

Hintergrundinformation

Psychotherapie und psychologische Interventionen bei chronischen Schmerzerkrankungen

11. März 2010 – Schmerzen sind weit verbreitet: Fast jeder leidet unter Schmerzen, wenn auch nur gelegentlich. Chronische oder länger andauernde Schmerzen können die Lebensqualität und das Wohlbefinden erheblich beeinträchtigen und sich zu eigenständigen Schmerzsyndromen oder Krankheitsbildern entwickeln. Bis zu 15 Millionen Menschen leiden nach Angaben der Deutschen Schmerzliga e.V. an chronischen Schmerzen, davon liegt bei vier bis fünf Millionen Menschen ein schwer therapierbares Schmerzsyndrom vor. Chronische Schmerzen ziehen körperliche, psychische und soziale Veränderungen nach sich. Teilweise konzentriert sich die Diagnostik und Behandlung aber noch immer auf den rein somatischen Bereich, während die psychotherapeutische Behandlung vernachlässigt wird.

Chronische Schmerzen ziehen schwerwiegende Folgen nach sich und haben höchste volkswirtschaftliche Relevanz

Menschen mit chronischen Schmerzen sind starken psychischen Belastungen ausgesetzt, ihr Alltag ist meist eine einzige Qual. Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Erschöpfung und stark beeinträchtigte Leistungsfähigkeit in der Arbeitswelt sind die Hauptfaktoren, die auch zu Angststörungen und Depressionen führen können. Ein normaler, geregelter Tagesablauf ist nicht mehr möglich, viele Betroffene vermeiden soziale Kontakte und vereinsamen. Im Mittelpunkt des Lebens steht nur noch der Schmerz.

Nach Angaben des Robert Koch Institutes entstanden der deutschen Volkswirtschaft im Jahr 2006 durch Krankheiten direkte Kosten in Höhe von insgesamt rund 236 Milliarden Euro. Über die Hälfte aller Krankheitskosten verursachen dabei vier Krankheitsklassen: Erkrankungen des Kreislaufsystems, Erkrankungen des Verdauungssystems (einschließlich Zahnbehandlungen und Zahnersatz), psychische Störungen und Verhaltensstörungen sowie Krankheiten des Bewegungsapparates.

Schmerzerkrankungen sind zu einem großen Teil den Erkrankungen des Bewegungsapparates zuzuordnen, im Vordergrund stehen dabei Rücken-

leiden. 3,5 % aller direkten Krankheitskosten, das entspricht ca. 8,3 Milliarden Euro, fallen auf Rückenleiden zurück. Im Jahr 2006 waren 5,2 % der gesamten verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre auf Rückenleiden zurückzuführen, das entspricht der kalkulatorischen Kennzahl von 208.000 Erwerbstätigkeitsjahren (Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitiger Tod).

Schätzungen zufolge verursachen schmerzbedingte Arbeitsausfälle in ihrer Gesamtheit – also Behandlungen, Reha-Maßnahmen und Frühverrentungen – in Deutschland Kosten von etwa 40 Milliarden Mark pro Jahr.

Vorschläge und Forderungen der PTK Bayern

Angesichts der volkswirtschaftlichen und gesellschaftlichen Relevanz der chronischen Schmerzerkrankungen und deren mitverantwortlichen psychosozialen Risikofaktoren ist es für alle im Gesundheitswesen Tätigen eine wesentliche Aufgabe, die Chronifizierung des Schmerzes zu verhindern.

Zentrale Forderungen:

- Stärkere Berücksichtigung der Psychotherapie in der ambulanten und stationären Behandlung der Schmerzpatienten
- Frühzeitige Abklärung psychosozialer Risikofaktoren unter früher Einbeziehung psychotherapeutischer Fachkompetenz
- Förderung interdisziplinärer Behandlungskonzepte, im Rahmen derer Psychotherapeuten, Psychologen, Orthopäden, Neurologen, Anästhesiologen und Chirurgen eng zusammenarbeiten
- Stärkere Berücksichtigung präventiver Maßnahmen, die Chronifizierung von Schmerzen zu verhindern
- Erhöhung der Zahl der in Deutschland interdisziplinär arbeitenden schmerztherapeutischen Einrichtungen (in Bayern im bundesweiten Vergleich noch am besten)

Diagnose

Eine ausführliche Schmerzanamnese ist im Rahmen der Diagnostik unabdingbar. Wichtig sind dabei auch Vorbefunde, Arztbriefe, Röntgenbilder usw. Wesentlich ist aber auch die Abklärung psychosozialer Risikofaktoren im Zuge einer psychotherapeutischen oder psychologischen Diagnostik. Eine Kombination mehrerer Untersuchungen bietet eine größtmögliche Sicherheit, den Ursachen der chronischen Schmerzerkrankung auf den Grund zu gehen und eine adäquate und auf den Patienten individuell abgestimmte Therapie einzuleiten:

- Eingehende körperliche Untersuchung
- Psychologisch-psychotherapeutische Untersuchung
- Neurologische Untersuchung
- Orthopädische Untersuchung

- Bildgebende Untersuchungsverfahren (Röntgen, Computer-, Kernspintomographie)
- Neurophysiologische Untersuchung (Elektro-Neurographie, Elektro-Myographie)

Ursachen

Der Körper verarbeitet Schmerzinformationen in mehreren miteinander vernetzten peripheren und zentralen neuronalen Systemen. Diese Schmerzinformationen sind als physiologisch-biochemische, verhaltensbedingte und subjektiv-kognitive Vorgänge einerseits objektiv und andererseits nur über das subjektive Erleben erfassbar. Daher ist eine Trennung in objektiven (also körperlichen) Schmerz und subjektiven (also psychischen) Schmerz nicht möglich. Die reine Fokussierung auf organische oder psychische Ursachen beschreibt ein linear-kausales Modell, das die Verarbeitungsmechanismen der Schmerzinformation mit ihren komplexen Wechselwirkungen übersieht. Schmerzen steuern nicht nur Vermeidung, sondern regulieren auch die Inanspruchnahme von Hilfe. Daher wird eine rein neurophysiologische Betrachtung, die sich allein auf die Verarbeitung schmerzempfindlicher Stimulation bezieht, dem Phänomen Schmerz nicht gerecht.

Chronische Schmerzen modifizieren das zentrale Nervensystem. Durch das lang andauernde Senden von Impulsen an das Gehirn wird der Stoffwechsel einer Nervenzelle verändert (sie ist anders „getunt“). Auch wenn kein Schmerzreiz mehr vorhanden ist, schaltet die Zelle nicht mehr ab und sendet die Impulse trotzdem. Auch ansonsten neutrale Reize, selbst angenehme Reize wie Berührung oder Wärme, werden dann als Schmerz empfunden. Schmerzerfahrungen werden auch im Gehirn abgespeichert. Werden solche Erinnerungen aktiviert, so werden diese als Schmerzen empfunden ohne dass eine andere Ursache vorliegt. Um einer Chronifizierung vorzubeugen, sollte sich ein Schmerzgedächtnis erst gar nicht einstellen können.

Die Ursachen für chronische Schmerzen sind vielfältig. Häufig bedingen und verstärken sie sich gegenseitig. Chronische Schmerzen entstehen aufgrund körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren, die bei Diagnose und Behandlung grundsätzlich immer berücksichtigt werden sollten. Eine rein körperliche Behandlung ist unzureichend.

Die Ursachen sind multifaktoriell:

- Verletzungen, Unfälle
- Depression
- Schmerzauslösende Reize
- Denkstil
- Umstrukturierung des ZNS

- Erkrankungen, Funktionsverluste
- Persönlichkeitsmerkmale
- Genetik
- Psychische Traumata
- Umwelt
- Iatrogene (vom Arzt erzeugte) Faktoren
- Muskuläre Dysbalance
- Bewegungsmangel
- Copingstrategien (Bewältigung; Art des Umgangs mit einem Lebensereignis oder einer Lebensphase)
- Familiäre Situation
- Angst
- Arbeitsplatzsituation
- Stress
- Soziale Aktivitäten
- Aufmerksamkeit

Akuter versus chronischer Schmerz

Der akute Schmerz ist das Signal für eine akute Erkrankung oder eine Gewebeschädigung. Er ist meistens auf den erkrankten oder verletzten Körperteil beschränkt. Seine Ausprägung hängt dabei immer vom Ausmaß der Schädigung ab. Nach dem akuten Ereignis klingt er wieder ab. Akuter Schmerz ist biologisch sinnvoll, er hat eine lebenserhaltende Funktion.

Der chronische Schmerz besteht mindestens sechs Monate und ist eine eigenständige Erkrankung. Er besteht weiter, obwohl die ursächliche Verletzung oder Erkrankung bereits erfolgreich behandelt wurde. Seine Ursachen sind häufig nicht mehr klar erkennbar, seine ursprüngliche Funktion – Warnung und Schutz – hat er verloren. Im Rahmen des Chronifizierungsprozesses entwickelt sich oft ein so genanntes Schmerzgedächtnis. Dabei wird ein Lernprozess in Gang gesetzt und das Nervensystem auf biologischer Ebene für Schmerzreize sensibilisiert. Geringste Reize können schließlich Schmerzen auslösen und sogar dann empfunden werden, wenn deren Ursache keine Rolle mehr spielen. Viele chronische Schmerzpatienten konsultieren in diesem Stadium immer wieder neue Ärzte, ohne dass eine direkte Ursache der chronischen Schmerzen diagnostiziert werden kann.

Die häufigsten chronischen Schmerzformen

Zu den häufigsten Krankheitsbildern, die chronische Schmerzen hervorrufen können, zählen:

- Rückenschmerzen (z. B. nach Bandscheibenvorfällen)
- Kopfschmerzen (z. B. Migräne, Clusterkopfschmerzen, Spannungskopfschmerzen)

- Rheumatische Schmerzen (z. B. Arthritis)
- Neuralgien (z. B. Trigeminusneuralgie)
- Tumorschmerzen
- Degenerative Schmerzen (z. B. Arthrose, Osteoporose)
- Phantom- oder Stumpfschmerzen (z. B. nach Amputationen)

Warnzeichen für eine Chronifizierung

Es gibt eine Reihe von Warnzeichen, die darauf hinweisen, dass Schmerzen chronifizieren: Schmerzen, die zunächst eher selten auftraten, kehren mit der Zeit immer häufiger wieder und dauern auch länger. Darüber hinaus breiten sich Schmerzen – ausgehend von einer zunächst nur bestimmten Stelle – auf andere Körperregionen aus. Ein weiteres Warnzeichen ist die Stärke des Schmerzes. Während „normale“ Schmerzen in ihrer Stärke variieren, beschreiben Patienten mit chronischen Schmerzen, den Schmerz immer als unveränderlich, gleich und nicht beeinflussbar. Das Führen eines Schmerztagebuchs, in dem der Patient den Verlauf seiner Schmerzerkrankung dokumentiert, ist daher für die Identifikation einer Chronifizierung sehr hilfreich.

Risikofaktoren

Die Hauptrisikofaktoren für Schmerzpatienten sind Unzufriedenheit am Arbeitsplatz und Partnerschaftsprobleme. Der Persönlichkeitsstil der Betroffenen gibt darüber hinaus Aufschluss über das Risiko, an chronischen Schmerzen zu erkranken. Menschen, die immer alles perfekt erledigen müssen, Selbstwertprobleme haben oder stark leistungsorientiert sind, laufen eher Gefahr, eine chronische Schmerzerkrankung zu entwickeln. Darüber hinaus gehören zu den weiteren Risikofaktoren auch die Übernahme von Verantwortung, Schuldgefühle, Hyperaktivität sowie der übermäßig ausgeprägte Wille, unbedingt helfen zu müssen.

In der Schmerzforschung stellen die von Kendall et al. (1997) entwickelten psychosozialen Risikofaktoren dar, die als sog. „**yellow flags**“ zunächst in die Leitlinien der Rückenschmerzbehandlung in Neuseeland Eingang fanden. Aber auch für andere Schmerzsyndrome sind diese Kriterien gültig. Es sind Merkmale, die sich als negative Faktoren für einen langwierigen Krankheitsverlauf erwiesen haben: Im kognitiven Bereich sind es z. B. die Überzeugungen, dass Belastung schade, der Schmerz unkontrollierbar sei sowie die Neigung zum Katastrophisieren. Auf der emotionalen Ebene spielen Angst, Depression, Hilflosigkeit, Ohnmacht oder Resignation eine wesentliche Rolle. Im Bereich des Verhaltens sind ein ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten, Rückzug von normalen Alltagsaktivitäten, Schlafstörungen und Medikamentenmissbrauch sehr oft anzutreffen. Auf die familiäre Situation fokussiert, ist oft ein überfürsorglicher Partner anzutreffen, es herrschen häufig gravierende partnerschaftliche oder familiäre Konflikte vor oder in der Familie exis-

tiert eine Abhängigkeitsvorgeschichte hinsichtlich Medikamente oder Alkohol. Auf den Arbeitsplatz bezogen, haben die Patienten größtenteils die Überzeugung, dass die Tätigkeit dem Körper schade. Die meisten sind darüber hinaus mit ihrem Arbeitsplatz unzufrieden, Vorgesetzte und Kollegen haben meist kein Interesse an der Erkrankung der Betroffenen und zeigen keine Anteilnahme. In der Phase der Diagnostik und Behandlung kann es schließlich darüber hinaus zu verschiedenen Komplikationen kommen, die die Einstellungen und das Verhalten der Patienten beeinflussen. Dazu gehören u. a. die Unterstützung eines Schonverhaltens durch den Behandler, mehrere, sich teilweise widersprechende Diagnosen oder die einseitige Verschreibung passiver Behandlungen. Oft anzutreffen ist in diesem Bereich aber auch die Überzeugung, dass nur eine körperliche Behandlung Besserung bringe.

Der Schmerz im Sprachgebrauch

Der Zusammenhang zwischen schmerzgefährdeten Bereichen des Körpers und der Seele ist im volkstümlichen Sprachgebrauch nahezu täglich präsent: Ein aufrechter Gang ist ein Zeichen guten Charakters. Konflikte und ungelöste Probleme machen einem Menschen Kopfzerbrechen. Manch einer weiß nicht mehr, wo ihm der Kopf steht. Andere nehmen Lasten auf ihren Buckel, lassen sich nicht verbiegen oder legen sich krumm für jemanden. Starke Persönlichkeiten, die nichts erschüttern kann, haben ein breites Kreuz. Wer resigniert hat, dem wurde das Rückgrat rausgenommen oder gar gebrochen. Wer allzu großen Respekt vor der Obrigkeit zeigt, der buckelt sich nach oben. Und schließlich bedeutet der Satz „Dem tut nichts mehr weh“, dass er tot ist.

Multimodale Behandlung mit somatischen Methoden

Das Spektrum der rein somatischen Behandlungsmethoden ist groß. Die Auflistung soll nur beispielhaft die wichtigsten zeigen:

- Nervenblockaden
- Muskelaufbau
- TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation)
- Invasive Techniken
- Chiropraktik
- Muskelaufbau
- Operation
- Hilfsmittel
- Physiotherapie
- Wärmeanwendungen
- Kälteanwendungen
- Manuelle Therapie
- Akupunktur
- Osteopathie

- Massagen
- Medikamente
- Sport/Bewegung
- Injektionen
- Invasive Techniken
- Magnetfeldtherapie
- Implantation von Schmerzpumpen
- Rückenschule

Die Kombination mit psychologischen Behandlungsmethoden ist dringend erforderlich

Die psychologisch-schmerztherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten sind multimodal. Die rot markierten Methoden betreffen die spezielle Psychotherapie, wenn zur Grunderkrankung der chronischen Schmerzen weitere psychische Störungsbilder diagnostiziert werden oder hinzukommen (Komorbiditäten). Beim Auftreten dieser Komorbiditäten ist das Suizidrisiko erhöht – eine psychotherapeutische Intervention ist daher dringend erforderlich.

- Positives Denken
- Genussfähigkeit
- Soziale Aktivitäten
- Sport/Bewegung
- Entspannungstechniken
- Stressbewältigung
- Angenehme Aktivitäten, Ablenkung
- Zeitmanagement
- Hypnose
- Biofeedback
- **Angsttherapie**
- **Depressionstherapie**
- **Traumatherapie**
- **Therapie bei Persönlichkeitsstörungen**

Die Ansätze in der psychologischen Schmerztherapie sind vielfältig

Zur modernen Schmerzpsychotherapie gehören sowohl die biografische Analyse des Schmerzpatienten, um die Schmerzen in ihrer individuellen Psychodynamik verstehen zu können, als auch die funktionale Verhaltensdiagnostik, mit der schmerzauslösende und schmerzaufrechterhaltende Bedingungen abgeklärt werden.

In der Schmerzedukation werden den Patienten Grundkenntnisse über die Schmerzentstehung und –chronifizierung vermittelt. Diese Kenntnisse führen zu einem besseren Verständnis der Erkrankung und bauen un-

begründete Ängste ab. Weitere zentrale Bestandteile im Rahmen der Psychotherapie sind das Erlernen von Selbstwahrnehmung und Selbstbeobachtung sowie von Problemlösekompetenzen, die Nutzung eigener Ressourcen, das Finden der Balance von Ruhe und Aktivität, die Reduktion von angstmotiviertem Vermeidungsverhalten und der Aufbau von Aktivitäten. Darüber hinaus hilft die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut dem Patienten, depressive, negative und katastrophisierende Gedanken und Gefühle, die sich auf die Schmerzerkrankung beziehen, abzubauen. Genuss- und lustbetonte Aktivitäten werden gefördert und von den Patienten oft nach langer Zeit wieder entdeckt. Im weiteren Therapieverlauf werden auch die sozialen Kompetenzen der Patienten gefördert. Mit Hilfe der wieder gestärkten Selbstsicherheit entwickeln die Betroffenen unter Einbezug der Angehörigen wieder realistische Zukunftsperspektiven in Beruf und Familie.

Die Hauptziele der psychologischen Schmerztherapie sind ein verbessertes Störungswissen, eine verbesserte Schmerzakzeptanz, die Minderung von Bewegungsängsten und angemessene Aktivierung, das Erkennen von Funktionalitäten sowie eine verbesserte Selbstbeobachtung.

„Ich hab's doch nicht im Kopf“ – die Motivierung von chronischen Schmerzpatienten im psychotherapeutischen Prozess

Viele chronische Schmerzpatienten begründen ihre Erkrankung mit rein körperlichen Ursachen und wollen auch nur mit ausschließlich somatischen Verfahren behandelt werden. Andere Patienten sind unsicher oder lehnen eine psychotherapeutische Behandlung mit der Begründung ab, „doch nicht verrückt zu sein.“ Hier ist zunächst der behandelnde Arzt gefordert, der bei einem komplizierten Behandlungsverlauf an eine psychosoziale Mitverursachung denken muss und psychotherapeutische Fachkompetenz hinzuziehen sollte. In einfühlsamen Gesprächen fragt der Psychotherapeut dann behutsam seinen Patienten, ob er sich vorstellen könne, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt seiner Krankungsgeschichte sich aus einem körperlichen ein seelischer Schmerz entwickelt und diesen überlagert habe.

Informationen zur PTK Bayern

Die PTK Bayern ist die Berufsvertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Bayern. Nach dem Heilberufe-Kammergesetz (HKaG) gehört es zu den wesentlichen Aufgaben der im Jahr 2002 gegründeten Kammer, die beruflichen Belange ihrer Mitglieder wahrzunehmen, die Erfüllung der psychotherapeutischen Berufspflichten zu überwachen, die psychotherapeutische Fortbildung zu fördern und in der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken.

Pressestelle: Johannes Schuster M. A.
pressestelle@ptk-bayern.de, Tel. 089 / 51 55 55-241, Fax 089 / 51 55 55-25
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PTK Bayern)
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
St.-Paul-Straße 9 ▪ 80336 München ▪ www.ptk-bayern.de