

Alle Rechte, auch die der Übersetzung, des Nachdrucks und der Vervielfältigung der PPT-Folien bzw. der daraus erzeugten PDF-Dateien oder Teilen daraus bleiben Herrn Dr. Dipl. Psych. Christian Klesse vorbehalten und sind nur mit schriftlicher Zustimmung durch ihn zulässig. Sie dürfen die PPT-Folien bzw. PDF-Dateien nur zum Zweck der persönlichen Information verwenden und keinesfalls an Dritte weitergeben.

Schmerz und Depression

- Gemeinsame Pfade und Implikationen für die Therapie -

21. Baden-Württembergisches Schmerztherapeuten-Treffen

Dr. Dipl.-Psych. Christian Klesse

Universitätsklinikum Freiburg · Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Überblick

- Epidemiologie: Schmerz und Depression
- Auswirkungen chronischer Schmerzen
- Neurobiologie des Schmerzes (und der Depression)
- Neurochemie des Schmerzes
- Pharmakotherapie mit Antidepressiva
- VT des Schmerzes (und der Depression)

Epidemiologie: Schmerz und Depression

- Prävalenzschätzungen gehen bei Patient*innen mit chronischen Schmerzen von einer Komorbidität mit Depression von bis zu 70% aus
- Schwere und Dauer des chronischen Schmerzes sind direkt proportional zur Schwere der Depressivität (Evans et al., 2015; Bair et al., 2003; Arnow et al., 2006)
- Umgekehrt berichten primär depressive Patient*innen häufig von chronischen somatischen Schmerzen (Ohayon & Schatzberg, 2003)
- Das Rehabilitationsergebnis bezüglich des Schmerzes, z.B. nach Bandscheiben-Operationen, wird vom Grad der präoperativen Depressivität moderiert (Chaichana et al., 2011)

Gemeinsame Pfade von Schmerz und Depression

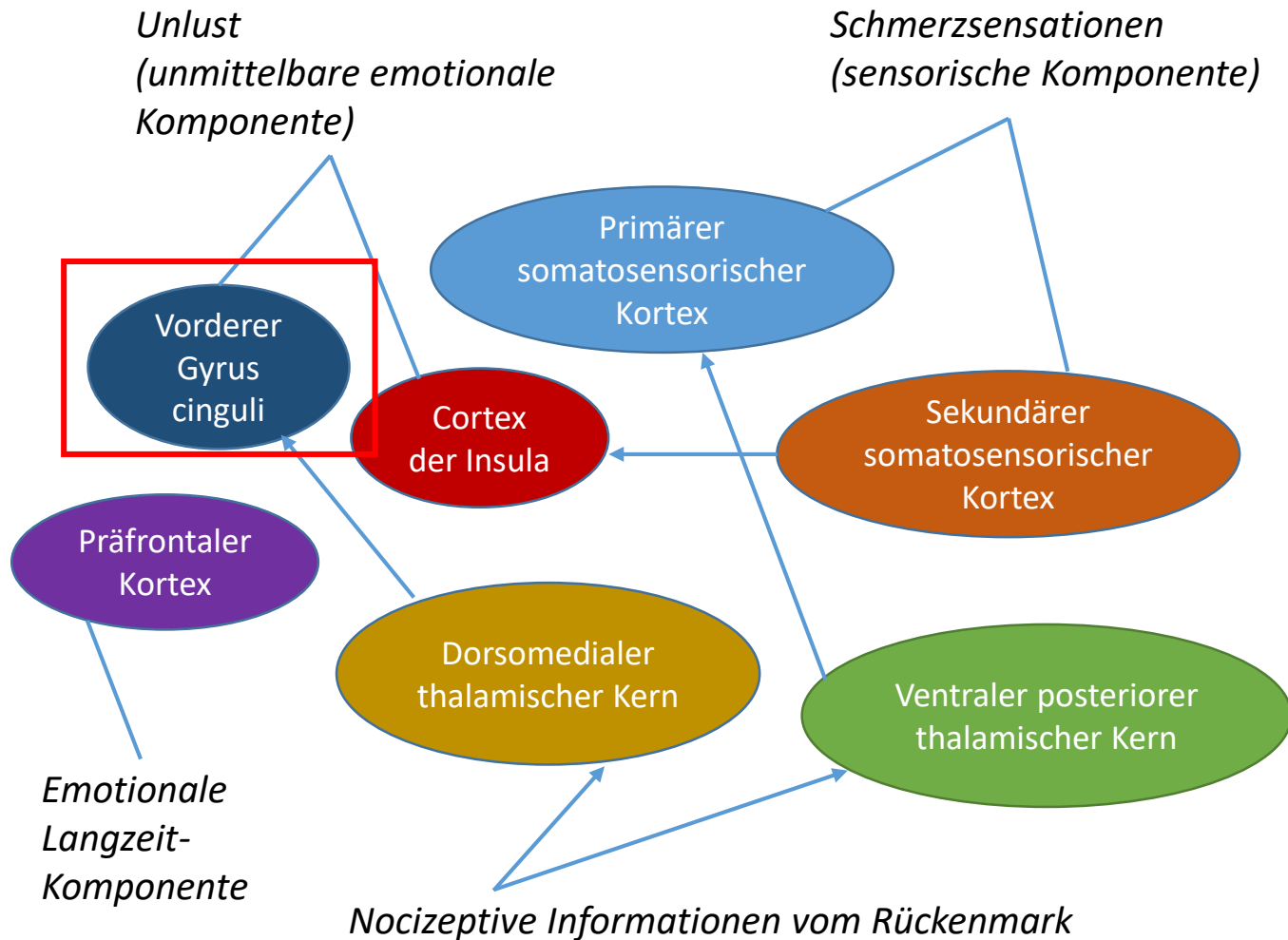
Auswirkungen chronischer Schmerzen

- Aktuelle Hilflosigkeit bis hin zur **erlernten Hilflosigkeit** und Abhängigkeit
- Gefolgt von Verlust der Eigenkontrolle, **Depression** (erlebte externe Kontrolle durch den Schmerz), sich als Opfer erleben
- Unfähigkeit, die Komplexität der Erkrankung und ihrer Auswirkungen zu erfassen („**Es soll weg!**“)
- **Abnahme der Körperaktivitäten**, gefolgt von Muskelabbau, Gewichtszunahme, Muskelspasmen, die Schmerz begünstigen
- Stress, dadurch **Sympathikus-Aktivierung**, verbunden mit einer Absenkung der Schmerzschwelle

Auswirkungen chronischer Schmerzen

- Abnahme der **Libido**, der allgemeinen **Aktivität**, **Lebensfreude**, **Appetit**
- **Schlafstörungen**
- Zunahme der **Erwartungsangst** gegenüber dem Schmerz – Sinken der Schmerzschwelle – stärkeres Schmerzerleben
- **Stimulus- und Reaktionsgeneralisierungen**, sodass der Schmerz durch immer mehr Reize ausgelöst werden kann
- Zusätzlich: Operante **Konditionierungen**, z.B. durch Zuwendungsgewinn und Modelllernen, Vermeidung von Arbeit, Anstrengung und Konflikten

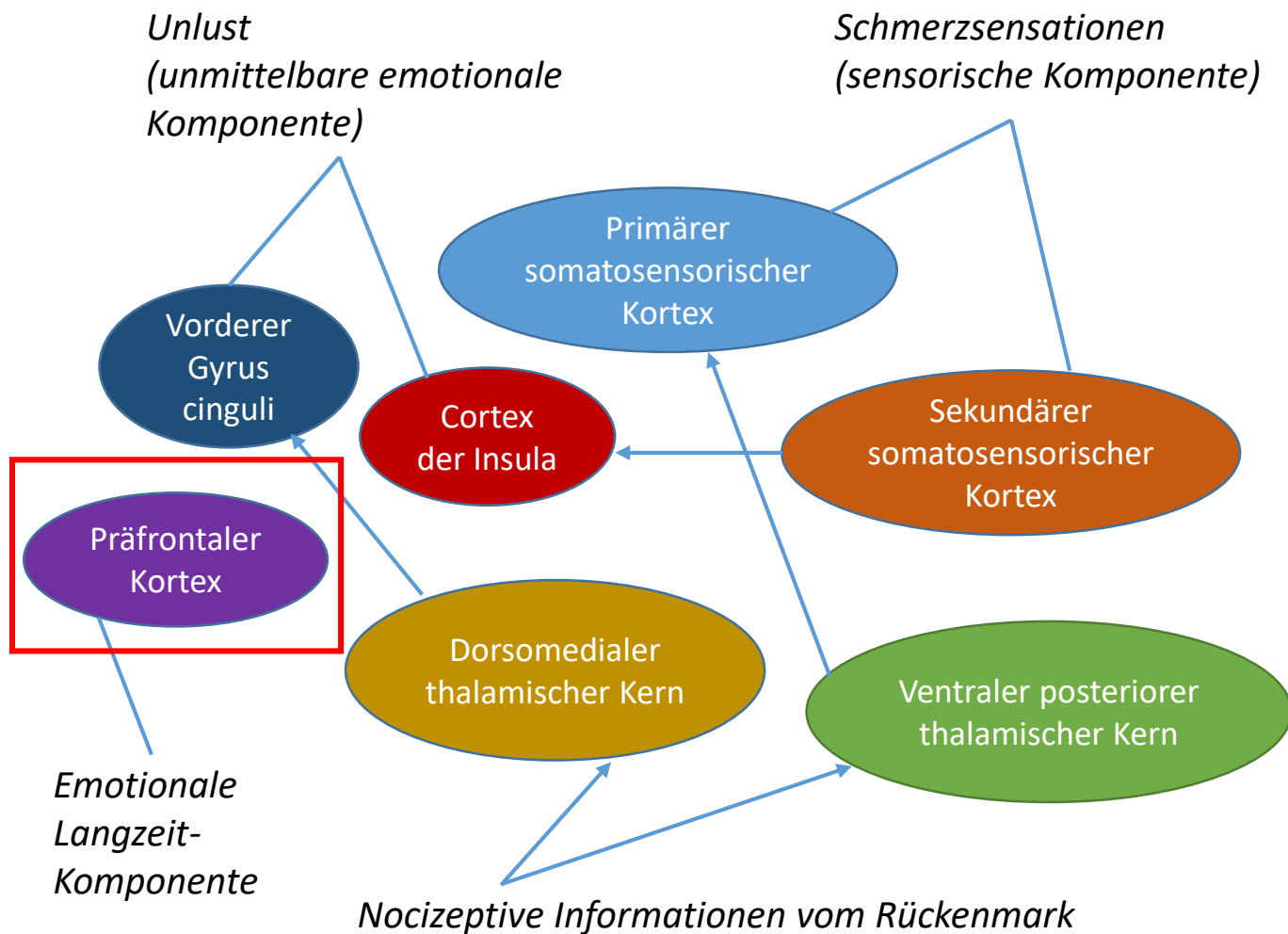
Neurobiologie des Schmerzes



... der Depression:

Anteriorer cingulärer Gyrus:
Serotoninmangel: Ängstliches Grübeln, unflexibles Verhalten

Neurobiologie des Schmerzes



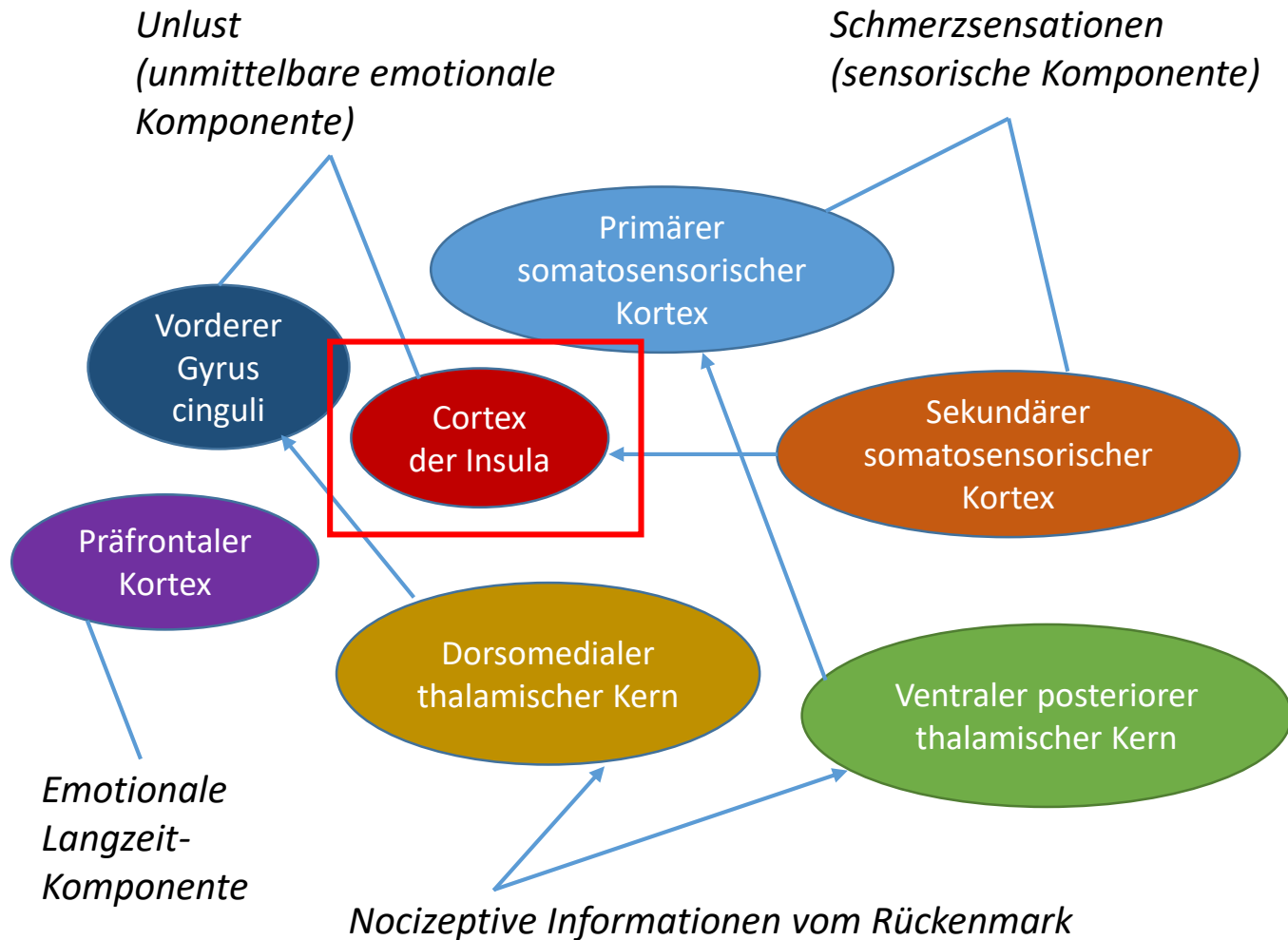
... der Depression:

Präfrontaler Kortex:

Serotoninmangel: Unvermögen, Negativität beiseitezuschieben und Zufriedenheit oder eine positive Einstellung zu finden; Verlust der Affektregulation

Noradrenalinüberschuss: Übererregtheit, innere Nervosität, Hypervigilanz

Neurobiologie des Schmerzes



... der Depression:

Die **Insula** sammelt aus dem Körper stammende Daten zur Befindlichkeit...

Bei verminderter Funktion von *GABA* (hyperaktive Insula): Depression und Panikanfälle

Ungleichgewicht von *GABA* und *Glutamat*: Globales Hyperarousal, das den Muskeltonus sowie andere Probleme wie die Schmerzwahrnehmung verstärkt

Neurochemie des Schmerzes

- Einige experimentelle Befunde:
 - **Endorphine** (Hirnopioide, Enkephaline) wirken beruhigend, lösen angenehme Gefühlszustände (Wohlbehagen) aus, unterdrücken Schmerzempfindungen und beeinflussen das Sozialverhalten
 - Endorphin-Mangel und Gegenspieler (**Katecholamine**/Energetica wie Kortisol, Adrenalin und Dopamin) erzeugen Stress und Unruhe
 - **GABA** ist der wichtigste hemmende, **Glutamat** ist der wichtigste erregende Neurotransmitter
 - **Serotonin** erfüllt sowohl hemmende als auch erregende Funktionen, u.a. in Bezug auf Aggression (niedriger Serotoninspiegel → höhere Aggressivität)
 - **Morphin** dämpft *pathologischen* Schmerz, der von Angst begleitet ist, nicht aber *experimentell induzierten* Schmerz (Schmerz kann Angst unterdrücken)

Implikationen für die Therapie

Antreiber-Seiten

- (1) Sei perfekt!
- (2) Beeil dich!
- (3) Sei stark!
- (4) Mach's allen recht!
- (5) Halte durch! Streng dich an!

Selbstsuggestionen:

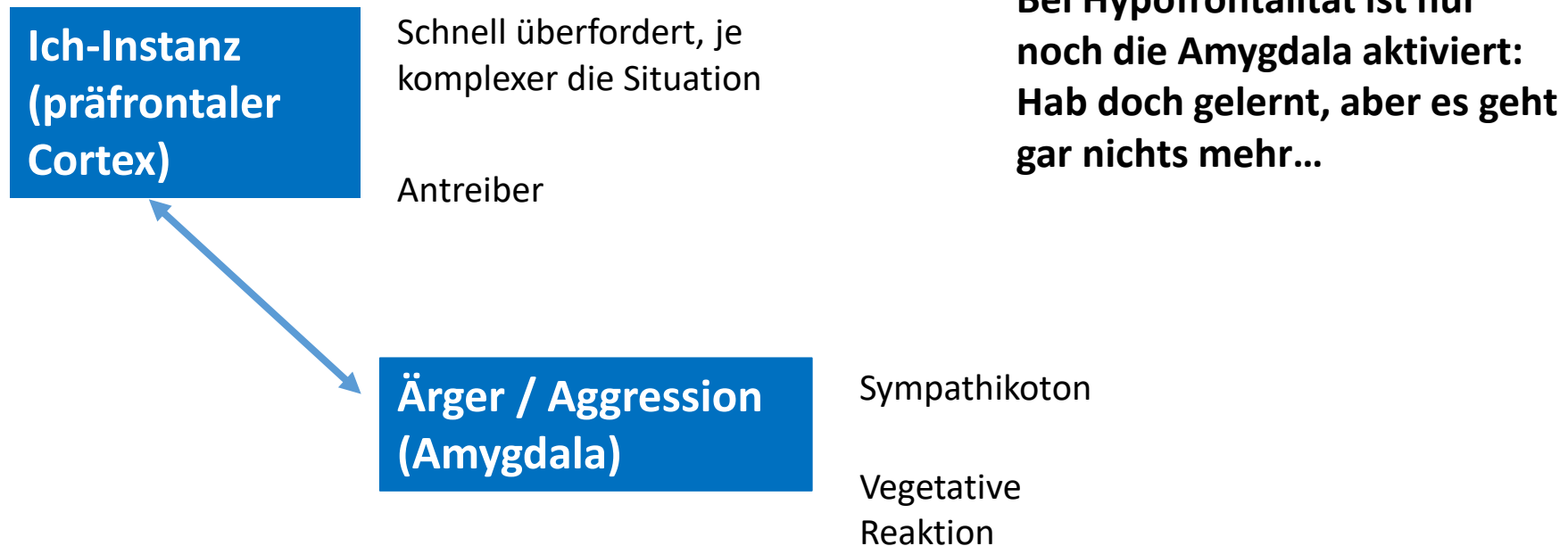
- *Ich muss noch...*
- *Immer in der Hetze...*
- *Macht nicht glücklich...*

Folgen:

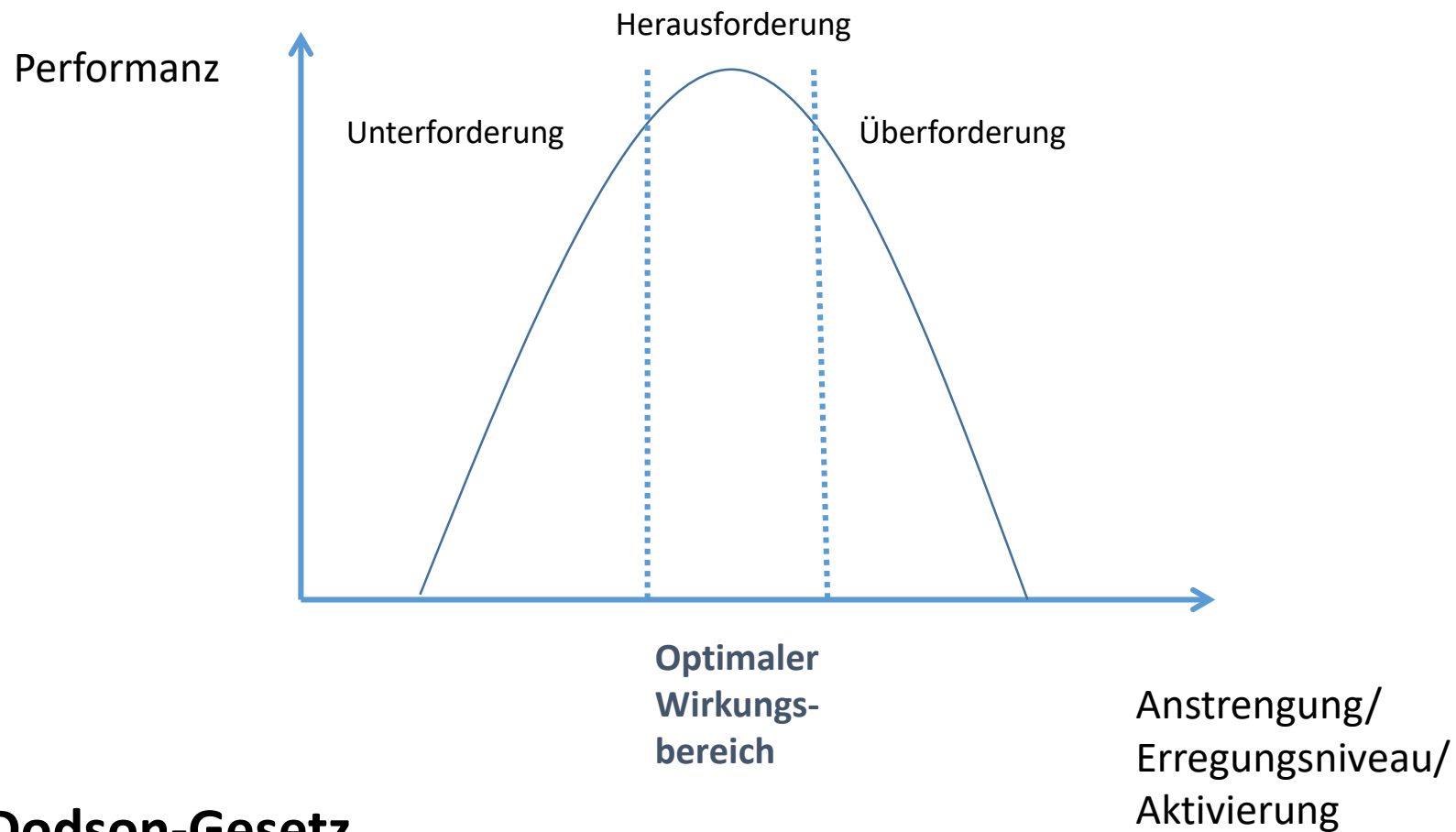
- **Wirkt sympathikoton**
- **Adrenalinausschüttung**
- **Stress**

Wirkung von Druck auf Patienten

Was ist aktiviert, wenn jemand zu lange auf Antreibern läuft?



Performanz und Anstrengung



Yerkes-Dodson-Gesetz

Wirkung von Druck auf Therapeuten

→ „Sie sind meine letzte Hoffnung...“

→ „Diese Therapie muss es jetzt bringen...“

→ Forderung nach instrumentell-chirurgischen Lösungen: „Mach's mir weg!“

Bei welchen Störungen besonders relevant?

- Angst
- Schlafstörungen
- Tinnitus
- Schmerz
- Depression

Wirkung von Druck auf Therapeuten

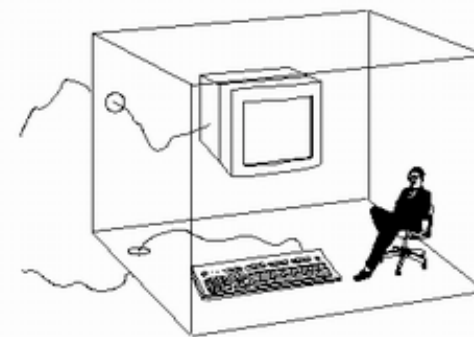
- Wenn wir unter Druck kommen, sind wir nicht mehr professionell, da sich unser Repertoire einschränkt
- Gefahr, dass die Therapie in denselben, bislang nicht erfolgreichen Lösungsalgorithmus des Patienten eingespannt wird (Kybernetik 2. Ordnung)



der Beobachter



das System



das Beobachtersystem

Krankheitsmodell

- Somatoforme Schmerzstörung: Die psychischen Faktoren (z.B. Depression, Eheprobleme) können der Schmerzstörung vorausgehen oder nachfolgen
- Obwohl ein fehlender Organbefund für die potenzielle Bedeutung psychischer Faktoren spricht, sollte dieser Aspekt nicht überbewertet werden; er beweist allein nicht die Beteiligung psychischer Faktoren
- Das Krankheitsmodell von Patient*innen, auch wenn es falsch sein kann, sollte auch in der Behandlung der komorbiden Depression berücksichtigt werden

Antidepressive Pharmakotherapie

- SNRI und SSRI haben bei chronischen Schmerzpatienten (gemischt mit und ohne klinische Depression) einen positiven Effekt auf *Depressivität*
- Venlafaxin und Duloxetin sowie die TZA Amitriptylin, Imipramin und Clomipramin haben eine *analgetische Wirkung*
- Fluoxetin ist wirksam in der *Analgesie* von diabetischer Neuropathie und chronischen Schmerzen

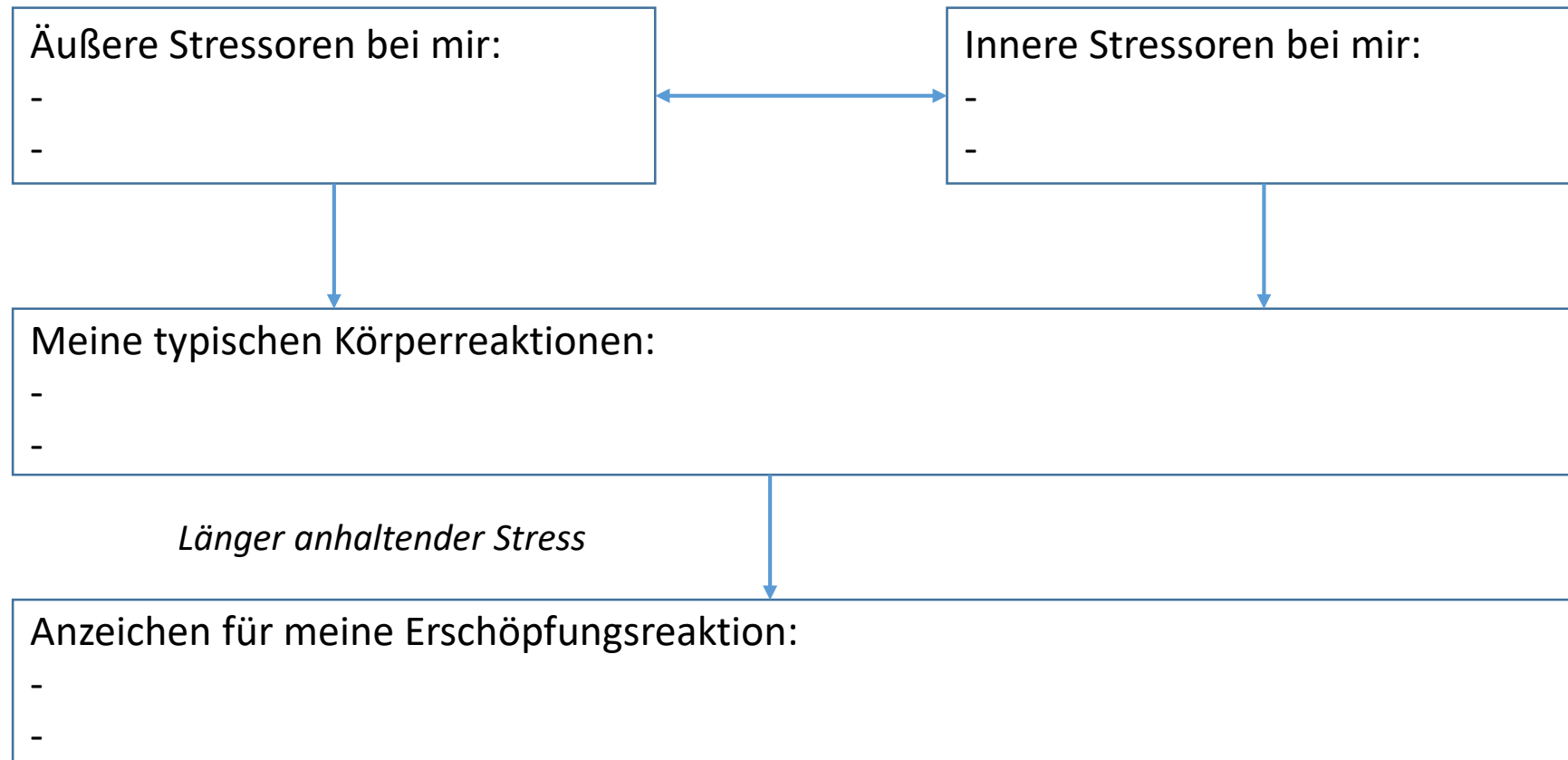
VT des Schmerzes (und der Depression)

- **Tagebuch angenehmer Erlebnisse:** Werden Sie sich eine Woche lang täglich einer angenehmen Begebenheit bewusst, *noch während sie geschieht*. Halten Sie später die Einzelheiten der Erfahrung fest:

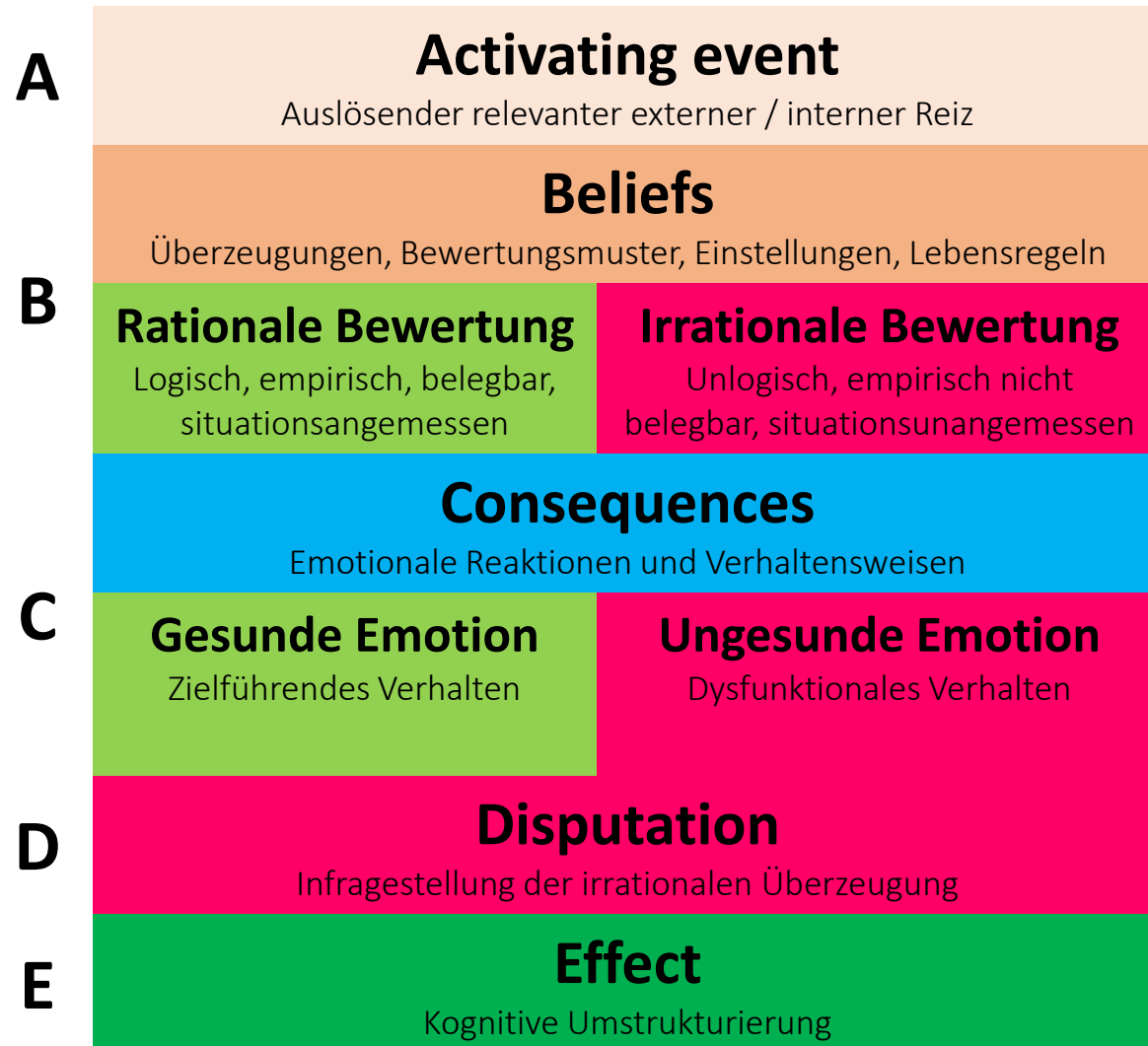
	Welche Erfahrung haben Sie gemacht?	Waren Sie sich der angenehmen Erfahrung bewusst, als sie geschah?	Wie fühlte sich der Körper während der Erfahrung an? Beschreiben Sie alle Empfindungen	Welche Gedanken und Gefühle steigen jetzt beim Niederschreiben der Erfahrung auf?
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

VT des Schmerzes (und der Depression)

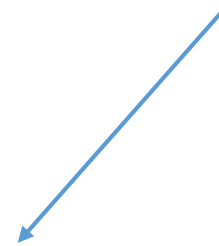
- Stressauslöser und Stressreaktion



VT des Schmerzes (und der Depression)



„Angesichts dieser Konsequenzen – wollen Sie den Gedanken behalten?“



VT des Schmerzes (und der Depression)

- Emotionsarbeit:
 - Unterschiedliche Gefühle wahrnehmen, regulieren und ausdrücken
 - Depressive Gefühle erkennen: Scham, Schuld, Ärger/Wut, Angst

	Welches Ereignis hat das Gefühl ausgelöst?	Welche Funktion hatte das Gefühl für mich?	Wie bin ich mit dem Gefühl umgegangen?
Tag:			
Gefühl:			
Tag:			
Gefühl:			

VT des Schmerzes (und der Depression)

- Bedürfnisorientierung:
 - Mehr für die Wahrnehmung und Befriedigung von **Autonomiebedürfnissen** (Unabhängigkeitsbedürfnissen) tun
 - Die bisherige **Überlebensregel** überprüfen bzw. falsifizieren: „Nur, wenn ich immer [gebotenes Verhalten] und niemals [verbotenes Verhalten], bewahre ich mir die Aussicht auf [Annäherungsziel] und verhindere ich [Vermeidungsziel]...“
 - Bei von Wachter & Kappis (2019): Grundbedürfnisse früher und heute
 - Werteorientiertes Handeln

VT des Schmerzes und der Depression

- Achtsamkeit (z.B.: Sitzmeditation im MBCT): Unterschiedliche Arten, mit unerwünschtem Erleben umzugehen...
 - Den Schmerz beobachten, ohne irgendetwas zu tun...
 - In den Schmerz hineinatmen...
 - Dem Impuls zur Veränderung nachgeben, aber sich achtsam, d.h. so wenig wie möglich bewegen (und zuvor eine Weile den Impuls zur Veränderung achtsam im Gewahrsein halten)...