

Wenn Schmerzen zur Schmerzkrankheit werden

Autor(en): **Kopp, Hans-Georg**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): **23 (1987)**

Heft 8

PDF erstellt am: **27.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930139>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Wenn Schmerzen zur Schmerzkrankheit werden*

Hans-Georg Kopp, Abteilung für Psychosoziale Medizin (Leiter: Prof. Dr. J. Willi)
 Psychiatrische Poliklinik (Direktor: Prof. H. Kind), Universitätsspital, 8091 Zürich

Allgemeine Charakteristika von Schmerzen

Schmerz ist etwas «Privates», ein Gefühl, das nicht eigentlich gemessen werden kann. Auch kann man Schmerz als Grundbefindlichkeit definieren, die ähnlich wie Hunger oder Durst nach Abhilfe ruft und sich hierin also von anderen Qualitäten wie z.B. des Tastsinns unterscheidet. Es können verschiedene Komponenten oder Dimensionen beim Schmerz unterschieden werden:

- körperliche Dimension*: motorische (Abwehrspannung), vegetative und endokrine Manifestationen;
- die *sensorische* Komponente, wie z.B. Stärke, Qualität (z.B. brennend oder stechend), Lokalisation und zeitlicher Charakter;
- die *emotionale*, also gefühlsmässige Komponente, die vor allem die Angst und den Grad des Leidens am Schmerz beinhaltet;
- das schmerzbedingte *Verhalten*, wie z.B. die Mimik, Gestik, Tonfall und Gangart, die auch ohne Worte mitteilen, dass der Betroffene Schmerzen leidet;
- die *Bedeutung* (cognitive Komponente), des Schmerzes, typischerweise als Bedrohung oder Krankheit erlebt, eventuell aber auch als Erlösung durch Krankheit aus drückenden Umständen.

Die klinische Erfahrung zeigt dabei, dass keine klare Beziehung zwischen der Stärke des Schmerzes und dem Leiden daran gegeben ist, und dass schmerzzentriertes Verhalten ebensowenig eine notwendige Folge der Stärke des Schmerzes oder des Leidens daran ist (Abb. 1). Die emotionale Komponente und das Schmerzverhalten sind für die Umgebung des Patienten eine beziehungswirksame Aufforderung, ihm zu Hilfe zu kommen.

* Vortrag gehalten an der Fortbildungstagung des Verbandes der Schweizerischen Ergotherapeuten am 19./20. Juni 1986 in Zürich

Akuter Schmerz

Der von akutem Schmerz Befallene erlebt die Situation typischerweise so, dass er die Schmerzursache in einem akuten Gewebeschaden sieht, sich oft durch den Schmerz überwältigt vorkommt und dann typischerweise Angst empfindet. Aus dieser Situation des von akutem Schmerz betroffenen Menschen und seinen Helfern entsteht das klassische medizinische Behandlungsmodell um den Schmerz: Ein Arzt in der Rolle des Experten und Helfers eruiert die medizinische Ursache des Schmerzes und versucht, diese zu eliminieren. Während dies geschieht, lindert er einstweilen die Schmerzen des Patienten, z.B. medikamentös. Dem Letzteren fällt dabei die typische

«Patientenrolle» zu, die im wesentlichen passiv ist und die Verpflichtung in sich trägt, dem Arzt vertrauensvoll den Körper für Untersuchung und Therapie gleichsam anzubieten. Es resultiert daraus eine typische, in Verantwortlichkeit und Aktivität asymmetrische Arzt-Patient-Beziehung: Der Arzt ist Experte und Retter und der Patient das hilflose Opfer eines bösen Dritten, nämlich des Schmerzes. Ursache und Wirkung beim Schmerzgeschehen wird dabei ganz klar in einer Richtung verstanden: Gewebeschaden erzeugt Schmerz, und beides soll eliminiert werden. Der Patient dabei ist gleichsam der passive Schauplatz dieses pathologischen Geschehens; eine aktive Rolle des Patienten in

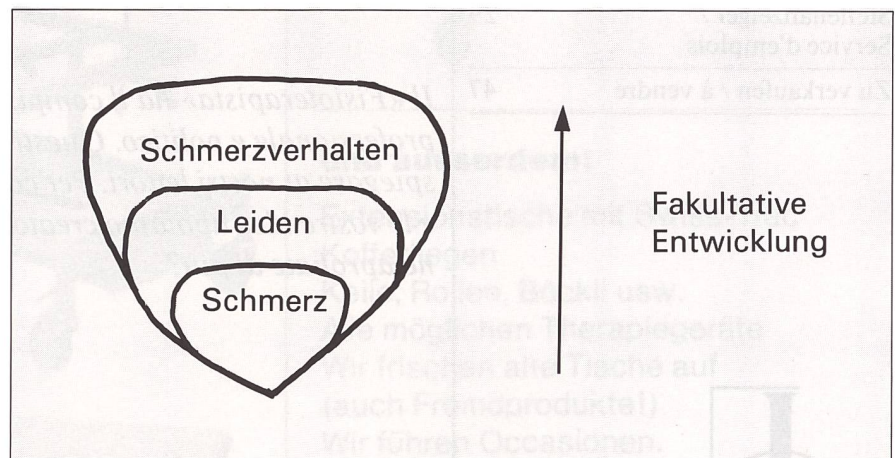


Abbildung 1

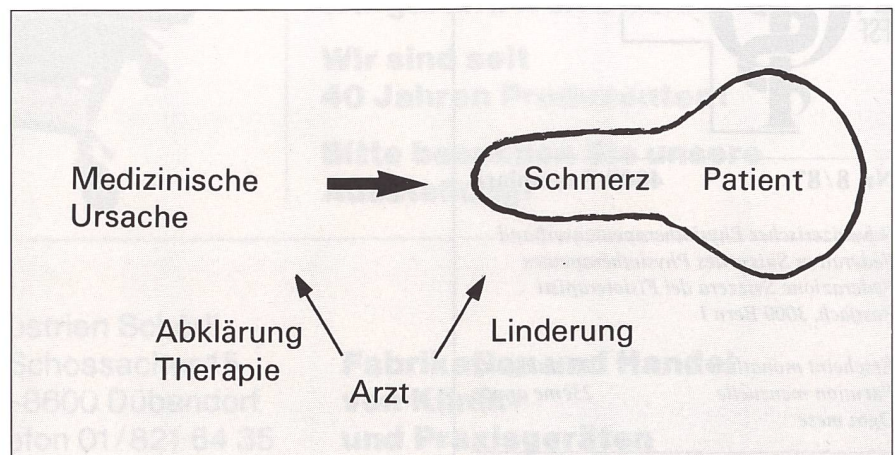


Abbildung 2: Das Akut-Behandlungsmodell

Verursachung oder Therapie wird nicht in Betracht gezogen. Dieses medizinische Behandlungsmodell ist nun in vielen Situationen des akuten Schmerzes bewährt und bringt dann oft Erfolg. Es muss aber schon hier festgehalten werden, dass diese Rollenverteilung bei Fortdauern der Schmerzen typischerweise Hilflosigkeit und Passivität beim Patienten hervorbringt und verstärkt.

Chronifizierte Schmerzsituationen

Die klinische Erfahrung zeigt nun, dass häufig Schmerzen weiterbestehen oder sich gar verstärken oder verändern, wenn nach medizinischer Erkenntnis eigentlich die Grundursache ausreichend behandelt sein sollte. Es entsteht dann Ratlosigkeit beim Arzt und Patienten, denn das akute Schmerzbehandlungsmodell versagt offensichtlich. Es ist eine willkürliche Frage, ab wann man eine Schmerzsituation als chronifiziert bezeichnen will; üblicherweise spricht man nach sechs Monaten Dauer von chronischen Schmerzen. Fortdauernde Schmerzen einer solchen Länge können auch durch eine weiterwachsende bösartige Krankheit verursacht werden, die durch laufende fortschreitende Gewebszerstörung weiteren Schaden stiftet. Daraus entsteht naturgemäss eine ganz eigene medizinische und psychische Situation, deren Besprechung jedoch den Rahmen dieses Referates sprengen würde. Ich beschränke mich deshalb auf die Darlegung der chronischen Schmerzen, die nicht durch eine bösartige Krankheit bedingt sind. Das Typische daran ist, dass oft ein im Verhältnis zum nachweisbaren Körperschaden exzessiver Schmerz besteht; gelegentlich ist gar kein Körperschaden mehr fassbar. Erkennbar ist dieser Zustand vor allem daran, dass das Leiden und Schmerzverhalten des Patienten im Vergleich zur medizinischen Ursache übertrieben scheinen. Im übrigen hat die Schmerzforschung Befunde er-

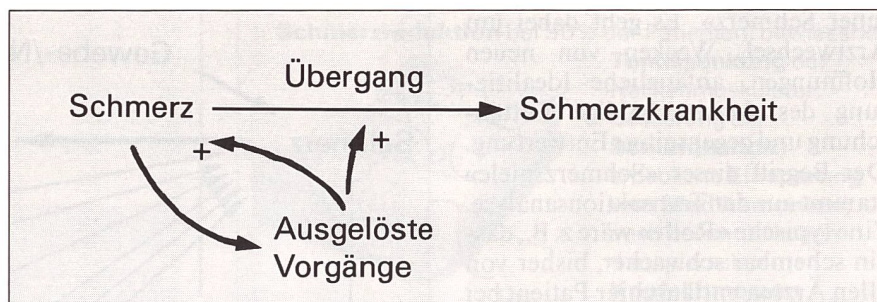


Abbildung 3

bracht, die es wahrscheinlich machen, dass nach monatelangem Fortbestehen eines Schmerzes, der ursprünglich durch Signale aus der geschädigten Peripherie unterhalten wurde, die Schmerzempfindung schliesslich zentral gesteuert und unabhängig von der Peripherie wird. Man stellt sich dies dabei nun so vor, dass im Hirn die vorhandenen schmerzhemmenden und schmerzfördernden Mechanismen, die normalerweise ein Gleichgewicht bilden, neue Funktionskreise bilden, die unabhängig von peripheren Schmerzmeldungen werden. Der Schmerz wird dann gleichsam zentral erzeugt.

Wie geschieht nun dieser Übergang vom akuten, peripher erzeugten zum chronischen (eventuell zentral erzeugten) und im Verhältnis zum Körperbefund exzessiven, überschüssigen Schmerz, also zur *Schmerzkrankheit*?

Man muss sich dabei vorstellen, dass der Schmerz bei Fortdauern laufend Vorgänge auf verschiedenen Ebenen (*Abb. 3*) in Gang setzt, wobei diese Vorgänge im Sinn einer Verstärkung auf den Schmerz zurückwirken.

In den folgenden Abschnitten wird auf diese Mechanismen genauer eingegangen.

Vorgänge auf der Beziehungsebene

In der *Arzt-Patient-Beziehung* geschieht bei Fortdauern eines Schmerzzustandes typischerweise «mehr Dasselben», indem der Arzt unter Annahme einer weiteren Gewebsschädigung die Ursachensuche

verlängert und intensiviert, wodurch oft untersuchungsbedingte Körperschäden gesetzt werden und die Krankheitsbefürchtung beim Patienten steigt. Auch treibt der Arzt mehr Schmerzlinderung. Allerdings bringt die Verabreichung von Schmerzmitteln bei chronischen Schmerzen wenig Effekt und führt zur Dosissteigerung und kann so eine Medikamentenabhängigkeit erzeugen. Medikamentenmissbrauch verstärkt die Schmerzen; als Mechanismus stellt man sich vor, dass der Patient den Schmerz stärker empfindet, wenn er ganz auf den Schmerz konzentriert darauf wartet, dass dieser eine Intensität erreicht, welche die Einnahme eines Schmerzmittels rechtfertigt; die kurze Schmerzlinderung «belohnt» die Medikamenteneinnahme und verstärkt die Neigung, zur Tablette zu greifen.

Es ist nun die allgemeine Erfahrung, dass mehr medizinische Hilfe vom Typus des Akutbehandlungsmodells das Problem nicht löst. Der Patient wird enttäuscht sein und den Arzt wechseln; der enttäuschte Arzt wird entweder an sich oder am Patienten zweifeln. So kann es zur Situation kommen, dass anfangs der Schmerz gleichsam der böse Täter war – soll jetzt am Ende der Patient plötzlich der Böse sein?

Im Rahmen dieser schwierigen Entwicklung der Arzt-Patient-Beziehung bei der Chronifizierung von Schmerzen kommen sogenannte «pain games» vor, also Spiele zwischen Patient und Arzt mit verteilten Rollen um das Thema «chroni-

scher Schmerz». Es geht dabei um Arztwechsel, Wecken von neuen Hoffnungen, anfängliche Idealisierung des Arztes, baldige Enttäuschung und gegenseitige Entwertung. Der Begriff dieser «Schmerzspiele» stammt aus der Transaktionsanalyse. Eine typische «Rolle» wäre z. B., dass ein scheinbar schwacher, bisher von allen Ärzten enttäuschter Patient bei einem neuen, scheinbar besseren und idealisierten Arzt Hilfe sucht, der sich durch das entgegengebrachte Vertrauen geschmeichelt vorkommt und neue, noch stärkere therapeutische und diagnostische Anstrengungen unternimmt. Trotz aller vorgebrachter Idealisierung ist der Patient mindestens ambivalent und erwartet aus früherer Erfahrung schon die Enttäuschung, die dann auch eintritt. Es erfolgt eine gegenseitige Entwertung, wobei aus Sicht des Patienten der Arzt in die Reihe seiner Vorgänger als Versager eingereiht wird, und der Patient vom Arzt zur Kategorie der Hoffnungslosen oder «psychisch Bedingten» oder «Überlagerten» geschlagen wird. Oft ist es für den Arzt schnell spürbar, dass ein chronischer Schmerzpatient in seinem Hilfeersuchen sehr ambivalent ist. So präsentieren sich z. B. viele an chronischen Schmerzen Leidende beim Arzt von Anfang an kritisch, fordernd und ironisch bis hilfeabweisend. Oft steht wie eine stille Botschaft im Raum, die z. B. folgendes aussagt: Recht geschieht es Dir als Arzt, dass es mir so weh tut! – oder: Mach gefälligst wieder gut, was andere Ärzte verdorben haben! – oder: Hilf mir gefälligst, aber es wird sowieso nichts nützen! Sollte der Arzt versuchen, den Patienten zu trösten oder ihm zu bedeuten, die Situation sei nicht so schlimm, wird das Schmerzangebot des Patienten typischerweise verstärkt, als ob dieser sagen wollte: «Was, Du als Arzt glaubst mir nicht – siehe her, wie weh es mir tut!» In dieser schnell festgefahrenen Behandlungssituation wird dann oft der Psychiater zugezogen, da keine genügende Schmerzursache mehr fassbar

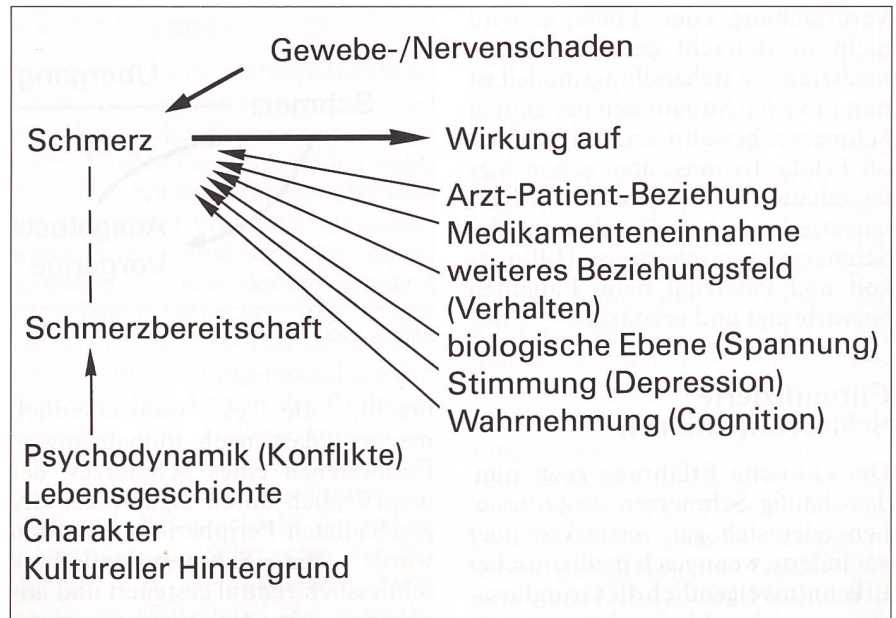


Abbildung 4: Schmerzverstärkung

ist und die Behandlung versagt. Der Schluss, der Schmerz müsse «psychisch verursacht» sein, wurde dabei gleichsam im Ausschlussverfahren getroffen, weil die somatischen Ursachen nicht ausreichen. Dies ist aber nach heutiger Erkenntnis in den meisten Fällen eine gröblich vereinfachte und teils unzutreffende Betrachtungsweise. Wie schon in anderen Teilen dieser Arbeit ausgeführt wird, ist folgende Vorstellung adäquater: Chronisch fortbestehende Schmerzen (unabhängig davon, ob am Anfang durch ein körperliches oder psychisches Leiden verursacht) führen zu einer ungünstigen psychosozialen Entwicklung, deren Merkmal es ist, dass sich der Schmerz laufend verstärkt, während die ursprünglichen Schmerzursachen gleichzeitig an Einfluss verlieren. Der Patient erlebt allerdings die Zuziehung eines Psychiaters als Kränkung. Er fühlt sich nicht ernst genommen und fasst die Erwähnung von psychischen Ursachen so auf, dass der Arzt glaube, der Schmerz sei eingebildet, was wiederum in der Sicht des Patienten meistens mit Simulation gleichgesetzt wird. Der zugezogene Psychiater gerät dadurch leicht mit dem zu beurteilenden

Schmerzpatienten in eine ausweglose Beziehungssituation, die durch Abwehr, Ablehnung und Unoffenheit gekennzeichnet ist. Die Hilflosigkeit des Patienten und des zuvor behandelnden Arztes hat sich somit auch prompt auf den Psychiater übertragen.

An dieser Stelle ist Gelegenheit, einige zusätzliche Definitionen von chronischem Schmerz zu versuchen.

Chronischer Schmerz ist:

- ein Syndrom (eine uniforme Konstellation von Befunden) und nicht einfach ein medizinisches Symptom wie andere auch;
- eine soziomedizinische Krise;
- eine Entwicklung, ausgehend von Schmerzen verschiedener Ursache mit Ende in einer Sackgasse, wo sich ein relativ einheitliches Bild bietet;
- die psychosomatische Krankheit par excellence, die Hilflosigkeit schafft und legitimiert.

Das Syndrom des chronischen Schmerzes ist im wesentlichen durch psychische Symptome gekennzeichnet:

- Depressivität mit Schlafstörung, Apathie, hypochondrischen Ge-



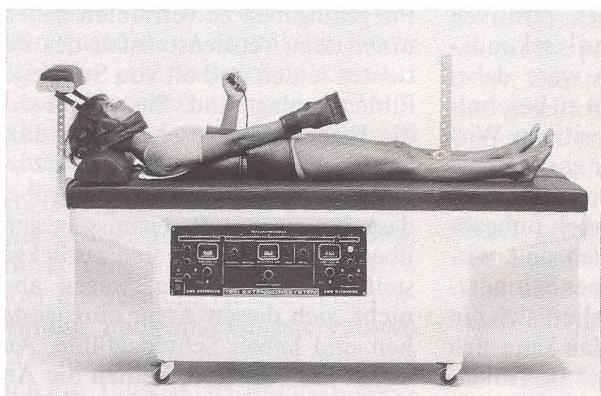
Medizin-Service Stäfa

Dorfstrasse 27

CH-8712 Stäfa 01/926 3764

Extensionssystem zur kombinierten Physikalischen Therapie in Vollendung:

T = Temperierbar
E = Extension
S = Statisch - Vibration
I = Intermittierend

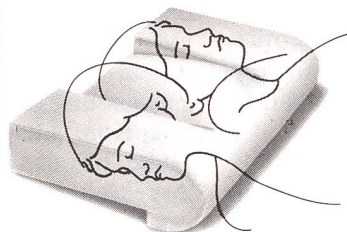


Wir wünschen Unterlagen



**die orthopädische
Kopf- und Nackenstütze
bei zervikalen Beschwerden**

Schmerzreduktion bei 90% der Patienten; bewiesene



Tonussenkung der
Nackmuskulatur;
Besserung der
Schlafqualität;
erhebliche **Einsparung
von Medikamenten**;
auch bei chronischen
therapieresistenten
Kopfschmerzen

Vertrieb: **BERRO AG, BASEL**



Senden Sie mir bitte

- die neueste Literatur
- Patientenmerkblätter zum Auflegen
- Prospekte zum Auflegen

Senden Sie bitte den Coupon an:

Aichele Medico AG, 4012 Basel
Kannenfeldstrasse 56, Tel. 061 - 44 44 54

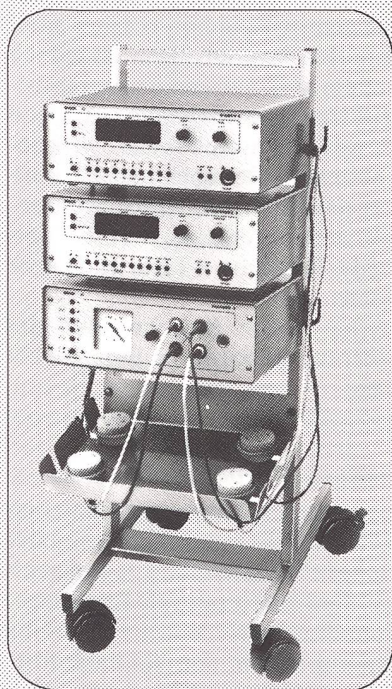
Dank Mikroprozessor-Technologie: **BOSCH** setzt neue Massstäbe in der Reizstrom- und Ultraschall-Therapie:

Med-Modul 4

Diadyn 4 für diadynamische Ströme, Interferenz 4 für Mittelfrequenz-Therapie, HV-4 für Hochvolttherapie, SP-4 für die Muskelstimulation, Vacomed 4, Sonomed 4 für die Ultraschalltherapie - 6 Geräte, die Sie sowohl einzeln als auch zusammen einsetzen können.

Wesentlichste Vorteile:

- Vorwahl von 2 nacheinander folgenden, verschiedenen Stromformen mit andern Behandlungszeiten
- Vorwahl für automatische Umpolung nach halber Behandlungszeit
- höchster Bedienungskomfort, hohe Patienten- und Gerätesicherheit



Generalvertretung für die Schweiz:

MEDICARE AG, Mutschellenstrasse 115, 8038 Zürich, Tel. 01/482 482 6

Beachten Sie die Inserate von **BOSCH**-Fachhändlern in dieser Ausgabe.

- danken, Reizbarkeit und Gefühl von Wertlosigkeit;
- Verleugnung von Problemen;
 - Ursachensuche vor allem auf körperlicher Ebene durch den Patienten;
 - Schuldzuweisung an andere;
 - Gefühl der Hilflosigkeit, indem die Ursachen als übermächtig und nicht beeinflussbar wahrgenommen werden.

Nachdem nun in diesem Abschnitt geschildert wurde, wie sich zwischen Arzt und Patient typischerweise die gleichen, fruchtlosen oder gar destruktiven Behandlungsmuster und Beziehungssituationen wiederholen und damit einen schmerzverstärkenden Teufelskreis bilden, sollen weitere schmerzverstärkende Mechanismen erwähnt werden:

Auswirkungen von Schmerzen auf der weiteren Beziehungsebene des Patienten

Der Patient erfährt durch seine chronische Schmerzsituation von weiteren Beziehungspersonen (Familie, Freunde, Arbeitskollegen) Rücksicht und Beachtung. Dies ist einerseits eine Zuwendung, die begreiflicherweise niemand dem armen Schmerzpatienten missgönnen möchte. Es liegen nun aber auch Untersuchungsbefunde vor, die zeigen, dass Schmerzklagen um so mehr zunehmen, je mitleidiger die Beziehungspersonen sind. Dies hat eine weitere Einengung der Aufmerksamkeit des Patienten auf den Schmerz und letztlich eine Schmerzverstärkung zur Folge, führt also nicht notwendigerweise zu einem positiven Resultat, wie es der hilfreiche Angehörige eigentlich möchte. Auch erfährt der Schmerzpatient durch die Entlastung und Schonung eine Immobilisierung, die teilweise durch Schwächung der Muskeln letztlich zur Abnahme der Schmerztoleranz und Belastungsfähigkeit führt. Viele Schmerzpatienten spüren nun nach und nach, dass ihnen der Schmerz neben allem Leiden auch angstvolle und mühevollen Aufgaben erspart, und dass der

Schmerz beginnt, die Beziehungen in der Familie und im weiteren Umfeld auf eine neue Weise zu regulieren, indem der Patient meistens mehr Zuwendung bekommt und weniger mit Konflikten konfrontiert wird. Diese für den Patienten positiven Aspekte bezeichnet man als sekundären Leidengewinn. Es wäre dabei ungerecht, den Patienten zu beschuldigen, er habe diese positiven Wirkungen absichtlich oder gar arglistig herbeiführen wollen. Wenn diese positiven Auswirkungen auch unbeabsichtigterweise eingetreten sind, wirken sie doch im Sinn einer Schmerzverstärkung, und es etabliert sich ein weiterer Teufelskreis. Man kann sich den Mechanismus dabei in Anlehnung an die Erkenntnisse der Verhaltenstherapie als Wechselwirkung von Belohnung und Verhalten vorstellen, wobei die Theorie sagt, dass ein belohntes Verhalten regelhaft verstärkt wird. So gewinnen diese Effekte bzw. Belohnungen schliesslich die weitreichende Kontrolle über das Schmerzverhalten, d.h., dass also schmerzbezogene und schmerzabhängige Aktivitäten sich dadurch laufend mehr ausbreiten und das Leben des Patienten auf das Thema Schmerz einengen. Es entsteht dadurch mehr Invalidität, als eigentlich nötig wäre. So muss häufig festgestellt werden, dass gutgemeinte Leistungen wie Rücksichtnahme, Beachtung und auch eine Rente letztlich in Richtung Verschlimmerung und Schmerzverstärkung wirken. An weiteren Dimensionen des sekundären Leidengewinnes kommt man oft mit der Klärung folgender Frage heran: Welche Aufgaben oder Entwicklungen hätte der Patient zu leisten; wenn der Schmerz nicht da wäre?

In dieser Perspektive scheint der Schmerzpatient nun plötzlich als Gewinner dazustehen. Er ist dies aber nicht, da dieser scheinbare Gewinn durch die wichtigen Nachteile mehr als aufgewogen wird: Isolation, Beziehungsverlust zum weiteren Umfeld, Verlust der Arbeit, Einengung auf den Schmerz und anderes mehr.

Von seiten der Angehörigen präsentiert sich die Situation meist folgendermassen: Diese kommen sich als Verlierer und Opfer der Situation vor, indem sie auf den Patienten Rücksicht nehmen wollen und müssen, Pflegeaufgaben zu verrichten haben, unter dem Verdienstausfall des Patienten leiden und oft von Schuldgefühlen geplagt sind: Sie stellen sich die Frage, ob sie mehr hätten dazu beitragen können, den Schmerz zu verhindern und ärgern sich darüber, dass ihre eigenen Bedürfnisse gegenüber denen des Patienten zurückgestellt werden müssen, wagen aber nicht, sich diesen Ärger einzugestehen und haben Schuldgefühle. Aus dieser Perspektive scheinen die Angehörigen immer die Opfer und Verlierer zu sein; es kommt aber auch vor, dass z.B. ein Ehepartner eines solchen Patienten mehr Erfüllung in der Rolle des Helfers als zuvor in der Rolle des Partners findet. Es kann nun nicht selten beobachtet werden, dass ein chronischer Schmerzpatient in seiner Patientenrolle damit gleichsam gebraucht und dadurch die Situation zementiert wird. Von da aus könnte man sich sogar fragen, ob die lieben und mitleidigen Helfer nicht nun eigentlich die bösen Täter sind! Ziel dieser Ausführungen ist jedoch vor allem, aufzuzeigen, dass einseitige Erklärungsmodelle unzutreffend sind, weil intensive Wechselwirkungen bestehen. Ursachen und Wirkungen verlaufen in beiden Richtungen. Auch ist eine einseitige Festschreibung der Rollen von Täter und Opfer verfehlt.

Es sind weitere Mechanismen der Schmerzverstärkung in Betracht zu ziehen:

Biologische Ebene und Stimmung

Wie erwähnt, hat man heute Anhaltspunkte, dass die ursprünglich von der Peripherie stammenden Schmerzsignale dann durch zentrale Erregungsströme ersetzt werden, die ihrerseits für sich genügen, den Schmerz fort-dauern zu lassen. Hier bietet sich

auch ein therapeutischer Ansatzpunkt, indem durch neuerliches Einbringen von peripheren Reizen das schmerzzeugende zentrale Gleichgewicht geändert werden kann, was oft zur Schmerzlinderung führt. Zu erwähnen sind hier das TENS-Verfahren und die Akupunktur. Deren Wirkung geht wahrscheinlich über diesen Mechanismus und die Ausschüttung von körpereigenen schmerzhemmenden Stoffen.

Auch erzeugt Schmerz über Angst eine körperliche Spannung bzw. Muskelverspannung, die ihrerseits über die verminderte Muskeldurchblutung und Spannungsrezeptoren zu neuen Schmerzen führt, wodurch sich ein Teufelskreis etabliert. Auch wird unter Angst Schmerz stärker empfunden, was wiederum eine Schmerzsteigerung zur Folge hat. Weiter wirkt Schmerz dahingehend, dass oft in der Folge Depressivität auftritt, wie schon vorher erwähnt wurde. In der depressiven Stimmungslage ist die Schmerzwahrnehmung verstärkt, wodurch wiederum die Depressivität gefördert wird.

Auch hier etabliert sich also ein Teufelskreis. Andererseits ist bekannt, dass primär (endogen) auftretende Depressionen Schmerz als Symptom aufweisen können. Der Schmerz steht dabei oft ganz im Vordergrund, und es kann von einer larvierten Depression gesprochen werden. So gesehen lassen sich in vielen Fällen chronische Schmerzen, für die zu keiner Zeit eine körperliche Erklärung gefunden werden konnte, als depressives Äquivalent auffassen. Therapeutisch ergibt sich als Konsequenz daraus, dass ein Versuch mit einer antidepressiven medikamentösen Behandlung gerechtfertigt sein kann, in jedem Fall bei primär aufgetretener Depression, jedoch auch bei sekundärer Depressivität. Der Wirkungsmechanismus geht dabei einerseits über die Stimmungsaufhellung, andererseits aber auch über die schmerzlindernde Wirkung von antidepressiven Medikamenten.

Psychodynamische, lebensgeschichtliche, kulturelle und charakterbedingte Aspekte des Schmerzes

Für chronische Schmerzpatienten, deren Schmerz ja typischerweise im Missverhältnis zu fassbaren, somatischen Ursachen steht, wurden immer wieder die psychischen Aspekte und deren Zusammenhänge mit der Lebensgeschichte, dem Charakter des Patienten und seinen inneren Konflikten diskutiert. Es wurde dabei der Begriff «pain proneness» durch G. Engel geprägt. Es kann dies mit «Bereitschaft, Schmerzen zu erleiden» übersetzt werden. Diese Autor beschreibt dabei Menschen, die typischerweise aus Familien stammen, wo Angehörige auch unter chronischen Schmerzzuständen litten, in der Familie frustrierende Beziehungen und emotionale Distanz ohne Möglichkeit zu Gefühlsausdruck herrschte und Misshandlungen vorkamen. Weiter wird der selbstquälerische Charakterzug dieser Patienten beschrieben. Zuwendung kam vor allem über Krankheit oder Provokation und Schläge zustande. Es liegt also nahe, aus dieser Perspektive heraus Schmerz als ein Mittel der Kommunikation aufzufassen, das in diesen Familien durch den Patienten mangels besserer Mittel früh erlernt und dann «vergessen» wurde, um in einer späteren Lebenssituation wieder zur Auflösung zu kommen und eingesetzt zu werden. Ebenfalls stellt man sich vor, dass in der frühen kindlichen Entwicklung von späteren Schmerzpatienten sich enge Verbindungen zwischen Verhaltensweise, Gedanken und Schmerzen als Strafe und vorweggenommener Selbstbestrafung bildeten.

Es ist nun allerdings zu bemerken, dass sich der Zusammenhang zwischen einzelnen Vorkommnissen (wie z. B. von Misshandlungen) in der Vorgeschichte und den späteren chronischen Schmerzen statistisch nicht in der Art sichern liess, wie ursprünglich erhofft wurde. Man hat auch versucht, einen typischen Cha-

rakter von Schmerzpatienten herauszuarbeiten, was letztlich bedeuten würde, dass die Neigung zu chronischen Schmerzen konstitutionell bedingt ist. Doch kann beobachtet werden, dass sich ein sogenannt typischer Schmerzcharakter dann ändern lässt, wenn der Schmerz therapeutisch beeinflussbar wird, so dass die scheinbar charakterbedingten Wesenszüge des typischen Schmerzpatienten in diesen Fällen dann doch nicht konstitutionell gewesen sein können. Nicht zu vergessen ist der Einfluss von Kulturkreisen, wo es gängig ist, emotionale Notsituationen auf der Körperebene mit Schmerzen auszudrücken.

Auch kann ein Schmerz, der körperlich nicht zureichend erklärt ist, als sogenanntes Konversionssymptom betrachtet werden. Dieser Begriff entstammt der psychoanalytischen Theorie und ist mit der hysterischen Neurose verbunden. Es geht bei diesem Erklärungsmodell um die Symbolfunktion des Schmerzsymptoms, indem durch Art und Lokalisation des Schmerzes ein innerer Konflikt ausgedrückt wird, z. B. also aggressive Wünsche durch Schmerzen im Arm sichtbar gemacht werden, andererseits aber dann die Ausführung des aggressiven Aktes durch die Schmerzen wieder verhindert und der Patient obendrein für die aggressive Absicht durch den Schmerz bestraft wird. Solche Zusammenhänge können allenfalls in einzelnen Fällen vermutet werden; ein Beweis ist jedoch nicht einfach anzutreten. Die therapeutischen Konsequenzen dieser lebensgeschichtlichen, charakterlichen und konfliktorientierten Perspektive haben sich allerdings als wenig effektiv bei Schmerzpatienten erwiesen: Aufdeckung und Deutung solcher Zusammenhänge in einer Einzelpsychotherapie erlebt der typische Schmerzpatient als Entwertung und Nicht-ernst-Nehmen seiner Schmerzen. Überdies sind typische Schmerzpatienten wenig einsichtsorientiert und verbal gewandt, so dass der Psychotherapeut und der Patient an-

einander vorbeireden und keine Änderung zustande kommt. Diese Behandlungsansätze wurden zumeist wegen des Missverhältnisses zwischen therapeutischem Aufwand und Wirkung aufgegeben.

Für den Psychotherapeuten bedeutungsvoller in seiner praktischen Arbeit sind kognitive Aspekte des Schmerzes, also die Bedeutung des Schmerzes, die dieser für den Patienten hat.

Kognitive Aspekte

Typischerweise bedeutet Schmerz für den Patienten folgendes: Er kündigt Unheil und Körperschaden an, wird als ein Übel wahrgenommen, das nur mit fremder Hilfe bekämpft werden kann, legitimiert die eigene Hilflosigkeit, steht für den Patienten als Hindernis seines persönlichen Fortschrittes und jeder Aktivität da und wirkt als Aufforderung, sich zu schonen. Wenn chronischer Schmerz so wahrgenommen wird, ergibt sich daraus eine Einengung der Aufmerksamkeit und des Denkens auf den Schmerz und alles, was damit zu tun hat. Anderes wird unwichtig. Der Patient wartet gleichsam nur darauf, dass erneuter und vermehrter Schmerz kommt. Entsprechend bewahrheitet sich auch der Satz, dass eintritt, was erwartet wird! Es kommt also zur Schmerzverstärkung und ein Teufelskreis etabliert sich. Da Schmerz typischerweise als etwas medizinisch Behandlungsbedürftiges wahrgenommen wird, was ausserhalb der Kompetenz des Patienten fällt, kommt es oft dazu, dass dieser jegliche Aspekte von Selbsthilfe vernachlässigt.

Therapeutische Betrachtungen

Grundsätzlich geht es darum, möglichst viele Elemente der ungünstigen psychosozialen Entwicklung «Schmerzkrankheit» soweit als möglich rückgängig zu machen. Es erweist sich dabei therapeutisch erfah-

- Im Beziehungsfeld (Familie, Arzt) Schmerzen nicht mehr belohnen
- Aktivieren
- Stimmung heben
- Selbsthilfe fördern
- Abklärungen beenden
- Medikamentenentwöhnung
- Isolation angehen
- Anreize schaffen
- Wahrnehmung (Cognition) verändern
 - Entspannungsverfahren
 - Biofeedback
 - Stressmanagement
 - Information
- Körperliche Verspannung und Schmerzleitung angehen
 - Biofeedback
 - TENS
 - Akupunktur

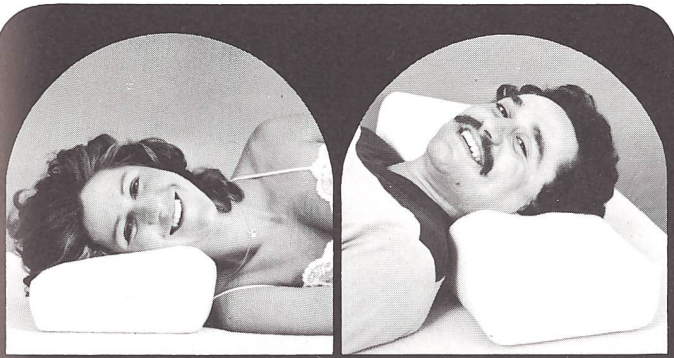
Abbildung 5: Kombiniertes Therapieansatz

rungsgemäss als verfehlt, dem Patienten als Behandlungsziel Schmerzfreiheit zu verheissen. Dies erweckt falsche Hoffnungen mit nachfolgender Enttäuschung und sabotiert dadurch eine mögliche Änderung. Ein viel realistischeres Ziel ist, mit dem Patienten zu erarbeiten und zu üben, wie er trotz fortbestehender Schmerzen besser und aktiver leben kann. Es ist ja, wie schon erwähnt, kein regelhafter Zusammenhang zwischen empfundener Stärke von Schmerzen, dem Leiden daran und der schmerzbedingten Behinderung vorhanden. Das therapeutische Handeln richtet sich demnach vor allem auf das Ziel, das Leiden an den Schmerzen und das Schmerzverhalten zu beeinflussen, das seinerseits den grossen Teil der beziehungs-mässigen und sozialen Behinderung des Patienten ausmacht. Man könnte mit anderen Worten auch sagen, dass der Teil der Behinderung abgebaut werden soll, der nicht durch definitive, körperlich gegebene Grenzen vorgezeichnet ist.

Es zeigt sich dabei, dass einzelne therapeutische Massnahmen nicht ausreichen, das vielfach bedingte Zustandsbild «Schmerzkrankheit» im Sinn einer Besserung zu beeinflussen. Es muss dabei auf verschiedenen Ebenen und mit verschiedenen Mitteln gearbeitet werden, wie nachfolgend geschildert wird. Dies ist auch verständlich, wenn in Betracht gezogen wird, wie die Schmerzkrankheit durch gleichzeitiges Zusammenwirken von verschiedenen Mechanismen gefördert und unterhalten wird.

Folgende Mittel kommen heute dabei im Rahmen der kombinierten Schmerzprogramme zur therapeutischen Anwendung (Abb. 5).

Es wird jegliche Aktivität des Patienten (meist im Rahmen von stationären Behandlungsaufenthalten) belohnt, die in Richtung Aktivität gehen und weg von schmerz-zentrierter Einengung und Schonung führen. Der Patient bekommt z.B. vermehrt Aufmerksamkeit für Aktivitäten und Mitteilungen, die nichts mit Schmerzen zu tun haben. Schmerzen werden nicht mit therapeutischer Zuwendung «belohnt». Dies mag auf den ersten Blick manipulativ und anti-therapeutisch aussehen, führt aber erfahrungsgemäss zu Aktivierung und Verbesserung im Zustandsbild und in der Stimmung des Patienten, worauf es dann schliesslich oft auch noch zu einer Abnahme der Schmerzen kommt. Übertragen auf die Arzt-Patient-Beziehung heisst dies, dass im Rahmen einer langfristigen Betreuung dem Patienten regelmässige Kontakte angeboten werden, die möglichst unabhängig von neuen Schmerzsymptomen sind, und dass sich der Arzt im Rahmen dieser regelmässigen Konsultationen dafür interessiert, wie der Patient aktiv seine Situation zu meistern versucht. Ganz im Kontrast dazu wäre ein ärztliches Verhalten, das tendenziell folgendes: Der Arzt sieht den Patienten nur, wenn dieser «notfallmässig» Symptome anbietet und er-



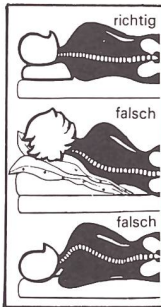
20 Jahre **witchi-kissen** aus Erfahrung gut!

Die wirksame Cervikalstütze

anatomisch geformt,
stützt ohne zu drücken,
antistatisch, antiallergisch,
heizt nicht, natürl. Mat.,

6 Kissen-Größen

auf jede Schulterbreite
passend, für Empfindliche,
Rheumatiker, Asthmatiker,
für alle, die gut schlafen
u. schmerzfrei erwachen
wollen.



Besonders hilfreich bei:

- HWS, BWS+LWS-Syndr.,
- Nacken-Arthrose,
- Spondylose,
- Migräne, Kopfwegh,
- steifen Nacken,
- eingeschlafene Hände,
- Schulter-Arm-Syndr.,
- Schlaf-Probleme,
- Haltungsschäden,
- streckt die Wirbelsäule
- v. 1. Hals- bis z. letzten
Lendenwirbel, ent-
krampft.

Ärztlich empfohlen

Wer **witchi-kissen** kennt, weiss, dass es nichts **BESSERES** gibt!
Erhältlich in Sanitätshäusern u. Apotheken. Verlangen Sie Prospekte:

witchi-kissen ag Ziegeleistrasse 15, 8426 Lufingen-Kloten
Telefon 01/813 47 88

EINE HEISSE SACHE



ZU EISKALTEN ARGUMENTEN:

micro-cub®

ICE

Das lockere streu-
fähige und weiche
micro-cub ICE

eignet sich besonders bei der physikali-
schen Therapie und findet Einsatz bei
der Rheumatologie

Chirurgie

Neurologie

inneren Medizin.

Wollen Sie mehr wissen
über Anwendung und Erfolg der Kälte-
Therapie mit **micro-cub ICE**?

Verlangen Sie
ausführliche
Informationen.

JA, senden Sie mir
weitere Unterlagen.

Meine Anschrift:

Name

Adresse

PLZ/Ort

Tel. Nr.

2

KIBERNETIK AG

Bahnhofstr. 29, 9470 Buchs

Telefon 085 - 6 21 31

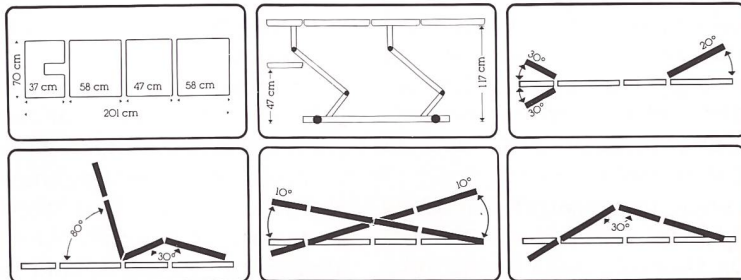
**GANZ COOL
ÜBERLEGEN!**

Liegen für Ihre Physiotherapie

mit 2-, 3-, 4- und 5-teiliger Liegefläche. Stabil, deshalb auch
hervorragend geeignet als MANIPULATIONS-Liege. Buchsen zum
Einsetzen von Horndispositiven an der von IHNEN gewünschten
Stelle in der Liegefläche, seitliche Chromschienen zum Befestigen
von Gurten und/oder von verstellbaren Horndispositiven.

Auch die Liege Modell PRACTICAL jetzt in verbesserter Ausführung
und mit mehr Bedienungskomfort.

Wir senden Ihnen gerne Unterlagen und würden uns freuen, Ihnen
die Liegen zeigen zu dürfen.



FRITAC MEDIZINTECHNIK AG
CH-8031 Zürich
Hardtumstr. 76, Postfach, Tel. 01/42 86 12



Bitte ausschneiden und
einsenden an
FRITAC AG
Hardtumstrasse 76, 8031 Zürich

BON
FW

Ich interessiere mich für
 Prospekt und Offerte
 Demonstration
(Gewünschtes bitte ankreuzen)

Name

Strasse

PLZ/Ort

kündigt sich nur nach Schmerzen, «belohnt» diese also mit Zuwendung. Auch hilft eine Umstrukturierung im Beziehungsfeld, indem z.B. mittels paar- und familientherapeutischen Mitteln die Rollen in der Familie neu verteilt und Ressourcen und adäquate Hilfe mobilisiert werden. Wenn dem Patienten auf andere, nicht schmerzbezogene Weise zur Zuwendung verholfen werden kann oder Konflikte und schwierige Situationen gelöst werden, wird der sekundäre Leidensgewinn durch den Schmerz unnötig, und der Schmerz kann gleichsam «aufgegeben» werden.

Um den Patienten zu aktivieren, spielen Physiotherapie und Ergotherapie eine wichtige Rolle. Der Patient, der meint, sich schonen zu müssen, damit die Schmerzen nicht noch ärger werden, wird eine Aktivität am Anfang gar nicht befürworten. Es stellt sich dann aber – für den Patienten paradoxerweise – das Ergebnis ein, dass der Schmerz auf die Dauer trotz Aktivierung eher besser wird. Dies ist auch nicht so verwunderlich, da dadurch die inaktivitätsbedingte Muskelschwächung gebessert und durch Aktivität auf körperlicher wie auch auf geistiger Ebene die Aufmerksamkeit weg vom Schmerz auf anderes gelenkt wird, der Schmerz also ein Stück weit vergessen werden kann, was zur Schmerzlinderung führt. Schon erwähnt wurde die Therapie der depressiven Komponente mit Antidepressiva.

Wichtig ist es vor allem auch, dem Patienten zu vermitteln, dass er nicht hilflos ist, sondern selber aktiv werden kann und soll. «Pain games» sollen beendet werden. Eine entscheidende Dimension dabei ist, dass er in der Beziehung zu seinem Arzt aus der Rolle des Hilflosen herauskommt und zum kompetenten Partner des Arztes wird. Der Arzt kann dies fördern, indem er auf das wichtige Potential der Selbsthilfe des Patienten hinweist und davon Abstand nimmt, falsche Hoffnungen auf Schmerzfreiheit durch medizinische

Behandlung zu machen. Allerdings ist dies nicht einfach, da viele Patienten hartnäckig darauf beharren, mit Medikamenten und eingreifenden Operationen behandelt zu werden. Diese Patienten insistieren darauf, dass ihr Schmerz übermächtig und unbeeinflussbar sei. Der Einstellungswandel hin zu Eigenaktivität, Selbsthilfe und zur Perspektive «leben und aktiv sein trotz Schmerzen» ist entscheidend. Er kann gefördert werden, indem sich der Arzt für alles interessiert, was der Patient aktiv unternimmt, um die Schmerzen zu beeinflussen und indem er weiter mit dem Schmerzkranken bespricht, was dieser darüber hinaus unternehmen könnte. Anerkennung für aktive Leistung ist dabei überaus wichtig, und die praktische Erfahrung des Patienten, dass er durch das Wagnis von neuen Verhaltensweisen zu unerwarteten Verbesserungen kommt, wirkt selbstverstärkend auf den Prozess. Solche Erfahrungen können oft nur in stationären Behandlungsprogrammen gemacht werden, wo der eingengegte Patient mit einem gewissen Druck auf neue Verhaltensweisen hingeleitet werden kann, die er sonst gar nicht in Angriff nehmen würde. Auch ist eine wichtige Aufgabe des Arztes, an der Bedeutung des Schmerzes für den Patienten zu arbeiten. So soll z.B. betont werden, dass chronischer Schmerz in diesem Zusammenhang keinen körperlichen Schaden mehr anzeigt, also keine Bedrohung bedeuten muss und entsprechend weitere Abklärung nicht sinnvoll ist. Auch ist es wichtig, die Grenzen der Medizin aufzuzeigen und im Gegenzug die Kompetenz des Patienten aufzuwerten, eigene, gültige Erfahrungen mit seinem Schmerz zu machen.

Ein weiterer Punkt betrifft den häufig vorliegenden Medikamentenmissbrauch. Hier soll, wenn irgend möglich, eine schrittweise Entwöhnung stattfinden. Dies stösst aber erfahrungsgemäss auf grossen Widerstand, mindestens in der ambulanten Behandlungssituation.

Auch ist anzustreben, dass der Patient lernt, Stresssituationen besser zu bewältigen. Es besteht ja oft ein Zusammenhang zwischen Stress und Schmerzverstärkung. Gelingt ihm das besser, fällt somit eine Ursache weg, und der Schmerz muss auch nicht mehr dazu dienen, auf Umwegen die Stresssituation zu vermeiden. Auf der weiteren Beziehungsebene ist wichtig, der Isolation des Patienten entgegenzuwirken. Dies kann z.B. in Gruppentherapien geschehen, wo der Patient seine Erfahrungen austauscht und wo das Vorbild von aktiveren Kollegen stimulierend wirkt.

In einer umfassenderen Perspektive ist es entscheidend, dass eine Situation geschaffen wird, wo es sich für den Patienten lohnt, aktiver zu sein und gleichsam aus seinen Schmerzen herauszukommen. Es hat sich gezeigt, dass der wesentlichste Faktor zur Verhinderung der Invalidisierung in einer chronischen Schmerzsituation die Fortsetzung einer beruflichen Tätigkeit ist. Diese vermittelt Selbstwertgefühl, Beziehungen und auch materielle Anreize. Ist der Patient erst einmal aus der Berufsarbeit ausgegliedert und berentet, fällt jeder Wiedereinstieg schwer. Über den Erfolg von therapeutischen Bemühungen wird dann oft entscheiden, ob irgendeine Tätigkeit geschaffen werden kann, die dem Patienten das Gefühl vermittelt, es habe einen Sinn und er werde gebraucht.

Es gibt nun noch einige spezielle Behandlungsformen, die sich als nützlich erweisen, nämlich Entspannungstechniken, die dazu dienen, die Aufmerksamkeit des Patienten umzulenken, also weg vom Schmerz. Dies sind z.B. die Methode der progressiven Muskelentspannung, das autogene Training und hypnotische Verfahren im engeren Sinn. Diese hypnoiden Techniken sind insofern cognitiv wirksam, als sie die Aufmerksamkeit auf etwas lenken, was verschieden vom Schmerz ist bzw. die Schmerzwahrnehmung verändern. Es tritt dadurch eine Linderung bzw.

NEU



Das weiche «Kuschelkissen» von Onkel Fritz hat ausgedient!
Der Inhalt ist längst gebrochen und stützt nicht mehr...

Sogenannte «Spezialkissen» begeistern Onkel Fritz auch nicht,
weil dadurch der Nacken unnötig fixiert wird...

Was tut Onkel Fritz jetzt?

Er besorgt sich das neue **JUSTY®** Schlafkissen,
das eigens für seine Bedürfnisse massgeschneidert wurde.
Damit hilft er sich, vorzeitigen Abnutzungen vorzubeugen
und bestehenden Beschwerden günstig entgegenzuwirken.

Machen Sie es Onkel Fritz nach!
Wir schicken Ihnen gerne Unterlagen über das erste Schlafkissen
nach Mass.

JUSTY® Schlafkissen sind erhältlich im Fachhandel,
durch Ihren Arzt und Physiotherapeuten sowie direkt bei

R. BRANDENBERGER AG

(dipl. Physiotherapeuten), 8753 Kollis, Telefon 058/343751

Zu reduzierten Preisen

Muskeldehnung warum und wie?

Olaf Evjenth und Jern Hamberg

Eine erfolgreiche Behandlungsmethode bei Schmerzen
und beschränkter Beweglichkeit

Nur solange Vorrat

Teil I

Die Extremitäten. 178 Seiten mit mehr als 260 Bildern, Muskelregister und 16 Tabellen mit Schema über die bewegungshindernde Funktion verschiedener Muskeln. **SFr. 75.-**

Teil II

Die Wirbelsäule. 128 Seiten mit mehr als 190 Bildern, Muskelregister und 16 Tabellen mit Schema über die bewegungshindernde Funktion verschiedener Muskeln. **SFr. 70.-**
Beide Teile zusammen **SFr. 135.-**

Verlangen Sie kostenlos unsere Broschüre mit Leseproben

Bestellschein

Senden Sie mir bitte gegen Nachnahme
Muskeldehnung, warum und wie?

Anzahl _____ Teil I SFr. 75.- + Verp. u. Vers.sp.

Anzahl _____ Teil II SFr. 70.- + Verp. u. Vers.sp.

Anzahl _____ Teil I und II SFr. 135.- + Verp. u. Vers.sp.

Name _____

Strasse _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____ Land _____

Einsenden an **Remed-Verlags AG**
Postfach 2017, 6300 Zug 2/Schweiz

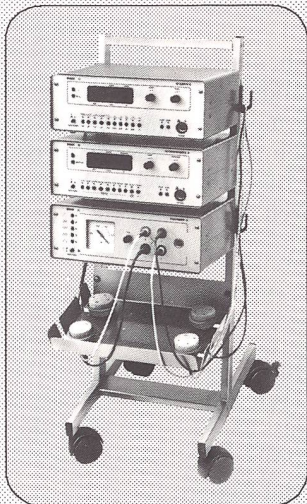
PH

Dank Mikroprozessortechnologie: BOSCH setzt neue Massstäbe in der Reizstrom- und Ultraschall- Therapie: Med-Modul 4.

Diadyn 4 für diadynamische Ströme,
Interferenz 4 für Mittelfrequenz-Therapie,
HV-4 für Hochvolttherapie,
SP-4 für die Muskelstimulation,
Vacomed 4,
Sonomed 4 für die Ultraschalltherapie -
6 Geräte, die Sie sowohl einzeln als auch zusammen einsetzen können.

Wesentlichste Vorteile:

- Vorwahl von 2 nacheinander folgenden, verschiedenen Stromformen mit andern Behandlungszeiten
- Vorwahl für automatische Umpolung nach halber Behandlungszeit
- höchste Bedienungskomfort, hohe Patientensicherheit und Gerätesicherheit



Ihr BOSCH-Fachhändler:

KÖLLA AG

Reppischtalstrasse
8920 Aeugstertal
Telefon 01/761 68 60

BOSCH



Ausgewiesene Fachleute erstellen
Ihr persönliches Diagramm für
optimales Liegen. Rufen Sie uns
unverbindlich an.

fml
internationales
forum
für medizinische
liegehilfen
Zürich - Wien - Hamburg

Das erste Liege- und Sitzberatungszentrum der Schweiz
Hallwylstrasse 71, Postfach, 8036 Zürich, Tel. 01 242 68 90

Senden Sie mir Ihre Unterlagen.

Ph 6 / 87

Name _____

Vorname _____

PLZ _____ Ort _____

günstige Modifikation der Schmerzempfindung ein. Zusätzlich macht der Patient die Erfahrung, dass er aus eigenen Mitteln ohne fremde, instrumentelle Hilfe den Schmerz beeinflussen kann, und dass der Schmerz nicht übermächtig-unbeeinflussbar bleibt. Der Patient lernt im günstigen Fall, diese Entspannungsverfahren selbst auszuüben und kann sich dadurch gleichsam «kurze Ferien vom Schmerz» nehmen.

Neben den hypnotischen Verfahren hat als Methode auf der Körperebene das sogenannte Biofeedback einen wichtigen Platz errungen: Der Patient kann dadurch lernen, überschüssige Muskelspannungen an gewissen Körperstellen abzubauen, wodurch es dann zur Schmerzlinderung in diesen Körperpartien kommt. Dies ist die biologische Ebene, auf der dieses Verfahren wirkt. Gleichzeitig lernt er damit allgemein, sich besser zu entspannen, im Sinne einer Stressbewältigung. So wird ebenfalls ein Bedeutungswandel eingeleitet (cognitive Ebene), indem der Patient nun auch hier die Erfahrung macht, dass die Schmerzsituation nicht unabänderlich ist, was das Selbstvertrauen stärkt. Als Methoden auf der Körperebene sei nochmals TENS und Akupunktur genannt.

Ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten von chronischen Schmerzpatienten

Eine wichtige Rolle kann der Hausarzt spielen, indem er den Patienten mittels regelmässigen Konsultationen führt und ihm eine Langzeitperspektive anbietet. Oft brauchen aber solche Patienten mehr Stützung, Führung und Anstoss zur Änderung, als es einzelne Konsultationen in der ärztlichen Praxis bieten können.

Eine weitere Behandlungsmöglichkeit sind dann z. B. ambulante Gruppentherapien mit einem speziellen Programm für Schmerzpatienten (Informationsvermittlung durch den Gruppenleiter, Informationsaus-

tausch unter den Mitgliedern, Vorbilder und Ansporn durch Mitpatienten und Entspannungsübungen, z. B. mittels autogenem Training und Verbesserung des Stressmanagements). An grossen Spitalzentren gibt es auch sogenannte Schmerzkonferenzen und multidisziplinäre Teams, wo Spezialisten aus verschiedenen Fachgebieten der Medizin für schwierig zu behandelnde Schmerzpatienten ihre Ideen beisteuern, was bezüglich Untersuchungen und in der Therapie noch weiter unternommen werden könnte.

Vor allem in den USA besteht nun schon einige Erfahrung mit eigentlichen Schmerzkliniken, wo besonders therapieresistente Schmerzpatienten stationär zur Behandlung innerhalb eines mehrwöchigen Programmes aufgenommen werden. Es kommen dabei kombiniert all die verschiedenen Behandlungsansätze zur Anwendung, wie im vorigen Abschnitt geschildert wurde. Eine besondere Möglichkeit dieser stationären Programme ist es, dass mittels verhaltenstherapeutischer Programme auf das Schmerzverhalten der Patienten eingewirkt werden kann.

Für die Schweiz wäre ebenfalls wünschbar, dass in allen Landesgegenden ein abgestuftes Instrumentarium zur Behandlung von Schmerzpatienten bestehen würde, bis hin zum spezialisierten, stationären Aufenthalt.

Schlussbetrachtung

Hier gilt das Motto Vorbeugen ist besser als heilen! Wie kann nun am besten verhindert werden, dass längerdauernde Schmerzen chronifizieren, bzw. zur Schmerzkrankheit werden? Für Arzt und Therapeuten gelten hier die folgenden Stichworte: Tragender akzeptierender Langzeitkontakt mit dem Patienten, medizinische Abklärungen beenden, keine falschen Hoffnungen wecken, Patient als kompetenter Partner des Arztes, Vorsicht mit Medikamentenabgabe, keine langen Spitalaufenthalte, frü-

her Einbezug der Familie und alle Aufmerksamkeit den Anstrengungen, den Patienten zu Hause und im Arbeitsprozess integriert zu halten, wobei sorgfältige Planung und technische Hilfsmittel zum funktionellen Ausgleich von echten Behinderungen eine wichtige Rolle spielen. Nochmals soll das Ziel einer solchen Behandlung betont werden: Nicht Schmerzfreiheit, sondern Funktion trotz Schmerzen wird angestrebt, wodurch das Leiden am Schmerz und die Behinderung vermindert werden können.

Literatur:

Ausführliches Buch über chronische Schmerzen:

- Aronoff G.M. (Hrsg.): Evaluation and Treatment of Chronic Pain. Urban u. Schwarzenberg, Baltimore - Munich, 1985

Übersichts-Artikel über Behandlungsmethoden:

- Turk D.C., Flor H.: Etiological theories and treatments for chronic back pain. Pain 19, pp. 209-233, 1984

Zeitschriften-Artikel zur ambulanten Gruppentherapie:

- Keel P.: Therapieresistente, chronische funktionelle Schmerzen. Schweiz. Rdsch. Med. (Praxis) 73, 273-281, 1984

Aus Nr. 5/86 des «Ergotherapeut» mit freundlicher Genehmigung der Redaktion und des Autors

Adresse des Autors:

Dr. med. H. G. Kopp, Oberarzt
Abt. f. Psychosoziale Medizin
Universitätsspital
Culmanstr. 8, 8091 Zürich