

Ingeborg Maria Krotz
Dr. med.

Schmerzbewältigungsstrategien, Schmerzempfindung und Lebensqualität bei Fibromyalgie Patienten

Geboren am 26.06.1972 in Sinsheim
Reifeprüfung am 18.05.1992 in Sinsheim
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom SS 93 bis SS 2000
Physikum am 15.04.96 an der Universität Heidelberg
Klinisches Studium in Heidelberg
Praktisches Jahr in Schwäbisch Hall
Staatsexamen am 17.05.2000 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Innere Medizin
Doktorvater: Prof. Dr. med. W. Eich

Mit dieser Studie sollte die Bedeutung unterschiedlicher Schmerzbewältigungsstrategien wie konkreten Strategien (z.B. Ruhe- und Entspannungstechniken) und kognitiven Strategien (z.B. Kompetenzerleben und Genussvermögen) auf die Schmerzempfindung und die Lebensqualität von FMS-Patienten untersucht werden. Dazu wurde der Zusammenhang differenzierter Schmerz-, Lebensqualitäts- und Schmerzbewältigungs-Parameter in einer Querschnittsbetrachtung und die Varianz der einzelnen Parameter im zeitlichen Verlauf in einer Längsschnittsbetrachtung untersucht.

Neben der Korrelation der Variablen wurde mittels Schrittweiser Regressionen die Bedeutung der Schmerzbewältigung für die Schmerzempfindung in einer mutmaßlichen kausalen Wirkkette untersucht, über die Coping zu Schmerzreduktion führt. In einem weiteren Schritt wurde die Beeinflussbarkeit der Lebensqualität durch unterschiedliche Schmerzbewältigungsstrategien mittels Schrittweiser Regressionen dargestellt. Dadurch sollte die Bedeutung einzelner Coping-Strategien zur Beeinflussung von Schmerz und Lebensqualität im direkten Vergleich möglich werden.

Aufgrund der großen Stichprobe von N=259 konnten auch geringfügige Veränderungen signifikant aufgezeigt werden.

Die Daten wurden im Rahmen der Multicenter Fibromyalgie Therapiestudie erhoben und das Datenmaterial aus 2 in 4-wöchigem Abstand aufeinanderfolgenden Messzeitpunkten verwendet.

Die untersuchte Stichprobe kennzeichnete sich durch besonders schwere Krankheitsverläufe und lange Chronifizierungsdauer, was am ehesten durch die Selektion stationärer Patienten bedingt ist.

Folgende Zusammenhänge konnten aufgezeigt werden:

Schmerzbewältigung und Schmerzempfindung

Die Schmerzempfindung ist durch bestimmte Bewältigungsstrategien selektiv beeinflussbar. Von herausragender Bedeutung ist dabei das Kompetenzerleben. Dieser Bewältigungsbereich ist Ausdruck eines prozessualen Copings und eigenbestimmten Krankheitsverständnisses der Patienten. Es handelt es sich dabei nicht um einen bewussten Versuch der Schmerzbeseitigung oder Reduktion, sondern

um Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, also um den Glauben an das eigene Handlungsvermögen. Das unterstreicht die bisherigen Ergebnisse aus der Literatur, die auf die herausragende Bedeutung der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen hinweisen.

Auch Veränderungen anderer kognitiver Bewältigungsstrategien, wie ein ausgeprägtes Genussvermögen korrelierten mit Veränderungen der Schmerzempfindung, erreichten jedoch nicht die gleiche Zusammenhangsstärke wie das Kompetenzerleben.

Konkrete Coping-Strategien wie z.B. gegensteuernde und schmerzüberdeckende Aktivitäten waren insgesamt weniger bedeutend.

Vor allem in der affektiven (z.B. „ich empfinde meine Schmerzen als quälend“), weniger in der sensorischen Schmerzempfindung (z.B. „ich empfinde meine Schmerzen als stark“) zeigte sich Schmerzreduktion bei stärkerer Ausprägung von „Kompetenzerleben“, „Kognitiver Umstrukturierung“ und „Ruhe und Entspannung“.

Mithilfe von Schrittweisen Regressionen konnte eine mutmaßliche Kausalkette, über deren Zwischenschritte Coping zur Schmerzreduktion führt aufgezeigt werden.

Dabei geht eine Steigerung der Bewältigungsstrategie „Kompetenzerlebens“ (z.B. „wenn ich Schmerzen habe, habe ich dennoch das Gefühl sie zu beherrschen“) mit geringerer schmerzbedingter Hilflosigkeit und Depression und etwas weniger mit geringerer schmerzbedingter Angst einher. Diese verminderten schmerzbedingten Beeinträchtigungen wiederum können eine verminderte affektive Schmerzempfindung vorhersagen. Die Veränderung der affektiven Schmerzwahrnehmung geht dann schließlich mit verminderter typischer Schmerzempfindung (auf einer Skala von 1 bis 10) einher.

Die typische Schmerzempfindung unsere Patientengruppe wird nicht von der sensorischen Schmerzempfindung bestimmt.

Dieses Ergebnis impliziert, dass Therapien mit dem Ziel der Schmerzreduktion versuchen sollten vor allem die schmerzbedingten Beeinträchtigungen und hier vorrangig die Depression zu vermindern. Eine Verbesserung des Beeinträchtigungsgefühls führt dann über verringerte affektive Schmerzempfindung zur Reduktion des typischen Schmerzes der FMS-Patienten.

Da die Depression ein zentrales Problem bei den Versuchen, Schmerzen bei FMS-Patienten zu reduzieren darstellt, lenkt dieses Ergebnis den Fokus der therapeutischen Bemühungen von rein medikamentöser Schmerztherapie auf umfassende integrierte Therapiekonzepte, die im wesentlichen auch psycho- und evtl. psychopharmaka-therapeutische Elemente erfordern.

Unsere Hypothese, dass Schmerzbewältigungsstrategien zu verringerter Schmerzempfindung führen, lässt sich damit differenziert für bestimmte Bewältigungs-Strategien und bestimmte Aspekte der Schmerzempfindung bestätigen. Von zentraler Bedeutung sind Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Das Modell der Schrittweisen Regression unterstreicht dabei die Bedeutung schmerzbedingter psychischer Beeinträchtigungen für die affektive und die typische Schmerzempfindung.

Schmerzbewältigung und Lebensqualität:

Die Schmerzbewältigung ist ein wichtiger Einflussfaktor auf die Lebensqualität in den Bereichen des psychischen Befindens und Vermögens. Eine entscheidende Bedeutung kommt der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen „Kompetenzerleben“ zu.

Das zeigt, dass die gleiche Strategie, die die Schmerzempfindung beeinflusst, auch in anderen Gebieten wirkt.

Der Bewältigungsbereich „Mentale Ablenkung“ ist die Strategie, die die Lebensqualität im Bereich Genuss- und Entspannungsfähigkeit am besten beeinflussen kann. Sie scheint anzuzeigen, dass bewusste Hinwendung zu Entspannung oder Dingen, die Genuss bringen eine erfolgreiche Methode ist, die eigene Lebensqualität zu steigern.

Die konkreten Bewältigungsmaßnahmen waren insgesamt weniger bedeutend für die Lebensqualität.

Mithilfe des Modells der Schrittweisen Regressionen wurde die Bedeutung des Kompetenzerlebens zur Verbesserung der Lebensqualität eindrucksvoll bestätigt. Darüber hinaus konnte durch die direkte Vergleichbarkeit der Effektstärken festgestellt werden, dass die Lebensqualität durch Schmerzbewältigung besser beeinflussbar ist, als die Schmerzempfindung.

Da die Lebensqualität insgesamt für die alltägliche Zufriedenheit der Patienten bedeutender ist, als die Schmerzempfindung, stellt sie ein übergeordnetes Therapieziel da.

Unsere Daten unterstützen sowohl die klinische Erfahrung, als auch den aktuellen Forschungsstand der Bereiche Neurophysiologie und Neuroplastizität. Sie zeigen, dass die Schmerzempfindung selbst, insbesondere die sensorische Schmerzempfindung schwer chronifizierter Patienten wenig beeinflusst werden kann. Im Mittelpunkt der Therapiebemühungen mit FMS-Patienten sollte deshalb die Steigerung der Lebensqualität und die Verringerung der Beeinträchtigungsgefühle stehen. Dies erfordert weiterreichende und umfassendere Konzepte als auf reine Schmerzreduktion abzielende Therapien.

Die Hypothese, dass die Anwendung von Bewältigungsstrategien zur Verbesserung der Lebensqualität führt konnte exemplarisch für den Bereich des psychischen Befindens und Vermögens bestätigt werden.

Wie auch für die Schmerzempfindung ist die Selbstwirksamkeitsüberzeugung „Kompetenzerleben“ die entscheidende Bewältigungs-Strategie.

Beim direkten Vergleich der Beeinflussbarkeit von Schmerzempfindung versus Lebensqualität durch Bewältigungs-Strategien zeigte sich, dass, in der von uns untersuchten schwer chronifizierten Stichprobe, die Lebensqualität besser beeinflussbar ist, als die Schmerzempfindung. Die Lebensqualität sollte deshalb im Mittelpunkt der therapeutische Bemühungen um FMS-Patienten stehen.