

# Stationäre psychosomatische Behandlung chronischer Schmerzpatienten

Martin von Wachter, Askan Hendrichke

## Zusammenfassung

In der Behandlung chronischer Schmerzpatienten haben sich einseitig somatisch orientierte Behandlungsansätze als unzureichend erwiesen. Entsprechend den biopsychosozialen Krankheitsanteilen sind bei der Therapie multimodale Behandlungsansätze die Methode der Wahl. Neben Schmerztherapie und körperlicher Aktivierung spielt dabei die Psychotherapie eine entscheidende Rolle. Die stationäre psychosomatische Schmerzbehandlung ist indiziert, wenn schmerzassoziierte psychische Veränderungen, schwerwiegende soziale Auswirkungen und gescheiterte ambulante Therapieversuche den Krankheitsverlauf maßgeblich bestimmen. Vorgestellt wird ein schmerztherapeutisches Konzept, mit dem ein störungsspezifisches Behandlungsangebot auf einer psychosomatischen Station in einem Allgemeinkrankenhaus realisiert werden kann. Der schulenübergreifende Einsatz verschiedener Behandlungsangebote orientiert sich dabei an den Besonderheiten chronischer Schmerzpatienten. Die systematische Einbeziehung der Partner und Familienangehörigen markiert einen kooperativen Ansatz, der auch in der engen Zusammenarbeit zwischen somatischen und psychosozialen Behandlern zum Ausdruck kommt.

## Schlüsselwörter

Stationäre Psychotherapie, multimodale integrierte Behandlung, Schmerz und Psychosomatik, multiprofessionelle Kooperation, somatoforme Schmerzstörung, Fibromyalgie, chronische Schmerzkrankheit

Die stationäre psychosomatische Therapie von Patienten mit chronischen Schmerzen unterscheidet sich hinsichtlich der Behandlungsziele, -erfordernisse und -dauer von der Therapie anderer Krankheitsbilder in der Psychosomatik. Nach einer langen Vorgeschichte mit vielfältigen medizinischen und chirurgischen Interventionen, in der Regel erfolglos, haben Schmerzkranken oft traumatisierende Erfahrungen in der Medizin gemacht, was sie nicht hindert, weiter an einer somatischen Behandlungserwartung festzuhalten. Häufig fallen sie durch die Maschen des Gesundheitssystems, ist das Selbstwertgefühl der Patienten beeinträchtigt, sind sie durch den frustrierten Krankheits- und Behandlungsverlauf und die erlebte Zurückweisung im Gesundheitssystem depressiv und misstrauisch geworden.

## Komplexe Probleme erfordern komplexe Behandlungsansätze

Für chronische Schmerzpatienten sind Angebote gefragt, die im Rahmen einer dichten arbeitsteiligen und fachübergreifenden Kooperation medizinische und psychosoziale Behandlungserfordernisse gleichberechtigt miteinander verknüpfen. Nur die gestaltete Zusammenarbeit von medizinischen und psychotherapeutischen Spezialisten, Betriebsärzten, Sozialberatern und häufig auch den Angehörigen des Patienten bildet die biopsychosozialen Problemdimensionen ab, innerhalb derer sich der oft seit Jahren erkrankte Patient bewegt (Hendrichke u. Kröger 1997, 2003).

Aus unserer Erfahrung bildet der schmerzmedizinische Schwerpunkt an einem Krankenhaus der Zentral- oder Maximalversorgung den dafür geeigneten Behandlungsrahmen. Schmerzmediziner brauchen die Zusammenarbeit mit schmerztherapeutisch versierten Psychosomatikern, Psychologen, Körpertherapeuten, Kunst- und Musiktherapeuten, Physiotherapeuten, Pflegekräften und umgekehrt. So verwundert es nicht, dass neben der berechtigten und wirkungsvollen interventionellen Schmerztherapie akuter Schmerzzustände inzwischen zunehmend multimodale interdisziplinäre Behandlungsprogramme bei chronischen Schmerzpatienten zum Einsatz kommen. In einer Metaanalyse konnten Flor u. Mitarb. zeigen, dass die multimodale Therapie den Einzelverfahren überlegen ist und stabile Langzeiteffekte hat (Flor 1992).

## Wann besteht die Indikation zur stationären Behandlung in der Psychosomatik?

Die stationäre psychosomatische Schmerzbehandlung ist indiziert, wenn wegen der schmerzassoziierten psychischen Veränderungen und sozialen Folgen ein dichtes multimodales Behandlungsangebot nötig ist, das im ambulanten oder teilstationären Bereich nicht zu realisieren ist. Neben den Therapieangeboten im engeren Sinne (in der Aalener Psychosomatik wöchentlich ca. 25–30 Stunden) können das Milieu und die Aktivitäten einer Station mit einer kleinen, gut überschaubaren Patientengruppe einen entlastenden therapeutischen Bei-

trag leisten, um lange bestehendes Misstrauen, innere Blockaden und Verhärtungen abbauen zu helfen. Dabei bietet die Station in Phasen der Destabilisierung nicht nur Schutz, sondern auch ein Experimentierfeld für neue körperliche, intrapsychische und interaktionell-kognitive Erfahrungen. Durch regelmäßige Angehörigengespräche und belastungserprobende Beurlaubungen bleibt der Kontakt zum bestehenden sozialen Umfeld erhalten. Diese wohnortnahe Versorgung gewährleistet poststationär eine personengleiche Fortführung der Therapie im ambulanten Bereich.

## Behandlungsziele

Die Behandlungsziele sind störungsabhängig und werden mit jedem Patienten individuell entsprechend einem biopsychosozialen Diagnose-Assessment festgelegt. Die psychische und körperliche Aktivierung des Patienten steht im Vordergrund, regressionsfördernde Ansätze gehören der Vergangenheit an. Wichtig ist die Erarbeitung eines Krankheitsmodells, in dem der Patient sich mit seinen Erfahrungen und Vorstellungen wiederfinden kann. Bei nicht zu lange bestehenden somatoformen Schmerzstörungen ohne iatrogene Organschädigung ist die Zielsetzung kurativ (Nickel u. Merkle 2003). Bei Schmerzstörungen mit struktureller Veränderung und lang chronifizierten Störungen ohne erklärendes Organkorrelat steht als Ziel die Behandlung der maladaptiven Schmerzbewältigung und die Akzeptanz der schmerzbedingten Einschränkungen im Vordergrund. Bei chronischen Schmerzstörungen mit krankheitsbestimmender Komorbidität (vor allem bei Depression) muss letztere psychotherapeutisch ausreichend mitbehandelt werden. Im Einzelnen orientieren wir uns an den in **Box 1** genannten Behandlungszielen.

## Indikationsstellung und Diagnostik im ambulanten Erstkontakt

Die Indikationsstellung setzt ein umfangreiches Assessment voraus (siehe **Box 2**): Vor Beginn der stationären Behandlung führen wir ein ausführliches diagnostisches Erstgespräch mit dem Patienten

### Box 1 Behandlungsziele bei stationärer Therapie

- Erkennen von psychophysiologischen Wechselwirkungen
- Vermittlung eines für den Patienten plausiblen psychosomatischen Krankheitsmodells
- Aufmerksamkeitslenkung und Schmerzbewältigungstraining
- Erarbeiten individueller Möglichkeiten, auf den Schmerz Einfluss zu nehmen, Verbesserung der Schmerzkontrolle
- Differenzierung zwischen Schmerz und Affekt
- Identifikation und Abbau von Perfektionismus und dysfunktionalen Leistungszielen
- Entkopplung zwischen Schmerz und Aktivität
- Balance zwischen Schonung und übermäßiger Beanspruchung
- Verbesserung der Entspannungsfähigkeit und körperlichen Fitness
- Verbalisieren von belastenden Ereignissen, Kränkungen und Traumatisierungen
- sich Zeit nehmen für sich selbst
- Kontextreframing: Schmerz als fehlgeschlagene Selbsthilfestrategie (kontextbezogene positive Symptom-sicht)
- Verbesserung psychosozialer Kompetenzen: Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit; weniger Abhängigkeit; emotionale Selbstwahrnehmung; Abgrenzungs- und Konfliktfähigkeit; Akzeptanz von Grenzen (psychisch und physisch)

und ggf. seinem Partner. Neben der mehrdimensionalen störungsbezogenen Diagnostik geht es darum, Vorbefunde zu sichten bzw. diagnostisch einzuordnen, fremdanamnestic Angaben des Partners zur beziehungsgestaltenden Wirkung der Symptomatik zu explorieren, realistische Behandlungsziele zu klären und den Patienten auf einen mehrwöchigen stationären Behandlungsaufenthalt in einer psychosomatischen Fachabteilung hin zu orientieren, was für viele Schmerzpatienten nicht selten ein hohes Kränkungs-potenzial beinhaltet („ich hab's doch im Rücken, nicht im Kopf!"). Der Verweis auf die enge interdisziplinäre Kooperation mit der Schmerzambulanz unseres Klinikums hilft den Patienten oft, sich bei aller Skepsis auf einen erweiterten psychosomatischen Behandlungsansatz einzulassen und gibt uns die Sicherheit einer optimalen medizinischen Simultantherapie unserer Patienten. Es folgen die Absprache mit dem einweisenden Haus- oder Facharzt und ein ausführlicher schriftlicher Befundbericht.

## Prästationäre Phase

Drei bis vier Tage vor der geplanten stationären Aufnahme wird der Patient auf die Station eingeladen. Dabei kann der Arzt die erforderlichen Informationen zur prästationären Diagnostik kompletieren und die Schwester kann in Ruhe eine ausführliche Pflegeanamnese erhe-

ben. Der Arzt oder Psychologe bereitet die individuell abgestimmte Zuordnung zu möglichen Komplementärtherapien vor (Körper-, Musik- und/oder Kunstpsychotherapie) und fordert noch fehlende Unterlagen der Vorbehandler an. Ggf. werden anwesende Partner oder Angehörige über die nächsten Behandlungsschritte informiert und mit einbezogen.

Dem Patienten werden Anleitungen zur Anfertigung eines Lebensberichtes und Erstellung eines Genogramms sowie der DGSS-Schmerz-Fragebogen und ein Freudentagebuch zum Festhalten positiver Erlebnisse ausgehändigt.

Dieses Setting entlastet nicht nur den Patienten, der gut informiert und eingestimmt auf die Station kommt, sondern auch die Abteilung insgesamt. So können Reibungsverluste in den ersten Tagen nach Aufnahme vermieden und die Verweildauer auf der Station begrenzt werden.

## Störungsspezifische Differenzierung von Behandlungsthemen und Therapieangeboten

Beim **chronischen Schmerzsyndrom nach Gewebsschädigung** stehen die Simultandiagnostik und -therapie im Vordergrund. Das therapeutische Vorgehen ist überwiegend verhaltenstherapeutisch orientiert (Schmerzbewältigung). Begleitende

**Box 2**    **Differenzielle Indikationskriterien für eine stationäre psychosomatische Behandlung**

- ausreichende Akuität bzw. Krankheits-schwere
- kausale somatische Behandlung nicht möglich
- Progredienz der Beschwerden trotz ambulanter Therapie
- Komorbidität und/oder schmerzassozierte psychische Veränderungen: Angststörung/Depressivität/Suizidalität/schmerztypische Persönlichkeits-änderung/starke soziale Beeinträchtigung
- Komplexität der somatischen und psychischen Krankheitsfaktoren (intensives und multimodales Behandlungssetting mit ständiger fachärztlicher Leitung erforderlich)
- Vorbeugung einer drohenden Chronifizierung bzw. Schwere der bereits bestehenden Beeinträchtigungen entsprechend der Einteilung nach Gersbshagen im Stadium II und III
- multiple Somatisierungssymptome
- auffallende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (sog. High-utilizer-Verhalten)
- gehäufte und wiederkehrende Notfall-einweisungen
- anhaltende psychosoziale Konflikte, Entlastung aus einem destruktiven Umfeld
- mangelnde Alltagsbewältigung, unzureichende Annahme sozialer Unterstützung
- drohender Verlust des Arbeitsplatzes
- bei Sucht erst Suchtbehandlung in einer anderen Klinik, dann Übernahme des Patienten nach erfolgter Suchtbehandlung
- ein laufendes Rentenverfahren stellt eine relative Kontraindikation dar

psychische Störungen (z.B. PTSD oder Depression) werden spezifisch psychotherapeutisch behandelt, oft in Kombination mit trizyklischen Antidepressiva.

Schwerpunkt bei der **anhaltenden somatoformen Schmerzstörung** und der **Fibromyalgie** sind die Differenzierung zwischen Schmerz und Affekten, die Unterscheidung zwischen erwünschten und unerwünschten Gefühlen, die Fokussierung auf interaktionelle Aspekte von Schmerz und die Verbesserung des Stressmanagements (Egle u. Mitarb. 2004). Die Behandlung der somatoformen Schmerzstörung orientiert sich weitgehend an den Therapiemanualen von Nickel und Egle (1999) und Scheidt (2003).

Bei signifikanter depressiver Begleitsymptomatik profitiert ein Teil der Patienten von trizyklischen oder SSRI-Antidepressiva.

## Stationärer Behandlungsablauf in drei Phasen

Für die stationäre Behandlung hat sich ein abgestuftes Vorgehen in drei Phasen bewährt. Unsere klinikinterne Leitlinie kann unter [www.schmerzlinik-aalen.de](http://www.schmerzlinik-aalen.de) abgerufen werden.

### Informations- und Motivationsphase (ca. ein bis zwei Wochen)

Zu Beginn der stationären Behandlung stehen der Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung, die Motivation des Patienten und die Vervollständigung der biopsychosozialen Diagnostik im Vordergrund (siehe **Box 3**). Entsprechend wichtig ist die Transparenz des Therapie-settings und der therapeutischen Schritte. Der Therapeut hat Modellfunktion und sollte auf Fragen antworten. Schmerzpatienten können Stress und negative Emotionen häufig nur in Form von körperlichen Schmerzen wahrnehmen und kommunizieren. Es braucht daher Zeit, einen Zugang zu tiefer liegenden emotionalen Konflikten und Belastungen zu erreichen, um seelischen Schmerz spürbar zu machen bzw. ausdrücken zu können. Auch bei Ärger in der Gegenübertragung sollte der Therapeut nicht zu früh konfrontieren. Spüren, Wahrnehmen, Erleben und Containing stehen vor Deuten oder schnellen Interpretationen.

Die ausführliche symptomorientierte Exploration der Beschwerden soll dem Patienten signalisieren, dass wir seine Schmerzen ernst nehmen und ihn in seiner Krankheitsattribution dort abholen, wo er steht. Gleichzeitig werden dabei nicht nur wichtige Informationen über

die Rolle des Schmerzes in den aktuellen Beziehungen gewonnen („was sagt Ihre Frau zu Ihren Schmerzen?“), sondern auch über modulierende Faktoren (Schmerzsituationstagebuch). Die störungsspezifische Psychoedukation (symptomorientierte Information, Patient als Experte) hat hierbei eine unterstützende und für den Patienten oft entlastende Funktion.

In dieser Phase werden die Ziele der Behandlung weiter differenziert und festgelegt. Dies betrifft gleichermaßen den körperlich-symptombezogenen wie auch den intrapsychischen und den interpersonellen Bereich. Kompetenzorientierte Fragen lenken den Fokus auf positives Gelingen, daher werden alle Zielbeschreibungen mit einem zukunftsorientierten Blick in die Kristallkugel verknüpft: „Woran werden Sie bemerken, dass Sie Ihrem Ziel ein Stück näher gekommen sind?“

Es geht darum, mit dem Patienten seine persönlichen Ziele mit den Zielen der Institution „abzugleichen“ und auf Umsetzbarkeit zu überprüfen. Typischerweise neigen Schmerzpatienten anfangs häufig zu einer Idealisierung des Behandlers, daher ist es sinnvoll, sie mit zu hoch gesteckten Zielen unmittelbar zu konfrontieren, um später erneute Enttäuschungen zu vermeiden. Vertrauen und Transparenz lassen sich durch die Vermittlung der einzelnen Behandlungsschritte und den dazu passenden Modellvorstellungen schaffen. Dies setzt aufseiten der Behandler eine therapeutische Haltung voraus, die den Patienten als Kooperationspartner wertschätzt und ihm die entscheidende Kompetenz zur Problemlösung zuweist. Mit dem strukturierten Ressourceninterview (Schiepek u. Cremers 2003) erfassen wir schon früh protektive Faktoren, die der Patient später für die Schmerzbewältigung nutzen kann.

Während der Initialphase der Behandlung auf der psychosomatischen Station erfolgt in Zusammenarbeit mit der Schmerzambulanz der anästhesiologischen Abteilung die differenzierte Verordnung von Medikamenten oder schmerztherapeutischen Verfahren (z.B. TENS), ergänzt ggf. durch therapeutische Maßnahmen aus dem Bereich der Physiotherapieabteilung.

**Box 3 Stationäre Behandlung: Behandlungsbeginn und Initialphase**

- Ergänzung der biopsychosozialen Simultandiagnostik (Schmerzanamnese, Biografie, ggf. apparative Untersuchung)
- Familienanamnese zum Umgang mit Krankheit, Stress, Schmerz, Trauma und Verlust (krankheitsbezogenes Genogramm)
- ausführliche körperliche Aufnahmeuntersuchung
- Bestimmung psychosozialer Belastungs-, Risiko- und Schutzfaktoren sowie des Chronifizierungsgrades
- Ressourceninterview
- Prüfung von Selbstwirksamkeit (agency) und sozialer Einbezogenheit (communion)
- Exploration (dys-)funktionaler Copingstrategien
- Zieldefinition (Zielbogen Patient, Zielbogen Arzt)
- Erarbeitung eines handgeschriebenen Lebensberichtes
- Schmerzsituationstagebuch
- Psychoedukation: Vermitteln eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses
- Kennenlernen verschiedener Entspannungs-, Imaginations- und Bewegungsübungen

**Arbeitsphase (ca. zwei bis vier Wochen)**

Mithilfe des Schmerz-Situations-Emotionstagebuches können psychophysiologische Wechselwirkungen für den Patienten transparent und erlebbar gemacht werden (siehe **Box 4**). Im Schmerzbewältigungstraining erarbeiten die Patienten individuelle Möglichkeiten, um auf den Schmerz Einfluss zu nehmen. „Was von dem, was ich hier kennen gelernt und was sich bisher schon bewährt hat, setze ich gezielt bei meinen Schmerzen ein?“ Ziel ist es, die schmerzassoziierten Kognitionen zu verändern („hilfreiche Selbstanweisungen“, vgl. auch Larbig u. Mitarb. 2002). Vor allem bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und zum Teil auch bei der Fibromyalgie geht es im weiteren Therapieverlauf um die Differenzierung zwischen Schmerz und Affekt und um die Unterscheidung zwischen erwünschten und unerwünschten Empfindungen. Die nonverbalen Verfahren spielen hierbei eine wichtige Rolle, um die emotionale Wahrnehmung und Expressivität zu unterstützen (Buchhaupt 2000). Häufig können nun auch belastende Ereignisse, Kränkungen und Traumatisierungen besser verbalisiert werden. Durch die Therapeuten wird ein Therapiefokus formuliert auf der Grundlage zentraler Beziehungskonflikte (Luborsky 1988). In der Regel wird dieser mit dem Patienten besprochen.

Im Verlauf dieser Phase kann nun der Schwerpunkt in der therapeutischen Arbeit zunehmend auf Beziehungsaspekte gelegt werden. Es geht dann um Ressour-

cen in der Familie oder Partnerschaft und die Entwicklung und Erprobung von alternativen Kommunikationsmustern. Belastungsgrenzen werden thematisiert und anstelle schmerzgetriggelter Aktivitäten werden nun schrittweise individuelle Leistungsgrenzen und angemessene Verhaltensweisen erprobt. In der Gruppe können die Patienten oft neue korrektive Beziehungserfahrungen machen, ihre Selbstwahrnehmung verändern und Leistungsansprüche relativieren.

**Transferphase (ca. ein bis zwei Wochen) und Behandlungsabschluss**

In dieser letzten Phase geht es darum, die erlernten Verhaltensweisen nicht nur im

stationären Setting (Rollenspiel), sondern insbesondere im häuslichen Umfeld zu erproben. Zur Sicherung des Behandlungserfolges stehen nun überleitende Familiengespräche bzw. Paargespräche und häusliche Belastungserprobungen im Vordergrund. Der Fokus liegt auf zukünftigen Themen und Entwicklungsschritten, die das private und berufliche Umfeld des Patienten betreffen. In strukturierten Abschlussgesprächen wird mit dem Patienten die stationäre Behandlung bilanziert, werden die erreichten Ziele festgehalten und die nächsten Schritte vorbereitet bzw. strukturiert. Da der letzte Therapieabschnitt auf der Station vom Thema Abschied geprägt ist, kann es für manche Patienten vor dem Hintergrund eigener früher Verlust und Trennungserlebnisse jetzt um die aktive Gestaltung dieser Phase gehen, um mit therapeutischer Hilfe alternative Erfahrungen zu ermöglichen.

## Poststationäre Behandlungsangebote

Um nach einer mehrwöchigen stationären Therapie den Übergang in den Alltagsbereich zu erleichtern, können Patienten nach Beendigung der stationären Behandlung für die Dauer von zwei Wochen weiterhin als Gäste an den regulären stationären Gruppenangeboten teilnehmen. Der Rückverhalt in der Gruppe erleichtert so die Auseinandersetzung mit den Herausforderungen, denen sich

**Box 4 Stationäre Behandlung: Schwerpunkte während der Arbeitsphase**

- Erkennen von psychophysiologischen bzw. psychoaffektiven Wechselwirkungen
- Abgrenzen und Erkennen von Belastungsgrenzen
- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Abbau von Vermeidungsverhalten, Aufbau von körperlicher und sozialer Aktivität
- Entkoppeln von Schmerz und Aktivität: gestufte Belastungserprobung, orientiert an Zeitvorgaben statt an der Schmerzgrenze (z. B. 3 × 5 min/Tag gehen)
- Erarbeiten individueller Möglichkeiten, um auf den Schmerz Einfluss zu nehmen
- Veränderung der kognitiven Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung
- Verbesserung von Selbstwirksamkeit und sozialer Kompetenz
- Modifikation dysfunktionaler Interaktionsmuster in Partnerschaft und Familie
- Intensivierung des Körpererlebens (Körperpsychotherapie, kraniosakrale Osteopathie, Entspannung und Imagination)
- Verdichtung der emotionalen Wahrnehmung und Erweiterung der emotionalen Expressivität (Musik- und Kunstpsychotherapie)

die Patienten im Alltag (wieder) zu stellen haben.

Bei vielen Patienten besteht darüber hinaus nach Entlassung aus stationärer Therapie die Indikation zu einer längerfristigen ambulanten psychosomatischen Nachsorge in Verbindung mit der Behandlung in einer Schmerzambulanz. Patienten, die zeitnah keinen Psychotherapeuten finden, der die nötige Kompetenz zur Behandlung von Schmerzstörungen besitzt, können zur Überbrückung an einer ambulanten Nachsorgegruppe unserer Klinik teilnehmen (14-tägig bis max. sechs Monate). Darüber hinaus bieten wir in besonderen Fällen ambulante Einzel-, Paar- und/oder Familiengespräche sowie gemeinsame Fallkonferenzen psychotherapeutischer und somatischer Behandler an.

Starre und unüberbrückbare Barrieren zwischen dem stationären und ambulanten Versorgungssektor erschweren allerdings gerade bei Schmerzpatienten koordinierte Behandlungsabläufe. Hier besteht für zukünftige Konzepte zur sog. integrierten Versorgung großer Handlungsbedarf.

## Einbeziehung der Angehörigen in das stationäre Behandlungssetting

Kein Schmerzpatient ist alleine krank, auch die Angehörigen leiden oft massiv unter den Auswirkungen der seit Jahren anhaltenden Beschwerden und Einschränkungen. Verlusterfahrungen hinsichtlich vertrauter Kommunikation, emotionaler oder körperlicher Nähe, oder der Verlust gemeinsamer Interessen, von finanzieller Bewegungsfreiheit und sozialer Sicherheit sind oft die Folge.

Auffallend ist dabei häufig die Unsicherheit und Hilflosigkeit der Partner im Umgang mit der Krankheit, die ähnlich wie der Patient selbst eine Behandlung nach dem Reiz-Reaktions-Schema erwarten. Entsprechend ratsam erscheint es, die Angehörigen systematisch in die Behandlung des Patienten einzubeziehen, da sie nicht nur fremdanamnestic wertvolle ergänzende Informationen liefern können, sondern Teil eines erweiterten Behandlungskontextes sind, in dem wir uns gemeinsam darum bemühen,

der Krankheit einen angemessenen Platz zu geben.

In unseren Paar- oder Familiengesprächen, die wir schon frühzeitig vor oder während der stationären Behandlung durchführen, stehen initial Fragen im Vordergrund, die die Art des Umgangs mit der chronischen Schmerzkrankheit im Familienkontext betreffen (von Wachter 2003):

» *„Häufig haben wir erlebt, dass fast immer die ganze Familie unter der Erkrankung leidet und dass das Zusammenleben dadurch beeinträchtigt ist. Wie kann Ihre Familie dennoch Entlastung finden und sich gegenseitig unterstützen?“*

*„Wie können Bedürfnisse geäußert werden, wie können Nähe und Distanz anders als über Schmerzen reguliert werden?“*

*„Die Schmerzen sind in vielen betroffenen Familien ein ungebeter Gast, dem man nicht viel Raum und Zeit widmen möchte. Wie schaffen Sie es mit diesem Quälgeist umzugehen? Schafft er es, alle Aufmerksamkeit auf sich zu lenken und Sie 24 Stunden zu beschäftigen, oder gelingt es Ihnen, ihn auf einen Platz zu verweisen, den Sie bestimmen?“*

*„Wenn Sie sich einmal selbst einschätzen sollten in Ihrer Art des Umgangs mit dem Schmerz, würden Sie sagen, dass Sie sich so weit mit dem Schmerz arrangiert haben, dass Sie ein gewisses Maß an Lebensfreude genießen können? Oder sind Sie der Meinung, dass Sie sich im Vergleich mit anderen Paaren oder Familien besonders schwer tun im Umgang mit dem Problem?“ «*

Damit die Zuwendung des Partners für den erkrankten Patienten nicht zur Symptomverstärkung führt, ist es wichtig, Partner oder Angehörige zu ermuntern, ihre Aufmerksamkeit und Fürsorge von einem aktiven Schmerzbewältigungsverhalten des Patienten abhängig zu machen. Die Entlastung des Patienten durch die Angehörigen mag zwar zu Entspannung und weniger schmerzauslösenden Tätigkeiten führen, sie kann aber auch vermehrtes Schonverhalten, Verlust von Selbstwertgefühl und sozialen Rückzug begünstigen. Eine unreflektierte Entlastung kann so über einen psychophysiologischen Circulus vitiosus und den damit verbundenen sekundären Krankheitsgewinn die Chronifizierung verstärken (Joraschky 2003). Ein ausgewogener

Umgang mit der Symptomatik im Sinne eines balanced coping bedeutet, einerseits auf die Anforderungen, die die Krankheit mit sich bringt, angemessen einzugehen und gleichzeitig persönliche und partnerschaftlich-familiäre Lebenszyklen aktiv weiterzuentwickeln.

## Materialien für die Psychotherapie

Interessierte können die folgenden Arbeitsmaterialien und weitere Informationen unter [www.schmerzklinik-aalen.de](http://www.schmerzklinik-aalen.de) abrufen:

- Patienten-Info „Die Behandlung chronischer Schmerzen in der Psychosomatik“
- Patienten-Info „Die Behandlung von funktionellen Störungen ohne Organbefund“
- Schmerz-Situationstagebuch
- Schmerz-Situations-Emotionstagebuch
- Zielebögen
- Ressourceninterview (Schiepek u. Cremers 2003)
- Video chronisches Schmerzsyndrom, Neuroplastizität
- Overheadfolien zur Psychoedukation
- Patienten-Handout Psychoedukation: „Chronisches Schmerzsyndrom“
- Arbeitsblätter: „Schmerzbewältigungsstrategien“ (Derra 2003), „Hilfreiche Selbstanweisungen“ (Larbig u. Mitarb. 2002), „Wie erkenne ich Belastungsgrenzen“, Progressive Muskelentspannung, Qi Gong
- Fragebogeninventar: DGSS-Schmerz-Fragebögen, SCL-90-R, HADS, u.a.

## Zu den Autoren

### Martin Wachter

geb. 1965, Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Oberarzt der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Ostalb-Klinikum Aalen/Württ.

Klinische Schwerpunkte: Psychosomatische Schmerztherapie, Familientherapie, Essstörungen und Traumatherapie, Weiter-



entwicklung psychosomatischer Versorgungskonzepte für Schmerzpatienten.

Forschungsschwerpunkte: Psychotherapie an der Schnittstelle zur somatischen Medizin, neue Medien in der Psychotherapie, Krisenmanagement in Gefahrensituationen.

#### Askan Hendrischke

geb. 1951, Dr. med., Arzt für Psychotherapeutische Medizin, Arzt für Allgemeinmedizin – Physikalische Therapie. Chefarzt der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Ostalb-Klinikum Aalen/Württ. 1991 – 1999 wiss. Assistent und Oberarzt der Klinik für Psychosomatik am Universitätsklinikum Aachen. 1999 – 2002 leitender Arzt der Abteilung für Psychosomatik an der Caritasklinik Saarbrücken. Lehrtherapeut für Systemische Familientherapie (DGSF), Sprecher der Arbeitsgruppe Systemische Medizin der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF), Gründungsmitglied der deutschen Sektion der Collaborative Family HealthCare Coalition CFHCC, Dozent für Familientherapie und Psychosomatik der Deutsch-Chinesischen Akademie für Psychotherapie.



Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Systemische Medizin, Familientherapie in der Medizin, klinische Psychosomatik, Entwicklung kooperativer Versorgungsstrukturen zur Behandlung komplexer Krankheitsbilder.

#### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Martin von Wachter  
Klinik für Psychosomatik  
und Psychotherapeutische Medizin  
Ostalb-Klinikum Aalen  
Im Kälblesrain 1  
73430 Aalen  
E-mail: von.wachter@ostalbklinikum.de

## Literatur

- 1 Buchhaupt T. Musiktherapie bei chronischen Schmerzen: eine Fallstudie. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2000; 35: 406 – 411
- 2 Derra C. Arbeitsbogen zum Schmerzbewältigungstraining. Unveröff. Manuskript. Bad Mergentheim: 2003
- 3 Egle UT, Ecker-Egle ML, Nickel R, Houdenhove B van. Fibromyalgie als Störung der zentralen Schmerz- und Stressverarbeitung – ein neues biopsychosoziales Krankheitsmodell. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2004; 54: 137 – 147
- 4 Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain* 1992; 49: 221 – 230
- 5 Hendrischke A, Kröger F. Systemische Familienmedizin – ein Modell für Kooperation im Gesundheitswesen. *Deutsches Ärzteblatt* 1997; 94A: 294 – 296
- 6 Hendrischke A, Kröger F. Kooperation und ihre Bedingungen. In: Altmeyer S, Kröger F: *Theorie und Praxis der Systemischen Familienmedizin*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 2003: 61 – 86
- 7 Joraschky P. Familiendynamische und systemische Ansätze zum Schmerzverständnis. In: Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA: *Handbuch Chronischer Schmerz*. Stuttgart, New York: Schattauer, 2003: 96 – 104
- 8 Larbig W, Fallert B, Maddalena H de. Verhaltensmedizinische Schmerztherapie. In: Larbig W, Fallert B, Maddalena H de: *Tumorschmerz – Interdisziplinäre Therapiekonzepte*. Stuttgart, New York: Schattauer, 2002
- 9 Luborsky L. Einführung in die analytische Psychotherapie. Berlin: Springer, 1988
- 10 Nickel R, Egle UT. Therapie somatoformer Schmerzstörung. Manual zur psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 1999
- 11 Nickel R, Merkle W. Stationäre psychosomatische Therapie bei chronischen Schmerzen. In: Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA: *Handbuch Chronischer Schmerz*. Stuttgart, New York: Schattauer, 2003: 430 – 439
- 12 Scheid CE. Psychoanalytische Einzeltherapie somatoformer Schmerzen. In: Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA: *Handbuch Chronischer Schmerz*. Stuttgart, New York: Schattauer, 2003: 404 – 412
- 13 Schiepek G, Cremers S. Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. In: Schemmel H, Schaller J (Hrsg): *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: DGVT-Verlag, 2003: 147 – 192
- 14 Wachter M von. Schmerzkrankheit in der Familie. In: Altmeyer S, Kröger F: *Theorie und Praxis der Systemischen Familienmedizin*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 2003: 87 – 100