

Der Alltag und die Kopfschmerzen

H. Isler

Zusammenfassung

Kopfschmerzen ohne andere Erkrankung sind ein Hauptbestandteil des Alltags. Die Interaktionen der Kopfschmerzen mit dem Alltag müssen in der Beurteilung und Behandlung berücksichtigt werden, wenn diese gelingen sollen. Nur die Wahrnehmung des Alltags der Patienten kann uns helfen zu verstehen, wie die aktuellen Kopfschmerzen, mit denen wir es zu tun bekommen, ihren banalen Alltagscharakter verloren und damit die Konsultation verursacht haben. Kopfschmerzen sind ein Zeitleiden, Uhr, Kalender und vergleichende chronologische Anamnese sind die Untersuchungsinstrumente dafür. Kopfschmerzen sind subversiv. Sie sprengen den Rahmen der Medizin. Ihre Revolte richtet sich oft auch gegen die Behandlung. Die pathogenen Faktoren sind meist unauffällig, weil sie in den Alltag der Patienten* integriert sind. Wer Kopfschmerzen behandeln möchte, muss also das individuelle Alltagsleben und seine Entwicklung erfassen, mit der Entwicklung der Kopfschmerzen vergleichen und die Behandlung darauf aufbauen.

Kopfschmerzen als Hauptbestandteil des Alltags

Kopfweg ohne andere Erkrankung gehört zum Alltag und stört den Alltag wie kein zweites Leiden. Es erscheint periodisch für Minuten, Stunden, Tage, Wochen, und es lässt die Unterworfenen periodisch gesund zurück. Das Spektrum seiner Interaktionen mit dem Alltag erstreckt sich von der völligen Inkompatibilität mit Ausschaltung aller alltäglichen Handlungen bis zur idealen Fusion, bei der Kopfweg und Alltag untrennbar vereint sind. Wir brauchen mindestens eine skizzenhafte Darstellung des Alltags der Patientinnen*, um die Interaktionen des Kopfwegs mit dem Alltagsleben wahrzunehmen und die Entwicklung des Störwertes des Leidens soweit nachzuvollziehen, dass wir verstehen, was die Patienten dazu gebracht hat, uns aufzusuchen. Das ist nämlich je-

* Statt «PatientInnen» zu schreiben, werden abwechselnd «Patient(en)» und «Patientin(nen)» verwendet.

desmal eine Ausnahme von der Regel, dass Ärzte für Kopfweg nicht zuständig sind, weil es zu alltäglich ist. Deshalb erwähnen es die meisten Patientinnen fast nie bei ärztlichen Konsultationen aus anderen Gründen (Bronchitis, Beinbruch, Hypermenorrhoe), vor allem auch deshalb, weil sie die hilflosen Reaktionen der meisten Ärzte und Ärztinnen schon kennen, die ja auf so etwas Unklares wie Kopfschmerzen ohne andere Erkrankung in ihrer Ausbildung nicht einmal aufmerksam gemacht worden sind.

Uhr, Kalender und Lebensbeschreibung sind wichtiger als MRI und alle Laboruntersuchungen

Wie kein anderes Leiden erscheint Kopfweg fast immer periodisch, und die Kopfwegleidenden fühlen sich ausserhalb der Kopfwegzeiten ganz gesund. Kopfschmerzen sind ein Zeitleiden, sie können nach Uhr und Kalender erfasst werden. Ihr Zeitmuster ist die wichtigste Eigenschaft der Kopfwegsyndrome, nicht nur für die Differentialdiagnose (welcher Tumor macht nur jeden Sonntag Beschwerden? – keiner; welches Kopfweg erscheint wochen- bis monatelang in gehäuften ganz kurzen Anfällen? Cluster-Kopfweg), sondern auch für die Suche nach den entscheidenden Faktoren, die Kopfweg auslösen oder beenden, oder es häufig oder selten werden lassen. Für die Definition von Migräne, Migräneaura, episodischem und chronischem Spannungstyp-Kopfweg oder Cluster-Kopfweg ist das Zeitmuster das Leitmerkmal. Wenn sich die Wochenendmigräne des Familienvaters seit zwei Jahren gehäuft hat und seine Frau seit zwei Jahren am Wochenende arbeitet, ist die Frage nach einem Zusammenhang nicht nur berechtigt, sie ist sogar die Voraussetzung für eine wirksame Behandlung. Der menstruelle Zyklus ist so oft mit Migräneattacken verbunden, dass die Fragen danach bei Frauen obligat sind (meist werden diese Zusammenhänge spontan erwähnt, bedürfen aber der Präzisierung).

Kopfschmerzen sprengen den Rahmen der Medizin: Céphalées sans frontières

Kopfschmerzen sind subversiv. Sie sprengen den Rahmen der Medizin. Das war im Altertum und am Anfang der modernen Medizin so, und heute ist es nicht anders. Kopfschmerzen sind so subversiv, dass ihre Revolte sich oft auch gegen die Behandlung wendet (Ich bin gegen Chemie, sagt der Patient, ich muss einfach alle vier Stunden meine Schmerztablette haben, das einzige, was mir hilft; ich gehe nicht mehr zu den Ärzten, die geben mir ja immer nur Pillen; Ihre Tabletten sind ja Herzmittel, ich habe sie darum gar nicht erst eingenommen). Die Patientinnen wissen eben, dass sie eigentlich – abgesehen von den Kopfschmerzen – gesund sind, und reagieren ungewöhnlich heftig auf die geringsten Nebenwirkungen, die andere Kranke glauben in Kauf nehmen zu müssen, weil die meisten Kranken akzeptieren, dass sie krank

Korrespondenz:
Dr. med. H. Isler
Universitätsspital
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich

sind, die Kopfwepatienten aber nicht. Das bloss reflexmässige Verschreiben von Medikamenten nützt da niemandem. Wer Kopfschmerzen behandeln will, muss denken, und zwar weiter denken als bis zu den Indikationen im Kompendium, wie «evidence-based» und IKS- und BSV-genehm sie immer sein mögen. Die Standarddosis für andere Kranke nützt bei Kopfwepatientinnen sehr oft nichts, da geringste Nebenwirkungen zur «non-compliance» führen. Bei Kopfwepatienten sollen prophylaktische Behandlungen (Betablocker, Kalziumantagonisten, Antikonvulsiva, Antidepressiva, Magnesium, Riboflavin) von sehr kleinen Dosen bis zur individuell ganz verschiedenen Erhaltungsdosis aufgebaut, «eintitriert» und die Vorgänge und Reaktionen dabei laufend mit den Patienten diskutiert werden.

Kopfwep ist so global, dass die sehr verschiedenen Prävalenzen der Statistiken aller Länder nur noch kulturell bedingte Unterschiede der Erfassung wiedergeben können. Stubenhockerinnen und Frührentner sind da im gleichen Spital krank wie die Eisschnellläufer, Fallschirmspringer, Ruderer, Headhunter, Polizistinnen, Ärztinnen, Globalisiermanager und Millionenbetrüger, die alle wegen ihrer Kopfschmerzen zu uns kommen. Undogmatische Ärzte haben das seit dem Altertum immer wieder gemerkt. Thomas Willis, der Erfinder der Neurologie, der 1672 [1] das erste wirksame Migränemittel empfahl, nämlich «potus Copehy», Kaffee, stellte damals fest: *Morbus hic nulli temperamento, constitutioni, victus rationi, nulli causarum evidentium, aut continentium generi constans, frigidos & calidos, sobrios, & intemperatos, jejunos, & ventre plenos, pingues, & macilentos, juvenes, & senes, immò quoslibet cujusque aetatis, sortis, & conditionis homines passim incessit.*

Diese Krankheit gehört zu keinem Temperament, keiner Konstitution, Lebensweise, und zu keiner Art offensichtlicher oder unmittelbarer Ursachen, sie befällt wahllos Kühle und Hitzige, Nüchtere und Trinker, Fastende und Satte, Fette und Ausgemergelte, Junge und Greise, also Beliebige jeglichen Alters, Einkommens und Standes.

Willis fand, dass keine sicheren Indikationen für Behandlungen der Kopfschmerzen bekannt seien, so dass man oft zu improvisierten Behandlungsmethoden greifen müsse, die man sich von dem, was nütze, und dem, was schade (*ex iuvantibus et laedentibus*) zusammenlesen könne. Das gilt noch heute für die Langzeitprophylaxe der Migräne, des Spannungstypkopfweps und verwandter Leiden wie atypische Gesichtsschmerzen oder Cluster.

Kopfwep ist so subversiv, dass sich auch die heutige Medizin mit ihren naiven mechanistischen Vereinfachungen dagegen allzu oft nicht durchsetzen kann; bald richtet sich das «Revoluzzen» im Patienten drin auch gegen die Verarztungen, und die vorher erfolgreichen Medikamente nützen nichts mehr oder müssen so oft und reichlich genommen werden, dass das Kopfwep deswegen gar nicht mehr spontan verschwinden kann und einfach bleiben muss, oft lebenslänglich. Wissenschaftliche Erklärungsversuche der Migräne wie etwa die über dreihundertjährige

Vorstellung von Gefässverengungen und -erweiterungen, die über vierzigjährige Hypothese einer reinen Serotonin-Umsatzstörung, oder die einer neurogenen sterilen Entzündung an den Hirngefässen sind zwar industriellen Sponsoren noch immer viel wert, lassen sich aber mit allzuvielen klinischen und neurophysiologischen Daten nicht vereinbaren. Unter den verbleibenden pathophysiologischen Hypothesen sind das Fehlen der Habituation auf repetitive Reize, der mitochondriale Energiemangel, fehlerhafte Ionen-eintrittskanäle und die «spreading depression» von Leão noch aktuell, als je einziger Pathomechanismus dürften sie aber auch nicht in Frage kommen. Die Migränen sind wahrscheinlich pathophysiologisch viel zu heterogen, um mit so einfachen Konstruktionen erklärt werden zu können, um so mehr als sorgfältige klinische Beobachtungen darauf hinweisen, dass bei den Migränen höhere und höchste Hirnfunktionen oft die Hauptrolle spielen.

Der pathogene Alltag

Entscheidende pathogene Faktoren sind meist unauffällig, weil sie im Alltag der Patientinnen als selbstverständlich und unvermeidlich gelten. Sehr oft sind es die normalen Ansprüche, die der Alltag stellt, die aber die Patienten nicht oder nur schwer erfüllen können. Zum Teil sind das Ansprüche, die man sich zu eigen macht, zum Teil die anderer Leute, reale oder imaginäre Fremdnormen, vom «was würden die Leute sagen» bis zum «aber ich kann doch nicht krank zu Hause bleiben, ich verliere sofort die Stelle». Man kann das sehr oft übersetzen als «ich muss mich doch überfordern». Die individuelle Tragfähigkeit für Leistung und emotionale Belastung und übernommene Normvorstellungen variiert in unglaublichem Ausmass, nicht nur interindividuell, sondern auch im Lebenslauf der Individuen. Normvorstellungen wie «Das kann doch jeder», oder «Das ist doch eine normale Belastung», oder «Das passiert früher oder später jedem von uns» mögen uns selbst beruhigen. Das heisst aber nicht, dass eine Kopfwepatientin deswegen ihre vermeintlich normale Überbelastung besser ertragen können sollte.

Kopfwep ist eben geradezu Streik und Demonstration, der Körper geht quasi ver mummt mit Transparenten und Petarden auf die Strasse, weil seine Regierung allzuvielen Zumutungen nachgibt. Der exakte Hirnforscher und Nobelpreisträger Sir Charles Sherrington, ein «harter» Wissenschaftler, bemerkte zur Funktion der Schmerzen:

“... under the rubric ‘pain’ we meet mind moving matter to help mind in mind’s distress. Mind invoking the body to do something and, in spite of the eternal psycho-physical difficulty, effectively. ‘Pain’ seems to pay no heed to that old dilemma. My raging tooth drives me to the dentist.”

«... in der Sparte «Schmerz» treffen wir den Geist an, wie er Materie dazu bewegt, dem Geist in seiner Not zu helfen. Der Geist ruft den Körper an, etwas zu tun, und, trotz dem ewigen psychophysischen Problem,

erfolgreich. «Schmerz» scheint sich um jenes alte Dilemma nicht zu kümmern. Mein rasender Zahn treibt mich zum Zahnarzt.» [2]

Der Körper und seine Steuerung im Gehirn, als virtuelle Einheit betrachtet, ist einem einfach denkenden Haustier sehr ähnlich. Mit Tieren kann man bekanntlich nicht alles machen, mit Menschen aber schon. Im Gegensatz etwa zu Hunden kennen die Menschen ihre Grenzen kaum und lassen sich von tatsächlichen oder eingebildeten Autoritäten gewohnheitsmässig dazu verleiten, diese zu missachten. Diese Durchlässigkeit für Normen anderer Leute ist bei Kopfwehleidenden besonders ausgeprägt, sie sind dem «was würde man denn sagen, wenn ich das täte» oft hilflos ausgeliefert, und sie brauchen oft besondere Schutzmassnahmen dagegen, die die Notbremse Kopfweh nach und nach ersetzen. Am besten eignen sich dafür regelmässige Unterhaltsarbeiten am Körper, wie etwa tägliche Entspannungsübungen frühmorgens und tägliches längeres Gehen im Freien.

Kopfschmerz als Alarmsignal

G. Jenzer

«Alarm!?»

Alarm ist ein Zeichen, das vor unmittelbarer Gefahr warnt. Bei etwa bis 2% aller medizinischen Notfälle ist das Symptom Kopfschmerz ausschlaggebend. 95% dieser Patienten dürften dabei eine verhältnismässig harmlose Art von Kopfschmerz aufweisen; die verbleibenden 5% fallen jedoch unter die hier zu erörternde Thematik [1]. Kopfschmerz – einerseits neu oder schon länger vorhanden, andererseits episodisch, anfallsartig oder kontinuierlich – ist ein häufiges Symptom. Sowohl bei der ersten Begegnung mit dem Problem als auch bei Verlaufskontrollen sind wir also immer wieder wegen der Frage nach der potentiellen *Gefährlichkeit* möglicher Ursachen in die Verantwortung genommen. Hier zu klären, ist fast stets

Korrespondenz:
 Dr. Gerhard Jenzer
 Neurologie FMH
 Jurastrasse 41
 CH-4900 Langenthal
 E-mail gjenzer@dial.eunet.ch

Die Rolle des Alltäglichen und der Zeit in der Kopfwehpraxis

Zur genügenden Erfassung des Kopfwehleidens gehört also die Erfassung des Alltagslebens der Patienten, die Beschreibung des Zeitmusters der Kopfschmerzen in bezug auf ihren Alltag, und der Vergleich der Entwicklung dieser Verhaltensmuster in der Zeit bis zur ersten Konsultation und während der Behandlungszeit. Wer Kopfweh ernsthaft behandeln will, kann nicht nur auf Medikamente vertrauen. Sie oder er wird sich die nötige Zeit schon nehmen oder gar stehlen müssen.

Literatur

- 1 Willis T. De Anima Brutorum, quae hominis vitalis ac sensitiva est, exercitationes duae. London: J. Allestry; 1672. Pars secunda, clinica, Beginn 1. Kapitel. Übersetzung: H. Isler.
- 2 Sherrington C. Man on his Nature. The Gifford Lectures. Edinburgh 1937-38. Cambridge: University Press; 1940. P. 226. Übersetzung: H. Isler.

auch ein dringliches, wenn oft unausgesprochenes Anliegen unserer Patienten. Bis man sich wegen Kopfschmerz untersuchen lässt, braucht es meist viel. Der entscheidende Beweggrund ist schliesslich in der Regel, ganz abgesehen vom Schmerz, Besorgnis oder gar eigentliche Angst. Es geht also darum, wann Kopfschmerz als solitäres Leitsymptom *alarmierend* ist. Um uns dieser alltäglichen Anforderung so sachgemäss wie nur möglich anzunehmen, wüssten wir uns zuverlässige Anhaltspunkte. Zum vornherein ist festzustellen, dass die Kopfschmerz-Diagnostik eine heikle, absolut *exklusiv ärztliche Angelegenheit* und – allen jenen banalisierenden Meinungsmachern zum Trotz – nicht Sache dilettantischer Anbieter auf dem Graumarkt des Gesundheitswesens sein kann.

Diagnostisches Dilemma

Bei etwa 90% aller Kopfwehprobleme handelt es sich um sogenannte «primäre» Kopfschmerzen (v. a. Spannungskopfschmerz, Migräne, Cluster-Kopfschmerz, sowie konsekutiv chronische Kopfschmerzarten) [2], bei 10% also um «sekundäre» (symptomatische) und innerhalb denselben nur ausnahmsweise um unmittelbar *gefährliche* Kopfschmerzen. Stets jedoch, und ganz besonders bei der Erstuntersuchung oder bei unbefriedigenden Verläufen, muss somit eine *Alarmbereitschaft*, jedenfalls zumindest eine hohe Aufmerksamkeit vorhanden sein –, und eigentliche Alarmzeichen dürfen wir keinesfalls ignorieren. Wir übernehmen in jedem Einzelfall eine belastende Verantwortung und solange wir noch nichts vorfinden als das