

Krankheitsmanagement und psychotherapeutische Ansätze bei Migräne

Dr. med. Barbara Lieberei

Was führt Patienten mit Migräne in psychotherapeutische Behandlung?

- Wunsch nach umfassender Linderung der Beschwerden
- Zunahme von Intensität oder Frequenz der Kopfschmerzsymptomatik
- deutliche Beeinträchtigung der Lebensqualität
- Schwierigkeiten bei der Krankheitsbewältigung
- Ratlosigkeit der Primärbehandler
- Überhöhter Medikamentenkonsum
- Zunehmende Zeiten von Arbeitsunfähigkeit
- Komorbidität mit psychischen Erkrankungen (z.B. Depressionen, Angststörungen, Anpassungsstörungen, somatoforme Störungen)

Kasuistik 1: 50j. Erzieherin

- Migräne seit Kindheit
- Behandlung über die Jahre durch häufig wechselnde Ärzte aller Fachrichtungen und Heilpraktiker
- Mehrere stationäre Behandlungen (Schmerzkliniken, TCM)
- mehrfache Psychotherapieversuche (meist nach wenigen Stunden abgebrochen)
- Jetzt psychosomatische stationäre Behandlung wegen kontinuierlicher Zunahme von Häufigkeit und Intensität der Migräne und diffusen Kopfschmerzen

Kasuistik 1: 50j. Erzieherin

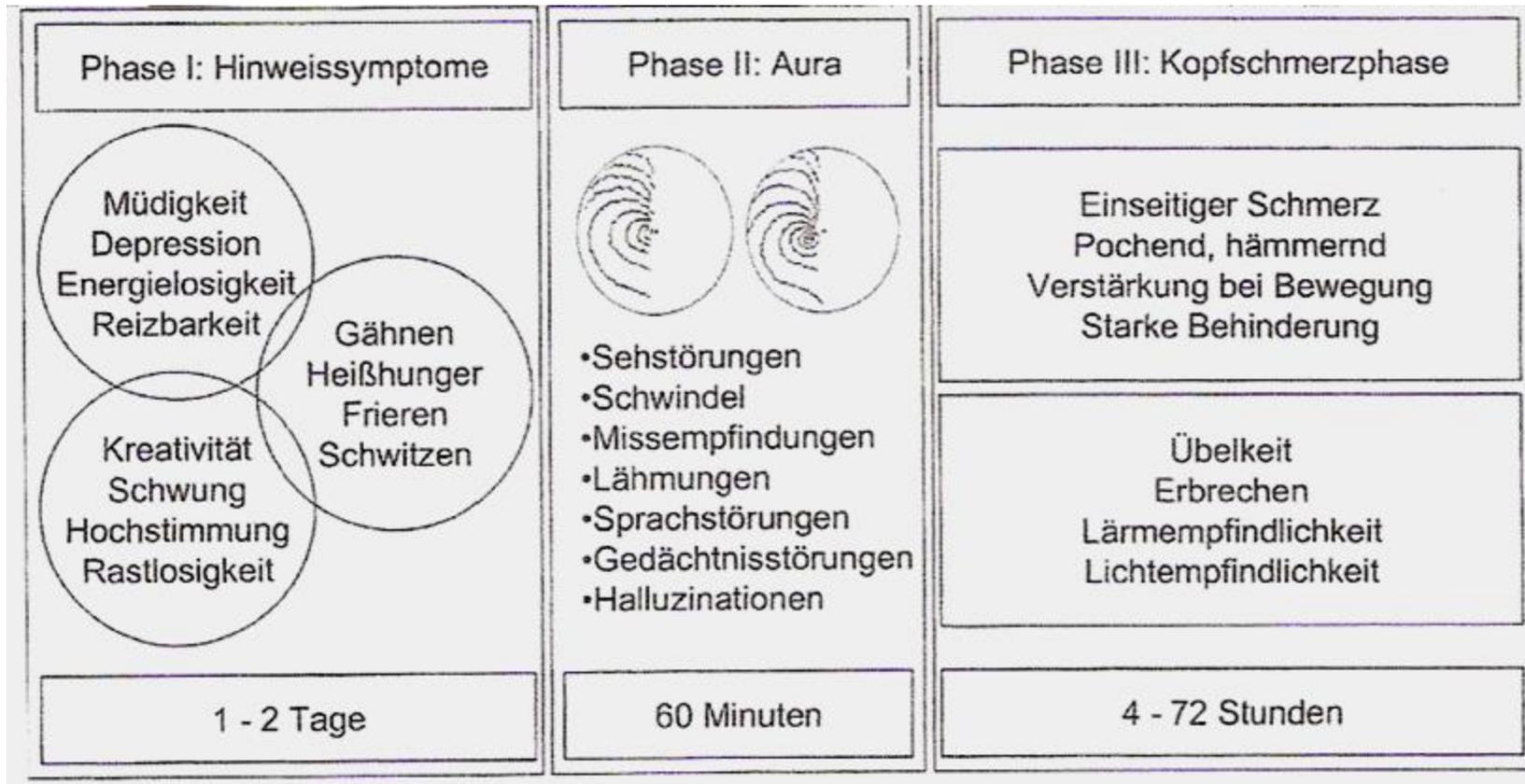
- Seit Monaten fast täglich wechselhafte Kopfschmerzen, mal pochend, mal drückend, leichte Übelkeit, seltener Erbrechen, allgemeine Reizempfindlichkeit, kaum noch schmerzfreie Tage
- Seit Jugendalter regelmäßig Schmerzmittel; aktuell nahezu täglich Einnahme verschiedener Schmerzmittel und Triptane ohne klares Regime, verordnet von unterschiedlichen Fachärzten
- gelegentlich Konsultation ärztlicher Notdienste
- Einige kurze Prophylaxeversuche
- trotz ständiger Beschäftigung mit Thema Kopfschmerz kaum konkretes Wissen über Erkrankung
- AU seit über 6 Monaten

Typische Verhaltens- und Erlebensmuster bei Patienten mit entgleistem Migränemanagement

- Trotz jahrelangen Verlaufs der Erkrankung Wunsch nach umfassender „Heilung“
- Hohe Geldausgaben für verschiedenste „Therapien“
- Organisches, aber meist sehr unkonkretes Krankheitsmodell
- Oft überhöhter und unkritischer Schmerzmittelgebrauch bei großer Skepsis gegenüber sonstigen Medikamenten
- Entwicklung medikamenteninduzierter Dauerkopfschmerzen
- Skepsis gegenüber Psychotherapieansätzen

Was sollten Migränepatienten wissen? – Vorschläge zur Edukation

Der Ablauf der Migräneattacke



Migräneursachen

- Gestörte Reizverarbeitung, Überempfindlichkeit in verschiedenen Systemen des ZNS
- Interaktion zwischen genetischen Faktoren und Umweltfaktoren (→ „Epigenetik“)
- Somit chronische neurologische Erkrankung
- Veränderungen von gewohnten Reizmustern (z.B. Schlafmangel, Urlaub, Hunger) oder anhaltende intensivere Reize (z.B. Stress, körperliche Überanstrengung) können zu einer „Reizüberflutung“ führen → Sensitivierung multipler ZNS-Systeme → Migräneattacke

Äußere Reizänderung:

Stress
Lärm
Licht
Alkohol usw.

Innere Reizänderung:

Hormone
Stoffwechsel
Hunger
schlafen/wachen usw.

Angeborene
Reaktionsbereitschaft

*falls Reizänderung
stark genug*

Überschreitung der
Migräneschwelle

Plötzliche Aktivierung
von körpereigenen
Schmerzabwehrsystemen

Zu schneller Verbrauch
von Botenstoffen

Zeitweise Erschöpfung
der Botenstoffe

Versagen der körper-
eigenen Regula-
tions-
vorgänge

Störung der Gefäßweiten

Gefäßwandentzündung

Fehlregulation
von Sinnesfiltern

Störung der Hirnaktivität

Störung des Brechzentrums

Störung weiterer
Körperfunktionen

Triggerfaktoren für Migräneauslösung

Multiple interne und externe Reize:

- z.B. Stress, Angst, Schock, Erregung, Sorgen
- z.B. Erschöpfung, Wochenende, langes Schlafen, spätes Zubettgehen, Urlaubsbeginn, Auslassen von Mahlzeiten, Diät
- z.B. Wetterumschwung, Klimawechsel, Menstruation, Blutdruckveränderung
- z.B. Lärm, intensive Gerüche, helles Licht
- z.B. Alkohol, best. Nahrungsmittel, Gewürze

Ursachen vs. Auslöser – ein Problem für Betroffene

- Ursachen (Anfallsbereitschaft) und Auslöser (multiple interne und externe Reize) müssen unterschieden werden
- Mögliche Auslöser klar differenzieren und prüfen
- Nicht alle möglichen Auslöser lassen sich beeinflussen oder vermeiden (z.B. Wetterumschwung)
- Rigide Vermeidung schadet eher Lebensqualität und führt zu Sekundärproblemen!

Diagnosesicherung

Was für eine Form von Kopfschmerz liegt vor?

- Symptombeschreibung auf der Zeitachse
 - Gründliche Anamneseerhebung, genaue Medikamentenanamnese und Vorbehandlungen
 - Kopfschmerztagebuch mit Medikationsverbrauch (mit Pat. aufmerksam durchsprechen!)
 - Mögliche Triggerfaktoren explorieren
 - Klinische Beobachtung im Schmerzanfall
- ➔ Die Diagnose einer Migräne ergibt sich vor allem aus diesen Daten!

Differenzialdiagnostische Überlegungen: Spannungskopfschmerz

drückende, spannende Qualität (wie ein zu enger Helm), konstanter Dauerschmerz
im Schnitt 15 Tage/Monat

leichte oder mäßige Intensität

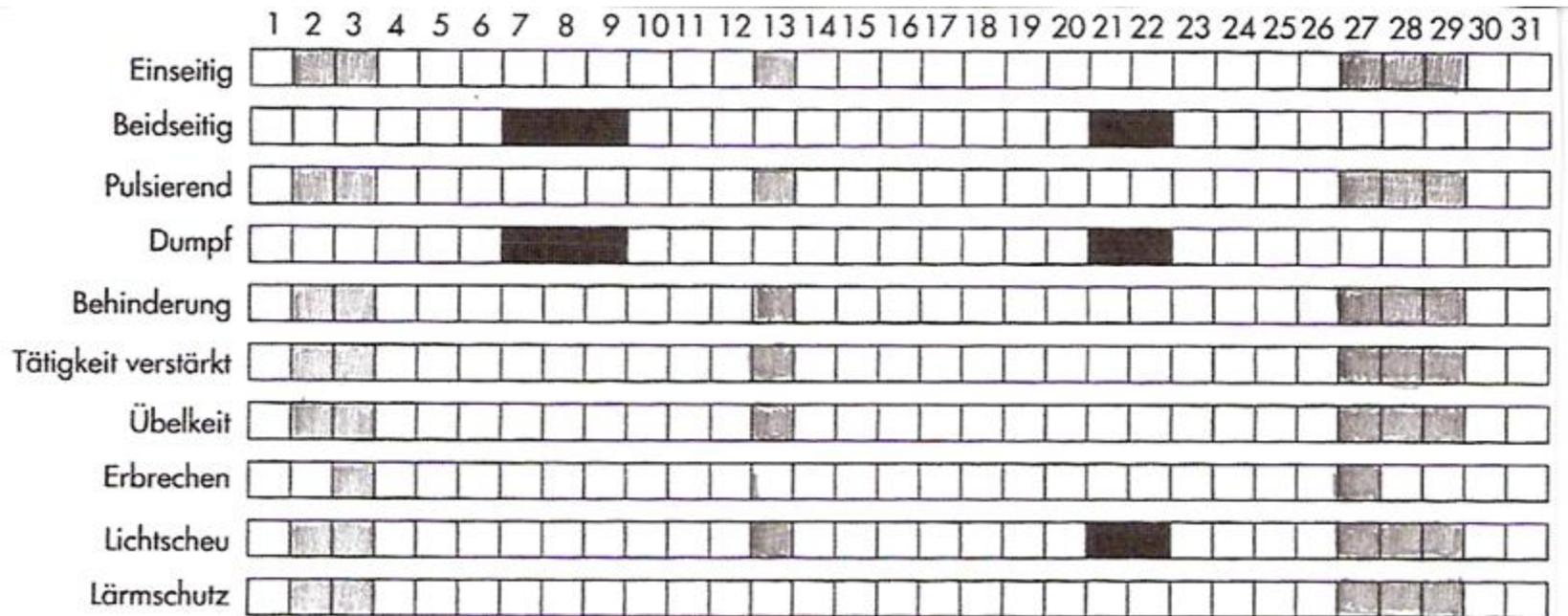
bilaterale Lokalisation

keine Steigerung durch Treppensteigen o.ä.

kein Erbrechen

keine Kombination von Übelkeit, Licht- o.
Lärmempfindlichkeit

Differenzierung von Kopfschmerzen anhand des Kopfschmerzkalenders



■ Abb. 28. Der Kieler Kopfschmerzkalender wurde während eines Monats regelmäßig ausgefüllt. Oben sind die Monatstage angegeben, seitlich die Kopfschmerzmerkmale. Bei dieser Patientin lassen sich am 2.–3., 13, und 27.–29. Migräneattacken erkennen, während vom 7.–9. und 21.–22. andere Kopfschmerzen bestehen, nämlich Kopfschmerz vom Spannungstyp.

**Medikamentöse
Akuttherapie**

(z.B. Schmerzmittel,
Triptane)

**Medikamentöse
Prophylaxe**

(z.B. Betablocker,
Topiramant)

**Nichtmedikamentöse
Strategien im
Akutanfall**

(z.B. Bettruhe)

**Nichtmedikamentöse
Prophylaxe**

(z.B. Entspannung)

Medikamentöse Therapie von Migräneattacken

Therapie bei Übelkeit und/oder Erbrechen	Schmerzmittel p.o.		
<p>Metoclopramid 10 mg p.o./Supp.</p> <p>oder</p> <p>Domperidon 10 mg p.o.</p>	<p>Therapie mit Analgetika/NSAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASS 1000 mg oder ASS 900 mg + MCP 10 mg - Ibuprofen 200 mg/400 mg/600 mg - Diclofenac-Kalium 50 mg/100 mg - Naproxen 500 mg - Phenazon 500–1000 mg - Kombinationsanalgetika: 2 Tabletten ASS 250 mg/265 mg + Paracetamol 200 mg/265 mg + Koffein 50 mg/65 mg 		<p>bei KI gegen NSAR</p> <p>Paracetamol 1000 mg oder Metamizol 1000 mg Oder Phenazon 500-1000 mg</p>
	<p>(mittel-)schwere Migräneattacken und bei (bekanntem) fehlendem Ansprechen auf Schmerzmittel</p>		
	<p>Triptan-Therapie</p> <p>schneller Wirkeintritt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sumatriptan 3 mg/6 mg s.c. - Eletriptan 20 mg/40 mg/80 mg p.o. - Rizatriptan 5 mg/10 mg p.o. - Zolmitriptan 5 mg nasal <p>mittelschneller Wirkeintritt und länger anhaltende Wirkung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sumatriptan 50 mg/100 mg p.o. - Zolmitriptan 2,5 mg/5 mg p.o. - Almotriptan 12,5mg p.o. <p>langsamer Wirkeintritt mit lang anhaltender Wirkdauer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Naratriptan 2,5 mg p.o. - Frovatriptan 2,5 mg p.o. 	<p>falls Monotherapie mit Triptan unzureichend</p> <p>Triptan + NSAR</p>	<p>bei Wiederkehrkopfschmerz</p> <p>erneute Einnahme eines Triptans frühestens nach 2h oder initiale Kombinationstherapie Triptan + lang wirksames NSAR</p>
<p>bei KI gegen Triptane oder Unwirksamkeit von Analgetika/NSARs/Triptanen</p> <p>Rimegepant 75 mg p.o.* oder Lasmiditan 50 mg/100 mg/200 mg p.o.*</p> <p>* Präparate zugelassen, Herbst 2022 noch nicht verfügbar</p>			
Notfall-Akutmedikation bei Migräneattacken			
Metoclopramid 10 mg i.v.	Lysin-Acetylsalicylat 1000 mg i.v.	Sumatriptan 6 mg s.c. oder ggf. 3 mg s.c.	Prednison beim Status migraenosus

Medikamentöse Akuttherapie der Migräneattacke

- Nichtopioidanalgetika
- Antiemetika
- Triptane
- (Ergotamine)

Nichtopioidanalgetika

Tabelle 2

Analgetika zur Behandlung der Migräneattacke

Arzneimittel	Dosierung	UAW	Kontraindikationen
ASS	1 000 mg 1 000 mg i.v.	Magenschmerzen Übelkeit Gerinnungsstörungen	Magen-Darm-Ulzera, Asthma, Blutungsneigung, Schwangerschaft Monat 1–3
Ibuprofen	200–600 mg	wie ASS, Ödeme	wie ASS (Blutungsneigung, geringer), Niereninsuffizienz
Naproxen	500–100 mg	wie Ibuprofen	wie Ibuprofen
Diclofenac	50–100 mg	wie Ibuprofen	wie Ibuprofen
Paracetamol	1 000 mg	Leberschäden	Leberschäden, Niereninsuffizienz

UAW, unerwünschte Arzneimittelwirkungen; ASS, Acetylsalicylsäure

Nichtopioidanalgetika

- bei leichten bis mittelschweren Attacken
- als Brause- oder Kautablette verabreichen, Monopräparate bevorzugen
- Dosierung beachten (oft auch Unterdosierung mit fehlender Wirksamkeit)
- Max. an 10 d / Monat
- Cave: Kombinationspräparate mit psychotrop wirksamen Substanzen: z.B. Coffein, Codein
→ Gefahr des schmerzmittelinduzierten Dauerkopfschmerzes!!!
- Ggf. Kombination mit Antiemetikum (gegen begleitende Übelkeit, außerdem Verbesserung der Wirksamkeit des Analgetikums)

Triptane

- Serotonin-5-HT_{1B/1D}-Rezeptoragonisten
- Bei mittelschweren bis schweren Attacken
- Substanzen mit der besten Wirksamkeit bei Migräne
- Triptane sind keine Schmerzmittel und fast nur bei Migräne wirksam (und gel. bei Cluster-Kopfschmerz)
- in 15-40% d.F. Wiederauftreten der Schmerzen (erneute Gabe von Triptanen wirksam)
- max. an 10 d/Monat anwenden, sonst Gefahr der analgetikainduzierten Migräne
- nicht mit SSRI oder Ergotaminen kombinieren

Triptane

Tabelle 3			
Therapie der akuten Migräneattacke mit Triptanen* ¹			
Substanzen	Dosis	UAW	Kontraindikationen
Sumatriptan	50–100 mg p.o. 25 mg Supp. 10–20 mg Nasenspray 6 mg s.c.(Autoinjektor)	Engegefühl im Bereich der Brust und des Halses, Parästhesien der Extremitäten, Kältegefühl, Lokalreaktion an der Injektionsstelle	Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Angina pectoris, Myokardinfarkt in der Vorgeschichte, M. Raynaud, arterielle Verschlusskrankheit der Beine, TIA oder Schlaganfall, Schwangerschaft, Stillzeit Kindesalter, schwere Leber- oder Niereninsuffizienz, multiple vaskuläre Risikofaktoren
Zolmitriptan	2,5–5 mg p.o. 2,5–5 mg Schmerztablette, Nasenspray 5 mg	wie Sumatriptan	wie Sumatriptan
Naratriptan	2,5 mg p.o.	etwas geringer als Sumatriptan	wie Sumatriptan
Rizatriptan	10 mg p.o. oder als Schmerztablette	wie Sumatriptan	wie Sumatriptan, Dosis 5 mg bei Einnahme von Propranolol
Almotriptan	12,5 mg p.o.	etwas geringer als Sumatriptan	wie Sumatriptan
Eletriptan	20; 40 mg p.o.	wie Sumatriptan	wie Sumatriptan
Frovatriptan	2,5 mg p.o.	geringer als Sumatriptan	wie Sumatriptan

*¹ 5-HT-Agonisten, Reihenfolge nach dem Jahr der Zulassung, (modifiziert nach 14); UAW, unerwünschte Arzneimittelwirkung

Schwierigkeiten bei der medikamentösen Migränebehandlung

- Unwissen der Patienten über verschiedene Wirkstoffe, Medikationsstrategien und Medikamentenhandling
- hohe Frequenz und Mengen von Triptanen und/oder Analgetika
- Multimedikation
- Arzneimittel fraglicher Indikation (z.B. Opiate)
- Eigenmedikation unter Nutzung mehrerer Behandler

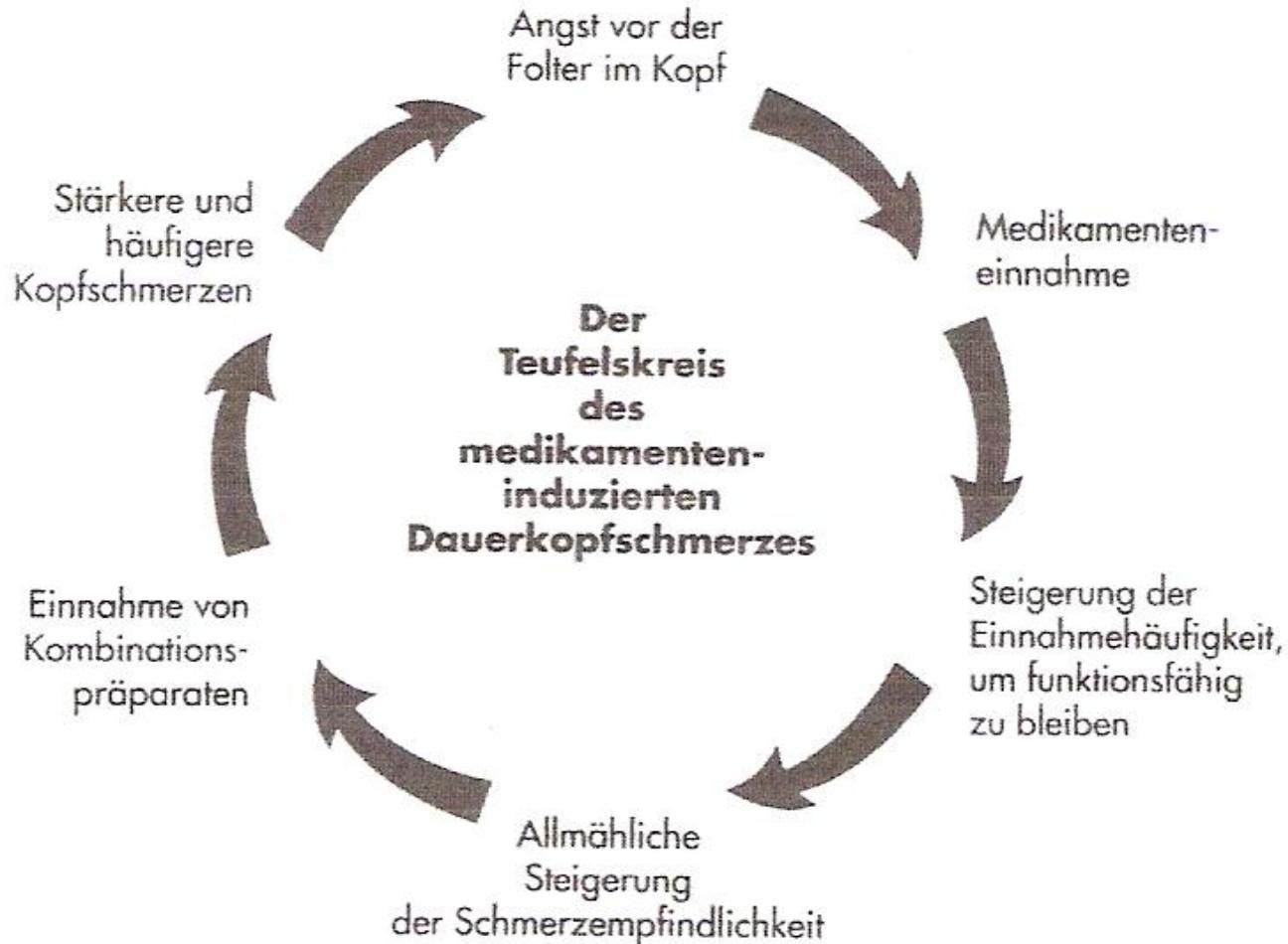
Therapeutische Intervention:

„Medikamententraining“: Wirkstoffe kennenlernen, klare Anfallsstrategien erarbeiten

Schmerzkalender

Ggf. Medikamentenentzug

Medikamenteninduzierter Dauerkopfschmerz



Wann sollte man an eine medikamentöse Migräneprophylaxe denken?

- bei drei oder mehr Attacken im Monat
- Attacken regelmäßig länger als 72h
- Attacken, die nicht auf Medikamente ansprechen
- wenn NW nicht toleriert werden
- bei komplizierten Attacken mit lang anhaltenden Auren
- Schmerzmittel- und Triptanabusus

Medikamentöse Prophylaxe der Migräne

Indikation: hohe Attackenfrequenz, Leidensdruck, Einschränkung der Lebensqualität, Unwirksamkeit oder schlechte Wirksamkeit der Akuttherapie, Risiko eines Medikamentenübergebrauchs

Grundsätze der medikamentösen Prophylaxe:

Aufklärung im Vorfeld:

- Wirksamkeit: Reduktion der Kopfschmerzen um ca. 50%, bei chronischer Migräne um 30%
- bei oraler Medikation zeitlich verzögerter Wirkeintritt
- Nebenwirkungen: detaillierte Aufklärung je nach Präparat, NW oft früh in der Eindosierung

Orale Medikamente langsam einschleichen, „start low, go slow“

Therapie-Monitoring: Kopfschmerztagebuch

Therapiedauer: 6–12 Monate, dann auf Notwendigkeit prüfen

Therapiewechsel/-abbruch: Falls innerhalb von 2-3 Monaten nach Erreichen der Enddosis keine befriedigende Besserung.

Kombination mit nicht medikamentösen Maßnahmen:

- regelmäßiger aerober Ausdauersport
- verhaltenstherapeutische Maßnahmen, z.B.: Entspannungsverfahren Biofeedback
- psychologische Schmerztherapie, z.B.: Schmerzbewältigung Stressmanagement
- ggf. kognitive Verhaltenstherapie

Auswahl/Abwägen der Prophylaxe in Absprache mit dem Patienten nach:

- Grad der wissenschaftlichen Evidenz
- Kopfschmerzfrequenz/Leidensdruck
- antizipierten Nebenwirkungen und Komorbiditäten
- Lebensumständen (z.B. Schichtdienst)
- Patientenpräferenzen

Medikamente mit hoher Evidenz:

- Betablocker: Propranolol, Metoprolol, Bisoprolol
- Flunarizin ****
- Valproinsäure*, ****
- Topiramate**
- Amitriptylin (TCAs)
- OnabotulinumtoxinA (bei chronischer Migräne)**

Monoklonale Antikörper (hohe Evidenz)***:

- Monoklonale Antikörper gegen CGRP oder den CGRP-Rezeptor
- Eptinezumab i.v.
 - Erenumab s.c.
 - Fremanezumab s.c.
 - Galcanezumab s.c.

Medikamente mit geringerer Evidenzlage:

- Opipramol****
- Venlafaxin****
- (ASS)
- Magnesium
- Magnesium plus Vitamin B2 plus Coenzym Q10
- ACE-Hemmer**** (Lisinopril)
- Sartane**** (Candesartan)

*nicht bei Frauen im gebärfähigen Alter, **Evidenz aus prospektiven Studien zur chronischen Migräne, ****Off-label-Anwendung, ***** Therapiedauer 6 Monate

***Vorgaben des gemeinsamen Bundesausschusses zur Kostenerstattung durch die gesetzl. Krankenversicherung sind bei Verordnung zu beachten

Additiv oder alternativ zur nicht medikamentösen und medikamentösen Prophylaxe:

- nichtinvasive Neuromodulation

Prophylaxe in Sondersituationen, siehe Kapitel 6 für:

Komorbidie Störungen, Prophylaxe der Migräne-Aura, Kinder und Jugendliche, Schwangerschaft und menstruelle Migräne

Medikamentöse Migräneprophylaxe

Tabéllé 4 Substanzen der ersten Wahl zur Migräneprophylaxe* ¹			
Substanzen	Dosis	UAW	Kontraindikationen
Metoprolol	50–200 mg	H: Müdigkeit, arterielle Hypotonie G: Schlafstörungen	A: AV-Block, Bradykardie, Herzinsuffizienz, Sick-Sinus-Syndrom, Asthma bronchiale
Propranolol	40–240 mg	G: Schwindel S: Hypoglykämie, Bronchospasmus	R: Diabetes mellitus, orthostatische Dysregulation, Depression
Bisoprolol	5–10 mg	S: Bradykardie, Magen-Darm-Beschwerden, Impotenz	
Flunarizin	5–10 mg	H: Müdigkeit, Gewichtszunahme G: gastrointestinale Beschwerden, Depression S: Hyperkinesen, Tremor, Parkinsonoid	A: fokale Dystonie, Schwangerschaft R: M. Parkinson in der Familie
Valproinsäure	500–600 mg	H: Müdigkeit, Schwindel, Tremor G: Hautauschlag, Haarausfall, Gewichtszunahme S: Leberfunktionsstörungen	A: Leberfunktionsstörungen, Schwangerschaft (Neuralrohrdefekte), Alkoholmissbrauch
Topiramát	50–100 mg	H: Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Gewichtsabnahme, Parästhesien G: Geschmacksveränderungen, Psychosen S: Engwinkelglaukom	A: Niereninsuffizienz, Nierensteine, Engwinkelglaukom

*¹ (modifiziert nach 14); Petadolex (Pestwurzextrakt) hat eine Wirksamkeit in placebokontrollierten Studien belegt (22), führt allerdings in sehr seltenen Fällen zu schwerwiegenden Leberfunktionsstörungen. Mutterkraut (23) ist ebenfalls wirksam. Nebenwirkungen gegliedert in H: häufig; G: gelegentlich; S: selten. Kontraindikationen gegliedert in A: absolut, R: relativ. UAW, unerwünschte Arzneimittelwirkung

Nichtmedikamentöse Strategien im akuten Migräneanfall

- Ggf. moderate Bettruhe und Reizabschirmung
- Ggf. Familie funktional einbinden
- auf angenehme Umgebung achten, auch eigener „Vernachlässigung“ entgegenwirken
- Coolpacks bereithalten
- Ggf. schon im Vorfeld Optionen mit Arbeitgeber klären

Nichtmedikamentöse Verfahren zur Migräneprophylaxe

- Planung eines regelmäßigen Tagesablaufes (z.B. Schlafenszeiten, Mahlzeiten, Trinken, Pausen)
- Moderates Ausdauertraining (z.B. Walking, Schwimmen, Radfahren)
- Entspannungstraining (PMR)
- Verhaltenstherapeutische Ansätze (Stress- und Schmerzbewältigung)

Beispiele für unwirksame nichtmedikamentöse Verfahren zur Migränebehandlung

- Manualtherapie
- chiropraktische Therapie
- Zahnextraktion, Aufbissschienen
- Injektionen in den Nacken oder die Kopfhaut
- Neuraltherapie
- Reiz- und Magnetströme
- Psychophonie
- Ozontherapie
- Fußreflexmassage
- Tonsillektomie
- Sanierung vermeintlicher Pilzinfektionen des Darmes
- Entfernung von Amalgamfüllungen
- Hysterektomie

Funktionales Selbstmanagement

- Primärbehandler für Kopfschmerz klären (z.B. Hausarzt, Nervenarzt) → Verlaufskontrolle nicht nur im „Krisenfall“, sondern auch im Intervall
- Geeignete Selbsthilfeliteratur und Informationsportale (z.B. Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft: www.dkmg.de/patient)
- Ggf. Austausch mit anderen Betroffenen

Informationen für Ärzte

- Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft:
www.dkmg.de
- Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes:
www.dgss.org
- Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie:
www.leitlinien.net
- International Headache Society (Klassifikation):
www.ihs-klassifikation.de
- aktuelle Übersichten:
www.kopfschmerz-news.de/download.htm

- Schweizerische Kopfwehgesellschaft:
www.headache.ch

„entgleistes Migränemanagement“: Individuelle Behandlungsansätze

- **Krankheitsmodell:**
Migräne als chronische Erkrankung und nicht rezidivierende „dramatische“ Akuterkrankung, somit macht es keinen Sinn ständig nach Maßnahmen zur schnellen „Heilung“ zu suchen
- **Medikationsoptimierung:**
ggf. Schmerzmittelentzug, dann klares Anfallsregime („Medikamententraining“) und Einführung einer medikamentösen Prophylaxe
- **Koordinierung der Langzeitbehandlung:**
Festgelegte Behandler statt Therapeutenhopping, regelmäßige Verlaufskontrollen, Erkennen von und Verzicht auf suspekta Heilsversprechen
- **Aufbau von Geduld und Durchhaltevermögen:**
nicht alles auf einmal verändern, gezielte und geplante Prophylaxestrategien auch mal länger durchhalten und auf Erfolg testen, auch bei einer gut behandelten Migräne können Attacken mal auftreten und sind kein „Drama“ oder „Rückfall“

Kleingruppenübung: unterschiedliche dysfunktionale Krankheitsentwicklungen bei Migräne

- Bitte schließen Sie sich in Kleingruppen zu c. 6 Personen zusammen und bearbeiten Sie **eine der 3 Kasuistiken** (Nr. 2, 3 und 4) mit den dazugehörigen Fragen
- Bitte benennen Sie einen Teilnehmer aus der Kleingruppe, der die Ergebnisse vorstellt
- Dauer: 25 Minuten, danach Auswertung im virtuellen Plenum

Ein kurzes Resümee....

- Die Behandlung der Migräne als chronischer Erkrankung gestaltet sich sinnvollerweise als Kombination informativ-educativer, allgemeiner gesundheitsfördernder, medizinischer und individueller psychotherapeutischer Elemente.
- Die Krankheitsbewältigung und der Langzeitverlauf sind auch wesentlich vom Persönlichkeitsstil und der individuellen Krankheitsverarbeitung des Erkrankten bestimmt.
- Die Verhaltenstherapie stellt für ungünstige psychologische Entwicklungen effektive Behandlungsinstrumente zur Verfügung.