

**Dr Frederic von ORELLI (CH)**  
27/07/2012

## **Schmerz – ein technisches Problem?**

Ich möchte Euch etwas an den Begegnungen mit meinen chronischen Schmerzpatienten teilhaben lassen und dabei auch einige Überlegungen zum Schmerz und Schmerzerleben weitergeben. Was gibt es überhaupt für Schmerzen? Welches sind die technischen Möglichkeiten und wo stossen wir an technische Grenzen? Was bedeutet ein dauernder Schmerz im Leben eines Menschen? Wie kann ich das Schmerzerleben meiner Patienten beeinflussen? Und schliesslich: Wie wirkt sich speziell die Haltung der Medizin der Person auf meine Arbeit mit den Schmerzpatienten aus?

Dass sich meine Einstellung und innere Verfassung direkt auf die Wirkung meiner Technik auswirkt, habe ich kürzlich von einer meiner chronischen Schmerzpatientinnen erfahren. Ich sehe die 55 jährige Frau seit längerem etwa alle Monate wegen ihrer verschiedenen Schmerzen im Bauch nach mehreren Operationen, im Rücken bei engem Spinalkanal, im Genick bei Arthrose. Einmal erklärt sie mir, die Behandlung habe letztes Mal ganz schlecht gewirkt. Sie hätte wenig und nur kurze Zeit eine Schmerzlinderung verspürt und die Spritzen hätten mehr geschmerzt als üblich. Effektiv war ich wegen einer anderen Patientin unter Zeitdruck geraten und musste anschliessend den Zug nehmen. So dachte ich, die Patientin kommt wie immer wegen ihrer bekannten Schmerzen, sie bekommt ihre Spritzen und ist dann wieder für einen Monat schmerzfreier. Da gibt es auch nicht viel zu besprechen. Und habe sie genau wie sonst mit den Spritzen behandelt. Aber eben technisch genau gleich, nur in Gedanken war ich schon auf dem Zug. Das hatte ich der Patientin nicht gesagt; sie hat aber gespürt, dass ich keine Zeit hatte und mit ihrem Körper darauf reagiert.

Wie Technik und innere Entwicklung sich ergänzen, möchte ich euch an einem besonderen Patienten zeigen. Walter wird uns durch den ganzen Vortrag begleiten.

Ein kräftiger damals 65 jg, liebenswürdiger Mann von 190 cm Grösse kam vor 6 Jahren zu mir total verzweifelt ob seiner extrem schmerzhaften und doch unempfindlichen Füsse. 6 Jahre zuvor hatte er sich bei einer seiner geliebten Bergwanderungen durch einen Sturz den Schenkelhals gebrochen und musste operiert werden. Die Operation sollte in Spinalanästhesie erfolgen. Beim Stich in den Rücken muss etwas geschehen sein, das der Patient extrem schmerzhaft empfand, sodass schliesslich eine Vollnarkose nötig wurde. Dann ein böses Erwachen: Nicht nur hatte Walter einen laut pfeifenden Ton in den Ohren aber er spürte seine Füsse nicht mehr und doch fühlte er sie wie in einem Schraubstock eingeklemmt. Weder den Tinnitus noch die grauenhaften Fusschmerzen konnten durch die Operation oder Anästhesie erklärt werden. Er konnte in der Folge nur noch mit extremen Schmerzen gehen und der Tinnitus machte ihn fast wahnsinnig. Nach drei Jahren vergeblicher Therapien ging er eines Abends in den Holzschopf und wollte

sich mit der Motorsäge die Füße amputieren, so verzweifelt war er auch ob der Hilflosigkeit der Ärzte. Er weiss heute nicht mehr, wieso er die Säge vor dem Schnitt wieder abgestellt hat.

Ich möchte euch an seinem Beispiel zuerst die verschiedenen Arten von Schmerz näherbringen, damit wir wissen, wovon wir sprechen und wie realistischerweise Behandlungsmöglichkeiten abgeschätzt werden müssen.

Wie entsteht ein Schmerz und aus welchen Komponenten kann er sich zusammensetzen? Mir hat eine Vorstellung mit vier Schmerzkomponenten sehr geholfen, mit den Patienten ins Gespräch zu kommen und sie zu einem etwas breiteren Verständnis ihrer Schmerzen zu führen. Dieses Modell der vier Schmerzkomponenten beansprucht natürlich nicht, alles zu erklären; aber es räumt auf mit der immer noch weit verbreiteten Meinung, es gäbe physische oder psychische Schmerzen und sonst nichts.

Die erste der vier Komponenten ist die Nozizeptive Komponente. Wenn ein schmerzempfindliches Gewebe oder Organ verletzt wird, entstehen in den Nozizeptoren, sensiblen Körperchen an den Nervenenden, elektrische Impulse. Diese springen den Nerven entlang über Schaltstellen im Rückenmark, in die Hirnrinde und in das limbische System über. Erst dort entsteht die Schmerzempfindung als solche mit Lokalisation, Schmerzcharakter und Assoziation zu Bekanntem. Damit wird die Reaktion: Wegziehen, Stilllegen oder das Blut stillen eingeleitet. Das limbische System generiert die dazu gehörigen Gefühle von Schreck, Angst oder Kraft zur Überwindung. Das kennen wir alle. Bei Walter war der Schmerz beim Sturz mit dem gebrochenen Schenkelhals primär nozizeptiv. Der typische nozizeptive Schmerzvorgang, meldet dem Hirn recht klar, was los ist und soll den Menschen vor weiterem strukturellem Schaden schützen. Die klassische Behandlung mit Schmerzmitteln bis hin zum Morphin ist hier meist gut wirksam. Als erfahrener Berggänger und Mitarbeiter im Bergrettungsdienst schien das für Walter nichts Dramatisches.

Die zweite Komponente im Quartett betrifft den Schaden an der Überleitung d.h. an den Nerven. Jede Verletzung oder Entzündung führt auch zu mehr oder weniger Nervenschäden, sei es in der Peripherie oder im zentralen Nervensystem d.h. Rückenmark oder Gehirn. Schmerzen von solchen Verletzungen haben ganz andere Eigenschaften als die nozizeptiven. Sie werden im Gehirn falsch auf die Stelle projiziert, die von den betreffenden Fasern *versorgt* werden. Zum Beispiel spüren wir eine Verletzung des Ischiasnerven, die im untersten Teil der Wirbelsäule meist durch eine Diskushernie entsteht, als Schmerz im Bein bis hinunter in die Zehen, obwohl diese gar nicht verletzt sind. Ihr Charakter entspricht auch nicht dem, was in der Wirbelsäule geschieht d.h. dem Druck auf ein Gewebe sondern ist vergleichbar mit einem feurigen Messer, das vom Rücken bis in den Fuss fährt. Ähnliche Erlebnisse von sogenannten neuropathischen Schmerzen machen Patienten mit Trigeminusneuralgie oder Schmerzen nach einer Gürtelrose. Bei Walter trat ein solcher Schmerz im Moment der Spinalanästhesie auf, als im Rückenmarkskanal die Nadel offenbar Nervenfasern verletzte. Er empfand heftige Schmerzen im Rücken und in den Beinen. Wie Ihr vielleicht wisst, reagieren neuropathische Schmerzen nur schlecht auf die üblichen Schmerzmittel, nicht einmal auf Morphin. Sie können mit Antidepressiva oder mit Epilepsiemitteln gelindert werden. Wichtiger ist natürlich die Entfernung der Ursache zum Beispiel einer Diskushernie, eines Neuroms oder einer Kompression am Handgelenk beim Carpal tunnel - Syndrom. Hier ist auch gelegentlich die schmerztherapeutische Technik oder Neurochirurgie verlangt. So kann man mit gepulster Radiofrequenz die sensiblen Fasern eines Nervenstrangs betäuben oder mit Kälte oder Hitze ganz zerstören. Das sind also recht grobe Verfahren. Im Extremfall kann mittels elektrischer Stimulation auf dem Rückenmark, der sogenannten Hinterstrangstimulation, der Schmerzreiz übertönt werden, sodass nur ein gut erträgliches „Summen“ verspürt wird. Der Stimulator, ähnlich gross wie ein Herzschrittmacher, wird unter die Haut eingebaut und muss je nach Beanspruchung alle paar Jahre ausgewechselt werden. Bei Schmerzen, die auf Morphin

sensibel sind gibt es eine andere Möglichkeit: der Einbau einer Pumpe, die dosiert Morphin in den Rückenmarkskanal abgibt und so, eine Linderung bewirkt.

Soweit die ersten zwei Mechanismen, die zu Schmerzen führen können. Sie betreffen die Struktur des Körpers und leiten sich von sichtbaren Verletzungen oder Entzündungen der Gewebe ab. Wir können sie deshalb in Analogie zur Computertechnik als „hardware – Störungen“ bezeichnen. Sie müssen auch weitgehend mit technischen Massnahmen (Chirurgie, Medikamenten, Physiotherapie oder schmerztechnischen Eingriffen, wie oben erwähnt oder zumindest Kortisoninjektionen an die Verletzungsstelle) behandelt werden. Es ist deshalb wichtig, sie sorgfältig zu suchen und zu differenzieren.

Was gibt es denn sonst noch für Mechanismen? Wie wir alle wissen, leiden viele Menschen an Schmerzen, die sich durch die organischen Befunde nicht erklären lassen. Hier muss es sich um Schmerzen handeln, die nicht durch Gewebsverletzungen oder Abnützungen allein verursacht sind und doch den Patienten teils sehr intensiv belasten. Denken wir nur an die vielen Kopfschmerzpatienten oder an Leute mit postoperativen Schmerzen trotz einwandfreier Wundheilung. Sind das alles psychische Schmerzen? Was wir beobachten können ist, dass Schmerzen dieser Art auf vegetative Reize wie Kälte, Wärme, elektrische Reize, Massagen oder Nahrungsumstellungen und auf Injektionen von Lokalanästhetica am Ort der Schmerzen oder an vegetative Nervenganglien zum Teil gut reagieren. Das vegetative Nervensystem hat einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von gewissen Schmerzen ohne organische Ursache. So kann jemand mit Veranlagung zu Migräne enorm profitieren von Injektionen an die vegetativen Ganglien des Kopfes. Wenn die Migräneanfälle vor allem bei gestörter Darmentleerung auftreten, kann eine Regulierung der Darmtätigkeit geradezu Wunder vollbringen. Häufig reicht eine Massnahme allein nicht, um die Funktionsstörung zu korrigieren. Das vegetative Nervensystem, das praktisch alle unbewusst ablaufenden Lebensfunktionen im Gang hält und steuert, ist über den ganzen Körper vernetzt. Jede Störung im Netz stresst das System und lässt schliesslich die Funktionsstörungen wie Kopfschmerzen, Migräne, Muskelschmerzen und viele andere Symptome ausbrechen je nachdem, wo der betreffende Mensch seine Schwachpunkte hat. Vereinfachend nennen wir deshalb diesen Anteil der Schmerzentstehung die „vegetative Komponente“. Da es sich nicht um eine Gewebsverletzung oder eine chemische Störung handelt sondern um eine Funktionsstörung, zähle ich sie zu den „software- Störungen“.

Das Erkennen dieser Schmerzanteile ist nicht einfach. Typischerweise sind es Schmerzen, die in Intensität und Auftreten inkonstant sind und von verschiedenen äusseren Umständen, auch von psychischen Spannungen und Emotionen ausgelöst oder verstärkt werden können. Bei unserem Patienten ist sicher der Tinnitus ein vegetatives Symptom, das wohl durch eine Durchblutungsstörung während der Narkose entstanden ist. Die Fusschmerzen besserten durch Injektionen von 1% Procain in die a. femoralis also die Hauptarterien der Beine. Also waren auch diese Schmerzen nicht rein strukturell neuropathisch sondern hatten auch einen funktionellen, vegetativen Anteil. Ganz spannend ist, dass bei diesen Injektionen an und in die Beinarterien, der Tinnitus jeweils stundenlang zuerst deutlich abnahm und mit der Zeit über Tage ganz verschwand. Dies bedeutete für Walter wirklich eine riesige Entlastung, brachte ihn der laute Pfeifton vor allem nachts doch häufig fast zum Verzweifeln. Injektionen in andere Blutgefässe wirken nicht annähernd so deutlich. Das konnte ich an mehreren andern Tinnituspatienten beobachten. Es zeigt aber, dass die Wirkung des Anästhesiemittels auf das vegetative Nervensystem oft verschlungene Wege nimmt.

Wie neuropathische, sprechen auch vegetative Schmerzen häufig schlecht auf Schmerzmittel, eher noch auf Beruhigungsmittel wie Benzodiazepine an. Menschen, die an vorwiegend vegetativen Schmerzen leiden, sind oft schon bei vielen Spezialisten gewesen, wenn sie zu mir kommen. Auch der Psychiater oder Psychologe ist oft schon involviert, weil ein psychischer Grund angenommen wurde. So sehe ich gelegentlich Frauen mit Schmerzen im Unterleib, bei denen die gynäkologische Kontrolle völlig normal

ausgefallen, von der Wirbelsäule her auch keine Ursache erkennbar ist und dennoch etwas nicht stimmt. Die Untersuchung bringt dann das Augenmerk zum Beispiel auf eine Narbe nach Kaiserschnitt oder nach Dammschnitt, die damals schlecht abheilte und manchmal auch seit Jahren noch schmerzhaft geblieben ist. Als Neuraltherapeut bleibt mir nichts anderes zu tun, als die Narbe mit Procain zu anästhesieren. In der Regel reichen eine bis 3 Behandlungen, um die Narbe schmerzfrei zu machen. Meist wird dann auch der ganze Bauch schmerzfrei und wieder normal empfindlich, wenn er vorher taub und unempfindlich war. Die Abgrenzung dieser funktionellen und doch „organischen“ also nicht primär psychischen Schmerzkomponente ist für die Therapie entscheidend, weil sie im Gegensatz zu der strukturellen neuropathischen Komponente mit Techniken wie die Neuraltherapie, die Akupunktur und auch mit gewissen physiotherapeutischen Massnahmen und Techniken behandelt werden kann und muss. Dies wird heute noch viel zu wenig wahrgenommen. Viele Patienten werden deshalb zu Unrecht als „psychosomatisch“ vom Hausarzt und von vielen Spezialisten abgeschrieben. Häufig kennen die Ärzte die Kriterien einer „psychischen“ Schmerzstörung nicht und haben auch keinen Zugang zu solchen Störungen.

Die vierte Komponente in der Tetralogie ist, wie ihr vermutet, der seelische Anteil von Schmerzen. So wie es Schmerzen gibt, deren Ursache weitestgehend nozizeptiv oder fast rein neuropathisch ist, gibt es Situationen, wo wir annehmen, dass die Ursache praktisch rein psychologisch ist. Solche Schmerzen, die früher als psychosomatisch und damit als „eingebildet“ betrachtet wurden, werden heute als eigene Krankheit anerkannt und als „somatoforme Schmerzstörungen“ bezeichnet. Bei einer somatoformen Schmerzstörung handelt es sich um einen seit *mindestens 6 Monaten* bestehenden *schweren und quälenden* Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht oder nicht vollständig erklärt werden kann.

Der Schmerz *tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Faktoren* (z.B. Stress, privater und beruflicher Ärger) auf. Diese sollten schwerwiegend genug sein, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten. *Beträchtliche Zuwendung* ( durch Angehörige, Freunde und medizinische Einrichtungen ) ist zunächst (!) Folge dieser Schmerzen.

Es wird angenommen, dass in Schmerzpraxen ca 25% der Patientinnen und Patienten an somatoformen Schmerzstörungen leiden. Meine Erfahrung ist etwas anders. Patienten mit rein psychogenen Schmerzen ohne jede organische oder vegetative Grundlage sehe ich selten. Die ICD 10 von 2009 trägt diesem Umstand Rechnung durch die zweite Diagnose der *Chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren*.

Im Vordergrund dieses klinischen Bildes stehen ebenfalls seit mindestens 6 Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren *Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben*. *Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn*. Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Der Schmerz wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der vorgetäuschten Störung oder Simulation).

Diese Form von Schmerzen ist in meiner Erfahrung wesentlich häufiger, wird aber vor allem von Versicherungen oft mit der somatoformen Schmerzstörung gleichgesetzt.

Immer wieder staune ich über die Lebensgeschichten bei Menschen mit chronischen organischen Schmerzen. Ich sagte euch, dass Walter ein stämmiger grossgewachsener Mann war mit grosser Bergerfahrung. Er wurde nach seiner Operation mit den unerklärlichen Schmerzen auch zum Psychiater

geschickt. Dieser versuchte ihn verhaltenstherapeutisch zu behandeln, da er den Eindruck eines sonst gesunden, lebenserfahrenen Mannes hatte. Er versuchte zum Beispiel Walter dazu zu bringen, seine Durchblutung in den Füßen über die Atmung zu verbessern. So sagte er ihm, er solle durch die Füße ausatmen. Das war dann zu viel für den an technisch Verstehbares gewohnte Alpinist. Nachdem er 6 Jahre lang von verschiedenen Ärzten untersucht und mit Schmerzmitteln aller Art und Psychopharmaka erfolglos behandelt worden war, verlangte er nach einer speziellen Schmerzbehandlung. Er wurde deshalb in unsere Klinik gewiesen, obwohl er dafür über 3 Stunden zu reisen hatte, was in der Schweiz als lange gilt. Über die Behandlung der nozizeptiven, neuropathischen und vegetativen Anteile seiner Schmerzen habe ich euch schon berichtet. Was aber geschah auf der psychologischen Ebene?

Walter war zuerst auf unserer Bettenstation hospitalisiert und wurde mit Blockaden und Kortisoninjektionen für den neuropathischen Schmerz behandelt. Zur Modulation der vegetativen Störung sollte ich mit der Neuraltherapie beitragen. Bei der Untersuchung war ich beeindruckt durch die Verzweiflung dieses starken Mannes der kaum mehr auf seinen Füßen stehen konnte und ohne Stöcke das Gleichgewicht nicht stabil hielt. Organisch konnte bis auf eine leicht verlangsamte neurologische Leitungsfähigkeit der Fussnerven nichts gefunden werden, das die Gefühlslosigkeit der Füße und die extremen Schmerzen beim Gehen erklärt hätte. Am Ort der so schmerzhaften Spinalanästhesie fand sich in der Magnetresonanztomographie keine Spur mehr von Verletzung irgendwelcher neuraler Strukturen. Der Neurologe hat deshalb auf ein akutes neuropathisches Geschehen durch die Spinalanästhesie geschlossen, dessen eigentliche Ursache aber unklar blieb. Leider konnte durch keine Blockade mit Anästhesie eine bleibende Besserung erzielt werden. Andererseits verspürte Walter durch die Injektionen in die Beinarterien, wie ich vorhin erwähnte, immer wieder eine Besserung. Allerdings nur stundenweise. Dies gab mir die Gewissheit, dass keine strukturell definitive Läsion vorlag sondern eine Funktionsstörung, die eigentlich reversibel war. Ich habe dies Walter offenbar mit den Worten mitgeteilt: „Ich weiss, was sie haben. Wir müssen nur den Schlüssel dazu finden.“ Ich selbst erinnere mich nicht, diesen Satz gesagt zu haben, aber Walter hat ihn mir immer wieder vorgehalten, wenn ich über den langsamen Fortschritt etwas entmutigt schien. Offenbar gab ihm das immer wieder Mut und Halt. Nach seiner Entlassung, - er war nur leicht gebessert. - ist er zuerst alle 2 Wochen, dann alle 3 -4 Wochen nach Basel gefahren, um sich von mir in die Arterien, die Beinnerven und die Füße spritzen zu lassen. Für den Tinnitus bekam er Injektionen an die Hinterhauptsnerven (nn. occipitales), da das Symptom bei der Duraverletzung durch die Spinalanästhesie aufgetreten war. Jedes Mal konnte er einen deutlichen Besserungseffekt feststellen.

Aber ich hatte den Eindruck, es stecke noch mehr dahinter, was viel tiefer sass als diese schmerzhaft Anästhesie. Ich versuchte deshalb, etwas tiefer in seine Geschichte einzudringen. Zuerst war er skeptisch, dann aber immer offener. Er habe das bisher keinem Arzt erzählt. Nicht einmal dem Psychiater, weil er Angst hatte, damit wieder als Psychopath und Simulant abgestempelt zu werden.

Es ging um seine Kindheit. Sie seien sechs Geschwister gewesen, sein Vater Alkoholiker und seine Mutter offenbar nicht in der Lage für sie alle zu sorgen. Er sei deshalb als vierjähriger wie seine Geschwister verdingt das heisst fremdplatziert worden. Das war zwischen 1800 und 1950 in der Schweiz ein vor allem in ländlichen Gebieten häufig angewandtes Verfahren, armengemässige Kinder zu versorgen. Meist wurden sie einem Bauern abgegeben, nachdem das Kostgeld, das ihm die Gemeinde zahlen musste, ausgehandelt worden war. Im Kanton Bern sollen vor dem 1. Weltkrieg etwa 10 %, in der ganzen Schweiz über 4% aller Kinder verdingt gewesen sein. Sie wurden meist ausgenützt, misshandelt, auch vergewaltigt und trugen häufig psychiatrische Schäden davon oder begingen Selbstmord. Auch Walter kam auf einen Bauernhof. Sein Schlafplatz war ein Hohlraum unter der Holzterasse mit einer Strohmattze. Geweckt wurde er durch Bauer und Bäuerin, die die Treppe runter polterten und erwarteten, dass er Holz für das Frühstück holte, anfeuerte und später im Stall mithalf. Essen durfte er nur in der Küche, während die Familie mit dem einzigen etwas älteren Sohn in der Stube tafelten. Dieser hatte natürlich viele Spielsachen, eine elektrische Eisenbahn und ein Fahrrad, während Walter im Stall und auf dem Felde schuftete musste, immer wieder geschlagen wurde und kaum Zeit für Schulaufgaben hatte. Ein besonderer Umstand war Walters Glück. Der Bauer war Ältester in einer Freikirche. Gegen aussen hatte deshalb alles in bester Ordnung zu sein. So musste Walter am Sonntag auch zur Sonntagschule und später zur Predigt. Er hatte auch Anrecht auf die

abgetragenen Sonntagskleider des Bauernsohnes. Weil er aber schneller gewachsen war, waren sie ihm immer zu klein. Aber immerhin noch ganz.

Als er zwölf war, wurde der Bauernhof verkauft und Walter kam auf einen anderen Hof. Das war seine Rettung. Die Pflegeeltern waren kinderlos und froh, eine Hilfe zu wohlfeilen Bedingungen zu bekommen. Er war nun stark und gross und konnte sich gegen Schläge eher zur Wehr setzen. Die Bäuerin war hart aber gerecht und der Bauer fleissig. Aber auch hier bekam Walter kein gutes Wort zu viel und keine persönliche Zuwendung zu spüren. Mit siebzehn bekam er von der Gemeinde die schriftliche Mitteilung, dass seine Mutter gestorben war und er sich für amtliche Probleme bei seinem Amtsvormund namens xy zu melden habe. Er erinnerte sich kaum an seine Mutter ausser, dass sie viel traurig war und ihn fortschickte, wenn er etwas von ihr wollte. Sein Vater war irgendwann früher verstorben, ohne dass man ihm das offiziell mitgeteilt hätte. Und er fühlte sich plötzlich sehr allein. Die Bäuerin, die ihm den Brief ausgehändigt hatte, beobachtete ihn und sah wie er nachdenklich wurde. Jedenfalls nahm sie ihn plötzlich in die Arme und drückte ihn fest an ihre Brust. Das erste Mal in seinem Leben fühlte sich Walter angenommen. Er sei nun halt ein wenig ihr Sohn sagte die Bäuerin.

Dies erzählte mir Walter in mehreren Phasen vor ungefähr zwei Jahren. Zusammen haben wir versucht, eine Art Versöhnung mit den verschiedenen Personen zu erreichen. Am schwersten war das mit dem ersten Bauernpaar wegen ihrer Falschheit. Aber irgendwie ist das doch gelungen.

Walter bezeichnet mich nun als seinen Freund und die Klinik als „unser Haus“. Wir sind seit ca 2 Jahren per Du. Es brauchte eine sehr lange Zeit der Behandlung über Spritzen und Physiotherapie, bis diese Geschichte formuliert und verarbeitet werden konnte. Aber seither geht es langsam bergauf.

Walter hat eine Berufslehre als Maschinenmechaniker gemacht und später an verschiedenen Orten gearbeitet, geheiratet und hat einen 30 jährigen Sohn. Die Bergwelt war ihm aber wichtiger als die Beziehung zu Frau und Sohn. Er erzählte mir immer wieder von früheren Besteigungen und Wanderungen, die er jetzt dann wieder unternehmen werde. Den Rest erzähle ich euch am Schluss.

Zuerst noch einige theoretische Gedanken. Ihr seht wie komplex die Analyse insbesondere eines chronischen Schmerzgeschehens sein kann. Der psychische Hintergrund spielt bei der Schmerzempfindung immer eine wichtige Rolle. Sehr gut belegt ist die Bedeutung der Kindheit für das Risiko einer Schmerzchronifizierung. Folgende Faktoren sind speziell untersucht und als Prädiktoren erhoben worden:

- emotionale Vernachlässigung (Unerwünschtheit)
- berufliche Anspannung beider Eltern von klein auf
- chronische familiäre Dysharmonie / mit Gewalt
- Altersabstand zu Geschwister unter 18 Monate
- Häufiges geschlagen werden / Misshandlungen
- schwerer sexueller Missbrauch
- kärgliche / instabile finanzielle Situation, niedrige Schulbildung
- Trennung /Scheidung der Eltern
- Körperliche oder psychische Behinderung oder Krankheit der Eltern, Suchtprobleme
- Tod eines Elternteils

© 2011 B. Vill Universitätsklinikum Erlangen

Zwangslös erkennen wir unseren und viele andere chronische Schmerzpatienten wieder. Natürlich gibt es auch Menschen, die eine schwere Vergangenheit haben und dennoch keine chronischen Schmerzen entwickeln.

Eindrücklich ist die Anzahl von Studien in den medizinischen Zeitschriften, die zum Thema Schmerz und Psyche, psychosoziale Situation, Schmerz coping, psychologische Schmerzbehandlung in letzter Zeit publiziert wurden. An sich ist das sehr erfreulich, werden doch damit die Ärzte aufmerksam gemacht, dass Schmerz an sich nicht eine organische Störung sondern ein psychisches Phänomen ist. So konnte man

zeigen, dass Angst im Zusammenhang mit einer experimentellen schmerzenden Verletzung den durchschnittlichen Schmerzgrad um 2 – 3 Stufen der Skala von 0 – 10 verschlimmerte während eine angenehme Ablenkung den empfundenen Schmerz verringerte. Ähnliche Feststellungen konnten bei leichten Depressionen gemacht werden. So ist wesentlich, ob den Kindern bei Verletzungen Angst gemacht wird oder im Gegenteil rasch Mut gemacht wird, mit den richtigen Massnahmen die Heilung zu fördern. Eine gute Eltern – Kind – Beziehung scheint ganz wesentlich zu sein.

Eine meiner Patientinnen, ich nenne sie Frau Hefti, eine junge Frau, erlitt 2003 ebenfalls bei einer Bergtour einen schweren Unfall. Ihr rechter Unterschenkel wurde durch einen darauf stürzenden Felsbrocken zermalmt. Angesichts der ausgedehnten Verletzungen beschloss das Chirurgeteam, ihr die Amputation vorzuschlagen, weil eine Rettung des Fusses chirurgisch nicht denkbar sei. Die damals 22 jährige Frau wehrte sich erfolgreich und es wurde eine erhaltende Operation von ca 10 Stunden durchgeführt. Insgesamt hat die Patientin 13 Operationen für diesen Unterschenkel durchgemacht. Das technische Wunder geschah und der Fuss blieb bis heute vital. Aber es traten massivste chronische neuropathische Schmerzen im Unterschenkel auf, die initial nur auf Morphin reagierten. Bei einer so schweren Verletzung mit Durchtrennung mehrerer Nerven und der versorgenden Gefässe und den nachfolgenden Operationsverletzungen sind chronische Schmerzen absolut nicht ungewöhnlich. Viele Mechanismen der Sensibilisierung sind bekannt, viele allerdings auch nicht. Die Patientin erhielt denn auch Morphin in hohen Dosen, bis sie abhängig war und man feststellen musste, dass die täglich 16 Petidinspritzen den Schmerz nicht wesentlich besserten. In einer psychiatrischen Klinik wurde der Entzug durchgeführt. Dabei konnte mit Neuraltherapie eine deutliche Schmerzreduktion erreicht werden. Frau Hefti wurde mir deshalb zur Weiterbehandlung überwiesen. Seit über 5 Jahren behandle ich sie nun mit Neuraltherapie mit mässigem Erfolg. Auffällig war für mich, dass sie bei Stress oder Diskussionen mit ihren Eltern immer mehr Schmerzen hatte. Sie hat mir denn auch erzählt, dass sie als zweiter Zwilling ihrer Schwester nie gleichgestellt worden war. Diese sei sowohl von der Mutter wie vor allem vom Vater immer bevorzugt worden, sei hübscher, gescheiter, erfolgreicher und eben auch nicht behindert wie sie. Während bei Walter der Sonntagschulglaube immer wieder und auch heute noch eine gut stabilisierende Wirkung hat und ihm wohl auch seine Beine vor der Motorsäge rettete, fehlt diese Hilfe bei Frau Hefti ganz. Ich versuche, ihr fehlendes Selbstwertgefühl mit Hinweisen auf ihre gut gehende Ehe, ihr gutes Umgehen mit dem Schmerz, ihre Aktivitäten im Garten und im Haus zu heben und vor allem ihre Haltung zu Eltern und Schwester zu entschärfen. Seit der Tagung in Willersley ist die Vergebungsarbeit für mich und meine Patienten wichtig geworden. Auch bei Frau Hefti scheint dies eine Verminderung des Beziehungsstress und eine Schmerzlinderung zu bringen.

Immer wieder ist dieser Zugang wichtig. Letzthin sah ich eine Patientin , die an 12 verschiedenen Pflegeplätzen aufgewachsen ist. Sie wird nie alles vergeben können.

An einem dritten Beispiel möchte ich zeigen, wie weit wir gelegentlich suchen müssen, um einem Menschen helfen zu können, Belastungen los zu werden. Frau Melanie Weiss, eine junge in die Schweiz adoptierte Inderin, hatte ich 2004, damals 21 jährig, wegen einer schmerzhaften Schulter nach einem Treppensturz behandelt. Die Behandlung mit Neuraltherapie hatte ausserordentlich lange gedauert, obwohl nichts sichtbar verletzt war, war aber schliesslich doch erfolgreich und die Patientin konnte nach einem Lehrstellenwechsel von Alterspflegerin zur Aktivierungstherapeutin weiterarbeiten. Drei Jahre später kommt sie wieder, weil sich ihr Asthma, das sie als Kind hatte und mit 15 verlor, wieder manifestiert hatte. Da Frau Weiss auch an einer Nahrungsmittelintoleranz leidet, habe ich an eine allergische Komponente gedacht und sie vom Pneumologen entsprechend untersuchen lassen. Das negative Ergebnis überraschte mich etwas. Mehr aber noch, dass die Asthmaanfalle auf Neuraltherapie manchmal gut, manchmal aber gar nicht ansprachen. Ausserdem waren sie atypisch geworden und Frau Weiss klagte oft über einen Druck in der Halsgegend. Sie kam manchmal mit ihrer Adoptivmutter zu mir. Schon wegen der verzögerten Schulterheilung und jetzt wieder wegen des Asthma haben wir die Umstände ihrer frühen Jugend besprochen. Sie war mit drei Jahren aus einem Kinderheim in Delhi von den Schweizer Eltern adoptiert worden. Die kleine Melanie wurde als ungefähr 3 Monate altes Baby neben einer Mülltonne in einem der Quartiere, die wir aus dem Film Slumdog Millionaire kennen, gefunden und in das Kinderheim gebracht. Dort blieb sie bis zur Adoption. In der Schweiz ist sie mit einem 2 Jahre älteren Buben in einer wirklich sehr guten Atmosphäre aufgewachsen. Sie konnte sich gut entwickeln und hat ein ganz schönes Verhältnis zu ihren Eltern. Sie wurde bald über ihre Herkunft aufgeklärt und hat auch das Kinderheim in Delhi besucht.

Und doch mussten wir annehmen, dass eine psychische Belastung hinter der gestörten Atmung stecken könnte. Ein befreundeter Kollege und Kinderarzt hat die Patientin kinesiologisch untersucht und festgestellt, dass ein emotionaler Block vorliege, dessen tiefere Untersuchung aber nicht zugelassen wurde. Nach längerem Zögern willigte die Patientin nun doch in eine psychosomatische Behandlung bei einem entsprechend ausgebildeten Kollegen ein. Ich habe sie dann aus den Augen verloren bis sie vor drei Monaten wieder mit der schmerzhaften Schulter erschien. Auf das Asthma angesprochen erzählte sie mir folgendes: während eines ganzen Jahres sei sie monatlich zum Gespräch gegangen. Nach längerem Suchen seien sie auf ihre Geburt und offensichtliche Aussetzung gekommen. Sie habe sich den Film Slumdog Millionaire angesehen und dabei heftige Schmerzen im Hals und Atemnot verspürt. Daraufhin hätte sie mehrmals mit ihrem Therapeuten durchbesprochen, wie sie wohl als unerwünschtes Mädchen nicht einfach ausgesetzt sondern wahrscheinlich zuerst gewürgt ev. sogar fast erwürgt und als tot liegen gelassen worden war, bis sie zufällig gefunden wurde. Es sei eine sehr harte Arbeit gewesen aber es habe sich gelohnt. Das vermeintliche Asthma sei seither verschwunden. Ihr vermutet richtig. Auch in dieser Situation musste ein Teil der Verarbeitung über die Vergebung laufen. Diesmal einer Person gegenüber, die Melanie nie gekannt oder bewusst erlebt hat, die aber offenbar, wie sich in der Traumarbeit herausgestellt habe, ein Mann gewesen sein muss.

Über die Schulterschmerzen hat die Psychotherapie bisher keine Klarheit schaffen können.

Was wollte ich euch mit diesen drei Menschen zeigen? Ein chronischer Schmerz ist keine isolierte Krankheit. Eine sorgfältige Analyse muss die verschiedenen Komponenten möglichst sauber erfassen, um mit entsprechenden Mitteln die strukturellen und vegetativ funktionellen Teile behandeln zu können. Hier gilt so viel wie nötig, so wenig wie möglich. Manchmal müssen die Medikamente und invasiven Massnahmen sogar bei starken Schmerzen struktureller Genese, abgesetzt und durch Methoden wie Bio feedback, Entspannungsmassnahmen oder Hypnose ersetzt werden. Der Schritt zur eigentlichen Psychotherapie und psychologischen Begleitung auch durch den Nicht Psychiater ist nicht ein entweder – oder, sondern ein sowohl – als auch. Der chronische Schmerz belastet Patienten und ihr Umfeld häufig sehr stark. Frau Hefti zum Beispiel ist Orthoptistin und kann wegen der Schmerzen im Bein weder ihren Beruf ausüben noch hat sie den Mut, Kinder zu haben. Sie hat Mühe mit ihrer Identität und nicht selten deswegen auch Probleme mit ihrem Ehemann. Wir haben oft darüber gesprochen und seit kurzem ist sie bei einer unserer Psychologinnen in regelmässiger lockerer Begleitung. Auswirkungen auf Arbeit, Freizeiterleben, familiäre und Freundesbeziehungen, Lebensqualität, Schlaf und vieles andere mehr müssen formuliert werden. Dies alles mit dem Patienten zu besprechen bedeutet, ihn als Mensch und Person ernst zu nehmen und ihm zu helfen, seinen Platz und sein Würde wieder zu finden. Das ist manchmal wichtiger als verzweifelt nach einer psychischen Ursache zu suchen, die oft vielfältig und sehr schwer aufzuarbeiten ist. Denn sehr oft zweifelt der Patient mit der Zeit an sich selbst, wenn er überall auf Unverständnis und sogar Unglauben für sein Leiden stösst.

Zum Schluss noch das Ende der Geschichte von Walter: Vor zwei Jahren hat er sich von seiner Frau getrennt. Er hat mir gestanden, dass er mit ihr eigentlich nie eine wirklich intime Verliebtheit erlebt hatte. Seit dem letzten Sommer hat er nun eine Freundin und es schien uns beiden, dass er seither grosse Fortschritte machte und besser trainieren konnte. Mit dieser Frau konnte er erstmals seine Gefühle leben und teilen. Er habe auch plötzlich wieder warme Füsse bekommen.

Was mir in meiner Arbeit mit Schmerzpatienten immer wieder Eindruck macht, ist die schwere Verletzung durch fehlende Liebe und Vertrauensbruch in der Kindheit. Und hier liegt auch das Geheimnis der Medizin der Person. Wir können vielen Menschen durch unsere Art, ihnen zu begegnen, Wertschätzung zeigen und Liebe entgegenbringen und ihnen so helfen, manchmal mit dem Hinweis auf die Liebe Gottes, ihre Vergangenheit und sich selbst zu akzeptieren. Wie eingangs erwähnt, liegt in der Art unserer Begegnung mit dem Patienten eine Chance, die sogar auf die Wirkung der Technik einen direkten Einfluss haben kann.

Vielen Dank für eure Aufmerksamkeit