



# Sind Kopfschmerzkinder verhaltensauffälliger?

U. Just, R. Oelkers, S. Bender, P. Parzer, M. Weisbrod \*, F. Resch

Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg  
\* Psychiatrische Klinik der Universität Heidelberg

## Fragestellung

Kopfschmerz ist das häufigste körperliche Symptom im Schulalter sowie die häufigste chronische Schmerzstörung bei Kindern. Depressive Verstimmungen und Ängste werden als psychiatrische Komorbiditäten bei Migräne und Spannungskopfschmerzen bei Erwachsenen beschrieben (Breslau et al. 1994). Nach unseren bisherigen Ergebnissen werden Migränekinder von ihren Eltern als verhaltensauffälliger beschrieben als Kontrollkinder. Es werden sowohl Internalisierungs- als auch Externalisierungsstörungen berichtet (Just et al. 2000). Ausgehend von der Tatsache, daß bei 60 % der Patienten der Kopfschmerz ins Erwachsenenalter chronifiziert (Bille 1962, 1981), soll geklärt werden:

- (i) ob es einen Zusammenhang zwischen IHS Einzelitem (z.B. Schmerzintensität etc.) und Verhaltensparametern im Selbst- und Fremdrating gibt
- (ii) welche therapeutischen Implikationen sich daraus ableiten lassen.

## Methode

Die Rekrutierung erfolgt per Presse sowie über die neurologischen Ambulanzen der Universitätskinderkliniken Heidelberg und Mannheim. 121 Kopfschmerzpatienten und 72 Kontrollen wurden bisher eingeschlossen. Die Schmerzdiagnostik erfolgt als Interview nach Kriterien der IHS (International Headache Society, 1988). Die Patienten werden in die Gruppen Migräne (Code 1.1, 1.2) und Spannungskopfschmerz (Code 2.1) klassifiziert. Zusätzlich wird eine Auswertung auf IHS-Einzelitemebene (Schmerzintensität, Dauer, Häufigkeit, vegetative Begleiterscheinungen) herangezogen.

Tabelle 1: Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Gruppen

	Geschlecht		Alter in Jahren	
	Männlich	Weiblich	Mittelwert (SD)	Range
Kopfschmerzgruppe	66	55	10,53 (2,98)	5-18
Kontrollgruppe	44	28	11,05 (3,21)	6-18

Die Komorbiditätsdiagnostik erfolgt dimensional per Selbstrating: DIKJ (Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche, Stiensmeier-Pelster et al. 1989) AFS (Angstfragebogen für Schüler, Wieczkowski et al. 1981) Fremdrating: CBCL-E (Child Behavior Check List, Achenbach 1991). Das Fremdrating wird durch die jeweiligen Erziehungsberechtigten vorgenommen.

## Ergebnisse

Die Auswertung auf IHS - Einzelitemebene ergab eine höhere Varianzaufklärung der Verhaltensauffälligkeiten im Vergleich mit den IHS - Diagnosen (Tabelle 2). Es zeigen sich signifikante Gruppenunterschiede im Selbst- und Fremdrating in allen Skalen.

Die Häufigkeit der Migräneattacken, die Kopfschmerzintensität, die Häufigkeit der Spannungskopfschmerzen, die Schmerzdauer und vegetative Symptome (insbesondere Photophobie) stehen in deutlichem Zusammenhang zu den von den Eltern berichteten Verhaltensauffälligkeiten sowie dem Angst- und Depressivitätserleben der Kopfschmerzkinder. Die größten Effekte zeigen sich in den Skalen Internalisierung, Angst/Depression und Körperbeschwerden (mit und ohne Kopfschmerzen).

Die hohe Korrelation mit anderen Körperbeschwerden gibt einen Hinweis auf die Somatisierungsneigung der Kopfschmerzpatienten.



## Diskussion

Die Ergebnisse zeigen auch auf IHS - Einzelitemebene, daß Kopfschmerzkinder deutlich verhaltensauffälliger sind als Kontrollkinder. Die Prädiktoren Häufigkeit der Migräneattacken, Intensität und vegetative Symptome zeigen, daß Migränesymptome den stärksten Zusammenhang zu den Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Dies legt nahe, daß die berichteten Komorbiditäten durch die Kopfschmerzparameter Häufigkeit, Intensität und Dauer sowie durch vegetative Symptome modiert werden. Als mögliche Konsequenzen für die Therapie und Chronifizierungsprävention ergeben sich:

- (i) eine frühzeitige adäquate Schmerztherapie zur Eindämmung der Intensität, Dauer und Häufigkeit (z.B. medikamentöse Attackentherapie)
- (ii) Behandlungsansätze, die Kontrolle über Auslöser vermitteln (z.B. sekundäre Prophylaxe durch multimodale psychologische Therapie).

## Varianzaufklärung verschiedener Diagnosemodelle

Tabelle 2: Regressionsanalyse IHS-Diagnosen versus IHS - Einzelitem (nur signifikante Ergebnisse)

Fremdrating CBCL - Skalen	Varianzaufklärung in %	
	Diagnosen*	IHS Einzelitem
Sozialer Rückzug	2,3	8,1
Körperbeschwerden	31,2	58,9
Körperbeschwerden (ohne Kopfschmerzen)	8,9	33,7
Angst / Depression	12,2	22,1
Soziale Probleme	3,4	8,1
Schizoid / Zwanghaft	1,3	6,5
Aufmerksamkeitsprobleme	2,2	10,9
Delinquentes Verhalten		4,2
Aggressives Verhalten	2,7	14,3
Internalisierung	22,0	38,4
Externalisierung	5,1	10,9
Gesamtwert Problemverhalten	14,8	29,1
<b>Selbstrating</b>		
AFS - Prüfungsangst		4,8
AFS - Manifeste Angst		10,9
AFS - Schulunlust		11,5
AFS - Soziale Erwünschtheit		4,4
DIKJ - Depressivität		12,1

Anmerkungen: lineare bzw. schrittweise Regression, korrigiertes R<sup>2</sup> = Varianzaufklärung, Signifikanz: p<.001 p<.01 p<.05. \* = Migräne, Spannungskopfschmerz

## Zusammenhang zwischen IHS - Einzelitem und Verhaltensauffälligkeiten

Tabelle 3: Ergebnisse der Regressionsanalyse der IHS - Einzelitem (nur signifikante Ergebnisse)

Fremdrating CBCL - Skalen	Varianzaufklärung in %	Prädiktoren (standardisierter Beta-Koeffizienten)										
		Häufigkeit Migräne	Intensität	Häufigkeit Spannungskopfschmerz	Dauer	Photophobie	Aura	Photophobie	Übelkeit Erbrechen Verstärkung bei körperlicher Aktivität	Alter	Geschlecht	
Sozialer Rückzug	8,1	.253		.172								
Körperbeschwerden	58,9	.435	.339	.190								
Körperbeschwerden (ohne Kopfschmerz)	33,7	.539		.231								
Angst / Depression	22,1	.436										-.194
Soziale Probleme	8,1		.293									
Schizoid / Zwanghaft	6,5							.266				
Aufmerksamkeitsprobleme	10,9	.260					.169					
Delinquentes Verhalten	4,2	.218										
Aggressives Verhalten	14,3	.251					.216					
Internalisierung	38,4	.385	.220	.191								
Externalisierung	10,9						.338					
Gesamtwert Problemverhalten	29,1	.282	.292									
<b>Selbstrating</b>												
AFS - Prüfungsangst	4,8	.232										
AFS - Manifeste Angst	10,9	.529	.227	-.416								
AFS - Schulunlust	11,5				.198						.296	.170
AFS - Soziale Erwünschtheit	4,4											-.244
DIKJ - Depressivität	12,1	.475	.293	-.278								

Anmerkungen: schrittweise Regression mit Einschlusskriterium 0,1, korrigiertes R<sup>2</sup> = Varianzaufklärung, Signifikanz: p<.001, p<.01, standardisierter Beta-Koeffizient = partieller Korrelation

## Literatur:

- Bille B: Migraine in school children. Acta paediatrica, 1962, Suppl. 136: 1-51.
- Bille B: Migraine in childhood and its prognosis. Cephalalgia, 1981, 1: 71-5.
- Breslau N, Merikangas K, Bowden C: Comorbidity of migraine and major affective disorders. Neurology, 1994 (44), suppl. 7: 17-22.
- Just U, Oelkers R, Bender S, Parzer P, Weisbrod M, Resch F: Komorbidität bei Kinderkopfschmerz (2. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung: Prävention der Schmerzchronifizierung, Bochum, 15-17 Jun., 2000).

## Danksagung:

Diese Studie wird im Rahmen des Teilprojektes: "Physiologische Korrelate und Entstehungsdynamik von Kopfschmerzen bei Kindern" im Forschungsschwerpunkt "Multidimensionalität des chronifizierenden Schmerzes" der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg gefördert. Wir bedanken uns bei Kerstin Herwig für die Erhebung der Daten und Christel Bletz, die das Poster gestaltet hat.