



Es gibt viele hochwissenschaftliche Erklärungen für den Schmerz, doch bei aller Forschung bleibt das Phänomen Schmerz weiterhin ein noch zu entwirrendes Geheimnis. Manchmal findet man den Vergleich zu der Erforschung des Mondes: Man war schon ein paar Mal dort oben und weiß eine Menge darüber, doch nach wie vor existieren viele Geheimnisse um diesen Himmelskörper.

Mythen rund um den Schmerz

Um kaum einen körperlichen Zustand ranken sich so viele Mythen wie um den Schmerz. In einer hochtechnisierten Medizin, die von Apparaten bestimmt wird und sich vor allem auf wissenschaftliche Belege (Evidenzbasierte Medizin) stützt, ist die „Nichtsichtbarkeit“ eines Phänomens, wie sie beim Schmerz zumeist der Fall ist, oft ein Grund, der einen Keil zwischen Arzt und Patient treibt. Was die medizinischen Apparate und somit das Auge des Arztes nicht erkennen können, kann auch nicht existieren. Und so berichtet mancher Patient von der frustrierenden Aussage seines behandelnden Arztes: „Ich kann nichts erkennen. Das muss wohl psychisch sein.“ Dass Schmerzen nur dann vorliegen, wenn eine körperliche Ursache wie z.B. eine Entzündung, eine Fehlstellung oder eine Fraktur gefunden wurde, ist schon mal die erste Legende. Psychische Belastungszustände, welcher Art auch immer, können Kopf-, Bauch- oder Rückenschmerzen auslösen, ohne dass sich offensichtliche Veränderungen in den jeweiligen Regionen zeigen. Genauso ist der häufig gebrauchte Satz „du hast psychische Schmerzen“ nicht richtig. Denn egal ob die Schmerzen von Verletzungen herrühren oder aber durch eine ausgeprägte Stresssituation entstanden sind, jede Schmerzäußerung hat in unserem Zentralnervensystem eine körperliche Grundlage und wird über die gleichen Hirnregionen aktiviert. Einen psychischen Schmerz gibt es somit schlicht und ergreifend nicht. Vielmehr macht es Sinn, die psychische Situation eines Menschen mit in die Schmerztherapie einzubeziehen. Übrigens kann auch der „dickste“ organische Befund durch psychische Faktoren verschlimmert werden!

Lange Zeit ging man davon aus, dass Säuglinge keine richtigen Schmerzen haben können. Diese Ansicht basiert u.a. auf der Meinung, dass erst dann Schmerz existiere, wenn er mit Worten ausgedrückt werden könne. Oftmals wurden und werden immer noch z.B. Beschneidungen oder andere schmerzhafte Eingriffe bei Neugeborenen ohne anästhetische Interventionen durchgeführt. Dass die armen Menschlinge trotzdem wie am Spieß schreien muss – folgt man dieser falschen Ansicht - also offenbar eher einen anderen Grund haben. Vielleicht war das Skalpell zu kalt?!

Auch die Aussage, Schmerz gehöre nicht zum normalen Leben, eignet sich eher für die Mottenkiste der Mythen. Unser Leben fängt schon mit dem Geburtsschmerz an und immer wieder werden wir mit zum Teil harmlosen Schmerzen konfrontiert. Sie zeigen uns Grenzen auf, sind Warnsignale und sorgen dafür, dass wir uns nach einer Verletzung schonen. Dies führte einst den Arzt und Popularphilosophen Ernst Freiherr von Feuchtersleben sogar zu der Erkenntnis, dass sich ohne Leiden kein Charakter bilden könne.

Allerdings wird vermutlich jeder Schmerzpatient auf solche Kalendersprüche gerne verzichten können.

Bestimmten körperlichen Zuständen, wie z.B. nach einer OP, gesteht man eine gewisse Schmerzintensität zu. Klagt der Patient jedoch nach der dritten Tablette immer noch, scheint mit ihm irgendetwas nicht in Ordnung zu sein. Entweder ist er ein Simulant oder ein Sensibelchen. Menschen, die nicht klagen, gelten als stark, und solche, die stöhnen und ächzen als schwach. In meinem vorherigen Beruf als Krankenpfleger musste ich mir bei meinen Nachtdiensten auf einer operativen Station bei Telefonaten mit dem jeweiligen diensthabenden Arzt häufig anhören, Patient X könne keine Schmerzen mehr haben, weil er ja bereits das Medikament Y bekommen habe. Das richtige Schmerzmedikament zu verabreichen, gehört zu den besonders kniffligen Aufgaben eines Arztes und eine Nichtkenntnis kann nicht nur zu unerwünschten Begleiteffekten führen, sondern sogar das Gegenteil verursachen: eine Zunahme der Beschwerden.

Akuter und chronischer Schmerz

Jeder kennt den akuten Schmerz, wie wir ihn z.B. nach einem Sturz, einer Verletzung, bei Überbelastungen oder möglicherweise nach einem Zahnarztbesuch spüren. „Akut“ meint, dass dieser Schmerz nach kurzer Zeit abklingt. Oftmals bekommt man ihn mit einfachen Hausmitteln (Umschläge, Kälte), medikamentös oder durch Gegenstimulation (Reiben, Massieren etc.) in den Griff. Der akute Schmerz hat zudem eine wichtige Schutz- und Warnfunktion. Wie eine rote Warnleuchte signalisiert er unserem Körper sich z.B. zu schonen und auszuruhen, damit eine Heilung überhaupt möglich ist.

Schmerzen sind oder werden chronisch, wenn etwa bei Entzündungen (wie bei der Arthritis) oder anderen Gewebeschäden die Schmerzen nicht aufhören und das Nervensystem aufgrund unzureichender Therapie ständig mit Schmerzsignalen attackiert wird. Doch bedarf es nicht zwingend körperlicher Grundlagen wie z.B. Verletzungen oder Schädigungen, damit sich ein chronischer Schmerz entwickelt. Auch immer wieder auftretende Belastungen können auf Dauer durch die ihnen zugrunde liegende Verspannungsprozesse Schmerzen hervorrufen. Treten solche Beschwerden über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten immer wieder auf, werden sie als chronische Schmerzen bezeichnet. Aus Erfahrungen und klinischen Untersuchungen ist seit langem bekannt, dass akute Schmerzen sich dann zu chronischen Schmerzen entwickeln, wenn sie nicht ausreichend gelindert werden. Der chronische Schmerz hat keine Funktion mehr. Man kann sagen, der Schmerzzustand wird zur Krankheit selbst.

Auch Psyche und Umwelt beeinflussen den Schmerz!

Schmerz ist nicht nur ein rein körperlicher Prozess. Eine Vielzahl von psychosozialen Faktoren bestimmt unsere Schmerzwahrnehmung. Wir werden bereits in eine Kultur hineingeboren, in der es bestimmte Umgangsweisen mit dem Schmerz gibt. So haben etwa Angehörige von Urvölkern eine höhere Schmerzschwelle als z.B. wir Westeuropäer, da in solchen Kulturen Schmerzen sozusagen zum „guten Ton“ gehören (z.B. durch Stammesriten, Mutproben etc.). Jeder Mensch hat zudem eine eigene Schmerzgeschichte: Hier zählen Vorerfahrungen, die er mit Schmerzen bereits gemacht hat oder wie in der Familie mit Schmerz umgegangen oder auf Schmerzen reagiert wurde. Aber auch Gefühlszustände haben Einfluss auf unser Schmerzerleben. Während z.B. Angst, Trauer oder Hilflosigkeit die gespürte Intensität erhöhen, kann uns in glücklichen Momenten so recht nichts umhauen. Hierher kommt auch wohl der Spruch „Humor ist die beste Medizin.“

Wer hat sich nicht schon über den schmerzverzerrt dreinschauenden Fußballer gewundert, der nach einem dramatischen Sturz ungewöhnlich schnell wieder auf den Beinen ist? Alles nur gespielt oder war hier vielleicht der Spielwille stärker als der Schmerz? Und – au Backe – wie rettet sich der Boxer trotz schmerzhafter Hiebe in die nächste Runde? Nach einem solchen Hieb hätte ich vermutlich einen mehrtägigen Krankenschein gebraucht!



Somit sind auch die Art unserer Einstellung und des Denkens daran beteiligt, wie wir Schmerzen wahrnehmen. Fühlen wir uns komplett ausgeliefert und damit hilflos oder kennen wir Strategien, um die Beschwerden in den Griff zu bekommen? Eine positive Denkart („ich habe schon Schlimmeres gemeistert“) kann unsere Schmerzen eher positiv beeinflussen als etwa Grübeln oder negatives Denken („Mir kann sowieso keiner mehr helfen“).

Hilfreiche Gedanken für positive Verstärkung können z.B. sein:

- Nach der Punktion wird das Knie wieder dünn,
- Blutkontrollen sind wichtig zur Kontrolle der Entzündung. Wenn ich jetzt beim Blutabnehmen tapfer bin, werden vielleicht meine Medikamente reduziert.
- Ich weiß, dass ich nach so viel Stress mit Schmerzen reagiere. Kein Wunder! Aber ich werde ausprobieren, was mir jetzt am besten hilft ... usw.
- Ich darf mich von dem Schmerz nicht unterkriegen lassen. Ich bin der Chef in meinem Körper, nicht der Schmerz.

Ein Perspektivwechsel kann helfen, einen Schmerz besser zu ertragen. Hilfreich bei schmerzhaften Eingriffen ist auch eine altersgerechte Aufklärung, was gemacht wird, wie die Prozedur abläuft, wann es weh tut und wie lange und was man in diesem

Moment machen soll, um den Schmerz nicht so intensiv zu erleben. Bei einem in der Abteilung für Kinder- und Jugendrheumatologie entstandenen Aufklärungsfilm zeigt der Seehund Juppi den Kindern wie z.B. eine Punktion funktioniert. Viele Kinder reagieren dadurch wesentlich angstfreier, was große Auswirkungen auf die Schmerzwahrnehmung bei besonderen Eingriffen hat. Ehrlichkeit über die Art und Dauer des Schmerzes ist sehr wichtig, um keine negativen Erfahrungen abzuspeichern, die möglicherweise dann Ängste vor dem nächsten evtl. notwendigen Schmerzereignis verstärken. Loben, belohnen, erklären, was und warum etwas geschieht sind ebenso positive Verstärker, wie das Ernstnehmen und auch Begleiten der Patienten.

Dauerhafte oder wie wir auch sagen „chronische Schmerzen“ setzen einen Teufelskreis in Gang, d.h. die anhaltenden Beschwerden führen zu einer niedergestimmten Gefühlslage, was wiederum Muskelverspannungen nach sich zieht. Statt der Niedergestimmtheit können wir auch das Gefühl der Angst einsetzen: Ein Patient, der Angst vor seinen Schmerzen hat, wird sich so in diesen Zustand hineinsteigern, dass sich Angst und Schmerz verstärken. Kindern beschreibe ich es auch schon mal so, dass Angst und Schmerz dicke Freunde sind und, wie das bei richtigen dicken Freunden auch der Fall ist, fühlen sich die beiden zu zweit doppelt so stark. Irgendwann verspürt der chronische Schmerzpatient Beschwerden, die nicht mehr nur an der ursprünglichen Stätte des Schmerzes lokalisiert sind. Dies aber führt zu einer Zunahme der Schmerzwahrnehmung, womit der Schmerzkreislauf schwerer beeinflussbar wird.

Schmerzen lernen – das Schmerzgedächtnis

Gerne wird der Vergleich mit einer Maschine herangezogen, wenn wir körperliche Abläufe bei uns Menschen erklären wollen. Eine solche Gegenüberstellung hinkt sicherlich an vielen Stellen und erweckt den Anschein, auch wir Menschen funktionieren nach einem vorhersehbaren, eben technischen Prinzip. Das ist natürlich nicht so, dennoch lassen sich mit technischen Beispielen Prozesse in unserem Körper tatsächlich besser verstehen. Ein solches Beispiel ist das Internet.

Wer viel im weltweiten Netz unterwegs ist, dem wird aufgefallen sein, dass ein Computersystem schnell lernt. Irgendwann weiß das schlaue System, dass wir gerne in den Süden fahren, und bietet unaufgefordert günstige Angebote und Reisevorschläge an. Oder Seiten, die wir oft besucht haben, werden direkt gespeichert und uns manchmal ungefragt präsentiert. Es hat sich somit etwas verselbständigt und der Mensch vor dem Bildschirm hat immer mehr den Eindruck, durch das PC-Gedächtnis gegängelt und beeinflusst zu werden.

Mit unseren Schmerzen verhält es sich nahezu ähnlich. Ein Schmerz ist nicht einfach nur ein Körpersignal, das auftaucht, wenn es einen triftigen Grund dafür gibt. Auch unsere Nervenzentrale prägt sich Schmerzmuster ein. Das ist bei einem akuten Schmerz, wie z.B. bei einer Verletzung, auch gut so, da wir so beispielsweise wissen, dass wir uns beim Auftauchen von Schmerzen schonen sollten (ob wir darauf auch hören, ist eine andere Sache!) oder aufpassen müssen, uns nicht zu verbrennen oder auf andere Weise weh zu tun. Bei chronischen Schmerzen kommt es zu Lernprozessen, die weniger hilfreich sind. Lernt unsere „Zentrale“ beispielsweise,

dass der Schmerz von großer Angst begleitet wird, so kann das Auftreten von Angst alleine ausreichen, um erneut Beschwerden auszulösen. Aber auch andere Reize, die mit der Schmerzreaktion zeitlich verknüpft sind, können verstärkend wirken. Das können nicht nur Gefühle sein, die wir mit etwas Unangenehmen verbunden haben (z.B. Trauer oder Wut), sondern auch negative oder „schwarze“ Gedanken. Wenn uns eine Situation Stress bereitet (z.B. Schule), so kann diese Anspannung auf Dauer nicht nur zu Schmerzen führen, sondern alleine der Gedanke daran Schmerzen hervorrufen. Haben sich bei einem Kind oder einem Jugendlichen große Schulfehlzeiten angehäuft und Resignation, Selbstzweifel und Rückzug breit gemacht, so kann dies zusätzlich zu depressiven Tendenzen führen, was den Schmerzkreislauf noch weiter verkompliziert. Dieser Prozess gilt genauso für Patienten, die das Gefühl haben, unverstanden zu sein oder bei denen die Schmerzen unbeeinflussbar erscheinen. Eine Aussage wie: „Wir können für Dich hier nichts tun“ kurbelt die Depressionsspirale noch weiter an. Manchmal, wenn belastende Ereignisse schon sehr weit in der Vergangenheit liegen, wird ihnen z.B. von den Eltern oder den Patienten selbst ein Einfluss auf die Schmerzen abgesprochen: „Aber das ist doch schon so lange her!“ Es ist inzwischen recht gut nachgewiesen, dass der momentane Stresspegel auf bedrückende Erlebnisse in Kindheit und Jugend zurückgeführt werden kann. Neben solchen psychischen Risikofaktoren, die eine Chronifizierung der Schmerzen begünstigen, sind noch zu nennen:

- Hang zum Katastrophisieren („Es wird wahrscheinlich wieder das Schlimmste bei mir eintreten“),
- das Ignorieren von Belastungsgrenzen, wie wir es vor allem oft bei Leistungssportler, aber auch Musikern finden,
- familiäre Konflikte und soziale Probleme,
- schmerzkrank Angehörige in der Familie,
- „in-sich-reinfressen“ von Stress und sonstige passive Verarbeitungsstrategien,
- vermehrter verdeckter Stress, für den es keine klaren Auslöser gibt,
- Menschen mit einer hohen Selbstbeherrschung, die niemals über Gefühle reden oder als fröhliche Durchhalter gelten.

Um zu dem Beispiel mit dem Computer zurückzukommen: Auch bei uns Menschen wäre es angebracht, dann und wann die Gesundheitsfestplatte zu bereinigen, um auf Dauer Störungen zu vermeiden. Doch dies erfordert jede Menge Einsicht. Wenn junge Patienten ausschließlich auf körperbezogenes Diagnostizieren und Behandeln fixiert sind und dies von den Eltern in besonderer Weise unterstützt wird („wir wollen nicht auf die Psychoschiene geschoben werden“) sieht es schlecht aus mit der Bereinigung der Schmerzen. Ein Ausklammern der psychischen Prozesse bei der Schmerztherapie käme, um den Vergleich mit der Festplatte ein letztes Mal zu quälen, einer ausschließlichen Bereinigung der dort befindlichen Bilder gleich. Doch was ist mit dem Rest?

Der ursprüngliche Auslöser unserer Schmerzen spielt am Ende nur noch eine unwesentliche Rolle; oft lässt er sich kaum mehr ausmachen. Die chronisch gewordenen Beschwerden werden inzwischen vielmehr von der Psyche mitbestimmt, von der Art und Weise, wie wir mit dem Schmerz umgehen und wie wir uns auf ihn eingestellt haben. Hat unser Lernprozessor obendrein noch abgespeichert, dass ein Vermeiden

einer Situation aufgrund von Schmerzen noch positive Konsequenzen hat (z.B. wenn ich die Arbeit nicht mitschreibe, kann ich auch keine schlechte Note erhalten, für die ich eventuell bestraft werde), bewegen wir uns immer tiefer in die Abwärtsspirale hinein. Wer sich das Bild einer solchen Spirale betrachtet, sieht, dass je tiefer man sich dort befindet, der Raum und somit auch das Zusammenspiel immer enger werden.

Oder, um es mit den Worten von Laura¹ (16) auszudrücken und vor allem abzurunden: *„Ich habe es am Anfang vermieden, überhaupt irgendwas über meine Psyche ins Spiel zu bringen. Ich dachte, dann glauben die ja gleich, ich bin ein Fall für den Psychiater. Heute weiß ich, wie blöde das war, denn es erschwert die ganze Sache nur unnötig. Man kann ja den Schmerz nicht wie ein losgelöstes Puzzlestück begreifen und erwarten, dass es ein Bild ergeben würde. Das macht null Sinn, vielmehr muss man nach den anderen Teilen suchen, erst dann weiß man, was einen quält, warum das so ist, was man dagegen tun kann und – wichtig - warum man das bisher nicht einsehen wollte!“*

¹ Name geändert