

Schmerz und Schmerzverhalten – die Bedeutung kommunikativer Aspekte von Schmerz

Pain and Pain Behavior – the Communicative Aspects of Pain

Ulrike Kaiser

Themenschwerpunkt Schmerz

Zusammenfassung

Der Begriff des Schmerzverhaltens geht auf Fordyce (1976) zurück. Er beschrieb erstmalig die Bedeutung kontingenter Bedingungen im Rahmen chronischer Schmerzerkrankungen und führte damit die Lerntheorie sowie die sozialen Faktoren am Chronifizierungsprozess ein. Bis heute ist die Auffassung der Wichtigkeit von Reiz-Reaktionszusammenhängen in der Aufrechterhaltung von chronischen Schmerzen Kernstück der verhaltenstherapeutischen Interventionen in der Therapie chronischer Schmerzen. Der vorliegende Artikel gibt einen kurzen Überblick über Begriff und Entwicklung sowie Anwendung des Konstruktes. Es werden Zusammenhänge zwischen Schmerzverhalten, sozialen und personeninternen Faktoren wie Schmerzangst und deren Belege aus der Literatur kurz dargestellt. Am Ende werden die Ansatzpunkte für verhaltenstherapeutische Interventionen in der Therapie chronischer Schmerzen hinsichtlich der Therapie von Schmerzverhalten umrissen und Grenzen des Konstruktes aufgezeigt.

Abstract

The construct of pain behavior was introduced by Fordyce (1976). He used the paradigm of general operant conditioning mechanisms to describe processes of chronification of pain. He emphasized the importance of contingencies and therefore the role of the social environment for chronification. Until today, the pain behavior is part of the focus of the behavioral therapy in the therapy of chronic pain patients. The aim of this article is to give a short overview of definition, development of the construct and its implications today. Relationships between pain behavior, social and individual factors will be presented and accomplished with a short description of findings in literature. Finally, implications for behavioral therapy will be presented and limitations of the construct will be discussed.

1. Einleitung

Unter chronischen Schmerzen leiden viele Patienten in Deutschland. Zimmermann (2004) spricht von 5 Millionen Patienten mit chronischen Schmerzen; allein für Rückenschmerzen sind die Zahlen für die Kosten immens; direkte und indirekte Kosten von Rückenschmerzen werden mit über 4 Mrd. € jeweils veranschlagt (Wenig et al., 2009).

Die Auffassung von Schmerz hat sich in den letzten Jahrzehnten drastisch gewandelt. Schmerz wird heute als „multidimensionales, subjektiv erlebtes Phänomen“ verstanden, „das nicht Endresultat einer passiven Übertragung physikalischer Impulse ist, sondern ein von Bewertungen der Person abhängiger, dynamischer Prozess, in dem Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen auf Schmerz genauso berücksichtigt sind wie der Betrag des nozizeptiven Inputs“ (Geissner und Jungnitzsch, 1992, S.32). Die Neuroplastizität des Gehirns ermöglicht fortwährend eine Anpassung der Erfahrungsleistungen, die auch das Erlernen von Schmerz ermöglichen kann (ausführlicher zu Schmerzentstehung und -verarbeitung nach heutiger Auffassung siehe Flor, 2011; Nilges und Traue, 2007).

Ein maßgebliches Problem vor allem chronischer Schmerzen für die KlinikerIn und TherapeutIn im Alltag ist, dass Schmerzen und ihre Charakteristiken nicht objektivierbar sind; es gibt kein Messinstrument, das zuverlässig über das wahre Schmerzausmaß einer PatientIn berichten würde. Für die Einschätzung der Schmerzen stehen ausschließlich die Selbstberichte der PatientInnen über Schmerzstärke und Beeinträchtigungserleben zur Verfügung.

Die subjektive Verlässlichkeit von PatientInnen hinsichtlich ihres Schmerzerlebens wird untermauert von ihrer Kommunikation über ihre Beschwerden. Wie jegliche Kommunikation findet auch diese auf verschiedenen Kanälen statt. Wenn ein Patient fröhlich das Zimmer be-