Gabriele Sachs

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

Psychotische Störungen und der Umgang mit Schmerz

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

In dieser neuen Ausgabe des interdisziplinären Journals *psychopraxis.neuropraxis* werden Fallbeispiele mit den Themenschwerpunkten „psychotische Störungen“ sowie „Schmerz“ diskutiert. Damit werden 2 wichtige Themenbereiche behandelt, die Diagnosestellung im Zusammenhang mit psychotischen Symptomen sowie der Umgang mit Schmerz in der medizinischen Praxis. Die Fallberichte greifen sehr differenziert diese Themen auf.

In der klinischen Praxis stellt sich nach einer manisch-psychotischen Episode oft die Frage der Differenzialdiagnose zwischen einer bipolaren Störung und einer schizoauffektiven Störung. Je nach Klassifikation (ICD-10 versus DSM-5) ist die schizoauffektive Störung unterschiedlich definiert. Im DSM-5 wird die schizoauffektive Störung dem Kapitel „Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen“ zugeordnet. Es kam zur Einführung neuer Verlaufskriterien und Vorgaben zur Schweregradeinschätzung psychotischer Symptome. Zur besseren Beschreibung der Krankheitsverläufe als bisher wurde eine nähere Spezifizierung des Krankheitsverlaufes schizophrener Störungen oder anderer psychotischer Störungen vorgenommen.

An die Diagnose und die Therapie des Schmerzes sollte fachübergreifend herangegangen werden. Häufig ist das Schmerzgeschehen auch mit psychiatrischen Symptomen vergesellschaftet. Gemäß einem modernen, mehrdimensionalen Schmerzverständnis nach der Definition der Internationalen Schmerzgesellschaft ist Schmerz ein „unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Ge-

websschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ [1]. Ausgehend von einem ganzheitlichen biopsychosozialen Krankheitsverständnis ist die Frage, ob Schmerzen „somatogen“ bzw. „psychogen“ sind, heute nicht mehr als sinnvoll anzusehen. Es steht eher die Frage im Vordergrund, in welchem Umfang biologische und psychosoziale Faktoren im Einzelfall für die Schmerzentstehung und Verarbeitung wirksam sind. Dieses wird durch die heutige neurobiologische Forschung unterstützt, die uns zeigt, dass psychischer/sozialer Schmerz und körperlicher Schmerz ähnliche neurobiologische Veränderungen im ZNS erzeugen.

In den Fallbeispielen zu Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch wird gezeigt, dass bei entsprechender Motivation für einen Schmerzmittelentzug eine multimodale Therapie besonders erfolgreich sein kann. Aus der Literatur wissen wir, dass bei Vorliegen einer psychiatrischen und somatischen Komorbidität eine Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und Psychotherapie zu signifikant geringeren Rückfallraten zu führen scheint.

Eine mögliche medikamentöse Prophylaxe bei chronischer Migräne wird eindrucksvoll in den interessanten Fallbeispielen zu Migräne und Botulinumtoxin Typ A vorgestellt, das seit 2012 in Österreich als Prophylaxe zugelassen ist. Eine Analgetikaentzugstherapie kann durch Botox-Behandlungen erfolgreich unterstützt werden.

Ich wünsche Ihnen viel Freude bei der Lektüre dieser Ausgabe und vielfältige Anregungen für die klinische Praxis.

Ihre
Gabriele Sachs

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. Dr. G. Sachs
Universitätsklinik
für Psychiatrie und
Psychotherapie, Medizinische
Universität Wien
Währinger Gürtel 18–20,
1090 Wien, Österreich
gabriele.sachs@
meduniwien.ac.at

Interessenkonflikt. G. Sachs gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Kasper S, Bach M, Sachs GM, Aigner M, Erfurth A, Glehr R, Konstantinidis A, Lehofer M, Löffler-Stastka H, Quasthoff S, Radoš C, Rießland-Seifert A, Windhager E (2015) Schmerz bei psychiatrischen Erkrankungen. Konsensus-Statement – State of the art 2015. Clin Neuropsych (Sonderausgabe November 2015):2–23