

Teil 3 - Auswirkungen

Kopfschmerz – ein Symptom untypischer Vorgänge im Organismus?

Die erkannten Zusammenhänge zwischen den auslösenden Einflüssen und einer zunehmenden Kopfschmerzanfälligkeit, die Beteiligung der Schilddrüse, die unterschiedlich wahrgenommene Schmerzcharakteristik sowie die Wirksamkeit verschiedener Schmerzmittel.

Inhalt:

[3a - Kopfschmerzen durch Formaldehydeinfluss](#)

[3b - Die Schilddrüse](#)

[3c - Symptome und Schmerzmittel](#)

3a - Kopfschmerzen durch Formaldehydeinfluss

Formaldehyd, laut Lexikon ein Kurzwort aus Formica (lat. für Ameise) und Aldehyd, einfachster aliphatischer Aldehyd, chemische Formel H-CHO; stechend riechendes, farbloses Gas, Siedepunkt 252,15 K.

In wässriger Lösung fand Formaldehyd schon vor über 100 Jahren als Desinfektionsmittel Verwendung. Seit der Erfindung der Kondensatharze (Bakelit um 1907) wurde diese Substanz zu einem der wichtigsten chemischen Grundstoffe. Mittlerweile ist Formaldehyd in einer Vielzahl von Produkten enthalten, wie zum Beispiel in Spanplatten, Holzleimen, Lacken, Textilausrüstung, Papier, Leder, Kosmetika, Reinigungsmittel, Gummi u.s.w. Außerdem fällt es bei unvollständigen Verbrennungsprozessen an und ist damit im Zigarettenrauch ebenso enthalten wie in Auspuffgasen oder im Weihrauch, wie er bei einigen Zeremonien in der katholischen Kirche verwendet wird.

Trotz dieser vielschichtigen Präsenz wurde Formaldehyd erst recht spät als „Alltaggift“ bekannt. Der Grund dafür mag daran liegen, dass Formaldehyd im Stoffwechsel laufend gebildet wird und zudem in praktisch allen Nahrungsmitteln enthalten ist. Das „Geheimnis“ seiner gesundheitlich negativen Wirksamkeit besteht demnach darin, dass der Körper mit eingeatmetem Formaldehyd offenbar nicht viel anzufangen weiß. (Eine mögliche ungünstige Wirkung durch Hautkontakt ist nicht Thema meines Berichts.) Trotzdem bedarf es bei üblicher Belastungsintensität einer gewissen Anfälligkeit, um deswegen gesundheitliche Beeinträchtigungen in Kauf nehmen zu müssen. Die Zahl Geschädigter ist demnach recht klein - zumindest im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Darin wiederum mag einer der Gründe dafür liegen, dass Wissenschaft und Politik den gebotenen Handlungsbedarf ignoriert. Es ist zwar so, dass die erbgutverändernde Eigenschaft und damit auch das krebserregenden Potential von Formaldehyd hinweg vernachlässigt wird. Ebenso wenig sind die Auswirkungen in Bezug auf Allergien, Migräne, Atemwegkrankungen, Verhaltens- und Befindlichkeitsstörungen umstritten. Was jedoch fehlt, ist die Einsicht, dass die Toleranzgrenzen bei Langzeitbelastung für entsprechend sensibel eingestellte Menschen zu hoch angesetzt wurden. Vor allem

bleibt unberücksichtigt, dass bei einmal aufgetretenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen die Reizschwelle für weitere Beschwerden immer tiefer sinkt.

Gäbe es eine größere Zahl Betroffener oder würden auch geringfügige bzw. nur sporadisch auftretende und eher harmlose Beschwerden als Folge von Formaldehydeinwirkung zur Kenntnis genommen, müsste dies eine Vielzahl von Konsequenzen für unsere „zivilisierte Welt“ zur Folge haben. Damit würden aber auch die Chancen steigen, dass eine erworbene Unverträglichkeit durch geeignete Therapien wieder rückgängig gemacht werden kann.

Doch so wie die Situation nun mal ist, sind keine Bestrebungen zu erwarten, um genaueres über das tatsächliche Ausmaß durch geringfügigen Einfluss von Formaldehyd ausgelöster Beschwerden herauszufinden. Somit kann auch nicht mit wirksamen Behandlungsmöglichkeiten gerechnet werden. Geeignete Hilfsmaßnahmen für Geschädigte stehen damit nicht auf dem Plan.

Bezüglich der tatsächlichen Auswirkung von Langzeitbelastungen waren die von der Verbraucher-Initiative in Bonn erhaltenen Unterlagen zum Thema Formaldehyd sehr aufschlussreich. Volle Übereinstimmung zu dem bei mir beobachteten Beschwerdebild war allerdings nicht zu finden. Trotzdem, in diesen Unterlagen konnte ich mich weit eher "erkennen" als wie in den bisherigen Arztgesprächen oder auch in diversen "Kopfschmerzbüchern".

Um mir des aufgetretenen Verdachtes auch sicher sein zu können, reichten die vorliegenden Informationen nicht aus. Somit bedurfte es weiterer Beobachtungen und Recherchen. Im Zuge dessen begann ich meine Gedanken und Erfahrungen schriftlich aufzuarbeiten. Mit der Zeit formte sich dabei ein logisch scheinendes Bild, das mit dem beobachteten Beschwerdeverlauf ebenso in Einklang steht wie mit den Inhalten der Formaldehydberichten. Die mich ursprünglich beschäftigende Frage, ob psychische Voraussetzungen tatsächlich die von den Medizinern ebenso wie von der öffentlichen Meinung zugeordnete tragende Rolle bei der Auslösung von Kopfschmerzen spielen können, zeichnete sich ebenfalls eine Antwort ab und ging zweifellos in Richtung NEIN.

Damit schließe ich nicht unbedingt aus, dass auch psychische Faktoren den Ausbruch von Kopfschmerzanfällen begünstigen können. Trotzdem dürften sie den chemisch/toxischen Faktoren in ihrer Wirksamkeit weit unterlegen sein. Vorstellbar wäre somit, dass psychische Faktoren in der Summe mit chemisch/toxischen Einflüssen schon auch zusätzlich wirksam werden können. Doch eine auslösende Wirksamkeit schließe ich aus.

Diese Erkenntnis führte zwangsläufig zur Frage, über welche Mechanismen derart chemisch/toxische Faktoren einschlägige Beschwerden zur Auslösung bringen. Bei mir war es so, dass neben intuitiven Wahrnehmungen vor allem die Zeitspanne zwischen auftretender Belastung und dem Beginn eines Anfalls vermuten ließ, dass der Schmerz selbst als sekundäre Auswirkung anderer Vorgänge im Organismus gewertet werden muss. Damit verlor für mich die neurologische Betrachtungsweise, bei der die Schmerzentwicklung selbst im Vordergrund steht, schon bald nach Beginn meiner Beobachtungen sehr viel an Bedeutung. Wie sich später zeigte, lag ich damit nicht falsch, denn für die bei mir vorherrschenden Beschwerden verantwortlich zu machen sind zweifellos untypische Vorgänge beim Abbau von Formaldehyd:

Allgemein besteht die Ansicht, dass Formaldehyd unmittelbar nach dem Eintritt in den Organismus zu Ameisensäure abgebaut wird. Bei erhöhtem Formaldehydeinfluss bringt dies einen Anstieg des Ameisensäurepegels mit sich, wodurch die Beschwerden schlussendlich ausgelöst werden. Angesichts der Geringfügigkeit auftretender Belastungen und der beobachteten Zeitspanne bis zum Ausbruch der Beschwerden sah es so aus, als ob bei entsprechend ungünstigen Bedingungen der Formaldehyd im Körper solange gesammelt oder aufgestaut wird, bis die vorhandene Menge imstande ist, Beschwerden auszulösen.

Anlässlich einer Kontaktaufnahme mit einem Toxikologen gab mir dieser jedoch zu verstehen, dass in meinem Fall ganz sicher eine Konditionierung auf Auslösefaktoren durch den Geruchssinn und damit ein psychisches Problem vorliegen müsse. Mit derart geringfügigen Schadstoffmengen, wie sie bei mir anfallen würden, hätten die enzymatischen Einrichtungen im Körper kein Problem. Vor allem weil ich der bestehenden Belastung jahrelang völlig unbefangen gegenüberstand, konnte ich der Meinung "Konditionierung durch Gerüche" nicht das Geringste abgewinnen. Zudem erfuhr ich erst durch die vorliegenden Unterlagen, dass es etliche Schadstoffansammlungen gibt, die Formaldehyd enthalten und bei gesundheitlichen Problemen durch Formaldehyd eine entscheidende Rolle spielen können. Angesichts der genannten Hinweise wurde mir vor allem klar, dass bei den unmittelbaren Auslösern meiner Beschwerden der im Zigarettenrauch enthaltene Formaldehyd eine bedeutsame Rolle spielt.

Der wahre Grund der rasanten Zunahme der Schmerzbelastung nach meinem Stellenwechsel im Jahre 1976 kann demnach nicht dem erhöhten psychischen Stressaufkommen, sondern ohne Zweifel der damals verstärkt einsetzenden Rauchbelastung zugeschrieben werden. Auch die Ursache etlicher anderer Schmerzanfälle, die nicht so recht in die Formaldehyd-Theorie zu passen schienen, konnte damit einer Klärung zugeführt werden. Dabei denke ich vor allem an jene Beschwerden, die während der Urlaubszeit zum Ausbruch gekommen waren. Gerade solche Anfälle waren es, die meine Ansicht, dass Formaldehyd nicht die Wurzel des Übels sein könne, recht lange aufrecht hielten.

Dabei muss ich mir selbst immer wieder die Frage stellen, wie es denn möglich war, den Stellenwert der Rauchbelastung bei der Auslösung meiner Beschwerden nicht schon viel früher erkannt zu haben. Als eine der Ursachen dafür sehe ich die nicht vorhandene Bereitschaft darauf angesprochener Ärzte, Schadstoffbelastungen als Auslöser in Betracht zu ziehen. Trotzdem hätten ohne meine ursprünglich wohl grenzenlos naive Wissenschaftsgläubigkeit längst die Alarmglocken läuten müssen. Ist aber auch so, dass in unseren Breiten eine gewisse Rauchbelastung geradezu als „normal“ angesehen wird oder zumindest damals noch wurde. Aus diesem Grund hätte ich nie im Traum daran gedacht, dass viele der aufkommenden Beschwerden dem Einfluss einer Rauchbelastung zugeschrieben werden müssen. Dazu kommt, dass nicht wenige solcher Anfälle nach Belastung im Freien aufgetreten sind.

Die Existenz anderer Entstehungskanäle für Kopfschmerzen lässt sich damit keinesfalls ausschließen. In diesem Zusammenhang denke ich vor allem an Beschwerden, die durch Lebensmittelzusatzstoffe oder durch Medikamente ausgelöst werden. Meine Beobachtungen und Recherchen konzentrierten sich jedoch hauptsächlich auf Formaldehyd, weshalb ich nie bemüht war, mir über die Auslösemechanismen auf anderen Ebenen detaillierte Gedanken zu machen.

In den Unterlagen der Verbraucher-Initiative beschrieben die Autoren (Daunerer, Uphaus, Zingraf) jene Fehlreaktionen im Organismus, die Beschwerden nach Formaldehydexposition zur Folge haben, sehr konkret. Die allgemein bekannte Variante, wonach erhöhter Formaldehydeinfluss eine Zunahme der Ameisensäure und damit die Beschwerden zur Auslösung bringt, kann nur bei relativ hohen Belastungen wirksam werden. Nachdem jedoch bei vielen Menschen wesentlich geringfügigere Einflüsse zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. Beschwerden führen, bedurfte es weiterer Untersuchungen.

Dabei wurde festgestellt, dass bei entsprechend fortgeschrittener Sensibilität der Formaldehyd nicht wie sonst üblich zu Ameisensäure abgebaut, sondern zu Methanol umgewandelt wird. Erst in weiter Folge entsteht aus dem Methanol dann wieder Formaldehyd und schlussendlich Ameisensäure, die auf üblichem Wege ausgeschieden werden kann. Nun ist die Giftigkeit von Methanol hinlänglich bekannt. Außerdem wird angeführt, dass bei fortgeschrittener Sensibilisierung selbst dann Beschwerden auftreten können, wenn die Belastung durch Formaldehyd im "Normbereich" liegt.

Daraus ergab sich auch die Bestätigung dafür, dass meine Überlegungen bezüglich des Anstau-effektes von Formaldehyd nicht falsch sein konnten.

Unter Berücksichtigung dieser Vorgänge sowie dem bei mir manifest gewordenen Beschwerdebild vollzieht sich die Entwicklung eines Schmerzanfalls in zwei Stufen: In der ersten Stufe wird durch einen Belastungsschub der standardmäßige Abbau von Formaldehyd unterbrochen und es entsteht Methanol. Dieser Vorgang dauert offenbar so lange an, bis ein offensichtlich nachts einsetzender Regenerationsprozess die Methanolbildung unterbricht. Erst danach wird Methanol wieder zu Formaldehyd und weiter zu Ameisensäure abgebaut.

In Bezug auf die Ameisensäure ist zu erwarten, dass während der Bildung von Methanol deren Bestand im Körper durch den laufenden Abbau verringert wird. Erst im Zuge der Normalisierung des Formaldehydabbaues, wenn kein Methanol mehr entsteht, kann der Ameisensäurepegel seinen ursprünglichen Wert wieder erreichen. Zumindest kurzfristige Überschreitung dieses Normwerts sind dabei zu erwarten. Je nach Art und Intensität der Gesamtbelastung sowie der momentanen Konstitution entsprechend wird die zweite Stufe, das heißt der eigentliche Beginn des Schmerzanfalles entweder schon während der „Methanolphase“ eingeleitet oder erst dann, wenn beim Abbau des angestauten Methanols der Ameisensäurepegel wieder zu steigen beginnt.

Bei entsprechend ausgeprägter Belastung kommt es offenbar auch vor, dass während beider Phasen Schmerzen zum Ausbruch kommen, wobei eine klare Unterscheidung der jeweils auftretenden Symptome möglich ist. Wie der Krankheitsverlauf bei mir zeigt, bedarf es anfangs massiver Belastungen, um die beschriebenen Vorgänge einzuleiten. Mit deren laufenden Wiederholung sinkt die Reizschwelle dann immer tiefer, so dass nach und nach selbst geringste Belastungsschübe extrem schmerzintensive Anfälle zur Auslösung bringen können. Insgesamt sieht es so aus, dass mit der Zeit selbst der im Stoffwechsel anfallende Formaldehyd eine Rolle spielt. Sonst wäre es wohl kaum möglich, dass bei fortgeschrittener Sensibilität auch dann Beschwerden zum Ausbruch kommen, wenn Belastungen durch Formaldehyd als „im Normalbereich liegend“ zu bewerten sind.

Die Art des auslösenden Belastungsschubes kann dabei recht unterschiedlich sein. Auf die Möglichkeit, dass mitunter auch psychische Faktoren dafür in Frage kommen

könnten, soll hier nicht ausgeschlossen werden. Als wesentlich wirksamer müssen jedoch Einflüsse auf chemisch/toxischer Basis gelten. Dazu zählen auch andere, vielfältig mögliche Belastungen der Atemluft.

Beobachtete Ausnahmen beim Beginn einzelner Anfälle lassen die Ansicht zu, dass durch den Einfluss von Carbonsäuren mit COOH-Gruppen mitunter möglich ist, die Methanolbildung kurzfristig abubrechen. Zu den genannten Substanzen zählen unter anderem die Salizylsäure (als Bestandteil von ASS – $C_6H_4(OH)COOH$) oder auch die Apfelsäure $HOOC-CH(OH)-CH_2-COOH$. Diesen Effekt prophylaktisch zu nutzen hat sich auf Dauer allerdings nicht bewährt. (Wesentlich sinnvoller wäre, durch geeignete, aber leider nicht zur Verfügung stehende Maßnahmen die Methanolbildung von vornherein zu unterbinden.)

Die geschilderten bzw. bei mir vermuteten Vorgänge beim Abbau von Formaldehyd wollte ich verständlicherweise bestätigt wissen. Eine Möglichkeit dazu wird in den Unterlagen der Verbraucher-Initiative beschrieben, weshalb die Durchführung eines entsprechenden Selbstversuches möglich war.

Für den Test bedarf es einer annähernd zweitägigen belastungsfreien Phase und daran anschließend einer Belastung durch Formaldehyd, Zigarettenrauch oder durch Autoabgase über einen Zeitraum von etwa drei Stunden. Während bzw. nach dieser Zeit werden insgesamt fünf Harnproben genommen. An den Veränderungen der Wertverhältnisse im Harn, bezogen auf Methanol, Ameisensäure und Kreatinin, lässt sich erkennen, inwieweit eine Fehlreaktion beim Abbau von Formaldehyd angenommen werden kann.

Wegen der zu erwartenden Schmerzbelastung hielt ich die vorgeschlagene Belastungsdauer von drei Stunden jedoch nicht ein und begnügte mich mit einem etwa einstündigem Aufenthalt in einer mäßig verrauchten Kneipe. Dementsprechend fiel das Messergebnis nicht besonders eindrucksvoll aus. Meine Vorstellungen bezüglich der Wertveränderungen im Anschluss an die Belastungsphase fanden jedoch zweifelsfreie Bestätigung.

Offenbar ergeben sich aus solchen Veränderungen - je nach konstitutionellen Voraussetzungen - unterschiedliche Beschwerdebilder, wobei eines davon als Kopfschmerz zum Ausdruck kommt. Das Problem dabei: Formaldehyd gelangt in unseren Tagen aus vielerlei Quellen in die Atemluft. Für "Migräniker & Co" ergibt sich daraus ein Riesenproblem, weil mitunter erst dadurch die Sensibilität gegenüber anderen Schadstoffeinflüssen bzw. Auslösefaktoren ins Uferlose angehoben werden kann.

Zumindest in Bezug auf den Kopfschmerz fällt dabei dem Formaldehyd auch die Rolle eines Sensibilisierungsmediums zu, durch dessen ständigen Einfluss es offenbar möglich ist, ein in seinen Grundzügen erträgliches Leiden zur quälenden Belastung anwachsen zu lassen. Dass bei der eigentlichen Auslösung eines Anfalls meist die Summe einwirkender Faktoren eine Rolle spielt, hat mittlerweile zumindest in der Kopfschmerzliteratur einen Niederschlag gefunden. Was indes nicht berücksichtigt wird ist die Tatsache, dass erst durch die ständige Wiederholung solcher Einflüsse die Anfälligkeit einer dramatischen Steigerung unterliegen kann. Dabei dürfte es – entsprechend meiner persönlichen Erfahrungen – vor allem dann zu extremsten Beschwerden kommen, wenn sich diese Wiederholung auf das gleichermaßen sensibilisierende wie anfallsauslösende Formaldehyd bezieht.

Als die verbreitetste und am kontinuierlichsten einwirkende Formaldehydquelle, die für Betroffene kaum Ausweichmöglichkeiten zulässt, dürfte der Zigarettenrauch zu

werten sein. Dessen nicht nur von mir beobachtete Schmerzwirksamkeit lässt sich vor allem darauf zurückführen, dass Schadstoffe und Sensibilisierungsmedium sozusagen „in einem Zuge“ geliefert werden. Die Antwort auf die Frage, weshalb hauptsächlich Nichtraucher von derartigen Beschwerden heimgesucht werden, liefert Dauderer in seinem Buch „Gifte im Alltag“. Demnach hilft jenes alkalisierende Nikotin, welches der Raucher mit dem Zug an der Zigarette mitgeliefert bekommt, den eingeatmeten Formaldehyd weitgehend symptomfrei abzubauen.

Abgesehen von den Belastungen durch Zigarettenrauch dürfte es genügend weitere Einflüsse geben, in deren Folge sensible bzw. durch Dauerbelastung sensibilisierte Menschen teils dramatische Beschwerden auf sich nehmen müssen. Sofern die Allgemeinheit über die einschlägigen Eigenschaften derartiger Einflüsse ausreichend informiert wäre, müssten Beeinträchtigungen der Lebensqualität auf dieser Ebene zumindest besser zu vermeiden sein, als dies auf der Basis derzeit geltender Meinungen tatsächlich möglich ist.

3b - Die Schilddrüse

Irgendwann während der ersten Jahre zunehmender Beschwerden hatte ich gelesen, dass bei Erkrankungen der Schilddrüse verstärkt Kopfschmerzen zum Ausbruch kommen können. Deshalb empfand ich den in Jahre 1981 von meinem Hausarzt geäußerten Verdacht auf eine solche Erkrankung geradezu als Hoffnungsschimmer. Durch die Behandlung dieser Krankheit schien eine Verringerung der schon recht massiv gewordenen Schmerzbelastung in Reichweite zu liegen.

Zustande gekommen war die betreffende Untersuchung, weil eine leichte „Ausbuchtung“ am Hals nicht mehr zu übersehen war. Zum Arzt gegangen war ich jedoch wegen gelegentlicher Schwellungen der Lymphknoten in der Achselhöhle. Darauf ausgerichteten Untersuchungen blieben allerdings ohne Befund. Im Zuge dessen wurden jedoch erhöhte Leber- und Cholesterinwerte festgestellt. Um die damalige Situation zu vervollständigen, müssen auch leichte aber weitgehend chronische Erkältungssymptome in Nase und Rachen, Gereiztheit, innere Unruhe, Schlafstörungen, häufiger Harndrang und Neigung zu Durchfällen erwähnt werden. Zumindest zweimal im Jahr auftretende und nur sehr langsam ausklingende grippale Infekte und rasche Ermüdung bei sportlichen Tätigkeiten runden, neben den schon oft genug erwähnten Kopfschmerzen, das damalige Beschwerdebild ab.

Die Untersuchung der Schilddrüse ergab die Diagnose „toxische Knotenstruma mit Hyperthyreose“. Zwecks genauerer Abklärung bekam ich zwei Tabletten verabreicht und sollte eine Woche später wiederkommen. Dabei stellte sich dann heraus, dass operiert werden muss.

Der Operationstermin wurde auf etwa acht Wochen später festgesetzt. Nachdem das alles geregelt war, schienen sich die Auswirkungen der Überfunktion noch deutlicher bemerkbar zu machen als in der Zeit davor. Besonders unangenehm wirkten sich die massiven Schlafstörungen aus. Hatte ich doch während der nachfolgenden Zeit ein irrsinniges Arbeitspensum zu erfüllen. So an die 50 Stunden pro Woche nahm mich mein Beruf in Anspruch. Nicht viel weniger Zeit verbrachte ich mit der Renovierung meines Bootes, um die notwendigen Arbeiten noch vor der Operation abschließen zu können. Ohne Übertreibung kann man sagen, das war Stress in vollen Zügen.

Willkommene Begleiterscheinung in diesen acht Wochen war eine völlige Schmerzfreiheit, an deren Ursache ich noch lange herumrätseln sollte.

Dann kam der Operationstermin. Inzwischen war mir irgendwie klargeworden, dass die erlebte Schmerzfreiheit mit jenen zwei Tabletten in Zusammenhang stehen muss, die mir bei der Untersuchung der Schilddrüse verabreicht wurden. In meinem offenbar naiven Optimismus glaubte ich darin ein gutes Omen zu erkennen. Umso größer war die Enttäuschung, als schon die Aufwachphase nach der Operation von extrem heftigen Kopfschmerzen begleitet war. Auch in den nachfolgenden Tagen traten immer wieder Kopfschmerzen auf, die nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus zusehends schlimmer wurden.

Nachdem meine Hausarzt auf Urlaub war, wandte ich mich hilfesuchend an jenen Arzt, der die Operation durchgeführt hatte. Der war höchst ungehalten, mit solchen Lappalien belästigt zu werden. Schlussendlich wimmelte er mich mit der Bemerkung ab, die Beschwerden könnten möglicherweise von operationsbedingten Verspannungen herrühren.

Wenige Tage später begann mein Urlaub. Wie schon seit einigen Jahren waren meine Gattin und ich mit dem Boot auf dem Bodensee unterwegs.

Um den übermäßig angestiegenen Schmerzmittelbedarf abzudecken, entwickelte sich die Suche nach einer Apotheke im einen oder anderen angelaufenen Hafen zum vorrangigen Unternehmen. Statt mich - wie vorgenommen – dem Aufbau meiner Kondition widmen zu können, war ich meist schmerzbedingt zur Passivität verdammt.

Hausarzt, Orthopäde, Masseur, Internist, Augenarzt, Neurologe, Nuklearmedizin waren in etwa die Stationen in den Monaten nach diesem Urlaub. Gebracht hat alles zusammen nichts. Dann verordnete der Neurologe ein Medikament, mit dem die Schmerzbereitschaft herabgesetzt werden sollte (Instenon). Als nach dessen Einnahme die Intensität des folgenden Schmerzanfalls die schon gewohnte Intensität noch einmal wesentlich übertraf, wurde mir mit einem Schlage klar, dass dieser Anfall nur vom eingenommenen Medikament ausgelöst worden sein konnte. Dadurch hellhörig geworden, las ich erst mal den Beipackzettel von Novothyral, worin der Hinweis auf Kopfschmerzen auch schwarz auf weiß zu lesen stand....

Einzig mein Hausarzt wirkte betroffen, nachdem ich ihm vom solcherart erkannten Zusammenhang zwischen dem eingenommenen Novothyral und den „postoperativen“ Schmerzanfällen berichtete.

Zu bemerken wäre in diesem Zusammenhang, dass Novothyral neben dem „harmlosen“ Levothyroxin (T4) auch das umstrittene Liothyronin (T3) enthält. Mehrere Einschleusversuche mit alternativen Präparaten (ohne T3) führten stets zu neuerlichen Beschwerden. Somit schien es sinnvoll, endgültig auf die Einnahme solcher Medikamente zu verzichten. Die Ärzte hatten allerdings keine große Freude damit. Gilt zu erwähnen, dass eine nach dem Jahr 2000 durchgeführte Kontrolluntersuchungen einmal mehr zeigte, dass meine Schilddrüse ohne medikamentöse Unterstützung einwandfrei zurecht kommen kann.

Die Freude über die wiedererlangte Schmerzfreiheit nach dem Absetzen jeglicher Schilddrüsenmedikamente währte jedoch nicht lange. Nach gut einer Woche ohne derartiges Medikament begann der erste postoperative Schmerzanfall jenes Typs, der sich etwa drei Jahre davor schon erstmals bemerkbar gemacht hatte. Innerhalb weniger Wochen wiederholten sich diese Anfälle dann immer öfter und auch deren Intensität nahm deutlich zu.

Ich zog Bilanz und kam zum Schluss, ein Symptom gegen ein anderes eingetauscht zu haben. Zudem war ich überzeugt, dass die schmerzfreie Zeit vor der Operation der Schlüssel zu dem Ganzen sei.

Vor allem der Umstand, dass die schmerzauslösende Wirkung von Novothyral von keinem Arzt in Erwägung gezogen wurde, warf einen langen Schatten auf mein früher uneingeschränktes Vertrauen in die wissenschaftliche Medizin. Natürlich darf ich mit Vorwürfen mir selbst gegenüber nicht sparen. Als gutgläubigem Patienten wäre mir damals jedoch nicht einmal im Traum eingefallen, dass derartige Nebenwirkung von den Ärzten missachtet werden. Somit fand ich es bis dahin auch nie für notwendig, den Medikamenten beigelegte Patienteninformationen zu beachten.

In einem zweiten Anlauf beim Neurologen und einigen anderen Ärzten erzählte ich meine Geschichte dann immer wieder. Dabei wies ich auch auf eine im sechzehnten Lebensjahr erlittene Gelbsucht hin. (Unterlagen über Diagnose, Behandlung, Verlauf u.s.w. waren nicht mehr zugänglich.) Leider hoffte ich vergeblich, dass daraus irgendwelche zielführende Schlüsse gezogen würden.

Als Verkäufer gewohnt aus der Mimik meiner Gesprächspartner zu lesen, sah ich statt dessen nur Signale von Unverständnis und musste erkennen, irgendwie als „armer Irrer“ eingestuft zu werden. Es war auch nicht möglich zu erfahren, um welche Art Medikament es sich bei den besagten zwei Tabletten bei der Schilddrüsenuntersuchung gehandelt hat.

Anlässlich einer nuklearmedizinischen Nachuntersuchung einige Jahre später kam ich dann mit einer Krankenschwester ins Gespräch. Dabei erzählte ich ihr, dass die Ärzte bisher keine Bereitschaft gezeigt haben, mich über ein verabreichtes Medikament aufzuklären. Daraufhin sah sie in meiner Krankengeschichte nach. Seither weiß ich, dass es sich bei diesen Tabletten um hochdosiertes Schilddrüsenhormon gehandelt hat.

Mit Hilfe dieses Wissens war es möglich, nach sorgfältigem Abwägen aller Für und Wider das folgende Bild zusammenzusetzen:

Die Schilddrüse wird mitunter als das Gaspedal des Stoffwechsels bezeichnet. Überfunktion bedeutet demnach eine raschere Gangart und Unterfunktion das Gegenteil. In der Annahme, dass Schadstoffeinflüsse im Organismus in weit gestecktem Rahmen krankhafte Reaktionen verursachen können, bedeutet ein beschleunigter Stoffwechsel einen schnelleren Abbau von Schadstoffen und damit weniger Beschwerden. Daraus ergibt sich eine plausible Erklärung, warum bei Unterfunktion vermehrt Kopfschmerzen zum Ausbruch kommen können. Dies lässt die Folgerung zu, wenn eine Unterfunktion zu vermehrten Kopfschmerzen führt, werden diese Schmerzen durch zu lange Verweildauer von Schadstoffen im Organismus ausgelöst.

Nachdem im Zusammenhang mit Langzeitbelastung durch Formaldehyd, aber auch bei MCS (nicht allergische Chemikalienunverträglichkeit) als häufig beobachtete Begleiterscheinung eine Überfunktion der Schilddrüse genannt wird, scheint es naheliegend, dass der Organismus auf unverträglich gewordene chemische Einflüsse bzw. Belastungen mit beschleunigtem Stoffwechsel reagiert. Erreicht wird dies durch eine Überfunktion der Schilddrüse, wodurch Beschwerden durch solche Einflüsse und möglicherweise auch deren Spätfolgen zumindest eine gewisse Zeit lang verringert werden.

Interessant ist die daraus abzuleitende Vermutung, dass ein Organismus zu allen möglichen Mitteln greift, um chemisch/toxische Belastungen auch dann zu verkraften, wenn die dafür vorgesehenen Mechanismen nicht bzw. nicht mehr ausreichend in der Lage sind, derartige Einflüsse auf üblichem Wege symptomlos auszuscheiden.

Umgesetzt auf die bei mir beobachtete Beschwerdeentwicklung lassen sich nun vier unterschiedliche Voraussetzungen erkennen, die zur Veränderung und/oder Beeinflussung der jeweiligen Schmerzbelastung beigetragen haben:

1. Die über Jahre bestehende Formaldehydbelastung begünstigte die Entwicklung einer Schilddrüsen-Überfunktion. Ohne diese Begleiterscheinung hätte die fortschreitende Intensivierung der Kopfschmerzen schon früher dramatische Ausmaße erreicht.
2. Die einmalige und hochdosierte Gabe von Schilddrüsenhormon bewirkte eine Intensivierung der Überfunktion, wodurch der Schadstoffabbau über mehrere Wochen derart beschleunigt wurde, dass keine Kopfschmerzen mehr zum Ausbruch gekommen waren. Beweis: Verstärkt zu beobachtende Symptome der Überfunktion während dieser Zeit.
3. Durch die operative Verkleinerung der Schilddrüse normalisierte sich deren Funktion. Die Substitution von Schilddrüsenhormon vermochte deren Leistung jedoch in der Form zu regulieren, dass sich Beschwerden durch Formaldehydbelastung in Grenzen hielten. Statt dessen lösten die eingenommenen Medikamente Kopfschmerzen aus, die auf einer Reaktionsebene angesiedelt werden müssen, die mit Formaldehyd eher nichts zu tun hat.
4. Durch das Absetzen dieser Medikamente entfiel die regulierende Wirkung des eingenommenen Schilddrüsenhormons. Die Beschwerden durch Formaldehydbelastung nahmen deutlich zu. Ohne die davor liegenden Jahre mit der erhöhten Schilddrüsenfunktion wäre dieser Zustand schon wesentlich früher erreicht worden.

Das Ergebnis meiner Überlegungen führt vermutlich zur Frage, inwieweit damit den tatsächlichen Zusammenhängen entsprochen werden kann. Ist doch allgemein damit zu rechnen, dass die Ärzte vergleichbare Schlüsse gezogen hätten, wäre der Beschwerdeverlauf tatsächlich unter diesen Gesichtspunkten zu sehen.

Nun, auf den Punkt gebracht sieht es eher so aus, als ob die Ärzte allein schon beim Gedanken an Kopfschmerz in höherem Gehorsam weitgehend nur psychische Faktoren ins Auge fassen. Jedenfalls ist nicht zu bestreiten, dass „handfeste“ Faktoren bei der Beurteilung und Behandlung chronischer Kopfschmerzen keine Berücksichtigung finden. Davon ausgenommen ist die ohne nähere Untersuchung geradezu vorgefasste Diagnose "Schmerzmittelkopfschmerz". Genau aus diesem Grund konnten die Veränderungen des Beschwerdeverlaufs im Zeitraum der Schilddrüsenoperation auch keine für mich hilfreiche Beachtung finden.

3c - Symptome und Schmerzmittel

Die Schmerzentwicklung erfolgte über Jahre verteilt in mehreren Phasen. Während dieser Entwicklung waren insgesamt fünf grundlegend unterschiedliche Schmerzsymptome zu beobachten. Mit fortschreitender Dramatik der Anfälle konnte sich deren Erscheinungsbild auch innerhalb weniger Tage, wie zum Beispiel während des Urlaubs, sehr rasch ändern. Maßgebend für das jeweils manifest werdende Beschwerdebild ist demnach die momentane Konstitution ebenso wie die Art und Summe der auftretenden Gesamtbelastung.

Im fortgeschrittenen Stadium kam es häufig vor, dass während eines einzigen Anfalls zwei Symptome zu beobachten waren. Auch Mischformen kamen vor, wobei es allerdings schwer fällt, die einzelnen Symptomvarianten exakt zu beschreiben.

Deshalb ist es mir auch nicht möglich, die Symptome entsprechend vorliegender Beschreibungen in einschlägiger Literatur den „gängigen Schmerztypen“ zuzuordnen.

Was in all den Jahren nach meiner Kindheit nie in Erscheinung trat, ist jener als klassische Migräne beschriebene Schmerztyp, der von Aura, Flimmerskotom und Übelkeit begleitet wird. Auch das schmerzbedingte Bedürfnis nach Ruhe, Dunkelheit und Abgeschlossenheit war nie zu beobachten. Ich empfand es zwar von Vorteil, bei heftigen Anfällen allein in einem Raum zu sein, um unbeobachtet Maßnahmen zur Erleichterung ergreifen zu können. Dazu zählt unter anderem, mit dem warmen Luftstrom des Haarföhns die Schmerzen zu dämpfen. Weniger wirksam aber trotzdem hilfreich war das hin und her gehen im Raum mit an die schmerzende Stelle am Kopf gehaltener Hand.

Die Menge der eingenommenen Schmerzmittel ließ mehrfach die Grenzen der Vernunft weit hinter sich. Trotzdem konnte damit etwa ab dem Jahr 1987 immer seltener eine zufriedenstellende Verringerung des Schmerzpegels erreicht werden.

Der „harmlose Schmerztyp“

In den Anfangsjahren trat ausschließlich dieser Schmerztyp in Erscheinung und ist auch seit meinem Berufswechsel im Jahre 1995 wieder vorherrschend. Ursprünglich war keine tageszeitliche Bindung zu erkennen. Inzwischen treten diese Anfälle vorwiegend während der Nacht auf. Der Schmerz wird irgendwie kugelförmig im vorderen Schädelbereich wahrgenommen und ist – im Unterschied zu den anderen Symptomen - eher bewegungsabhängig und demnach in Ruhe besser zu ertragen. Dabei gehen Zentrum, Rand und schmerzfreier Bereich völlig diffus ineinander über. Zur Beeinflussung dieses Schmerztyps eignen sich ausschließlich Mischpräparate mit Koffein. Auch Ergotaminpräparate haben eine gute Wirksamkeit, sofern der Schmerzpegel einen gewissen Rahmen nicht übersteigt. Als wesentlich zu vermerken wäre die rasch einsetzende Wirksamkeit der verwendeten Schmerzmittel. Zudem kann ich mich nicht daran erinnern, dass ein medikamentös abgeblockter Anfall dieser Art jemals wieder neu aufgeflammt wäre.

In früheren Jahren nahm ich Schmerzmittel ausschließlich im Bedarfsfall ein. Dies änderte sich nach meinem beruflichen Neubeginn im Jahre 1995. Damals löste der vergleichsweise „harmlose Schmerztyp“ die dramatischen Beschwerden der davor liegenden Jahre zusehends ab. Obwohl die Anfälle praktisch Nacht für Nacht zum Ausbruch kamen, ergab sich daraus eine wesentliche Entschärfung der Situation. Der Nachteil war, dass die Schmerzen die Nachtruhe störten und außerdem mit einem beträchtlich erhöhtem Blutdruck einhergingen. Der höchst gemessene Wert lag bei 190/125. Bei gelegentlich schon abends anklingenden Anfällen erwies es sich als sinnvoller, mit einer vor dem Schlafengehen eingenommenen Tablette schmerzfrei durchzuschlafen, anstatt in der Nacht, nach Beginn des eigentlichen Anfalls, zumindest zwei Tabletten einnehmen zu müssen. Zweifellos ließ sich damit der Gesamtverbrauch an Schmerzmitteln geringer halten. Auch durch den Schmerz und/oder die Wirkung des Koffein bedingte Schlafstörungen wurden damit vermieden. Mehrere in Abständen durchgeführte Kontrollmessungen zeigten zudem, dass auch der nächtliche Blutdruckanstieg weniger dramatisch verlief. Trotzdem legte ich zumindest einmal in der Woche einen Abend ohne Schmerzmittel ein, um eventuelle Besserungen nicht zu übersehen. Ab Herbst 1998 war es dann soweit, dass auch im Falle auftretender Schmerzen fast ausnahmslos mit einer einzigen Tablette das Auslangen gefunden werden konnte. Seither ist die

prophylaktische Schmerzmitteleinnahme überflüssig, was auch für den Schmerzmittelbedarf ein "normales Maß" bedeutet.

Der „zähe Schmerztyp“

Nach dem Wechsel des Arbeitsplatzes hinein ins "Rauchermilieu" (1976) machte sich mit wenigen Wochen Zeitverschiebung der „zähe Schmerztyp“ erstmals bemerkbar und wurde zusehends zu einer ernsthaften Plage. Dieser Schmerz war eher im Stirnbereich oder hinter den Augen zu verspüren und - außer bei größerem Krafteinsatz – auch weitgehend bewegungsunabhängig. Nach der Schilddrüsenoperation kam dieses spezifische Schmerzsymptom nie mehr zum Ausbruch.

Die damals geläufigen Schmerzmittel vermochten nicht viel dagegen auszurichten. Entzündungshemmende Medikamente, wie z.B. Voltaren schienen den Schmerzpegel jedoch spürbar zu senken. Angesichts dieser Erfahrung und weiterer Überlegungen wäre es immerhin möglich, dass mit ASS (Acetylsalicylsäure) oder Ibuprofen dagegen anzukommen gewesen wäre. Angesichts der beim „harmlosen Schmerztyp“ völlig unbefriedigenden Wirkung dieser Wirkstoffe kam ich damals jedoch nicht auf die Idee, es damit zu versuchen.

Der „einseitige Schmerztyp“

Innerhalb weniger Jahre wurde der „zähe Schmerztyp“ vom „einseitigen Schmerztyp“ abgelöst, wobei dieser Übergang mit der Schilddrüsenoperation schlagartig abgeschlossen war. Es fühlte sich dabei an, als ob tausend dünne Bohrer gleichzeitig an einer der Schläfen (vorzugsweise links) angesetzt würden. Begann der Schmerz zusätzlich noch zu pulsieren, brach sozusagen die Hölle auf Erden los. Anfallsbeginn war hauptsächlich nachts bis in die frühen Morgenstunden. Während des Tages oder abends einsetzende Schmerzanfälle kamen nur außerordentlich selten vor.

Dieser äußerst dramatische Schmerztyp wies Merkmale von einfacher Migräne (Alkoholempfindlichkeit, Dauer des Anfalls zumindest mehrere Stunden, genau lokalisierbarer Schmerz im Schläfenbereich, immer einseitig auftretend, deutlicher tastbarer Puls an der schmerzenden Stelle) ebenso auf wie vom Bing-Horton-Syndrom (Schmerz weitgehend bewegungsunabhängig und bei leichter Bewegung sogar besser zu ertragen).

Wie sich zeigte, war diesem Schmerztyp am besten mit hochdosierter Einnahme von ASS beizukommen. Versuche, derartige Anfälle schon im Frühstadium durch ein oder zwei Tabletten abzublocken, erwiesen sich als ebenso sinnlos, wie die mehrmalige Einnahme üblicher Dosierungen.

Aus diesem Grund wartete ich fast immer eine gewisse Zeit ab, um auf die endgültige Stärke des Anfalls schließen zu können. Danach entschied ich die einzunehmende Menge, die zwischen vier und sechs, in Ausnahmefällen auch bei sieben Tabletten lag (je 320 mg). Aufgrund dessen, dass bei vielen Anfällen erst der „harmlose Schmerztyp“ auftrat, um dann in den „einseitigen“ überzugehen, war es sinnvoll, alternativ auch Kombinationspräparate mit ASS einzusetzen. Als damit nur noch sporadisch eine weitgehende Schmerzbefreiung erreicht werden konnte, nahm ich versuchsweise einige Zeit nach den Tabletten noch 20-30 Tropfen Tramal, was sich jedoch als nahezu wirkungslos erwies. Für jede weitere Schmerzmitteleinnahme wartete ich ausnahmslos – auch wenn der Bedarf noch so dringend notwendig gewesen wäre – mindestens zwanzig Stunden lang zu.

Der durch Medikamente ausgelöste Schmerz

Dieser Schmerztyp wirkt irgendwie flächenförmig und sehr „feinfaserig verteilt“. Die schmerzende Fläche und deren Rand gingen völlig diffus in den schmerzfreien Bereich über. Damit ließ sich der schmerzende Bereich nicht konkret lokalisieren, lag aber im vorderen Schädelbereich. Dessen Intensität erreichte sehr hohe Dimensionen, wobei Anfälle dieser Art auch intermittierend ausklingen konnten. Rein gefühlsmäßig sah das so aus, als ob ein „Schmerzpaket“ seine Runde macht und jeweils an derselben Stelle „eine neue Portion“ frei werden lässt. Im Hinblick auf gängige Beschreibungen würde ich diesen Schmerztyp am ehesten dem Spannungskopfschmerz zuordnen.

Vor allem unangenehm war der Umstand, dass nach Ablauf der üblichen Wirkungsdauer des Schmerzmittels der Anfall seine ursprüngliche Heftigkeit wieder annehmen konnte. In einem Falle wiederholte sich dies volle drei Tage lang. Der Zeitraum zwischen Einnahme des Auslösers und dem darauf zurückführbaren Anfall betrug zumindest zwei Stunden, konnte aber auch wesentlich länger sein. Mit „Monopräparaten“ war bei diesem Schmerztyp keine Linderung zu erreichen.

Der „Schmerz im Nacken“

Dieser Schmerztyp war hauptsächlich im Urlaub zu beobachten. Dabei bestand das Gefühl, ein Bündel langer Nadeln würde links des Nackens in Richtung Schädeldecke getrieben. Kamen die Nadeln dort an, galt es zwei Schmerzquellen zu ertragen. Beim Einsatz von Ergotaminpräparaten kam auch mal vor, dass der ursprüngliche Schmerz wohl restlos verschwand, letztendlich aber der „Schmerz im Nacken“ übrig blieb. Der Beginn eines solchen Anfalls war nur wenig von der Tageszeit abhängig, dürfte jedoch am Nachmittag oder Abend etwas häufiger aufgetreten sein.

Ein bei diesem Schmerztyp hervorragend wirksames Mischpräparat (Eu-Med – in der damals in Österreich erhältlichen Zusammensetzung Phenazon, Propyphenazon, Salacetamid und Koffein) wurde im Jahre 1995 vom Markt genommen und durch eine andere, aus mehreren Gründen unbrauchbare Wirkstoffkombination ersetzt.

Kombinationspräparate?

Angesichts der geschilderten Erfahrungen kann ich mich der Überzeugung nicht erwehren, dass Kombinationspräparate völlig zu Unrecht unter Beschuss stehen. Bestimmte Schmerzformen sind mit Monopräparaten nicht in den Griff zu bekommen. Es gibt aber auch Schmerzmittel, deren Einnahme zusätzliche Kopfschmerzen zur Folge haben kann. Zumindest ein kleiner Trost, dass es derzeit am Markt noch ein etliche Alternativen gibt. Vor allem ist zu begrüßen, dass die Interventionen der „Kopfschmerzspezialisten“ zwecks Eindämmung des freien Verkaufes von Mischpräparaten ins Leere ging.

Vor allem das Koffein wird bei der Verunglimpfung von Mischpräparaten besonders verteufelt, weil Schmerzmittel zwecks „belebender Wirkung“ eingenommen würden, ohne dass die Situation dies erforderlich macht. Nun, zumindest auf mich bezogen kann ich den Verfechtern dieser Meinung den Wind aus den Segeln nehmen. Treten bei mir doch fast durchwegs in der Nacht Schmerzen auf, weshalb ich auf die schlafraubende Wirkung des Koffeins sehr gerne verzichten könnte! Und schlussendlich, wie sollte das Schlucken von Tabletten den Genuss einer Tasse Kaffee ersetzen können?