

Die Migränepersönlichkeit

Mythen und Fakten



Stefan Evers^{1,2}, Astrid Gendolla³, Gunther Haag⁴, Tim P. Jürgens^{5,6}, Peter Kropp⁷, Uwe Reuter^{8,9}

- 1 Klinik für Neurologie, Krankenhaus Lindenbrunn, Coppenbrügge
- 2 Medizinische Fakultät, Universität Münster
- 3 Neurologische Praxis, Essen
- 4 Klinik in der Zarten, Hinterzarten
- 5 Klinik für Neurologie, Neurozentrum, KMG Klinikum Güstrow
- 6 Kopfschmerzzentrum Nordost, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsmedizin Rostock
- 7 Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie Universitätsmedizin Rostock
- 8 Klinik für Neurologie, Charité Universitätsmedizin Berlin
- 9 Universitätsmedizin Greifswald

ZUSAMMENFASSUNG

Die Suche nach einer Migränepersönlichkeit ist in der Medizingeschichte nicht neu. Es gab verschiedene Ansätze, alle Men-

schen mit Migräne einem bestimmten Persönlichkeitstypus zuzuordnen. Dies ist aus heutiger Sicht gescheitert, obwohl es Verhaltensmerkmale und kognitive Besonderheiten gibt, die bei der Mehrzahl der Menschen mit Migräne auftreten. Dazu gehören ein unspezifisch erhöhter Neurotizismus-Score (am ehesten durch die Schmerzen bedingt) und eine mangelnde Habituation auf kognitive Reize zwischen den Migräneattacken. Ein weiterer Aspekt der „Migränepersönlichkeit“ ist die Komorbidität mit einigen psychiatrischen Erkrankungen wie Depression und Angsterkrankungen. Hierbei handelt es sich möglicherweise um gemeinsame pathophysiologische Grundlagen, die aber nicht in ein konsistentes psychiatrisches Krankheitsprofil bei Menschen mit Migräne münden. Weiterhin muss bei den Auswirkungen der Migräne auf die Betroffenen auch die deutlich beeinträchtigte Lebensqualität berücksichtigt werden, die inzwischen mit krankheitsspezifischen Instrumenten erfasst wird. Abschließend gibt dieser Artikel auch Hinweise, wie die o. g. spezifischen Aspekte der Migränepatienten im ärztlichen Gespräch berücksichtigt werden können.

Der Begriff Migränepersönlichkeit

In der wissenschaftlichen (und belletristischen) Literatur ist seit spätestens der Mitte des 19. Jahrhunderts immer wieder von dem Konzept einer Migränepersönlichkeit die Rede. Hierzu gehören Stereotypen wie eine zwanghafte, ordentliche, übergenaue Persönlichkeit, die zu histrionischen bis hin zu aggravierenden oder sogar simulierenden Zügen neigt. Von Migräne Betroffene werden als ehrgeizig, perfektionistisch, rigide, zwanghaft und sehr leistungsorientierte Menschen beschrieben, die wegen ihrer Ängstlichkeit und Unsicherheit Schwierigkeiten haben, ihre Gefühle, insbesondere Ärger und Aggression, adäquat zu äußern und auf Belastungssituationen angemessen zu reagieren.

Der nachfolgende Artikel macht es sich zur Aufgabe, dieses Narrativ zu hinterfragen und in einen evidenzbasierten wissenschaftlichen Kontext zu setzen. Dabei soll anfangs der Begriff Persönlichkeit genauer eingegrenzt werden und vor dem Hintergrund der Forschung auf die Migräne bezogen werden. Dann soll es um Erweiterungen des Begriffs der Persönlichkeit gehen, nämlich um Aspekte der kognitiven Funktionen, der psychiatrischen Komorbidität und der Lebensqualität, die alle im weiteren Sinne auch zum Konzept der Persönlichkeit gehören können. Schließlich soll in einem kurzen Ausblick dargestellt werden, welche

Konsequenzen sich für die tägliche Praxis in der Behandlung von Migränepatienten aus diesem (revidierten) Narrativ ergeben.

Der Begriff Persönlichkeit

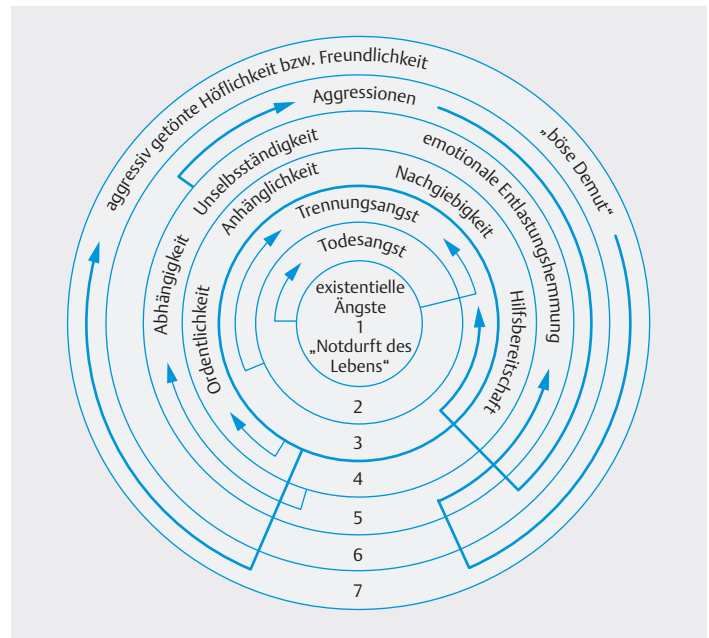
Etymologisch kommt der Begriff Persönlichkeit wahrscheinlich vom lateinischen „persona“, damit ist die Maske der Schauspieler im antiken Theater gemeint. Dies bedeutet, dass Persönlichkeit im ursprünglichen Sinne die Wesensmerkmale incl. Physiognomie etc. eines Menschen umfasst, die vom Publikum, also von der Umgebung wahrgenommen werden können; auch andere etymologische Herleitungen entsprechen diesem Konzept. In der wissenschaftlichen Medizin und Psychologie (dort auch Differenzielle Psychologie genannt) wird Persönlichkeit auf sehr viele verschiedene Weisen definiert, eine einheitliche verbindliche Definition liegt nicht vor. Intention aller Definitionen ist es, abhängig von den Voraussetzungen des Verfassers, das Eigenschaftsprofil eines Menschen zu beschreiben und die innere Organisation dieses Profils zu erfassen. Häufig beschäftigen sich Medizin und Psychologie allerdings mit dem negativen Konzept der Störung einer Persönlichkeit, z. B. den verschiedenen Psychopathologien des ICD-10 (anankastische Persönlichkeitsstörung, schizoide Persönlichkeitsstörung etc.).

Dabei muss berücksichtigt werden, dass das Konzept der Persönlichkeit gerade in letzter Zeit Wandlungen unterworfen ist. So wurde früher davon ausgegangen, dass eine Persönlichkeit weitgehend determiniert und durch Erziehung, Umwelteinflüsse etc. kaum zu beeinflussen ist. Dagegen wird heute davon ausgegangen, dass sich eine Persönlichkeit doch in großen Anteilen im Lauf des Lebens wandeln kann. Weiterhin ist das Konzept der Psychopathologie allmählich verändert worden. Im neuen ICD-11 liegt eine Störung der Persönlichkeit dann vor, wenn das Persönlichkeits- und Verhaltensmuster überdauernd vom gesellschaftlich erwarteten Verhalten abweicht. Die Persönlichkeit und das Verhalten sind sehr starr und unflexibel und die Auffälligkeiten bestehen schon seit dem Jugend- und frühen Erwachsenenalter. Die Abweichungen der Persönlichkeit zeigen sich unter anderem in den Gedanken, den Gefühlen, den zwischenmenschlichen Beziehungen und der Impulskontrolle. Eine Einteilung in Typen (Ausnahme: Borderline-Persönlichkeitsstörung) wird im ICD-11 nicht mehr vorgenommen, sondern nur noch in Schweregrad und vorherrschende Symptome.

Die Migränepersönlichkeit in der Medizingeschichte

Schon Graham Wolff hatte 1937 in einer Studie an 46 Patienten geäußert, dass Migränepatienten „pernicious emotional states, either sustained or with acute episodic exacerbations“ aufweisen würden [1]. Eine der ersten großen Studien (n = 500) wurde von Alvarez 1947 publiziert [2], die allerdings nur subjektiv deskriptiv war und eine Psychopathologie der Migräne nur Frauen zuschrieb. Er kam zu dem Schluss: „Any woman having more than 3 migrainous days per week is usually either psychopathic or is misusing her brain in some way or her burdens are too heavy for her“ (S. 8). Sie werden als perfektionistisch, emotional, depressiv und unzufrieden mit ihrer Ehe beschrieben. Dabei sah Alvarez bereits, dass nicht nur die Kopfschmerzen, sondern auch andere Symptome der Migräne wie z. B. die Aura zu Persönlichkeitsveränderungen führen und dass zudem Komorbiditäten (er nannte vor allem Allergien) in der Psychopathologie berücksichtigt werden müssen. Einen anderen Ansatz wählten Friedman et al. [3]. Sie veröffentlichten eine Studie über 2000 Patienten und teilten diese in 2 Gruppen ein. Diejenigen mit psychischen Ursachen („emotional disturbances“) der Kopfschmerzen nannten sie Spannungskopfschmerz („tension headaches“) und diejenigen ohne nannten sie Migräne.

Im deutschsprachigen Raum hatte der Psychiater U. H. Peters wohl den größten Einfluss auf die Annahme einer primären Migränepersönlichkeit, er bezeichnete sie als „Typus migraenicus“ (manchmal auch migraenosus genannt) [4, 5]. Diese Persönlichkeitsstruktur entsprach strukturell dem Typus melancholicus nach Tellenbach. Als Eigenschaften dieser Typen wurden festgelegt sein auf Ordentlichkeit, übersteigertes Pflichtbewusstsein und „In-



► **Abb. 1** Psychodynamisches Modell der Migränepersönlichkeit nach Peters (nach Daten aus [5]).

kludenz“ und „Remanenz“ für Situationen als kennzeichnend angesehen. Beim Typus migraenicus wird von der Hypothese ausgegangen, dass es sich bei Migränepatienten um eine möglicherweise bereits prämorbid ausgeformte Typus-melancholicus-Struktur handelt, die daher psychometrisch objektiviert und als komparativer Klassentyp gegenüber verschiedenen anderen Personengruppen identifiziert werden kann. Entsprechend wurde in diesem Konzept auch davon ausgegangen, dass Migräne mit psychodynamischen Methoden behandelbar ist. Eine Darstellung des Schichtenmodells der Migräne nach Peters [4] gibt ► **Abb. 1**.

Aktuelle Evidenz zur Migränepersönlichkeit

Der Einfluss psychologischer Faktoren auf die akute Auslösung einer Migräneattacke ist in der Forschung weitgehend unumstritten. Es ist aber unklar, ob Migränepatienten eine spezifische Persönlichkeitsstruktur aufweisen, die schon vor Manifestation der Krankheit besteht und die für die Krankheitsentstehung eine kausale oder konstitutive Rolle spielt.

In der modernen Forschung wurden vor allem psychometrische Instrumente, insbesondere Persönlichkeitsinventare wie der Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), eingesetzt, um diese Frage zu klären. Dazu liegt eine Reihe von Metaanalysen vor [6, 7], die alle zeigen, dass die Befunde von standardisierten Testverfahren zur Persönlichkeitsstruktur bei Migräne uneinheitlich sind. Zwar ist ein häufiges Ergebnis auch in neueren Untersuchungen, dass Migränepatienten erhöhte Neurotizismus-

werte (u. a. vermehrte Reizbarkeit, emotionale Labilität, Unsicherheit, Unzufriedenheit) im Vergleich zu verschiedenen Patienten- und gesunden Kontrollgruppen aufweisen. Diese Befunde sind aber nicht konsistent: Mal sind die Abweichungen klinisch nicht relevant, mal unterscheiden sich Migränepatienten nur von den Testnormen oder gesunden Kontrollgruppen, nicht aber von anderen Kopfschmerzgruppen. Neben Neurotizismus werden auch soziale Konformität, Introversion und erhöhte Ängstlichkeit in einigen Studien berichtet, wobei als spezifische Form der Angst bei Migränepatienten die Versagensangst genannt wird. Die alte Hypothese einer erhöhten emotionalen Rigidität sowie einer Tendenz, Ärger und Aggression zu unterdrücken, konnte in einer neueren Untersuchung an Kindern und Jugendlichen bestätigt werden. All diese Studien belegen aber nicht prospektiv, dass die gefundenen Eigenschaften prämorbid vorhanden und konstitutiver Bestandteil der Erkrankung Migräne sind.

Insgesamt schien dann Ende der 1990er-Jahre die Hypothese, dass der Neurotizismus bei Migränepatienten prämorbid vorhanden und damit pathogenetisch wirksam sei, widerlegt und die Diskussion um eine spezifische Migränepersönlichkeit schien beendet zu sein. Um die Jahrtausendwende wurde sie jedoch wieder aufgegriffen und mit zum Teil ausgereifteren statistischen und methodischen Standards, darunter auch prospektiven Studien, untersucht. Doch bleibt die Datenlage zur Persönlichkeit von Migränepatienten sehr uneinheitlich. So wurde in einer Zwillingsstudie gefunden, dass sich hinsichtlich ihrer Migräne diskordante Zwillinge weder in ihrem Neurotizismus- noch in ihren Extraversions- und Psychotizismuswerten signifikant unterschieden [8], während in einer anderen Studie [9] signifikant höhere Neurotizismuswerte und Zeichen größerer Angst bei dem Zwilling mit Migräne zu finden waren. Eine der wenigen prospektiven Untersuchungen zu Neurotizismus und Migräne führten Breslau et al. an einer Bevölkerungstichprobe durch. Sie konnten bei Frauen aufgrund von erhöhtem Neurotizismus eine Vorhersage des ersten Migräneanfalls innerhalb eines Katamnesezeitraums von 5 Jahren treffen und werteten damit Neurotizismus als einen Risikofaktor für Migräne [10].

Kritik und Ausblick

Schon Oliver Sacks [11] hat 1992 in seinem berühmten Buch „Migraine: revised and expanded“ das Konzept der Migränepersönlichkeit kritisiert und gesagt: „Menschen mit schwerer Migräne erschienen mir ... so vielfältig in ihren emotionalen Störungsmustern und Nöten, dass ich die Hoffnung aufgab, sie könnten alle in eine einzige Kategorie passen.“ (S. 254, eigene Übersetzung). Die bisherige Forschung besteht überwiegend aus Querschnittsstudien, die nicht nachweisen können, dass eine bestimmte Persönlichkeitskonstellation integraler Bestandteil der Erkrankung Migräne ist. Entsprechend werden auch häufig die für Kopfschmerzpatienten gefundenen Persönlich-

keitsabweichungen als sekundäre psychologische Reaktionen auf den chronischen Schmerz interpretiert. So werden im MMPI die prominentesten Abweichungen bei den Patienten mit den stärksten oder häufigsten Schmerzen gefunden unabhängig von deren Ätiologie. Eine wesentliche Ursache für die widersprüchlichen Befunde zu Migräne und Persönlichkeit ist in den Stichproben zu sehen. So stützen sich die frühen Studien auf Erfahrungen mit Migränepatienten, die um ärztliche Hilfe nachsuchen, und nicht auf die Gesamtpopulation der Migränepatienten. Es wurde z. B. gezeigt, dass Migränepatienten einer Kopfschmerz-klinik psychopathologisch auffälliger waren als solche, die durch ein Screeningverfahren unter Beamten identifiziert worden waren [12].

Ein weiteres Problem ist die Spezifität der Diagnose Migräne. Oft wurden in den Studien Migränepatienten mit Gesunden verglichen. Untersuchungen an Patienten mit unterschiedlichen Schmerzbildern, wie z. B. Kopfschmerz vom Spannungstyp, Clusterkopfschmerz, posttraumatischer Kopfschmerz und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen zeigen verschiedene und vor allem von der Stärke der Schmerzen abhängende Neurotizismus-Scores. Migränepatienten haben hierbei die niedrigsten Werte gegenüber den anderen Kopfschmerzgruppen, was angesichts des Anfallscharakters der Migräne deutlich mit der Gesamtdauer der Kopfschmerzen korreliert; je stärker und konstanter also die Beschwerden, desto höher der Neurotizissmuscore [7]. In einer prospektiven Kohortenstudie zeigte sich, dass die für Migränepatienten berichteten Persönlichkeitsauffälligkeiten wie Neurotizismus auf Patienten mit Migräne mit Aura zurückgingen, während sich Patienten mit Migräne ohne Aura, episodischem Kopfschmerz vom Spannungstyp und nicht klassifizierbaren Kopfschmerzen nicht von Gesunden unterschieden [7].

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass bis heute keine hinreichenden wissenschaftlichen Belege dafür vorliegen, dass es eine prämorbid spezifische Migränepersönlichkeit gibt, unabhängig davon wie man Persönlichkeit definiert. Eine multidimensionale spezifische Migränepersönlichkeit erscheint unrealistisch, da es sonst in den bisherigen Studien deutlich mehr und kongruentere Hinweise hätte geben müssen. Auf der anderen Seite kann jedoch auch festgestellt werden, dass es überzufällig häufig einzelne psychische Verhaltensmerkmale und Eigenschaften bei Menschen gibt, die an Migräne leiden, wobei das Ausmaß dieser Merkmale vor allem von der Stärke der Migräne (oder der Schmerzen) abhängt. Erst große prospektive Studien mit einem klar definierten Phänotyp der Migräne und durchgeführt an der Gesamtpopulation der Migränepatienten mit geeigneten Kontrollgruppen werden diese Frage näher beantworten können. Die identifizierten Verhaltensmerkmale bei Migräne müssen, unabhängig von ihrer Entstehung, auch im Zusammenhang mit Komorbiditäten, der Lebensqualität und kognitiven (d. h. primär

biologisch begründbaren) Fähigkeiten gesehen werden. Dies leitet über zu den folgenden Kapiteln dieser Arbeit.

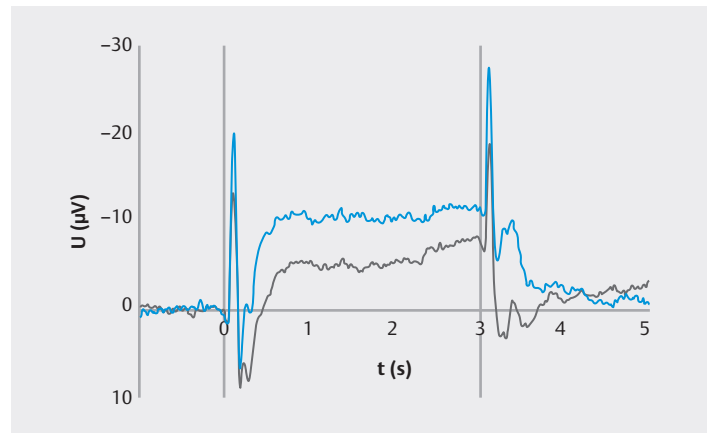
Migräne und Kognition

Migränepatienten werden oft als besonders aufmerksam, reizoffen und zuverlässig charakterisiert. Außerdem liegen Berichte vor, wonach Migränepatienten im Vergleich zu Gesunden mehr physikalische Reize pro Zeiteinheit und diese intensiver wahrnehmen. Zudem sind Migränepatienten ausdauernder und beharrlicher, wenn es um das Lösen von Problemen geht. Dagegen scheinen aber auch bestimmte Defizite im Bereich der exekutiven Funktionen vorzuliegen. Im Folgenden werden diesbezügliche Untersuchungen zur Kognition vorgestellt. Diese umfassen die Funktionen „Aufmerksamkeit“, „Problemlösekompetenz“ und „Exekutive Funktionen“.

Migräne und Aufmerksamkeit

Es ist schon länger bekannt, dass Migränepatienten im Vergleich zu Gesunden eine größere kortikale Aufmerksamkeitszuwendung aufweisen. Diese kann im „2-Reiz-Paradigma“ als ereigniskorreliertes Potenzial im EEG bestimmt werden. Der Patient erhält dabei akustische Signal- und Befehlsreize, wobei auf den Befehlsreiz mit schnellem Tastendruck reagiert werden muss. Der Signalreiz kündigt den Befehlsreiz jeweils an und wird 3 s vor dem Befehlsreiz präsentiert. Wenn dabei ein langsames Gleichspannungspotenzial von der Schädeloberfläche abgeleitet wird, kann im Intervall zwischen den beiden Reizen eine Negativierung des Potenzials gemessen werden. Das Intervall mit Signal- und Befehlsreiz wird mehrfach präsentiert, sodass das Potenzial durch Mittelungsverfahren erkennbar wird. Dieses zum Warn- und Befehlsreiz kontingente Potenzial wird auch „contingent negative variation“ (CNV) genannt [13].

Im Gruppenvergleich zwischen Gesunden und Migränepatienten weisen Letztere im Intervall zwischen 2 Migräneanfällen eine signifikant höhere Amplitude auf (► **Abb. 2**) [14]. Dies kann als stärkere Aufmerksamkeitszuwendung interpretiert werden kann [15]. Die höhere Amplitude bei Migränepatienten ist auf eine verminderte Habituation im Verlauf der Messung zurückzuführen. Während die Amplituden Gesunder im Laufe der 32 Messdurchgänge abnehmen, bleiben die der Migränepatienten konstant oder nehmen sogar noch zu. Dieses „Habituationsdefizit“ bei Migränepatienten kann dann sogar von Vorteil sein, wenn Stimuli länger als gewöhnlich bearbeitet werden müssen, weil bei fehlender Habituation der Stimulus noch länger präsent ist und intensiver bearbeitet werden kann. Es kann aber auch negativ wirken, weil durch die längere Reizpräsentation eine Überlastung in der Reizverarbeitung vorkommen kann und eigentlich im Kontext nicht relevante Reize (oder Reize, die nicht bearbeitet werden müssen) zu lange präsent bleiben. Habituation kann als Ausdruck einer schnell aufgebauten internen Repräsentation des externen Reizes verstanden werden. Diese interne Repräsentation



► **Abb. 2** Contingent negative variation von 16 Migränepatienten (ohne Aura, blaue Linie) im Vergleich zu Gesunden (graue Linie). Der Signalreiz tritt bei $t=0$ s auf, der Befehlsreiz mit erforderlichem Tastendruck bei $t=3$ s (nach Daten aus [13])

entspricht weitgehend der Funktion einer Orientierungsreaktion. Bei Migränepatienten dauert dieser Aufbau im Vergleich zu Gesunden länger. Inwieweit dies als generelle Schwäche oder als besonders intensive Reizverarbeitung verstanden werden kann, bleibt jedoch unklar und zeigt, dass der Vorteil eines längeren Verbleibs des Reizes auch als Nachteil verstanden werden kann.

Auf der Verhaltensebene zeigt sich ein Habituationsdefizit daran, dass unterschwellige oder monotone Stimuli (z. B. tickender Wecker in der Nacht, klappernder Kühlschrank, flackerndes Licht) schneller als bei Gesunden als störend empfunden werden. Neuere Ansätze aus der Verhaltenstherapie greifen dieses Habituationsdefizit auf und versuchen eine Änderung dieses Verhaltens zu bewirken. Dabei wirken konfrontative Verfahren (z. B. Konfrontation mit dem tickenden Wecker) therapeutisch effektiv und können wirksam sein z. B. durch forcierte Habituation beim nozizeptiven Blink-Reflex [16].

Migräne und Problemlösen

Migränepatienten weisen bei einem unerwarteten Kontingenzwechsel eine größere Beharrlichkeit auf und versuchen für längere Zeit im Vergleich zu Gesunden, einen Fehler zu finden. Dies konnte in einem Experiment nachgewiesen werden. Die Aufgabe bestand darin, im CNV-Paradigma bei einem Befehlsreiz einen möglichst schnellen Tastendruck auszulösen, mit dem der akustische Reiz beendet werden konnte. Nachdem 50 % der Reize präsentiert wurden, wurde die Funktion, mit der Taste den Befehlsreiz abzustellen, ausgesetzt. Der Befehlsreiz dauerte dann immer 2 s an. Diese längere Zeit kann im Normalfall durch schnellen Tastendruck abgekürzt werden. Während Gesunde bei diesem Paradigma das Interesse an der Aufgabe schnell verloren haben, zeigten Migränepatienten beim Kontingenzwechsel dagegen noch mehr Anstrengungsbereitschaft und wiesen zusätzlich noch eine schnellere Reaktionsfähigkeit auf. Dies konnte an den entsprechenden

► **Tab. 1** Liste der somatischen und psychiatrischen Komorbiditäten bei Migräne, für die es zumindest eine publizierte Evidenz gibt

Gruppe	Erkrankungen
Zerebrovaskulär	Schlaganfall (Migräne mit Aura), Sinusthrombose
Metabolisch/endokrin	Diabetes, Adipositas, Insulinresistenz, Hypothyreoidismus, Endometriose
Epilepsie	Gutartige okzipitale Epilepsie der Kindheit, benign
Psychiatrische Erkrankungen	Major Depression, bipolare Störung, posttraumatische Belastungsstörung, Angsterkrankungen
Andere Schmerzsyndrome	Fibromyalgie, chronischer Rückenschmerz, Dysmenorrhoe, temporomandibular Erkrankung
Gastrointestinale Erkrankungen	Periodontitis, gaströsophagealer Reflux, Helicobacter-pylori-Infektion, hepatobiliäre Erkrankung, Zöliakie, irritables Darmsyndrom, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, Obstipation
Immunologische Erkrankungen	Multiple Sklerose, systemischer Lupus erythematosus, Antiphospholipid-Syndrom, primäres Sjögren-Syndrom, rheumatoide Arthritis, atopische Erkrankungen

CNV-Amplituden und an den zeitgleich erfassten Reaktionszeiten nachgewiesen werden. Interpretiert wurde dies als größere Motivation und einer größeren Ausdauer bei Problemlösungen durch Migränepatienten [17].

Migräne und exekutive Funktionen

In einer Metaanalyse konnte Vallesi [18] zeigen, dass Migränepatienten (mit und ohne Aura) im Vergleich zu Gesunden im „Trail-Making-Test“ längere Bearbeitungszeiten aufweisen. Der Trail-Making-Test [19] wird in 2 Ausführungen angewendet. In Ausführung A (einfache Bedingung, zur Messung der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit) muss lediglich eine Zahlenreihe in aufsteigender Folge verbunden werden. In Ausführung B (Interferenzbedingung zur Bestimmung der exekutiven Funktionen) muss die Verbindungssequenz in abwechselnder Reihung (Zahl/Buchstabe) erfolgen. Gemessen wird die Durchführungszeit, um alle Verbindungen fertigzustellen. Diese Zeit wird dann über Altersnormen standardisiert. Migränepatienten weisen vor allem in Ausführung B längere Bearbeitungszeiten auf, was als „exekutive Schwäche“ interpretiert werden kann. Diese wird jedoch in vielen Studien der begleitenden Medikation, der aktuellen Stimmung oder den Begleitumständen des akuten Migräneanfalls selbst zugeschrieben [20]. Inwieweit die Migräneerkrankung selbst die exekutiven Funktionen beeinflusst, kann deswegen nicht schlüssig dargelegt werden. Vielmehr muss auch ein Epiphänomen diskutiert werden, welches der Untersuchungsmethodik geschuldet ist und weniger einer grundlegend anderen kognitiven Funktion.

Resümee

Konsistent findet man bei Migränepatienten im 2-Reiz-Paradigma erhöhte CNV-Amplituden, was als vermehrte Aufmerksamkeitsaktivierung bei nicht schmerzhafter Reizung interpretiert werden kann. Diese Aufmerksamkeitsfunktion steht bei Migränepatienten wegen einer reduzierten Habituation für einen längeren Zeitraum im Vergleich zu Gesunden zur Verfügung und kann zu einer besseren Problemlösekompetenz führen. Diese längere Bearbeitungszeit als Ausdruck einer intensiveren Bearbeitung wird in

neuropsychologischen Testverfahren jedoch als exekutive Dysfunktion interpretiert. Dabei bleibt unklar, inwieweit dieser eine Störung zugrunde liegt oder eben eine intensivere und zeitlich länger andauernde Bearbeitungsstrategie wie sie bei Problemlöseaufgaben zu beobachten ist. Es fehlen somit spezifische Untersuchungsmethoden, die die angenommene exekutive Dysfunktion der Migräneerkrankung korrekt zuordnen. Insgesamt kann dargelegt werden, dass Migränepatienten im Vergleich zu Gesunden aufmerksamer sind und Probleme intensiver bearbeiten.

Psychiatrische Komorbidität bei Migräne

Für die Migräne wurde eine Vielzahl von Komorbiditäten berichtet, die sich auf Verhaltensmerkmale auswirken können. Aus Platzgründen werden diese hier nicht umfänglich besprochen. ► **Tab. 1** gibt einen Überblick über die verschiedenen somatischen und psychiatrischen Komorbiditäten, für die es zumindest eine gewisse Evidenz gibt. Einen sehr guten Überblick gibt die Arbeit von Altamura [21], an der sich die folgende Darstellung auch orientiert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die psychiatrischen Komorbiditäten bei der chronischen Migräne ausgeprägter sind als bei der episodischen.

Relevant sind für die Diskussion einer Migränepersönlichkeit sind vor allem die psychiatrischen Komorbiditäten. Patienten, die an einer Migräne leiden, weisen eine hohe Prävalenz von solchen Komorbiditäten auf. Dazu gehören insbesondere die Major Depression, bipolare Störungen, posttraumatische Störungen und Angsterkrankungen. Zusätzlich erhöht sich diese Komorbidität auch mit der Frequenz der Migränetage. So haben Menschen mit mehr als 14 Migränetagen pro Monat ein Odds Ratio von 6,4 für Depressionen und 6,9 für Angsterkrankungen [22]. Von einer zusätzlichen psychiatrischen Erkrankung betroffen zu sein, ist zudem ein unabhängiger, modifizierbarer Risikofaktor für die Chronifizierung der Migräne und für einen Medikamentenübergebrauch [23]. Daneben ist emotionaler Stress allgemein als Migränetrigger anerkannt [24].

Depressive Störungen und Migräne

Depressionen sind bei Patienten mit Migräne um den Faktor 2,5 häufiger als in der Gesamtbevölkerung. 40 % der Migränepatienten berichten depressive Episoden während ihres Lebens [25]. Da diese beiden Erkrankungen häufig komorbid sind, führen sie zu einem besonders hohen Ausmaß an Behinderung des Sozial- und Familienlebens sowie der beruflichen Laufbahn [26]. Die pathophysiologische Forschung hat zudem gezeigt, dass beide Erkrankungen gemeinsame zugrunde liegende Mechanismen teilen [27]. Allerdings gibt es keine internationalen Empfehlungen, die sich mit der Behandlung der Migräne bei zusätzlicher Depression beschäftigen. Einige Medikamente sind wirksam sowohl bei Depressionen als auch bei Migräne und können daher bei beiden Erkrankungen gleichzeitig eingesetzt werden. Zu diesen Substanzen gehören Venlafaxin und Amitriptylin, die die beste Evidenz in der Migränetherapie dieser Patienten gezeigt haben [28]. In jüngster Zeit haben auch andere Behandlungsmethoden z. B. die repetitive transkranielle Magnetstimulation ermutigende Ergebnisse bei gleichzeitigem Auftreten beider Erkrankungen gezeigt [29].

Bipolare Erkrankungen und Migräne

Bis zu 55 % der Migränepatienten sollen im Laufe des Lebens einmal bipolar erkrankt gewesen sein [30]. Diese Prävalenz ist insbesondere relevant bei Patienten mit bipolarer Störung Typ 2, da bei ihnen Kopfschmerzen häufig dem Beginn einer manischen Episode vorangehen. Die Assoziation ist wahrscheinlich eine bidirektionale, da ein Drittel der Patienten mit bipolarer Störung auch an Migräne leidet [31]. In Bezug auf die Behandlung haben verschiedene therapeutische Optionen gezeigt, dass sie bei beiden Erkrankungen wirksam sind. Dazu gehören Valproinsäure und Topiramal zur Stabilisierung der manischen Phasen und Lamotrigin zur Behandlung der bipolaren Depression mit Migräne.

Angsterkrankungen und Migräne

Die Migräne insgesamt hat ein bis zu 10-fach erhöhtes Risiko, mit einer Angsterkrankung einherzugehen, insbesondere mit einer generalisierten Angsterkrankung und einer Panikstörung [30]. Es ist in diesem Zusammenhang nicht überraschend, dass die Prävalenz von Angsterkrankungen mit der Häufigkeit der Kopfschmerzepisoden ansteigt [22]. Ein weiterer zeitlicher Zusammenhang besteht darin, dass Menschen mit einer Panikstörung und Migräne ihre Panikattacken früher im Leben bekommen als Menschen ohne Migräne [32]. Die Behandlung von Angsterkrankungen, die mit Migräne komorbid sind, stützt sich vor allem auf Antikonvulsiva, von denen Topiramal, Lamotrigin und Pregabalin die besten therapeutischen Optionen darstellen, allerdings nicht für alle Formen der Angsterkrankungen zugelassen sind. Weiterhin wäre Opipramol ein Medikament, das zur Behandlung von Angsterkrankung zugelassen ist.

Zwangserkrankungen und Migräne

Es gibt eine Komorbidität zwischen chronischer Migräne und Zwangserkrankungen, wobei dadurch das Anspre-

chen der Migräne auf die Behandlung beeinflusst werden kann [33]. In einer Studie konnte gezeigt werden, dass die zwanghafte Furcht vor Kopfschmerzen zu einer höheren Frequenz der Migräneattacken führt [34]. Eine durchgehend schlechtere Wirkung von Migränemedikamenten wurde außerdem bei den Menschen gefunden, die mit der Migräne Zwangsgedanken hatten, außerdem wurde bei diesen Patienten auch eine erhöhte Rückfallrate z. B. nach Medikamentenübergebrauch gefunden [35].

Posttraumatische Belastungsstörung und Migräne

In den letzten Jahrzehnten scheint eine Komorbidität von posttraumatischer Stressbelastung und Migräne häufiger geworden zu sein. Bis zu 25 % der Migränepatienten haben eine posttraumatische Belastungsstörung, wogegen in der allgemeinen Bevölkerung nur ca. 10 % betroffen sind. Die posttraumatische Belastungsstörung zeigt eine deutlich höhere Prävalenz bei Menschen mit chronischer Migräne [43 %] als bei jenen mit episodischer Migräne (9 %) [36]. Die Komorbidität ist bis zu 3-fach höher bei Frauen als bei Männern. Dies kann eventuell pathophysiologisch dadurch erklärt werden, dass verschiedene Hormonachsen und die Exposition zu größeren psychischen Traumata eine wichtige Rolle spielen.

Somatoforme Störungen und Migräne

Über die Assoziation von Migräne und somatoformen Störungen liegen widersprüchliche Studienergebnisse vor. In früheren Studien wurden ungefähr gleich häufige Prävalenzen von somatoformen Symptomen bei episodischer Migräne verglichen zur Normalbevölkerung gesehen [37]. Auf der anderen Seite zeigte sich eine höhere Prävalenz von somatoformen Störungen bei Menschen mit chronischer Migräne mit einer direkten Assoziation zwischen dem Schweregrad der somatoformen Störung und der Migränefrequenz. In Übereinstimmung mit diesen Ergebnissen zeigen Kinder mit Migräne ein größeres Ausmaß von somatoformen Symptomen mit vermehrter Scham und Angst im Vergleich zu altersentsprechenden gesunden Kindern [38].

Substanzmissbrauch und Migräne

Daten über eine Assoziation von Migräne und Missbrauch von verschiedenen Substanzen sind zum Teil widersprüchlich. So haben z. B. frühere Studien gezeigt, dass bei Patienten mit Migräne eine geringere Prävalenz von Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit vorliegt. Dies ist nachvollziehbar, da Alkohol im Allgemeinen als ein einfacher Trigger für Kopfschmerzattacken wahrgenommen wird. Auf der anderen Seite zeigen Patienten mit chronischer Migräne einen höheren Koffeingebruch bis hin zum Missbrauch von Koffein als Menschen ohne Migräne [39]. Dabei erwies sich allerdings eine Assoziation zwischen Migräne und Substanzmissbrauch nicht länger als signifikant, wenn für posttraumatische Belastungsstörungen und Depressionen adjustiert worden ist [33]. Aus diesen Gründen wird Substanzmissbrauch als sekundärer Faktor in Bezug auf

eine psychiatrische Komorbidität gesehen und nicht als primäre Komorbidität mit der Migräne.

Pathophysiologie

Die erhöhten Prävalenzen für eine Komorbidität von psychiatrischen Erkrankungen und Migräne deuten auf gemeinsame pathophysiologische Grundlagen hin. Dies berührt verschiedene Bereiche, die weiter unten aufgelistet sind. Außerdem können diese Mechanismen sich auch überlappen, sodass nicht nur ein einzelner pathophysiologischer Faktor für eine Komorbidität verantwortlich ist. Auf neurophysiologischer Ebene wurden verschiedene dysfunktionale neuronale Netzwerke entdeckt, die zu fehlerhaften Interaktionen zwischen Schmerz und Affektivität führen, dies könnte insbesondere die Verbindung von Migräne mit Depressionen und Angsterkrankungen erklären [40]. Folgende Mechanismen, die aus Platzgründen hier nicht im Einzelnen erläutert werden können, tragen vermutlich zu dieser Komorbidität bei:

- Neurotransmittersysteme,
- Neuroinflammation,
- genetische Mechanismen,
- stressfaktoren inklusive Lebensereignisse und
- neuronale Netzwerke.

Resümee

Zusammenfassend zeigen die dargestellten Ergebnisse, dass die Behandlung der Migräne immer einen multidisziplinären Ansatz aufweisen sollte, der auch die psychiatrischen Komorbiditäten identifizieren sollte. Dies sollte so früh wie möglich im Leben eines Migränepatienten geschehen, wenn die Migräne noch episodisch ist. Zu dem Zeitpunkt sollten dann auch therapeutische Maßnahmen ergriffen werden, um eine Progredienz zur chronischen Migräne und eventuell zur Pharmakoresistenz zu verhindern. Ein behavioraler Prozess könnte nicht nur das Ansprechen auf Medikamente verbessern, sondern auch zu einer individuelleren Auswahl der weiteren Therapie beitragen.

Migräne und Lebensqualität

Allgemeine Betrachtungen zur Lebensqualität bei Migräne

Aktuelle Konzepte zur Lebensqualität gehen auf die WHO zurück, nach der Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheit ist. Lebensqualität ist ein komplexes multidimensionales Konstrukt, welches sich im Alltag vor allem auf subjektives Wohlbefinden bezieht und physische, psychische und sozioökonomische Aspekte umfasst. Auf übergeordneter weltweiter Ebene stellt die Migräne eine Erkrankung mit hoher Beeinträchtigung der Lebensqualität und ähnlicher Faktoren dar. Legt man das Konzept der „Years of healthy life lost due to disability“ (YLD) zugrunde, liegt sie auf Platz 2 der am meisten beeinträchtigenden Erkrankungen [41]. Interessanterweise finden sich die typischen Komorbiditäten wie Depression und Angststörungen sowie Nacken- und Rückenschmerz darunter. Das Konstrukt der „disability-

adjusted life years“ (DALY) umfasst nicht nur die YLD, sondern das Konstrukt der „sum of the years of life lost to due to premature mortality and the years lived with a disability due to prevalent cases of the disease“, beinhaltet also auch erhöhte Sterblichkeit (die durch primäre Kopfschmerzerkrankungen an sich nicht relevant erhöht ist). Betrachtet man die Beeinträchtigung durch neurologische Erkrankungen basierend auf den DALY über die Lebensspanne fällt auf, dass die kumulative Beeinträchtigung durch Migräne, Kopfschmerz vom Spannungstyp und Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch zwischen dem 15. und 40. Lebensjahr mehr als 50% ausmacht und somit die in diesem Lebensabschnitt häufigste Ursache für eingeschränkte Lebensqualität ist [42]. Bei diesem Konstrukt steht die Migräne von allen neurologischen Erkrankungen an zweiter Stelle hinter dem Schlaganfall und vor der Meningitis. Dies ist insofern relevant, als es sich bei der Lebensphase, in der Migräne am häufigsten ist, um eine für die berufliche, aber auch persönliche Entwicklung entscheidende Lebensphase handelt und die Migräne somit eine relevante Ursache für eingeschränkte Lebensqualität in der produktivsten Phase des Lebens darstellt.

In Bezug auf die allgemeine Lebensqualität, etwa gemessen mit dem SF-36-Fragebogen, wurde bei Migräne und bei anderen chronischen Kopfschmerzen eine höhere Beeinträchtigung der funktionellen Lebensqualität festgestellt als etwa bei Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie, Osteoarthritis und Rückenschmerz. Allerdings zeigte sich in klinischen Studien, dass die Verbesserungen durch eine Pharmakotherapie sensitiver durch krankheitsspezifische als durch generische Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität erfasst werden können [43].

Messung der spezifischen Lebensqualität bei Migräne

Während die Messung der Lebensqualität auf globaler Ebene auf aggregierte nationale und internationale Datensätze zurückgreift, stehen für die Anwendung im klinischen Alltag etablierte Instrumente zur Verfügung. Diese werden zu den „Patient reported outcome measures“ (PROM) gezählt, da sie auf eine Selbstauskunft des Patienten beruhen. Hier wird zwischen Instrumenten zur Messung von allgemeiner (gesundheitsbezogener) Lebensqualität, wie dem SF-12 bzw. dem SF-36v2 und dem EQ-5D sowie den Instrumenten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Health related Quality of Life) bei Migräne, wie dem Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire MSQoL [44], unterschieden. Letzterer liegt auch in einer validierten deutschen Version vor. Einen Vorteil der krankheitsspezifischen Fragebögen stellt die höhere Veränderungssensitivität dar, die besonders für die Beurteilung von Behandlungseffekten wichtig ist. Einen neuen individualisierten Ansatz zur Bestimmung der allgemeinen Lebensqualität stellt der SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) dar, der eine individuelle Wichtung der fünf wichtigsten Kriterien für Lebensqualität erlaubt [45]. Als weitere indirekte Instrumente zur Bestimmung der Lebensqualität können der Headache Im-

pact Test (HIT-6) [46], der Migraine Disability Assessment Questionnaire (MIDAS) [47] und der Headache Disability Inventory (HDI) [48] verwendet werden, die alle auch in deutscher Übersetzung vorliegen [49, 50], wobei aufgrund eines bestehenden Copyrights eine offizielle Übersetzung des HIT-6-Fragebogens nicht verfügbar ist, sondern individuell für eigene Zwecke angefertigt werden muss.

Indirekt erlaubt die Beurteilung der Intensität der krankheitsbezogenen Beeinträchtigung die der krankheitsbezogenen Lebensqualität [51]. Dies spiegelt sich in den Empfehlungen für die Durchführung kontrollierter Studien zur prophylaktischen Therapie der episodischen und der chronischen Migräne wider [52, 53], in denen der HIT-6 als ein geeignetes Instrument zur Erfassung von „Healthcare outcomes/quality of life“ empfohlen wird.

Lebensqualität in klinischen Studien

Während in großen Phase-II- und Phase-III-Studien zur Wirksamkeit neuer pharmakologischer Verfahren immer auch die Lebensqualität als sekundärer Endpunkt unter den PROM erhoben wird, ergab eine Übersichtsarbeit aus 2021, dass von 268 Studien zur prophylaktischen Therapie der Migräne (die von anfangs 1506 Studien die vordefinierten Qualitätskriterien erreichten) nur 108 kopfschmerzspezifische PROM erfassten (davon wurde der MIDAS bei 49,1 %, der MSQoL bei 31,5 % sowie der HIT-6 bei 30,6 % verwendet). Nur 59 Studien erfassten nicht kopfschmerzspezifische PROM (davon 23,7 % der SF-36), was auf eine immer noch geringe Rate der Erfassung von PROM, die die Lebensqualität erfassen, hindeuten [54].

Im Allgemeinen korrelieren die primären Endpunkte in prophylaktischen Studien zur Migräne, die sich auf kopfschmerzbezogene Maße wie Migräne- oder Kopfschmerztage pro Monat beziehen, mit den PROM zur Lebensqualität. So kann man dies auch in großen Studien zu monoklonalen Antikörpern bei der Migräne nachweisen, von der episodischen über die chronische Migräne bis hin zur refraktären Migräne [55, 56]. Dies erstreckt sich aber nicht nur auf pharmakologische Ansätze, sondern auch auf nicht interventionelle Verfahren wie die Neuromodulation [57] und die Akupunktur [58].

Folgerungen für die Praxis

Es ist aus verschiedenen Gründen ein Privileg, Patienten mit Migräne zu behandeln. Diese Patienten zeigen in aller Regel eine hohe Zuverlässigkeit, z. B. in der Wahrnehmung der Termine. Sie neigen eher dazu, fachkundige Hilfe anzunehmen, sie sind also sehr „treue“ Patienten. So kann man in vielen Fällen eine durchgreifende Besserung der Lebensqualität erreichen. Im Folgenden soll diskutiert werden, welche Folgerungen sich aus den Ausführungen für die tägliche Praxis ergeben, dies natürlich aus der subjektiven Sicht der Autoren.

Menschen mit Migräne sind von Hintergrund her so heterogen, wie Menschen nur sein können. Neben einer hohen Krankheitslast haben viele von ihnen sehr unterschiedliche Erfahrungen und häufig frustrierende Therapieversuche hinter sich. Diese Patienten sind oftmals bei ihrer ersten Konsultation sehr komplex in Bezug auf Vortherapien, Vorerfahrungen und Komorbiditäten. Sie sind ebenso verzweifelt wie misstrauisch. Hier ist es wichtig, gleich mit den ersten vorsichtigen Fragen Vertrauen zu schaffen. „Warum kommen Sie her?“ oder „Wie kann ich Ihnen helfen?“ Diese Gesprächsintervention wird sich sicherlich bewähren, wenn man gleich darauf individualisiert nachfragt. Man lässt sich die letzte Migräneattacke schildern und wirft einen ausführlichen Blick in das Kopfschmerztagebuch, das von den Patienten mit Migräne in den meisten Fällen geführt wird. Patienten, die schon bei mehreren Vorbehandlern vorstellig geworden sind, kann man mit Statements wie „Ich bewundere, wie Sie es trotz Ihrer Belastung durch Ihre Migräneerkrankung so weit geschafft haben“ oder „Großartig, dass Sie noch einmal einen Versuch unternehmen möchten, sich Hilfe und Unterstützung zu holen“ enger an sich binden und bestätigen. Natürlich gibt es auch die Patienten, die zunächst ihre Vorbehandler (also unsere Kollegen) abwerten. Darauf sollte man nicht eingehen. Zum einen muss man darauf hinweisen, dass auch hier keine Wunder erwartet werden können. Zum anderen kann man anmerken: „Wenn wir jetzt unsere gemeinsame knapp bemessene Zeit mit Schimpfen über Ihre Vorbehandler verbringen, verlieren wir doch wertvolle Zeit für den Blick nach vorn, und das wäre doch sehr schade.“

Üblicherweise ist es sinnvoll, im Gespräch die Grundzüge der Pathophysiologie der Migräne zu erläutern und genau zu erklären, wann man sinnvoller Weise Medikamente für die Akuttherapie und wann für die Prophylaxe einsetzt. Häufig begleiten wir Patienten mit Migräne durch verschiedene Phasen ihres Lebens mit allen Auf und Abs. Vergleichbar ist hier nur noch der Hausarzt, der seine Patienten ebenfalls oft über Jahrzehnte kennt.

Neben den relevanten Fragen zu Migräne bewährt es sich, Fragen zu Stimmung und Schlaf zu stellen. „Wie würden Sie Ihre Tagesfrische in den letzten 14 Tagen beschreiben?“ ist hier beispielsweise hilfreich. Immer wieder angesprochen wird auch das Thema Stress. Es ist wichtig den Patienten klarzumachen, dass Stress, der als solcher erkannt ist – hohes Arbeitspensum, Homeschooling oder ähnliches – nicht unbedingt dramatisch ist. Er gehört quasi zum Leben dazu und ist nicht zwingend pathologisch. Anders verhält es sich mit Stress, der als solcher nicht erkannt wird. Er ist sehr wohl krankmachend. In Betracht ziehen sollte man auch, dass subjektiv empfundener Stress ein Teil der Prodromalphase sein kann, in der Patienten eine verminderte Fähigkeit haben, selbst normale Belastungen auszuhalten; dann ist alles zu laut, zu schnell, zu grell. Hinweise auf eine versteckte und die Migräne begleitende Depression können Fragen nach Einschlaf- und Durch-

schlafstörungen ergeben. Weitergehende Nachfragen z. B. nach Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, verminderter Libido und Antriebslosigkeit als Symptome einer Depression sollten zu einem späteren Zeitpunkt oder durch einen psychiatrischen oder psychosomatischen Facharzt erfolgen. Auch die Tatsache, dass Migräne einen hohen Stellenwert bei der gebremsten Lebens- und Zukunftsplanung einzelner Patienten innehat, kann als Anzeichen einer Depression angesehen werden. In Fällen mit fortgeschrittener Depression sollte die eigene Kompetenz kritisch hinterfragt werden, ob man diese Fälle selber adäquat betreuen kann. Gut in den Alltag zu integrieren sind der MIDAS-Fragebogen und der HIT-6-Fragebogen, die beide in einer validierten deutschsprachigen Form vorliegen. Beide geben rasche Auskunft über die individuelle Krankheitslast und bieten eine gute Grundlage für das Arzt-Patient-Gespräch.

Bei dem Thema Kopfschmerztagebuch herrscht generell Konsens darüber, dass eine Dokumentation der Attacken in einem Tagebuch oder einer App zur Dokumentation bei Therapieentscheidungen und Diagnosestellung hilfreich ist. Darüber hinaus kann man aber sehr wohl der Meinung sein, dass ein Tagebuch nicht sinnvoll ist. Jemandem, der täglich oder nahezu täglich Kopfschmerzen hat, vor allem als Jugendlicher, sollte man nicht obendrein zumuten, ständig die Tatsache als solche auch noch zu dokumentieren. Aus behavioraler Sicht wäre es umgekehrt besser, ein Positiv-Tagebuch zu empfehlen, an dem schmerzfreie Tage notiert werden.

Es ist wichtig und sinnvoll, Patienten über die Komorbiditäten der Migräne aufzuklären. Vielen Patienten wird nicht klar sein, dass Depression, Angst, Phobien und vor allem Sozialphobien Begleitkrankheiten der Migräne sein können. Hier können wir die Behandlung mit Antidepressiva wie Amitriptylin, Mirtazapin oder Opipramol in Betracht ziehen. Manchmal sind auch psychotherapeutische Interventionen sinnvoll, aber gerade hier fehlen oft Behandlungsplätze. Ggf. kann der Patient auf digitale Gesundheitsanwendungen zur Behandlung von Depressionen ausweichen oder sich Hilfe zur Selbsthilfe aus dem Internet holen. Vergessen wir auch nicht, den Patienten auf die erhöhte kognitive Schnelligkeit seines Migränegehirns hinzuweisen, z. B. durch den Vergleich mit einem „Porsche im Kopf“. Dann versteht ein Patient vielleicht auch besser, warum er während Migränephasen immer so angespannt ist.

Abschließend sei empfohlen, dass sich jeder Migränetherapeut ein Schema zurechtlegen sollte, mit dem er auf die psychischen und evt. psychiatrischen Besonderheiten von Menschen mit Migräne eingehen kann. Dazu gehören standardisierte Anamnesen und Untersuchungen, psychometrische Instrumente und das Kennen der eigenen Kompetenzen sowie das Erkennen von Situationen, in denen die eigenen Kompetenzen nicht ausreichen. Weiterhin sei vor zu viel apparativer Diagnostik gewarnt, die häufig bei chronischen Patienten schon erfolgt ist und die zu einer iatro-

genen Fixierung auf eine kausal behandelbare Ursache der Migräne führen kann. Der ►Kasten gibt dazu eine Übersicht und unverbindliche Empfehlungen.

EMPFEHLUNGEN

Gesprächsführung mit Migränepatienten

- Offene Fragen am Anfang
- Nicht kritisch auf Vorbehandlungen eingehen
- Grundzüge der Migräne-Pathophysiologie inkl. kognitiver Besonderheiten erläutern
- Fragen nach Schlafstörungen, Dysstress
- Spezifische, intime Fragen nach depressiven Symptomen eher psychiatrischen Kollegen überlassen
- Über Komorbiditäten aufklären; aber: Eigene Grenzen in der Behandlung von Komorbiditäten erkennen
- MIDAS und HIT-6 können in der Verlaufskontrolle eingesetzt werden
- Kopfschmerztagebuch nur mit klarem Ziel und sonst zurückhaltend einsetzen
- An digitale Gesundheitsanwendungen bei Migräne denken
- Äußerste Zurückhaltung bei apparativer Diagnostik

FAZIT

Wie häufig in der Medizin, so ist es auch bei der Migräne nicht möglich, von einer einheitlichen Persönlichkeit zu sprechen, insbesondere wenn man die modernen Definitionen von Persönlichkeit anwendet. Dennoch können signifikant gehäuft auftretende kognitive Eigenschaften und Verhaltensmerkmale bei Betroffenen mit Migräne beobachtet werden, die auf verschiedene Ursachen zurückzuführen sind. Möglicherweise liegen spezifische hereditär determinierte Variationen in der Reizverarbeitung vor. Weiterhin führen die signifikanten Komorbiditäten bei Migräne zu spezifischen Verhaltens- und Erlebnismustern. Es liegt eine Reihe von Instrumenten vor, um die Beeinträchtigung durch Migräne auf Verhaltensebene zu erfassen, jedoch gibt es kein spezifisches Instrument, um Menschen mit Migräne auf den genannten Verhaltensebenen zu klassifizieren bzw. das Ausmaß der Beeinträchtigung zu quantifizieren. Dennoch ist es notwendig und sehr wichtig, in der Betreuung von Menschen mit Migräne auf die spezifischen kognitiven Besonderheiten und Verhaltensmuster einzugehen. Hier ist in erster Linie die Gesprächsführung relevant, da nur sie solche Muster individuell erfassen kann und da auch nur die

Gesprächsführung Menschen mit Migräne über die Besonderheiten aufklären und therapeutische Empfehlungen geben kann. Eine apparative Diagnostik ist in diesem Zusammenhang überflüssig. Eine gezielte pharmakologische Beeinflussung nur von kognitiven Prozessen und Verhaltensmustern ist bei Patienten mit Migräne nicht praktikabel. Vielmehr sollte sich eine solche Pharmakotherapie an den psychiatrischen Komorbiditäten und den klinischen Notwendigkeiten basierend auf dem klinischen Phänotyp der Migräne ausrichten. Eine pharmakologische Behandlung von kognitiven und Verhaltensmustern bei Menschen mit Migräne ist ebenfalls häufig nicht sinnvoll, kann aber z. B. bei bestimmten Komorbiditäten relevant sein. Zusammenfassend brauchen wir also einen Dualismus, der jedwede Stereotypisierung von Menschen mit Migräne vermeidet und gleichzeitig berücksichtigt, dass es spezifische Besonderheiten im kognitiven Erleben und auf Verhaltensebene bei der Mehrzahl der Menschen mit Migräne gibt.

Interessenkonflikt

Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: ja; Bezahler Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Nicht-Sponsor der Veranstaltung): nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Sponsor der Veranstaltung): nein.

Erklärung zu nicht finanziellen Interessen

Die Autoren berichten, dass sie keine Interessenkonflikte in Zusammenhang mit diesem Artikel haben. Der Artikel beruht auf einer Diskussion, die von der Firma Novartis finanziell unterstützt worden ist.

Literatur

- [1] Wolff HG. Personality features and reactions of subjects with migraine. *Arch Neurol* 1937; 37: 895–921
- [2] Alvarez WC. The migrainous personality and constitution; the essential features of the disease; a study of 500 cases. *Am J Med Sci* 1947; 213: 1–8
- [3] Friedmann AP, Storch TC von, Merritt HH. Migraine and tension headaches: a clinical study in 2000 cases. *Neurology* 1954; 4: 773–778
- [4] Peters UH, Schäfer ML, Philipp M. Psychosomatische Therapie der Migräne. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1981; 27: 338–46
- [5] Schäfer ML, Peters UH, Philipp M. Psychodynamik der Migräne. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1982; 32: 43–46
- [6] Silberstein SD, Lipton RB, Breslau N. Migraine: association with personality characteristics and psychopathology. *Cephalalgia* 1995; 15: 358–69
- [7] Huber D. Migräne – Persönlichkeit und Stressbewältigung: Eine kritische Übersicht. *Psychother Psych Med* 2003; 53: 432–43
- [8] Lucas RN. Migraine in twins. *J Psychosom Res* 1977; 21: 147–156
- [9] Persson B. Growth environment and personality in adult migraineurs and their migraine-free siblings. *Headache* 1997; 37: 159–168
- [10] Breslau N, Chilcoat HD, Andreski P. Further evidence on the link between migraine and neuroticism. *Neurology* 1996; 47: 663–667
- [11] Sacks O. *Migraine: revised and expanded*. Berkeley: University of California Press; 1992
- [12] Henryk-Gutt R, Rees WL. Psychological aspects of migraine. *J Psychosom Res* 1973; 17: 141–153
- [13] Meyer B, Keller A, Wöhlbier HG, et al. Progressive muscle relaxation reduces migraine frequency and normalizes amplitudes of contingent negative variation (CNV). *J Headache Pain* 2016; 17: 37
- [14] Kropp P, Siniatchkin M, Gerber WD. On the pathophysiology of migraine – links for “empirically based treatment” with neurofeedback. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2002; 27: 203–213
- [15] Kropp P, Linstedt U, Niederberger U, et al. Contingent negative variation and attentional performance in humans. *Neurol Res* 2001; 23: 647–650
- [16] De Tommaso M, Delussi M. Nociceptive blink reflex habituation biofeedback in migraine. *Funct Neurol* 2017; 32: 123–130
- [17] Kropp P, Brecht IB, Niederberger U, et al. Time-dependent post imperative negative variation indicates adaptation and problem solving in migraine patients. *J Neural Transm* 2012; 119: 1213–1221
- [18] Vallesi A. On the utility of the trail making test in migraine with and without aura: a meta-analysis. *J Headache Pain* 2020; 21: 63
- [19] Reitan, RM. *Trail Making Test*. Reitan Neuropsychology Laboratory, Tucson; 1992
- [20] Gil-Gouveia R, Pavão Martins I. Cognition and cognitive impairment in migraine. *Curr Pain Headache Rep* 2019; 23: 84
- [21] Altamura C, Corbelli I, de Tommaso M, et al. Pathophysiological bases of comorbidity in migraine. *Front Hum Neurosci* 2021; 15: 640574
- [22] Zwart JA, Dyb G, Hagen K, et al. Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The nord-trøndelag health study. *Eur J Neurol* 2003; 10: 147–52
- [23] Scher AI, Midgette L, Lipton RB. Risk factors for headache chronification. *Headache* 2008; 48: 16–25
- [24] Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack. *Cephalalgia* 2007; 27: 394–402
- [25] Jette N, Patten S, Williams J, et al. Comorbidity of migraine and psychiatric disorders – a national population-based study. *Headache* 2008; 48: 501–516
- [26] Rossi P, Di Lorenzo G, Malpezzi MG, et al. Depressive symptoms and insecure attachment as predictors of disability in a clinical population of patients with episodic and chronic migraine. *Headache* 2005; 45: 561–570
- [27] Amoozegar F. Depression comorbidity in migraine. *Int Rev Psychiatry* 2017; 29: 504–515

- [28] Peck KR, Smitherman TA, Baskin SM. Traditional and alternative treatments for depression: implications for migraine management. *Headache* 2015; 55: 351–355
- [29] Leung A, Shirvalkar P, Chen R, et al. Transcranial magnetic stimulation for pain, headache, and comorbid depression: INS-NANS expert consensus panel review and recommendation. *Neuromodulation* 2020; 23: 267–290
- [30] Dresler T, Caratozzolo S, Guldorf K, et al. Understanding the nature of psychiatric comorbidity in migraine: a systematic review focused on interactions and treatment implications. *J Headache Pain* 2019; 20: 51
- [31] Leo RJ, Singh J. Migraine headache and bipolar disorder comorbidity: a systematic review of the literature and clinical implications. *Scand J Pain* 2016; 11: 136–145
- [32] Yamada K, Moriwaki K, Oiso H, et al. High prevalence of comorbidity of migraine in outpatients with panic disorder and effectiveness of psychopharmacotherapy for both disorders: a retrospective open label study. *Psychiatry Res* 2011; 185: 145–148
- [33] Buse DC, Silberstein SD, Manack AN, et al. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *J Neurol* 2013; 260: 1960–1969
- [34] Curone M, Tullo V, Lovati C, et al. Prevalence and profile of obsessive-compulsive trait in patients with chronic migraine and medication overuse. *Neurol Sci* 2014; 35 (Suppl 1): S185–S187
- [35] Curone M, D'Amico D, Bussone G. Obsessive-compulsive aspects as predictors of poor response to treatments in patients with chronic migraine and medication overuse. *Neurol Sci* 2012; 33 (Suppl 1): S211–S213
- [36] Peterlin BL, Tietjen G, Meng S, et al. Post-traumatic stress disorder in episodic and chronic migraine. *Headache* 2008; 48: 517–522
- [37] Lake AE, Rains JC, Penzien DB, et al. Headache and psychiatric comorbidity: historical context, clinical implications, and research relevance. *Headache* 2005; 45: 493–506
- [38] Tarantino S, De Ranieri C, Dionisi C, et al. Migraine equivalents and related symptoms, psychological profile and headache features: which relationship? *J Headache Pain* 2015; 16: 536
- [39] Scher AI, Stewart WF, Lipton RB. Caffeine as a risk factor for chronic daily headache: a population-based study. *Neurology* 2004; 63: 2022–2027
- [40] Schwedt TJ, Schlaggar BL, Mar S, et al. Atypical resting-state functional connectivity of affective pain regions in chronic migraine. *Headache* 2013; 53: 737–751
- [41] GBD 2016. Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017; 390: 1211–1259
- [42] GBD 2015. Neurological Disorders Collaborator Group. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Neurol* 2017; 16: 877–897
- [43] Solomon GD. Evolution of the measurement of quality of life in migraine. *Neurology* 1997; 48 (Suppl 3): S10–15
- [44] Wagner TH, Patrick DL, Galer BS, et al. A new instrument to assess the long-term quality of life effects from migraine: development and psychometric testing of the MSQOL. *Headache* 1996; 36(8): 484–92
- [45] Becker G, Merk CS, Meffert C, et al. Measuring individual quality of life in patients receiving radiation therapy: the SEIQoL-Questionnaire. *Qual Life Res* 2014; 23: 2025–2030
- [46] Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. *Qual Life Res* 2003; 12: 963–974
- [47] Stewart WF, Lipton RB, Whyte J et al. An international study to assess reliability of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score. *Neurology* 1999; 53: 988–994
- [48] Jacobson GP, Ramadan NM, Aggarwal SK, et al. The Henry Ford Hospital Headache Disability Inventory (HDI). *Neurology* 1994; 44: 837–842
- [49] Agosti R, Chrubasik JE, Kohlmann T. Ein Instrument zur Beurteilung von Kopfschmerzen. *Hausarzt Praxis* 2009; 8: 24–25
- [50] Bauer B, Evers S, Gralow I, et al. Psychosoziale Beeinträchtigung durch chronische Kopfschmerzen. Evaluation des Inventars zur Beeinträchtigung durch Kopfschmerzen (IBK). *Nervenarzt* 1999; 70: 522–529
- [51] Kawata AK, Coeytaux RR, Devellis RF, et al. Psychometric properties of the HIT-6 among patients in a headache-specialty practice. *Headache* 2005; 45: 638–643
- [52] Tassorelli C, Diener HC, Dodick DW, et al. Guidelines of the International Headache Society for controlled trials of preventive treatment of chronic migraine in adults. *Cephalalgia* 2018; 38: 815–832
- [53] Diener HC, Tassorelli C, Dodick DW, et al. Guidelines of the International Headache Society for controlled trials of preventive treatment of migraine attacks in episodic migraine in adults. *Cephalalgia* 2020; 40: 1026–1044
- [54] McGinley JS, Houts CR, Nishida TK, et al. Systematic review of outcomes and endpoints in preventive migraine clinical trials. *Headache* 2021; 61: 253–262
- [55] Lipton RB, Tepper SJ, Reuter U, et al. Erenumab in chronic migraine: Patient-reported outcomes in a randomized double-blind study. *Neurology* 2019; 92: e2250–e2260
- [56] Okonkwo R, Tockhorn-Heidenreich A, et al. Efficacy of galcanezumab in patients with migraine and history of failure to 3–4 preventive medication categories: subgroup analysis from CONQUER study. *J Headache Pain* 2021; 22: 113
- [57] Leplus A, Fontaine D, Donnet A, et al. Long-Term efficacy of occipital nerve stimulation for medically intractable cluster headache. *Neurosurgery* 2021; 88: 375–383
- [58] Zhao L, Chen J, Li Y, et al. The Long-term Effect of Acupuncture for Migraine Prophylaxis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2017; 177(4): 508–515

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. phil. Stefan Evers
 Klinik für Neurologie
 Krankenhaus Lindenbrunn
 Lindenbrunn 1, 31863 Coppenbrügge, Deutschland
 Tel. 05156/782290
 everss@uni-muenster.de

Bibliografie

Nervenheilkunde 2022; 41: 42–52
 DOI 10.1055/a-1687-9822
 ISSN 0722-1541
 © 2022. Thieme. All rights reserved.
 Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
 70469 Stuttgart, Germany

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar.

Unter <https://eref.thieme.de/CXIWHYG> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests und zum Artikel. Sie finden dort auch den genauen Einsendeschluss.

Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung.

Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

VNR 2760512022161724184



Frage 1

Welche Eigenschaft passt am ehesten zum Typus migraenicus nach U. H. Peters?

- A Euphorie
- B Übersteigertes Pflichtbewusstsein
- C Aggressivität
- D Manische Phasen
- E Vermehrte Schläfrigkeit

Frage 2

Welche Domäne zeigt sich in Persönlichkeitsprofilen noch am ehesten (wenn auch *nicht* konsistent) als auffällig bei Menschen mit Migräne?

- A Neurotizismus
- B Extraversion
- C Aggressivität
- D Lebenszufriedenheit
- E Emotionalität

Frage 3

Das Potenzial „contingent negative variation“ (CNV) wird in der Kognitionsforschung eingesetzt. Wie unterscheiden sich Menschen mit Migräne von einer Kontrollgruppe ohne Migräne bei der CNV?

- A Menschen mit Migräne zeigen eine größere Latenz.
- B Menschen mit Migräne können bei Messung der CNV häufig nicht mitarbeiten.
- C Menschen mit Migräne zeigen eine signifikant höhere Amplitude im Intervall.
- D Menschen mit Migräne erleben die Messung der CNV als angenehmer.
- E Menschen mit Migräne zeigen bei der CNV eine verminderte Aufmerksamkeit.

Frage 4

Welche Antwort ist *richtig*? Bei Menschen mit Migräne ist gegenüber der Gesamtbevölkerung das Risiko für eine Depression ...

- A ...ungefähr gleich hoch.
- B ...um den Faktor 2 erniedrigt.
- C ...um den Faktor 2,5 erhöht.
- D ...um den Faktor 10 erhöht.
- E Es liegen dazu keine Studien vor.

Frage 5

Welche Substanz kann sinnvollerweise beim gleichzeitigen Vorliegen einer Migräne und einer Depression eingesetzt werden?

- A Agomelatin
- B Amitriptylin
- C Johanniskraut
- D Quetiapin
- E Moclobemid

Frage 6

Bis zu welchem Faktor ist das Risiko für eine Angsterkrankung bei Menschen mit Migräne in den bisherigen Studien erhöht gewesen?

- A Faktor 2
- B Faktor 10
- C Faktor 50
- D Faktor 100
- E Das Risiko ist nicht erhöht.

► Weitere Fragen auf der folgenden Seite ...

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

Frage 7

Welche Aussage zum Zusammenhang von Migräne und posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) ist *richtig*?

- A Eine PTBS ist bei episodischer Migräne häufiger als bei chronischer Migräne.
- B Eine Komorbidität von PTBS und Migräne ist in den letzten Jahren wahrscheinlich seltener geworden.
- C Bis zu 25 % aller Migränepatienten weisen eine PTBS auf.
- D Eine Komorbidität von PTBS und Migräne ist bei Männern ca. 3-fach höher als bei Frauen.
- E Ein Zusammenhang von PTBS und Migräne ist bislang nicht untersucht worden.

Frage 8

Bei welchem Parameter zur Messung von Behinderung liegt die Migräne weltweit an zweiter Stelle?

- A Schwerbehinderung
- B Aktivitätsradius
- C Mortalität
- D Years of healthy life lost due to to disability (YLD)
- E Minderung der Erwerbsfähigkeit

Frage 9

Welcher der folgenden Fragebögen ist spezifisch für Migräne entwickelt und evaluiert worden?

- A SF-12
- B EQ-5D
- C BDI-II
- D SEIQoL
- E MSQoL

Frage 10

Welche Themen sollte man in der erweiterten Anamnese bei Menschen mit Migräne ansprechen?

- A Einstellung zu anderen Behandlern
- B Libido
- C Karrierestreben und Zukunftsplanung
- D Man sollte sich nur auf die Migräne fokussieren.
- E Schlaf und Stimmung