

Es wirkt das gesprochene Wort

Chronischer Schmerz ist als eigenständige Schmerzerkrankung zu verstehen, zu der auch Angst und Depression beitragen. Deshalb gehören chronisch schmerzkranken Menschen auch in die Obhut des Psychiaters und Psychotherapeuten.

Es ist wichtig, immer wieder darauf hinzuweisen, wie sehr Angst (vor der schmerzauslösenden Situation, vor dem Dauerschmerz) und Depression (durch die Schmerzbelastung, durch die veränderten Lebensumstände) an Entstehung und Aufrechterhaltung des chronischen Schmerzes beteiligt sind. Chronisch schmerzkranken Menschen gehören deshalb nicht in die Obhut des Orthopäden oder des Neurologen, sondern in die Obhut des Psychiaters und Psychotherapeuten, meinte Walter Ziegglängsberger, München, sehr pointiert.

Aufgrund des psychosomatischen Krankheitsmodells besteht eine adäquate Therapie des chronischen Schmerzes im Dreiklang aus Schmerzmittel (Schmerzlinderung und um dem Patienten zu signalisieren „Ich nehme Dich ernst“), Psychopharmakotherapie (um die oft erhebliche ängstliche und depressive Zusatzsymptomatik, die im Sinne eines circulus vitiosus das Schmerzerleben verstärkt und chronifiziert, abzumildern) und einer, auf das Individuum abgestimmten, aktivierenden Psychotherapie.

Ansätze in der Schmerztherapie

In der Grundlagenforschung liegt der Fokus auf den schmerzinduzierten neurobiologischen Vorgängen an den Spines der Dendriten des neuronalen Netzwerks, dem Transmitter Glutamat, der Funktion der Mikroglia, der Astrozyten und verschiedener Rezeptoren (TLR4-Rezeptoren, Endocannabinoid-Rezeptoren) im ZNS. Die zur Verfügung stehenden Psychopharmaka werden als sehr unspezifisch in ihrer Wirkung auf Schmerzentscheidung, -aufrechterhaltung, und -linderung angesehen. Neue, an den Spineschmerzmodulatorisch wirkende Substanzen werden untersucht und versprechen eine gezieltere pharmakologische Behandlung chronifizierter Schmerzen. Uns stehen außerdem eine Vielzahl von zusätzlichen Therapiemöglichkeiten wie die transkranielle Magnetstimulation,

Videofeedback, Spiegeltherapie, Neurofeedback oder Schulung der nicht schmerzassoziierten Körperwahrnehmung zur komplementären Schmerzbehandlung zur Verfügung, meinte Herta Flor, Mannheim.

Schonung ist schädlich. Trotzdem wird den Schmerzpatienten von zwei Dritteln der Ärzte Schonung empfohlen. Führt man sich die Ergebnisse moderner Bildgebung vor Augen, das heißt, Abnahme der kortikalen Dicke, Hypotrophie des Thalamus, des cingulären Kortex und der Insel durch chronifizierte Schmerzen sowie das Rückbildungspotenzial dieser organischen Korrelate der Schmerzerkrankung durch die Therapie, muss die Empfehlung einer Schonung als kontraindiziert bezeichnet werden, stellte Karl-Jürgen Bär, Jena, fest.

Expositionstherapie

Erfolg in der Behandlung chronischer Schmerzen – beispielsweise des Bewegungsapparates – verspricht dagegen die Expositionstherapie, so Winfried Rief, Marburg. Im Expositionstraining wird zuerst eine Hierarchie der schmerzauslösenden, angstbesetzten Bewegungssituationen erstellt. Dann wird der Patient durch den Therapeuten geschult (positives Bewegungsvorbild), seine Bewegungsmöglichkeiten schrittweise zu erweitern, damit einzelne Belastungsspitzen (z. B. Hochheben eines Getränketrägers) toleriert werden und nicht mehr zu einer automatisch konnotierten Schmerzwahrnehmung führen.

Die Behandlung chronifizierter Schmerzen durch Anwendung aller individuell relevanten therapeutischen Möglichkeiten, sollte so früh und so intensiv wie möglich erfolgen. Psychisch bedingte Schmerzen, die nicht ausreichend organisch erklärt werden können, müssen ernst genommen werden. Weiß man doch, dass psychische wie körperliche Schmerzen in den gleichen neuronalen Strukturen verarbeitet werden. Hier sind

besonders Schmerzäußerungen von kleinen Kindern ernst zu nehmen, die auf anhaltende psychische Belastungssituationen (Schule, Elternhaus etc.) mit undifferenzierten „Kopfschmerzen“ oder „Bauchschmerzen“ reagieren.

Sollte das „Schmerzgedächtnis“ einmal programmiert sein, ist dies nicht mehr zu löschen. Reaktivierbare Erinnerungsspuren überdauern Zeit und therapeutische Bemühungen. Das bedeutet, dem Patienten davon abzuraten, etwa ein Kopfschmerztagebuch oder einen Kopfschmerzkalender zu führen. Dies verstärkt eine weitere Engrammierung des Schmerzes. Sinnvoller ist es, den Patienten anzuleiten, eine Aktivitätstagebuch zu führen, um Modulatoren für schmerzfreie oder schmerzgelinderte Situationen herauszufinden und diese zu verstärken.

Das Wort als Psychopharmakon

Der Dreh- und Angelpunkt einer erfolgreichen Therapie des chronifizierten Schmerzes besteht darin, die Motivation des Patienten, sich aktiv mit dem Schmerz auseinanderzusetzen, zu stärken, ihn zu motivieren, sich zu bewegen, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu verstärken und gesundheitsschädliche Verhaltensweisen (ängstliches Vermeidungsverhalten) zu vermindern. Ziegglängsberger: „Das Wort ist das wirksamste Psychopharmakon (...)“ In Verbindung mit den genannten pharmakologischen und komplementärmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten ergibt sich so ein vielfältiges therapeutisches Instrumentarium.

Dr. med. Thomas Lukowski, München

Hauptsymposium „Grundlagen und Behandlung von chronischem Schmerz über die Lebensspanne“, DGPPN-Kongress, Berlin, 27.11.2014



Weitere Infos auf
springermedizin.de

Weitere Berichte vom DGPPN-Kongress finden Sie unter der ID-Nummer ► 5464980 in einem Dossier auf springermedizin.de