

Leidenstrias Schmerz, Angst und Depression

Therapeutische Konsequenzen für die Praxis

Interview mit Professor Dr. Ulrich T. Egle, Universitätsklinik Mainz

MAINZ – Die Wechselwirkungen zwischen Schmerz und Affektstatus wurden seit Freud vielfach beschrieben. Heute weiss man, dass daran ganz wesentlich überlappende Regelkreise von affektiven und somatisch-körperlichen Funktionen beteiligt sind. Über Kriterien für den Einsatz von Antidepressiva im Rahmen der Schmerztherapie sprachen wir mit Professor Dr. Ulrich T. Egle, Universitätsklinik Mainz.

Die Wahrnehmung und Beeinflussung von Affekt und Schmerzempfindung geschieht teilweise in den gleichen ZNS-Arealen. Wie sind diese Regelkreise miteinander verbunden?

Prof. Egle: Es gibt im Wesentlichen zwei Regelkreise, die das affektive und das Schmerz verarbeitende Sys-

tem verbinden. Das eine System ist die Verbindung zwischen Mandelkern und Hippocampusbereich sowie dem vorderen Gyrus cinguli und der Insula. Im Gyrus cinguli ist vor allem die Aufmerksamkeitsfokussierung auf den Schmerz und die Neigung zum Katastrophisieren lokalisiert. Gleichzeitig hat der Gyrus cinguli die Funktion der Integration der verschiedenen Schmerzareale im ZNS. Hier – und nicht im somatosensorischen Kortex wie lange angenommen – wird der periphere Impuls erst zum Schmerz.

schmerzen – bei Frauen der häufigste Grund für eine Frühverrentung, bei Männern der zweithäufigste. Weit verbreitet sind auch Kopfschmerzen sowie multilokuläre Schmerzen. Beim Kopfschmerz sind bei der Migräne – auf neurophysiologischer Basis entstehend – komorbide Depressionen etwa um das Dreifache sowie Angstzustände um das Fünf- bis Sechsfache gegenüber der Normalbevölkerung erhöht. Noch ausgeprägtere Zusammenhänge findet man beim Spannungskopfschmerz und multilokulären Schmerzen wie der Fibromyalgie.

Welche Rolle spielt hier die Chronifizierung von Schmerzsyndromen?

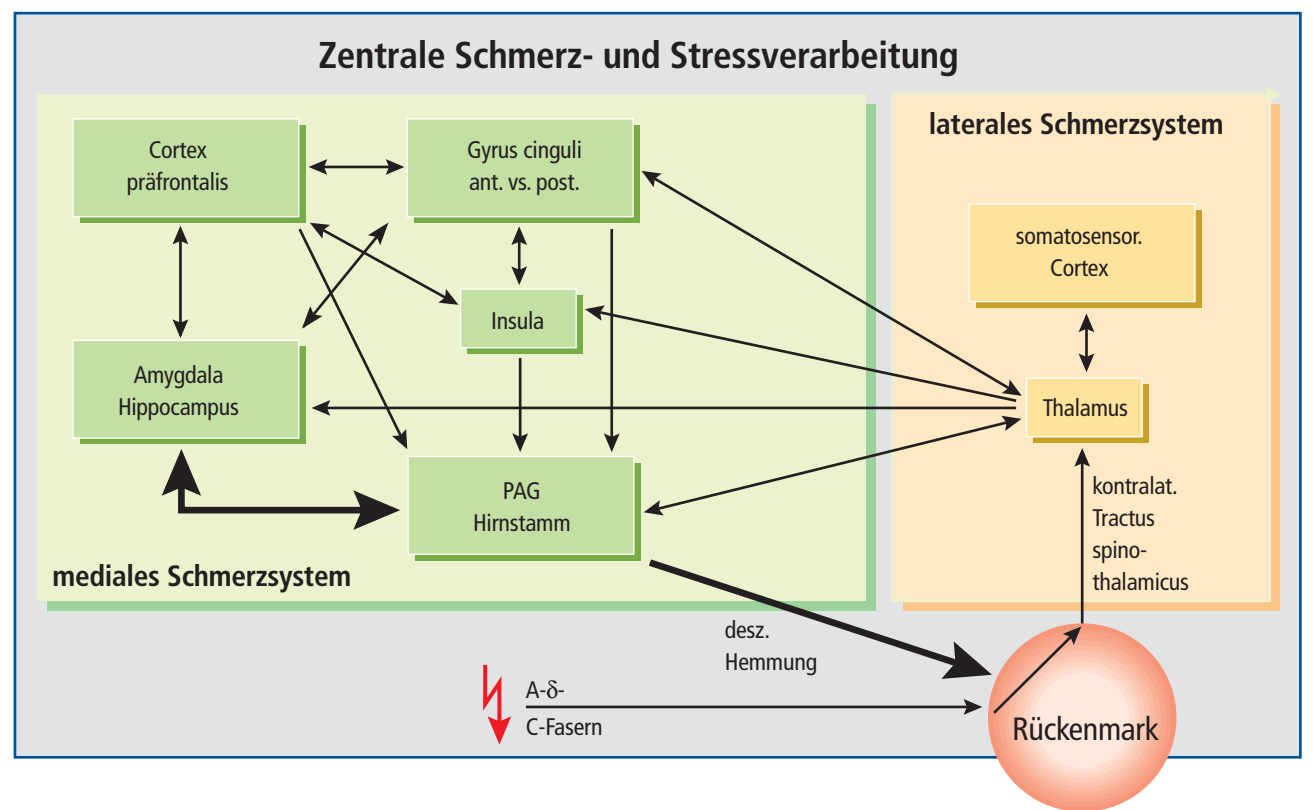
Prof. Egle: Das ist die berühmte Henne-oder-Ei-Frage, die sich nicht genau beantworten lässt. Die vorliegenden Studien deuten aber darauf hin, dass die unabhängige Komorbidität häufiger ist als die reaktive Komorbidität. Es ist zwar nachvollziehbar, dass eine dauerhafte Behinderung durch Schmerzen affektive Verarbeitungsprozesse auslöst. Trotzdem sollte man sich bewusst sein, dass es keiner Chronifizierung für eine affektive Komorbidität bedarf.

Spielt es eine Rolle für die Therapieplanung, ob eine Depression bei einem Schmerzpatienten ursächlich oder reaktiv beteiligt ist?

Prof. Egle: Nein, weil beide Erkrankungen nach ihrer Etablierung selbstständig verlaufen. Die Vorstellung, dass mit einer erfolgreichen Schmerztherapie auch die Depressivität verschwindet, ist falsch. Man muss also beide Erkrankungen behandeln – egal ob Henne oder Ei!

Erkennt man die psychische Komorbidität nicht, besteht die Gefahr, dass die Patienten immer stärkere Analgetika bekommen und in einen Opioid-Missbrauch „hineinrutschen“. Manche Schmerztherapeuten und Orthopäden sind so auf den Schmerz im Sinne eines Reiz-Reaktions-Konzeptes fixiert, dass sie die affektive Komorbidität nicht wahrnehmen.

Ein weiterer Faktor sind die Patienten selbst. Sie akzeptieren keine



psychische Krankheitsbeteiligung. Man muss hier mit psychoedukativen Massnahmen klarmachen, dass affektive Symptome nichts mit Simulantentum oder hysterischem Verhalten zu tun haben, sondern durch die beschriebenen neurobiologischen Interaktionen entstanden sind.

Wie beeinflussen sich das mediale und das laterale Schmerzsystem bei der Chronifizierung der Schmerzen?

Prof. Egle: Bei chronischen primär nozizeptiv bedingten Schmerzzuständen, etwa gelenkdestruktiven Prozessen bei einer rheumatoiden Arthritis, erklärt das Ausmass der Gelenkdestruktion nur etwa 15 % der Schmerzwahrnehmung. Über 40 % der Rheumaschmerzen sind psychosozial über Angst und Depression sowie sozioökonomisch bedingt. Dies ist empirisch gut evaluiert. Die Ursachen kennen wir noch nicht. Aber es ist ein gutes Beispiel, wie selbst bei einer klar nozizeptiv determinierten Erkrankung das Schmerzerleben bei einer Chronifizierung wesentlich durch andere Faktoren bestimmt wird.

Welches sind die relevanten Neurotransmittersysteme bei der Verzahnung zwischen Depression und Schmerz?

Prof. Egle: Am besten untersucht ist derzeit das serotonerge Transmittersystem, was die Wechselwirkungen zwischen Affekt und Schmerz angeht. Es spielt insbesondere bei der deszendierenden Hemmung eine zentrale Rolle. Sie ist überwiegend Serotonin-gesteuert, und meines Erachtens greifen die SSRI ganz wesentlich hier an. Über die Beteiligung

des noradrenergen oder anderer Transmittersysteme wissen wir vergleichsweise wenig. Auch die klinische Erfahrung geht klar in die Richtung, dass die SSRI besser wirken als dual serotonerg-noradrenerge Antidepressiva. Aber hier gibt es noch einigen Forschungsbedarf.

SSRI haben sich zur Therapie von Depressionen und zahlreichen weiteren psychischen Erkrankungen als Mittel der ersten Wahl durchgesetzt. Gilt das auch für Schmerzpatienten?

Prof. Egle: Bei Schmerzpatienten mit einer ängstlich-depressiven Komorbidität würde ich dies so sehen. Wir dürfen in diesem Zusammenhang nicht nur ältere multimorbide Patienten im Auge haben. Wir behandeln auch viele junge Patienten mit Angstzuständen bis hin zu Paniksymptomen mit schmerzhaften Muskelverspannungen als Folge.

Bei jungen Patienten findet man eher reine somatoforme Schmerzstörungen, also stressbedingte, zentral ablaufende Schmerzstörungen ohne primär periphere Ursache. Wir haben dazu gerade die weltweit grösste Studie bei 280 Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen abgeschlossen. Eine isolierte depressive Komorbidität findet man hier in 40 % der Fälle, reine Angstsymptome bei 45 %. Eine ängstliche-depressive Komorbidität findet sich sogar bei 55 % der Patienten, was auf die grosse Überlappung dieser beiden Affektstörungen hinweist.

Wir haben für diese Patienten zwei gruppentherapeutische Behandlungskonzepte – auf verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer Grundlage – ent-

wickelt. Bei einer affektiven Komorbidität geben wir zusätzlich einen SSRI wie beispielsweise Sertralin (Zoloft®). Diese Kombinationstherapie ist deutlich erfolgreicher als die psychotherapeutische Behandlung allein. Auch ist die Gruppentherapie dann kürzer, was für berufstätige Patienten ein Vorteil ist.

Worauf gilt es beim Einsatz von SSRI in der Schmerztherapie zu achten?

Prof. Egle: Gerade unter dem Aspekt einer gruppentherapeutischen Behandlung sollte ein Antidepressivum keine kognitive Beeinträchtigung verursachen. Deswegen setzen wir bei der Auswahl geeigneter SSRI bevorzugt Sertralin ein, das diesbezüglich keine Einschränkungen schafft. Ein günstiges kognitives Profil hilft den Patienten, ihren beruflichen und privaten „Alltag zu leben“ und einer Fokussierung ihrer Wahrnehmung auf die Leidenstrias Schmerz-Depression-Angst zu entgehen. Bei älteren Schmerzpatienten sind es auch unerwünschte sedierende Effekte, die über sozialen Rückzug und Isolation eine Schmerzchronifizierung begünstigen können. Auch die somatische Verträglichkeit muss, beispielsweise bei kardialer Vorschädigung, bedacht werden.

Gekürzte Fachinformation siehe Präparateindexseite.

Idee und Konzeption:
Inter Medical
Kommunikationsgesellschaft mbH
Urs Graf-Str. 8, CH 4052 Basel
Chefin vom Dienst: Alice Schmelz
Mit freundlicher Unterstützung
von Pfizer AG, Zürich
Nachdruck – auch auszugsweise – nur
mit ausdrücklicher Genehmigung des
Verlages.
2295 MT-CH 48/2004



Prof. Dr.
Ulrich T. Egle

tem miteinander verbinden. Das eine System ist die Verbindung zwischen Mandelkern und Hippocampusbereich sowie dem vorderen Gyrus cinguli und der Insula. Im Gyrus cinguli ist vor allem die Aufmerksamkeitsfokussierung auf den Schmerz und die Neigung zum Katastrophisieren lokalisiert. Gleichzeitig hat der Gyrus cinguli die Funktion der Integration der verschiedenen Schmerzareale im ZNS. Hier – und nicht im somatosensorischen Kortex wie lange angenommen – wird der periphere Impuls erst zum Schmerz.

Die Wechselwirkung zwischen Mandelkern und Hippocampus, wo frühe Schmerzerfahrungen und deren emotionaler Kontext gespeichert sind, und dem Gyrus cinguli ist ein ganz wesentlicher Einflussfaktor für Affekte auf das Schmerzerleben.

Der zweite mindestens genauso wichtige Bereich ist die so genannte deszendierende Hemmung. Darunter versteht man zentral absteigende Bahnen, ausgehend vom Hirnstamm, die auf den verschiedenen Etagen des Rückenmarkes spinal die Umschaltung eines peripheren Schmerzreizes beeinflussen.

Welche Schmerzformen sind bevorzugt mit Depressionen verbunden?

Prof. Egle: Es gibt keine Schmerzlokalisierung, die besonders mit einer affektiven Komorbidität verknüpft ist. Häufige Schmerzlokalisationen, die uns besonders zu schaffen machen, sind chronische Rücken-