



Chronische funktionelle Schmerzen und Depression

Peter Keel

Chronische Schmerzpatienten geraten im Laufe ihres Leidens meist vorübergehend in eine depressive Krise. Diese Depression hat jedoch in der Regel ein deutlich anderes Gepräge und eine andere Dynamik als «typische» Depressionen. Dies gilt es zu beachten, um weder ein hinter einer Fassade von Tapferkeit verstecktes Leiden zu übersehen und die Patienten zu überfordern, noch sie irrtümlich als «nur» depressiv zu behandeln. Eine Psychotherapie kann den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen.

Chronische Schmerzen können einerseits Ursache für (reaktive) Depressionen sein, andererseits lässt sich die Symptomatik chronischer Schmerzpatienten als Symptom einer larvierten Depression (oder «pain prone disorder») deuten. Im letzteren Fall geht man davon aus, dass die depressive Problematik verleugnet wird (negatives Stigma). Die Patienten klammern sich an die körperliche Symptomatik, da sie ein solches Leiden besser akzeptieren können. Für die beiden Sichtweisen funktioneller Schmerzen als Ursache oder Folge von Depressionen gibt es gute Argumente und vieles spricht dafür,

dass beide – individuell verschiedenen stark gewichtet – zutreffen. Viele chronische Schmerzpatienten sind phasenweise effektiv depressiv, doch ist das Gepräge der Depression meist ein anderes als bei typischen Depressionen. Für die Praxis ist es wichtig, die spezielle Symptomatik von Depressionen bei Patienten mit funktionellen, chronischen Schmerzen zu erkennen, um passende Massnahmen zu ergreifen. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf überwiegend funktionelle Schmerzsyndrome wie sie z. B. bei Schmerzen am Bewegungsapparat (vor allem Kreuz-, Schulter- und

Editorial

Zwischen Depressionen und chronischen Schmerzen bestehen wechselseitige Zusammenhänge. Epidemiologische Studien ergaben, dass im Mittel 70% der Patienten mit einer später diagnostizierten Depression zunächst fast ausschliesslich somatische Beschwerden angegeben hatten. Ob die Depression primär als Ursache oder Folge chronischer Schmerzen zu deuten sei, ist umstritten. Unumstritten ist jedoch ein für die Praxis relevanter Aspekt, der in dieser Ausgabe erläutert wird: die atypische Ausprägung der Depression bei chronisch Schmerzkranken.

Renate Bonifer

Nackenschmerz) oder chronischen Kopfschmerzen vorkommen. Sie gelten aber auch für therapieresistente Schmerzen bei fassbaren Befunden (z. B. Rückenschmerzsyndrome nach mehrfachen Operationen, die sogenannten «failed back syndromes»).

Diagnose und Stigma

Depression wird von den Betroffenen initial meist nicht als Krankheit, sondern als Zeichen von Schwäche und Versagen erlebt und daher oft verleugnet. Demgegenüber wird Schmerz klar mit körperlichem Schaden assoziiert und entsprechend somatisch behandelt. Schmerz legitimiert zum Kranksein. Er ist sozial akzeptiert

Inhalt

<i>Chronische funktionelle Schmerzen und Depression; Peter Keel</i>	1
<i>Phasen der Einsicht und Therapiearbeit</i>	2
<i>Impressum</i>	3

PD Dr. med. Peter J. Keel, Facharzt für
Psychiatrie und Psychotherapie, Spine
Care, Bethesda-Spital Basel

Tabelle 1: Phasen der Einsicht und Therapiearbeit

1. Verleugnung und Tüchtigkeit

- forcierte Selbständigkeit, Angst vor Abhängigkeit, Misstrauen in Beziehungen
- Überanpassung und Konfliktvermeidung aus Angst vor Streit bei geringer Durchsetzungsfähigkeit
- Selbstüberforderung (Qualität und Quantität der Leistungen; Ergomanie), Angst vor Kritik oder Rückweisung
- hohe Schmerztoleranz und starker Durchhaltewillen trotz Schmerz
- somatische Behandlungen zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit (medikamentöse, physikalisch-chirurgische Schmerzstillung)

2. Erschöpfung und Einsicht

- Zunahme der Schmerzen oder Abnahme der Leistungsfähigkeit (Alter, zusätzliche Schädigung durch Unfall, missglückte OP etc.)
- Trotz, Wut oder Trauer (Depression)
- Selbstvorwürfe (Gefühl des Versagens und vermeintlicher Schwäche)
- krampfartige Suche nach somatischer Ursache, Behandlungsmöglichkeit zur Wiedererlangung der früheren Arbeitsfähigkeit (Gefahr der Überbehandlung, Analgetikamissbrauch)
- Beginn einer Psychotherapie (Vertrauen aufbauen, Verhaltensanalyse, kognitive Phase, Gesprächspsychotherapie)

oder

Rückzug und Verharren in völliger Invaliderität (Symptomausweitung): Anklage an schädigende Umwelt (Arbeit), hypochondrisches Vermeidungsverhalten.

3. Akzeptanz und Anpassung

- realistische Ziele für Leistungsfähigkeit, Abgrenzung gegenüber anderen, Rücksicht auf sich selbst
- Trauerarbeit über verlorene Leistungsfähigkeit und Gesundheit
- Leben mit tolerierbaren (als Warnsignal hilfreichen) Schmerzen
- Psychotherapie als Unterstützung geschätzt zum Schutz vor Selbstüberforderung, Minderwertigkeitsgefühlen; Aufarbeiten traumatischer Erfahrungen (psychodynamische Phase)

und gilt als ein «heldenhaftes Leiden», für welches die Betroffenen soziale Unterstützung finden. Demgegenüber lösen Depressionen bei der Umgebung eher Hilflosigkeit und Resignation oder allenfalls untaugliche Ratschläge aus. Depressive wollen ihr Leiden oft nicht wahrhaben, weil sie diese Stigmatisierung fürchten.

Stolz auf die eigene Leistungsfähigkeit

Zwar fühlen sich auch chronische Schmerzpatienten in ihrem Selbstwertgefühl beeinträchtigt, aber im Unterschied zu Depressiven können sie dies durch hohe Leistungen kompensieren. Sie sind stolz auf ihre (früheren) Leistungen, welche ihnen hohes Ansehen verschafft haben. Ihre Wut über ihr Unvermögen, weiterhin viel zu leisten, richten sie im Gegensatz zu Depressiven nicht auf sich selbst, sondern auf ihren Körper, der versagt hat. Trotz der Krankheit macht es ihnen Mühe anderen zur Last zu fallen, da sie ungern Hilfe in Anspruch nehmen.

Entsprechend kann eine Depression als Anpassungsstörung auftreten, wie sie bei der Bewältigung schwerer Verluste typischerweise vorkommt (Tabelle 1). Chronische Schmerzpatienten durchleben dabei ähnliche Phasen wie Menschen die z. B. mit dem Schicksal einer unheilbaren Krankheit konfrontiert sind.

Der Stolz auf hohe, perfekte Leistungen fehlt den Depressiven, welche dazu neigen, unerfüllbar hohe Ansprüche an sich zu stellen. Deshalb sind den Depressiven ihre Leistungen nie gut genug. Sie schaffen es eigentlich nie, das schwach ausgebildete Selbstwertgefühl durch gute Leistungen zu kompensieren. Ihre Depression

erleben sie primär nicht als Krankheit, sondern als Folge des eigenen Versagens, und ihre Wut richtet sich daher auf sich selbst.

Nicht überfordern!

Um leistungsfähig zu bleiben, sind Schmerzpatienten bereit, sehr viel Schmerz auszuhalten und laufen damit Gefahr, der Chronifizierung Vorschub zu leisten. Sie akzeptieren zusätzlich schmerzhaft, nebenwirkungsreiche Behandlungen, um wieder leistungsfähig zu werden. Therapeutisch ist es wichtig, die Tendenz zur Selbstüberforderung, welche ein selbstschädigendes Ausmass haben kann, zu erkennen und nicht noch durch unreflektiert eingesetzte therapeutische Massnahmen (z. B. Trainingstherapie) zu fördern.

Antidepressiva

Dass chronische Schmerzpatienten nicht «echt» depressiv sind, lässt sich u. a. daran ablesen, dass sie Antidepressiva in effektiv antidepressiven Dosen in der Regel schlecht ertragen, jedoch von geringen Dosen sedierender Antidepressiva profitieren können (z. B. 10 - 25 mg Amitriptylin abends oder 5 - 10 - 25 mg Trimipramin, als Alternative Mirtazapin in normaler Dosierung von 15 - 30 mg). Demgegenüber nehmen schwer Depressive erheblich höhere Dosen oft mehrerer Antidepressiva in Kauf, wohl um Ruhe vor dem quälenden Gedankenkreisen zu haben und in der Hoffnung auf Antrieb und Lebenslust.

Gerade letztere ist bei chronischen Schmerzpatienten selten eingeschränkt. Im Gegenteil, sobald der Schmerz es erlaubt, neigen sie wieder zum Hyperaktivismus, es sei denn sie steckten gerade in einer depressiven Krise oder litten an starker Müdigkeit, wie es we-

gen Schlafstörungen oder bei der Fibromyalgie vorkommt.

Kernsymptome fehlen

Im Gegensatz zu typischen Depressionen kommt der Verlust von Interesse und Freude kaum vor und der Appetit ist meist gut. Allenfalls findet sich eine erhöhte Ermüdbarkeit. Weitere Zusatzsymptome sind, abgesehen von Schlafstörungen, selten vorhanden. Konzentration und Aufmerksamkeit sind kaum beeinträchtigt, ausser beim chronischen Kopfschmerz. Das Selbstwertgefühl ist zwar vermindert, das Selbstvertrauen in der Regel aber erhalten. Entsprechend fehlen Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit.

Bei starker Behinderung, durch scheinbar unbeeinflussbare Schmerzen und verlorene Leistungsfähigkeit kann eine negative oder gar pessimistische Zukunftsperspektive vorkommen, doch hat diese eine realistischere Basis als bei Depressiven, wo diese Ängste wahnhaften Charakter haben. Eine Ausnahme bilden Schmerzpatienten mit starken, hypochondrischen Ängsten vor Schädigung durch geringe Belastungen («fear avoidance beliefs»). Sie zu erkennen und entsprechend zu beraten (Beruhigung durch gute Aufklärung) ist wichtig. Suizidgedanken kommen bei Schmerzpatienten zwar vor (v. a. aus Angst zu sehr

zur Last zu fallen), entsprechende Pläne oder Handlungen sind aber selten. Allenfalls als sogenannter «Bilanzselbstmord» bei mehrfachen Verlusten (z. B. von Partner, Arbeit, Einkommen etc.).

Beziehungen

In privaten Beziehungen, am Arbeitsplatz und in der Therapie verhalten sich Schmerzpatienten meist überangepasst, unterwürfig und sehr entgegenkommend. Sie möchten – zumindest in frühen Phasen des Leidens – nicht zur Last fallen, weshalb sie auch Mühe haben, sich in eine Psychotherapie zu begeben und daher meist viel zu spät zugewiesen werden.

Hintergrund dieses Verhaltens ist eine Angst vor Abhängigkeit aufgrund eines geringen Vertrauens in andere. Allerdings ist diesen Betroffenen oft nicht bewusst und kann erst im Rahmen einer Psychotherapie erkannt werden, wobei oft ein Zusammenhang mit traumatischen Kindheitserfahrungen von Ablehnung, Verstoßung und Missbrauch herausgearbeitet werden kann. Die schon erwähnte Angst zur Last zu fallen gehört ebenfalls zu den Folgen dieser traumatischen Erfahrungen. Selbständigkeit und Unabhängigkeit sind diesen Patienten daher wichtig. Immerhin macht sie dies in der Therapie (wie auch in der Arbeit) zu gelehrigen Schülern, indem

sie Anweisungen und Anregungen dankbar aufnehmen und sich rasch ändern. Sie sind zum Teil sehr dankbare Patienten, die ihre Therapeuten für ihr Verständnis und ihre Geduld bewundern, Unzufriedenheit aber auch schlecht zeigen können.

Auch Depressive sind überangepasst, doch haben sie eher viel Vertrauen in andere, von welchen sie sich gerne abhängig machen. Sie verhalten sich ebenfalls unterwürfig, fühlen sich aber grundsätzlich minderwertig und sind «Meister der Selbstkritik». Zwar haben auch sie Angst zur Last zu fallen, doch sind sie in ihrer Hilflosigkeit und Verzweiflung stark auf andere angewiesen und «schreien nach Hilfe». Veränderungen sind zäh und von dauernden Zweifeln und fehlendem Antrieb begleitet. Für die Therapeuten werden sie dadurch eventuell zu undankbaren Patienten. Auch was sie in der Therapie erreichen ist «nie gut genug».

Psychotherapie

Trotz der Ähnlichkeit der Symptomatik geht die Therapie bei chronischen Schmerzpatienten mit Depressionen und typischen Depressiven teilweise unterschiedliche Wege. Schmerzpatienten fehlt anfangs in der Regel die Motivation für eine psychiatrische Behandlung. Voraussetzungen für die

Impressum

Redaktionskommission: Prof. Dr. med. A. Borgeat, Zürich; Prof. Dr. med. U.W. Büttner, Aarau; Dr. med. N. de Stoutz, Aient; 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

Dosierung 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:



© IMK
ISSN 1422-0628

erfolgreiche Einleitung einer Psychotherapie mit Schmerzpatienten sind deshalb eine entsprechende Motivation und die Etablierung einer guten Vertrauensbeziehung. Es schafft Vertrauen, wenn der Therapeut zeigt, dass er

- die Schmerzen ernst nimmt,
- sie mit dem Patienten gründlich beobachtet (z. B. mit einem Schmerztagbuch),
- nach möglichen Einflüssen und Zusammenhängen fahndet (z. B. mit einem Schmerzfragebogen),
- versucht dem Patienten den unerklärlichen Schmerz fassbarer und verständlicher zu machen (bei Fremdsprachigen allenfalls durch Beizug von Übersetzern).

Oft fühlten sich Patienten mit unspezifischen Schmerzsyndromen in ihrem Leiden zu wenig ernst genommen und schlecht informiert. Schafft es der Psychotherapeut, diese Lücke zu füllen, so kann er leicht ihr Vertrauen und Mitarbeit gewinnen. Er muss dabei einige Rahmenbedingungen und Vorsichtsmassnahmen (Tabelle 2) beachten.

Schmerzpatienten brauchen eine klare Strukturierung durch den Therapeuten, indem dieser Fragen stellt, ihnen Aufgaben gibt, sie anleitet zu einem anderen Umgang mit dem Schmerz und mit sich selbst. Der Therapeut soll klar machen, dass er gewillt ist, die schwierige Aufgabe mit der nötigen Geduld und Ausdauer anzugehen. Er muss gleichzeitig klare, wenn auch bescheidene Ziele formulieren (keine Heilung, Leben mit dem Schmerz). Mit seinem aktiven Vorgehen verhindert der Therapeut auch, dass Patienten sich rasch wieder aus der Therapie

zurückziehen, weil sie Angst haben, den Therapeuten zu sehr zu belasten oder ihn zu langweilen. Hintergrund ist oft eine tiefsitzende Angst vor erneuter Verletzung. Diese Ängste werden verständlich, wenn z. B. Missbrauchserfahrungen in der Kindheit der Patienten oder Enttäuschungen mit Partnern, Vorgesetzten oder Ärzten aufgearbeitet werden.

Mit der Deutung von Zusammenhängen belastender Lebensumstände oder Traumen in der Vergangenheit soll aber zugewartet werden, bis der Patient von sich aus klare Hinweise gibt.

Hyperaktivität oder übertriebene Passivität

Aufgrund ihrer starken Leistungsorientierung müssen Schmerzpatienten eher in ihrem Aktivismus gebremst werden, es sei denn sie hätten sich von ihren Schmerzen völlig überwältigen lassen.

Passivität mit auffällig klagsamem, übertreibendem Schmerzverhalten (Symptomausweitung) ist in der Regel Ausdruck einer Notlage bei Menschen, die glauben, dass sie sich entweder nur weiter rücksichtslos ausbeuten lassen oder sich völlig in die Krankheit zurückziehen müssen. Anstelle der Ausbeutung kann allerdings auch eine

schwere narzisstische Kränkung im Berufs- oder Familienleben (bei oft narzisstische Grundpersönlichkeit) stehen. Das auffällige Verhalten wird dann scheinbar (mehr oder weniger bewusst) gezielt eingesetzt um als «Invaliden» anerkannt und finanziell entschädigt zu werden.

Gute Prognose

Erwerbstätige Patienten, die bereit sind zu lernen, mit sich selber rücksichtsvoller umzugehen und sich vor Ausbeutung («Missbrauch») zu schützen, kann die Psychotherapie viel bringen. Häufig fürchten sie auf Ablehnung zu stossen, wenn sie nicht mehr die gewohnten hohen Leistungen erbringen. Die Umgebung hingegen begrüsst oder respektiert die Veränderung in der Regel, v. a. wenn auch sie unter den Krankheits-symptomen oder der Erschöpfung und Gereiztheit zu leiden hatte.

Gelingen auch nur kleine Veränderungen so sind die Patienten, ihre Familie, Freunde und Arbeitskollegen sehr dankbar für die Hilfe. Vor allem weil es für sie eine sehr wohltuende Erfahrung ist, mit ihrem Leiden ernst genommen, verstanden und zu einem liebevolleren Umgang mit sich angeleitet zu werden.

Tabelle 2: Rahmenbedingungen, Ziele, Vorsichtsmassnahmen bei der Psychotherapie chronisch Schmerzkranker

Vertrauen bilden	Einstieg über Schmerz, Schmerz ernst nehmen, gründlich beobachten, verständlich erklären
Abwehr respektieren	Verleugnungstendenz, Angst vor Ablehnung und Verletzung beachten
Therapie schützen	Rückzug vermeiden, Motivation fördern
Struktur geben	Zusammenhänge ansprechen, Fragen stellen, Anleitung zu Veränderung
Bescheidene Ziele	keine Heilung, mit dem Schmerz leben lernen
Enttäuschungen verhindern	Beschränkung auf Hilfe zur Selbsthilfe, Hindernisse respektieren, Geduld zeigen