

# Entstehung chronischer Schmerzen

*Martin von Wachter*

- 2.1 Was ist Schmerz eigentlich? – 4
- 2.2 Schmerzkrankheit – 4
- 2.3 Akuter Schmerz und chronischer Schmerz – 5
- 2.4 Schmerzverarbeitung auf neuronaler Ebene – 6
  - 2.4.1 Der Weg vom Schmerzreiz zum Gehirn – 6
  - 2.4.2 Schmerzverarbeitung im Gehirn – 7
- 2.5 Bahnung – Neuroplastizität – 8
- 2.6 Bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis – 9
- 2.7 Gefühle und chronischer Schmerz – 10
- 2.8 Chronifizierung – 11
- 2.9 Teufelskreise und Aufrechterhaltung der Schmerzen – 13
- 2.10 Schlaf und Schmerz – 14
- 2.11 Psychosoziale Folgen von chronischen Schmerzen – 15
- 2.12 Schmerzkrankheit und Familie – 17

Dieses Kapitel widmet sich der grundsätzlichen Definition und Einteilung von Schmerzen. Die Unterschiedsmerkmale zwischen akutem und chronischem Schmerz werden aufgezeigt. Außerdem wird dargestellt, wie die Schmerzverarbeitung im Rückenmark und Gehirn abläuft.

Die enge Beziehung zwischen Körperschmerz und Seelenschmerz bei einer chronischen Schmerzkrankheit kommt ebenso zur Sprache wie die damit verbundenen psychosozialen Wechselwirkungen für den Betroffenen, seine Familie und sein privates bzw. berufliches Umfeld. Die Risikofaktoren für eine Chronifizierung werden schließlich den schützenden Faktoren gegenübergestellt.

Sie finden die Gelegenheit, alle Faktoren und Einschränkungen, die aus Ihrer chronischen Erkrankung resultieren, zu reflektieren und sich entsprechende Notizen zu machen.

## 2.1 Was ist Schmerz eigentlich?

---

Jeder kennt Schmerzen, aber es ist schwer zu sagen, was Schmerzen eigentlich sind. Ist Schmerz eine Wahrnehmung wie z. B. Schmecken, Hören oder Riechen oder ein Gefühl wie z. B. Wut, Ärger oder Trauer? Eine moderne Definition sieht beide Aspekte vor.

Schmerz ist sowohl eine unangenehme Sinneswahrnehmung, die dem Körper zugeschrieben wird, als auch ein Gefühlserlebnis.

Dies kann hervorgerufen werden durch:

- eine reale körperliche Verletzung,
- einen drohenden Schmerz, z. B. vor dem Zahnarztbesuch,
- einen früheren Schmerz über das Schmerzgedächtnis,
- eine psychische Verletzung,
- die Beobachtung von Schmerzen bei einem anderen (z. B. wenn sich jemand den Finger in der Autotür einklemmt).

## 2.2 Schmerzkrankheit

---

Ob Schmerzen zu einer chronischen Erkrankung werden, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Im Verlauf der Chronifizierung von Schmerzen kann sich eine eigenständige Schmerzkrankheit entwickeln, die sich von ihrer Ursache abgekoppelt hat. Folgerichtig haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Ersatzkassen 1996 in einem Vertrag zur qua-

**Schmerz ist sowohl unangenehme Sinneswahrnehmung als auch Gefühlserlebnis**



■ **Abb. 2.1** Akuter Schmerz hat eine Warnfunktion (links); chronischer Schmerz kann zu »falschem Alarm« führen (rechts)

lifizierten Schmerztherapie erstmals von einer Schmerzkrankheit gesprochen und diese wie folgt definiert.

- **Chronisch schmerzkrank sind Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und selbständigen Krankheitswert erlangt hat.**

Im Folgenden werden neben organischen Ursachen auch funktionelle Teufelskreisläufe und psychosoziale Faktoren erläutert, die an der Entstehung chronischer Schmerzen mitwirken.

## 2.3 Akuter Schmerz und chronischer Schmerz

**Akuter Schmerz** Akuter Schmerz wird durch äußere (z. B. Verletzung) oder innere Prozesse (z. B. Entzündung, Tumor, Verspannung) ausgelöst. Er ist zeitlich begrenzt, örtlich umschrieben und wird von einer Stressreaktion begleitet (Puls und Blutdruckanstieg, Schwitzen, Muskelanspannung). Der akute Schmerz hat eine Warnfunktion und ist biologisch sinnvoll. Er führt dazu, dass wir die Aufmerksamkeit auf eine Verletzung lenken und weitere schmerzauslösende Aktivitäten vermeiden (■ Abb. 2.1). Im Falle einer Verletzung ist es z. B. sinnvoll, sich zu schonen. Schmerz

### Chronische Schmerzen haben keine Schutzfunktion mehr

ist aber keine »Einbahnstraße«, bei der lediglich Signale aus dem Körper an das Gehirn übermittelt werden. Ein solches einfaches Reiz-Reaktions-Konzept beschreibt allenfalls den akuten Schmerz.

**Chronischer Schmerz** Bei chronischen Schmerzen ist dieses »Einbahnstraßen-Modell« völlig unzureichend. Hier kommen zahlreiche Wechselwirkungen zwischen äußerem Reiz und dem Schmerzsystem hinzu – sowohl auf körperlicher als auch auf psychosozialer Ebene. Deshalb ist auch die Behandlung von akuten Schmerzen anders als die von chronischen Schmerzen.

#### ► Von chronischem Schmerz sprechen wir, wenn Schmerzen länger als 3–6 Monate anhalten.

Chronischer Schmerz ist oft weniger scharf umschrieben, häufig dumpf, manchmal wechselnd. Chronische Schmerzen haben meistens keine Schutzfunktion mehr. Die Schmerzen bedeuten nicht mehr, dass der Körper geschädigt wird. Chronischer Schmerz kann so zu einem »falschen Alarm« führen und zu ungünstigem Verhalten verleiten. Eine Schonhaltung und eine Vermeidung von Aktivitäten können dann zu einer Verschlimmerung und Chronifizierung führen.

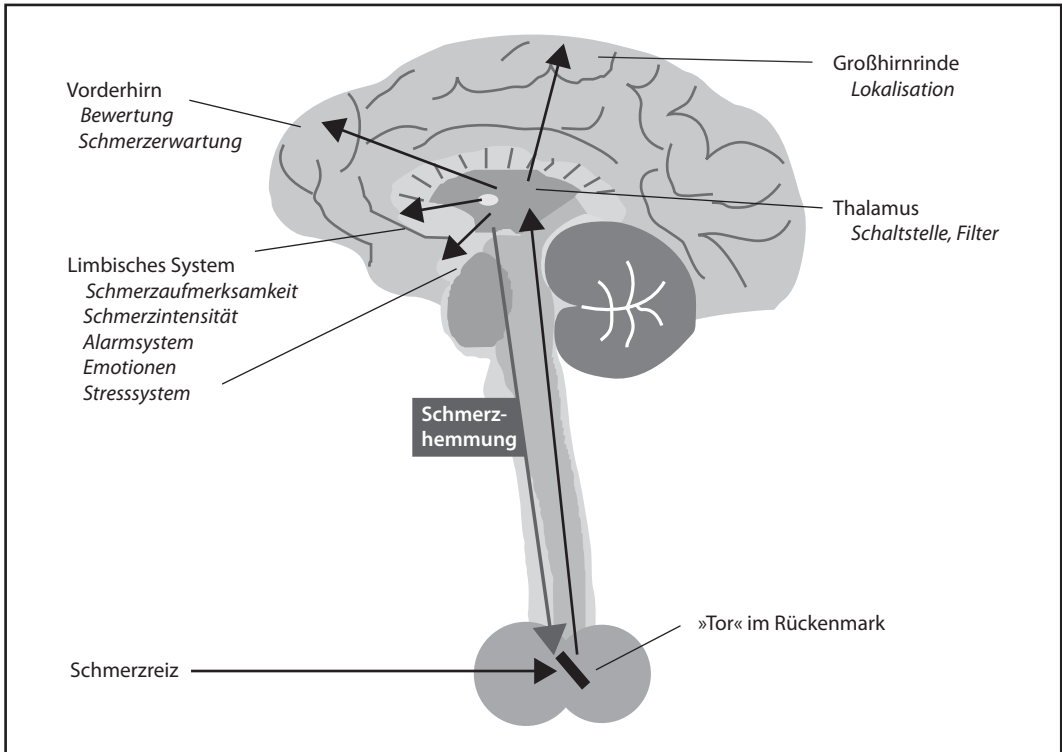
## 2.4 Schmerzverarbeitung auf neuronaler Ebene

### 2.4.1 Der Weg vom Schmerzreiz zum Gehirn

Äußere und innere Schmerzreize werden von Schmerzsinneszellen (Schmerzrezeptoren, Nozizeptoren) in Haut, Muskeln, Gelenken und inneren Organen aufgenommen. Über Nervenbahnen werden die Schmerzimpulse zum Rückenmark geleitet. Von dort geht es dann über eine weitere Schmerzbahn zum Gehirn.

Bereits 1965 konnten Melzack und Wall zeigen, dass die Weiterleitung der Schmerzimpulse im Rückenmark auch von absteigenden Bahnen aus dem Gehirn gehemmt wird (schmerzhemmende Bahnen). Der Organismus verfügt somit über ein Schmerzsystem, das individuell und situationsabhängig mehr oder weniger stark aktiv ist. Erst bei ausreichender Erregung bzw. bei verminderter Hemmung vom Gehirn werden die Schmerzimpulse durch ein »Tor« im Rückenmark zum Gehirn und letztendlich in unser Bewusstsein weitergeleitet (■ Abb. 2.2). So können Vorgänge im Gehirn Einfluss auf die Schmerzweiterleitung im Rückenmark nehmen. Je nachdem, wie weit das Tor im Rückenmark offen ist,

### Vorgänge im Gehirn nehmen Einfluss auf Schmerzweiterleitung im Rückenmark



■ **Abb. 2.2** Schmerzverarbeitung an verschiedenen Orten im zentralen Nervensystem und absteigende schmerzhemmende Bahn

kann der Schmerz verstärkt zum Gehirn weitergeleitet werden. In ihrer »Gate-control-Theorie« verdeutlichten sie damit schon damals den Einfluss des Gehirns auf die periphere Schmerzwahrnehmung.

Im Rückenmark können die Schmerzreize auch Reflexe auslösen, die zur Anspannung der Muskulatur führen. Bei akutem Schmerz dient dies als Schutzmechanismus, beim chronischen Schmerz führt dies jedoch zu einer Verspannung und Verstärkung der Schmerzen. Im Rückenmark konkurrieren auch andere Reize mit dem Schmerz. So kann Reiben oder Pusten, wenn wir z. B. Kinder trösten, über den Tastsinn zu einer Schmerzlinderung führen, ähnlich wie Kälte- oder Wärmeanwendungen.

## 2.4.2 Schmerzverarbeitung im Gehirn

Heute geben uns die bildgebenden Verfahren wie Kernspin (MRT) einen Einblick, wie vielschichtig die Schmerzverarbeitung im zentralen Nervensystem ist. Im Gehirn fungiert der Thalamus wie

eine Schaltzentrale. Von dort wird das Schmerzsignal an verschiedene Orte im Gehirn weitergeleitet (■ Abb. 2.2). In der Großhirnrinde (somatosensorischer Kortex) wird die Schmerzempfindung lokalisiert: »Wo tut's weh?« Im limbischen System (Gyrus cinguli, Insula, Amygdala und Hippocampus) erfolgen die subjektive Schmerzintensität und die emotionale Schmerzwahrnehmung: »Wie tut's weh?« Dort findet die Stressreaktion statt, Atmung und Puls werden schneller. Auch Angst und Depression beeinflussen dort die Schmerzempfindung.

Im »denkenden« Vorderhirn (Frontalkortex) geht es um die Bewertung der Schmerzen und letztendlich auch um die Aufmerksamkeitslenkung (wenn »sich alles um den Schmerz dreht«). Wie jemand Schmerzen bewertet, hat hier entscheidenden Einfluss auf die Schmerzempfindung. Schmerzen, die ich als bedrohlich und unkontrollierbar einschätze, empfinde ich viel stärker und quälender: »Solche Schmerzen hatte ich noch nie, das bedeutet Gefahr.« Hier erzeugt z. B. auch die Erwartung von Schmerzen eine Schmerzwahrnehmung, während allein die Aussicht, die Schmerzen bald los zu sein, die Schmerzen lindert: »Den Schmerz kenne ich. Ich weiß, was ich tun muss.«

Sogar das Sehen der Schmerzen anderer aktiviert unser Schmerzsystem. Das limbische System reagiert sowohl bei eigenem körperlichen Schmerz als auch bei psychosozialen »Mit-Leiden« (Singer et al. 2004).

## 2.5 Bahnung – Neuroplastizität

### »Schmerzgedächtnis«

Die Neurowissenschaften haben in den letzten Jahrzehnten gezeigt, dass das Gehirn veränderlicher ist, als man früher gedacht hat. Bei starken andauernden Schmerzen verändern die schmerzverarbeitenden Nervenzellen in Peripherie, Rückenmark und Gehirn ihre Struktur und damit ihre Funktion (Neuroplastizität). So führt ein anhaltender Schmerzreiz durch wiederholte Reizung der schmerzleitenden Nervenbahnen zu einer Erhöhung der Übertragungsstärke an den Nervenzellübergängen (Synapsen). Dies hat zur Folge, dass die Nervenzellen nun überempfindlich auf Reize reagieren (Bahnung). Bei chronischen Schmerzen kommt es so zu einer Verselbständigung der Schmerznetzwerke im Gehirn. Der Schmerz kann auf diese Weise »gelernt« werden.

Dieser Lernvorgang entspricht einem »Schmerzgedächtnis«. Selbst geringste Schmerzreize (Hyperalgesie) oder sogar Berührung (Allodynie) lösen jetzt Schmerzen aus. Nervenzellen können sogar spontan Schmerzsignale aussenden, selbst wenn die

ursprüngliche Schmerzursache beseitigt worden ist. Das heißt, es tut weh, obwohl eine Verletzung bereits abgeheilt ist.

➤ **Das Schmerzgedächtnis ist ein wesentliches Element der Chronifizierung auf körperlicher Ebene.**

Mit bildgebenden Verfahren konnte auch gezeigt werden, dass chronische Schmerzen die Repräsentation des betroffenen Körperteils in der Hirnrinde verändern (Huse et al. 2001). Diese Veränderungen sind reversibel (wieder umkehrbar) und hängen z. B. von der Schmerzaufmerksamkeit und sogar von der Interaktion in der Partnerschaft ab (Knost et al. 1999). Neuere Untersuchungen zeigen einen komplexen Zusammenhang zwischen Nervensystem, Hormonhaushalt und Immunsystem sowie eine enge Verbindung zwischen Schmerz- und Stressverarbeitung (»Neuromatrix«, Melzack 1999). So wie ein Geruch alte Erinnerungen wachrufen kann, kann in Stresssituationen auch früheres Schmerzerleben wieder aktiviert werden. Auch bei chronischen Rückenschmerzen bilden vorausgegangene Schmerz- oder Stresserfahrungen Gedächtnisspuren, die die Schmerzverarbeitung beeinflussen (Flor u. Diers 2011).

## 2.6 Bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis

---

Im Gegensatz zum akuten Schmerz sind beim chronischen Schmerz nicht nur der Körper, sondern auch die Psyche und das soziale Umfeld betroffen. G. L. Engel hat hierfür schon 1977 den Begriff des »bio-psycho-sozialen Modells« geprägt (Engel 1977). Die Schmerzempfindlichkeit ist z. B. genetisch unterschiedlich stark. Sie hängt sowohl von der eigenen Befindlichkeit als auch von eigenen Vorerfahrungen ab.

➤ **Psychosoziale Wechselwirkungen zwischen dem Betroffenen, seiner Familie und der Umwelt bestimmen ganz entscheidend die Entstehung, den Verlauf und die Prognose der chronischen Schmerzkrankheit.**

Die chronische Schmerzkrankheit zeigt fast immer weitere Beschwerden und Folgen auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene. So führt der über Jahre quälende Schmerz zu sozialem Rückzug, Vereinsamung, Depressivität, Aggressivität, Auftauchen von Sinnfragen, Suizidgedanken, Familienkonflikten und Problemen am Arbeitsplatz. Der Alltag wird um den Schmerz her-

um organisiert, und der Schmerz bestimmt oft das Familienleben. Stress, Hilflosigkeit, Angst und Depression erhöhen wiederum die Schmerzempfindlichkeit.

**Negative Gefühle können auch als Schmerz empfunden werden**

**Ausgrenzung kann als Schmerz erlebt werden**

## 2.7 Gefühle und chronischer Schmerz

---

Das Empfinden von Schmerz entsteht in einem Gebiet des Gehirns, das auch Sitz der Gefühle ist. Körperschmerz und Seelenschmerz sind daher eng miteinander verwoben. Negative Gefühle und Schmerz können bei der chronischen Schmerzkrankheit oft nicht mehr getrennt voneinander wahrgenommen werden. Negative Gefühle wie Trauer, Ärger oder Angst verstärken nicht nur das Schmerzempfinden, sondern solche negativen Gefühle können auch als Schmerz empfunden werden. Positive Gefühle dagegen vermindern den Schmerz in der Regel.

In der Psychotherapie geht es deshalb auch darum, die Schmerzwahrnehmung zu verändern und zwischen Schmerz und Gefühlen zu unterscheiden. Gerade Erfahrungen wie Zurückweisung und Verlust (Trennungsschmerz) sind mit negativen Gefühlen verbunden, die oft als körperlicher Schmerz erlebt werden. Auch unsichere Bindungserfahrungen in der Kindheit können zu dem Gefühl, abgelehnt zu werden, und zu einer verminderten Schmerzgrenze führen.

Diese Zusammenhänge lassen sich inzwischen auch durch Kernspinuntersuchungen (MRT) zeigen. Bei akuter Trauer durch den Verlust eines ungeborenen Kindes erfolgt eine Aktivierung des Netzwerkes im Gehirn, das auch bei körperlichem Schmerz aktiv ist (Kersting et al. 2009). Man kann durch ein Computerspiel eine Ausgrenzungssituation simulieren. So darf die Testperson plötzlich nicht mehr mitspielen. Dann zeigt sich auch hier eine Aktivierung des Netzwerkes, das bei körperlichem Schmerz aktiv ist (Eisenberger et al. 2003).

Ausgrenzung, z. B. Mobbing am Arbeitsplatz, kann so als Schmerz erlebt werden. Soziale und körperliche Stress- bzw. Schmerzsysteme sind auf neurobiologischer Ebene eng verknüpft. Es handelt sich wahrscheinlich um ein gemeinsames Alarmsystem. Dieses Alarmsystem warnt vor einem drohenden Verlust der Gruppe ebenso wie bei körperlicher Verletzung, was sich in der Evolution über Jahrtausende bewährt hat (Beutel et al. 2006).



## 2.8 Chronifizierung

---

Wenn aus einem akuten Schmerz ein chronischer Schmerz wird, spielen immer mehrere Ursachen eine Rolle. So kann jemand bereits früh in der Kindheit anhaltenden Stress, z. B. durch Verlust eines Elternteils, erfahren haben. Später setzt ein hoher Anspruch denjenigen vielleicht noch zusätzlich unter Druck. Jetzt kommt noch ein unlösbarer Konflikt mit Kollegen hinzu oder eine Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren. Nun macht derjenige beim Tragen einer Getränkekiste eine »falsche« Bewegung. Dies alles zusammen kann Rückenschmerzen verstärken oder verlängern. Vom Patienten wird als Ursache dann häufig nur die auslösende Situation (»falsche Bewegung«) gesehen. Diese war aber in diesem Beispiel nur der letzte Tropfen, der das Fass zum Überlaufen brachte (■ Abb. 2.3). Die darunterliegende schmerzhafte muskuläre Anspannung und eine begleitende Erschöpfung wurden nicht bemerkt (Nobis 2012). Wenn nun einseitig nur nach der körperlichen Ursache – mit sich wiederholenden Abklärungen – geforscht wird, kann das zur Fixierung und Chronifizierung beitragen. Die dahinterliegenden psychosozialen Ursachen bleiben verborgen und werden dann nicht mitbehandelt.

Es gibt eine Reihe psychischer Risikofaktoren, die, wenn mehrere vorhanden sind, eine Chronifizierung unterstützen.

### Risikofaktoren

#### Psychische Risikofaktoren, die eine Chronifizierung unterstützen

- Anhaltende psychovegetative Spannung, »immer unter Strom stehen«
- Angst und Depression in der Vorgeschichte
- Länger andauernde Stress- oder Schmerzerfahrungen in der früheren Lebensgeschichte
- Ebenfalls schmerzkranken Angehörige in der Familie
- Die Tendenz zum »Katastrophisieren«, d. h., sich alle schlimmstmöglichen Folgen vorzustellen: »Wenn das so weitergeht, lande ich bestimmt im Rollstuhl«
- Ständiges Ignorieren der Belastungsgrenzen und Durchhalten
- Unzureichende Schmerzbehandlung am Anfang der Schmerzen
- Wenn überhaupt nicht über die Schmerzen gesprochen wird
- Familiäre Konflikte



■ **Abb. 2.3** Bei der Entwicklung eines chronischen Schmerzes spielen mehrere Faktoren eine Rolle (Nobis 2012)

- Soziale Probleme im Umfeld, z. B. im Beruf oder finanzielle Schwierigkeiten
- Ungünstige Bewältigungsstrategien, z. B. Passivität oder Selbstbeschuldigung
- Fixierung durch ausschließlich körperbezogenes Diagnostizieren und Behandeln
- Vorteile, die durch die Krankheit entstehen (z. B. Rente)

**Schützende Faktoren**

Andererseits gibt es auch schützende Faktoren, die sich günstig auf den Verlauf einer Schmerzerkrankung auswirken.

**Schützende Faktoren**

- Unterstützung durch den Partner
- Eine verlässliche Bezugsperson in der Kindheit
- Suche nach sozialer Unterstützung
- Positive Akzeptanz der Erkrankung mit Lösungsorientierung
- Vorherige konstruktive Krisenbewältigung
- Tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung

Die Überzeugung, mit seinen Schmerzen umgehen und sie kontrollieren zu können, hat Auswirkungen auf die Schmerzintensität und auf die schmerzbedingten körperlichen Einschränkungen. Je besser diese Selbstwirksamkeit ausgebildet ist, desto geringer sind die Angst vor dem Schmerz, die empfundene Schmerzintensität und die schmerzbedingten Beeinträchtigungen. Auch eine vertrauensvolle Beziehung zum behandelnden Arzt, von dem man sich verstanden und ernst genommen fühlt, ist ein nicht zu unterschätzender Wirkfaktor.

? Welche Faktoren spielen bei mir eine Rolle?

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



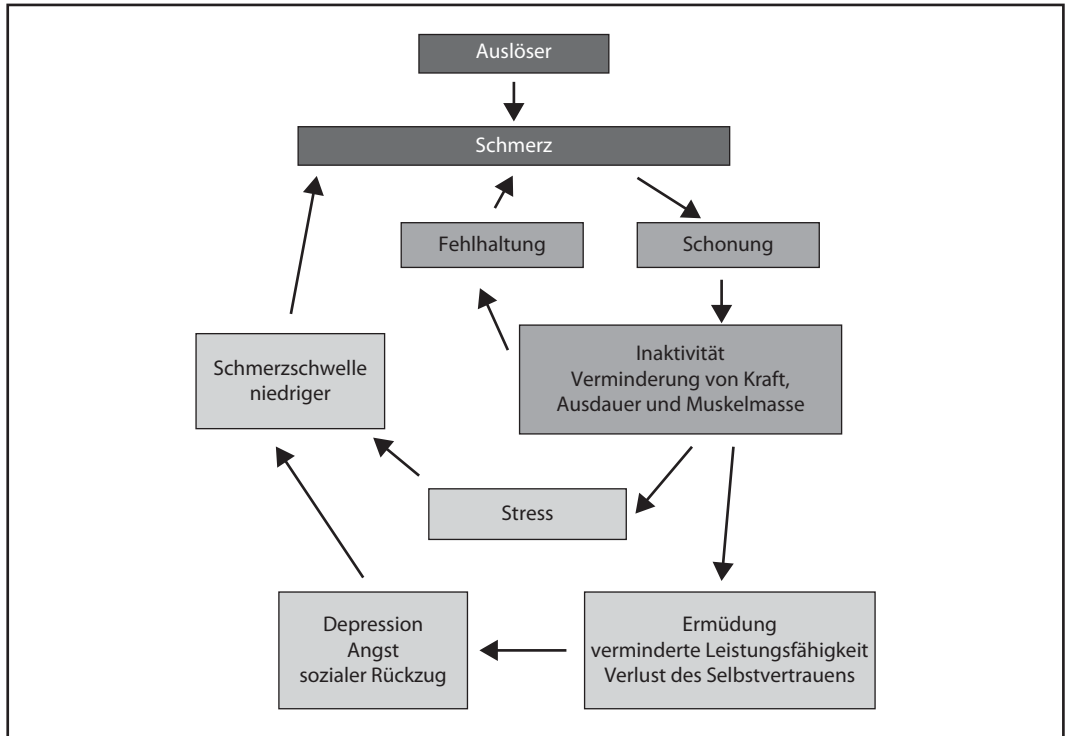
---

## 2.9 Teufelskreise und Aufrechterhaltung der Schmerzen

Bei einigen Schmerzpatienten führen die chronischen Schmerzen zu körperlicher Schonung, aus Angst vor Schmerzen oder aus Angst vor Schädigung (»Körperliche Aktivitäten werden meine Schmerzen verstärken«). Dies führt zu einem Absinken der Leistungsfähigkeit und zu Passivität. Die Schonung führt auch zu Fehlhaltungen, die wiederum Schmerzen erzeugen. Der Körper reagiert dann schon bei geringster Anstrengung mit Schmerzen. Dies bewirkt eine ängstlich-depressive Verstimmung und vermehrten Stress. Das wiederum führt zu einer Verminderung der Schmerzschwelle. Auch durch die Erwartung von Schmerzen werden die Schmerzen jetzt verstärkt wahrgenommen. Aus einem akuten Schmerz kann so chronischer Schmerz im Sinn einer eigenständigen Erkrankung werden, die sich von ihrem Auslöser abgekoppelt hat und sich selbst aufrechterhält (■ Abb. 2.4).

Andere Schmerzpatienten ignorieren die Belastungsgrenze, überschreiten diese jahrelang und kommen so in die Erschöpfung und Schmerzchronifizierung (»Augen zu und durch«). Es fällt

**Eigenständige Erkrankung,  
die sich von ihrem Auslöser  
abgekoppelt hat**



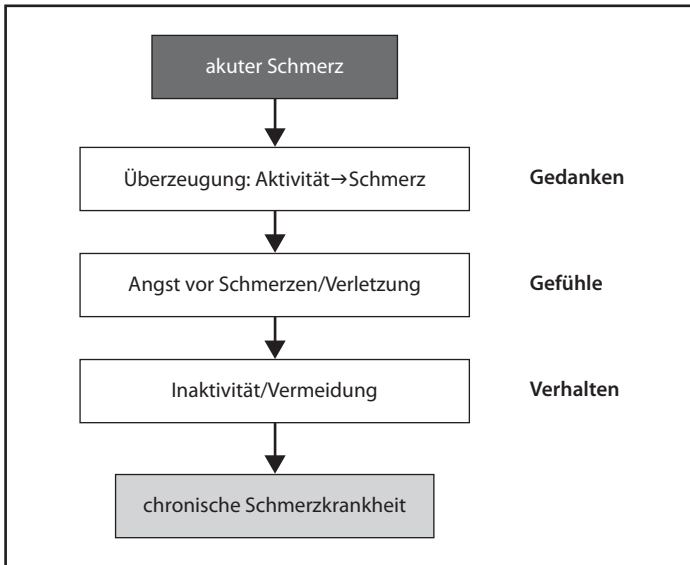
■ **Abb. 2.4** Vernetzung von physiologischen und psychologischen Teufelskreisen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen

ihnen schwer, trotz Schmerzen Pausen zu machen (»Durchhalten um jeden Preis«).

Gerade beim Rückenschmerz entsteht der o. g. Teufelskreis und kann zur Chronifizierung führen. Um ihn zu unterbrechen, lernen Sie in der Therapie mit Hilfe des Schmerztagebuches (► Kap. 4), die Zusammenhänge zwischen schmerzbedingten Gedanken (z. B. Erwartungsangst, Katastrophisieren), Gefühlen (z. B. Wut auf den eigenen Körper, Ohnmacht), Verhalten (Schonung, Inaktivität) und Schmerzerleben zu erkennen und zu verstehen (■ Abb. 2.5). Vor allem M. Pflingsten hat diesen Zusammenhang deutlich gemacht (Pflingsten et al. 2001).

## 2.10 Schlaf und Schmerz

Schmerz wird von Stress und Anspannung begleitet. Diese innere Unruhe kann zu Ein- und Durchschlafstörungen führen. Auch bewegungsabhängige muskuläre Schmerzen können Betroffene vom Einschlafen abhalten oder durch die Schmerzen in bestimm-



■ **Abb. 2.5** Gedanken, Gefühle und Verhalten bei der Chronifizierung von Rückenschmerzen

ten Positionen wieder wach machen. Kurze Aufwachphasen sind normal. Aber manch einer kann dann schmerzbedingt nicht wieder einschlafen. Bei Nervenschmerzen kann auch die Bettdecke auf der Haut unangenehm sein. Es ist daher nicht verwunderlich, dass über 50 % der chronischen Schmerzkranken unter Schlafproblemen leiden (Tang et al. 2007). Anhaltende Störungen des Schlaf-wach-Rhythmus verringern wiederum die körpereigene Schmerzhemmung. Untersuchungen zeigen entsprechend, dass Schlafentzug die Schmerzempfindlichkeit erhöht. Hier verstärken sich Schmerz und Schlafstörungen also gegenseitig. Dieser Teufelskreis kann die Schmerz- und Schlafstörung aufrechterhalten. Auf der anderen Seite hat der Schlaf eine nicht zu unterschätzende Schutzfunktion im Umgang mit chronischen Schmerzstörungen. Es ist deshalb wichtig, auf ausreichenden Schlaf zu achten bzw. eine Schlafstörung ernst zu nehmen und zu behandeln.

## 2.11 Psychosoziale Folgen von chronischen Schmerzen

Infolge von chronischen Schmerzen treten häufig verschiedene psychische und soziale Beeinträchtigungen auf. So kann es z. B. zu Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Angststörungen und Depressivität kommen. Manchmal zweifeln die Betroffenen am

**Verlust von alltäglichen Dingen**

Sinn des Lebens mit den Schmerzen. Die Hälfte der Betroffenen geben an, dass sie bei der Arbeit beeinträchtigt sind. Dies alles sollte mitberücksichtigt und mitbehandelt werden.

Handelt es sich um eine chronische Krankheit, bedeutet dies oft den Verlust von zahlreichen alltäglichen Dingen (► Übersicht).

### **Einschränkungen durch chronische Krankheit (beispielhafte Auswahl)**

#### **Körperlich:**

- Körperliche Sicherheit
- Bewegungsfreiheit

#### **Psychisch:**

- Autonomie
- Selbstwertgefühl
- Emotionale und körperliche Nähe, Sexualität
- Kontrolle, Flexibilität, Entscheidungsfreiheit und Lebensqualität

#### **Sozial:**

- Arbeitsplatz
- Bisheriger Lebensstandard, finanzielle Sicherheit
- Gemeinsame Interessen
- Soziale Kontakte
- Bestimmte Freizeitaktivitäten

Viele Patienten mit einer chronischen Schmerzkrankheit machen sich dies nicht gleich bewusst, da sie zunächst davon ausgehen, dass es wieder besser wird, der Schmerz wieder weggeht. Erst mit der Zeit realisieren sie die Bedeutung sowohl der Erkrankung als auch der Einschränkungen. Den damit verbundenen Gefühlen wie Angst, Trauer, Wut und Verzweiflung wird zunächst kein Platz eingeräumt.

► **Chronisch zu erkranken, bedeutet sowohl für den Patienten als auch für dessen Angehörige einen einschneidenden Kontrollverlust.**

Möglichkeiten der Einflussnahme sind am Anfang oft nicht sichtbar (Altmeyer u. Kröger 2003).

## 2.12 Schmerzkrankheit und Familie

---

Kein Schmerzpatient ist alleine krank, auch die Angehörigen leiden oft massiv unter den Auswirkungen der seit Jahren anhaltenden Beschwerden und Einschränkungen. Verlusterfahrungen hinsichtlich vertrauter Kommunikation, emotionaler oder körperlicher Nähe oder der Verlust gemeinsamer Interessen sind oft die Folge.

Oft rücken Paare und Familien durch die Erkrankung aber auch enger zusammen, um sich gegenseitig Mut zu machen und gemeinsame Ressourcen zu aktivieren. Manchmal sind die Betroffenen von den Krankheitsfolgen genervt und fühlen sich überfordert oder angegriffen. Wie unter einer Lupe kann die Krankheit die Beziehung in einer Partnerschaft verstärken: Gute Beziehungen werden besser, schlechte werden oft schlechter. Dies legt nahe, den Partner schon möglichst frühzeitig in die Behandlung einzubeziehen (Hendrischke et al. 2014).

In vielen Untersuchungen konnte auch gezeigt werden, dass chronische Schmerzpatienten in ihren Familien vermehrt chronisch schmerzkrank Verwandte haben. Die Betroffenen haben so oft schon früher Kontakt zu Schmerzkrankungen gehabt und übernehmen bestimmte Muster im Umgang mit den Schmerzen. Die Bedeutung von Schmerz und Muster der Krankheitsbewältigung oder der Kommunikation über den Schmerz können so weitergegeben werden (Perlitz et al. 1999).

Ein Beispiel ist die Brustschmerzsymptomatik eines 35-jährigen Patienten, dessen Vater im Alter von 35 Jahren an einem Herzinfarkt verstorben war. Die damalige Angst um den Vater und der Verlust wird wieder reaktiviert und beeinflusst das Erleben eigener Körperempfindungen bzw. deren Bewertung.

Viele Studien zeigen, dass die Ehepartner von Schmerzpatienten vermehrt unter Befindlichkeitsstörungen leiden und erhöhte Depressivitätswerte aufweisen. Es finden sich in diesen Familien auch Probleme im Bereich der Sexualität.

Partner und Angehörige sind oft unsicher oder hilflos, wie sie sich gegenüber dem Schmerzkranken verhalten sollen. Oft erwarten sie eine Behandlung nach dem Reiz-Reaktions-Schema und zeigen Unverständnis dafür, dass keine körperliche Behandlung stattfindet bzw. anschlägt. Der Patient wiederum fühlt sich dabei als »Simulant« und vom Partner nicht ernst genommen.

Zuwendung und Unterstützung lindern kurzfristig den Schmerz. Die Entlastung des Patienten durch die Angehörigen kann aber auf Dauer vermehrtes Schonverhalten begünstigen. Wenn dann der Betroffene immer weniger Aufgaben hat, leidet

**Kein Schmerzpatient  
ist alleine krank**

das Selbstwertgefühl und kann zum sozialen Rückzug führen. Beides führt letztendlich zu einer Schmerzverstärkung (von Wachter 2003). Sogar im sog. Eiswassertest kann man zeigen, dass Betroffene Schmerzen weniger lange tolerieren können, wenn ein Partner dabei ist, der sich dem Betroffenen zuwendet und ihn bemitleidet. Wenn sich der Partner aber neutral verhält oder nicht dabei ist, können die Betroffenen im Test die Schmerzen länger aushalten (Birbaumer u. Schmidt 2005).

### **Wissenswertes auf einen Blick**

- Ein Schmerz ist dann chronisch, wenn die Schmerzen länger als 3–6 Monate anhalten.
- Bei chronischen Schmerzen verselbständigen sich die Schmerznetzwerke im Gehirn. Das heißt, der Schmerz kann »gelernt« werden. Man spricht von einem »Schmerzgedächtnis«.
- Weil der Schmerz oft das Familienleben bestimmt, kommt es hier zu Belastungen sowie im weiteren Verlauf auch zu Problemen am Arbeitsplatz.
- Betroffene können an sozialem Rückzug, Vereinsamung, Depressivität, Aggressivität, Schlafstörungen sowie am Auftauchen von Sinnfragen leiden.
- Negative Gefühle verstärken den Schmerz bzw. das Schmerzempfinden, positive Gefühle hingegen bewirken eine Verminderung.
- Je besser die Selbstwirksamkeit, d. h. die Einstellung, mit der Krankheit umgehen zu können, ausgebildet ist, desto geringer sind die Angst vor Schmerz, die empfundene Schmerzintensität und die schmerzbedingten Beeinträchtigungen.





<http://www.springer.com/978-3-642-39325-9>

Chronische Schmerzen

Selbsthilfe und Therapiebegleitung, Orientierung für  
Angehörige und konkrete Tipps und Fallbeispiele

von Wachter, M.

2014, XI, 111 S. 26 Abb. Mit Online-Extras., Softcover

ISBN: 978-3-642-39325-9