

Schmerzbehandlung – interdisziplinär und multimodal

Biopsychosoziales Modell in der Schmerztherapie

Wolfgang Dumat

Die Behandlung chronischer Schmerzen ist schon lange nicht mehr in der Hand einer Fachdisziplin - zu viele psychische und soziale Faktoren nehmen teilweise erheblichen Einfluss auf die Schmerzen und sind für Verlauf, Behandlung und Prognose entscheidend.

Heute werden in den meisten Schmerzzentren verhaltensmedizinisch fundierte, multimodale und interdisziplinäre Behandlungsmodelle erfolgreich angewandt. Wesentlich ist hierbei die Abkehr von einer sowohl in psychosomatischen Modellvorstellungen als auch in der somatischen Medizin praktizierten Trennung von Soma, Psyche und sozialer Realität. Nicht nur aus Sicht der Schmerzpatienten ist diese Praxis oftmals nicht nachvollziehbar. Sie verstärkt die Chronifizierung einerseits durch eine Stigmatisierung im Sinne eines Nicht-Ernstnehmens der Beschwerden (hier vor allem der Schmerzen) und zementiert andererseits die ausschliesslich somatisch ausgerichteten Behandlungserwartungen der Patienten. Aber auch aus Sicht der Behandler führt diese Vorgehensweise zu Frustrationen aufgrund ausbleibender Therapieerfolge mit entsprechend schlechter Compliance, verstärktem «doctors-hopping», Invalidisierungswünschen mit exzessivem Krankheitsverhalten und einer rapide fortschreitenden Chronifizierung.

Das biopsychosoziale Modell

Aufgrund dieser insgesamt sehr unbefriedigenden und oftmals kritisier-

ten Situation kam es im Rahmen verhaltensmedizinischer Ansätze zu einer Veränderung sowohl der konzeptionellen Vorstellungen als auch der Therapie bei Syndromen chronischen Schmerzes. Entscheidend ist hierbei sowohl die Abkehr von einer monokausalen, rein somatischen Therapie (ausschliessliche Behandlung einer somatischen Pathomorphologie) als auch von einer klassischen Psychosomatik, die im Symptom (z.B. Rückenschmerz) den Ausdruck eines zugrunde liegenden psychischen Konfliktes sieht. Es entstanden Modelle, die ein biopsychosoziales Verständnis chronifizierter Schmerzsyndrome postulierten. Der Vorteil dieser Betrachtungsweise liegt in der Überwindung der oben angesprochenen Trennung sowie in der Einbeziehung aller auch im Erleben und Verhalten der Patienten relevanten Faktoren. So tragen psychische und soziale Faktoren entscheidend zur Chronifizierung von Rückenschmerzen bei, haben aber

oftmals auch schon Einfluss auf die Ätiologie. Der immer subjektiv erlebte Schmerz ist bei diesen Patienten nicht nur Ausdruck eines organischen Korrelats. Vielmehr dominieren im gezeigten Schmerz- und Krankheitsverhalten sowohl affektive als auch soziale Faktoren wie zum Beispiel Bewegungseinschränkungen, verbunden mit Hilflosigkeitserleben, oder Ängste um den Arbeitsplatz. Der hohe Anteil psychiatrischer Komorbidität (Depression, Ängste), meistens eine Folge des langjährigen Chronifizierungsprozesses, ist ebenfalls bedeutsam im multifaktoriellen Krankheitsgeschehen. Ist beim akuten Schmerz in der Regel noch eine klare kausale Zuordnung hinsichtlich der Ursache und der sich daraus ergebenden, in der Regel somatischen Behandlung möglich, so gilt dies für den chronischen Schmerz nicht mehr.

Somatisch orientierte Behandlungsansätze, die ausschliesslich auf kausale Ursachenbeseitigung oder gar Schmerzfreiheit abzielen, bringen entweder wenig oder keinen Erfolg und verstärken den in der Regel ungünstigen Verlauf. Das biopsychosoziale Modell stellt somit, bei aller berechtigten Kritik, die es inzwischen selbst erfahren hat, eine Weiterentwicklung dar, da es alle relevanten Faktoren im Krankheitsgeschehen in die Diagnostik und Therapie mit einbezieht.

The dominant model of disease today is biomedical, and it leaves no room within this framework for the social, psychological and behavioral dimensions of illness.

George L. Engel, Science, 1977

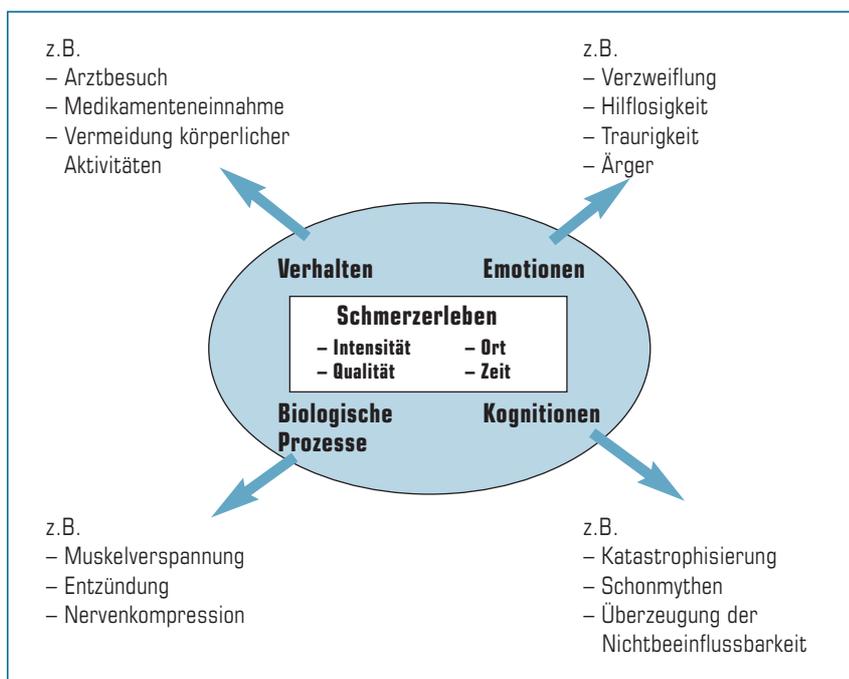


Abbildung: Psychologische Schmerztherapie (nach Basler et al.)

Interdisziplinäre Schmerztherapie

Unerlässlich ist bei dieser Vorgehensweise die gleichberechtigte Einbeziehung aller relevanten Fachdisziplinen (Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen und Mediziner) in die Behandlung. Nur so kann den Patienten ein schlüssiges, aber in der Regel auch schwieriges Behandlungskonzept nahegebracht werden. Schwierig vor allen Dingen, weil körperliche und soziale Aktivierung, Motivation zur Veränderung belastender sozialer und psychologischer Faktoren, Einstellungs- und Verhaltensänderung hinsichtlich des chronischen Schmerzes sowie Akzeptanz des häufig nicht mehr veränderbaren Schmerzes von den Patienten gefordert werden.

Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen

Im Folgenden soll nun ein interdisziplinäres und multimodales Behandlungsmodell vorgestellt werden, das auf einer multifaktoriellen Betrachtungsweise chronischer Schmerzen beruht. Erläutert werden die wesentlichen Bausteine von Diagnostik und Therapie aus Sicht der Schmerzpsychologie und -psychotherapie.

Diagnostik

Aus psychologischer Sicht müssen die bisher vom Patienten angewandten Schmerzbewältigungsstrategien (Durchhalten, Vermeiden, Medikamentenabusus), das gezeigte Schmerz- und Krankheitsverhalten sowie die Motivation (Schmerzfreiheit, Berentungswünsche) und das Krankheitsmodell des Patienten erfasst werden. Ferner muss die psych-iatrische Komorbidität von Patienten mit chronischen Schmerzen abgeklärt werden. Depressive Störungen, aber auch das ganze Spektrum der Angststörungen bestimmen hier mit etwa 60 beziehungsweise 20 Prozent das psychopathologische Bild. Die sich aus der Diagnostik ergebenden therapeutischen Interventionen basieren letztlich auf einer stabilen Team-Patient-Beziehung, die sowohl von Akzeptanz, Empathie und Wertschätzung als auch von aktiver Mitarbeit des Patienten an realistischen Behandlungszielen bestimmt ist. Der Therapieplan ist als integriertes Gesamtkonzept zu verstehen. Wichtig ist hierbei, dass dem Patienten ein nachvollziehbares Modell angeboten wird, auch wenn das Schmerzgeschehen nicht ursächlich erklärt werden kann. Gerade dann ist aber die Akzeptanz der Schmerzen seitens

der Behandler entscheidend, da ja auch der Patient zu einer wachsenden Schmerzakzeptanz gelangen muss, um seine Situation zu verändern.

Faktoren der Chronifizierung

Chronifizierungsfaktoren wurden insbesondere im Rahmen der Untersuchung chronischer Rückenschmerzen identifiziert und beschrieben. Neben den psychologischen sind hier vor allen Dingen soziale Faktoren entscheidend (Freizeit, Familie und Beruf). Chronifizierungsfaktoren spielen natürlich auch auf somatischer Ebene eine Rolle. Auf diese soll in diesem Zusammenhang jedoch nicht weiter eingegangen werden.

Psychische Ebene

Emotionale Beeinträchtigung: Entscheidende Einflussgrößen im Rahmen der Chronifizierung einer Schmerzsymptomatik sind vor allen Dingen die depressiven Verstimmungen und Angst. Eine depressive Stimmungslage zeigte sich in vielen Untersuchungen als signifikanter Risikofaktor für den Verlauf der Erkrankung. So konnte gezeigt werden, dass bei gleichzeitig vorhandener depressiver Verstimmung ein rein somatischer Behandlungsansatz (z.B. Operationen) erfolglos bleibt.

Kognitive Beeinträchtigung: Auf kognitiver Ebene konnten vor allen Dingen «Katastrophisieren» und «Hilf- und Hoffnungslosigkeit» als entscheidende Einflussgrößen zur Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen identifiziert werden. Ebenso ungünstig erweist sich Durchhalteverhalten. Hierbei wenden Patienten sowohl Durchhalteappelle als auch Ignorieren und Bagatellisieren der Symptomatik an, um dysfunktionales Verhalten kurzfristig aufrechtzuerhalten. Hintergrund ist die Unfähigkeit von Schmerzpatienten, ihre Schmerzproblematik realistisch einschätzen und bewerten zu können und die entsprechenden Verhaltensänderungen einzuleiten.

Der chronische Schmerz verliert seine Warnfunktion und entwickelt sich zu einem eigenständigen Krankheitsbild.

Psychiatrische Komorbidität: Die häufige Vergesellschaftung von Schmerz und Depression ist unstrittig. Trotz einer Vielzahl von Studien ist die ätiologische Beziehung jedoch nach wie vor unklar: Modellvorstellungen bestehen für gegensätzliche Positionen, die einerseits die Depression als die primäre Erkrankung oder andererseits als Folge einer Störung durch chronische Schmerzen sehen, wobei den Einstellungen, Überzeugungen und Denkmustern der Patienten eine entscheidende Rolle zugeschrieben wird. Im Zusammenhang von Schmerz und Depression wurde deutlich, dass die Ausprägung der Depression nicht so sehr von der Schmerzstärke als vielmehr von den Bewertungen der eigenen Situation durch die Patienten abhängig ist. Obwohl in der Regel positive Korrelationen zwischen Schmerzstärke und Ausprägung der Depression gefunden wurden, ist dieser Zusammenhang jedoch eher lose. Entscheidend ist vielmehr, inwieweit Patienten in ihren Alltagsaktivitäten durch die Schmerzen eingeschränkt sind und inwieweit sie davon überzeugt sind, ihr Leben trotz der Schmerzen und der Beeinträchtigungen angemessen gestalten zu können.

Schmerzbewältigung: Schmerzpatienten versuchen relativ früh im Krankheitsgeschehen, mit ihren Schmerzen umzugehen. Im Rahmen der Chronifizierung sind dysfunktionale Bewältigungsmechanismen von Bedeutung. So vermeiden sehr viele Patienten körperliche Aktivität, um eine kurzfristige Schmerzlinderung zu erreichen. Langfristig führt dies über Dekonditionierungsprozesse zu verstärktem Schmerzerleben bei schon

geringer körperlicher Belastung. Auch das Vermeiden sozialer Aktivitäten gehört zum Repertoire dysfunktionaler Bewältigung. Es wird angenommen, dass dieses Verhalten über die Reduktion aversiver Gefühle (Schmerz, gedrückte Stimmung) durch negative Verstärkung stabilisiert wird.

Soziale Ebene

Familie: In einer Vielzahl von Studien konnte gezeigt werden, dass die Familie wahrscheinlich eine zentrale Rolle in der Ätiologie der Syndrome chronischen Schmerzes spielt. Theoretische Konzepte des Modell-Lernens, aber auch der operanten Konditionierung werden als Erklärungsmodelle herangezogen. So wird im operanten Schmerzmodell angenommen, dass Schmerzverhalten durch Zuwendung, beziehungsweise durch den Wegfall unangenehmer Konsequenzen aufrechterhalten wird. Einige Studien konnten zeigen, dass Schmerzverhalten von Patienten in Anwesenheit des besorgten Partners deutlich stärker gezeigt wurde als in der Kontrollgruppe ohne Partner. Inaktivität zur Schmerzreduzierung wird ebenfalls häufig durch Übernahme von Tätigkeiten durch Familienmitglieder verstärkt. Im Gegensatz dazu konnte aber auch gezeigt werden, dass emotionale und soziale Unterstützung nicht unbedingt zu mehr Schmerzverhalten führt. Es muss also unterschieden werden zwischen günstiger sozialer Unterstützung, von der Schmerzpatienten profitieren und die ihren Umgang mit der Erkrankung verbessert, und ungünstiger Unterstützung, die zu stärkerer Inaktivität und mehr Schmerzverhalten führt. Dies hat Konsequenzen sowohl für die Diagnostik als auch für die Therapie. So sollte der Partner im Rahmen der Diagnostik ebenfalls befragt und in die Diskussion der Befunde mit einbezogen werden. Weiterhin gibt es inzwischen Therapiebausteine für Schmerzbewältigungsgruppen, die zeigen, wie eine sinnvolle Einbeziehung

der Partner in die Schmerzbewältigung aussehen kann.

Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit: Das Verhältnis von Schmerz und Arbeitsplatzzufriedenheit wurde in vielen Studien, vor allen Dingen an Patienten, die unter Rückenschmerzen leiden, untersucht. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: Arbeitsplatzvariablen, die mit Rückenschmerz korrelierten, beziehungsweise einen Risikofaktor für die Chronifizierung darstellen sind:

- Zufriedenheit mit der jeweiligen Tätigkeit
- Stressbelastung am Arbeitsplatz
- Typ-A-Verhalten
- Kollegialität und soziale Unterstützung
- Arbeitsbelastung
- Zeitdruck
- monotone Tätigkeiten
- Verhältnis zu Vorgesetzten.

So gilt es heute als erwiesen, dass Belastungen im privaten und beruflichen Alltag sowie speziell Unzufriedenheit am Arbeitsplatz relevante Prädiktoren für das erstmalige Auftreten sowie für die Chronifizierung akuter Rückenschmerzen sind.

Therapie

Aus schmerzpsychotherapeutischer Sicht geht es in der Behandlung in erster Linie um das Erreichen folgende Ziele:

- multifaktorielles Krankheitsverständnis
- Abbau unangemessener Schmerzbewältigungsstrategien
- Abbau von Schon- und Überforderungsverhalten
- Förderung der Aktivierung
- Reduktion psychiatrischer Komorbidität
- Reduktion von allgemeinen Belastungen in Beruf, Familie und Freizeit.

Dabei versuchen alle therapeutischen Bemühungen, das übergeordnete Ziel eines angemessenen Umgangs mit

dem chronischen Schmerz zur Erhöhung der Lebensqualität und zur langfristigen Linderung der Symptomatik zu erreichen. Deshalb werden in Schmerzbewältigungsgruppen (SBG) neue, wirksamere Bewältigungsstrategien erlernt. Die Patienten benötigen dazu folgende Fertigkeiten:

- Ablenkungsfähigkeit vom Schmerz
- Entspannungsfähigkeit
- Planung, Aufbau und Durchführung von (sozialen) Aktivitäten trotz Schmerzen
- Veränderung negativer Gedankenmuster und Einstellungen
- Aufbau sozialer Kompetenz zur Konflikt- und Problemlösung.

Diese Fertigkeiten erlauben es den Patienten, aus ihrer passiven Haltung herauszutreten und ihren Alltag angemessen aktiv zu gestalten. So besteht die Chance, dass der Schmerz nicht mehr das alles Bestimmende im Leben ist, sondern in den Hintergrund treten kann. Psychologische Schmerzbewältigung arbeitet mit folgenden psychotherapeutischen Verfahren:

- Edukation
- Stressbewältigung
- Problemlösetraining
- Training sozialer Kompetenz
- Kognitive Umstrukturierung
- Depressions- und Angstbehandlung
- Entspannungstraining
- Biofeedbackbehandlung.

Die Inhalte der einzelnen Sitzungen lassen sich folgenden Themen zuordnen:

- Basisinformation zum chronischen Schmerz
- Schmerzakzeptanz
- Aktivitätenplanung, -einteilung und -förderung
- Gedanken und Gefühle
- Bewältigungsstrategien
- Schmerzverhalten
- Genusstraining
- Transfer in den Alltag.

Schmerzbewältigung findet ebenfalls in den psychotherapeutischen

Einzel Sitzungen statt. Hier werden Inhalte vertieft und entsprechend den lebensgeschichtlichen Zusammenhängen bearbeitet. Aufgrund der hohen Komorbidität unserer Patienten wird hier aber auch ein Schwerpunkt auf die Behandlung der komorbiden Störung gelegt.

Das Konzept kann sowohl in einer Gruppe (8–12 Teilnehmer) als auch in einzels psychotherapeutischen Sitzungen durchgeführt werden. Entscheidend ist ein hochfrequenter Einsatz der psychotherapeutischen Interventionen mit mindestens zwei Gruppensitzungen (1½–2 h) sowie einer Einzelsitzung pro Woche. Begleitend zur Psychotherapie können die Patienten in der Biofeedbackbehandlung lernen, ihr psychophysiologisches Aktivierungsniveau mithilfe des Computers zu beeinflussen und somit muskuläre Verspannungen zu erkennen und zu verändern. Dies fördert die Bereitschaft der Patienten, ihre passive Opferrolle aufzugeben, da sie die Wirksamkeit dieser Fähigkeit unmittelbar beobachten und erleben können. Die Motivation für das Entspannungstraining wird dadurch ebenfalls deutlich gesteigert. Bedeutsam ist auch die berufliche Beratung und die konkrete Hilfe über Arbeits- und Belastungserprobungen. Dadurch wird die Integration beziehungsweise die Reintegration in das Arbeitsleben gefördert.

Schlussfolgerungen

Seit der Formulierung des biopsychosozialen Krankheitsmodells in den Siebzigerjahren des letzten Jahrhunderts hat sich die Schmerztherapie radikal verändert und ist mit der Etablierung der interdisziplinären und multimodalen Therapiekonzepte als Goldstandard auf einem guten Weg. Sämtliche Therapiestudien weisen erfolgreich in diese Richtung; allerdings ist und bleibt die Therapie chronischer Schmerzen schwierig. Sie erfordert von allen Beteiligten hohe Kompetenz und Engagement, aber auch Frustrationstoleranz. In

den Behandlungsteams bedarf es einer besonderen Art des professionellen Umgangs miteinander, um diese Konzepte erfolgreich umzusetzen. Interdisziplinarität ist mehr als ein Nebeneinander verschiedener Berufsgruppen – das wäre Multidisziplinarität. Das Ganze ist und muss mehr sein als nur die Summe der einzelnen Disziplinen. ■



*Wolfgang Dumat
Psychologischer Schmerztherapeut
und Supervisor DGSS/DGPSF
Institut für Anästhesiologie/
Schmerzlinik Nottwil
Schweizer Paraplegiker-Zentrum
Guido A. Zäch Strasse 1
6207 Nottwil*

Interessenkonflikte: keine

Literatur über den Autor erhältlich.