

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DAUER-KOPFSCHMERZ

Kopfschmerzen – auch wenn es inzwischen eine Volkskrankheit ist, für immer mehr eine herbe Belastung mit vielerlei Konsequenzen im Alltag, für nicht wenige inzwischen eine Qual. Das gilt vor allem für den Dauer-Kopfschmerz, der zwar auch nicht durchgehend zermürbt, aber doch letztlich so oft, dass es einem so vorkommt. Die Folgen sind dann natürlich noch schwerwiegender.

Deshalb eine kurzgefasste Übersicht zu dieser spezifischen Krankheit, unterteilt nach chronischer Migräne, ständigem Spannungs-Kopfschmerz, aber auch weiteren möglichen Ursachen eines Dauer-Kopfschmerzes mit Fachbegriffen, die man vielleicht noch nie gehört hat, die es aber ggf. abzuklären und gezielt zu behandeln gilt. Beispiele: Hemicrania continua, Arteriitis temporalis, chronisches Subdural-Hämatom, chronische Sinusitis, Liquor-Unterdruck-Syndrom, idiopathische intracranielle Hypertension, Sinusvenen-Thrombose, Hirntumore – und natürlich den Kopfschmerz bei Medikamenten-Übergebrauch, leidvoll bekannt als „Kopfschmerzmittel-Kopfschmerz“. Dazu einige Hinweise zu Therapie und Vorbeugung und eine Internet-Übersicht für Ärzte und Patienten.

Erwähnte Fachbegriffe:

Kopfschmerzen – Dauer-Kopfschmerzen – Kopfschmerz-Typen – Häufigkeit von Kopfschmerz – Kopfschmerz und Geschlecht – Kopfschmerz und Alter – Kopfschmerz und Angststörungen – Kopfschmerz und Depressionen – Dauer-Kopfschmerz-Begriff – Dauer-Kopfschmerz-Definition – chronische Migräne – chronische Migräne-Risikofaktoren – chronischer Kopfschmerz vom Spannungs-Typ – Spannungs-Kopfschmerz – Hemicrania continua – Arteriitis temporalis – Subdural-Hämatom – chronische Sinusitis – Liquor-Unterdruck-Syndrom – idiopathische intracranielle Hypertension – Sinusvenen-Thrombose – Hirntumore – Medikamenten-Missbrauch – Medikamenten-Abhängigkeit – Medikamenten-Übergebrauch – Kopfschmerzmittel-Kopfschmerz – Dauer-Kopfschmerz bei Kindern – Dauer-Kopfschmerz bei Jugendlichen – plötzlicher

Kopfschmerz – Kopfschmerz-Therapie – Kopfschmerz-Prophylaxe – nicht-medikamentöse Kopfschmerz-Behandlung – Kopfschmerzmittel – Internet-Informationen – u.a.m.

Kopfschmerzen – wer kennt sie nicht. Man spricht von der Mehrzahl der Bevölkerung (in schweren Fällen von regelrechten Opfern) für alle Arten von Kopfschmerz-Erkrankungen. Nur wenige können sich also glücklich schätzen, derlei noch nie erlitten zu haben. Da es aber auch Kopfschmerz-Typen gibt, die erst im höheren Lebensalter quälen, können sich auch die bisher Versicherten noch nicht völlig unbeteiligt fühlen. Kurz: Kopfschmerzen, eine wahre Volkskrankheit.

Dabei ist Kopfschmerz nicht gleich Kopfschmerz, zumindest unterscheidet man schon in der Allgemeinheit den Stress-Kopfschmerz, die Migräne und den Kopfschmerz nach Kopfunfall, schwereren Infektionen (z. B. Grippe), als morgendlichen „Kater“ u. a. Für den Neurologen aber, also den zuständigen Facharzt für Kopfschmerzen, gibt es noch viel mehr Unterscheidungs-Möglichkeiten, die er ggf. abklären muss.

Beispiele in Fachbegriffen: Spannungskopfschmerz, Migräne, Cluster-Kopfschmerz, paroxysmale Hemikranie, Kopfschmerz bei Medikamenten-Übergebrauch, cervikogener Kopfschmerz, idiopathischer stechender Kopfschmerz, primärer (benigner) Husten-Kopfschmerz, Kopfschmerz bei sexueller Aktivität, kältebedingter Kopfschmerz, Trigeminus-Neuralgie mit Kopfschmerz, Glossopharyngeus-Neuralgie, Tolosa-Hunt-Syndrom, anhaltender idiopathischer (atypischer) Gesichtsschmerz u. a.

Einige mögen selten sein, bedürfen aber trotzdem bzw. gerade deshalb besonderer fachärztlicher Abklärung und Behandlung. Am häufigsten ist wohl der Spannungskopfschmerz mit seinen überwiegend umwelt-bedingten Ursachen (wenn auch häufig erblich weitergegeben), z. B. durch psychosozialen Stress (nicht zuletzt bei Jugendlichen und inzwischen sogar Kindern). Aber auch muskuläre Fehlbelastung (Arbeitshaltung), Funktionsstörungen des Kau-Apparates, Schlafdefizit, fieberhafte Infekte und – gerne verheimlicht, aber zahlenmäßig bedeutsam – einen Medikamenten-Übergebrauch, wenn nicht gar -Missbrauch bis zur Abhängigkeit.

Beim Spannungs-Kopfschmerz spricht man von einer Häufigkeit, die schon nachdenklich macht, nämlich weltweit ca. 4 von 10 Erdenbürgern(?). Hier finden sich dann auch am häufigsten chronische Kopfschmerzen (siehe später).

Deutlich seltener ist die dafür härter attackierende Migräne, die mehr als jeden Zehnten betrifft (Frauen doppelt bis drei Mal so häufig, zunehmend Kinder und

Jugendliche) und noch seltener andere Kopfschmerz-Leiden, wie sie oben aufgeführt wurden.

Eines aber ist allen gleich: Es sind beklagenswerte Patienten, denn zum einen gehen die häufigen Kopfschmerzen gerne auch mit Reizbarkeit, aggressiven Zuständen, Angststörungen und sogar Panikattacken einher, was die Situation noch verschlechtert. Zum anderen können sich hinter bestimmten Kopfschmerz-Typen ernste Grund-Erkrankungen verbergen, und zwar sowohl im akuten als auch mittel- bis langfristigen Schmerz-Stadium.

In vorliegendem Beitrag geht es nun um chronische Kopfschmerzen, allgemein und auch fachlich als Dauer-Kopfschmerzen bezeichnet. Grundlage dieser Kurzfassung ist der Fachartikel A. May, T.P. Jürgens: *Diagnose und Therapie chronischer Kopfschmerzen* aus der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 8 (2010) 1007:

- **Begriff:** Die Definition für „chronisch“ ist allerdings uneinheitlich. Je nach Fachgebiet bzw. entsprechender (nationaler oder internationaler) Institution spricht man von einer chronischen Verlaufsform, wenn der Kopfschmerz mindestens 15 Tage pro Monat besteht (chronisch also im Sinne von „häufig“). In anderem Zusammenhang sind es drei Monate im Sinne von „seit längerem andauernd“ oder gar ein Jahr ohne dazwischen geschaltete Schmerz-Freiheit.

Im neurologischen Alltag versteht man aber unter „chronischem Kopfschmerz“ meist einen häufig bzw. täglich auftretenden Kopfschmerz, der an mehr als 15 Tagen pro Monat über mehrere Monate belastet. Für die Opfer mag zwar schon weit weniger zur Qual werden, die Fachärzte und Wissenschaftler aber müssen sich eine bestimmte Rahmen-Bedingung schaffen.

- Die **Häufigkeit**, und zwar offenbar weltweit, beträgt für den *chronischen* Kopfschmerz etwa 3,4%. In der neurologischen Praxis oder Kopfschmerz-Ambulanz spricht aber jeder Zehnte bis Fünfte mit einem solchen Beschwerdebild vor.

Was gibt es nun für Kopfschmerz-Ursachen, die ihre Opfer mittel- bis längerfristig zermürben, vor allem immer wiederkehrend und oftmals nur mäßig erfolgreich behandelbar?

● Chronische Migräne

Die Migräne dürfte der bekannteste Kopfschmerz-Typ sein, wenn auch deutlich seltener als beispielsweise der Spannungs-Kopfschmerz (s. später). Dafür aber stellenweise hart zuschlagend und seine Opfer regelrecht „außer Gefecht setzend“. Dazu reichen schon einzelne Attacken. Noch schlimmer aber steht

es um die *chronische Migräne (CM)*. Sie ist wissenschaftlich definiert als Migräne-Kopfschmerz, der seit mindestens drei Monaten an mindestens 15 Tagen pro Monat auftritt und mindestens zwei der folgenden Merkmale enthält: einseitige Lokalisation, pulsierender Charakter, mittlere bis starke Intensität sowie Zunahme bei körperlicher Belastung (s. u.) bzw. Vermeidung solcher Aktivitäten. Außerdem muss mindestens eines der folgenden Symptome auftreten: Übelkeit und/oder Erbrechen sowie Licht- und Lärmempfindlichkeit (Fachbegriffe: Photo- und Phonophobie).

Die Ärzte fragen also nach Lokalisation (einseitig), Schmerz-Charakter (pulsierend), Intensität (mittel bis stark), zusätzlicher Belastung (körperlich, z. B. beim Treppensteigen, aber auch bei Vermeidung solcher Aktivitäten), Übelkeit und/oder Erbrechen sowie Licht- und Lärmempfindlichkeit.

Das muss nicht alles zusammen belasten, die Ärzte haben hier ihr Unterscheidungs-Schema (z. B. durch die Internationale Kopfschmerz-Gesellschaft – IHS 2006), aber charakteristisch sind letztlich alle Symptome.

Die einseitige Lokalisation, zumindest was einen gewissen Schwerpunkt angeht, bezieht sich meist auf Stirn und Schläfe. Manchmal ist auch das Hinterhaupt betroffen (vor allem bei älteren Patienten) oder beide Kopfseiten.

Typisch ist auch der Beginn im Nacken und Hinterhaupt mit Wanderung nach vorne zur Stirn.

Charakteristisch ist auch eine nachvollziehbare Rückzugstendenz mit dem Bedürfnis: „lasst mich in Ruhe“, ich muss mich hinlegen, das Zimmer verdunkeln, will schlafen, wenn es geht.

Die chronische Migräne entwickelt sich meist über Monate, zuerst hin und wieder, dann immer öfter, wobei aber wenigstens die Stärke der Kopfschmerzen und die Intensität der Begleit-Symptome (siehe Übelkeit, Erbrechen, Licht- und Lärmempfindlichkeit u. a.) etwas zurückgehen. Dazwischen aber können wieder massive Attacken zermürben.

Was den Ärzten auffällt, sofern gezielt und nachdrücklich danach gefragt und offen geantwortet wird, ist nicht selten ein so genannter *Schmerzmittel-Übergebrauch* oder kurz: „*eigentlich dauernd Tabletten, um das ganze überhaupt durchstehen zu können*“. Einzelheiten zu diesem kombinierten Problem siehe später.

Auch auf die Frage, was eine Chronifizierung der an sich nur zeitlich begrenzten und eher selten auftretenden Migräne (Fachbegriff: episodische Migräne) provozieren könnte, gibt es wissenschaftliche Erkenntnisse: Negativ sind häufige Migräne-Attacken, die erwähnte (überzogene, wenn auch verständliche) Schmerzmittel-Einnahme, das weibliche Geschlecht und Übergewicht gene-

rell. Nicht selten finden sich auch Querverweise zu depressiven Zuständen und Angsterkrankungen. Eine stichwortartige Übersicht siehe Kasten.

Risikofaktoren einer chronischen Migräne

- *Häufigkeit des Kopfschmerzes*: weniger gleichmäßig über den Monat verteilt, eher in Richtung Maximum bei 2 Kopfschmerz-Tagen pro Monat.
- *Geschlecht*: Der Anteil der Frauen bei der chronischen Migräne beträgt etwa 4-5:1 und liegt damit höher als der Anteil des weiblichen Geschlechts an allen Migräne-Patienten. Das Risiko einer Chronifizierung bei Frauen ist höher.
- *Körperlicher und seelischer Missbrauch* in der Kindheit erhöht offenbar das Risiko, später an einer chronischen Migräne zu leiden (um den Faktor 2?).
- *Arterielle Hypertonie*: Ein Bluthochdruck ist bei chronischer Migräne öfter anzutreffen als bei episodischen Migräne-Attacken. Das erklärt auch, warum Antihypertensiva (also gegen Bluthochdruck) die Häufigkeit von Kopfschmerzen tendenziell absenken können.
- *Schlafstörungen*: Schnarchen und Schlaf-Apnoe wurden in einigen Untersuchungen als Risikofaktoren für chronische Migräne gefunden.
- *Übergewicht* ist ebenfalls ein Risikofaktor für die chronische Migräne (und ja auch oft beim Schlaf-Apnoe-Syndrom zu finden).
- *Lebensführung* mit wenig Bewegung und Rauchen scheint ebenfalls die chronische Migräne zu fördern.
- *Depressionen und Angsterkrankungen* sind wichtige Zusatz-Belastungen, die beim erhöhten Risiko einer einerseits primär episodischen und später chronischen Migräne eine große Rolle zu spielen scheinen.
- *Genetik*: Die familiäre Häufung von chronischen Kopfschmerzen wird als Hinweis auf ein genetisch bedingtes erhöhtes Risiko interpretiert (desgleichen die bereits erwähnte Ungleich-Verteilung der belastenden Kopfschmerz-Tage - s. o.).
- *Medikamenten-Einnahme*: Neben der Häufigkeit der eingenommenen Schmerzmittel pro Monat gibt es auch Hinweise auf besonders belastende schmerzstillende Substanzen, nämlich Analgetika-Kombinationen (also mehrere Schmerzmittel-Stoffe in einem Medikament) sowie barbiturat- bzw. opiat-haltige Analgetika-Kombinationen.

- *Verspannungen der Kaumuskulatur* als kopf-zentrierte Stress-Folge können ebenfalls eine chronische Migräne auslösen (Fachbegriffe: Myarthropathie der Kaumuskulatur im Sinne einer kranio-mandibulären Dysfunktion).
- *Ko-Morbidität*: Eine chronische Migräne findet sich - wie erwähnt - gehäuft bei depressiven Zuständen und Angststörungen.
- *Sozial-medizinische Aspekte*: Rückzug und damit Isolationsgefahr sowie häufiger Arzt- oder gar Krankenhaus-Besuch sowie Beschäftigungslosigkeit gehören ebenfalls zu den Risiko-Faktoren einer chronischen Migräne. Das geht meist auf die Krankheits-Wechselwirkung der erwähnten Leiden zurück, nämlich Bluthochdruck, Übergewicht, Medikamenten-Übergebrauch, Angst- und Schlafstörungen sowie Depressionen.

Nach A. Straube und C. Gaul: Chronische Migräne. MMW-Fortschr. Med. 12 (2011) 43

Die Häufigkeit einer chronischen(!) Migräne hält sich in Grenzen, man spricht von 0,2 bis 1,3% (letzteres in den USA). Viel häufiger aber ist bei diesen Patienten der erwähnte Schmerzmittel-Übergebrauch, der jeden Zehnten bis Vierten betreffen soll.

Der in diesem Fall in der Regel zugezogene Facharzt für Neurologie oder Nervenkrankheiten findet zum einen also eine recht typische Anamnese (Vorgeschichte) ohne Hinweise auf andere Kopfschmerz-Ursachen und einen unauffälligen Neurostatus, spricht keine krankhaften Abweichungen bei körperlicher Untersuchung. Falls erforderlich, wird er aber noch andere diagnostische Maßnahmen ergreifen, z. B. eine Liquor-Untersuchung („Nervenwasser“) oder ein cerebrales MRT (so genannte Magnet-Resonanz-Tomographie des Gehirns).

Therapeutisch gibt es selbst in dieser durchaus verzweiflungsvollen Situation eine Reihe von medikamentösen Möglichkeiten, wobei auch interessanterweise antidepressive Psychopharmaka eine Rolle spielen. Einzelheiten siehe die ärztlichen Empfehlungen.

● **Chronischer Kopfschmerz vom Spannungs-Typ**

Die *Spannungs-Kopfschmerzen* gehören mit Abstand zu den häufigsten Kopfschmerzen, weltweit, wie wir gehört haben. Um was handelt es sich?

Das Charakteristikum eines Spannungs-Kopfschmerzes ist ein meist beidseitiger dumpf-drückender oder beengender Schmerz (Stichworte: Schraubstock-, Band- oder Helmgefühl), nicht pulsierend wie bei der Migräne, und von eher leichter bis mittlerer Ausprägung. Im Gegensatz zur Migräne verstärkt er sich

nicht durch körperliche Aktivität, im Gegenteil: Viele Patienten beschreiben sogar eine Besserung durch gemäßigte Bewegung wie spazieren gehen u. ä. Auch die Licht- oder Lärm-Überempfindlichkeit, falls überhaupt und nie beides zusammen, ist auszuhalten. Außerdem weder Übelkeit noch Erbrechen (aber möglicherweise Appetitlosigkeit).

Durchaus häufig findet sich das, was die Fachleute eine „psychiatrische Komorbidität“ nennen, also wenn eine Krankheit zur andern kommt. Das wären in diesem Fall vor allem die schon erwähnten depressiven Zustände, Angst-Erkrankungen und insbesondere Panik-Attacken. Und auch hier ein begleitender Medikamenten-Übergebrauch, wenn sich das im Laufe der zermürenden Wiederholungen eingebürgert haben sollte.

Die eindrucksvolle Häufigkeit von gelegentlichen Spannungs-Kopfschmerzen wurde schon erwähnt. Beim chronischen Kopfschmerz dieser Art aber bleibt es glücklicherweise bei 2 bis 3% der Bevölkerung. Der Beginn liegt um das 20. bis 25. Lebensjahr (zunehmend auch schon früher), um seinen zahlenmäßigen Höhepunkt um das vierte Lebensjahrzehnt zu erreichen.

Der Arzt findet auch hier einen unauffälligen Neurostatus bei jedoch eindeutiger Anamnese, spricht körperlich kein krankhafter Befund, aber dafür eine charakteristische (Belastungs-)Vorgeschichte, zumindest subjektiv so wahrgenommen.

Trotzdem ist beim Dauer-Kopfschmerz dieser Art eine Reihe weiterer Untersuchungen zu empfehlen (z. B. bildgebende Diagnostik wie ein cerebrales MRT), vor allem wenn dieser Kopfschmerz-Typ erst ab dem fünfzigsten Lebensjahr auftritt. Denn dann gibt es eine durchaus bedenkenswerte Reihe von so genannten symptomatischen Kopfschmerz-Formen (Fachbegriffe: Arteriitis temporalis, Sinusvenen-Thrombose, auch eine natürlich harmlosere chronische Nasennebenhöhlen-Entzündung), die es auszuschließen gilt.

Die Therapie ist zum einen „einfach“, nämlich bestimmte Schmerzmittel. Bei der Vorbeugung kommen wieder die erwähnten antidepressiven Psychopharmaka ins Gespräch, vor allem ältere, die sich hier erstaunlich bewährt haben. Ähnliches gilt für bestimmte Antiepileptika. Unter den nicht-medikamentösen Verfahren sind es vor allem Entspannungsübungen, physiotherapeutische Maßnahmen, körperliche Übungsprogramme usw. zur „psycho-bio-sozialen Entlastung“.

● Weitere Ursachen eines Dauer-Kopfschmerzes

Zu den weiteren Ursachen eines Dauer-Kopfschmerzes, die es ggf. abzuklären gilt, gehören die weit selteneren Erkrankungen *Hemicrania continua*, *Arteriitis temporalis*, *chronisches Subdural-Hämatom*, *idiopathische intracranielle*

Hypertension, Sinusvenen-Thrombose und Hirntumor. Im Einzelnen kurz gefasst:

- **Hemicrania continua:** streng einseitiger Kopfschmerz mittlerer Stärke ohne Seitenwechsel, allerdings dauerhaft bzw. täglich ohne dazwischen geschaltete schmerzfreie Episoden. Zusätzliche Symptome sind Tränen- oder Nasenfluss, enge Pupillen oder herabfallendes Oberlid. Der Schmerz-Charakter wird als dumpf-drückend angegeben und beginne kurioserweise bisweilen schon in der Schulter. – Das Leiden ist glücklicherweise selten und kann auch bei HIV-Infektionen, Nasennebenhöhlen-Entzündungen, bestimmten Gehirn-Tumoren (Hypophyse) u. a. auftreten. – Therapeutisch steht eine Reihe von Medikamenten zur Verfügung, die der Neurologe in diesem Falle einzusetzen pflegt.
- **Neu auftretender täglicher Kopfschmerz:** Unter einer solch ungewöhnlich verständlichen Fach-Bezeichnung verbirgt sich ein chronischer Kopfschmerz, der rasch und ohne Übergang auftritt, allerdings täglich und mitunter zusätzlich leichte Übelkeit, Licht- und Lärmempfindlichkeit u. a. – Glücklicherweise selten, und dann mit verschiedenen Ursachen/Möglichkeiten: von Erkältungskrankheiten mit Nasennebenhöhlen-Entzündung bis zur Hirnhautentzündung oder Gehirnenen-Thrombose. – Die Schmerz-Therapie ist der anderer Schmerz-Typen ähnlich, einschließlich antidepressiver Psychopharmaka.
- **Arteriitis temporalis:** Leitsymptom dieser Riesenzell-Arteriitis sind beidseitige Kopfschmerzen sowie durchblutungsbedingte Muskelschmerzen bei längerem Kauen, Sehstörungen und ein allgemeines Krankheitsgefühl wie bei Rheuma. Hinweisend ist eine Verhärtung und Druckschmerzhaftigkeit der Schläfen-Arterien mit vermindertem oder fehlendem Puls sowie charakteristische Laborwerte. – Betroffen sind meist ältere Menschen jenseits des 50. bzw. um das 70. Lebensjahr. – Hier empfehlen sich spezielle Behandlungsmaßnahmen.
- Das **chronische Subdural-Hämatom** (d. h. ein venöser Bluterguss zwischen den Hirnhäuten) tritt vor allem bei älteren Patienten auf, die ein leichtes bis mittelschweres Schädel-Hirn-Trauma (Kopfunfall) zu verkraften hatten. Dabei kann es zu den erwähnten Blutungen durch Schädigung bestimmter Hirnvenen kommen. Nun haben nicht wenige Menschen einen Kopfunfall diesbezüglich problemlos überstanden. Deshalb gibt eine weitere Erkenntnis zu denken: Bevorzugt tritt das chronische Subdural-Hämatom bei exzessivem Alkoholkonsum auf, was die Betroffenen also wissen sollten. Allerdings auch bei Gerinnungsstörungen und einer Einnahme von Antikoagulantien (zur Blutverflüssigung). – Dieser Kopfschmerz ist aber nur ein Leitsymptom, daneben finden sich auch Verwirrtheit bis zu pseudo-dementiellen Beeinträchtigungen, eine Vigilanz-(Wachheits-)Minderung, Gangstörungen und bestimmte neurologische Ausfälle. – Ein solches Krankheitsbild braucht konkrete fachärztliche Behandlung.

- **Chronische Sinusitis**, also Nasennebenhöhlen-Entzündung, ist eine nicht seltene Kopfschmerz-Ursache, man spricht von einem neun-fach erhöhten Risiko für chronische Kopfschmerzen, die diagnostisch nicht immer sofort auf die Nasennebenhöhlen verweisen. So kann es ein Kopfschmerz sein, der den gesamten Kopfbereich betrifft, aber auch Schmerzen im Augenhöhlen- oder Stirnhirn-Bereich, ja sogar im Oberkiefer bis hin zu den Zähnen. – Die HNO-ärztliche Diagnose und Therapie kann dem Elend aber ein Ende bereiten.

- **Kopfschmerz bei spontanem Liquor-Unterdruck-Syndrom** heißt plötzlicher Druck-Abfall des Nervenwassers im Bereich von Gehirn und Rückenmark. – Dieser diffus-dumpfe Kopfschmerz (besonders nach dem Aufrichten) wird durch Nackensteifigkeit, Tinnitus (Ohrgeräusche), Hör-Einbußen, Lichtempfindlichkeit und Übelkeit verstärkt. – Die fachärztliche Diagnose und Therapie pflegt aber in der Regel erfolgreich zu greifen.

- **Idiopathische intracranielle Hypertension** heißt Gehirn-Überdruck – leider ohne diagnostisch und therapeutisch wegweisenden (Sofort-)Befund. Hier gehen die Kopfschmerzen mit beidseitigen Sehstörungen einher (nicht selten bei übergewichtigen Patienten). Natürlich kann es nicht bei der unklaren Ursache bleiben, man wird also vor allem nach Medikamenten-Übergebrauch, endokrinen (Drüsen-)Störungen, Sinusvenen-Thrombose, Tumor oder Hydrocephalus internus („Wasserkopf“, in diesem Fall durch Erhöhung des Nervenwasser-Drucks in den Gehirnkammern) fahnden.

- Das Bild einer **Sinusvenen-Thrombose**, sprich einer Blutpfropfbildung in einer Gehirnkammer, ist sehr unterschiedlich, je nach betroffener Region. Kopfschmerzen sind in zwei Drittel der Fälle das Leit-Symptom, oft auch zusammen mit Übelkeit, Erbrechen, Sehstörungen und sogar epileptischen Anfällen.

- **Hirntumore:** Hirn-eigene Tumore oder Metastasen (Tochtergeschwülste) pflegen dann Kopfschmerzen zu machen, wenn sie den Hirndruck erhöhen, was ja bei einer knöchernen und damit nicht flexibel erweiterbaren Hirnkapsel schnell zu Problemen führen kann. Je nach Hirntumor bzw. Lokalisation gibt es dabei charakteristische Hinweise.

- **Kopfschmerzen bei Medikamenten-Übergebrauch** sind häufiger als man glaubt (weil nicht immer zugegeben). Nun machen das die Betroffenen nicht aus „Jux und Tollerei“, sondern sind verzweifelt und wissen sehr wohl, dass hier ein Problem zum anderen kommen kann. Aber was tun? Ohne ist es kaum auszuhalten, wie man immer wieder hört. Und der Dauer-Kopfschmerz hat außer dem Schmerzbild noch viele andere negative Konsequenzen, vor allem was Stimmung sowie geistige und sogar körperliche Leistungsfähigkeit und Ausdauer anbelangt.

Gleichwohl: Bei Patienten mit einem chronischen Kopfschmerz, die an mindestens 10 bzw. 15 Tagen (je nach Art des Medikaments) pro Monat Schmerzmittel einnehmen, besteht der Verdacht auf einen „Kopfschmerzmittel-Kopfschmerz“ (englischer Fachbegriff, der auch immer häufiger im Deutschen gebraucht wird: medication-overuse headache-MOH).

Je nach Gebrauch und nach und nach halt auch Missbrauch entsprechender Schmerzmittel (beispielsweise zu unterscheiden: Ergotamine, Triptane, Opioide, Kombinations-Analgetika oder reine Analgetika) liegt die Häufigkeit dieses Kopfschmerz-Typs bei etwa einem Prozent der Bevölkerung. Dabei kommt natürlich eine Kopfschmerz-Art zur anderen, d. h. zuerst ein ursächlicher (primärer) Kopfschmerz und schließlich zusätzlich der Kopfschmerzmittel-Kopfschmerz.

Auf jeden Fall äußert er sich zumeist als dumpf-drückender Kopfschmerz, der letztlich den ganzen Kopf betrifft. Der Entzug dieser teils „nur“ Kopfschmerzen verursachenden, teils auch eine spezifische Medikamenten-Abhängigkeit auslösenden Arzneimittel kann zusätzliche erhebliche Probleme bereiten. Manchmal sogar ambulant gar nicht bewältigbar sein und dann eine stationäre Entzugs-Behandlung erfordern. Wenn das geschehen ist, muss es aber irgendwie weiter gehen, wenn der ursprüngliche Kopfschmerz nicht loslassen will. Dann gilt es für die Zeit danach unbedingt eine maximale Einnahme-Menge festzulegen (z. B. soundso viele Einnahme-Tage pro Monat, was mit dem betreuenden Arzt zu besprechen wäre).

Das Gegenteil: An was sollte man bei einem *plötzlichen* Kopfschmerz denken?

Bei einem akuten, sich plötzlich verstärkenden Kopfschmerz sollte man auch bzw. vor allem an die Möglichkeit eines so genannten symptomatischen Kopfschmerzes denken. Das heißt, der Kopfschmerz ist kein eigenes Krankheitsbild, sondern „nur“ Symptom, also konkretes Krankheitszeichen einer anderen Erkrankung.

Unter einem symptomatischen Kopfschmerz versteht man also nicht Spannungskopfschmerz und Migräne, sondern bestimmte organische (körperliche) Ursachen, die es gezielt abzuklären und zu behandeln gilt, möglichst ohne Zeit-Verlust.

An was hält sich hier der untersuchende Arzt und was kann auch bei Patienten und Angehörigen als Hinweis nicht schaden, zumindest aber den Arzt-Besuch beschleunigen?

Der Kopfschmerz besteht erst seit Kurzem. – Ein vorbestehender Kopfschmerz hat sich plötzlich dramatisch verändert. – Der Kopfschmerz tritt erstmals im höheren Lebensalter auf, früher so gut wie nie. – Der Kopfschmerz nimmt bei Belastung und Press-Druck (Einatmen, Luft anhalten und Bauchpresse) zu. – Der Kopfschmerz ist lage-abhängig (z. B. links, rechts, aufsitzen, liegen u. a.). – Der Kopfschmerz tritt gleichzeitig mit Ohrgeräuschen/Tinnitus auf. – Geistige Beeinträchtigungen oder Persönlichkeits-Veränderungen in der Vorgeschichte. – Der Kopfschmerz geht mit neurologischen Ausfällen einher. – Begleitend treten ggf. Fieber, epileptische Anfälle oder Hirnhaut-Reizungen auf.

Kurz: keine Panik, aber auch keine Zeit verlieren und möglichst umgehend zu Hausarzt bzw. durch seine Vermittlung den dafür zuständigen Facharzt, zu meist den Neurologen aufsuchen.

Nach A. May und T. P. Jürgens, 2010

Exkurs: Spannungs-Kopfschmerz und Migräne bei Kindern und Jugendlichen

Spannungs-Kopfschmerzen und Migräne gehören also zu den häufigsten Kopfschmerz-Leiden generell, immer öfter aber auch bei Jugendlichen und sogar Kindern. Aktuelle Studien aus Deutschland zeigen, dass etwa 10% aller Schüler an Migräne und weiter 15 bis 20% an Spannungs-Kopfschmerzen leiden sollen. (MMW-Fortschr. Med. 34/35 (2010) 43). Diese bedenkliche Entwicklung pflegt mit steigendem Alter zuzunehmen. Noch alarmierender ist der Hinweis, dass bereits bei den Sieben- bis Achtjährigen 4% an Migräne und 17% an Spannungs-Kopfschmerzen leiden sollen. Mädchen sind bei der Migräne häufiger betroffen als Jungen.

Auslöser sei das subjektive Erleben von „schulischem Stress“: z. B. Versagens-Ängste, erhöhter Zeitbedarf für Hausaufgaben, das Gefühl von Lehrern oder Mitschülern unfair behandelt zu werden u. a. Aber auch sozialer Stress habe einen Einfluss, nicht zuletzt familiäre Konflikte, wenige wirklich verfügbare Kontakt-Personen, kein intaktes Elternhaus, kaum Freunde usw.

Das subjektive Leidensbild mag schwer erfassbar sein, die Fehl-Tage in der Schule aber sind ein „harter“ statistischer Beweis, der offenbar zunimmt.

Nun zeigen entsprechende Untersuchungen, dass Kinder mit chronischen Kopfschmerzen zwar nicht öfter täglichen Stress-Ereignissen ausgesetzt sind als Kinder ohne Kopfschmerzen, dass sie aber ein stärkeres subjektives Stress-Erleben und eine ungünstigere Stress-Verarbeitung zu ertragen haben.

Letzteres äußert sich beispielsweise in ständiger gedanklicher Weiterbeschäftigung oder ärgerlicher Gereiztheit, schließlich Vermeidung belastender Situationen und sogar nachlassender Suche nach sozialer Unterstützung, so die Experten wie Frau Dr. A. Milde-Busch vom Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der LMU München.

Deshalb macht man sich mehr und mehr Gedanken über eine gezielte Stress-Prävention (z. B. Anti-Stress-Training), denn der immer häufiger um sich greifende Einsatz von Schmerzmitteln mag ja im Akutfall seine Berechtigung haben („was gibt es denn sonst?“), wird aber auf Dauer zusätzliche psychosoziale Probleme schaffen, wie die Ärzte ständig erfahren müssen.

Therapie und Prophylaxe

Kopfschmerzen zählen zu den zermürbendsten Beschwerden, die man sich denken kann. Das geben sogar jene zu, die nicht selber betroffen sind, aber entsprechende Opfer in ihrem Umfeld betreuen müssen. Kopfschmerzen sind aber auch so alt wie die Menschheit. Und deshalb sollte man einen großen Respekt vor den Generationen vor uns haben, die praktisch nichts dagegen unternehmen konnten, zumindest was gezielte Heilmittel anbelangt.

Hier geht es uns deutlich besser. Vor allem die Analgetika, die Schmerzmittel generell und die Kopfschmerzmittel im Speziellen, machen uns den Fortschritt der Medizin bzw. der Pharmakologie klar. Und sollten auch etwas Dankbarkeit aufkommen lassen.

Einzelheiten zu den inzwischen also breiten Möglichkeiten einer gezielten Behandlung finden sich nicht nur in der ohnehin nicht mehr überschaubaren Fachliteratur, sondern auch in vielen, durchaus seriösen allgemein-verständlichen Artikeln und Sachbüchern. Das geht von den nicht-medikamentösen Maßnahmen (die allerdings auch ein kontinuierliches Eigen-Engagement voraussetzen) bis zu den spezifischen Pharmaka, was nicht nur reine Schmerzmittel heißt. Einige Hinweise finden sich im nachfolgenden Kasten.

Therapie und Vorbeugung der Kopfschmerzen (Auswahl)

- **Nicht-medikamentöse Verfahren:** Beratung (Edukation, Tagebücher), Entspannungsverfahren (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Autogenes Training, schlaf-hygienische Maßnahmen), Biofeedback-Verfahren (EMG Biofeedback, Hauttemperatur-Biofeedback, Neurofeedback), Verhaltenstherapie (Trainingsprogramme für Kopfschmerzen, kognitive Verhaltenstherapie) sowie Verfahren mit noch nicht ausreichend geklärtem bzw. individuell eingeschätztem Stellenwert (Akupunktur, Ernährungsberatung,

transkutane elektrische Nervenstimulation, Homöopathie, Hypnose, Sporttherapie, Manualtherapie/manuelle Triggerpunkt-Therapie u. a.).

- **Pharmakotherapie:** z. B. Ibuprofen, Paracetamol u. a., bei Übelkeit Domperidon u. ä., ggf. Sumatriptan, Zolmitriptan, Rizatriptan, Almotriptan, Dihydroergotamin u. ä.
- **Medikamentöse Prophylaxe der Migräne:** Flunarizin, Propranolol, Metoprolol, Magnesium, Topiramid, Pestwurz-Extrakt, ASS, Amitriptylin, Pizotifen, Valproinsäure u. ä.

Nach E. G. Naumann, St. Evers, J. Dötsch: Kopfschmerzsyndrome. Hans Marseille-Verlag München 2010

Was aber auf jeden Fall von allen Ärzten, insbesondere aber den Neurologen empfohlen wird: nur unter konsequenter ärztlicher Anleitung und Weiterbetreuung sowie Vorsicht vor dem mehrfach erwähnten Schmerzmittel-Missbrauch (wenn auch etwas beschönigend als Medikamenten-Übergebrauch bezeichnet). Eine solche Entwicklung bzw. der damit drohende Teufelskreis gehören mit zum quälendsten, was man sich vorstellen kann, und zwar nicht nur bezüglich eines Kopfschmerz-Leidenswegs.

Zunehmend wird auch versucht, die offenbar wachsende Zahl von Betroffenen dadurch einzudämmen, dass man die häufigsten bahrenden Faktoren einer Kopfschmerz-Entwicklung so früh wie möglich in den Griff zu bekommen sucht. Denn wenn die vor allem erblichen Aspekte bzw. eine entsprechende Kopfschmerz-Disposition kaum gemindert werden können, dann wenigstens z. B. die Trigger-(Auslöser) und hier vor allem der Lebensstil, der zu einer solchen Schmerz-Karriere noch beitragen kann. Beispiele: Schlaf(-defizit), Alkoholkonsum (vor allem Rotwein), Rauchen (nicht zuletzt passive Berauchung), Arbeits-Stress u.a.

LITERATUR

Umfangreiches, fast nicht mehr überblickbares Angebot von entsprechenden Fachbüchern, unterstützt durch in der Mehrzahl wissenschaftlich fundierte all-gemein-verständliche Sachbücher. Nachfolgend deshalb ein Internet-Angebot, entnommen dem Fachbuch:

Naumann, E. D. u. Mitarb. (Hrsg.): Kopfschmerzsyndrome. Hans Marseille-Verlag, München 2010:

Internet-Informationen

Für Ärzte:

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. – www.dmkg.de

Österreichische Kopfschmerzgesellschaft – www.oeksg.at

Schweizerische Kopfwehgesellschaft – www.headache.ch

Europäische Kopfschmerz föderation – www.ehf-org.org

Internationale Kopfschmerzgesellschaft – www.i-h-s.org

Deutsche Gesellschaft für Neurologie – www.dgn.org

Für Patienten:

Stiftung Kopfschmerz – www.stiftung-kopfschmerz.de

MigräneLiga e. V. Deutschland – www.deutsche-migraeneliga.de

Clusterkopfschmerz-Selbsthilfe-Gruppe (CSG) e.V. – www.clusterkopf.de

Deutsche Schmerzliga e.V. – www.schmerzliga.de

Selbsthilfegruppe „Kopfweh“ – www.shgkopfweh.at

Europäische Selbsthilfevereinigung – www.e-h-a.eu
(European Headache Alliance)