

Psychotherapie bei chronischen Schmerzen

1.) Gegenstand

- Definition der IASP (International Association for the Study of Pain): „Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.,
➔ bio-psychoziale Perspektive
- akuter <-> chronischer Schmerz
 - akuter Schmerz: lebenswichtige Warn-/Schutzfunktion; verschwindet relativ schnell (theoretisch) mit Beseitigung seiner Ursache (Trauma, Verletzung, Entzündung etc.)
 - chronischer Schmerz: Chronifizierungskriterien nach Gerbershagen (Dauer, Häufigkeit, Ausbreitung im Körper / Multilokalität, Grad d. Beeinträchtigung, Krankheitsverhalten)

2.) Epidemiologie

- Problem u.a. unterschiedliche Definitionen chron. Schmerzen
- Prävalenz (Erhebung von Breivik et al., 2006)
 - Deutschland 17% (Mittelplatz)
 - Frauen : Männer = 3:2
- Bsp: Rückenschmerzen: bei Erwachsenen der häufigste chron. Schmerz (meist im lumbalen Bereich); davon spezifisch / mit klarer Ätiologie ca. 1%, unspezifisch ca. 90%
- Direkte und indirekte Kosten chron. Schmerzstörungen: Rückenschmerzen 6,3 - 48,9 Mrd.€, Kopfschmerzen ca. 14,3 Mrd. € (rel. unpräzise Schätzungen)

3.) Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen

Allgemein: (akuter) Schmerz hat gewöhnlich eine biologische Ursache, für die Aufrechterhaltung bzw. Chronifizierung jedoch spielen psychosoziale Faktoren eine bedeutende Rolle.

(Biologisch-medizinische Ursachen)

Chronifizierungs - Faktoren

a) Lernprozesse

- Sensibilisierung
 - Peripher: am Nozizeptor u.a. durch entzündungs-modulierende Substanzen
 - Zentral: z.B. über Modifikation spinaler Hinterhornneurone, Vergrößerung (oder Verschiebung) von Repräsentationsarealen im somatosensor. Kortex
 - Ergebnis: erhöhte Erregbarkeit / Empfindlichkeit für Schmerzreize sowie für schmerzassoziierte Reize -> häufigere, intensivere Schmerzreaktion bei gleichzeitiger Verschlechterung der Interozeption

- Klassische Konditionierung
Entwicklung einer „Schmerzstruktur“ (CS / schmerzassoziierte Reize z.B. best. Körperhaltungen, best. soziale Situationen, Gedanken)
- Operante Konditionierung
 - Bsp. schmerzkontingente Medikamenteneinnahme oder schmerzabhängiger Aktivitätsabbruch
 - Bsp. Fear-Avoidance-Modell des Rückenschmerzes (Hasenbring, Pflingsten, 2004)
-> allg. Aufbau von Krankheitsverhalten: posit. (Aufmerksamkeit, Entlastung) und negat. (Rückgang o. Ausbleiben von Angst, Schmerzen etc.) Verstärkung vs. mangelnde posit. Verstärkung o. gar Bestrafung von gesundem Verhalten
- Lernen am Modell
 - Für Schmerzlernen besonders wichtig (Vermeidung potent. Gewebsschädigungen)
 - Modellverhalten der Kernfamilie (Medikamentenkonsum, Inanspruchnahmeverhalten etc.)
- Psychische Modulatoren („Nährboden“)
 - chronischer Stress
 - Depression, Angst
 - Länger andauernde Traumatisierungen

b) Dysfunktionale kognitive Verarbeitung

- Dysfunktionale Metakognitionen („bei Schmerzen muss man sich schonen“)
 - Katastrophisierungen („mein Leben ist vorbei“)
- > Einstellungen zum Schmerz bestimmen das Schmerzerleben entscheidend mit

c) Eigenschaften des Gesundheitssystems: zahllose Überweisungen, oft erfolglose Diagnostik-Versuche, nicht indizierte invasive Behandlungen mit eventuellen Folgeschäden, inadäquate passive Behandlungsmaßnahmen und Medikalisierung

→ oft jahrelange Odysseen und „Behandlungskarrieren“ chronischer Schmerzpatienten

d) Persönlichkeitsvariablen (Beispiele)

- Defizite in der sozialen und emotionalen Kompetenz: häufig Probleme beim Bitten um Hilfe, Zurückweisen von Forderungen, Durchsetzung von Ansprüchen, Ausdruck von Emotionen etc.
 - Perfektionismus, überzogenes Anspruchsniveau
- Bsp. „exzessives“ Krankheitsverhalten: Wechsel zwischen Überforderung in schmerzarmen/-freien Phasen und extremem Schonverhalten und Therapien in Schmerzphasen
-
- > Funktionalität: Schmerz als (einzige) Rechtfertigung für Erholungsphasen

4.) Diagnostik

a) Anamnese und störungsspezifische Diagnostik

- Schmerzbeschreibung
 - Lokalisation: z.B. Schmerzmännchen
 - Intensität: z.B. VAS (Intensität) o.a. Ratingskala
 - Dauer und Verlauf / Häufigkeit: z.B. Tagebuch
 - Sensorische und affektive Qualität: SES
- Schmerzrelevante Kognitionen: FABQ (Fear Avoidance Beliefs Q.), KRSS-Skala des KSI
- Modulierende Bedingungen: Tagebuch, FESV (Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung), PDI (Pain Disability Index)
- Behandlungsgeschichte und Erwartungen an die Psychotherapie

- Krankheitsverhalten, Bewältigungsverhalten: z.B. Teil des FESV, CRSS-Skala des KSI, Beobachtungen, Befragung, Tagebuch, TBS (Tübinger Bogen zum Schmerzverhalten), Fremdanamnese
- Subjektiv erlebte Beeinträchtigung: z.B. PDI
- Tagesstruktur: Tagebuch o. Tagespläne
- Familienanamnese
- Sonstige Beschwerden (psychische Störungen u.a.): z.B. Mini-DIPS
- Persönlichkeitsvariablen
- Komplette und zusammenhängende Informationserhebung via strukturiertes Interview für chron. Schmerz (SICS)

b) Klassifikation

- Optionen im ICD-10
 - F 45.40 (anhaltende somatoforme Schmerzstörung; psychogener Fokus)
 - F 45.41 (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren)
 - F 62.8 (andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom)
 - Doppeldiagnosen
 - z.B. psychiatrische Diagnose (z.B. mittelgradige depressive Episode F 32.1) + somatische Diagnose (z.B. nicht näher bezeichnete Rückenschmerzen M 54.9)
 - F 54 (psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten) + somat. Diagnose (z.B. Asthma bronchiale J 45)
- > Kritik an der Schmerzklassifikation mittels ICD: kaum multidisziplinäre Ansätze, Schmerzkodierungen über das gesamte ICD weit gestreut, Klassifikation vorrangig nach ätiologischen Gesichtspunkten
- MASK (Multiaxiale Schmerzklassifikation, schmerzspezifisches Klassifikationssystem)
 - 2 Teile: MASK-S (Somatische Dimension) und MASK-P (Psychosoziale Dimension)
 - MASK-P-Achsen 1-10: Deskription (z.B. Achse 2 „Emotionale Schmerzverarbeitung“, Achse 5 „Aktuelle Stressoren“)
 - MASK-P-Achse 11: mögliche Diagnosen / Verknüpfungen der Kodierungen auf den Achsen 1-10
 - Manual: von Klinger et al. (2000)
 - Beurteilung: Vorteile umfassende bio-psychosoziale Klassifikation, genaue Operationalisierungen aller Unterpunkte; Nachteil mangelnde Ökonomie

5.) Therapie

a) Beispiele medizinisch-physiotherapeutischer Ansätze

- Pharmakotherapie (zentrale und periphere Analgetika)
- Blockade-Therapie, therapeutische Lokalanästhesie
- TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation)
- Physiotherapie und physikalische Therapie (Kälte-/Wärme-Anwendungen, manuelle / Chirotherapie, Krankengymnastik etc.)

b) Zielbereiche und Methoden der Schmerz-Psychotherapie

- Umgang mit Widerständen:
 - Anlässe chron. Schmerzpatienten zur Psychotherapie: oft Überweisungen durch Ärzte, Empfehlung durch Anwälte (Renten-, Schmerzensgeldverfahren), Auflage von (Arbeits-u.a.) Ämtern
 - => Sorge oder Ärger der Patienten wegen Stigmatisierung, Simulations-Verdacht
 - > Empfehlungen: Transparenz, Validierung des Patienten (ihn „bei seinem Störungsmodell abholen“, Simulations-Verdachts-Sorge ausräumen, Anamnesebeginn beim Schmerz, psychobiolog. Erklärungsansätze, „körpernahe“ Verfahren (z.B. Biofeedback), Fallbeispiele

- Modellbildung
 - Schmerz-Edukation:
 - o Aufklärung
 - o Veranschaulichung (mittels therapeutischer Experimente, z.B. Zitronen-Imagination, Biofeedback, Schmerztagebuch-Ergebnisse)
 - Verbesserung der Selbst-Beobachtung
 - o Königsweg „Schmerz-Tagebuch“; Nachteile u.a. Zeitaufwand, Compliance-Abhängigkeit
 - o Ziele: Wahrnehmung der Variabilität des Schmerzes und modulierender Bedingungen; Selbst-Überwachung des Krankheitsverhaltens
 - Analyse modulierender Bedingungen (z.B. über Gespräch, Tagebuch)
 - > Ziel: gemeinsame Entwicklung eines realitätsnahen bio-psychosozialen Störungsmodells, welches Optionen für Eigenverantwortlichkeit bietet

- Zielbildung: Die Klärung der Ziele sowie deren Unterteilung in möglichst kleine Teilziele (-> Erfolgserlebnisse) vor Therapiebeginn sind bei chron. Schmerzpatienten aufgrund der oft langjährigen negativen Behandlungserfahrungen besonders wichtig

- Erwerb von allg. Problemlösungskompetenzen und sozialen Kompetenzen
 - Einübung einer allg. Problemlösungsstrategie anhand konkreter Probleme
 - Verhaltensanalyse und Erarbeitung von Verhaltensalternativen, Einübung (in sensu, Rollenspiele, Hausaufgaben)
 - > Ziel: Stressbewältigungs-Kompetenzen, Grenzen setzen u.a.

- Kognitive Umstrukturierung schmerzaufrechterhaltender und-verstärkender Kognitionen

- Ressourcenarbeit: vorhandene Ressourcen entdecken, aktivieren und weiterentwickeln (Ressourcenkarte, kognitive Interventionen)

- Aktivitätenoptimierung: je nach Typ des Krankheitsverhaltens
 - Aktivitätenaufbau („Schoner“, „Vermeider“), evt. Quotenpläne
 - Aktivitätenabbau o. -änderung („Überforderer“, „Durchhalter“)
 - Operante Methoden, kognitive Umstrukturierung
 - > Ziele: Herstellung eines Gleichgewichts zwischen Ruhe- und Belastungsphasen, Erhöhung der Selbstwirksamkeit, (motorische) Re-Konditionierung

- Förderung angenehmer (Körper-) Erfahrungen
 - Imagination, Genußtraining, Freizeitgestaltung
 - > Ziele: Abbau von Sensibilisierung, Lebensqualität trotz Schmerz

- Entwicklung eigenverantwortlichen Inanspruchnahmeverhaltens
 - Wissenserwerb (über mediz. Behandlungsangebote), Erwerb sozialer Kompetenzen (im Umgang z.B. mit Ärzten)
 - > Ziel: Senkung der Inanspruchnahme, eigenverantwortlicher Medikamentenkonsum
- Entwicklung realistischer Perspektiven (beruflich, privat)
- Entspannungsverfahren
 - Progressive Muskelrelaxation (PMR)
 - Biofeedback-Training
 - Imagination
 - Andere (Autogenes Training, Hypnose, Meditation)
 - > Ziele: Kontrollerfahrung // Selbstwirksamkeit, Stimmungsverbesserung, Verminderung sympatho-adrenerger Erregungsbereitschaft, Schulung der Interozeption (Wahrnehmung von Verspannungen, Emotionen u.a.)
- Transfer (z.B. mittels „Hausaufgaben“ und Einbezug von wichtigen Bezugspersonen)
- Rückfallprävention (Vorbereitung auf Rückfälle)

→ allgemeines Psychotherapieziel: Ausbildung des Patienten zum Eigen-Therapeuten (und evt. wichtiger Bezugspersonen zu Co-Therapeuten)

c) Mögliche Hintergründe so genannter „Schmerzspiele“

- Persönlichkeitsakzentuierungen
- Defizite im Gesundheitssystem
 - Medizinisches Krankheits- // Genesungs-Modell (komplette Heilung / Schmerzbeseitigung durch Beseitigung der Schmerzursache) <-> chronischer Schmerz
 - Rollen / Machtgefälle: Arzt als Hauptverantwortlicher der Therapie und Kontrolleur des Gesundheitssystems (Krankschreibung, Rentenbegehren etc.), Patient als passiver abhängiger Part
 - > Konsequenzen: Frustration bei Arzt („Versagen“) und bei Patient (Simulations-Verdacht, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Stigmatisierung und Gefühl der Abschiebung bei Überweisung zum Psychotherapeuten => Widerstände vorprogrammiert)
- Koryphäenkiller-Syndrom (Entwicklung): Idealisierung des Behandlers (Retter, letzte Hoffnung) -> therapeut. Aktionismus -> zun. Enttäuschungen -> Frustration und (ggs.) Abwertung -> Abbruch

6.) Schmerzsyndrome (Beispiele)

- Kopfschmerzen: z.B. Spannungs-KS, medikamenteninduzierter KS, Migräne (s.a. IHS-Klassifikation)
- Tumor-/Krebsschmerz
- Rheumatische Syndrome, z.B. Fibromyalgie (Symptome u.a. verbreitete Schmerzen in Muskeln und Sehnen, tender points mit erhöhter Druckschmerzhaftigkeit)
- Polyneuropathien (Erkrankung peripherer Nerven, unterschiedliche Symptome, zumeist Sensibilitätsstörungen u.ä. in Extremitäten)
- Deafferenzierungsschmerz (nach Nervendurchtrennung, z.B. Phantomschmerz)

- Komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS)
 - I = mit, II = ohne Nervenschädigung
 - vermutete Ätiologie: Entzündung infolge von Gewebeschädigung verselbstständigt sich
 - Symptome (v.a. distal / in den Extremitäten): u.a. Schmerzen in den betroffenen Gliedmaßen, Hyperalgesie

Links und Literatur

- www.dgss.org/ (*Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes*)
- www.dgpsf.de/ (*Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung*)
- psychotherapeutisches Grundlagenwerk : „Schmerzpsychotherapie: Grundlagen - Diagnostik - Krankheitsbilder – Behandlung“ von Birgit Kröner-Herwig, J. Frettlöh, Regine Klinger und Paul Nilges (7.Ausgabe, 2010)
- Fallbuch: „Praxisfeld Schmerztherapie“ von Birgit Kröner-Herwig, Carmen Frank, Edgar Geissner (1999)
- Behandlungsmanual : „Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen: Das Marburger Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppen- und Einzeltherapie“ von Heinz-Dieter Basler und Birgit Kröner-Herwig (1998)
- Patientenhandbücher:
 - „Schmerzen überwinden“ von Achim Stenzel (2004) oder „Schmerzen verlernen“ von Jutta Richter (praktische Tipps / Methoden zur Selbsthilfe)
 - „Schmerz – eine Herausforderung“ von H.G.Nobis et al. (Informationen zu Schmerzentstehung u. Schmerzarten)
- medizinische Perspektive: „Schmerztherapie: Akutschmerz, Chronischer Schmerz, Palliativmedizin“ von Thomas Standl, Jochen Schulte am Esch, Rolf D. Treede und Michael Schäfer (2010)