

Niemand ist alleine krank

Chronische Schmerzen in Partnerschaft und Familie

Askan Hendrichke
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin

Ostalb-Klinikum Aalen/Württ.



Chronische Schmerzkrankheit

Schmerz bei körperlich bedingter Erkrankung und inadäquater Krankheitsverarbeitung:
z.B. somat. Fixierung, Verleugnen, Katastrophisieren, fatalist. Resignieren

Körperliche Erkrankung mit adäquater Krankheitsverarbeitung

Funktionelle Störung mit Störung der Stress- bzw. Konfliktregulation:
z.B. Rücken- oder Kopfschmerz

Differentialdiagnose Chronischer Schmerzen

Schmerz als Somatisierung bei psychischer Komorbidität:
z.B. Depression, Angst

Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Störung mit enger (früher) Verknüpfung von Schmerz und Stress:
Somatoforme Schmerzstörung, Fibromyalgie, Intrusion bei Psychotrauma,



Chronische Schmerzkrankheit

Schmerz bei körperlich bedingter Erkrankung und inadäquater Krankheitsverarbeitung:
z.B. somat. Fixierung, Verleugnen, Katastrophisieren, fatalist. Resignieren

Körperliche Erkrankung mit adäquater Krankheitsverarbeitung

Wichtig:

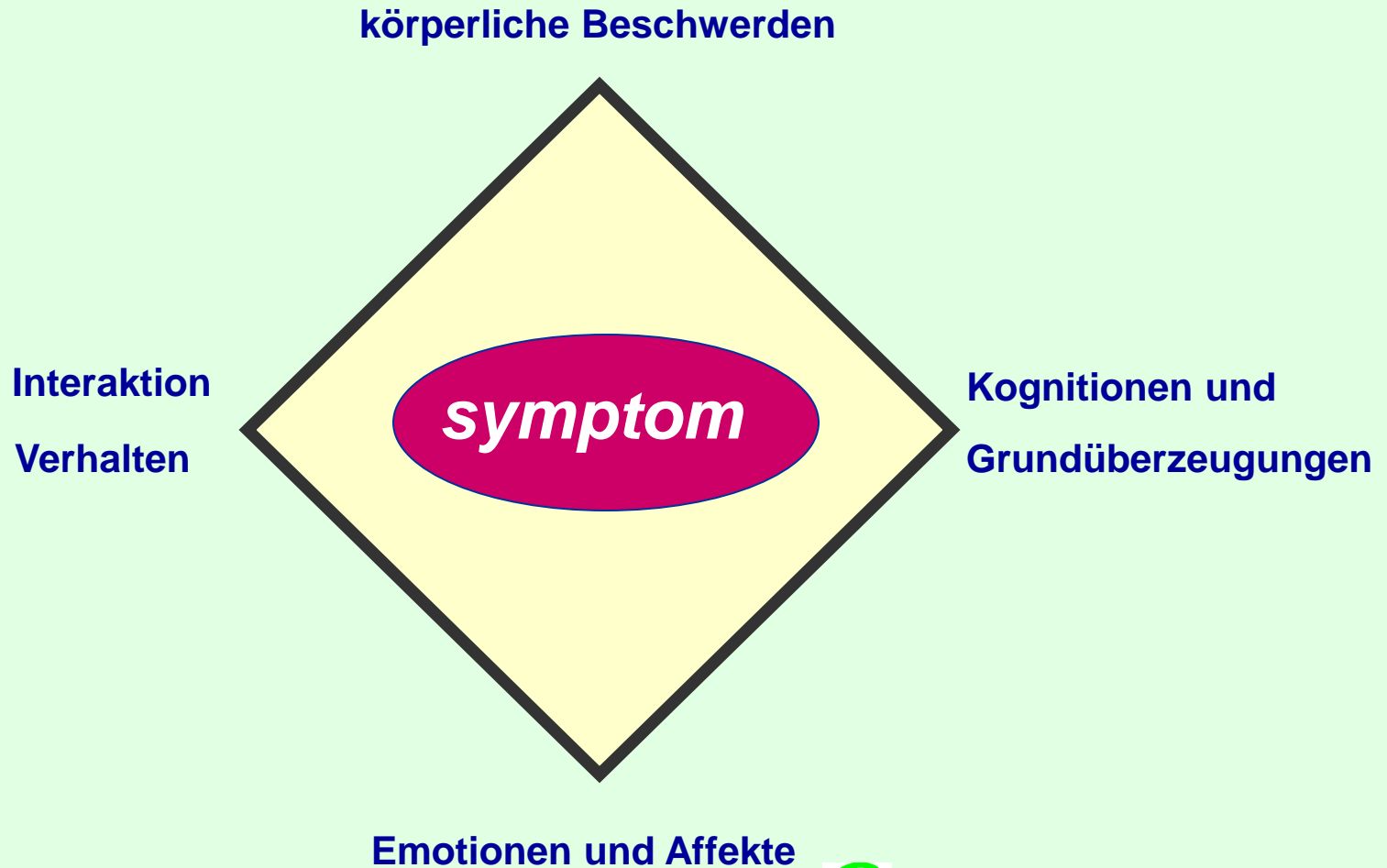
Diagnosen müssen für den Patienten und seine Angehörigen Sinn machen, sonst sind sie für die eigentliche Behandlung bedeutungslos

Schmerz als Somatisierung bei psychischer Komorbidität:
z.B. Depression, Angst

Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Störung mit enger (früher) Verknüpfung von Schmerz und Stress:
Somatoforme Schmerzstörung, Fibromyalgie, Intrusion bei Psychotrauma,



Mehrdimensionale Diagnostik: Individuelle Krankheitsfaktoren, Interaktion, Psychodynamik und Kontextbedingungen bei chronischer Schmerzerkrankung



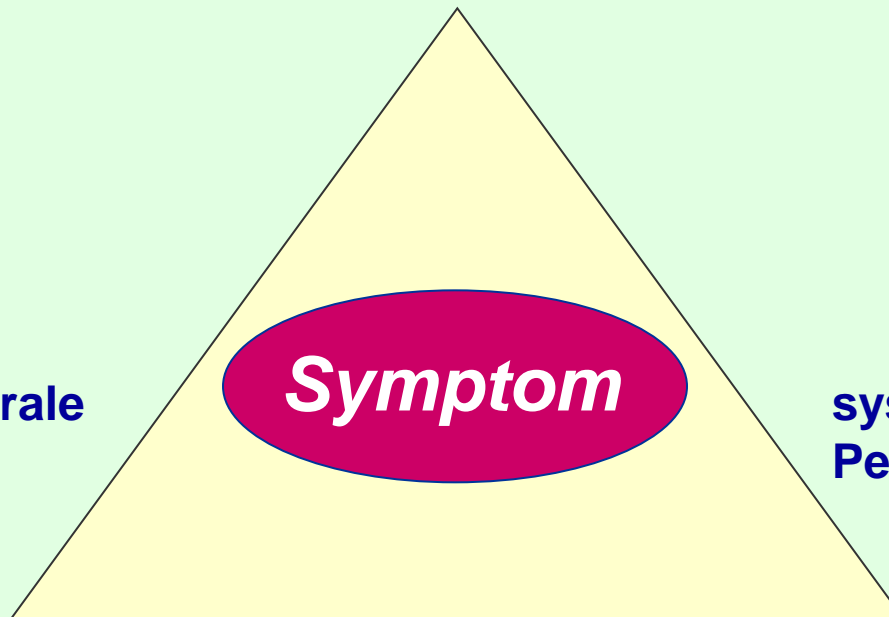
Mehrdimensionale Diagnostik: Individuelle Krankheitsfaktoren, Interaktion, Psychodynamik und Kontextbedingungen bei chronischer Schmerzerkrankung



Symptombedeutung aus Sicht verschiedener psychotherapeutischer `Schulen`

psychodynamische Perspektive

kognitiv - behaviorale
Perspektive



systemisch – kontextuelle
Perspektive

Die psychodynamische Perspektive der Störung

psychodynamische Perspektive

*... welches sind die **unbewußten Ängste und Konflikte** die sich in dem Symptom ausdrücken und welche Funktion (welchen Nutzen) hat die Störung in Bezug auf die **innere Balance des Patienten?***

Die kognitiv-verhaltensbezogene Perspektive der Störung

kognitiv – behaviorale Perspektive

*... welche Erfahrungs- Lerndefizite begünstigen das Symptom?
Wie bestimmt die **Interaktion zwischen Emotionen** (z.B. Ängste, Wut),
kognitiven Faktoren (z.B. Introspektion, Innere Dialoge, Attributionsmuster etc.)
und Verhalten das Ausmass der psycho-physiologischen Reaktion?*

Die systemisch – kontextuelle Perspektive der Störung

systemisch – familienbezogene Perspektive

*... welche **familien- oder kontextabhängigen Interaktionsformen** tragen zur Aufrechterhaltung des Symptoms/der Störung bei, welche können die Chance erhöhen, die Störung zu mindern, bzw. zu beseitigen?
Welche **beziehungsgestaltende Wirkung** hat die Störung in der Partnerschaft/Familie, am Arbeitsplatz, etc.*



Was verstehen wir unter Familie?

... ein Mehrpersonensystem, dessen Mitglieder dauerhaft zusammenleben in Intimität, Privatheit und mit gemeinsamer Geschichte und Zukunftsvorstellungen.

Das Familiensystem umfasst dabei in der Regel zwei Generationen der leiblichen, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefeltern und der leiblichen, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkinder sowie Paare und Partnerschaften.



Die Familie
**(familia domestica communis,
die gemeine Hausfamilie)**

kommt in Mitteleuropa wild vor
und verharret gewöhnlich in diesem Zustand.
Sie besteht aus einer Ansammlung vieler
Menschen verschiedenen Geschlechts, die
ihre Hauptaufgabe darin erblicken, ihre Nase
in deine Angelegenheiten zu stecken.

K. Tucholsky

Wann ist die Einbeziehung des Partners oder der Familie besonders sinnvoll?

Wenn

die Komplexität der bio-psycho sozialen Wechselwirkungen

oder

die Hilfe zur Krankheitsbewältigung

oder

anhaltende dysfunktionale Konfliktmuster

ein mehrdimensionales Vorgehen erforderlich machen

Systemisches Paradigma in der Psychosomatik

Routinemäßige Verknüpfung von
bio-psycho-sozialen **Kontexten**
und **krankheitsbedingten Dimensionen**

Aktuelle Wechselwirkungen
von bio-psycho-sozialen Problemen
und krankheitsbedingten Dimensionen
= horizontale Kontextebene

Geschichtliche Vorerfahrungen
des Patienten und seiner Familie
mit Krankheit und Verlust
= vertikale Kontextebene

Systemisches Paradigma in der Psychosomatik

Routinemäßige Verknüpfung von
bio-psycho-sozialen **Kontexten**
und **krankheitsbedingten Dimensionen**

Aktuelle Wechselwirkungen
von bio-psycho-sozialen Problemen
und krankheitsbedingten Dimensionen
= horizontale Kontextebene

Mögliche Bedeutung von Krankheit für den Patienten selbst

- **Verlust von körperlicher Integrität**
- **Verlust von Autonomie**
- **Verlust von Persönlichkeitsmerkmalen**
- **Verlust des bisherigen beruflichen Kontextes**
- **Verlust von sozialen Kontakten**
- **Verlust finanzieller Sicherheiten**
- **Verlust von Intimität**
- **Verlust von Kontrolle, Flexibilität,
Entscheidungsfreiheit und Lebensqualität**
- **Veränderung des Körperempfindens**

Mögliche Bedeutung einer chronischen Schmerzkrankheit für den Partner/die Partnerin

- Verlust von vertrauter Kommunikation
- Verlust von emotionaler und körperlicher Nähe
- Verlust der gemeinsamen Sexualität
- Verlust gemeinsamer Interessen
- Verlust des bisherigen Lebensstandards
- Verlust von Bewegungsfreiheit und Freizeit

Die Auswirkungen der Erkrankung werden von den Partnern häufig gravierender wahrgenommen als von den Patienten

Mögliche Bedeutung einer Schmerzkrankheit für die Partnerschaft

- Die Krankheit kann zum organisierenden Prinzip der Partnerschaft werden
- Die Krankheit zwingt zum Verzicht auf anstehende Entwicklungsschritte der Partner
- Es kommt zu einem Verlust an Flexibilität, Handlungsspielraum und Veränderungspotential

Die Krankheit macht den ständigen Kontakt mit den Strukturen des Gesundheitssystems erforderlich

Warum ist es wichtig, die Familie des Schmerzkranken einzubeziehen?

- auch die Angehörigen leiden häufig unter der chronischen Erkrankung
- die Unsicherheit und Hilflosigkeit der Partner im Umgang mit der Schmerzerkrankung muss in die Behandlung mit einbezogen werden
- auch die Partner erwarten eine Behandlung nach dem Reiz-Reaktion-Schema und zeigen häufig Unverständnis dafür, dass keine körperliche Behandlung stattfindet bzw. anschlägt
- der Patient wiederum fühlt sich in der Familie als "Simulant" oft nicht ernst genommen
- Schmerzverhalten und Schmerzbewertung werden stark von Bezugspersonen beeinflusst

Psychosoziale Typisierung von Krankheit

(nach J. Rolland)

Ausbruch

Akut oder **protrahiert**

Verlauf

Progredient od. **konstant** od. **periodisch rezidivierend**

Ergebnis

Letal oder **fraglich letal** oder **nicht letal**

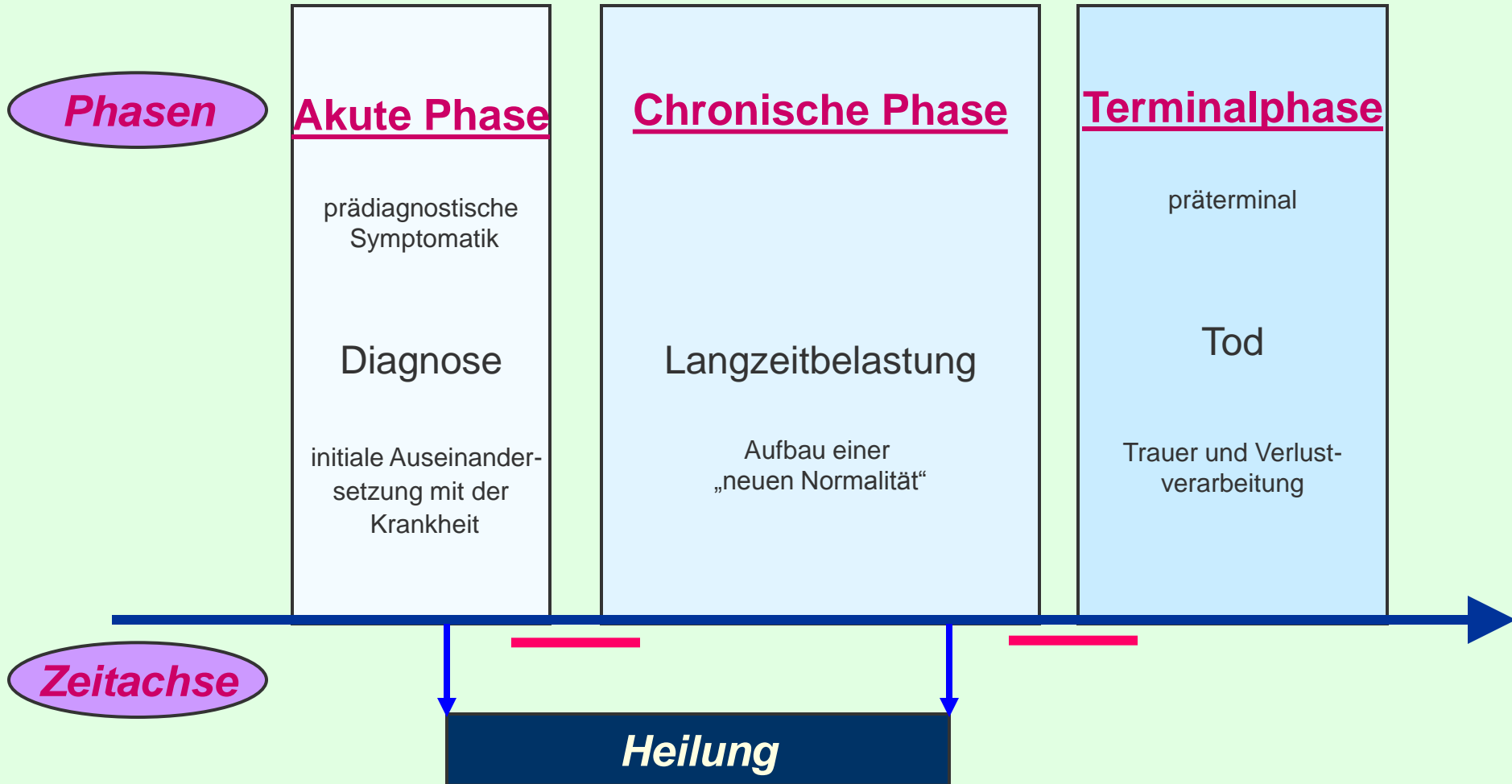
Behinderung

Nicht od. **leicht** od. **mäßig** od. **stark behindernd**



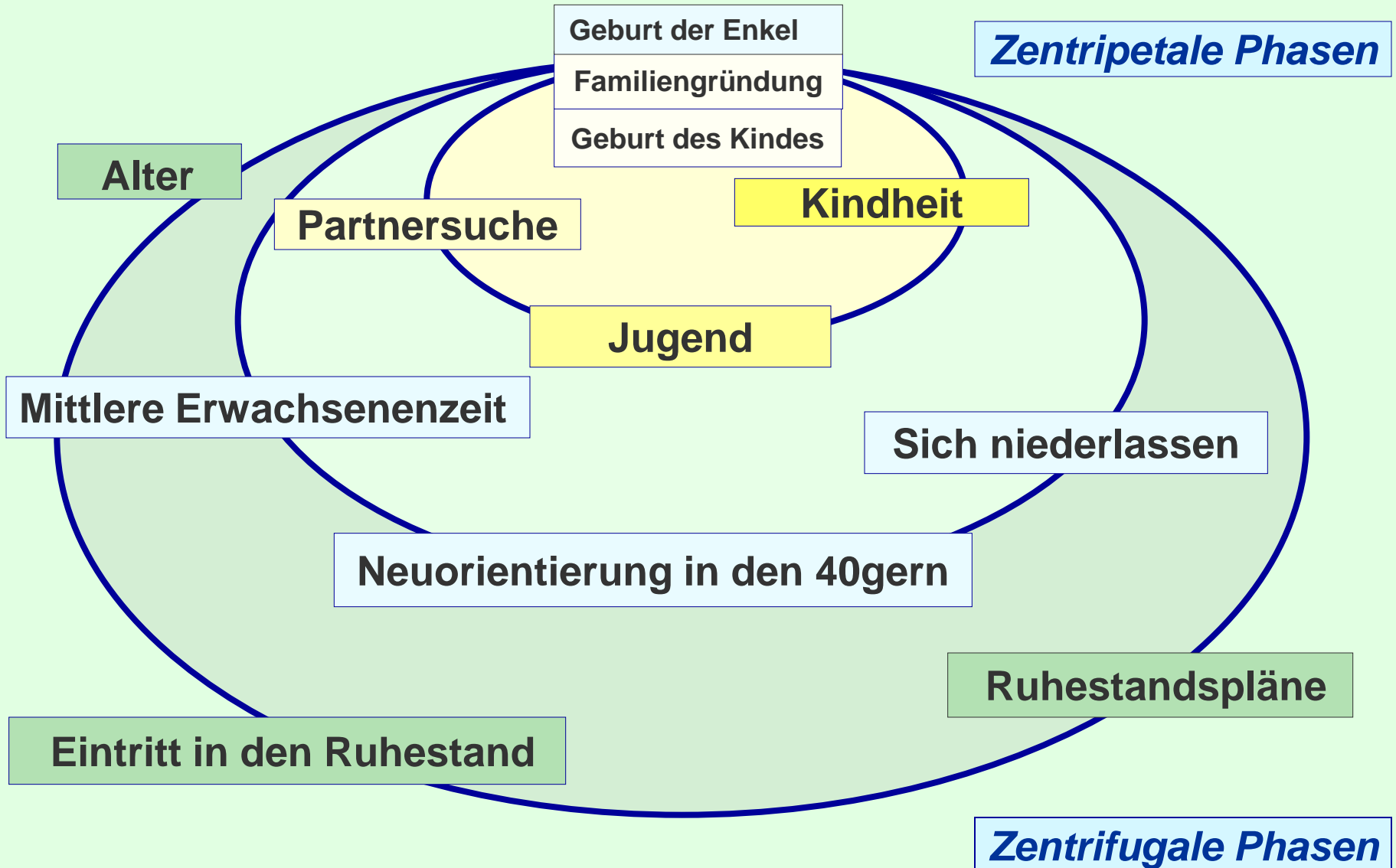
Zeitphasen einer chron. Erkrankung

Phasen psychosozialer Krankheitsverarbeitung



Der Lebenszyklus einer Familie

(nach L. Combrinck-Graham, 1985)



Systemisches Paradigma in der Psychosomatik

Routinemäßige Verknüpfung von
bio-psycho-sozialen **Kontexten**
und **krankheitsbedingten Dimensionen**

Geschichtliche Vorerfahrungen
des Patienten und seiner Familie
mit Krankheit und Verlust
= vertikale Kontextebene

**Familiengeschichtliche Muster und Erfahrungen
prägen unsere Art des Krankheitserlebens
und der Krankheitsverarbeitung**

heute

Exploration familiärer Krankheitsbewältigung

- **Health beliefs der Familie**
Grundüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit
- **Krankheitsattribution der Familie**
Ursachenzuschreibung der Krankheit
- **Coping - Verhalten der Familie**
Auseinandersetzung der Familie mit der Krankheit
- **Selbstwirksamkeit der Familie**
Fähigkeit zur aktiven Einflußnahme im Rahmen der Krankheit



Anamnese partnerschaftlicher bzw. familiärer Krankheitskonzepte und Krankheitserfahrungen

- **Was glauben Sie, ist die Ursache der Erkrankung?**
- **Wie oft wird in der Partnerschaft und Familie über die Krankheit gesprochen und wieviel Raum nimmt sie im Leben ein?**
- **Wie wird mit den Gefühlen, die mit der Krankheit verbunden sind, umgegangen?**
- **Was für Veränderungen haben in der Partnerschaft und Familie stattgefunden, um sich auf die Krankheit einzustellen?**
- **Was für Veränderungen hat es im Alltagsleben gegeben?**
- **Haben sich die Beziehungen in der Partnerschaft und Familie verändert? Falls ja, wie?**

Anamnese familiärer Krankheitskonzepte und Krankheitserfahrungen II

- **Mußte sich die Familie mit einer ähnlichen Belastung jemals zuvor auseinandersetzen?
Was wurde darüber berichtet, und wer hat darüber berichtet?**
- **Hat es in Ihrer Partnerschaft oder Familie schon zuvor Krisen gegeben? Wie wurden sie bewältigt?**
- **Gibt es religiöse oder nichtreligiöse Glaubensüberzeugungen, die Ihnen helfen mit der Krankheit und ihren Folgen fertig zu werden? Wie hilfreich sind sie?**
- **Hat es in der Familie schon Verluste gegeben? Wie gehen Sie in Ihrer Partnerschaft und Familie mit Verlusten um?**

Strategien für die Bewältigung einer chronischen Schmerzerkrankung I

1. Abwehrmechanismen, Schuld- und Schamgefühle akzeptieren, inakzeptable Gefühle annehmen
2. Das Gespräch untereinander aufrechterhalten
3. Die Identität stärken, für sich, mit dem Partner, Bezugspersonen
4. Die Krankengeschichte und deren Bedeutung erarbeiten
5. Information, psychologische Beratung und Unterstützung annehmen
6. Das Gefühl der eigenen Selbstwirksamkeit stärken
7. Lebensziele überprüfen, Lebensplanung mit dem Partner abstimmen

Strategien für die Bewältigung einer chronischen Schmerzerkrankung II

- 8.** Gefühle von Wut, Angst, Trauer und Verzweiflung sind nicht ungewöhnlich, können aber oft gemindert oder ausgeräumt werden, wenn offen darüber gesprochen wird
- 9.** Gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung für das, was jeder leistet, hilft, die Krankheit besser zu bewältigen
- 10.** Die Einschätzung von `normalem Verhalten´ richtet sich nach Schwere und Dauer der Erkrankung

Kaum helfen Tips wie.....

**Leben Sie bewußter!
Sie müssen kämpfen!
Sie müssen positiv denken!**

Fallbeispiel für die Einbeziehung der Familie bei funktioneller Schmerzstörung und dysfunktionaler familiärer Kommunikation

Fallbeispiel (funktionelle Schmerzstörung)

- Frau F., 30 jährige verheiratete Betriebswirtin. Seit 2003 berufstätig, Arbeitsbelastung ca. 60 Stunden. Da sie sehr ehrgeizig ist, hat sie gute Karrierechancen.
- Leidet seit 1999 an heftigen Cephalgien und hat “alles versucht, um die Schmerzen loszuwerden”, dennoch ohne Erfolg. Sie hat daher ihre Arbeitsleistung auf 50 % reduzieren müssen.
- Die Kopfschmerzen begannen während einer Beziehung zu einem Mann, von dessen Gewalttätigkeit sie sich psychisch und körperlich bedroht fühlte (1998-2001).
- Mutter war sehr besorgt über die sexuelle Gewalt in der Beziehung der Tochter. Obwohl Frau F. keine Zeichen einer PTSD hatte, bestand Mutter auf einer traumazentrierten Psychotherapie. Nach 1-jähriger Hypnotherapie mit EMDR keine Veränderung der Schmerzsymptomatik.
- Seit sie einen neuen Partner hat, fühlt sie sich sehr glücklich und geborgen und ist seit 2005 verheiratet.
- Außer den Schmerzen leidet sie unter Seh- und Konzentrationsstörungen, Schulter-Nackenschmerzen, starker Erschöpfung, Schwunglosigkeit, Verstopfung und einer Gewichtszunahme von 15kg in zwei Jahren.

Fallbeispiel (cont.)

- Pat. ist Einzelkind, Vater (56J.) ist Bankdirektor, Mutter (55j) ist Lehrerin. “Ich liebe meine Eltern sehr, sie haben sich immer sehr liebevoll um mich gekümmert. Die Eltern haben nie miteinander gestritten. Mutter leidet sehr unter meinen Schmerzen, sie ruft mich daher 3-5 mal am Tag an.”
- Mutter berichtet fremdanamnestisch, dass die Tochter immer ein nettes, liebes Kind gewesen sei. Sogar während der Pubertät sei es nie zu Problemen gekommen. Die Eltern hätten manchmal schon gehofft, sie würde abends mal später nach Hause kommen, nach einer Party, aber das sei nie passiert.
- Frau F. berichtet, dass sie ihren Eltern nie Probleme bereitet habe. Mutter habe nie sagen brauchen, was sie wolle, wenn sie doch mal ärgerlich gewesen sei, hätte ein Augenbrauen-Zucken der Mutter gereicht, und alle hätten gewußt, was los ist.
- Frau F. hat zwischen 1999-2005 insgesamt ca. 50 Behandler aufgesucht, mit mehr als 200 Unersuchungs- und Behandlungsterminen, ohne Besserung.
- Sie ist sehr erschöpft, frustriert und hoffnungslos, hat wenig Erwartungen hinsichtlich einer psychosomatischen Behandlung.
“Ich komme, weil mein Schmerztherapeut mit seinem Latein am Ende ist.”

Inanspruchnahmeverhalten von Pat. F. part I

typical high utilizer behavior (176 visits during november 1999 – may 2004)

Termin	Termin	Name	Anzahl	Bemerkungen
25.11.1999	Aug		1	Kontrolluntersuchung wg. Kopfschmerzen (ohne Befund)
18.01.2000	Inte		1	Blutwerte (ohne Befund)
31.01.2000	Neu		2	EEG (ohne Befund); Jacobson-Entspannungstechnik
17.06.2000	Hau		8	Bestrahlungen Rücken (ohne Erfolg)
28.06.2000	Phy		6	Krankengymnastik (ohne Erfolg)
31.06.2000	Fra		1	Kontrolluntersuchung wg. Kopfschmerzen (ohne Befund)
08.08.2000	Phy	Reichert)	1	Behandlung nach Dorn-Methode (Wirbelblockaden schonend lösen) (nur wenige Stunden Besserung)
01.09.2000	Zah		1	Kontrolluntersuchung wg. Kopfschmerzen (ohne Befund); Aufbisssschiene ausprobiert (ohne Erfolg)
02.11.2000	Phy	h)	18	Meridian-Behandlung, Akupunktur (ohne Erfolg)
03.01.2000	Ort		2	Röntgenbilder, Besprechung der Kernspin, Krankengymn. Verschrieben wg. Verspannungen
05.01.2000	Ker		1	(ohne Befund)
11.01.2000	Phy	edine)	15	Schlingentisch-Behandlung + Massagen (ohne Erfolg)
21.03.2000	Allg		1	(negativ)
01.06.2000	Allg		6	Gesprächstherapie
				Flunarizin 5 von ct-Kapseln (1 pro Tag für ca. 2 Monate) (ohne Erfolg)
				Migränerton-Kapseln (1 pro Tag für wenige Tage, da starke Nebenwirkungen (Angstzustände)) (ohne Erfolg)
24.04.2000	Fra		10	Akupunktur (ohne Erfolg)
19.06.2000	Chir		4	chiropraktische Behandlung (ohne Erfolg), Massagen und Fango verschrieben wg. Verspannungen
13.09.2000	Mas		10	Massagen + Fango (ohne Erfolg)
08.11.2000	Allg		14	Neurostrukturelle Integrationstechnik (wenige Tage Besserung, danach ohne Erfolg)
24.10.2001	vhs		7	Jacobson (Progressive Muskelentspannung)
16.06.2002	Neu		2	Amitriptylin - 10 mg: 10 Tage; 20 mg: 10 Tage; 30 mg: 21 Tage; 40 mg: 9 Tage
03.09.2002	Sch		1	Amitriptylin zurückgefahren, da stark zugenommen und kein Erfolg (am 08.10. abgesetzt)
04.09.2002	Sch		1	TENS-Gerät
				Vioxx 25 mg für 12 Tage (3 Tage fast schmerzfrei, danach ohne Erfolg)
11.09.2002	Sch		1	2 Vioxx 25 mg (verteilt auf morgens + abends) für 8 Tage (ohne Erfolg)
02.10.2000	Sch		1	2 Trancopal-Dolo-Kapseln N3 für 17 Tage (ohne Erfolg)
14.10.2002	Qi-C	ck)	10	(ohne Erfolg)
13.11.2002	Biof		10	(ohne Erfolg)
04.02.2003	Tra	e)	40	Beh. mit EMDR - erste Sitzung; danach für ca. 30 min. das Gefühl, aus dem Nebel aufgetaucht zu sein
13.08.2003	Tra	e)		Amitriptylin neuraxpharm - bis 50 mg
				Amitriptylin zurückgefahren, da stark zugenommen und ohne Erfolg (am 08.10. abgesetzt)
03.11.2003	Tra	e)		1 1/2 Zoloft 50 mg für 3 Wochen (abgesetzt am 21.11.03, da kein Erfolg)
				2. Versuch Amitriptylin 60 mg für 4 Monate (abgesetzt am 10.05., da kein Erfolg)
				wenig Schmerzen im Skiurlaub, danach aber wieder kein Erfolg
25.05.2004	Allg	er)	6	Testung, Mundakupunktur, Eigenbluttherapie, Bachblüten, MRT-Behandlung, Injektionen m. Betaubungsmittel in Höhe der Kieferhöhlen und Stirn
				Medikamente: Lymphdiaral, Zentramin Bastian, Hylak plus, Schüsslersalze (Magnesium phosphoricum D6, Calcium phosphoricum D12, Kalium sulfuricum D6) BMT Komplex, Antimigren, Zincum valerianicum Hevert

Inanspruchnahmeverhalten von Pat. F.

Teil II

during may 2004 – august 2005 (38 visits)

Termin	Art	Name	Anzahl	Bemerkungen
27.05.2004	Inter		1	Blutwerte (ohne Befund bis auf "leicht erhöhten" Schilddrüsenwert)
02.07.2004	Allg	Freiburg)	1	Chiropraktische Beh., Injektionen supraorbitalis bds., infraorbitalis bds., Niederfrequenz-Reiztherapie am Kopf
				medikamentöse Infiltrationsbehandlung, Nervenblockade im Bereich der Schädelbasis Ggl.
				Pterygopalatinum bds. (ohne Erfolg)
10.07.2004	Mas		3	Energieflussbehandlung, Blockaden lösen durch Massagen, Fußreflexzonenmassage (ohne Erfolg)
22.07.2004	Schi		3	Stellatum Ganglion; bei erster Behandlung 1 1/2 Tage kaum Schmerzen, danach ohne Erfolg
03.08.2004	Schi		2	Stellatum Katheter (ohne Erfolg)
11.08.2004	Aug		1	Kontrolluntersuchung wg. Kopfschmerzen (leichter Schielwinkel, könnte ggf. Kopfschmerzen auslösen)
				Empfehlung: Prismenbrille (nicht ausprobiert)
12.08.2004	Schi		1	Voruntersuchung für Anwendung von Botox => erhöhter Spannungszustand im Körper (nicht ausprobiert)
18.08.2004	Heilj		9	Cranial-Osteopathie, Pränatal-Behandlung, Iliosakralgelenks-Behandlung, Lösen von Blockaden (ohne Erfolg)
27.10.2004	Inter		1	Blutwerte mit Befund: TSH 6,71 (Normalwert 4,2) und Antikörper (TAK) 125 (Normalwert 100)
				Diagnose: Schilddrüsenunterfunktion, evtl. Hashimoto Thyreoditis (Autoimmunerkrankung), Behandlung mit
				Thyronajod (Thyroxin mit Jod) von 25 mg auf ca. 100 mg erhöhen (Erhöhung wöchentlich um 25 mg)
				Ultraschall von Schilddrüse: Aussage "ist eher klein"
09.11.2004	End		1	Ultraschall von Schilddrüse: Narben und schwarze Stellen; Blutuntersuchung TSH 3,15 und Antikörper 1:1280
				("Eulenburg Antikörper waren irrelevant"): Ergebnis: Hashimoto Thyreoditis, daher kein Jod in Medikament:
				LThyroxin 125 mg (direkter Umstieg), jeden Morgen 30 min vor Frühstück (ab 22.11.04 eingenommen)
14.01.2005	End		1	Blutwerte: Befund TSH 0,074 (Aussage: "LThyroxin beibehalten falls keine Überfunktionssymptome, ansonsten
				reduzieren auf 112,5 mg")
27.01.2005	Zahn		1	Kontrolle mit Röntgenbild: In mehreren Zahnzwischenräumen starke, bisher unerkannte Kariesbildung
02.02.2005	Inter		1	Blutwerte: Befund TSH 0,02; freies T3 5,38, freies T4 2,65, TAK 497, TRAK 1,2 (13 Uhr, ohne Einnahme Thyroxin)
10.02.2005	End	linik HD)	1	Blutwerte: Befund: TSH - deutlich in Überfunktion, nicht mehr messbar (ohne Medikamenten-Einnahme)
16.02.2005	Aug		2	Befund: etwas verdickte Sehnerven, trockene Augen, Sehstärke stimmt nicht mehr (neue Kontaktlinsen),
				ansonsten ohne Befund. Neue Kontaktlinsen: keine Besserung der Sehstörungen.
01.04.2005	Inter		2	Hashimoto bestätigt, HPU-Test: positiv (26 bei Grenzwert 15), Behandlung mit Depyrol-Basis, 1 Tablette pro Tag
				TSH-Wert: 11,7 (nach versehentlich 4 Wochen 25 mg LThyroxin - Packung vertauscht): Steigerung auf 100 mg
31.05.2005	Inter		1	TSH: 3,42 (nach 4 Wochen 100 mg): Steigerung auf 112,5 mg LThyroxin
02.06.2005	KH	er)	1	Beurteilung des bisherigen Krankheitsverlaufs: Es besteht noch keine Diagnose. Hashi reicht nicht aus für meine
				Symptome. Vorschlag: Auf Multiple Sklerose untersuchen, da bisher noch keine Liquor-Untersuchung erfolgt ist
				und MS sehr vielfältig auftreten kann. Endokrinologisch ist lt. [] alles abgeklärt und ohne Befund.
05.07.2005	Inter		1	Blutwerte: Befund TSH 2,52 (nach 4 Wochen 112,5 mg): Steigerung auf 125 mg LThyroxin + 200 mg Selen +
				10 mg Thybon (reines T3). Vermutlich funktioniert Umwandlung in T3 nicht richtig. FT4 1,53 und FT3 2,70
13.08.2005	Schi		1	
16.08.2005	Ostf		1	starke Verspannungen, Umstellung der Ernährung etc.; Ursache Beziehung

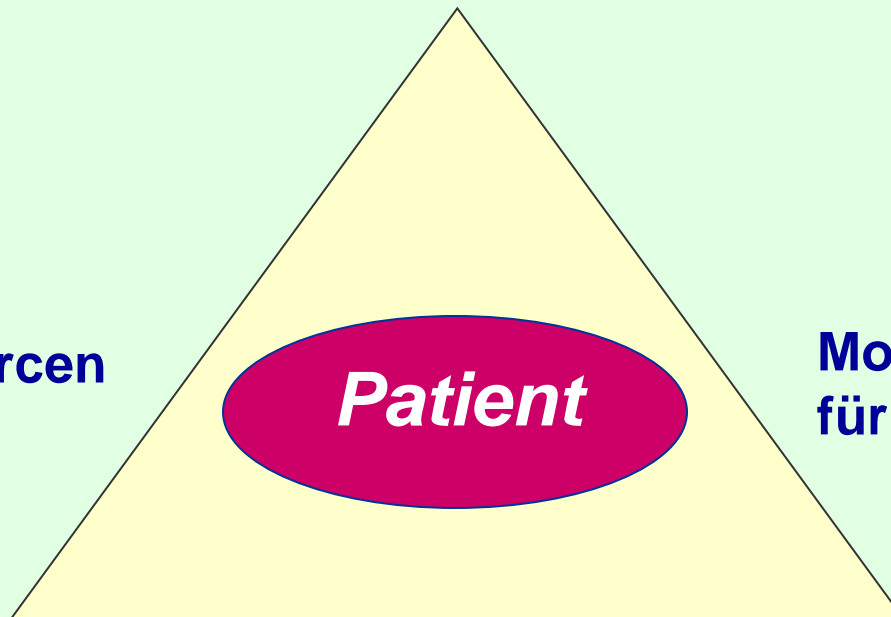
Schlussfolgerung



Die chronische Schmerzstörung, die Erschöpfung, die vegetativen Beschwerden und das high utilizer Verhalten zeigen, dass die **innere Balance der Pat. massiv gestört ist**

Individuelle Voraussetzungen für Veränderung bei Frau F.

Struktur und Persönlichkeit?



Stabilität, Ressourcen
und Fähigkeiten?

Motivation und Mut
für Veränderungen ?

Individuelle Charakteristik bei Pat. F.

Struktur und Persönlichkeit

Stabile Bindungserfahrungen während der Kindheit.
Vielfach positive Erfahrungen von Liebe, Fürsorge und Interesse
in Ihrer Herkunftsfamilie (overprotection?).

Erfolgreich im Berufsleben, sehr leistungsorientiert.

Aber: Geringe Erfahrung im Umgang und Management von Konflikten.
Eher geringes Selbstwertgefühl und Neigung zu schlechtem Gewissen
bei der Formulierung eigener Wünsche. Vermeidet Widerspruch
gegenüber den Eltern, starke Tendenz zum Harmonisieren.

Individuelle Charakteristik bei Pat. F.

Stabilität, Ressourcen und Fähigkeiten

Obwohl die anhaltende Belastung der chronischen Schmerzen ihre emotionale Stabilität erheblich beeinträchtigt hat, entwickelt sie Ideen und Phantasien, was geschehen müßte, damit es ihr gut geht. Sie hat keine festen Zukunftspläne, denkt aber darüber nach, den Beruf für einige Jahre aufzugeben, um herauszufinden, was sie mit ihrem Leben machen möchte. Ihr Ehemann ist davon sehr angetan und unterstützt ihre Pläne, während die Eltern entsetzt sind.

Ressourcen: Kreativität (Malen und Töpfern), Arbeiten mit Blumen.

Individuelle Charakteristik bei Pat. F.

Motivation und Mut zur Veränderung

Wenig Motivation oder Mut, die Situation aktiv zu verändern.

Externale Lösungserwartung (“Ich denke, sie wissen, was gut für mich ist!”)

**Sie hat Angst, selbst die Verantwortung dafür zu Übernehmen,
gegenüber den Eltern mehr auf Distanz zu gehen (“Sie werden mich
als unloyal verurteilen, wenn ich mich von ihren Sorgen abgrenze!”)**

**Die Krankheitsattribution de Eltern beinhaltet, dass die Krankheit der
Tochter Ausdruck der Abhängigkeit ist, die sie im Rahmen der Gewalt-
erfahrungen in ihrer vorangegangenen Beziehung zwischen 1999-2001 erlebt hat.**

Situation der Familie



Die chronische Schmerzstörung, die Erschöpfung, die vegetativen Beschwerden und das high utilizer Verhalten zeigen, dass die *innere Balance der Familie massiv gestört ist*

Hypothesen über die Symptombedeutung



Starke emotionale Bezogenheit untereinander. Vater neigt zum Bagatellisieren und Beschwichtigen, Mutter zeigt geringe Fähigkeiten der Konfliktregulation, reagiert auf Widerspruch mit Rückzug, Gekränkt- und Beleidigtsein. Die Pat. fühlt sich für die Mutter emotional sehr verantwortlich. Bemüht sich seit Jahren, den Eltern Freude zu bereiten, beschwichtigt Selbstzweifel und Selbstwertprobleme mit übermäßigem Engagement.



Störungsspezifischer Behandlungsplan von Frau F.

Einzeltherapie



Störungsspezifischer Behandlungsplan von Frau F.

Einzeltherapie

Gruppentherapie



Störungsspezifischer Behandlungsplan von Frau F.

Einzeltherapie

Gruppentherapie

Musiktherapie



Störungsspezifischer Behandlungsplan von Frau F.

Einzeltherapie

Gruppentherapie

Musiktherapie

Körpertherapie



Störungsspezifischer Behandlungsplan von Frau F.

Einzeltherapie

Gruppentherapie

Musiktherapie

Körpertherapie

Kunsttherapie



Störungsspezifischer Behandlungsplan von Frau F.

Einzeltherapie

Gruppentherapie

Musiktherapie

Körpertherapie

Kunsttherapie

Entspannung



Störungsspezifischer Behandlungsplan von Frau F.

Einzeltherapie

Gruppentherapie

Musiktherapie

Körpertherapie

Kunsttherapie

Entspannung

Biofeedback Training



Störungsspezifischer Behandlungsplan von Frau F.

Einzeltherapie

Gruppentherapie

Musiktherapie

Körpertherapie

Kunsttherapie

Entspannung

Biofeedback Training



Familiengespräch



Störungsspezifischer Behandlungsplan von Frau F.

Einzeltherapie

Familiengespräch

Gruppentherapie

Paargespräch

Musiktherapie

Körpertherapie

Kunsttherapie

Entspannung

Biofeedback Training



Störungsspezifischer Behandlungsplan von Frau F.

Einzeltherapie

Gruppentherapie

Musiktherapie

Körpertherapie

Kunsttherapie

Entspannung

Biofeedback Training

Familiengespräch

Paargespräch

Integration des
Schmerztherapeuten



Störungsspezifischer Behandlungsplan von Frau F.

Einzeltherapie

Familiengespräch

Gruppentherapie

Paargespräch

Musiktherapie

Integration des Schmerztherapeuten

Körpertherapie

Psychoedukation

Kunsttherapie

Entspannung

Genusstraining

Biofeedback Training



Störungsspezifischer Behandlungsplan von Frau F.

Einzeltherapie

Familiengespräch

Gruppentherapie

Paargespräch

Musiktherapie

Integration des Schmerztherapeuten

Körpertherapie

Psychoedukation

Kunsttherapie

Genusstraining

Entspannung

Physiotherapie

Biofeedback



Zusammenfassung



*Die multimodale stat. Psychotherapie (49 Tage) führte zu einer ausgewogenen **Balance im Geist-Körper-Seele-Dreieck** der Patientin. Frau.F ist seit 2 Jahren weitgehend beschwerdefrei, sie arbeitet als Floristin, plant eine künstlerische Ausbildung, und genießt die Beziehung zu ihrem Ehemann.*



**problem-focussierte und
lösungs-orientierte
Strategien und Ansätze des
Therapeuten**



**Förderung der Motivation
zur Veränderung**
(Beziehungsverhalten,
Beziehung zum Symptom)

Exposition
(Erkennen und Respektieren
eigener Grenzen, Stärkung von
Selbstwirksamkeit, und Dingen,
die klappen)

Beurteilung der Persönlichkeit
(Einschätzung der Struktur
und Konfliktfähigkeit)

**problem-focussierte und
lösungs-orientierte
Strategien und Ansätze des
Therapeuten**

Unterstützen und Aktivieren
(Stärkung des Selbstvertrauens
in Zeiten von Konflikt-Stress
und Verlust von Kontrolle)

Eduktion
(Veränderung der
Krankheitsattribution)

Selbsterfahrung fördern
(Verknüpfungen zwischen Emotionen,
Gedanken, Verhalten und Schmerz)
Erfahrbar machen

Konfliktorientierung
(Aufdecken von maladaptiven
Konflikt-Verhaltensmustern)

Verbalisierung
(Verbalisierung von verborgenen
Schuldgefühlen
oder Versagensängsten)

Balance fördern
(Finden einer angemessenen Balance
zwischen eigenen Bedürfnissen
und nötigen Aktivitäten)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

**Weitere Informationen zur psychosomatischen Schmerztherapie
finden Sie auf unserer homepage unter**

www.psychosomatik-aalen.de