

Psychosomatische Behandlungsansätze bei verschiedenen chronischen Schmerzkrankungen



Dr. med. Martin von Wachter

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin

 Ostalb-Klinikum Aalen

Differentialdiagnostik

bio

Gewebeschädigung mit adäquater Krankheitsbewältigung
z.B. Nervenläsion, RA

Gewebeschädigung mit inadäquater Krankheitsbewältigung
z.B. somatische Fixierung, Katastrophisieren, Verleugnen,
fatalistisches Resignieren

Gewebeschädigung bei gleichzeitig bestehender psychischer
Komorbidität z.B. Angststörung, Depression

eine funktionelle Störung

z.B. unspez. Rückens., Kopfschmerz, Fibromyalgie

eine psychische Störung im engeren Sinne

z.B. somatoforme Schmerzstörung, PTSD,
Fibromyalgie, Depression

Nach Egle et al 1999

psychosozial

Störg.spez.Behandlung



Gewebeschädigung

funktionelle Störung

psychische Störung

Psychoedukation

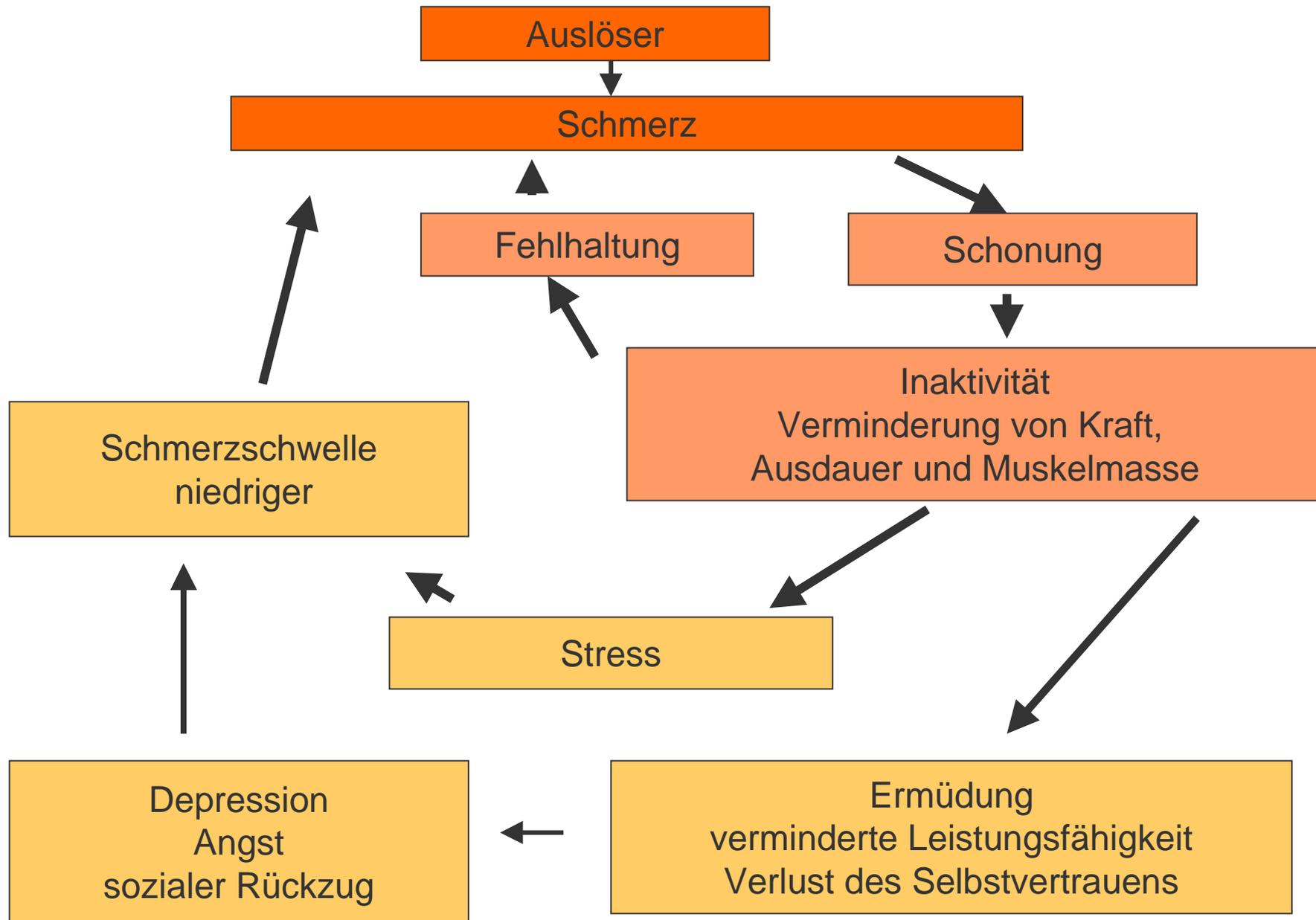
Schmerzbewältigung

Stressbewältigung

Psychotherapie

Aktivierende Bewegungstherapie

Entspannungsverfahren



Schmerzverarbeitung

Mediales Schmerzsystem

Cortex präfrontalis

Bewertung

Amygdala/Hippocampus

Emotionen/Stress

Insula

Schmerzintensität

Alarmsystem

Gyrus cingulum

Schmerzerwartung,

Schmerzaufmerksamkeit

Negative Affekte

Laterales Schmerzsystem

Somatosensorischer Cortex

Thalamus

Lokalisation

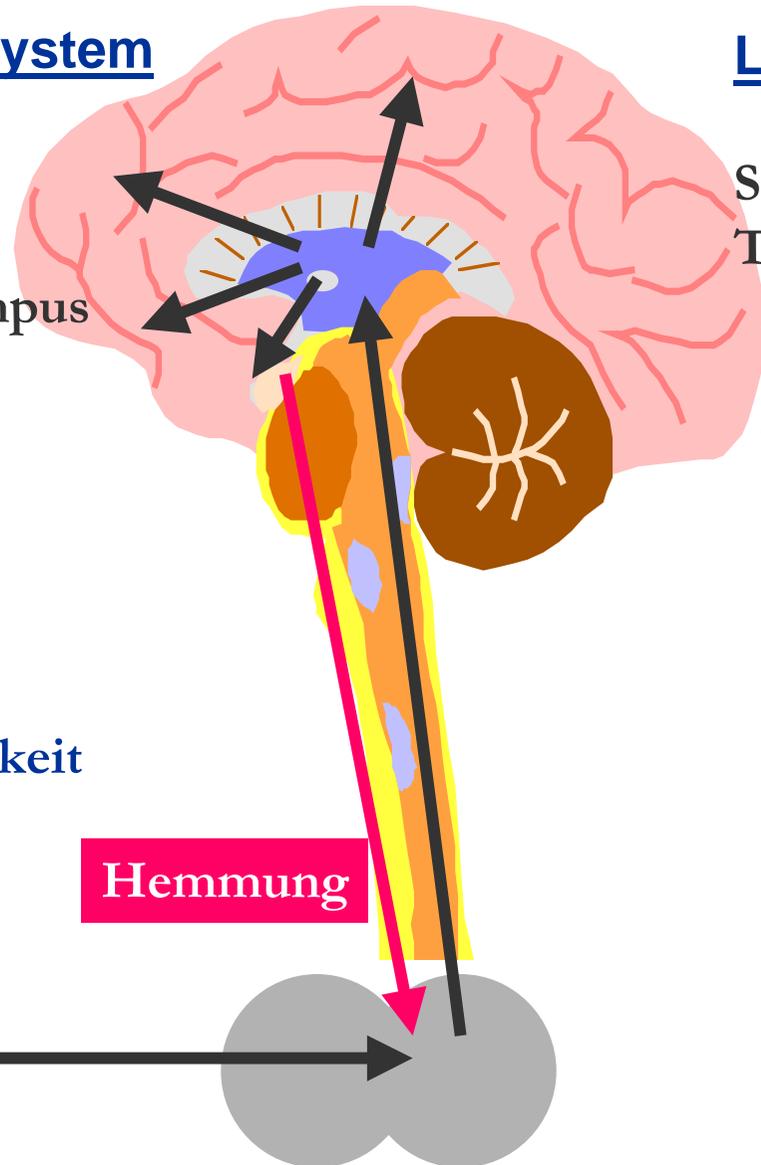
Stimmulusintensität

Schmerzerwartung

Schmerzreiz



Hemmung



Schmerzverarbeitung

Mediales Schmerzsystem

Kogn. Umstruktur.

Cortex prafrontalis

Bewertung

Amygdala/Hippocampus

Emotionen/Stress

Insula

Schmerzinte

Stressbew.

Alarmsystem

Gyrus cingulum

Schmerzerwa

Schmerzbew.

Schmerzaufmerksamkeit

Negative A

Schmerz/Affekt-Diff.

Schmerzreiz



Laterales Schmerzsystem

Somatosensorischer Cortex

Thalamus

Lokalisation

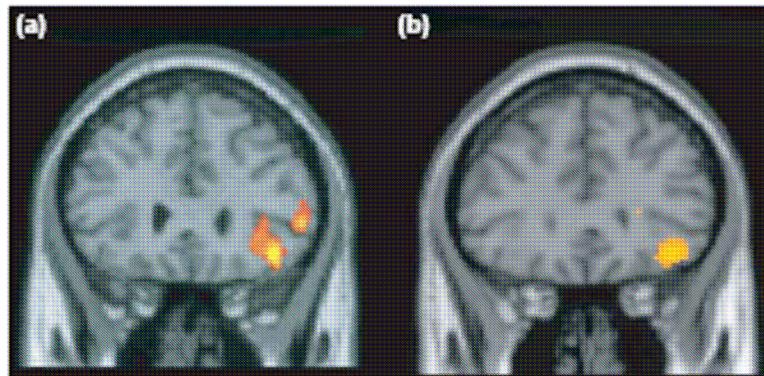
Stimmulusintensität

Schmerzerwartung

Ablenkung

Warum Zurückweisung schmerzt

Eisenberger Science 2003

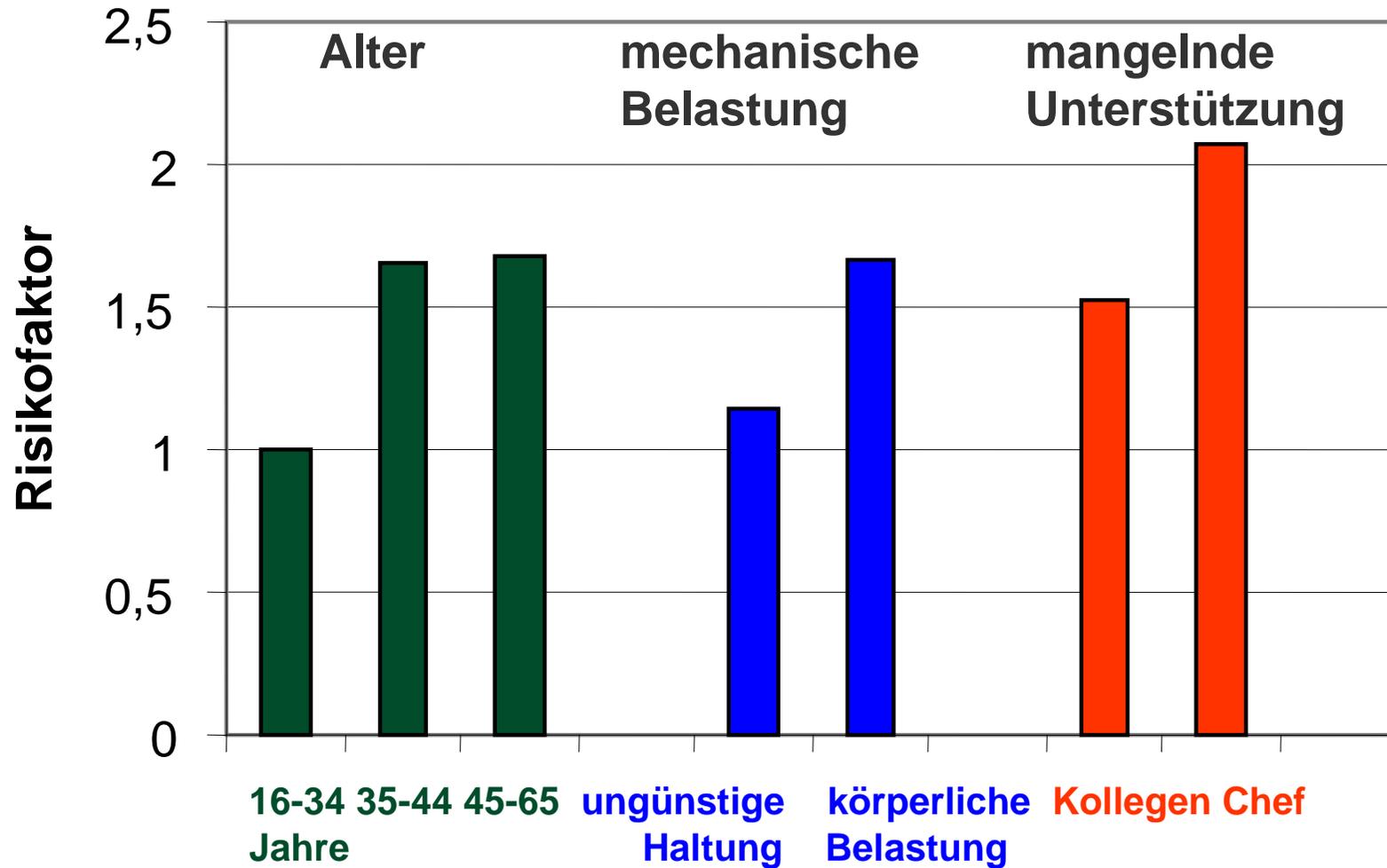


(a) Social pain regulation
RVPFC (y = 27)

(b) Physical pain regulation
RVPFC (y = 30)

- soziale und physische Schmerzsysteme sind auf neurobiologischer Ebene eng verknüpft
- Negative Emotionen werden oft als Schmerz wahrgenommen

Risikofaktoren für unspez. Rückenschmerz bei Industriearbeitern



Psychische Risikofaktoren für eine Chronifizierung der Schmerzkrankheit

- anhaltende psychovegetative Spannung
- Gewalt- und Schmerzerfahrungen in der Kindheit
z.B. seelische und körperliche Mißhandlung oder Vernachlässigung
- Angst- und Depression in der Vorgeschichte
- unzureichende analgetische Vorbehandlung
- Operationen vor dem 6.Lebensjahr
- primärer oder sekundärer Krankheitsgewinn
- ebenfalls schmerzkranken Angehörige in der Familie



Psychische Risikofaktoren für eine Chronifizierung der Schmerzkrankheit II

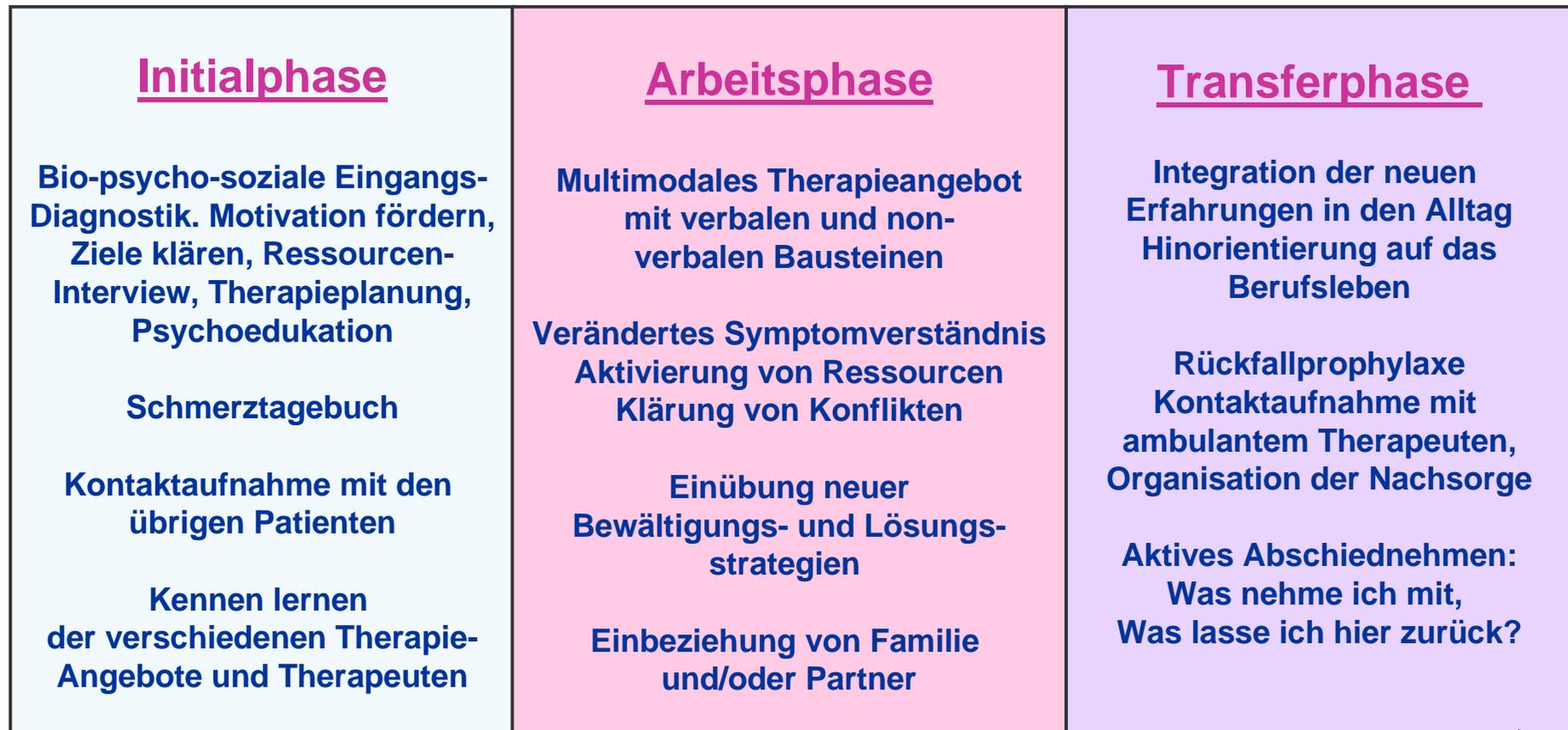
- Tendenz zum `Katastrophisieren´
- Angst-Vermeidungs-Verhalten
- bevorzugt non verbales Schmerzverhalten
- anhaltende Konflikte, dysfunktionale Kommunikation
- ungünstige Coping-Strategien, wie Passivität, Hilflosigkeit
Selbstbeschuldigung, übersteigertes Leistungsideal
- körperliche Fixierung durch einseitig somatisches
Diagnostizieren und Behandeln
- soziale Probleme und Belastungen z.B. im Beruf, etc.

Protektive Faktoren, die vor einer Chronifizierung der Schmerzkrankheit schützen

- sichere Bindung
- frühzeitige und ausreichende Schmerzmedikation
- angemessene Akzeptanz der Erkrankung und der bestehenden Leistungseinbußen (balanced coping)
- Ressourcenaktivierung, aktive Schmerzbewältigung
- Annahme sozialer Unterstützung (Partner, Angehörige, Freunde, Nachbarn etc.)
- vorherige konstruktive Krisenbewältigung (self efficacy)
- tragfähige Arzt-Patient-Beziehung



Phasenmodell der stationären/tagesklinischen Behandlung



Initialphase

bio-psycho-soziale Schmerzdiagnostik

Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung

Symptome ernst nehmen, Erkrankung respektieren,
subjektive Krankheitstheorie erfragen und in die Behandlung
mit einbeziehen, aktuelle und gewesene Belastungen erfragen,
Fragen nach Gefühlen einstreuen, Beziehungsdiagnostik

erweiterte psychosomatische und biographische Anamnese

Ressourceninterview, Zielformulierung, Freudetagebuch

schmerztherapeutische Behandlung in Zusammenarbeit mit
Hausärzten, Orthopäden, Schmerztherapeuten etc.

(Anpassen oder Reduktion der Medikamente, TENS-Gerät, Akupunktur)

Psychoedukation, Vermittlung eines Krankheitsverständnisses

Erlernen von Entspannungs- und Bewegungsübungen



Umgang mit Patienten mit chronischen Schmerzen

- Schmerzpatienten sind sehr sensibel und spüren, ob der Arzt ihnen glaubt.
- Wichtig ist der Aufbau einer stabilen vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung, insbesondere wenn auf Wünsche nach weiterer diagnostischer Abklärung nicht eingegangen werden kann.
- Psychische Belastungen können oft nur in Form von Schmerzen ausgedrückt werden, es braucht Zeit dahinterliegende seelische Schmerzen spürbar zu machen bzw ausdrücken zu können.

Umgang mit Patienten mit chronischen Schmerzen

- Aktiv Enttäuschungen und Frustration des Patienten im Behandlungsverlauf oder in der aktuellen Arzt-Patienten-Beziehung ansprechen.
Was erlebt der Patient als hilfreich
- Aktivierung von Ressourcen
- Einbeziehung der Familie
- Zeit lassen, begleiten, ggf. Entlastung der eigenen Gegenübertragungsreaktionen in der Balintgruppe bzw. Supervision

Psychoedukation

- Akuter Schmerz versus chronischer Schmerz
- Schmerzverarbeitung auf neuronaler Ebene
- Gate-control-Theorie
- Neuroplastizität
- bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis
- psychische Risikofaktoren die eine Chronifizierung
- Aufmerksamkeitslenkung
- Verändern der kognitiven Verarbeitung der Schmerzen
- Schmerzbewältigungsstrategien
- Balance zwischen Schonung und übermäßiger Aktivität
- Schmerzkrankheit und Familie

Mediales Schmerzsystem

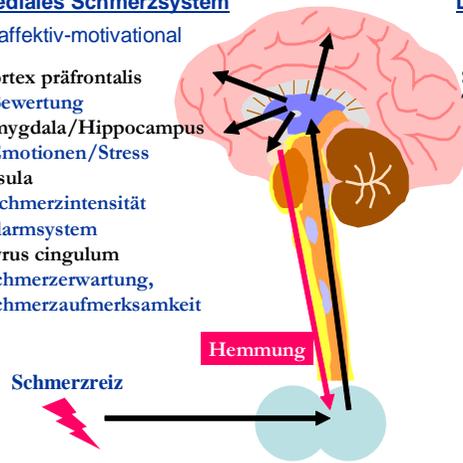
affektiv-motivational

- Cortex präfrontalis
- Bewertung
- Amygdala/Hippocampus
- Emotionen/Stress
- Insula
- Schmerzintensität
- Alarmsystem
- Gyrus cingulum
- Schmerzerwartung,
- Schmerzaufmerksamkeit

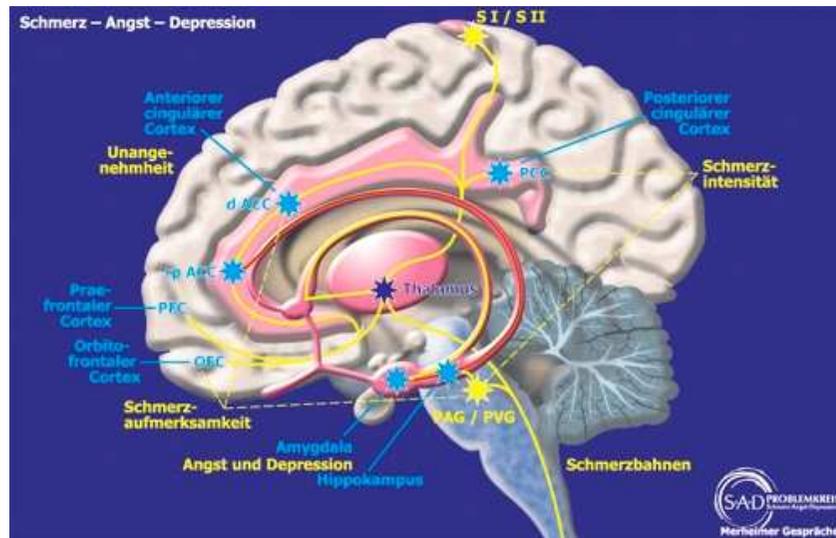
Laterales Schmerzsystem

sensorisch-diskriminativ

- Somatosensorischer Cortex
- Thalamus
- Lokalisation
- Stimulusintensität



www.schmerzklinik-aalen.de



www.problemkreis-sad.de

www.fibrostress.de

Psychoedukation

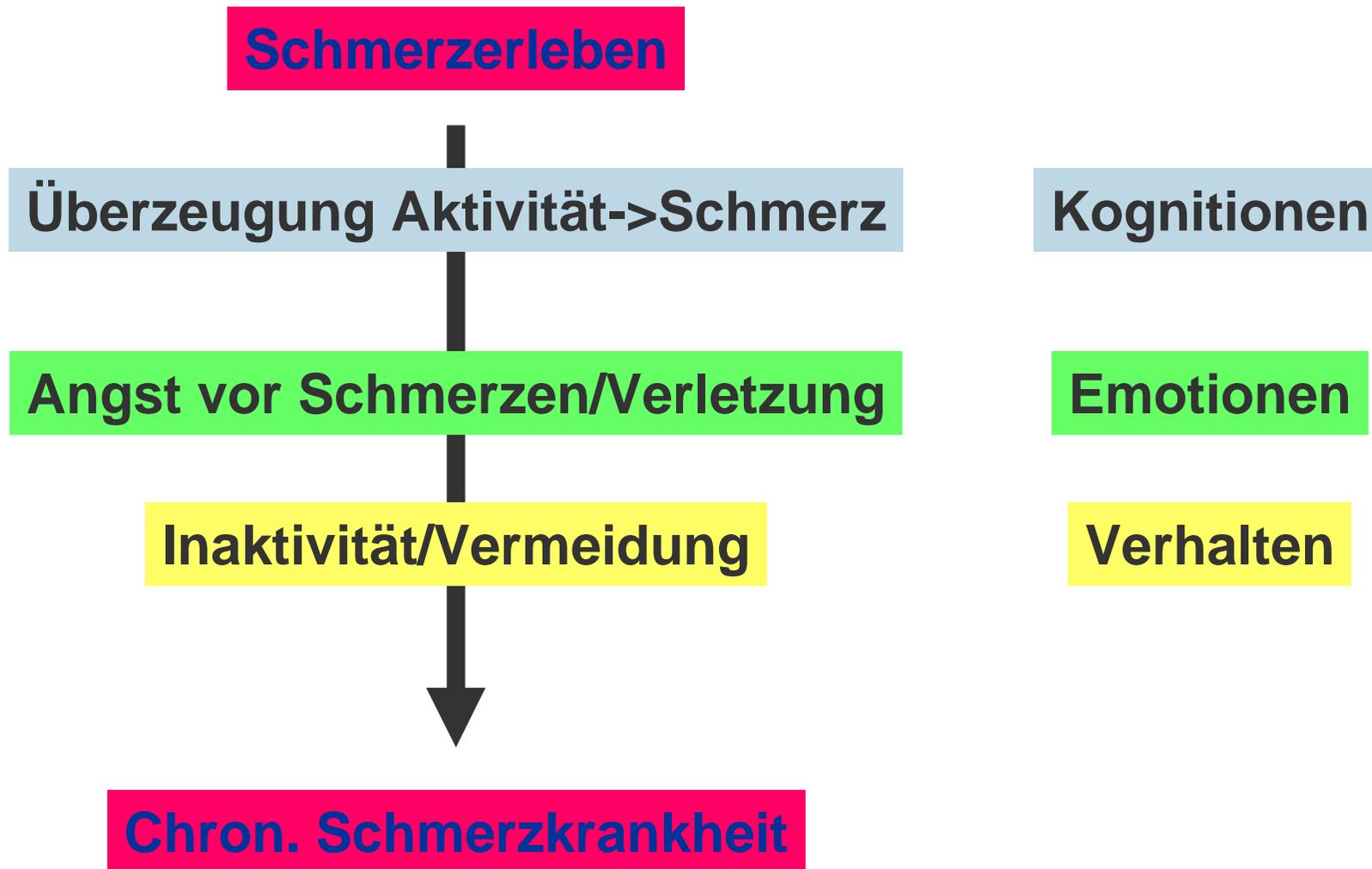


www.auditorium-netzwerk.de

Schmerztagebuch

Zeit	Situation, Ereignis	Schmerzen VAS (0-10)	Körperreaktion	Gedanken, Überlegung	Gefühl, Empfindung
7.00	aufgewacht	2	entspannt	bestätigt mir das Schmerzen auch von körperl abhängt	wohlbefinden
10.00	Sitzen im Aufenthaltsraum	4	Ziehen LWS	weshalb wird jetzt das ziehen stärker	Unwohlsein
11.00	Gruppe	6	Schwitzen	Das Pflaster wirkt nicht mehr, gleich werden die Schmerzen noch stärker	Panik

Bitte 4-8 Eintragungen pro Tag innerhalb einer Woche



Schmerz verstehen lernen

- wann ist es schlimmer, bzw. besser?
Schmerztagebuch, Freudentagebuch
- was teilt der Schmerz mit?
Affekte, Zusammenhänge, Verhaltensmuster
- wovor schützt der Schmerz?
Stress, Überforderung, Konflikte, unangenehme Affekte
- was bewirkt er?
**Ruhe, Zuwendung, Depression, Ohnmacht,
Schuld- und Schamgefühle**

Behandlungsziele in der Psychotherapie

- Erkennen von psycho-physiologischen Wechselwirkungen (Schmerztagebuch)
- Aufmerksamkeitslenkung und Schmerzbewältigungstraining
- Erarbeiten individueller Möglichkeiten, auf den Schmerz Einfluß zu nehmen = Verbesserung der Selbstwirksamkeit
- Verändern der kognitiven Verarbeitung der Schmerzen
- Stressbewältigung und soziales Kompetenztraining

Behandlungsziele in der Psychotherapie

- Entkopplung zwischen Schmerz und Aktivität
- Balance zwischen Schonung und übermäßiger Aktivität
- Differenzierung zwischen Schmerz und Gefühl
- Verbalisieren von belastenden Ereignissen, Kränkungen und Traumatisierungen
- Nein sagen lernen
- Konfliktfähiger werden
- Zeit nehmen für sich selbst
- Perfektionismus abbauen



Arbeitsphase

Erkennen von psycho-physiologischen Wechselwirkungen

Schmerzbewältigungstraining, Aktivierung

Veränderung der kognitiven Schmerzverarbeitung

Erarbeitung individueller Möglichkeiten, auf den Schmerz Einfluss zu nehmen (Schmerzritual)

Verbesserung der Selbstwirksamkeit und sozialen Kompetenz

Unterstützung in der Bewältigung von belastenden life events, Verlusterlebnissen, Kränkungen und Traumatisierungen

Vertiefte Körperwahrnehmung, Entspannung

Differenzierung zwischen Schmerz und Affekten (Musiktherapie)

Erarbeitung von adäquaten Kommunikationsmustern, Fokussierung auf Beziehungsinhalte



Schmerzbewältigung

- Was wirkt sich lindert auf den Schmerz aus?
- Was lenkt vom Schmerz ab?
- Was bewirkt Entspannung
- Was können Sie genießen trotz der Beschwerden?

- Was tun sie in welcher Reihenfolge bei leichtem und bei schwerem Schmerz?

Schmerzbewältigung

- Entspannung (PME, AT, Atemübungen, Qi Gong, CD)
- Bewegungsübungen
- Physikalische Massnahmen
- Ablenkung (Aussen - innen)
- Aufmerksamkeitsfokussierung
- Imaginationsübungen
- Achtsamkeitsübungen

Schmerzbewältigungsstrategien

Bewegungsübungen	„Bahnhofspendler/ Waldi /Frau Müller-Meier“ Qi Gong, Selbstmassage
Entspannung	Jacobson-Entspannung-Langform „Turbo“-Jacobson Atemübung Autogenes Training
Schmerzablenkung	Ruhebild / Traumreise / Innerer sicherer Ort Beruhigende Gedanken, Meditation, Hobbys, Arbeit, Musik hören, Photos <i>Phantasiereise mit Musik</i>
Spannung abreagieren
Genussvolle Tätigkeiten	Warmes Bad, Wärmflasche.....
Medikamente
Sonstiges	TENS-Gerät, <i>Hausarbeit, Telefonieren, Gespräch</i>

Was mache ich in welcher Reihenfolge bei:

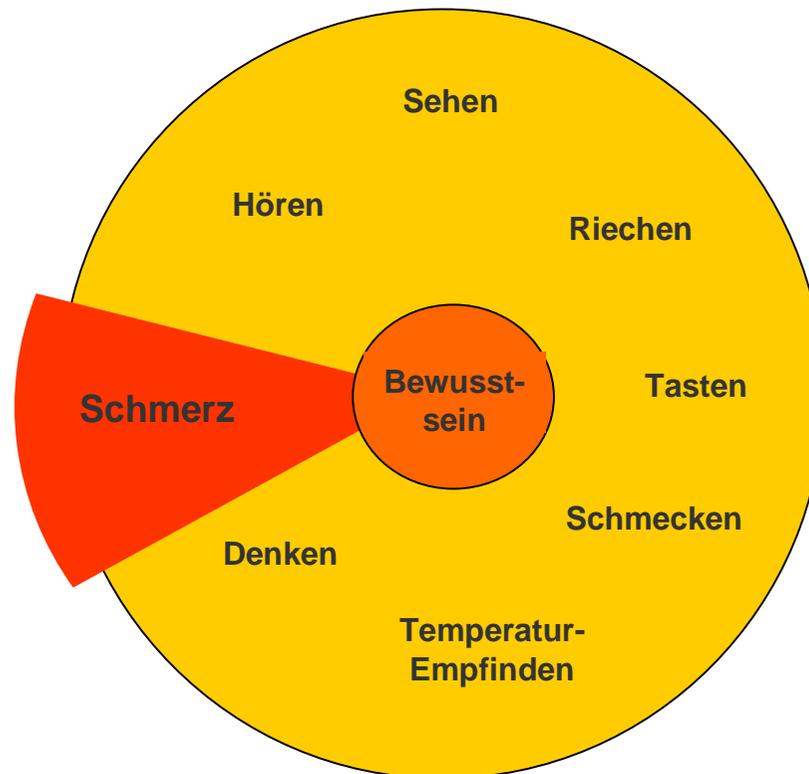
leichter Schmerz

starker Schmerz

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Telefonat mit Freundin</i> 2. <i>Phantasiereise mit CD</i> 3. <i>Gedankenstopübung</i> 4. <i>Beschreiben von äusseren Gegenständen</i> 5. <i>evtl. Spielen mit Sohn</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Innerer Sicherer Ort</i> 2. <i>Atemübung</i> 3. <i>Tätigkeiten im Haushalt zB Putzen</i> 4. <i>30 min Walking</i> 5. <i>evt. Schwimmen gehen</i> |
|---|--|



Aufmerksamkeitsscheinwerfer



Negative Gedanken

- Ich kann nichts tun, nur darauf warten das es vorbei geht.
- Ich bin zu nichts mehr zu gebrauchen, das hat doch alles kein Wert mehr, warum muss ich mich nur so quälen.
- Wenn diese elenden Schmerzen noch lange so anhalten, dann ist der Tag völlig verdorben.

-> *Gedankenlawinen: ich bin gegenüber meinen Schmerzen hilflos ausgeliefert*

Hilfreiche Selbstanweisungen

- Wenn ich ruhig bin und mich entspanne, geht es mir besser.
- Ich kann gegen meine Schmerzen selbst etwas tun
- Ich bin stärker als die Schmerzen
- Es wird bald wieder besser werden
- Andere schaffen es auch
- Jetzt gehe ich an die frische Luft
- Nicht darum kümmern und weitermachen.

Hilfreiche Selbstanweisungen

- Der Schmerz ist zwar sehr stark, aber nicht unerträglich, ich werde mich von ihm nicht unterkriegen lassen. Kopf hoch! Jetzt atme erstmal tief durch und versuch dann mich zu entspannen.

weniger hilflos -> Schmerzlinderung

Gedankenstopübung

- Gedankenkreisen, Grübeln
- Stoppschild
- Verschiedene Sinne nutzen
- Hilfreiche Gegengedanken



Schmerz verlernen?

- Keine Löschung sondern Neulernen (Extinktionslernen)
- Schmerzerinnerung an Umgebung (neutraler Reiz) gekoppelt
- Sozialer Rückzug -> wenig neuer Input
- Neue Lernerfahrung: Umgebung - keine Schmerzen
- Neue Gedächtnisspur unterdrückt alte Spur

somatoformern Schmerzstörung

- frühe Verknüpfung von Schmerz und Stress, welche hippocampal gespeichert wird.
- Erhöhtes Schmerz und Stressempfinden
- Deaktivierung der absteigenden hemmenden Bahnen
- Kommen die Betroffenen später wieder in Situationen, welche mit Gefühlen hilfloser Auslieferung verknüpft sind, so aktiviert dies alte Schmerzerfahrungen, ohne dass dafür ein neuer peripherer Auslöser erforderlich ist

Psychodynamische Differenzierung der somatoformen Schmerzstörung

- **Hysterische Somatisierung (Konversion)**
Körperlicher Schmerz steht für seelischen Schmerz, OPD Konflikt
- **Depressive Somatisierung (Rudolf)**
übermäßiges Bemühen, sich anzupassen
Zurückstellen eigener Wünsche auf dem Hintergrund mangelnder Geborgenheitserfahrung
Überforderung bis zur Erschöpfung, Ausbruch der Schmerzen
- **Narzißtische Somatisierung**
Schmerz übernimmt eine Entlastungsfunktion in der Selbstregulation
Plombenfunktion, OPD Struktur

Depressive Somatisierung

- Zurückstellen eigener Wünsche auf dem Hintergrund mangelnder Geborgenheitserfahrung
- übermäßiges Bemühen sich anzupassen
- Abgewehrte Bedürftigkeit – Aktivität - Daueranspannung
- Überforderung bis zur Erschöpfung, Ausbruch der Schmerzen
- Rückzugslegitimation erst durch Schmerzen
- Anerkennung im Medizinsystem – alte Enttäuschung
- OPD Konflikt kompliziert durch strukturelle Defizite zB. Autarkie-Versorgungskonflikt, Affektdifferenzierung/Struktur

Depressive Somatisierung

- dem Symptom Raum geben, auf längere Motivationsphase einstellen
- durch wertschätzende Haltung und Beziehungskonstanz des Therapeuten neue Beziehungserfahrungen ermöglichen
- Patienten ermutigen, sich Zeit für Veränderungen zu nehmen, Balance zu finden zwischen Unter- und Überforderung
- fokussieren auf interaktionelle Aspekte
- Verbalisierung von enttäuschenden oder traumatischen Lebenserfahrungen fördern (in aktuellen und zurückliegenden Situationen)

Hysterische Somatisierung (Konversion)

- Konfliktorientierung und konfrontativ aufdeckendes Vorgehen stehen im Vordergrund
- Symbol- und Ausdrucksfunktion des Schmerzes respektieren und wertschätzen
- beziehungsgestaltende Funktion des Schmerzes behutsam übersetzen helfen

narzißtische Somatisierung

- selbstwertstabilisierende Funktion des Symptoms wertschätzend akzeptieren
- therapeutische Zurückhaltung bei Interventionen, die auf eine Veränderung der Symptomatik zielen
- Achtsamkeit für existenzielle Ängste des Patienten, die zur Symptomverschlechterung führen können
- im Vordergrund steht daher zunächst eine kompetenz- und ressourcenorientierte Stärkung der Selbstwertfunktion
- später ggf. Konfrontation mit unrealistischen Erwartungen und Auswirkungen des eigenen Handelns

Schmerz und PTSD

- Schmerz und Somatisierung als Traumafolgestörung
- Auch ohne Vollbild einer PTSD
- Stabilisierungsübungen, Traumakonfrontation, EMDR, Integration

Antidepressiva /Antikonvulsiva

- Amitriptylin 10-50 mg/d ggf. in Tropfenform
(Reduktion von Schmerzen, Verbesserung der Schlafqualität, Verbesserung der Stimmung)
- Noradrenalin-Serotoninwiederaufnahmehemmer (SNRI) Duloxetin
- Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin bei Komorbidität
- Antikonvulsivum Pregabalin (450 mg/d)
(Reduktion von Schmerzen, Morgensteifigkeit, Schlafstörungen, und Ängsten)

Transferphase

Erproben neuer Verhaltensweisen im Rollenspiel

Balance finden zwischen Schonung und Aktivität

Hausaufgaben, Fokussieren auf das private und berufliche Umfeld

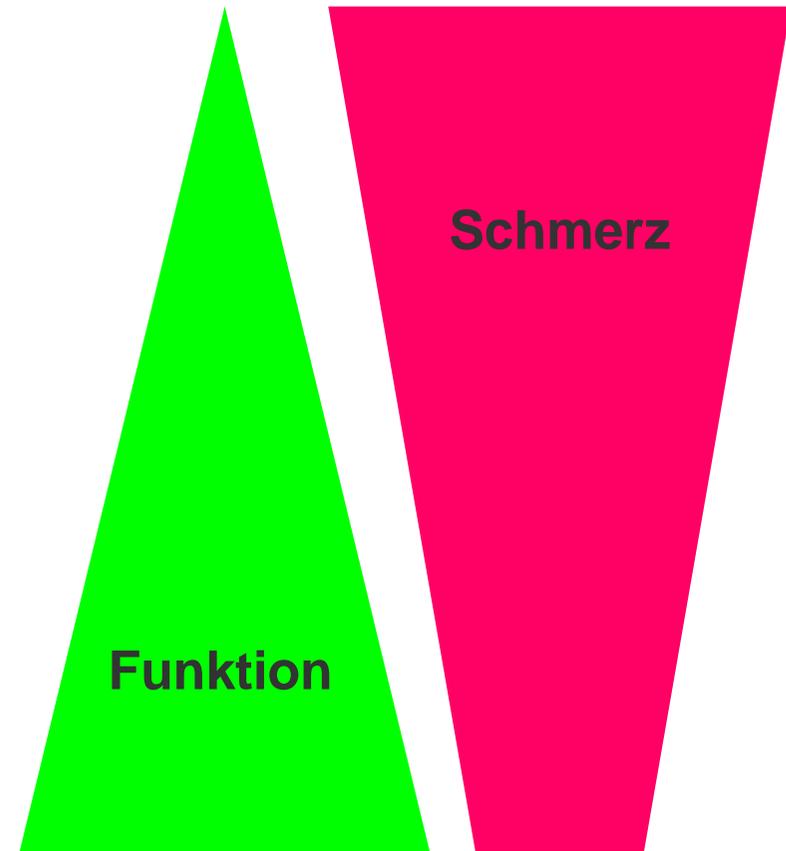
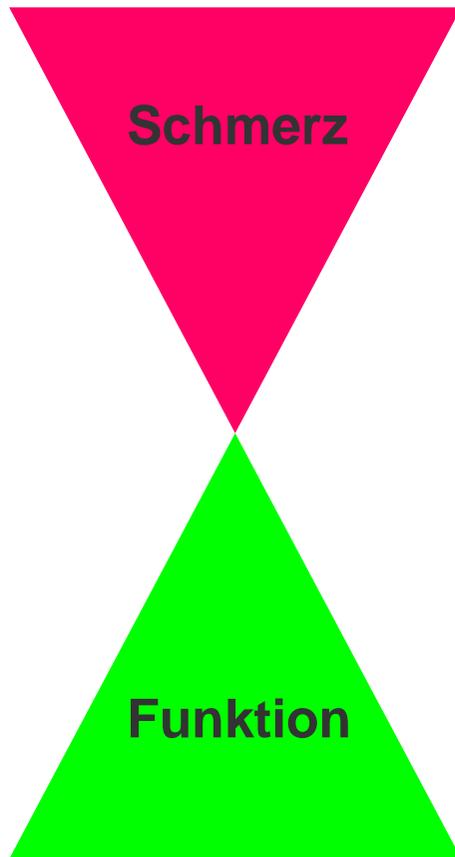
Einbeziehung von Bezugspersonen als reflektierende Außeninstanzen für Veränderungsprozesse

Aktives Abschied nehmen

Bilanzieren des Therapieverlaufs,
Reflektion wahrgenommener Veränderungen

Vorbereiten ambulanter Behandlungsmöglichkeiten

Umkehrung des Zielfokus



Aktivität reduziert Schmerz

Verhalten : Balance

Streß



Erholung

- erreichbare Ansprüche
- leistbare Aufgabenfülle
- regelm. Aufgaben (Zeit)
- regelm. Tagesabläufe

- Walking
- Entspannung
- Begrenzte Pausen
- Genuss

eigene und erlernte Normen reflektieren

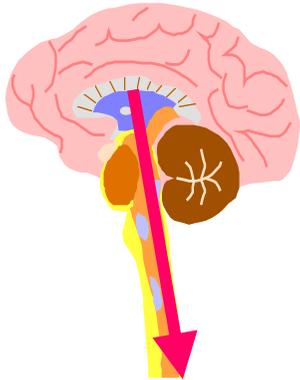
NOTFALLKOFFER

- Notfallkoffer anschauen, Fernseher ausschalten
 - Wohlfühl-CD einlegen, gemütliche Stimmung bei Kerzenschein
 - Wärmflasche, Kirschkernkissen
 - Entspannungsübungen: Gepäck ablegen, Wohlfühlort
 - Tresorübung, Stopp-übung, Ortveränderung
 - Gedanken aufschreiben und verbrennen
 - Grenzen sehen und setzen
- Uli anrufen
 - zu Uli nach Gaildorf fahren
 -
- Fr. Eichholz anrufen mit dringender Bitte um Rückruf
 - Dr. Scheidt anrufen, Sprechstundenhilfe sagen:
Dringender Fall
 - in die Psychosomatische Klinik nach Aalen fahren
 - Gespräch mit diensthabender Schwester/notfalls über Nacht bleiben

NOTFALLKOFFER

Schmerzkrankheit und Familie

- Auch die Angehörigen leiden unter der chronischen Erkrankung.
- Auffallend ist die Unsicherheit und Hilflosigkeit der Partner im Umgang mit der Schmerzkrankung
- Auch die Ehepartner erwarten eine Behandlung nach dem Reiz-Reaktion-Schema und zeigen Unverständnis dafür, dass keine körperliche Behandlung statt findet bzw. anschlägt
- Der Patient wiederum fühlt sich in der Familie als "Simulant" nicht ernst genommen.
- Schmerzverhalten und Schmerzbewertung wird stark von Bezugspersonen beeinflusst.



Fibromyalgie



- Zentrale Schmerzverarbeitungsstörung
- Störung der Stressverarbeitung
- Sozialer Stress in Ursprungsfamilie, frühere reale Schmerzerfahrung
- Hypervigilanz, Überaktivität und hoher Leistungsanspruch
- bis zur Erschöpfung und Einsatz der Schmerzen
- hilfloser als andere chronisch Schmerzkranken
- Eingeschränkte absteigende Hemmung deswegen Hyperalgesie (Cook 2004)



Belastende Arbeitsbedingungen und Fibromyalgie

- Risiko an einer Fibromyalgie zu erkranken um das 2- bis 4fache erhöht, wenn bei starker Arbeitsbelastung ein geringer Entscheidungsspielraum und zusätzlich noch Mobbing besteht.
- Hinzu kommt die Neigung zur Selbstüberforderung, d.h. die eigenen Leistungsgrenzen nicht zu erkennen und sich immer wieder vor allem für andere aufzuopfern

Psychische Begleiterscheinungen der Fibromyalgie

- Erschöpfung, Schlafstörung, Konzentrationseinbußen
- Depression, Angst, erhöhte Reizbarkeit
- Einengung von Interessen und Erlebnisfähigkeit
- Verlust sozialer Kontakte
- Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls
- Konflikte mit Ärzten und Bezugspersonen
- Medikamentenmissbrauch

Behandlung der Fibromyalgie

- **aktivierenden Bewegungstherapie**
- **psychotherapeutische Verfahren**
- Schulung
- Antidepressiva
- evtl. Pregabalin
- Therapie der Komorbidität

- Multimodale Behandlung
- psychosomatische Grundversorgung



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Folien, Arbeitsblätter und weitere Informationen zur
psychosomatischen Schmerztherapie
finden Sie auf unserer homepage unter

www.schmerzlinik-aalen.de