

Martina Hartmann

Behandlung chronischer Schmerzsyndrome

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	Seite 5
Was ist chronischer Schmerz?	Seite 5
2. Diagnostische Einordnung und Erklärungsansätze der häufigsten Schmerzsyndrome	Seite 7
Rückenschmerzen	Seite 7
Kopfschmerzen	Seite 10
3. Grundlegende therapeutische Prinzipien der Schmerzbehandlung	Seite 13
4. Therapieziele	Seite 16
5. Zusammenfassung der spezifischen Methoden	Seite 18
Psychotherapeutische Einzeltherapie	Seite 18
Psychotherapeutische Gruppentherapie	Seite 18
Entspannungstraining	Seite 18
6. Literatur	Seite 20

Behandlung chronischer Schmerzsyndrome

1. Einleitung

Was ist chronischer Schmerz?

Das Erleben **akuten Schmerzes** ist eine fast tägliche Erfahrung. Akut bedeutet, der Schmerz dauert Sekunden bis maximal Wochen und ist in der Regel an erkennbare Auslöser gekoppelt. Der Wegfall des Auslösers (z. B. schädigende äußere Reize oder Entzündungen im Körper) geht in diesem Fall auch mit dem Ende des Schmerzerlebens einher. Von **chronischem Schmerz** spricht man hingegen dann, wenn der Schmerz über diese übliche Zeit von einigen Wochen bis 3 Monaten hinaus andauert. Dabei werden mit dem Begriff „chronischer Schmerz“ sowohl anhaltende wie aber auch wiederkehrende Schmerzen – etwa anfallsartig auftretende – Migräne bezeichnet.

Chronischen Schmerzkrankheiten geht zwar meist ein akutes Schmerzstadium voraus (z. B. Verletzungen, Erkrankungen), **im Verlauf unterscheiden sich beide allerdings grundsätzlich.**

Beim chronischen Schmerz liegt eine enge Kopplung mit eindeutig bestimmbar schädigenden Faktoren häufig nicht vor oder wenn sich eine schmerzbezogene Schädigung identifizieren lässt, so ist diese in der Regel nicht einfach behebbar (z. B. bei rheumatischen oder degenerativen Erkrankungen) oder steht in einer nicht proportionalen Beziehung zur berichteten Schmerzintensität oder Schmerzlokalisierung.

Während bei akutem Schmerz die körperlich-vegetativen Symptome wie Schwitzen, Herzrasen und schnelle Atmung im Vordergrund stehen und kurzfristig Angst auftreten kann, sind die körperlichen und psychischen Reaktionen auf chronischen Schmerz aufgrund seiner langen Dauer und seiner schlechten Lokalisierbarkeit deutlich ausgeprägter. So reagieren Menschen auf lang andauernden chronischen Schmerz häufig mit Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Sorgen und Depression sowie mit Schlafstörungen, Appetitverlust, sozialem Rückzug und einem Verlust der Lebensqualität aufgrund deutlicher Funktionseinschränkungen.

Die Chronifizierung des Schmerzes definiert sich somit nicht nur über das eingangs genannte Zeitkriterium, sondern auch durch seine genannten psychischen, sozialen und beruflichen Folgen (Fehltage, Umschulung, Berentung) sowie die Anzahl der Behandlungsversuche.

2. Diagnostische Einordnung und Erklärungsansätze der häufigsten Schmerzsyndrome

Rückenschmerzen

Etwa 80 % der in Deutschland lebenden Bevölkerung leidet einmal in ihrem Leben unter akuten **Rückenschmerzen**. Sie dauern in den meisten Fällen nicht länger als einige Tage oder Wochen an und meistens führen einfache Maßnahmen wie kurzfristige körperliche Entlastung, Krankengymnastik und Medikamente zu einer wirksamen Linderung oder Beseitigung dieser Schmerzen. In nur etwa 10 % der Fälle bleiben die Schmerzen von Beginn an therapieresistent.

Langfristig leiden etwa 60 % der anfangs Betroffenen unter immer wiederkehrenden und in 35 % der Fälle auch chronisch werdenden Rückenschmerzen. Dabei werden schmerzfreie Phasen zunehmend kürzer, die Beschwerden zunehmend intensiver und quälender. Oft gehen sie mit einer deutlichen Bewegungseinschränkung im Alltag mit frühzeitigem Austritt aus dem Arbeitsleben und psychischer Belastung einher.

Faktoren, die zur Chronifizierung (d. h. zur Aufrechterhaltung) von Rückenschmerzen beitragen, sind nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht nur in dem Ausmaß der organischen Schädigung anzusiedeln, sondern auch im Verhalten, Denken und Fühlen der betroffenen Person.

So führen andauernde mechanische Belastungen wie die Einnahme von Zwangshaltungen, schweres Heben, Tragen sowie starke Vibrationen zu einer erhöhten Anspannung der Rückenmuskulatur und damit einhergehend zu einer Belastung der kleinen Wirbelgelenke

sowie zu einem erhöhten Druck der zwischen den einzelnen Wirbelkörpern gelegenen Bandscheiben. Darüber hinaus können auch andauernde psychische Belastungen im Alltag zu einer erhöhten Anspannung der Rückenmuskulatur führen. Diese geht wiederum mit einer mangelnden flexiblen Körperhaltung einher, die ihrerseits die muskuläre Verspannung erneut verstärkt bis hin zu einer schmerzbedingten Bewegungseinschränkung. Infolge von schmerzbedingten Bewegungseinschränkungen kommt es zu Bewegungsangst, die häufig die Vermeidung körperlicher aber auch sozialer Aktivitäten nach sich zieht, wodurch einerseits körperliche Stabilität und Muskelkraft verloren geht, aber auch Möglichkeiten eingeschränkt werden, angenehme Aktivitäten zu erleben, die Freude und Ablenkung bringen.

Im Zuge anhaltender Schmerzsymptomatiken kommt es auch zu Überzeugungen oder automatischen Gedanken, die das Verhalten, wie jemand auf einen Schmerz reagiert, beeinflussen. Diese automatischen Gedanken sind sehr eng mit dem Erleben, d. h. mit den Gefühlen verbunden.

So führen Gedanken des Katastrophisierens („Was soll ich nur tun, wenn die Schmerzen jetzt wieder schlimmer werden?“) zu Anspannung, Nervosität und Angst.

Das Empfinden einer Behinderung dagegen kann entstehen, wenn die Durchführung von Alltagsaktivitäten eingeschränkt ist („Das mir die Schmerzen schon wieder jetzt dazwischen kommen müssen.“).

Dies geht meist mit Ärger und gereizter Stimmung einher.

Gedanken der Hilf- und Hoffnungslosigkeit („Ich habe das Gefühl, die Schmerzen gehen überhaupt nicht mehr weg.“) führen dagegen zu einer niedergeschlagenen oder traurigen Stimmung.

Angst, Niedergeschlagenheit, Ärger oder gereizte Stimmung sind somit ebenfalls Quellen für muskuläre Anspannung, die unmittelbar einen Teufelskreis aus Schmerz, Muskelverspannung und noch stärkerem Schmerz aufrecht erhalten.

Aber auch Gedanken, mit denen Schmerzbeschwerden eher bagatellisiert werden („Ach, das ist schon nicht so schlimm.“) oder der Durchhalteapell („Wichtig ist, dass ich mich jetzt nicht gehen lasse.“), können zu einer Chronifizierung von Rückenschmerzen führen. In diesem Fall werden Rückenschmerzen, die oft ein Signal dafür sind, dass eine ungünstige Körperhaltung zu lange eingenommen wurde oder eine Überforderung besteht, übergangen. Dieser innere Aufruf zum Durchhalten führt zu einer vermehrten Anstrengung und damit zu einer erhöhten muskulären Anspannung, die den Teufelskreis Schmerz – Muskelanspannung – verstärkter Schmerz aufrecht erhält.

Zu den häufigsten ungünstigen Verhaltensweisen im Umgang mit Schmerzen zählen deshalb die so genannten „Durchhaltestrategien“, d. h. die Tendenz auch bei stärkeren oder stärksten Schmerzen „die Zähne zusammen zu beißen“ und eine einmal angefangene Arbeit um jeden Preis zu Ende zu bringen. Diese Verhaltensweisen führen häufig zu Überforderung und Erschöpfung, die dann, wenn es eigentlich viel zu spät ist, eine Ruhepause erzwingen, die jedoch selten als Erholung empfunden werden. Im Gegenteil wird in diesen erzwungenen Ruhepausen der Schmerz noch stärker wahrgenommen, was oft zu quälenden Gedanken über mögliche Ursachen des Schmerzes mit Hoffnungslosigkeit, Niedergeschlagenheit, Angst oder Ärger einhergeht. Aus diesem unangenehmen Zustand heraus

wird dann irgendeine Aktivität aufgenommen, um von den belastenden Gefühlen und dem Schmerz abzulenken. Jedoch erzeugt gerade diese Aktivität, bei einer bereits sehr stark angespannten Muskulatur, sehr schnell wieder weitere Schmerzen.

Kopfschmerzen

71,4 % der Bundesbürger leiden zumindest zeitweise unter **Kopfschmerzen**; 20 % von diesen erleben die Kopfschmerzen als so stark, dass sie einen Arzt aufsuchen. Nur ca. 5 % der Kopfschmerzen gehen auf eine organische Grunderkrankung, z. B. hoher Blutdruck oder Verschleißerscheinungen der Halswirbelsäule, zurück. Die meisten Menschen, die von Kopfschmerzen geplagt werden, haben **Migräne** (ca. 28 % der Bundesbürger) oder **Spannungskopfschmerzen** (ca. 38 %).

Migräne ist ein anfallsartiges Kopfschmerzleiden. Die Schmerzen sind üblicherweise einseitig, sehr stark in ihrer Intensität, pulsierend in der Qualität und meist von Übelkeit oder Erbrechen begleitet. Vor und während dem Anfall können zahlreiche andere neurologische Symptome auftreten. Die Beschwerden bei der Migräne gehen v. a. auf eine vorübergehende Übererregung bestimmter Hirngebiete zurück, die zunächst in eine Verengung, dann in eine Erweiterung der großen Hirngefäße einmündet.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die Ursache der Migräne eine angeborene Veranlagung ist, die das Nervensystem auf bestimmte Reize besonders empfindlich reagieren lässt. Diese auslösenden Reize oder auch Triggerfaktoren für die Anfälle können körperliche und psychische Belastungen sein, bioklimatische Veränderungen,

körperliche Anstrengung, bestimmte Nahrungsmittel und Alkoholika, Veränderungen im Schlaf-Wach-Rhythmus, hormonelle Veränderungen während der Menstruation oder des Klimakteriums. Hauptauslöser sind allerdings psychische Belastungen, die der Patient nicht erfolgreich bewältigen kann. Nicht selten entspringen die psychischen Belastungen überhöhten Leistungsansprüchen der Patienten an sich selbst. Jedoch kommt es selten während einer Belastung zur Attacke, sondern erst wenn der Stress nachlässt, also in der Erholungsphase.

Sehr häufig ist die so genannte Wochenendmigräne. Übermäßige körperliche Belastung bei der Arbeit oder beim Sport kann ebenfalls zum Migräneanfall führen, dagegen ist regelmäßig betriebener Ausdauersport wie z. B. Radfahren, Schwimmen, Laufen ein bewährtes Mittel zur Vorbeugung. Migräne (aber auch andere Kopfschmerzen) auslösend können ebenfalls bestimmte Inhaltsstoffe in Nahrungsmitteln (z. B. Käse, Schokolade, Zitrusfrüchten oder Natriumglutamat in chinesischen Gerichten) wirken.

Spannungskopfschmerz (Kopfschmerz vom Spannungstyp) tritt in der Regel beidseitig auf. Er ist in seiner Qualität drückend bis spannend, weniger intensiv als Migräne und auch nicht von Erbrechen begleitet. Anfang und Ende der Kopfschmerzen sind nicht so klar markiert. Leidet ein Patient an weniger als der Hälfte der Tage im Jahr unter dieser Kopfschmerzform, so spricht man von episodischem Spannungskopfschmerz, leidet er an mehr als der Hälfte der Tage eines Jahres, von chronischem Spannungskopfschmerz.

Außerdem wird beim Spannungskopfschmerz danach geschaut, ob der Patient auffällig verspannte oder schmerzempfindliche Muskeln in der

Kopf- und Nackenregion hat oder nicht. Spannungskopfschmerzen sind wahrscheinlich die subjektive Seite von vorübergehenden Veränderungen des Hirnstoffwechsels, die ihrerseits eine erhöhte Empfindlichkeit der Schmerzfasern im Kopf- und Nackenbereich bedingen. Es gibt Hinweise, dass am Schmerzgeschehen auch Verspannungen der Muskulatur in dieser Körperregion beteiligt sind.

Die Auslöser der Schmerzen sind überwiegend seelischer Natur. Viele Menschen entwickeln Spannungskopfschmerz, wenn sie sich hilflos und deprimiert fühlen oder massiven Anforderungen von außen ausgesetzt sehen, die sie nur unter Aufbietung aller Kräfte bewältigen können.

Aber auch stundenlanges Sitzen in einer falschen Haltung kann dazu führen, dass sich die Nackenmuskulatur verkrampft und ein Spannungskopfschmerz ausgelöst wird. Weitere mögliche Auslösefaktoren sind Arbeiten bei schlechtem Licht, zu wenig Schlaf, zu hoher Nikotinverbrauch und Störungen des Kauapparates.

Zum chronischen Problem werden Kopfschmerzen oftmals durch die übermäßige Einnahme von Schmerzmitteln, da diese ihrerseits Kopfschmerzen verursachen können – einen diffusen Dauerkopfschmerz, der sich wie ein chronischer Spannungskopfschmerz „anfühlt“. Die Einnahme von Analgetika mag dem Patienten zwar weiterhin eine gewisse Erleichterung verschaffen, mittel- und langfristig erhöht sie aber die Wahrscheinlichkeit, dass er schon bei kleinen Belastungen Kopfschmerzen bekommt.

3. Grundlegende therapeutische Prinzipien der Schmerzbehandlung

Schmerzpatienten tun sich meist schwer, den Einfluss psychischer Faktoren als Mitverursacher oder aufrecht erhaltende Faktoren ihrer Schmerzen für möglich zu halten und gehen in der Mehrzahl erst einmal davon aus, dass eine körperliche Erkrankung vorliegen muss. Fühlen sie sich in ihrem organmedizinischen Störungsmodell nicht ernst genommen oder kann eine schwerwiegende körperliche Erkrankung nicht nachgewiesen werden, reagieren sie mit Hilflosigkeit und Arztwechsel. Eine ausführliche Edukation der Schmerzpatienten, die sowohl körperliche Gegebenheiten (wie z. B. eine angeborene erhöhte Reizempfindlichkeit bei Migräne oder der Einfluss der Muskelspannung auf Kopf- oder Rückenschmerzen) als auch psychische Einflussfaktoren auf das chronische Schmerzgeschehen beinhaltet, ist deshalb die Grundlage des nachfolgenden therapeutischen Handelns.

Dabei werden ausgehend von einem allgemeinen theoretischen Modell zur Schmerzauslösung und -aufrechterhaltung individuell für jeden Patienten die biologischen, psychischen und sozialen Merkmale des aktuellen Schmerzverhaltens und -erlebens erhoben und zu einem bio-psycho-sozialen Schmerzmodell zusammengefasst. In diesem auf den einzelnen Patienten zugeschnittenen Schmerzmodell werden die aktuellen Erlebens- und Empfindungsstile zusammengestellt, auf ihre Schmerzrelevanz geprüft und ggf. in Veränderungspläne überführt.

Die Auswertung der in diesem Zusammenhang geführten Schmerzprotokolle schärft die Wahrnehmung für kritische, d. h. Schmerz aus-

lösende Situationen. Die Analyse dieser Protokolle ergibt auch Anhaltspunkte dafür, wie der Patient diesen kritischen Situationen künftig angemessener begegnen kann und welche Fertigkeiten er eventuell noch aufbauen müsste, um noch besser auf die Grenzen seiner Belastbarkeit zu achten oder sich selbstsicherer im Umgang mit anderen zu verhalten. Dazu ist es allerdings notwendig, dass bereits erste leichtere Schmerzen in ihrer Signalfunktion für Belastungen erkannt und ernst genommen werden. Zudem kann anhand eines Schmerzprotokolls geprüft werden, ob bestimmte Schmerzreduzierende Verhaltensweisen ausreichend angewandt werden, z. B. ob im Alltag ein rhythmischer Wechsel zwischen körperlicher Anspannung und Entspannung verwirklicht wird.

Werden zwischenmenschliche (psychosoziale) Belastungen als Auslöser für eine Schmerzverstärkung erkannt ist es notwendig, ganz gezielt nach Lösungsmöglichkeiten für diese belastenden Situationen zu suchen. Hierbei können ein so genanntes Problemlöseschema sowie unterstützende Gespräche mit Freunden oder nahen Verwandten und Angehörigen helfen. Des Weiteren ist eine systematische Beobachtung der Gedanken und Verhaltensweisen in Schmerzsituationen sinnvoll. Gerade die negative Bewertung eines Schmerzeignisses im Sinne eines Katastrophisierens oder die Bewertung des Schmerzes als Behinderung lösen depressive Gefühle und eine ängstliche Beobachtung der Schmerzsymptomatik aus, die das Fortbestehen der Schmerzsymptomatik fördert. Das Ersetzen solch ungünstiger schmerzbezogener Gedanken durch gesundheitsfördernde Gedanken ist ein weiterer wichtiger therapeutischer Schritt. Dabei sollen die Patienten lernen, bereits leichtere Schmerzen frühzeitig wahrzunehmen und wirksame Strategien der Be-

wältigung frühzeitig einzuleiten, ohne die Schmerzsymptomatik jedoch ängstlich überzubewerten.

Als wirksame Strategien in diesem Zusammenhang haben sich Entspannungstechniken (im Wesentlichen die progressive Muskelentspannung nach Jacobsen PMR) sowie Ablenkung auf äußere Reize, innere Ablenkung durch positiv besetzte innere Bilder, Distanzierungstechniken und die Umbewertung des Schmerzreizes erwiesen. Auch das rechtzeitige Einleiten von kleineren Ruhe- und Entspannungspausen im Alltag sowie die rechtzeitige und zeitkontingente Schmerzmitteleinnahme sind als probate Schmerzbewältigungsstrategien anzusehen. Darüber hinaus ist die Förderung genussvoller Aktivitäten sowie die Förderung sozialer Kompetenzen zur Äußerung und Durchsetzung eigener Wünsche und Bedürfnisse sehr sinnvoll.

Als wesentliches therapeutisches Prinzip bei der Behandlung von chronischen Schmerzen ist allerdings die Zusammenarbeit aller an der Schmerzbehandlung beteiligten Personen (Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten) zu benennen, da nur eine interdisziplinäre Behandlung zum Erfolg führen kann.

4. Therapieziele

Die Sicherung der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit des Patienten sowie der Abbau der gesundheitlichen Beeinträchtigungen stehen bei der Behandlung der Schmerzpatienten im Vordergrund.

Das Erreichen folgender therapeutischer Ziele wird dabei angestrebt:

1. Entwicklung eines ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Schmerzmodells, insbesondere die Veränderung des individuellen Schmerzmodells von einem rein somatischen Störungsmodell, das mit Unkontrollierbarkeit verbunden ist, hin zu einem psychosomatischen Störungsmodell mit Aufzeigen von Kontrollmöglichkeiten
2. Ermittlung der Schmerz aufrecht erhaltenden Faktoren, insbesondere Schmerz auslösende Situationen und Verhaltensweisen im Sinne von Chronifizierungsfaktoren, die die Schmerzstörung aufrecht erhalten
3. Erarbeitung und Einüben von alternativen Verhaltensweisen, insbesondere Abbau von Durchhaltestrategien durch die Einführung kleiner Pausen in den Alltagsablauf oder Abbau von übermäßigem Schon- und Vermeidungsverhalten durch kleinschrittigen Aktivitätsaufbau, ausgehend vom bestehenden Funktionsstatus
4. Abbau dysfunktionaler Kognitionen, insbesondere Abbau von Katastrophisierungskognitionen durch gezielte Konfrontation mit dem Schmerz unter gleichzeitigem Einsatz von Schmerzbewältigungstechniken
5. Aufbau positiver Selbstverbalisation und damit Aufbau von Selbstwirksamkeitserfahrungen und -überzeugungen

6. Erlernen von Schmerzbewältigungsstrategien, z. B. Aufmerksamkeitsumlenkung, Entspannung und schmerzinkompatibler Atemtechniken
7. Reduktion von psycho-physiologischer Anspannung insbesondere Muskelspannung durch Erlernen von Entspannungstechniken sowie physiotherapeutische Behandlung zur Durchblutungsförderung
8. Haltungsverbesserung durch Rückenschule und Stärkung der Rückenmuskulatur, z.B. durch Muskelaufbautraining und Wirbelsäulengymnastik
9. Verbesserung des Umgangs mit Schmerzmitteln, insbesondere Abbau der beschwerdekontingenten Schmerzmedikation und Veränderung hin zu einer zeitkontingenten Schmerzmedikation ggf. Reduktion der Schmerzmittel
10. Verbesserung der Stressbewältigungs- und Problemlösefähigkeit durch Stressbewältigungstraining und Problemlösetraining
11. Verbesserung der sozialen Interaktion durch Kommunikationstraining, insbesondere das Erlernen der direkten Bitte um soziale Unterstützung im Rollenspiel
12. Aufbau von als angenehm erlebten Aktivitäten durch Genuss-training

Als oberstes Behandlungsziel ist dabei die Förderung der Selbstkontrolle und Eigenaktivität des Patienten anzusehen, wobei vor allen Dingen die Selbstwahrnehmung als hilflos abgebaut und durch Vertrauen in eigene Fähigkeiten ersetzt werden soll.

5. Zusammenfassung der spezifischen Methoden

1. Psychotherapeutische Einzeltherapie:

Schmerzdiagnostik:

Verhaltensbeobachtung

Analyse dysfunktionaler Kognitionen

Analyse dysfunktionaler Verhaltensweisen

Intervention:

Kognitive Umstrukturierung

Rollenspiel

Verhaltenserprobung

2. Psychotherapeutische Gruppentherapie:

Schmerzbewältigungstraining

Problemlösetraining

Kommunikationstraining

Stressbewältigungstraining

Reizverarbeitungstraining

3. Entspannungstraining

Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen (PMR)

Bio-Feedback-Training (Händerwärmungstraining bei Migräne)

Vasokonstriktionstraining bei Migräne

EMG Bio-Feedback-Training (bei Spannungskopfschmerz und Rückenschmerzen)

Yoga

Atemtherapie

Diese psychotherapeutischen Methoden sind immer gemeinsam mit

medizinischer Schmerzbehandlung:

medikamentöse Schmerzbehandlung

ggf. Akupunktur

therapeutische Lokalanästhesie

transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)

manuelle Therapie/Chirotherapie usw.

und sporttherapeutischen Methoden:

Fitnessstraining

Muskelaufbautraining

Ergometertraining

usw.

sowie mit physiotherapeutischen Maßnahmen:

Krankengymnastik

Rückenschule

Wirbelsäulengymnastik

ggf. Massagen

Wärme- und Kälteanwendungen

usw.

durchzuführen.

6. Literatur

- ZENZ, M. & JURNA, I. (Hrsg.) Lehrbuch der Schmerztherapie. Grundlagen, Theorie und Praxis für Aus- und Weiterbildung. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH (1993)
- HASENBRING, M. (1992). Chronifizierung bandscheibenbedingter Schmerzen. Risikofaktoren und gesundheitsförderndes Verhalten. Stuttgart: Schattauer.
- FLOR, H. (1991). Psychobiologie des Schmerzes. Bern: Verlag Hans Huber.
- GERBER, W.D. & HAAG, G. (1982) Migräne. Berlin: Springer.
- GOEBEL, H. (2002). Erfolgreich gegen Kopfschmerz und Migräne. Heidelberg: Springer Verlag.