

Kognitiv- verhaltenstherapeutisches Migränemanagement (MIMA)

Timo Klan
Eva Liesering-Latta

Ein Behandlungsmanual zur
Krankheitsbewältigung und
Attackenprophylaxe bei Migräne

Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Migränemanagement (MIMA)

Timo Klan
Eva Liesering-Latta

Kognitiv- verhaltenstherapeutisches Migränemanagement (MIMA)

Ein Behandlungsmanual zur Krankheitsbewältigung
und Attackenprophylaxe bei Migräne

Dr. Timo Klan, geb. 1970. 1990–1997 Studium der Psychologie an der TU Darmstadt. 1999–2003 Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten/Verhaltenstherapie an der Johannes Gutenberg-Universität (JGU) Mainz. 2001–2012 Verhaltenstherapeut in der Klaus-Miehlke-Klinik Wiesbaden, Abt. Psychosomatik. Seit 2012 Leitung des Behandlungsschwerpunkts Chronische Schmerzen der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der JGU Mainz. Seit 2015 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der JGU Mainz. 2016 Promotion.

Dipl.-Psych. Eva Liesering-Latta, geb. 1981. 2000–2007 Studium der Psychologie an der Johannes Gutenberg-Universität (JGU) Mainz. 2008–2013 Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin/Verhaltenstherapie an der JGU Mainz, in diesem Zeitraum u.a. psychotherapeutische Tätigkeit am DRK Schmerz-Zentrum Mainz. Seit 2014 Verhaltenstherapeutin mit Schwerpunkt Spezielle Schmerzpsychotherapie in der Migräne- und Kopfschmerzambulanz Königstein, seit 2015 Leitende Psychologin. Zusätzlich in privater Praxis für Verhaltenstherapie tätig.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Illustrationen: Carolin Hüttich, Leipzig
Satz: Mediengestaltung Meike Cichos, Göttingen
Format: PDF

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort der Präsidentin der DMKG	7
Vorwort	8
I Grundlagen	
Kapitel 1: Einleitung	11
Kapitel 2: Störungsbild und Diagnostik	14
2.1 Störungsbild	14
2.2 Diagnostik	15
2.2.1 Kopfschmerzklassifikation nach ICHD-3 und ICD-10	15
2.2.2 Komplikationen der Migräne	17
2.2.3 Ärztliche Diagnosestellung	17
2.2.4 Psychologische Kopfschmerzdiagnostik	18
2.2.5 Psychotherapeutisch relevante Klassifikationssysteme	22
Kapitel 3: Epidemiologie	26
3.1 Prävalenzen	26
3.2 Risikofaktoren	26
3.3 Auswirkungen, Belastungen und Kosten	26
3.4 Komorbiditäten	27
3.5 Versorgung	28
Kapitel 4: Störungstheorien	29
4.1 Genetische Faktoren	29
4.2 Vasculäre Migränetheorien	29
4.3 Konzept der neurogenen Entzündung	29
4.4 Zentralnervöse Prozesse	30
4.5 Integratives neurophysiologisches Störungsmodell	31
4.6 Psychologische Konzepte	31
4.6.1 Die Migränepersönlichkeit	31
4.6.2 Das funktionale Bedingungsmodell chronischer Kopfschmerzen	33
4.6.3 Kopfschmerztrigger und die Migräneschwelle	34
4.6.4 Das Triggervermeidungsmodell	35
4.7 Diathese-Stress-Modell	35
4.8 Integratives somatopsychisches Entstehungsmodell	36

Kapitel 5: Behandlung	39
5.1 Akuttherapie	39
5.1.1 Nichtmedikamentöse Akuttherapie	39
5.1.2 Medikamentöse Akuttherapie	39
5.2 Prophylaxe	40
5.2.1 Nichtmedikamentöse Prophylaxe	41
5.2.2 Medikamentöse Prophylaxe	44
II Behandlungsmanual	
Kapitel 6: Indikationen und Ziele des Behandlungsprogramms	49
Kapitel 7: Behandlungskonzept	51
7.1 Zeitmanagement in den Sitzungen	51
7.2 Die Sitzungsphasen	51
7.3 Übungsformen zur Bearbeitung von Arbeitsblättern	52
7.4 Entspannung	53
7.4.1 Achtsames Atmen – Die Atemmeditation	54
7.4.2 Progressive Muskelrelaxation – Kurzform mit sieben Muskelgruppen	54
7.4.3 Halswirbelsäulengymnastik zur Reduktion der Muskelspannung	55
7.4.4 Qigong – Bewegungsmeditation	55
7.4.5 Imaginationsübung zur Entspannung – Die Trauminsel	56
7.4.6 Innere Reizabschirmung – Die Glaskugelübung	56
7.4.7 Massage der Gesichts-, Hals- und Schultermuskulatur	57
Kapitel 8: Beschreibung der Sitzungen	58
8.1 Sitzung 1: Psychoedukation – Vermittlung eines Entstehungsmodells der Migräne	58
8.2 Sitzung 2: Ausbalancierter Lebensstil	64
8.3 Sitzung 3: Umgang mit Attackenangst	69
8.4 Sitzung 4: Bewältigung der Migräneattacke	73
8.5 Sitzung 5: Triggermanagement	79
8.6 Sitzung 6: Stressbewältigung	85
8.7 Sitzung 7: Abschluss – Bilanzierung und Rückfallprophylaxe	88
Anhang	91
Überblick über die Arbeitsmaterialien im Anhang und auf der CD-ROM	91
Arbeits- und Informationsblätter zu den Sitzungen	93
Sitzung 1: Arbeits- und Informationsblätter	95
Sitzung 2: Arbeits- und Informationsblätter	106
Sitzung 3: Arbeits- und Informationsblätter	112
Sitzung 4: Arbeits- und Informationsblätter	117
Sitzung 5: Arbeits- und Informationsblätter	124
Sitzung 6: Arbeits- und Informationsblätter	131
Sitzung 7: Arbeits- und Informationsblätter	134
Praktische Übungen zur Entspannung: Übungsbeschreibungen	137
Gewöhnungstraining	150
Diagnostik	155
Literatur	171

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien der Materialien, die für die Durchführung des Trainings verwendet werden können. Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter www.adobe.com/products/acrobat erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden. Zudem liegen auch Dateien im Format Microsoft® Office PowerPoint® vor, die mit kompatiblen Programmen geöffnet werden können.

Geleitwort der Präsidentin der DMKG

Migräne hat viele Facetten – die Therapie der Migräne ebenfalls. Das vorliegende Manual zur verhaltenstherapeutischen Behandlung der Migräne ist ein wichtiges Instrument, das das Spektrum einer auf den ersten Blick scheinbar einfachen und bequemen pharmakologischen Akuttherapie und Prophylaxe der Migräne um die wichtigen verhaltenstherapeutischen Optionen ergänzt und damit wesentlich erweitert. Verhaltenstherapie ist zumindest bei der ganz überwiegenden Zahl mittelschwer bis schwer betroffener Patientinnen und Patienten unverzichtbarer Teil des therapeutischen Gesamtkonzeptes.

Auch wenn Migräne zum Teil leider noch immer zu Unrecht als primär psychische Erkrankung oder schlimmer noch manchmal sogar nur als billige Ausrede betrachtet wird, mehrten sich die Personen, die die Schwere der Erkrankung mit all ihren Auswirkungen auf privates, berufliches und gesellschaftliches Leben erkennen und wissen, dass Migräne eine neurobiologische Erkrankung ist. Allerdings wird diese oft genetisch determinierte neurobiologische Erkrankung in ihrem Verlauf bei den Betroffenen individuell ganz unterschiedlich von diversen modifizierbaren Faktoren mitbestimmt. Auf dieser Erkenntnis gründen die verhaltenstherapeutischen Möglichkeiten bei der Migräne.

Das vorliegende Manual ist besonders hilfreich, als es einen fein abgerundeten Gesamtüberblick über das Krankheitsbild Migräne und dessen Therapieoptionen bietet und damit in seinen ersten Kapiteln bereits den Grundstock für das Verständnis der Verhaltenstherapie liefert. Der praktische Teil verdient den Namen „praktisch“, weil die Autoren mit ihrer klinischen Erfahrung in der Behandlung von Kopfschmerzpatienten die verschiedenen Behandlungskonzepte in einen fein und gut strukturierten Therapieplan eingepasst haben und so das Rüstzeug geschaffen haben, alles direkt in der Praxis umzusetzen. Wer nicht selbst primär verhaltenstherapeutisch tätig ist, kann beim Studium des Manuals viel über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten lernen und sich den einen oder anderen Kniff abschauen. Für Verhaltenstherapeuten, die bislang ihren Schwerpunkt noch nicht bei den Kopfschmerzpatienten gesehen haben, eröffnen sich durch das Manual hoffentlich neue Perspektiven und Interesse an einer neuen Patienten Klientel.

München, 2019

PD Dr. med. Stefanie Förderreuther
Präsidentin der Deutschen Migräne- und
Kopfschmerzgesellschaft e. V. (DMKG)

Vorwort

„Gibt es eigentlich ein Therapiemanual für Migränepatienten?“ Diese von Ausbildungstherapeuten wie auch schon länger praktizierenden Kollegen wiederholt gestellte Frage hat uns inspiriert, ein solches Manual zu entwickeln. Dabei war der Anspruch, die bei Migränepatienten bewährten verhaltenstherapeutischen Therapieelemente (wie z. B. das Entspannungstraining) mit innovativen Ansätzen (wie z. B. dem Triggermanagement) zu einem migränespezifischen, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramm in optimaler Weise zu kombinieren. Zudem sollte das Behandlungsprogramm möglichst kurz sein, um dem Zeitgeist und dem Bedürfnis nach einer möglichst kompakten Therapie zu entsprechen. Gleichzeitig war unser Bestreben, den praktizierenden Therapeuten ein möglichst umfassendes Spektrum an für Migränepatienten geeigneten Interventionen an die Hand zu geben. Letztendlich haben wir uns auf sieben – modularartig aufgebaute – Sitzungen festgelegt. Diese sind sowohl für das Einzel- als auch für das Gruppensetting geeignet. Dabei haben wir einen flexiblen Einsatz der beschriebenen Behandlungsbausteine vorgesehen. So ist es durchaus sinnvoll und gewünscht, den Schwerpunkt und Umfang der Sitzungen beziehungsweise den Einsatz der Materialien auf die Bedürfnisse der Patienten sowie das Behandlungssetting abzustimmen. Dementsprechend kann eine an unserem Therapiemanual orientierte verhaltenstherapeutische Migränebehandlung deutlich weniger, aber auch deutlich mehr als sieben Therapiesitzungen umfassen. Die im Grundlagenteil dargestellten Inhalte zum Störungsbild der Migräne und biopsychosozialen Krankheitsverständnis sollen dem Therapeuten Fachkompetenz und Sicherheit im Umgang mit Migränepatienten vermitteln.

Die Verhaltenstherapie gilt als evidenzbasierter Therapieansatz zur Migränebehandlung bzw. -prophylaxe. Durchschnittlich kann eine Reduktion der Kopfschmerzaktivität um 35 % bis 50 % sowie eine Reduktion der Funktionseinschränkung bei verbesserter Lebensqualität erwartet werden. Das heißt, dass einige Patienten mehr, einige aber auch weniger stark profitieren. Mit der gegenwärtig laufenden, als randomisiert kontrollierte Studie konzipierten „Migränestudie Mainz“ (Deutsches Register Klinischer Studien, DRKS-ID: DRKS00011111) untersuchen wir, in welchem Ausmaß eine Optimierung bisheriger Behandlungseffekte mit unserem Therapieprogramm erwartet werden kann. Die bisherigen Erfahrungen im Rahmen unserer Studie zeigen, dass das Behandlungsprogramm von den Patienten sehr gut angenommen wird. Die Praktikabilität der Durchführung konnte in einer Pilotstudie (Klan, Liesering-Latta, Gaul, Martin & Witthöft, 2019) bereits nachgewiesen werden.

Bedanken möchten wir uns an dieser Stelle bei Herrn Professor Paul R. Martin (The Australian National University, Canberra, Australien) für die stets produktive Kooperation und die Einblicke in das Triggermanagement, bei Herrn PD Dr. Charly Gaul (Migräne und Kopfschmerzambulanz Königstein) für die fachliche Unterstützung bei der Erstellung von Kapitel 4 (Störungstheorien) und 5 (Behandlung), bei Frau Carolin Hüttich (Leipzig) für die professionellen Illustrationen und die Erschaffung der „Migränebohne“ sowie bei den zahlreichen Teilnehmern der Migränestudie Mainz für viele wertvolle Erfahrungen und Hinweise zur Optimierung unseres Migränemanuals.

Wir hoffen, dass wir mit unserem Behandlungsmanual die Versorgungslage von Migränepatienten nachhaltig verbessern und eine wichtige Ergänzung oder Alternative zu den vorhandenen medikamentösen Therapieoptionen liefern können.

Mainz und Königstein, 2019

Timo Klan und Eva Liesering-Latta

I Grundlagen

Kapitel 1

Einleitung

Bitte sehen Sie davon ab, Leuten mit Migräne ständig Ratschläge geben zu wollen. Sie haben keine Ahnung, wie mühsam das für uns ist. Sie haben, mit Verlaub, überhaupt keine Ahnung.

Ute Woltron (2016)

Journalistin, Autorin und Migränebetroffene

Die Migräne ist eine sehr häufige Erkrankung, die mit zum Teil erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität und hohen sozioökonomischen Kosten verbunden ist. Weltweit leidet mindestens jeder Zehnte¹ an Migräne, man geht derzeit von über einer Milliarde Erkrankten aus (Vos et al., 2017). Frauen sind dabei deutlich häufiger als Männer betroffen, das Verhältnis beträgt 2:1 bis 3:1 (Woldeamanuel & Cowan, 2017; Yoon et al., 2012). Die Prävalenzraten in den Schwellen- und Entwicklungsländern sind ähnlich hoch wie in den Industrienationen (Woldeamanuel & Cowan, 2017), die Migräne ist also keineswegs eine „Luxuserkrankung“.

Kennzeichen der Migräne sind wiederkehrende Attacken von meist einseitigen, mittleren bis starken Kopfschmerzen in Verbindung mit Begleitsymptomen wie z. B. Übelkeit, Erbrechen sowie Licht- und Geräuschempfindlichkeit. Die Attacken dauern Stunden bis mehrere Tage an. Während der Attacke sind die Betroffenen oft nicht in der Lage, Alltags- oder Freizeitaktivitäten wie gewohnt nachzugehen. Somit ist die Migräne weit mehr als nur eine „vorübergehende Befindlichkeitsstörung“.

Mittlerweile ist sehr viel über die pathophysiologischen Abläufe der Migräneattacke bekannt. Während die Migräne im 19. Jahrhundert, aber auch später noch als psychosomatische bzw. neurotische Störung angesehen wurde, so ist diese inzwischen als neurobiologische Funktionsstörung anerkannt. Gleichwohl

spielen neben biologischen auch psychosoziale Faktoren hinsichtlich Krankheitschwere und -verlauf eine maßgebliche Rolle, sodass ein biopsychosoziales Störungsmodell zugrunde gelegt werden kann.

Migräneartige Kopfschmerzen wurden vermutlich schon von den alten Ägyptern beschrieben, so finden sich bereits in dem Papyrus Ebers (1550 v. Chr.) Hinweise auf einseitige Kopfschmerzen in Verbindung mit Erbrechen (Karenberg & Leitz, 2001). Konkrete Anzeichen einer Migräne einschließlich Symptomen einer Aura wurden erstmals von Hippokrates (ca. 400 v. Chr.) beschrieben (Rapoport & Edmeads, 2000). Der griechische Arzt Galen, der das von Hippokrates entwickelte Konzept des Ungleichgewichts von Körpersäften im 2. Jahrhundert n. Chr. fortführte, kann als Begründer des Begriffs „Migräne“ angesehen werden. So bezeichnete Galen die entweder links- oder rechtsseitig lokalisierten Schmerzen als „hemikrania“ (altgriechisch für „halber Schädel“), was dann später zu der Bezeichnung Migräne wurde (Rapoport & Edmeads, 2000).

Mit der gegenwärtigen *Internationalen Kopfschmerzklassifikation* (Headache Classification Committee of the International Headache Society [IHS], 2018) steht ein sehr differenziertes Klassifikationssystem zur Diagnostik von Kopfschmerzkrankungen einschließlich der Migräne zur Verfügung. In der *Internationalen Klassifikation der Krankheiten* (ICD-10; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2019) ist die Migräne im Kapitel VI (Krankheiten des Nervensystems) unter der Ziffer G43.- verortet. Beim Vorliegen relevanter psychischer Faktoren, die zur Aufrechterhaltung oder Verstärkung der Migräne beitragen, besteht darüber hinaus die

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die parallele Verwendung von weiblichen und männlichen Formen verzichtet. Selbstverständlich sind Frauen und Männer immer gleichberechtigt gemeint.

Option, zusätzlich eine Diagnose aus dem Kapitel V (Psychische und Verhaltensstörungen) der ICD-10 zu stellen. Hierbei bieten sich die Diagnose „Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ (F45.41) oder „Psychische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten“ (F54) an (Nilges & Rief, 2010). Aus den beiden genannten F-Diagnosen kann die Indikation einer interdisziplinären Behandlung, also letztendlich die Integration eines psychologischen Behandlungskonzeptes abgeleitet werden.

Das Spektrum der im Laufe der Menschheitsgeschichte eingesetzten Behandlungsverfahren bei Migräne ist sehr breit, es finden sich teilweise recht skurrile, aber auch brutale Therapiemethoden wie die unten beschriebene „Trepanation“. Im alten Ägypten wurde als eine von zahlreichen Behandlungsmethoden bei Kopfschmerzen das Einreiben des Kopfes mit der zuvor in Öl gekochten Asche von Schädeln des Katzenfisches empfohlen (Karenberg & Leitz, 2001). Als eine andere Behandlungsmethode aus dem alten Ägypten ist das Anbinden eines geweihten, mit Kräutern gefüllten Tonkrokodils an den Kopf des Patienten überliefert (s. Abb. 1, Rapoport & Edmeads, 2000).

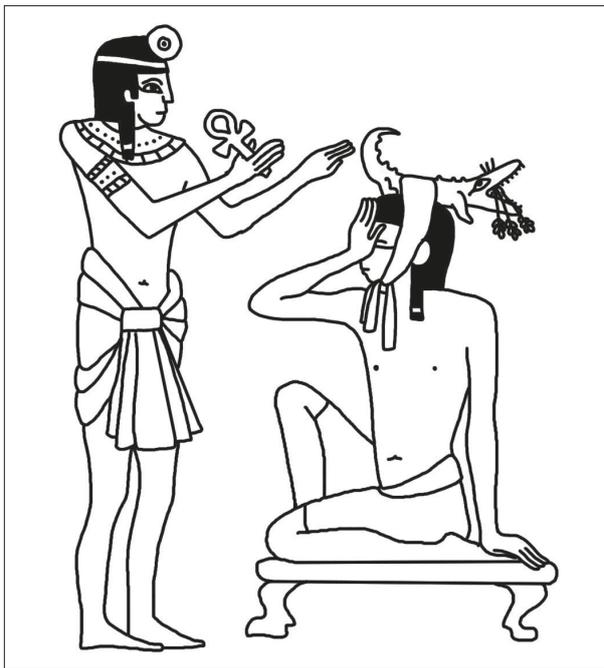


Abbildung 1: Behandlungsvariante der Migräne im alten Ägypten (Abbildung nach Ägyptischem Papyrus; in Anlehnung an Rapoport & Edmeads, 2000)

In der Steinzeit, also schon lange vor der Hochkultur der Ägypter, bestand eine praktizierte Behandlungsmethode darin, ein Loch in den Schädel des Patienten zu meißeln (sogenannte „Trepanation“, s. Abb. 2), wahrscheinlich, um dadurch bösen Geistern ein Entweichen zu ermöglichen (Rapoport & Edmeads,

2000). Einige Funde von Schädeln mit Spuren einer Trepanation datieren auf ca. 7000 v. Chr. und Hinweise auf neues Knochenwachstum nach einer Trepanation deuten darauf hin, dass einige der Patienten diese Behandlung sogar überlebt haben (Lillie, 1998).



Abbildung 2: Trepanation (Photograph by Rama, Wikimedia Commons, Cc-by-sa-3.0-fr)

Es kann selbstverständlich nicht rekonstruiert werden, woran die mit dieser Operationsmethode behandelten Patienten aus der Steinzeit litten. Allerdings weiß man, dass die Trepanation bis Mitte des 17. Jahrhunderts tatsächlich auch zur Behandlung von Migränekranke angewendet wurde (Rapoport & Edmeads, 2000). Hippokrates, der ein Ungleichgewicht von Körpersäften als Ursache vieler Erkrankungen, auch der Migräne ansah, empfahl als Behandlungsmethode das Vermeiden von Aktivitäten, die Kopfschmerzen auslösen (Rapoport & Edmeads, 2000) – ein Ansatz, der auch heute noch Relevanz hat und nicht selten empfohlen wird. Es erscheint zunächst sehr plausibel, kopfschmerzauslösende Aktivitäten zu vermeiden („Vermeide das, was dir nicht guttut.“). Allerdings zeichnet sich in den letzten Jahren diesbezüglich ein Paradigmenwechsel ab (Dresler, Klan, Kraya & Kropp, 2019). Potentielle Kopfschmerzauslöser (sog. „Trigger“) wie z. B. „Stress“, „Wetterwechsel“ oder das Einsetzen der Menstruation, können nicht immer vermieden werden. Außerdem kann der Versuch, Trigger stets zu vermeiden selbst zum Stressfaktor werden und den eigenen Handlungsspielraum auf Kosten der Lebensqualität einschränken. Hiervon ausgehend wird inzwischen statt genereller Vermeidung ein *Triggermanagement*, also ein individueller und differenzierter Umgang mit Triggern empfohlen (Martin & MacLeod, 2009; Martin et al., 2014). Neben dem Erlernen eines optimalen Umgangs mit Triggern können noch weitere sinnvolle verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze bei Migräne genannt werden (Andrasik, 2007; Fritsche & Gaul, 2013): (1) Entspannungsverfahren (z. B. Progressive

Muskelrelaxation, Biofeedback) zur Induktion einer allgemeinen psychovegetativen Entspannung, (2) Biofeedback zur Kontrolle unmittelbar kopfschmerzrelevanter Parameter (z.B. Neurofeedback zur Verbesserung der kortikalen Habituation), (3) kognitive Verhaltenstherapie zur Verbesserung der Stressbewältigung (Stressmanagement), (4) Lebensstilberatung und (5) migränespezifische Techniken (z.B. Umgang mit Attackenangst). Grundsätzlich kann verhaltenstherapeutischen Ansätzen eine gute Evidenz in der Migräneprophylaxe attestiert werden (z.B. Penzien, Irby, Smitherman, Rains & Houle, 2015; Kropp et al., 2016). Jedoch ist noch nicht klar, welches der beschriebenen verhaltenstherapeutischen Verfahren bei welchem Patienten am besten wirkt bzw. zu welchem Patienten passt. Jedes der genannten Verfahren hat seine Vor- und Nachteile. Biofeedback hat sich als sehr wirksam erwiesen (Nestoriuc & Martin, 2007), erfordert jedoch eine gewisse Affinität für technisches Equipment – sowohl beim Patienten als auch beim Therapeuten. Auch das Triggermanagement hat sich als vielversprechender Ansatz erwiesen (Martin et al., 2014). Allerdings gibt es Patienten, die nur wenige oder keine Kopfschmerzauslöser benennen, und hier stellt sich die Frage, ob diese von einem umfassen-

den Triggermanagement profitieren. Für einige Patienten reicht die regelmäßige Anwendung eines Entspannungsverfahrens möglicherweise aus.

Der klinische Praktiker ist derzeit am besten beraten, seinen Migränepatienten verschiedene verhaltenstherapeutische Verfahren vorzuhalten und die für den Patienten geeigneten Verfahren vertieft anzuwenden bzw. – gemäß des Selbstmanagement-Ansatzes – anwenden zu lassen. Es existieren inzwischen durchaus differenzierte Beschreibungen spezifischer verhaltenstherapeutischer Behandlungstechniken bei Kopfschmerzen (z.B. bei Fritsche & Gaul, 2013). Spezifische, für den Praktiker verfügbare verhaltenstherapeutische Handlungsmanuale für Kopfschmerzpationen liegen nach unserem Wissen bislang jedoch nur für Kinder- und Jugendliche vor (z.B. Richter et al., 2018). Das Ziel des vorliegenden Manuals ist es daher, ein Behandlungsprogramm für die Anwendung bei erwachsenen Migränepatienten vorzustellen, welches sich in der psychotherapeutischen Praxis gut umsetzen lässt und die wesentlichen verhaltenstherapeutischen Elemente einer effektiven Migräneprophylaxe abdeckt.

Kapitel 2

Störungsbild und Diagnostik

2.1 Störungsbild

Die Migräne zeichnet sich durch periodisch auftretende Kopfschmerzattacken mit einer Dauer von 4 bis 72 Stunden aus, welche in der Regel von vegetativen Symptomen begleitet werden. Typische Merkmale der Kopfschmerzattacke sind

- die mittelschwere bis hohe Schmerzintensität,
- der pulsierende Schmerzcharakter,
- die überwiegend einseitige Lokalisation in der Schläfenregion,
- die Verstärkung der Kopfschmerzen durch körperliche Anstrengung und
- vegetative Begleitsymptome wie Übelkeit und/oder Erbrechen sowie Licht- und Geräuschempfindlichkeit, gelegentlich auch Geruchsempfindlichkeit.

Während der Kopfschmerzattacke besteht üblicherweise ein Ruhe- und Rückzugsbedürfnis. Die Begleitsymptome können z.T. sehr unterschiedlich ausge-

prägt vorkommen, was erklärt, warum es Betroffenen manchmal schwerfällt, eine beginnende Migräneattacke von einem Kopfschmerz vom Spannungstyp abzugrenzen. Ein differentialdiagnostisches Kriterium stellt vor allem die Kopfschmerzzunahme durch körperliche Aktivität dar. Werden die Schmerzen z.B. beim schnellen Treppensteigen stärker, spricht das sehr für eine Migräneattacke. Zum schnellen Erkennen einer möglichen Migräne bietet sich für Betroffene der Kopfschmerz-Schnelltest nach Göbel (2014) mit drei Screening-Fragen zu (1) Kopfschmerzzunahme bei körperlicher Aktivität, (2) begleitender Übelkeit und (3) Beeinträchtigung bei Alltagstätigkeiten an.

Die Migräneattacke ist jedoch mehr als „nur“ eine Kopfschmerzattacke mit vegetativen Begleitsymptomen. Insgesamt lassen sich vier Phasen beschreiben, die zeitlich aufeinander folgen (s. Abb. 3). Die *Prodromalphase* umfasst verschiedene körperliche und

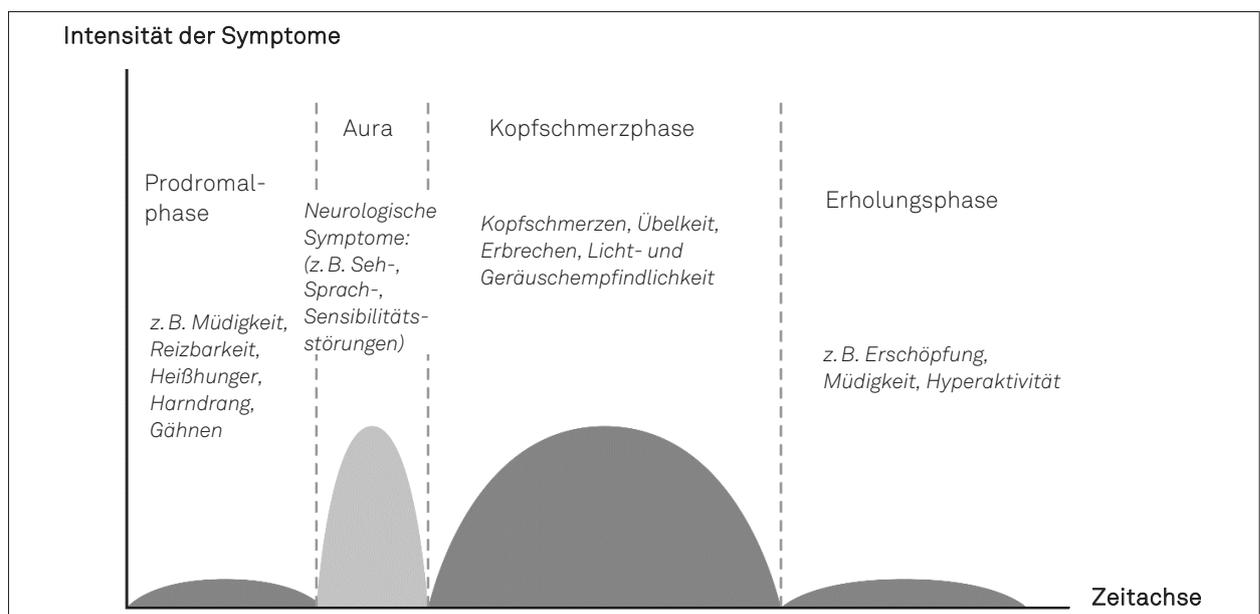


Abbildung 3: Typischer Verlauf einer Migräneattacke

psychische Symptome (sogenannte „Vorboten“), die Stunden oder bis zu zwei Tage vor der eigentlichen Kopfschmerzphase auftreten können. Angaben zur Prävalenz von Prodromalsyndromen bei Migränebetroffenen sind uneinheitlich und reichen von 7 bis 88 % (Rossi, Ambrosini & Buzzi, 2005). Berichtet werden Veränderungen der Stimmung und Vitalität wie Reizbarkeit, Depressivität und Müdigkeit, aber auch Euphorie und Hyperaktivität sowie Konzentrationsprobleme, sensorische Überempfindlichkeit, Nackenverspannungen, Heißhunger, Durst und vermehrtes Gähnen. Bei ca. 15 % der Migränebetroffenen tritt außerdem kurz vor der Kopfschmerzphase eine *Aura* auf (Fritsche & Gaul, 2017). Bei der *Aura* kommt es zu neurologischen Reiz- und Ausfallerscheinungen wie vor allem Sehstörungen (z. B. Einschränkung des Gesichtsfelds, Sehen von Zick-Zack-Linien), aber auch Sprachstörungen, körperlichen Missempfindungen oder Lähmungen. Diese Symptome entwickeln sich meist innerhalb von 5 bis 20 Minuten und klingen in der Regel innerhalb von 60 Minuten vollständig wieder ab. Die Kopfschmerzen können bereits während der *Aura* einsetzen, treten jedoch meistens im Anschluss auf. Selten können Auren auch ohne Kopfschmerzen auftreten (sogenannte „isolierte *Aura*“). Auf die eigentliche *Kopfschmerzphase* mit den typischen vegetativen Begleitsymptomen folgt die *Erholungsphase* (auch *Postdromalphase*), die bis zu zwei Tage anhalten kann. In einer Studie von Kelman (2006) berichteten 68 % der untersuchten Migränpatienten postdromale Symptome, die häufigsten waren Müdigkeit, leichter Kopfschmerz, kognitive Defizite und „katerartige“ Beschwerden. Die durchschnittliche Dauer der Erholungsphase lag bei 24 Stunden.

Die Erkrankungsschwere (Häufigkeit, Dauer, Intensität von Migräneattacken) ist interindividuell sehr variabel. Auch intraindividuell können sich Frequenz und Ausprägung der Migräneattacken im Laufe des Lebens stark verändern. Während sich die Migräne in den meisten Fällen mit abgrenzbaren Attacken (*Episodische Migräne*) manifestiert, kann es bei einigen Patienten zur Chronifizierung mit einer deutlichen Zunahme von Kopfschmerztagen (*Chronische Migräne*) kommen. Die Chronische Migräne ist hierbei u. a. durch mindestens 15 Kopfschmerztage pro Monat charakterisiert. Hierunter können sich neben migräneartigen Kopfschmerzen auch Kopfschmerzen vom Spannungstyp subsumieren. Die Betroffenen berichten meist von einer Zunahme der Kopfschmerzhäufigkeit über die Jahre bei gleichzeitiger Abnahme der migränetypischen Begleitsymptome. In ca. 50 % der Fälle geht die chronische Migräne mit einem Medikamentenübergebrauch einher (Schwedt, 2014)

welcher dann als zusätzliche Diagnose kodiert wird. Als Risikofaktoren der Chronifizierung gelten u. a. Übergewicht, komorbide psychische Störungen, ein Medikamentenübergebrauch, stressbelastete Lebensereignisse und Schlafstörungen (Schwedt, 2014).

2.2 Diagnostik

2.2.1 Kopfschmerzklassifikation nach ICHD-3 und ICD-10

Die medizinische Diagnose von Kopfschmerzen orientiert sich an der *Internationalen Kopfschmerzklassifikation (ICHD)* der *Internationalen Kopfschmerzgesellschaft (IHS)*. Diese wurde Anfang 2018 in der dritten überarbeiteten Version veröffentlicht (Headache Classification Committee of the International Headache Society [IHS], 2018). Die Klassifikation ist hierarchisch aufgebaut mit Einteilung von Hauptgruppen, Subtypen sowie Unterformen und unterscheidet über 250 Kopfschmerzarten. Sie ist Maßstab für die bisher weniger ausdifferenzierte, aber im klinischen Alltag verwendete Internationale Krankheitsklassifikation ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2019).

Grundsätzlich unterscheidet die IHS-Klassifikation primäre von sekundären Kopfschmerzerkrankungen. Bei den primären Kopfschmerzen stellt der Kopfschmerz selbst die Erkrankung dar, es liegt keine strukturelle oder andere Erkrankung zugrunde. Die häufigsten Formen sind (1) *Migräne* und (2) der *Kopfschmerz vom Spannungstyp*. Als weitere Kategorien primärer Kopfschmerzen werden (3) die *Trigemino-autonomen Kopfschmerzerkrankungen* (zu denen auch der Clusterkopfschmerz zählt) und (4) *Andere primäre Kopfschmerzen* unterschieden. In der ICD-10 sind die primären Kopfschmerzen im Kapitel VI (Krankheiten des Nervensystems) verortet.

Bei den sekundären Kopfschmerzerkrankungen ist der Kopfschmerz Folge- bzw. Begleiterscheinung einer anderen Erkrankung. Nur etwa 8 % aller Kopfschmerzerkrankungen sind sekundär (Förderreuther & Straube, 2016). Das Spektrum der sekundären Kopfschmerzen ist weit und umfasst lebensbedrohliche Notfälle wie Hirnblutungen oder Infektionen, Kopfschmerzen im Rahmen einer Erkältung, Kopfschmerzen die auf eine Substanz oder deren Entzug zurückzuführen sind oder Kopfschmerzen, die einer psychischen Störung (z. B. Somatisierungsstörung) zugeordnet werden können.

Nachfolgend werden die operationalen Diagnosekriterien gemäß der *Internationalen Klassifikation von Kopfschmerzerkrankungen (ICHD-3)* für die drei prominentesten Migränetypen aufgeführt (s. Tab. 1).

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft (IHS)²

Migränetyp	ICHD-3 Kode	ICD-10 Kode
Migräne ohne Aura A. Mindestens fünf Attacken ¹ , welche die Kriterien B bis D erfüllen B. Kopfschmerzattacken, die (unbehandelt oder erfolglos behandelt) 4 bis 72 Stunden anhalten C. Der Kopfschmerz weist mindestens zwei der folgenden vier Charakteristika auf: 1. einseitige Lokalisation 2. pulsierender Charakter 3. mittlere oder starke Schmerzintensität 4. Verstärkung durch körperliche Routineaktivitäten (z.B. Gehen oder Treppensteigen) oder deren Vermeidung D. Während des Kopfschmerzes besteht mindestens eins der folgenden Symptome: 1. Übelkeit und/oder Erbrechen 2. Licht- und Geräuschempfindlichkeit E. Die Symptomatik kann nicht besser durch eine andere ICHD-3-Diagnose erklärt werden.	1.1	G43.0
Migräne mit Aura A. Mindestens zwei Attacken, die die Kriterien B und C erfüllen B. Ein oder mehrere der folgenden vollständig reversiblen Aurasymptome: 1. visuell 2. sensorisch 3. Sprechen und/oder Sprache 4. motorisch 5. Hirnstamm 6. retinal C. Mindestens drei der folgenden sechs Merkmale sind erfüllt: 1. wenigstens ein Aurasymptom entwickelt sich allmählich über ≥ 5 Minuten hinweg 2. zwei oder mehr Aurasymptome treten nacheinander auf 3. jedes Aurasymptom hält 5 bis 60 Minuten an 4. mindestens ein Aurasymptom ist einseitig 5. mindestens ein Aurasymptom ist positiv ² 6. Die Aura wird von Kopfschmerz begleitet oder dieser folgt ihr innerhalb von 60 Minuten D. Die Symptomatik kann nicht besser durch eine andere ICHD-3-Diagnose erklärt werden.	1.2	G43.1
Chronische Migräne A. Kopfschmerz (migräneartig oder vom Spannungstyp) ³ an ≥ 15 Tagen/Monat über >3 Monate, welcher die Kriterien B und C erfüllt B. Auftreten bei einem Patienten, der mindestens fünf Attacken gehabt hat, welche die Kriterien B bis D für eine 1.1 <i>Migräne ohne Aura</i> und/oder die Kriterien B und C für eine 1.2 <i>Migräne mit Aura</i> erfüllten	1.3	G43.3

² Abdruck der deutschen Übersetzung der Internationalen Klassifikation von Kopfschmerzerkrankungen in der 3. Auflage (ICHD-3) mit freundlicher Genehmigung von Sage Publications Ltd. Vollständige ICHD-3 in deutscher Sprache verfügbar unter <https://www.ichd-3.org/ichd-3-translations/>

Tabelle 1: Fortsetzung

Migränetyp	ICHD-3 Kode	ICD-10 Kode
<p>C. An ≥ 8 Tagen/Monat über >3 Monate, wobei einer der folgenden Punkte erfüllt ist:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kriterium C und D für eine 1.1 Migräne ohne Aura 2. Kriterium B und C für eine 1.2 Migräne mit Aura 3. Der Patient geht bei Kopfschmerzbeginn von einer Migräne aus und der Kopfschmerz lässt sich durch ein Triptan- oder Ergotaminderivat lindern <p>D. Die Symptomatik kann nicht besser durch eine andere ICHD-3-Diagnose erklärt werden.</p>		

Anmerkungen: ¹Bei Personen mit weniger als fünf Attacken sollte eine „Wahrscheinliche Migräne ohne Aura“ (ICHD-3 1.5.1) kodiert werden. ²Ein positives Aurasymptom bedeutet eine zusätzliche Wahrnehmung wie beispielsweise das Sehen von Zick-Zack-Linien (sog. Fortifikationen). Ein negatives Aurasymptom ist z. B. ein Gesichtsfeldausfall mit einem Verlust der Wahrnehmung von Strukturen. ³Da sich Kopfschmerzen vom Spannungstyp unter dieser Diagnose subsumieren, kann nicht zusätzlich die Diagnose 2. Kopfschmerz vom Spannungstyp gestellt werden.

2.2.2 Komplikationen der Migräne

Neben der *Chronischen Migräne*, die bereits als Komplikationsform der „normalen“ Migräne gewertet werden kann, stellt der *Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch* eine nicht seltene weitere Komplikationsform dar. Durch die häufige Einnahme von Schmerz- oder Migränemitteln kann ein vorbestehender primärer Kopfschmerz, insbesondere die Migräne, zunehmen und chronifizieren. Gemäß den Kriterien der IHS besteht ein *Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch*, wenn ein Patient mit vorbestehender primärer Kopfschmerzkrankung an mindestens 15 Tagen pro Monat unter Kopfschmerzen leidet und ein regelmäßiger Übergebrauch von einem oder mehreren Medikamenten zur Behandlung akuter Kopfschmerzepisoden über einen Zeitraum von über drei Monaten vorliegt. Übergebrauch ist definiert als entweder (a) die Einnahme an mindestens 10 Tagen pro Monat von Ergotaminen, Triptanen, Opioiden oder Kombinationsanalgetika oder (b) die Einnahme an mindestens 15 Tagen pro Monat von Monoanalgetika (Diener, Gaul & Kropp, 2018a). Dabei gilt, dass die Grenzwerte immer durch die Anzahl der Einnahmetage gezählt werden und nicht durch die Anzahl der eingenommenen Medikamente pro Tag. Der *Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch* (ICHD-3-Kode: 8.2) zählt zu den sekundären Kopfschmerzen und kann zusätzlich zu der Diagnose eines primären Kopfschmerzes gestellt werden.

Eine weitere Komplikationsform ist u.a. der *Migränestatus* („*Status migraenosus*“), der als über 72 Stunden andauernde schwere Migräneattacke definiert wird. Hierbei sprechen die Betroffenen auf die übliche Migränemedikation meistens nicht oder kaum an (Totzack & Diener, 2016).

2.2.3 Ärztliche Diagnosestellung

Die ärztliche Diagnose einer Kopfschmerzkrankung erfolgt anhand einer an den ICHD-Kriterien orientierten Anamnese, ergänzt durch eine körperliche Untersuchung mit neurologischem Befund. Zur Unterstützung der Kopfschmerzanamnese eignet sich der Einsatz von *Kopfschmerztagebüchern*, welche in der Regel die Schmerzart (Stärke, Dauer, Qualität), den Schmerzort, mögliche Begleitsymptome, potenzielle Auslöser und die Medikamenteneinnahme und -wirkung erfassen (s. *Arbeitsblatt 1.3*). Die folgenden Warnsignale (sogenannte „Red Flags“) geben Hinweis auf das Vorliegen eines sekundären Kopfschmerzes bei einer potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung oder Verletzung (Holle & Obermann, 2013).

Warnsignale für das Vorliegen sekundärer Kopfschmerzen bei einer potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung oder Verletzung (nach Holle & Obermann, 2013)

- Auffälligkeiten im neurologischen oder psychopathologischen Befund
- neu aufgetretener Kopfschmerz bei älteren Patienten
- Kopfschmerz „wie noch nie“
- Donnerschlagkopfschmerz (plötzlicher Beginn, max. Intensität)
- Kopfschmerzen mit Hinweis auf eine systemische Erkrankung (Fieber, Nackensteife, Ausschlag)
- Kopfschmerz mit ungewöhnlichen Begleitsymptomen (z. B. Koordinationsstörungen)
- Kopfschmerz nach körperlichem Trauma bzw. Kopfverletzung
- Kopfschmerzen bei Patienten mit einem Risiko für HIV oder einer Tumorerkrankung

Im Falle eines auffälligen neurologischen Befunds, unklarer Kopfschmerzen bzw. eines Verdachts auf sekundäre Kopfschmerzen kommen gezielte Zusatzuntersuchungen (z. B. bildgebende Verfahren) zum Einsatz.

2.2.4 Psychologische Kopfschmerzdiagnostik

Neben der im psychotherapeutischen Kontext üblichen Anamnese (z. B. Erfassung der aktuellen Lebenssituation, lebensgeschichtliche Entwicklung) gibt es im Rahmen der kopfschmerzspezifischen Diagnostik einige inhaltliche Besonderheiten, auf die nachfolgend eingegangen werden soll. Außerdem hat die psychologische Exploration neben der Erhebung diagnostischer Informationen eine wichtige Bedeutung für die Schaffung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses zwischen Behandler und Patient. Besteht bei dem Betroffenen bisher ein einseitig somatisches Krankheitsmodell oder erlebt er den Termin beim Psychologen gar als Infragestellen der Glaubwürdigkeit seines Schmerzerlebens, wird er sich verständlicherweise skeptisch zeigen. Um mögliche Sorgen vor einer Psychopathologisierung zu entkräften, das Vertrauen in die Behandlerkompetenz zu stärken und Aufgeschlossenheit für psychologische Behandlungsansätze zu schaffen, empfiehlt sich ein eigenes medizinisch-somatisches Krankheitswissen, Offenheit für das bisherige Krankheitskonzept des Patienten und die frühe Integration psychoedukativer Inhalte.

Zur Indikationsstellung und Planung einer psychologischen (Mit-)Behandlung werden Informationen zu folgenden fünf Bereichen benötigt:

- der Schmerzsymptomatik
- den kopfschmerzbedingten Beeinträchtigungen,
- dem Ausmaß psychischer Belastung
- der Art der Krankheitsverarbeitung und
- dem Vorhandensein relevanter Einflussfaktoren auf die Kopfschmerzerkrankung (z. B. Stressbelastung, Lebensstilfaktoren).

Im Folgenden werden Themenbereiche der psychologischen Kopfschmerz-anamnese und unterstützende Fragebögen (Selbstbeurteilungsverfahren) vorgestellt (Übersicht s. Tab. 2). Einige ausgewählte kopfschmerzspezifische Verfahren finden sich im Anhang und auf der CD-ROM unter *Diagnostik – kopfschmerzspezifische Fragebögen*. Für eine ausführlichere Darstellung weiterer Verfahren in der psychologischen Schmerzdiagnostik wird auf entsprechende Kapitel in dem Band „Schmerzpsychotherapie“ von Kröner-Herwig, Frettlöh, Klinger und Nilges (2017) verwiesen (Kapitel 11, 12, 13).

Schmerzsymptomatik

Auch die psychologische Anamnese sollte mit der Erfassung der *aktuellen Schmerzsymptomatik* (Schmerzlokalisierung, -stärke, -qualität, -häufigkeit und -dauer) beginnen. Zur Unterstützung eignet sich ein Kopfschmerztagebuch (s. *Arbeitsblatt 1.3*). Neben dem diagnostischen Nutzen kann ein Kopfschmerztagebuch die Selbstbeobachtungsfähigkeit des Patienten fördern und bereits Basisinformationen zur Analyse auslösender und verstärkender Bedingungen liefern. Dabei sollte ein Kopfschmerztagebuch immer mit Zielsetzung „verordnet“ werden (z. B. Erkennen von Einflussfaktoren, Überprüfung der Wirkung einer Intervention) und in den Sitzungen regelmäßig besprochen werden. Insbesondere wenn sich Hinweise auf die Entwicklung bzw. Verstärkung einer übermäßigen Krankheits- und Triggerfixierung durch das Führen eines Schmerztagebuches ergeben, sollten die Dauer des Einsatzes sowie die Ausführlichkeit der Dokumentation begrenzt werden.

Der Beginn der Kopfschmerzerkrankung und vor allem die Zunahme und Chronifizierung der Symptomatik können häufig mit Phasen erhöhter psychosozialer Belastung in Zusammenhang gebracht werden. Zur Veranschaulichung bietet sich die Erstellung einer *Zeitleiste* mit Lebensabschnitten und -ereignissen an, entlang derer die Kopfschmerzschwere wie auch ggf. der Medikamentenkonsum und die Ausprägung begleitender psychischer Beschwerden eingetragen werden kann. Hiervon ausgehend können gemeinsam mit dem Patienten Merkmale „guter“ und „schlechter“ Kopfschmerzphasen herausgearbeitet und gegebenenfalls therapeutische Ansatzpunkte abgeleitet werden (z. B. Verbesserung des Stressmanagements, Ressourcenaktivierung). Die Geschichte bisheriger Behandlungsversuche kann erste Hinweise auf das Krankheits- und Gesundheitskonzept des Patienten (z. B. externale Kontrollüberzeugung) liefern.

Kopfschmerzbedingte Beeinträchtigung

Neben der Linderung der Kopfschmerzsymptomatik stellt die Minderung der krankheitsbedingten funktionalen und affektiven Beeinträchtigung eine wichtige Zielvariable psychologischer Schmerztherapie dar. Zur Einschätzung der funktionalen Beeinträchtigung sollten alle Lebensbereiche des Betroffenen wie Arbeit/Schule, Haushalt, Familie, Partnerschaft, Sexualität, Freizeit und Freundschaften einbezogen werden.

Tabelle 2: Verfahren zur psychologischen Kopfschmerzdiagnostik

Bereich	Verfahren	Quellen
Schmerzsymptomatik	Kopfschmerztagebuch	s. Arbeitsblatt 1.3 auf der CD-ROM/ im Anhang
Kopfschmerzbedingte Beeinträchtigung	MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale)	Dt. Übersetzung der Migraine Disability Assessment Scale von Agosti, Chrubasik & Kohlmann (2008); dt. Fragebogen im Artikel abgedruckt
	IBK (Inventar zur Beeinträchtigung durch Kopfschmerzen)	s. IBK auf der CD-ROM/im Anhang
	HIT-6™ (Headache Impact Test)	Dt. Übersetzung von Gandek, Alacoque, Uzun, Andrew-Hobbs & Davis (2003)
Psychische Belastung	HADS-D (Hospital Anxiety and Depression Scale)	www.testzentrale.de
	DASS (Depressions-Angst-Stress-Skalen)	Bestandteil des DSF der DGSS (https://www.dgss.org/deutscher-schmerzfragebogen/)
Krankheitsverarbeitung	FESV (Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung)	www.testzentrale.de
	HTSAQ-G (Headache Triggers Sensitivity and Avoidance Questionnaire)	Dt. Version von Caroli et al. (2019); s. HTSAQ-G auf der CD-ROM/im Anhang
	HSME-G (Headache Management Self-Efficacy Scale) bzw. FKMS (Fragebogen zum Kopfschmerzmanagement und zur Selbstwirksamkeitserwartung)	s. FKMS auf der CD-ROM/im Anhang
Einflussfaktoren	Kopfschmerztagebuch	s. Arbeitsblatt 1.3 auf der CD-ROM/im Anhang
	Zeitleiste	individuell selbst erstellen

Zur psychometrischen Erfassung der funktionalen Beeinträchtigung steht spezifisch für Patienten mit Migräne der MIDAS-Fragebogen (deutsche Übersetzung der *Migraine Disability Assessment Scale*; Agosti, Chrubasik & Kohlmann, 2008) zur Verfügung. Er bezieht sich auf den Zeitraum der letzten 3 Monate und umfasst 5 Items zur migränebedingten Beeinträchtigung in den Bereichen Arbeit/Schule, Haushalt und Freizeit sowie 2 Zusatzfragen zu Häufigkeit und Intensität der Kopfschmerzen. Die Auswertung erlaubt eine Zuordnung der Beeinträchtigung in einen von vier Schweregraden.

Das ebenfalls speziell für Kopfschmerzbetroffene entwickelte *Headache Disability Inventory* (HDI; Jacobson, Ramadan, Aggarwal & Newman, 1994) wurde ins Deutsche übersetzt und evaluiert als *Inventar zur Beeinträchtigung durch Kopfschmerzen* (IBK; Bauer, Evers, Gralow & Husstedt, 1999; s. CD-ROM/Anhang). Das IBK bietet die Erfassung der kopfschmerz-

bedingten Beeinträchtigung alltäglicher Aktivität (Subskala „Funktion“, 12 Items) sowie der emotionalen Beeinträchtigung (Subskala „Emotion“, 13 Items) und kann zur Einschätzung von Therapieeffekten eingesetzt werden. Zusätzlich kann ein Gesamtscore aus beiden Skalen ermittelt werden.

International weit verbreitet ist der *Headache Impact Test* (HIT-6™), welcher mit sechs Fragen die kopfschmerzbedingte Einschränkung des Funktionsniveaus und Wohlbefindens erfasst (Kosinski et al., 2003; Gandek, Alacoque, Uzun, Andrew-Hobbs & Davis, 2003). Es kann ein Punktwert zwischen 36 und 78 erreicht werden, welcher die Zuteilung zu vier Graden der Beeinträchtigung von „nicht/gering“ bis „sehr schwer“ erlaubt.

Psychische Belastung

Ausgehend von der nicht selten vorhandenen psychischen Komorbidität und deren Bedeutung für Behandlungsindikation und -plan ist die Erfassung psychischer Beschwerden unerlässlicher Bestandteil der Anamnese. Um Schamgefühlen und Angst vor Stigmatisierung vorzubeugen, empfiehlt es sich, psychische Beschwerden als nachvollziehbare, häufige Reaktionen auf den Kopfschmerz und einhergehende Einschränkungen zu erläutern. Es stellt sich die diagnostische Herausforderung, häufige Begleitreaktionen von chronischen Kopfschmerzen (z. B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Erwartungsängste, sozialer Rückzug) von klinisch relevanten depressiven und Angst-Störungen zu differenzieren.

Die mögliche Überschätzung der psychischen Beeinträchtigung durch Konfundierung mit somatischen Items sollte auch beim Einsatz unterstützender psychometrischer Verfahren beachtet werden. Ein speziell für Patienten mit körperlichen Beschwerden entwickeltes, weit verbreitetes Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung von Angst und Depressivität ist die ins Deutsche übersetzte *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS-D; Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011).

Als alternatives ökonomisches und valides Verfahren eignen sich die *Depressions- Angst-Stress-Skalen* (DASS; Nilges & Essau, 2015). Diese sind Bestandteil des über die Deutsche Schmerzgesellschaft erhältlichen Deutschen Schmerzfragebogens DSF (<https://www.dgss.org/deutscher-schmerzfragebogen/>) und ermöglichen neben einem Screening für Angst und Depression auch ein Screening auf Stressbelastung.

Krankheitsverarbeitung

Aspekte der Krankheits- bzw. Schmerzverarbeitung umfassen kognitive, emotionale und Verhaltens-Reaktionen auf die Kopfschmerzen wie auch übergeordnete Einstellungen, Bewältigungsstrategien und mögliche operante Faktoren (z. B. Zielkonflikte, s. u.).

Der *Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung* (FESV; Geissner, 2001) erfasst zum einen das Bewältigungsrepertoire – unterteilt in kognitive und behaviorale Schmerzbewältigung (Fragebogen BW) – sowie zum anderen die in Zusammenhang mit Schmerzen stehenden psychischen Beeinträchtigungen mit den Subskalen „schmerzbedingte Hilflosigkeit und Depression“, „schmerzbedingte Angst“ und „schmerzbedingter Ärger“ (Fragebogen BE). Bei der Auswertung und Interpretation der Skala zur behavioralen Schmerzbewältigung sind jedoch migränеспе-

zifische Aspekte zu berücksichtigen. So sind niedrige Ausprägungen auf den Skalen „Mentale Ablenkung“ und vor allem „Gegensteuernde Aktivitäten“ bei Migränepatienten nicht gleichzusetzen mit einer geringen Bewältigungskompetenz, da sich ein „Aktivbleiben“ in der akuten Migräneattacke häufig als dysfunktional darstellt und stattdessen die Reizabschirmung empfohlen wird.

Im Zusammenhang mit dem speziell für Kopfschmerzpatienten entwickelten Behandlungsansatz des Triggermanagements (s. Kap. 5.2) wurde von Kubik und Martin (2017) das *Headache Triggers Sensitivity and Avoidance Questionnaire* (HTSAQ) entwickelt. In diesem werden 24 der in der Literatur am meisten beschriebenen Trigger für Kopfschmerzen genannt und zum einen die Empfindlichkeit gegenüber diesen sowie die diesbezügliche Vermeidung erfragt. Eine evaluierte deutsche Version des HTSAQ liegt vor (HTSAQ-G; Caroli et al., 2019). Der HTSAQ-G bietet sich zur differentiellen Therapieplanung sowie zur Evaluation von Behandlungseffekten an.

Im Weiteren können krankheitsbezogene Einstellungen wie die Krankheitsakzeptanz, Kontrollüberzeugungen und die eigene Selbstwirksamkeitserwartung eine hohe Bedeutung für die subjektive Beeinträchtigung und den Einsatz günstiger Coping-Strategien haben. Zur strukturierten Erfassung der krankheitsbezogenen Selbstwirksamkeit steht spezifisch für Kopfschmerzpatienten die deutschsprachige Adaptation der *Headache Management Self-Efficacy Scale* (HMSE; French et al., 2000) zur Verfügung. Die deutsche Version, der *Fragebogen zum Kopfschmerzmanagement und zur Selbstwirksamkeit* (HMSE-G bzw. FKMS; Graef, Rief, French, Nilges & Nestoriuc, 2015) liegt als Langform mit 25 Items und als Kurzform mit 6 Items vor (s. CD-ROM/Anhang). Das Konstrukt kopfschmerzspezifische Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt das Vertrauen in die eigene Person, Handlungen ausführen zu können, die vor erneuten Kopfschmerzen schützen (Prävention) oder die den Umgang mit dem Kopfschmerz und damit einhergehenden Einschränkungen erleichtern können (Management). Chronische Kopfschmerzpatienten mit hoher Ausprägung von Selbstwirksamkeit berichten eine geringere Beeinträchtigung (Graef et al., 2015).

Nachfolgend werden beispielhaft Aspekte der Krankheitsverarbeitung bei Migräne vorgestellt, welche im klinischen Alltag häufig anzutreffen sind und in der Anamnese explizit erfragt werden sollten (s. Tab. 3). Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die Anamnese nicht einseitig auf ungünstige Verarbeitungsstile fokussiert, sondern im Sinne eines ressourcen-

Tabelle 3: Übersicht zu geeigneten Fragen bezüglich der Schmerz- und Krankheitsverarbeitung

Formulierung	Zielbereiche/Merkmale
Was ist Ihr erster Gedanke, wenn sich Kopfschmerzen ankündigen/verstärken?	<ul style="list-style-type: none"> • Erlebte Hilflosigkeit • Katastrophisieren • Durchhalteappell • Resignation • Suizidgedanken
Was denken und fühlen sie, wenn Sie (starke) Schmerzen haben?	<ul style="list-style-type: none"> • Resignation • Suizidgedanken
Grübeln Sie viel über ihre Kopfschmerz Erkrankung? Worum drehen sich Ihre Gedanken?	<ul style="list-style-type: none"> • Gedankliche Einengung • Erwartungsängste
Was machen Sie, wenn sich Kopfschmerzen ankündigen/verstärken?	<ul style="list-style-type: none"> • Rückzug/Schonung • Durchhalten
Was hilft Ihnen im Umgang mit akuten Kopfschmerzen? Was wirkt sich insgesamt günstig auf die Erkrankung aus?	<ul style="list-style-type: none"> • Medikamenteneinnahme • Vorhandene Bewältigungsstrategien: Differenzierung akut und prophylaktisch wirkender Strategien
Achten Sie auf bestimmte Körpersignale/Anzeichen für Kopfschmerzen?	<ul style="list-style-type: none"> • Körperbezogene Aufmerksamkeitsfokussierung • Verminderte Selbstwahrnehmung
Wie reagiert Ihr Umfeld, wenn Sie Kopfschmerzen haben?	<ul style="list-style-type: none"> • Beschwerdeausdruck • Operante Faktoren • Zielkonflikte
Was würde sich in Ihrem Leben ändern, wenn sie weniger/keine Kopfschmerzen hätten?	
Was denken Sie ist die Ursache für Ihren Kopfschmerz?	<ul style="list-style-type: none"> • Subjektives Krankheitsmodell • Kontrollüberzeugungen • Selbstwirksamkeitserleben • Behandlungserwartungen
Was müsste sich ändern, damit Sie weniger Kopfschmerzen haben?	
Können Sie selbst Einfluss nehmen auf ihre Kopfschmerz Erkrankung?	

orientierten Vorgehens auch bereits bestehende, hilfreiche Bewältigungsstrategien (z.B. Einbau von Regenerationsphasen) herausgearbeitet und gewürdigt werden.

Viele Migränebetroffene kennen kopfschmerzbezogene *Erwartungsängste*, beispielsweise im Vorfeld eines wichtigen Ereignisses, bei dem man nicht ausfallen will, oder im Vorfeld einer Situation, die man mit dem Auftreten von Kopfschmerzen in Zusammenhang gebracht hat (z.B. körperliche Aktivität). Die gedankliche Beschäftigung mit „Worst-case-Szenarien“ (z.B. „wenn ich wieder ausfalle, verliere ich noch meinen Arbeitsplatz“) löst Angst und körperliche Stressreaktionen aus, was dann im Sinne einer „selbsterfüllenden Prophezeiung“ tatsächlich zur Auslösung von Kopfschmerzen beitragen kann. Ein fortschreitendes *Vermeidungsverhalten* (siehe auch Kap. 4.6.4, Umgang mit Triggern) kann wiederum Handlungsspielraum und Lebensqualität deutlich einschränken, verhindert korrigierende Lernerfahrungen und verstärkt die wahrgenommene eigene Hilflosigkeit im Umgang mit der Kopfschmerz Erkrankung.

Vor allem der Denkstil des *Katastrophisierens* im Sinne eines häufigen krankheitsbezogenen Grübelns, einer Überschätzung der bedrohlichen Aspekte und Unterschätzung der eigenen Bewältigungsfähigkeiten, wurde als Risikofaktor für eine Chronifizierung und erhöhte Einschränkung der Lebensqualität bzw. Funktionsfähigkeit bei Migränebetroffenen identifiziert (Holroyd, Drew, Cottrell, Romanek & Heh, 2007; Radat et al., 2009).

Im klinischen Alltag verdeutlicht sich im Weiteren häufig eine Dysbalance von *Durchhaltestrategien* im Pflichtbereich („im Beruf versuche ich trotz Schmerzen und Erschöpfung weiter zu funktionieren“) und *Rückzugs- und Schonverhalten* im Freizeitbereich („für Verabredungen und Freizeitaktivitäten fehlt mir dann die Energie“).

Auch die Reaktion des sozialen Umfelds auf die Kopfschmerz Erkrankung ist von Interesse. Gemäß der operante Theorie von Fordyce (1976) wird Schmerzverhalten durch positive und negative Verstärkung (z.B. vermehrte Zuwendung, Entlastung von unangenehmen Aufgaben oder Konflikten) sowie durch mangelnde Verstärkung gesunder Verhaltensweisen auf-

rechterhalten. Weiterführende Forschungsergebnisse zeigen, dass neben dem Schmerzverhalten auch das subjektive Schmerzempfinden und physiologische Prozesse der Schmerzverarbeitung operant konditionierbar sind (Flor, 2017). Der früher in diesem Zusammenhang häufig verwendete Begriff „sekundärer Krankheitsgewinn“ wird durch den Begriff „Zielkonflikt“ abgelöst (Frettlöh, 2013). Dieser beschreibt deutlich treffender das Dilemma des Betroffenen, auf der einen Seite gesünder bzw. weniger schmerzgeplagt sein zu wollen, auf der anderen Seite bestimmte Ziele wie z.B. die Abgrenzung gegenüber Anforderungen jedoch nur durch die Krankheit sicherstellen zu können.

Kopfschmerzrelevante Einflussfaktoren

Viele Migränebetroffene können typische Kopfschmerz-Auslöser (Trigger) bzw. schmerzverstärkende Einflussfaktoren benennen. Am häufigsten wird „Stress“ als Trigger angegeben (Pellegrino, Davis-Martin, Houle, Turner & Smitherman, 2017). Zur Differenzierung und Ableitung therapeutischer Ansatzpunkte sollte gezielt nach Art der *Stressoren* gefragt werden (z.B. Arbeitspensum, Alltagshektik, Konflikte, Gefühlszustände). Nicht selten beschreiben Betroffene, dass ihr Stresserleben v.a. durch ein „sich selbst Druck machen“ entstehe. Tatsächlich weisen Studien auf eine geringere Bedeutung der Stressoren selbst im Vergleich zu ungünstigen Formen der Stressverarbeitung (z.B. übermäßige gedankliche Weiterbeschäftigung, Rückzug/Vermeidung, Resignation) hin (Holm, Lamberty, McSherry & Davis, 1997). Fragen zur *habituellen Stressverarbeitung* können sich u.a. auf die Fähigkeit zur Wahrnehmung eigener Stressreaktionen, physiologische Reaktionsstereotypen (z.B. Anspannung bestimmter Muskelgruppen), den Verarbeitungsstil (z.B. resignativ-rückzugsbetont, katastrophisierend, ärgerbetont), das Vorhandensein entspannungsfördernder oder sozial kompetenter Formen der Stressbewältigung sowie auf sogenannte „innere Stressantreiber“ (z.B. Perfektionismus, Pflichtorientierung) beziehen. Die nicht selten bei Migränapatienten anzutreffende erhöhte Leistungs- bzw. Pflichtorientierung, Verantwortungsübernahme oder Kontrollambition lässt sich in der Regel anhand der biographischen Anamnese für den Patienten nachvollziehbar machen. Auch der *Umgang mit Gefühlen* kann sich als relevanter Einflussfaktor darstellen. So konnte in Studien gezeigt werden, dass Kopfschmerzpatienten tendenziell eine gehemmte emotionale Expressivität (z.B. „angerin“) aufweisen (Traue, Kessler & Rudisch, 2000). Neben möglichen ungünstigen Einflussfaktoren auf die Kopfschmerzen sollte auch gezielt nach *Linderungs-*

faktoren gefragt werden (z.B. Hinlegen/Schonen, Kühlung, Medikamente, Entspannung, Ablenkung). Es können kurzfristig lindernde sowie mittel- und langfristig günstige Einflussfaktoren (z.B. positiver Einfluss von regelmäßiger Bewegung) unterschieden werden.

2.2.5 Psychotherapeutisch relevante Klassifikationssysteme

Multiaxiale Schmerzklassifikation

Eine empfehlenswerte Strukturierungshilfe in der psychologischen Schmerzdiagnostik stellt die psychosoziale Dimension der Multiaxialen Schmerzklassifikation (MASK-P) dar (Klinger, Hasenbring & Pfingsten, 2016). Schmerzrelevante psychosoziale Variablen werden auf 10 Beschreibungsachsen erfasst (z.B. „Kognitive Verarbeitung“). Die Verknüpfung dieser deskriptiven Merkmale im Sinne funktionaler Zusammenhänge erfolgt theoriegeleitet auf der Diagnoseachse 11. Diese psychologischen Schmerzdiagnosen (z.B. „bei Einfluss maladaptiver Stressverarbeitung“) stellen Hypothesen zur Entstehung und/oder Aufrechterhaltung von Schmerzen dar, welche Annahmen aus verhaltenstheoretischer, tiefenpsychologischer und systemtheoretischer Sicht beinhalten. Hiervon ausgehend können differenzierte Therapieindikationen abgeleitet werden.

Psychologische Schmerzdiagnostik nach ICD-10 und DSM-5

Zur Abbildung des biopsychosozialen Charakters chronischer Schmerzen wurde im Jahr 2009 die Diagnose „Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ (F45.41) in die ICD-10 aufgenommen (Rief et al., 2009). Sie bezieht sich auf chronische Schmerzen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben (wie im Falle der neurologischen Erkrankung Migräne) und bei denen psychologischen Faktoren eine wesentliche Bedeutung hinsichtlich Schweregrad, Exazerbation und/oder Aufrechterhaltung beigemessen wird. So müssen zur Diagnosestellung mindestens zwei der nachfolgenden Merkmale als relevante schmerzverstärkende bzw. -aufrechterhaltende psychische Faktoren identifiziert werden (Arnold et al., 2017; Nilges & Rief, 2010):

- Stress und Belastungssituationen, ggf. in Verbindung mit ungünstigen psychischen Verarbeitungsprozessen, die zu einer Beeinflussung des Schmerzerlebens führen,

- ungünstige Verhaltensmuster, wie zunehmende Passivität oder Schonverhalten, oder auch dysfunktionale Durchhaltestrategien, die zur Aufrechterhaltung beitragen,
- maladaptive Kognitionen, wie gedankliche Einengung auf das Schmerzerleben, Katastrophisieren, Grübeln oder rigide Attribution auf organische Faktoren,
- ausgeprägte emotionale Belastungen (z.B. Verzweiflung, Demoralisierung),
- familiäre, soziale und existentielle Konsequenzen (z.B. Rollenveränderungen, sozialer Rückzug, zunehmende Probleme im Beruf).

Haben psychische Faktoren einen moderierenden Einfluss auf die Schmerzkrankung (z.B. Kopfschmerzzunahme unter Stress), jedoch keine zentrale Stellung für die Chronifizierung, sollte stattdessen alternativ die Diagnose „Psychische oder Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten“ (ICD-10: F54)

kodiert werden (Nilges & Rief, 2010). Gemäß der ICD-10 wird diese Kategorie verwendet, um psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die eine wesentliche Rolle in der Ätiologie körperlicher Krankheiten spielen, die in anderen Kapiteln der ICD-10 klassifiziert werden. Die sich hierbei ergebenden psychischen Störungen seien „meist leicht, oft lang anhaltend (wie Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartung u.a.) und rechtfertigen nicht die Zuordnung zu einer der anderen Kategorien des Kapitels V“ (Dilling & Freyberger, 2014, S. 227).

Für beide der genannten Diagnosen findet sich in der aktuellen 5. Fassung des *Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2018) ein Äquivalent (s. Tab. 4). Insbesondere für die Diagnose „Psychologische Faktoren, die eine Körperliche Krankheit beeinflussen“, werden im DSM-5 spezifischere Kriterien formuliert.

Tabelle 4: Diagnostische Kriterien der chronischen Schmerzstörung für ICD-10 (Kapitel V) und DSM-5³

ICD-10	DSM-5
Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)	Somatische Belastungsstörung
<ul style="list-style-type: none"> • Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen seit mindestens 6 Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen. • Ausgangspunkt der Schmerzen sind ein physiologischer Prozess oder eine körperliche Störung. • Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen. • Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. • Der Schmerz wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht und besteht nicht ausschließlich im Rahmen einer affektiven, Angst-, Somatisierungs- oder psychotischen Störung. 	<p>A. Eines oder mehrere somatische Symptome, die belastend sind oder zu erheblichen Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung führen.</p> <p>B. Exzessive Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen bezüglich der somatischen Symptome oder damit einhergehender Gesundheitsorgen, die sich in mindestens einem der folgenden Merkmale ausdrücken:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unangemessene und andauernde Gedanken bezüglich der Ernsthaftigkeit der vorliegenden Symptome. 2. Anhaltende stark ausgeprägte Ängste in Bezug auf die Gesundheit oder die Symptome. 3. Exzessiver Aufwand an Zeit und Energie, die für die Symptome oder Gesundheitsorgen aufgebracht werden. <p>C. Obwohl keines der einzelnen somatischen Symptome durchgängig vorhanden sein muss, ist der Zustand der Symptombelastung persistierend (typischerweise länger als 6 Monate)</p> <p><i>Bestimme, ob:</i> Mit Überwiegendem Schmerz (früher: „Schmerzstörung“): Diese Spezifikation ist für Personen bestimmt, bei denen die hauptsächlich somatischen Symptome Schmerzen sind.</p>

³ Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus der deutschen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013, Dt. Ausgabe: © 2018 (2. korr. Aufl.), American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten.