Schmerzfibel

Handeln, nicht behandeln lassen

MEDIAN

MEDIAN Zentrum für
Verhaltensmedizin Bad Pyrmont

MEDIAN
Zentrum für Verhaltensmedizin
Bad Pyrmont

MEDIAN

Inhaltsverzeichnis

Einleitung ____ 4

1. Was ist Schmerz? ____ 5

2. Warum ist Schmerz notwendig? ____ 5

3. Akuter Schmerz ____ 6

4. Chronischer Schmerz – eine eigenständige Krankheit ____ 6

5. Wie Schmerz im Körper entsteht ____ 8

6. Erklärungsmodelle für chronische Schmerzen ____ 11

7. Teufelskreis des Schmerzes ____ 13

8. Verhaltenstherapeutische Schmerzbehandlung in dem MEDIAN Zentrum für Verhaltensmedizin Bad Pyrmont ____ 15

   8.1 Indikationen

   8.2 Kontraindikationen

   8.3 Sinnvolle Ziele der Schmerztherapie

   8.4 Therapiebausteine

Schlußwort ____ 19

Mein „Notfallkoffer" ____ 20

Selbsthilfeliteratur und Kontaktadressen ____ 22

Einleitung

„Ich würde viel dafür geben, wenn sich meine Schmerzen verringern würden."

Liebe Patientin, lieber Patient,

Gedanken dieser Art kommen Ihnen wahrscheinlich bekannt vor. Sie kommen wegen Ihrer chronischen Schmerzen in unsere Klinik. Mit der Schmerzfibel möchten wir Ihnen den Einstieg in die psychosomatische Behandlung ihrer Schmerzen erleichtern. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß es für viele Patienten schwierig ist, sich vorzustellen, wie chronische Schmerzen psychotherapeutisch beeinflußt werden können. Oft entstehen Mißverständnisse wie z.B. „meine Schmerzen werden nicht ernst genommen", „man glaubt mir meine Schmerzen nicht", „ich bilde mir die Schmerzen doch nicht ein", „ich bin doch nicht verrückt", „ich bin kein Simulant", „mein Arzt weiß nicht mehr weiter, also schreibt er mich ab". Vielleicht haben Sie über die Jahre solche negativen Erfahrungen gemacht und sind deshalb skeptisch.

Wir hoffen, daß es Ihnen hier gelingt, einen neuen Umgang mit Ihren Schmerzen zu erlernen, zum „Manager" Ihrer eigenen Krankheit zu werden und so eine Verbesserung der Lebensqualität zu erzielen.

1. Was ist Schmerz?

Auf diese Frage weiß wohl jeder eine Antwort, denn Schmerz ist eine vertraute Empfindung. Wir alle machen im Laufe unseres Lebens unsere „schmerzlichen" Erfahrungen und gehen mit solchen Empfindungen unterschiedlich um. Fakt ist, daß Schmerzen die körperliche und geistige Aktivität des Menschen negativ beeinflussen können. Aber auch umgekehrt kann körperliche und geistige Aktivität positiven Einfluß auf das Schmerzempfinden haben.

Die naturwissenschaftliche Antwort auf die Frage, was Schmerz eigentlich ist, gestaltet sich schwierig. Einfach und treffend heißt es in der Umgangssprache: „Schmerz ist, wenn es weh tut".

Die wissenschaftliche Definition besagt, daß der Schmerz nicht allein vom Ausmaß einer erfolgten Gewebsschädigung geprägt ist, sondern daß im besonderen Maße subjektive Erfahrungen, Erinnerungen, Stimmungen, Persönlichkeitscharakteristika und soziokulturelle Faktoren für die Schmerzwahrnehmung von Bedeutung sind. Der Volksmund sagt: „Der gleiche Schmerz tut jedem anders weh".

2. Warum ist Schmerz notwendig?

Aus biologischer Sicht ist Schmerz eine nützliche, weil lebenserhaltende Reaktion auf alle schädlichen Reize, die entweder von außen einwirken (z.B. Folge von Hitze, Kälte, Druck, Gewebeverletzung) oder im Innern des Körpers entstehen (z.B. Entzündungen, Reizungen, mangelnde Durchblutung, Verschleißerscheinungen, bösartige Wucherungen wie z.B. Tumore). Als „bellender Wachhund der Gesundheit" macht der Schmerz uns darauf aufmerksam, daß irgendwo im Körper etwas nicht stimmt. Er warnt uns und schützt somit die Unversehrtheit des Organismus. Es gibt nur wenige Menschen mit angeborenen Nervenschädigungen, die kein

Schmerzempfinden besitzen, die sich aufgrund des Fehlens des Warnsystems „Schmerz" immer wieder Verletzungen zuziehen und meist kein hohes Alter erreichen.

3. Akuter Schmerz

Akuter Schmerz ist ein kurz dauernder, gut umschriebener Schmerz, dessen Ursache in der Regel bekannt und behandelbar ist. Beispiele für akute Schmerzen sind: Zahnweh, Verstauchungen, Prellungen, Knochenbrüche, Sonnenbrand, Blinddarmentzündung. Akuter Schmerz ist kein Gegner, sondern ein Helfer für unsere Gesundheit, denn als Warnfunktion leitet er ein schmerzmeidendes bzw. heilungsförderndes Verhalten ein. Die Behebung der Ursache führt zur Behebung des Schmerzes, und man erreicht Schmerzfreiheit.

4. Chronischer Schmerz – eine eigenständige Krankheit

Als chronischen Schmerz bezeichnet man einen Dauerschmerz von mehr als sechs Monaten, wobei Patienten oft über Jahre über andauernden Schmerz klagen. Die Lokalisation ist unklar, umfaßt große Areale, und dieser Schmerz kann nicht immer einer körperlichen Ursache zugeschrieben werden. Die Ursachen des chronischen Schmerzes sind entweder nicht vollständig erklärbar oder unbekannt oder bekannt, aber nicht heilbar. Der Schmerz verliert hiermit seine Rolle als Wegweiser, und damit auch seine Warnfunktion. Es entsteht ein eigenständiges Krankheitsbild, der Schmerz wird selbst zur Krankheit. Auch die daraus entstehenden Folgen sind vielfältig und langfristig. Es kommt zu Beeinträchtigungen, die den Menschen als Ganzes in seinem sozialen Gefüge, in seiner Rolle im Beruf, in der Partnerschaft, in der Familie und Freizeit beeinflussen. Oft sind vielfältige erfolglose Behandlungsversuche die Folge, die zu Hoffnungs-

losigkeit, Resignation und erlernter Hilflosigkeit führen. Begleitsymptome des chronischen Schmerzes sind Schlafstörungen, Appetitmangel, gesteigerte Reizbarkeit, depressive Verstimmung sowie Einengung der Erlebnisfähigkeit. Da das Schmerzerleben oft losgelöst von den ursprünglich schmerzbedingenden körperlichen Störungen besteht, die Ursachen vielfältig sind und oft nicht behebbar, ist das Ziel der Behandlung in diesem Fall eher eine Schmerzlinderung zur Verbesserung der Lebensqualität.
In der folgenden Tabelle sind die wichtigsten Unterschiede zwischen akutem und chronischem Schmerz zusammengefaßt.

akuter Schmerz / chronischer Schmerz

	akuter Schmerz	chronischer Schmerz
Dauer	kurz dauernd (Sekunden – Wochen)	lang dauernd (mehr als 6 Monate – Jahre) erfolglose Behandlung
Lokalisation	gut umschrieben	unklar, große Areale
Ursache	bekannt, behandelbar	unbekannt oder nicht vollständig erklärbar, aber nicht behandelbar
Funktion	Schutz- und Warnfunktion (Erhaltung der körperlichen Unversehrtheit)	Schmerz wird selbst zur Krankheit (Lebensqualität durch Schmerz beeinträchtigt)
Beeinträchtigungen	kurzfristig	langfristig (körperliche Ebene, psychologische Ebene)
Behandlung	Behandlung der Ursache (z.B. Operation, Medikamente, Schonung)	Behandlung schmerzfördern der Bedingungen, häufig Psychotherapie erforderlich
Behandlungsziele	Schmerzfreiheit	Schmerzlinderung, Steigerung der Lebensqualität

5. Wie Schmerz im Körper entsteht

Mehr als 80 % aller Nervenfasern im menschlichen Körper gehören zum noziceptiven System der Schmerzwahrnehmung und Verarbeitung (Nozizeption genannt, von lateinisch nocere=schaden). Die „Sinnesorgane für den Schmerz" sind in der Haut, Muskeln, Bändern aber auch in den meisten inneren Geweben und Organen zu finden. Sie heißen Nozizeptoren. Ihre Reizung führt zu einer elektrischen Erregung, welche über Nervenfasern die Information zum Rückenmark weiterleitet. Ein wichtiges Merkmal vieler Nozizeptoren ist ihre Fähigkeit, chemische Botenstoffe (sogenannte Neuropeptide) zu produzieren und in das umgebende Gewebe abzugeben. Eine dieser Substanzen nennt sich Substanz P (P von Pain, heißt auf englisch Schmerz), die auf die Durchblutung und Durchlässigkeit von Blutgefäßen wirkt, das vegetative Nervensystem reizt und lokale Entzündungen im Gewebe bewirkt. Diese Veränderungen wiederum können selbst die Nozizeptoren erregen mit der Folge der Entstehung eines Teufelskreises. Schmerz führt zur Schonhaltung, bedingt dadurch eine Fehlhaltung mit der Folge erhöhter Muskelanspannung, was wiederum eine zusätzliche Reizung der Nozizeptoren zur Folge hat. Es kommt zu einer Sensibilisierung der Nozizeptoren, so daß immer geringere Reizstärken zu ihrer Erregung nötig sind. Es kann auch zu spontanen Erregungen der Nervenzellen kommen, d.h. es entsteht eine Reizung, ohne daß eine Ursache auszumachen ist.

Über äußere Nervenbahnen gelangen die Schmerzreize zum Rückenmark, der wichtigsten Schaltstelle zwischen Peripherie und Gehirn. Von hier werden diese über aufsteigende Bahnen an bestimmte Hirnstrukturen weitergeleitet. Eine davon ist der **Thalamus**, wo Lokalisation, Ausstrahlung und Schmerzcharakter (z.B. drückend, stechend) wahrgenommen werden. Ist die elektrische Reizung dauerhaft, so kommt es an den Zellen des Rückenmarkes zu zellulären Umbauprozessen, Veränderungen von Zellmembranen und dauerhaften Veränderungen des Erbgutes, die eine ständige Ausschüttung von Botenstoffen (Neuropeptide) zur Folge haben,

obwohl der Auslöser bereits beseitigt ist. Dies führt zu einer Verselbstständigung des Schmerzgeschehens. Neben den zum Gehirn aufsteigenden Nervenbahnen gibt es auch in Gewebe und Organe absteigende sogenannte schmerzhemmende Systeme, wo insbesondere sogenannte körpereigene Hemmstoffe des Schmerzes (Endorphine) eine Rolle spielen. Die zweite Region im Gehirn, die bei der Schmerzwahrnehmung eine Rolle spielt, ist das **limbische System**, das „Zentrum für unsere Gefühle", wo insbesondere das „Leidvolle, Qualvolle" des Schmerzes wahrgenommen wird. Hier werden auch depressive Verstimmungen, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, aber auch Ärger oder Wut wahrgenommen. Über die Erregung des Thalamus und des limbischen Systems wird auch die **Großhirnrinde** (Cortex) über den Schmerz informiert. Hier spielt die Entstehung eines Schmerzgedächtnisses durch die Langzeiterregung des Schmerzsystems eine Rolle, wobei es Neuropeptide gibt, die eine schmerzverstärkende Wirkung (z.B. Substanz P), andere Substanzen wie körpereigene Opiate (z. B. Endorphin), eine schmerzlindernde Wirkung haben. In der Großhirnrinde wird eine Bewertung des Schmerzes vorgenommen, ein Vergleich mit früheren Erfahrungen, und es kann bei ungünstigen Bedingungen zu Fehleinschätzungen und Überforderungen kommen, was sich wiederum aufrechterhaltend auf das Schmerzgeschehen auswirken kann.

Wichtig ist, daß in allen Abschnitten der Schmerzweiterleitung modulierende d. h. schmerzverstärkende bzw. schmerzhemmende Systeme wirken und so den Schmerz verstärken bzw. lindern können. Möglichkeiten der Einflußnahme auf diese Größen wollen wir Ihnen aufzeigen, damit Sie dem Schmerz zukünftig nicht so hilflos ausgeliefert sind.

Die drei Ebenen der Schmerzverarbeitung

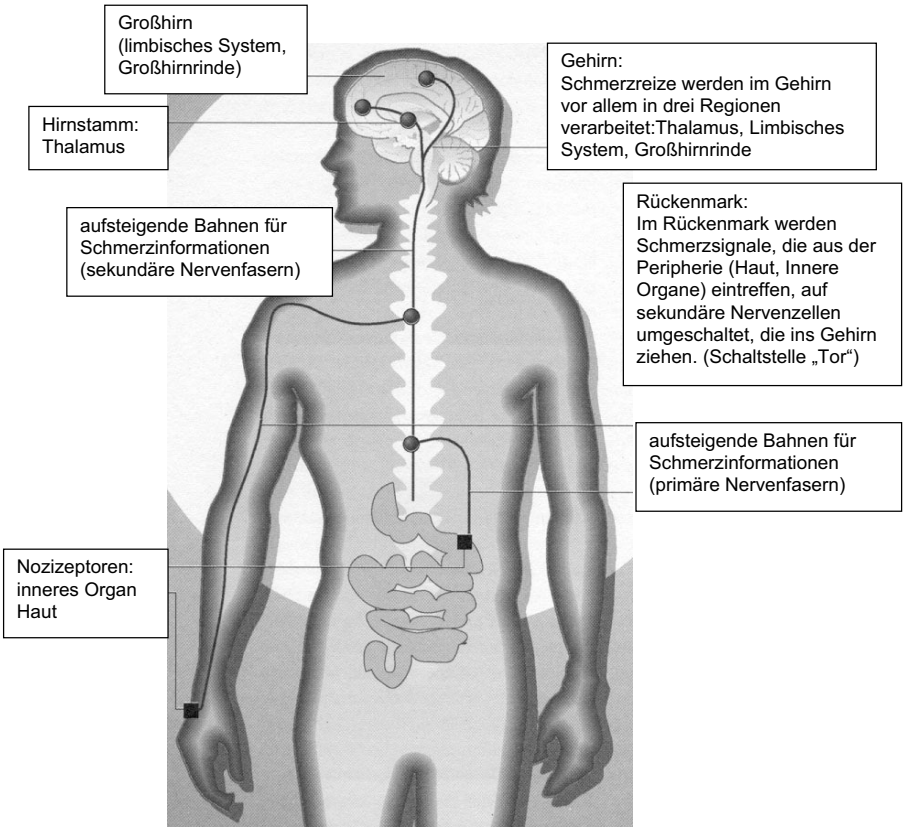


Abbildung 1: modifiziert aus „Chronischer Schmerz“, Bundesministerium für Bildung und Forschung (2001)

6. Erklärungsmodelle für chronische Schmerzen

Zum Verständnis der Entstehung chronischer Schmerzen wird Ihnen ein vereinfachtes Modell der **Gate-Control-Theorie** (Tor-Kontroll-Theorie) vermittelt. Dieses Modell besagt, daß Schmerzen zunächst ein akutes Warnsignal bedeuten. Über Nervenbahnen wird die Information ins Rückenmark und dann ins Gehirn weitergeleitet. Bis der Schmerz bewußt ist, wird er moduliert, d.h. verstärkt oder gelindert durch die bereits oben genannten Neuropeptide. Dabei kann man sich die Schaltstelle Rückenmark als ein „Tor" vorstellen, das je nach Situation und Befindlichkeit mehr oder weniger geöffnet ist und so stärkere oder bereits schwächere Schmerzen ins Bewußtsein kommen. So kommt es z.B., daß die gleiche Verletzung manchmal so sehr schmerzen kann, daß keine Tätigkeit mehr möglich erscheint, in einer anderen Situation aber überhaupt nicht auffällt und erst später bemerkt wird. Die Wahrnehmung des chronischen Schmerzes ist dabei weniger vom Ausmaß der Gewebsschädigung abhängig, sondern im Wesentlichen davon, wie sich die Person fühlt, wie aktiv und beschäftigt sie ist und wie sie den Schmerz selber bewertet.

Sie kennen bestimmt auch Situationen, wie z. B. ein spannendes Buch lesen oder ein angenehmes Gespräch führen, in denen die Schmerzen weniger wahrgenommen werden, „in den Hintergrund treten". Ablenkung, Entspannung, Wärme- oder Kälteanwendung, Selbstvertrauen oder eine optimistische Grundhaltung können u. a. zu einer Schmerzlinderung führen. Wir erklären uns dies anhand der Tor-Kontroll-Theorie, daß das „Tor" im Rückenmark sich eher schließt, also dann weniger Schmerzsignale das Rückenmark passieren und zum Gehirn gelangen. Umgekehrt sind Passivität, Traurigkeit, Langeweile, Hilflosigkeit, Streß und Anspannung Faktoren, die den Schmerz verstärken, die das „Tor" eher öffnen, so daß der Schmerz stärker und unangenehmer empfunden wird. Wir wollen Sie dabei unterstützen, „Ihre" schmerzreduzierenden Faktoren kennenzulernen, um sie dann mit dem Ziel der Schmerzlinderung im Alltag anzuwenden.

Abbildung 2: Aufzählung von körperlichen und seelischen Faktoren, die Einfluss auf das Schmerzgeschehen haben (modifiziert aus „chronische Kopf- und Rückenschmerzen", Basler, H. D., 2001)

Ein weiteres, heute eher bevorzugtes Erklärungsmodell für den chronischen Schmerz ist das **bio-psycho-soziale Modell des Schmerzes**. Neben der biologischen Komponente (Nozizeptor, Nerven, Rückenmark, Thalamus, limbisches System, Großhirnrinde) und den psychischen Komponenten (Gedanken, Gefühle, Bewertungen) wird hier insbesondere der soziale Aspekt des Schmerzes hervorgehoben. Schmerz wird anderen Menschen mitgeteilt, er wird so in soziale Beziehungen eingebracht. Wir nennen dies Schmerzverhalten oder aber chronisches Krankheitsverhalten. Nicht nur der Patient selbst leidet unter dem Schmerz, auch sein unmittelbares Umfeld ist damit konfrontiert. Dadurch entstehen Veränderungen in den Beziehungen sowohl im Beruf als auch in der Familie oder im

Freundeskreis. Vielleicht haben Sie schon erlebt, daß Sie wegen der chronischen Schmerzen, durch die Einnahme einer Schonhaltung, durch Rückzug, durch verschiedene Äußerungen, die den Schmerz betreffen, von anderen Menschen vermehrt Hilfestellung, Unterstützung, Rücksichtnahme erhalten. Andererseits erfahren Sie manchmal auch Unverständnis oder Ungeduld für den langwierigen Verlauf Ihrer Erkrankung und Ihre damit verbundenen Beeinträchtigungen. Diese sozialen Aspekte des Schmerzes individuell für sich selbst zu erkennen, ist wichtig, da sie ein zusätzlicher Streßfaktor sind und häufig den Schmerz verstärken und aufrechterhalten.

7. Teufelskreis des Schmerzes

Unklar ist der Wissenschaft bis heute, warum Schmerzen bei manchen Menschen zur Chronifizierung führen, bei anderen dagegen nicht, selbst wenn beide Gruppen ein vergleichbares Krankheitsbild aufweisen. Erbanlagen, psychische Einflüsse und soziale Faktoren spielen dabei eine Rolle.

Schmerz, der über eine längere Zeit andauert, führt zu Schonung des betreffenden Körperteils, was oft medizinisch zunächst auch erforderlich ist. Allmählich führt die Schonung jedoch zu Muskelabbau mit nachfolgender Überlastung, Fehlhaltung und Verspannung, so daß neue Beschwerden auftreten, die sich ebenfalls als Schmerz äußern. Ferner führt die Schonung zu einer Fehlbelastung anderer Strukturen (Muskeln, Sehnen), und es entstehen Verspannungen in anderen Körperregionen, so daß der Schmerz verstärkt wird. Auch der Beginn der erneuten Beanspruchung von Muskeln und Gelenken, nach einer Schonzeit wird zunächst den Schmerz verstärken. Die Muskelverspannung gilt also als ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung chronischer Schmerzen. Durch Entspannungsverfahren, Korrektur von Fehlhaltungen, Muskeltraining, Erlernen zweckmäßiger Bewegungsabläufe und Erkennen der Grenzen der eigenen Belastbarkeit kann Muskelverspannung abgebaut werden.

Ständige Schmerzen machen es schwerer, den schönen Dingen des Lebens nachzugehen, z.B. Hobbies oder Freundschaften zu pflegen, was sich negativ auf die Stimmung auswirkt. Eine traurige, ärgerliche, sorgenvolle Grundstimmung öffnet „das Schmerztor", verstärkt also die Schmerzen. Dies führt möglicherweise zu erneutem Rückzug. Mehr Aktivität ist jedoch entscheidend für den langfristigen Erfolg der Behandlung, denn Ausgeglichenheit, eine optimistische Grundhaltung, Gelassenheit, Zuversicht, wirken sich positiv auf das Schmerzerleben aus. Insbesondere an dieser Stelle kann Einzel- und Gruppenpsychotherapie ansetzen.

Den Schmerzkreislauf zu durchbrechen, ist also oberstes Ziel der Therapie.

Schmerzkreislauf

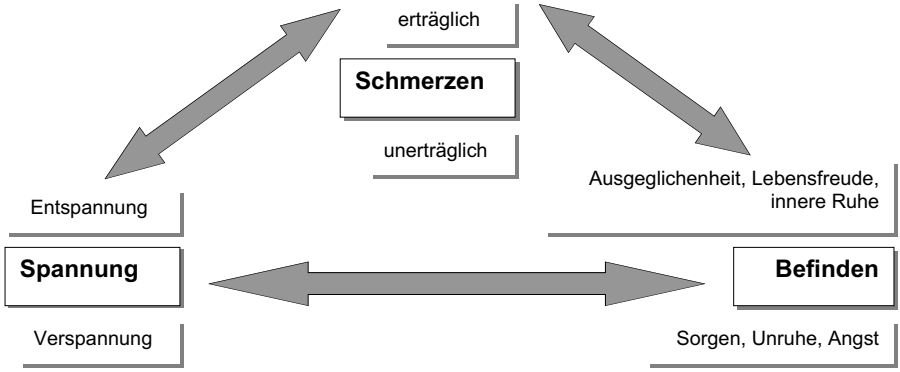


Abbildung 3: modifiziert aus „Chronischer Schmerz", Bundesministerium für Bildung und Forschung (2001)

8. Verhaltenstherapeutische Schmerzbehandlung in dem MEDIAN Zentrum für Verhaltensmedizin Bad Pyrmont

8.1 Indikationen:

Unsere Klinik ist u.a. spezialisiert auf die Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen. Dabei wollen wir Ihnen helfen, Schmerzen besser zu beurteilen, schmerzlindernde Maßnahmen herauszufinden und anzuwenden, Entspannung und Ablenkung zu fördern.

8.2. Kontraindikationen:

- Schwerste Gehbehinderung, Rollstuhlfahrer
- Akute entzündliche Erkrankungen
- Schwerste Suchterkrankungen
- Tumorerkrankungen

8.3 Sinnvolle Ziele der Schmerztherapie:

- Erlernen aktiver Schmerzbewältigungsstrategien
- Förderung der Schmerzakzeptanz
- Abbau von Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühlen
- Erlernen von Entspannungstechniken
- Erkennen von Warnsignalen
- Erarbeitung eines Verständnisses für die Funktionalität der Schmerzen
- Abbau des passiven Schonverhaltens
- Informationen über Analgetika bzw. Analgetikareduktion
- Erlernen von Streßbewältigungsstrategien
- Erhöhung des Selbstwertgefühls
- Verbessung sozialer Kompetenzen
- Umgang mit Fehlschlägen im Sinne einer Rückfallprophylaxe.

Ziel der stationären Schmerzbehandlung kann sicher nicht die vollständige Schmerzfreiheit sein. Heilung oder Beschwerdefreiheit zu versprechen ist nicht realistisch, zunächst ist wichtig daran zu

arbeiten, zu unterscheiden, was man hinnehmen muss (z.B. Verschleißerscheinungen an Gelenken oder Wirbelsäule) und was veränderbar ist.

8.4. Therapiebausteine

a) Einzeltherapie:
Einzeltherapie wird durch den Bezugstherapeuten (Arzt oder Psychologe) durchgeführt. Es wird gemeinsam mit Ihnen eine ausführliche Verhaltens- und Bedingungsanalyse der Schmerzsymptomatik erarbeitet, also ein individuelles bio-psycho-soziales Krankheitsmodell erstellt. Hieraus werden spezifische Veränderungsziele abgeleitet und entsprechende Therapiemaßnahmen geplant, um diese Therapieziele zu erreichen.

b) Gruppentherapien:
Indikative Gruppe zur Schmerzbewältigung: Sie dient dem Austausch zwischen „Experten", da alle Patienten mit chronischen Schmerzen egal, ob diese rein funktioneller Natur sind oder sich objektivierbare Befunde nachweisen lassen, gemeinsam behandelt werden. Fragen wie „Was ist somatisch? Was ist psychisch?" sind dabei wenig zielführend. Die Gruppe ist offen und es werden in 5 Sitzungen, mit jeweils einer Sitzung pro Woche folgende Themen bearbeitet:

- Vermittlung eines Erklärungsmodells zur Schmerzverarbeitung (GATE-Control-Theorie)
- Erstellung des Teufelskreises der Schmerzen
- Vermittlung von Entspannungstechniken
- Erlernen von Ablenkungsstrategien
- Aufhebung des Genußverbotes
- Erarbeiten von schmerzauslösenden und schmerzlindernden Faktoren
- Vermittlung des Zusammenhangs zwischen Streß und Schmerz
- Umwandlung schmerzfördernder Gedanken in hilfreiche, schmerzlindernde Gedanken
- Erstellung eines Schmerzdialogs („mit dem Schmerz sprechen")
- Erarbeitung hilfreicher Selbstgespräche

- Information über Analgetika
- Erarbeitung eines „Erste-Hilfe-Koffers" für Schmerzen im Sinne einer Rückfallprophylaxe.

Weitere gruppentherapeutische Maßnahmen sind Problemlösegruppe und das Training sozialer Fertigkeiten. Auch die Teilnahme an der Genußgruppe, an der Körpererfahrungsgruppe oder der Depressionsgruppe können in Betracht kommen.

Entspannungstraining: Es geht hierbei um die Vermittlung der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson. Damit sollen Sie eine spezifische Schmerzbewältigungsstrategie erlernen, mit dem Ziel, den Teufelskreis des Schmerzes zu durchbrechen. Weitere mögliche Entspannungsangebote sind die imaginative Tiefenentspannung, das Erlernen von Kurzentspannungstechniken, Hypnose. Unter Umständen kann dies über Biofeedback unterstützt werden.

c) Körpermedizinische Maßnahmen:
Falls notwendig werden Konsiliaruntersuchungen bei verschiedenen Fachärzten z.B. Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie oder auch bildgebende Verfahren eingeleitet.

Auch der medikamentösen Behandlung kommt eine wichtige Rolle zu. Wir führen eine Schmerzmittelgabe (Analgetika) nach dem Schema der Weltgesundheitsorganisation durch, bevorzugen die Einnahme von Tabletten, möglichst in retardierter (langwirksamer) Form und legen eine individuelle Dosierung fest. Unser Bestreben ist es, Medikamente gemäß der Dauer ihrer Wirkungszeit anzusetzen, um so eine effektive Schmerzlinderung über 24 Stunden zu erreichen. Eine schmerzlindernde Medikation „bei Bedarf", das heißt dann, wenn eine Schmerzspitze auftritt, erhöht das Mißbrauchsrisiko und verstärkt die Überzeugung, daß lediglich Medikamente hilfreich sein können. Eine weitere Medikamentengruppe, die wir als begleitende

Medikation einsetzen, sind Antidepressiva, die durch Veränderung der Schmerzwahrnehmung, Abbau von depressiven Verstimmungen und Verbesserung des Schlafverhaltens im Sinne einer Unterbrechung des Teufelskreises des Schmerzes schmerzlindernd wirken.

d) Sport-/Bewegungstherapie, Krankengymnastik und physikalische Therapie

Hierzu gehören:

- Wirbelsäulengymnastik
- Wassergymnastik
- Kopfschmerzgymnastik
- Einzelkrankengymnastik
- Ergometertraining
- Medizinische Trainingstherapie
- Wärme
- Kälteapplikationen
- Bäder und Massagen.

e) Ergo- und Kreativtherapie sowie Musiktherapie werden in der Schmerzbehandlung eingesetzt zum Aktivitätsaufbau, als Ablenkungsstrategie, zur Sensibilisierung für inneres Erleben und eigener Gefühle, zur Wahrnehmungsschulung sowie zur Verbesserung der Entspannungs- und Genußfähigkeit.

f) Soziotherapie
Bei bestimmten Fragestellungen besteht die Möglichkeit im Rahmen der Soziotherapie z.B. am Bewerbertraining teilzunehmen, eine interne oder externe berufliche Belastungserprobung durchzuführen, etc.

Schlußwort

Sie haben nun in Kürze die Möglichkeit gehabt, unser umfangreiches Behandlungskonzept für chronische Schmerzpatienten kennenzulernen. Einige Behandlungsmaßnahmen werden Sie bereits kennen, andere werden Ihnen neu erscheinen. Nutzen Sie die Chance, in Einzel- und Gruppentherapien psychologische und auch soziale Aspekte Ihrer Schmerzkrankheit kennenzulernen, da diese häufig aufrechterhaltende bzw. schmerzverstärkende Faktoren aufdecken. Lassen Sie sich auch nicht verunsichern, wenn Sie nicht sofort einen Erfolg verspüren. Manches braucht eben Zeit, vieles ist Übungssache, muß erneut probiert werden. Fehler und Mißgeschicke sind aber auch da, um aus ihnen für die Zukunft zu lernen. Unser Behandlungsziel für Sie ist dabei ganz kurz zusammengefaßt:

3 x E

E = Education (Erklärung)
E = Exercise (Einübung)
E = Encouragement (Ermutigung).

Wir hoffen, daß Sie durch unser bewährten Behandlungskonzept von dem Aufenthalt in dem MEDIAN Zentrum für Verhaltensmedizin Bad Pyrmont profitieren können und wünschen Ihnen viel Erfolg.

Mein „Notfallkoffer":

Am Ende der Schmerzfibel sollten Sie die Gelegenheit haben, sich Ihren persönlichen „Notfallkoffer" zusammenzustellen. Darin können Sie aufschreiben, welche Schmerzbewältigungsstrategien sie hier kennengelernt und erfolgreich ausprobiert haben, um sie dann auch zu Hause zur Schmerzlinderung einzusetzen. Als Anregung können einige Leitfragen hilfreich sein:

1. Welche bewährten aktiven Bewältigungsstrategien habe ich erlernt / möchte ich fortsetzen?

2. Von welchen Entspannungsverfahren konnte ich am besten profitieren und wann will ich sie einsetzen?

3. Welche schmerzauslösenden und verstärkenden Faktoren habe ich kennengelernt, welche Alternativen möchte ich konsequent umsetzen?

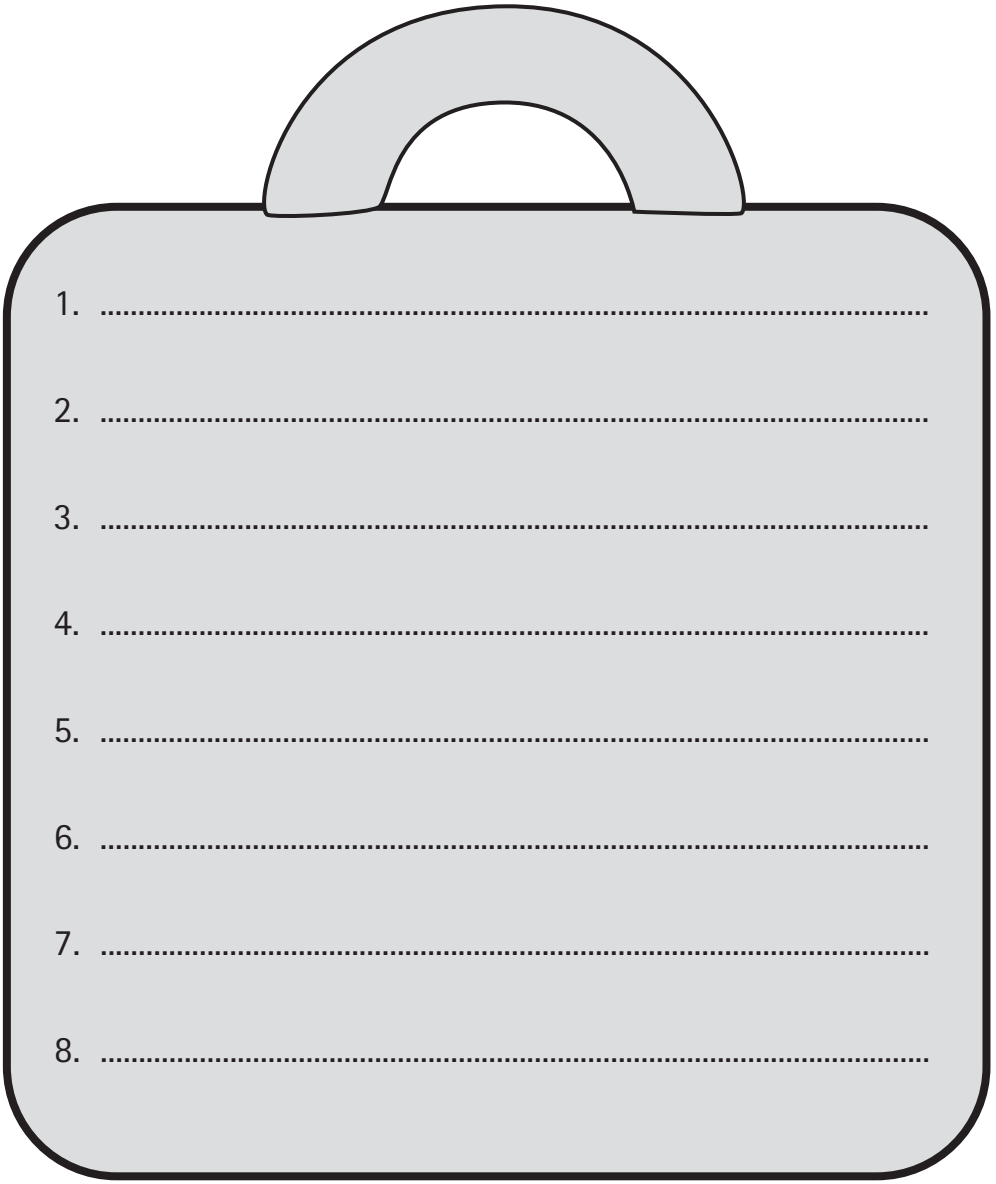
4. Welche äußeren und inneren Ablenkungsstrategien sind bei mir hilfreich?

5. Wie sieht mein inneres Bild zur Ablenkung aus?

6. Welche Aktivitäten nehme ich mir vor?

7. Welche Gedanken helfen mir, den Schmerz besser zu akzeptieren und zu bewältigen?

8. Was kann ich bei Rückfällen tun?



1. .....

2. .....

3. .....

4. .....

5. .....

6. .....

7. .....

8. .....

Von uns empfohlene Selbsthilfeliteratur und Kontaktadressen:

Selbsthilfeliteratur

Broome, A., Jellicoe, H., 1989: Mit dem Schmerz leben. Anleitung zur Selbsthilfe.
Bern: Hans Huber

Risch, E., 1992: Gesunder Rücken, gesunder Nacken – Wege zur Selbsthilfe.
Stuttgart: Gustav-Fischer-Verlag

Pfingsten, M., Hildebrandt, J., 1998: Chronischer Rückenschmerz – Wege aus dem Dilemma.
Bern: Hans Huber

Zimmermann, M. & Möller-Streitbörger, W., 1995: Der Schmerz.
Hamburg: TKK

Diener, H. C., 1999: Wirksame Hilfe bei Migräne – erfolgreiche Maßnahmen im Überblick: Wie Sie Attacken behandeln und vorbeugen.
Stuttgart: Thieme-Verlag

Diener, H. C., 2001: Migräne – ein Buch mit sieben Siegeln? 100 Fragen und 100 Antworten.
Stuttgart/New York: Thieme Verlag

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2001): Chronischer Schmerz. Ergebnisse der Forschung verbessern die Versorgung der Patienten.
Bonn

Seemann, H., 2000: Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen – über den Umgang mit psychosomatischen Schmerzen.
Stuttgart: Klett-Cotta

Kontaktadressen:

Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS):
www.medizin.uni-köln.de/Projekte/dgss/.

Schmerztherapeutisches Colloquium e. V.: www.stk-ev.de

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG): www.dmkg.org

Deutsche Schmerzliga: www.dsl.-ev.de

MEDIAN

MEDIAN Zentrum für Verhaltensmedizin Bad Pyrmont

Bombergallee 10
31812 Bad Pyrmont

Call free: 0 800 700 619 0
Fax: 0 52 81 6 19-666
pyrmont-kontakt@median-kliniken.de
www.median-kliniken.de

K.PTD.025.00