

Psychosoziale Faktoren bei (chronischem) Schmerz



Univ. Ass. Mag. Dr. Ingeborg Pucher-Matzner

Univ.-Prof. Dr. Oskar Frischenschlager

Zentrum für Public Health/Institut für Medizinische
Psychologie der Medizinischen Universität Wien

(Vorstand: o.Univ.Prof. Dr. G. Sonneck)

SCHMERZDEFINITION

Schmerz wird definiert als

- ***unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis,***
- ***das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist***
- ***oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“***
- ***IASP Committee on Taxonomy 1991***

SCHMERZ

ist immer subjektiv!

SCHMERZ

*ist real, **unabhängig**
von seiner Ursache!*

OBJECTIVES:

(Chronischer) Schmerz

= psycho-physisches Gesamtereignis
an dessen Entstehung und
Aufrechterhaltung neben *körperlichen*
auch *kognitive, affektive* und
verhaltensmäßige Komponenten
beteiligt sind (Flor, 1991)

Falldarstellung: Somatoforme Schmerzstörung, rezidivierende depressive Störung I

Frau S. 54 Jahre alt, verheiratet, ein Kind,
Reisebüroangestellte

Krankheitsverlauf: Autounfall mit 24a,
Peitschenschlagsyndrom, 1. Depressive Episode
mit 29a, 2. Depr. Episode mit 40J: Seit über 20
Jahren Schmerzen in HWS; BWS, LWS.
Fehlhaltung der LWS, Bandscheibenoperation
C6/7 mit Wirbelfusion 2000

Aktuelle Beschwerden: Schmerz!

Zuweisung nach erfolgloser, stationärer Aufnahme

Medikation: Neurotop, Praxiten, Celebrex,
Contratubex Salbe

Falldarstellung: Somatoforme Schmerzstörung, rezidivierende depressive Störung II

□ Biographie:

In Graz, als Einzelkind unehelich geboren,
Ablehnung durch die Mutter, Vater unbekannt,
Betreuung durch Großeltern

Übersiedelung mit 7J nach Wien

Heirat der Mutter

Schulabbruch

Frühe erste Ehe, Geburt der Tochter

Scheidung

Neue Beziehung, Eheschließung, Arbeitslosigkeit
des Partners

Drohender Jobverlust

EVERYTHING HURTS,
DOCTOR!



(Chronischer) Schmerz

= psycho-physisches Gesamtereignis an dessen Entstehung und Aufrechterhaltung neben *körperlichen* auch *kognitive, affektive* und *verhaltensmäßige* Komponenten beteiligt sind (Flor, 1991)

Auswahl an psychosozialen Faktoren, die Schmerzen verstärken oder abschwächen können:

verstärkende Faktoren versus **abschwächende Faktoren**

Spannung	↔	Entspannung
Verunsicherung	↔	Sicherheit, Zuverlässigkeit
Angst	↔	Entängstigung
soziale Isolation	↔	sozialer Kontakt
Kränkung. Demütigung	↔	Achtung der Person

Verarbeitungsebenen des Schmerzes

(Basler, 1995)

- Neokortex
kognitive Verarbeitung
- Limbisches System
affektive Verarbeitung
- Hypothalamus-Hypophyse
Freisetzung von Hormonen
- Hirnstamm
Kreislauf- und Atmungsregulation, aktivierende und hemmende Teile der formatio reticularis
- Rückenmark
motorische und sympathische Reflexe, aufsteigende nozizeptive Bahnen

<i>Akut</i>	Schmerz	<i>Chronisch</i>
	Dauer	
	Ursache	
	Funktion	
	Behand- lungs- ziele	
	Behand- lung	

<i>Akut</i>	Schmerz	<i>Chronisch</i>
Nur kurz andauernd	Dauer	länger als (3 bis) 6 Monate

<i>Akut</i>	Schmerz	<i>Chronisch</i>
Nur kurz andauernd	Dauer	länger als (3 bis) 6 Monate
Meist bekannt und therapierbar z.B.: Verletzung, Entzündung	Ursache	Mehrdimensional: biologische, psychologische und soziale Faktoren

<i>Akut</i>	Schmerz	<i>Chronisch</i>
Nur kurz andauernd	Dauer	länger als (3 bis) 6 Monate
Meist bekannt und therapierbar z.B.: Verletzung, Entzündung	Ursache	Mehrdimensional: biologische, psychologische und soziale Faktoren
„Warnfunktion“	Funktion	meist keine „Warnfunktion“

<i>Akut</i>	Schmerz	<i>Chronisch</i>
Nur kurz andauernd	Dauer	länger als (3 bis) 6 Monate
Meist bekannt und therapierbar z.B.: Verletzung, Entzündung	Ursache	Mehrdimensional: biologische, psychologische und soziale Faktoren
„Warnfunktion“	Funktion	meist keine „Warnfunktion“
Beseitigung der Schmerzursache, Schmerzfreiheit	Behandlungs- ziele	Linderung der Schmerzen, besserer Umgang mit Schmerzen, Verbesserung der Lebensqualität

<i>Akut</i>	Schmerz	<i>Chronisch</i>
Nur kurz andauernd	Dauer	länger als (3 bis) 6 Monate
Meist bekannt und therapierbar z.B.: Verletzung, Entzündung	Ursache	Mehrdimensional: biologische, psychologische und soziale Faktoren
„Warnfunktion“	Funktion	meist keine „Warnfunktion“
Beseitigung der Schmerzursache, Schmerzfreiheit	Behandlungsziele	Linderung der Schmerzen, besserer Umgang mit Schmerzen, Verbesserung der Lebensqualität
Akute Behandlung der Schädigung, z. B.: durch Medikamentöse Behandlung, Schonung, etc.	Behandlung	Multidisziplinär: langfristige Behandlung der Schmerz fördernden Bedingungen

Falldarstellung: Somatoforme Schmerzstörung, rezidivierende depressive Störung III

□ **Behandlungserwartungen**

Dass meine Schmerzen weniger werden

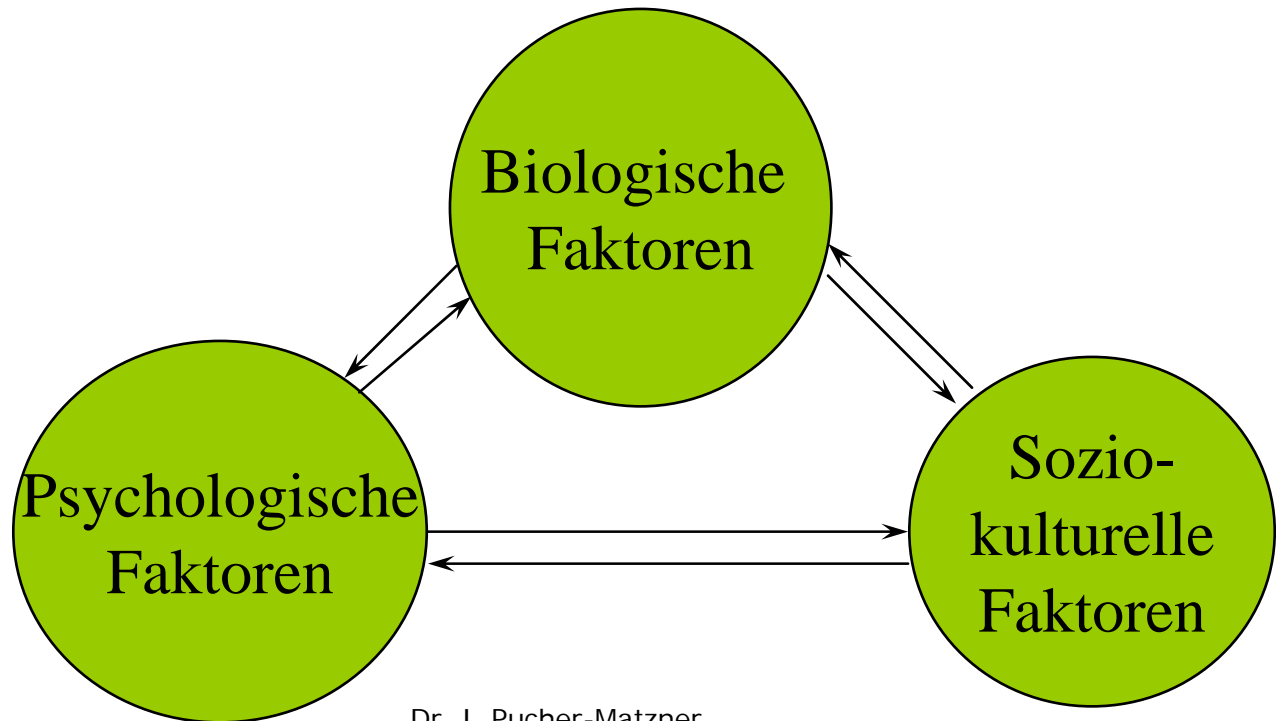
Dass ich das lockerer sehe und eine positivere Einstellung zu den Dingen bekomme

„Wie kann Psychotherapie helfen, wo doch alles kaputt ist, habe doch ein körperliches Problem?“

□ **Befürchtungen**

„Hab viel Pech gehabt“

Interdependenz biologischer, psychologischer und soziokultureller Faktoren (Sonneck et al., 2002)



Psychologische Faktoren

- ❑ **Emotionen** (Verzweiflung, Hilflosigkeit, Traurigkeit, Ärger, Angst...)
- ❑ **Kognitionen** (Katastrophisierung, Schonmythen, Überzeugung der Nichtbeeinflussbarkeit...)
- ❑ **Motivation**
- ❑ **Verhalten** (Arztbesuche, Medikamenteneinnahme, Vermeidung körperlicher Aktivitäten)



Die Schmerzleiter

(Waddell, 1992, Weiser, 1997-1999)

Invalidität

Krankenstände

Vermeidung

Depression

Hilflosigkeit

**Erfolgreiche
Behandlungsversuche**

**Zorn, Wut &
Schuldzuweisung**

Katastrophendenken

**Verunsicherung &
Angst**

Chronisch

Akut

OBJECTIVES:

Verhaltensmedizin - der psychobiologische Ansatz (Flor & Hermann, 1999)

- *multifaktorielle dynamische Perspektive mit wechselseitigen Interaktion physiologischer und psychosozialer Faktoren*

Der psychobiologische Ansatz

Ätiologie und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzsyndrome:

- A. Prädisponierende**
- B. Auslösende und**
- c. aufrechterhaltende Prozesse**

A. Prädisponierende Faktoren

Vulnerabilität zur chronischen Schmerzentwicklung

- genetisch bedingt
- körperliche Vorerkrankungen
- prädisponierende Persönlichkeitsmerkmale wie z. B. Anxietät, Selbstwertmangel oder übermäßiger Leistungsanspruch
- (Erhöhte) Prävalenz an schwerwiegenden psychischen Traumatisierungen
- Umgang mit Gesundheit und Krankheit in der Herkunftsfamilie

B. Auslösende Faktoren

Somatisch: Verletzungen, Entzündungen, autonome Übererregbarkeit, dysfunktional erhöhtes Anspannungsniveau, Schlafstörungen...

Psychosozial:

- ▣ Lebens verändernde Ereignisse vor Beginn der Schmerzerkrankung z.B. Verlust, Beziehungskrise, Migration, Traumatisierung oder chronische Konflikte (am Arbeitsplatz und/oder in der Partnerschaft bzw. Familie)
- ▣ Angst oder Depression (=negative Prädiktoren für Schmerz)

Schmerz kann zum Stressor werden

- Aktivitäten des **Nervensystems**, des **Hormonsystems** und des **Immunsystems** werden durch Schmerzreize verändert
- und modulieren andererseits die Schmerzwahrnehmung

C. Aufrechterhaltende Faktoren

Somatisch:

- Veränderte Rezeptor-Sensibilität
- Wechselwirkungen zwischen prolongierter Muskelanspannung
- Schmerzentwicklung
- Schonhaltung
- erneute muskuläre Dysbalance u.v.a.

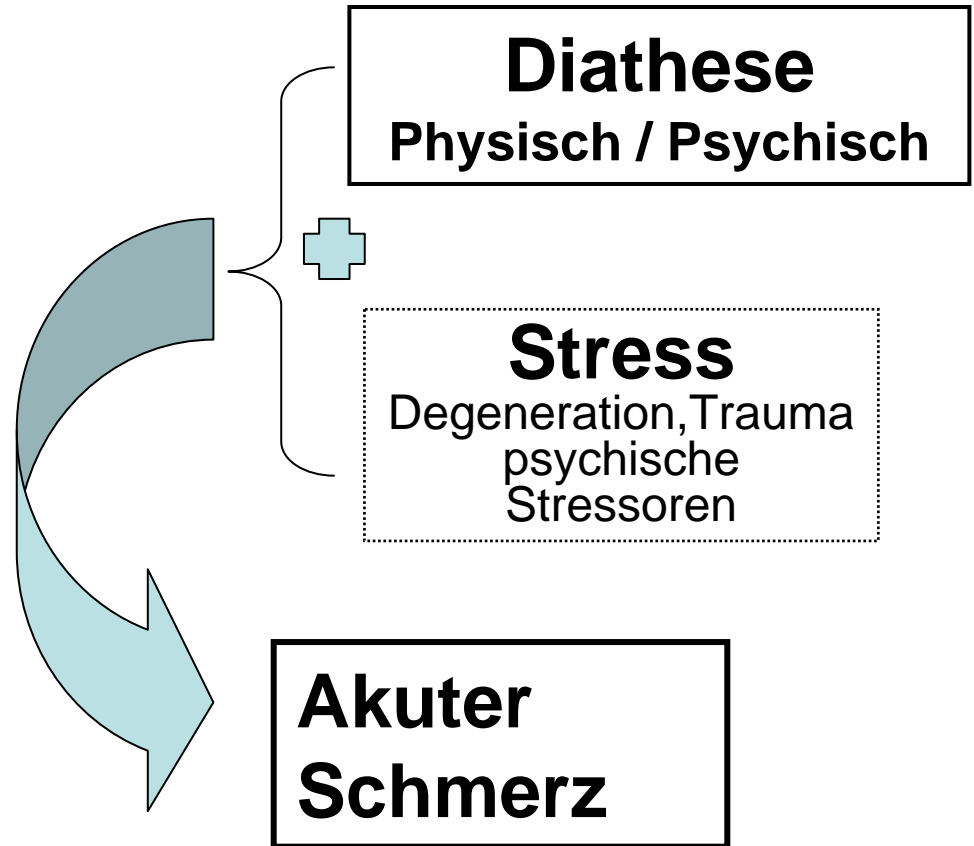
Psychosozial:

- Lernprozesse (operante, konditionierte)
- Kognitive Faktoren (Aufmerksamkeit, Einstellungen etc.)

Der psychobiologische Ansatz (Flor & Hermann, 1999)

- 1. eine physiologische Diathese (Bereitschaft zu krankhafter Reaktion) in einem spezifischen Körperbereich
- 2. externe oder interne aversive Reize (z. B. Stress), die Reaktionen im sympathischen Nervensystem und im nozizeptiven System auslösen sowie muskuläre Prozesse aktivieren und Vermeidungsverhalten begünstigen;
- 3. inadäquate Bewältigungsstrategien des Individuums und
- 4. aufrechterhaltende Prozesse

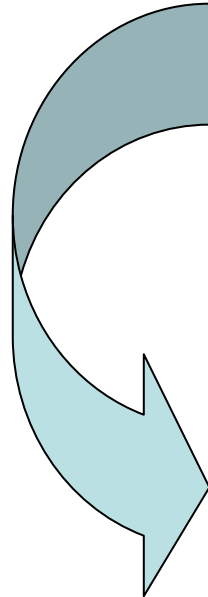
**Psychobiologisches Modell
der Chronifizierung, (Flor &
Hermann, 1999)**



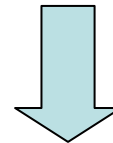
Diathese
Physisch / Psychisch



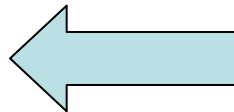
Stress
Degeneration, Trauma
psychische
Stressoren



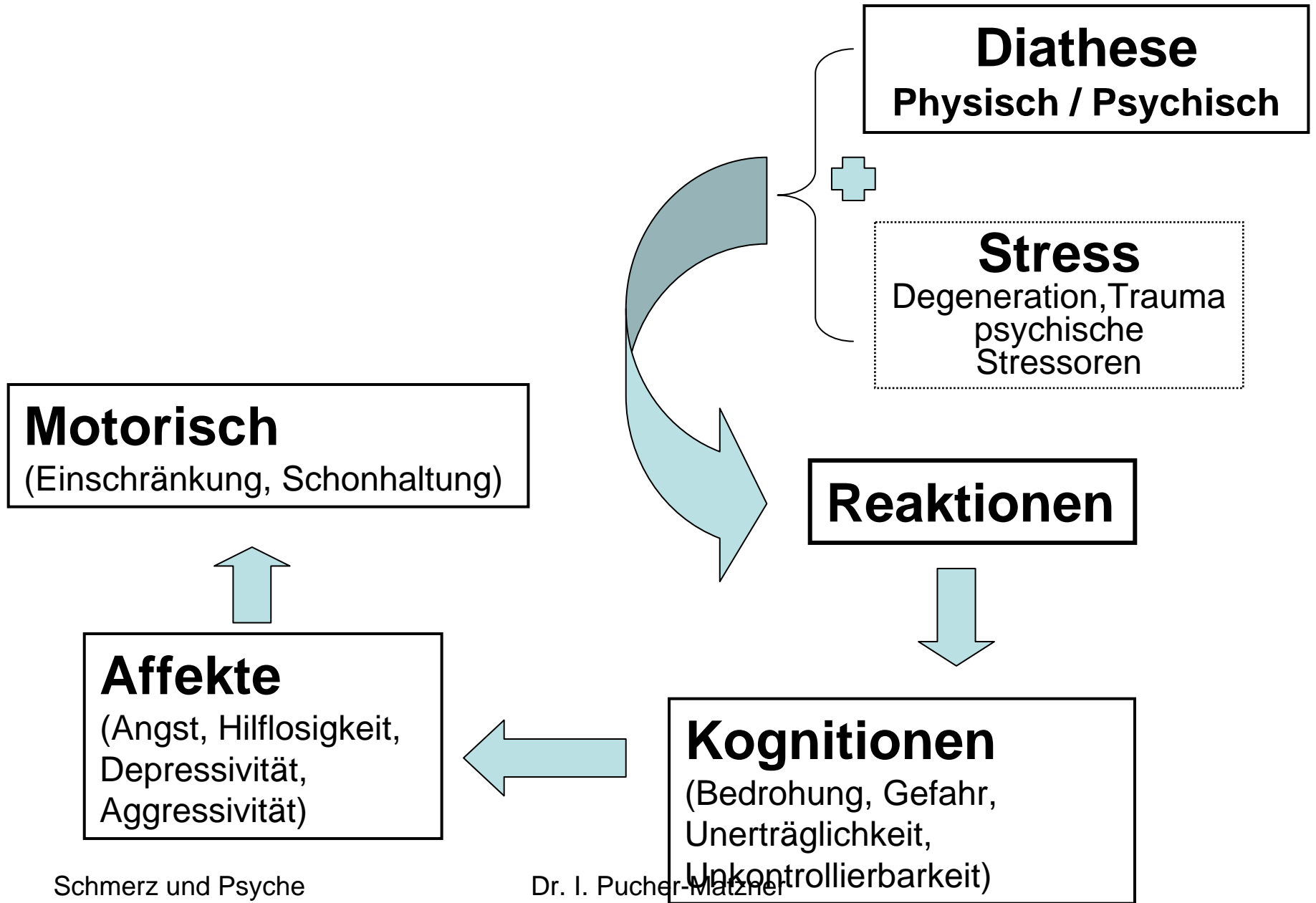
Reaktionen



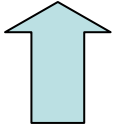
Kognitionen
(Bedrohung, Gefahr,
Unerträglichkeit,
Unkontrollierbarkeit)



Affekte
(Angst, Hilflosigkeit,
Depressivität,
Aggressivität)



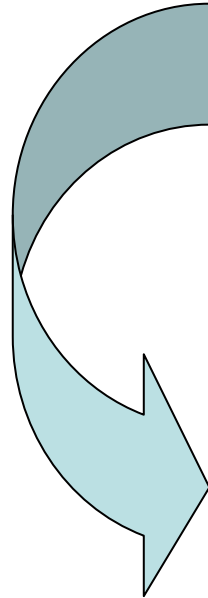
Chronizität (operantes Schmerzverhalten, Doktor-Shopping, Analgetika-Abusus)



Motorisch
(Einschränkung, Schonhaltung)



Affekte
(Angst, Hilflosigkeit, Depressivität, Aggressivität)

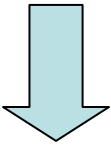


Diathese
Physisch / Psychisch

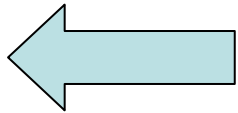


Stress
Degeneration, Trauma
psychische
Stressoren

Reaktionen



Kognitionen
(Bedrohung, Gefahr, Unerträglichkeit, Unkontrollierbarkeit)



Falldarstellung: Somatoforme Schmerzstörung, rezidivierende depressive Störung IV

- **Prädisposition:** Physiologie, Psychosozial: Ablehnung, Angst, Trauer, Verlust in der Kindheit
- **Auslöser:** Hilflosigkeit, Druck, Aggression, mangelndes Zuhören, Ungerechtigkeit, Stimmen, viele Menschen...
- **Aufrechterhaltung:** Physiologie, Schonhaltung, „ich kann selber nichts ändern“, „ich bin nicht leistungsfähig, überfordert“, „ich bin anders“ operante Verstärkung

Falldarstellung: Somatoforme Schmerzstörung, rezidivierende depressive Störung V

Kognitionen:

- Nur wenn ich alles wirklich gut, um nicht zu sagen perfekt mache, kann ich zufrieden sein
- Ich habe kein Ziel
- Angst es nicht zu schaffen, nicht zu funktionieren, nicht belastbar zu sein
- Ich bin so traurig

Psychobiologie: Wie kann aus emotionalem Stress chronischer Schmerz werden?

- **Stress, Angst, psychische Anspannung** → Mitinnervation des motorischen Nervensystems (Flor, 1991) →
- Verstärkung der Schweißsekretion (*Hautwiderstand*), regionale Durchblutungsveränderung (*Hauttemperatur*), Anspannung der Muskulatur (*EMG*) →
- bei chron. Schmerzpatienten **stärker** als bei Gesunden, klingen nach Ende der Stresssituation **langsamer** ab und werden **schneller erlernt** (Flor, 1994, klass. Konditionierung).

Psychobiologie: Wie kann aus Depression chronischer Schmerz werden?

- Akuter lumbaler Bandscheibenvorfall + *depressiv getönte Stimmungslage*:

„In über 80% der Fälle ist davon auszugehen, dass der Betroffene von einer Operation allein **nicht** profitieren, sondern ein chronisches Schmerzbild entwickeln wird.“ (Hasenbring & Pfingsten, 2004)

Psychobiologische Wechselwirkungen

Depressive Stimmungslage →

- **erhöhte muskuläre Aktivität** v.a. im lumbalen Wirbelsäulenabschnitt (Schmerz a) muskulär bedingt, b) erhöhter intradiskaler Druck – Bedrängung der Nervenwurzel)
- **Passivität und Rückzugsverhalten** (körperliche Inaktivität – Schwächung/Atrophie von Muskelgruppen – bei Belastung besonders schmerzhaft)
- **Dysfunktionale Kognitionen** (Mangelhafte Bewältigung)

Schmerzbezogene Kognitionen

Längsschnittsstudien zur Chronifizierung akuter unspezifischer Rückenschmerzen

- **Katastrophisieren** (Burton et al. (1995))
- **Hilf-/Hoffnungslosigkeit** (Hasenbring, 1992)
- **„Fear-avoidance-beliefs“** (Erwartung eines ungünstigen Verlaufs, Pfingsten et al. 1997)
- **„Durchhalteappelle“** (Stell Dich nicht so an etc. Hasenbring, 1993)

OBJECTIVES:

Tiefenpsychologische Ursachenannahmen für Schmerz (Frischenschlager & Pucher, 2002)

- ❑ Konversion (unbewusster Konflikt)
- ❑ Narzisstischer Mechanismus (Hilflosigkeit, gepaart mit dem Wunsch nach Stärke, Kompensation über Leistung)
- ❑ Psychovegetative Spannungszustände (Unfähigkeit Gefühle zu erkennen)

Persönlichkeitsmerkmale von Schmerzpatienten (im Vergleich zur Normalbevölkerung)

- Höherer Neurotizismuswert
- Höhere Depressivität (Prädiktor)
- Höhere Ängstlichkeit

→ Wie generell bei allen chronisch Kranken

„Eine schmerzspezifische Persönlichkeit konnte nicht identifiziert werden“

(Kröner-Herwig, 2004)

OBJEKTIVES: Somatisierung

Tendenz, psychosozialen Stress (Traumen, Belastungssituationen etc.) in Form von körperlichen Beschwerden wahrzunehmen und auszudrücken.

Diese Beschwerden sind **nicht auf pathologische Prozesse oder Krankheit** zurückzuführen und veranlassen den Betroffenen, irgendeine Form von medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen (z. B. Medikamenteneinnahme, Arztbesuche)

Somatoforme Störungen

- ◆ Somatisierungsstörung
- ◆ Undifferenzierte Somatoforme Störung
- ◆ Konversionsstörung

□ ◆ Schmerzstörung

Schmerzen, bei denen psychischen Faktoren eine wichtige Rolle bezüglich Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung beigemessen wird.

- ◆ Hypochondrie
- ◆ Körperdysmorphie Störung
- ◆ Nicht Näher Bezeichnete Somatoforme Störung

(DSM-IV, APA, 1996)

DIAGNOSTIK

- Anamnese, Schmerzinterviews
- Messinstrumente (VAS, VRS, NRS, Zeichnungen..)
- Tagebücher, Fragebögen
- Computerunterstützte D. z. B. Biofeedback (EMG, Hautleitwert, Temperatur, Atmung, Herzrate)

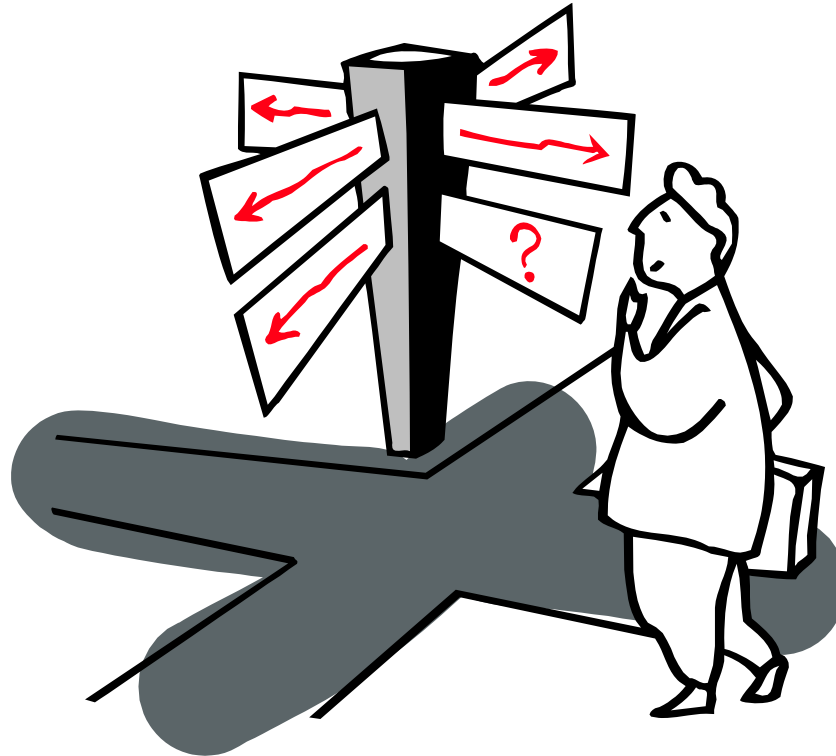


Somatoforme Störungen:

DSM-IV (300.81, 307.80, 300.7)

ICD 10 (F 45.0-F45.9)

Zukunft der Schmerztherapie



OBJECTIVES:

Betreuung von chron. Schmerzpatienten aus psychotherapeutischer/psychiatrischer Sicht (Aigner, 2004)

Mehrstufenmodell:

1. Diagnostik und Therapieplanung
2. Medikamentöse Therapie,
symptombezogene Psychotherapie:
Schmerzbewältigung
3. Symptomübergreifende Psychotherapie

Betreuung von chron. Schmerzpatienten aus psychotherapeutischer/psychiatrischer Sicht (Aigner, 2004)

Mehrstufenmodell:

1. **Diagnostik und Therapieplanung**

- Konsiliar-Liaison-Dienst
- Untersuchung in primärer Behandlungseinrichtung
- Früherkennung
- Beziehungsaufbau
- Aufbau von Psychotherapiemotivation
- Therapieempfehlungen

Betreuung von chron. Schmerzpatienten aus psychotherapeutischer/psychiatrischer Sicht (Aigner, 2004)

Mehrstufenmodell:

2. **Medikamentöse Therapie, symptombezogene Psychotherapie**

- **Pharmakotherapie:** Antidepressiva, NSAID, Opioide, Benzodiazepine, Neuroleptika, Antiepileptika, ...
- **Psychotherapie:** KVT mit Entspannungstechniken (z.B.: Jacobson), „Exposition - körperl. Symptome“, Copingstrategien, Identifikation und Modifikation von kognitiven Mustern/Schemata
- **Soziotherapeutische Aspekte:** Angehörigenarbeit, Selbsthilfegruppen etc.

Betreuung von chron. Schmerzpatienten aus psychotherapeutischer/psychiatrischer Sicht (Aigner, 2004)

Mehrstufenmodell:

3. Symptomübergreifende Psychotherapie

- ❑ Identifikation und Bewältigung negativer Affektivität (Psychotherapie der Trauer, Wut, Angst)
- ❑ Verbesserung der emotionalen Ausdrucksfähigkeit
- ❑ Erwerb sozialer Kompetenzen
- ❑ Vermittlung von Problemlöse- und Konfliktbewältigungsfertigkeiten
- ❑ Identifikation und Bearbeitung früherer traumatischer Erfahrungen (Traumatherapie)
- ❑ (Wieder-)Erlangung von Genussfähigkeit, Beziehungsfähigkeit und Leistungsfähigkeit



Verhaltens- medizinische

Therapie-
maßnahmen:

Medizin,

Psychologie

bzw.

Psychotherapie

Physiotherapie,

etc.

Falldarstellung: Somatoforme Schmerzstörung, rezidivierende depressive Störung VI

- Psychotherapie: Verhaltenstherapie 40E im Verlauf von 1,5 Jahren
- Psychodiagnostik
- Psychoedukation
- Schmerztagebuch
- Kognitive Therapie: Prädispositionen, Auslöser, Aufrechterhaltung
- Biographie „wird wohl auch was mit meiner Kindheit zu tun haben“

Bereits nach der vierten Sitzung beobachtet sie: „ich kann den Schmerz gedanklich leiten“

Nach 20 Sitzungen: „Wenn ich die Stimme der Nachbarin höre, tut mir augenblicklich alles weh“

Schmerzbewältigungstraining (z. B. Basler & Kröner-Herwig, 1995)

- **Baustein 1:** Erfahrungsaustausch, Informationen über Schmerz, Selbstbeobachtung, Bewegungsausgleich
- **Baustein 2:** Stress und Schmerz, Entspannung, Aufmerksamkeitslenkung, Ablenkung
- **Baustein 3:** Die Rolle der Gedanken
- **Baustein 4:** Genußtraining, Aufbau von Aktivitäten

Schlussfolgerung

- Der „Ganzheit“ des Menschen Rechnung tragen
- Psychosoziale Faktoren in der Genese und Aufrechterhaltung anerkennen
- Multidisziplinäre Behandlung anstreben

Falldarstellung: Somatoforme Schmerzstörung, rezidivierende depressive Störung VII

□ Therapieende

„Ich bin aktiv, kompetent, stark,
glücklich!“