

Abteilung für Psychosoziale Medizin, Universitätsspital Zürich², Abteilung für Psychosomatische Medizin, Zürcher Höhenklinik Davos¹

^{1,2}R. von Känel, ¹M.-L. Gander, ¹St. Spiess,
²C. Buddeberg

Differenzielle Therapie chronischer Schmerzsyndrome am Bewegungsapparat in der ärztlichen Grundversorgung

Treatment of Chronic Non-Malignant Musculoskeletal Pain Syndromes in Primary Care

Zusammenfassung

Die Therapie chronischer Schmerzsyndrome am Bewegungsapparat bedarf des kombinierten Einsatzes von somatischen und psychosozialen Interventionen. Die Arbeit gibt einen Überblick über die therapeutischen Möglichkeiten chronischer Schmerzsyndrome in der ärztlichen Grundversorgung. Dargestellt und erläutert werden die Bedeutung einer bestimmten therapeutischen Haltung, das Erarbeiten eines psychophysiologischen Krankheitskonzeptes, kognitive Interventionen, Regulierung des Schlafverhaltens, der rationale Einsatz von Analgetika und Psychopharmaka, physiotherapeutische Massnahmen, Entspannungstechniken und der Einbezug des sozialen Umfelds. Die vorgestellten Behandlungsansätze sollen es dem Grundversorger ermöglichen, chronische Schmerzerkrankungen am Bewegungsapparat patientenorientiert und effizient zu behandeln.

Schlüsselwörter: chronische Schmerzsyndrome – Bewegungsapparat – biopsychosoziales Krankheitskonzept – differenzielle Therapie

Einleitung

Die vorliegende Arbeit orientiert sich am Vorschlag zur *differenziellen Diagnostik chronischer Schmerzsyndrome am Bewegungsapparat*, den wir im ersten Artikel dieses Heftes vorgestellt haben [1]. Tabelle 1 zeigt die Einteilung dieser Syndrome nach biopsychosozialen Gesichtspunkten im Überblick. Die aus dieser Klassifikation ableitbaren Therapiemöglichkeiten werden in dieser Arbeit vorgestellt und erläutert. Mit einem multimodalen mehrwöchigen stationären Therapieprogramm kann bei bis zur Hälfte der Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung Schmerzfreiheit bzw. eine erhebliche Reduktion der Schmerzen erzielt werden [2]. Der Grossteil der Patienten mit chronischen Schmerzsyndromen wird aber nicht in spezialisierten Institutionen behandelt, sondern durch die Ärzte der Grundversorgung. Die vorliegende Arbeit will deshalb *Möglichkeiten für die hausärztliche Therapie von Patienten mit einer chronischen Schmerzerkrankung* aufzeigen. Die Tabellen 2 und 3 geben einen Überblick zu ursächlichen und aufrechterhaltenden Faktoren chronischer Schmerzen [3,4]. Im klinischen Alltag ist es oftmals schwierig,

Tab. 1: Differenzielle Einteilung chronischer Schmerzsyndrome [1]

Organisch bedingte (nozizeptive und neuropathische) Schmerzen
Organische Schmerzen mit inadäquater Krankheitsbewältigung
Organische Schmerzen mit psychischer Komorbidität
Schmerzen aufgrund einer funktionellen Störung
Psychogene Schmerzen

einem Bedingungsfaktor eine klare, entweder ursächliche oder aufrechterhaltende Wirkung für die Schmerzen zuzuschreiben. Wichtig ist es sich bewusst zu sein, dass Schmerzen auch nach Wegfall einer Ursache weiter bestehen können, sofern im Verlauf hinzugekommene Faktoren die Störung unterhalten [5].

Therapie

Je nach Bedeutung der in den Tabellen 2 und 3 aufgeführten Faktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung eines chronischen Schmerzsyndroms, sollten die folgenden Therapiebausteine gewichtet und kombiniert werden. Eine adäquate therapeutische Grundhaltung und die Erarbeitung eines psychophysiologischen Krankheitskonzeptes sind

Summary

For treatment of chronic non-malignant musculoskeletal pain syndromes to be successful, simultaneous medical and psychosocial interventions are required. We provide different treatment options for chronic pain disorders for the primary care physician who is not a trained psychotherapist. We stress that the physician must adopt a particular therapeutic attitude towards his patient. We further emphasize the elaboration of a biopsychosocial disease model with the patient, cognitive-behavioral interventions, treatment of associated sleep disorders, the use of a rational drug therapy regimen, physical therapy, relaxation techniques, and involvement of the social environment. Such treatment strategies may help primary care physicians to treat their patients suffering from chronic pain more successfully and with greater patient satisfaction.

Key words: chronic pain disorder – musculoskeletal system – biopsychosocial model – therapy

dabei grundlegende Voraussetzungen für die Wahl weiterer störungsspezifischer und patientengerechter Therapieelemente.

Therapeutische Grundhaltung des Arztes

Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie chronischer Schmerzen [6]. Die Förderung von Eigenverantwortung, Eigenaktivität und Selbstbeobachtung lassen den Patienten Selbstwirksamkeit erfahren und stärken dadurch sein Selbstvertrauen. Dies ist wichtig, weil sich Patienten ihren Schmerzen gegenüber oft hilflos, ausgeliefert und ohnmächtig fühlen. Der Patient mit einer chronischen Schmerzkrankheit gilt im allgemeinen als «schwieriger Patient» [7], weil er Zusammenhänge zwischen psychosozialen Faktoren und seinen Schmerzen selten anerkennen kann. Nur mit Empathie und mitunter mit viel Fingerspitzengefühl gelingt es, mit dem Patienten ein *psychophysiologisches Schmerzverständnis* zu erarbeiten und ihn zu einem regelmässigen körperlichen Training oder anderen hilfreichen Verhaltensänderungen zu motivieren. Die Behandlung von Patienten mit einem chronischen Schmerzsyndrom führt beim Arzt überdurchschnittlich häufig zu stärkeren Emotionen und Affekten gegenüber dem Schmerzerleben und -verhalten des Patienten (Gegenübertragung). Diese Reaktionsmuster gilt es zu erkennen, da sie Therapie und Krankheitsverlauf beeinträchtigen können [3]. Charakteristische *emotionale Reaktionen* des Arztes sind Schuldgefühle, dem Patienten nicht helfen zu können, Ärger gegenüber den Ansprüchen des Patienten und Furcht vor Anschuldigungen durch den Patienten. In extremis reagiert der Arzt entweder mit fehlender Empathie oder es kommt zu einer therapeutischen Kollusion [7] (z.B. aktiver Arzt – passiver Patient) mit unnötigen Abklärungen und uneingestandener Einigung auf ein überwiegend somatisches Krankheitsmodell. In Tabelle 4 sind einige Empfehlungen zusammen-

Tab. 2: Ursächliche Faktoren chronischer Schmerzsyndrome [3,4]

Verstärkte Reaktion des autonomen Nervensystems auf Stressoren
Herabgesetzte zentrale Schmerzschwelle (genetisch und/oder erworbenes «Schmerzgedächtnis»)
Unreife psychische Abwehrmechanismen (z.B. Wendung gegen das Selbst)
Verminderte Wahrnehmung und Ausdruck von Gefühlen («Alexithymie»)
Verstärkte Wahrnehmung von Körpersensationen (inkl. Schmerz)
Kognitive Fehlinterpretation körperlicher Empfindungen
Unsicheres Bindungsverhalten (Schmerz als «Beziehungsregulator»)
Traumatisierende Kindheitserlebnisse («pain proneness»)

Tab. 3: Aufrechterhaltende Faktoren chronischer Schmerzen [3,4]

Schonverhalten mit physischer Dekonditionierung
Hyperaktives autonomes Nervensystem (Muskelverspannungen)
(Schmerzbedingte) Schlafstörungen
Wiederholte unergiebig somatische Abklärungen und chirurgische Eingriffe
Analgetika- und Schlafmittelabusus
Dysfunktionale Kognitionen (Angst vor Verletzung, Katastrophisieren)
Psychische Komorbidität (Depression, Angst)
Stressoren und mangelhafte Unterstützung in Familie und Beruf
Arbeitsunfähigkeit > 6 Monate, Rentenbegehren
Dysfunktionale Arzt-/Patientenbeziehung

Tab. 4: Massnahmen zum Umgang mit Gegenübertragungsreaktionen beim Arzt

Gespräch in einer Randstunde abmachen
Gesprächdauer in der Regel 30 min
Begrenzung der Anzahl Patienten mit einer Schmerzkrankheit
Supervision, Intervision, Teilnahme an Balintgruppe
Frage: Was weckt mein Interesse am Patienten «trotz» der Schmerzen? (Symptomatik, Lebensgeschichte, ein Hobby etc.)
Eigene Grenzen erkennen und akzeptieren
(Temporäre) Überweisung an eine/n Kollegin/en mit spezieller Kompetenz

gefasst, wie der Arzt mit negativen Gegenübertragungsreaktionen adäquat umgehen kann. Zentral sind eine psychotherapeutische Grundhaltung [8] sowie ein authentisches Interesse am Patienten als Individuum sowie an seiner oft eindrücklichen Symptomatik vor dem Hintergrund einer persönlichen,

meist belasteten Lebensgeschichte. Die *Realität der Schmerzen* sollte nicht angezweifelt werden [9]. Die Häufigkeit einer Simulation von Schmerzen ist vernachlässigbar klein. Vielmehr zweifeln die Patienten an sich selbst und fürchten, sich die Schmerzen nur einzubilden. Sie möchten ihrem Umfeld

nicht andauernd erklären müssen, dass sie Schmerzen haben, wenn es ihnen nicht gut geht. Die verständnisvolle Bemerkung, dass es den meisten Schmerzpatienten ähnlich ergehe, weil Schmerzen subjektiv seien und man sie nicht sehen könne wie z.B. den Gipsverband am gebrochenen Bein, wird überwiegend dankbar angenommen und stärkt die therapeutische Beziehung. Sofern ein Patient am Anfang der Konsultation über Schmerzen bspw. im Nacken berichtet, sollte anamnestisch darauf eingegangen und der Nacken kurz untersucht werden [9]. Der Patient kommt mit Schmerzen im Nacken zum Arzt und fühlt sich zurecht unverstanden, wenn er keine Möglichkeit erhält, über seine Beschwerden zu berichten, bzw. diese nicht «untersucht» werden. Der anschliessenden *Exploration von Modulatoren* der Schmerzen z.B. mit Hilfe eines Schmerztagebuchs (s. unten) sollte ebenfalls genügend Zeit eingeräumt werden. Die Metapher vom Volumenregler am Radio veranschaulicht das Vorgehen. Arzt und Patient können den Kanal, welcher «Schmerz» sendet, nicht auf einen anderen Kanal, der «keinen Schmerz» sendet, umschalten. Es muss vielmehr darum gehen miteinander herauszufinden, welche Faktoren und Massnahmen den Volumenregler hochzudrehen (die Schmerzen verstärken) bzw. herunterzudrehen (die Schmerzen lindern) vermögen [10]. Entsprechend soll dem Patienten nicht a priori Schmerzfreiheit versprochen werden. Eine vollständige Regredienz der Schmerzen ist wie eingangs erwähnt bei frühzeitigem Einsatz geeigneter Massnahmen in einem nicht geringen Anteil der Fälle möglich [2]. Das Nichteinhaltenkönnen dieses Versprechens durch den Arzt kann aber das Vertrauensverhältnis zum Patienten empfindlich beeinträchtigen und wird im schlechtesten Fall zu einem Arztwechsel führen und damit dem sog. «doctor-shopping» Vorschub leisten. Es ist ehrlicher sich vorzunehmen, dass die Schmerzen auf ein erträgliches Mass reduziert werden sollen, damit sie nicht mehr den Mittelpunkt im Leben einneh-

men, so dass der Patient an Lebensqualität gewinnt.

Therapieziele sollen ganz allgemein *realistisch formuliert*, in erreichbare *Teilziele* unterteilt (z.B. schrittweise Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit, schrittweiser Abbau von Opiaten) und von einem *Belohnungssystem* unterstützt werden [11]. Die Konsultationstermine sollen zeit- und nicht schmerzkontingent abgemacht werden, damit der Patient nicht zuerst Schmerzen haben «muss», um einen Termin zu erhalten, wenn er bspw. ein ihn belastendes Thema besprechen möchte. Invasive *Abklärungen* und *Überweisungen* an Spezialisten sollen nicht aufgrund subjektiver Beschwerden («symptoms»), sondern überwiegend nach dem Neuaufreten verdächtiger objektivierbarer Befunde («signs») vorgenommen werden [9].

Erarbeiten eines psychophysiologischen Krankheitskonzeptes

Patienten mit chronischen Schmerzsyndromen haben in der Regel die Überzeugung, ihre Schmerzen seien organisch bedingt. Ein entscheidender Schritt in der Behandlung besteht darin, dass der Patient von seinem *somatogenen subjektiven Krankheitskonzept* hin zu einem Krankheitsverständnis geführt wird, das situative und emotionale Einflüsse auf die Schmerzintensität berücksichtigt [10]. Hierzu eignet sich ein *Schmerztagebuch* als Wochenplan zur Dokumentation (ca. sechsmal täglich) der Schmerzintensität, die in den ersten zwei Wochen zu Aktivitäten im Alltag und in den darauffolgenden zwei Wochen zu emotionalen und kognitiven Einflüssen (z.B. Ärger und negative Gedanken) in Beziehung gesetzt wird. Die Schmerzmedikation soll im Tagebuch dokumentiert werden, d.h., welches Präparat zu welcher Zeit und in welcher Dosierung eingenommen wurde. Das Hauptziel des Tagebuchs besteht in der Selbst- und Fremdexploration von Einflüssen interner und externer Belastungsfaktoren auf Entstehung und Verstärkung von Schmerzen. Bei der Exploration im Rahmen einer üblichen

Konsultation stellen sich *vier zentrale Fragen*:

- Was spüren/empfinden Sie körperlich (Körperreaktionen)?
- Was denken sie (Kognitionen)?
- Was empfinden Sie (Emotionen)?
- Was tun Sie (Verhalten), wenn Sie Schmerzen haben?

Oft geben Patienten mit chronischen Schmerzen an, dass sie nie schmerzfrei, ihre Schmerzen immer gleich stark, und durch nichts zu beeinflussen seien. Das Schmerztagebuch hilft aufzuzeigen, dass in Zeiten der Ablenkung die Schmerzen teilweise oder vollständig «vergessen» werden können, die Schmerzen unterschiedlich intensiv sein können sowie verschiedene Einflüsse die Schmerzen verstärken (z.B. Anforderungen am Arbeitsplatz, Fokussierung auf die Schmerzen) oder lindern (bspw. Entspannungsübungen, positive Gedanken). *Die Motivierung des Patienten zum Führen des Tagebuchs* erfolgt mit dem Hinweis, dass Arzt und Patient gemeinsam herausfinden möchten, welche Aktivitäten, Gedanken und Gefühle dem Patienten besser und welche ihm weniger gut täten. Mit Hilfe des Schmerztagebuchs soll ein Plan entworfen werden, wie der Patient sein Leben wieder aktiver gestalten könne, ohne dass die Schmerzen stärker würden. Verschiedene Schmerztagebücher sind im Buchhandel erhältlich [4,12]. Als erste Arbeitshypothese zu einem Krankheitsverständnis lassen die meisten Patienten gelten, dass sie eine «*hypersensible Schmerzwahrnehmung*» hätten. Aufgrund der herabgesetzten Schmerzschwelle würden Faktoren, welche üblicherweise keine Schmerzen verursachen, Schmerzen auslösen oder verstärken. Es kann angefügt werden, dass Verspannungen zu einer Minderdurchblutung und damit einem Sauerstoffmangel des Gewebes führen, so dass der Muskelschmerz als eine Art «*Übersäuerung*», analog derjenigen beim Sprinten, erklärt werden kann. Hierfür geeigneten Patienten kann auch die Gate-Control Theorie mit Hilfe einer Skizze erklärt werden, wonach emotionale, vom zentralen Nervensystem

absteigende Bahnen auf Rückenmarksebene die Wahrnehmung der Schmerzleitung von der Peripherie nach zentral zu steuern vermögen. Zur Vermittlung eines psychophysiologischen Schmerzmodells kann der Patient im weiteren gebeten werden, er solle sich vorstellen, in eine Zitrone zu beißen (Vorstellung ist psychisch – Speichelfluss ist körperlich). Er kann ermuntert werden, seine Aufmerksamkeit für mindestens 15 min intensiv auf eine Körperstelle zu lenken, die nicht schmerzt (psychischer Vorgang) und dann zu beschreiben, was er an der betreffenden Körperstelle verspürt hat (bspw. Kribbeln und Jucken als körperliche Vorgänge).

Eine einfache Erklärung mit Hilfe einer Zeichnung zu den körperlichen Symptomen bei der Stressreaktion (z.B. Lampenfieber) machen psychophysiologische Zusammenhänge verständlich. Der Hinweis auf den *Teufelskreis Schmerz – Stress – Verspannung* relativiert die Frage, ob nun Stress am Anfang der Beschwerden stehe und verhindert damit verbundene «Streitgespräche» zwischen Arzt und Patient. Die wenigsten Patienten werden die Feststellung zurückweisen, dass die Schmerzen für sie ein Stressor sind. Bei Patienten mit einer Panikstörung und Hyperventilation können durch einen Hyperventilationsversuch am offenen Fenster die mit der Panikattacke einhergehenden körperlichen Sensationen provoziert werden. Der Zweck besteht darin, diese Symptome in einen bewussteren Zusammenhang mit einer Angst-erkrankung bzw. einer damit assoziierten Atemregulationsstörung zu bringen [10].

Kognitive Interventionen

Kognitive Interventionen werden vom Patienten, der Mühe hat, psychosoziale Bedingungsfaktoren für seine Schmerzen anzuerkennen, als weniger bedrohend erlebt als psychodynamische Interpretationen. Das Ziel besteht in der *kognitiven Umstrukturierung* von negativen Gedanken und Bewertungsprozessen. Typische dysfunktionale Annah-

men («beliefs»), welche es sich lohnt zu explorieren, finden sich in Tabelle 5 [13]. Bei einem Patienten, der annimmt, seinen Schmerzen läge ursächlich ein Krebsleiden zugrunde, lohnt es sich z.B. zu explorieren, wie er denn zu dieser Überzeugung gelangt sei (Hinterfragen des Krankheitsmodells), bevor man ihn vorschnell mit dem Hinweis auf unauffällige Untersuchungsbefunde zu beruhigen versucht. Der Patient wird dann vielleicht angeben, dass sein Bruder vor zwei Jahren an einem Tumor verstorben sei und «auch» Schmerzen gehabt habe, ohne dass man den Tumor gefunden habe. Diese Annahme ist dysfunktional, indem sie für den Patienten objektiv gesehen mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht zutrifft, er aber subjektiv davon überzeugt ist (individuelle Wirklichkeit), an einem Krebsleiden erkrankt zu sein. Dieser dysfunktionale Gedanke und das gedankliche Kreisen um die Annahme können sekundär *Ängste, depressive Verstimmungszustände* und Schlafstörungen bewirken, welche dann ihrerseits die Schmerzschwelle senken bzw. die Schmerzen verstärken können und dem Patienten suggerieren, sein Krebsleiden sei progredient, weil die Schmerzen stärker geworden seien.

Abbildung 1 zeigt ein *Bedingungsmodell der Entstehung somatoformer Schmerzen* [14]. Es ist hilfreich, die Schmerzwahrnehmung und die Bedeutung, die den zum Bewusstsein gelangten Schmerzen erteilt wird, vor dem Hintergrund einer individuellen Lebensgeschichte und früherer Erfahrungen mit Schmerzen zu verstehen. Erteilt das Individuum den Schmerzen eine negative Bedeutung, hat dies weitreichende Konsequenzen auf der gedanklichen, emotionalen, körperlichen (v.a. Vegetativum) und verhaltensmässigen Ebene der Schmerzverarbeitung zur Folge. In der Therapie dysfunktionaler Kognitionen und negativer Gedanken wird in einem konstruktiven Disput («sokratischer Dialog») mit dem Patienten eine konsensuelle Wirklichkeit erschaffen, die weniger bedrohlich ist und Alternativen im Gedankengebäude

Tab. 5: Exploration dysfunktionaler Annahmen zum Krankheitsgeschehen [13]

Welches ist die Ursache der Schmerzen?
Waren die bisherigen Abklärungen ausreichend?
Wie werden die bisherigen Therapien beurteilt?
Wie werden der weitere Verlauf/die Prognose eingeschätzt?
Wer hat die Kontrolle über den Schmerz?
Wer ist verantwortlich für den Schmerz?
Welche Aktivitäten werden aus Angst vor Schmerzen vermieden?
Was führt zu einer Schmerzerleichterung?

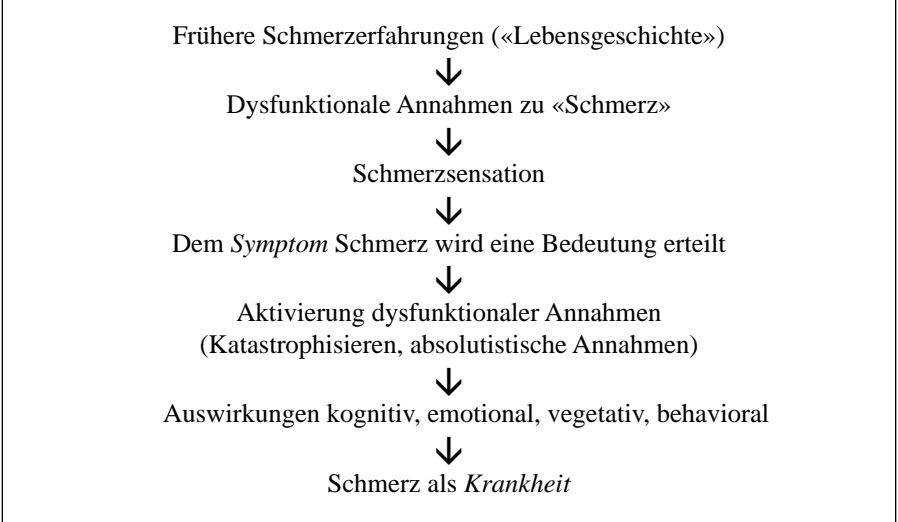


Abb. 1: *Bedingungsmodell somatoformer Schmerzstörungen nach Rief und Hiller* [14].

zulässt. Konkret erörtern Arzt und Patient, welche Beobachtungen für bzw. gegen die Annahmen des Patienten sprechen. Auf einer «Wahrscheinlichkeitsskala» von 0–100 % wird eingeschätzt, wie wahrscheinlich diese einzelnen Beobachtungen sind. Zuletzt werden Alternativen zur Patientenwirklichkeit aufgrund der Wahrscheinlichkeit in Erwägung gezogen, angenommen oder verworfen [10]. Letztlich geht es darum, negative Gedanken und Strategien in Bezug auf das Schmerzerleben und -verhalten zu vermeiden bzw. diesbezüglich positive Gedanken und Strategien zu fördern. Bei entsprechender Ausbildung kann der Allgemeinarzt auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken in der Therapie komorbider

Angst- und depressiver Störungen effektiv einsetzen [15,16].

Regulierung des Schlafverhaltens

Schlafstörungen finden sich bei 60% der Patienten mit chronischen Schmerzen [17]. Schon bei gesunden Personen kann eine schlaflose Nacht bzw. Schlaflosigkeit die Schwelle für einen externen Schmerzreiz signifikant senken. Diese Erkenntnis ist hilfreich, wenn es darum geht, den Patienten für eine verhaltenstherapeutische Intervention zur Schlafregulation zu motivieren («ein verbesserter Schlaf dreht den Volumenkopf des Schmerzkanals nach links»). Am häufigsten werden Einschlafschwierigkeiten, häufiges Erwachen, verminderte Schlafdauer, Tagesschlaf-

rigkeit/Müdigkeit und ein nicht erholsamer Schlaf angegeben. Gründe sind neben schmerzbedingten Schlafstörungen eine komorbide Depression oder Angststörung, Analgetika, welche die Schlafarchitektur beeinträchtigen, verminderte körperliche Aktivität sowie eine Änderung im Schlafverhalten. Komplizierende Schlafstörungen wie das obstruktive Schlaf-Apnoe Syndrom, das «restless-legs syndrom» sowie «periodic limb movement disorder» werden bei Patienten mit chronischen Schmerzen überzufällig häufig gefunden und müssen fremdanamnestic erfragt werden [17].

Das Management der Schlafstörungen beinhaltet neben einer suffizienten analgetischen Therapie allgemeine *Empfehlungen zur Schlafhygiene* wie Verzicht auf Genussmittel und anstrengende körperliche Aktivität am Abend. Gut instruierte Entspannungsübungen (vgl. unten), durchgeführt vor dem Schlafen oder beim nächtlichen Erwachen, sind bei Patienten mit funktionellen Schmerzen und komorbider Angsterkrankung hilfreich. Eine depressive Störung, eine Angststörung oder ein übermässiger Alkoholkonsum müssen erkannt und medikamentös sowie psychotherapeutisch angegangen werden. «Sorge- und Selbstmitleidstunden» werden für den Tag verschrieben, wodurch negativen Gedanken tagsüber strukturiert Raum gegeben wird. Während des Tages unterdrückte negative Gedanken werden sonst Nachts im reizarmen Schlafzimmer umso mehr zum Bewusstsein drängen. Verschiedene Manuale geben Auskunft zu Verhaltensmassnahmen bei Schlafstörungen und können sinn-gemäss bei Schmerzpatienten eingesetzt werden [18]. Regelmässig sollte ein Schlafprotokoll zur Erfassung der individuellen Schlafenszeit, der Einschlafdauer, der nächtlichen Wachphasen, des morgendlichen Aufwachens und der Schlafzeiten tagsüber geführt werden [18]. Komplizierende Schlafstörungen sollen standardmässig therapiert werden. Auf die Möglichkeit einer Medikation bei Schlafstörungen wird nachfolgend eingegangen.

Rationale Pharmakotherapie

Die Pharmakotherapie bei chronischen Schmerzsyndromen ist indiziert zur Anhebung der Schmerzschwelle, zur Aktivierung, zur Behandlung einer komorbiden psychischen Störung und bei schweren Schlafstörungen. Analgetika sollen gemäss dem bewährten Drei-Stufenschema der WHO eingesetzt werden. Stufe 1 sieht ein Nichtopioidanalgetikum vor (z.B. Paracetamol, NSAR). Stufe 2 bezieht sich auf ein schwaches Opioid (z.B. Tramadol), welches mit einem Nichtopioidanalgetikum kombiniert werden kann. Erst auf Stufe 3 werden starke Opioide (z.B. Morphinsulfat, Fentanyl) mit oder ohne Nichtopioidanalgetika eingesetzt. Zur analgetischen Therapie von chronischen Schmerzen ohne klinisch relevante organische Komponente sind Morphinpräparate nicht wirksam und sollen ausserhalb klinischer Studien nicht eingesetzt werden [19]. Der Einsatz von *Myorelaxanzien* wie Tizanidin oder Tolperison ist u.E. indiziert, sofern diese Präparate eine klinisch relevante Reduktion der Schmerzintensität bewirken.

Trizyklische Antidepressiva (TCA) (v.a. Amitriptylin) und Antiepileptika (z.B. Gabapentin) haben auch bei nicht-depressiven Patienten einen schmerzlindernden Effekt, da sie die zentrale Schmerzverarbeitung günstig beeinflussen. Deren Wirkung ist bei einem neuropathischen Schmerzanteil am besten. Dasselbe gilt wahrscheinlich auch für die Kategorie der *selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern* (SSRI), wenn auch die Datenlage für die TCA bisher grösser ist [20]. Die Compliance der Einnahme des Antidepressivums wird besser, wenn der Patient darüber informiert wird, dass die analgetische Wirkung der TCA bereits nach einer Woche und bei geringerer Dosierung (z.B. 10–25 mg Amitriptylin) einsetzt, wohingegen die antidepressive Wirkung der TCA und SSRI erst nach zwei bis drei Wochen und bei höherer Dosierung (z.B. 100 mg Amitriptylin) einsetzt [20]. Ist der Patient depressiv verstimmt und hat er eine Angststörung mit Panikattacken oder eine posttrau-

matische Belastungsstörung, dann kann ein SSRI am Morgen (nicht am Abend wegen möglicher Schlafstörung durch Antriebssteigerung) rezeptiert werden. Bei komorbider Angsterkrankung mit Panikattacken können *Benzodiazepine* (z.B. Alprazolam) mitunter zu einer eindrücklich raschen Verbesserung der vegetativen Symptomatik, einschliesslich muskulärer Verspannungen und assoziierter Schmerzen führen.

Grundsätzlich sollte bei einer Panikstörung ein Benzodiazepin nur in Kombination mit einem SSRI begonnen werden und nach spätestens acht Wochen bzw. nach Eintritt der Wirksamkeit des SSRI wiederum ausgeschlichen werden [21]. Die Indikation für eine adjuvante Schmerztherapie mit einem *Neuroleptikum* sollte sehr eng und nach einer konsiliar-psychiatrischen Untersuchung gestellt werden [4]. Sie beschränkt sich im wesentlichen auf komorbide psychiatrische Erkrankungen wie psychotisches Erleben, schwere Essstörungen, Zwangserkrankungen und gewisse Persönlichkeitsstörungen. Den neueren, sogenannten atypischen Neuroleptika ist dabei generell der Vorzug zu geben, da sie vermutlich weniger oft zu den gefürchteten tardiven Dyskinesien führen [22].

Bei *Schlafstörungen* im Rahmen einer chronischen Schmerzkrankheit ist auf Benzodiazepine zu verzichten (ausser bei komorbider Angsterkrankung) und den neueren Benzodiazepinagonisten Zolpidem und Zopiclon der Vorzug zu geben, welche ein relativ geringeres Abhängigkeitspotenzial und verminderte Entzugssymptomatik beim Absetzen aufweisen [17]. Aufgrund seiner kurzen Wirkdauer eignet sich Zolpidem vor allem für Patienten mit Einschlafstörungen. Bei Durchschlafstörungen eignen sich Zopiclon und Chloralhydrat; letzteres in einer Darreichungsform mit verzögertem Wirkeintritt, wobei jüngere Patienten in der Regel eine genügend hohe Dosierung an Chloralhydrat benötigen. Bei Schlafstörungen im Rahmen einer komorbiden Depression sind sedierende TCA (Amitriptylin, Mianserin) oder das neuere Nefazadone

zur Nacht vorzuziehen [17]. Bei störender Müdigkeit am Morgen ist die Dosis des TCA zu reduzieren bzw. das Medikament zwei bis mehrere Stunden vor dem Schlafengehen einzunehmen. Es muss betont werden, dass die Gabe von Sedativa immer von einem verhaltenstherapeutischen Programm zur Schlafregulation wie oben dargestellt begleitet werden sollte.

Physiotherapie und Entspannungsmethoden

Ziele der Physiotherapie sind der *Abbau des Schonverhaltens* [10] und die *körperliche Rekonditionierung* zur Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit durch allgemein kräftigende Übungen (medizinische Trainingstherapie) und ein *moderates Kreislauftraining* [23,24]. Im weiteren sollen inadäquate Ängste vor einem körperlichen Schaden beim Durchführen eines Übungsprogramms unter Schmerzen abgebaut werden.

Der Patient wird darüber aufgeklärt, dass zu Beginn der (Wieder)aufnahme eines körperlichen Trainings die Schmerzen zunehmen können, dass ihm daraus aber kein körperlicher Schaden erwächst. Die Motivation wird mit dem Hinweis gefördert, dass ein trainierter Muskel nach drei Monaten weniger rasch ermüdet und dadurch weniger schmerzanfällig sein werde. Körperliche Bewegung soll Spass machen und von den Schmerzen ablenken, was dem Patienten bewusst rückgemeldet werden soll, wenn er diese Erfahrung macht. Das *Heimprogramm* soll täglich für ca. 20 min durchgeführt werden. Der Vergleich mit einem Klavierspieler hilft, die Wichtigkeit der Regelmässigkeit zu unterstreichen. Der Klavierspieler geht nicht in die Stunde, um zu üben, sondern um von seinem Lehrer Anleitungen zum Üben zu Hause zu erhalten. Patienten mit chronischen Schmerzen unterstehen auffallend häufig einem meist selbst auferlegten Leistungs- und Anerkennungsdruck, der sie in Zeiten mit weniger Schmerzen dazu verleitet, das schmerzbedingt «Verpasste» nachzuholen. Die damit verbundene temporäre körperliche Überforderung in-

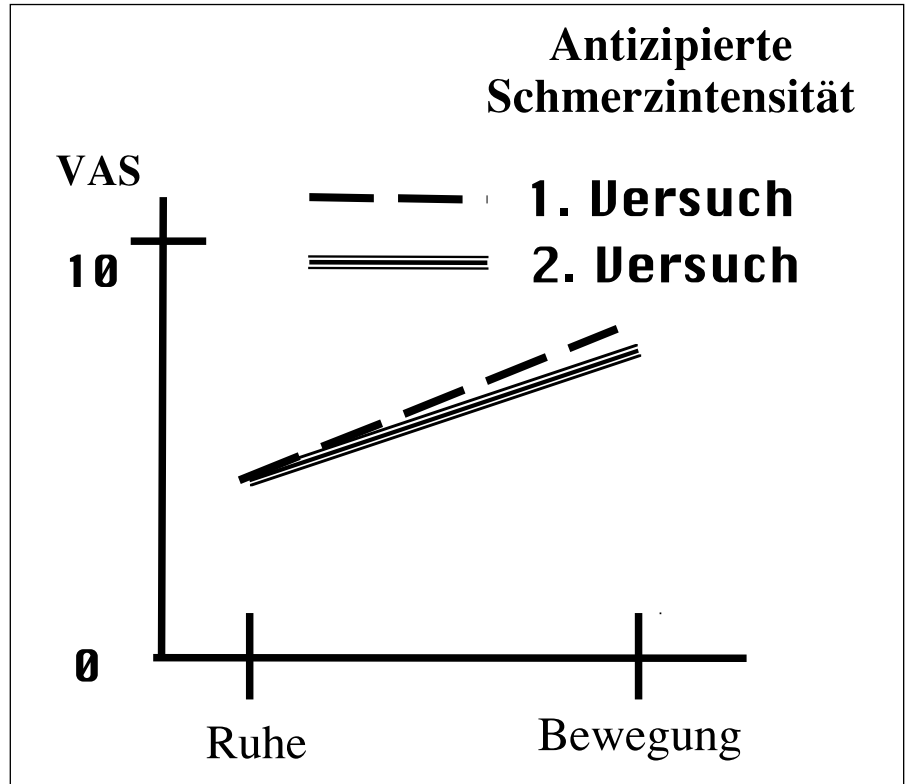


Abb. 2: Desensibilisierungsübung bei Angst vor Schmerzen bei Bewegung.

tensiviert die Schmerzen, was eine anschließende Phase der Inaktivität erzwingt. Die unberechenbare Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit erlebt der Patient als frustrierend, weil für ihn die Dynamik im Wechselspiel von Aktivitäts- und Inaktivitätsphasen meist nicht ersichtlich ist. Es muss daher das Ziel sein, ihm diese Zusammenhänge aufzuzeigen und ihn anzuleiten, seine Kräfte einschätzen zu lernen und sukzessive aufzubauen («graded exercise training»). Das Credo lautet: «Nicht zuviel aber auch nicht zu wenig Bewegung». Je nach Einschätzungsvermögen und Übernahme von Selbstverantwortung durch den Patienten kann er sich die Therapieziele beim Übungsprogramm selbst vorgeben oder diese werden vom Therapeuten in Absprache mit ihm festgelegt. Hat der Patient Angst, sich bei Bewegungen zu verletzen, so kann der Arzt oder Physiotherapeut mit ihm ein eigentliches Desensibilisierungstraining durchführen (Abb. 2). Der Patient soll auf ei-

ner visuellen Analogskala (VAS) von 0 bis 10 angeben, wie intensiv seine Rückenschmerzen sein werden, wenn er bspw. im Liegen das Bein hochhebt. Regelmässig geben die Patienten an, mehr Schmerzen zu haben, als sie dann nachträglich beim Festlegen der tatsächlich verspürten Schmerzen angeben. Führt man die Übung ein zweites Mal durch, dann werden die Patienten weniger intensive Schmerzen antizipieren als beim ersten Versuch. Der Therapeut reflektiert, dass eine vorweggenommene unrealistisch hohe Schmerzintensität den Patienten unnötigerweise davon abhält, sich körperlich zu betätigen [25]. Die meisten Patienten mit chronischen Schmerzen profitieren von einem gut instruierten Entspannungsverfahren wie der progressiven Muskelrelaxation oder der Atemtherapie [3,4,13]. Audiovisuelles Material und Selbstinstruktionsanleitungen auf Tonträgern sind im Handel erhältlich. Entspannungsübungen sollen täglich für zehn Minuten ange-

wandt werden, sei es zur allgemeinen Regulation des Vegetativums inkl. des Muskeltonus' oder gezielt zur Coupierung von Schmerz- und Angstattacken.

Einbezug des Umfelds

Im familiären und beruflichen Umfeld sollen Interaktionen wahrgenommen und angegangen werden, die Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten blockieren. *Ressourcenorientierte Interaktionen*, welche die Schmerzkrankheit positiv beeinflussen, sollten gezielt gefördert werden. Die Einbeziehung des relevanten familiären Systems (Partner, weitere Familienangehörige) zur Information über das Krankheitsbild und zur Betonung der Notwendigkeit und Anleitung zum Abbau von Schonverhalten ist eine wertvolle Intervention [3,12]. Laufende *versicherungsrechtliche und juristische Verfahren* (z.B. Rentenanspruch, Haftpflichtfall) können eine Schmerzkrankheit aufrechterhalten. Es scheint als dürfe keine Gesundung eintreten, da der Rechtsanspruch sonst keine Berechtigung mehr hätte. *Stress am Arbeitsplatz* hat einen wichtigen Einfluss sowohl auf die (Mit)auslösung einer Schmerzkrankheit wie auch auf deren Aufrechterhaltung. Am gefährdetsten ist derjenige Patient, welcher ein *ungünstiges Verhältnis zwischen Anforderungen* (Verantwortung, zeitliche Belastung), *Regulierbarkeit seiner Tätigkeit* (Selbstwirksamkeit) und empfundener sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz hat [7]. Gespräche mit dem

Arbeitgeber können über eine (zeitweise) Senkung der beruflichen Anforderungen und über eine Erhöhung der Regulierbarkeit der Arbeitsabläufe bzw. der sozialen Unterstützung eine Entspannung am Arbeitsplatz erwirken [26]. Es ist von zentraler Bedeutung, dass der Patient im Arbeitsprozess verbleibt, da seine Chance, *je wieder arbeitsfähig zu werden*, gegen 50% absinkt, wenn er länger als sechs Monate wegen einer Schmerzkrankheit krank geschrieben wurde [27].

Schlussfolgerung

Die differenzielle Diagnostik chronischer Schmerzsyndrome [1] ist Voraussetzung für eine ebenso differenzielle Therapie, deren mögliche Elemente in dieser Arbeit vorgestellt wurden. Mit Hilfe gezielter therapeutischer Interventionen kann der Grundversorger auch ohne eine spezielle psychotherapeutische Ausbildung den Schmerzkranken erfolgreich und mit mehr Patientenzufriedenheit behandeln. Damit kann er einen wichtigen Beitrag zur Prävention einer Chronifizierung der Schmerzstörung und Invalidisierung der Patienten leisten.

Résumé

Pour le traitement des syndromes de douleurs chroniques de l'appareil locomoteur, il faut à la fois intervenir sur le plan somatique et que sur le plan psychosocial. Nous présentons un résumé des possibilités thérapeutiques des douleurs chroniques dans les soins médicaux de base. Cet article met le point sur l'importance d'une attitude thérapeutique particulière, sur l'élaboration d'un concept psychophysiologique de la douleur, sur les interventions cognitives, sur la régulation des troubles du sommeil, sur l'emploi adéquat des analgésiques et des médicaments psychotropes, sur les mesures physiothérapeutiques, sur les techniques de relaxation, et sur l'entourage. Ces approches thérapeutiques servent au médecin de premier recours à traiter les patients souffrant de douleurs chroniques avec plus de succès et avec plus de satisfaction pour le patient.

Mots-clés: syndromes de douleurs chroniques – appareil locomoteur – concept bio-psycho-social de la maladie – traitement différentiel

Korrespondenzadresse

Dr. R. von Känel
Abteilung für Psychosomatische Medizin
Zürcher Höhenklinik Davos
7272 Davos Clavadel

E-Mail: roland.vonkaenel@psy.usz.ch

Bibliographie

1. von Känel R, Gander ML, Egle UT, Buddeberg C. Differenzielle Diagnostik chronischer Schmerzsyndrome am Bewegungsapparat - Codierung nach der ICD-10. *Schweiz. Med. Rundschau PRAXIS* 2002; 91: 541-547.
2. Nickel R, Egle UT. Manualisierte psychodynamisch-interaktionelle Gruppentherapie. *Therapiemanual zur Behandlung somatoformer Schmerzstörungen. Psychotherapeut* 2001;46:11-19.
3. Egle UT, Hoffmann SO: *Der Schmerzkranke. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht.* Stuttgart: Schattauer, 1993.
4. Egle UT, Derra C, Nix WA, Schwab R: *Spezielle Schmerztherapie. Leitfaden für Weiterbildung und Praxis.* Stuttgart: Schattauer, 1999.
5. Grawe K. *Psychologische Therapie.* Göttingen: Hogrefe, 1998.
6. Rundell JR, Wise MG. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry.* Washington DC: American Psychiatric Press, Inc. 1996.
7. Buddeberg C, Willi J. *Psychosoziale Medizin. 2. Auflage.* Berlin: Springer, 1998.
8. Buddeberg C. *Behandlung funktioneller Störungen aus psychotherapeutischer Sicht. Internist* 1991;32:50-55.
9. Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB. *Psychiatric care of the medical patient, 2nd edition.* New York, Oxford University Press, Inc., 1999.
10. Rief W, Hiller W. *Somatisierungsstörung und Hypochondrie. Fortschritte der Psychotherapie.* Göttingen: Hogrefe, 1998.
11. Kapfhammer HP, Günderl H. *Psychotherapie der Somatisierungsstörungen.* Stuttgart: Thieme, 2001.
12. Kröner-Herwig B: *Rückenschmerz. Fortschritte der Psychotherapie.* Göttingen: Hogrefe, 2000.
13. Main CJ, Spanswick CC. *Pain management. An interdisciplinary approach.* Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
14. Rief W, Hiller W. *Somatoforme Störungen. Körperliche Symptome ohne organische Ursache.* Bern: Verlag Hans Huber, 1992.
15. Schneider S, Magraf J. *Agoraphobie und Panikstörung. Fortschritte der Psychotherapie.* Göttingen: Hogrefe, 1998.
16. Hautzinger M. *Depression. Fortschritte der Psychotherapie.* Göttingen: Hogrefe, 1998.
17. Cohen MJM, Menefee LA, Doghramji K, Anderson WR, Frank ED. *Sleep in chronic pain: problems and treatments. Int Rev Psychiatry* 2000;12:115-126.
18. Backhaus J, Riemann D. *Schlafstörungen. Fortschritte der Psychotherapie.* Göttingen: Hogrefe, 2000.
19. Wambach S, Rohr P, Häuser W. *Opioidtherapiemissbrauch bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung. Schmerz* 2000;15:254-264.
20. Lynch ME. *Antidepressants as analgesics: a review of randomized controlled trials. J Psychiatry Neurosci* 2000;26:30-36.
21. Kasper S, Resinger E. *Panic disorder: the place of benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors. Eur Neuropsychopharmacol* 2001;11:307-321.
22. Wirshing WC. *Movement disorders associated with neuroleptic treatment. J Clin Psychiatry* 2001;62 (Suppl 21):15-18.
23. Moffett JK, Torgerson D, Bell-Syer S, Jackson D, Llewlyn-Phillips H, Farrin A, Barber J. *Randomised controlled trial of exercise for low back pain: clinical outcomes, costs, and preferences. Br Med J* 1999;319:279-283.
24. Sandweg R, Bernardy K, Riedel H. *Prädiktoren des Behandlungserfolges in der stationären psychosomatischen Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen. Psychother Psychosom Med Psychol* 2001;51:394-402.
25. Crombez G. *Hypervigilance to Pain: the importance of threat value and clinical implications. Oral presentation at the 16th World Congress on Psychosomatic Medicine in Göteborg, Sweden, August 26, 2001.*
26. Kobelt A, Grossch EV, Lamprecht F. *Ambulante psychosomatische Nachsorge.* Stuttgart: Schattauer, 2002.
27. Hagen KB, Thune O. *Work incapacity from low back pain in the general population. Spine* 1998;23:2091-2095.