



Kopfschmerz-Sprechstunde

AM ZENTRUM FÜR KINDERNEUROLOGIE,
ENTWICKLUNG UND REHABILITATION
(KER-ZENTRUM)

Kopfschmerzen

Wenn Kinder Kopfschmerzen haben

Kopfschmerzen sind die häufigsten Schmerzerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Meistens handelt es sich dabei nicht um eine «gefährliche» Erkrankung, sondern um Migräne oder Spannungskopfschmerzen. Wiederkehrende Kopfschmerzen können jedoch das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit im Alltag stark beeinträchtigen und haben damit erhebliche Konsequenzen sowohl für das Kind als auch für die gesamte Familie.

Kopfschmerz-Sprechstunde am Ostschweizer Kinderspital

Um einer Chronifizierung vorzubeugen macht es Sinn, frühzeitig etwas gegen die Kopfschmerzen zu unternehmen. In unserer speziellen Kopfschmerz-Sprechstunde werden erfahrene Ärzte Ihr Kind körperlich untersuchen und so versuchen, die Gründe für die Kopfschmerzen herauszufinden und die Schmerzen zu lindern. Die Auslöser sind vielfältig und müssen individuell gesucht und möglicherweise auch weiter diagnostisch abgeklärt werden. Je nach zugrundeliegender Ursache werden in der Folge nützliche Verhaltensänderungen und Therapieansätze besprochen. Gängige Massnahmen sind auch eine psychologische Beratung (siehe unten), Physiotherapie und/oder eine medikamentöse Therapie. Im Verlauf werden die eingeleiteten Therapien regelmässig überprüft und

in folgenden Kontrollen individuell, je nach Verlauf, angepasst.

Kopfschmerztagebuch

Kopfschmerzen und Kopfschmerzauslöser können so verschieden sein wie die Menschen, die sie haben. Ein Kopfschmerz-Tagebuch hilft, diese Gründe besser herauszufinden. Dieses sollte ca. 4 bis 6 Wochen geführt werden. Häufig reduzieren sich bereits durch das Führen des Tagebuchs die Kopfschmerzen, weil dadurch gelernt wird, sich selber besser zu beobachten und Situationen, die Kopfschmerzen auslösen, zu vermeiden. Sollte eine Kopfschmerzsprechstunde bei uns vorgesehen sein, bitten wir Sie die ausgefüllten Protokolle mitzubringen.

Was bedeutet eine psychologische Beratung?

Schmerz kann immer beeinflusst werden. Strategien im Umgang mit den Kopfschmerzen sowie zu deren Vorbeugung können unter Anleitung einer Psychologin erlernt werden. Ziel dabei ist, Ihr Kind zu einem Kopfschmerzexperten in eigener Sache auszubilden. Dies umfasst:

- Informationen «was passiert im Kopf bei Kopfschmerzen?»
- Was sind individuelle Kopfschmerzauslöser und Stressanzeichen?
- Erlernen von Entspannungsverfahren
- Was sind weitere Strategien zur Bewältigung von Stress und Schmerz?

Was kann man vorbeugend tun?

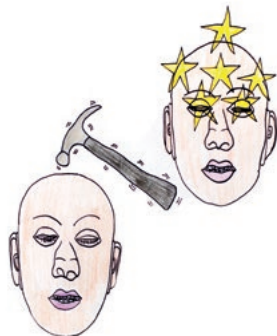
Wie Sie in unsere Spezial-Sprechstunde kommen

Sollte Ihr Kind immer wieder an Kopfschmerzen leiden, wenden Sie sich an Ihren Kinder- oder Hausarzt. Er wird Ihnen weiter helfen und Sie allenfalls in einem weiteren Schritt an unsere Kopfschmerzsprechstunde überweisen.

Ihr Kind ist bei uns im KER-Zentrum in guten Händen.

Die Bilder auf diesem Flyer wurden von betroffenen Kindern und Jugendlichen gemalt.

- Genügend Wasser trinken (zucker- und koffeinhaltige Getränke vermeiden)
- Regelmässig essen (zurückhaltend sein mit Süssigkeiten, Fast Food und Fertigprodukten)
- Täglich an der frischen Luft bewegen
- Sportart finden, die Spass macht und die regelmässig ausgeübt werden kann
- Ausreichend schlafen und regelmässig zur gleichen Zeit ins Bett gehen
- Körperliche Verspannungen vermeiden (z.B. durch zu langes Sitzen vor dem Computer)
- Termindruck, Überbelastungen und Überangebot an Freizeitaktivitäten vermeiden
- Bewusst im Tag Pausen schaffen, das tun, was gut tut und gerne gemacht wird
- Probleme oder Konflikte mit der Familie, mit Freunden oder in der Schule offen ansprechen
- Bei Stress und Überforderung Hilfe holen (z.B. bei Eltern, Freunden, usw.)





ANMELDUNG UND INFORMATION

Ostschweizer Kinderspital
Sekretariat KER-Zentrum
Claudiusstrasse 6
9006 St.Gallen
T +41 (0)71 243 73 32
info.kerzentrum@kispisg.ch

MULTIPROFESSIONELLES BEHANDLUNGSTEAM

- Dr. med. Katrin Lengnick,
Oberärztin KER-Zentrum
- Lic. phil. Andrea Koller,
Psychologin KER-Zentrum
- Team Ärzte und Therapeuten
KER-Zentrum
Leitung Dr. med. Oliver Maier

Ostschweizer Kinderspital

Claudiusstrasse 6 | CH-9006 St.Gallen | T +41 (0)71 243 71 11 | kispisg.ch

Kopfschmerztagebuch

Datum	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Hattest Du heute Kopfschmerzen ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Intensität? Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> 1 – 2 <input type="checkbox"/> 3 – 4 <input type="checkbox"/> 5 – 6 <input type="checkbox"/> 7 – 8 <input type="checkbox"/> 9 – 10	<input type="checkbox"/> 1 – 2 <input type="checkbox"/> 3 – 4 <input type="checkbox"/> 5 – 6 <input type="checkbox"/> 7 – 8 <input type="checkbox"/> 9 – 10	<input type="checkbox"/> 1 – 2 <input type="checkbox"/> 3 – 4 <input type="checkbox"/> 5 – 6 <input type="checkbox"/> 7 – 8 <input type="checkbox"/> 9 – 10	<input type="checkbox"/> 1 – 2 <input type="checkbox"/> 3 – 4 <input type="checkbox"/> 5 – 6 <input type="checkbox"/> 7 – 8 <input type="checkbox"/> 9 – 10	<input type="checkbox"/> 1 – 2 <input type="checkbox"/> 3 – 4 <input type="checkbox"/> 5 – 6 <input type="checkbox"/> 7 – 8 <input type="checkbox"/> 9 – 10	<input type="checkbox"/> 1 – 2 <input type="checkbox"/> 3 – 4 <input type="checkbox"/> 5 – 6 <input type="checkbox"/> 7 – 8 <input type="checkbox"/> 9 – 10	<input type="checkbox"/> 1 – 2 <input type="checkbox"/> 3 – 4 <input type="checkbox"/> 5 – 6 <input type="checkbox"/> 7 – 8 <input type="checkbox"/> 9 – 10
Dauer? Wann und wie lang hattest Du Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abend <input type="checkbox"/> Nacht ____ Stunden	<input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abend <input type="checkbox"/> Nacht ____ Stunden	<input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abend <input type="checkbox"/> Nacht ____ Stunden	<input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abend <input type="checkbox"/> Nacht ____ Stunden	<input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abend <input type="checkbox"/> Nacht ____ Stunden	<input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abend <input type="checkbox"/> Nacht ____ Stunden	<input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abend <input type="checkbox"/> Nacht ____ Stunden
Konntest Du in die Schule gehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Freizeit? Musstest Du auf etwas verzichten? Auf was?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____
Vermutete Auslöser? z.B: Stress, Wetter, Nahrung	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Traten begleitende Beschwerden auf? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____
Linderung? Was hat Dir geholfen? z.B. Schlaf, Entspannung, Medikamente?	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____