

# Statistische Untersuchung der psychosomatischen Kopfschmerzen

Drei Gruppen von Patienten werden einander gegenübergestellt: 79 unter der Diagnose „psychosomatischer Kopfschmerz“ (im engeren Sinne), 450 mit Kopfschmerzen mit einer anderen vordergründigen Symptomatik (bezeichnet als symptomatische Kopfschmerzen) und 850 Patienten ohne Kopfschmerzsymptomatik.

Für die Gruppe der psychosomatischen Kopfschmerzen finden sich folgende Kriterien: mehr psychosomatische Erkrankungen in der Familie, meist der Ältere in der Geschwister-rangordnung, meist Stadtbewohner, verheiratet, zwei Kinder, überdurchschnittliches intellektuelles Niveau, Übergewichtig, Ich-Stärke mit eher zwanghaften Zügen, Neigung zu verschiedenem oralen Abusus, wenig andere psychosomatische Beschwerden (im Gegensatz zur Gruppe der Begleitkopfschmerzen).

In der Diskussion wird angenommen, daß in der betreffenden selektiven Somatisation ein Defensivmechanismus liegt.

Statistical study in psychosomatic headache: Three groups of patients were compared statistically: 79 with the diagnosis 'psychosomatic headache' (in the strict sense of the term), 450 others whose headache was part of another disorder (termed 'symptomatic headache'), and 850 patients free from headache symptoms.

The following characteristics were found for the group with psychosomatic headache: More psychosomatic diseases in the family, usually the eldest in birth rank, usually living in towns, married, two children, intellectual level above average, overweight, ego-strength with compulsive features, tendency towards oral abuse of different kinds, few other psychosomatic complaints (contrary to the group with symptomatic headache).

In the discussion the authors try to demonstrate the defensive function of this selective somatisation.

Der Begriff „psychosomatisch“ umfaßt im weiteren Sinn Erkrankungen mit „psychogenen“ Kopfschmerzen, er läßt sich auf alle Formen von Kopfschmerzen anwenden, bei denen keine organische Ursache festgestellt werden kann. Im engeren Sinn bezeichnet dieser Begriff nach der psychosomatischen Theorie (1) Spannungskopfschmerzen, die auch als Muskelkontraktionskopfschmerz bezeichnet werden (4). Hierzu gehören weiterhin Gefäßkopfschmerzen und Kopfschmerzen, die eine Mischform beider Erkrankungsbilder darstellen (9). Je nach den unterschiedlichen Standpunkten wählen die verschiedenen Autoren die entsprechenden Kategorien für die Zuordnung der von ihnen beschriebenen Krankheitsbilder aus. Neurologen und Internisten werden besonders häufig die erste Kategorie anwenden, psychosomatisch orientierte Ärzte und Psychoanalytiker werden mehr der zweiten Kategorie zuneigen. Bei der ersten Kategorie handelt es sich um eine mehr deskriptive Zuordnung, die sich auf die Untersuchung und Beschreibung der angegebenen Beschwerden stützt, bei der zweiten Kategorie bemüht man sich um eine dynamische und strukturelle Erklärung und versucht die psychopathologische Realität zu berücksichtigen, die diese chronischen Kopfschmerzen auslöst.

In diesem Zusammenhang muß eine Arbeit von Marty u. Mitarb. (5, 6, 7) erwähnt werden, die zur Erklärung dieser Krankheitsbilder wesentliches beigetragen hat. Diese Autoren nehmen an, daß eine Beziehung zwischen Kopfschmerz und bestimmten motorischen Situationen eine wesentliche Rolle

spielt und die pathophysiologischen Mechanismen der Entstehung von Kopfschmerzen in Konfliktsituationen erklärt. Die psychosomatischen Kopfschmerzen sind ein pathologisches Indiz für bedeutende Störungen der Umweltbeziehungen. Sie sind bestimmt durch eine *psychische Hemmung, eng verbunden mit der motorischen Hemmung*, Aggressionen freisetzen zu können. Die Kopfschmerzen sind bei diesen Patienten Äquivalente erstarrter Traumbilder und stellen so das visuelle Abbild der doppelten intellektuellen und motorischen Blockade dar (Blockade einer Freisetzung von Aktionen und Furcht vor Aktionen). Dieser Mechanismus drückt sich auch bei der Ausführung des Rorschach-Tests aus. Kinetische und emotional gelenkte Reaktionen werden gehemmt oder unterdrückt (12).

Im Rahmen dieses Artikels sollen besonders die symptomatischen psychogenen Kopfschmerzen behandelt werden, die als psychosomatische Symptome Teil einer anders definierten psychiatrischen Erkrankung sein können.

## Material und Methoden

Diese Untersuchung wurde durchgeführt, um das Symptomenbild des psychosomatischen Kopfschmerzes herauszuarbeiten. Um die Klassifikation der Einzelsymptome zu erleichtern, wird seit 7 Jahren

Prof. Dr. med. Meyer Timsit, Dr. med. E. Urbain, Dr. med. J. Sabatier, Dr. med. M. Timsit-Berthier, Département de Psychologie Médicale, 153 Bd de la Constitution, B-4000 Liège, Belgien.

# Statistische Untersuchung der psychosomatischen Kopfschmerzen

in der Abteilung für Medizinische Psychologie der Universität Lütlich ein bestimmtes Bewertungssystem der Krankengeschichten verwendet. Die Übertragung der Daten in dieses System hat sich auch bei anderen psychopathologischen Untersuchungen (3, 8, 11) bewährt. Dieses System wurde nicht eigens für die Untersuchung von Kopfschmerzen entworfen, es handelt sich hier um eine Methode zur Übertragung von Informationen aus psychiatrischen Krankengeschichten. Unsere Methode ist besonders für die psychopathologische Untersuchung der Patienten geeignet, weniger für eine vergleichende Untersuchung bei somatisch bedingten Kopfschmerzen, da sich die Einzelsymptome bei organischen Kopfschmerzen wesentlich von denen bei psychosomatischen Kopfschmerzen unterscheiden. Das hier verwendete System unterscheidet sich erheblich von anderen Bewertungssystemen, die bei Untersuchungen von Kopfschmerzen zur Anwendung kommen, wie z. B. das System von *Barolin* (2). Unser System erlaubt jedoch mit größerer Genauigkeit einen Vergleich der Persönlichkeitsstrukturen bei einzelnen Patienten. Die untersuchten Populationen sind in Tabelle 1 aufgeführt. Die erste Gruppe enthält 79 Patienten – 35 Männer und 44 Frauen – die wegen

Tabelle 1: Mit IBM 360-44 untersuchte Population

Kategorien	Fallzahl	Männer	Frauen
Gruppe 1 psychosom. Kopfschmerzen	79	35	44
Gruppe 2 keine Kopfschmerzen	850	408	442
Gruppe 3 symptomatische Kopfschmerzen	450	185	265

Kopfschmerzen an die Klinik überwiesen wurden oder die Klinik aus eigenem Antrieb wegen chronischen Kopfschmerzen aufsuchten. Sie wurden nach den Kriterien, die wir der Definition psychosomatischer Kopfschmerzen zugrunde legten, ausgewählt. Diese Kriterien wurden bereits beschrieben. Mit Hilfe neurologischer Untersuchungen, Röntgenaufnahmen oder Elektroenzephalogramme wurde vor Beginn der Untersuchung eine organische Ursache der Kopfschmerzen ausgeschlossen. Bei unseren Patienten handelt es sich um gefäßbedingte migräneartige oder muskuläre Kopfschmerzen („muscle contraction headache“). Gelegentlich handelte es sich auch um eine Kombination dieser verschiedenen Formen des Kopfschmerzes; wir haben die verschiedenen Formen bei dieser Untersuchung nicht unterschieden. Eine zweite Gruppe umfaßt 850 Patienten, die nicht über Kopfschmerzen klagten, in einer dritten Gruppe wurden 450 Patienten zusammengefaßt, die im Rahmen anderer psychiatrischer Erkrankung wie z. B. Depression, Angst, Neurosen, Phobien usw. über Kopfschmerzen klagten.

Diese Untersuchung stützt sich besonders auf bestimmte Variable, die wir in drei Gruppen zusammengefaßt haben, die erste Gruppe enthält die „harten Daten“, die beiden anderen Gruppen enthalten die weniger gesicherten Daten.

1. Objektive Befunde (Grundparameter und anamnestiche Angaben).

2. Klinische Untersuchung (Bewertung der Erkrankung durch den Arzt).

3. Subjektive Beschwerden (Bewertung der Erkrankung durch den Patienten).

Bei der statistischen Auswertung unserer Daten sind wir nach der Chi-Quadrat-Methode vorgegangen. Dieses Verfahren enthält sicherlich Ungenauigkeiten. Bei statistischen Berechnungen, die sich nicht auf sichere Parameter stützen können, wie unsere Untersuchung, vermeidet man jedoch Fehler, die sich aus einer nicht vorhandenen Normalverteilung ergeben.

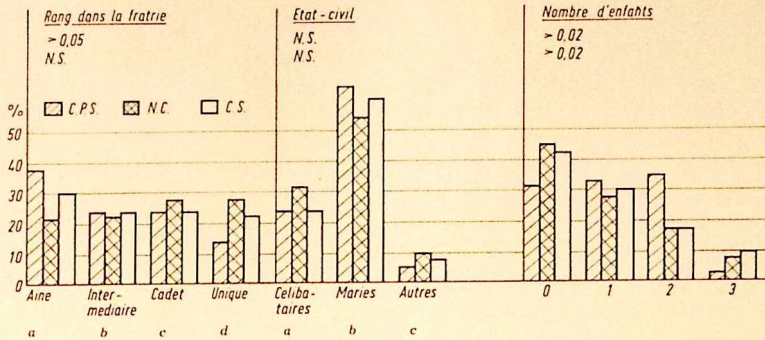
## 1. Objektive Befunde

Wir fanden keine signifikanten Unterschiede nach Alter und sozialem Status. Die *Zahl der Kinder* hat dagegen einen statistisch-signifikanten Einfluß (0,025). Patienten mit psychosomatischen Kopfschmerzen findet man sehr häufig in Familien mit 2 Kindern. Es scheint, daß dies der modernen Durchschnittsfamilie (Vater, Mutter, 2 Kinder) entspricht. Diese Familiengröße gilt heute jedenfalls nach allgemeiner Auffassung als angemessen. Diese Beurteilung muß modifiziert werden, wenn wir bei der Betrachtung des aktuellen familiären Milieus berücksichtigen, daß die Mitglieder einer Familie gut adaptiert oder ambivalent (1:2) sein können. Man könnte glauben, daß dieses stereotype Familienschema den Kranken mit Kopfschmerzen nicht befriedigt, er wendet sich gegen seinen Körper, d. h. in diesem Fall gegen seinen Kopf. In diesem Zusammenhang ist die Feststellung interessant, daß psychosomatische Kopfschmerzen, aber auch symptomatische Kopfschmerzen vorzugsweise bei dem *Erstgeborenen unter den Geschwistern* gefunden werden. Es scheint, daß der Kopfschmerz unabhängig davon, ob es sich um eine psychosomatische Krankheit oder um ein einfaches Symptom handelt, bei Personen mit jüngeren Geschwistern, die innerhalb der Geschwisterreihe eine „führende Position“ einnehmen, häufiger gefunden wird (Abb. 1).

Man findet in der *Familienanamnese* und in der *Eigenanamnese* der Patienten der Gruppe 1 häufiger die Tendenz zum Auftreten psychosomatischer Krankheiten. Doch läßt sich keine signifikante Beziehung zu der familiären Situation in der Kindheit herstellen. Ebenso spielt die Beziehung der Patienten zu den Eltern statistisch keine signifikante Rolle. Der *Ausbildungsstand* der Patienten hat jedoch eine große Bedeutung: Patienten mit psychosomatischen Kopfschmerzen haben im allgemeinen eine bessere Erziehung genossen. Als Ergebnis dieser Erziehung schätzen sie den Wert des Denkens höher ein (Abb. 2).

Auch die *Umgebung* hat einen signifikanten Einfluß auf das Entstehen dieser Erkrankung (0,01). Nur wenige Patienten mit psychosomatischen Kopfschmerzen stammen aus dem ländlichen Milieu. Bei der Einstellung zum Beruf gibt es ebenfalls signifikante Unterschiede wenn man Gruppe 1 und Gruppe 3 (Kopfschmerz als Symptom) betrachtet. Man findet eine schlechte Anpassung in der letzten Gruppe, während der

# Statistische Untersuchung der psychosomatischen Kopfschmerzen



C.P.S. = psychosomatische Kopfschmerzen  
 N.C. = kein Kopfschmerz  
 C.S. = somatischer Kopfschmerz

Abb. 1: Grundparameter: Hinsichtlich des sozialen Status (Verheiratet oder Nichtverheiratet) fand sich kein statistisch signifikanter Unterschied (Abb. Mitte, a = unverheiratet, b = verheiratet, c = andere).

Patienten mit psychosomatischen Kopfschmerzen sind jedoch häufig die ältesten aus einer Geschwistergruppe (Abb. li., a = ältestes, b = mittleres, c = jüngstes Kind, d = Einzelkind), verheiratet und leben in einer Familie mit 2 Kindern (Abb. re., 2) (Konformismus?).

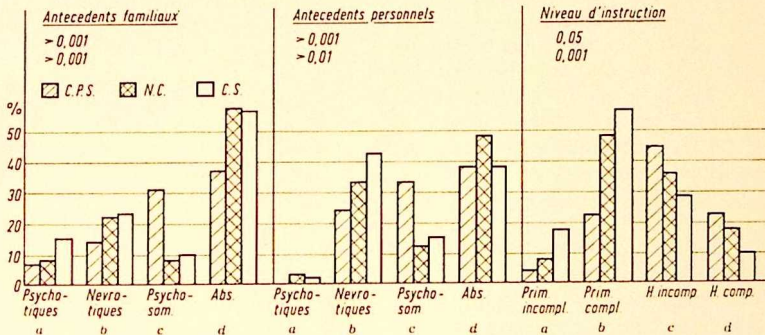


Abb. 2: Grundparameter: (Fortsetzung): Bei der Patientengruppe mit psychosomatischen Kopfschmerzen ist häufiger als bei anderen die Familienanamnese und die eigene Anamnese bezüglich psychosomatischer Erkrankungen positiv (Abb. li. u. Mitte, a = psychotisch, b = neurotisch, c = psychosomatisch, d = negativ).

Ihr Ausbildungsstand ist signifikant höher (Abb. re., a = nicht abgeschlossene, b = abgeschlossene Grundschulbildung, c = nicht abgeschlossene, d = abgeschlossene höhere Schulbildung).

Begriff der Überlastung (surmenage) als Ursache des Kopfschmerzes häufiger in der 1. Gruppe gefunden wird (Abb. 3, re., 2. Säulengruppe).

## 2. Klinische Beurteilung (Gesichtspunkt des Arztes)

Aus der Sicht des Klinikers erscheint das intellektuelle Niveau des Kranken mit Kopfschmerzen wesentlich höher als das intellektuelle Niveau anderer Gruppen (0,01 und 0,001). Diese Patienten erscheinen weniger emotional determiniert und weniger ängstlich zu sein (Abb. 4). Die Patienten der Gruppe 1 sind nach ihren Charakterzügen reifer. Wenn man aber diese Ergebnisse den Befunden gegenüberstellt, die man

unter Anwendung von Projektionstests gewinnt, zeigt z. B. der Rorschach-Test einen bestimmten Grad an Unreife. Dieser Befund stimmt nicht mit den vorher beschriebenen Ergebnissen überein; die Resultate der verschiedenen Untersuchungsmethoden werden jedoch durch die ihnen zugrunde liegenden Kriterien beeinflusst. Untersuchungen mit Projektion beziehen sich auf eine „normale Bevölkerung“, unsere Untersuchung befaßt sich aber mit einer Neurosenpopulation. Die „Ich-Schwäche“ ist wesentlich geringer (Abb. 5). Bei den Patienten der Gruppe 1 ist die offene Aggressivität relativ gering ausgeprägt. Entgegen den Erwartungen besteht aber kein signifikanter Unterschied zu dem Niveau der unterdrückten Aggression (Abb. 6).

# Statistische Untersuchung der psychosomatischen Kopfschmerzen

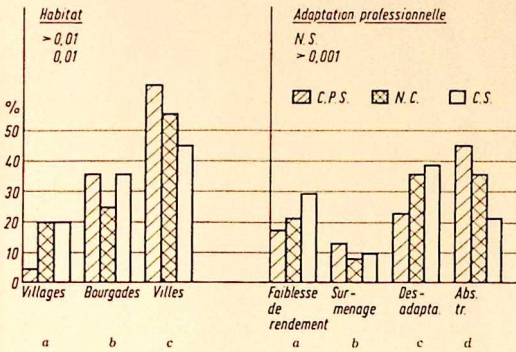


Abb. 3: Grundparameter: Patienten mit psychosomatischen Kopfschmerzen werden signifikant häufiger unter der Stadtbevölkerung gefunden (Abb. li., a = Dorf, b = Kleinstadt, c = Stadt). Sie sind signifikant häufiger beruflich gut integriert (Abb. re., a = Leistungsschwäche, b = Überlastung, c = schlechte Anpassung, d = keine Störungen).

Bezüglich der Neigung zu Selbstmordversuchen lassen sich keine Unterschiede feststellen, emotionale Störungen sind jedoch bei den Patienten der Gruppe 1 wesentlich seltener als bei den anderen Gruppen (Werte signifikant bei 0,001). Bei der Hälfte der Patienten findet der Arzt keine emotionalen Störungen; wenn welche beschrieben werden, scheint das emotionale Verhalten eher im Sinne einer Dysphorie als im Sinne einer reaktiven Depression verändert zu sein. Die Gruppe der Patienten mit symptomatischem Kopfschmerz verhält sich völlig anders. Dies bedeutet nicht unbedingt, daß die Patienten dieser Gruppe nicht unter bestimmten Bedingungen auch Depressionen entwickeln können. Unter diesen Umständen verliert der Kopfschmerz seinen Charakter. Wir haben persönlich mehrere dieser Patienten psychotherapeutisch behandelt und konnten das geradezu klassische Bild des psychosomatischen Ausgleichs beobachten. Wir halten die Darstellung dieser Symptome jedoch für interessant, da sie

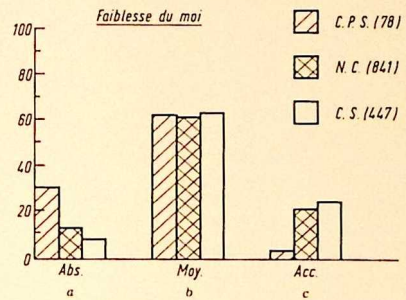
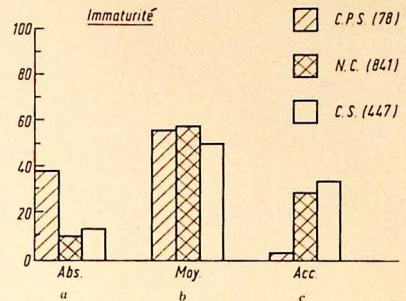


Abb. 5: Beurteilung der Erkrankung durch den Arzt (Fortsetzung): Die Patienten mit psychosomatischen Kopfschmerzen besitzen im Allgemeinen eine reifere Persönlichkeit (Abb. oben, a = fehlende Unreife, b = mittel, c = deutlich), die Ich-Schwäche ist bei ihnen geringer als bei den beiden anderen Gruppen (Abb. unten, a = fehlende Ich-Schwäche, b = mittel, c = deutlich).

die defensive Funktion der somatischen Verdrängung gut beschreiben (Abb. 7).

Statistisch signifikant ist auch die Beziehung zwischen Kopfschmerz und führenden Eigenschaften der Persönlichkeit: in der Gruppe 1 ist der Anteil der Personen mit dominierenden zwanghaften Charakterzügen weitaus größer als in den anderen untersuchten Gruppen. Ohne Zweifel können die Patien-

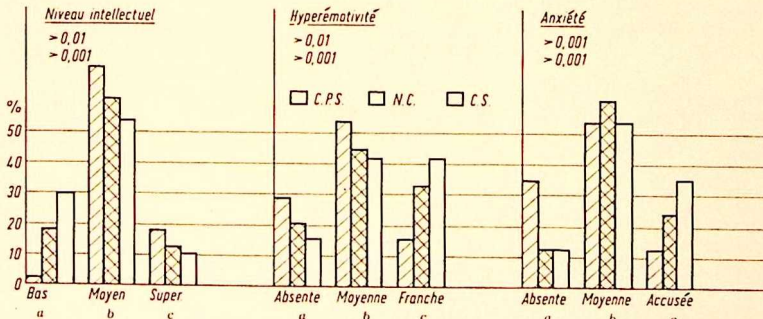


Abb. 4: Beurteilung der Erkrankung durch den Arzt: Patienten mit psychosomatischen Kopfschmerzen sind aus der Sicht des Arztes intelligenter (Abb. li., a = Intelligenzniveau niedrig, b = mittel, c = hoch), weniger emotional bestimmt (Abb. Mitte, a = Hyperemotionalität fehlend, b = mittel, c = deutlich) und weniger ängstlich (Abb. re., a = Ängstlichkeit fehlend, b = mittel, c = ausgeprägt) als die Patienten der beiden anderen Gruppen.

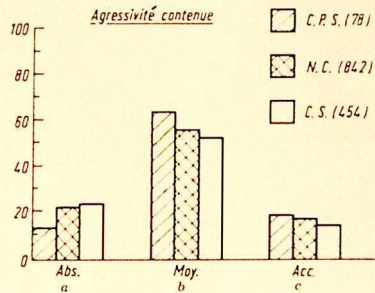
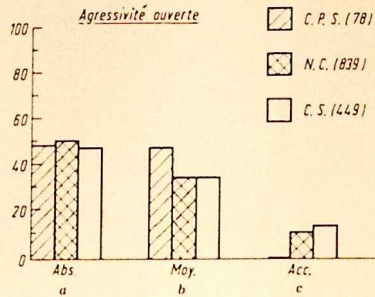


Abb. 6: Beurteilung der Erkrankung durch den Arzt (Fortsetzung): Hinsichtlich der Aggressivität (oben offene Aggressivität, unten unterdrückte Aggressivität, a = fehlend, b = mittel, c = deutlich) ergibt sich zwischen den 3 Patientengruppen keine statistisch signifikante Differenz.

ten mit psychosomatischen Erkrankungen eine Fassade aufbauen, wie es häufig beschrieben wurde. Die Projektionstests zeigen in diesen Fällen nur ein Überwiegen der intellektuellen Verarbeitung an, während im allgemeinen die persönliche Reaktion auf den Rorschach-Test mehr emotional betont ist (Abb. 8).

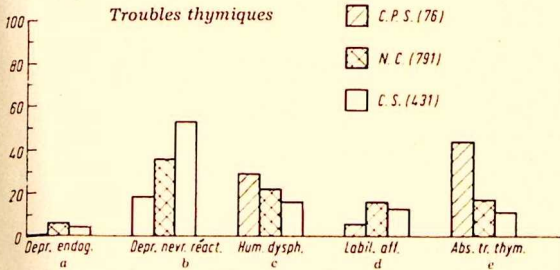


Abb. 7: Beurteilung der Erkrankung durch den Arzt (Fortsetzung): Emotionale Störungen sind bei Patienten mit psychosomatischen Kopfschmerzen weniger bedeutend als bei den Patienten der beiden anderen Gruppen (a = endogene Depression, b = reaktive Depression, c = Dysphorie, d = Affektlabilität, e = keine Störungen). Bei Patienten mit symptomatischen Kopfschmerzen findet man jedoch häufiger depressive Reaktionen.

### 3. Subjektive Beschwerden (Gesichtspunkt des Patienten)

Interessanterweise unterscheiden sich die drei Gruppen von Patienten sehr deutlich voneinander. Patienten mit psychosomatischen Kopfschmerzen haben im Gegensatz zu Patienten ohne Kopfschmerzen oder Patienten mit Begleitkopfschmerzen seltener Herzklopfen, Schwindel, Atemnot, Druckgefühl auf der Brust, Verkrampfungen, Schwächezu-

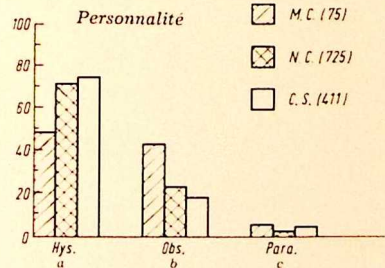


Abb. 8: Beurteilung der Erkrankung durch den Arzt (Ende): Es wurde eine statistisch signifikante Beziehung zwischen den dominierenden Eigenschaften der Persönlichkeit und der Erkrankung beobachtet (a = hysterisch, b = zwanghaft, c = paranoid).

# Statistische Untersuchung der psychosomatischen Kopfschmerzen

stände oder krampfartige Schmerzen in verschiedenen Regionen. Man findet bei ihnen höchstens eine Neigung zu Übelkeit und Erbrechen (Abb. 9). Wenn man die Ernährung dieser Patienten betrachtet, findet man eine Hinwendung zu Genußmitteln, die bei Patienten mit psychosomatischen Kopfschmerzen wesentlich größer ist. Diese Betonung der oralen Befriedigung wurde durch die Ergebnisse vieler Untersuchungen bestätigt.

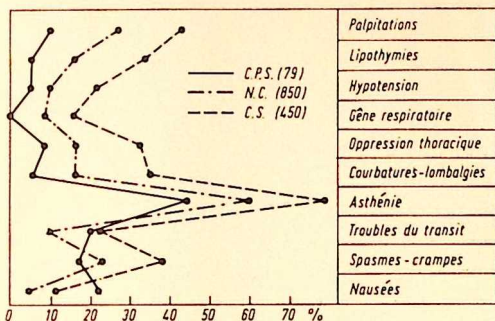


Abb. 9: Beurteilung der Erkrankung durch den Patienten: Bei Patienten mit psychosomatischen Kopfschmerzen sind die verschiedenen psychischen Funktionsstörungen seltener als bei Patienten ohne Kopfschmerzen und Patienten mit symptomatischen Kopfschmerzen.

## Literatur

- Alexander, F.: La médecine Psychosomatique. Petite Bibliothèque Payot, Paris 1962.
- Barolin, G. S.: Headache and cervical spine. Res. clin. Stud. Headache (1972/III).
- Dongier, M., Timsit, M., Melon, J., Dongier, S.: L'informatique dans l'enseignement et la recherche psychiatrique. Quelques exemples d'application. Ann. méd. psychol. 129 (1971) 99-107.
- Martin, M. J., Rome, H. P., Swenson, W. M.: Muscle contraction Headache: a psychiatric review. Res. clin. Stud. Headache (1967/I) 184-204.
- Marty, P.: Aspects psychodynamiques de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgies. Rev. franç. Psych. 15 (1951) 216-252.
- Marty, P.: Les céphalalgies. Encycl. Med. chirurg. Psychiatrie, 1955, 37 480 G 10.
- Marty, P., M'Uzan (de), M., David, C.: L'investigation psychosomatique. Presses Universitaires de France, Paris 1963.
- Melon, J., Timsit, M.: Etude statistique sur la psychopathologie des immigrés. Acta psychiat. belg. 71 (1971) 98-120.
- Stenbeck, A.: Headache and life stress: a psychosomatic study of headache. Acta Psychiat. scand. 1-143 (1954) 92, suppl.
- Timsit, M., Timsit-Berthier, M.: Fondements expérimentaux de la médecine psychosomatique: Les céphalées. Rev. méd. Liège 23 (1968) 743-747.
- Timsit, M., Sabatier, J.: L'emploi des ordinateurs en clinique psychiatrique. Acta psychiat. belg. 73 (1973) 272-301.
- Timsit, M.: Test de Rorschach et céphalées. Acta psychiat. belg. 72 (1972) 96-116.