

Die Seele weint, der Körper spricht

Das Verständnis von Patienten über Schmerzentwicklung und -therapie stellt Ärztinnen und Ärzte vor große Herausforderungen. Daher stand die Psychosomatik des chronischen Schmerzes im Fokus des 1. Aachener Psychosomatik-Tages.

von **Ulrike Schaeben**

Die von einer Gruppe engagierter Ärztinnen und Ärzte aus der Region gegründete „Initiative Aachener Psychosomatik-Tage“ (AIX-PT) hatte sich gemeinsam mit der Ärztekammer Nordrhein das ehrgeizige Ziel gesetzt, den von Professor Dr. Waltraud Kruse initiierten Westdeutschen Psychotherapietagen einen neuen Rahmen zu geben. Nach intensiver Vorbereitung wurde 2018 der 1. Aachener Psychosomatik-Tag „AIX-PT“ als interaktives Fortbildungsformat und als Forum des interdisziplinären Austausches ins Leben gerufen. Auf der Tagung am 29. September unter der fachlichen Leitung von Dr. Wolfgang Hagemann und der Moderation des Kreisstellen-Vorsitzenden Dr. Ivo Grebe suchten die mehr als 150 Teilnehmer im Dialog mit den Referenten nach Antworten auf die aktuellen Herausforderungen, die sich für Praxen und Kliniken bei der Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen und psychosomatischen Störungen ergeben.

Klaus H. Längler, niedergelassener Facharzt für Anästhesie, Spezielle Schmerztherapie, Palliativmedizin und Sportmedizin und ärztlicher Leiter des Regionalen Schmerz- und Palliativzentrums Wegberg DGS e. V., gab in seinem Vortrag eine Einführung zu den Entstehungsfaktoren, Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten des chronischen Schmerzes. Nach einem Blick auf die beeindruckende Epidemiologie und die gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen chronischer Schmerzsyndrome nahm er die Zuhörer mit in die Welt des Schmerzpatienten: Chronischer Schmerz unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von Akutschmerz. Während dieser meist Schutz- und Warncharakter hat eine auslösende Ursache zu benennen und die Therapie auf Symptombeseitigung ausgerichtet ist, sind die Verhältnisse bei

chronischem Schmerz weitaus komplizierter. Der andauernde Schmerz und die nicht erfolgreichen Vorbehandlungen führen zu Veränderungen im zentralen Nervensystem, die dann das Krankheitsbild prägen – was erklärt, dass die Schmerzkrankheit immer schwerer zu beeinflussen ist. Die Behandlung der einstmaligen auslösenden Ursache vermag daran nichts mehr zu ändern, da es bereits zu gedächtnisähnlichen Prozessen gekommen ist.

Eine weitere Besonderheit chronischer Schmerzen besteht nach Aussage des Experten darin, dass nicht immer körperliche Probleme im Mittelpunkt stehen, was eine interdisziplinäre Sicht auf das Geschehen notwendig erscheinen lässt. Man sei sich heute in der Schmerzmedizin darüber einig, dass stets ein Mischbild aus körperlichem, psychischem und sozialem Geschehen vorliege.

Multimodale Schmerztherapie

Die neue Sicht auf Schmerzen und deren Chronifizierung als Folge bio-psychozialer Faktoren verändert auch die herkömmlichen Behandlungsansätze von der monodisziplinären hin zu einer multimodalen Schmerztherapie. Diese zielt vermehrt auf die Verbesserung der durch Schmerz eingeschränkten

körperlichen, psychischen und sozialen Fähigkeiten ab, statt nur die Linderung von Schmerzen zu verfolgen. Wichtig sei es hierbei vor allem, den Patienten „ins Boot zu holen“ und ihn über die Zusammenhänge aufzuklären, denn wenn er dieses biopsychosoziale Konzept nicht mittrage, so könne es ausgesprochen schwierig sein zu vermitteln, dass der Rückenschmerz auch durch die begleitende depressive Krankheitskomponente so unerträglich geworden ist und dass die Behandlung der Depression besser als Analgetika in der Lage sein kann, Leid zu reduzieren.

Auch die Steigerung von Lebenszufriedenheit und die Reduktion von Nebenwirkungen sollten als Erfolgsfaktoren einer Schmerztherapie einbezogen werden. Statt nicht wirksame Therapiekonzepte noch weiter zu steigern, zum Beispiel durch Dosiserhöhung der Medikation, gelte es, häufiger das Wirkprinzip kritisch zu hinterfragen und Alternativen auszuloten.

Neben den medikamentösen Optionen sollten weitere Maßnahmen wie die Steigerung der Mobilität und des täglichen Bewegungspensums mit dem Patienten erarbeitet werden, um die Chronifizierung zu vermeiden. Es gelte, das für den individuellen Patienten passende Behandlungskonzept zu finden und seine Schmerzkompetenz zu entwickeln sowie sein Angst- und Vermeidungsverhalten zum Beispiel durch Dekonditionierung positiv zu beeinflussen. Dazu



Initiatoren und Referenten des 1. Aachener Psychosomatik-Tages (AIX-PT), v.l.n.r. vordere Reihe: Christa Bartels, Andrea Hauschild-Hersch, Klaus H. Längler; v.l.n.r. hintere Reihe: Dr. med. Wolfgang Hagemann, Dr. med. Ivo G. Grebe, Dr. med. Thomas Reimer, Prof. Dr. med. Frank Leweke

Foto: Axel Goeke/Prisma Color

gehöre aber nicht nur die Anwendung von Diagnostik und die Verordnung von Medikamenten, sondern vor allem die Kommunikation mit dem Patienten, auch um zum Beispiel psychische Komorbiditäten zu thematisieren.

Professor Frank Leweke, Facharzt für psychotherapeutische Medizin, für Neurologie und spezielle Schmerztherapie an der Uniklinik Gießen/Marburg, referierte zur Psychosomatik des Schmerzerlebens. Im Vortrag und vertiefend im Nachmittags-Workshop stellte er die Behandlung des stressinduzierten Schmerzes nach dem „Gießener Versorgungsmodell“ vor, in dessen Rahmen sowohl die Ambulanzen als auch die stationären Behandlungseinheiten der anästhesiologischen und der psychosomatischen Kliniken eng miteinander vernetzt sind. Das Konzept soll eine hochdifferenzierte Schmerztherapie ermöglichen, die das individuelle Muster der schmerzunterhaltenden Faktoren eines Patienten berücksichtigt.

Stress beeinflusst die Schmerzempfindlichkeit

Sein Vortrag orientierte sich an dem eindrücklichen Fallbericht einer Stressinduzierten Hyperalgesie (SIH). Dieser aus der Grundlagenforschung stammende Begriff nimmt die Ergebnisse einer zunehmenden Zahl von Studien auf, nach denen in der frühen Entwicklung einwirkende biologische wie psychosoziale Stressoren zu einer erhöhten Schmerz Vulnerabilität im späteren Leben führen und Schmerz sogar ganz ohne äußere Einwirkung ausschließlich zentral entstehen kann.

Als Auslöser der als unerträglich empfundenen Kopfschmerzen des 35-jährigen Patienten ließen sich unter anderen Verluste identifizieren, die unter Ausklammerung des dazugehörigen Affekts zur Wahrnehmung unerträglicher Schmerzen führten. Eine dysfunktionale und gewaltbereite Familienatmosphäre wirkte als chronischer Stressor während der Entwicklung und bedingte einen unsicheren Bindungsstil sowie Störungen in der Wahrnehmung, Benennung und Kommunikation von Affekten (Alexithymie). Diese Risikofaktoren können für ein Hyperarousal in stressbelasteten psychosozialen Belastungssituationen verantwortlich sein, das mit eigenen psychischen Mitteln nicht mehr reguliert werden kann.

Wie Leweke in seinem Vortrag veranschaulichte, weist jeder Mensch eine indi-

viduelle Schmerzverarbeitung auf, in der körperliche Aspekte, psychische Komorbiditäten, eine genetische Konstitution und biographische Erfahrung interagieren. Dies führt zu einer individuellen Schmerzerfahrung und -wahrnehmung, die so individuell ist wie sein Fingerabdruck und von Beobachtern nicht beurteilbar ist.

Für das Gesundheitswesen stelle dies eine große Herausforderung dar, sagte Leweke. Wenn man mit diesem Wissen ein Versorgungsmodell für chronische Schmerzpatienten entwickeln wolle, müssten viele Dinge berücksichtigt werden: organische, psychische und soziale Komponenten, strukturelle Defizite, individuelle Krankheitskonzepte, Stigmatisierungsängste, aber auch Widersprüche, in die sich Ärzte im Vorfeld aufgrund ihrer Hilflosigkeit gegenüber dem Krankheitsbild ihres Patienten verstrickt haben. Deswegen sei eine an Mechanismen orientierte individuelle Schmerztherapie erforderlich, die genau auf dieses Individuelle im Schmerzerleben abziele. Jedoch erfolge die aktuelle Versorgung der Schmerzpatienten monodisziplinär, vor allem durch Hausärzte, Orthopäden, Rheumatologen, Anästhesisten und Neurologen, während der Psychotherapie keine größere Bedeutung zukomme. Doch gilt es nach Leweke die verschiedenen Disziplinen mit der Psychotherapie zu einer interdisziplinären, multimodalen Schmerztherapie zu verbinden und dabei die Bereitschaft aufzubringen, die zuweilen entstehenden Turbulenzen der interdisziplinären Teamarbeit durchzustehen und eine gemeinsame Therapiesprache zu entwickeln.

In der Podiumsdiskussion wurden praktische Fragen diskutiert, beispielsweise wie man dem chronischen Schmerzpatienten in der täglichen Praxis begegnen solle. Die Diskutanten stellten übereinstimmend als besonders wichtig heraus: Es gilt den Patienten in seinem Schmerz ernstzunehmen, ihm das Gefühl der Wertschätzung zu vermitteln und ihm die Aufmerksamkeit und Zeit zu widmen, die ihm gebührt. In der Psychoedukation sollten die Zusammenhänge von Schmerz und Psyche erläutert und aufgezeigt werden, dass es für chronischen Schmerz nicht unbedingt eine organische Ursache geben muss, sondern auch Stress und Belastungsfaktoren eine Rolle spielen.

Dr. Wolfgang Hagemann, Psychiater mit jahrzehntelanger Erfahrung, auch in der Familientherapie, betonte: „Chronische Schmerzpatienten werden häufig in einer

Spirale nach unten gezogen, da sie sich durch den Dauerschmerz immer weiter eingeschränkt fühlen und ihre Grundbedürfnisse größtenteils nicht mehr befriedigen können. Schmerz bedeutet immer einen Kontrollverlust über den Körper, die Vulnerabilität des Patienten wird größer, und wenn dann noch seine soziale Kompetenz nachlässt, verschärft sich die Situation, das Selbstwertgefühl sinkt immer weiter.“ Wie der Experte deutlich machte, ist Schmerz manchmal auch ein Regressionsbedürfnis und ein Ausdruck der Hilflosigkeit. Manche Patienten haben den Bezug zu ihrem Körper verloren oder keine andere Sprache gelernt, als sich über Schmerzen auszudrücken. Sie müssen wieder zu sich in Bezug gebracht werden, sich wieder spüren und für ihre Befindlichkeit Worte finden.

Patentrezepte gibt es nicht

Fest stand nach der regen Diskussion: Es gibt kein allgemeingültiges „Rezept“ für die Behandlung von chronischen Schmerzpatienten. Viel Erfahrung, Empathie und eine belastbare Beziehung zum Patienten ist vonnöten, in der ärztlichen Ausbildung und in den Strukturen des Gesundheitssystems gibt es Nachholbedarf. Curricula und der Austausch in Qualitätszirkeln können hilfreich sein.

Nach sechs Fach-Workshops zu verschiedenen Themen, wie dem Schmerz in der sozialmedizinischen Begutachtung unter Leitung des Mit-Initiatoren Dr. Hans Michael Wellmer, oder dem Programm der *Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)* nach *John Kabat Zinn* durch Elisabeth Brüggemann, und dem Abschlussvortrag zum Schmerzpatienten in der hausärztlichen Praxis von Dr. Thomas Reimer ging ein straffes Programm zuende. Die Teilnehmer waren sowohl inhaltlich als auch atmosphärisch begeistert, eine ausgelegte Liste für ein regionales Kooperationsbündnis zum Thema Schmerz fand breite Zustimmung. Insbesondere über die Workshops konnten die Teilnehmer viele theoretische Ansätze vertiefen und praktische Tools für die tägliche Arbeit am Patienten mitnehmen und für Initiatoren wie Teilnehmer stand fest: Die Aachener Psychosomatik-Tage (AIX-PT) sind eine Bereicherung der Fortbildungslandschaft und die erste Ausgabe war ein gelungener Auftakt. Im nächsten Jahr steht das Themenfeld „Psychoimmunologie“ im Mittelpunkt. **RA**

Dr. Ulrike Schaeven ist Referentin Koordination Kreis- und Bezirksstellen der Ärztekammer Nordrhein.