne aspekty wspólnej predyspozycji na podstawie roli układu serotonergicznego zarówno w migrenie, jak i depresji. Według DSM-IV migrena może współwystępować z zaburzeniami lękowymi w postaci lęku separacyjnego, lęku uogólnionego, fobii szkolnej, napadów panicznych i specyficznych zespołów obsesyjno-kompulsywnych⁽⁷⁾.

W materiale własnym 80% badanych psychologicznie dzieci z migreną wykazywało zaburzenia emocjonalne. Pacjenci byli w większości nadwrażliwi emocjonalnie, zahamowani, nieśmiali, mało odporni na niepowodzenia, mieli wyraźne trudności w nawiązywaniu kontaktu z rówieśnikami. Z drugiej strony, są to na ogół dzieci bardzo ambitne, osiągające dobre wyniki w szkole, choć często sfrustrowane, gdyż nie mogą sprostać stawianym sobie w nauce i życiu codziennym nadmiernym wymaganiom⁽¹⁶⁾. Oczywiście, istnieją różnice w indywidualnej ocenie roli konkretnych sytuacji stresowych, emocji i cech osobowości w prowokowaniu i przebiegu migrenowych bólów głowy. Ważna jest zatem diagnoza psychologiczna opisująca sposoby funkcjonowania i określająca możliwości pacjenta, wyznaczająca adekwatny dla niego poziom wymagań i sposoby komunikowania się. Diagnoza jest punktem wyjścia do opracowania i wyznaczenia celów terapii.

W podjętych badaniach własnych, którymi objęto 20 dziewcząt i chłopców w wieku dorastania (11-17 lat), staraliśmy się wskazać istotne cechy kształtującej się osobowości⁽¹⁷⁾. Dla celów diagnozy zastosowano test „Nastroje i humory” Busse’a i Durkee, test Wechslera, test rysowania drzewa K. Kocha oraz rozmowę i wywiad. Interesujące wyniki, z punktu widzenia wiedzy o cechach osobowości dorastających pacjentów, uzyskano w teście „Nastroje i humory”. Wśród badanych ujawniła się silna tendencja do wyrażania negatywnych uczuć w treści wypowiedzi (napastliwość słowna, nadmierny krytycyzm) przy jednoczesnym blokowaniu bezpośrednich form zachowań agresywnych. W analizowanej grupie ujawniono wysokie poczucie winy (16 osób), u 14 dzieci drażliwość (gotowość do wybuchu negatywnych uczuć, zły humor), podejrzliwość (rzutowanie wrogości na innych, nieufność) u 15 i agresywność słowną aż u 19 dzieci.

W badanej grupie sprawność intelektualna oceniana odpowiednimi testami wskazywała na inteligencję na poziomie wysokim i powyżej przeciętnej (Wiśniewska 1995; Wiśniewska 1996). Osiągane pozytywne wyniki w nauce, aprobaty ze strony nauczycieli i rodziców rozwinęła u badanych silne nastawienie na sukces, ukształtowała postawy rywalizacyjne i obniżyła próg odporności na niepowodzenie. Poczucie winy z powodu doświadczanych negatywnych emocji wpływało na podwyższoną gotowość do ich wyrażania (tłumiona napastliwość fizyczna ujawniała się w formie agresji słownej). Przedstawione wyniki badań potwierdzają istotny udział cech

kształtującej się osobowości i doświadczanych trudnych sytuacji w przebiegu migreny u dzieci i młodzieży.

Do najczęściej stosowanych metod badań psychologicznych w diagnozie pacjentów z migrenowymi bólami głowy należą: wywiad kliniczny, testy psychometryczne oceniające rozwój funkcji poznawczych (skala Wechslera, test Ravena) oraz określające profil osobowości młodzieży, np.: MMPI, EPQ-R, test „Nastroje i humory” Busse’a i Durkee, 14- i 16-czynnikowy kwestionariusz osobowości R.B. Cattella, a także testy projekcyjne: CAT, TAT, test Rorschacha, TZN, test „Frustracje i nastroje”.

METODY PSYCHOLOGICZNE W LECZENIU MIGRENY U DZIECI

W przypadku bólów głowy u dzieci i młodzieży, w uzupełnieniu terapii farmakologicznej ukierunkowanej na zwalczanie bólów w stanie ostrym i na zapobieganie napadom migreny stosuje się oddziaływania na drodze psychologicznej. Obecnie psychologia dysponuje skutecznymi technikami umożliwiającymi pozbycie się dolegliwości bólowych, takimi jak trening autogenny (relaksacyjny), *biofeedback* czy psychoterapia.

Metody relaksacyjne opierają się na założeniu, że istnieje wzajemny związek między trzema czynnikami: napięciem psychicznym, czynnościowym stanem wegetatywnego układu nerwowego i napięciem mięśni. Najbardziej znane techniki to: metoda relaksacji progresywnej E. Jacobsona i trening autogenny J.H. Schultza, który obejmuje 3 stopnie: I – ćwiczenia standardowe, II – modyfikacja autogenna, III – autogenna medytacja⁽¹⁸⁾. Opanowanie zaproponowanych przez autora zestawów ćwiczeń wymaga co najmniej 3 miesiące, ale pozwala uzyskać umiejętność koncentracji, odprężenie i uspokojenie, a przede wszystkim poprawę w zakresie dolegliwości.

W ostatnich latach w Polsce próbuje się zastosować znaną od lat 60., opracowaną w USA, metodę treningu *biofeedback* (trening kontroli samoregulującego się systemu za pomocą biofizjologicznego sprzężenia zwrotnego). *Biofeedback* (bfb) jest metodą psychoterapii instrumentalnej wykorzystującą drogą aparaturę monitorującą funkcje biopsychofizyczne i na bieżąco informującą o stanie procesów, których człowiek sobie nie uświadamia. Dzięki odpowiednim urządzeniom można uzyskać nad poszczególnymi funkcjami kontrolę. Istnieje wiele rodzajów *biofeedbacku*, np.: bfb EMG (elektromiograf), bfb EEG (elektroencefalograf), bfb temperatury skóry, bfb oddechu, bfb pomiaru elektrycznego przewodzenia skóry, bfb pomiaru ciśnienia krwi i szybkości fali pulsu, bfb rytmu serca i inne. Elektromiografia wykorzystywana jest przede wszystkim w diagnostyce chorób mięśni, terapeutycznie stosowana jest do treningu uzyskiwania głębokiej relaksacji, zmniejszania lęku i terapii fobii, bólów głowy, karku i pleców, obniżenia podwyższonego ciśnienia krwi, terapii zgrzytania zębami w czasie snu, zespołu stawu szczękowego, a także reedukacji nerwowo-mięs-

niowej i stanów po udarach mózgowych. W migrenie stosuje się bfb temperaturowy. Temperatura skóry wykazuje w stałym otoczeniu wahania w zależności od procesów psychicznych. Lęk, przeżywany stres, obniżają temperaturę ciała, a metodą treningu dąży się do podwyższenia osobniczej temperatury.

Inną metodą stosowaną w celach leczniczych, jak również metodą pomocniczą w psychologii stosowanej oraz w badaniach z zakresu psychologii eksperymentalnej jest hipnoza. Ostatnio wykorzystuje się hipnoterapię w migrenie, szczególnie niepoddającej się leczeniu za pomocą leków. Opisuje się wyleczenie w 30-40% przypadków, a złagodzenie bólów i zmniejszenie częstotliwości napadów w dalszych 25-30%. Najlepsze wyniki uzyskano dzięki autohipnozie lub autokoncentracji⁽¹⁹⁾.

Wśród technik psychoterapeutycznych w przypadku dzieci i młodzieży sięga się do terapii behawioralnej opartej na teoriach uczenia się. Zakładając, że większość zachowań człowiek nabywa w wyniku społecznego i indywidualnego uczenia się, podstawowym celem terapii jest oduczenie zachowań niedostosowanych i nauczanie prawidłowych, co odbywa się na drodze zastosowania wzmocnień negatywnych i pozytywnych.

Psychoanaliza inaczej niż formy terapii krótkoterminowej nastawionej na eliminację objawów, jak dzieje się to w przypadku terapii behawioralnej, *biofeedbacku* czy hipnozy, należy do oddziaływań długoterminowych i wymagających odpowiedniego, fachowego przygotowania. Pierwszoplanowe zadanie terapii analitycznej, niezbyt chętnie jednak stosowanej u młodzieży, to ujawnienie negatywnych emocji, zmiana kierunku i form agresji oraz uniezależnienie emocjonalne od osób znaczących oraz ukształtowanie prawidłowych relacji z rodzicami. W odróżnieniu od teoretycznych założeń psychoanalizy powstało wiele typów terapii grupowej, które jako cele stawiały sobie nie leczenie, ale np. rozwój osobowości, poszerzenie doświadczeń osobistych, uporządkowanie przeżyć emocjonalnych czy zmianę przekonań i stereotypów poznawczych.

W wieku rozwojowym bardzo często stosuje się krótkoterminową terapię rodziny.

W popularnym obecnie ujęciu systemowym pacjentem jest cała grupa rodzinna, a zgłaszane u jednego członka zaburzenia są postrzegane jako wyraz dysfunkcji całego systemu. Terapeuta w przewidywanym czasie 10 spotkań dąży do zmiany zachowań członków rodziny, zwłaszcza tych, które podtrzymują istniejący problem.

PSYCHOTERAPIA A FARMAKOLOGIA W MIGRENIĘ U DZIECI

Ocena leczenia u dzieci i młodzieży chorych na migrenę jest trudna przede wszystkim ze względu na stosunkowo korzystny naturalny przebieg schorzenia w tym wieku. Większość badań poświęconych temu zagadnieniu wskazuje, że około 1/3 pacjentów jest wolna od napadów

po okresie 1-5 lat, 40-54% wykazuje znaczną poprawę, a tylko 20% nadal cierpi na bóle głowy. Katamneza wyników leczenia własnej grupy dzieci z migreną przeprowadzona po 4-8 latach pokazała, że ustąpiła ona u 30% dzieci, ale 20% miało po tym okresie inny rodzaj samoistnego bólu głowy, najczęściej tzw. ból głowy napięciowy⁽⁵⁾. W ocenie leczenia zarówno farmakologicznego, jak i psychoterapeutycznego, zwłaszcza w przypadkach migreny dziecięcej, należy wziąć pod uwagę znaczny odsetek spontanicznych remisji. Szereg badań wskazuje, że napady migrenowe u dzieci są podatne na psychoterapię nawet w większym stopniu niż na farmakoterapię.

Metaanaliza 17 badań, w których prowadzono psychoterapię, i 24, gdzie zastosowano farmakoterapię, wykazała u dzieci przewagę metod psychoterapeutycznych z zastosowaniem techniki *biofeedback* łącznie z techniką relaksacyjną⁽²⁰⁾. Tylko terapia profilaktyczna za pomocą propranololu została oceniona równie wysoko jak psychoterapia. W profilaktyce migreny dziecięcej skuteczność innych leków (antagoniści kanałów wapniowych, dihydroergotamina, antagoniści serotoniny, klonidyna) jest mniejsza niż w psychoterapii, ale wyższa od osiągniętej za pomocą medycznego lub psychologicznego placebo. Ostatnio powraca się, zwłaszcza w leczeniu migreny u dorosłych, do terapii lekami przeciwpadaczkowymi. Podkreśla się korzystne działanie w profilaktyce migreny u dzieci starszych i młodzieży kwasu walproinowego. Dotychczasowe prace mają jednak charakter badań otwartych bez grupy kontrolnej i są jak dotąd nieliczne. Caruso i wsp. po 4 miesiącach stosowania preparatów soli sodowej kwasu walproinowego w grupie 42 dzieci w wieku 7-16 lat uzyskali 50% redukcję napadów u 78,5% pacjentów, a 9,5% było wolnych od napadów⁽²¹⁾. Stosowane dawki w profilaktyce wahają się od 15 mg/kg do 45 mg/kg. Serdaroglu i wsp. zwrócili uwagę, że po 12-tygodniowej kuracji kwasem walproinowym skrócił się także istotnie czas trwania napadów ($p < 0,001$)⁽²²⁾. Autorzy ci podkreślają, że korzystne działanie kwasu walproinowego utrzymywało się w tej grupie badanych do 6 miesięcy po odstawieniu leku. Korzystne działanie walproinianów w migrenie wynika z ich wpływu na funkcję układu dopaminergicznego i serotonergicznego. Pozytywne wyniki w profilaktyce migreny po podawaniu topiramatu u dorosłych dają nadzieję na skuteczne stosowanie tego leku również u dzieci i młodzieży. W leczeniu doraźnym napadu migrenowego najlepsze wyniki przynosi stosowanie leków niesterydowych przeciwzapalnych (ibuprofen 7,5-10 mg/kg/dawka) oraz donosowo podawany sumatryptan w dawce 5-20 mg⁽²³⁾.

Leki profilaktyczne są skuteczniejsze u dorosłych niż u dzieci i młodzieży. Jednak niektóre nowsze badania prowadzone metodą podwójnie ślepej próby nie wykazują istotnych różnic w skuteczności preparatów stosowanych u dzieci^(24,2). Wydaje się, że przeważająca większość dzieci z migreną nie wymaga leczenia profilaktycznego. Indywidualnie dobrana psychoterapia, czasami w połą-

czeniu z farmakoterapią, jest konieczna u części chorych z częstymi (2-5 razy w miesiącu) lub długotrwałymi i ciężkimi napadami zaburzającymi istotnie funkcjonowanie dziecka. Brak jest krajowych badań długofalowych nad porównaniem wyników leczenia profilaktycznego u dzieci i młodzieży z zastosowaniem różnych metod terapii w stosunku do grupy, w której było stosowane placebo. Nieliczne prace poddające ocenie efekt działania jednego lub dwóch leków przeciwmigrenowych mają na ogół charakter badań otwartych, nieprowadzonych metodą podwójnie ślepej próby. Okres obserwacji po zastosowaniu leczenia jest krótki, nie uwzględnia remisji samoistnych⁽²⁵⁾. Jak dotąd w Polsce tylko nieliczni pacjenci z migreną w wieku dziecięco-młodzieńczym poddawani są leczeniu psychologicznemu z zastosowaniem nowoczesnych i skutecznych (jak to podkreślają badania głównie autorów zagranicznych) technik psychoterapii. Ścisła współpraca doświadczonego pediatry, neurologa i psychologa klinicznego zajmującego się dziećmi jest konieczna w celu wypracowania modelu terapii w migrenie u dzieci i upowszechnienia go w praktyce medycznej. Oparte na takim schemacie indywidualne leczenie dziecka z nawrotowymi bólami głowy, zwłaszcza cierpiącego na najcięższy ich typ, którym jest migrena i napięciowy ból głowy, stanowi obecnie optymalny sposób postępowania w tych schorzeniach.

WNIOSKI

1. Wprowadzona przez IHS nowa klasyfikacja bólów głowy w większym stopniu uwzględnia odmienności rozpoznania migreny u dzieci.
2. Czynniki psychogenne stanowią jedną z najczęściej spotykanych u dzieci i młodzieży sytuacji prowokujących napad migrenowy.
3. Różne formy psychoterapii wraz z leczeniem farmakologicznym wykazują najwyższą skuteczność w postępowaniu profilaktycznym w migrenie u dzieci i młodzieży.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Headache Classification Committee of IHS. Classification and diagnosis criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 2004; supl. 1.
2. Pothman R.: Medical prophylaxis in childhood migraine. W: Guidetti V., Russel G., Sillänpää M. i wsp. (red.) Headache and Migraine in Childhood and Adolescence. London 2002: 251-256.
3. Maytel J., Young M., Schechter A., Lipton R.B.: Paediatric migraine and IHS criteria. Neurology 1997; 48: 602-607.
4. Wendorff J., Majchrowska A., Siger M.: Klasyfikacja migreny dziecięcej. Materiały II Zjazdu Polskiego Towarzystwa Neurologii Dziecięcej. Gdańsk 1995.

5. Wendorff J.: Analiza 150 własnych przypadków samoistnych bólów głowy u dzieci. Praca na stopień doktora nauk medycznych. Łódź 1983.
6. Zuddas A., Lilliv V., Zongo M.D.: Neurochemistry. W: Guidetti V., Russel G., Sillänpää M. i wsp. (red.) Headache and Migraine in Childhood and Adolescence. London 2002: 19-35.
7. Galli F., Guidetti V.: Psychiatric co-morbidity. W: Guidetti V., Russel G., Sillänpää M. i wsp. (red.) Headache and Migraine in Childhood and Adolescence. London 2002: 181-194.
8. Sillänpää M., Anitla P.: Increase prevalence of headache in 7-year-old school children. Headache 1996; 36: 466-470.
9. Wendorff J., Tosik M., Grodzka A.: Rozpoznanie i ocena przydatności diagnostycznej badań obrazowych mózgu u dzieci hospitalizowanych z powodu bólów głowy. Przegląd Ped. 2001; 31: 29-33.
10. Ueberall M.A., Wenzel D.: Intranasal sumatriptan for the active treatment of migraine in children. Neurology 1999; 52: 1507-1509.
11. Wendorff J.: Leczenie migreny u dzieci na podstawie własnego materiału. Przegląd Ped. 1985; 4: 181-189.
12. Peters J.C.: A treatise on headache. W: Merskey H.: Psychological factors in migraine. W: Blair J.N. (red.) Migraine London Champ and Hall 1987: 367-386.
13. Wolf H.G.: Personality features and reactions of subjects with migraine. Arch. Neurol. Psychiatry 1937; 37: 895-914.
14. Mericanges K.R.: Psychopathology and headache syndromes in the community. Headache 1994; 34: 17-26.
15. Breslau N., Davis G.: Migraine, physical health and psychiatric disorder: a prospective epidemiological study in young adults. J. Psychiatry Res. 1993; 2: 211-221.
16. Wiśniewska B., Wendorff J.: Sylwetka psychologiczna dzieci z migreną. Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożenia i wezwań cywilizacyjnych współczesnego świata. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. Łódź 1996: 88-91.
17. Wiśniewska B., Wendorff J.: Zastosowanie testu „Nastroje i humory” Busse’a i Durkee, ocena sylwetki psychologicznej dzieci i młodzieży z migreną. II Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurologii Dziecięcej. Gdańsk 1995.
18. Krotochvil S.: Psychoterapia. PWN, Warszawa 1984.
19. Gheorghiu V.A.: Hipnoza. Wiedza Powszechna. Warszawa 1985.
20. Herman C., Kim M., Blanchard E.B.: Behavioural and prophylactic pharmacological intervention studies of paediatric migraine: an exploratory metaanalysis. Pain 1995; 20: 239-256.
21. Caruso J.M., Brown W.D., Exil G. i wsp.: The efficacy of divalproex sodium in prophylactic treatment of children with migraine. Headache 2000; 40: 672-676.
22. Serdaroglu G., Erhan E., Tekgul H. i wsp.: Sodium valproate prophylaxis in childhood migraine. Headache 2002; 42: 819-822.
23. Lewis D.W., Scott D., Renden V.: Treatment of paediatric headache. Expert Opin. Pharmacother. 2002; 3: 1433-1442.
24. Pothman R.: Migränprophylaxe mit Flunarizin and azetylsalicylsäure. Eine doppelblindstudie. Monatschrift Kinderheilkd. 1987; 135: 646-649.
25. Śmigielka-Kuzia J., Sobaniec W., Kułak W. i wsp.: Ocena skuteczności piracetamu w porównaniu z flunaryzyną w leczeniu migreny i napięciowych bólów głowy. Neurol. Dziec. 2002; 21: 45-58.

Zasady prenumeraty kwartalnika „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”

1. Prenumeratę można rozpocząć od każdego numeru pisma.

Prenumerujący otrzyma zamówione numery kwartalnika pocztą na podany adres.

2. Pojedynczy egzemplarz kwartalnika kosztuje 25 zł. Przy zamówieniu rocznej prenumeraty

(4 kolejne numery) koszt całorocznej prenumeraty wynosi 80 zł.

Koszt całorocznej prenumeraty zagranicznej wynosi 25 dolarów.

3. Istnieje możliwość zamówienia numerów archiwalnych (do wyczerpania nakładu).

Cena numeru archiwalnego – 25 zł.

4. Prenumeraty można dokonać za pomocą załączonego blankietu.

Zamówienie proszę przelać pocztą lub faksem.

5. Istnieje również możliwość zamówienia prenumeraty przez Internet.

Druk zamówienia znajduje się na stronie www.psychiatria.com.pl