

Dorota E. ORTENBURGER, Małgorzata K. SZERLA

## **Migrena u ucznia Wybrane problemy funkcjonowania w środowisku szkolnym**

### **Wprowadzenie**

Bóle głowy towarzyszą człowiekowi od zarania dziejów ludzkości. Dowodzą tego wzmianki umieszczone na papirusach pochodzących z czasów starożytnego Egiptu. Również Hipokrates, filozof i zarazem lekarz starożytnej Grecji, około 400 roku p.n.e. zwrócił uwagę na objawy towarzyszące, a nawet poprzedzające niektóre bóle głowy (takie jak zaburzenia widzenia, nudności, wymioty, nadwrażliwość na światło i zapachy), które dzisiaj nazywamy bólami migrenowymi. Współcześnie problem migrenowych bólów głowy uzyskał systematyczną klasyfikację, uwzględniającą czynniki wyzwalające tę chorobę, charakteryzujące ją oraz opisujące odmienności przebiegu klinicznego, a także negatywny wpływ na jakość życia. Mechanizm migrenowych bólów głowy wciąż jeszcze nie jest całkowicie poznany i zrozumiały. Dzięki dostępności nowoczesnych technologii diagnostycznych w znacznej mierze można już zrozumieć patomechanizmy obejmujące zmiany immunologiczne, biochemiczne, a nawet farmakogenetyczne, leżące u podstaw dolegliwości doznawanych w przebiegu zespołów migrenowych. Objawem wiodącym jest tu ból głowy, często jednostronny, o pulsującym charakterze, któremu towarzyszą nudności, światłowstręt, nadwrażliwość na dźwięki i zapachy<sup>1</sup>.

Według opracowań różnych autorów migrena dotyka aż 3–10 procent ludzi. Cechuje się dużą zmiennością i różnymi postaciami, w jakich występuje. Zdarza się, że towarzyszą jej objawy zaburzeń psychicznych pod postacią dezorientacji,

---

<sup>1</sup> J. Prandota, E. Gronowicz, *Postępy w badaniach nad bólami głowy u dzieci*, „Pediatria Polska” 2008, vol. 83, I. 6 s. 730–762.

pobudzenia, zaburzeń świadomości i lęku<sup>2</sup>. Już te kilka oznak, które stanowią zaledwie nikłą część symptomów migrenowych, pokazuje, że jest ona poważnym problemem i wtórnie generuje wiele kolejnych trudnych problemów w funkcjonowaniu psychospołecznym. W populacji dziecięcej bóle głowy należą do nierzadkich objawów chorobowych, stanowiąc trzecią co do częstości występowania przyczynę nieobecności dzieci w szkole. W ich przypadku, częściej niż dzieje się to u osób dorosłych, zjawisko migreny występuje pod postacią napadowych bólów głowy połączonych z bólem brzucha oraz towarzyszącymi im nudnościami i wymiotami. Występowanie u dziecka nawracającego się lub przewlekłego bólu jest jednym ze wspólnych obszarów psychologii zdrowia oraz medycyny, w których prowadzone są badania interdyscyplinarne dotyczące efektów psychoterapii osób cierpiących z powodu bólu<sup>3,4</sup>.

W niniejszej publikacji skupiamy uwagę przede wszystkim na wybranych problemach ujawniających się w funkcjonowaniu psychospołecznym dzieci i młodzieży cierpiących z powodu nawracających, napadowych bólów migrenowych. Na podstawie własnych doświadczeń, z praktyki klinicznej oraz literatury przedmiotu postulujemy interdyscyplinarne podejście do problemu pomocy dzieciom zmagającym się z tą chorobą.

Poruszamy między innymi zagadnienie psychoedukacji i roli, jaką w tym względzie mogą pełnić osoby, z którymi dziecko się styka w kontekście edukacyjnym, a także w najbliższym środowisku rodzinnym. Wśród tych szczególnych osób są niewątpliwie nauczyciele, wychowawcy, pedagodzy, psychologowie. Naszym celem jest przybliżenie problemu w oparciu o przesłankę: „to, co nazwane (co można zobaczyć czy dotknąć), wydaje się mniej obce i groźne, niż gdy jest tajemnicze i nieokreślone”. Sądzymy, że takie podejście umożliwi podjęcie odpowiedniego postępowania wobec dzieci przeżywających doświadczenie bólu migrenowego, prezentujących zaskakujące i często niezrozumiałe zachowania emocjonalne, które są trudne do opanowania, a także przykro odczuwane, dodatkowe objawy somatyczne. Sygnalnie przedstawiamy również podejście terapeutyczne opisywane przez Yvonne Nestoriuc i Alexandrę Martin, które stanowi reprezentatywny przykład poszukiwań w terapii przeciwbólowej w oparciu o paradygmat skuteczności biologicznego sprzężenia zwrotnego (BFB).

---

<sup>2</sup> K. Strackharn, *Leczenie bólów migrenowych*, Wrocław 2000.

<sup>3</sup> D.E. Ortenburger, *Psychoterapia osób cierpiących z powodu bólu*, [w:] *Psychoterapia. Problemy pacjentów. Podręcznik akademicki*, t. V, red. L. Grzesiuk, H. Suszek, Warszawa 2011, s. 203–230.

<sup>4</sup> M.K. Szerła, D.E. Ortenburger, *Selected medical and psychological aspects of managing patients with chronic pain in Poland*, s. 55–62, „Studia Medyczne” 2011, vol. 22.

### **Specyficzne problemy psychospołeczne i behawioralne osób doświadczających bólu migrenowego**

Z występowaniem napadowego bólu głowy o charakterze migreny wiążą się różnego typu problemy. Na pierwszy plan wysuwają się te natury klinicznej (o biologicznym podłożu). Należy do nich bardzo często występujące, czasowe zmniejszenie znaczącego wycinka pola widzenia (zmiennego osobniczo). Wiąże się to z pogorszeniem możliwości bezpiecznego poruszania się (po schodach, przy przechodzeniu przez ulicę, korzystaniu z windy). Powszechnym objawem migreny jest odczuwanie nudności i niemożność powstrzymania wymiotów. Na tym biologicznym poziomie niezbędnym jest wskazanie, jak poradzić sobie z owymi specyficznymi korelatami migreny, które w istotny sposób mogą oddziaływać na bezpieczeństwo osobiste dziecka i ucznia. Negatywny wpływ bólu migrenowego na zdrowie rozprzestrzenia się także drugą ścieżką, tj. za pośrednictwem pętli sprzężenia zwrotnego. Jest to droga psycho-neuro-immunologiczna, składająca się z reakcji neurohormonalnej – lęku i obniżenia odporności. Szczególnie jasno widać to w przypadku migreny, która występuje cyklicznie, towarzysząc niejako cyklowi miesięczkowych przemian hormonalnych<sup>5</sup>. Trzeci problem, nie mniej istotny, związany jest ze społecznymi konsekwencjami niedyspozycji spowodowanej trudnościami z radzeniem sobie w przypadku silnego bólu głowy połączonego z aurą i nudnościami. Istnieją doniesienia wskazujące, iż problemy te dotyczą szczególnie młodszych uczniów (okresu końca szkoły podstawowej i gimnazjum).

Cały szereg objawów neurologicznych, które utrudniają sprawne funkcjonowanie i sprostanie wymaganiom szkolnym występuje najczęściej w migrenie skojarzonej (zwanej powikłaną). Specyficzne zachowania ochronne, pomocne podczas rozwijania się napadu migrenowego, niejednokrotnie budzą wśród rówieśników zdziwienie, przestraszenie i interpretacje, które nakłaniają do większej rezerwy. Z badań własnych wynika, że do tych wywołujących komentarze zachowań należy dążenie spowodowane nadwrażliwością na światło, dźwięki i zapachy. Zalicza się do nich chęć położenia się i odizolowania od silnego światła, prośby o ściszenie muzyki oraz o zaniechanie palenia papierosów.

Zarówno dla dzieci w młodszym wieku, jak i dla młodzieży, ciężki przebieg ataków migrenowych przyczynia się do pewnego rodzaju okresowego wykluczenia ze społecznego funkcjonowania. Przedłużająca się sytuacja niedostatecznego opanowania negatywnych skutków migreny może wiązać się z brakiem możliwości osiągnięcia sukcesów tak szkolnych, jak i osobistych. Skutkuje to nie rzadko znacznym zaniżeniem samooceny i utratą wiary we własne możliwości.

---

<sup>5</sup> K. Strackharn, *Leczenie bólów migrenowych*, Wrocław 2000.

Specyficznym problemem wśród dzieci w okresie wczesnoszkolnym jest związek pomiędzy występowaniem migreny a odczuwaniem lęku. W przypadku młodszych dzieci sytuację komplikuje dodatkowo współistnienie ataków lęku występujących nagle, lecz czasowo niezależnie od pojawiania się bólu migrenowego. Są to najczęściej lęki nocne, podczas których dziecko zrywa się ze snu i nie może uspokoić przez dłuższy czas. Wśród wielu funkcjonujących definicji lęku podkreśla się, że jest on reakcją na zewnętrzne (najczęściej społeczne) lub wewnętrzne bodźce (myśli, wyobrażenia, bodźce pochodzące z wnętrza organizmu), a jego nasilenie decyduje, czy jest on normalny (fizjologiczny), czy też patologiczny<sup>6</sup>. Jak wiadomo, lęk to stan mobilizujący człowieka do działania w celu pokonania trudnej sytuacji, jednak gdy staje się nadmiernie intensywny (nerwiczny), nie spełnia swojej funkcji. Staje się patologiczny, dezorganizujący dobrane działania, a nawet szkodliwy dla rozwoju psychologicznego, gdyż zakłóca fundamentalny warunek poczucia bezpieczeństwa. U dzieci występuje w trzech podstawowych postaciach jako: niepokój (nieokreślony lęk – zwany też lękiem nieuprzedmiotowionym), lęk przedmiotowy (sytuacyjny) oraz występujący pod postacią ataków lękowych<sup>7</sup>.

Jednym z mechanizmów obrony przed lękiem jest konkretyzacja, która prowadzi do jego redukcji. Na tym właśnie opiera się postępowanie psychoedukacyjne zmierzające do radzenia sobie z obawą przed kolejnym atakiem migreny.

W młodszym wieku szkolnym (późnego dzieciństwa – od 7 do 12 roku życia – odpowiadającego klasom I–VI), pojawiają się kolejne problemy. W okresie tym dziecko rozpoczyna szkołę, zmienia swój codzienny tryb życia, przechodząc od dominującej w okresie przedszkolnym działalności zabawowej do nauki.

Wstępujące do szkoły dzieci różnią się między sobą pod wieloma względami i to niekiedy bardzo znacznie. Prezentują one rozmaity poziom ogólnego rozwoju i dojrzałości do podjęcia systematycznej nauki oraz możliwości adaptacyjnych. Do tego wyczuwają presję, iż sposób, w jaki się wywiązują z nowych obowiązków, podlega ciągłej ocenie. Stąd też problemy związane z odczuwaniem silnych bólów głowy mogą się u nich nakładać na pojawiające się w tym okresie trudności szkolne mające najróżniejsze podłoże. Częściowo wynikają z niedostatków intelektualnych, nieprawidłowego rozwoju fizycznego, z rozwijającego się dopiero uspołecznienia dziecka czy też niedojrzałości emocjonalnej. Są w stanie utrudniać dostosowywanie się do wymagań i obciążeń szkolnych. Jednocześnie

<sup>6</sup> *Encyklopedia Pedagogiczna*, red. W. Pomykała, Warszawa 1997, s. 344–346.

<sup>7</sup> M. Bochwic, *Lęk u dziecka*, Warszawa 1985; M.A. Shaw, *Dziecięce lęki. O wychowaniu dziecka w świecie, który napawa je lękiem*, Poznań 1999; J. Eckersley, *Jak pomóc dzieciom radzić sobie z lękiem. Poradnik dla rodziców i wychowawców*, Kielce 2006.

<sup>8</sup> A. Woźniak-Krakowian, *Wycofana młodzież. Próba refleksji psychologiczno-socjologicznej*, [w:] *Problemy marginalizacji dzieci i młodzieży*, red. A. Woźniak-Krakowian, E. Napora, I. Gomółka-Walaszek, Częstochowa 2009, s. 79–99.

nawracające często ataki bólu migrenowego same mogą wtórnie rodzić szereg problemów. Duża częstotliwość, natężenie i charakter owych napadów u cierpiących z tego powodu dzieci potrafi pogłębiać czasowo niedostosowanie do warunków szkolnych, co wtórnie rodzi nadmierne napięcia emocjonalne. Dodatkowo towarzyszący temu zbyt wysoki poziom lęku szkolnego może obniżyć efektywność pracy ucznia. Dla dziecka cierpiącego z powodu powtarzających się ataków bólu migrenowego taka sytuacja jest szczególnie przykra, gdyż ma miejsce spiętrzenie obaw przed niepowodzeniami szkolnymi z jednoczesnym lękiem przed ekspozycją społeczną – lęk przed nauczycielem, kolegami, a także lęk przed niepowodzeniem w rywalizacji. Pojawić się może fobia szkolna, z występowaniem której współistnieją różnego rodzaju dolegliwości somatyczne: nudności, wymioty, biegunki, zawroty głowy, bóle brzucha, przyspieszone bicie serca, uczucie duszności i omdlenia oraz obniżenie odporności organizmu (w tym częste infekcje, stany podgorączkowe). Poza tym w zachowaniu częściej pojawiają się zakłócenia płynności mowy.

W jednym z aktualnych badań, prezentowanych na forum Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, przedstawione zostały dane dotyczące przewlekłych zespołów bólowych u dzieci szkolnych dużej aglomeracji miast województwa śląskiego<sup>9</sup>. Badaniem objęto 250 dzieci w przedziale wiekowym 7–15 lat (110 chłopców oraz 140 dziewczynek), średnia wieku wynosiła odpowiednio 12,7 roku dla chłopców oraz 13,1 dla dziewcząt. W obydwu grupach, obok dolegliwości układu kostno-stawowego (68%) oraz bólu głowy (42%), najczęstszą współistniejącą dolegliwością były bóle brzucha (53% całej populacji). Chłopcy skarżyli się poza tym głównie na bóle układu kostno-stawowego (74%), dziewczynki na bóle głowy (32%). W grupie dziewcząt występowały także napadowe bóle głowy, które nie wykluczały dolegliwości innego typu<sup>10</sup>.

### **Propozycje podejścia opartego na wykorzystaniu biologicznego sprzężenia zwrotnego**

W literaturze specjalistycznej z zakresu diagnozowania i leczenia bólu migrenowego istnieje metaanaliza dotycząca skuteczności biologicznego sprzężenia zwrotnego (BFB) w leczeniu migreny, przeprowadzona przez Yvonne Nestoriuc i Alexandrę Martin<sup>11</sup>. W oparciu o 86 badań dotyczących wyników

<sup>9</sup> G. Bujok, *Częstość występowania oraz obraz kliniczny przewlekłych zespołów bólowych w wybranej populacji dzieci szkolnych województwa śląskiego*. *Doniesienie wstępne*, „Ból” 2009, nr 3(10).

<sup>10</sup> Ibidem.

<sup>11</sup> Y. Nestoriuc, A. Martin, *Efficacy of biofeedback for migraine: A meta-analysis*, „Pain” 2007, 128, s. 111–127.

leczenia (z tego aż 55 spełniało wymóg randomizacji) przeanalizowano i przedstawiono wyniki metaanalizy. Dla wszystkich interwencji BFB uzyskano pośrednią wielkość efektu ( $d=0,58$ ; 95% CI = 0,52; 0,64), która okazała się być stabilna w ciągu przeciętnego czasu trwania obserwacji, wynoszącego 17 miesięcy. Biologiczne sprzężenie zwrotne było również skuteczniejsze od interwencji stosowanych w grupach kontrolnych. Największą poprawę wykazano w zakresie zmniejszenia częstotliwości napadów migreny. Pacjenci wyraźnie odczuwali efektywność leczenia. W analizach uwzględniających rolę czynników pośredniczących wykazano, że skuteczność biologicznego sprzężenia zwrotnego w połączeniu z treningiem w warunkach domowych była lepsza niż terapia bez treningów w domu. Badania opisywane przez Yvonne Nestoriuc i Alexandrę Martin stanowią reprezentatywny przykład tego typu poszukiwań w terapii przeciwbólowej. Należy jednak uwzględnić znaczenie czynnika wieku, który stanowi ograniczenie w przypadku młodszych dzieci. Istnieją również doniesienia, iż regularne ćwiczenia fizyczne mogą przyczynić się do obniżenia intensywności bólu u wielu chorych<sup>12</sup>.

### **Przykłady sposobów pomocy dzieciom cierpiącym z powodu napadowego bólu głowy**

W przypadku dzieci cierpiących z powodu bólu migrenowego szczególnego znaczenia nabiera fakt, że wysokiemu poziomowi lęku może towarzyszyć bezsenność, drażliwość, trudności w koncentracji i niska samoocena.

W badaniach własnych jasno uwidoczniła się kwestia pozostająca w ścisłym związku z rolą, jaką pełni w szkole nauczyciel. Właśnie tej grupie zawodowej przypada bardzo ważna funkcja psychoedukacyjna w sytuacji, gdy w klasie znajduje się uczeń, u którego występują napady migrenowego bólu. Za najgorsze podejście, z jakim spotkali się rodzice dzieci zmagających się z migreną, uważa się: bagatelizowanie, zarzucanie dziecku lenistwa i ośmieszanie wśród rówieśników. Opiekunowie podkreślali również, że w przypadku dzieci młodszych, wymagających odprowadzania do szkoły, należy zawsze odbierać dziecko o ustalonym wcześniej czasie i nie spóźniać się, co daje mu poczucie bezpieczeństwa.

Na koniec należy zwrócić uwagę, że problem występowania migreny ma swój bardzo trudny wymiar w przypadku dzieci cierpiących na fobię szkolną. Zgodnie z literaturą są one często nieśmiałe, zamknięte w sobie, łatwo odczuwają zagrożenie, opuszczenie, źle reagują na dezaprobatę. Mogą mieć tendencje perfekcjonistyczne i mimo osiągnięcia pozytywnych rezultatów nie wierzyć we własne siły. Bardziej niż inne dzieci potrzebują zapewnienia o akceptacji ze

<sup>12</sup> V. Busch, C. Gaul, *Exercise in migraine therapy is there any evidence for efficacy? A critical review*, „Headache” Jun 2008, 48(6), s. 890–899.

strony otoczenia, przede wszystkim zaś swoich nauczycieli i grupy rówieśniczej. W przypadku podejrzenia o fobię szkolną zalecana bywa konsultacja z lekarzem psychiatrą ze wskazaniem, aby zrobić to możliwie szybko, ponieważ jeśli dziecko prześladowane lękami nie uzyska profesjonalnej pomocy, trzeba się liczyć z poważnymi następstwami, które mogą oznaczać zaburzenie społecznego rozwoju oraz problemy z kontynuowaniem edukacji.

W przypadku fobii szkolnej obawa nie dotyczy wyłącznie procesu uczenia się, ale również wejścia w środowisko szkolne. Tym bardziej ujawnia się ona u dzieci, które narażone są na kolejne wystąpienie bólu migrenowego. Takie przeżycie może dodatkowo pogorszyć niewłaściwa atmosfera oraz opieka, jaka towarzyszy występowaniu ataku tej choroby.

Dlatego tu właśnie psychoedukację możemy uważać za właściwą drogę dla pozostałych uczniów – tych, którzy powinni nauczyć się udzielania wsparcia swoim cierpiącym rówieśnikom. W przypadku wystąpienia burzliwych objawów będą oni rozumieli zaistniałą sytuację (np.: konieczność położenia się w spokojnym, zaciemnionym pomieszczeniu, fakt wymiotów). Istotna jest wyważona i delikatna postawa nauczyciela, która nie spotęguje lęku u chorego dziecka, zaś innych uczniów zachęci do przyjęcia empatycznej postawy. W przypadku dzieci niecierpiących z powodu migreny odpowiednim kierunkiem ich postępowania jest wzmacnianie poczucia własnej wartości u chorego rówieśnika, co w znacznym stopniu uodparnia go na różne sytuacje lękotwórcze. Nauczyciel powinien stanowić wsparcie dla chorego dziecka oraz źródło informacji dla pozostałych uczniów, starając się, by z powodu dolegliwości nie ucierpiała pozycja socjometryczna cierpiącego wychowanka.

W zapobieganiu fobii szkolnej ważne jest umożliwienie dziecku nabywania od wczesnego dzieciństwa umiejętności i doświadczeń społecznych, uczenie się samodzielności, poznawanie konsekwencji własnych zachowań. W przypadku dzieci z migreną kluczową sprawą wydaje się jak najwcześniejsze omówienie z nimi roli, jaką pełnią czynniki wyzwalające, a w razie ataku bólu wskazanie możliwych sposobów zachowania, zwiększających bezpieczeństwo. Tak stosowana metoda małych kroków staje się z czasem realną szansą oswojenia lękotwórczego zdarzenia, jakim jest atak bólu migrenowego.

W przypadku młodszych dzieci odpowiednią drogą może okazać się odwołanie do bajek psychoedukacyjnych i psychoterapeutycznych, których celem jest redukcja lęku powstałego w wyniku negatywnego doświadczenia (lęku odtwórczego). Treść tych bajek koncentruje się wokół problemu, jaki jest przez dziecko uświadamiany. Bajka psychoedukacyjna wprowadza zmiany w szeroko rozumianym zachowaniu dziecka, czyli rozszerza możliwy repertuar zachowań. Jej bohater ma podobny problem do tego, który przeżywa dziecko. W ten sposób zdobywa ono doświadczenie, ucząc się wzorów odpowiednich postaw, co

sprzyja przyswajaniu sposobów reagowania w sytuacji trudnej. Bajka psychotherapeutyczna zawiera niektóre elementy baśni (kompensacja potrzeb) i bajki psychoedukacyjnej (wzory). Czytanie, uzupełnione o dawanie wsparcia cierpiącemu dziecku, poprzez mechanizmy psychologiczne (identyfikację z bohaterem, odwrażliwienie i wiedzę) pozwala mu zbudować zasoby osobiste oraz spowodować redukcję napięcia. Bajka psychotherapeutyczna ma na celu przekazać odpowiednią wiedzę o sytuacji lękotwórczej i wskazać sposoby radzenia sobie z nią. Bajka relaksacyjna natomiast posługuje się wizualizacją w celu wywołania odprężenia i uspokojenia<sup>13</sup>.

Rozmowa z innymi dziećmi mającymi podobny problem pomaga w odreagowaniu przykrych przeżyć, co pozwala łatwiej odzyskiwać utraconą równowagę. Przy doborze metod i technik wsparcia należy uwzględnić wiek, indywidualne możliwości umysłowe oraz percepcyjno-motoryczne dziecka, aktualny stan zdrowia, samopoczucie, gust muzyczny, a także poziom zdolności muzycznej<sup>14</sup>.

W przypadku dzieci zmagających się z problemem migreny jednym z celów pomocy jest optymalizacja jakości życia, polegająca na zapobieganiu (a nie usuwaniu) trudnościom życiowym i przewyciężaniu przeszkód stojących na drodze do samorealizacji. Rolę taką mogą pełnić zajęcia, które posiadają między innymi walory relaksacyjne, odprężające, rozbudzają korzystne emocje i pozytywnie wpływają na samopoczucie.

Im młodsze dziecko zmagają się z problemem migreny, tym większa jest rola osób dorosłych z najbliższego środowiska rodzinnego i edukacyjnego. Bardzo istotną rolę pełni także szanowanie podmiotowości dziecka przez lekarza, z którym styka się ono jako pacjent w szpitalnych poradniach leczenia bólu<sup>15</sup>. Poziom wiedzy oraz zaangażowania tych kluczowych osób może odegrać ogromną rolę w pohamowaniu rozwoju i utrwalania się niekorzystnych konsekwencji powtarzających się ataków migreny. Także życzliwi rówieśnicy, rozumiejący powagę sytuacji, posiadający podstawową wiedzę na temat choroby stanowią znaczące wsparcie dla kolegów zmagających się często z dotkliwymi i krępującymi dolegliwościami. Pomagają im w bezpiecznym dojściu w spokojne miejsce w szkole (np. do gabinetu nauczyciela czy pielęgniarki), a w razie konieczności wiedzą, jak zawiadomić o zaistniałej sytuacji ich rodziców.

<sup>13</sup> M. Molicka, *Bajkoterapia. O lękach dzieci i nowej metodzie terapii*, Poznań 2002, s. 163.

<sup>14</sup> Stosowanie muzykoterapii w zapobieganiu skutkom silnych, przewlekłych napięć ma stosunkowo długą tradycję w Polsce i realizowane przez m.in. Elżbietę Galińską z Instytutu Psychiatrii i Neurologii Kliniki Nerwic.

<sup>15</sup> D. Ortenburger, A. Tarnopolski, *Czyja edukacja? Refleksje o podmiotowości. Część I. Humanistyka. Pedagogika. Edukacja. Wybrane podmiotowe czynniki w relacji pacjent – lekarz*, red. A. Pluta (przy współudziale T. Michalewskiego i K. Niewiadomskiego), Częstochowa 2010, s. 65–76.



## Zakończenie

Literatura przedmiotu oraz praktyka kliniczna pokazuje, że bardziej efektywne od jedynie doraźnego działania jest objęcie dziecka odrębną, systematyczną i wszechstronnie specjalistyczną opieką przeciwbólową. Dogłębna, indywidualna ocena bólu oraz identyfikacja czynników sprzyjających występowaniu jego napadów ma podstawowe znaczenie. Diagnoza nocycyptywna (ocena rodzaju, przyczyn i przebiegu dolegliwości bólowych) napadów migrenowych pozwala na wdrożenie u dziecka terapii obniżającej wielkość odczuwanego lęku.

U dzieci starszych i dorastających (adolescentów) coraz większe zastosowanie znajdują: terapia poznawczo-behawioralna, wizualizacje i techniki relaksacyjne. Psychoedukacja, obejmująca zarówno samego pacjenta, jego rodzinę, jak i szkolne środowiska (nauczycieli, wychowawców, a także rówieśników), wydaje się być niezbędnym uzupełnieniem szeroko pojętej terapii. Ze względu na znaczący problem bólu o charakterze migrenowym oraz jego wtórne efekty dalsze badania tego zjawiska wydają się być konieczne. Interdyscyplinarne spojrzenie na osobę (dorosłego czy dziecko) borykającą się z tym problemem, sprzyja postawieniu bardziej wszechstronnej diagnozy i wdrożeniu odpowiedniego postępowania terapeutycznego, w którym powinno znaleźć się miejsce zarówno na farmakoterapię, jak i na psychoterapię.

## Bibliografia

- Bochwic M., *Lęk u dziecka*, Warszawa 1985.
- Bujok G., *Częstość występowania oraz obraz kliniczny przewlekłych zespołów bólowych w wybranej populacji dzieci szkolnych województwa śląskiego. Doniesienie wstępne*, „Ból” 2009, nr 3(10), s. 53–55.
- Busch V., Gaul C., *Exercise in migraine therapy is there any evidence for efficacy? A critical review. Headache*, Jun 2008, 48(6).
- Eckersley J., *Jak pomóc dzieciom radzić sobie z lękiem. Poradnik dla rodziców i wychowawców*, Kielce 2006.
- Encyklopedia Pedagogiczna*, pod red. W. Pomykała, Warszawa 1997.
- Molicka M., *Bajkoterapia. O lękach dzieci i nowej metodzie terapii*, Poznań 2002.
- Nestoriuc Y., Martin A., *Efficacy of biofeedback for migraine: A meta-analysis. Pain* 128, 2007, s. 111–127.
- Ortenburger D.E., *Psychoterapia osób cierpiących z powodu bólu*, [w:] Psychoterapia. Problemy pacjentów. *Podręcznik akademicki*, red. L. Grzesiuk, H. Suszek, Wydawnictwo Psychologii i Kultury ENETEIA, Warszawa 2011.
- Ortenburger D., Tarnopolski A., *Czyja edukacja? Refleksje o podmiotowości. Część I. Humanistyka. Pedagogika. Edukacja. Wybrane podmiotowe czynniki w relacji*

- pacjent-lekarz*, red. A. Pluta (przy współudziale T. Michalewskiego i K. Niewiadomskiego), Wydawnictwo Wyższej Szkoły Lingwistycznej, Częstochowa 2010.
- Prandota J., Gronowicz E., *Postępy w badaniach nad bólami głowy u dzieci*, [w:] „*Pediatrics Polska*”, vol. 83; I. 6; 2008.
- Shaw M.A., *Dziecięce lęki. O wychowaniu dziecka w świecie, który napawa je lękiem*, Poznań 1999.
- Strackharn K., *Leczenie bólów migrenowych*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
- Szerla M.K., Ortenburger D.E., *Selected medical and psychological aspects of managing patients with chronic pain in Poland*, red. S. Głuszek, „*Studia Medyczne*” 2011, vol. 22, s. 55–62.
- Woźniak-Krakowian A., *Wycofana młodzież. Próba refleksji psychologiczno-socjologicznej*, [w:] *Problemy marginalizacji dzieci i młodzieży*, red. A. Woźniak-Krakowian, E. Napora, I. Gomółka-Walaszek, Akademia im. Jana Długosza, Częstochowa 2009, s.79–99.