



Verhaltensmedizinische Ansätze für die Behandlung chronisch Schmerzkranker

Peter Keel

Verhaltensmedizinische Ansätze setzen direkt beim Schmerz und dessen Beeinflussung durch Selbstkontrolltechniken an. Sie beruhen auf nachvollziehbaren wissenschaftlichen Erklärungsmodellen wie der Gate-control-Theorie und physiologischen Stressreaktionen. Ihre Effekte sind messbar und die Effizienz ist nachgewiesen. Die psychologischen Schmerzbewältigungstechniken lassen sich gut in das somatische Behandlungssetting integrieren und mit anderen Therapiemassnahmen kombinieren.

Die Verhaltensmedizin orientiert sich an ganzheitlichen, systemischen Konzepten der Psychosomatik. Krankheitsrelevante biologische und psychosoziale Faktoren sind in Regelkreisen miteinander verknüpft, welche sich gegenseitig beeinflussen.

Sekundäre Effekte wie Schonungsverhalten und Schmerzangst fördern die Persistenz der Beschwerden, wobei dieses Verhalten durch Angehörige und Therapeuten verstärkt werden kann. Neben pathogenen gibt es aber auch protektive Faktoren, zu denen insbesondere das Gefühl der Selbstkontrolle gehört,

welches eine aktive Krankheitsbewältigung begünstigt.

Schmerz- und Stressbewältigungstechniken zielen auf die direkte Veränderung von Einstellungen oder Verhalten ab, um dadurch die Kontrollierbarkeit des Leidens (und des Lebens allgemein) zu verbessern. Diese werden in ein Gesamtkonzept von Informationen und eher somatisch-medizinischen Begleitmassnahmen wie Gymnastik und Entspannungsübungen eingebettet, was ihre Akzeptanz verbessert. Dazu trägt auch bei, dass verhaltensmedizinische Konzepte auf beobachtbarem und messbarem

Editorial

In dieser Ausgabe geben wir Ihnen einen Überblick über die Prinzipien der Verhaltenstherapie bei chronischen Schmerzen. Häufig sind die Patienten skeptisch und wehren sich mehr oder minder unbewusst dagegen, ihren chronischen Schmerzen auch psychische Zusammenhänge beizumessen. Sie wissen oft gar nicht, wie Stress zu Verspannungen und organischen Beschwerden wie Schmerz führen kann. Umfassende Information, einfühlsame Gespräche und das Erlernen von Schmerzbewältigungstechniken können hier wahre Wunder bewirken.

Renate Bonifer

Verhalten und anerkannten pathophysiologischen Grundlagen wie z.B. der Gate-control-Theorie (s. dolor 01.1) aufbauen. Zudem ist ihre Wirksamkeit in kontrollierten Studien vor allem für Kreuzschmerzen, aber auch für Kopfschmerzen und heterogene Gruppen von Schmerzpatienten belegt, wobei oft Methodenkombinationen zur Anwendung kommen.

Es ist jedoch anzumerken, dass bei einem hohen Grad der Chronifizierung und vielfältigen Beschwerden, wie z.B. der Fibromyalgie, die Effizienz jeglicher Therapiemassnahme eher bescheiden ist.

Fehlen klare, behandelbare Ursachen, ist nicht die Schmerzfreiheit

Inhalt

Verhaltensmedizinische Ansätze für die Behandlung chronisch Schmerzkranker; Peter Keel	1
Impressum	3

Physiologische und psychologische Teufelskreise

Die physiologische Antwort auf Stress ist u.a. mit einer Erhöhung des Tonus der Muskulatur verbunden. Übermäßige Dauerspannung kann zu trophischen Veränderungen (Hypoxämie) und Schmerzen führen. Schmerzhaftes Verspannen wird durch einen schlechten Trainingszustand der Muskulatur begünstigt, insbesondere bei Belastung durch konstante Haltearbeit. Schmerzbedingte Schonung fördert den Konditionsverlust und kann so in einen Teufelskreis führen. Entspannungstechniken können den Muskeltonus senken, was anhand von EMG- oder Hauttemperaturableitungen (Biofeedback) nachgewiesen wurde.

Ein paralleler Teufelskreis betrifft die Depressivität als Folge der Schonung. Andauernde Schmerzen und die zunehmenden Schwierigkeiten, den gewohnten Tätigkeiten nachzugehen, wirken für viele Patienten bedrückend, weil es für ihr Selbstwertgefühl wichtig ist, «tüchtig zu sein». Sind sie nicht mehr in der Lage, die gewohnten Leistungen zu erbringen oder gar auf Hilfe anderer angewiesen, fühlen sie sich nutzlos und fürchten, ihren Mitmenschen zur Last zu fallen. Zusätzlich leiden sie unter ihrer Reizbarkeit und misstrauischen Verstimmung. Sie werden unzufrieden mit sich selbst und ziehen sich zurück. Diese depressiven Symptome tragen wiederum dazu bei, dass die Schmerzen intensiver erlebt werden.

das erklärte Ziel, sondern ein besseres Leben mit der Krankheit durch positive Beeinflussung ihres Verlaufs. Durch Schulung und Selbstbeobachtung entdecken die Patienten Faktoren, die eine Zu- oder Abnahme des Schmerzes bewirken. Der Arzt oder Therapeut verlässt dabei die traditionelle Helferrolle und wechselt zu einem partnerschaftlichen Verhältnis, indem er «wie ein Coach am Rande des Spielfelds steht» und Autonomie, Selbstverantwortung und Eigeninitiative der Patienten fördert.

Die Patienten werden sozusagen selbst zu Experten für ihre Krankheit. Damit können auch unrealistische Erwartungen bezüglich Heilung des Leidens abgebaut und Enttäuschung über das Behandlungsergebnis vermieden werden.

Voraussetzung für eine selbsthilfeorientierte Therapie sind ausreichende Informationen über die Krankheit, deren somatische Hintergründe und mögliche Zusammenhänge mit psychosozialen Faktoren.

Dabei kann der Beizug eines entsprechenden Facharztes hilfreich sein, der – je nach betroffenem Organsystem – spezielle Auskünfte geben kann. Beim Colon irritabile ist zudem Diätberatung indiziert, bei Rückenschmerz ergonomische Beratung.

Schmerzkontrolltechniken

Die kognitiven Schmerzkontrolltechniken können anhand der Gatecontrol-Theorie in drei Hauptgruppen eingeteilt werden, die den drei Dimensionen der Schmerzwahrnehmung und Schmerzverarbeitung entsprechen (Tabelle 1).

Die sensorisch-diskriminative Dimension umfasst die eigentliche Schmerzwahrnehmung. Sie kann durch Aufmerksamkeitslenkung beeinflusst werden. Eng damit verknüpft ist die affektiv-motivationale Komponente, welche durch eine Bewertung aufgrund der begleitenden Gefühle und Haltungen die Wahrnehmungsverarbeitung beeinflusst. Die kognitiv-evaluative Dimension schliesst die Beurteilungsvorgänge ein, also die Interpretation der Schmerzen und die resultierenden Verhalten.

Ablenkungsstrategien, kognitive Neubenennung und Verhaltensveränderung sind meist nicht scharf voneinander zu trennen.

Tabelle 1: Dimensionen des Schmerzempfindens

Beispiele pathologischer Denkmuster

Sensorisch-diskriminativ (Wahrnehmung): einseitig, selektiv, verzerrt

Affektiv-motivational (Bewertung, Verarbeitung): generalisierend, pessimistisch, katastrophal

Kognitiv-evaluativ (Beurteilung, Verhalten): passiv, hilflos, abhängig, Fremdkontrolle

Wahrnehmung

Mit Hilfe einer zielgerichteten Phantasie wird die Aufmerksamkeit auf eine andere, angenehme Wahrnehmung gelenkt. Geeignet sind Eindrücke, welche mit möglichst vielen Sinnen intensiv aufgenommen werden.

Ein Beispiel dafür ist die Vorstellung, an einem Strand zu liegen, wobei man sich lebhaft vorstellen sollte, die Wärme der Sonne und des Sands zu spüren, das Rauschen des Meeres zu hören und die Meeresluft zu riechen. Eine andere Phantasie kann sein, eine Frucht (z.B. eine Orange) mit allen ihren Details und der Umgebung vor sich zu sehen, die Frucht zu befühlen, sie zu riechen, sie schliesslich zu essen und sich den Geschmack und

Tabelle 2: Affektiv-motivationale Strategien

«Mach dir keine Sorgen, Sorgen machen hilft nichts.»

«Studiere nicht am Schmerz herum, überlege nur, was du dagegen tun kannst.»

«Du kannst einen Plan machen, wie du mit dem Schmerz zurecht kommen kannst.»

«Du hast eine Vielzahl von Strategien zur Verfügung, die du zum Einsatz bringen kannst.»

Tabelle 3: Beispiel einer kognitiv-evaluativen Strategie

«Mein Nacken schmerzt, ich kann den Kopf kaum drehen, auch beim Liegen tut es weh.»

Ungünstige Reaktionen	Günstige Reaktionen
Es sind schreckliche Schmerzen.	Ich habe wieder diese Schmerzen, es spannt.
Ob ein Nerv eingeklemmt ist?	Ich bin wohl verspannt, weil ich.. (...z.B. habe Angst, zu spät zu kommen...)
Es wird immer schlimmer.	Wenn es mir gelingt, mich zu entspannen, wird der Schmerz erträglicher werden.
Ich muss zum Arzt.	Ein warmes Bad und ein paar Entspannungs- übungen werden helfen.
Ich muss mich schonen.	Ich sollte wieder regelmässig schwimmen gehen.

die Feuchtigkeit im Mund vorzustellen. Solche Phantasien führen gleichzeitig auch zu einer allgemeinen Entspannung, was ihre Wirksamkeit verstärkt. Sie induzieren einen tranceähnlichen Zustand mit Muskelentspannung, Verlangsamung von Atem und Herzschlag sowie Zunahme von peripherer Durchblutung und Darmmotilität.

In einem solchen Entspannungszustand können auch Imaginationen eingesetzt werden, die den Schmerz direkt beeinflussen, sei es als phantasierte Behandlungen (Eis oder Wärme applizieren, Einnahme eines Medikamentes etc.), sei es durch imaginierte Manipulationen des Schmerzes: In der Phantasie wird das schmerzhaft Areal «eingekreist» und eine Mauer oder ein Zaun darum herum gebaut. Diese Umzäunung lässt man dann langsam immer näher zusammenrücken, bis das Schmerzareal nur noch einen kleinen Punkt bildet oder

ganz verschwindet. Solche Vorschläge müssen allerdings vorsichtig eingebracht werden, denn sie könnten bei einigen Patienten den Eindruck erwecken, man glaube, dass sie sich ihre Schmerzen nur einbildeten.

Andere Formen der Aufmerksamkeitslenkung sind Aktivitäten, welche den Betroffenen in ihren Bann ziehen und Freude machen. Die Aktivität selbst sollte auch einen günstigen Effekt auf den Schmerz haben. Sport und Bewegung lenken die Aufmerksamkeit vom Schmerz weg und bekämpfen ihn zugleich.

Verarbeitung

Die affektive Bewertung des Schmerzes und das daraus resultierende Verhalten haben zentrale Bedeutung bei der Chronifizierung von Schmerzen. Vor allem das ängstliche Vermeiden körperlicher Belastung begünstigt diesen Prozess. Um Pessimismus, katastro-

phale Erwartungen, Hilflosigkeit und Depression zu bekämpfen haben sich aktive Bewältigungsstrategien bewährt, die ein Gefühl der Selbstkontrolle vermitteln können. Tabelle 2 zeigt einige mögliche Merksätze, die für die Schmerzkontrolle besonders geeignet sind.

Beurteilung

Die Beurteilung und das resultierende Verhalten werden durch Kenntnisse und Erfahrungen der Patienten stark beeinflusst. Mangelhafte Information der Patienten gibt Anlass zu katastrophalen Befürchtungen, wie die Gefahr einer Lähmung oder das Vorliegen eines bedrohlichen Leidens wie Krebs, welches vom Arzt verheimlicht werde. Irrelevante Befunde (z.B. degenerative Veränderungen oder asymptomatische Diskusprotrusionen) werden oft als Erklärung von Kreuz- oder Nackenschmerzen herangezogen und begünstigen unrealistische Einschätzungen und übermässiges Schonverhalten. Dieses wird u.U. durch Instruktionen in sogenanntem rückengerechten Verhalten oder Verboten von bestimmten Tätigkeiten noch verstärkt.

Um kognitive Fehlinterpretationen zu korrigieren, ist es hilfreich, den Patienten bewusst zu machen, welche Gedanken sie mit ihrem Schmerz verbinden und alternative Beurteilungsmöglichkeiten aufzuzeigen (Tabelle 3). Während sich der Betroffene im ungünstigen Fall

Impressum

Redaktionskommission: Prof. Dr. med. A. Borgeat, Zürich; Prof. Dr. med. U.W. Buettner, Aarau; Dr. med. N. de Stoutz, Ayent; PD Dr. med. M. Felder, Zürich; PD Dr. med. P. Keel, Basel; Prof. Dr. med. dent. S. Palla, Zürich; Verantwortliche Redakteurin: Dr. Renate Bonifer, IMK Institut für Medizin und Kommunikation AG, Basel

Markennamen können warenzeichenrechtlich geschützt sein, auch wenn ein entsprechender Hinweis fehlen sollte. Für die Angaben zu Do-

sierung und Verabreichung von Medikamenten wird keine Gewähr übernommen.

Herausgegeben in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes

Herausg.: Dr. Christian Jäggi, IMK, Basel
Verlag: IMK Institut für Medizin und Kommunikation AG, Münsterberg 1, 4001 Basel, Tel. 061/271 35 51; Fax 061/271 33 38; E-mail: dolor@imk.ch; <http://www.dolor.ch>
Erscheinungsweise: vierteljährlich

Folgende Firmen unterstützen dolor:



PHARMACIA



© IMK
ISSN 1422-0628

seinem Schmerz gegenüber hilflos verhält, als erlebe er diesen das erste Mal, greift er im günstigen Beispiel auf seine eigenen, früheren Erfahrungen mit Schmerz zurück, welche ihm eine realistischere Einschätzung und Selbsthilfemassnahmen erlauben. Dieses Erlebnis der Selbstkontrolle verstärkt das günstige Verhalten.

Stress und Konflikte

Die Hypothese, dass bestimmte Schmerztypen auf spezifische unbewusste Konflikte zurückgeführt werden könnten, hat der wissenschaftlichen Überprüfung nicht standhalten können. Vor allem aber hat sich das Psychogenesemodell und der deutend-abwartende Zugang der Psychoanalyse bei den meisten chronischen Schmerzpatienten als untauglich erwiesen, da diesen Patienten ein entsprechendes Problembewusstsein fehlt und ihre Tendenz, Konflikte zu vermeiden, einer aufdeckenden Therapie im Weg steht.

Sie sind entweder überzeugt, in ihrem Leben sei abgesehen von den chronischen Schmerzen alles in Ordnung oder sie leiden unter gravierenden Problemen, an welchen sich ihrer Ansicht nach nichts verändern lässt. In der Regel reagieren die Patienten mit Wut und Selbstvorwürfen, wenn der Schmerz sie an der Erfüllung ihrer Aufgaben hindert. Trotzdem können sie lernen, von ihren hohen Erwartungen bezüglich Leistung, Sauberkeit, Ordnung und Hilfsbereitschaft langsam abzurücken und sich Pausen und Entlastung zu gönnen, wenn sie einfühlsam auf ihr Leistungsverhalten angesprochen werden.

Extreme Leistungsorientierung und Konfliktvermeidung können – müssen aber nicht – Hinweise auf traumatische Kindheitserlebnisse sein,

welche durch den verhaltensmedizinischen Zugang einer aufdeckenden Therapie zugänglich gemacht werden können. Voraussetzung hierfür ist, dass die Patienten das nötige Vertrauen entwickeln, um sich dieser für sie bedrohlichen Auseinandersetzung zu stellen.

Entspannungsübungen

Entspannungsübungen lindern den Schmerz und sie haben neurophysiologisch erklärbare Grundlagen, so dass sie meist auch von Patienten akzeptiert werden, die auf ihr körperliches Leiden fixiert sind und alles «Psychische» abwehren.

Um das Gefühl der Selbstkontrolle zu vermitteln, eignen sich nur Methoden, welche als Selbstbehandlung praktiziert werden können. Dazu gehören das Autogene Training, die progressive Relaxation sowie die schon erwähnten imaginativen Verfahren. Die Biofeedback-Methode ist weniger gut geeignet, da sie apparative Unterstützung und individuelle Anleitung voraussetzt. Ihr Einsatz kann indes hilfreich sein, wenn andere Entspannungstechniken versagt haben. Ähnliches gilt für die Hypnose.

Bewegung

Bei Schmerzen am Bewegungsapparat ist körperliche Aktivität eine mögliche zusätzliche Schmerzbewältigungsmassnahme. Die sportliche Leistung kommt zudem der Leistungsorientierung vieler Patienten entgegen, weshalb aber auch Instruktionen für einen rücksichtsvollen Einsatz nötig sind. Empfohlen werden vor allem Gymnastikübungen zur Förderung von Beweglichkeit, Kraft, Ausdauer und Koordination. Diese haben nicht Schmerzreduktion, sondern Verbesserung der Belastbarkeit sowie Abbau von Schonverhalten und Fehlhaltungen bei gleichbleibenden

oder vorübergehend stärkeren Schmerzen zum Ziel. Die Information, dass ungewohnte Belastungen auf Grund des Konditionsmangels ungefährliche Schmerzen provozieren können, ist enorm wichtig, damit diese nicht zum Anlass erneuter Schonung werden.

Behandlung in Gruppen

Die Vermittlung von Entspannungstechniken und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Strategien ist in einer Gruppe leichter möglich. Die Patienten lassen sich von Fortschritten anderer Betroffener ermutigen und von der Effizienz der Methoden eher überzeugen, als durch Versprechungen eines gesunden Therapeuten. Zudem lassen sich viele theoretische Konzepte mit Hilfe der Erlebnisberichte von Patienten anschaulich illustrieren und belegen. Aus scheinbar spekulativen Theorien wird damit überzeugende Realität.

Zusammenfassung

Voraussetzung für die Vermittlung verhaltensmedizinischer Schmerzkontrolltechniken sind eine gute Information des Patienten und ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Die Palette der möglichen Massnahmen umfasst die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Strategien wie Aufmerksamkeitslenkung, kognitive Neubenennung und Verhaltensveränderung sowie Stressbewältigungs- und Entspannungstechniken. Ergänzend können Gymnastik, medizinische Trainingstherapie oder Diätmassnahmen (Colon irritabile) eingesetzt werden. Die Vermittlung der o.g. Techniken in Gruppen ist vorteilhaft.