

4.2 Symptome

Es handelt sich um brennende, bohrende Schmerzen. Die Attacken beginnen schnell, halten etwa 30 bis 180 Minuten an und brechen dann relativ unvermittelt wieder ab. Die Attackenfrequenz liegt bei drei in 24 Stunden. Begleitsymptome wie ipsilaterale Rhinorrhoe oder Lakrimation können auftreten, ebenfalls seltener ein Horner-Syndrom auf der betroffenen Seite. Am häufigsten (80 Prozent) ist der „episodische“ Cluster-Kopfschmerz, der sich durch ein wiederholtes Auftreten einer „Cluster-Periode“ von vier bis zwölf Wochen auszeichnet.

4.3 Ätiologie/Pathophysiologie

Neben einer vaskulären Komponente wird auch eine zentrale Ursache für den Cluster-Kopfschmerz diskutiert. Ähnlich wie bei der Migräne handelt es sich auch hier um Hypothesen.

4.4 Diagnostik/ Differentialdiagnostik

Apparative Diagnostik (CCT, NMR) ist nur bei Verdacht auf intrakranielle Prozesse angezeigt. Eine Verwechslung des Cluster-Kopfschmerzes mit der Trigeminusneuralgie kommt nur dann vor, wenn der zeitliche Ablauf der Schmerzen nicht erfaßt wurde: So ist die Trigeminusneuralgie durch Sekunden andauernde, blitzartig einschießende, lanzierende Schmerzen gekennzeichnet.

4.5 Therapie

Die Therapie ist wie bei der Migräne in Anfallstherapie und Prophylaxe aufgliedert. Es kommen jedoch auch andere Substanzen zum Einsatz, die der zu entnehmen sind. In den meisten Fällen ist die Kombination von Verapamil mit Sauerstoff erfolgreich und im Gegensatz zu einer Medikation mit Ergotaminen unbedenklicher (15). Ein weiterer Vorteil der Sauerstoffinsufflation als Therapiemethode ist die absolute Nebenwirkungsfreiheit. Ein therapeutischer Effekt stellt sich in der Cluster-Attacke bereits nach fünf bis zehn Minuten ein. Voraussetzung für diese hohe Effizienz ist eine Applikation von mindestens sieben Litern pro Minute.

4.6 Prognose

Auch hier kann, ähnlich wie bei der Migräne, nicht von einer „Heilung ausgegangen“ werden. Immerhin sind Remissionen möglich, beim episodischen Cluster-Kopfschmerz sogar bis zu 40 Prozent (16).

Schlußfolgerungen

Außer der Einführung der Substanz Sumatriptan gibt es in der Therapie chronischer Kopfschmerzen für die klinische Praxis kaum neue Aspekte aus den letzten Jahren. Es gilt vielmehr, die bekannten Therapieprinzipien konsequent anzuwenden, dadurch Therapiefehler zu vermeiden und den Patienten zur Eigenverantwortlichkeit anzuhelfen und dahingehend anzuleiten, nicht immer von einer kompletten Heilung seiner Beschwerden auszugehen. In den meisten Fällen kann eine effiziente Schmerztherapie jedoch dazu beitragen, daß sich der Patient auch trotz seiner Kopfschmerzen wieder im Leben zurechtfindet.

Deutsches Arzteblatt

91 (1994) A-1626-1634 [Heft 22/23]

Literatur:

- Blau, J. N.: The clinical diagnosis of migraine: the beginning of therapy. *J. Neurol.* 238 (1991) 6
- Cady, R. K.; J. Dexter, J. D. Sargent, H. Markley, J. T. Osterhaus, C. J. Webster: Efficacy of subcutaneous Sumatriptan in repeated episodes of migraine. *Neurology* 43 (1993) 1363
- Diener, H. C.; V. Pfaffenrath, D. Soyka, W. D. Gerber: Therapie des medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerzes. Empfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft. *Münch. Med. Wschr.* 134 (10) (1992) 159
- Gerber, W. D.; G. Haag: Zusammenfassende Überlegungen zur Diagnostik und Therapie der Migräne. In: Gerber, W. D.; G. Haag (Hrsg.): *Migräne - Praxis der Diagnostik und Therapie für Ärzte und Psychologen*. Springer, Berlin - Heidelberg - New York (1982) 264
- Gerber, W. D.; P. Kropp: Migräne als Reizverarbeitungsstörung? *Der Schmerz* 7 (4) (1993) 280
- Göbel, H.: Kopfschmerzforschung und -therapie in Europa - 1. Internationale Konferenz der European Headache Federation. *Der Schmerz* 6 (1992) 274
- Göbel, H.; M. Petersen-Braun, D. Soyka: Die Prävalenz von Kopfschmerzen in Deutschland. *Der Schmerz* 7 (4) (1993) 287
- Mastrosimone, F.; C. Iaccarino, G. de Caterina: Efficacy and tolerance of Cyclandelate versus Pizotifen in the prophylaxis of migraine. *J. Med.* 23 (1) (1992) 1
- Olesen, J.: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia and facial pain. *Cephalalgia* 8 (1988)
- Olesen, J.: A review of current drugs for migraine. *J. Neurol.* 238 (1991) 23
- Olesen, J.; J. J. Bonica: Headache. In: Bonica, J. J. (ed.): *The Management of Pain*. Lea & Febiger Philadelphia - London (1990) 687
- Pfaffenrath, V.: Kopfschmerzen. In: Zenz, M.; I. Jurnal (Hrsg.): *Lehrbuch der Schmerztherapie*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart (1993) 385
- Pfaffenrath, V.; H. A. Baar, D. Soyka, H. C. Diener: Konsensus zur Migräneattackenbehandlung mit Sumatriptan. *Die Schmerzhilfe* 4 (4) (1993) 10
- Pfaffenrath, V.; H. C. Diener, H. Isler, C. Meyer, E. Scholz, Z. Taneri, P. Wessely, H. Zaiser-Kaschel, W. Haase, W. Fischer: Wirksamkeit und Verträglichkeit von Amitriptylinoxid beim chronischen Spannungskopfschmerz - eine multizentrische Doppelblindstudie versus Amitriptylin versus Placebo. *Nervenarzt* 64 (1993) 114
- Pfaffenrath, V.; H. C. Diener, D. Soyka, K. H. Grotemeyer: Behandlung des Cluster-Kopfschmerzes. Empfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft. *Münch. Med. Wschr.* 134 (10) (1992) 154
- Pfaffenrath, V.; W. D. Gerber: Chronische Kopfschmerzen. In: Gerber, W. D.; U. Thoden (Hrsg.): *Schmerz und Praxis*, Band 1, Kohlhammer, Stuttgart - Berlin - Köln (1992)
- Rehfish, H. P.; H. D. Basler: Entspannung und Imagination. In: Basler, H. D.; C. Franz, B. Kröner-Herwig, H. P. Rehfish, H. Seemann: *Psychologische Schmerztherapie*, Springer, Berlin (1990) 448
- Soyka, D.: Kopfschmerz. In: Neundörfer, B.; K. Schimrigk, D. Soyka (Hrsg.): *Praktische Neurologie*, Band 1. Edition Medizin Weinheim - Deefield Beach, Florida - Basel (1984)
- Waldmann, S. D.: Evaluation and treatment of common headache and facial pain syndromes. In: Raj, P. P. (ed.): *Practical Management of Pain* (2nd edition), Mosby Year Book St. Louis (1992) 198

Anschrift für die Verfasser:

Dr. med. Michael Strumpf
Universitätsklinik für
Anästhesiologie, Intensiv-
und Schmerztherapie
Berufsgenossenschaftliche
Kliniken Bergmannsheil
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1
44789 Bochum

Schmerztherapie aus psychologischer Sicht

Anne Willweber-Strumpf

1. Psychologische Therapie chronischer Schmerzen – Warum?

Das traditionelle Konzept der Schmerzgenese, das Schmerzempfinden als eine rein sensorische Erfahrung darstellt, die direkt proportional zum Ausmaß einer organischen Läsion ist, kann so nicht mehr gehalten werden. Angeregt durch die von Melzack und Wall (5) vorgestellte Gate-Control-Theorie, die später in einigen Aspekten modifiziert werden mußte (6), wird chronischer Schmerz heute als ein psycho-physisches Gesamt ereignis aufgefaßt, an dessen Entstehung und Aufrechterhaltung sowohl somatische als auch psychische Faktoren beteiligt sind. Bei den psychischen Faktoren wird unterschieden zwischen kognitiven Komponenten (gedankliche Verarbeitung und Bewältigung der erlebten Schmerzen), affektiven Komponenten (gefühlsmäßige Verarbeitung und Bewältigung der erlebten Schmerzen) und das Verhalten betreffende Komponenten (zum Beispiel Schonverhalten, Vermeidungsverhalten, Mimik, Gestik, Umgang mit Medikamenten).

Die psychischen Faktoren des Schmerzerlebens können (Mit-)Ursache der Schmerzen sein, sie können aber auch Folgen der lang anhaltenden Schmerzen sein. In beiden Fällen können psychische Faktoren zur Aufrechterhaltung und Chronifizierung der Schmerzen beitragen.

Bei einigen Patienten lassen sich psychische Faktoren eruieren, die in einem deutlichen Zusammenhang mit dem Schmerzbeginn stehen: psychosoziale Probleme, physische oder psychische Traumata, physische oder psychische Überforderungssituationen, extremes Leistungs- oder Durchhalteverhalten. In diesen Fäl-

len kann die psychische Situation den Betroffenen bei Verletzungen oder Erkrankungen „schmerzbereiter“ machen. Bei fehlendem organischen Korrelat kann der Schmerz Ausdruck einer psychischen Störung sein.

Lang anhaltende Schmerzen bleiben nicht ohne Auswirkungen auf das Allgemeinbefinden, die Gedanken, die emotionale Situation, das

Tabelle 1: Psychologische Risikofaktoren für die Chronifizierung von Schmerzen

- **Vermeidungsverhalten** bei sozialen und körperlichen Aktivitäten
- **Durchhaltestrategien** im Sinne habitueller Überforderung trotz stärkster Schmerzen
- **nichtverbales Ausdrucksverhalten:** Signalisieren von Schmerzen durch Mimik, Gestik, Körperhaltung, Stimmlage, Betonung
- **Ablenkung im Sinn des Ignorierens**

Verhalten des Betroffenen. Abnehmende subjektive Leistungsfähigkeit, Schlafprobleme und zunehmende Reizbarkeit werden von fast allen Patienten mit chronischen Schmerzen beschrieben. Viele Patienten geraten mit zunehmender Dauer der Schmerzen in einen Circulus vitiosus. Die Gedanken richten sich zunehmend auf das scheinbar nicht lösbare

Schmerzproblem und die Beobachtung der Symptome. Erfolgreiche Behandlungsversuche führen zu Hilflosigkeit und Gefühlen des Ausgeliefertseins. Die Betroffenen ziehen sich immer mehr in sich zurück, verlieren soziale Kontakte, berufliche und familiäre Probleme entstehen. Es resultiert eine zunehmende affektive Labilität, die sich zum Vollbild einer Depression entwickeln kann. Der Schmerz hat somit vielfältige psychische und soziale Folgen, die ihrerseits wiederum das Schmerzerleben beeinflussen und aufrechterhalten.

Ob und in welchem Ausmaß eine solche Entwicklung eintritt, hängt von den individuellen psychologischen Risikofaktoren für die Chronifizierung der Schmerzen bei der betroffenen Person ab. Hasenbring (3) identifizierte bei Patienten mit radikulären Rückenschmerzen die in *Tabelle 1* genannten Risikofaktoren für die Chronifizierung.

Mit psychologischen Behandlungsmethoden kann der Prozeß der Schmerzverarbeitung modifiziert werden, und die psychischen und sozialen Folgen der Schmerzen können beeinflußt werden. Damit ist häufig eine Schmerzreduktion verbunden. Darüber hinaus können psychologische Behandlungsmethoden den Patienten helfen, ihr Leben mit dem gegebenenfalls fortbestehenden Schmerz erträglicher zu gestalten.

2. Psychologische Therapie chronischer Schmerzen – Wann?

Nicht jeder Patient mit chronischen Schmerzen bedarf zwangsläufig einer psychologischen Schmerztherapie. Trotz der Vielzahl der psychologischen Fragebögen und Meß-

Universitätsklinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie (Direktor: Prof. Dr. med. Michael Zenz), Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil, Bochum

instrumente gibt es zur Zeit und voraussichtlich auch in Zukunft kein sauberes Screening-Instrument, mit dem die Indikation zur psychologischen Schmerztherapie erfolgen kann. Chronischer Schmerz ist ein äußerst individuelles Problem, das Menschen mit einer individuellen Persönlichkeit und Entwicklung in einer individuellen Lebenssituation betrifft. Chronischer Schmerz ist ein Puzzle aus medizinischen, psychologischen und sozialen Anteilen, die gesammelt, sortiert und zu einem Ganzen zusammengefügt werden müssen, um zu einer Diagnose zu gelangen. Eine exakte Diagnose ist aber die Voraussetzung für die Auswahl der therapeutischen Maßnahmen.

Informationsquelle sind Anamnese und Diagnostik. Bei jedem Patienten mit chronischen Schmerzen sollte neben der medizinischen eine psychosoziale Anamnese und Diagnostik durchgeführt werden. Dies erfolgt in der Regel durch ein klinisches Interview; ergänzende Hinweise können durch standardisierte psychologische Fragebögen und Rating-skalen gewonnen werden. Ziel der psychologischen Anamnese ist es, die disponierenden, auslösenden und stabilisierenden psychosozialen Bedingungsfaktoren der geklagten Schmerzen zu erfassen. Nilges und Wichmann-Dorn (7) nennen folgende Themenschwerpunkte und eine Themenreihenfolge für die psychologische Anamnese:

▷ Aktuelle Schmerzen: Lokalisation, Qualität, Häufigkeit, Dauer, Intensität, Beginn

▷ Entwicklung: Behandlungsbeginn und -versuche, Medikamentenanamnese, sozialmedizinische Verfahren

▷ Einflußfaktoren und Bedingungen: schmerzreduzierende und schmerzverstärkende Faktoren, Schmerzverhalten, Medikamenteneinnahme-Verhalten, Bewältigungsversuche, Reaktionen von Bezugspersonen, Beeinträchtigung durch Schmerz (Alltag, Beruf, soziale Kontakte)

▷ Sonstige Beschwerden: aktuelle und frühere Beschwerden und Krankheiten, Unfälle, Operationen, depressive Symptome und Ängstlich-

Tabelle 2: Indikationen zur psychologischen (Mit-)Behandlung

- Depressionen und Ängste
- erkennbare Risikofaktoren (Vermeidungsverhalten, Durchhaltestrategien, nicht-verbales Ausdrucksverhalten, Ignorieren)

- unzureichende Streß- und Belastungsverarbeitung
- gestörte emotionale und kognitive Schmerzverarbeitung
- mangelnde Strategien zur Schmerzbeeinflussung

- unzureichende Krankheitsbewältigung bei körperlichen Beeinträchtigungen
- ausgeprägte und viele vegetative Symptome
- ausgeprägte Inaktivität und sozialer Rückzug

- Medikamentenmißbrauch und -abhängigkeit
- psychosoziale Konfliktsituationen
- fehlendes oder nicht hinreichendes somatisches Korrelat

keit (jeweils früher und heute), Angstanfälle

▷ Familienanamnese: Krankheiten der Angehörigen, Todesfälle, Familienstruktur (Geschwisterposition, Rollen, Aufgabenverteilungen), emotionale Atmosphäre, Erziehungsstil

▷ Persönliche Entwicklung und aktuelle Lebenssituation: Beziehung/Ablösung vom Elternhaus, schulische/berufliche Entwicklung (Arbeitsstil, Ziele, Beziehung zu Kollegen, Arbeitsklima), Partnerschaft, Ehe, Sexualität, Kinder, Wohnsituation, finanzielle Situation, Sozialkontakte, Hobbys (bei allem: Veränderung durch Schmerz?)

▷ Persönlichkeit, Bewältigungsstrategien: Selbstbeschreibung, Fremdbeurteilung, Streßbewältigung

▷ Krankheitskonzept: subjektives Erklärungsmodell, Kontrollüberzeugung, Veränderungserwartung.

Das psychologische Anamnesegespräch erfordert psychologische und schmerztherapeutische Kompetenz, Erfahrung und Einfühlungsvermögen, um mit möglichen Widerständen der Patienten umgehen zu können, aber auch, um Ängste, Peinlichkeit oder Entlarvungsgefühle bei den Patienten zu verhindern. Gleichzeitig sollte das Anamnesegespräch so gestaltet sein, daß für eine möglicherweise nachfolgende psychologische Therapie eine erste Motivationsgrundlage geschaffen wird.

Die Auswertung der erhobenen Informationen führt zu der Entscheidung, ob und welche psychologischen Therapiemaßnahmen indiziert sind, unabhängig vom Nachweis einer somatischen Erkrankung (Tabelle 2). Es ist wichtig zu beachten, daß die psychologische Anamnese und Diagnostik kein Ausschlußverfahren darstellt, das heißt, trotz erheblicher Beeinflussung der geklagten Schmerzen durch psychische Faktoren kann gleichzeitig ein medizinisch behandlungsbedürftiger Befund vorliegen.

3. Psychologische Methoden zur Behandlung chronischer Schmerzen

Das Ziel der psychologischen Schmerztherapie ist nicht primär die Schmerzfreiheit oder Schmerzreduktion. Das Hauptziel ist es, den Patienten zur Selbstkompetenz im Umgang mit den Schmerzen und deren Folgen zu verhelfen, so daß sie nicht mehr passiv leidend sind, sondern aktiv und bewußt in das Schmerzgeschehen eingreifen können.

Im folgenden werden die wichtigsten Verfahren der psychologischen Schmerztherapie kurz vorgestellt. Es handelt sich dabei ausschließlich um verhaltensmedizinische Verfahren. Psychoanalytische Methoden haben in der psychologischen Schmerztherapie keine Bedeutung, da eine gezielte Situations- und Schmerzbewältigung damit nicht zu erreichen ist.

3.1 Psychophysiologische Verfahren

3.1.1 Entspannungsverfahren

Bekannte Entspannungsverfahren sind die Progressive Muskelrelaxation und das Autogene Training. In der schmerztherapeutischen Praxis wird der Progressive Muskelentspannung nach Jacobson der Vorzug gegeben. Dieses Verfahren ist leicht und schnell zu erlernen, und die Effektivität ist empirisch belegt. Der angenommene Wirkungsmechanismus besteht in der Reduktion der durch Schmerzen bedingten sympathischen Übererregung und in der Stabilisierung vegetativer Reaktionen. Subjektiv kommt es zu einem Gefühl der inneren Ruhe und des Wohlbefindens.

In vielen Fällen werden imaginative Techniken (Elemente aus dem autogenen Training und der Hypnose) zusätzlich verwendet, um die Schmerz Wahrnehmung und das Schmerzerleben zu beeinflussen. Entspannungsverfahren zielen auf der einen Seite direkt auf eine Veränderung der Schmerzintensität ab und werden auf der anderen Seite auch zur Schmerzprävention (situationengebundene Regulation von Belastungsreaktionen) eingesetzt.

Indikationen für Entspannungsverfahren bestehen bei allen Patienten mit chronischen Schmerzen, besonders aber dann, wenn eine deutliche Wechselwirkung zwischen Muskelspannung und Schmerz vorliegt (zum Beispiel Spannungskopfschmerz, nichtradikuläre Rückenschmerzen) (9). Entspannungsverfahren werden in der Schmerztherapie selten isoliert eingesetzt, sondern sind Bestandteil umfassender Therapieprogramme.

3.1.2 Biofeedback

Bei diesen Verfahren erhalten die Patienten durch bioelektrische Geräte akustische oder optische Rückmeldungen über physiologische Parameter wie Muskelspannung, Hauttemperatur, Herzfrequenz oder Blutvolumenpuls. Durch die unmittelbare Rückmeldung über den augenblicklichen Aktivierungszustand können Entspannungsübungen der Patienten unterstützt werden. Außerdem kann Biofeedback verwendet

Tabelle 3: Inhalte eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieprogramms

<ul style="list-style-type: none"> ● Information über Schmerzentstehung und -aufrechterhaltung ● Progressive Muskelrelaxation zur Schmerzreduktion und zur positiven Beeinflussung des subjektiven Kontrollbewußtseins
<ul style="list-style-type: none"> ● Vermittlung innerer und äußerer Ablenkungsstrategien ● Anleitung zur Selbstbeobachtung, um den Zusammenhang von Kognitionen, Emotionen, Verhalten und Schmerz erfahrbar zu machen und Dysfunktionalitäten aufzudecken
<ul style="list-style-type: none"> ● Aufbau von Kognitionen, die die Schmerzbewältigung fördern ● Aufbau aktiver, schmerzinkompatibler Verhaltensweisen, und Abbau von Schmerzverhalten
<ul style="list-style-type: none"> ● Aufbau sozialkompetenten Verhaltens, um zufriedenstellende zwischenmenschliche Interaktionen unabhängig von Schmerzen zu fördern

werden, um physiologische Fehlregulationen in spezifischen Belastungssituationen zu verändern. Eine Indikation für den Einsatz von Biofeedback besteht besonders bei Patienten mit Migräne, Spannungskopfschmerz und Rückenschmerz (4).

3.2 Hypnose

Die Hypnose ist eines der ältesten Verfahren, mit dessen Hilfe sich Schmerzen beeinflussen lassen. Der Patient wird mittels verschiedener Techniken in einen Trance-Zustand versetzt mit der Möglichkeit, durch fremd- oder autosuggestive Beeinflussung die Schmerz Wahrnehmung zu verändern. Diese suggestive Beeinflussung der Schmerz Wahrnehmung kann zum Beispiel folgendermaßen aussehen:

Einem Patienten mit einem brennenden Schmerz wird die Vorstellung vermittelt, daß er entspannt an einem schönen Strand nahe am Wasser liegt und mit jeder auslaufenden Meereswelle die brennende Körperstelle umspült wird. Mit jeder Welle wird wohltuende Kühle empfunden und gleichzeitig das Brennen mehr und mehr reduziert. Bei suggestiblen Patienten können so Analgesievorstellungen vermittelt werden, deren Wirkung die Dauer der einzelnen Übung überschreitet.

Der Übergang zwischen Hypnose und imaginativen Techniken ist fließend. Der Wirkungsmechanismus

der Hypnose ist weitgehend ungeklärt. Die Effektivität ist jedoch bei Patienten mit Phantomschmerz, Verbrennungsschmerz, Tumorschmerz, Spannungskopfschmerz, Migräne und Zahnbehandlungsschmerz nachgewiesen (8).

3.3 Operante Verfahren

Operante Verfahren basieren auf der Lerntheorie. Es wird davon ausgegangen, daß schmerzbezogene Verhaltensweisen (Inaktivität, Medikamentenkonsum, Schonhaltung, Schmerz signalisierende Mimik und Gestik usw.) nicht nur Folge sensorischer Schmerzempfindungen sind, sondern durch die mit dem Verhalten verbundenen Konsequenzen zustande kommen können. Inaktivität und Schonhaltung können zum Beispiel kurzfristig zu einer Schmerzreduktion führen (negative Verstärkung). Jammern und Klagen können hingegen zu einer erhöhten Anteilnahme, Zuwendung und Entlastung von unliebsamen Aufgaben durch soziale Bezugspersonen führen (positive Verstärkung). Bei den operanten Verfahren (2) steht die Veränderung schmerzbezogenen Verhaltens im Vordergrund. Dies geschieht durch die Veränderung der mit dem Schmerzverhalten verbundenen Konsequenzen (wie etwa das Ignorieren von Klagen des Patienten), durch das Einüben von nicht schmerzbezogenen, gesunden Verhaltensweisen, die

dann positiv verstärkt werden (beispielsweise Anerkennung und Loben), durch eine kontrollierte (gegebenenfalls zu reduzierende) Medikamenteneinnahme und durch eine sukzessive Steigerung des Aktivitätsniveaus des Patienten.

Nach einer ausführlichen Information des Patienten über die Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung von Verhaltensweisen durch Lernbedingungen werden mit Hilfe verschiedener verhaltenstherapeutischer Interventionsmethoden schmerzbezogene Verhaltensweisen abgebaut, neue gesunde Verhaltensmöglichkeiten aufgebaut und in der Praxis erprobt.

Der operante Ansatz wird überwiegend stationär in spezialisierten Einrichtungen angewendet, da unter einer ganztäglichen Betreuung eine kontinuierliche Verhaltensmodifikation gewährleistet ist. Unter ambulanten Bedingungen, bei denen die Patienten in der Regel einmal wöchentlich zur Therapie kommen, ist eine konsequente Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen und Nichtbeachtung unerwünschter Verhaltensweisen kaum möglich. Indiziert ist dieser Ansatz bei Patienten mit Medikamentenmißbrauch und ausgeprägter Inaktivität.

3.4 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren

Bei diesen Verfahren wird davon ausgegangen, daß Verhalten und Erleben in einer bestimmten Situation wesentlich beeinflußt werden durch die subjektive Wahrnehmung und Bewertung dieser Situation und durch die individuell zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien. Für das Schmerzerleben bedeutet das im einzelnen, daß kognitive Variablen wie Einstellungen, Selbstverbalisierungen und negative Erwartungshaltungen zu negativen Gefühlen wie Hilflosigkeit, Angst und Depression führen. Daraus resultieren bestimmte (meist negative) Verhaltensweisen. Diese Verhaltensweisen und der dem kognitiv-emotionalen Zustand zugrundeliegende psychophysiologische Erregungszustand können wiederum zur Schmerzintensivierung führen. Wesentliche Bau-

Tabelle 4: Fallbeispiel einer 24jährigen Patientin	
Überweisungsdiagnose	Therapieresistente Kopfschmerzen
Allgemeine Anamnese	Verkehrsunfall Mai 1990: Contusio, Jochbeinfraktur, Nasenrückenfraktur, insgesamt 5 Gesichtsoperationen, Verlust des Geruch- und Geschmacksinns Vortherapie: diverse Analgetika ohne Erfolg
Schmerzanamnese	Schmerzlokalisierung gesamter Kopfbereich Schmerzbeginn Mai 1990, Schmerzdauer: 2,5 Jahre Schmerzqualität: stechend, schneidend, kribbelnd, klopfend Schmerzintensität: Dauerschmerz VAS 8* Sonstiges: mitunter Sehstörungen, Stottern, extreme Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, ständige innere Nervosität
Körperliche Untersuchung	EEG und CCT o. B., muskulärer Hartspann HWS, Schulter; keine pathologischen Auffälligkeiten
Psychologische Untersuchung	Schmerzverstärkung bei Belastung/Ärger/Streß sehr starke innere Unruhe (Stillsitzen nicht möglich) Selbstbeschreibung der emotionalen und kognitiven Situation nicht möglich, negative Selbstverbalisationen Berufswechsel aufgrund der Beschwerden (vor allem Konzentrationsschwierigkeiten und Nervosität)
Enddiagnose	Spannungskopfschmerz, DD: posttraumatischer Kopfschmerz
Therapie	Progressive Muskelentspannung Selbstbeobachtungstraining: Situations-, Emotions-, Kognitions-, Reaktionsanalyse, Erkennen der Zusammenhänge zu den Beschwerden Erarbeitung von Alternativen (kognitive Ebene, Verhaltensebene) Umsetzung in den Alltag zusätzlich Krankengymnastik, keine medikamentöse Therapie Dauer der Therapie: 21 Sitzungen in wöchentlichen Abständen
Erfolg	Überwiegend schmerzfrei , etwa zweimal wöchentlich Spannungskopfschmerz bei durchschnittlich VAS 4, durch rechtzeitige Entspannungsübungen gut zu beeinflussen; subjektive Befinden: ruhiges, konzentriertes Arbeiten möglich, positives Selbstkonzept, selbstbestimmter
* VAS = Visuelle Analog-Skala: 0 = kein Schmerz, 10 = stärkste vorstellbare Schmerzen	

steine eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieprogramms (1) sind in *Tabelle 3* dargestellt.

Schmerzbewältigung kann trainiert werden. In verschiedenen Untersuchungen zeigen sich deutliche Verbesserungen hinsichtlich Schmerzintensität, subjektiver Beeinträchtigung, Stimmung und Aktivität (1). Indiziert und hilfreich ist dieser Therapieansatz bei allen Patienten mit chronischen Schmerzen, vor allem aber dann, wenn übergreifende Problemfelder mit der chronischen Erkrankung verbunden sind (*Tabelle 4*).

4. Hindernisse und Möglichkeiten

Es ist allgemein anerkannt und gefordert, daß eine effektive Therapie chronischer Schmerzen nur durch die Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen erfolgen kann. Die Stichworte „multidisziplinär“ oder „interdisziplinär“ sind dabei oft strapaziert worden. Diese Begriffe bedeuten aber nicht, daß ein einzelner Patient vielen Kollegen verschiedener Disziplinen gleichzeitig vorgestellt wird. Es bedeutet, daß ein Therapeut den Patienten diagnostiziert und behandelt, daß dieser Therapeut aber den Kontakt zu allen weiteren Disziplinen hat und auch dem Patienten eröffnet. Hierbei hat die Psychologie insoweit eine Sonderstellung, als sie bisher nicht selbstverständlich in einen Klinikverbund integriert ist und die Grenzen des primär Ärztlichen überschreitet. Die Psychologie hat aber heute in der Schmerztherapie ihren festen Stellenwert. In der Praxis bestehen jedoch Hindernisse und Schwierigkeiten.

4.1 Patienten

Hindernisse: Die meisten Patienten haben ein rein somatisches Krankheitskonzept. Sie betrachten ihren Schmerz ausschließlich als Folge einer körperlichen Schädigung oder Fehlfunktion. Daraus folgt eine rein somatische Behandlungserwartung, die nicht selten das sogenannte „doctor-shopping“ und jahrelange Patientenkarrieren nach sich zieht. Der Vorschlag einer psychologischen

Behandlung kann Ängste und Gefühle, abgeschoben und nicht ernst genommen zu werden, auslösen: „Ich bin doch nicht verrückt“, „Ich bilde mir die Schmerzen doch nicht ein“, „Ich kann den Schmerz doch hier im Körper fühlen, da muß doch was sein“, „Das kann nicht psychisch sein, ich habe außer dem Schmerz keine Probleme“, „Der Verschleiß an der Wirbelsäule ist doch festgestellt worden, was soll ich da beim Psychologen“ und ähnliches, sind typische Reaktionen.

Möglichkeiten: Die Patienten müssen nach jahrelangen ausschließlich somatischen Behandlungsversuchen von der Beteiligung psychischer Faktoren an ihren Schmerzen nicht sofort überzeugt werden. Das Erkennen der Zusammenhänge ist ein Ziel der psychologischen Therapie. Den Patienten sollte vermittelt werden, daß psychologische Schmerztherapie nichts mit „psychisch krank sein“ zu tun hat, sondern ein zusätzliches Angebot ist, mit den bestehenden Schmerzen umzugehen, und die notwendige medizinische Behandlung dadurch nicht beeinträchtigt ist.

4.2 Ärzte

Hindernisse: Erste Anlaufstelle für Patienten mit Schmerzen sind Ärzte. In der Regel werden die Patienten mit chronischen Schmerzen erst dann einer gezielten psychologischen Diagnostik und Therapie zugeleitet, wenn eine ausgedehnte medizinische Diagnostik keine konkreten und hinreichenden Befunde erbracht hat und diverse Behandlungsversuche nicht zu einer eindeutigen Schmerzlinderung geführt haben. Die Patienten kritisieren dann zu Recht, daß alles auf die Psyche geschoben würde, weil sonst nichts zu finden sei. Diese Ausgangslage erschwert den Einstieg in die psychologische Diagnostik und Therapie sowohl für den Patienten als auch für den Psychologen und zerstört häufig das Vertrauen zu dem behandelnden Arzt.

Möglichkeiten: Bei länger anhaltenden Schmerzen sollte immer vom Arzt frühzeitig eine psychosoziale Anamnese durchgeführt werden, unabhängig von gleichzeitig vorliegen-

den somatischen Befunden. Dem Patienten wird so rechtzeitig erkennbar, daß bei chronischen Schmerzen die Beziehung zwischen Körper und Psyche nicht im Sinne von „entweder – oder“, sondern im Sinne von „sowohl – als auch“ betrachtet werden muß. Falls notwendig, kann dann frühzeitig, idealerweise parallel zur medizinischen Therapie, eine gezielte psychologische Diagnostik und eine psychologische Mitbehandlung eingeleitet werden. Jahrelange Chronifizierungsprozesse könnten so verhindert werden. Daraus resultieren weniger stationäre Aufenthalte, weniger erfolglose Behandlungsversuche, weniger Arbeitsausfälle. Für das Gesundheitssystem würde das langfristig erhebliche Kosteneinsparungen bedeuten.

4.3 Psychosoziale Versorgungslage

Hindernisse: Die Versorgungslage von Patienten mit chronischen Schmerzen ist unzureichend. Nach Schätzungen gibt es in den alten Bundesländern etwa drei Millionen Patienten mit chronischen Schmerzen, von denen etwa 375 000 bis 500 000 als kritische Problemfälle zu bewerten sind und eine Behandlung in spezialisierten schmerztherapeutischen Einrichtungen benötigen. Es ist sicherlich berechtigt, davon auszugehen, daß bei diesen Problempatienten eine psychologische Mitbehandlung indiziert wäre. Demgegenüber gibt es aber nach dem Schmerztherapeutenverzeichnis der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes nur etwa 100 Psychologen, die schmerztherapeutische Kenntnisse und Erfahrungen haben und schwerpunktmäßig in der psychologischen Schmerztherapie arbeiten. In der Konsequenz bestehen extrem lange Wartezeiten (bis zu einem Jahr), und viele Patienten können überhaupt nicht behandelt werden, was zu erheblichen Kostenbelastungen im Gesundheitswesen führt. Im ambulanten Bereich besteht außerdem die Schwierigkeit der Kostenübernahme für die erbrachten psychologischen Leistungen durch die Krankenkassen. Möchte also ein Arzt einen Schmerzpatienten einer

psychologischen Diagnostik und Therapie zuleiten, so steht er vor dem Problem, wohin er den Patienten schicken soll.

Möglichkeiten: Die Möglichkeiten, mit diesem Problem umzugehen, sind eingegrenzt und primär in die Zukunft gerichtet. Es sind intensive gesundheitspolitische Bemühungen und Kosten-Nutzen-Analysen notwendig, um aufzuzeigen, daß eine spezialisierte psychologische Schmerztherapie bei bestimmten Patienten Kosten spart, während die Nichtbehandlung zur weiteren Chronifizierung und damit zur Kostenerhöhung beiträgt. Nur so können langfristig mehr Stellen geschaffen und finanziert werden. Zur Zeit besteht die Möglichkeit, die Patienten in Schmerzkliniken und -ambulanzen, in denen auch Psychologen arbeiten, zur Mitbehandlung zu überweisen. Dabei sind Wartezeiten einzukalkulieren. Eine weitere Möglichkeit ist die Überweisung in eine psychosomatische Klinik. Auch dort bestehen Wartezeiten, und nur wenige Kliniken bieten spezielle schmerztherapeutische Behandlungsprogramme an. Auch stellt sich dann die Frage nach der notwendigen ambulanten Nachbetreuung.

Mittlerweile bieten einige Krankenkassen psychologische Streß- und Schmerzbewältigungsprogramme an. Problematisch ist hier die möglicherweise fehlende klinische schmerztherapeutische Erfahrung und die erschwerte Austauschmöglichkeit und Kommunikation zwischen behandelndem Arzt und behandelndem Psychologen.

Schlußfolgerungen

Für den Arzt ist es bei einem psychisch auffälligen Patienten mit chronischen Schmerzen wichtig, unvoreingenommen zwischen physischen und psychischen Faktoren ausreichend zu differenzieren. Auf der einen Seite wird oft die verständliche psychische Beeinträchtigung des Schmerzpatienten so weit ätiologisch in den Vordergrund gestellt, daß eine ausreichende somatische Diagnostik und Therapie unterbleibt. Auf der anderen Seite bleibt sehr häufig die

psychische Verfassung und Gesamtsituation der Patienten unberücksichtigt und unbehandelt, weil die somatische Diagnostik und Therapie im Vordergrund steht.

Ein primär psychogener Schmerz sollte primär psychologisch behandelt werden. Bei einem somatisch begründeten Schmerz sollte für die notwendige somatische Therapie ein klarer Stufenplan aufgestellt werden. Entsprechend der individuellen Situation des Patienten sollte jederzeit ein Zugang zur psychologischen Diagnostik und Therapie möglich sein.

Die psychologische Schmerztherapie stellt einen wichtigen Aspekt im schmerztherapeutischen Gesamtkonzept dar. Voraussetzung für eine effektive Schmerztherapie ist die gute Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychologen auf der Basis einer „gemeinsamen Philosophie“ zum Thema Schmerz.

Deutsches Ärzteblatt

91 (1994) A-1636-1641 [Heft 22/23]

Literatur

1. Flor, H.; D. C. Turk: Der kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz und seine Anwendung. In: Basler, H.-D., C. Franz, B. Kröner-Herwig, H. P. Rehfish, H. Seemann (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie. Berlin, Heidelberg New York: Springer (1990) 501-517
2. Fordyce, W. E.: Behavioral methods for chronic pain and illness. St. Louis: Mosby (1976)
3. Hasenbring, M.; G. Marienfeld, S. Ahrens, D. Soyka: Chronifizierende Faktoren bei Patienten mit Schmerzen durch einen lumbalen Bandscheibenvorfall. Der Schmerz 4 (1990) 138-150
4. Kröner-Herwig, B.: Biofeedback. In: Basler, H.-D., C. Franz, B. Kröner-Herwig, H. P. Rehfish, H. Seemann (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer (1990) 469-481
5. Melzack, R.; P. D. Wall: Pain mechanism: A new theory. Science 150 (1965) 971-978
6. Melzack, R.; P. D. Wall: Schmerzmechanismen: Eine neue Theorie. In Keeser, W.; E. Pöppel, P. Mitterhusen (Hrsg.): Schmerz. München: Urban & Schwarzenberg (1982) 8-29
7. Nilges, P.; E. Wichmann-Dorn: Anamneseerhebung bei chronischen Schmerzpatienten. In: Geissner, E.; G. Jungnitsch: Psychologie des Schmerzes. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union (1992) 45-78

8. Peter, B.: Hypnose. In: Basler, H.-D.; C. Franz, B. Kröner-Herwig, H. P. Rehfish, H. Seemann (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer (1990) 482-500
9. Rehfish, H. P.; H.-D. Basler: Entspannung und Imagination. In: Basler, H.-D.; C. Franz, B. Kröner-Herwig, H. P. Rehfish, H. Seemann (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer (1990) 448-468

Anschrift der Verfasserin:

Dipl.-Psych. Anne Willweber-Strumpf
 Universitätsklinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie
 Berufsgenossenschaftliche Kliniken
 Bergmannsheil
 Bürkle-de-la-Camp-Platz 1
 44789 Bochum

Erhöhtes Krebsrisiko beim Felty-Syndrom

In einer retrospektiven Kohortenstudie wurde untersucht, ob Patienten mit Felty-Syndrom (rheumatoide Arthritis, Splenomegalie und Neutropenie) ein erhöhtes Malignomrisiko aufweisen. 906 Patienten, die von 1969 bis 1990 in amerikanischen Veteranen-Krankenhäusern wegen eines Felty-Syndroms behandelt worden waren, wurden nachuntersucht (mittlere Nachbeobachtungszeit sechs Jahre). Als Kontrolle dienten 55 000 Patienten mit rheumatoide Arthritis sowie statistische Daten der Normalbevölkerung.

Anders als bei früheren Untersuchungen, die bei der rheumathoiden Arthritis kein erhöhtes Malignomrisiko ergeben hatten, zeigte sich bei Patienten aus dieser Subgruppe ein insgesamt zweifach erhöhtes Malignomrisiko. Insbesondere kam es zu gehäuftem Auftreten von Non-Hodgkin-Lymphomen, Leukämien, Bronchial-Karzinomen und Melanomen.

Die Autoren vermuten als Ursache hierfür Störungen in der Immunstimulation dieser Patienten. acc

Gridley, G., J. H. Klippel, R. N. Hoover, J. F. Fraumeni: Incidence of cancer among men with the Felty syndrome. Ann. Intern. Med. 120 (1994) 35-39.

G. Gridley, M. D., National Cancer Institute, EPN 443, Bethesda, MD 20892, USA.