

Aktuelle Verhaltenstherapie

Heft 14

Chronischer Schmerz

Psychosomatische Fachklinik
Bad Dürkheim

Herausgeber: Psychosomatische Fachklinik
Ltd. Arzt
Dr. med. Klaus G. Limbacher
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Kurbrunnenstraße 12
67098 Bad Dürkheim
Tel. 0 63 22 / 9 34 – 2 59
Fax – 2 66

Redaktion: Dipl.-Psych Andreas Dehmlow
Dr. med. Klaus G. Limbacher

3. Auflage 2007 1000 Exemplare

ISSN 1432-5845

Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

Claus Bischoff
Andreas von Pein

Chronischer Schmerz

Ansprechpartner für den Bereich „Chronischer Schmerz“

Prof. Dr. Claus Bischoff
Psychologischer Psychotherapeut
Leitender Psychologe
Psychologischer Schmerzpsychotherapeut und
Supervisor Schmerzpsychotherapie (DGSS, DGPSF)

Telefonische Sprechzeit:
Mittwochs 10.00 – 10.30 Uhr
Tel. 0 63 22 / 9 34 – 238
Fax – 266

Dr. med. Andreas von Pein, Leitender Internist
Facharzt f. Innere Medizin,
Facharzt f. Psychotherapeutische Medizin
– Rehabilitationswesen –

Telefonische Sprechzeit:
Freitags 11.00 – 12.00 Uhr
Tel. 0 63 22 / 9 34 – 242
Fax – 266

**Außerhalb dieser Sprechzeiten erreichbar unter
Servicehotline: 01803-244-181-0**

INHALTSVERZEICHNIS

1. CHRONISCHE SCHMERZEN	5
1.1 Was sind chronische Schmerzen?	5
1.2 Akuter und chronischer Schmerz	5
1.3 Schmerzweiterleitung und Verarbeitung im Rückenmark	6
1.4 Schmerz, Gefühle und Gedanken	7
1.5 Schmerz und Stress	9
1.6 Umgangsformen mit Schmerz	9
1.7 Schmerz, Belohnung und Bestrafung	9
1.8 Schmerz, Sensibilisierung und Schmerzgedächtnis	10
1.9 Medikamentenübergebrauch	11
2. HAUPTFORMEN CHRONISCHER SCHMERZEN IN DER PSYCHOSOMATISCHEN REHABILITATION	12
2.1 Kopfschmerzen	12
2.1.1 Migräne	15
2.1.2 Kopfschmerz vom Spannungstyp	17
2.1.3 Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch	19
2.1.4 Kopfschmerz, der auf psychische / psychosomatische („psychiatrische“) Störungen zurückzuführen ist	22
2.1.5 Posttraumatischer Kopfschmerz	23
2.2 Unspezifische Rückenschmerzen	23
2.3 Fibromyalgiesyndrom	27

3	EFFEKTIVITÄT DES MULTIDISZIPLINÄREN ANSATZES	28
4	THERAPIEANSATZ DER PSYCHOSOMATISCHEN FACHKLINIK	29
4.1	Überblick über Standard- und störungsspezifische Angebote	29
4.2	Medikamentenmanagement und störungsspezifische Angebote bei Schmerzpatienten	33
4.2.1	Medikamentenmanagement	33
4.2.2	Psychologische Schmerzgruppe	34
4.2.3	Medizinische Trainingstherapie (Margit Ehrhardt)	37
4.2.4	Biofeedback	39
4.2.5	Feldenkraistraining (Barbara Schuster)	41
4.2.6	Vortrag „Reha oder Rente?“	42
5	LITERATUR	43

1 CHRONISCHE SCHMERZEN

1.1 Was sind chronische Schmerzen?

Chronische Schmerzen werden definiert als Schmerzen in einem oder mehreren Körperteilen, die mit erheblichem Leiden und Beeinträchtigungen einhergehen, entweder ständig oder zumindest mehrfach pro Monat ausgeprägt vorhanden sind und länger als 6 Monate andauern. Bei Patienten, die zur Behandlung in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik kommen, hat der chronische Schmerz meist die Form von Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und/oder einer sogenannten Fibromyalgie. Auf diese Schmerzformen beziehen sich im Wesentlichen die folgenden Ausführungen.

1.2 Akuter und chronischer Schmerz

Akute Schmerzen weisen meist auf eine körperliche Schädigung hin, z.B. auf eine Verletzung, Prellung, Schnittwunde, Entzündung oder Organfunktionsstörung (z.B. Gallenkolik). Der Patient weiß in der Regel, in welchem Zusammenhang die Schmerzen zu sehen sind. Der Schmerz vergeht durch Schonung oder Abwarten. Falls notwendig, ist medizinische Hilfe eindeutig und unkompliziert. Anders beim chronischen Schmerz. Hier ist die eigentliche Schmerzursache oft unklar. Die Patienten müssen erfahren, dass medizinische Hilfe nicht schnell oder überhaupt nur wenig wirksam ist. Die Suche nach einer Schmerzursache ist häufig ergebnislos. Die konsultierten Ärzte und Spezialisten bieten dem Patienten verschiedenste Erklärungen an – und der Patient übernimmt das ihm am meisten einleuchtende Krankheitsmodell. Er hält zum Beispiel „Verschleiß“ oder „die Bandscheibe“ für die Ursache seiner Rückenschmerzen. Chronische Schmerzen gehen aus akuten hervor. Bei chronischen Schmerzen werden andere Schmerzme-

chanismen wirksam als bei akuten. Am chronischen Schmerz sind vor allem meist gleichzeitig eine ganze Reihe von Faktoren beteiligt. Diese Faktoren sind Gegenstand der folgenden Abschnitte.

1.3 Schmerzweiterleitung und Verarbeitung im Rückenmark

Schmerzimpulse aus dem Körper - z.B. aus verspannten Muskeln - werden über Nervenbahnen zum Rückenmark geleitet, dort auf eine andere Nervenzelle umgeschaltet und von dieser „nach oben“ zum Gehirn weitergeleitet. Auf die Nervenzelle im Rückenmark treffen aber auch vom Gehirn aus absteigende Nervenbahnen, deren Impulse die aufsteigende Weiterleitung hemmen oder sogar unterdrücken. Nur wenn mehrere periphere (von den Organen kommende) Schmerzfasern gleichzeitig erregt sind und vom Gehirn aus keine Schmerzhemmung erfolgt, nehmen wir Schmerzen überhaupt wahr. Bei Patienten mit chronischen Schmerzen wird im Rückenmark schon eine geringere Anzahl von Impulsen als beim Gesunden weitergeleitet. Auch funktioniert bei ihnen die Schmerzhemmung nicht mehr so gut. Wir sprechen von einem *Schmerz-Tor* im Bereich des Rückenmarks. Je weiter dieses Tor geöffnet ist, umso deutlicher spüren wir den Schmerz. Ist das Tor geschlossen, gelangen die Schmerzimpulse nicht bis ins Gehirn, wir nehmen keinen Schmerz wahr. Faktoren, die das Tor öffnen und damit die Schmerzwahrnehmung steigern, sind:

- Traurige Stimmung, Hilflosigkeit
- Ängste, Anspannung
- Sorgen, Ärger, Stress
- An den Schmerz denken und Grübeln
- Schmerzerinnerung
- Inaktivität, Langeweile

- Sich selbst erfüllende Prophezeiungen mit negativer Auswirkung („gegen Schmerzen kann man halt nichts machen“).

Faktoren, die das Tor schließen und den Schmerz schwächer werden lassen, sind:

- Optimismus und positive Gefühle wie Freude, Zuversicht, Selbstvertrauen
- Entspannung
- Ablenkung durch angenehme Tätigkeiten oder Gedanken
- Vielfältige Aktivitäten, Teilnahme am Leben
- Ausrichtung der Wahrnehmung auf angenehme Körperempfindungen.

1.4 Schmerz, Gefühle und Gedanken

Schmerz wird körperlich empfunden. Aber er ist nicht nur eine *Empfindung*, die wir z.B. als bohrend, stechend, brennend, pulsierend, schneidend usw. beschreiben, sondern er wird auch gefühlsmäßig wahrgenommen, als quälend, bedrohlich, ärgerlich, niederschmetternd usw. Diesen *Gefühlsanteil* des Schmerzes erleben wir auch, wenn ein von uns geliebter Mensch, z.B. unser Kind, unter starken Schmerzen leidet. Wir können das selber kaum aushalten und leiden mit. Wir erleben damit das Qualvolle und Leidenshafte des Schmerzes. Dies geht oft mit Gefühlen der Hilflosigkeit, Verzweiflung und Niedergeschlagenheit einher. Genau so, wie wir beim Mitleiden mit einem Kind beobachten können, dass ihm Aufmunterung, Aufforderung zur Aktivität und optimistische Zuwendung gut tun, erleben auch wir selbst bei guter Stimmung einen Schmerz als weniger quälend.

Zum Schmerzerleben gehören immer auch *Vorstellungen* und *Gedanken*, die wie die Gefühle negativ, aber auch positiv sein können. Wenn unsere Gedanken immer mehr um die Schmerzen kreisen, wir gar nicht mehr aus dem Grübeln kommen, weil

wir ständig überlegen, woher der Schmerz nur kommt, warum er nicht weg geht, was man noch alles dagegen machen könnte, wenn wir uns negative Vorstellungen machen, uns zum Beispiel wegen der Schmerzprobleme schon im Rollstuhl sitzen sehen; wenn wir also die Schmerzen als bedrohlich einschätzen oder annehmen, dass sie ein unabänderliches Schicksal sind, das wir nicht beeinflussen können, dann empfinden wir sie entsprechend als stärker und beeinträchtigender.

Manchmal entwickeln sich regelrechte „Gedankenlawinen“, weil der Schmerz uns in sämtlichen Bereichen des Lebens beeinträchtigt und wir deshalb vielfältige Befürchtungen haben bzgl. eines möglichen Arbeitsplatzverlustes, der Belastung für die Familie etc. Solche Gefühle finden sich dann manchmal in der Selbsteinschätzung wieder, dass „man ja zu nichts mehr taugt“ und nur noch eine Last für andere ist. Der Patient vergisst dann ganz seine vielfältigen positiven Eigenschaften, mit denen er weiterhin für Arbeitsplatz und Familie wichtig ist und auch geschätzt wird.

Es gibt auch vielfältige positive Gedanken, die man aktiv gegen die negativen Gedanken stellen kann:

- Ich bin zufrieden und ganz ruhig.
- Nicht aufgeben, auf dem Boden bleiben.
- Das hält nicht lange an, du kannst es aushalten.
- Lass' dir Zeit, die die Schmerzen brauchen, um abzuklingen.

Negative Gefühle und Gedanken öffnen das Schmerz-Tor, positive Gefühle und Gedanken schließen es. Negative Gefühle und Gedanken wirken sich zudem auf die Haltung und das Verhalten aus. Sie bedingen oftmals eine ängstlich-verkrampfte Haltung und Schonverhalten. Die Muskulatur wird schwach, verkürzt sich und verspannt sich. Daraus wiederum entstehen Schmerzen, die das Leiden noch schlimmer machen.

1.5 Schmerz und Stress

Die Muskulatur spielt auch in einem anderen Zusammenhang eine wichtige Rolle. Manche Menschen neigen dazu, sich in Stress-Situationen zu verspannen, der eine mehr im Kopf- und Nackenbereich, der andere eher im Rücken. Dies ist nicht weiter bedeutsam, wenn sie die Muskeln später wieder entspannen und wenn die Stress-Situationen nicht so häufig auftreten. Patienten mit chronischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp und mit unspezifischen Rückenschmerzen nehmen ihre Verspannungen aber schlecht wahr, weshalb sie auch nicht so gut mitbekommen, dass sie sich in einer Stress-Situation befinden, sich deshalb nicht aus ihr lösen und nicht für Entspannung sorgen. Daueranspannung der Muskulatur aber führt zu Schmerz.

1.6 Umgangsformen mit Schmerz

Menschen versuchen Schmerzen auf ganz unterschiedliche Weise zu bewältigen. Zwei extreme Formen sind bekannt: Auf der einen Seite gibt es die sogenannten „Indianer“, die keinen Schmerz kennen wollen und deshalb auch Schmerzen ignorieren und weiterhin rücksichtslos ihren Körper überfordern, z.B. auch abends noch nach einem anstrengenden Tag an ihrem Haus weiterbauen. Auf der anderen Seite Menschen, die sehr ängstlich auf ihre Schmerzen reagieren, inaktiv werden und sich zurückziehen. Beide Versuche der Schmerzbewältigung begünstigen die Chronifizierung von Schmerzen. Wie dies im Einzelnen bei der Entstehung chronischer aus akuten Rückenschmerzen aussieht, wird in Kapitel 2.2 ausgeführt.

1.7 Schmerz, Belohnung und Bestrafung

Menschen befinden sich in konkreten Lebenssituationen mit mehr oder weniger großen Schwierigkeiten in Privatleben oder Beruf, wenn - aus welchen Gründen auch immer - eine

Schmerzproblematik auftritt. So unangenehm Schmerzen sind, es kann der Fall eintreten, dass sie leichter zu ertragen sind als andere Schwierigkeiten. Und wenn diese anderen Schwierigkeiten auf Grund der Schmerzen in den Hintergrund treten, dann kann der Organismus, ohne dass der Betroffene dies bewusst miterleben muss, lernen, weiterhin Schmerzen zu produzieren. Wenn ein Patient zum Beispiel Angst vor sozialen Kontakten im Freizeitbereich hat und er von seiner Partnerin immer wieder aufgefordert wird, mit ihr zu Veranstaltungen zu gehen, bei denen ihm unbehaglich ist; wenn er sich seiner Angst schämt und nicht mit der Partnerin über sie spricht; wenn er zudem dazu neigt, mit Kopfschmerzen zu reagieren, dann kann sein Organismus „lernen“, auch vor solchen Veranstaltungen mit Kopfschmerzen zu reagieren, so dass der Patient nun aus diesem Grund, wegen der Schmerzen also, nicht an den Veranstaltungen teilnimmt. Dabei kann er diesen Zusammenhang möglicherweise nicht benennen.

1.8 Schmerz, Sensibilisierung und Schmerzgedächtnis

Jede schmerzhafte Verletzung des Körpers hinterlässt Spuren in den schmerzleitenden Nervenbahnen, im Rückenmark und im Gehirn. Vereinfacht gesagt, das Nervensystem wird durch bereits erlittene Schmerzen sensibler für nachfolgende Schmerzreize. Dies macht es in seinen unterschiedlichen „Etagen“ auf unterschiedliche Weise. Ein schmerzhafte gereiztes Körperareal wird reichhaltiger mit sensiblen Nervenendigungen versorgt (ein Mechanismus, der vor allem in der frühen Entwicklung eine Rolle spielt). Die Rückenmarksneurone vergrößern die Körperbereiche, bei deren Reizung sie aktiv werden, sie sprechen auch schneller auf schmerzhafte Reizung an. Im Gehirn wird die Schmerzempfindung aus dem betroffenen Gebiet des Körpers verstärkt „repräsentiert“. Der Körper entwickelt also auf allen Ebenen eine Art Gedächtnis für Schmerzreize. Einige Bei-

spiele: Wenn ein Mensch in der Kindheit häufig geschlagen wurde, führen Verspannungen der Rückenmuskulatur, egal welcher Ursache, eher zur Schmerzwahrnehmung als bei Menschen, die solche verletzenden Erfahrungen nicht gemacht haben. Ein in früher Kindheit erworbener Knochenbruch, der folgenlos ausgeheilt ist, führt bei ungewöhnlichen Belastungen des Beines oder Wetterwechsel weiter zu Schmerzen. Wenn Entzündungen oder Verletzungen einen Körperbereich geschädigt haben, bleibt dieser auch nach Ausheilung überempfindlich gegenüber Reizen. Zum Beispiel bleibt eine Zehe, die einmal eine Erfrierung erlitten hat, lebenslang sehr kälteempfindlich. Am bekanntesten für diese Phänomene ist der Phantomschmerz, bei dem nach Amputation eines Körperteils der Patient weiterhin heftige Schmerzen in diesem Körperteil wahrnimmt, besonders dann, wenn der betroffenen Patient vor der Amputation im amputierten Körperteil starke Schmerzen erlebt hat. Das Gehirn kann im Extremfall also Schmerzen erzeugen, auch wenn von einer schmerzenden Stelle keine Informationen mehr an das Gehirn weitergeleitet werden. Diese Erinnerung an früher sich abspielende, schädigende Prozesse scheint bei der Chronifizierung von Schmerzen eine wesentliche Rolle zu spielen.

1.9 Medikamentenübergebrauch

Es gibt Menschen, die es grundsätzlich ablehnen, Schmerzen mit Schmerzmitteln zu bekämpfen und glauben, sich damit zu schaden. Andere könne auch schon geringe Schmerzen ohne Medikamente kaum aushalten. Beide Einstellungen sind aus heutiger Sicht problematisch, wenn sie auf alle Arten von Schmerzproblemen verallgemeinert werden. Bei heftigen *akuten* Schmerzen ist man heute der Überzeugung, dass ein konsequenter Schmerzmittelgebrauch durchaus gerechtfertigt ist, um der Sensibilisierung gegenüber Schmerzen (s. 1.8) vorzu-

beugen. Bei *chronischen* Schmerzen hingegen verlieren die Schmerzmittel häufig ihre Wirkung. Insbesondere frei verkäufliche Kombinationspräparate sind nieren- und leberschädlich und sollten deshalb nicht über längere Zeit eingenommen werden. Viele Schmerzmittel verursachen Störungen im Bereich der Magenschleimhaut bis hin zu Magenblutungen. Bei chronischen Schmerzen sollten deshalb Schmerzmittel möglichst in nur geringen Dosierungen und sorgfältig nach ärztlicher Indikationsstellung eingenommen werden. Übermäßige Schmerzmitteleinnahme ist oft ein Teil des Chronifizierungsgeschehens. Werden Schmerzmittel bei Bedarf eingenommen, also immer wenn Schmerzen auftreten, dann wird – so weiß man heute – der „Bedarf“ mit der Zeit immer größer, der Patient nimmt immer mehr Schmerzmittel ein. Bei Kopfschmerzen kann dies sogar zur Folge haben, dass die Medikamente selbst Kopfschmerzen verursachen (s. Kapitel 2.2.3). Außerdem führen ständige Überlegungen, ob man nun ein Schmerzmittel noch zusätzlich einnehmen soll oder nicht, dazu, dass der Patient sich unnötig intensiv mit seinen Schmerzen beschäftigt.

2 Hauptformen chronischer Schmerzen in der psychosomatischen Rehabilitation

2.1 Kopfschmerzen

Kopfschmerzen, die neu auftreten oder noch nicht lange bestehen, wirken auf die Betroffenen meist beunruhigend. Rasch kommen Gedanken auf, im Kopf könnte organisch etwas nicht in Ordnung sein, eine ernste, gar lebensbedrohliche Krankheit könnte vorliegen. Auch ziehen viele Patienten aus der Tatsache, dass der Schmerz im Kopf so „körperlich“ zu erleben ist, den nahe liegenden Schluss, da müsse doch etwas defekt sein, und

sie gehen aus diesem Grund von Arzt zu Arzt, damit endlich die „wirkliche“ Ursache gefunden werde.

Tatsächlich gibt es Kopfschmerzen¹, die auf eine organische Grunderkrankung hinweisen. Sie heißen sekundäre oder symptomatische Kopfschmerzen, eben weil sie Symptome einer organischen Grunderkrankung sind.

Beispiele für sekundäre Kopfschmerzen sind:

- Kopfschmerzen, die auf ein Kopf- und/oder HWS-Trauma zurückzuführen sind (z.B. posttraumatische Kopfschmerzen)
- Kopfschmerzen, die auf Gefäßstörungen im Bereich des Kopfes und des Halses zurückgehen
- Kopfschmerzen, die auf eine Substanz oder deren Entzug zurückgehen (z.B. Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch)
- Kopfschmerzen bei Infektionskrankheiten
- Kopfschmerzen, die zurückzuführen sind auf Erkrankungen des Schädels, von Hals, Augen, Ohren, Nase, Zähnen usw. (z.B. zervikogene Kopfschmerzen, Kopfschmerzen bei Entzündungen der Hirnhäute)
- Kopfschmerzen, die auf psychische oder psychosomatische Störungen (in Begriffen der ICD-10: auf psychiatrische Störungen) zurückzuführen sind.

Sekundäre Kopfschmerzen machen, obwohl es sehr viele Unterformen gibt, nur etwa 5% aller Kopfschmerzen aus. Ca. 95 % aller Kopfschmerzen hingegen sind eigenständige Störungen, d.h. sie bestehen in möglicherweise sehr intensiven Kopfschmerzen mit stark beeinträchtigenden Begleiterscheinungen, weisen aber nicht auf eine andere Erkrankung hin, deren Symptom sie wären. Deshalb heißen sie primäre (oder nicht-

¹ Wir orientieren uns an der Klassifikation von Kopfschmerzformen durch die IHS (International Headache Society), 2. Auflage von 2003.

symptomatische) Kopfschmerzen. Die wichtigsten primären Kopfschmerzformen sind:

- Migräne
- Kopfschmerz vom Spannungstyp („Spannungskopfschmerz“).

Diese beiden Kopfschmerzformen machen zusammen 92% aller Kopfschmerzen überhaupt aus. Dabei tritt Migräne in der Gesamtbevölkerung mit 38% aller Kopfschmerzen seltener als Spannungskopfschmerz (54%) auf, der Begriff der Migräne ist allerdings der bekanntere - außerdem gehen Menschen mit Migräne wegen deren größerer Schmerzstärke häufiger zum Arzt als Menschen mit Kopfschmerz vom Spannungstyp.

Es wird geschätzt, dass in der Europäischen Gemeinschaft jährlich 20 Milliarden Euro als direkte und indirekte Kosten von Kopfschmerzen entstehen. In Deutschland sind Migräniker im Durchschnitt 34 Tage wegen ihres Leidens arbeitsunfähig, Patienten mit Kopfschmerz vom Spannungstyp 32 Tage (Göbel et al., 1994). Ein wesentlicher Anteil an Kosten fällt für Medikamente an und für die Folgen dieser übermäßiger Medikamenteneinnahme: medikamentenbedingte Kopfschmerzen, Organschäden, im schlimmsten Fall Dialysepflichtigkeit.

In unserer psychosomatischen Rehabilitationsklinik können Patienten mit Migräne, Kopfschmerz vom Spannungstyp, Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch und Kopfschmerzen behandelt werden, die auf psychische und psychosomatische Störungen zurückzuführen sind - letztere, sofern es sich nicht um einen psychotischen Schub handelt, der unmittelbar einer psychiatrischen Behandlung in einer entsprechende Fach-einrichtung bedarf. Bei den genannten Kopfschmerzformen spielen neben biologischen in überwiegender Zahl auch psychosoziale Faktoren eine auslösende oder aufrechterhaltende Rolle, die im Rahmen einer gesamtheitlichen - verhaltensmedizinischen - Therapie mit berücksichtigt werden müssen, wenn

die Behandlung nachhaltig wirksam sein soll. Auch bei chronischen posttraumatischen Kopfschmerzen überformen möglicherweise Verhaltensfaktoren das Leiden, in welchem Falle Betroffene vom Aufenthalt in unserem Haus profitieren können. Patienten mit zervikogenen Kopfschmerzen werden sinnvollerweise orthopädisch behandelt. Allerdings wird diese Diagnose nachweislich oft fälschlicherweise gestellt – anstelle von Migräne bzw. Kopfschmerz vom Spannungstyp, so dass auf Grund sorgfältiger Diagnostik entschieden werden muss, ob psychosomatische Rehabilitation indiziert ist oder nicht.

2.1.1 Migräne

Migräne gilt heute als eine vorübergehende Funktionsstörung des Gehirns und insofern als eine neurologische Erkrankung. Sie besteht in meist starken bis sehr starken, wiederkehrenden Schmerzattacken, die in der Regel von Störungen des vegetativen Nervensystems (Übelkeit, Erbrechen, Licht- und Lärmempfindlichkeit) begleitet sind. Den Schmerzattacken können auch verschiedene neurologische Symptome vorausgehen – sogenannte Aurasymptome. Demgemäß unterscheiden die Experten die Migräne ohne Aura von der Migräne mit Aura.

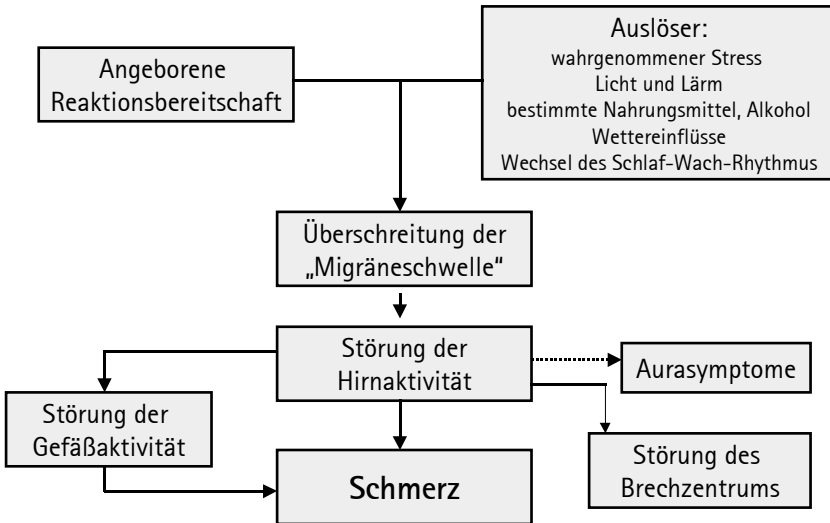


Abbildung 1: Verhaltensmedizinisches Erklärungsmodell der Migräne

Abbildung 1 zeigt ein vereinfachtes verhaltensmedizinisches Erklärungsmodell dieser Störung. Man geht davon aus, dass bei Migränikern eine angeborene Bereitschaft vorliegt, in bestimmten Auslösesituationen mit Attacken zu reagieren. Dass es eine angeborene Seite gibt, belegt die familiäre Häufung des Leidens. Wenn bei Menschen mit angeborener Reaktionsbereitschaft einer der aufgeführten inneren oder äußeren Auslöser wirksam ist – meist ist es wahrgenommener Stress –, wird die sogenannte Migräneschwelle überschritten, und es kommt zu einer Störung der Hirnaktivität, d.h., es läuft eine Kette von physiologischen und biochemischen Reaktionen ab, die von

außen nur schwer zu beeinflussen ist. Auf der einen Seite sind es diese Störungen der Gehirnaktivität selbst, die einen Teil des Migräneschmerzes ausmachen. Wichtiger zur Erklärung der Schmerzen sind aber die Störungen der Gefäßaktivität. Es kommt an den Kopfgefäßen vorübergehend zu entzündlichen Vorgängen, was die pochende Qualität der Schmerzen verständlich werden lässt.

2.1.2 Kopfschmerz vom Spannungstyp

Kopfschmerz vom Spannungstyp („Spannungskopfschmerz“) gilt als weit weniger „spektakulär“ als Migräne. Er ist auch meist nicht so stark wie diese und schränkt Arbeitsleistung und soziale Aktivitäten nicht so sehr ein. In der Regel ist er gemeint, wenn jemand sagt, er habe „Kopfweg“. Wer unter Kopfschmerz vom Spannungstyp leidet, charakterisiert diesen oft als einen vom Nacken beidseitig aufsteigenden leichten bis mäßig starken Schmerz bzw. ein Spannungs- und Druckgefühl, das den Kopf „wie ein Stahlband“ oder „wie ein Helm“ oder „wie ein Schraubstock“ einschnürt oder das „wie ein schweres Gewicht“ auf dem Kopf liegt. Auch beim Kopfschmerz vom Spannungstyp werden zwei Unterformen unterschieden: episodischer und chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp. Diese Differenzierung leitet sich hauptsächlich aus der Häufigkeit der Kopfschmerzphasen ab. Wenn ein Patient an weniger als 15 Tagen im Monat Schmerzen hat, spricht man von episodischem, hat er an 15 oder mehr Tagen im Monat Schmerzen, von chronischem Kopfschmerz vom Spannungstyp. Beim Kopfschmerz vom Spannungstyp können Störungen der Muskulatur im Kopfbereich (der „perikranialen Muskulatur“) vorliegen oder nicht - und dies wird vom Arzt in der Diagnose festgehalten.

Abbildung 2 fasst zusammen, wie aus verhaltensmedizinischer Sicht Kopfschmerz vom Spannungstyp zu erklären ist.

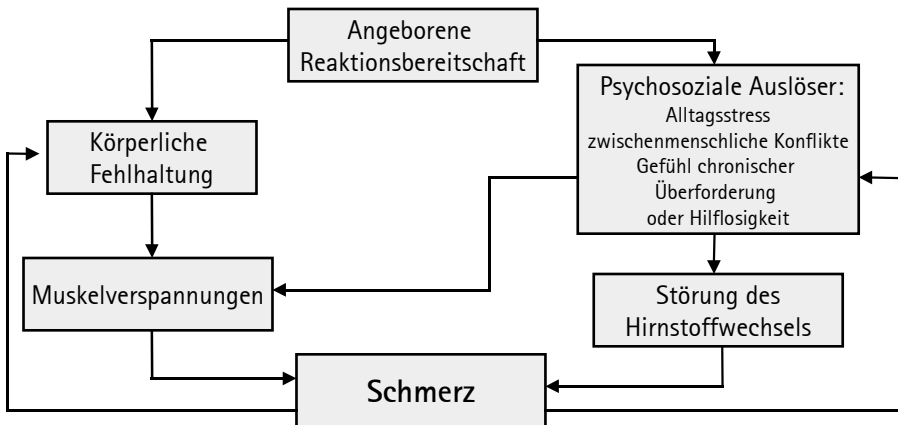


Abbildung 2: Verhaltensmedizinisches Erklärungsmodell für Kopfschmerz vom Spannungstyp

Auch für Kopfschmerz vom Spannungstyp gibt es ein vererbtes Risiko, also eine angeborene Reaktionsbereitschaft, wenn ungünstige Bedingungen auftreten (Belastung, Überforderung, Hilflosigkeit). Für Schmerzen durch Muskelverspannungen gibt es zwei mögliche Ursachen: einseitige körperliche Beanspruchung (körperliche Fehlhaltungen), z.B. bei der Arbeit, aber auch seelische Anforderungen. Ständiger äußerer Druck und innere Anspannung führen dazu, dass man auf einer körperlichen Ebene automatisch alle Muskeln anspannt. Dauerstress,

ständige Belastungen und Überforderungen verändern darüber hinaus den Hirnstoffwechsel. Die Schmerzschwellen im Gehirn sinken, d.h. das Gehirn reagiert empfindlicher auf Schmerzreize aller Art. Auf der Seite des Erlebens führen Dauerbelastungen meist auch zu Nervosität und Angst, Selbstzweifeln, negativen Gedanken, Stimmungsschwankungen, Antriebs- und Konzentrationsstörungen und zu einer großen Zahl weiterer Beschwerden.

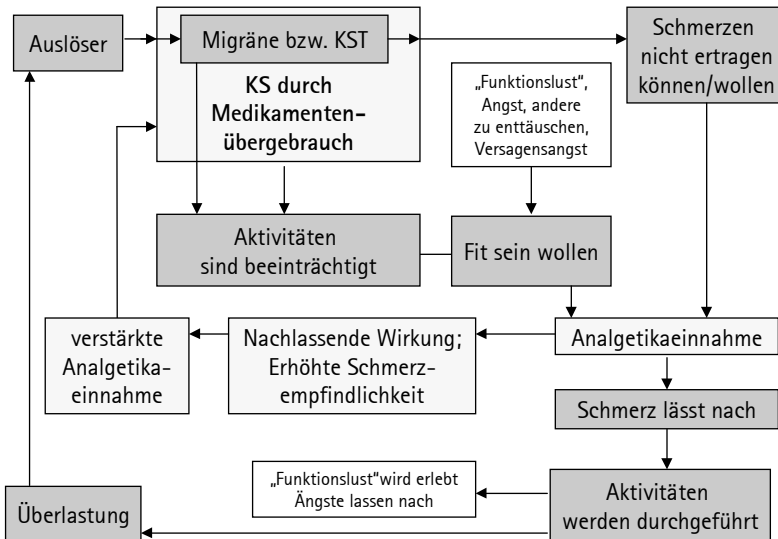
2.1.3 Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch²

Regelmäßige Schmerzmitteleinnahme kann ihrerseits Kopfschmerzen zur Folge haben, wenn der bekämpfte Schmerz seinerseits ein primärer Kopfschmerz (Migräne oder Kopfschmerz vom Spannungstyp) ist. Die Gründe dafür sind nicht geklärt. Man vermutet bei den Kopfschmerzpatienten eine Disposition, auf Grund deren die Schmerzmittel die Erregbarkeit zentraler Schmerzrezeptoren erhöhen. Rückenschmerzpatienten entwickeln jedenfalls bei übermäßiger Schmerzmitteleinnahme keinen Kopfschmerz! Kopfschmerz bei Übergebrauch welcher Medikamente auch immer ist zunächst einmal definiert durch diese Kriterien:

- Der Kopfschmerz besteht an mindestens 15 Tagen im Monat.
- Er hat sich während des Medikamentengebrauchs entwickelt oder verschlechtert.
- Nach Absetzen der Medikation verschwindet er bzw. kehrt er innerhalb von zwei Monaten zu seinem früheren Auftretensmuster zurück.

² Dieser Begriff der 2. Auflage der IHS-Klassifikation ist neu – und gewöhnungsbedürftig. Bisher war die Rede von „medikamentenbedingtem / medikamenteninduziertem Kopfschmerz“ bzw. von „Kopfschmerz durch Medikamentenmissbrauch“.

Je nach Substanzklasse und Einnahmehäufigkeit entstehen nach Intensität und Qualität unterschiedliche Kopfschmerzen. So können bei regelmäßiger Einnahme von analgetischen Monosubstanzen (z.B. Aspirin, Paracetamol) an mindestens fünfzehn Tagen im Monat über wenigstens drei Monate hinweg bilaterale, drückende / einengende Kopfschmerzen leichter oder mittlerer Intensität entstehen. Die Einnahme von *Triptanen* hingegen kann bereits bei regelmäßiger Einnahme an mindestens zehn Tagen im Monat über drei Monate hinweg oder länger vornehmlich einseitige, pulsierende Schmerzen mittlerer bis starker Intensität bewirken, die sich bei körperlicher Aktivität



verstärken und mit Übelkeit, Erbrechen, Phono- und Photophobie verknüpft sein können. Abbildung 3 veranschaulicht die Wechselwirkungen zwischen Kopfschmerzen, Medikamenteneinnahme und Verhaltensaspekten.

Abbildung 3: Erklärungsmodell für Kopfschmerzen durch Medikamenten-
übergebrauch

Am Anfang der Entwicklung von Kopfschmerzen durch Medikamentenübergebrauch stehen in der Regel entweder Migräneattacken oder Episoden von Kopfschmerzen vom Spannungstyp. Der Hauptgrund für die Einnahme von Analgetika sind natürlich die Schmerzen selbst. Der Patient kann und / oder will sie nicht ertragen und erwartet sich von den Medikamenten Abhilfe. Darüberhinaus beeinträchtigen Kopfschmerzen den Patienten in seinen gegenwärtigen oder geplanten Aktivitäten – er kann sich z.B. kaum noch auf seine Arbeit am Computerbildschirm konzentrieren, oder er befürchtet, dass er einen bevorstehenden Besuch im Theater, auf den er sich schon lange freut, nicht wird genießen können. Aber er will fit sein, und dies ist ein zweiter wichtiger Grund, weshalb Analgetika eingenommen werden.

Ein Patient kann aus ganz unterschiedlichen Motiven fit sein wollen: Was er gerade tut oder zu tun beabsichtigt, bereitet ihm so viel Vergnügen oder gibt ihm so viel Bestätigung, dass er nicht darauf verzichten möchte – in der Fachsprache: Die „Funktionslust“ treibt ihn an. Möglicherweise möchte er aber auch fit bleiben, weil er Angst hat, andere Menschen zu enttäuschen oder vor sich selbst als Versager dazustehen, wenn er „schon wieder“ ausfällt. Analgetika versprechen in beiden Fällen Abhilfe: bei der Linderung der Schmerzen und bei Aufhebung von Aktivitätsbeeinträchtigungen. Wenn dies nur ab und zu so geschieht, ist nichts dagegen einzuwenden. Es besteht aber die Gefahr, dass das Problem durch die Einnahme von Analgetika nur scheinbar gelöst wird. Wenn Kopfschmerzen wieder und wieder auftreten, lässt die Wirkung der Analgetika nach, die Schmerzempfindlichkeit nimmt zu und nur eine verstärkte Einnahme von Analgetika führt zum erwünschten Er-

folg. Und wenn schließlich Analgetika häufiger als 10 bis 15 Mal im Monat eingenommen werden, verursachen sie ihrerseits Kopfschmerzen, welche die ursprüngliche Migräne bzw. den Kopfschmerz vom Spannungstyp überlagern. Auch das Immerfit-sein-Wollen hat seinen Preis. Vor allen Dingen im Leistungsbereich kann ein Patient in einen weiteren Teufelskreis geraten. Wenn er Kopfschmerzen als eine Reaktion auf Überforderung entwickelt und die Kopfschmerzen mit Analgetika „wegmacht“, um sich gewissermaßen weiter überfordern zu können, dann ist die Entstehung eines zusätzlichen Kopfschmerzes durch Medikamentenübergebrauch nur eine Frage der Zeit.

2.1.4 Kopfschmerz, der auf psychische / psychosomatische („psychiatrische“) Störungen zurückzuführen ist

Die IHS hat diese Kategorie Kopfschmerzen erstmals in der zweiten Auflage ihrer Klassifikation (2003) vorgesehen und damit psychiatrischen Störungen als möglicher Kopfschmerzursache ein starkes Gewicht verliehen. Danach sind „psychiatrische Kopfschmerzen“ *sekundäre* (!) Kopfschmerzen, und sie werden immer dann diagnostiziert, wenn ein Kopfschmerz *aus-schließlich* im Zusammenhang mit einer psychiatrischen Störung auftritt oder sich bei deren Auftreten verschlechtert. Als psychiatrische Störungen, bei denen dies der Fall sein kann, werden genannt: Somatisierungsstörung, psychotische Störung und depressive Episoden (Major Depression), Angststörung, undifferenzierte somatoforme Störung, soziale Phobie, emotionale Störung mit Trennungsangst und posttraumatische Belastungsstörung. Es ist also eine umfassende psychiatrische Diagnostik vorzunehmen. Die Störungsmodelle und die Therapie müssen sich in erster Linie auf die jeweilige psychiatrische Grunderkrankung beziehen. Ob damit auch die korrespondieren

Kopfschmerzen ausreichend behandelt sind, muss im Einzelfall entschieden werden.

2.1.5 Posttraumatischer Kopfschmerz

Kopfverletzungen können Kopfschmerzen im Gefolge haben. Von chronischem posttraumatischen Kopfschmerzen (PK) spricht man, wenn der Schmerz innerhalb von 7 Tagen nach der Verletzung auftritt und länger als 12 Wochen anhält. Dies ist bei circa einem Drittel der Patienten mit akutem PK der Fall. Vom Erscheinungsbild her ist der chronische PK höchst variabel, und er kann mit einer Vielzahl von Begleitstörungen einhergehen, vor allem mit Schwindel, Schlafstörungen und Depressivität, aber auch mit rascher Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Gedächtnisverlust, Ängstlichkeit, Frösteln etc., kurz: mit einem neurasthenischen Syndrom. Chronischer PK und diese Begleitstörungen (neurasthenisches Syndrom) führen im beruflichen und privaten Bereich oftmals zu einem allgemeinen Leistungsabfall. Nicht vergessen werden darf, dass ein körperliches Trauma auch eine psychische Traumatisierung, im Extremfall sogar eine posttraumatische Belastungsstörung im Gefolge haben kann. Eine diagnostische Einordnung ist insbesondere dann schwierig, wenn - wie so oft nach Traumata - Schuldfragen oder Entschädigungsbegehren (Schmerzensgeld oder Berentung) aktuell werden. Die beschriebene Komplexität des Geschehens ist mitunter Anlass, uns Verhaltensmediziner in die Diagnostik und Therapie einzubeziehen.

2.2 Unspezifische Rückenschmerzen

Rückenschmerzen sind eine zunehmend häufiger auftretende Erkrankung. Es wird geschätzt, dass gegenwärtig ca. 85% der deutschen Bevölkerung mindestens einmal im Leben akute Rückenschmerzen erlebt. Bei den meisten verschwinden die Schmerzen wieder innerhalb von sechs bis acht Wochen; bei ca

10% werden sie zum chronischen Leiden. In Deutschland sind 15% aller Arbeitsunfähigkeitstage durch Rückenschmerzen bedingt. Die mittlere Arbeitsausfalldauer liegt dabei sechs Tage über dem Gesamtdurchschnitt von 15 Tagen. Die direkten und indirekten Kosten von Rückenschmerzen sind erheblich: Nach einer Studie von Schwartz et al. (1998) auf der Basis von Daten einer Krankenkasse beliefen sich die Ausgaben für Rückenbeschwerden in Deutschland 1994 auf 9,4 Mrd. DM für *direkte* Kosten und auf 21,7 Mrd. DM für *indirekte* Kosten. Nicht verwunderlich bedingt die „chronische Phase“ die höchsten Kosten: Williams et al. (1998) konnten anhand der Analyse von Krankenversicherungsdaten von 520 Arbeitern feststellen, dass ca. 20% der Betroffenen mehr als 60% der Gesamtbehandlungskosten verursachten, wobei insbesondere diagnostische Maßnahmen zu Buche schlugen.

Die meisten Menschen nehmen an, dass beim Auftreten von Rückenschmerzen auch ein Schaden an der Wirbelsäule oder der Bandscheiben vorliegt. Bei 70 % aller Patienten allerdings kann keine solche Ursache gefunden werden. Die Rückenschmerzen sind bei ihnen *unspezifisch*, d. h. durch Fehlhaltungen, muskuläre Schwäche und Verkrampfung oder Überlastung der Bandscheiben, Bänder und Gelenke bedingt. Auch Menschen ohne Rückenschmerzen haben im Übrigen Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule und der Bandscheiben - je älter, desto häufiger. Aus dem Ausmaß solcher Verschleißerscheinungen lässt sich kaum etwas über das Vorliegen von Rückenschmerzen ableiten. Es ist also selbst bei nachgewiesenen Verschleißerscheinungen keinesfalls gerechtfertigt, mit schlechten Zukunftsaussichten zu rechnen.

Die Tatsache, dass Orthopäden oder andere Ärzte mit den ihnen zur Verfügung stehenden bildgebenden Verfahren keine organisch nachweisbare Ursache für die Beschwerden finden, führt bei den Patienten oft zu dem Glauben, dass ihre Beschwerden

nicht ernstgenommen werden, oder sie fürchten sogar den Vorwurf, sie würden sich die Schmerzen nur einbilden. Als Psychosomatiker wissen wir aber, dass auch Rückenschmerzen ohne Befund sehr heftig und quälend sein können.

Die Hauptursache der Entstehung akuter Rückenschmerzen ist mangelnde Bewegung (s. Abbildung 4). Bewegungsmangel führt zu Verkürzung und Kraftlosigkeit der Rückenmuskulatur, die Gelenke werden steif und unbeweglich. Insgesamt ist die Belastbarkeit der Gelenke eingeschränkt. Wenn dann durch eine ungewohnte Bewegung oder Belastung in einem Gelenk ein Reizzustand entsteht, erlebt der Betroffene Schmerz

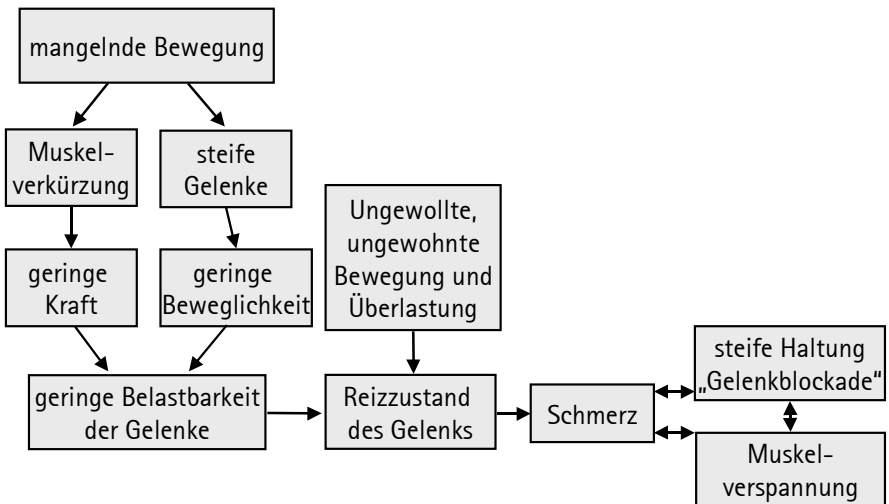


Abbildung 4: Angenommene Ursachen akuter unspezifischer Rückenschmerzen

auf den er reflexhaft mit Muskelverspannungen reagiert. Diese äußern sich in der Regel auch als steife Haltung.

Ob aber ein solcher akuter Schmerz chronifiziert oder nicht, hängt überwiegend davon ab, wie der Patient mit ihm umgeht (s. auch Kapitel 1). Chronischer Schmerz kann entstehen, wenn der Patient so tut, als wäre nichts, sich zum Durchhalten auffordert und dadurch den Reizzustand verschlimmert. Er kann aber auch entstehen, wenn sich der Patient aus der Angst heraus, sich zu schaden, kaum mehr bewegt, wodurch also der Bewegungsmangel nicht nur Ursache, sondern nun auch zu einer Folge des Schmerzes wird: ein Teufelskreis. Nach unseren Beobachtungen gibt es auch häufig eine Kombination dieser ungünstigen Umgangsweisen mit dem akuten Schmerz.

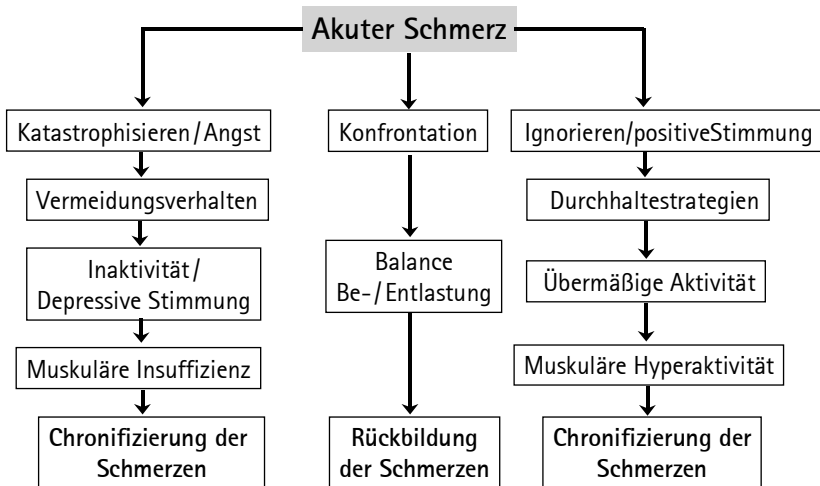


Abbildung 5: Günstige und ungünstige Bewältigungsstrategien bei akutem Schmerz (nach Hasenbring, 1993)

Zunächst versuchen die Patienten, den Schmerz zu ignorieren - und wenn er sich dann nicht mehr ausblenden lässt, fallen sie

in das andere Extrem und trauen sich kaum noch vom Fleck (s. Abbildung 5).

Es hat sich inzwischen als unumstrittene Erkenntnis erwiesen, dass in der Behandlung unspezifischer Rückenschmerzen einerseits die ungünstigen Bewältigungsstrategien zentrales Thema sein müssen, andererseits die Verbesserung der Funktionstüchtigkeit des Haltungs- und Bewegungsapparats, insbesondere die Kräftigung der Rückenmuskulatur. Diese beiden Bereiche sind eng verzahnt. Oft hindert die Bewegungsangst den Patienten, sich den physiotherapeutischen Maßnahmen zu stellen. Sie hat mitunter die Qualität einer regelrechten Angststörung und muss dann als solche behandelt werden (s.a. Pfingsten und Hildebrandt, 2004).

2.3 Fibromyalgiesyndrom

Das Fibromyalgiesyndrom ist definiert als Muskelschmerz, der mindestens drei Monate besteht und der von den Patienten in den oberen und unteren Extremitäten, in der rechten und linken Körperhälfte, in der Wirbelsäule und /oder der vorderen Thoraxwand lokalisiert wird (zu Einzelheiten siehe, Gaab und Cleare, 2003). Charakteristisch für diese Erkrankung ist, dass Untersuchungen mit leichtem Druck des Fingers an bestimmten Punkten – meistens sind es die Muskelansatzpunkte am Skelett – für den Patienten schmerzhaft sind (Tender Points). Im Gegensatz zu der erhöhten Muskelaktivität beim Rückenschmerz findet sich bei den Fibromyalgie-Patienten eher eine herabgesetzte Muskelspannung. Auch der Blutdruck ist erniedrigt, die Hautleitfähigkeit hingegen erhöht. Nach länger anhaltender Erkrankung entwickeln die Patienten neuropsychologische Defizite im Bereich der Konzentration und Merkfähigkeit, sehr oft auch depressive Symptome in Form von allgemeiner Müdigkeit, Antriebsstörung, Lustlosigkeit und gedrückter Stimmung. Angststörungen sind ebenfalls häufig. Insgesamt erfüllen 90 %

aller Patienten mit Fibromyalgie gleichzeitig die Kriterien für mindestens eine psychische Störung. Im Hirnstoffwechsel lassen sich Veränderungen beobachten (erhöhte ACTH- und erniedrigte CRF- und Cortisol-Ausschüttung), und die zentralnervöse Schmerzverarbeitung ist gestört. Diese Veränderungen können auch als Folge anhaltender psychischer Belastungen gesehen werden.

Ca. 2 % der Bevölkerung leiden unter einem Fibromyalgie-Syndrom, das Geschlechterverhältnis beträgt 9 Frauen : 1 Mann. Häufig werden Fibromyalgie-Patienten als sehr leistungsorientiert und perfektionistisch beschrieben. Sie stellen in allen Bereichen hohe Anforderungen an sich und neigen dazu, sich völlig zu verausgaben („Workaholics“). Des Weiteren finden sich bei diesen Patienten in Kindheit und Jugend gehäuft belastende Lebensereignisse. Die eigentliche Symptomatik entsteht häufig relativ plötzlich im Rahmen einer ausgeprägten seelischen Belastung oder auch einer körperlichen Erkrankung (z.B. einer Trennung vom Partner oder einer schweren Infektion). Die Patienten bemühen sich dann lange Zeit, sich mit aller Kraft gegen die Symptomatik „aufzubäumen“, überfordern sich damit erneut und sind dann häufig wegen des Misserfolgs enttäuscht, resignieren und sorgen sich, körperlich schwer krank zu sein. In der Folge beginnen sie, sich übermäßig zu schonen, sich körperlich kaum mehr zu belasten und sich sozial zurückzuziehen. Wenn eine Depression nicht schon anfänglich vorlag, dann entwickelt sie sich leicht unter solchen Bedingungen.

3 Effektivität des multidisziplinären Ansatzes

Weder die Niedergelassenen noch die Akutkliniken können für Schmerzpatienten ein spezifisches Behandlungsprogramm vorhalten, denn sie sind in der Regel von ihrer Ausbildung und Ausstattung her nicht auf Schmerzbehandlung spezialisiert. Außerdem ist ihr Versorgungsangebot in der Regel einseitig auf

somatische, v.a. medikamentöse Behandlung ausgerichtet. Durch die Betreuung in multidisziplinären Spezialeinrichtungen mit ausgebildeten Schmerztherapeuten können chronische Schmerzleiden, Schmerzmitteleinnahme und Inaktivität, Arbeits- und Leistungsfähigkeit und direkte Kosten für Krankenhausaufenthalte günstig beeinflusst werden – was inzwischen empirisch vielfach in eindrucksvoller Weise belegt wurde (vgl. die Meta-Analyse von Flor et al., 1992; Basler & Turk, 1997). Die Internationale Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (IASP = International Association for the Study of Pain) betrachtet die multidisziplinäre Diagnostik und Therapie der Patienten als Selbstverständlichkeit: „Die Task Force ist stark der Idee verpflichtet, dass ein multidisziplinärer Diagnose- und Behandlungsansatz für Patienten mit chronischen Schmerzen welchen Ursprungs auch immer die bevorzugte Methode der Gesundheitsversorgung ist ... Die Frage muss gestellt werden, ob Schmerztherapie-Einrichtungen, die *nicht* multidisziplinär arbeiten, überhaupt existieren sollten“ (zitiert nach Frettlöh & Kröner-Herwig, 2003, Übersetzung d.V.).

In der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim ist ein interdisziplinäres und multimodales Vorgehen in der Tat selbstverständlich:

4 Therapieansatz der Psychosomatischen Fachklinik

4.1 Überblick über Standard- und störungsspezifische Angebote

Der Therapieansatz für Patienten mit chronischen Schmerzstörungen ist dem für Patienten mit anderen psychischen und psychosomatischen Störungen hinsichtlich seiner biopsychoso-

zialen (verhaltensmedizinischen) Grundausrichtung und der Zusammensetzung aus verschiedenen Bausteinen vergleichbar. Der Patient wird bei der Diagnosestellung und bei der Therapie als Gesamtperson mit Problemen auf körperlicher, seelischer und/ oder sozialer Ebene betrachtet. Hier zunächst die Angebote, die für alle Patienten verbindlich sind, ihnen mit individueller Indikationsstellung verordnet werden bzw. an denen sie wahlweise / auf Empfehlung des Therapeuten teilnehmen können:

Standardangebote für alle Patienten

Obligatorisch:

- Ärztliche Aufnahmeuntersuchung und allgemeinärztliche Weiterbetreuung
- Einzelgespräche mit der Bezugstherapeutin / dem Bezugstherapeuten

- Gruppenpsychotherapie (Psychosomatikgruppe oder Problemlösegruppe)
- Entspannungstraining nach Jacobson

Mit individueller Indikationsstellung:

- Hausinterne und externe konsiliarische medizinische Diagnostik
(hausintern: Innere Medizin, Gynäkologie, Neurologie, Psychiatrie)
- Medikamentenmanagement
- Training sozialer Kompetenzen
- Psychoedukation in Großgruppen zu den Störungsbildern
Depression, Angst, Persönlichkeitsstörungen
- Störungsspezifische Gruppen für Zwänge, Anorexie/Bulimie, Adipositas, posttraumatische Belastungsstörung
- Spezielle Angebote für Jugendliche / junge Erwachsene sowie ältere Patienten
- Paar- und Familiengespräche
- Teamsport, Sportgruppe „Fit ab 45“, Zirkeltraining, Wassergymnastik, Rückenschule, Atemgruppe, Körperwahrnehmungsgruppe, Energiegruppe
- Krankengymnastische Einzelbehandlung
- Soziotherapeutische Betreuung
- ergotherapeutische Betreuung
- Hausinterne oder externe berufliche Belastungserprobung
- Ernährungsberatung

Optional:

- Psychoedukative Informationsveranstaltung über sozialmedizinische Aspekte der psychosomatischen Rehabilitation
- Ergotherapie in den offenen Werkstätten

➤ Freizeitsport

Da bei Patienten mit chronischen Schmerzen doppelt so häufig wie bei Patienten mit anderer Hauptbehandlungsdiagnose Fragen der beruflichen Leistungsfähigkeit zur Diskussion stehen, nimmt diese Patientengruppe auch öfter an Angeboten teil, die sich speziell darauf beziehen: an der soziotherapeutischen Einzelbetreuung, an beruflichen Belastungstrainings und an der psychoedukativen Informationsveranstaltung über sozialmedizinische Aspekte. Wegen ihrer starken Tendenz zum Über- oder Fehlgebrauch von Medikamenten (v.a. von Analgetika) ist aus dem obligatorischen Standardangebot bei Schmerzpatienten außerdem Medikamentenmanagement ein überdurchschnittlich häufiges Therapieelement.

Störungsspezifische Angebote für chronische Schmerzpatienten:

Für alle Patienten mit chronischen Schmerzstörungen als Hauptbehandlungsdiagnose wird die

➤ Psychologische Schmerzgruppe angeboten.

Mit individueller Indikationsstellung nehmen Schmerzpatienten an folgenden störungsspezifischen Maßnahmen teil:

- Funktionelles Muskelaufbautraining (für Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen)
- EMG-Biofeedbacktraining / Handerwärmungstraining (autogenes Feedbacktraining)
- Feldenkraisgruppe

4.2 Medikamentenmanagement und störungsspezifische Angebote bei Schmerzpatienten

Wir beschreiben nachfolgend die störungsspezifischen Angebote und das Medikamentenmanagement mit seinen Besonderheiten bei Schmerzpatienten.

4.2.1 Medikamentenmanagement

Eine sorgfältige Auswahl der Schmerzmittel ist eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Der ständig wechselnde Gebrauch verschiedener Mittel in unterschiedlichen Dosierungen ist meist eher schädlich als hilfreich. Die Zusammenstellung der Medikation hängt von Art und Häufigkeit der Schmerzen ab. Bei eher seltenem Auftreten von Migräne oder episodischem Kopfschmerz vom Spannungstyp ist zum Beispiel die Einnahme von Analgetika unproblematisch. Treten Kopfschmerzen jedoch sehr häufig auf, ist eine „vorbeugende“ Dauermedikation von Beta-Blockern (Migräne) bzw. Antidepressiva (chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp) ratsam, um der Entstehung eines Kopfschmerzes durch den Übergebrauch von Analgetika zu verhindern. Bei anderen mehr oder weniger täglich auftretenden, starken Schmerzen (Rückenschmerzen, Fibromyalgie) ist vor allem darauf zu achten, dass die Einnahme der Medikamente nicht bei Bedarf erfolgt, sondern nach einem festen Zeitplan. Dadurch wird verhindert, dass die Schmerzmittelkonzentration im Körper zwischenzeitlich zu niedrig wird. Schmerzspitzen werden „gekappt“, der Schmerzmittelbedarf sinkt.

Nur kurzfristig empfehlenswert sind muskelentspannende Medikamente, da sie alle verwandt sind mit den schnell zur Abhängigkeit und damit zu Wirkungsverlust führenden Tranquillizern vom Benzodiazepintyp. Eine wichtige Ergänzung zu den Schmerzmitteln sind die sogenannten Antidepressiva, die nicht nur die Stimmung verbessern können, sondern auch direkt die

Schmerzwahrnehmung sowohl im Rückenmark als auch im Gehirn günstig beeinflussen. Sie haben zusätzlich auch eine schlafanstoßende und beruhigende Wirkung und sind oft in viel geringeren Dosen als bei der Antidepressionsbehandlung wirksam. Morphine sind nur zur Behandlung schwerster und stark beeinträchtigender körperlich bedingter Schmerzen vorbehalten.

Eventuell kann im Rahmen der intensivierten Psycho- bzw. Physiotherapie auch eine Erhöhung der Schmerzmitteldosierung angezeigt sein. Es ist sicherlich nicht sinnvoll, sich unter großem Leiden durch die Therapie zu zwingen. Im Rahmen eines Muskelaufbautrainings (s. Kap. 4.2.3) kann es bei manchen Patienten von vornherein sinnvoll sein, bereits vor dem Training eine Schmerzmedikation zu verabreichen, damit sie die Anfangshürden leichter nehmen.

Falls ein eindeutiger Schmerzmittelübergebrauch besteht, ist ein Absetzen dieser Medikation indiziert. Manche - nicht alle - Patienten sehen sich dann zwar zunächst mit verstärkten Schmerzen konfrontiert, diese können aber durch die vorübergehende Gabe von Antidepressiva und Neuroleptika, die ihrerseits nicht mit der Gefahr von Missbrauch oder Abhängigkeit verbunden ist, gemildert werden. Bei Tranquilizern und Morphinen ist ein abruptes Absetzen falsch, da dies zu heftigen Entzugerscheinungen führt. Hier ist ein langsamer und kontinuierlicher Abbau der Medikation notwendig.

4.2.2 Psychologische Schmerzgruppe

Die Schmerzgruppe wird von uns fortlaufend angeboten. Die Themen wiederholen sich alle vier Wochen. Die Wochenprogramme sind voneinander unabhängig verständlich. In jeder Woche gibt es zunächst eine Veranstaltung von 1 ½ Stunden Dauer mit einem Vortrag durch einen Leitenden Mitarbeiter der Klinik und anschließender praktischer Einübung einer Schmerz-

bewältigungsstrategie. Die zweite Veranstaltung in der Woche wird durch einen Mitarbeiter aus der Co-Therapie durchgeführt und besteht im Wesentlichen in der vertiefenden Praxis der in derselben Woche bereits vorgestellten Schmerzbewältigungsstrategie. Die Themen der Vorträge befassen sich mit den Hauptproblemen und häufigsten Schmerzstörungen, die Patienten in die psychosomatische Rehabilitation führen. Die praktizierten Übungen zur Schmerzbewältigung sind in ihrer Wirksamkeit evidenzbasiert. Der Ablauf ist in Tabelle 1 zusammengestellt.

Woche A: Teil 1	Vortrag „Psychobiologie“: Physiologische und psychophysiologische Grundlagen der Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung: zentrale und periphere Schmerzmechanismen und ihre Auslösbarkeit durch körperliche und seelische Faktoren. Absteigende Hemmung. Schmerzgedächtnis. Akuter und chronischer Schmerz. Gelernter Schmerz. Schmerzbewältigungsübung
Woche A: Teil 2	Film „Schmerz – Chronik einer Krankheit“ mit anschließender Diskussion
Woche B: Teil 1	Vortrag „Kopfschmerz“: Migräne, Spannungskopfschmerz, Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch, Kopfschmerz zurückzuführen auf psychiatrische Störungen Schmerzbewältigungsübung
Woche B: Teil 2	Schmerzbewältigungsübung
Woche C: Teil 1	Vortrag „Rückenschmerz“: Unspezifische Rückenschmerzen. Schmerzverarbeitung und Schmerzchronifizierung. Beziehung zwischen Befund und Befinden. Übung: Der „schmerzbezogene Sprechchor“ zur erlebnisaktivierenden Veranschaulichung der Bedeutung der Gedanken bei der Schmerzbewältigung.
Woche C:	Schmerzbewältigungsübung

Teil 2	
Woche D: Teil 1	Vortrag „ <i>Fibromyalgie</i> “ und Vortrag „ <i>Entspannung und Achtsamkeit</i> “: Vorstellung bewährter Entspannungsverfahren und des Konzepts der Achtsamkeit. Probleme beim Üben und der Umgang mit ihnen. Schmerzbewältigungsübung
Woche D: Teil 2	Schmerzbewältigungsübung

Tabelle 1: Programm der Schmerzgruppe

4.2.3 Medizinische Trainingstherapie (Margit Ehrhardt)

Praktische Erfahrungen und wissenschaftliche Studien zeigen, dass ungünstige gedankliche und emotionale Verarbeitung von Rückenschmerzen häufig zu erlebter körperlicher Beeinträchtigung und der Überzeugung führt, dass Bewegungsaktivitäten "schädlich" sein und mit vermehrtem Schmerz einhergehen könnten. Folglich zeigen chronische Rückenschmerzpatienten nicht selten eine Schonhaltung, die langfristig zur Verschlechterung ihres körperlichen Zustandes (Nachlassen von Beweglichkeit, Koordination und Ausdauer) beiträgt. Körperlichen Fehlhaltungen auf Grund der Schmerzzustände und Vermeidung von aktiver Bewegung bewirken, dass sich die Rückenmuskulatur zurückbildet bzw. an bestimmten Stellen chronisch verspannt ist und es zu muskulären Dysbalancen (z.B. ausgeprägten Seitenunterschieden) kommen kann, die ihrerseits einen schmerzverstärkenden Effekt haben, der die Bewegungsangst weiter aufrecht erhält –erneut ein folgenschwerer Teufelskreis! Begleiterscheinungen sind – beispielsweise bei vormals sportlich aktiven Menschen – sozialer Rückzug und depressive Verstimmungen, da diese ihren früher gerne ausgeübten Freizeitaktivitäten nicht mehr nachgehen können.

Im Rahmen unserer multimodalen Therapie spielt von daher neben einem differenzierten sporttherapeutischen Programm ein gezieltes Aufbautraining für die Rückenmuskulatur, die Medizinische Trainingstherapie, eine zentrale Rolle. Die therapeutischen Maßnahmen wurden aus den Trainingswissenschaften abgeleitet für die Rehabilitation von Rückenschmerzpatienten weiterentwickelt (Hildebrand & Pfingsten, 1996).

In unserer Klinik werden Patienten mit BWS- und LWS-Beschwerdebild nach einer gründlichen medizinischen Aufnahmeuntersuchung zur Diagnostik ihrer Rumpfmuskulatur in unserer Sport-Abteilung angemeldet: Mittels einer computer-

gestützten isometrischen Maximalkraftmessung wird von der betreuenden Krankengymnastin/Sporttherapeutin ein „Profil“ der muskulären Ausgangslage des einzelnen Patienten erstellt, mit einer Referenzstichprobe verglichen und graphisch veranschaulicht. Der Patient kann hieraus ersehen, wo seine Defizite liegen und welche Trainingsmaßnahmen zur Veränderung ungünstiger Kraftverhältnisse erforderlich sind. Entsprechend wird ein individueller Trainingsplan für jeden Patienten entwickelt. Die Trainingseinheiten werden zweimal wöchentlich in Kleingruppen mit maximal vier Patienten an speziell hierfür konzipierten Rücken-Trainingsgeräten durchgeführt, die ein dynamisches Krafttraining der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur ermöglichen. Individuelle Ausgleichs- und Dehnübungen runden das Training ab.

Nach Ende des therapeutisch begleiteten, mehrwöchigen Trainings findet erneut eine isometrische Maximalkraftmessung / Abschlusssdiagnostik statt. Die erzielten Trainingsfortschritte können so -optisch veranschaulicht - mit dem Patienten besprochen und weiterführende Maßnahmen nach der Entlassung am Wohnort geplant werden.

Zusätzlich wählt der Rückenschmerzpatient gemeinsam mit seinem Therapeuten aus, an welchen weiteren sporttherapeutischen Veranstaltungen (z.B. Wassergymnastik, Rückenschule, Teamsport oder „Fit ab 45“, Zirkeltraining, Walking usw.) er während der stationären Therapie regelmäßig teilnimmt. Ziel dieser Maßnahmen ist - neben einem umfassenden körperlichen Trainingsaufbau und dem Erlangen von Fitness- eine Veränderung psychologischer Variablen wie verbesserte Körperwahrnehmung, realistische Einschätzung der körperlichen Belastbarkeit, sowie Abbau von Bewegungsängsten und Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartungen - Faktoren, die nicht zuletzt durch den positiven Kontakt in einer bewegungstherapeu-

tischen Gruppe zu einer verbesserten Stimmungslage beitragen können.

4.2.4 Biofeedback

Beim **Biofeedbackversuch** werden körperliche Vorgänge, die der Patient selbst kaum oder gar nicht wahrnehmen kann, mit Hilfe von elektronischen Geräten für Auge, Ohr oder Tastsinn wahrnehmbar gemacht und dem Patienten unmittelbar zurückgemeldet. Dazu wird der körperliche Prozess mit einem geeigneten Messfühler registriert und im Biofeedbackgerät in ein Rückmeldesignal übersetzt, das in seiner Ausprägung dem körperlichen Vorgang entspricht. Der Therapeut misst z.B. mit aufgeklebten Oberflächen-Messfühlern (Elektroden) die elektrische Aktivität der oberen Rückenmuskulatur eines Patienten (das Elektromyogramm, kurz EMG) und meldet die Muskelspannung als Kurve auf einem Bildschirm oder als Ton zurück, dessen Höhe die Intensität der Muskelspannung genau abbildet. Die Aufgabe des Patienten besteht darin, den körperlichen Prozess, durch die Rückmeldung geleitet, willkürlich zu kontrollieren. Wenn ihm die Kontrolle mit Hilfe des Geräts gelingt, soll er sie auch ohne Rückmeldung auszuüben versuchen. Selbst wenn man bis heute nicht genau weiß, wieso das so ist: Man findet immer wieder, dass Patienten bei einiger Übung mit Biofeedback selbst solche Körperprozesse unter Kontrolle bringen können, die mit den körpereigenen Rezeptoren („Messfühlern“) überhaupt nicht wahrnehmbar sind.

Biofeedbacktherapie ist eine verhaltenstherapeutische Methode, bei welcher der Patient systematisch und wiederholt Biofeedback erhält mit dem Ziel, seine körperlichen Beschwerden abzubauen. Biofeedbacktherapie hat sich als wirksame Behandlungsmethode erwiesen bei Patienten mit

- Migräne: zurückgemeldet werden entweder die Handtemperatur (Handerwärmungstraining); die Handtemperatur in

Verbindung mit formelhaftem Vorsatzbildungen aus dem Autogenen Training (autogenes Feedbacktraining) oder die Muskelspannung an der Stirn (EMG-Biofeedbacktraining);

- Kopfschmerz vom Spannungstyp: zurückgemeldet wird die Aktivität verspannter Muskelgruppen im Kopf- und Nackenbereich (EMG-Biofeedbacktraining);
- Unspezifische Rückenschmerzen: zurückgemeldet wird die Aktivität verspannter WS-naher Muskelgruppen (EMG-Biofeedbacktraining).

Ob Biofeedbacktherapie sinnvoll ist, entscheiden Therapeut und Patient auf der Grundlage des gesamten Behandlungsplans. Der Behandlungsablauf besteht üblicherweise aus 6 bis 10 Sitzungen mit jeweils mehreren Übungseinheiten. Geübt wird zunächst im Entspannungsstuhl, dann mit stufenweise gesteigerter körperlicher und psychischer Belastung bzw. Beanspruchung und schließlich immer häufiger ohne unmittelbare Rückmeldung durch das Gerät.

Mit Biofeedbacktherapie lassen sich zwei Ziele verfolgen:

1. Der Patient versucht, mit Hilfe von Biofeedback sein allgemeines körperliches und seelisches Anspannungs- bzw. Erregungsniveau zu senken. Biofeedback dient hierbei also dazu, die Entspannungsfähigkeit zu verbessern, wie das auch durch Jacobson's Progressive Muskelrelaxation oder durch Autogenes Training geschieht. Meist wird hierbei ein Körperprozess zurückgemeldet, der das allgemeine Anspannungsniveau gut repräsentiert, z.B. die Atmung. Ob ein Patient eher von einem Entspannungstraining mit oder ohne Geräteunterstützung profitiert, ist schwer vorherzusagen und oft eine Sache der persönlichen Vorlieben. Dem einen Patienten ist es angenehm, sich von den objektiven Messungen eines Geräts leiten zu lassen, dem anderen widerstrebt genau dies.

2. Der Patient lernt mit Hilfe von Biofeedback, den körperlichen Vorgang zu kontrollieren, dessen Fehlregulation für seine Beschwerden mitverantwortlich ist. Folgerichtig wird jeweils der körperliche Vorgang gemessen, in dem sich die Fehlregulation abspielt. Der Patient mit verspannungsbedingten Schmerzen im Rücken lernt, die Aktivität der Rückenmuskeln zu beeinflussen, die für den Schmerz verantwortlich zu sein scheint. Die Patientin mit Migräne lernt die Handtemperatur zu kontrollieren, die auch im schmerzfreien Intervall oft zu niedrig ist. Sie ist zu niedrig infolge von Verengung der peripheren Gefäße – einer typischen Reaktion von Migränikern auf körperliche und seelische Belastungen.

4.2.5 Feldenkraistraining (Barbara Schuster)

Die von Moshe Feldenkrais entwickelte Methode nutzt Bewegung als elementare menschliche Tätigkeit, um Selbst-Bewusstheit und das neuromuskuläre Selbstbild eines Menschen zu erweitern. Ziel ist es, Beweglichkeit und Bewegungskoordination weiterzuentwickeln und das organische, somatische Lernen und somit eine Revision dysfunktionaler motorischer Anteile zu ermöglichen. Diese Art des Lernens entsteht durch einen Explorationsprozess, eine allmähliche Annäherung an eine als angenehmer empfundene Lösung. Muskuloskelettale Schmerzen werden als Ausdruck von Aktionsmustern gesehen, die emotionale, biomechanische, neurochemische und andere Komponenten verkörpern. Viele Haltungs- und Bewegungsprobleme sind an verhaltensmäßige Gewohnheiten geknüpft, einschließlich kognitiver, motorischer, Umwelt- und Wahrnehmungsaspekte. In dem Maß, in dem sich die Fähigkeit, Aufmerksamkeit auf die eigenen Körperempfindungen zu richten, entwickelt und Anstrengung reduziert wird, entsteht mehr Qualität, Flexibilität und Wohlbefinden. Die Feldenkraisgruppe wird über insgesamt vier Wochen als geschlossene Gruppe mit

zwei 1 ½ stündigen Terminen in der Woche angeboten. Je nach körperlicher Situation der TeilnehmerInnen gehen die Bewegungslektionen von der Rücken-, Seiten- oder Bauchlage aus, beginnend und abschließend mit einem Körpercheck. In einer der Gruppenstunden gestalten die TeilnehmerInnen Körperskulpturen aus Ton.

4.2.6 Vortrag „Reha oder Rente?“

Patienten mit chronischen Schmerzen tun sich mit dem Angebot einer stationären psychosomatischen Rehabilitation oft schwer. Dies einerseits, weil sie befürchten, dass man ihnen die Schmerzen nicht glaubt, und weil für sie die Vorstellung befremdlich ist, dass für die ja als körperlich wahrgenommenen Schmerzen auch seelische Faktoren verantwortlich sein könnten. Andererseits weil bei ihnen viel häufiger als bei Patienten mit anderen Störungen eine sozialmedizinische Problematik der Hauptgrund für die Zuweisung zur stationären Reha-Maßnahme darstellt. Nach bisherigen Untersuchungen steht die Reha-Maßnahme bei einem laufenden Rentenverfahren unter einem schlechten Stern. Meist wird das bei diesen Patienten vergleichsweise schlechtere Ergebnis der stationären Rehabilitation ausschließlich als Konsequenz des „Rentenbegehrens“ der Patienten verstanden. Allerdings mangelt es bislang in den Reha-Einrichtungen an spezifischen Angeboten für Patienten mit vorrangig sozialmedizinischer Problematik. Wir haben deshalb eine Behandlungseinheit mit dem Schwerpunkt auf sozialmedizinischen Problemen erarbeitet, die sich bei Schmerzpatienten bereits bewährt hat und mittlerweile allen interessierten Patienten zugänglich ist. Ziel dieses Therapiebausteines ist es, den Patienten die Vorgänge und Hintergründe der sozialmedizinischen Leistungseinschätzung, wie sie in unserem Hause erfolgt, transparent zu machen und dadurch die

motivationale Basis zur Teilnahme an den anderen Reha-Angeboten zu verbessern.

Die Behandlungseinheit hat drei Bausteine.

- Vortrag: Definitionen wichtiger sozialmedizinischer Begriffe, Informationen über den typischen Zuweisungskontext bei Antragstellung auf vorzeitige Berentung, Aufgaben einer Reha-Klinik, Klärung häufiger Irrtümer über Rehabilitation und Rente, Darstellung typischer Beziehungskonflikte bei der Begutachtung chronischer Schmerzpatienten
- Videopräsentation: Verlauf der stationären Rehabilitation in unserem Hause mit Schwerpunkt auf der Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungseinschätzung
- Interaktives Lernen an Hand von schriftlichen, anonymisierten Fallbeispielen.

5 Literatur

Basler, H.D. & Turk, D. (1997). Brauchen wir multidisziplinäre Schmerzzentren? *Psychomed* 9, 21-25.

Bischoff, C. (1995). Biofeedback. *Psychotherapeut*, 40, S. 179-187.

Bischoff, C. & Traue, H.C. (2004). Kopfschmerzen. Fortschritte der Psychotherapie (Hrsg.: D. Schulte, K. Grawe, K. Hahlweg & D. Vaitl), Band 22. Göttingen: Hogrefe.

Bischoff, C., v.Pein, A., Rommel, C., Schultze, H. & Wipplinger, W. (1999). Die psychoedukative Schmerzbewältigungsgruppe - ein Therapiebaustein in der stationären verhaltensmedizinischen Rehabilitation von Patienten mit chronischen Schmerzen. *Praxis - Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 48, 40-46.

Bischoff, C., Zenz, H. & Traue, H.C. (2003). Kopfschmerz. In: Th. von Uexküll (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin*, 6. Auflage (817-834). München: Urban & Fischer.

Flor, H., Fydrich, T & Turk, D.C. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain* 49, 221-230.

Frettlöh, J., Maier, C., Gockel, H. & Hüppe, M. (2003). Validität des Mainzer Schmerzstadienmodells der Schmerzchronifizierung bei unterschiedlichen Schmerzdiagnosen. *Der Schmerz*, 17, 240-251.

Gaab, J. & Cleare, A. (2003). Fibromyalgie und chronisches Erschöpfungssyndrom. In: U. Ehlert (Hrsg.), *Verhaltensmedizin* (471-495). Berlin: Springer.

Hildebrand, J., Pflingsten, M., Franz, C., Seeger, D., Sauer, P. (1996). Das Göttinger Rücken-Intensiv-Programm (GRIP), Teil 1: Ergebnisse im Überblick. *Der Schmerz*, 10: 190-203

Pflingsten, M. & Hildebrandt, J. (2004). Rückenschmerzen. In: H.-d. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig & H.-P. Rehfisch (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie*, 5. Auflage (395-414). Berlin: Springer.

Schultze, H., Bischoff, C., v. Pein, A., Czikkely, M. und Limbacher, K. (2003). Stationäre psychosomatische Rehabilitation bei Patienten mit chronischem Schmerz: Evaluation einer psychoedukativen sozialmedizinischen Gruppenintervention. *Verhaltenstherapie*, Supplement zu Band 13, 45.

Wilhelm, M. (2004). Therapieerfolge chronischer RückenschmerzpatientInnen in der Medizinischen Trainingstherapie im Rahmen der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Diplomarbeit Universität Koblenz-Landau, unveröffentlicht.

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

Heft 1 – Indikation zur stationären Therapie

Heft 2 – Angststörungen

Heft 3 – Zwangsstörungen

Heft 4 – Psychogene Essstörungen

Heft 5 – Somatoforme Störungen

Heft 6 – Chronischer Kopfschmerz

Heft 7 – Biofeedbacktherapie

Heft 8 – Psychosomatische Behandlung bei
Jugendlichen

Heft 9 – Psychosomatik gynäkologischer
Störungsbilder

Heft 10 – Die Aufmerksamkeitsdefizit/
Hyperaktivitätsstörung des Jugend
und Erwachsenenalters

Heft 11 – Sexuelle Traumatisierungen

Heft 12 – Persönlichkeitsstörungen

Heft 13 – Depression

Heft 14 – Chronischer Schmerz

ISSN 1432-5845