



Erkenntnisse zur multimodalen Schmerztherapie

TEXT: THOMAS ANTON WEIS UND ANJA RIESTER

ENVATO ELEMENTS, LIZENZ PIATO HEALTH GMBH

Der folgende Artikel skizziert die Erkenntnisse zur multimodalen Schmerztherapie anhand eines Fallvergleichs und leitet Schlüsse für die Therapieplanung ab. Verglichen werden zwei Schmerzpatientinnen, die an einer achttägigen multimodalen Schmerztherapie (MMST) teilgenommen haben.

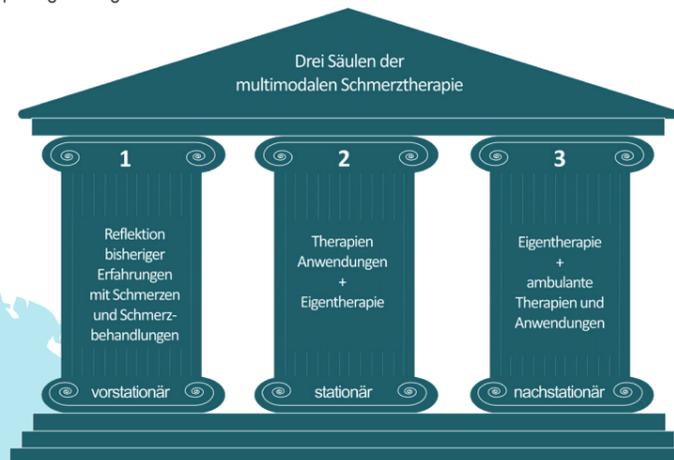
Über den Vergleich hinaus werden ein 3-Säulen-Konzept der MMST und Therapieinhalte in Listen dargestellt. Im folgenden vorweg eine komprimierte Darstellung der beiden miteinander verglichenen Fälle.

	Schmerzpatientin A	Schmerzpatientin B
Biografische Daten	47 Jahre, verheiratet, 2 Kinder Tierärzthelferin	61 Jahre, verheiratet, keine Kinder Übersetzerin
Befund	F45.41: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren Geringes Selbstwertgefühl, Depression, schmerzverstärkende Konflikte mit Ehepartner, Tendenz zur Schonung und zum sozialen Rückzug	45.41: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren Geringes Selbstwertgefühl, Depression, schmerzverstärkende Anpasstheit gegenüber Ehepartner; Tendenz zum sozialen Rückzug
Therapieergebnis	<ul style="list-style-type: none"> Reduktion der Schmerzstärke von Stufe 7 auf Stufe 5 (Stufe 3 in Entspannung) Verändern des negativen Selbstbildes Abbau der Depressionsneigung Aufarbeiten früherer Ohnmachtserfahrungen (Eltern, Arbeitsstelle) hohe Motivation zur Eigenherapie und zur beruflichen Neuorientierung 	<ul style="list-style-type: none"> Reduktion der Schmerzstärke von Stufe 7 unter Stufe 5 (Stufe 2 in Entspannung) Stärkung des Selbstwertgefühls Abbau der Depressionsneigung Aufarbeiten früherer Ohnmachtserfahrungen (Mutter) sowie schmerzverstärkender Anpasstheit (beruflich/ familiär) hohe Motivation für zukünftige Pläne
Katamnese	<ul style="list-style-type: none"> keine Umstellung im Alltag Rückfall in alte Muster und in die Schonung Schmerzverstärkung im Alltag keine Motivation zur Eigenherapie keine Veränderung im Verhältnis mit Ehemann geplanter Qi Gong Kurs nicht umgesetzt aus Verzweiflung eigenmächtiges Absetzen der Medikation mit starker Zunahme der Schmerzen 	<ul style="list-style-type: none"> große Dankbarkeit bezogen auf die in der Therapie gewonnenen Einsichten (Gefühle wie Wut und Stolz) hohe Bereitschaft eigene Ziele zu verfolgen gute Schmerzbewältigung im Alltag Angepasstheit gegenüber Ehepartner deutlich vermindert Kommunizieren eigener Gefühle und Bedürfnisse deutlich verbessert hohe Motivation an den in der MMST offen gebliebenen Punkten zu arbeiten

1. Das 3 Säulenkonzept der multimodalen Schmerztherapie

Der Vergleich beider Fälle zeigt, dass bei großer Ähnlichkeit im Befund und im Therapieergebnis große Unterschiede im

Behandlungserfolg 3 Monate nach Ende der MMST bestehen. In diesem Zusammenhang ist eine differenzierte Betrachtung anhand der 3 Säulen der Schmerztherapie erhellend.



GRAFIK: DARSTELLUNG DER DREI SÄULEN DER SCHMERZTHERAPIE (EIGENDARSTELLUNG T. A. WEIS)

Vorgeschichte = 1. Säule der multimodalen Schmerztherapie.

Chronischer Schmerz hat oft eine lange Vorgeschichte mit verschiedenen, teils unbefriedigenden Erfahrungen bei OPs, Therapien und mit Ärzten. Diese vorstationäre Vorgeschichte aufzuarbeiten ist wichtig, da sie eine sich selbst erfüllende negative Prophezeiung für eine stationäre Schmerztherapie sein kann. Nicht unwesentlich ist auch mit welchen Erwartungen die Patienten in eine Schmerztherapie gehen und wie sich darauf vorbereiten.

Wenn man die beiden Patientinnen vergleicht, so hat sich Patientin B engagierter an der Vorbereitung auf die MMST gezeigt als Patientin A. Sie fragte bei der Pain Nurse gezielt nach, als sie sich vorbereiten könne. Sie ging mit einer hohen Motivation an die Therapie heran. Dabei äußerte sie mehrfach Hoffnungen, durch die Therapie Linderung zu erfahren und zeigte sich offen für die Gespräche und Anwendungen. Dagegen zeigte Patientin A in der Indikationssprechstunde und den vorbereitenden Telefonaten eine gewisse Unzufriedenheit mit den bisherigen Behandlungen an. Sie wirkte zum Zeitpunkt der Aufnahme kraftlos, müde, motivationslos und antriebslos. So als wolle sie vermitteln: 'Jetzt machen Sie mal, ich kann ja nichts tun!'

Stationärer Behandlung = 2. Säule der multimodalen Schmerztherapie.

Die Ursachen von chronischem Schmerz sind komplex. Körperliche und psychosoziale Faktoren spielen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Schmerzen eine Rolle. Diese Faktoren wollen verstanden werden. Eine stationäre Schmerztherapie im Umfang von 1 bis 3 Wochen verbessert die Voraussetzungen besser mit dem chronischen Schmerz umzugehen und schmerzlindernde Strategien zu erlernen. Während des stationären Aufenthalts stehen die Anwendungen im Vordergrund, aber auch Eigenherapie trägt zum Therapieerfolg bei.

Beim Vergleich der beiden Fälle zeigen sich Unterschiede in der Wahrnehmung und Äußerung der Veränderungen. Patientin A war zu Beginn der Therapie skeptisch und hatte zum Ende der Therapie eine beinahe euphorische Haltung. Dagegen überwog bei Patientin B das Gefühl der Dankbarkeit und Wertschätzung, sich mit ihren Beschwerden und Problem angenommen und verstanden zu fühlen. Die Therapie führte sie zu tiefen Einsichten, dass sie durch ihr Verhalten, die eigene Gefühle und Bedürfnisse zu unterdrücken, sehr zur jahrzehntelangen Anspannung und damit zur Schmerzentscheidung beigetragen hatte. Auch musste sie damit ringen, sich der Erkenntnis zu stellen, dass sie aus einer Mischung von Stolz, Wut, zurückgewiesener Liebe und Minderwertigkeit gehandelt hat.

Nachstationäre Eigenherapie = 3. Säule der multimodalen Schmerztherapie.

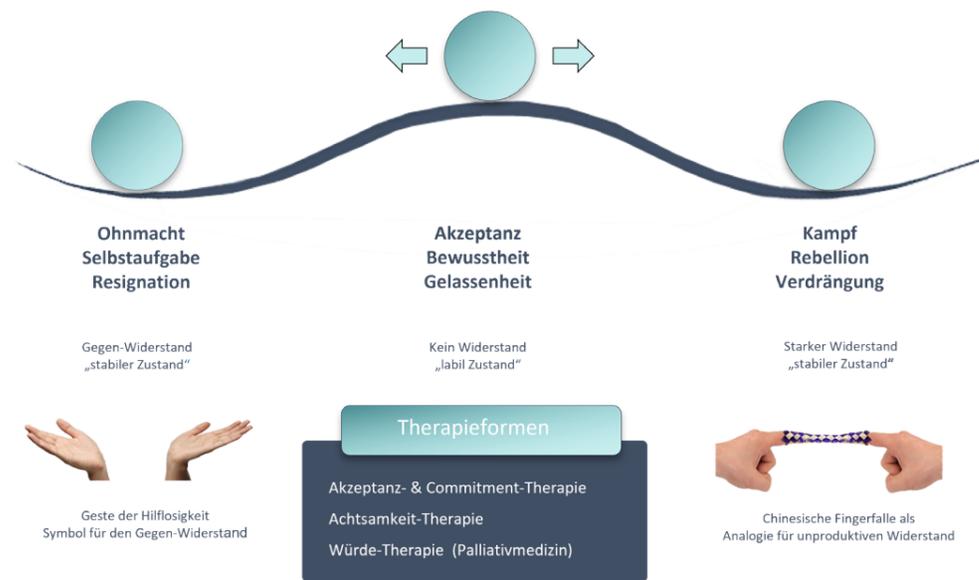
Die erlernten Strategien und Übungen werden in den Alltag integriert und durch geeignete Maßnahmen ergänzt. Hierbei steht die selbstgesteuerte Eigenherapie im Vordergrund, ergänzt durch ambulante medizinische Anwendungen. Die nachstationäre Eigenherapie festigt den Prozess der erlernten Schmerzbewältigung. Die größten Unterschiede zwischen Patientin A und B zeigen sich in der nachstationären Phase der MMST. Während man

bei Patientin A von einem Rückfall in alte Muster sprechen kann, führte Patientin B den in der MMST begonnenen Prozess fort und integrierte das in der Therapiewoche Erlernte in den Alltag. Im eigenmächtigen Absetzen der Medikation von Patientin A lässt sich eine Trotzreaktion vermuten. In der Nachbetrachtung gewinnen die Unterschiede vor und während der MMST eine größere Bedeutung als dies vor und während der MMST zu erkennen war. Die Beobachtungen bei Patientin A lassen sich auch auf andere Fälle übertragen: Wenn es nicht gelingt die Patienten am Beginn der MMST davon zu überzeugen, dass es bei der MMST ganz wesentlich auf die Mitwirkung und die Eigenherapie ankommt, dann sinken die Chancen für den langfristigen Therapieerfolg. Die Erfahrung zeigt auch: Patienten, die an einer MMST teilnehmen, müssen auf hemmende und fördernde Faktoren des familiären Umfeldes sensibilisiert und auf Gespräche mit Angehörigen bezogen auf ihre chronischen Schmerzen vorbereitet werden.

2. Verlernen der negativen Fokussierung auf Schmerzen

Ein entscheidender Beitrag der MMST besteht darin die Fokussierung der Patienten auf Schmerzen zu verändern. Dazu gehört insbesondere, vorhandene Ohnmachtsgefühle gegenüber Schmerzen zu überwinden. Solche Gefühle stehen nicht selten in Verbindung mit erlebten Ohnmachtsgefühlen bei früheren negativen Erlebnissen und Traumata. Wo solche Zusammenhänge bestehen, geht die psychotherapeutische Bearbeitung von Traumata Hand in Hand mit dem Erlernen und Einüben von Strategien zu Veränderung des Schmerzfokus. Die im Zuge der Chronifizierung herausgebildete Fokussierung wirkt wie eine Art Selbsthypnose, bei der die permanente Aufmerksamkeit schmerzverstärkend und leidfördernd wird. In einem Kontinuum von Reaktionsmöglichkeiten lassen sich zwei unvorteilhafte Widerstandserfahrungen beschreiben: Auf der einen Seite die Reaktion mit Ohnmacht, Selbstaufgabe und Resignation. Diese Reaktion begründet eine Art Gegen-Widerstand, indem man davon ausgeht, dass man dem Schmerz völlig ausgeliefert ist. Auf der anderen Seite markieren Kampf, Rebellion und Verdrängung einen starken Widerstand, bei dem man den Schmerz niederzuringen versucht. Dadurch erhält der Schmerz als Feind und Gegner umso mehr Beachtung, was alles noch schlimmer macht. Die Lösung besteht darin, sich aus den beiden negativen Zuständen zu lösen und einen neutralen Zustand einzunehmen, und sich von jeglichem Widerstand zu enthalten. Dieser Zustand ist wie ein Balanceakt und daher labil. Die drei Zustände der Schmerzwahrnehmung lassen sich anhand einer Grafik verdeutlichen. Beispiele von Therapien, die den neutralen Zustand der Akzeptanz, des Bewusstseins und der Gelassenheit zu fördern und zu stärken versuchen, sind die Akzeptanz- & Commitment-Therapie, die Achtsamkeitstherapie und die Würde-Therapie. Letztere kommt insbesondere in der Palliativmedizin zum Tragen. Die folgende Grafik veranschaulicht die drei Zustände anhand der Lageposition einer Kugel.





GRAFIK: VERANSCHAULICHUNG VON ZUSTÄNDEN IM UMGANG MIT SCHMERZ (EIGENDARSTELLUNG T.A. WEIS)

Die Erfahrung zeigt, dass das Verlernen des negativen Fokus auf Schmerzen an sehr direkt erfahrbaren Strategien oder Wirkprinzipien vermittelt werden muss, damit eine Änderung eingeleitet werden und im Alltag der Patienten greifen kann. Hier eine Aufzählung solcher Wirkprinzipien:

Wirkprinzip	Erläuterung
Enthalten von sorgenvollen Bewertungen	Ausstieg aus dem Grübeln über Schmerzen, dem Anhaften an einer negativen Bewertung des Schmerzes als Feind oder als Bestrafung
Fokus auf das Hier und Jetzt	Wahrnehmen, was außer den Schmerzen gerade passiert, was gut oder angenehm ist: Fokus auf präsente Dinge, Personen usw. die einem lieb und teuer sind
Verändern der inneren Einstellung	Anstatt Schmerzen vermeiden, kontrollieren oder bekämpfen zu wollen, eine achtsam bejahende innere Haltung kultivieren
Distanzierung	Statt sich mit den Schmerzen als Leid zu identifizieren, nimmt man eine beobachtete Haltung zu sich, seine Gedanken und Gefühle ein
Deeskalation	Aussteigen aus angsterfüllten Reaktionen, bohrendem Gedankenkreisen und vorausseilendem Vermeidungsverhalten
Selbstwirksamkeit	Verändern von Gefühlen der Ohnmacht gegenüber Schmerzen durch Ablenkung, Entspannung und Fokus auf veränderbare Dinge

Eine MMST kann solche Wirkprinzipien vermitteln, allerdings bedarf es der nachstationären Eigetherapie sie in den Alltag zu integrieren und zu festigen. Bei unseren Fallbeispielen ist dies Patientin B besser gelungen als Patientin A. Chronische Schmerzen bergen in sich das Potenzial, die grundsätzliche Lebenseinstellung zu färben und vorhandene negative Einstellungen zu verstärken. Dazu gehören Gefühle der Unzufriedenheit, des Verlustes, der Sinn- und Wertlosigkeit. Schmerzpatienten entwickeln zuweilen Vorstellungen, dass sie mehr zu leiden haben als andere Menschen. Sie verwalten Schmerz wie einen negativen Besitz. Umso wichtiger ist es den Patienten zu vermitteln, dass sie eine Wahl haben sich von solchen Vorstellungen zu lösen. Verstanden werden muss, dass der Patient selbst überwie-

gend den Therapieverlauf in der Hand hat. Patienten sollen in der MMST dazu angehalten werden, sich aus den vielfältigen Möglichkeiten der Ablenkung und Entspannung jene herauszusuchen und zusammenzustellen, die sie bei der Schmerzlinderung unterstützen (siehe 4.).

3. Erlernen und Einüben einer lebensbejahenden Grundhaltung

Eine positive Grundhaltung ist kaum zu erwarten, wenn jemand jahrelang leidet, Schmerzen hat, sich unverstanden fühlt und innerlich aufgegeben hat. Ziel ist es, an dieser Haltung und Herangehensweise zur Therapie schon vor Beginn des Aufenthaltes zu arbeiten. Patienten benötigen Beratung und Information zu einer vertrauensvollen Zusammenarbeit. Man kann herausfinden, womit man den Patienten bereits vor dem Aufenthalt Unterstützung geben kann, Informationsmaterial aushändigen oder sonstige Hilfe anbieten kann. Hier eine Zusammenstellung von hilfreichen Wirkprinzipien für eine lebensbejahende Grundhaltung:

Wirkprinzip	Erläuterung
Aufgeben von Selbstmitleid	Im Selbstmitleid ketten wir uns an das Leiden unter Schmerzen. Dabei ziehen wir einen zweifelhaften Trost daraus, Opfer zu sein
Dankbarkeit	In der Dankbarkeit verstärken wir den Blick auf das Gute und Schöne, das uns umgibt. Wir leben bewusster und reduzieren unser Leben nicht auf den Schmerz
Wertschätzung	Schmerzbewältigung ist eine Leistung, die wie für uns selbst vollbringen. Indem wir uns dafür wertschätzen, stärkt es unser Tun
Selbstmitgefühl	Im Selbstmitgefühl stehen wir zu uns selbst, verhalten wir uns selbst gegenüber verständnisvoll und fürsorglich, auch und gerade bei Schmerzen
Erfüllen von Wünschen	Schmerz führt oft zu Haltungen wie Rückzug und Verzicht. Indem wir uns Wünsche erfüllen, werden wir aktiver und wird das Leben für uns lebenswerter
Fokus auf das Verbindende	Wir übersehen, dass auch Menschen Schmerzen haben, die noch stärker sein können als unsere

Das Erlernen und Üben einer lebensbejahenden Grundhaltung ist wichtig für die nachstationäre Eigetherapie. Je besser es gelingt die lebensbejahende Grundhaltung zu praktizieren, desto größer ist die Chance nicht in die Schmerzverstärkung zurückzufallen. Dass die Anwesenheit von Schmerzen kein Maß für Unglück ist, ist eine lebenslange Lernaufgabe. An dieser Stelle gewinnen die Möglichkeiten zur nachstationären Eigetherapie eine große Bedeutung.

4. Maßnahmen zur Unterstützung der nachstationären Eigetherapie

Es gibt unzählige Möglichkeiten zur Eigetherapie und Förderung zur Selbstheilung. Dazu gehören: a) Methoden der Ablenkung wie Musik & Klang Kunst, Lesen (z. B. auch die Lektüre, um Schmerz zu verstehen), Entspannung in jeglicher Form, Bewegung und Sport, soziale und digitale Medien, Gespräche; b) Methoden der Aktivierung wie Einreibungen & Öle, Duft & Aromapflege, Bäder (Wasser, Öle, Linsen, Raps), Tape-Versorgungen, Lagerungen, Wärme & Kälte, Tagebuchschreiben, Löffelliste.

Als eine weitere Möglichkeit zur Eigetherapie sind Lernarrangements in Gruppen bzw. in Verbindung mit Einrichtungen zu empfehlen. Dazu gehören Feldenkrais, Yoga, Qi Gong & Tai Chi, Meditation, Gymnastik, Fitness und Krafttraining sowie Musik- und Kunsttherapie. Den verschiedenen Methoden gemeinsam ist die Gruppenerfahrung, die Stärkung der Selbstwirksamkeit, die Verbesserung der Chancen den negativen Schmerzfokus zu verlernen und positive Körpererfahrungen zu machen.

5. Erkenntnisse aus dem Fallvergleich

Die Erfahrung zeigt, dass es unrealistisch ist von der Annahme auszugehen, die Teilnahme an einer MMST genüge, um chronifizierte Schmerzen dauerhaft zu beseitigen. Die Patienten in der Vorgeschichte schmerzbezogener Behandlungen und in ihren Erwartungen bezüglich einer MMST gut abzuholen, erweist sich als erfolgskritisch. In der Erwartungshaltung, das interdisziplinäre Schmerzteam reiche aus, um bei Patienten etwas zu bewirken, geben Patienten ihre Verantwortung zur Mitwirkung ab. An den beiden Patientinnen kann man feststellen, wie wichtig die mentale und auch körperliche Vorbereitung ist. Die Mitarbeiter im Schmerzteam, die die Patienten in der Vorbereitungsphase betreuen, tun gut daran die Patienten zu der Erkenntnis zu führen, dass der Schritt zur Änderung bereits mit der Vorbereitung auf die MMST beginnt.

Eine verinnerlichte skeptisch-passive Grundhaltung in Verbindung mit einer hohen medizinischen Anspruchshaltung wie bei Patientin A kann den Therapieerfolg gefährden und die Rückfallgefahr erhöhen. Die Bereitschaft zur Mitwirkung ist umso mehr eingeschränkt, wenn Patienten an der Auffassung festhalten ihr Schmerz sei körperlich bedingt und die Beseitigung liege

in der Kompetenz und Verantwortung des Schmerzteams. Die Bedeutung der Eigenmotivation herauszuarbeiten und ein klares Verständnis der Rolle des Schmerzteams zu vermitteln, gehören zu einer guten Vorbereitung dazu.

Bei Patienten, bei denen man eine skeptisch-passive Haltung feststellt, macht es Sinn einen zusätzlichen Vorbereitungstermin vor dem stationären Aufenthalt oder eine Bedenkzeit einzuplanen. Alternativ ist es möglich, mit Patienten ein Vorbereitungsprogramm zu erarbeiten. Hierbei wird auf die 3 Säulen der Therapie und die Bedeutung der Vor- und Nachbereitung der MMST hingewiesen. Patienten sollen auch darüber aufgeklärt werden, dass der Erfolg einer MMST auch von der psychosozialen Berufs- und Lebenssituation und den familiären Einflüssen abhängen kann.

Da chronische Schmerzpatienten in einem Kreislauf unwirksamer Bewältigungsversuche gefangen sind, ist die Zusammenarbeit von Patienten und Schmerzteam grundlegend für ein gutes Gelingen. Ob Therapien, Übungen oder Anwendungen, nur mit der aktiven Mitarbeit der Patienten ist es möglich, die Negativspirale der Chronifizierung zu durchbrechen. Es ist eine enge, vertrauensvolle Zusammenarbeit des multiprofessionellen Teams mit den Patienten notwendig. Zur Zusammenarbeit gehört, dass Schmerzpatienten an den vermittelten Strategien und durchgeführten Anwendungen festhalten, auch wenn sie während der Therapie nur eine leichte Besserung bringen. Patienten müssen davon Abstand nehmen zu erwarten ein jahrelang aufgebauter Schmerz ließe sich in kurzer Zeit entscheidend verändern. Den Patienten muss bewusst sein: Eine nachstationäre Eigetherapie von mehreren Monaten ist notwendig, um in die in der MMST erworbenen Strategien und Einsichten zu verfestigen.

Patienten sollten nicht aus einer MMST entlassen werden, ohne einen verbindlichen Plan zur Nachbereitung und zur Integration in den Alltag. Dazu gehören ambulante Termine bei Ärzten oder Physiotherapeuten ebenso wie selbst organisierte Maßnahmen zur Ablenkung und Aktivierung. Nach unseren Erfahrungen hat sich die telefonische Nachbetreuung eine Woche und ein Monat nach dem stationären Aufenthalt durch die Pain Nurse sowie ein ambulantes Gespräch mit Psychologen und Ärzten bewährt.



Dr. Thomas Anton Weis
Dipl.-Psych. Dipl.-Päd.
Enzkreiskliniken im RKH-Verbund



Anja Riester
Pain Nurse
Enzkreiskliniken im RKH-Verbund