

- ▶ Besonderheiten von Schmerzen im Alter sind u. a. eine hohe Prävalenz und eine verminderte Schmerztoleranz.
- ▶ Im Alter müssen verschiedene Entwicklungsaufgaben erledigt werden, die ungelöst zu psychischen und somatischen Schmerzen führen können.
- ▶ Multimodale Therapieansätze beinhalten u. a. Schmerzmedikation, Antidepressiva, Psychoedukation, Physiotherapie und psychotherapeutische Interventionen.



Schmerz im Alter

Eine Aufgabe zur Bewältigung oder Hoffnungslosigkeit

Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebeschädigung einhergeht oder von betroffenen Personen so beschrieben wird, als wäre eine solche Gewebeschädigung die Ursache.¹ Aufgrund verschiedener Befunde der letzten Jahre wird deutlich, dass eine Trennung des Schmerzes in einen körperlichen oder psychischen nicht mehr haltbar ist, es ist ein Erleben, welches den gesamten Menschen betrifft.

Bei starken Schmerzen sind Areale des limbischen Systems im Gehirn genauso aktiv, wie wenn sich jemand sozial ausgeschlossen fühlt (sozialer Schmerz) oder mit jemandem mitfühlt, der Schmerzen hat (Schmerzempathie) oder wenn ein Phobiker mit dem Inhalt seiner Phobie auslösenden Objekt konfrontiert wird.^{2, 3}

Besonderheiten von Schmerzen im Alter

Die Prävalenz von Schmerzen bei Personen über 65 Jahren schwankt je nach Untersuchung zwischen 50 und 85 %.⁴ Das Schmerzempfinden im Alter ändert sich nicht wesentlich, jedoch ist die Schmerztoleranz erniedrigt.⁵

Schmerzen im Alter werden häufig ohne weitere Reflexion auf Körperveränderungen zurückgeführt, das individuelle Schmerzempfinden ist jedoch beeinflusst vom Gefühl der Selbstwirksamkeit.⁶

Kindliche Traumatisierungen (Vernachlässigung, Missbrauch, Krieg oder Natur-

katastrophen) erhöhen das Risiko für späteres Schmerzerleben, andererseits kann der Schmerz auch eine Funktion im Alter einnehmen⁷:

1. schmerzhaft erlebte Vergangenheit (unbewusste Inszenierung)
2. Ausdruck von Trauer
3. Entlastung von Depression und Angst sowie Schuldgefühlen
4. Erhalt bedrohter sozialer Kontakte

Das Konzept des „totalen Schmerzes“ (total pain) ist ein bio-psycho-sozial-spirituelles Modell (Abb.), welches 1960 erstmals von Cicely Saunders formuliert wurde.

Dabei wird Schmerz als komplexes Erleben auf unterschiedlichen Ebenen eines Menschen in einer Grenzsituation verstanden.⁸

Bei älteren und alten Menschen können somatische und psychische Aspekte einander bedingen und sich so verschränken, dass sie nicht mehr auflösbar sind. Zusätzlich können soziale und spirituelle Konflikte und Folgen dieser Entwicklung zu einer inneren Vulnerabilität führen und ein Empfinden entstehen lassen,

welches einen „totalen Schmerz“ bewirkt.

Leid kann als eine Grunderfahrung verstanden werden und bezeichnet als Sammelbegriff all dasjenige, was einen Menschen körperlich und seelisch belastet.

Akute psychische Schmerzen oder akutes Leiden können ausgelöst werden durch Kränkung, Beschämung, Ablehnung, Einsamkeit, Verlust, Gewalt, Trauma, Suizidalität oder eine psychotische Episode.

Chronische psychische Schmerzen oder chronisches Leiden können zu Erstarrung, Verbitterung, Isolation, Schmerz, nicht geliebt zu werden, Angst, Depression ohne/mit körperlichen Schmerz führen.

Folgen der versuchten Bewältigung können sein⁹:

- Emotionale Regression, es wird auf frühere Erfahrungen und Ausdrucksformen zurückgegriffen.
- Rückzug aus reifen Objektbeziehungen auf sich selbst, auf den eigenen Körper

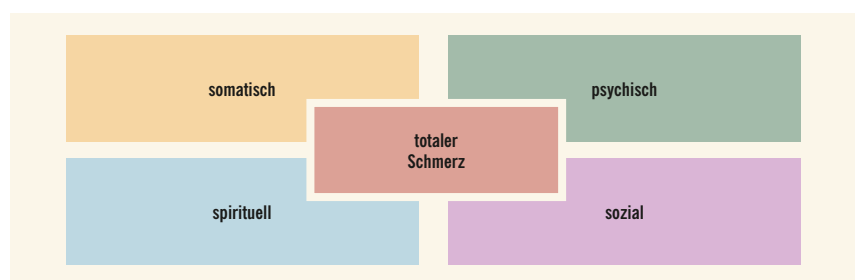


Abb.: Konzept des „totalen Schmerzes“



- Schmerzen fördern narzisstische Tendenzen: Der Schmerzleidende steht im Mittelpunkt.
- Sekundärer Krankheitsgewinn bei Schmerzpatienten ist oft von großer Bedeutung.
- Das Sprechen über Schmerzen ist weniger konfliktreich als über mögliche Zusammenhänge im Lebensschicksal.

Entwicklungsaufgaben im Alter: Im Alter müssen verschiedene Entwicklungsaufgaben¹⁰ erledigt werden, die ungelöst zu psychischen und somatischen Schmerzen führen können:

1. Aufgabe: Bisherige Berufstätigkeit beenden! Und dann?
2. Aufgabe: sich gut um den eigenen Körper kümmern
3. Aufgabe: das „Kind in uns“ suchen und annehmen (Bedürftigkeit, Wünsche, Phantasien)
4. Aufgabe: sich Veränderungen und unbekanntem Gefühlen stellen
5. Aufgabe: Befriedigungsmöglichkeiten suchen
6. Aufgabe: Beziehungen erhalten und gestalten, Beziehungen zu unseren Älteren klären, Beziehungen zu Gleichaltrigen verbessern und neue Beziehungen aufbauen, Beziehungen zu Jüngeren verändern, Beziehungen entwickeln – besonders, wenn man allein lebt
7. Aufgabe: Partnerschaft entwickeln
8. Aufgabe: Selbständigkeit bewahren
9. Aufgabe: Sich immer wieder auf das Älterwerden einstellen (Einstellen auf veränderte Zeitperspektive sowie auf Verluste, Sterben und Tod)

Therapieansätze

Der Mensch, vor allem auch der ältere oder alte Mensch, versucht häufig, in einer passiven Haltung eine Lösung zu erreichen. Zum Beispiel bei Rückenschmerzen werden eine Schonhaltung eingenommen und Schmerzmittel geschluckt, anstatt sich körperlich zu betätigen, ein Muskelaufbautraining zu absolvieren oder einen Physiotherapeuten aufzusuchen. Bei psychischen Schmerzen wird versucht, diese zu verdrängen, Psychopharmaka einzunehmen und sich

mit Suchtmittel Erleichterung zu verschaffen. Ein aktiver Zugang wäre, sich der Auseinandersetzung zu stellen, seine Beziehungen zu gestalten, eine Psychotherapie in Betracht zu ziehen.

Im medizinischen Alltag haben sich nach verschiedenen Algorithmen multimodale Therapieansätze entwickelt, die Schmerzmedikation, Antidepressiva, Psychoedukation, Konzepte zur Schmerzbewältigung, Physiotherapie, körperliche Bewegung, Entspannung, autogenes Training und psychotherapeutische Interventionen (unter anderem Verhaltenstherapie, psychodynamische Verfahren, Gruppentherapie, Achtsamkeitstraining, Humorthherapie) beinhalten.

Die Schmerzmedikation in der Praxis orientiert sich meist noch an den WHO-Empfehlungen¹¹ zur Schmerztherapie bei onkologischen Patienten, jedoch haben diese schon einige Modifikationen erfahren.

In der Altersmedizin¹² hat sich bei den Nichtopioid-Analgetika Metamizol (z. B. Novalgin) durchgesetzt, Gründe sind die bessere Verträglichkeit und das geringere Interaktionsrisiko im Vergleich zu den anderen Substanzen dieser Gruppe.

Als nächster Schritt werden Präparate mit Tramadol empfohlen. Häufig wird jedoch ein Serotoninsyndrom in Kombination mit SSRI beobachtet, sodass dieser Schritt oft übersprungen wird und starke Opioide zu Anwendung kommen.

Aufgrund der besseren Verträglichkeit bei schwerer Leber- und Niereninsuffizienz und des geringeren Interaktionspotenzials haben sich Substanzen wie Hydro-morphon (z. B. Hydral) oder Morphine (z. B. Vendal, Durogesic) durchgesetzt. Unterstützend können Substanzen, wie SNRI (Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer), Trazodon und Pregabalin eingesetzt werden. Auch auf die Verwendung von Tetrahydrocannabinol (Dronabinol) in Kombination mit Opioiden soll hingewiesen sein, es lässt sich die Dosis für Opioide reduzieren und damit der Nebenwirkungen (vor allem Obstipation und Übelkeit) dieser Substanzgruppe.

Ein wichtiger Aspekt im Gesamtbehandlungsplan ist nicht zu unterschätzen,

nämlich dass jeder 2. ältere Patient sich Analgetika als OTC- („over-the-counter“-) Präparate besorgt und einnimmt.¹³

Psychotherapeutische Überlegungen

Lebendig bleiben nur solche Menschen, die die Lust an neuen Erkenntnissen auch über sich selber höher bewerten als die Anerkennung von außen.

Die Auseinandersetzung mit der Vergangenheit in der Gegenwart ist von zentraler Bedeutung, „eine Unfähigkeit zu trauern, scheint nach wie vor aktuell zu sein.“¹⁴

Von zentraler Bedeutung in der Psychotherapie ist die Integration der Zeit und der Erinnerungen, um nicht zu erstarren. Inneres Verzeihen und die Versöhnung mit sich selbst und der Welt sind wichtige Vorgänge, die eine Lebendigkeit bis ins hohe Alter ermöglichen und für alte Patienten ist keineswegs alles bereits vorbei.¹⁵

Resümee

Körperliche und seelische Schmerzen können auch eine Herausforderung bedeuten zu wachsen, sich zu verändern, nicht gelöste Konflikte anzugehen.

Zur Prävention, um möglichst schmerzfrei alt zu werden, sollte man die „5 L“ – Lieben, Leben, Lachen, Lernen, Laufen – in den Mittelpunkt stellen. Um möglichst hilfreich zu sein in der Psychotherapie und Begleitung älterer Menschen, haben sich die „3 H“ – Herzlichkeit, Hoffnung, Humor – bewährt.

- 1 International Association for the Study of Pain 2016. www.iasp-pain.org
- 2 Singer T et al., Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science* 2004
- 3 Straube T et al., Effects of cognitive behavioral therapy on brain activation in specific phobia. *Neuroimage* 2006
- 4 Gosch M et al., Polypharmacy and pain treatment. *Wien Med Wochenschrift* 2010; 160
- 5 Edwards R, Age-associated differences in pain perception and pain processing. *Pain in older persons – Progress in Pain* 2005
- 6 Basler HD, Schmerz im Alter. *Schmerzpsychotherapie im Alter*. 6. Aufl. Springer Heidelberg, 2007
- 7 Bäuerle P, Schmerz und Alter. *Psychotherapie im Alter* 4/6 Jg. 2009
- 8 Richmond C, Saunders C, *BMJ* 2009; 33:238
- 9 Kipp J, Psychogene Schmerzverstärkung im Alter – Körperschmerz und Seelenschmerz. *Psychotherapie im Alter* 4., 6. Jg. 2009
- 10 Radebold H und H. Zufrieden älter werden. *Entwicklungsaufgaben für das Alter*. Psychosozial-Verlag, 2015
- 11 World Health Organization: *Cancer pain relief. With a guide to opioid availability* (2nd ed.). WHO (Geneva), 1996
- 12 Gosch M, Analgetika beim geriatrischen Patienten. *Z Gerontol Geriatr* 2015
- 13 Rottlaender D et al., Multimedikation, Compliance und Zusatzmedikation bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen. *Dtsch Med Wochenschr* 2007
- 14 Mitscherlich M, *Die Radikalität des Alters*. S. Fischer Verlag, 2010
- 15 Quinodoz D, *Älterwerden, eine Entdeckungsreise*. Psychosozial Verlag, 2010