

Jane Henry Schulz

Subgruppenspezifische Psychotherapie in der Behandlung von chronischen Schmerz- und Funktionserkrankungen

Zusammenfassung:

Chronische Schmerzen und Funktionserkrankungen des Bewegungssystems sind in der deutschen Bevölkerung weit verbreitet. Um bei komplexeren Schmerzsyndromen eine adäquate Behandlung zu gewährleisten, ist eine multimodale Diagnostik erforderlich, um nach dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell einen individualisierten Therapieplan erstellen zu können. Häufig lassen sich komorbid zu den chronischen Schmerzsyndromen psychische Störungen feststellen. Die Behandlung der psychischen Störung sollte zwingend in der Therapieplanung berücksichtigt werden, um einen langfristigen Behandlungserfolg zu erzielen. Empfehlenswert ist, die Patienten in Subgruppen zu differenzieren, sodass eine gezielte Behandlung umgesetzt werden kann.

Schlüsselwörter:

Psychische Komorbidität, multiprofessionell, chronischer Schmerz, individualisierte Behandlung

Zitierweise:

Schulz JH: Subgruppenspezifische Psychotherapie in der Behandlung von chronischen Schmerz- und Funktionserkrankungen. OUP 2020; 9: 295–299 DOI 10.3238/oup.2020.0295–0299

Nahezu jede 5. Person leidet in Deutschland an chronischen Schmerzen. Chronischer Schmerz wird als multidimensionales psychisches und somatisches Phänomen betrachtet [20, 26]. Die enge Verzahnung zwischen seelischen und körperlichen Faktoren wird deutlich. Daher ist bei komplexeren Erkrankungen die multimodale Diagnostik und Behandlung entsprechend dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell im ANOA-Konzept sinnvoll [1, 12]. Schmerzmediziner, Psychotherapeuten sowie Physiotherapeuten arbeiten eng zusammen, um dem Patienten eine befundorientierte individuelle Behandlung zu ermöglichen. Die Differenzierung der Patienten in unterschiedliche Subgruppen ermöglicht eine zielgerichtete und wirtschaftliche Behandlung, da Mechanismen-basiert gearbeitet werden kann [5].

Relevanz der Psychotherapie in der Behandlung von chronischen Schmerzen und Funktionserkrankungen

Unterschiedliche psychische Faktoren, wie z.B. Angst oder Katastrophisierung, modulieren die Schmerzen und beeinflussen, wie diese beim Betroffenen wahrgenommen und verarbeitet werden [14]. Nur in seltenen Fällen ist die ausschließlich psychotherapeutische Behandlung bei chronischen Schmerzen wirksam. Vor allem die kombinierte Therapie im multiprofessionellen Team ist bei chronischen Schmerzen effektiv [4]. Besonders bei Rückenschmerzen, die den häufigsten Grund chronischer Schmerzen darstellen [8], haben sich psychotherapeutische Behandlungen als wirkungsvoll erwiesen [23]. Häufig stehen chronische Schmerzpatienten einer psychotherapeutischen Be-

handlung skeptisch gegenüber, da die Schmerzen oft auf somatische Faktoren zurückgeführt werden [22]. Hier ist es wichtig, schon zu Beginn der Therapie, durch die Vermittlung des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells, die Motivation der Patienten mit einem Psychotherapeuten zu arbeiten, zu erhöhen [20].

Häufig kommt die kognitive Verhaltenstherapie bei chronischem Schmerz zum Einsatz, da diese einer symptombezogenen Vorgehensweise nachgeht. Auch psychodynamische Verfahren werden eingesetzt [20, 23]. Unterschiedliche Therapien haben ihre Daseinsberechtigung, da sie auf verschiedene Schwerpunkte abzielen (Abb. 1). Die Auswahl des Verfahrens bzw. der Methode muss auf die entsprechende Zielsetzung abgestimmt werden (Tab. 1). Die Unterteilung in mehrere Subgruppen ermöglicht dem

Subgroup-specific psychotherapy in the treatment of chronic pain and functional diseases

Summary: Chronic pain and functional diseases are a widespread phenomenon in the German population. In order to ensure adequate treatment, multimodal diagnostics initially needed to create an individualized therapy plan according to the bio-psycho-social disease model. Chronic pain syndromes and psychological disorders can often be diagnosed as comorbidities. The treatment of a mental disorder should be considered in the establishment of a therapy plan, to achieve positive long-term effects from the treatment. Therefore, a differentiation of patients into subgroups could offer the implementation of selective treatments.

Keywords: mental comorbidity, multi-professional, chronic pain, individualized treatment

Citation: Schulz JH: Subgroup-specific psychotherapy in the treatment of chronic pain and functional diseases. OUP 2020; 9: 295–299 DOI 10.3238/oup.2020.0295–0299

Therapeuten eine Orientierung hinsichtlich des zu erreichenden Behandlungszieles, welches mit dem Patienten gemeinsam festgelegt wird [20].

Auch Nickel [20] fordert auf, „nicht alle (chronischen Schmerzpatienten) in einen Topf“ zu werfen. Um der Heterogenität der chronischen Schmerzpatienten gerecht zu werden, ist ein differenzierter Zugang, der die Mechanismen der Schmerzstörung bzw. der Schmerzentstehung und Chronifizierung in den Fokus rückt, sinnvoll [4, 20]. Eine Mechanismen-bezogene psychotherapeutische Behandlung erfordert die nähere Betrachtung der ätiologischen Faktoren [14]. Hier bietet sich wiederum eine Einteilung in Subgruppen an, um eine individuellere Behandlung zu ermöglichen. Wesentliche Grundlage für die Einteilung in unterschiedliche Subgruppen ist eine differenzierte psychologische Diagnostik (psychologische und biografische Anamnese) sowie der Einsatz von psychologischen Testverfahren [2, 22]. Diverse Faktoren wie Konflikte, gegenwärtige Belastungen sowie traumatische Ereignisse können identifiziert werden [26].

Chronische Schmerzpatienten weisen häufig eine psychische Komorbidität auf. In mehreren Studien lässt sich ein hoher Anteil von strukturellen Störungen aufweisen: Depression, Angststörung und Abhängigkeitserkrankungen. Auch posttraumatische Belastungsstörungen, soma-

toforme- und Persönlichkeitsstörungen treten gehäuft auf [7, 26]. Die Einteilung der Subgruppen erfolgt in diesem Beitrag anhand der häufigsten komorbiden Störungen. Die Behandlung der psychischen Komorbidität ist neben der körperlichen Aktivierung wesentliches Kriterium für einen langfristigen Therapieerfolg und eine günstige Prognose [21]. Daher ist es nicht selten, dass eine weiterführende ambulante Psychotherapie nach dem (teil-)stationären Aufenthalt empfohlen wird. Das gemeinsame Ziel aller Behandler stellt die Anhebung der Schmerzschwelle dar [4]. Die Psychotherapie kann den Patienten dabei unterstützen, den Umgang mit den Schmerzen dauerhaft zu erleichtern [11].

Rolle der (psychotherapeutischen) Edukation

Um die Schmerzschwelle anzuheben, ist die Modulation von individueller Bewertung und Bedeutung der Schmerzen essentiell [26]. Daher ist es empfehlenswert, dass alle Subgruppen von chronischen Schmerzpatienten die schmerzrelevanten Informationen im Rahmen von Edukationen erhalten, welche dann ggf. in den psychotherapeutischen Einzelsitzungen weiter vertieft werden können. Durch die Vermittlung der Informationen, wird es den Patienten erleichtert, das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell anzunehmen und so auch die Motivation für eine psychotherapeutische Behandlung erhöht

[4, 26]. Besonders bei chronischen Schmerzpatienten ist die Wirksamkeit der Edukation gut. Auch bei Patienten, die keine psychische Komorbidität aufweisen, lassen sich oft dysfunktionale Kognitionen bezüglich Copingstrategien und/oder Selbstwirksamkeitserwartungen feststellen wie z.B. „Ich kann nichts gegen meinen Schmerz tun“. Bei vielen Patienten kann schon durch die Vermittlung der Informationen ein Umdenken erreicht werden, das zu einer Schmerzreduktion führt [20]. Zudem bietet die Einteilung in Subgruppen die Möglichkeit der thematischen Spezifizierung.

Chronischer Schmerz und affektive Erkrankungen und/oder Angststörungen

Depressionen stellen mit einem Wert von 60 % [26] die häufigste komorbide Störung bei chronischen Schmerzen dar. Depression und chronischer Schmerz können unabhängig voneinander auftreten. Allerdings ist zu beachten, dass eine primäre Depression und/oder Angststörung das Risiko an chronischen Schmerzen zu leiden, erhöht [9]. Dies lässt sich mit dem Einfluss von negativen Emotionen auf die Schmerzwahrnehmung, welcher auch bei gesunden Probanden festzustellen ist, erklären [14, 15]. Ebenso konnte der umgekehrte Effekt nachgewiesen werden. Die sekundär zum Schmerz auftretende Depression wird unter anderem als Folge der wahrgenommenen Funktionsbeein-

trächtigung verstanden [14]. Wechselwirkungen zwischen den beiden Störungsbildern werden angenommen. Diverse Untersuchungen weisen auf gemeinsame neuronale Mechanismen hin, die sowohl die Schmerzverarbeitung als auch die Emotionsregulation beeinflussen. Störungen in diesem System können demnach die (gestörte) Schmerzwahrnehmung und (depressive) Stimmungslage bedingen [15]. Die Angst vor der (schmerzauslösenden) Bewegung ist Voraussetzung für die Entwicklung eines chronischen Krankheitsverhaltens und kann häufig bei chronischen Schmerzpatienten beobachtet werden. Ein solches Verhalten hat sowohl körperliche als auch psychosoziale Konsequenzen [23]. Mehrere Studien haben gezeigt, dass die wahrgenommene Schmerzstärke bei einer Verbesserung der Depressions- bzw. Angstsymptomatik gesunken ist [4, 9]. Die nähere Betrachtung der ätiologischen Bedingungen ermöglicht die Festlegung eines Behandlungsziels und das einzusetzende psychotherapeutische Verfahren.

Chronischer Schmerz und Trauma

Es fällt auf, dass chronische Schmerzpatienten häufig traumatische Erfahrungen in der Vergangenheit aufweisen und zu Teilen an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden [17, 26]. Eine starke Wechselwirkung [17] und gegenseitige Aufrechterhaltung beider Störungen wird diskutiert [28]. Es gibt multiple Faktoren, die eine traumatische Situation darstellen. Ob diese traumatisch wahrgenommen wird, hängt von den individuell verfügbaren Bewältigungsmöglichkeiten ab [6]. Häufig spielen Bindungs- und Beziehungserfahrungen in der Vergangenheit eine entscheidende Rolle [20]. Mögliche ungelöste Konflikte müssen identifiziert werden. Bei beiden Störungen lassen sich ähnliche kognitive- und Verhaltensmuster erkennen. Kognitive Prozesse beim Trauma betreffen vor allem die Interpretation des Traumas und seiner Folgen sowie die Vermeidung traumaassoziiierter Reize als angepasste Kontrollstrategie. Auch bei chronischen Schmerzen tragen Vermeidungsver-

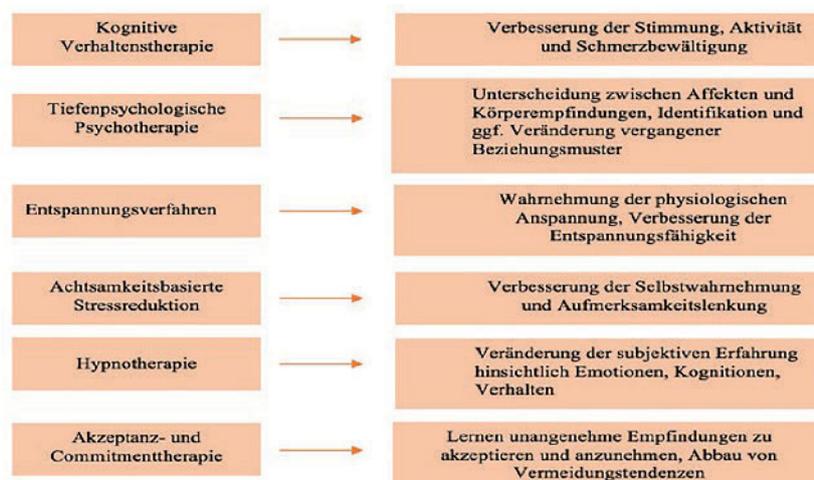


Abbildung 1 Psychotherapeutische Verfahren und deren Zielstellung in der Behandlung von chronischen Schmerzen (modifiziert nach [11])

halten und kognitive Prozesse eine entscheidende Rolle. Diese beinhalten unter anderem die (meist geringen) Selbstwirksamkeitserwartungen und Schmerzbewältigungsstrategien sowie die zunehmende Vermeidung von (schmerzauslösenden) Bewegungen. Zudem lassen bei beiden Störungen Übererregung und Ängste, emotionale Instabilität sowie ein hoher Aufmerksamkeitsfokus auf somatische Veränderungen feststellen [17, 25]. Hier besteht die Möglichkeit einer kognitiven Verhaltenstherapie, um dysfunktionale kognitive Prozesse umzustrukturieren sowie Vermeidungsverhalten abzubauen. Ebenfalls besteht Indikation für ein Entspannungsverfahren wie Biofeedback, um physiologische Anspannung zu reduzieren [17]. In der psychodynamischen Sichtweise stellt das Symptom die emotionale Entlastung bzw. die Abwehr von nicht verbalisierbaren Emotionen dar, in Form eines speaking bodies [10, 26]. Der Fokus der (psychodynamischen) Therapie liegt in der Identifikation sowie Umgestaltung der Beziehungsmuster durch eine korrigierende Beziehungserfahrung und kann zu einer Symptomreduktion führen.

Unabhängig davon, welches Verfahren angewandt wird, ist immer eine professionelle individuelle Einschätzung seitens des Behandlers, ob das Trauma näher bearbeitet werden kann, notwendig. Es besteht Dissoziations- und Retraumatisierungsgefahr.

Der Patient sollte über mögliche Risiken aufgeklärt werden.

Chronischer Schmerz und/oder somatoforme Störung

Differentialdiagnostisch ist bei häufigen Arztkontakten und Beschwerden, die vom Betroffenen körperlich begründet vorgetragen werden und jedoch ohne (ausreichenden) organopathologischen Befund und zu Leidensdruck führen, eine somatoforme Störung abzuklären [16]. Sowohl bei der chronischen Schmerzstörung als auch bei somatoformen Störungen werden psychosoziale Belastungsfaktoren als Diagnosekriterium benannt. Die Grenzen zwischen somatoformen Störungen und körperlichen Erkrankungen sind im klinischen Alltag fließend [3]. Bei somatoformen Störungen sollte der Fokus im Rahmen der Behandlung auf psychotherapeutischen Interventionen liegen [24]. Aufgrund der starken somatischen Ursachenfixierung sollte der Einsatz von medizinischen Maßnahmen zurückhaltend sein, dennoch sollten die Beschwerden ernst genommen werden. Grundlegend für eine erfolgreiche Therapie, ist die Ausgestaltung einer tragfähigen Therapeut-Patient-Beziehung. Sowohl verhaltenstherapeutische als auch psychodynamische Behandlungsansätze werden angewandt. Häufig lassen sich Defizite in der (Emotions-)Wahrnehmung feststellen. Das Augenmerk liegt auf der Differenzierung zwischen

Schmerzen und Affekten bzw. Belastungssituationen [16]. Die Behandlung erfordert einen engen Kontakt bzw. Austausch im multiprofessionellen Team.

Chronischer Schmerz und Abhängigkeitserkrankungen

Häufig lässt sich Medikamentenmissbrauch- oder Abhängigkeit bei Patienten mit chronischen Schmerzen feststellen. Unterschiedliche Faktoren wie Umwelt, Medikament und Individuum sowie die gegenseitige Beeinflussung werden als Ursache verstanden. Wie bereits erwähnt, sehen chronische Schmerzpatienten die Schmerzen oftmals ausschließlich organisch begründet. Aufgrund dieser Attribution erwartet der Patient eine Besserung durch ein Medikament. Zudem haben die Patienten häufig eine geringe internale Kontrollenerwartung, selbst wirksam etwas gegen den Schmerz tun zu können [14]. Als Konsequenz wird oft zu externen Hilfsmitteln in Form von Medika-

menten gegriffen. Ebenfalls lässt sich, vor allem bei stark ausgeprägten Vermeidungstendenzen, prophylaktisches Einnahmeverhalten beobachten. Das Medikament wird in Antizipation des auftretenden Schmerzes bereits vor einer Tätigkeit oder Bewegung eingenommen. Durch die zunehmende (Bewegungs-)Vermeidung kann es dazu führen, dass es „blind“ eingenommen wird. Darüber hinaus stellen (andere) psychische Komorbiditäten einen Risikofaktor für einen Medikamentenmissbrauch oder eine Medikamentenabhängigkeit dar.

Die Behandlung von chronischen Schmerzen bei primär alkohol- und/oder drogenabhängigen Patienten kann ebenfalls ein Problem darstellen. Es kann zu synergetischen Effekten kommen. Vor allem Benzodiazepine, die einen sedierenden und angstlösenden Effekt haben, nehmen einen wichtigen Stellenwert ein. Es erfolgt immer eine Risikoabwägung im multiprofessionellen Team. Hier ist ein integratives Therapiekonzept,

welches auch suchtmmedizinische Aspekte wie Entzugsbehandlung und ggf. supportive Maßnahmen umfasst, sinnvoll [27].

Auch bei vielen Behandlern, insbesondere bei Hausärzten und Orthopäden, die in der Regel die erste Anlaufstelle für Patienten darstellen, liegt der Fokus vorrangig auf somatischen Faktoren. In der Folge werden auch fehlindizierte Medikamente verschrieben, die eine Symptomlinderung erzielen sollen. Der ausbleibende Erfolg führt sowohl auf Patientenseite als auch auf Seite des Behandlers zu Rat- und Hilflosigkeit. Nicht selten wird die Dosis der Medikamente erhöht oder ein neues verschrieben, das (höchstwahrscheinlich) ebenfalls nicht zum gewünschten Resultat führt und das Abhängigkeitsrisiko erhöht. Wenn die chronische Schmerzstörung ausschließlich mit Medikamenten behandelt wird, werden die sozialen und psychischen Aspekte, die einen wesentlichen Anteil der chronischen

| Subgruppe | Mögliche Zielstellungen | Verfahren |
|--|---|--|
| Depression | Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen | Kognitive Umstrukturierung in Kognitiver Verhaltenstherapie |
| | Steigerung des Selbstwertgefühls | Stärkung von Selbstvertrauen und Selbstakzeptanz in Achtsamkeitsbasierter Stressreduktion |
| Angststörung | Höhere psychische Flexibilität | Kontakt zum gegenwärtigen Moment und Verhaltensänderung in Akzeptanz- und Commitmenttherapie |
| | Besserer Umgang mit der Angst | Veränderung der Wahrnehmung durch dissoziative Techniken in Hypnotherapie |
| Trauma | Bearbeitung von Bindungstraumatisierung | Nachreifung und Stärkung der Mentalisierungsfähigkeit in der tiefenpsychologischen Psychotherapie |
| | Abbau von Vermeidungsverhalten nach Traumatisierung | Veränderung der Interpretation des Traumas und seiner Konsequenzen in kognitiver Verhaltenstherapie |
| Somatoforme Störung | Veränderung der Bewertung von körperlichen Reaktionen | Körperliche Symptome als natürliche Anpassungsleistung anerkennen in achtsamkeitsbasierter Stressreduktion |
| | Unterbrechung der (hohen) physiologischen Anspannung | Entspannungsverfahren, wie Progressive Muskelentspannung oder Autogenem Training |
| Abhängigkeitserkrankung | Verhaltensänderung: Abbau/Reduktion von konsumierendem Verhalten | Aufbau von positiven Verstärkern für die Abstinenz und soziales Kompetenztraining in der kognitiven Verhaltenstherapie |
| | Bearbeitung interpersonaler Probleme | Nachreifung und Veränderung von Beziehungsmustern in tiefenpsychologischer Psychotherapie |
| Persönlichkeitsstörungen (z.B. Borderline) | Emotionsregulation: Abbau von dysfunktionalen Strategien zum Spannungsabbau | Erlernen von hilfreichen Strategien zur Impulskontrolle in kognitiver Verhaltenstherapie |

Tabelle 1 Beispielhafte Zuordnung der Subgruppen mit möglichen Zielstellungen und indiziertem psychotherapeutischen Verfahren

Schmerzstörung ausmachen (können), nicht berücksichtigt und es kann keine adäquate Behandlung stattfinden.

Die Therapie von Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit erfordert ein multiprofessionell interdisziplinär arbeitendes Team. Beendigung, Reduktion oder Umstellung der Medikamenteneinnahme sowie die Erhöhung der internalen Kontrollüberzeugungen können mögliche Ziele in der Behandlung darstellen [18].

Chronischer Schmerz und Persönlichkeitsstörungen

In einer Studie von Fischer-Kern et al. [7] mit 48 Schmerzpatienten konnte gezeigt werden, dass 68 % der Probanden eine Persönlichkeitsstörung aufwiesen. Neben der histrionischen, dependenten und paranoiden ließ sich die Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) als häufigste komorbide Störung beim chronischen Schmerzsyndrom feststellen. Eine Vielzahl der BPS Patienten haben traumatische Erfahrung in der Vergangenheit. Bei 70–80 % lässt sich selbstverletzendes Verhalten beobachten. Auch in Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass BPS Patienten eine Schmerzdesensibilisierung aufweisen [13, 25]. Ursächlich

für die reduzierte Schmerzwahrnehmung ist eine Störung der affektiven Schmerzverarbeitung. Die Gruppe der Borderline Patienten ist sehr heterogen. Dennoch ist zu beachten, dass, verglichen zu den anderen Subgruppen, bei Borderline Patienten nicht das Ziel besteht, die individuelle Schmerzschwelle zu erhöhen. Vielmehr sollte der Umgang mit psychischen Belastungen und die Integration von Affekten im Fokus der Behandlung stehen [13].

Fazit

- Häufig besteht eine psychische Komorbidität bei chronischem Schmerz, die in der Therapieplanung berücksichtigt werden sollte, um einen langfristigen Behandlungserfolg zu erzielen.
- Eine psychotherapeutische Subgruppendifferenzierung ist Grundlage für eine individuelle Behandlung.
- Edukation ist wichtiger Bestandteil der Behandlung bei allen Patienten mit chronischen Schmerzen.
- Edukationsinhalte können patientengruppenbezogen spezifiziert werden.
- Unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren fokussieren verschiedene Zielstellungen.

- Die Auswahl der psychotherapeutischen Interventionen sollte, unter Berücksichtigung der ätiologischen Faktoren, Mechanismen-basiert erfolgen.
- Die Behandlung sollte transparent sein, um die Compliance des Patienten zu erhöhen.

Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

Das Literaturverzeichnis zu diesem Beitrag finden Sie auf: www.online-oup.de



Foto: Jane Schulz

Korrespondenzadresse
 Jane Henny Schulz
 Westmecklenburg Klinikum
 Helene von Bülow
 Parkstraße 12
 19230 Hagenow
Janehenny.schulz@web.de

GENUDYN® OA SMART
mit 2 Bewegungssensoren

Digitale
Physiotherapie-Assistent
powered by
re.flex
recovery made simple

GENUDYN® OA SMART
 SMARTER UNTERSTÜTZUNG DER
 KNIE-ARTHROSE THERAPIE
 GANZHEITLICHES BEHANDLUNGSKONZEPT

Weitere Infos erhalten Sie über die info@sporlastic.de