



Homöopathie

II/17 AUSGABE

ZEITSCHRIFT

ISSN 0943-6839

19 Euro

Chronische Schmerzen

Wege aus der Schmerzspirale

Arist-cl.
BELL.
Calop-sp.
CARC.
CROT-C.
Cycl.
Glou.
KALI-AR.
Kali-i.
KALI-P.
Kali-s.
MED.
Merc-chl-n.
Nat-s.
PLAC.
Prun-am.
STILL.

Autoren:

Gabriele Bengler | Roswitha Heim | Anne Schadde | Christoph Schlüter | Jeremy Sherr
Ernst Trebin | Heinz Wittwer | Dorit Zimmermann

Liebe Leserinnen, liebe Leser

Allein in Deutschland leiden rund 12 Millionen Menschen unter anhaltenden oder häufig wiederkehrenden Schmerzen, das sind immerhin 15 Prozent der hiesigen Bevölkerung. Nicht immer lassen sich die Schmerzen auf eine bestimmte organische Ursache zurückführen, in den meisten Fällen liegt entweder gar keine Gewebeschädigung vor oder diese wurde bereits behoben. Aus dem einstmaligen akuten Geschehen ist ein chronisches geworden. In der Regel suchen die Betroffenen zunächst diverse Fachärzte auf, in der Hoffnung, mit einer handfesten Diagnose und entsprechenden Therapieansätzen nach Hause zu gehen. Dies ist leider oft nicht der Fall. Gerade bei chronischen Schmerzen sind die Möglichkeiten der Schulmedizin sehr schnell am Limit.

Die Erkenntnis, dass chronische Schmerzen häufig nicht auf eine einzige biologische Ursache zurückzuführen sind, hat zur Entwicklung des bio-psycho-sozialen Schmerzmodells geführt, das mittlerweile seinen festen Platz in der modernen Schmerztherapie eingenommen hat. Im Rahmen multimodaler Schmerzprogramme werden austherapierte Patienten ganzheitlich betreut und in ein selbstbestimmtes Leben zurückgeführt. Obwohl Schulmedizin und Komplementärmedizin im Rahmen dieser Programme eng zusammenarbeiten, steht die Homöopathie hier bislang noch im Abseits. Das ist besonders schade, da gerade wir mit unserem ganzheitlichen Ansatz prädestiniert dazu sind, in ein bio-psycho-soziales Modell integriert zu werden. Wie kein anderes Therapieverfahren versteht es die Klassische Homöopathie, den Menschen mit all seinen körperlichen und seelischen Problemen als Einheit wahrzunehmen und entsprechend zu behandeln. Auch wenn es nicht immer gelingt, den Leidgeprüften ihre Schmerzen gänzlich zu nehmen, so ist es doch möglich, mit Hilfe des passenden homöopathischen Mittels die Schmerzen deutlich zu lindern und den Betroffenen den Umgang mit ihrem Leid so weit zu erleichtern, so dass sie wieder Freude am Leben haben. Dafür gibt es zahlreiche Beispiele, wie die Artikel in diesem Heft zum Schwerpunktthema „Chronische Schmerzen“ auf eindrückliche Weise zeigen.



Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen und Studieren dieser Ausgabe.

E. Kolbinger *D. Zimmermann*

Eva Kolbinger
Redaktion

Dorit Zimmermann
Redaktion

Editorial..... 3

TITELTHEMA Chronische Schmerzen

Wenn der Schmerz nicht mehr aufhört
Chronische Schmerzen homöopathisch begleiten – *Dorit Zimmermann*..... 8

Nur noch ein Schmerzkrüppel
Chronische Cluster-Kopfschmerzen – *Gabriele Bengler*..... 20

Mehr als eine Blasenentzündung
Ein Fall von *Aristolochia clematis* – *Anne Schadde*..... 26

Schmerzfrei durch Homöopathie
Chronische Schulter- und Nackenschmerzen – *Roswitha Heim*..... 32

Beschwerdefrei durch *Cyclamen europeum*
Chronische zyklusabhängige Migräne – *Christoph Schlüter*..... 36

Chronische Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates
Zur Bedeutung der Kalium-Salze – *Dr. med. Ernst Trebin*..... 42

Amygdalae amara
Chronische Borreliose-Schmerzen – *Heinz Wittwer*..... 51

LERNEN

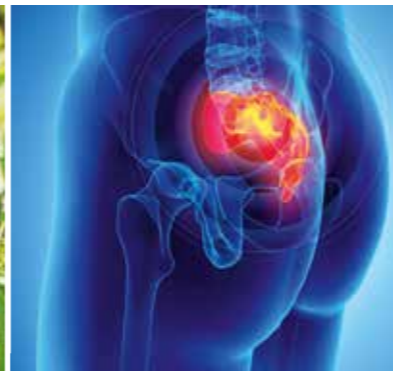
***Calopteryx splendens* – die Gebänderte Prachtlibelle**
Arzneimittelbild mit zwei exemplarischen Fällen – *Jeremy Sherr*..... 58



Gabriele Bengler – Cluster-Kopfschmerzen



Materia Medica – *Stillingia silvatica*



Dr. Ernst Trebin – Kalium-Salze

Abgewertet und bloßgestellt
Placenta humana als homöopathisches Mittel – *Heinz Wittwer*..... 70

REZENSIONEN

Schmerz. Eine Befreiungsgeschichte von Harro Albrecht..... 76

Hör auf Deinen Körper und werde gesund von *Alexandra Stross* und **Dein Körper lügt nie** von *Vicky Vlachonis*..... 78

Die Elemente. Bausteine unserer Welt von *Theodore Gray*..... 80

Die akute Heuschnupfenbehandlung in der homöopathischen Praxis von *Romeo Keller*..... 82

Lehrbuch Homöopathie neu aufgelegt von *Thomas Gennepner / Andreas Wegener*..... 84

ARZNEIWISSEN

Materia Medica – *Stillingia silvatica*..... 86

POLITIK

Homöopathischer Notdienst
Stellungnahme der Qualitätskonferenz des BKHD (QBKHD) – *Martin Kühn und Roger Rissel*..... 90

Abonnement..... 91

ARBEITSKREISE..... 92

IMPRESSUM..... 94



Anne Schadde – Blasenentzündung



Jeremy Sherr – *Calopteryx splendens*



Christoph Schlüter – *Cyclamen europeum*



Chronische Schmerzen

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebeschädigung einhergeht oder von betroffenen Personen so beschrieben wird, als wäre eine solche Gewebeschädigung die Ursache.“ So lautet die offizielle Definition der Internationalen Gesellschaft zur Erforschung des Schmerzes (IASP). Das Fatale an chronischen Schmerzen ist, dass häufig keine Gewebeschädigung vorliegt: Der Schmerz hat sich verselbstständigt. Und wo keine Schädigung ist, da gibt es aus schulmedizinischer Sicht auch keine Therapie. Für uns Homöopathen ist das kein Kriterium, wir behandeln das, was der Patient wahrnimmt und beschreibt.

WENN DER SCHMERZ NICHT MEHR AUFHÖRT

Chronische Schmerzen homöopathisch begleiten

Autorin — Dorit Zimmermann

Etwa 15 Prozent der Bevölkerung leiden hierzulande unter chronischen, schwer therapierbaren Schmerzen, das sind rund 12 Millionen Menschen allein in Deutschland. Von schulmedizinischer Seite haben die Betroffenen außer mehr oder weniger nebenwirkungsreichen Medikamenten und mitunter recht fragwürdigen Operationen nicht viel zu erwarten. Alternative Heilverfahren können die Schmerzen zwar auch nicht immer gänzlich aus der Welt schaffen, sie tragen aber dazu bei, das Leben der Schmerzgeplagten um Einiges erträglicher zu machen und in einem positiveren Licht erscheinen zu lassen. Oft gelingt es sogar, die Schmerzen deutlich zu lindern oder komplett überflüssig zu machen. Vor allem die Klassische Homöopathie mit ihrem ganzheitlichen Ansatz kann hier viel Gutes bewirken.

Ein paar Worte vorneweg

Schmerz ist keine objektive Größe, sein Erleben ist subjektiv und höchst individuell. Jeder Mensch erlebt Schmerzen auf einzigartige Weise. Die persönliche Schmerzwahrnehmung und -toleranz hängt von zahlreichen Faktoren ab, die untrennbar mit der eigenen Lebensgeschichte verwoben sind. Insofern bietet sich die Klassische Homöopathie wie keine andere Heilweise zur Linderung chronischer Schmerzen an: Sie ist individuell und berücksichtigt den Menschen in seiner Komplexität. Physische und psychische Symptome fließen gleichermaßen in die Verordnung des entsprechenden homöopathischen Arzneimittels ein. Der Königsweg bei der Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen ist in meinen Augen die Verbindung der Klassischen Homöopathie Samuel Hahnemanns mit dem Ansatz der Empfindungsmethode, wie sie der indische Arzt und Homöopath Dr. Rajan Sankaran vor rund 25 Jahren zusammen mit Kollegen entwickelt hat. Mittlerweile verfügt die Klassische Homöopathie über rund 3000 verschiedene Mittel aus unterschiedlichen Naturreichen

Als chronisch gilt ein Schmerz, wenn er länger als sechs Monate anhält oder periodisch an mehr als 15 Tagen pro Monat auftritt. Chronische Schmerzen haben sich verselbstständigt, sind losgelöst von der ursprünglichen Erkrankung oder Verletzung und haben ihre Schutzwirkung zumindest im körperlichen Bereich verloren. Die Folge nicht oder nicht ausreichend therapierter Schmerzen ist häufig deren Speicherung im Schmerzgedächtnis.

(Mineral-, Pflanzen- und Tierreich sowie Nosoden, Sarkoden und Imponderabilien), es ist also möglich, sehr differenziert und individuell zu verschreiben.

Schmerzphysiologie

Schmerzen sind die physiologische Reaktion des Körpers auf alles, was vom Gehirn als Bedrohung eingestuft wird. Selbst heftigste chronische Schmerzen bestehen nur deshalb, weil das Gehirn aus irgendwelchen, oft nicht nachvollziehbaren Gründen beschlossen hat, dass der Organismus akut gefährdet ist. Im Umkehrschluss heißt das: Wenn das Gehirn entschieden hat, dass keine Bedrohung vorliegt, dann können auch keine Schmerzen entstehen. Letztlich ist das Gehirn also der wahre Urheber jeglicher Schmerzempfindung. Und selten ist der Ort der Schmerzwahrnehmung auch tatsächlich der Auslöser vor allem chronischer Schmerzen. Man weiß heute, dass sie zentralnervösen Ursprungs sind. Interessant ist auch, dass bei der Wahrnehmung und Verarbeitung sowohl körperlicher als auch seelischer Schmerzen dieselben Hirnareale aktiv sind, das haben bildgebende Verfahren eindeutig gezeigt. Dabei ist es bislang unklar, von welchen Faktoren es abhängt, ob ein Schmerz körperlich oder seelisch erlebt wird.¹ Meist sind beide Wahrnehmungsebenen miteinander verzahnt, und so gibt es in der Regel weder einen rein körperlichen noch einen rein seelischen Schmerz.

¹ Wiedemann, J.: Gesichter des Schmerzes. Vortrag auf der 24. Arbeitstagung des Wildunger Arbeitskreises für Psychotherapie „Gesichter der Menschlichkeit“, S. 1

Wie stark ein Schmerz empfunden wird, ist nicht abhängig vom Schweregrad der Gewebeschädigung, oft liegt sogar überhaupt keine nachweisbare Verletzung vor. Ein signifikantes Beispiel hierfür ist der Phantomschmerz, bei dem ein nicht mehr vorhandener Körperteil, das kann auch ein Zahn sein, als schmerzhaft empfunden wird. Oft klagen Patienten über anhaltende Schmerzen, obwohl die Verletzung oder Entzündung längst abgeklungen ist: Der Schmerz hat sich verselbstständigt.

Wie Schmerzen entstehen

Überall im Körper, in der Zellmembran der Neuronen, befinden sich Sensoren, die auf bestimmte Reize (chemisch, mechanisch oder thermisch) spezialisiert sind. Sobald diese Sensoren auf einen Reiz reagieren, öffnen sie sich und lassen positiv geladene Teilchen (Ionen) in die Neuronen einströmen, wodurch

ein elektrischer Impuls ausgelöst wird. Die meisten Sensoren befinden sich im Gehirn, das als Kommandozentrale fungiert. Sie werden vor allem durch chemische Botenstoffe aktiviert. Glücklicherweise haben diese Sensoren eine kurze Lebensdauer von nur wenigen Tagen und werden laufend durch neue ersetzt. Das bedeutet, dass sich auch die Empfindlichkeit für bestimmte Reize ständig verändert, was gerade bei chronischen Schmerzen wichtig ist: Der Grad der Schmerzempfindlichkeit ist nicht von Dauer, er kann sich wandeln.

Die Mischung der unterschiedlichen Sensoren im Organismus ist in der Regel relativ ausgeglichen. Sollte das Gehirn jedoch entscheiden, dass beispielsweise eine erhöhte Stressempfindlichkeit gerade das Beste für die Sicherheit des Betroffenen ist, so steigert die DNA die Produktion von Sensoren, die durch

stressbedingte Botenstoffe wie Adrenalin geöffnet werden. Im Umkehrschluss heißt das, dass die Produktion dieser Sensoren auch wieder reduziert werden kann, wenn die entsprechende Nachfrage sinkt. Hierauf kann der Betroffene aktiv Einfluss nehmen, z.B. durch stressreduzierende Maßnahmen wie Autogenes Training, Meditation oder Imagination. Im Falle einer akuten Bedrohung werden Signale höchster Dringlichkeit z.B. von der Peripherie zum Rückenmark gesendet und von dort ans Gehirn weitergeleitet. Dieser Vorgang wird als Nozizeption (lat. nocere = schaden) bezeichnet. Dabei setzen spezialisierte sensorische Rezeptoren (Nozizeptoren) das Gehirn über drohende Gewebeschädigungen in Kenntnis. Die Aktivierung dieser Schmerzrezeptoren wird durch bestimmte Stoffe, sogenannte Schmerzmediatoren gesteuert. Nozizeptive Aktivitäten sind allerdings keine Voraussetzung, um Schmerzen zu empfinden. Wie bereits erwähnt, können vor allem chronische Schmerzen auch wahrgenommen werden, wenn keine Gewebeschädigung vorliegt. Nozizeption ist demnach zwar der häufigste, nicht aber der einzige Vorbote von Schmerzen. Mitunter aktivieren auch bestimmte (negative) Gedanken wie antizipatorische Ängste Alarmsignale direkt im Gehirn, ohne dass eine Nozizeption ausgelöst worden wäre. Hier kommt das Schmerzgedächtnis ins Spiel (siehe unten).

Neuronen sind elektrisch erregbar. Jedes Mal, wenn sich ein Sensor öffnet, und positiv geladene Teilchen einströmen, wird das betreffende Neuron etwas mehr erregt. Wenn sich noch weitere Sensoren öffnen, und die Erregung einen kritischen Punkt erreicht hat, man spricht hier von der „Alles-oder-nichts-Schwelle“, kommt es zu einer kurzzeitigen elektrischen Welle, die das Neuron durchströmt. Sie wird Aktionspotential genannt. Über diese Aktionspotenziale vermitteln Nervenzellen ihre Botschaften. Ein Aktionspotential entspricht einer einzelnen Nachricht. Die entsprechende Botschaft, die über einen Nerv zum Rückenmark geleitet wird, lautet zunächst lediglich: „Achtung, mögliche Gefahr!“, noch nicht Schmerz. Ob es sich tatsächlich um eine Gefahr für den Organismus handelt, die mit einem Schmerzsignal beantwortet wird, entscheiden die entsprechenden Strukturen im Gehirn.

Kommt die „Schadensmeldung“ im Rückenmark an, löst sie im Spalt (Synapse) zwischen dem Ende des ersten Neurons und den benachbarten Neuronen (die zum Gehirn führen) die Ausschüttung chemischer Stoffe aus. Hat das Erregungsniveau des zweiten Neurons einen kritischen Wert erreicht (s.o.), dann wird wiederum ein Aktionspotential ausgelöst, und das zweite Neuron leitet die Nachricht weiter zum Gehirn, wo sie entschlüsselt, bewertet und beantwortet wird.

Dem Gehirn kommt dabei die Funktion der zentralen, dem Rückenmark lediglich die der regionalen Kontrollstelle zu, d.h. treffen zwei Nervenbahnen aufeinander: eine aufsteigende Schmerzbotschaft vom Rückenmark und eine absteigende Handlungsanweisung vom Gehirn, so kann letztere die aufsteigende Bahn außer Gefecht setzen, indem sie die Ausschüttung von Endorphinen (körpereigene Opiode) veranlasst und damit die Menge ankommender Alarmsignale reduziert, was zur Verringerung der Schmerzempfindung führt. Hier setzt die medikamentöse Schmerztherapie an.

Bei der Reaktion auf eingehende Botschaften bedient sich das Gehirn diverser Systeme, um dem Organismus bei der Bewältigung akuter Schwierigkeiten zu helfen. Dazu zählen das sympathische und das parasympathische Nervensystem, das motorische System, das Endokrinum, das Schmerzproduktions- und das Immunsystem.

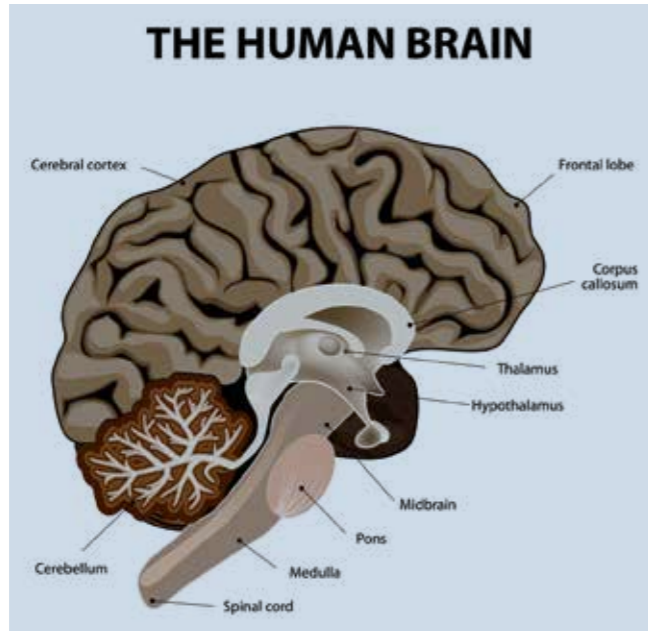
Die Gehirnregion, die als erste von der potenziellen Bedrohung in der Peripherie erfährt, ist der Thalamus. Er befindet sich im Zwischenhirn und besteht hauptsächlich aus grauer Substanz mit hoher Neuronendichte, die wiederum in rund 200 Kerngebiete (Thalamuskern) unterteilt ist. Sämtliche relevanten Informationen, z.B. aus der Umwelt, gelangen über aufsteigende Nervenbahnen zu den Thalamuskernen. Dort werden sie gesammelt, miteinander verschaltet und entsprechend verarbeitet, bevor sie über Projektionsbahnen zur Großhirnrinde (Cortex) weitergeleitet werden, wo sie in bewusste Empfindungen umgewandelt werden. Um das Bewusstsein vor einer Reizüberflutung zu bewahren, wirkt der



Thalamus wie ein Filter, weshalb er auch „Tor des Bewusstseins“ genannt wird. Hier entscheidet sich, welche Informationen ins Bewusstsein gelangen und welche nicht. Der Thalamus ist u.a. zuständig für die Schmerzwahrnehmung. Zusammen mit Hippocampus, Corpus amygdaloideum (Mandelkern, Amygdala) und Teilen des Hypothalamus gehört er zum limbischen System, einer funktionellen Einheit, die sich aus Teilen des Groß-, Zwischen- und Mittelhirns zusammensetzt. Hier ist die Wiege der Gefühle und der emotionalen Reaktionen. In dieser Hirnregion findet die emotionale Bewertung des Schmerzes statt, z.B. die Angst vor dem Schmerz. Das weniger hoch entwickelte Stammhirn dagegen ist für die Steuerung lebenswichtiger Basisfunktionen wie Herzschlag, Blutdruck, Atmung und bestimmte essenzielle Reflexe zuständig wie das Wegziehen der Hand von der heißen Herdplatte.

Der Hypothalamus befindet sich unterhalb des Thalamus, er bildet den untersten Abschnitt des Zwischenhirns und ist an der Steuerung zahlreicher physischer und psychischer Vorgänge beteiligt. Wird dem Hypothalamus eine ernst zu nehmende Bedrohung gemeldet, so wird die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse aktiviert, ein körpereigener Schutzmechanismus, der eine Kaskade chemischer Reaktionen auslöst, ähnlich dem Dominoeffekt. Zunächst setzt der Hypothalamus ein Hormon mit der Bezeichnung Corticotrophin-Releasing-Factor (CRF) frei, das zur Hypophyse (Hirnanhangdrüse) transportiert wird. Dort wird das Adrenocorticotrope

Hormon (ACTH) ausgeschüttet und über die Blutbahn zu den Nebennieren befördert, was wiederum dazu führt, dass die Stresshormone Cortisol und Adrenalin freigesetzt werden. Die beiden Hormone sorgen dafür, dass der Organismus innerhalb kürzester Zeit in die Lage versetzt wird, sämtliche Energiereserven zu mobilisieren, um der gemeldeten Gefahr adäquat begegnen zu können. Atmung und Herzschlag werden beschleunigt, die Blutgefäße im Verdauungstrakt ziehen sich zusammen, sodass mehr Blut in die Arm- und Beinmuskulatur gepumpt werden kann, und das Immunsystem arbeitet weniger effektiv. All diese



Vorgänge dienen dazu, im Falle einer akuten Gefährdung möglichst schnell reagieren zu können. Normalerweise folgt auf einen vorübergehenden Zustand höchster Anspannung eine längere Phase der Entspannung. Leidet ein Mensch unter chronischen Schmerzen, bleibt die Entwarnung aus: Der akute Stress wird zum Dauerstress, was Körper und Psyche gleichermaßen beeinträchtigt. So schwächt lang anhaltender negativer Stress das Immunsystem, belas-

tet das Herz-Kreislauf-System, zerstört Gedächtniszellen, trägt zur Bildung von gesundheitsschädlichem Bauchfett bei, führt zu Schlafstörungen und begünstigt die Entstehung chronischer Krankheiten wie Krebs, Depressionen, Diabetes mellitus, rheumatoide Arthritis und womöglich Demenz, um nur einige zu nennen.²

² Gardner-Nix, J. / Costin-Hall, L.: Der achtsame Weg durch den Schmerz, S. 95

Zu den Stoffen, die der Organismus im Falle einer akuten Bedrohung ausschüttet, gehören auch körpereigene Opioide, die Endorphine. Diese wirken nicht nur schmerzlindernd, sondern regen auch die Ausschüttung von Dopamin an, einem Neurotransmitter mit euphorisierender Wirkung, was dazu führt, dass Schmerzen oft erst mit Verzögerung wahrgenommen werden.

Vom akuten zum chronischen Schmerz

Während akute Schmerzen ein Symptom mit Warn- und/oder Schutzfunktion darstellen, haben anhaltende oder periodisch wiederkehrende Schmerzen den Stellenwert einer chronischen Krankheit. Sie beeinträchtigen den Alltag der Betroffenen mitunter massiv und wirken sich in vielen Fällen negativ auf Lebensqualität und Lebensfreude aus. Typische Beispiele chronischer Schmerzen sind Rücken-, Nerven-, Kopf-, Arthrose-, Tumor- und Phantomschmerzen, aber auch somatoforme Schmerzstörungen müssen hier genannt werden. Es kann sich dabei um einen Dauerschmerz oder um rezidivierende Schmerzen handeln. Chronische Schmerzen können nozizeptiven Charakter haben, d.h. es liegt eine Gewebeschädigung vor wie beim Tumor- oder Arthroseschmerz, häufig jedoch verspürt der Patient wiederkehrende oder persistierende Schmerzen ohne Verletzung oder Gewebeschädigung: Der Schmerz führt ein Eigenleben und hat seine Signalfunktion zumindest auf körperlicher Ebene verloren. Aus psychologischer Sicht wird angenommen, dass der chronische Schmerz eine Stellvertreterfunktion für ein seelisches Leiden einnimmt, welches der Betroffene verdrängt und/oder tief in seinem Inneren vergraben hat, da es zu schmerzhaft für ihn wäre, es erneut ins Bewusstsein zu holen. In diesem Fall signalisiert der Schmerz, dass es ein verborgenes, seelisches Problem gibt, das aus dem Unterbewusstsein ins Bewusstsein geholt und bearbeitet werden sollte. Erst dann kann der körperliche Schmerz zur Ruhe kommen und sich für immer verabschieden. Egal, ob akut oder chronisch, Schmerzen haben immer eine Warnfunktion: Sie fordern den Betroffenen zum Handeln auf.

Der Chronifizierung akuter Schmerzen ohne Nozizeption liegt in der Regel eine Funktionsverände-

rung des körpereigenen Alarmsystems zugrunde. Es reagiert überempfindlich und unverhältnismäßig – „schießt mit Kanonen auf Spatzen“. Ein ähnliches Phänomen stellen Autoimmunerkrankungen dar: Auch hier beantwortet der Organismus einen vergleichsweise harmlosen Reiz wie Tierhaare oder Pollen mit einer Kaskade überschießender Abwehrreaktionen. Auch in diesem Fall stuft das Gehirn eine Situation als wesentlich bedrohlicher ein, als sie tatsächlich ist. Ein an sich lebensrettender Mechanismus, den Organismus vor potenziellen Gefahren zu schützen, wird in beiden Fällen ad absurdum geführt. Sowohl bei der Chronifizierung von Schmerzen als auch bei Autoimmunerkrankungen richtet der Körper seine Waffen gegen sich selbst.

Besteht eine erhöhte Alarmbereitschaft, so passt sich das Nervensystem innerhalb kürzester Zeit den veränderten Bedingungen an, d.h. die Neuronen erhöhen kurzfristig ihre Sensibilität für ankommende chemische Stoffe, wodurch sich die Arbeitsweise der Sensoren verändert: Jedes Mal, wenn sie sich öffnen, bleiben sie etwas länger geöffnet, was zur Folge hat, dass mehr Ionen einströmen können: Das Alarmsystem reagiert noch effektiver. Eine wahre Flut sensibilitätsverstärkender Chemikalien überschwemmt die Synapsen.

Von Hyperalgesie spricht man, wenn Reize, die vorher nur leichte Beschwerden ausgelöst haben, nun zu starken Schmerzen führen. Als Allodynie bezeichnet man das Phänomen, wenn Reize, die bislang keine Schmerzen zur Folge hatten, nun plötzlich schmerzhaft Reaktionen nach sich ziehen. Beide Reaktionen deuten auf eine erhöhte Empfindlichkeit des Nervensystems hin. Im Endeffekt kann bereits eine leichte Berührung der Haut oder eine geringfügige Temperaturveränderung ausreichen, um dem Gehirn zu suggerieren, dass hier eine dramatische Gefahrensituation vorliegt, die mit entsprechenden Schmerzen beantwortet werden sollte. Eine erhöhte Alarmbereitschaft des Nervensystems ist fast immer das Hauptmerkmal bei chronischen Schmerzen. Stressreduzierende Maßnahmen können hier sehr wirksam sein (siehe oben).

Ein weiteres Charakteristikum chronischer Schmerzen, vor allem dann, wenn ihnen keine Gewebeschädigung zu Grunde liegt, ist ihre Unberechenbarkeit. Der Grund dafür ist, dass sie in der Regel nicht monokausal sind, sondern durch viele unterschiedliche Faktoren hervorgerufen werden. Diese Unberechenbarkeit mit zum Teil längeren schmerzfreien Intervallen ist ein deutlicher Hinweis auf ein sensibilisiertes Alarmsystem. Eine mögliche Ursache können emotional traumatisierende Ereignisse in der Vergangenheit sein, beispielsweise in der frühen Kindheit, die bis in die Gegenwart hineinwirken, dem Betroffenen aber nicht bewusst sind (siehe oben).

Das Fatale chronischer Schmerzen besteht darin, dass der Organismus versucht, das bewährte Muster akuter Schmerzbewältigung auch bei anhaltenden Schmerzen beizubehalten, d.h. Stressreaktion mit Beschleunigung zahlreicher körperlicher Funktionen und die Suche nach einfachen, schnellen und kurzfristigen Lösungen. Gelingt dies nicht, führt der daraus resultierende Dauerstress zu anhaltender Erschöpfung. Das Erfolgserlebnis bleibt aus, der Schmerz hält an. Die Alarmbereitschaft des Schmerzsystems erhöht sich, das Schmerzgedächtnis (siehe unten) bildet sich aus. Der eigene Handlungsspielraum wird immer kleiner.

Im Falle akuter Schmerzen ist diese Reaktion sinnvoll, mitunter auch lebensrettend. Sobald die Bedrohung vorüber ist, lässt der Stress nach, und der Parasympathikus sorgt für Entspannung. Das Problem chronischer Schmerzen besteht darin, dass der sympathikotone Zustand anhält: Es erfolgt keine Entlastung. Hinzu kommt die häufige Kopplung von Schmerz und Angst vor dem Schmerz, wodurch der Stress für Körper und Seele chronisch wird. Auch wenn der Schmerz gerade nicht wahrgenommen wird, ist dennoch die Angst vor seinem neuerlichen Auftreten spürbar. Die Betroffenen empfinden entweder Schmerz oder Angst vor dem Schmerz, was dazu führt, dass ihr Alltag fast vollständig vom Schmerz beherrscht wird. Diese Schmerz-Angst-Schmerz-Spirale muss durchbrochen werden. Hier kann die Klassische Homöopathie begleitend eingesetzt werden.

Das Schmerzgedächtnis

Um möglichst schnell und effektiv auf potenzielle Bedrohungen reagieren zu können, speichert das Gehirn jede schmerzhaft empfundene Erfahrung sorgsam ab. Wenn sich eine solche Erfahrung wiederholt, erinnert sich das Gehirn augenblicklich an das frühere schmerzhaft empfundene Erlebnis und stuft die neuerliche Bedrohung als besonders schwerwiegend ein. Die Schmerzschwelle wird herabgesetzt mit dem Resultat verstärkter Schmerzwahrnehmung. Es findet eine Sensibilisierung bezüglich dieses potenziellen Schmerztriggers statt. In der Konsequenz verbindet der Betroffene sämtliche Situationen, in denen der Schmerz jemals aufgetreten ist, unwillkürlich mit dem Schmerzerlebnis, was zu einer negativen Erwartungshaltung führt, die ohne nozizeptive Aktivitäten zum Auftreten von Schmerzen führen kann. Man spricht hier von Antizipation oder von antizipatorischen Ängsten. Allein der Gedanke an das Auftreten des gefürchteten Schmerzes kann ausreichen, um ihn auszulösen. Man könnte hier von einem Nocebo-Effekt sprechen. Im Gegensatz zum Placebo-Effekt wirkt sich die innere Überzeugung, dass der Schmerz unweigerlich wiederkommen wird, entsprechend negativ auf den Heilungsprozess aus: Der Schmerz wird geradezu heraufbeschworen. Negative Gedanken fungieren in diesem Fall als Nervenimpulse. Hinzukommt, dass Menschen, die unter muskulären Verspannungen, chronischen Entzündungen oder körperlichen Funktionseinschränkungen leiden, Schmerzen schlechter verarbeiten als Menschen ohne entsprechende Vorbelastung. Bei ihnen besteht ein höheres Risiko zur Ausbildung eines Schmerzgedächtnisses. Das Gleiche gilt für Menschen mit Depressionen und für jene, die beruflich oder privat stark belastet sind.³ All das sind wichtige Anhaltspunkte für eine ganzheitliche Schmerztherapie, zu der auch die Klassische Homöopathie gehört.

Fatalerweise lässt sich das Schmerzgedächtnis nicht so ohne Weiteres löschen. Selbst wenn die Ursachen des chronischen Schmerzes längst beseitigt sind, erinnert sich das Gehirn noch lange daran. Die

³ Das Schmerzgedächtnis – Vergessen unmöglich? Aus: Dtsch Med Wochenschr 2013; 138, Nr. 27

moderne Hirnforschung konnte mittlerweile nachweisen, dass das Gehirn keine Löschtaste besitzt. Einmal erlebte Schmerzen bleiben gespeichert, ihre Spuren können nicht zum Verschwinden gebracht werden.⁴ Ein „Überschreiben“ der Schmerzspur ist, wenn überhaupt, nur dann möglich, wenn es auf mehreren Ebenen stattfindet. „Um das Schmerz-Engramm zu schwächen, müssen die neuen Reize hundertfach wiederholt werden. Es muss gelingen, andere Gehirnnareale bewusst zu aktivieren, um eine Art Überschreibung des Schmerzgedächtnisses erreichen zu können, wenn auch eine Löschung nicht möglich ist.“⁵ Dazu ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Betroffenen Situationen, in denen der Schmerz einmal aufgetreten ist, nicht konsequent meiden, sondern dass sie sich wieder und wieder in derartige Lagen begeben, um die einmal gemachte

⁴ Das Schmerzgedächtnis – Vergessen unmöglich? Aus: Dtsch Med Wochenschr 2013; 138, Nr. 27

⁵ Das Schmerzgedächtnis – Vergessen unmöglich? Aus: Dtsch Med Wochenschr 2013; 138, Nr. 27

negative Erfahrung durch viele positive zu überlagern, sodass die entsprechende Situation nicht automatisch mit dem Auftreten des Schmerzes verbunden wird. In der Verhaltenstherapie bezeichnet man ein derartiges Vorgehen als Expositionstherapie. Sie trägt wesentlich dazu bei, dass die Betroffenen ihre Angst vor bestimmten potenziell schmerzauslösenden Situationen, Orten oder Tätigkeiten ablegen können. Auch das passende homöopathische Mittel kann hier wertvolle Dienste leisten.

Individuelles Schmerzerleben und Klassische Homöopathie

Hinsichtlich der subjektiven Empfindung unterscheidet die schulmedizinische Schmerzheilkunde zwei Schmerzqualitäten: die affektive und die sensorische. Die affektive Schmerzqualität gibt das individuelle Erleben wider. Sie besagt, wie der Einzelne seine Schmerzen wahrnimmt, wie tief seine Verzweiflung

Lesen Sie die gesamte Ausgabe der
Homöopathie Zeitschrift

Chronische Schmerzen Wege aus der Schmerzspirale

Bestellung im Online Shop oder
bestellung@homoeopathie-zeitschrift.de