

Hinrichs, G. / Göbel, D. und Steinhausen H.-Ch.

Kopfschmerzen und Migräne bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 36 (1987) 8, S. 277-284

urn:nbn:de:bsz-psydok-32420

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

<i>Gerlicher, K.</i> : Situation und Entwicklungstendenzen in der institutionellen Erziehungsberatung – Fakten und Anmerkungen (Actual Situation and Trends in Institutional Child Guidance)	198
<i>Heekerens, H.-P.</i> : Familientherapie, Wartezeit und Krisenintervention in der Erziehungsberatungsstelle (Family Therapy, Waiting-list, and Crisis Intervention in Child Guidance)	126
<i>Hemling, H.</i> : Öffentlichkeitsarbeit an Erziehungs- und Familienberatungsstellen – eine bundesweite Umfrage (Public Relations Work at Child Guidance and Family Counseling Centres – a Nationwide Survey)	215
<i>Höger, C.</i> : Zum Standort institutioneller Erziehungsberatung innerhalb eines psychosozialen Versorgungssystems (The Place of Institutionalized Child Guidance Counseling within a System of Psychosocial Assistance)	204
<i>Presting, G.</i> : Erziehungs- und Familienberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland: Zur gegenwärtigen Versorgungslage (Child Guidance and Family Counseling Centres in the Federal Republic of Germany: the Current Situation)	210
<i>Sundström, G.A., Rössler, W., Schmidt, M.H., an der Heiden, W., Jung, E.</i> : Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten: Erste empirische Ergebnisse (Attendance of Child Guidance Centres and of Outpatient Child and Youth Psychiatric Services: First Empirical Results)	220

Familienrecht

<i>Suess, G., Schwabe-Höllein, M., Scheuerer, H.</i> : Das Kindeswohl bei Sorgerechtsentscheidungen – Kriterien aus entwicklungspsychologischer Sicht (Determination of the Best Interest of the Child in Custody Decisions – Developmental Aspects)	22
--	----

Familientherapie

<i>Reich, G.</i> : Stotternde Kinder und ihre Familien (Stuttering Children and Their Families)	16
---	----

Forschungsergebnisse

<i>v. Aster, M., Pfeiffer, E., Göbel, D., Steinhausen, H.-Ch.</i> : Konversions syndrome bei Kindern und Jugendlichen (Conversion Disorders in Children and Juveniles)	240
<i>Berger, M.</i> : Das verstörte Kind mit seiner Puppe – zur Schwangerschaft in der frühen Adoleszenz (The Disturbed Child and Her Doll: Pregnancy in Early Adolescence)	107

<i>Bunk, D., Eggers, C.</i> : Kognitive Funktionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit akuten Psychosen und solchen mit Schizophrenierisiko (Cognitive Dysfunctions in Children and Juveniles with Acute Psychotic Disorders or with High Risk for Schizophrenia)	8
<i>Döcker, A., Knöbl, H.</i> : Kinder alleinerziehender Mütter und Väter – eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung (Children in One-parent Families – a Psychiatric Investigation about Conditions and Consequences of Single-mother and Single-father Education)	62
<i>Eberle, U., Castell, R.</i> : Verlauf der Zwangskrankheit im Kindes- und Jugendalter (Courses of Obsessive-compulsive Illness in Children and Juveniles)	284
<i>Hinrichs, G., Göbel, D., Steinhausen, H.-Ch.</i> : Kopfschmerzen und Migräne bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten (Headache and Migaine in Child and Adolescent Psychiatric Patients)	277
<i>Jehle, P., Schröder, E.</i> : Harnzurückhaltung als Behandlung des nächtlichen Einnässens (Retention Control as a Treatment Method for Enuresis)	49
<i>Langenmayr, A.</i> : Der Geschwisterzahlenkonflikt und sein Einfluß auf Neurosen, Erkrankungen und Alltagsverhalten (The Influence of Conflicting Silbing Numbers on Neuroses, Illness and Everyday Behaviour)	36
<i>Sarimski, K.</i> : Zusammenhänge der frühen kognitiven und kommunikativen Entwicklung bei gesunden und behinderten Kindern (Relationship between Early Cognitive and Communicative Development in Normal and Retarded Children)	2
<i>Schneider, W.</i> : Psycho-soziale Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen mit einer organisch bedingten analen Inkontinenz (On Psycho-social Development of Children with Organic Conditioned Anal Incontinence)	56
<i>Steinhausen, H.-C.</i> : Das Jugendalter – eine normative psychologische Krise? (Adolescence – a Normative Psychological Crisis?)	39

Praxisberichte

<i>Bemens, F., Krohn, G.</i> : Ehrenamtliche Helfer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Voluntary Helpers in a Childpsychiatric Outpatients' Department)	71
<i>Klosinski, G.</i> : Beitrag zur Beziehung von Video-Filmkonsum und Kriminalität in der Adoleszenz (Relationship between Viewing of Video Films and Criminality in Adolescents)	66
<i>Knapp, T.W.</i> : Welt meines Kindes: Sterben und Tod im Erleben einer Dreijährigen (Dying and Death in the Perception of a Three-Year-Old Girl)	308
<i>Müller-Küppers, M., Lehmkuhl, U., Mahlke, W.</i> : Die kinderpsychiatrische Klinik als Wohn- und Lebensraum (The Psychiatric Ward as Living Space for Children and Adolescents)	139

Otto, B.: Bruno Bettelheims milieutherapeutischer Ansatz (Bruno Bettelheim's Approach to Environmental Therapy)	144	chischer Kinder- und Jugendneuropsychiater vom 18.-20.5.1987 in Feldkirch/Vorarlberg	226
Schemus, R.: Anfallskrankheiten und Selbstwahrnehmung am Beispiel komplexer Absenzen (Epilepsy and Self-Perception Illustrated by the Example of Complex Absences)	176	Editorial	
Student, J. C.: Verstehen statt Beurteilen (Understanding instead of Judging)	181	25 Jahre Bundeskonferenz für Erziehungsberatung	196
Psychosomatik		In Zukunft jährlich 10 Hefte der „Praxis“	276
Habermas, T.: Kognitive Entwicklungsvoraussetzungen der Pubertätsmagersucht als Erklärung ihrer unteren Altersgrenze (Cognitive-developmental Preconditions of Anorexia nervosa: Explanations for its lowest Age of Onset)	88	Ehrungen	
Mangold, B.: Psychosomatische Erkrankungen in der Pubertät und Adoleszenz (Psychomatic Diseases in Adolescence)	262	„... und meine Arbeit geht weiter“ – Rudolf Eckstein zum 75. Geburtstag	311
Zimmermann, F.: Der Vater und sein an Asthma bronchiale erkranktes Kind (The Father and his Asthmatic Child. Attempt of a Relationship Analysis)	92	Buchbesprechungen	
Psychotherapie		Aissen-Crewett, M.: Kunsttherapie	187
Buchholz, M. B.: Das Erstinterview in der Beratung – ein kommunikativer Gesichtspunkt (The First Interview in Counseling – a Communicative Point of View)	98	Aschenbrenner-Egger, K., Schild, W., Stein, A. (Hrsg.): Praxis und Methode des Sozialtherapeutischen Rollenspiels in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik	234
Herzka, H. S.: System und Individuum in einer Tagesklinik (The Dialogical Concept of Conflicts and Therapy in Adolescents)	134	Backe, C. et al. (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch von Kindern in Familien	232
Voss-Coxhead, D.: Therapeutische Arbeit mit Symbolen. Über die Behandlung eines narzißtisch gestörten Jungen mit dem Katathymen Bilderleben (Therapeutic Work with Symbols. Psychotherapy of a Narcissistically Disturbed Boy using Guided Affective Imagery)	257	Balint, M.: Regression.	317
Übersichten		Bauer, A.: Minimale cerebrale Dysfunktion und/oder Hyperaktivität im Kindesalter	156
Fegert, J. M.: Sexueller Mißbrauch von Kindern (Child Sexual Abuse)	164	Beiderwieden, J., Windaus, E., Wolff, R.: Jenseits der Gewalt. Hilfen für mißhandelte Kinder	118
Heckerens, H.-P.: Umstrittene Kindheit – Zur Diskussion um die langfristige Bedeutung früher Erlebnisse (Contested Childhood – On the Discussion of Longterm Consequences of Early Experiences)	295	Beland, H. et al. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse. Bd. 18 und 19	153
Huppmann, G., Werner, A.: Peter Villaume (1746–1825): ein Pädagoge der Aufklärung als Vorläufer der Verhaltenstherapie bei Kindern (Peter Villaume (1746–1825): A Precursor of Modern Behavior Therapy with Children)	301	Biebl, W.: Anorexia nervosa	189
Langenmayr, A.: Unvollständigkeit von Familien und ihre Auswirkung auf die Kinder (The Effects of Incomplete Families on Their Children)	249	Biermann, G. (Hrsg.): Das ärztliche Gespräch um Kinder und Jugendliche	29
Yamamoto, A.: Schulprobleme in Japan (Problems in Japan's Schools)	171	Brack, U. B. (Hrsg.): Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern	31
Tagungsberichte		Bochnik, H. J., Gärtner-Huth, C., Richtberg, W.: Psychiatrie lernen	78
Bericht über die XX. Wissenschaftliche Tagung der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, gemeinsam mit der XI. Jahrestagung österreichischer Kinder- und Jugendneuropsychiater vom 18.-20.5.1987 in Feldkirch/Vorarlberg		Brezinka, W.: Erziehung in einer wertunsicheren Gesellschaft	29
		Charlton, M., Neumann, K.: Medienkonsum und Lebensbewältigung in der Familie	270
		Clemenz, M.: Soziale Codierung des Körpers. Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Systemtheorie	231
		DeMyer, K.: Familien mit autistischen Kindern	189
		Dietrich, G.: Spezielle Beratungspsychologie	233
		Dreifuss-Kattan, E.: Praxis der klinischen Kunsttherapie	28
		Drewermann, E.: Die kluge Else/Rapunzel. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet	190
		Engfer, A.: Kindesmißhandlung. Ursachen, Auswirkungen, Hilfen	30
		Fichtner, M. M.: Magersucht und Bulimie	188
		Flehmig, I., Stern, L. (Hrsg.): Kindesentwicklung und Lernverhalten	269
		Franke, U.: Artikulationstherapie bei Vorschulkindern	314
		Frankenburg, K. et al.: Entwicklungsdiagnostik bei Kindern	152
		Fromm, E.: Über die Liebe zum Leben	30
		Grissemann, H.: Pädagogische Psychologie des Lesens und Schreibens	267

<i>Grissemann, H.</i> : Hyperaktive Kinder	28	<i>Rotthaus, W.</i> (Hrsg.): Erziehung und Therapie in systemischer Sicht	235
<i>Grosse, S.</i> : Bettnässen	233	<i>Sandern, M.</i> : Rollenspiel als Forschungsmethode	150
<i>Hartmann, K.</i> : Heilpädagogische Psychiatrie in Stichworten	154	<i>Schneider, B.</i> : Lese- und Rechtschreibschwäche. Primäre und sekundäre Ursachen	228
<i>Heim, N.</i> : Psychiatrisch-psychologische Begutachtung im Jugendstrafverfahren	151	<i>Schneider, B. H., Rubin, K. H., Ledingham, J. E.</i> (Eds.): Childrens Peer Relation: Issues in Assesment and Intervention	230
<i>Hofer, M.</i> : Sozialpsychologie erzieherischen Handelns	230	<i>Schultz, H. J.</i> (Hrsg.): Kinder haben? Eine Entscheidung für die Zukunft	233
<i>Huber, G.</i> : Sigmund Freud und Claude Levi-Strauss. Zur anthropologischen Bedeutung der Theorie des Unbewußten	79	<i>Schulze, H., Johannsen, H. S.</i> : Stottern bei Kindern im Vorschulalter	80
<i>Jaede, W., Porters, A.</i> (Hrsg.): Ausländerberatung. Kulturspezifische Zugänge in Diagnostik und Therapie	271	<i>Silbereisen, R., Eyferth, K., Rudinger, G.</i> (Hrsg.): Development as Action in Context. Problem Behavior and Normal Youth Development	79
<i>Jaeggi, E.</i> : Wir Menschenbummler. Autobiographie einer Psychotherapeutin	315	<i>Sodian, B.</i> : Wissen durch Denken? Über den naiven Empirismus von Vorschulkindern	155
<i>Kaiser, A., Oubaid, M.</i> (Hrsg.): Deutsche Pädagoginnen der Gegenwart	187	<i>Speck, O., Peterander, F., Innerhofer, P.</i> (Hrsg.): Kindertherapie. Interdisziplinäre Beiträge aus Forschung und Praxis	314
<i>Karren, U.</i> : Die Psychologie der Magersucht. Erklärung und Behandlung von Anorexia nervosa	119	<i>Spieß, W., Motsch, H. J.</i> : Heilpädagogische Handlungsfelder I	319
<i>Kegan, R.</i> : Die Entwicklungsstufen des Selbst. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben	118	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das Vaterbild in Kontinuität und Wandlung	187
<i>Klockhaus, R., Habermann-Morbey, B.</i> : Psychologie des Schulvandalismus	30	<i>Szagan, G.</i> : Sprachentwicklung beim Kind	152
<i>Klussmann, R.</i> : Psychosomatische Medizin. Eine Übersicht	269	<i>Thalhammer, M.</i> (Hrsg.): Gefährdungen des behinderten Menschen im Zugriff von Wissenschaft und Praxis - Anfragen an Sondererziehung und Therapie	30
<i>Krampen, G.</i> : Handlungsleitende Kognitionen von Lehrern	188	<i>Thompson, J.</i> : Nukleare Bedrohung. Psychologische Dimensionen atomarer Katastrophen	153
<i>Lasch, C.</i> : Das Zeitalter des Narzißmus	316	<i>Tomann, W., Egg, R.</i> (Hrsg.): Psychotherapie. Ein Handbuch	229
<i>Leixnering, W., Toifl, K.</i> : Leitfaden der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters	81	<i>Venzlaff, U.</i> (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung	317
<i>Lempp, R.</i> : Familie im Umbruch	268	<i>Wedekind, E.</i> : Beziehungsarbeit. Zur Sozialpsychologie pädagogischer und therapeutischer Institutionen	191
<i>Lorenz, J. H.</i> : Lernschwierigkeiten und Einzelfallhilfe	319	<i>Wember, F.</i> : Piagets Bedeutung für die Lernbehindertenpädagogik	83
<i>Mindell, A.</i> : The Dreambody: Körpersymptome als Sprache der Seele	82	<i>Winship, E. C.</i> : Aus Kindern werden Leute	154
<i>Müller, C.</i> (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie	313	<i>Zagermann, P.</i> : Ich-Ideal, Sublimierung, Narzißmus. Die Theorie des Schöpferischen in der Psychoanalyse	77
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Medikamente in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	78	<i>Zauner, J., Biermann, G.</i> (Hrsg.): Klinische Psychosomatik von Kindern und Jugendlichen	267
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Jugendalters	189		
<i>Nissen, G.</i> : Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	231	Autoren der Hefte: 27, 76, 117, 149, 186, 227, 266, 312	
<i>Petermann, F., Noeker, M., Bode, U.</i> : Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter	320	Tagungskalender: 32, 84, 120, 157, 192, 236, 272, 322	
<i>Petermann, U.</i> : Training mit sozial unsicheren Kindern	151	Mitteilungen: 33, 84, 121, 158, 193, 237, 273, 322	
<i>Piaget, J.</i> : Das moralische Urteil beim Kind	81		
<i>Piaget, J., Inhelder, B.</i> : Die Psychologie des Kindes	152		
<i>Pohlmeier, H., Deutsch, E., Schreiber, H.-L.</i> (Hrsg.): Forensische Psychiatrie heute	312		
<i>Radnigk, W.</i> : Kognitive Entwicklung und zerebrale Dysfunktion	235		
<i>Rose, S. J.</i> : Erkennen von Kindesmißhandlungen	78		

Aus der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie
des Kindes- und Jugendalters (Komm. Leiter: Prof. Dr. Dr. H. Ch. Steinhausen) der Freien Universität Berlin

Kopfschmerzen und Migräne bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten

Von G. Hinrichs, D. Göbel und H.-Ch. Steinhausen

Zusammenfassung

Die Daten aller von 1978–83 in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik vorgestellten Patienten wurden auf eine Kopfschmerzsymptomatik hin analysiert; deren Prävalenz betrug 12,8%. Die Kinder mit Kopfschmerzen entsprachen in der Geschlechtsverteilung der Ausgangsstichprobe, waren älter und ihre Eltern entstammen eher mittleren und höheren Sozialschichten. Migräne, migräneartige und nicht-migräneartige Kopfschmerzen ließen sich hinsichtlich der psychiatrischen Diagnose schwer differenzieren; signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten sich hinsichtlich der Symptomatik.

1 Einleitung

Chronischer Kopfschmerz ist nicht nur einer der häufigsten neuropädiatrischen Vorstellungsgründe; auch in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation lag die Kopfschmerzsymptomatik deutlich über den Prävalenzraten anderer Symptomkonstellationen (Steinhausen und Göbel, 1981). Klassifikatorisch wird häufig zwischen migräneartigen und nicht-migräneartigen Kopfschmerzen unterschieden (Hockaday, 1984), wobei diese Einteilung offenbar nicht durchgehend übernommen wird (Nealis und Miller, 1984). Für die Diagnose *Migräne* werden in der Regel folgende Kriterien zugrunde gelegt: anfallsartiger, periodisch wiederkehrender meist bohrender oder pochender, gewöhnlich unilateraler Schmerz; Vorausgehen einer Aura bzw. fokaler neurologischer Symptome; Nausea und/oder Erbrechen; familiäre Belastung. Allerdings dürfte kein Bestandteil davon als verbindlich angesehen werden. Hockaday (1984) konzentriert sich diesbezüglich auf den Verlauf und gibt als einzig obligates Kriterium den periodisch wiederkehrenden Kopfschmerz an.

Die *kindliche Migräne* kann entgegen früherer Vorstellungen schon sehr früh beginnen (Mc Grawth, 1983), wobei Prodromi (z. B. in Form von Bauchschmerzen oder -koliken) bei der meist Jahre später erfolgenden Vorstellung wegen Kopfschmerzen erst retrospektiv erkannt

werden. Mit zunehmendem Alter steigen auch die Prävalenzraten (Gascon, 1984), wobei eine anfangs geringfügige Knabenwendigkeit zu einem Überwiegen der Mädchen in der Pubertät wird. Offenbar ist die Prognose für Jungen besser, sodaß diese zu einem Teil „aus der Krankheit herauswachsen“, was allerdings nur bis zur Pubertät gilt (Shinnar und D'Souza, 1981). Bereits Bille (1962) fand in seiner klassischen Studie keine Beziehung zwischen sozioökonomischem Status und Migräneprävalenz, desgleichen nicht zur Intelligenz. Spezifische EEG-Befunde wie auffällige Reaktionen nach Fotostimulation oder Hyperventilation werden unterschiedlich beurteilt, da offenbar auch der Anteil solcher Reaktionen bei Kontrollkindern relativ hoch ist (Congdon und Forsythe, 1979). Die typische Persönlichkeitsbeschreibung für Migräne-Kranke als angepaßt, leistungsorientiert, unflexibel und ängstlich wird häufig auch für Kinder vorgenommen – meist auf der Annahmegrundlage klinischer oder persönlicher Erfahrungen. Dabei ist aber zu beachten, daß diese Merkmale ebenso gut als Reaktionsmuster auf eine chronische Schmerzkrankheit verstanden werden können. Menkes (1974) beschreibt 13 Kinder mit Migräne hinsichtlich ihrer Persönlichkeitszüge, Phantasien und Rollen, die ihnen familiär zugeschrieben werden und kommt zu folgenden Hypothesen: Kinder mit einer derartigen Erkrankung haben Schwierigkeiten im Äußern aggressiver Impulse, zeigen einen größeren Anteil von Ärgergefühlen als gewöhnlich und erhalten eine familiäre Rollenzuschreibung als inkompetent, anfällig und verwundbar. Die Kategorisierung der Migräne als psychosomatische Störung (Pearce, 1977) scheint nicht allseits akzeptiert; anscheinend lassen sich damit für einige Autoren die Rolle der Heredität sowie die pathogenetisch definierten – wenn auch keineswegs vollständig geklärten – Abläufe nur schwer vereinbaren.

Auf die günstige Prognose der Migräne im Kindesalter weisen Congdon und Forsythe (1979) hin; in ihrer Studie an insgesamt 300 Kindern hatten von 108 Patienten, die über 12 Jahre kontrolliert worden waren, 37 eine 10-Jahres-Remission. Ergibt sich schon hieraus eine Relativierung der Indikation für eine pharmakologische Therapie, so lassen Doppelblindversuche mit Ergotamin und Placebo, die keine signifikanten Unterschiede ergaben, noch

mehr Zurückhaltung gerechtfertigt erscheinen. Im Bereich der psychologischen Behandlung haben inzwischen immer mehr die Entspannungsverfahren an Bedeutung zugenommen, auch Temperatur- und EMG-Biofeedback lassen sich anscheinend unter bestimmten Gegebenheiten bei kindlicher Migräne erfolgreich einsetzen (*Mc Grawth*, 1983).

Wenngleich die kindliche Migräne als häufigste Form intermittierenden, periodisch wiederkehrenden Kopfschmerzes angegeben wird (*Gascon*, 1984), so weisen andererseits die Erkrankungsraten *nicht-migräneartiger Kopfschmerzen* im Vergleich mit Migräne-Kopfschmerz in der Studie von *Bille* (1962) bei beiden Geschlechtern knapp doppelt so hohe Prozentangaben auf (ca. 8 zu 4%). Grenzt man die Gruppe der nicht-migräneartigen Kopfschmerzen nochmals auf die sogenannten „psychogenen“ ein, verbleiben die vasomotorischen und Muskelspannungskopfschmerzen, die wiederum auch keine Ausschließungskategorien darstellen. Offenbar setzen die Muskelspannungskopfschmerzen erst bei Adoleszenten ein, scheinen eine schlechtere Prognose zu haben (*Shinnar* und *D'Souza*, 1981) und legen die erwähnten verhaltenstherapeutischen Interventionen nahe. Auch bei dieser Kopfschmerzform fand sich immer noch eine familiäre Belastung von 40% (nach *Hockaday*, 1984).

Die psychogenen vasomotorischen Kopfschmerzen versuchte schon *Dührssen* (1976) neurosenpsychologisch zu erklären. *Göllnitz* (1981) führt unter den psychisch-reaktiven Kopfschmerzen u. a. den Überforderungskopfschmerz, die Kopfschmerzen als depressives Symptom und den induzierten Kopfschmerz (Imitation Erwachsener) auf. Angesichts dieser klassifikatorischen Probleme werden epidemiologische Angaben schwierig; überhaupt ist im Vergleich mit der kindlichen Migräne der Anteil entsprechender Veröffentlichungen deutlich geringer.

Nealis und *Miller* (1984) betonen unter zehn Kopfschmerzfaktoren die Bedeutung schulischer Probleme; leider fehlt der Vergleich mit einer Kontrollgruppe. Die Prognose psychogener Kopfschmerzen scheint mindestens genauso günstig wie der der Migräne zu sein (*Shinnar* und *D'Souza*, 1981). Neben den bereits erwähnten Therapieverfahren scheint sich hier auch in ausgewählten Fällen eine fokale Familientherapie anzubieten; eine entsprechende Darstellung der Behandlung eines neunjährigen Mädchens mit Kopfschmerzen stammt von *Mattejat* (1983). Nach einer Therapie-Evaluationsstudie an Kindern mit periodisch wiederkehrenden Kopfschmerzen meinen *Waranch* und *Keenan* (1985), daß ein kombiniertes Vorgehen von Biofeedback, Entspannungstraining und Verhaltensberatung effektiv ist.

2 Methoden

In der Inanspruchnahmepopulation der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der Freien Universität Berlin wurde im Zeitraum von Mai 1978 bis Jahresende 1983 der Anteil von Patienten mit Kopfschmerzen bestimmt. Hinsichtlich der Symptom-

matik wurde zwischen migräneartig und nicht-migräneartig unterschieden; im ersten Fall treten die bereits genannten Migräne-Kriterien fakultativ bzw. in abgeschwächter Form auf, im letzteren nicht. Die Diagnose ‚Migräne‘ gibt das beschriebene Vollbild wider. Die Klassifikation der Diagnosen erfolgt nach dem Multiaxialen Klassifikationssystem (MAS) von *Rutter u. a.* in der Bearbeitung von *Remschmidt* und *Schmidt* (1977). Darin werden auf fünf Achsen (1) das klinisch-psychiatrische Syndrom, (2) umschriebene Entwicklungsrückstände, (3) das Intelligenzniveau, (4) die körperliche Symptomatik und (5) abnorme psychosoziale Umstände erfaßt. Die Sozialschicht bzw. der sozioökonomische Status (SÖS) wurden nach den Kriterien von *Kleining* und *Moore* (1968) bestimmt. Die statistischen Analysen wurden mit dem Programmsystem SPSS (*Nie et al.*, 1975) an dem Rechner CYBER 172 der Freien Universität Berlin durchgeführt. Zur Untersuchung auf bedeutsame Unterschiede zwischen den jeweils drei Gruppen (unter Einschluß der Kontrollgruppe) wurde mit jeweils zwei Freiheitsgraden der Chi-Quadrat-Test gerechnet. Zum Vergleich der beiden klinischen Gruppen wurde der Fisher-Test angewendet. Das rigoros adjustierte Signifikanzniveau betrug $\leq 0,00125$, während Werte bis zu 0,05 als tendenziell signifikant betrachtet wurden.

3 Stichproben

In der Ausgangsstichprobe (N = 3283) wurde zunächst der Anteil von Kindern mit einer Kopfschmerzsymptomatik (N = 418; 12,8%) bestimmt und dann nach Kindern mit migräneartigen Kopfschmerzen (N = 79; 2,4%) bzw. mit nicht-migräneartigen Kopfschmerzen (N = 339; 10,4%) differenziert. Weiterhin wurde die Gruppe der Kinder mit migräneartigen Kopfschmerzen hinsichtlich Geschlecht, Sozioökonomischer Status (SÖS) und Alter mit der Ausgangsstichprobe verglichen. Eine Differenzierung über die Geschlechtszugehörigkeit war nicht möglich; in beiden Gruppen betrug der Mädchenanteil etwa ein Drittel bei ca. zwei Drittel Jungenzugehörigkeit (siehe Tab. 1). Während die Hälfte bis zwei Drittel von Eltern der Ausgangsstichprobe den Unterschichten entstammte, gehörten in der Gruppe mit migräneartigen Kopfschmerzen die Eltern in gut der Hälfte den übrigen Sozialschichten an (Fisher-Test: $p = 0.054$). Die Altersverteilung unterscheidet sich signifikant ($\chi^2 = 17,8$, $df = 3$, $p = 0.0005$). Sie weist sehr wenig Kinder mit migräneartigen Kopfschmerzen in der jüngsten Altersgruppe (bis 5 J.) auf, im Vergleich mit der Ausgangsstichprobe weniger Kinder im Alter von 6–9 J. und etwa die Hälfte in der Altersspanne 10–13 J., während der Anteil der Älteren ab 14 J. weitgehend der Ausgangsstichprobe entspricht. Zusammenfassend läßt sich unsere Stichprobe der Kinder mit migräneartigen Kopfschmerzen dahingehend beschreiben, daß sie doppelt so viele Jungen wie Mädchen enthält, deren Eltern zu etwa gleichen Anteilen den unteren sowie den mittleren und höheren Sozialschichten angehören und die zum über-

Tab. 1: Stichprobenmerkmale

	Ausgangs- stichprobe (N = 3283)		Migräne- artige KS (N = 76)		Nichtmigräne- artige KS (N = 76)		Kontroll- gruppe 1 (N = 76)		Migräne (N = 25)		Nichtmigräne- artige KS (N = 25)		Kontroll- gruppe 2 (N = 25)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alter (in Jahren)														
bis 5	376	11,5	1	1,3	1	1,3	1	1,3	0	0	0	0	0	0
6-9	963	29,3	17	22,4	17	22,4	23	30,3	6	24	6	24	9	36
10-13	1043	31,8	39	51,3	39	51,3	28	36,8	15	60	15	60	9	36
ab 14	901	27,4	19	25	19	25	24	31,6	4	16	4	16	7	28
Sozialschicht														
Untersch. 1, 2	1830	58	34	46,6	34	46,6	29	39,7	11	47,8	11	47,8	10	41,7
Mittel- und Obersch. 3, 4, 5, 6	1325	42	39	53,4	39	53,4	44	60,3	12	52,2	12	52,2	14	58,3
Geschlecht														
weiblich	1200	36,6	27	35,5	27	35,5	27	35,5	9	36	9	36	9	36
männlich	2083	63,4	49	64,5	49	64,5	49	64,5	16	64	16	64	16	64

wiegenden Anteil altersmäßig in den Bereich der Vorpubertät und beginnenden Pubertät fallen.

Zum Vergleich mit der Gruppe von Kindern mit migräneartigen Kopfschmerzen wurden zwei weitere nach Alter, Geschlecht und SÖS parallelisierte Stichproben gebildet: zum einen die Kinder mit nicht-migräneartigen Kopfschmerzen und zum anderen die Gruppe derjenigen Kinder, die auf den ersten drei Achsen des MAS Normalbefunde aufweisen (Kontrollgruppe).

Bei der Analyse der Daten der 4. Achse des MAS ergab sich, daß lediglich 25 die Diagnose einer Migräne aufweisen. Diese Gruppe wurde mit einer nach Alter, Geschlecht und SÖS parallelisierten Gruppe mit migräneartigen Kopfschmerzen sowie einer Kontrollgruppe mit Normalbefunden auf den ersten drei Achsen des MAS verglichen. Im Vergleich der Gruppen mit Migräne und mit migräneartigen Kopfschmerzen fanden sich hinsichtlich Geschlecht und SÖS keine Unterschiede. Der Anteil von Patienten in der Altersgruppe von 10-13 J. fiel in der Migräne-Gruppe mit 60% etwas deutlicher aus, dafür war der Anteil der ab 14jährigen um 10% niedriger.

4 Ergebnisse

Der in der Ausgangsstichprobe festgestellte Anteil von Patienten mit einer Kopfschmerzsymptomatik (12,8%) lag - mit Ausnahme der Enuresis - deutlich über den Prävalenzraten anderer Symptomkonstellationen, über die früher berichtet worden ist (Steinhausen und Göbel, 1981). Nicht-migräneartige Kopfschmerzen wurden fast fünfmal so häufig festgestellt wie migräneartige. Im folgenden werden zunächst Ergebnisse aus dem Vergleich von Patienten mit migräneartigen bzw. nicht-migräneartigen Kopfschmerzen dargestellt. Im Anschluß wird berichtet, wie sich Patienten mit Migräne und nicht-migräneartigen Kopfschmerzen unterscheiden.

4.1 Vergleich von Patienten mit migräneartigen und nicht-migräneartigen Kopfschmerzen

Hinsichtlich der Anamnese-Indices waren beide Kopfschmerzgruppen stärker belastet als die Kontrollgruppe (vgl. Abb. 1). Signifikante Gruppenunterschiede zeigten sich hinsichtlich der Entwicklung, des Verhaltens sowie des Gesundheitszustandes der Eltern, während diese in Bezug auf die Perinatalanamnese nur tendenziell vorhanden waren. In allen Bereichen ergab sich kein bedeutsamer Unterschied zwischen den klinischen Gruppen.

Bezüglich der Symptom-Indices ergaben sich hochsignifikante Gruppenunterschiede, lediglich die Bereiche Defekt, Sprache und Gewohnheiten weisen nur Tendenzen auf (vgl. Abb. 2). Zwischen den beiden klinischen Gruppen besteht ein tendenziell signifikanter Unterschied in Bezug auf Psychosomatik, hier ist die Gruppe mit nicht-migräneartigen Kopfschmerzen stärker belastet; alle übrigen Vergleiche weisen keine Signifikanzen auf.

Bei den psychiatrischen Diagnosen dominierten in beiden klinischen Gruppen Störungen des Sozialverhaltens sowie emotionale Störungen (vgl. Tab. 2). Erstere überwogen in der Gruppe der Kinder mit migräneartigen Kopfschmerzen (n.s.), wobei die Subkategorie ‚Störung des Sozialverhaltens mit emotionalen Störungen‘ fast den gesamten Anteil ausmachte; hier ist der Unterschied zwischen den klinischen Gruppen mit $p = 0,0202$ tendenziell signifikant. Die emotionalen Störungen einschließlich ihrer Untergruppen waren in beiden Gruppen relativ gleichmäßig verteilt. In der Gruppe mit nicht-migräneartigen Kopfschmerzen war die Diagnose ‚Psychalgie‘ (also Schmerzen psychischen Ursprungs) häufig; der Unterschied zur Vergleichsgruppe fiel mit $p = 0,0785$ allerdings nicht signifikant aus. Nicht-migräneartige Kopfschmerzen traten bei drei Patienten mit schizophrenen Psychosen auf. Bei den neurotischen Erkrankungen er-

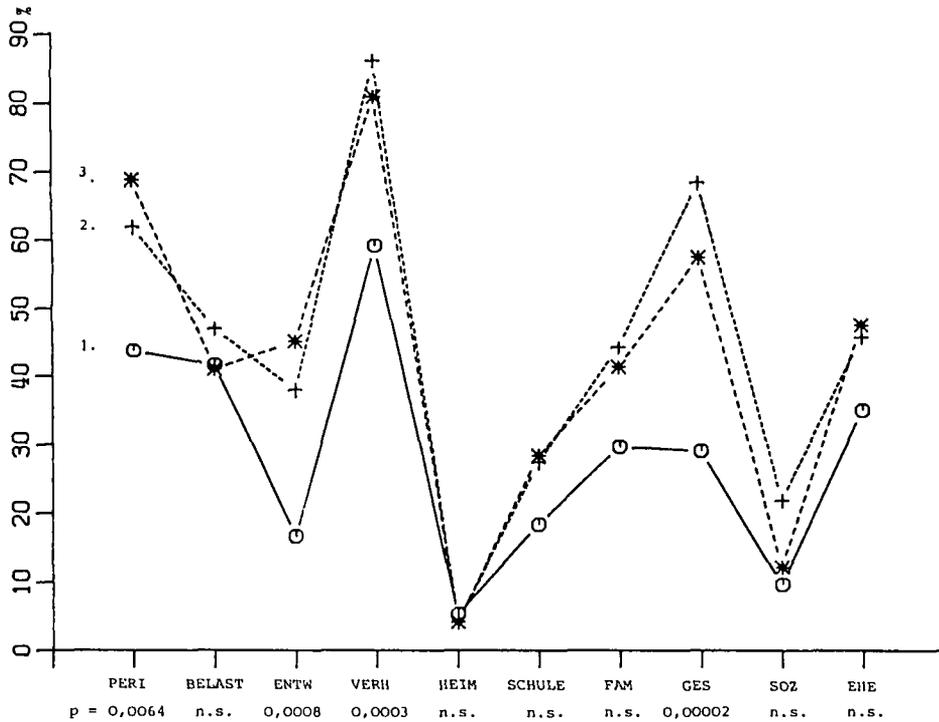


Abb. 1: Graphische Darstellung der belasteten Anamnese-Indices (in %); darunter Signifikanzangaben für Gruppenunterschiede: 1. Kontrollgruppe, 2. migräneartige KS, 3. nicht-migräneartige KS.

Erläuterungen der Abkürzungen:

- PERI - Perinatale Belastungen
- BELAST - Frühkindliche Belastungen
- ENTW - Entwicklungsverzögerungen
- VERH - Prämorbid Verhaltensauffälligkeiten

- HEIM - Heimaufenthalt
- SCHULE - Verzögerte Schullaufbahn
- FAM - Familienanamnestische Belastung
- GES - Krankheit der Eltern
- SOZ - Auffälligkeiten im Sozialstatus der Eltern
- EHE - Ehekonflikte

Tab. 2: Übersicht über die Diagnosen auf der 1. Achse des MAS in zwei parallelisierten Kopfschmerz-Gruppen (alle Nennungen: in Klammern die %-Angaben)

Klinisch-psychiatrisches Syndrom	migräneartige Kopfschmerzen (N = 76)		nicht-migräneartige Kopfschmerzen (N = 76)	
	N	%	N	%
Keine psychiatr. Störung	9	(11,8)	11	(14,5)
Schizophrene Psychosen	-		3	(3,9)
Neurotische Störungen	6	(7,9)	9	(11,8)
Essstörungen	5	(6,6)	1	(1,3)
Enuresis	7	(9,2)	6	(7,9)
Psychalgie	10	(13,2)	3	(3,9)
Anpassungsreaktionen	4	(5,3)	2	(2,6)
Störungen des Sozialverh. „nichtsozialisiert“	24	(31,6)	16	(21,2)
mit emotionalen Stör.	4	(5,3)	6	(7,9)
	20	(26,3)	8	(10,5)
Emotionale Störungen mit Angst	26	(34,2)	24	(31,6)
mit Niedergeschlagenh.	9	(11,8)	8	(10,5)
mit Empfindsamkeit	7	(9,2)	5	(6,6)
mit Beziehungswier.	2	(2,6)	4	(5,3)
	10	(13,2)	8	(10,5)
Hyperkinetische Syndrome	3	(3,9)	4	(5,3)
Sonstige	2	(2,6)	8	(10,4)

gab sich kein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Kopfschmerz-Formen.

Beim Vergleich umschriebener Entwicklungsrückstände und der Intelligenz ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Auf der 5. Achse des MAS zeigte sich in der Kategorie ‚Keine bedeutsamen abnormen psychosozialen Umstände‘ ein signifikanter Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und den beiden Kopfschmerzgruppen ($\chi^2 = 24,42$; $df = 2$; $p < 0,0001$); letztere zeigten keine abnormen Verhältnisse. Im Binnenvergleich zwischen den beiden klinischen Gruppen ergab sich kein signifikanter Unterschied. Auch in den Kategorien ‚Übermäßig ausgeprägte oder abnorme familiäre Beziehungen‘ und ‚Andere psychosoziale Belastungen in der Familie‘ ergaben sich bei einer relativ hohen Belastung der Gruppe mit migräneartigen Kopfschmerzen keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Bei der neurologischen Beurteilung fanden sich Unterschiede in den Bereichen ‚Koordination/Feinneurologischer Befund‘ ($\chi^2 = 8,143$; $df 2$; $p = 0,017$) und ‚Neuropsychologische Funktionsstörungen‘ ($\chi^2 = 14,297$; $df = 2$; $p = 0,001$). Hier waren die Kinder mit nicht-migräneartigen Kopfschmerzen am stärksten und die Kinder mit migräneartigen Kopfschmerzen ebenfalls stärker als die Kontrollgruppe belastet.

Insgesamt kann festgestellt werden, daß sich die Gruppe der Kinder mit migräneartigen Kopfschmerzen

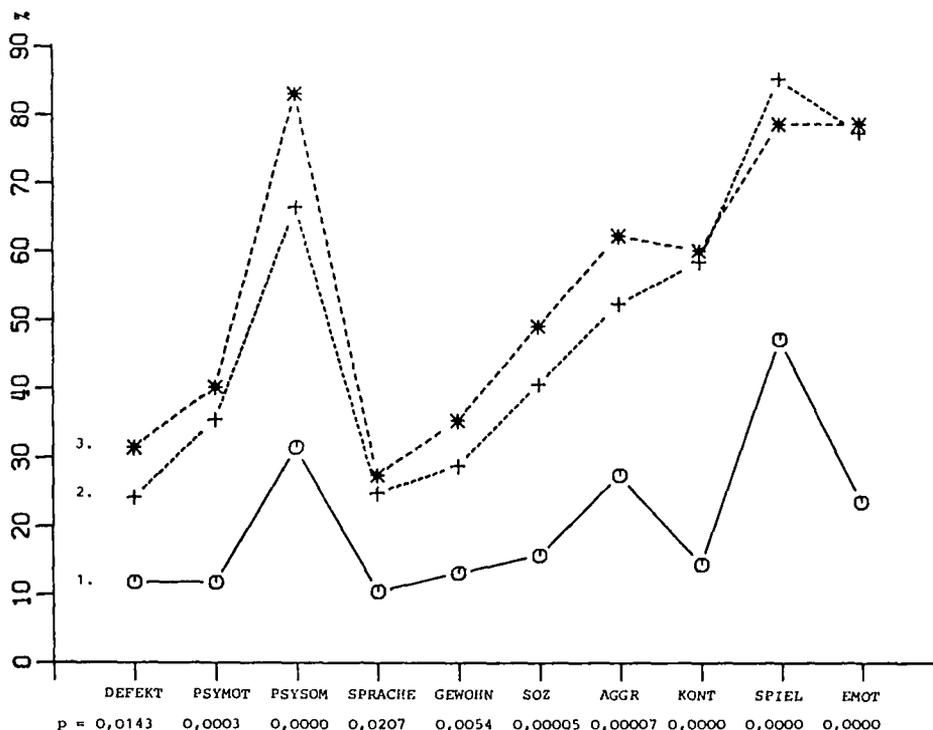


Abb. 2: Graphische Darstellung der belasteten Symptom-Indices (in %); darunter Signifikanzangaben für Gruppenunterschiede: 1. Kontrollgruppe, 2. migräneartige KS, 3. nicht-migräneartige KS.

- DEFEKT - Körperliche Defektsymptome
- PSYMOT - Psychomotorische Symptome
- PSYSOM - Psychosomatische Symptome
- SPRACHE - Sprach- und Sprechstörungen
- GEWOHN - Auffällige Gewohnheiten
- SOZ - Dissoziale Verhaltensweisen
- AGGR - Aggressivität
- KONT - Kontaktstörung
- SPIEL - Störung im Spiel- und Leistungsverhalten
- EMOT - Emotionale Störungen

zwar hinsichtlich Anamnese, Symptomatik und neurologischer Beurteilung von einer nicht belasteten Kontrollgruppe abhebt, andererseits aber im Vergleich gegenüber einer Gruppe von Kindern mit nicht-migräneartigen Kopfschmerzen sowohl hinsichtlich dieser Merkmale als auch in Bezug auf die psychiatrische Diagnose, Entwicklungsrückstände und Intelligenz keine befriedigende Differenzierung gelingt.

4.2 Vergleich von Patienten mit Migräne und nicht-migräneartigen Kopfschmerzen

Beim Vergleich dieser beiden Gruppen gelang keine Differenzierung über die Anamnese-Indices (siehe Abb. 3). Alle Bereiche wiesen im Dreiergruppenvergleich keine signifikanten Unterschiede auf, lediglich bei dem Gesundheitszustand der Eltern und sozialer Mobilität zeigten sich Tendenzen. Im letztgenannten Bereich (AN-SOZ) fiel der Unterschied zwischen den klinischen Gruppen mit $p = 0,0197$ tendenziell signifikant aus.

Hinsichtlich der Symptom-Indices zeigte die Gruppe der Kinder mit nicht-migräneartigen Kopfschmerzen die stärkste Belastung v. a. in Bezug auf psychosomatische

Beschwerden und Emotionalität (siehe Abb. 4). Ein signifikanter Gruppenunterschied zeigte sich im Bereich Emotionalität, tendenziell bei Defekt, Psychosomatik und Kontaktverhalten. Lediglich bei Defekt fiel der Unterschied auch zwischen den beiden klinischen Gruppen bei einem $p = 0,049$ tendenziell signifikant aus.

Bei den psychiatrischen Diagnosen fiel der sehr geringe Anteil von Störungen des Sozialverhaltens in der Gruppe der nicht-migräneartigen Kopfschmerzen auf; der Gruppenunterschied war aber bei einem $p = 0,098$ nicht signifikant (siehe Tab. 3). In beiden Gruppen überwogen emotionale Störungen. Signifikante Gruppenunterschiede zeigten sich in keiner Kategorie. Hinsichtlich umschriebener Entwicklungsrückstände und des Intelligenzniveaus zeigten sich zwischen beiden Gruppen keinerlei bedeutsame Unterschiede. Auf der 5. Achse des MAS ergaben sich keine deutlichen Unterschiede; gleiches galt auch für den neurologischen Befund.

Insgesamt zeigte sich, daß eine Differenzierung zwischen Migräne-Patienten und Kindern mit nicht-migräneartigen Kopfschmerzen mit Ausnahme der Symptom-Indices nicht möglich war.

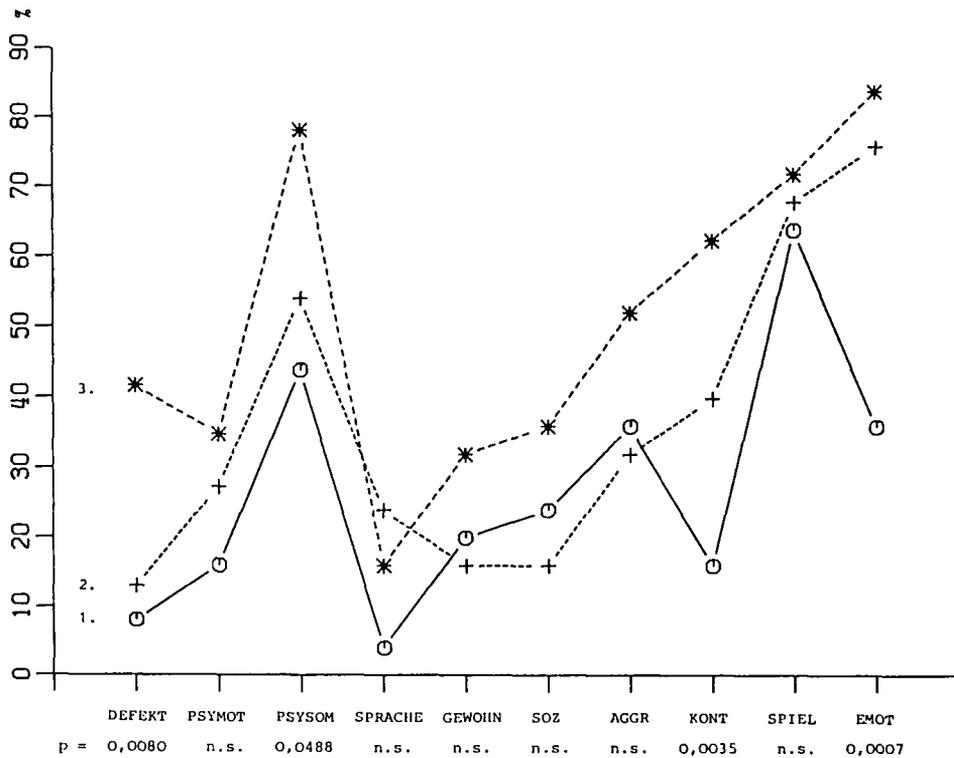


Abb. 4: Graphische Darstellung der belasteten Symptom-Indices (in %); darunter Signifikanzangaben für Gruppenunterschiede: 1. Kontrollgruppe, 2. Migräne, 3. nicht-migräneartige Kopfschmerzen.

- DEFEKT - Körperliche Defektsymptome
- PSYMOT - Psychomotorische Symptome
- PSYSOM - Psychosomatische Symptome
- SPRACHE - Sprach- und Sprechstörungen
- GEWOHN - Auffällige Gewohnheiten
- SOZ - Dissoziale Verhaltensweisen
- AGGR - Aggressivität
- KONT - Kontaktstörung
- SPIEL - Störung im Spiel- und Leistungsverhalten
- EMOT - Emotionale Störungen

Bille (1962), in der sich eine Prävalenzrate von 4% ergab, oder den Angaben von Gascon (1984) von 10,6% bei 15-jährigen muß die eigene Rate von 0,8% Pat. mit Migräne in unserer Ausgangsstichprobe als niedrig angesehen werden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik für diese Krankheit auch nicht die erste Anlaufstelle ist. Daß die Vorstellung dann allerdings nicht nur bei Vorliegen einer psychiatrischen Auffälligkeit erfolgt, zeigen die 20% Migräne-Patienten mit fehlender psychiatrischer Störung auf der 1. Achse des MAS. Gemäß der Erwartung zeigten sich weder bei Patienten mit migräneartigen Kopfschmerzen noch bei Migräne-Patienten deutlich Entwicklungsrückstände oder Unterschiede im Intelligenzniveau. Auch der sozioökonomische Status (SÖS) und das Geschlechterverhältnis waren vergleichbar. Diese Befunde einschließlich der Altersverteilung entsprechen der Literatur (Gascon 1984, Hockaday 1984).

Hinweise darauf, daß die Migräne eine Kopfschmerzform mit per se höherem Schweregrad ist oder mit spezifischen psychologischen Komponenten verbunden ist, fanden sich nicht. Die Tatsache, daß eine Differenzie-

rung über die Anamnese-Indices nicht möglich war, entspricht auch den Erfahrungen bei anderen kinderpsychiatrischen Krankheitsbildern. Hinsichtlich der Symptom-Indices fallen das nur geringfügige Abweichen von der Kontrollgruppe und die stärkere Belastung der Kinder mit nicht-migräneartigen Kopfschmerzen auf. Diese geringe symptomatische Auffälligkeit dürfte dem bekannten Bild des Migräne-Patienten entsprechen. Hinsichtlich der Diagnose fiel auch der relativ hohe Anteil von Kindern ohne psychiatrische Störung in dieser Gruppe auf. Bei den Kindern mit nicht-migräneartigen Kopfschmerzen überwogen neurotische und emotionale Störungen, was eine Zuordnung zu den „psychogenen“ Kopfschmerzen nahelegen könnte.

Nach diesen Untersuchungsergebnissen unterscheiden sich die drei genannten Kopfschmerzformen hinsichtlich der psychiatrisch faßbaren Umstände bei Kindern und Jugendlichen nur wenig. Die sorgfältige Anamnese (Ätiologie) und Symptombeschreibung (Phänomenologie) – wie oft erwähnt – dürften differentialdiagnostisch am wichtigsten sein.

Summary

Headache and Migraine in Child and Adolescent Psychiatric Patients

The data of all patients seen at a university department of child and adolescent psychiatry between 1978 and 1983 were analyzed with regard to headaches; prevalence was 12,8%. Children suffering from headaches were comparable to the total clientele of the department with regard to sex ratio; at the same time they were older and had higher socioeconomic status. Migraine, migrainous and non-migrainous headaches could not be differentiated with regard to psychiatric diagnoses; however significant differences between the groups were found with regard to symptoms

Literatur

Bille, B. (1962): Migraine in school children. *Acta Paediatrica Scandinavia*, 51, Suppl. 136. – Congdon, P.J., Forsythe, W.I. (1979): Migraine in childhood: a Study of 300 Children. *Develop. Med. Child Neurol.*, 21, 209–216. – Dührssen, A. (1976): Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. 11. Aufl., Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 266–268. – Gascon, G.G. (1984): Chronic and Recurrent Headaches in Children and Adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 31, 1027–1051. – Göllnitz, G. (1981): Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters. 4. Auflage, Jena: G. Fischer Verlag, 389–394. – Hockaday, J.M. (1984): The diagnosis of migraine in childhood. *Progress in Child Health* 1, 13–24. – Kleining, G., Moore, H. (1968): Soziale Selbsteinstufung. *Kölner Z. Soziol. Sozial-*

psychol. 20, 502–552. – Mattejat, F. (1983): Symptomfixierung und Widerstand. Zur fokalen Familientherapie bei psychosomatischen Symptomen im Kontext fusionierter Familiensysteme. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 11, 208–233. – McGrawth, P.J. (1983): Migraine Headaches in Children and Adolescents. In: *Firestone/McGrawth/Feldman* (Eds.): *Advances in behavioral medicine for children and adolescents*, Hillsdale, N.J.: Erbaum, 39–57. – Menkes, M.M. (1974): Personality Characteristics and Family Roles of Children with Migraine. *Pediatrics* 53, 560–564. – Neeley, J.G.T., Miller, S. (1984): School Problems and Other Factors in Childhood Headache Syndromes. *J. of Learn. Disabilities*, 17, 556–558. – Nie, N.H., Hull, C.H., Jenkins, J.G., Steinbrenner, K., Bent, D.H. (1975): SPSS, Statistical Package for the Social Sciences. 2nd edition. New York: McGraw-Hill. – Pearce, J. (1977): Migraine: A Psychosomatic Disorder. *Headache* July, 125–128. – Remschmidt, H., Schmidt, M. (1977): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Bern: Huber. – Shinnar, S., D'Souza, B.J. (1981): The Diagnosis and Management of Headaches in Childhood. *Pediatric Clinics of North America*, 29, 79–94. – Steinhausen, H.-Ch., Göbel, D. (1983): Anamnese – Symptom – Diagnose. Strukturanalysen an einem kinder- und jugendpsychiatrischen Krankengut. In: *Remschmidt, H., Schmidt, M.* (Hrsg.): *Multiaxiale Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Bern: Huber. – Steinhausen, H.-Ch., Göbel, D. (1981)β Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 30, 231–236. – Waranch, H.R., Keenan, D.M.- (1985): Behavioral Treatment of Children with Recurrent Headaches. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 16, 31–38.

Anschr. d. Verf.: Günter Hinrichs, Arzt/Dipl.-Psych., Abt. f. Psychiatrie u. Neurologie des Kindes- u. Jugendalters der FU Berlin, Platanenallee 23, 1000 Berlin 19.