



# Schmerz – Ganzheitlich gesehen

*„Wer krank ist,  
ist als ganze Mensch krank.“*

*(Hippokrates, 460-370 v. Chr.)*

**Schmerz stellt eine wichtige Warnbotschaft** für unseren Körper dar. In der Geschichte der Menschheit wurde Schmerz z. B. von Homer als der „Bellende Wächter der Gesundheit“, oder von Demokrit als „Wohlbefindens Verscheucher“ hingestellt. Für Demokrit, Platon und Aristoteles waren Schmerz wie auch andere Empfindungen Eigenschaften der im Herz lokalisierten Seele.

**Schmerz stellt einerseits** ein wichtiges Warnsignal dar, andererseits hat er auch zerstörerischen Charakter. Die Lebensqualität wird drastisch beeinträchtigt und verschlechtert. Schmerz stellt aber auch eine existentielle Erfahrung und ein bewußteinstmäßiger Bestandteil des Lebens dar! Schmerz ist nicht nur eine Reaktion auf nozizeptive Reize, sondern ist ebenso eine wichtige besondere Form der Kommunikation nach Innen (eigener Körper) und nach Aussen (soziales Umfeld).

## Schmerz unterscheidet vier Ebenen

1. Sensorisch-physiologische Ebene
2. Wahrnehmungsebene
3. Verhaltensebene
4. Die Ebene der existentiellen Erfahrung

## Ontogenetisch gesehen entsteht Schmerz als Sinnessystem schon sehr früh

**Bereits der etwa 26 Wochen alte Embryo** hat ein fertiges Schmerzsystem, das zum Zeitpunkt seiner Geburt noch ohne dem wichtigen körpereigenen Schmerzhemmsystem ausgestattet ist. Moderne bildgebende Verfahren zeigen heute, dass rein psychische Schmerzen, wie z. B. der Trauerschmerz oder Zurückweisung in teils denselben Hirnregionen verarbeitet werden, wie die rein körperlichen Schmerzen nach einem Trauma.

**Heute gehen wir davon aus,** dass Schmerz eine Bio-Psycho-Soziale-Einheit ist (Engel, 1977; Waddel, 1993). Die Entstehung von Schmerz wird vielschichtig gesehen. Auch nicht-medizinische Einflüsse, wie z. B. religiöse und philosophische Sichtweisen haben in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Schmerzen eine Bedeutung. Allerdings ist die heutige Multidimensionalität und Deutungsvielfalt von Schmerz nicht nur ein Produkt unserer Zeit sondern geht in dessen Ansätzen bis in antike Quellen zurück. Moderne Schmerztherapien haben zu einem Schmerzverständnis geführt, in dem die soziokulturellen Dimensionen häufig vernachlässigt werden (Müller-Busch, Berlin): Soziokulturelle Dimensionen bestimmen die Schmerzwahrnehmung, das Schmerzverhalten und die Schmerzerfahrung (Religion, Ethnische Herkunft, Zivilisationsstufe, Gesellschaft, kulturelle Sozialisation).

## Die letzten Jahre über nimmt die Lebenserwartung deutlich zu

**Damit steigt auch der Bedarf** an qualifizierter Schmerztherapie. Wir müssen uns daher umso mehr um die Ausbildung von Ärzten und Pflegepersonen kümmern. So hat z. B. die

# Schmerz – Ganzheitlich gesehen

Österreichische Schmerzgesellschaft gemeinsam mit der Österr. Ärztekammer und mit der österr. Gesellschaft für Allgemeinmedizin sowie verschiedenen anderen Fachgesellschaften ein schmerzmedizinisches Curriculum erarbeitet, über das Ärzte das sogen. Schmerzdiplom erlangen können. Das zunehmende Interesse an den vielseitigen Fragestellungen zum „Schmerz“ zeigt sich in der erhöhten Aktivität an Fortbildungsveranstaltungen, Workshops, Up-Date Meetings und Kongressen, sowie in der erhöhten Anzahl an Forschungsarbeiten über Schmerz. U.a. haben die Österreichische Schmerzgesellschaft den Welt-schmerzkongress vor wenigen Jahren in Wien mitveranstaltet, oder die österreichische Palliativgesellschaft den im vorletzten Jahr in Wien stattgefundenen Europäischen Palliativkongress.

## In Zukunft muss mehr Bedacht genommen werden auf das Öffentliche Bewusstsein

**Schmerztherapie bei Kindern und bei alten Menschen,** sowie bei Menschen mit Behinderungen und Patienten mit Migrationshintergrund. Schließlich sollte auf wesentliche therapeutische Ansätze, wie Zuwendung verstärkt Bedeutung gelegt werden! Die nächste Zeit ist aber vor allem verstärkt darauf zu achten, dass die Patientenautonomie, die ein annehmen oder ablehnen verschiedener Therapieangebot beinhaltet auch im Sinne einer Verbesserung der Patientencompliance gesehen werden muss. Es ist davon auszugehen, dass über 50 % der Patienten ihre Medikamente nicht entsprechend den ärztlichen Angaben einnehmen. Dazu muss verstärkt alles getan werden, damit bestehende Vorurteile der Schmerztherapie schon beim Patienten abgebaut werden. Erst damit kann es gelingen, die Kooperation des Patienten zu verbessern. Unbedingt gehört Grundlagenwissen über Schmerzphysiologie und –therapie in das Curriculum des Medizinstudiums verpflichtend aufgenommen.

**Da Patienten einen Rechtsanspruch** auf eine angemessene Schmerztherapie haben, muss alles unternommen werden, um diesem Anspruch nachkommen zu können. ◀

## Möchten Sie unserem Experten eine Frage stellen



### Univ.-Prof. Dr. Günther Bernatzky

Präsident der Österreichischen Schmerzgesellschaft  
Universität Salzburg, Naturwissenschaftliche Fakultät,  
Fachbereich für Organismische Biologie,  
Arbeitsgruppe für „Neurodynamics & Neurosignaling“

Hellbrunnerstraße 34, 5020 Salzburg,  
Telefon +43 662 8044-5627, Fax DW -153,  
guenther.bernatzky@sbg.ac.at  
www.schmerzinstitut.org  
www.palliativ-medizin.at