

Mechanismenbezogene statt schulenspezifische psychosomatische Schmerztherapie

Ulrich T. Egle und Burkhard Zentgraf

Der Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie kommen in der Behandlung chronischer nicht tumorbedingter Schmerzzustände eine grosse Bedeutung zu. Bei der Breite der zur Verfügung stehenden Therapieansätze ist eine sorgfältige differenzielle Indikationsstellung wichtig. Diese setzt bei Psychotherapeuten eine Überwindung schulenspezifischer Konzepte voraus. Bei Nutzung der vorhandenen und in ihrer Wirksamkeit belegten Methoden kann die Psychotherapie eine zentrale Rolle in einer künftigen evidenzbasierten Schmerztherapie übernehmen.

Die Ergebnisse neuer Metaanalysen zur Wirksamkeit von Analgetika sowie psychologischer Schmerztherapie in Form von Schmerzbewältigungstraining haben bei der Behandlung chronischer Schmerzzustände jüngst einen Paradigmenwechsel eingeleitet. Bei nicht tumorbedingten Schmerzzuständen bedingen Opiate ebenso wie Nichtopiate eine 10- bis 15-prozentige Schmerzreduktion. Da es zwischen den beiden Substanzgruppen auch keine signifikanten Wirkunterschiede gibt, ist das WHO-Stufenschema bei nicht tumorbedingten chronischen Schmerzzuständen wissenschaftlich nicht mehr haltbar. Bei Opiaten gibt es hinsichtlich Wirkung keinen wissenschaftlichen Beleg, dass eine solche länger als drei

bis vier Monate anhält. Allerdings steigt bei längerer Applikation das Risiko für zentrale Sensitivierungsprozesse, wodurch es zu einer erhöhten

zentralen Schmerzempfindlichkeit kommt (vgl. www.igps-schmerz.de). Die Ergebnisse zeigen, dass bei nicht tumorbedingten chronischen Schmerzzuständen die von Pharmafirmen und einflussreichen Vertretern von Fachgesellschaften propagierte Form der Verordnung von Analgetika wissenschaftlich nicht haltbar ist. Ähnlich sieht es nach den Ergebnissen einer

neuen Metaanalyse für die psychologische Schmerztherapie in Form des Schmerzbewältigungstrainings aus, das jetzt fast zwei Jahrzehnte als wesentliche Ergänzung medikamentöser Massnahmen in der Behandlung chronischer Schmerzzustände empfohlen wurde. Eine jüngst erschienene Metaanalyse (Eccleston et al. 2009) erbrachte neben einer methodisch unzureichenden Qualität vieler Studien im Hinblick auf Schmerzreduktion eine Effektstärke von 0,1 bis 0,2. Ähnlich schlecht war die Effektstärke auch hinsichtlich einer Verbesserung der Beeinträchtigung im Alltag (disability).

Aus den Ergebnissen dieser Metaanalysen abzuleiten, dass weder Medikamente noch psychologische Schmerztherapie bei chronischen Schmerzzuständen grundsätzlich wirksam sind, wäre sicherlich voreilig. Betrachtet man jedoch das weite Spektrum an Störungsbildern und Lokalisationen, das über die verschiedenen Studien in diese Metaanalysen eingeht, so wird sehr schnell deutlich, was diese Er-

Das WHO-Stufenschema ist bei nicht tumorbedingten chronischen Schmerzzuständen wissenschaftlich nicht mehr haltbar.

gebnisse nahelegen: eine ausschliesslich auf eine Symptomlinderung ausgerichtete Behandlung ist nicht pauschal bei allen chronischen Schmerzzuständen wirksam. Genau dies wurde jedoch in den letzten zehn Jahren von vielen schmerztherapeutisch tätigen Ärzten und Psychologen vernachlässigt. Unter dem Schlagwort «multimodale Therapie»

wurden die beiden genannten Ansätze als wesentliche Bausteine – angereichert um weitere Methoden – chronischen Schmerzpatienten übergestülpt. Eine Differenzierung im Hinblick auf zugrunde liegende Mechanismen in der Schmerzentstehung und -chronifizierung blieb auf der Strecke. Der dafür erforderliche Aufwand sorgfältiger fachübergreifender Diagnostik und anschliessend kritischer Gewichtung der Befunde erschien viel zu aufwendig und auch ökonomisch kaum machbar.

Dies führte auch dazu, dass im Rahmen der Routineversorgung psychosomatische ebenso wie psychiatrische Therapieansätze im Rahmen der Schmerztherapie an Bedeutung verloren. Als Höhepunkt dieser Entwicklung kann die Neuschaffung einer Diagnose in der deutschen ICD-10-Version gesehen werden. Danach werden chronische Schmerzpatienten

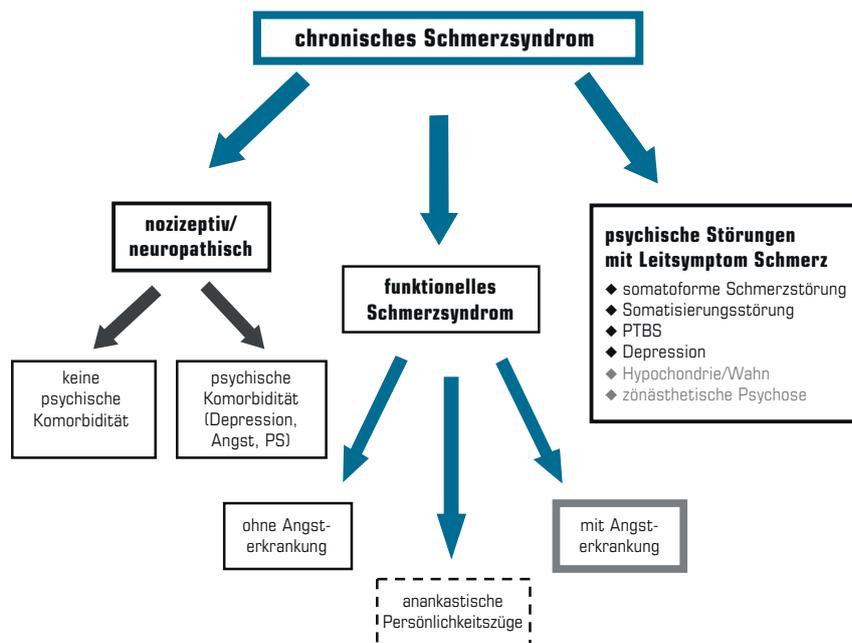


Abbildung 1: Differenzialdiagnose bei chronischem Schmerz

schiedene zentrale Einflussfaktoren bei chronischen Schmerzen differen-

Eine Therapie, die lediglich auf Symptomlinderung ausgerichtet ist, ist nicht pauschal bei allen chronischen Schmerzzuständen wirksam.

mit körperlichen und psychischen Einflussfaktoren auf das Schmerzgeschehen unter der Rubrik somatoforme Störungen (F45.41) subsumiert. Damit ist eine sorgfältige Differenzierung psychischer Einflussfaktoren nicht mehr erforderlich. Die Diagnose kann vom anästhesiologischen Schmerztherapeuten, vom Orthopäden oder auch vom Neurologen vergeben werden, wenn auf dem jeweiligen Fachgebiet das Ausmass der Schmerzen durch die fachspezifischen Befunde nicht hinreichend erklärbar erscheint. Dabei handelt es sich um einen Rückgriff auf ein reduktionistisches Reiz-Reaktions-Konzept, wonach eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass des peripheren Befunds und den Beschwerden des Patienten zusätzliche psychische Einflussfaktoren impliziert. Weitgehend unberücksichtigt bleiben damit neurobiologische Ergebnisse, welche ver-

zieren lassen. Diese lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- ◆ Die Dauer eines peripheren Schmerzreizes führt auf Rückenmarksebene sowie im somatosensorischen Kortex der Grosshirnrinde zu morphologischen Veränderungen, was zu einem verstärkten Schmerzempfinden führt (Sensitivierung).
- ◆ Im Bereich des vorderen Gyrus cinguli (ACC) besteht eine «Schnittstelle» zu den Affekten (Depression, Angst, Katastrophisierung), die schmerzverstärkend wirken.
- ◆ Die Amygdalaaktivierung führt zur Aktivierung des Stressverarbeitungssystems.
- ◆ Dabei wird der biografische Kontext früher Schmerzerfahrungen (vorderer Hippocampus) aktiviert und nimmt Einfluss auf das Schmerzerleben.

- ◆ Im Bereich des Präfrontalkortex erfolgt eine kognitive Bewertung des Schmerz- beziehungsweise Stressgeschehens top-down-Kontrolle auf ACC und Amygdala
- ◆ Dies beeinflusst auch das deszendierend-hemmende Schmerzsystem (periaquäduktales Grau = PAG, Nucleus raphe), akuter Stress wird unterdrückt, anhaltender Stress verstärkt das Schmerzempfinden.
- ◆ Situationen von Hilflosigkeit können alte Schmerzerfahrungen reaktivieren, wenn im Rahmen frühkindlicher Lernprozesse eine Verknüpfung zwischen Hilflosigkeits- und Schmerzerleben gespeichert wurde (vgl. Riechen und Reaktivierung alter Erinnerungen).

Im Folgenden wird vor dem Hintergrund dieser neurobiologischen Erkenntnisse eine Differenzierung von Subgruppen anhand der zugrunde liegenden Mechanismen durchgeführt (vgl. Siddall u. Duggan 2004, Woolf 2004) und anschliessend daran werden die sich daraus ableitenden therapeutischen Ansätze dargestellt. Bei diesen wird für eine differenzierte Nutzung der vorhandenen psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Vorgehensweisen plädiert (vgl. Egloff et al. 2008, 2009).

Klinische Differenzialdiagnostik chronischer Schmerzen (vgl. Abb. 1) **Somatisch begründete Schmerzen (nozizeptiv, neuropathisch) mit dysfunktionaler Krankheitsbearbeitung beziehungsweise psychischer Komorbidität**

Hierunter fallen sowohl die psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren wie inadäquates Schmerzbewältigungsverhalten, ausgeprägter sekundärer Krankheitsgewinn, Katastrophisierung oder emotionale Konflikte, welche den Verlauf somatisch begründeter Schmerzen ungünstig beeinflussen. Nach ICD-10 wird diese Subgruppe seit Kurzem unter «Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» (F45.41) plus der entsprechenden somatischen Diagnose codiert. Differenzialdiagnostisch zu berücksichtigen ist, dass die psychologischen Faktoren nicht die Schwere und Ausprägung einer psychiatrischen Krankheit erreichen. Aufgrund einer Zwölf-Monats-Prävalenz psychischer Störungen von 25 bis 52 Prozent weist jeder dritte bis vierte Patient mit einer körperlichen Erkrankung eine psychische Komorbidität auf, die entsprechend gesondert zu codieren ist. Bei chronischen Schmerzzuständen sind dies vor allem Depression, Angst und Suchterkrankung sowie Persönlichkeitsstörung (Cluster B und C). Eine Kausalität ist daraus nicht abzuleiten.

Funktionelle Schmerzsyndrome

Darunter werden schmerzinduzierende reversible Funktionsstörungen eines Organs/Organsystems ohne Vorliegen einer strukturellen Läsion verstanden. Hierunter werden zum Beispiel Herz- und Abdomenschmerzen subsumiert («Magenkrämpfe, Unterleibsschmerzen»), die nach ICD-10 unter somatoformen autonomen Funktionsstörungen F45.30 bis F45.34 je nach Organsystem zu codieren sind. Auslöser sind meist psychosozialer Stress beziehungsweise chronische Überforderung («Stresserkrankung»), die auch oft zu hartnäckigen chronischen Schmerzen des muskuloskeletalen Systems führen.

Chronischer Stress und ungünstige Disposition führen über eine erhöhte CRH-Ausschüttung zu dauerhaft erhöhter Aktivierung des vegetativen Nervensystems (Sympatikusaktivierung), welche unter anderem eine anhaltende Erhöhung des Muskeltonus mit der Folge schmerzhafter Verspannungen nach sich zieht (funktionelles Schmerzsyndrom des muskuloskeletalen Systems, F45.58). Berücksichtigt man diesen Pathomechanismus der Muskelspannungsschmerzen, ist es nicht verwunderlich, dass bei einem grossen Teil der betroffenen Patienten bei sorgfältiger Abklärung Angst- beziehungsweise phobische Störungen, aber auch anankastische Persönlichkeitszüge beziehungsweise -störungen nachweisbar sind, was vor allem hinsichtlich der therapeutischen Konsequenzen von wesentlicher Bedeutung ist.

Psychische Störungen mit Leitsymptom Schmerz

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4): Monosymptomatisch wird ausschliesslich Schmerz, das heisst ohne adäquaten körperlichen Befund präsentiert, als Dauerschmerz wechselnder Intensität ohne freie Intervalle über mindestens sechs Monate mit einer hohen Schmerzstärke (VAS über 6). Anamnestisch ist fast immer eine biografische Belastung mit frühkindlichen Stressoren zu erleben, wie zum Beispiel erhebliche emotionale Vernachlässigung oder Misshandlung (Linton et al. 2002, Imbierowicz und Egle 2003, McEwen 2003, Walsh et al. 2007). Typischerweise tendieren diese Schmerzpatienten früh zu Anpassung, Unterordnung, Pflichterfüllung, überzogener Leistungsorientierung und Altruismus. Sie versuchen im späteren Leben im Dienste der Selbstwertstabilisierung stets zu funktionieren. Nach oft jahrzehntelanger Kompensation steht dann der Beginn der Schmerzsymptomatik in enger Beziehung zu einem belastenden, das Auslieferungserleben reaktivierende Lebensereignis in Form einer äusseren psychosozialen Stress-

situation oder eines inneren psychischen Konflikts. Der Beginn ist typischerweise vor dem 40. Lebensjahr, Frauen sind davon viermal häufiger betroffen als Männer. Typisch ist auch eine emotional unbeteiligte Symptombeschreibung bei gleichzeitiger Verwendung affektiv gefärbter Adjektive. Die Schmerzlokalisierung ist oft multilokulär (fliessender Übergang zum Fibromyalgiesyndrom!). Bei umschriebener Lokalisation sind in erster Linie Arme, Beine, Gesicht und Becken betroffen. Zu 60 Prozent findet sich eine Komorbidität mit Depression und/oder Angsterkrankung; 14 Prozent leiden zusätzlich unter einer Persönlichkeitsstörung, vor allem Cluster C (Nickel et al. 2009). Die Erkrankung führt meist zu schwerer Beeinträchtigung des familiären und sozialen Funktionsniveaus. Oft finden sich zwei und mehr Begleitsymptome wie Müdigkeit, Erschöpfung, vegetative Symptome wie Taubheit oder Schwindel, Gehbeschwerden und Herzrasen (Übergang zur Somatisierungsstörung).

Somatisierungsstörung mit Leitsymptom Schmerz (F45.0/1): Es bestehen multiple, wiederholt auftretende und nicht selten auch fluktuierende körperliche Symptome oft wechselnder Lokalisation ohne adäquaten Organbefund. Typisch ist die hartnäckige Weigerung, die unzureichenden somatischen Befunde zu akzeptieren. Bei 70 Prozent ist Schmerz das Leitsymptom. Weitere psychische Komorbiditäten in Form von Depression oder Angst sind häufig. Die grosse Mehrheit dieser Patienten weisen biografisch frühe Stresserfahrungen auf. Typischerweise betroffen sind Frauen, bei denen die Symptomatik vor dem 35. Lebensjahr begann.

Fibromyalgiesyndrom: Darunter werden chronische Schmerzen oder Steifigkeitsgefühle verstanden, die in mehreren, jedoch mindestens drei Körperregionen des Muskel-Skelett-Systems auftreten und länger als drei Monate bestehen, wobei fünf oder mehr charakteristische Schmerzpunkte angegeben werden. 11 von 18 Tenderpoints

gelten seit 2003 nicht mehr als diagnostisch verwertbar (Wolfe 2003). Dazu kommen Klagen über Steifigkeits- und Schwellungsgefühl der Hände, Füße oder des Gesichts, meist morgens und länger als 15 Minuten andauernd. Verstärkt wird die Symptomatik durch Angst und Stress, Modulation durch körperliche Aktivitäten und durch Wetteränderung. Als Begleitsymptom angegeben werden körperliche und/oder geistige Müdigkeit beziehungsweise rasche Erschöpfung (Übergänge zum chronischen Erschöpfungssyndrom = CFS), Schlafstörung, Ängstlichkeit und Depressivität. Häufig finden sich auch begleitend Migräne, Spannungskopfschmerz oder Reizdarmsyndrom. 40 bis 80 Prozent der Patienten mit Fibromyalgiesyndrom erfüllen auch die Kriterien einer Angst beziehungsweise Depression. Unter der Diagnose Fibromyalgie kann sich differenzialdiagnostisch eine Vielzahl von Schmerzstörungen bergen:

- ◆ 60 bis 70 Prozent leiden unter einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.40) oder Somatisierungsstörung (F45.0/1)
- ◆ 15 bis 25 Prozent leiden unter einer funktionellen Schmerzstörung als Folge chronischer muskulärer Verspannung bei Angststörung (F45.58/ F40/F41)
- ◆ bei zirka 5 bis 10 Prozent besteht eine posttraumatische Belastungsstörung.

Posttraumatische Belastungsstörung: Vorausgegangen ist eine subjektive Extrembelastung (Opfer oder Zeuge), die verbunden war mit einem Gefühl der intensiven Furcht, Hilflosigkeit und des Entsetzens im Sinne eines Auslieferungserlebens (DSM-IV-TR) mit anschliessend persistierendem Wiedererleben auf mindestens eine der folgenden Weisen:

- ◆ aufdringendes Erinnern (wiederkehrende Bilder, Gedanken, Wahrnehmungen)
- ◆ wiederkehrende belastende Träume, Alpträume
- ◆ Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt

(Wiedererleben, Illusionen, Halluzinationen, dissoziative Flashback-Episoden)

- ◆ intensive psychische Belastung (Angst, Panik, Aggression) bei Konfrontation mit internen oder externen Reizen (Triggern, Jahrestage)
- ◆ körperliche Reaktion auf oben genannte Reize.

volle bizarre Beschwerdeschilderung, ansonsten sind die Patienten bei Monosymptomatik weitgehend unauffällig. Differenzialdiagnostisch ist diese Störung wichtig, weil psychotherapeutische Ansätze kontraindiziert sind (statt dessen Neuroleptikagabe!). Die Symptomatik tritt auch im Rahmen schizophrener Psychosen auf, dann

Schmerzedukation sowie eine kritische Überprüfung der Einnahme von Analgetika sind bei allen Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom erforderlich!

Hypochondrie (F45.2): Hier handelt es sich um die anhaltende Überzeugung, an einer oder mehreren schwerwiegenden körperlichen Krankheiten zu leiden und die beharrliche Beschäftigung damit. Begründet wird dies mit Fehlinterpretationen von körperlichen Zeichen und Empfindungen (verzerrte Wahrnehmung). Die Betroffenen fallen ferner durch die ständige Weigerung auf, Rat und Versicherung bezüglich der Harmlosigkeit oder des Nichtvorliegens der Erkrankung zu akzeptieren.

Zönästhetische Psychose (F28.0): Bei diesem sehr seltenen Krankheitsbild sind Störungen des Leibempfindens im Sinne von Körperhalluzinationen sowie sehr häufig Schmerzen typisch. Hinweisgebend ist oft eine eindrucksvolle

zeigen sich meist auch weitere typische Symptome wie akustische Halluzinationen und Depersonalisation.

Mechanismenbezogene psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung (vgl. Abb. 2)

Auf dem Hintergrund der dargestellten differenzialdiagnostischen Subgruppeneinteilung nach zugrunde liegenden schmerzverursachenden Mechanismen lassen sich die im Folgenden dargestellten therapeutischen Massnahmen unter stationären Rahmenbedingungen unterscheiden. Hinsichtlich ihrer Wirksamkeit belegen erste Ergebnisse mit Effektstärken von 0,6 bis 0,9 zwischen Beginn und Ende der Behandlung, dass diese mechanismenbezogene Differenzierung

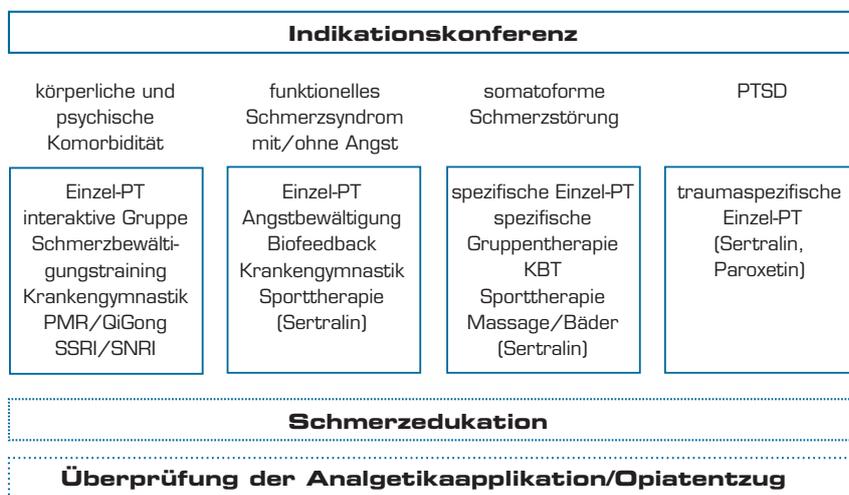


Abbildung 2: Mechanismenbezogene psychosomatische Schmerztherapie (Egle et al. 2009)

sinnvoll ist (Egle et al. 2009). Bei allen Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom ist Schmerzedukation erforderlich. Eine dadurch induzierte kognitive Neubewertung des Schmerzgeschehens wirkt über eine Aktivierung des Präfrontalkortex schmerzlindernder als jedes Analgetikum. Eine kritische Überprüfung der Analgetikaeinnahme ist auf dem Hintergrund der oben genannten neuen Erkenntnisse ebenfalls bei jedem Schmerzpatienten vor Einleitung einer differenzierten Therapie eine *Conditio sine qua non*.

Körperliche und psychische Komorbidität in der Entstehung und Unterhaltung chronischer Schmerzen

Hier geht es um eine gut koordinierte Therapie sowohl der nozizeptiven beziehungsweise neuropathischen Schmerzgenese einerseits und der – infolge der anhaltenden Schmerzsymptomatik oder unabhängig von dieser bestehenden – psychischen Komorbidität andererseits. Meist handelt es sich dabei um eine depressive Störung oder um eine Persönlichkeitsstörung. Ziel der Psychotherapie beziehungsweise Psychopharmakotherapie ist dabei also nicht in erster Linie die Behandlung des Schmerzproblems, sondern eine Anhebung der Schmerzschwelle durch eine möglichst suffiziente Behandlung der parallel bestehenden psychischen Erkrankung. Gerade die Behandlung einer komorbiden Depression führt nicht selten zu einer ganz erstaunlichen Schmerzreduktion. Häufig ist zu beobachten, dass zuvor nicht mehr wirksame Analgetika wieder einen schmerzreduzierenden Effekt entfalten können. Hinsichtlich der neben der Psychotherapie dafür eingesetzten Antidepressiva wird oft der Fehler begangen, nur solche zu verwenden, die «auch eine analgetische Wirkung» haben (z.B. Duloxetin). Dies führt jedoch häufig dazu, dass aufgrund erheblicher Nebenwirkungen die Compliance des Patienten beeinträchtigt wird (z.B. Gewichtszunahme, kognitive Einschränkungen, erhöhte Müdigkeit). Günstiger ist es, sich von sol-

chen Überlegungen eines doppelten Effekts frei zu machen und die bestmögliche antidepressive Behandlung bezogen auf die vorliegende Art der Depression einzuleiten. Aufgrund geringer Nebenwirkungen erscheinen hier reine SSRI-Präparate wie Sertralin und Citalopram günstiger. Dies lässt auch die Option einer zusätzlichen Psychotherapie uneingeschränkt offen. Diese ist besonders dann bedeutsam, wenn die depressive Störung weniger Folge des chronischen Schmerzgeschehens als vielmehr Langzeitfolge ungünstiger früher Entwicklungsbedingungen oder einer anhaltend belastenden Lebenssituation (z.B. alkoholabhängiger Partner, drogenabhängiges Kind, anhaltender Arbeitsplatzkonflikt) ist.

Indiziert ist hier auch die Durchführung eines Schmerzbewältigungstrainings, welches über Aufklärung und Aufmerksamkeitsverschiebung zu einem anderen Umgang mit dem chronischen Schmerzgeschehen beitragen kann. Zusätzlich können auch Entspannungsverfahren, vor allem progressive Muskelrelaxation, sowie physio- und sporttherapeutische Massnahmen zu einer Verbesserung der Lebensqualität dieser Patientengruppe beitragen. Besonders wichtig ist dies, wenn es aufgrund von Schonverhalten zu einer erheblichen Beeinträchtigung in Aktivität und Partizipation gekommen ist.

Sehr viel schwieriger gestaltet sich die Behandlung eines durch Gewebe- oder Nervenschädigung bedingten Schmerzgeschehens, das sekundär durch eine Cluster-B-Persönlichkeitsstörung in Form und Ausgestaltung verändert wird. Solange hier juristische Auseinandersetzungen ablaufen, was nicht selten der Fall ist, hat jedwede Therapie wenig Aussicht auf Erfolg. Etwas günstiger ist die Kombination mit einer Cluster-C-Persönlichkeitsstörung (ängstlich-vermeidend, dependent, anankastisch). Doch auch hier ist die Prognose oft eingeschränkt, vor allem wenn Angehörige durch ihr Verhalten eine Verstärkerfunktion übernommen haben. Ohne

die Möglichkeit einer Einbeziehung dieser Angehörigen ist die Behandlung meist wenig aussichtsreich.

Funktionelle Schmerzstörung

Bei der Behandlung funktioneller Schmerzsyndrome spielen Entspannungsverfahren eine wesentliche Rolle. Besonders geeignet ist dabei Biofeedback, mit dessen Hilfe der Patient eine direkte Rückmeldung hinsichtlich muskulärer und psychovegetativer Stressreagibilität bekommt. Steht ein solches (relativ teures) Gerät nicht zur Verfügung, ist auch progressive Muskelrelaxation geeignet. Das Erlernen des autogenen Trainings fällt hingegen vielen Schmerzpatienten schwer und beinhaltet das Risiko von Misserfolgslebnissen. Neben Entspannungsverfahren kommt bei dieser Subgruppe chronischer Schmerzkrankungen der Physiotherapie eine besonders grosse Bedeutung zu. Dabei ist es wichtig, dass der Physiotherapeut den Patienten nicht von sich abhängig macht, sondern ihm Übungen zeigt, die dieser dann täglich selbst durchführen kann. Bäder und Massagen sollten hingegen vermieden werden, da bei diesen Patienten das Risiko der Induktion beziehungsweise Verstärkung passiv-regressiver Haltungen gegeben ist. Besteht eine Angsterkrankung, welche ein erhöhtes psychovegetatives Arousal bedingt oder unterhält, so ist die Durchführung eines Angstbewältigungstrainings eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Entspannungsverfahren und Physiotherapie überhaupt greifen können. Analgetika und Muskelrelaxanzien sind meist wenig hilfreich und fördern am ehesten ein passives Verhalten seitens des Patienten und sollten deshalb vermieden werden.

Therapie psychischer Störungen mit Leitsymptom Schmerz

Bei der Behandlung somatoformer Störungen mit Leitsymptom Schmerz steht eine spezifische Form von Psychotherapie mit hoher Wirksamkeit (Effektstärke $d = 0,8$ bis $1,1$) zur Verfügung (Nickel und Egle 2001, 2002;

Egle et al. 2007). Neben Psychoedukation steht die Bearbeitung von Beziehungsmustern im Mittelpunkt, welche zeitlich parallel zu ungünstigen Entwicklungsbedingungen in der Primärfamilie geprägt wurden und ursprünglich als Anpassungsversuche und Schutzmechanismen an diese gedacht waren. Diese beziehen sich ganz wesentlich auf den Umgang mit den psychischen Grundbedürfnissen, wie sie von Grawe (2004) definiert wurden: Orientierung und Kontrolle, Bindung, Selbstwert sowie Spass und Freude. Bei der Umsetzung dieser Grundbedürfnisse kommt es zu einem «Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt», welcher mit einem ganz erheblichen inneren Spannungszustand («Inkonsistenz») und der damit verbundenen neurobiologischen Aktivierung von Bereichen des Stressverarbeitungssystems (Gyrus cinguli) einhergeht. Aufgrund der engen Wechselwirkungen zwischen Stress- und Schmerzverarbeitungssystem führt dies zu einer Reaktivierung von in der Kindheit erfahrenen Schmerzempfindungen. Es handelt sich also nicht um eine durch periphere Schmerzimpulse bedingte zentrale Verstärkung aktueller Schmerzerfahrungen, sondern um die Reaktivierung biografisch verankerter, vor allem wenn diese mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein einhergingen. Hinzu kommt das Vorherrschen unreifer Konfliktbewältigungsstrategien (v.a. Wendung gegen das Selbst, Projektion) als Folge ungünstiger Umweltbedingungen in der Kindheit (vgl. Nickel und Egle 2006). Die Bearbeitung dieser Zusammenhänge und die Veränderung der für die aktuelle Lebenssituation häufig wenig sinnvollen Bewältigungs- beziehungsweise Vermeidungsstrategien bei der Umsetzung der psychischen Grundbedürfnisse führt zu einer signifikanten und katamnestic stabilen Veränderung des Schmerzgeschehens. Diese spezifische Form der Psychotherapie kann diese Patienten anhaltend schmerzfrei machen! Bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung sollte auf

traumazentrierte Therapieansätze, wie zum Beispiel EMDR (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing), imaginative Traumatherapie oder dialektisch behaviorale Therapie (DBT), zurückgegriffen werden. Die Schmerzsymptomatik ist hier häufig Teil von Intrusionen.

Bei der Hypochondrie und dem hypochondrischen Wahn ist die Prognose aufgrund fehlender Motivation für eine psychotherapeutische beziehungsweise psychopharmakologische Behandlung schlecht. Hier sollte alles getan werden, um die Patienten zumindest vor iatrogenen Schädigungen zu schützen (z.B. Zahnextraktionen, Hysterektomie).

Körperhalluzinationen im Rahmen einer zönästhetischen Psychose sind nicht psychotherapeutisch (Abgrenzung von einer somatoformen Schmerzstörung!), sondern nur neuroleptisch behandelbar! ♦



Prof. Dr. Ulrich T. Egle
 Ärztlicher Direktor
 Psychosomatische Fachklinik
 Gengenbach
 Wolfsweg 12, D-77723 Gengenbach



Dr. med. Burkhard Zentgraf
 Chefarzt
 Psychosomatische Fachklinik
 Gengenbach
 Wolfsweg 12, D-77723 Gengenbach

Interessenskonflikte: keine

Literatur:

1. Eccleston C, Williams ACDC, Morley S: Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2009*, Issue 2. Art. No.: CD007407. DOI:10.1002/14651858.CD007407.pub2
2. Egle UT, Nickel R, Petrak F: Somatoforme Störungen. In: B. Strauss, F. Hohagen, F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, 55–580, Hogrefe Göttingen, 2007.
3. Egloff N, Egle UT, von Känel R: Weder Descartes noch Freud? Aktuelle Schmerzmodelle in der Psychosomatik. *Praxis 2008*; 97: 549–557.
4. Egloff N, Egle UT, von Känel R: Therapie zentralisierter Schmerzstörungen. *Praxis 2009*; 98: 271–283.
5. Egle UT, Schirmer L, Zentgraf B, Dobersch J, Löschmann C: Mechanismenbezogene statt störungsspezifische psychosomatische Schmerzbehandlung. Vortrag 2. Werkstatt «Stationäre Psychotherapie», Freiburg 3./4.07.2009.
6. Grawe K: *Neuropsychotherapie*. Hogrefe Göttingen 2004.
7. Imbierowicz K, Egle UT: Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *European Journal of Pain 2003*; 7: 113–119.
8. Linton SJ: A prospective study on the effects of sexual and physical abuse on back pain. *Pain 2002*; 96: 347–351.
9. McEwen BS: Early life influences on life-long patterns of behavior and health. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews 2003*; 21:149–154.
10. Nickel R, Egle UT: Manualisierte psychodynamisch-interaktionelle Gruppentherapie. *Therapiemanual zur Behandlung somatoformer Schmerzstörungen*. *Psychotherapeut 2001*; 46:11–19.
11. Nickel R, Egle UT: Störungsspezifische Gruppenpsychotherapie bei Patienten mit somatoformen Schmerzen. *Zeitschrift für Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie 2002*; 38: 212–230.
12. Nickel R, Egle UT: Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood. *Child Abuse & Neglect 2006*; 30: 157–170.
13. Siddall PJ, Duggan AW: Towards a mechanism-based approach to pain medicine. *Anesth Analg 2004*; 99: 455–56.
14. Walsh C, Jamieson E, MacMillan H, Boyle M: Child abuse and chronic pain in a community survey of women. *J Interpers Violence 2007*; 22: 1536–1554.
15. Wolfe F: Stop using the American College of Rheumatology criteria in the clinic. *J Rheumatol 2003*; 30 (8):1671–1672.
16. Woolf CJ: Pain: moving from symptom control toward mechanism-specific pharmacologic management. *Ann Intern Med. 2004*; 140: 441–451.