

כאבי ראש מתמשכים ותיאוריות פסיכודינמיות של כאב

ענבל פנתה לטיפול עקב כאבי ראש כרוניים שנמשכו מזה כשנתיים. היא נראתה שקטה ועצובה עם מבט עמוק וחכם בעיניים. היא תיארה כאבי ראש, שהיו מלווים פעמים רבות בבחילות ובכאב בפנים, באזור המקיף את העיניים. פעמים רבות התקפי הכאב גרמו לה להתבודד, לשהות בחושך ולחפש מקומות שקטים, שבהם אין כלל גירויים של רעש או של אור. לפני שפנתה לטיפול פסיכולוגי, עברה במשך שנים בדיקות מקיפות שכללו הערכות נוירולוגיות, צילומי ראש, בדיקות של כלי הדם ועוד. בבדיקות אלה לא התגלו ממצאים שיכלו להסביר את הכאבים. הרופאים שאליהם פנתה המליצו על תרופות מסוגים שונים שחלקן הביאו להקלה זמנית ולהפחתה בעוצמת הכאב, אך הכאבים המשיכו להופיע מספר פעמים בשבוע ולעתים קרובות בתדירות גבוהה יותר. גם העוצמה של הכאב המשיכה להיות גבוהה. היא אובחנה כסובלת ממיגרנה. אחרי השלבים הראשוניים של ההיכרות התחלנו לשוחח באופן כללי על הקשר שבין הגוף לנפש ועל כך שפעמים רבות אנשים מבטאים רגשות או מצוקות רגשיות באופן גופני, למשל על ידי

"פרפרים בבטן" או על ידי כאבים מסוגים שונים. תגובותיה של ענבל העידו שהיא מזהה קשר בין מצבה הרגשי לבין כאבי הראש. למשל, היא זיהתה שכאבי הראש מופיעים בתכיפות ובעוצמה גבוהים יותר אחרי אירועים שגורמים לה למתח, לחרדה ולכעס. הרושם שלי היה שבמצבים כאלה היא ביקשה לברוח ולהתנתק מהגורמים המלחיצים ומהרגשות הקשים, ואילו הכאב היווה חוויה פיזית, שביטאה גם היא את הדחק הנפשי.

הדמיון בין התסמינים ה"פיזיים" שמהם סבלה לבין התסמינים ה"נפשיים" היה מרשים. גם כאבי הראש וגם מחשבות חוזרות ונשנות על אביה, שמת בהיותה בגיל ההתבגרות, היו בעיניה תופעות שאינן בשליטתה, ש"תפסו" את הראש וגרמו למצוקה רבה. דמיון בין תסמינים פיזיים לנפשיים היווה מקור להשערות פסיכודינמיות רבות, שטענו שיש הקבלה בין שתי המערכות. לפי השערות אלה, כאב, ובעיקר כאב מתמשך, מהווה מקבילה מטפורית לתהליכים נפשיים כמו קונפליקטים לא פתורים, רגשות מודחקים כמו אשמה או כעס וכו'. בהתאם לכך טיפולים פסיכולוגיים בכאב כרוני מבוססים על חקירה וגילוי של קונפליקטים לא פתורים, אירועי חיים מוקדמים כמו חשיפה לניצול מיני בילדות או חשיפה לאלימות פיזית או מילולית ועוד. ההנחה בבסיס טיפולים אלה היא ששחרור מקונפליקטים או מגורמי הדחק האחרים יביא להקלה בתסמיני הכאב הכרוני. סקירה של הספרות המחקרית על טיפולים פסיכודינמיים מעידה שטיפולים אלה עשויים להיות יעילים בהתמודדות עם סוגים שונים של כאב כרוני כולל כאבי ראש, כאבי גב, כאבי פרקים ועוד.

עם זאת אחד הקשיים בעבודה עם מודלים פסיכודינמיים הוא שלא ניתן לאשש או להפריך את ההנחות התיאורטיות שלהם. לפי הקריטריון של קרל פופר, שהיה הוגה מרכזי בפילוסופיה של המדע, תיאוריות פסיכודינמיות אינן מדעיות, מכיוון שאין כל אפשרות

להפריכן. השערות העולות במהלך הטיפול אינן ניתנות לבדיקה מדעית אובייקטיבית. עם זאת כאשר ההשערות מתאימות לאמת הסובייקטיבית של המטופל, עשוי להיות להן ערך טיפולי רב, משום שהן מספקות הסבר לתופעת הכאב ומפחיתות את ההרגשה שהכאב הוא תופעה בלתי מוסברת, בלתי צפויה ובלתי נשלטת. נראה שההשערות לגבי הקשר בין מצבה הרגשי לבין כאבי הראש התקבלו על ידי ענבל במידה רבה ותאמו את האמת הסובייקטיבית שלה. השערות אלה אפשרו לה להגיע לתובנה מעמיקה יותר באשר לדרכים שבהן היא משתמשת באופן בלתי מודע בתסמינים גופניים כביטוי למצוקות שהיא חווה.

פייר ז'אנה, פסיכולוג ונוירולוג צרפתי שפעל בסוף המאה ה-19 ובתחילת המאה ה-20, עסק בניסיון להבין השפעות של הדחקת זיכרונות טראומטיים מתוך תצפיות שביצע באנשים שעברו אירועים כאלה. הוא הסיק שחלקם מדחיקים את הזיכרונות הטראומטיים מחוץ לזיכרון המילולי שלהם, מחוץ לנרטיב של ההיסטוריה האישית שלהם. עם זאת הזיכרונות הללו ממשיכים להשפיע עליהם ובאים לידי ביטוי בדרכים שונות, כגון סיוטים, הפרעות רגשיות ופסיכיאטריות ואף כאבים גופניים.

ז'אנה עסק גם בהיפנוזה ובלא מודע, עבד עם ז'אן מרטין שארקו וניהל את המעבדה לפסיכולוגיה בבית החולים Salpêtrière. שארקו נודע במחקריו על ההיסטריה. ז'אנה ניסה לסווג סוגים שונים של היסטריה. הוא כתב ספרים ומאמרים בנושאים מגוונים כמו היסטריה, כפייתיות, שכחה ואישיות.

תלמיד מפורסם נוסף של שארקו היה זיגמונד פרויד, רופא וינאי צעיר שהושפע עמוקות מהחידושים שהציג שארקו וביניהם היכולת לטפל בהיסטריה על ידי היפנוזה. המושג היסטריה התייחס לתסמינים גופניים כמו שיתוק או עיוורון זמני, שאינם נובעים ממחלה או מטראומה גופנית אחרת, אלא מגורמים נפשיים כמו

קונפליקט לא פתור, מצבי דחק ועוד. היכולת של שארקו לטפל בהיסטריה על ידי היפנוזה נחשבה לחידוש שובר מוסכמות, שכן הוא המחיש שהמקור להיסטריה אינו בהכרח פיזיולוגי, אלא נפשי. פרויד עבד גם עם יוסף ברוייר, רופא יהודי וינאי, וביחד הם כתבו את מחקרים בהיסטריה, ספר המבטא במידה רבה את היווצרותה של הפסיכואנליזה. בספרו מוצגים תיאורים של מקרי היסטריה וכן טיפול חדשני בהם (מסוג שלא היה ידוע עד אז) על ידי שיחות. הטיפול הזה הביא להקלה ואף להיעלמות של תסמינים היסטריים שונים. השניים כתבו על "רעיונות פתולוגיים" המשפיעים על אנשים בדרכים שונות: רעיונות כאלה הם מטרידים, גורמים לרגשות של בושה, לתפיסה של פגיעות וגם לכאב. פרויד ראה בכאב סוג של תופעה קונברסיבית, כלומר תסמין פסיכוסומטי המסמל קונפליקט לא מודע. התסמינים הקונברסיביים מאפשרים לאנשים לשמור את הקונפליקט בתחום הלא־מודע. זהו מנגנון הגנה היות שהוא מאפשר להותיר את הקונפליקט מחוץ למודעות ובכך לדחוק את החרדה שהקונפליקט מעורר מחוץ למודעות. עם זאת, העיסוק בכאב כרוני היה שולי בהגותו ובפעילותו של פרויד. החוקר שבתצפיותיו ובכתיבתו שדרג את העיסוק הפסיכודינמי בכאב היה ג'ורג' אנג'ל, פסיכיאטר אמריקאי, שבשנת 1959 כתב את מאמרו המקורי על הכאב ה"פסיכוגני" ועל המטופל המועד לכאב ("pain prone patient"). אנג'ל הניח שכאב כרוני הוא תופעה נפשית – "פסיכית", ולכן אנשים המועדים לכאב מחפשים אותו עד כי הם יוצרים אותו גם ללא גירוי היקפי מכאיב. לפי אנג'ל, כבר מגיל הינקות מתקשרת החוויה של הכאב באופן אסוציאטיבי לבכי, שבעקבותיו בא ניסיון להרגעה של התינוק על ידי דמות אוהבת (המטפלת/תתינוק), ובעקבותיו מושג גם שיכוך של הכאב. לכן כאב מתקשר לעונג. מה שגורם לעונג הוא הציפייה לשיכוך הכאב ולא יחוד עם אובייקט האהבה.

בשלבי ההתפתחות הראשונים מתקשר הכאב אסוציאטיבית גם לעונש ולאשמה. הוא מופיע כאשר מישהו הוא "רע" והכאב מהווה פיצוי או כפרה על האשמה. אפשר לראות ילדים וגם מבוגרים שמקדמים את הכאב בברכה מכיוון שהוא מהווה אמצעי לסליחה ולאיחוד מחדש.

כאב יכול להופיע גם כאשר יש רגשות אשם או רגשות אגרסיביים כלפי אנשים קרובים. החוויה של הכאב במקרים מסוג זה מאפשרת להפחית את הרגשות של האובדן המתלוות לאשמה ולרגשות האגרסיביים, מפני שהכאב כואב יותר מהאובדן ומעייב עליו. האנשים המועדים לכאב ממושך נוטים גם לחפש את הכאב באמצעות מספר רב של פציעות, טיפולים, ניתוחים ועוד. הכאב משמש גם כתחליף להפגנת רגשות תוקפניים שאינם באים לידי ביטוי באופן אחר.

כאב, לפי תפיסתו של אנג'ל, קשור גם לרגשות מיניים. הוא כותב על כך שבשיא הריגוש המיני הכאב אינו רק כאב אלא גם הנאה. למטופלים עם כאב מתמשך יש פעמים רבות, לפי אנג'ל, היסטוריה מינית עם מאפיינים סאדו־מזוכיסטיים.

אנג'ל מוסיף כי גם למיקום של הכאב יש משמעות. המיקום מושפע מתהליכי הזדהות עם אובייקטים (אנשים) קרובים. הוא יכול להיות זהה למיקום שבו היה כאב או סבל בעת קונפליקט עם האדם הקרוב. אפשרות אחרת היא שהכאב מתמקם באזור בגוף שבו האדם הקרוב חווה כאב, או לפי המשאלה של המטופל. לפי הניסיון של אנג'ל, מטופלים שמועדים לכאב סובלים על פי רוב מבעיות פסיכיאטריות של היסטריה, דיכאון, היפוכונדריה או משילוב של בעיות אלה.

מאוחר יותר פיתח אנג'ל את הגישה הביו־פסיכו־סוציאלית שאותה הציג במאמר מקורי ומשפיע ביותר בכתב העת המוביל *science* ב־1977. גישה זאת יוצרת אינטגרציה בין משתנים

ביולוגיים, פסיכולוגיים, התנהגותיים וחברתיים על מנת להשפיע על המהלך ועל ההתפתחות של מחלות וכדי לקדם בריאות. אנג'ל הדגיש את ההשפעה של הרופא עצמו, כאדם, על תהליך ההבראה של המטופלים.

חוקרים פסיכודינמיים אחרים פיתחו את המודל של החולה המועד לכאב כרוני. כאב כרוני תואר כביטוי לדיכאון סמוי, להכחשה של בעיות רגשיות ובין-אישיות, לאשמה, לכעס, לעוינות, לחוסר יוזמה ועוד. לחולים אלה יוחסו היסטוריה משפחתית של דיכאון, אלכוהוליזם ודיכאון ממושך.

מחקרים עם אוריינטציה פסיכודינמית קישרו בין נטייה לכאב מתמשך לבין מאפיינים כמו קושי בביטוי כעס, קושי בשליטה ובוויסות של רגשות, טראומות בשלבים המוקדמים של החיים, מספר האחים בבית בילדות, הרקע הסוציו-אקונומי בילדות, חסכים רגשיים או יחס לא תקין מצד ההורים, אובדן של בן משפחה, חשיפה למחלות ילדות, בעיות בזוגיות ועוד. על פי רוב טענו מחקרים אלה לקשר סיבתי בין גורמים אלה לבין נטייה לכאב כרוני. אולם שיטות המחקר במחקרים הללו סבלו על פי רוב מליקויים מתודולוגיים משמעותיים כמו חוסר בקבוצות ביקורת, השפעה של עמדות החוקר על פירוש התוצאות ועוד.

אירועים טראומטיים שכיחים הם מוות של בן משפחה קרוב, מחלה או פציעה בתוך המשפחה או מחלה או פציעה של המטופל עצמו. מחקרים עם מתבגרים הצביעו על ממצאים דומים. האירועים הטראומטיים המשמעותיים המובילים לכאב כרוני בקרב מתבגרים הם מוות, מחלות, פרידה או גירוש של ההורים או מעבר של המשפחה למגורים במקום אחר.

עבור ענבל, האובדן של אביה בגיל צעיר היה מאורע טראומטי משמעותי. לצד זאת, במהלך הטיפול העלתה ענבל מספר זיכרונות מוקדמים, שבהם אביה התנהג באופן שעורר אצלה כעס או חוסר

אונים, זיכרונות שאפשרו לה לראות אותו יותר ויותר כדמות אנושית ומורכבת ופחות כדמות נערצת ואידילית כפי שהיה עד שהחלה את הטיפול. בספרות המחקרית קיימת תמיכה בהשערה שכעס עלול לגרום לכאבי ראש. כך, למשל, במחקר שפורסם לאחרונה נבדק הקשר בין היכולת לבטא כעס באופן מוחצן לבין כאבי ראש. נמצא שלאנשים הסובלים מכאבי ראש הייתה נטייה מוגברת ל"החזיק" כעסים ולא לבטאם באופן מוחצן. הבדלים אלה נשארים תקפים גם כשלווקחים בחשבון השפעות של דיכאון או של חרדה.

לצד התובנות הללו, שהיו פסיכודינמיות בעיקרן, היה צורך להתמקד בלמידה של דרכי התמודדות שהיו עשויות להחליף את מנגנוני ההגנה הפסיביים, שכבר לא היו יעילים וגרמו למצוקה וכנראה גם להתגברות הכאב. כאן באו לידי ביטוי טכניקות התנהגותיות של לימוד התנהגות אסרטיבית. באמצעות סימולציות של מצבים מלחיצים, מצבי קונפליקט ועוד למדה ענבל לבטא באופן ענייני את עמדותיה בנושאים שבעבר התקשתה לבטא. כך היא רכשה יותר ויותר יכולת לדבר בטיפול ומחוצה לו על רגשות שונים, כולל רגשות שליליים כמו כעס, אשר ביטויים עורר אצלה בעבר חרדה. מרכיב נוסף היה ללמוד ולזהות מצבי לחץ היכולים להוביל לביטויים פסיכוסומטיים, כגון כאבי ראש, ולנקוט בדרכי התמודדות, כמו למשל יזימת שיחות עם בני משפחה או חברים לעבודה, שיחות עם אנשים משמעותיים שתמכו בה, הימנעות מכניסה למצבים עם פוטנציאל מלחיצן ועוד.

לאחר מספר חודשים של טיפול דיווחה ענבל על הפחתה משמעותית בתדירות ובעוצמה של כאבי הראש. הכאבים חדלו להופיע בתדירות של פעמיים עד שלושה בשבוע, שבה הופיעו קודם לכן, אלא נעשו פחות ופחות תדירים. מדי פעם חזרו הכאבים והופיעו, אולם היא ידעה על פי רוב לזהות אירוע או מצב מלחיצן,

שהכאב הופיע בסמוך אליו. במקביל פחתה גם תדירות המחשבות על האב באופן משמעותי. בנוסף, תוכן המחשבות השתנה. ענבל סיפרה שכעת היא רואה את אביה כאדם מורכב, פחות מושלם, יותר אנושי, עם חולשות ועם כוחות. המחשבות עליו אינן מציפות אותה יותר אלא הן יותר רצוניות.

בשיחה שקיימנו כשלושה חודשים אחרי תום הטיפול התברר שעל פי רוב ההפחתה בכאבי הראש נשמרת. עם זאת בתקופות לחץ יש התגברות של כאבי הראש מבחינת העוצמה והתדירות, ותקופות כאלה יכולות להימשך זמן רב. התדירות של המחשבות על האב נשארה נמוכה. בשיחה לצורך מעקב שישה חודשים לאחר תום הטיפול סיפרה ענבל שכאבי הראש פחתו באופן מובהק בהשוואה לתקופה שלפני הטיפול.

סיווג של כאבי ראש כרוניים

כאבי ראש הם, ככל הנראה, סוג הכאב השכיח ביותר. המונח "כאב ראש" הוא עמום למדי, ובדומה לסוגי כאב אחרים הדיווח על כאבי ראש הוא אישי וסובייקטיבי. אין מדדים אובייקטיביים לכאבי ראש. כאבי ראש מתמשכים משפיעים על כ-4%-5% מהאוכלוסייה הכללית. קיימים סוגים רבים של כאבי ראש וגם סיווגים שונים. ב-2004 הציעה החברה הבינלאומית לכאבי ראש סיווג שלפיו כאבי הראש חולקו לכאבי ראש ראשוניים ומשניים. כאבי ראש ראשוניים, כמו מיגרנה כרונית, מתוארים לפי התסמינים המרכיבים אותם. הסיבה לכך היא שהגורמים לכאבים אלה אינם ברורים די הצורך. כאבי הראש המשניים מתוארים לפי הגורמים שלהם, למשל, כאב ראש הנובע מאפילפסיה. כאבי ראש משניים מופיעים על רקע של מחלות שונות כולל מחלות זיהומיות או דלקתיות או עקב טראומה. דוגמה לכך היא כאב הנובע על פי רוב מתאונות

דרכים שבהן יש "צליפת שוט" – מכה פתאומית מאחורי המכונת הגורמת לכאבי צוואר.

כאבי הראש הראשוניים הנפוצים ביותר קשורים למתח "tension headache". שיעור גבוה של כ-70%-90% מהאוכלוסייה סובל מסוג זה של כאבים. כאבי ראש מסוג זה מופיעים על פי רוב בשני צדי הראש. לעתים הכאבים נעשים תדירים יותר וכרוניים ואף יומיומיים. הם מופיעים לעתים יחד עם מתח בשרירי הצוואר או המצח. עם זאת לא ברור אם המתח בשרירים הוא גורם סיבתי או תוצאה של כאבי הראש.

מיגרנה הוא כאב המופיע לרוב בצד אחד של הראש בצורה של פעימות. לעתים קרובות הכאב מלווה בבחילות וברגישות בולטת לגירויים של אור ורעש. בכחמישית מהמקרים יש דיווחים על "אאורה" – תסמינים נוירולוגיים המופיעים לפני תחילת הכאב וכוללים הפרעות בראייה בצורה של צבעים מרצדים או אור בהיר לאורך שדה הראייה. מיגרנה היא תופעה שכיחה ביותר. במחקר בארצות הברית נמצא שהיא מופיעה בקרב כ-6% מהגברים ובקרב כ-18% מהנשים. התקפי מיגרנה יכולים להופיע מדי פעם, אך במקרים רבים הם כרוניים וממושכים ומופיעים בתדירות של פעמיים עד שלוש בשבוע. לפי הסיווג של כאבי הראש משנת 2004, מיגרנה כרונית מוגדרת ככאב שמופיע לפחות 15 פעמים בחודש, למשך תקופה של לפחות שלושה חודשים, שבהן לא הייתה צריכת יתר של תרופות.

מחקרים רבים מעידים שצריכה גוברת של משככי כאב עלולה לגרום להתגברות התדירות והעוצמה של כאבי ראש מסוגים שונים, כולל מיגרנה. משככי כאב הפועלים ביעילות נגד כאבי ראש ארעיים עלולים לאבד את יעילותם כשהצריכה שלהם נעשית תכופה ובלתי מבוקרת וכך נוצרות תסמונות של "Rebound headache" או "Medication overuse headach". גם צריכה של חומרים כמו קופאין,

או שימוש בקומבינציות של תרופות, כגון משככי כאבים קלים וקופאין, יכולים להוביל להחמרה בכאבים ולהגדלת התכיפות שלהם. הפסקה לא מבוקרת בטיפול במשככי כאב עלולה גם היא לגרום להחמרה בכאבי הראש, מה שמהווה חלק מתסמיני הגמילה מהתרופות.

קיימים מספר גורמים עיקריים המזוהים עם צריכת יתר של משככי כאב. גורם אחד הוא פנייה למספר מטפלים, שכל אחד מהם יכול להוביל לשימוש בתרופות שונות. גורם אחר הוא הגדלת הצריכה "מתחת לדלפק" ללא פיקוח. במקרים רבים צרכני יתר של משככי כאב מאמינים שהם מכורים לתרופות, אמונה שככל הנראה מגשימה את עצמה.

גורמי סיכון פסיכולוגיים, סביבתיים וגנטיים

מחקרים מצביעים על כך שכמעט מחצית מהאנשים הסובלים מכאבי ראש יומיומיים סובלים גם מהפרעות נפשיות, בעיקר דיכאון או מהפרעות חרדה. באחד המחקרים נמצא ש־45% מהסובלים מכאבי ראש כרוניים, 30% מהסובלים ממיגרנה ו־18% מהסובלים מכאבי גב תחתון סובלים גם מהפרעות חרדה או דיכאון. במחקר על מבוגרים עם כאבי ראש הקשורים למתח הייתה השוואה עם קבוצת ביקורת של נבדקים שלא סבלו מכאבי ראש. נמצא שהסובלים מכאבי ראש סבלו גם משיעורים גבוהים של דיכאון ושל מחשבות כפייתיות.

במחקר על מיגרנה נמצא דפוס של השפעה דו־כיוונית: מיגרנה מעלה את הסיכון להופעה של דיכאון, ודיכאון מעלה את ההסתברות להופעה של מיגרנה. ייתכן שדפוס של השפעה דו־כיוונית קיים גם בין סוגי כאב אחרים לבין הפרעות חרדה ודיכאון. במחקרים שניסו לאתר את גורמי הסיכון הפסיכולוגיים לכאבי

ראש בקרב ילדים נמצא שמתח היווה את גורם הסיכון הנפוץ ביותר לכאבי ראש. גורמים נוספים שנמצאו במתאם גבוה עם הופעה של כאבי ראש אצל ילדים היו חשיפה לאור בעוצמה גבוהה, חשיפה לרעש ותחושת רעב.

בסקירה של הספרות המחקרית בנושא כאבי ראש נמצא שדיכאון, חרדה וכעס מהווים גורמי סיכון להופעת כאבי ראש אצל ילדים.

במחקר של דה-בנדיטיס ואחרים (De Benedittis et al., 1990) נבדקה השאלה אילו אירועי חיים קשורים להופעה של כאבי ראש בתדירות ובעוצמה גבוהים. קבוצת נבדקים הסובלים מכאבי ראש מתמשכים השוותה לקבוצת ביקורת של חולים שסבלו מתסמונות נוירולוגיות אחרות, ללא כאבי ראש. נמצא שבקבוצת הסובלים מכאבי ראש הייתה עלייה מובהקת בכמות אירועי דחק בקרב המשפחה בשנה שקדמה להופעת כאבי הראש. אירועים אלה כללו מוות של בן משפחה קרוב, מחלה במשפחה או מחלה שהמטופל סבל ממנה.

במחקר דומה על מתבגרים נבדקו אילו אירועי חיים מהווים גורם סיכון להופעת כאבי ראש. בדומה למחקר הקודם נמצא שמחלה במשפחה היוותה גורם סיכון מרכזי. גורם סיכון נוסף היה פרידה או גירושים של ההורים או מעבר לסביבת מגורים אחרת.

מחקר של ליאון ואחרים (Leon et al., 2001) בחן את שכיחות הופעת כאבי ראש מקבציים (cluster headache) על ידי בדיקת ההיסטוריה המשפחתית של 220 מטופלים. סוג נדיר זה של כאבי ראש מאופיין בהופעה פתאומית של כאב בעוצמה גבוהה, על פי רוב בצד אחד של הראש. הכאב נוטה להופיע בצרורות, לאורך תקופות של שבועות ואף יותר, שבעקבותיהן יש תקופות של רגיעה. נמצא שהסיכוי של בני משפחה של המטופלים לסבול מכאב ראש מאותו סוג הוא פי 39 לעומת האוכלוסייה הכללית.

הסיכוי של קרוב מדרגה שנייה לסבול מאותו סוג של כאב ראש הוא פי 8 לעומת האוכלוסייה הכללית. ממצאים אלה מאוששים את ההשערה שמרכיבים גנטיים משפיעים על התופעה.

במחקר של ראסל ואחרים (Russel et al., 1999) רואיינו קרובי משפחה של אנשים עם כאבי ראש כרוניים הקשורים למתח. נמצא שהסיכוי של הורים, אחים, אחיות וילדים של הנבדקים לסבול אף הם מכאבי ראש היה גבוה בשיעור ניכר מהסיכוי באוכלוסייה הכללית ומהסיכוי של בני הזוג של הנבדקים. ממצאים אלה מדגישים אף הם את השפעתם של גורמים גנטיים או נלמדים על התופעה.

במחקר של בנר ואחרים (Bener et al., 2000) אותרו ילדים שסבלו ממיגרנה ומכאבי ראש אחרים. נמצא שלכמחצית מהמשפחות של ילדים שסבלו ממיגרנה הייתה היסטוריה של כאבי ראש מסוג זה. כ־18% מהאימהות של ילדים שסבלו מכאבי ראש סבלו גם הן מכאב ראש. ממצאים אלה מחזקים את ההשערה שכאבי ראש בתקופת הילדות מושפעים מדפוסי התמודדות משפחתיים וייתכן שאף מגורמים גנטיים.

טיפול

דומה כי התמודדות יעילה עם כאבי ראש מחייבת התמודדות עם גורמי דחק, כמו קונפליקטים, מתחים והשפעות של אירועים קשים בהיסטוריה של המטופל. כמו כן, יש למצוא דרכי התמודדות עם הפחד מהכאב ויש לאמץ סגנון חיים פעיל ויצירתי למרות נוכחות הכאב.

הגישה הרב-תחומית, הביו-פסיכו-סוציאלית לטיפול בכאב, משלבת התייחסות למרכיבים שונים המשפיעים על הכאב, כולל מרכיבים ביולוגיים, פסיכולוגיים וסביבתיים. מחקרי מעקב

הכאב הכרוני

מצביעים על כך שגישה זאת מבטיחה ביותר. כך, למשל, נמצא שתוכניות טיפוליות המשלבות טיפולים התנהגותיים ותרופתיים הן יעילות במיוחד. במחקר שבו הנבדקים סבלו מכאבי ראש כרוניים הקשורים למתח נערכה השוואה בין שלושה סוגי טיפולים: טיפול תרופתי נוגד דיכאון, טיפול התנהגותי להתמודדות עם מצבי דחק וטיפול המשלב את שני סוגי הטיפול הללו: תרופתי-התנהגותי. הנבדקים ניהלו רישום המתאר את עוצמת כאב הראש 4 פעמים מדי יום, מה שהיווה מדד ליעילות הטיפולים. נמצא שהטיפול המשולב היה יעיל יותר משאר הטיפולים בהפחתת הכאב. שילוב של טיפולים התנהגותיים עם טיפולים תרופתיים הוכח כיעיל גם בהתמודדות עם סוגים אחרים של כאבי ראש, כמו מיגרנה. המרכיב ההתנהגותי יכול לכלול טכניקות של ביו-פידבק, דימיון מודרך, אימוץ סגנון חיים פעיל ועוד.