

Psychologische Schmerzbewältigung im Rahmen der interdisziplinären multimodalen Therapie chronischer Schmerzen

Die moderne Schmerztherapie, deren Beginn häufig mit der Veröffentlichung der Gate-Control-Theorie von Melzack & Wall (1965, 2004) assoziiert wird, hat sich als interdisziplinärer und multimodaler Behandlungsansatz zum Goldstandard etabliert und ihre Wirksamkeit in vielen erstklassigen Studien (Williams, 2012) demonstriert. Dabei geht es nicht um das Erreichen einer Schmerzfreiheit, die beim Patienten mit chronischen Schmerzen in der Regel nicht mehr zu erwarten ist, sondern um einen angemessenen Umgang (Schmerzbewältigung) sowohl mit den Schmerzen als auch mit den häufig begleitenden Stimmungsbeeinträchtigungen, Ängsten und vielfältigen Alltagsbelastungen sowie sozialen Problemen in der Familie und am Arbeitsplatz.

von Wolfgang Dumat und Daniel Lacher

Inhalte einer Schmerzpsychotherapie

Um Patienten eine erfolgreiche Bewältigung ihrer Schmerzen zu ermöglichen, sind in der Schmerzpsychotherapie theoretische Modelle, klinische Konzepte und therapeutische Vorgehensweisen entwickelt worden, welche heute als anerkannte Standardverfahren weitgehend angewandt werden. Diese Standardverfahren sind sowohl in der Gruppe (max. 12 Teilnehmer) möglich als auch in einem einzelpsychotherapeutischen Setting, falls Gruppenteilnehmer sich aufgrund von Ängsten oder aus Praktikabilitätsgründen nicht an einer Gruppe beteiligen können (Kröner-Herwig et al., 2007).

Eduktion

Es ist von grosser Bedeutung, dass Patienten verstehen, wie chronischer Schmerz – im Gegensatz zum Akutschmerz – entsteht und welche psychosozialen Faktoren wie Ängste, eine depressive Stimmungslage oder ein übermässiges Schonen die Chronifizierung fördern und aufrechterhalten können. Für Patienten ist sehr oft die Frage entscheidend, warum Schmerzen bei häufiger Abwesenheit eines kausal behandelbaren Organkorrelats anhalten und warum medizinische Behandlungen nicht den erhofften Erfolg (Schmerzfreiheit) bringen. Diese Erfahrung ist enttäuschend, wird häufig mit «doctor shopping» beantwortet und führt zu teurer und wenig Erfolg versprechender weiterer Diagnostik sowie kritiklosem Ausprobieren unterschiedlichster Behandlungen (inkl. dem Gang zum «Heiler»). Patientenedukation ermöglicht dagegen eine realistische Zielformulierung (Linderung statt Heilung) sowie eine Akzeptanz der chronischen Schmerzen, ohne dabei zu resignieren. Das ist der erste Schritt zu einer Veränderung der Ein-

stellung, der dann auch eine Verhaltensänderung folgen kann.

Angst vor Bewegung, körperlicher Schädigung und Schmerzverstärkung

Im weiteren Behandlungsverlauf folgen dann die Identifikation und die therapeutische Bearbeitung von häufig bestehenden Bewegungsängsten, da diese einerseits den Schmerz verstärken, andererseits auch häufig mit einer weiteren organischen Schädigung assoziiert werden. Dieses Vermeidungsverhalten gegenüber einer – trotz Schmerz – angemessenen sozialen und körperlichen Aktivierung muss abgebaut und durch Erfolgserlebnisse langfristig gelindert werden. Hier ist insbesondere die enge Kooperation mit der Physiotherapie entscheidend, die erlebbar machen kann, dass Bewegung nicht nur möglich, sondern auch positiv sein und der Schmerz durch Bewegung mittel- bis langfristig gelindert werden kann. Daran schliesst sich die Vermittlung von Strategien zur weiteren Vermeidung von alltäglicher Unter- und Überforderung (beide Verhaltensweisen verstärken den Schmerz) an (Hasenbring et al., 2010). Dabei lernen die Patienten eine angemessene Planung ihrer Aktivitäten, die Einhaltung von körperlichen Leistungsgrenzen und ein Pausenmanagement.

Schmerz und Alltagsstress, Entspannungs- und Problemlösetraining

Dass Alltagsstress den Schmerz verstärkt, ist Patienten zwar oft bewusst, es fehlt aber häufig an praxisrelevanten Strategien zur Stressreduktion. Als Basistherapie beinhaltet Schmerzbewältigung immer das Erlernen und – wenn möglich – das tägliche Anwenden einer Entspannungstechnik (Kwekkeboom & Gretarsdottir, 2006). Bei Patienten mit chronischen Schmerzen hat sich in vielen Untersuchungen die Progressive Muskelrelaxa-

tion nach Jacobson als erfolgreiches Verfahren gezeigt. Leicht zu erlernen und durch die Nutzung von Muskelanspannung und -entspannung unmittelbar nachvollziehbar und symptomnah, ist es eher konzentrativen Verfahren wie dem Autogenen Training überlegen. Profitieren kann aber letztendlich nur, wer es mit einer gewissen Regelmässigkeit anwendet, was häufig an motivationalen Dissonanzen scheitert. Neben der konsequenten Anwendung relaxierender Verfahren wird mit den Patienten auch eingeübt, so zum Beispiel mithilfe von Rollenspielen, wie Alltagsprobleme, welche in Verbindung mit Schmerz bestehen, erfolgreich gelöst werden können.

Die gedankliche Bewertung

Dysfunktionale Bewertungen bezüglich des chronischen Schmerzes, wie zum Beispiel «(...) eines Tages werde ich im Rollstuhl enden» oder «(...) mir kann niemand helfen, (...) ich halte es nicht mehr aus», werden herausgearbeitet und in alltagstaugliche positive Gedanken und Einstellungen verändert. Die gedankliche Bewertung, welche automatisch abläuft und intuitiv immer negativ verläuft, hat entscheidenden Einfluss auf die Stimmungslage und das Verhalten der Patienten. Katastrophisierende und hoffnungslose Gedanken, gepaart mit sozialem Rückzug und körperlicher Schonung, führen in Konsequenz zu einer depressiven Stimmungslage, welche wiederum das Schmerzerleben verstärkt.

Depressive Stimmungslage

Eine depressive Stimmungslage beziehungsweise bei einem Grossteil der Patienten auch eine manifeste depressive Störung ist eine unmittelbare Konsequenz lang anhaltender sowie körperlich und sozial beeinträchtigender Schmerzen. Insofern sind das Erlernen angemessener körperlicher Aktivierung, das Fokussieren auf positive Erlebnisinhalte, die soziale Aktivierung und letztendlich auch die Schmerzakzeptanz entscheidend für eine Stimmungsverbesserung. Sehr viele Studien konnten eindrücklich nachweisen, dass diese «Mediatoren» und nicht der Schmerz an sich die Depression begünstigen (Paeth, 2014; Turk, 1996).

Zusammenfassung

Schmerzbewältigungsprogramme, welche in unterschiedlichen Formaten und für unterschiedliche Schmerzsyndrome (Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen) zur Verfügung stehen, werden von den Patienten als Teil der interdisziplinären Schmerztherapie wahrgenommen. Hier ist entscheidend, dass sich die Botschaften der einzelnen Berufsgruppen (Mediziner, Physio- und Psychotherapeuten) als realistisch, in sich konsistent und anwendbar im Alltag erweisen. Dann können Patienten das Ziel einer besseren Bewältigung der Schmerzen und dadurch auch eine mögliche Schmerzlinderung erfahren, annehmen und sich von unwirksamen Therapien distanzieren. Inzwischen werden auch für Migranten mit geringen Deutschkenntnissen massgeschneiderte Schmerzbewältigungsgruppen angeboten. Diese Patientengruppe leidet sehr häufig unter chronischen Schmerzen, und auch hier zeigt sich die Wirksamkeit dieses Behandlungsansatzes eindrücklich (Sleptsova et al., 2009).

Neuere Entwicklungen in der Schmerzpsychotherapie

Bewegung statt Fango – Kinesiophobie behandeln

Schon seit Jahren ist bekannt, dass die Einstellungen der Patienten bezüglich ihres Schmerzes eine wichtige Rolle im Genesungsprozess spielen. Hierbei kommt insbesondere dem Thema Angst eine grosse Bedeutung zu. In einer Vielzahl von Studien konnte festgestellt werden, dass Menschen, die unter Angst vor dem Schmerz leiden, sich stärker als behindert erleben, weniger arbeitsfähig sind und im weiteren Verlauf von einer Zunahme ihres Schmerzes berichten. Eine dieser Therapieformen behandelt ganz spezifisch die im Rahmen des Schmerzgeschehens aufgebaute Angst vor Bewegung (Kinesiophobie) und lehnt sich an bewährte Verfahren aus der Verhaltenstherapie an. Die Patienten erstellen eine Hierarchie von alltäglichen Bewegungen, welche mehr oder weniger mit Angst verbunden sind. Beispiele sind das Heben leichter Gegenstände, das Fahrradfahren, das Bügeln oder das Spaziergehen. Hierfür steht ein wissenschaftlich erarbeitetes Instrument zur Verfügung (Phoda-SeV). Von besonderer Bedeutung ist es, dass die Patienten interdisziplinär betreut werden. Es finden ärztliche Gespräche statt, in denen insbesondere auch die Diagnose noch einmal erklärt wird und in denen die Patienten erfahren, dass sie alle Übungen, die später zu absolvieren sind, aus medizinischer Sicht ohne Bedenken ausführen dürfen. In der Therapie werden diese Bewegungen mit ansteigendem Schwierigkeitsgrad durchgeführt. Neben der psychologischen Begleitung ist die Physiotherapie in besonderer Weise beteiligt. Über die praktischen Übungen hinaus werden in Gesprächen die Ängste psychotherapeutisch bearbeitet, und die Patienten erhalten Informationen über die Zusammenhänge von Angst, Vermeidung und Schmerzverstärkung. Patienten sollen von Erfolg zu Erfolg voranschreiten und die Therapie als eine Befreiung erleben, die es ihnen ermöglicht, ihre bisher vermiedenen alltäglichen Tätigkeiten wieder aufzunehmen. Sie sollen erfahren, dass sie ihren Alltag besser bewältigen und brachliegende Ressourcen aktivieren können, indem sie zum Beispiel Ihre Hobbys wieder aufnehmen oder mehr am sozialen und kulturellen Leben teilnehmen können. Auf diese Weise kann es gelingen, dass der Schmerz in den Hintergrund rückt und die Patienten aus dem Teufelskreis aus Schmerz und Schonung befreit werden. Die Studien zur Wirksamkeit dieser Therapie sehen sehr ermutigend aus. Im Zentrum für Schmerzmedizin Nottwil wird eine solche Behandlung in naher Zukunft für Patienten mit Rückenschmerzen angeboten werden.

Der vernetzte Patient

Auf der Internetseite www.krankheitserfahrungen.de können Patienten mit verschiedenen Erkrankungen, darunter auch mit chronischen Schmerzen, in Wort und Bild und sogar in Videobeiträgen miterleben, was andere Patienten in vergleichbaren Situationen erlebt und welche Lösungen sie selbst gefunden haben. Dieses Projekt soll sozusagen die Innenseite des Lebens mit der Krankheit darstellen und den Patienten fachliche Hilfe anbieten, etwa in Bezug auf mögliche therapeutische Optionen, sie aber auch emotional unterstützen, indem sie erleben können, dass sie mit ihrem

Problem nicht alleine sind. Themen sind Operationen, Medikamente, Entspannung, komplementäre Medizin sowie die Auswirkung des Schmerzes auf das tägliche Leben, die Arbeit, die Familie und die Partnerschaft. Nicht zuletzt ist dieses Projekt auch für Angehörige interessant, da es eine Fülle an hilfreichen Informationen bietet, welche das Verständnis für die betroffenen Patienten verbessern können.

Ausserdem ist es Besuchern der Internetseite möglich, selbst mitzuwirken, Beiträge zu verfassen und bei Bedarf in anonymisierter Form anderen zur Verfügung zu stellen. Hierbei ist der Datenschutz gewährleistet und entspricht der aktuellen Gesetzgebung. Das Projekt wird von der Universitätsklinik Freiburg im Breisgau und der Universitätsmedizin Göttingen gepflegt und betreut. Die verantwortlichen Wissenschaftler empfehlen, solche Projekte vor Ort zu verankern, damit die Patienten sich optimal wiedererkennen. Ein Schweizer Pendant existiert bislang nicht, wird aber diskutiert und würde sich besonders auch für para- oder tetraplegische Menschen anbieten.

Schmerzprovokation

Den Schmerz verstärken, um ihn zu schwächen: Die Patienten sollen ihren Schmerz steigern, um ihn kontrollieren zu lernen? Die Methode der Schmerzprovokation wurde an der Universität Witten/Herdecke für die Behandlung von schmerzkranken Kindern entwickelt. Hintergrund ist die Überlegung, dass die Angst vor Schmerzen eine entscheidende Rolle bei der Aufrechterhaltung des chronischen Schmerzes spielt. Und oft sind die Angst wie auch der Schmerz mit einem körperlichen oder seelischen Trauma verbunden.

Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass die Wahrnehmung von Körpervorgängen eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von Angst, Schmerz und Trauma spielt. Betroffene Patienten neigen dazu, eigentlich harmlose Körpervorgänge als bedrohlich wahrzunehmen und reagieren mit Angst und Schmerzverstärkung. Wenn es den Patienten gelingen würde, ihre Körpersignale besser zu differenzieren, wären sie weniger emotional belastet und hätten eine deutlich höhere Lebensqualität.

Der Weg dorthin führt über die subjektive Kontrolle des Schmerzes: Die Patienten sollen lernen, ihren Schmerz zu steuern. Das heisst, ihn sowohl zu schwächen, etwa indem sie eine Entspannungsübung machen, als auch ihn minimal zu verstärken, indem sie die Wahrnehmung auf den Schmerz ausrichten oder an belastende Erfahrungen denken. Hierbei ist eine gute, vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Therapeut unerlässlich. Erste Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass diese Therapie – eingesetzt als Ergänzung zur Standardtherapie – einen zusätzlichen Nutzen für die Patienten bringt.

Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)

Diese Therapieform ist vor allem in den USA, in Australien und einigen europäischen Ländern verbreitet. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, den Patienten zu helfen, mit ihren wirklichen Zielen besser in Einklang zu kommen. ACT soll Blockaden lösen helfen, die durch Vermeidungsprozesse oder ungünstige Lösungen wie etwa Rückzug, Betäubung oder Flucht entstanden sind. Diese Strategien können längerfristig erhebliche negative Konsequenzen für die Lebensqualität der Patienten haben. Von grosser Bedeutung ist die Klärung von Werten und Lebenszielen. Erst wenn die Patienten konkrete Ziele formulieren können, wird es auch möglich, das Verhalten dorthingehend auszurichten. In der ACT spielt die Stressbewältigung eine grosse Rolle, zum Beispiel im Sinne von Entspannung oder Achtsamkeit. Achtsamkeit in diesem Zusammenhang bedeutet, dass man Gedanken oder Körperwahrnehmungen ohne Bewertung realisiert und nicht mehr als Stress empfindet. Bislang wurde die ACT vor allem im Rahmen von psychiatrischen Störungen eingesetzt, etwa in der Behandlung von sozialen Ängsten, Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen.

Die Zeitschrift «Pain» wird in einer der nächsten Ausgaben einen Artikel veröffentlichen, in dem gezeigt wird, dass die ACT-Behandlung auch für Menschen mit chronischen Schmerzen geeignet ist. Patienten, die das zweiwöchige Behandlungsprogramm absolviert haben, zeigten deutliche Verbesserungen in Bezug auf die Schmerzstärke, die Depression sowie die körperliche und die soziale Funktionsfähigkeit. Insbesondere konnten die Patienten auch lernen, ihre Schmerzsituation besser zu akzeptieren. Gerade diese Akzeptanz scheint der Hauptwirkfaktor der ACT-Therapie zu sein. ●

Korrespondenzadresse:

*Wolfgang Dumat
Diplom-Psychologe
Leiter des Fachbereichs Psychologie/Neuropsychologie
Psychologischer Psychotherapeut
Schmerzpsychotherapeut und Supervisor DGSS/DGSPF
Biofeedback-Therapeut und Supervisor DGBfB
Zentrum für Schmerzmedizin
Schweizer Paraplegiker-Zentrum
Guido A. Zäch Strasse 1
6207 Nottwil*

Merksätze:

- **Therapeutisch wichtig ist, dass Patienten verstehen, wie chronischer Schmerz – im Gegensatz zum Akutschmerz – entsteht und welche psychosozialen Faktoren die Chronifizierung fördern und aufrechterhalten können.**
- **Die Einstellungen der Patienten bezüglich ihres Schmerzes spielen eine wichtige Rolle im Genesungsprozess.**
- **Das Projekt der Vernetzung der Betroffenen und deren Angehörige ist interessant, da es eine Fülle an hilfreichen Informationen bietet, welche das Verständnis für die betroffenen Patienten verbessern können.**
- **Studien weisen darauf hin, dass die Wahrnehmung von Körpervorgängen eine entscheidende Rolle spielt bei der Entwicklung von Angst, Schmerz und Trauma.**
- **Die ACT-Behandlung ist auch für Menschen mit chronischen Schmerzen geeignet. Patienten, die ein zweiwöchiges Behandlungsprogramm absolviert haben, zeigten deutliche Verbesserungen in Bezug auf die Schmerzstärke, die Depression sowie die körperliche und die soziale Funktionsfähigkeit.**

Literatur:

Eifert, G. (2011): Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT). Hogrefe Verlag, Göttingen.
Hasenbring, M., Verbunt, J.: Fear Avoidance and Endurance related Responses to Pain: New Models of Behavior and their Consequences for Clinical Practice. Clin J Pain, 2010; 26: 747–753.

Kwekkeboom, K.L., Gretarsdottir, E.: Systematic Review of Relaxation Interventions in Chronic Pain; *Journal of Nursing Scholarship*, 2006.

Leeuw, M., Goossens, M., van Breukelen, G., Boersma, K., Vlaeyen, J.: Measuring perceived harmfulness of physical activities in patients with chronic low back pain: the Photograph Series of Daily Activities – short electronic version, *J Pain*, 2007; Nov; 8(11): 840–9.

Melzack, R., Wall, P.D.: *The Challenge of Pain, A Modern Medical Classic*, 2004, Penguin Books.

Paeth, C.: Zur vermittelnden Wirkung kognitiver Schmerzverarbeitung auf Depressivität und Behinderung bei Patienten mit chronischen Schmerzen. Dissertation, 2014, Universität Bonn.

Sleptsova, M., Wössmer B., Langewitz W.: Migranten empfinden Schmerzen anders. *Schweiz Med Forum*, 2009; 9(17), 319–321.

Turk, D.: The Role of psychosocial factors in transition from acute to chronic pain. In: Jensen T. S. et al. (eds) *Proceedings of the 8th World Congress on Pain*. IASP Press, Seattle, 1996, 185–214.

Vlaeyen, J., Morley, S., Linton, S., Boersma, K., De Jong, J.: Pain-Related Fear: Exposure-Based Treatment for Chronic Pain. *International Association for the Study of Pain*; 2012.

Williams, A.C., Eccleston, C., Morley, S.: Psychological Therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Review*, 2012, 14, 11.