



Chronische Schmerzen - Umgang mit dem Konzept „gemischter Schmerz“

Ulrich W. Buettner, Ursula Galli

dolor hat sich in zahlreichen Ausgaben mit der Therapie chronischer Schmerzen befasst. In der Regel wurde versucht, einen rationalen Ansatz für die Therapie chronischer Schmerzen entweder aufgrund des Entstehungsmechanismus oder eines klar definierten Syndroms vorzuschlagen (s. alle Ausgaben von dolor unter www.dolor.ch). Da es zur Pathophysiologie des chronischen Schmerzes inzwischen zahlreiche wissenschaftlich gut begründete Vorstellungen gibt, sollte Schmerztherapie im Jahre 2007, wann immer möglich, eine Schmerztherapie nach Schmerzmechanismus sein.

Möglich ist dies allerdings nur, wenn der Therapie eine gezielte Anamnese zum Schmerz hinsichtlich Zeit, Ort, Charakter und Intensität vorausgeht. Voraussetzung ist auch eine Evaluation vorangegangener Schmerztherapien und eine somatisch-neurologische Untersuchung, die es erlaubt, die notwendigen Zuordnungen zu treffen. Die quantitative somatosensorische Testung (QST) ist nur eine Möglichkeit der Evaluation. In diesem Zusammenhang kommt validierten

Schmerzfragebögen eine wichtige Rolle zu (z.B. painDETECT [1]).

„Gemischter Schmerz“

Die chronische Schmerztherapie besitzt zahlreiche Facetten und erfordert die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Spezialisten. In der vorliegenden Ausgabe wird das Konzept „gemischter Schmerz“ (mixed pain) daher von einem somatisch orientierten Spezialisten und einer Psychologin vorgestellt. Der zugrunde liegende

Editorial

Der „gemischte Schmerz“ ist multifaktoriell bedingt und lässt sich nicht eindeutig einer Schmerzart allein zuordnen. Dementsprechend spricht er auch nur unzureichend auf monokausale Therapien an und ein durchgreifender Therapieerfolg kann nur mit einer multimodalen Therapie erzielt werden. Diese beinhaltet die Kombination einer differenzierten Pharmakotherapie mit schmerzadaptierter Physio- und Psychotherapie. Von Beginn an sollten alle Schmerzkomponenten gleichermaßen berücksichtigt werden, um die Gefahr einer frühzeitigen Chronifizierung zu mindern.

Nadine Leyser
Chefredaktorin

Inhalt

Chronische Schmerzen – Umgang mit dem Konzept „gemischter Schmerz“	
„Gemischter Schmerz“	1
Therapie	2
Psychologische Behandlungskonzepte	3
Pharmanews	4



Gedanke ist das häufige Nebeneinander von neuropathischen und nozizeptiven Anteilen des jeweiligen Schmerzsyndroms. Dies gilt ohne Zweifel für zahlreiche Schmerzen im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen und mit Rückenschmerzen. Es handelt sich offensichtlich nicht nur um ein semantisches, sondern um ein reales Phänomen. Diese Sachverhalte sollte die Therapie berücksichtigen, indem die mechanismus-basierte Therapie und somit die der nozizeptiven und neuropathischen Schmerzursachen, propagiert wird. Die Therapie eines „gemischten Schmerzes“ bedeutet deshalb keineswegs eine Abkehr vom mechanismus-geleiteten Therapiekonzept, sondern letztlich eine Erweiterung unseres rationalen therapeutischen Repertoirs.

Hinzu kommt, dass die Kenntnis von Chronifizierungsfaktoren speziell beim „gemischten Schmerz“ die Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten durch psychologische Diagnostik und Therapie nahe legt. Somit muss im Einzelfall individuell für den Patienten festgelegt werden, wie sein Schmerzsyndrom zu verstehen und demzufolge zu behandeln ist. Dies soll an einem konkreten Beispiel dargelegt werden:

Patient A. B. leidet seit Jahren an Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule und wird nach einer Episode mit Ischialgie und radikulärer S1-Reiz- und Ausfallssymptomatik rechts mittels Rezessotomie und Foraminotomie mikrochirurgisch behandelt. In der Folge bilden sich die präoperativen Paresen zurück, eine Lumbalgie und eine S1-Reizsymptomatik bestehen jedoch in beträchtlichem Ausmass weiter. Es kommt zu beruflichen und sozialen Problemen, die nur unvollkommen aufgefangen werden können, obwohl eine Teilarbeitsfähigkeit erreicht werden kann. Nachdem eine neurologische, neurochirurgische, rheumatologische und psychologische Untersuchung erfolgt ist, wird Patient A. B. in der interdisziplinären Schmerzambulanz vorgestellt.

Tabelle 1 Allgemeine Therapieprinzipien des „gemischten Schmerzes“

Polypharmakotherapie (sie ist keine Polypragmasie, wenn sie rational eingesetzt wird)

Ausschöpfen physiotherapeutischer und physikalischer Therapie

Einsatz psychologischer Diagnostik und Therapie

Gegebenenfalls psychiatrische Begleitung und Behandlung

Pharmakotherapie

- Neuropathische Schmerzen:
 - Antidepressiva: Trizyklika; bei Unverträglichkeit oder Mal-Compliance: Venlafaxin, Duloxetin, Mirtazepin
 - Kanalblocker: Gabapentin, Pregabalin, Carbamazepin, Oxcarbazepin, Lamotrigin, u.a.
- Nozizeptive Schmerzen:
 - NSAR: Ibuprofen, Diclofenac, u.a.
- Nozizeptive und neuropathische Schmerzen:
 - Opiode: Tramadol, Morphin, Oxycotin u.a.

Interventionelle/invasive Verfahren. Sie können diagnostisch und nach interdisziplinärer Beurteilung auch therapeutisch eingesetzt werden.

Gemeinsam kommt man zu folgender Beurteilung: Es bestehen

- *spontane Schmerzen (VAS 5-6). Eine Allodynie (mechanisch-dynamisch) und ein Ischiasdehnungsschmerz sprechen für einen neuropathischen Anteil des Schmerzsyndroms.*
- *belastungsabhängige und insbesondere bewegungsabhängige Schmerzen, die zudem durch lokale Manipulationen verstärkt werden können. Diese Befunde sprechen für eine nozizeptive Komponente, wobei eher ein dumpfer/bohrender Schmerzcharakter im Vordergrund steht.*
- *Chronifizierungsfaktoren, wie eine lange Dauer der Schmerzsymptomatik und eine zum Teil erzwungene Immobilisation, sowie unsichere berufliche Perspektiven mit einer Schmerzfixierung und Angststörung. Dies spricht für die Entwicklung einer Schmerzkrankheit, die dringlich psychologischer gegebenenfalls auch psychiatrischer Therapie bedarf.*

Fazit: Es handelt sich hier um ein klassisches Beispiel eines „mixed pain“-Syndroms, eines „gemischten Schmerzes“, der unser gesamtes therapeutisches und rehabilitatives Therapiearsenal benötigt.

Therapie

Die allgemeinen Therapierichtlinien (Tabelle 1) für einen „gemischten Schmerz“ sind unbefriedigend und unzureichend, wenn man die zahlreichen aktuell bekannten Mechanismen berücksichtigt, die zur Schmerzwahrnehmung führen [2, 3, 4, 5, 6]. Ob neuropathische Schmerzen als „Schmerz durch Schädigung oder Funktionsstörung des peripheren oder zentralen Nervensystems“ angesehen werden, oder aktueller als „Schmerz als direkte Konsequenz einer Schädigung oder Erkrankung des somatosensorischen Systems“, ist irrelevant. Wichtiger scheint die Kenntnis der zahlreichen molekularen und neuronalen Mechanismen in der Peripherie (Nozizeptor) oder am Neu-

ron, wobei die kortikalen Mechanismen der Schmerz Wahrnehmung und Modulation hierin eingeschlossen sind [7, 8]. Das Label „gemischter Schmerz“ ist nur dann kein „Muster ohne Wert“, wenn es verwendet wird, um die verschiedenen Beiträge zum individuellen Schmerzsyndrom zu charakterisieren. Es gibt keine Standardtherapie für den „gemischten Schmerz“. Die Analyse des Schmerzsyndroms muss vor der Therapie stehen. In der Regel wird die Therapie des chronischen „gemischten Schmerzes“ dann auf verschiedenen Ebenen stattfinden müssen.

Psychologische Behandlungskonzepte

Langanhaltende Schmerzen betreffen die ganze Person. Sie können viele Bereiche des Erlebens und Verhaltens verändern und die Lebensqualität massiv einschränken. Psychische, soziale, biographische und kulturelle Faktoren beeinflussen den Umgang

mit Schmerz und gelten als wesentliche Risikofaktoren einer Chronifizierung des Schmerzes [9]. Der Einbezug von psychotherapeutischen Ansätzen hat daher eine lange Tradition in der Schmerztherapie. Dies wurde allerdings häufig eher als letzte Wahl gesehen, wenn alle anderen Therapien gescheitert sind, oder nur bei offensichtlich schwer belasteten Patienten.

Dank neurowissenschaftlicher Forschungsarbeiten zur Wahrnehmung und Verarbeitung von Schmerzreizen ist die Akzeptanz der psychologischen Schmerztherapie in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Die klinische Erfahrung zeigt, dass insbesondere emotionale Faktoren wie Angst vor Schmerz und kognitive Faktoren wie Aufmerksamkeit, Erwartung bzw. Befürchtung von Schmerz das Schmerzerleben beeinflussen. Dies wurde in zahlreichen Untersuchungen belegt [10]. Durch Lernprozesse, wie operante oder klassische Konditionierung, kann

die Entstehung von kortikalen Repräsentationen und Sensitivierungsprozessen bei Schmerzpatienten beeinflusst werden [11]. Daher wurden spezifische psychologische Interventionen der Schmerzbeeinflussung entwickelt. Hierzu gehört beispielsweise das Spiegeltraining bei CRPS, welches gezielt mit Wahrnehmungs- und Vorstellungsübungen [12] arbeitet, oder auch das Diskriminationslernen bei Phantomschmerz nach einer Amputation [13]. Anleitungen zu differenzierter Selbst- und Körperwahrnehmung, Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen sowie Visualisierungsübungen gehören zum Standardrepertoire der psychologischen Schmerztherapie. Ein Biofeedback-Training kann besonders am Anfang einer Behandlung sinnvoll sein, wenn Zusammenhänge zwischen innerer Anspannung und körperlicher Reaktion noch nicht gut wahrgenommen werden. Sie ist auch für Patienten geeignet, die rein psychologischen Ansätzen gegenüber skeptisch sind.

Tabelle 2
Elemente der psychologischen Schmerztherapie

<i>Diagnostik und Schmerzmodell</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung eines biopsychosozialen Schmerzmodells • Informationen zu Schmerz Wahrnehmung, -entstehung und -beeinflussung • Schmerzauslösende, -verstärkende und -lindernde Faktoren • Psychische Komorbiditäten • Belastungsfaktoren/Stressoren • Ressourcen
<i>Klärungsorientierte Therapieaspekte</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Biographische Aspekte der Schmerzerfahrung • Einstellungen und Überzeugungen zum Schmerz • Akzeptanz von Schmerzen • Konfliktanalyse
<i>Veränderungsorientierte Therapieaspekte</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau von Selbstwirksamkeit, Erleben von Veränderbarkeit, Verringerung der Hilflosigkeit • Veränderung von Schmerzkognitionen/Befürchtungen zum Schmerz • Körperwahrnehmungs- und Entspannungsübungen, Biofeedback • Fokusverlagerung auf nicht-schmerzbezogene Lebensthemen, Genusstraining • Psychotherapeutische Behandlung von psychischen Komorbiditäten



Die Wirksamkeit der psychologischen Schmerztherapie ist gut belegt [14]. Neuere Studien mit bildgebenden Verfahren konnten nachweisen, dass nicht nur die subjektive Schmerzempfindung reduziert wird, sondern dass neuroplastische Veränderungen durch verhaltenstherapeutische Interventionen beeinflussbar sind [15]. Bei jeder Form der Schmerzpsychotherapie scheint zentral, dass der Schmerz seine

übergrosse Bedeutung verliert und aus dem Aufmerksamkeitsfokus verschwindet. Dies gelingt allerdings nur, wenn der Patient zu einer aktiven Auseinandersetzung mit dem Schmerz bereit ist. In einer diagnostischen Phase wird daher zunächst geklärt, ob Komorbiditäten den Patienten zusätzlich belasten, der Schmerz eine Funktion für den Patienten hat (z.B. Schutz vor Überforderung) oder ob biographische Hintergrün-

de für Hilflosigkeitsgefühle und Passivität dem Schmerz gegenüber (z.B. Traumatisierung) vorhanden sind. Die psychologische Schmerztherapie ist daher nie eine reine Anwendung von Therapietechniken, sondern immer ein ganzheitliches Erarbeiten eines verbesserten Verständnisses und Zugangs zum eigenen Verhalten und Erleben, inklusive Schmerzerleben.

Literatur:

1. Freynhagen R et al: *painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. Curr Med Res Opin*; 22(10): 1911-20, 2006
2. Bolay H, Moskowitz MA: *Mechanisms of pain modulation in chronic syndromes. Neurology*; 59 (suppl): 2-7, 2002
3. Schaible H-G, Grubb BD: *Afferent and spinal mechanisms of joint pain. Pain*; 55: 5-54, 1993
4. Scholz J, Woolf CJ: *Can we conquer pain? nature neuroscience suppl*; 5: 1062-67, 2002
5. Scholz J, Woolf CJ: *Mechanisms of neuropathic pain. In: M Pappagallo The Neurological basis of pain. McGraw-Hill, 2005*
6. Treede R-D et al: *Peripheral and central mechanisms of cutaneous hyperalgesia. Prog Neurobiol*; 38: 397-421, 1992
7. Craig AD: *Insights from the thermal grill on the nature of pain and hyperalgesia in humans. In: Brune K, Handwerker HO: Hyperalgesia. IASP Press, Seattle, 2004*
8. Schreckenberger M et al: *The unpleasantness of tonic pain is encoded by the insular cortex. Neurology*; 64: 1175-83, 2005
9. Kendall NA: *Psychosocial approaches to the*

- prevention of chronic pain: the low back paradigm. Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol*; 13(3): 545-54, 1999
10. Price DD, Bushnell MC: *Psychological Methods of Pain Control: Basic science and Clinical Perspectives. Progress in Pain research and Management. Vol 29. IASP Press, Seattle, 2004*
11. Flor H: *The functional organization of the brain in chronic pain. Prog Brain Res*; 29: 313-22, 2000
12. Moseley GL: *Graded motor imagery is effective for long-standing complex regional pain syndrome: a randomised controlled trial. Pain*; 108: 192-98, 2004
13. Flor H et al: *Sensory discrimination training alters both cortical reorganization and phantom limb pain. Lancet*; 357: 1763-64, 2001
14. McCracken LM, Turk DC: *Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process. Spine* 27(22): 2564-73, 2002
15. Flor H, Hermann C: *Neuropsychotherapie bei chronischen Schmerzen: Veränderung des Schmerzgedächtnisses durch Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie*; 16: 86-94, 2006

Pharmanews

Pfizer Schweiz AG

LYRICA® (Pregabalin) gegen neuropathische Schmerzen – starke Wirkung bei günstigem Nebenwirkungsprofil

Geschätzte 350'000 Patienten in der Schweiz leiden an neuropathischen Schmerzen. Oft haben sie schon über mehrere Jahre brennende oder einschliessende Schmerzen, begleitet von Allodynien oder Hyperalgesien. Zusätzlich leiden Patienten mit neuropathischen Schmerzen oft an Schlafstörungen, Angstzuständen und Depressionen.

Die Resultate der Studie Freynhagen et al. zeigten eindrücklich, dass LYRICA® trotz schneller und starker Linderung der Schmerzen [1] gut verträglich [2] ist: die Inzidenz der beiden häufigsten Nebenwirkungen nimmt nach der ersten Woche drastisch ab und liegt bereits ab der zweiten Woche unter 5%. Dies ist mitunter damit zu erklären, dass LYRICA® eine sehr selektive Wirkung aufweist. Für Ihre Patienten heisst dies, dass nebst der frühzeitigen Schmerzlinderung (bereits in der ersten Therapiewoche) nach kurzer Zeit auch deutlich weniger Nebenwirkungen auftreten.

1. Freynhagen R et al. *Journal of Pain*; 115: 254-263, 2005; 2. Freynhagen R et al. *Poster presented at the 11th World Congress Pain; IASP, Sydney, Australia, 2005*

Impressum

Redaktionskommission: Prof. Dr. med. A. Borgeat, Zürich; Prof. Dr. med. U.W. Buettner, Aarau; PD Dr. med. M. Felder, Zürich; Prof. Dr. med. P. Keel, Basel; Prof. Dr. med. dent. S. Palla, Zürich; Verantwortliche Redakteurin: Dr. N. Leyser, 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; www.dolor.ch

Erscheinungsweise: zwei - viermal pro Jahr
ISSN 1422-0628 © IMK

Folgende Firma unterstützt dolor:



Der Sponsor hat keinen Einfluss auf den Inhalt der Publikation. Er kann kurze Mitteilungen unter Pharmanews publizieren.