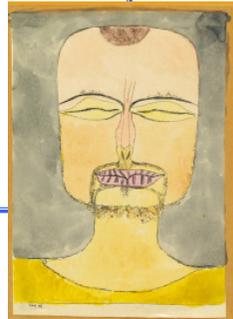


Publikumsveranstaltung
„Neues aus der Kopfwehtherapie“

Mittwoch, 5. November 2008, 19-21 Uhr
 Inselspital Bern, Hörsaal Ettore Rossi

Psychosomatik

Dr. med. Bettina Isenschmid, MME
 Psychiatrie und Psychotherapie FMH
 Psychosomatik SAPP
 bettina.isenschmid@insel.ch

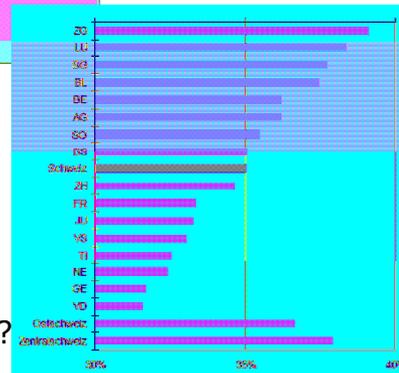


Neues aus der Psychosomatik?



Wie häufig?

- 60-80% KS v. Spannungstyp
- 20-30 % Migräne
- 5 % andere KS



Unterschiede? Gründe?

Primäre Kopfschmerzen

Migräne

- (ganz) plötzlich
- einseitig und pochend
- Attacken und Intervalle wenige Stunden bis drei Tage...
- meist mit Übelkeit, Erbrechen und besonderer Licht - und Lärmempfindlichkeit
- Typische Reaktion: Aufsuchen eines ruhigen, abgedunkelten Ortes, wo sich der Schmerz überstehen lässt

Spannungskopfschmerzen SK

- langsamer Beginn, stumpf, dauerhaft, drückend-ziehend, schraubstockartig
- beidseitig
- Intensität im Verlauf zunehmend, häufig täglich
- mit und ohne Verspannung oder Verkrampfungen der Kopf- und Nackenmuskulatur
- keine Verstärkung bei körperlicher Belastung
- Kein Erbrechen, keine Lärm- oder Lichtempfindlichkeit
- Oft mit Migräne kombiniert

Chronische SK (IHS-Kriterien)

- > 15 Tage im Monat, mind. 6 Monate
- > 180 Tage im Jahr
- Mind. 4 Stunden tgl.



Migräne?

„Die Migräne ist ein zerebrales Attackensyndrom, bei dem psychosomatische Faktoren den Verlauf beeinflussen und die Attacke auslösen, möglicherweise individuell variabel auch ätiopathogenetisch eine mitbestimmende Rolle spielen können. Dabei können **längerfristige emotionale Konflikte und Leistungsdruck** maßgeblich sein, kurzfristig insbesondere **akute emotionale Spannungen und/oder Stressbedingungen**.“

Soyka D. Psychosomatische Aspekte bei idiopathischen Kopfschmerzsyndromen. Nervenheilkunde 1997; 16: 250-256

Spannungskopfschmerz?



- „Rein“ psychogen: Kopfschmerz als "der symbolische Ausdruck eines seelischen Konfliktes, bei dem der Verarbeitungsmodus in der seelischen Besetzung von Körperorganen, Organ- oder Funktionssystemen besteht, (Konversions symptom).
- Somatisierung einer klinisch manifesten **Depression oder Angststörung**, charakteristisch sind hier Tagesschwankungen..

Ahrens S, Strenge H, Egle UT. Chronischer Kopfschmerz. In: Ahrens S, Hasenbring M, Schultz-Venrath U, Strenge H (Hrsg.) Psychosomatik in der Neurologie. Stuttgart- New York: Schattauer 1995; 179-202

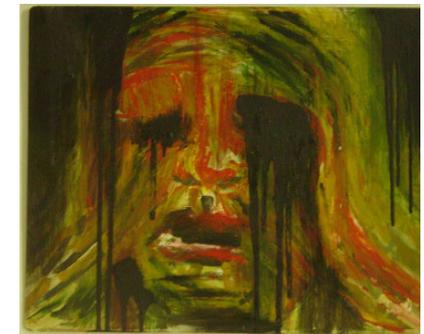
Spannungskopfschmerz?

- Vorwiegend **somatisch ausgelöst** durch Stimulierung von Schmerzrezeptoren in Kopf- und Nackenmuskulatur. Psychosomatisch mitbedingt durch ständige **Bedrohungsangst** oder Überlastung, oder somatisch durch längere Fehlhaltung oder -belastung der Muskulatur, z. B. durch Bedingungen am Arbeitsplatz ohne Ausgleich in der Freizeit.
- Mit einer ausgeprägten **Persönlichkeitsveränderung oder Psychose** aus dem schizophrenen Formenkreis verknüpft.



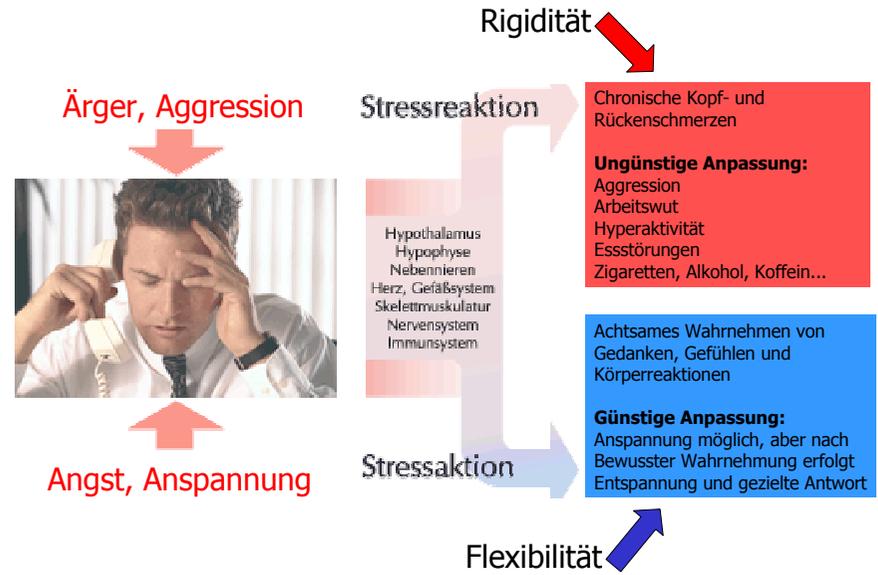
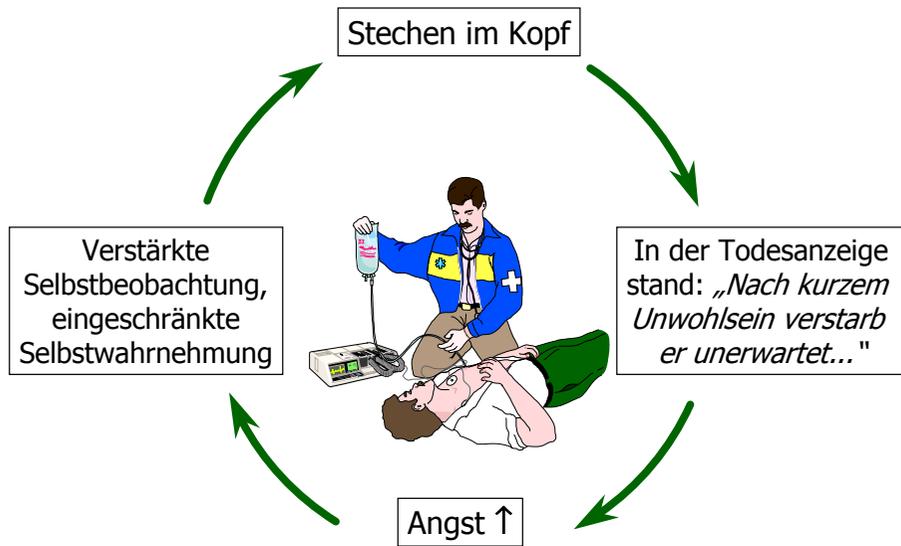
Ahrens S, Strenge H, Egle UT. Chronischer Kopfschmerz. In: Ahrens S, Hasenbring M, Schultz-Venrath U, Strenge H (Hrsg.) Psychosomatik in der Neurologie. Stuttgart- New York: Schattauer 1995; 179-202.

Stress und Kopfschmerz



- Stress kann direkt zu **physiologischen Veränderungen der Blutgefäße, der Muskulatur oder des Gehirns** führen, die als Ursachen des Kopfschmerzes anzunehmen sind.
- Stress kann das Erleben von Kopfschmerz noch zusätzlich **verstärken**.
- Bei längerem Verlauf wird das Schmerzleiden selbst zu einer Dauerbelastung mit weiteren Krankheitsfolgen. Es entwickeln sich oft **Depressionen und Angstzustände**.

Schmerz-Angst-Teufelskreis



Teufelskreis

Engelskreis

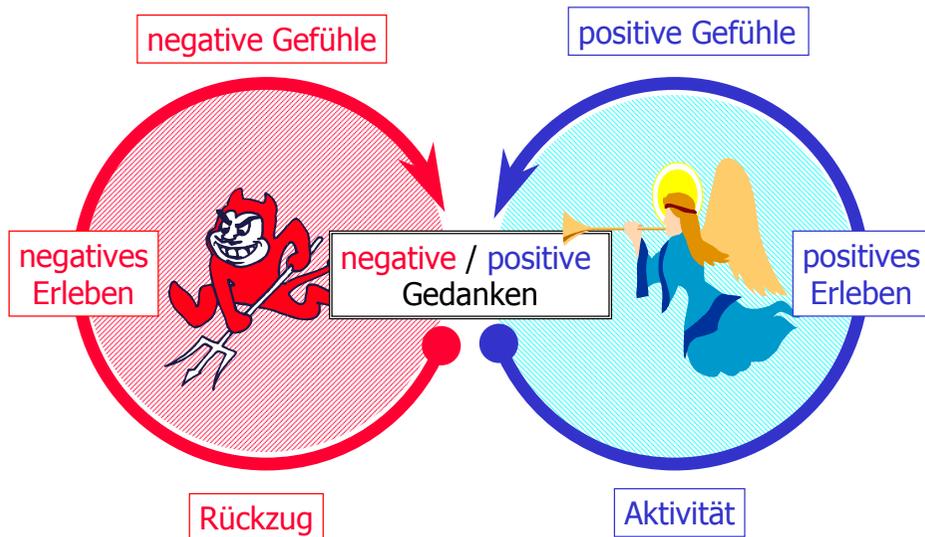
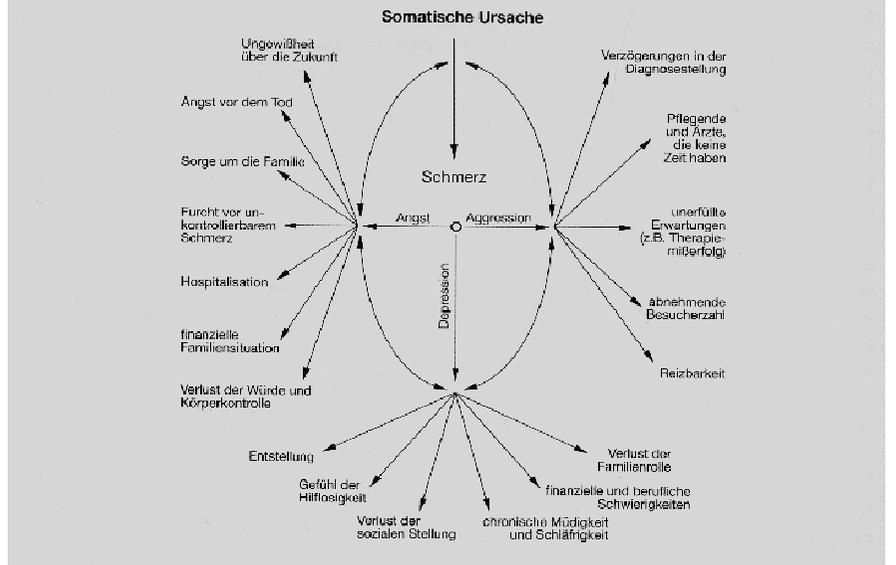


Abb. 1: Psychische und psychosoziale Auswirkungen des Schmerzerlebens (Hofmann & Margulies, 1994, S. 288)



Psychosomatische Behandlungsansätze



Allgemeines

- Ausführliche Anamnese!
- Bisherige ambulante Therapiestrategien:
 - Medikamente: Antidepressiva, Mood-Stabilizer, Tranquilizer etc.
 - Bäder, Massagen, Sport usw.
 - Biofeedback-Verfahren
 - Akupunktur u. a.
 - Ätherische Öle
 - Nahrungsmittel
- Identifikation von **Auslösern** als Begleitumstände oder als aufrechterhaltende Aspekte
- Überprüfung v. gegenseitigem **Bedingungs- und Verstärkungsgefüge**
- Patienten werden angeleitet, ihre Schmerzen nach Häufigkeit, Dauer, Intensität und Lokalisation im **Schmerztagebuch** zu dokumentieren
- Behinderung bzw. Leistungseinschränkung bei Berufen mit viel Verantwortung und Konzentration (z.B. Fahrer)

Holroyd KA et al. 1986, 90,91

Migräne

- Plazebo-Faktor hat beträchtliche Bedeutung (ca. 40%), positive Erwartungshaltung des Patienten vor Beginn eines neuen Therapieverfahrens, mit einer deutlichen Verlaufsbesserung
- Erfolgreicher Aufbau einer **längerfristigen positiven Therapeuten-Patient-Beziehung**
- Beachten von Hormonschwankungen, Ovulationshemmer
- Ausschalten von Ernährungsfaktoren wie Kaffee, Schokolade, reifer Käse, Alkohol
- Akute **emotionale Spannungen** und/oder Stresszustände ggf. körperliche Anstrengung
- Längerfristige emotionale Konflikte und anhaltender Leistungsdruck
- **Verhaltenstherapeutische Verfahren** wie Relaxationstraining nach Jacobson oder ein spez. **Stressbewältigungstraining**
- **Hypnose-Therapie**
- Körperliches **Ausdauertraining** mehrmals/Woche

Diener HC, Brune K, Gerber WD, Göbel H, Pfaffenrath, V. Behandlung der Migräneattacke und Migräneprophylaxe. Empfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft. Nervenheilkunde 1997; 16: 500-10.

Spannungskopfschmerzen

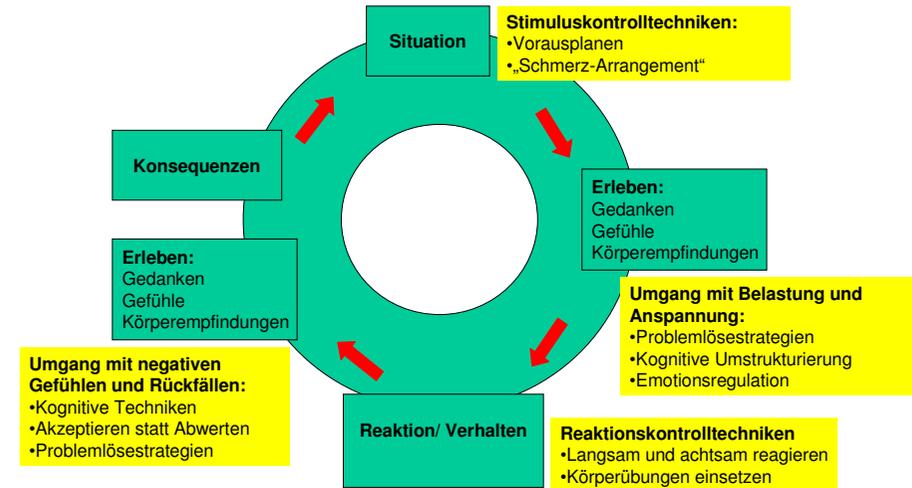
- PMR nach Jacobson, Entspannungsverfahren
- Biofeedback – Therapie, Schmerzbewältigung
- Training zur **Stressbewältigung**
- **Steigerung der Selbstwirksamkeit**
- **Korrektur unrealistischer Lebens- und Behandlungsziele**
- Gymnastik, Joggen, Schwimmen, Radfahren (Endorphine!) etc.
- Physiotherapie: Training der HWS- und Schultermuskulatur, Dehnübungen, (Massage)
- Besonders erfolgversprechend ist der **interdisziplinäre Therapieansatz**, wobei dem Patienten verdeutlicht werden muss, daß der Erfolg wesentlich von seiner Bereitschaft zu **aktiver Mitarbeit** abhängt.

Soyka D, Diener HC, Gerber WD et al. Die Behandlung des Spannungskopfschmerzes. Empfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft. Münch med Wschr 1990; 132: 1-8

Ziele des Stressbewältigungstrainings

- Unterstützung bei schrittweiser Veränderung des Lebensstils
- Förderung von Motivation und Selbstwirksamkeit
- Stärkung von Selbstwahrnehmung und Verhaltenskontrolle
- **Selbstbeobachtung** von Alltagsverhalten, Gedanken, Befindlichkeit und Schmerzsymptomatik
- Phase der **Veränderung**:
 - > Aufdecken von problematischen Denk- und Verhaltensmustern
 - > Individuelle Zielsetzungen
 - > Anwendung von individuell entwickelten Strategien zum Umgang mit Belastungen
- Langfristige **Stabilisierung** der Verhaltensänderungen und **Rückfallprophylaxe**
 - > Identifizieren kritischer Situationen/ Vorausplanen
 - > Stressbewältigungsstrategien
 - > Rückfälle akzeptieren statt abwerten

Verhaltensanalyse



Ziele setzen

- **Realistische** Ziele formulieren:
 - In kleinen Schritten
 - Erreichbar
 - Zeitlich begrenzt
 - Konkret
 - Überprüfbar
 - Spielraum für Entscheidungen ermöglichen
- **Flexible** statt rigide Verhaltenskontrolle!

Rigide Kontrolle	Flexible Kontrolle
Ich arbeite nie mehr länger.	Ich werde in der nächsten Woche jeweils spätestens 10 Min. nach Arbeitsschluss weggehen.
Von nun an treibe ich täglich eine Stunde Sport.	Ich versuche, während der kommenden Woche mich mind. an 2 Tagen mind. 30 Minuten zu bewegen.

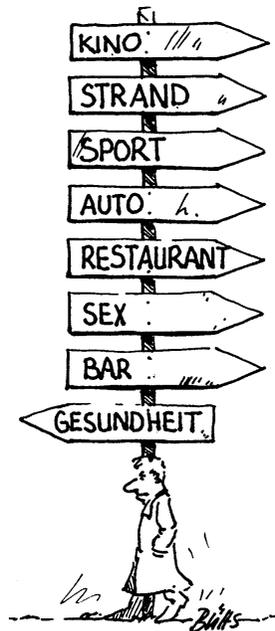
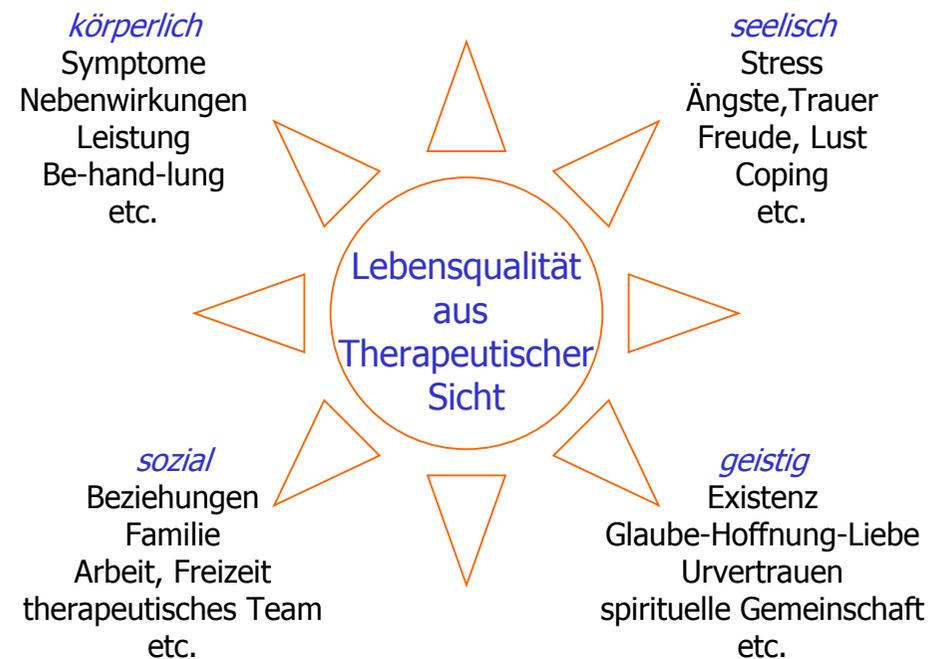
Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion

(MBSR, J. Kabat-Zinn)

- Achtsamkeit (Mindfulness):**
Bewusstseinszustand, in dem man "seine Aufmerksamkeit ganz bewusst, auf „gewöhnliche“ Dinge richtet;
- Achtsamkeitsbasierte Meditation
 - Body-Scan
 - Körper-Übungen (Yoga)



- ❖ Schmerz aufmerksam beobachten, ohne ihn zu bewerten und gegen ihn anzukämpfen.
- ❖ Nur an den Augenblick denken, nicht an Vergangenheit oder Zukunft, Schmerz von allen begleitenden Gedanken und Gefühlen abkoppeln.



Medikamentöse Therapie des SK

- **Episodische SK**
 - Nichtsteroidale Antirheumatika/Analgetika, wenn hinreichend klar, daß eine Stimulierung peripherer Nozizeptoren z.B. in der Muskulatur oder/und Sehnenansätzen mit im Spiel ist
 - Sorgfältige Überwachung der Einnahmegewohnheiten des Patienten wegen der Gefahr eines medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerzes
- **Chronifizierte SK**
 - Analgetika kontraindiziert, ebenso auch Benzodiazepine
 - Mittel erster Wahl sind trizyklische Antidepressiva wie Amitriptylin, Imipramin, Clomipramin, Doxepin