

CHRONISCHER SCHMERZ

Organisation: Geissner, Edgar & Jungnitsch, Georg (Weinheim, Oberummersgau)

Empirisch begründete klinisch-psychologische Schmerzforschung wird seit einem Viertel Jahrhundert betrieben und hat ihre Ausgangspunkte in den psychophysiologischen und diagnostischen Arbeiten Melzacks und den klinischen Studien Fordyces und Sternbachs. Als für Schmerzpsychologie zentral wurde in diesem Zusammenhang vor allem die Gate-Control-Theory (GCT) des Schmerzes von Melzack & Wall diskutiert, die - so wurde argumentiert - eine wichtige Legitimationsgrundlage für psychologisches Handeln auf diesem genuin medizinischen Gebiet bildet. Neuere Modellvorstellungen bezweifeln jedoch den Wert der GCT als brauchbaren Rahmen psychologischer Schmerzforschung. Neben einer Reihe neurophysiologischer Schwächen ist dabei zu bemängeln, daß Schmerz als Einzelereignis konzipiert wird und die spezifischen Besonderheiten chronifizierter Schmerzzustände unzureichend Berücksichtigung finden. Zu diesen zählen vor allem Bedingungsfaktoren wie Bewältigungsmaßnahmen, Stimmungslagen, Kommunikations- und Verstärkungsaspekte. Gerade bei diesen handelt es sich jedoch um Dimensionen, die vom Fach Psychologie in das Themengebiet Schmerz eingebracht werden können und die zugleich wertvolle Ergänzungen zur medizinischen und pharmakologischen Herangehensweise bilden. In dieser Arbeitsgruppe sollen auf dem Hintergrund des sogenannten Makromodells chronischer Schmerzen (Geissner, 1988), das dieser multifaktoriellen und transaktionalen Sichtweise Rechnung trägt, Beiträge unterschiedlicher psychologischer Disziplinen zum Thema "chronischer Schmerz" vorgestellt werden. Begonnen wird dabei mit einem psychodiagnostischen Beitrag (Geissner, Dalbert & Schulte), der sich mit der Erfassung subjektiv wahrgenommener Schmerzen befaßt. Da klinischer Schmerz im allgemeinen nur über eine reaktive Komponente, nämlich Schmerz-Erleben, bestimmbar ist, kommt dieser Facette des Schmerzgeschehens initiale Bedeutung zu. Die beiden folgenden Beiträge widmen sich differentialpsychologischen Fragestellungen. Während in der Studie von Nilges eher distale Personalmerkmale (aus dem Bereich der Kontrollüberzeugungen) in ihrer Relation zu Schmerz untersucht werden, richtet sich die Arbeit von Geissner & Würtele vor allem auf das Netz "schmerznaher" personaler Bewältigungsressourcen. Eine für die Schmerzforschung längst fällige kommunikationspsychologische Erweiterung bei der Analyse des Schmerzgeschehens wird nachfolgend vorgenommen. Einer bereits früher von Fordyce geäußerten Annahme entsprechend tragen spezifische Interaktionsstile zwischen Schmerzpatienten und ärztlichem Personal sowie Schmerzpatienten und Familie/Partner in erheblichem Umfang zur Aufrechterhaltung von Schmerzverhalten bei. Saile & Schmitz präsentieren Daten, die diese Annahme für den Bereich "Patient und Familie" stützen. Ein inzwischen bereits traditionsreiches Feld psychologischer Schmerzforschung stellt die Analyse des Zusammenhangs zwischen Schmerz und psychopathologischen Erscheinungsformen (hier insbesondere Depression) dar. Kohlmann, Raspe & Nuding stellen hierzu ausführliches Datenmaterial aus derzeit durchgeführten epidemiologischen Studien vor. Eine experimentelle Therapiestudie an Patienten mit chronischer Polyarthrit (Jungnitsch & Schmitz) beschließt die Arbeitsgruppe. Hierbei werden zwei als herkömmlich zu bezeichnende und ein neuentwickeltes Therapieprogramm untereinander und in Bezug auf eine Gruppe mit lediglich medizinischer Behandlung verglichen. Implikationen für Ziele und konkrete Maßnahmen in der psychologischen Schmerzbehandlung, die aus den eher grundlagenorientierten Studien

sowie den Ergebnissen des Therapieexperiments resultieren, sollen abschließend diskutiert werden.

Geissner, E. (1988). Schmerz erleben, Schmerzbewältigung und psychische Beeinträchtigung. Regensburg: Roderer.

GRUPPENGESPRÄCHE MIT PATIENTEN, DIE UNTER EINEM SCHMERZ-DYSFUNKTIONSSYNDROM DES STOMATOGNATHEN SYSTEMS LEIDEN

Frohburg, Inge & Kluge, Anne-Marie (Berlin-Ost)

In den letzten Jahren ist eine starke Zunahme funktioneller Störungen des stomatognathen Systems zu registrieren. Das als "Bruxismus", "Myoarthropathie", "mandibuläre Dysfunktion", "Schmerz-Dysfunktionssyndrom" u.a. bezeichnete Krankheitsbild ist charakterisiert durch Schmerz (vorwiegend im Kiefer-Gesichts-Schläfenbereich), Gelenkgeräusche und Mundöffnungsschwierigkeiten. Der Schmerz ist vorwiegend die Folge einer Dauerfehlfunktion der Kau- und Gesichtsmuskulatur in Zusammenhang mit einer Hypertonizität bei herabgesetzter Reizschwelle unter psychoemotionaler Belastung. In derartigen Situationen können vorhandene orale Parafunktionen (Zähneknirschen und -pressen) verstärkt bzw. bisher nicht vorhandene entwickelt werden und zur Symptomentstehung führen. "Orale Reizfaktoren" (rauhes Prothesenränder, mangelnder Saugeffekt, fehlende Kontaktpunkte, Retentionsstellen für Speisereste, okklusale Disharmonien u.a.) können auslösend oder verstärkend wirken.

Gegenwärtig suchen jährlich ca. 1000 neuerkrankte Patienten die Spezialsprechstunde der Charité auf Unklarheiten im ätiologischen Konzept und konfundierende Therapiemethoden (mehrheitlich rein stomatologisch orientierte Behandlungsansätze) machen es den in der zahnärztlichen Praxis Tätigen schwer, diesen "Problempatienten" zu helfen. Zunehmend gewinnt ein mehrdimensionales Ätiologiemodell an Bedeutung, das Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Prozessebenen (bio-psycho-sozial) konstatiert und damit in der Lage ist, ein adäquates Verständnis des Krankheitsbildes zu begründen.

Die spezialisierte stomatologische Gruppentherapie, die wir vertreten, impliziert therapeutisches Eingreifen auf allen drei Ebenen des ganzheitlichen Krankheitsprozesses. Durch sie werden Selbsthilfepotenzien im Patienten freigesetzt. Der Patient wird zum aktiven Partner mit Verantwortung für den Diagnose- und Therapieprozeß. Indem er befähigt wird, psychosoziale Auslöser zu erkennen und sie auch als solche zu akzeptieren, wird es dem Patienten möglich, auch andere funktionelle Gesundheitsstörungen zu beeinflussen. So wird er kooperativer für alle weiteren Behandlungen, aber auch motiviert für eventuell notwendig werdende tiefergehende Psychotherapien.

Die Patienten vermögen im Verlaufe des Therapieprozesses nicht nur Fehlverhaltensmuster der Kau- und Gesichtsmuskulatur zu erkennen, die ihre Beschwerden unmittelbar verursachen, sondern auch tieferliegende Zusammenhänge mit ihrem Verhalten in beruflichen und familiären Konfliktsituationen zu begreifen. Über 80 % der Patienten beenden die spezialisierte stomatologische Gruppentherapie mit Erfolg (50 % beschwerdefrei, 30 % wesentlich gebessert).

Anfangs beteiligen sich die Patienten vorwiegend mit einfachen Symptomschilderungen an den Gruppengesprächen (über 50 % aller Äußerungen in der jeweils 1. Gruppen-