

## Charakteristika chronischer Schmerzpatienten mit depressiver Begleitsymptomatik in drei unterschiedlichen Behandlungssettings

Stefan Begeré<sup>1</sup>, Martin Traber<sup>2</sup>, Martin Gerber<sup>3</sup>, Roland von Känel<sup>1</sup>

### ZUSAMMENFASSUNG

□ **Hintergrund:** Über demographische und medizinische Charakteristika von chronischen Schmerzpatienten mit depressiven Symptomen in der Praxis ist bisher wenig bekannt.

□ **Methodik:** Die Charakteristika hinsichtlich regionaler Herkunft und Schmerzintensität zu Beginn einer antidepressiven Behandlung werden von 585 chronischen Schmerzpatienten mit depressiver Symptomatik aus 122 Arztpraxen der ganzen Schweiz (Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Psychiatrie) beschrieben. Aufgrund der klinischen Erfahrungen im Schweizer Gesundheitssystem wurde vermutet, dass Internisten und Allgemeinpraktiker im Vergleich zu Psychiatern eher ältere und geringergradig depressive Patienten mit weniger intensiven chronischen Schmerzen behandeln, die vermehrt aus mitteleuropäischen Ländern stammen.

□ **Ergebnisse:** Tatsächlich behandelten Internisten (und Allgemeinpraktiker) gegenüber Psychiatern häufiger ältere Patienten aus Mitteleuropa mit leichteren depressiven Symptomen und geringerer Schmerzintensität sowie seltener Schmerzen im Kopfbereich. Weiter litten Patienten aus Ost- und Südeuropa gegenüber Mitteleuropäern unter intensiveren Gesamtschmerzen, und dies vor allem im Kopf-, Extremitäten-, Rücken- und Brustbereich, während Südeuropäer gegenüber Mitteleuropäern zusätzlich auch vermehrt unter Brustschmerzen litten.

□ **Schlussfolgerung:** Es handelt sich um eine vergleichsweise große Stichprobe, die praxisnah und aus allen Regionen der Schweiz niedergelassene, in Schmerzbehandlungen involvierte Internisten, Allgemeinpraktiker und Psychiater einbezieht und damit die Verhältnisse von Patienten mit körperlichen Schmerzen und einer depressiven Begleitsymptomatik hinsichtlich regionaler Herkunft und Schmerzintensität gut repräsentiert.

**Schlüsselwörter:** Schmerz · Depression · Klinische Praxis · Fachspezialität

*Med Klin* 2010;105:393–8.  
DOI 10.1007/s00063-010-1070-2

### ABSTRACT

**Characteristics of Patients Suffering from Chronic Pain with Depressive Symptoms in Three Different Treatment Settings**

□ **Background:** Only few studies considered demographic and medical characteristics of pain patients with depressive symptoms.

Weltweit ist die Depression die häufigste medizinische Ursache für eine Erwerbsunfähigkeit [1]. Patienten mit einer depressiven Verstimmung geben häufig somatische Beschwerden an, insbesondere Schmerzen [2], was auch im deutschsprachigen Raum gezeigt wurde [3]. Umgekehrt ist das Risiko für eine depressive Verstimmung bei chronischen Schmerzen zwei- bis dreifach erhöht [4]. Die Intensität der Schmerzen hat überdies einen wesentlichen Einfluss auf die Behandelbarkeit einer Depression [5]. Die Prävalenz für eine komorbide Störung in der einen oder anderen Richtung liegt je nach Studie und demographischen Daten bei bis zu 100% [6]. Internisten in der Klinik und Praxis sind häufig mit depressiven Schmerzpatienten konfrontiert.

Schmerzstörungen lassen sich unterteilen in 1. Schmerzen, die in Beginn und Schweregrad von psychologischen Begleitfaktoren dominiert, unterhalten und verstärkt werden, 2. Schmerzen mit psychologischen und körperlichen Komponenten sowie 3. von Beginn an körperlich bestimmte Schmerzen, z.B. im Rahmen einer Gewebetraumatisierung [7]. Chronische Schmerzpatienten werden von allen medizinischen Fachrichtungen behandelt, besonders häufig aber von Internisten, Allgemeinpraktikern und Psychiatern. Letztere werden im Schweizer Gesundheitssystem in der Regel meist erst involviert, wenn andere medizinische Fachrichtungen diagnostisch und therapeutisch an Grenzen stoßen. Ethnische und individuelle Unterschiede im Schmerzerleben wurden sowohl experimentell wie auch epidemiologisch in verschiedenen medizinischen Settings, Situationen und Erkrankungen gezeigt [8].

Obwohl es sich um ein klinisch und besonders in der Praxis sehr häufiges Problem handelt, existieren erstaunlicherweise in vielen europäischen Län-

<sup>1</sup>Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Kompetenzbereich für Psychosomatische Medizin, Inselspital, Universitätsspital Bern, Schweiz,

<sup>2</sup>Wyeth Pharmaceuticals AG, Zug, Schweiz,

<sup>3</sup>GEM Clinical Research Consulting M. Gerber, Unterägeri/ZG, Schweiz.

## ORIGINALARBEIT

den zu den demographischen und medizinischen Charakteristika von Patienten mit chronischen Schmerzen und depressiver Symptomatik keine Studiendaten. Die drei Untersuchungen von Begré et al. sind diesbezüglich Ausnahmen [9–11]. Sie beschreiben den Behandlungserfolg bei Schmerzpatienten mit depressiver Symptomatik in der Grundversorgung unter antidepressiver Therapie mit Venlafaxin im Längsschnitt über 12 Wochen [9] und den Einfluss der regionalen Herkunft [10] sowie der ärztlichen Fachrichtung [11] auf den Therapieerfolg. In der vorliegenden Arbeit soll im Querschnitt herausgearbeitet werden, ob sich chronische Schmerzpatienten mit depressiven Symptomen in der somatischen Grundversorgung (Internisten, Allgemeinpraktiker) hinsichtlich Schmerzintensität und regionaler Herkunft von denjenigen in der psychiatrischen Praxis unterscheiden. Aufgrund der klinischen Erfahrung nahmen wir an, dass Internisten und Allgemeinpraktiker geringergradig depressive Patienten mit weniger intensiven Schmerzen betreuen als Psychiater und außerdem gegenüber Psychiatern vermehrt ältere Schmerzpatienten aus mitteleuropäischen Ländern behandeln.

**Methodik****Studiendesign**

Die Praxisbeobachtung wurde nach den Grundsätzen der Deklaration von Helsinki und deren Ergänzungsbestimmungen durchgeführt. Außendienstmitarbeiter der Firma Wyeth kontaktierten 170 Kliniker (Internisten, Allgemeinpraktiker und Psychiater) aus der ganzen Schweiz (Verhältnis Südschweiz : Westschweiz : Deutschschweiz etwa 1 : 3 : 6), von denen 122 an der Studie teilnahmen (Rücklaufquote 72%). Sowohl für Patienten wie auch für die Praktiker war die Teilnahme freiwillig und nicht mit einem finanziellen Anreiz verbunden. Praktiker und ihre Patienten stammten ungefähr zu gleichen Anteilen aus städtischen Ballungsgebieten und ländlichen Regionen. Alter, Geschlecht und Dauer der depressiven Symptomatik sowie alle mit der ersten Ziffer klinisch nach ICD-10 erfassten komorbiden körper-

**□ Methods:** The present study is a cross-sectional observation of 585 patients suffering from chronic pain and depressive symptoms from all over Switzerland who got an antidepressant treatment in 122 medical practices (internal medicine, general medicine, psychiatry). Based on their clinical experience within the Swiss mental health system, the authors hypothesized that internists and general practitioners, compared to psychiatrists, treat older and less depressive patients with less intense chronic pain and with regional origin from Central Europe.

**□ Results:** In accordance with this hypothesis, internists (and general practitioners), compared to psychiatrists, more frequently provided care for older patients from Central Europe with less severe depressive symptoms and lower pain intensity and less head pain. Furthermore, compared with Central European patients, those patients from Eastern and Southern Europe presented more intense overall pain mainly affecting the head, extremities, back, and thorax whereas Southern Europeans tended to suffer even more frequently from chest pain compared with their Central European peers.

**□ Conclusion:** The study design pragmatically represents the caring situation for depressed patients with chronic pain in Switzerland regarding regional origin and pain intensity. The results are based on a respectable sample size recruited from all Swiss regions and by the physician specialties primarily involved in long-term management of this patient group.

**Key Words:** Pain · Depression · Clinical practice · Speciality

*Med Klin 2010;105:393–8.*  
DOI 10.1007/s00063-010-1070-2

lichen und psychiatrischen Störungen wurden dokumentiert, zusätzlich die Anzahl an Therapien, die nicht auf die Behandlung depressiver Symptome und Schmerz abzielten.

**Studienteilnehmer**

Insgesamt wurden 601 Patienten in die Studie aufgenommen (Alter 50,8 ± 14,9 Jahre [19–92 Jahre]; 62% Frauen). 16 Patienten mussten wegen fehlerhafter oder unglaubwürdiger Daten ausgeschlossen werden. Die Patienten wurden nach Herkunftsland entsprechend ihrer sprachlichen und regionalen Zusammengehörigkeit in vier Gruppen eingeteilt: 1. Mitteleuropa (Schweiz, Deutschland, Österreich), 2. Osteuropa (inklusive Griechenland und Türkei), 3. Südeuropa (Frankreich, Italien, Spanien, Portugal) sowie 4. Nordeuropa (Großbritannien, Benelux, Skandinavien). Die Mehrheit der Patienten stammte aus Mitteleuropa (54%), gefolgt von Patienten aus Osteuropa (25%), aus Südeuropa (15%) und aus anderen Nationen (6%). Der

chronische Schmerz wurde implizit definiert als Schmerz ohne erkennbare organische Ursache oder über eine erwartete Heilungsperiode hinaus persistierend.

**Messinstrumente****□ Diagnose der Depression**

Die Diagnose einer Depression wurde anhand der gängigen Kriterien gemäß der allgemein üblichen Vorgehensweise in der Praxis gestellt, basierend auf der Anamnese, dem klinischen Interview und dem Eindruck vom Patienten.

**□ Clinical Global Impression Scale (CGI)**

Die zur Messung einer Therapieantwort entwickelte CGI [12] kann auch zur Bestimmung des Schweregrades einer Depression verwendet werden [13]. Mittels eines Ratings von 0 bis 7 wird der Schweregrad erfasst (0 = nicht beurteilbar, 1 = keine, 2 = Grenzfall, 3 = nur leicht, 4 = mäßig, 5 = deutlich, 6 = schwer, 7 = extrem schwer).

**□ Hamilton-Depressionsskala (HAM-D)**

Um eine ungefähre Einschätzung zu erlangen, inwieweit in der Grundversorgung im Rahmen der zeitlichen Begrenzungen eine spezifische Depressionsskala anwendbar ist, wurden die Ärzte aufgefordert, zusätzlich auch die HAM-D zur Beurteilung des Schweregrades der Depression zu benutzen [14, 15].

**□ Visuelle Analogskala für Schmerzintensität (VAS)**

Die Patienten mussten bei den Konsultationen den Schweregrad der Schmerzintensität in fünf Körperre-

gionen (Rücken, Extremitäten, Kopf, Bauch und Brust) auf einer visuellen Skala zwischen 0 = kein Schmerz bis 10 = extremster Schmerz angeben. Für den Schmerzgesamtscore wurden die einzelnen Werte der fünf verschiedenen Körperregionen zusammengezählt.

**Statistische Analyse**

Die Auswertung der Daten erfolgte mit SPSS 12.0 für Windows. Die Verteilung der Daten wird mit dem Mittelwert  $\pm$  einer Standardabweichung sowie teilweise zusätzlich mit dem minimalen und maximalen Wert angegeben.

Da die Werte für die Dauer der depressiven Symptomatik und der Schmerzen sowie die Scores für die CGI und sämtliche VAS für die Intensität der Schmerzen nicht einer Normalverteilung entsprachen, wurden diese Werte einer Datentransformation nach Blom unterzogen. Zur besseren Verständlichkeit berichten wir die Originaleneinheiten. An statistischen Tests kamen der  $\chi^2$ -Test, der Pearson-Korrelationstest, die parametrische Varianz- und Kovarianzanalyse sowie die lineare Regressionsanalyse zum Einsatz. Für die Post-hoc-Analysen verwendeten wir die Bonferroni-Korrektur für multiple Vergleiche. Das

Tabelle 1. Patientencharakteristika, unterteilt nach medizinischer Fachrichtung. SD: Standardabweichung.

	Innere Medizin (n = 139)	Allgemeinmedizin (n = 297)	Psychiatrie (n = 149)	p-Wert
Frauen/Männer (%)	65/35	62/38	54/56	0,150 <sup>b</sup>
Alter (Jahre) $\pm$ SD <sup>c, d</sup>	54,2 $\pm$ 14,9	51,3 $\pm$ 15,3	43,6 $\pm$ 9,8	< 0,001 <sup>a</sup>
Herkunft Mitteleuropa/Osteuropa inklusive Griechenland und Türkei/Südeuropa/Übrige (%) <sup>c, e</sup>	51/27/14/8	63/17/16/4	38/41/14/7	< 0,001 <sup>b</sup>
Symptombdauer (Monate)				
• Depressive Verstimmung $\pm$ SD (Spanne)	31,3 $\pm$ 57,6 (0–365)	28,7 $\pm$ 49,0 (0–327)	21,2 $\pm$ 44,0 (0–377)	0,648 <sup>a</sup>
• Schmerzen $\pm$ SD (Spanne) <sup>c, d</sup>	24,1 $\pm$ 33,0 (0–160)	38,0 $\pm$ 55,4 (0–304)	51,9 $\pm$ 71,7 (0–424)	< 0,001 <sup>a</sup>
Therapien				
• Nichtopioidanalgetika (ja/nein [%]) <sup>c, d</sup>	94/6	89/11	70/30	< 0,001 <sup>b</sup>
• Niedrigpotente Opioidanalgetika (ja/nein [%]) <sup>c</sup>	25/75	30/70	17/83	0,016 <sup>b</sup>
• Hochpotente Opioidanalgetika (ja/nein [%])	5/95	4/96	5/95	0,684 <sup>b</sup>
• Andere (als gegen Schmerz und Depression; ja/nein [%]) <sup>c, d</sup>	48/52	52/48	29/71	< 0,001 <sup>b</sup>
Anzahl ICD-10-Diagnosen: 0/1/ $\geq$ 2 (%) <sup>c</sup>	42/37/21	36/33/31	51/34/15	0,002 <sup>b</sup>
Clinical Global Impression Scale [Score 1–7] $\pm$ SD <sup>c, d</sup>	4,7 $\pm$ 0,8	4,5 $\pm$ 0,9	5,0 $\pm$ 0,7	< 0,001 <sup>a</sup>
Visuelle Analogskalen für Schmerzintensität [Score]				
• Total [0–50] $\pm$ SD <sup>d</sup>	14,3 $\pm$ 7,2	15,6 $\pm$ 7,5	17,2 $\pm$ 9,7	0,041 <sup>a</sup>
• Rücken [0–10] $\pm$ SD	4,9 $\pm$ 3,0	5,3 $\pm$ 2,7	5,5 $\pm$ 3,1	0,184 <sup>a</sup>
• Extremitäten [0–10] $\pm$ SD	4,0 $\pm$ 3,4	3,9 $\pm$ 3,3	3,9 $\pm$ 3,6	0,701 <sup>a</sup>
• Kopf [0–10] $\pm$ SD <sup>c, d</sup>	2,9 $\pm$ 3,1	3,5 $\pm$ 3,0	4,9 $\pm$ 3,3	< 0,001 <sup>a</sup>
• Bauch [0–10] $\pm$ SD	1,2 $\pm$ 2,4	1,5 $\pm$ 2,4	1,5 $\pm$ 2,7	0,476 <sup>a</sup>
• Brust [0–10] $\pm$ SD	1,4 $\pm$ 2,5	1,4 $\pm$ 2,2	1,3 $\pm$ 2,7	0,642 <sup>a</sup>

Der p-Wert verweist auf die Varianzanalyse<sup>a</sup> oder den  $\chi^2$ -Test<sup>b</sup> (d.h. Unterschiede zwischen den medizinischen Fachrichtungen)  
 Die Post-hoc-Analyse (mit Bonferroni-Korrektur) verweist auf die Unterschiede zwischen den einzelnen medizinischen Fachrichtungen  
<sup>c</sup> signifikanter Unterschied zwischen Psychiatern und Allgemeinmedizinern  
<sup>d</sup> signifikanter Unterschied zwischen Psychiatern und Internisten  
<sup>e</sup> signifikanter Unterschied zwischen Allgemeinärzten und Internisten

## ORIGINALARBEIT

Signifikanzniveau wurde bei  $p < 0,05$  festgelegt.

## Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt die demographischen und medizinischen Unterschiede zwischen den praktizierenden Internisten, Allgemeinmedizinern und Psychiatern. Der Chronifizierungsgrad wurde anhand der Dauer erfasst. Die 585 eingeschlossenen Patienten litten durchschnittlich 38 Monate unter chronischen Schmerzen. Zwei Drittel der Patienten gaben Schmerzen  $> 6$  Monate und 90%  $> 1$  Monat an. In der Varianzanalyse, kontrolliert für Geschlecht, Alter, regionale Herkunft, Dauer der depressiven Symptome und Schmerzen, Einsatz der verschiedenen

Analgetika und weiterer Therapien sowie Anzahl zusätzlicher ICD-10-Diagnosen, wiesen die von den Psychiatern behandelten Patienten sowohl für die Gesamtschmerzen als auch für die Kopfschmerzen signifikant höhere Scores auf als die Patienten in der somatischen Grundversorgung.

Tabelle 2 zeigt die demographischen und medizinischen Unterschiede zwischen den einzelnen regionalen Herkunftsgruppen. Da nur 6% der Patienten aus anderen Nationen stammten, wurden diese für die Analyse nicht berücksichtigt. In der Varianzanalyse, kontrolliert für Geschlecht, Alter, regionale Herkunft, Dauer der depressiven Symptome und Schmerzen, Einsatz der verschiedenen Analgetika und Anzahl zusätzlicher Therapien und

ICD-10-Diagnosen, zeigte sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich Intensität der Bauchschmerzen zwischen den Nationen. Patienten aus osteuropäischen Ländern unterschieden sich auf sämtlichen weiteren VAS nicht signifikant von Patienten aus Südeuropa. Patienten aus Mitteleuropa litten im Vergleich zu denjenigen aus Ost- und Südeuropa unter signifikant weniger Gesamtschmerzen, Rückenschmerzen, Schmerzen an den Extremitäten, Kopfschmerzen und Brustschmerzen.

Um die Prädiktoren für eine höhere Intensität der Gesamtschmerzen für die gesamte Population zu identifizieren, berücksichtigten wir in einer Regressionsanalyse als unabhängige Variablen das Geschlecht, das Alter, die

Tabelle 2. Patientencharakteristika, unterteilt nach Herkunft. SD: Standardabweichung.

	Mitteleuropa (n = 314)	Osteuropa (n = 159)	Südeuropa (n = 90)	p-Wert
Frauen/Männer (%)	62/38	58/42	62/38	0,793 <sup>b</sup>
Alter (Jahre) $\pm$ SD <sup>c, d, e</sup>	55,2 $\pm$ 16,2	43,8 $\pm$ 8,5	49,6 $\pm$ 10,6	< 0,001 <sup>a</sup>
Symptomdauer (Monate)				
• Depressive Verstimmung $\pm$ SD (Spanne)	32,0 $\pm$ 60,1 (0–377)	19,5 $\pm$ 33,7 (0–219)	29,5 $\pm$ 37,2 (0–186)	0,398 <sup>a</sup>
• Schmerzen $\pm$ SD (Spanne) <sup>d, e</sup>	37,7 $\pm$ 62,2 (0–424)	32,9 $\pm$ 40,2 (0–248)	55,2 $\pm$ 60,9 (0–271)	< 0,001 <sup>a</sup>
Therapien				
• Nichtopioidanalgetika (ja/nein [%])	86/14	85/15	86/14	0,992 <sup>b</sup>
• Niederpotente Opioidanalgetika (ja/nein [%])	25/75	28/72	26/74	0,781 <sup>b</sup>
• Hochpotente Opioidanalgetika (ja/nein [%])	6/94	1/99	6/94	0,092 <sup>b</sup>
• Andere (als gegen Schmerz und Depression; (ja/nein [%])) <sup>c, e</sup>	52/48	31/69	47/53	< 0,001 <sup>b</sup>
Anzahl ICD-10-Diagnosen: 0/1/ $\geq$ 2 (%) <sup>c, e</sup>	34/35/31	57/31/12	41/34/25	< 0,001 <sup>b</sup>
Clinical Global Impression Scale [Score 1–7] $\pm$ SD <sup>c</sup>	4,5 $\pm$ 0,9	4,9 $\pm$ 0,7	4,7 $\pm$ 0,8	< 0,001 <sup>a</sup>
Visuelle Analogskalen für Schmerzintensität [Score]				
• Total [0–50] $\pm$ SD <sup>c, d</sup>	13,6 $\pm$ 7,4	18,4 $\pm$ 8,1	18,8 $\pm$ 8,4	< 0,001 <sup>a</sup>
• Rücken [0–10] $\pm$ SD <sup>c, d</sup>	4,6 $\pm$ 2,9	6,3 $\pm$ 2,7	6,2 $\pm$ 2,6	< 0,001 <sup>a</sup>
• Extremitäten [0–10] $\pm$ SD <sup>c, d</sup>	3,5 $\pm$ 3,4	4,5 $\pm$ 3,3	4,9 $\pm$ 3,1	< 0,001 <sup>a</sup>
• Kopf [0–10] $\pm$ SD <sup>c, d</sup>	2,9 $\pm$ 3,1	4,9 $\pm$ 3,0	4,3 $\pm$ 3,2	< 0,001 <sup>a</sup>
• Bauch [0–10] $\pm$ SD	1,4 $\pm$ 2,5	1,1 $\pm$ 2,3	1,6 $\pm$ 2,6	0,267 <sup>a</sup>
• Brust [0–10] $\pm$ SD <sup>d</sup>	1,1 $\pm$ 2,2	1,5 $\pm$ 2,4	1,8 $\pm$ 2,7	0,006 <sup>a</sup>

Der p-Wert verweist auf die Varianzanalyse<sup>a</sup> oder den  $\chi^2$ -Test<sup>b</sup> (d.h. Unterschiede zwischen den Gruppen von Nationen)

Die Post-hoc-Analyse (mit Bonferroni-Korrektur) verweist auf die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen von Nationen

<sup>c</sup>signifikanter Unterschied zwischen Patienten aus Mitteleuropa im Vergleich zu Patienten aus Osteuropa

<sup>d</sup>signifikanter Unterschied zwischen Patienten aus Mitteleuropa im Vergleich zu Patienten aus Südeuropa

<sup>e</sup>signifikanter Unterschied zwischen Patienten aus Osteuropa im Vergleich zu Patienten aus Südeuropa

Herkunft (Mitteleuropa, Osteuropa, Südeuropa), die Symptombdauer (depressive Symptome und Schmerzen), den Einsatz der verschiedenen Kategorien von Analgetika (Nichtopioidanalgetika, niederpotente Opioidanalgetika, hochpotente Opioidanalgetika), die Anzahl zusätzlicher Therapien und ICD-10-Diagnosen (0, 1 oder  $\geq 2$ ) sowie die medizinische Fachrichtung (Internisten und Allgemeinpraktiker, Psychiater). Eine längere Dauer der depressiven Symptome, eine nichtmitteleuropäische Herkunft, eine größere Anzahl zusätzlicher Therapien und ICD-10-Diagnosen sowie die psychiatrische Fachrichtung waren signifikante Prädiktoren für eine höhere Intensität der Gesamtschmerzen. Das Modellklärte 16% der Varianz in der Schmerzintensität auf.

## DISKUSSION

Diese Querschnittsuntersuchung aus der Praxis bezweckte, demographische und krankheitsspezifische Charakteristika bei Patienten mit chronischen Schmerzen und depressiven Symptomen in der Grundversorgung zu erfassen und Unterschiede zwischen den behandelnden Internisten, Allgemeinpraktikern und Psychiatern herauszuarbeiten.

Unabhängig von verschiedenen Kovariablen litten die von Internisten und Allgemeinmedizinern versorgten Patienten unter insgesamt weniger intensiven Schmerzen, verglichen mit den von Psychiatern gesehenen Patienten, obwohl die von den Somatikern behandelten Patienten signifikant häufiger Schmerzmittel aus allen Klassen konsumierten. Die Tatsache, dass bei den Somatikern eine geringere Schmerzintensität als bei den Psychiatern erfasst wurde, unterstützt unsere Hypothese, dass die depressiveren und therapierfraktären chronifizierten Schmerzpatienten schließlich dem Psychiater überwiesen werden. Auch die Art des Schmerzes spielt wahrscheinlich im Hinblick auf die Wahl des Behandlungssettings eine wichtige Rolle. Beispielsweise sprechen somatoforme Störungen in der Regel schlecht auf Analgetika an, und die Patienten werden deshalb dann eher dem Psychiater überwiesen, der seinen Behandlungsschwerpunkt aufgrund seiner Fachrich-

tung vor allem auf eine Beeinflussung komorbider Störungen respektive auf eine Veränderung der Copingstrategien und des sozialen Umfelds legen wird. Dafür spricht auch, dass die vom Psychiater behandelten Patienten weniger Zusatzdiagnosen aus der ICD-10 aufwiesen.

Unter den drei Fachrichtungen behandelten Psychiater gegenüber Internisten und Allgemeinpraktikern mit Abstand am meisten depressive Schmerzpatienten aus osteuropäischen Ländern. Möglicherweise hatten sich diese Patienten eher als therapierfraktär auf vorgängige Behandlungsversuche bei den Somatikern erwiesen als Patienten aus Mitteleuropa und wurden somit häufiger zum Psychiater geschickt. Eine mögliche Erklärung für dieses Phänomen könnte in der vermehrten Exposition von organisierter Gewalt im Rahmen der zurückliegenden Balkankriege liegen. Es ist bekannt, dass organisierte Gewalt den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand negativ beeinflusst [16] und Migration einen ungünstigen Einfluss auf den Schmerzverlauf hat [17]. Genauere epidemiologische Studien würden hier Aufschluss geben, die den Anteil aus Ost- und Südeuropa stammender Patienten im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung mitberücksichtigten [18]. Unabhängig von demographischen Daten, medizinischer Fachrichtung, Symptombdauer und Therapien sowie weiteren ICD-10-Diagnosen geben Patienten aus Ost- und Südeuropa intensivere Schmerzen an als Patienten aus Mitteleuropa. Dies passt zu früheren Beobachtungen, dass kulturelle Herkunft, Ethnizität und psychosoziale Einbettung einen wesentlichen Einfluss auf das Schmerzerleben und den Schmerzausdruck haben [8, 19], andererseits das Syndrom einer Depression je nach kultureller Herkunft einen unterschiedlichen Schwerpunkt in der Symptomclusterung aufweist [20].

Eine längere Dauer der depressiven Symptome, eine nichtmitteleuropäische Herkunft, der Einsatz von Therapien zusätzlich zur Behandlung von Schmerz und depressiver Symptomatik, eine höhere Anzahl zusätzlicher ICD-10-Diagnosen und eine psychiatrische Fachrichtung sagten in der Regressionsanalyse eine höhere Gesamtintensität der Schmerzen in der ganzen

Stichprobe voraus. Allerdings muss erwähnt werden, dass unser Modell nur eine vergleichsweise geringe Varianz der totalen Schmerzintensität aufzuklären vermochte. Aufgrund der Literatur dürften zahlreiche weitere wichtige Faktoren ebenfalls einen Einfluss auf die Intensität des Schmerzerlebens haben, wie u.a. die initialen Umstände des Schmerzes, das Schmerzverhalten, psychosoziale Stressoren [21], Umgang mit Ärger [22], soziale Unterstützung [23] sowie weitere psychiatrische Komorbiditäten wie z.B. Angsterkrankungen oder posttraumatischer Stress [24].

Abschließend möchten wir die folgenden Einschränkungen unseres Praxiserfahrungsberichts hervorheben. Grundsätzlich beziehen sich die Daten auf eine Patientengruppe, bei der die Behandelnden die Entscheidung für eine antidepressive Therapie fällten. Daher sind die Daten nicht unbedingt repräsentativ für das allgemeine Kollektiv depressiv verstimmter Schmerzpatienten. Um möglichst viele Praktiker und Patienten zur Teilnahme an der Studie zu motivieren und so ein naturalistisches Bild der Grundversorgung zu gewährleisten, wurde das Studiendesign möglichst einfach gehalten. Insbesondere wurde absichtlich auf ein strukturiertes klinisches Interview spezifisch für ICD-10 und auf die Angabe weiterer psychosozialer Daten verzichtet (z.B. mögliche psychosoziale Stressoren wie Beziehungssituation, Aufenthaltsstatus bei Ausländern, Arbeitsfähigkeit). Obwohl ein standardisiertes Messinstrument zur Diagnostik und Quantifizierung depressiver Symptome mit der HAM-D grundsätzlich zur Verfügung stand, wurde dieses nur von 24% aller Praktiker eingesetzt, vermehrt von Internisten und Psychiatern gegenüber Allgemeinpraktikern ( $p < 0,034$ ). Damit bleibt die Anwendbarkeit solcher Messinstrumente im Rahmen von einfachen Beobachtungsstudien in der Praxis fraglich. Es wurde auch nicht untersucht, ob und wie viele respektive welche anderen Ärzte und Therapeuten in zusätzliche Behandlungen involviert waren. Die Unterteilung der Herkunftsländer in vier Gruppen stützt sich auf ihre ungefähre sprachliche und regionale Zusammengehörigkeit. Auf eine detaillierte Unterscheidung der einzelnen Ethnizitäten

## ORIGINALARBEIT

und sprachlichen Zugehörigkeit in einzelnen Herkunftsland wurde bewusst verzichtet. Die verschiedenen Schmerzursachen (neuropathisch, somatoform, andere Ursachen) wurden ebenfalls nicht unterschieden. Entsprechend liegt ein heterogenes, wenn auch naturalistisches Patientengut vor. Weiter wurden die Arztpraxen von Außen-dienstmitarbeitern frequentiert und ausgewählt. Letztere kennen in der Regel die Art der Patienten und die Medikamentenpräferenzen der besuchten Ärzte recht genau, was bei der Auswahl der Praxen möglicherweise eine Rolle gespielt haben könnte. So betreuten die teilnehmenden Ärzte im Vergleich mit anderen Kollegen z.B. besonders viele Schmerzpatienten. Allerdings kann aufgrund des Studiendesigns der Einfluss möglicher nicht diagnostizierter Fälle von chronischen Schmerzen mit depressiver Begleitsymptomatik nicht überprüft werden. Es ist bekannt, dass in der Allgemeinpraxis nur etwa die Hälfte der Depressionen bei der Erstkonsultation erkannt wird [25]. Da Symptome kulturell unterschiedlich präsentiert werden [20], könnten deshalb hier bestimmte Patientengruppen systematisch nicht in die Studie aufgenommen worden sein. Theoretisch wäre es auch denkbar, dass sprachliche Verständigungsprobleme zwischen Behandelnden und Behandelten die Zuweisungsströme und damit die Ergebnisse beeinflussen könnten. Allerdings ist im Schweizer Gesundheitssystem im ambulanten Bereich die freie Arztwahl gewährleistet, und fremdsprachenkundige Ärzte sind für alle eingeschlossenen Patientengruppen in greifbarer Nähe meist verfügbar.

Trotz obiger Einschränkungen zur Aussagekraft der vorliegenden Studie handelt es sich um eine vergleichswei-

se große Stichprobe, die aus allen Regionen der Schweiz niedergelassene Grundversorger und in Schmerzbehandlungen involvierte Psychiater einbeziehen konnte und damit die Verhältnisse von Patienten mit körperlichen Schmerzen und einer depressiven Symptomatik gut repräsentieren dürfte.

**Finanzierung:** Die Daten wurden uns von Wyeth zur Verfügung gestellt.

## Literatur

- Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498–504.
- Arnow BA, Hunkeler EM, Blasey CM, et al. Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. *Psychosom Med* 2006;68:262–8.
- Buchner M, Neubauer E, Barie A, et al. [Comorbidity in patients with chronic low back pain.] *Schmerz* 2007;21:218–25.
- Davidson J, Krishnan R, France R, et al. Neurovegetative symptoms in chronic pain and depression. *J Affect Disord* 1985;9:213–8.
- Bair MJ, Robinson RL, Eckert GJ, et al. Impact of pain on depression treatment response in primary care. *Psychosom Med* 2004;66:17–22.
- Bair MJ, Robinson RL, Katon W, et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003;163:2433–45.
- Sass H, Wittchen HU, Zaudig M, et al. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe, 2003.
- Green CR, Anderson KO, Baker TA, et al. The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain Med* 2003;4:277–94.
- Begré S, Traber M, Gerber M, et al. Change in pain severity with open label venlafaxine use in patients with a depressive symptomatology: an observational study in primary care. *Eur Psychiatry* 2008;23:178–86.
- Begré S, Traber M, Gerber M, et al. Regional origin and decrease of pain in patients with depressive symptoms under treatment with venlafaxine. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:17–24.
- Begré S, Traber M, Gerber M, et al. Physician speciality and pain reduction in patients with depressive symptoms under treatment with venlafaxine. *Eur Psychiatry* 2010;in press.
- Guy W, ECDEU Assessment manual for psychopharmacology, revised edn. Rockville: National Institute for Mental Health, 1976.
- Bandelow B, Baldwin DS, Dolberg OT, et al. What is the threshold for symptomatic response and remission for major depressive disorder, panic disorder, social anxiety disorder, and generalized anxiety disorder? *J Clin Psychiatry* 2006;67:1428–34.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurolog Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56–62.
- Bagby RM, Ryder AG, Schuller DR, et al. The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? *Am J Psychiatry* 2004;161:2163–77.
- Gilgen D, Gross CS, Mauezahl D, et al. Impact of organized violence on illness experience of Turkish/Kurdish and Bosnian migrant patients in primary care. *J Travel Med* 2002;9:236–40.
- Sabbioni ME, Eugster S. Interactions of a history of migration with the course of pain disorder. *J Psychosom Res* 2001;50:267–9.
- Schenk L, Neuhauser H. Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2005;48:279–86.
- Fillingim RB. Individual differences in pain responses. *Curr Rheumatol Rep* 2005;7:342–7.
- Ulusahin A, Basoglu M, Paykel ES. A cross-cultural comparative study of depressive symptoms in British and Turkish clinical samples. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994;29:31–9.
- Aronoff GM, Livengood JM. Pain: psychiatric aspects of impairment and disability. *Curr Pain Headache Rep* 2003;7:105–15.
- Fernandez E. The relationship between anger and pain. *Curr Pain Headache Rep* 2005;9:101–5.
- Montoya P, Larbig W, Braun C, et al. Influence of social support and emotional context on pain processing and magnetic brain responses in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2004;50:4035–44.
- Sharp TJ. The prevalence of post-traumatic stress disorder in chronic pain patients. *Curr Pain Headache Rep* 2004;8:111–5.
- Egede LE. Failure to recognize depression in primary care: issues and challenges. *J Gen Intern Med* 2007;22:701–3.

## Korrespondenzanschrift

Dr. Stefan Begré  
Stv. Chefarzt Psychosomatik  
Klinik für Allgemeine Innere Medizin  
Inselspital  
Universitätsspital Bern  
3010 Bern  
Schweiz  
Telefon (+41/31) 6322019  
Fax 3821184  
E-Mail: stefan.begre@insel.ch