

Sabine Leisner

Dr. sc. hum.

## **Traumatisierende Erlebnisse bei muskuloskelettalen Schmerzen**

Fach/Einrichtung: Innere Medizin

Doktorvater: Prof. Dr. med. Wolfgang Eich

Die vorliegende Studie untersucht über ein standardisiertes strukturiertes klinisches Interview eine Population von 161 Personen mit nicht-spezifischen chronischen muskuloskelettalen Schmerzen (MSP) hinsichtlich der Prävalenz und Bedeutung traumatisierender Erlebnisse. Darauf basierend – und mittels zusätzlichem Fragebogen zu Missbrauchs- und Vernachlässigungserlebnissen in der Kindheit und Jugend – werden die Effekte traumatischer Ereignisse (A1-Traumakriterium im DSM-IV), psychischer Traumata (A1- und A2-Traumakriterium im DSM-IV) und früher Misshandlungen auf unterschiedliche Schmerzdimensionen geprüft. Hierbei werden die Schmerzintensität, die schmerzbedingte Beeinträchtigung, die affektive und sensorische Schmerzempfindung sowie die Schmerzausbreitung betrachtet. Das Vorliegen von Traumafolgestörungen (Posttraumatische Belastungsstörung, PTBS) und psychischen Komorbiditäten (Angst, Depression, Dissoziation) wird zusätzlich erhoben. Dabei wird geprüft, ob diese psychischen Symptome den Effekt der traumatisierenden Erlebnisse auf die Schmerzdimensionen vermitteln (Mediatoreffekt).

In der untersuchten Population von MSP-Personen liegen etwa doppelt so häufig traumatische Ereignisse und psychische Traumata in der Biografie vor wie in bevölkerungsbasierten Normstichproben. Dies sind neben den – auch in früheren Studien schon beschriebenen – gehäuften physischen und sexuellen Missbrauchserlebnissen in der Kindheit und im Erwachsenenalter auch zivile (nicht im Kontext von Krieg stattfindende) akzidentelle traumatische Ereignisse wie zum Beispiel schwerwiegende Unfälle und Naturkatastrophen. Zudem berichten MSP-Personen dreimal häufiger schwere emotionale Missbrauchs- und Vernachlässigungs-erlebnisse in der Kindheit und Jugend als Personen aus bevölkerungsbasierten Normstichproben.

MSP-Personen mit psychischem Trauma in der Biografie berichten eine signifikant höhere schmerzbedingte Beeinträchtigung, affektive und sensorische Schmerzempfindung und einen stärker ausgebreiteten Schmerz als MSP-Personen ohne psychisches Trauma. Diese Unterschiede liegen nicht im Vergleich von MSP-Personen mit versus ohne traumatischen Ereignissen vor. Das psychische Trauma – charakterisiert als traumatisches Ereignis bei dem eine intensive Angst, Hilflosigkeit oder ein Entsetzen vorlag (Traumakriterium im DSM-

IV) – ist demnach ein spezifisches traumatisches Ereignis, welches mit einer erhöhten Schmerzausprägung einhergeht. Dies könnte durch die Entwicklung einer "posttraumatischen Furchtstruktur" (aufgrund der intensiven Angstreaktion während des Traumas) und einer damit verbundenen langfristigen erhöhten Angstsensitivität und Hyperalgesie erklärt werden.

Eine höhere Ausprägung auf allen untersuchten Schmerzdimensionen liegt zudem bei MSP-Personen vor, je mehr frühe emotionale Misshandlungen (Korrelationen zwischen  $r=0,21$  und  $r=0,35$ ) und je mehr unterschiedliche Formen der frühen Missbrauchs- und Vernachlässigungs-erlebnisse (kumulierte frühe Misshandlung) berichtet werden ( $r=0,22$  bis  $r=0,33$ ). Diese Zusammenhänge werden hinsichtlich intra- und interindividueller Entwicklungsdefizite (z.B. Alexithymie; dysfunktionale Stressverarbeitung) bei gleichzeitiger psychophysiologischer Dysregulation der endokrinen Stressachse diskutiert. Ebenso ist eine ansteigende Verzerrung der retrospektiven Angaben bei zunehmender Schmerzsymptomatik vorstellbar (Recall-/ Response-Bias). Die kumulierte frühe Misshandlung zeigt in multiplen Regressionsanalysen einen direkten Effekt auf die Schmerzausbreitung unabhängig von psychischen Komorbiditäten und PTBS-Symptomen und über die Effekte soziodemografischer Variablen und der Schmerzintensität hinaus. Dieser Befund wird als linearer Zusammenhang ("Dosis-Wirkungs-Beziehung") zwischen der Komplexität der frühen traumatisierenden Erlebnisse, der traumaspezifischen psychophysiologischen Dysregulation und dem Ausmaß der zentralen Sensibilisierung interpretiert.

Die Prävalenz einer komorbiden psychischen Störung ist in der MSP-Stichprobe etwa doppelt so hoch, die einer PTBS-Diagnose etwa 1,5-mal so hoch wie in bevölkerungsbasierten Normstichproben. Es erfüllen 28,8% derzeitig mindestens eine Angststörung (z.B. soziale Phobie, Agoraphobie, generalisierte Angststörung) und 12,4% mindestens eine depressive Störung nach DSM-IV (z.B. Minor oder Major Depression). Eine vollständige PTBS-Störung nach DSM-IV liegt bei 3,7% der MSP-Personen vor.

Ängstliche, depressive und dissoziative Symptome korrelieren moderat bis hoch mit allen untersuchten Schmerzdimensionen ( $r=0,35$  bis  $r=0,61$ ), die PTBS-Symptomanzahl dagegen nur gering bis moderat mit diesen ( $r=0,24$  bis  $r=0,34$ ). In den multiplen Regressionsanalysen zeigen die psychischen Komorbiditäten (nicht PTBS) auf einzelne Schmerzdimensionen einen medierenden Effekt. So medieren dissoziative Symptome den Effekt psychischer Traumata auf die affektive Schmerzempfindung und depressive und dissoziative Symptome den Effekt kumulierter früher Misshandlungen auf die Schmerzintensität.

Die psychischen Symptomkomplexe, die im Zusammenhang traumatisierender Erlebnisse mit den Schmerzdimensionen als mögliche zugrundliegende psychophysiologische

Mechanismen auftreten, sind demnach: Angst (Angstsensitivität, Hyperarousal, Responsivität), Depression (Katastrophisierung, negative Kausalattribution, geringere Selbstwirksamkeit) und Dissoziation (dissoziative Abspaltung und Entstehung von Wahrnehmungsinhalten). Basierend auf diesen drei Mechanismen werden mögliche subgruppenspezifische mechanismenbasierte Therapie-interventionen beschrieben. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen zudem darauf hin, dass bei nicht-spezifischen MSP-PatientInnen traumatisierende Erlebnisse innerhalb der Diagnostik erfragt werden sollten. Neben physischen und sexuellen Missbrauchserlebnissen sind hierbei auch akzidentelle traumatische Ereignisse (z.B. schwerwiegender Verkehrsunfall, Naturkatastrophe), psychische Traumata nach DSM-IV und schwere frühe emotionale Misshandlungen bedeutsam. Speziell beim Vorliegen einer Vielzahl nicht-spezifischer Schmerzareale ist eine Traumatisierung durch eine kumulierte Misshandlungsgeschichte in der Kindheit und Jugend abzuklären.