

Was ist Schmerzpsychotherapie?

Miriam Butz, Christiane Braun, Andreas Böger

Zusammenfassung

Psychotherapie gilt als wichtiger Therapiebaustein bei chronischen Schmerzen. Aber was ist das genau? In diesem Artikel werden die verschiedenen Verfahren von kognitiver Verhaltenstherapie bis hin zur Achtsamkeitstherapie sowie die konkrete Anwendung in den verschiedenen Sektoren erklärt. Verfahrensunabhängig wird zudem das bio-psycho-soziale Modell als Grundlage der interdisziplinären Therapie herangezogen.

Schlüsselwörter

Chronische Schmerzen, Psychotherapie, interdisziplinäre Therapie, multimodale Schmerztherapie

Abstract

Psychotherapy is an essential element in therapy of chronic pain. But what is it exactly? In this article we will explain different therapeutic procedures like Cognitive Behavioural Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) as well as the actual application of these therapies in the different sectors of our health system. Regardless of these procedures the bio-psycho-social model of chronic pain forms the basis of multidisciplinary pain management.

Keywords

Chronic pain, psychotherapy, interdisciplinary treatment, multimodal pain therapy

Chronischer Schmerz

Die Zahl der Patienten mit schweren chronischen Schmerzen ist mittlerweile auf 3,4 Millionen gestiegen, damit sind laut Bundesversicherungsamt (BVA), das auf die Volldatensätze der Krankenkassen zugreift, 4,1% der deutschen Bevölkerung so schwer betroffen, dass sie in ihrer alltäglichen Lebensführung und Arbeitsfähigkeit stark eingeschränkt sind. Häufig haben Patienten sehr monokausale und mechanistische Vorstellungen von den Ursachen von Schmerzen („die Bandscheibe“). Die Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Schmerzmodells ist die unabdingbare

Aufgabe aller an der Behandlung von chronisch Schmerzkranken beteiligten Therapeuten.

Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

Mit belegter Effektivität [1] gilt die multimodale Schmerztherapie (MMS) als Goldstandard bei der Behandlung chronischer Schmerzen, indem sie das bio-psycho-soziale Krankheitsverständnis des Patienten fördert und eine Verbesserung der objektiven und subjektiven Funktionsfähigkeit unterstreicht, was letztlich einen Rückgewinn an Kontrolle und Selbstbestimmtheit im Umgang mit chronischen Schmerzen bedeutet [2]. Als besonders effizient stellt sich das Zusammenwirken unterschiedlicher somatischer, physio- und psychotherapeutischer Behandlungsformen heraus [4, 5], die im „Tridem“ eng abgestimmt kommunizieren und den Patienten als aktiven Teil in das Team integrieren. Seine Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation bestimmen maßgeblich über Wohl und Wehe des Therapieerfolgs [6]. Zentrales Behandlungsziel ist die Wiederherstellung der objektiven und subjektiven Funktionsfähigkeit („functional restoration“) mit Steigerung der Kontrollfähigkeit und des Kompetenzgefühls der Betroffenen, die Vorgehensweise ist ressourcenorientiert [2].

Bedeutung und Rolle der Schmerzpsychotherapie

Diese fußt vorwiegend auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepten. Basierend auf der Entwicklung von Selbstwirksamkeit und -effizienz erweist sich die Integration individueller

Schmerzbewältigungsstrategien als ausgesprochen wertvoll. Kröner-Herwig et al. [7] verstehen Schmerz als Syndrom, wobei das subjektive Schmerzerleben des Patienten im Zentrum steht. Besonders kognitiv-emotionale Aspekte des Schmerzes haben einen wesentlichen Einfluss auf Chronifizierungsprozesse und können sowohl als Verstärker als auch Copingstrategie im therapeutischen Prozess fungieren (Abb. 1). Des Weiteren werden speziell in der Schmerzfor schung unterschiedliche Bindungstypen, frühkindliche Schmerz- und Stresserlebnisse als Vulnerabilitätsfaktoren bei Chronifizierungsprozessen diskutiert [12, 13]. Auch neurowissenschaftliche Untersuchungen zeigen die wichtige Rolle „emotionaler“ Hirnareale wie dem „Angstgedächtniszentrum“ Amygdala oder dem anterioren Zingulus bei Mechanismen der zentralen Sensitivierung im Chronifizierungsprozess [14, 15].

Da interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie die edukative und situationsspezifisch-integrative Vorgehensweisen priorisiert, findet Ursachen erhebung in den zeitlich begrenzten Therapieprogrammen von maximal vier Wochen wenig Raum. In diesem straffen Zeitfenster steht im Wesentlichen die Modifizierung des Umgangs mit der aktuellen Schmerzproblematik im Behandlungsfokus, die das Selbstwirksamkeitserleben und somit auch die Akzeptanz des Schmerzerlebens fördern [9, 17].

Oberstes Ziel der Schmerzpsychotherapie ist es, den Patienten selbst als zukünftigen Experten im Umgang mit seinem Schmerz anzusehen und ihn mit entsprechendem Wissen, Verhaltensalternativen und Copingstrategien zu unterstützen. Es soll nicht Schmerzfreiheit, sondern Linderung und Akzeptanz der Schmerzen als erreichbares und realistisches Therapieziel angestrebt werden. Es werden individuelle Schmerzbewältigungsmöglichkeiten

im Alltag eruiert, um die Aktivität des Betroffenen zu steigern und Vermeidungsverhaltensweisen abzubauen.

Das **emotionale Erleben** hat einen elementaren Einfluss auf innere Bewertungsprozesse und nachfolgende Verhaltensweisen, die beispielsweise einen „Schmerzkreislauf“ aufrechterhalten. So führt vermehrtes Schmerzerleben zu Kontrollverlust, Hilflosigkeit, Angst, erhöhter Wachsamkeit und gesteigerter Körperspannung [7, 21]. Komorbide Depressions-, Angst- und Persönlichkeitsstörungen und/oder PTBS (posttraumatische Belastungsstörung) wirken sich zusätzlich auf die wahrgenommene Schmerzintensität und subjektive Einflussmöglichkeit aus, weshalb diese ggf. in die Behandlung integriert werden [7]. Zudem kommt es zu **dysfunktionalen Kognitionen** wie beispielsweise perfektionistische Grundüberzeugungen („Ich muss immer funktionieren“), attributionale Kognitionen (Katastrophisierung: „Mit diesen Schmerzen werde ich nie mehr Freude empfinden können“), „pain beliefs“ („Meine Wirbelsäule ist kaputt, da kann man nichts machen“, „Mit derartigen Schmerzen ist es unmöglich aktiv zu sein“) und „fear-avoidance beliefs“ („Körperliche Aktivitäten verstärken meine Schmerzen“ – Item 2 des Fear Avoidance Beliefs Questionnaire FABQ-D nach Waddell). Sie fördern – durch Überbewertung des Schmerzerlebens und Negieren eigener Handlungsmöglichkeiten – Chronifizierungsprozesse und ungünstige Krankheitsverläufe (Abb. 2) [17, 18, 19].

Gerade in Bezug auf „fear-avoidance beliefs“, Bewegungsangst und Angst vor (erneuter) Schädigung bietet die enge Abstimmung physiotherapeutischer und psychotherapeutischer Interventionen, wie sie nur im multimodalen Setting möglich ist, individuelle und wirksame Behandlungsansätze. So kann ein der Angsthierarchie des Betroffenen angepasstes Bewegungsprogramm („in vivo graded exposure“) im Gegensatz zu einer allgemeinen schrittweisen Erhöhung der körperlichen Aktivität oder alleinigen Edukation effektiv und langfristig schmerzbezogene

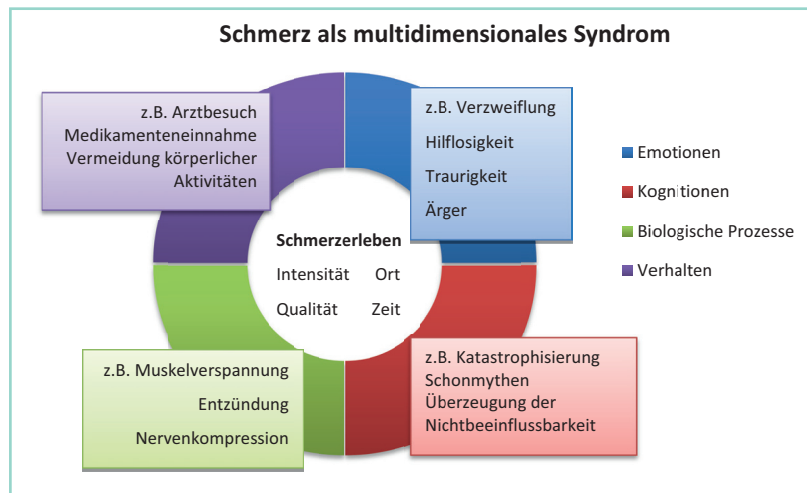


Abb. 1: Schmerz als multidimensionales Syndrom. (Adaptiert nach [7])

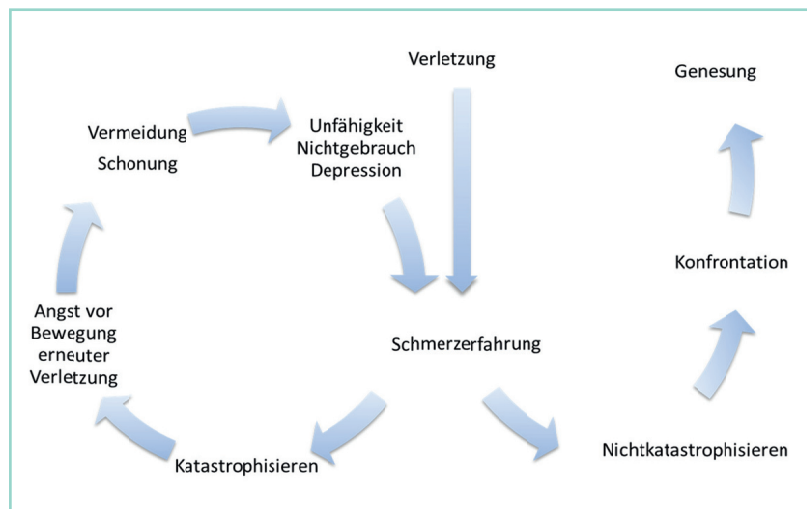


Abb. 2: Fear-Avoidance-Beliefs-Kreislauf. (Adaptiert nach [20])

Ängste und Katastrophisierung reduzieren und gleichzeitig die körperliche Aktivität verbessern, schmerzbedingte Einschränkungen verringern sowie die Schmerzwahrnehmung und Schmerzintensität senken [21, 22, 23].

Weitere Risikofaktoren stellen sog. Durchhalteapelle („Reiß dich zusammen.“) dar, die beispielsweise zu einem Übergebrauch von Analgetika und dem Überschreiten körperlicher und mentaler Grenzen führen können. Das Modell der „avoidance-endurance“ [19] postuliert als zusätzliche angstmodulierte Komponenten suppressive Kognitionen. Anstelle von Bewegungsvermeidung wird ein sehr kontrolliertes und reduziertes Bewegungsmuster ausgeführt. Hier bietet neben der klassi-

schen kognitive Verhaltenstherapie (KVT) die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) eine Vielzahl von Ansatzmöglichkeiten, um einen individuellen Zugang zum Patienten zu bekommen und emotional-kognitive Prozesse in funktionaler und für den Patienten hilfreicher Weise zu modifizieren (z.B. Integration wohlwollender Selbstverbalisationen, Leitsatzdisputation, Emotionsregulation durch Achtsamkeitsstrategien). So werden auch aktuelle Stressoren im Leben des Patienten berücksichtigt und beispielsweise mittels Plananalysen oder Werteorientierung taugliche Bewältigungsstrategien erarbeitet [8, 9].

Konietzny et al. [24] betonen besonders die emotionale Komponente des

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8950305>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8950305>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)