

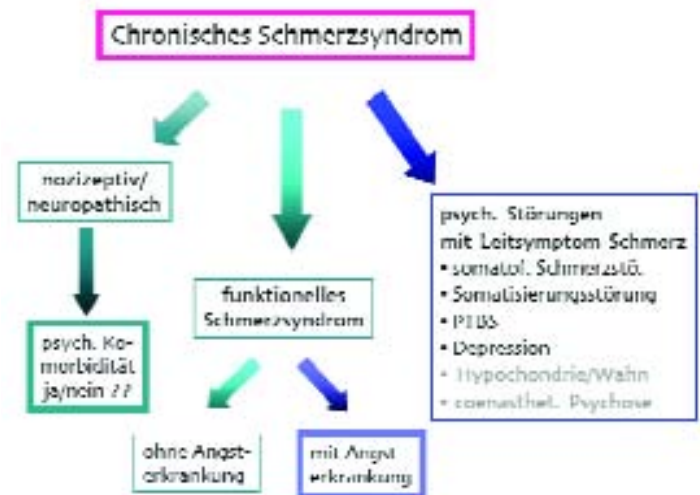


Der chronische Schmerzpatient

Spurensuche

In der zahnärztlichen Praxis ist der Umgang mit Patienten, die unter chronischen Schmerzen leiden, problematisch. Obwohl chronische Schmerzen im Gesichtsbereich oft einen psychosozialen Hintergrund haben, werden häufig zahnärztliche Therapieversuche ohne eindeutige Befunde eingeleitet, die nicht selten zu einer Verschlimmerung der Symptome führen. Eine psychotherapeutische oder psychosomatische Behandlung würde in diesen Fällen zu deutlich besseren Ergebnissen führen. Wie Schmerzen entstehen, und welche Parameter die Entstehung insbesondere von chronischen Schmerzen beeinflussen, erläuterte Prof. Dr. Ulrich Egle, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin in Gengenbach im Kinzigtal, in einem Fortbildungskurs an der eazf in München.

Die Formulierung des cartesianischen Schmerzparadigmas 1644 durch René Descartes war eine wissenschaftliche Revolution. Schmerz galt fortin als ein körperliches Warnsignal zum Schutz des Organismus und löste die moralische Bewertung des Schmerzes als Strafe für Sünden ab. Descartes ging davon aus, dass der Schmerzreiz über Nervenbahnen in das Gehirn geleitet und dort als Schmerz wahrgenommen wird. Bis in die zweite Hälfte des letzten Jahrhunderts hatte dieses Verständnis von Schmerz Bestand. Allerdings bemerkten bereits im ersten Weltkrieg Chirurgen, dass die Wahrnehmung von Schmerz Variablen unterliegt. Zum Beispiel nahmen leicht Verletzte ihre Schmerzen viel intensiver wahr als schwer Verletzte. Dabei hätten die Schmerzen durch den größeren Gewebeschaden bei den Schwerverletzten größer sein müssen. Erst langsam setzte sich die Erkenntnis durch, dass Schmerzen durch unterschiedliche Parameter beeinflusst werden können.



Bio-psychoziale Differentialdiagnose und -indikation

Quelle: Egle

Wissenschaftliche Grundlagen des Schmerzverständnisses

Durch die Möglichkeiten der modernen bildgebenden Verfahren können Wissenschaftler heute die Aktivitäten des Gehirns sehr genau verfolgen. Während man früher davon ausging, dass Schmerzreize direkt in den sensorischen Kortex umgeschaltet und dort verarbeitet werden, konnte man in Magnetresonanztomografie-Untersuchungen feststellen, dass eine weitreichendere Aktivierung unterschiedlicher Gehirnareale stattfindet. So werden Gehirnareale aktiviert, die für emotionale, kognitive und biographische Datenverarbeitung zuständig sind. Dies bedeutet, dass der sensorische Kortex nur für die topografische Zuordnung des Schmerzes zuständig ist. Zusätzlich wird der Schmerz biographisch bewertet, also mit im Langzeitgedächtnis abgespeicherten Erlebnissen abgeglichen und emotional sowie kognitiv ausgewertet. Das Gehirn wertet aus, ob der aktuelle Schmerz in der Vergangenheit bereits erlebt wurde, und ob von diesem Erlebnis auf eine Gefahrensituation geschlossen werden kann. Zusätzlich wird die emotionale Verfassung mit einbezogen, und es wird ausgewertet, inwiefern der Schmerz in der jetzigen



Situation hilfreich oder hinderlich sein kann. Innerhalb dieses Wechselspiels können absteigende Bahnen die Schmerzweiterleitung hemmen oder auch verstärken.

Mit diesem Verständnis von Schmerz lässt sich auch das Beispiel der Soldaten erklären. Während die schwer verletzten Soldaten weder damit rechnen mussten, wieder aufs Feld geschickt zu werden, noch eine starke Schmerzwahrnehmung ihre Situation hätte verbessern können, wurden die Schmerzen nicht nur als Bedrohung, sondern zum gewissen Teil als Erleichterung und deshalb nicht so stark empfunden. Die leicht verletzten Soldaten mussten damit rechnen, nach einer kurzen Rekonvaleszenzphase wieder kämpfen zu müssen. Der Schmerz wurde viel stärker als Bedrohung aufgefasst. Zusätzlich erhofften sich die leicht verletzten Soldaten eine Beeinflussung ihrer Umwelt und damit eine Möglichkeit, dem Kampfgeschehen zu enttrinnen.

Schmerzen hängen demnach nicht nur vom tatsächlichen Reiz ab, sondern auch davon, wie das Gehirn den Schmerz bewertet. Auch können Schmerzerfahrungen in der Jugend oder frühesten Kindheit das Schmerzempfinden verändern. So hatten zum Beispiel im ersten Lebensjahr ohne Narkose beschnittene Jungen eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit bei einer Impfung Jahre später als mit Narkose beschnittene Jungen. Es konnte auch herausgefunden werden, dass chronischer Stress die Schmerzempfindung erhöht.

Chronischer Schmerz

Von chronischen Schmerzen spricht man, wenn die Schmerzen länger als drei Monate anhalten. Oft tritt dabei der ursprüngliche Grund des Schmerzes immer mehr in den Hintergrund, stattdessen treten psychosoziale Faktoren in den Vordergrund. Zum Beispiel ist die Schmerzstärke bei einer Arthrose oder einer Arthritis stärker durch psychosoziale Faktoren bestimmt als durch das Ausmaß des radiologisch fassbaren Gelenkschadens.

Als psychosoziale Schmerzmodulatoren gelten psychische Ko-Morbiditäten wie Angst-erkrankungen und Depressionen, biographische frühere Schmerzerfahrungen wie Operationen, familiäre Krankheitsmodelle

und Misshandlungen, Unterschiede in der Schmerzverarbeitung und nicht zuletzt kulturell variable Schmerzausdrucksverhalten. In diesem Zusammenhang ist es interessant zu erwähnen, dass in nördlichen Ländern oft das Schmerzausdrucksverhalten von Mitteleuropäern als affektiert empfunden wird.

Je schwerer die psychosozialen Begleitscheinungen sind, desto weniger biologische Ursachen hat der Schmerz. Man kann davon ausgehen, dass etwa 25 bis 32 Prozent der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland an einer mehr oder weniger stark ausgeprägten psychischen oder psychosomatischen Erkrankung leidet.

Diagnose und Therapie von psychosomatischen chronischen Schmerzen

Kann eine biologische Ursache für den Schmerz gefunden werden, sollte diese so schnell wie möglich behoben und der Schmerz effektiv unterdrückt werden. Bei lang anhaltenden Schmerzen (über drei Monate) sollte evaluiert werden, ob der Schmerz auch psychosozialen Hintergrund hat. Zu diesem Zweck gibt es *Schmerzevaluationsbögen*. Auch das Führen eines *Schmerzstagebuches* über die Dauer einer Woche ist sinnvoll.

Patienten mit psychosomatisch bedingten Schmerzen empfinden eine hohe Schmerzintensität, meist ohne freie Intervalle und zum Teil modulierbar. Die Beschreibung des Schmerzes ist affektiv, zum Beispiel wird der Schmerz als scheußlich und fürchterlich beschrieben, allerdings findet sich oft eine geringe emotionale Beteiligung bei der Beschreibung der Symptomatik. Meist beginnt die Symptomatik vor dem 35. Lebensjahr, Frauen sind dreimal so häufig betroffen wie Männer. Oft kann der Schmerz nicht eindeutig lokalisiert werden und es findet sich kein klarer klinischer Befund. In der Vorgeschichte leiden die Patienten häufig an Engegefühl, Bauchschmerzen oder auch Mundbrennen. Leider verleugnen viele Patienten aus Angst, als Simulanten eingeordnet zu werden, die Möglichkeit psychosozialer Einflussfaktoren, so dass es schwierig ist, eine adäquate Therapie einzuleiten.

Dr. Richard Heym
München