



Kopfschmerz und Psychische Komorbidität - Chronischer Kopfschmerz

Galli U. / Mai 2020

Episodische Kopfschmerzen lassen sich meist gut medikamentös und/oder mit individuellen Verhaltensanpassungen behandeln. Liegen allerdings psychosoziale Belastungen oder komorbide psychische Erkrankungen vor, wird sowohl die Krankheitsschwere als das Behandlungsergebnis deutlich negativ beeinflusst und begünstigt einerseits einen Medikamentenübergebrauch als auch den Übergang von einem episodischen zu einem chronischen Kopfschmerz. Grundsätzlich kann jeder episodische Kopfschmerz chronisch werden. Von chronischen Kopfschmerzen spricht man bei einer Kopfschmerzhäufigkeit von mindestens 15 Tagen pro Monat für mindestens 3 Monate. Faktoren die zu einer Kopfschmerzchronifizierung beitragen können sind die zugrundeliegende Kopfschmerzdiagnose und psychosoziale Begleitfaktoren.

Bei jedem Kopfschmerzpatienten sollte daher in der Anamnese und im Behandlungsverlauf auf Stressoren geachtet werden, wie berufliche und familiäre Schwierigkeiten, ungeklärte Versicherungssituation bzw. laufendes Rentenverfahren oder ungelöste persönliche Konflikte sowie auf Hinweise bzgl. psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Schlafstörungen oder Suchterkrankungen. Unabhängig von der Ursache des Stresses kann von mindestens einer Verdoppelung des Kopfschmerzrisikos durch Stress ausgegangen werden. Die Häufigkeit für psychische Erkrankungen ist bei Kopfschmerzpatienten um das zwei- bis dreifache erhöht im Vergleich zur nichtkopfschmerzbetroffenen Bevölkerung. Am häufigsten finden sich Angsterkrankungen, gefolgt von Depressionen. Eine grosse populationsbasierte Studie in 10 EU-Ländern ergab für Migränebetroffene eine Wahrscheinlichkeit von 19.1 % für Angststörungen, 6.9 % für Depression und 5.1 % für beides zusammen – deutlich höher als die repräsentative Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung (14.3, 5.6 und 3.8 %). Weit höher noch sind die Zahlen für Betroffene mit MÜKS (38.8, 16.9 und 14.4 %), während in der Gruppe mit Spannungskopfschmerz die Zahlen denen der Allgemeinbevölkerung ähneln.

Ein frühzeitiges Erkennen und eine Behandlung dieser Faktoren sind unerlässlich für eine erfolgreiche Kopfschmerztherapie. Fragebögen können helfen, Kontextfaktoren zu erfassen. Zur Diagnostik von psychischen Begleiterkrankungen sollte die Überweisung zu einer Fachperson mit Erfahrung in der Schmerztherapie (PsychotherapeutIn, PsychiaterIn) erfolgen.

Die Schmerzpsychotherapie ist ein inzwischen gut etabliertes Verfahren, welches verschiedene psychotherapeutische Interventionen umfasst, wie die Verbesserung der Körperwahrnehmung und Entspannungsfähigkeit, Copingstrategien zur besseren Schmerz-, Stress- und Konfliktbewältigung, sowie Psychotherapie der affektiven bzw. Angstsymptomatik. Ziel ist es, einer weiteren Schmerzchronifizierung mit der Ausbildung chronischer Kopfschmerzen entgegenzuwirken bzw. die Kopfschmerzen wieder auf ein erträgliches Ausmass zu reduzieren und die Lebensqualität zu erhöhen. Gelegentlich ist eine intensive multimodale stationäre Therapie in einer geeigneten Klinik mit etabliertem Schmerzprogramm erforderlich. Liegt zusätzlich ein Übergebrauch von Kopfschmerzmedikamenten vor, muss ein stationärer Medikamentenentzug mit nachfolgender multimodaler Schmerztherapie erfolgen. Multimodale Schmerztherapie beinhaltet miteinander koordinierte ärztliche, psychologische und körpertherapeutische Interventionen, sowie häufig zusätzliche Methoden (z.B. Ergotherapie, Kunsttherapie). Schmerzpsychotherapie und insbesondere deren Einbettung in ein multimodales Therapiesetting ist wirksam und gilt als „State of the Art“ einer evidenzbasierten



Schmerztherapie.

Albers L et al (2014) Potentiell vermeidbare Risikofaktoren für primäre Kopfschmerzen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 57(8)

Burch RC et al. (2019). Migraine: Epidemiology, Burden, and Comorbidity. Neurologic Clinics 37(4)

Buse et al. (2013). Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. J Neurology 260(8)

Lampl C et al. (2016) Headache, depression and anxiety: associations in the Eurolight project. J Headache Pain 17:59

Penzien DB et al. (2015) Well-Established and Empirically Supported Behavioral Treatments for Migraine. Current pain and headache reports 19(7):34.

Saunders et al. (2008). Impact of comorbidity on headache-related disability. Neurology 70(7)

Steiner T et al. (2014) The impact of headache in Europe: principal results of the Eurolight project. J Headache Pain 15:31