

# Psychosomatische Behandlungsansätze bei verschiedenen chronischen Schmerzerkrankungen



**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**

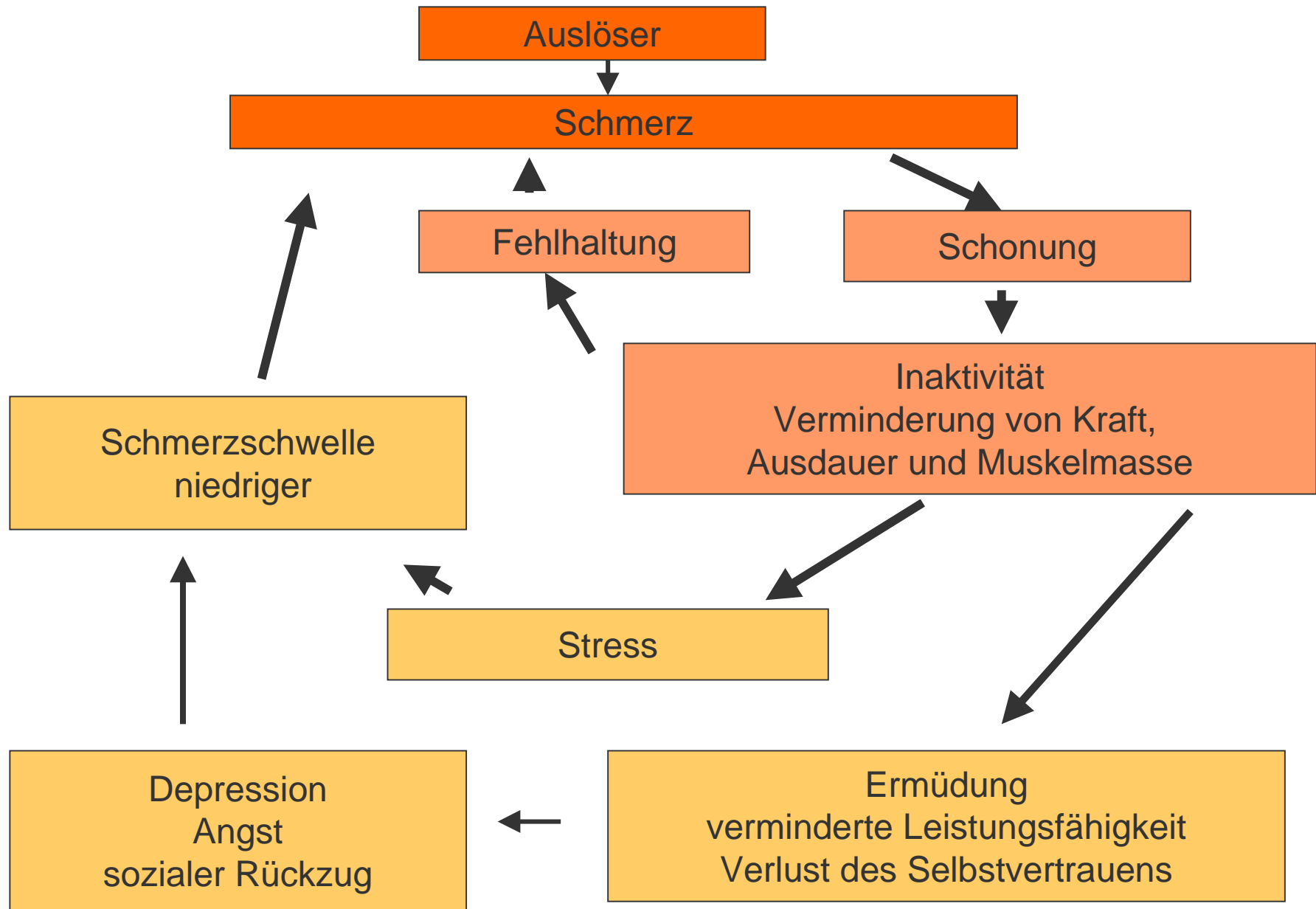
**Schmerzbewältigung**

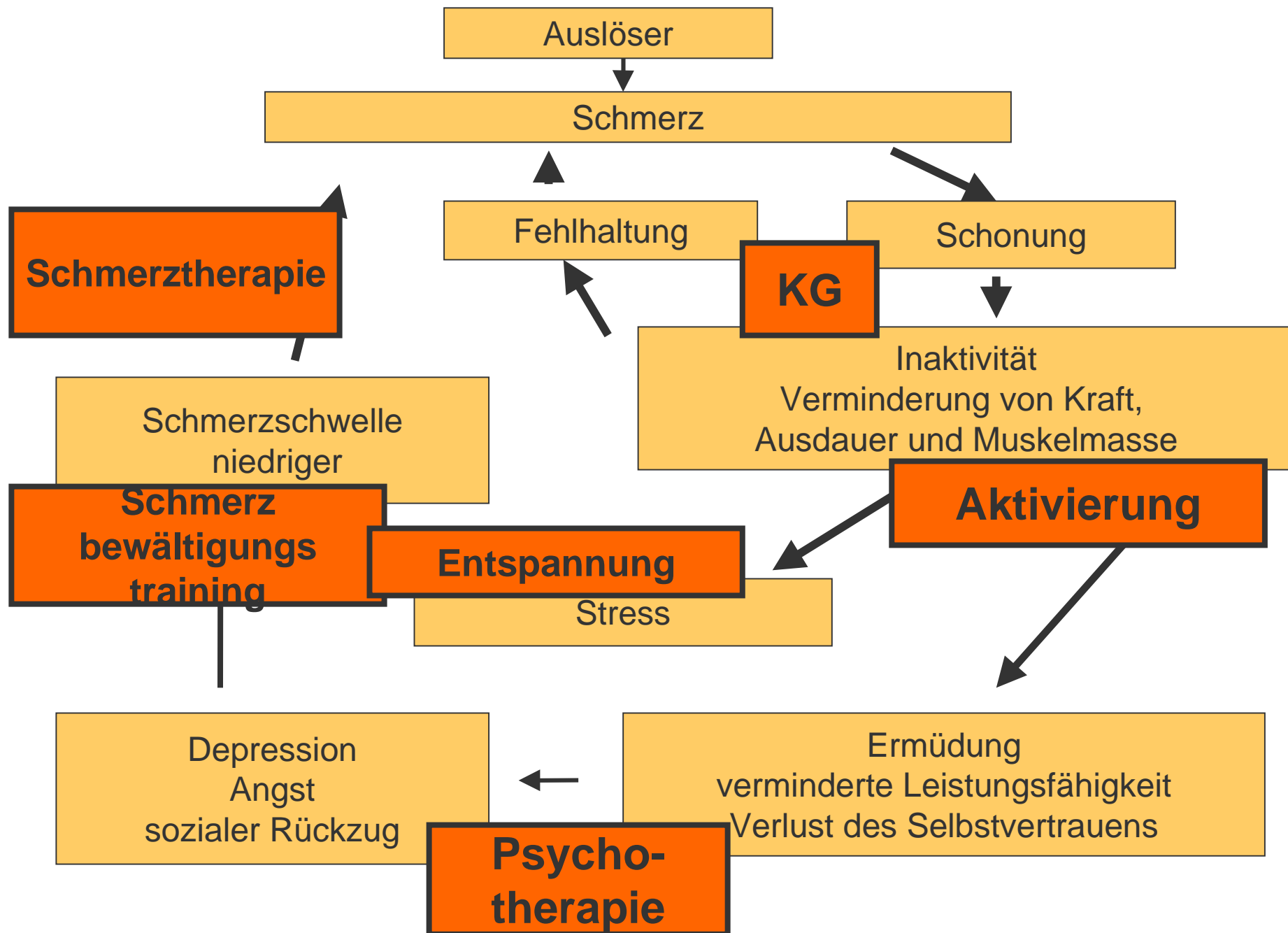
**Stressbewältigung**

**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**

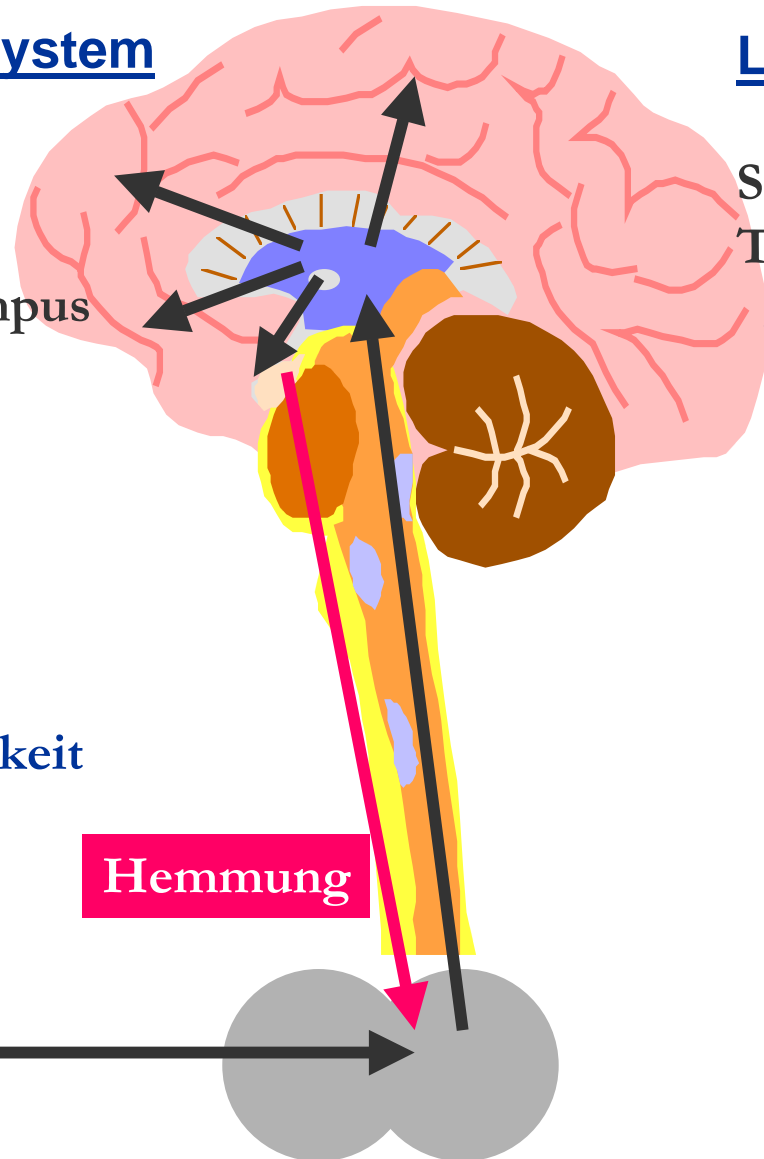
**Stimmulusintensität**

**Schmerzerwartung**

**Schmerzreiz**



**Hemmung**



# Schmerzverarbeitung

## Mediales Schmerzsystem

**Kogn. Umstruktur.**

Cortex präfrontalis

Bewertung

Amygdala/Hippocampus

Emotionen/Stress

Insula

Schmerzintere

**Stressbew.**

Alarmsystem

Gyrus cingulum

Schmerzerwa

**Schmerzbew.**

Schmerzaufmerksamkeit

Negative A

**Schmerz/Affekt-Diff.**

## Laterales Schmerzsystem

Somatosensorischer Cortex

Thalamus

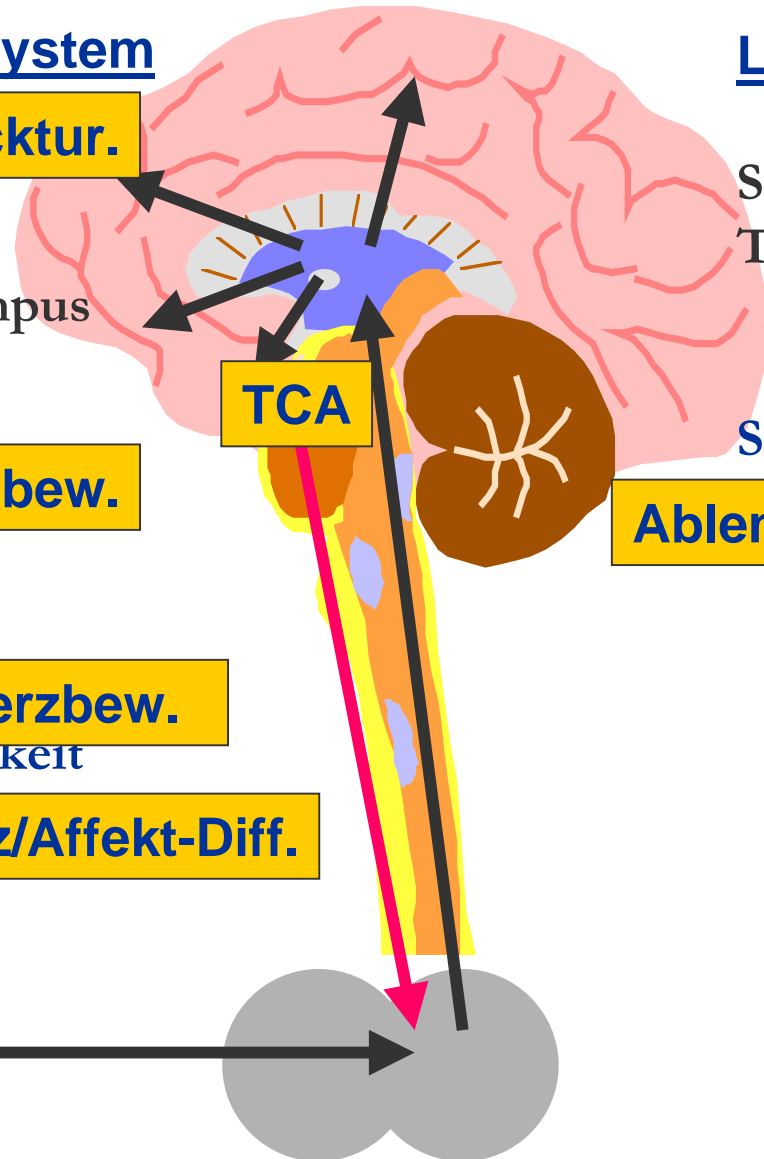
Lokalisation

Stimmulusintensität

Schmerzerwartung

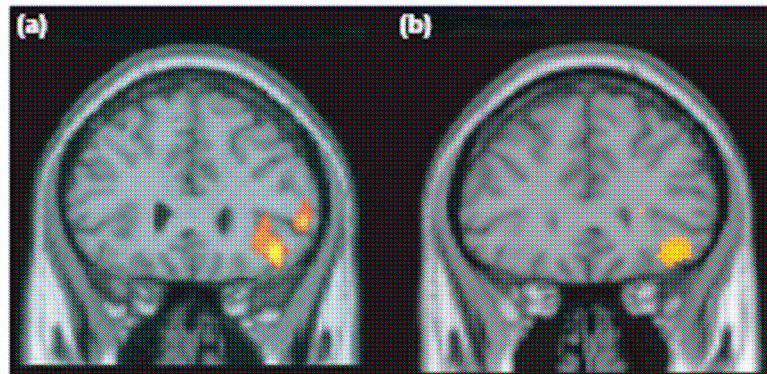
**Ablenkung**

Schmerzreiz



# Warum Zurückweisung schmerzt

Eisenberger Science 2003

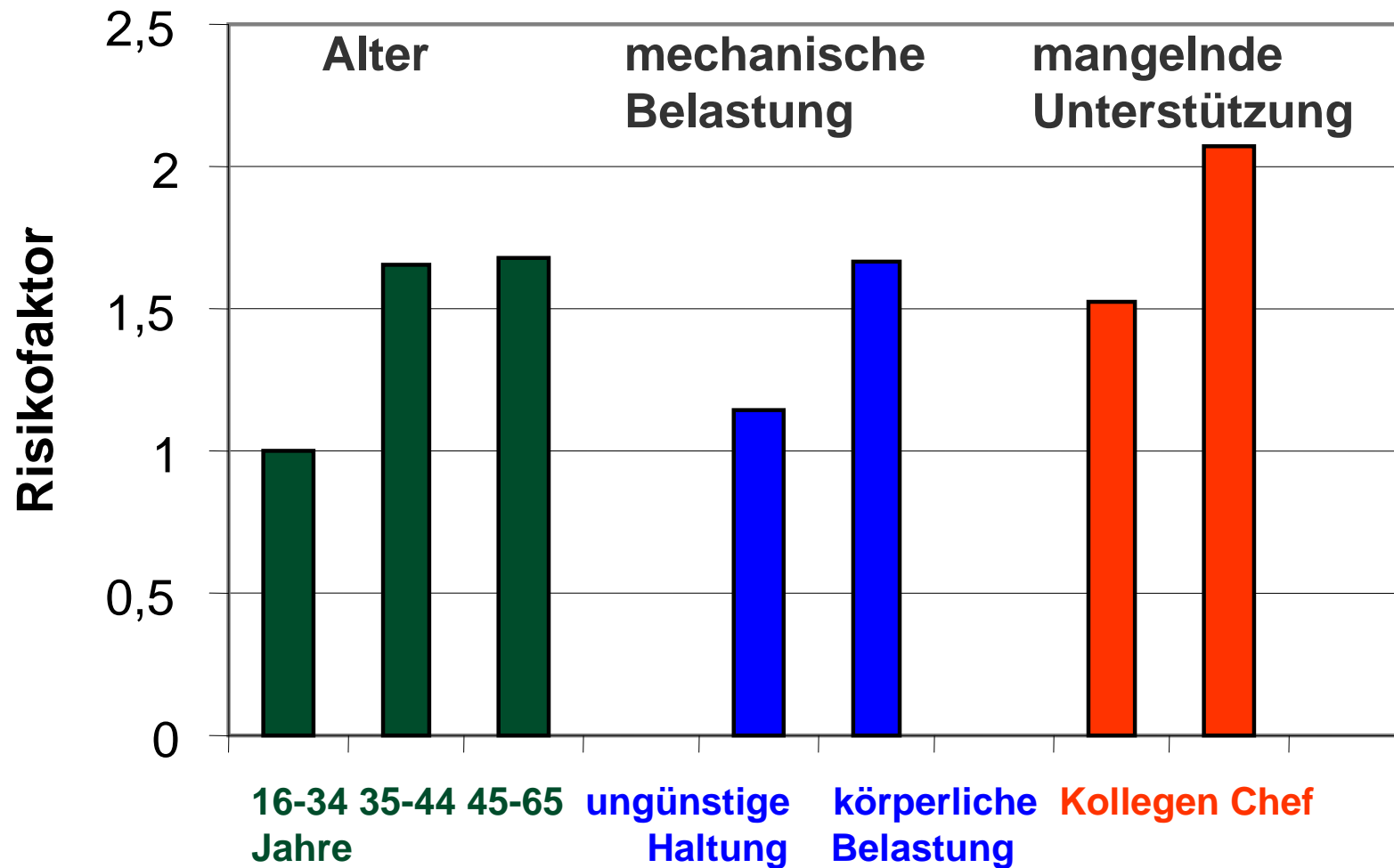


(a) Social pain regulation  
RVPFC (y = 27)

(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.

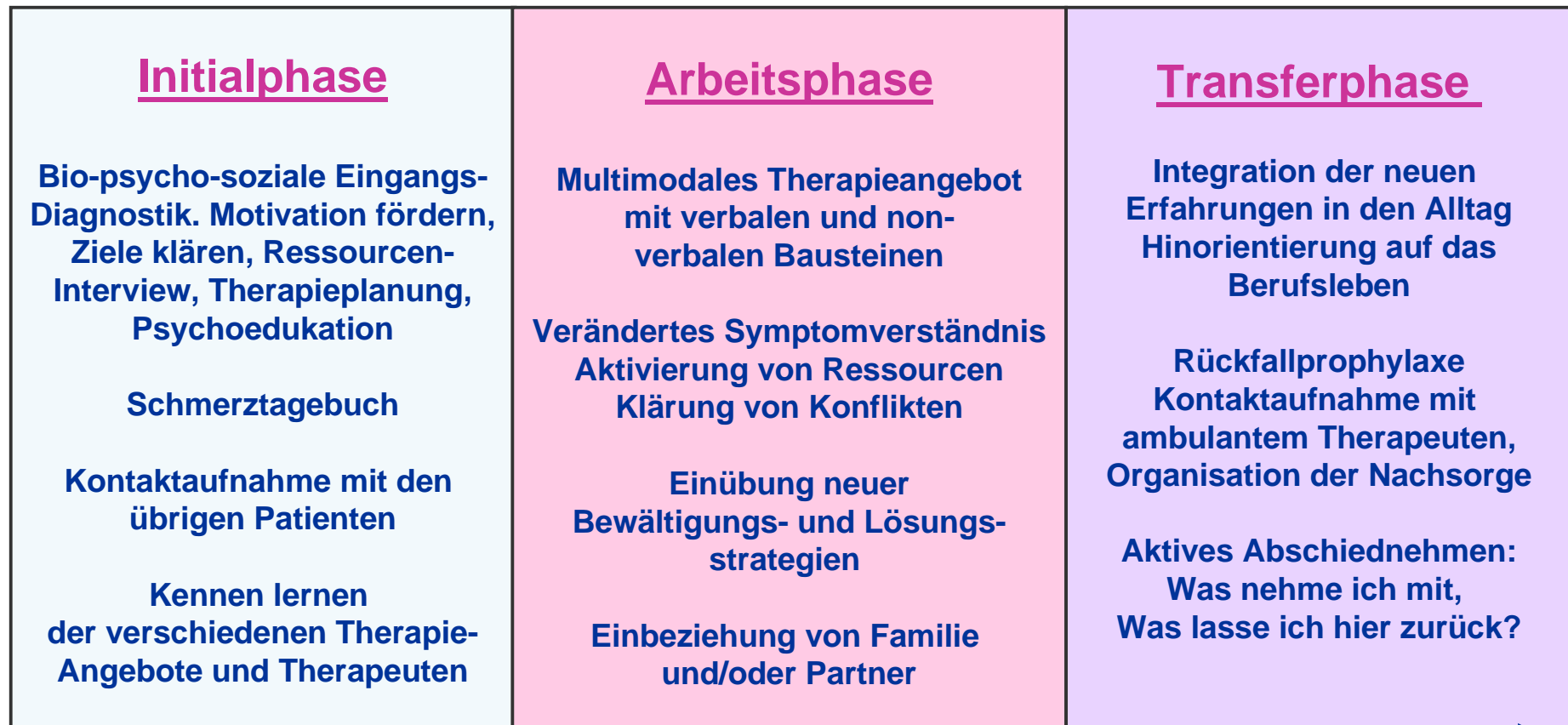
Egle und Hoffmann 1993, Egle et al 1999, Hasenbring et al 2001, Huse et al 2001, Ruoff 1999

## 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

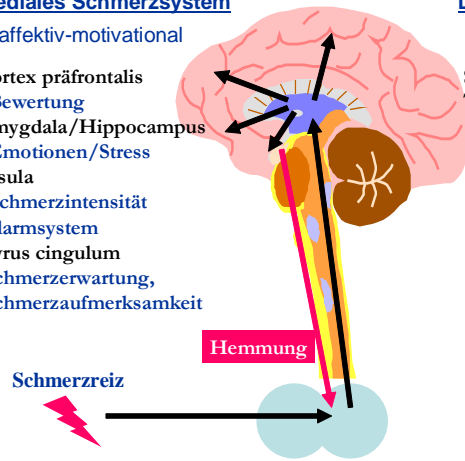
- Akuter Schmerz versus chronischer Schmerz
- Schmerzverarbeitung auf neuronaler Ebene
- Gate-control-Theorie
- Neuroplastizität
- bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis
- psychische Risikofaktoren die eine Chronifizierung
- Aufmerksamkeitslenkung
- Verändern der kognitiven Verarbeitung der Schmerzen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

### Mediales Schmerzsystem

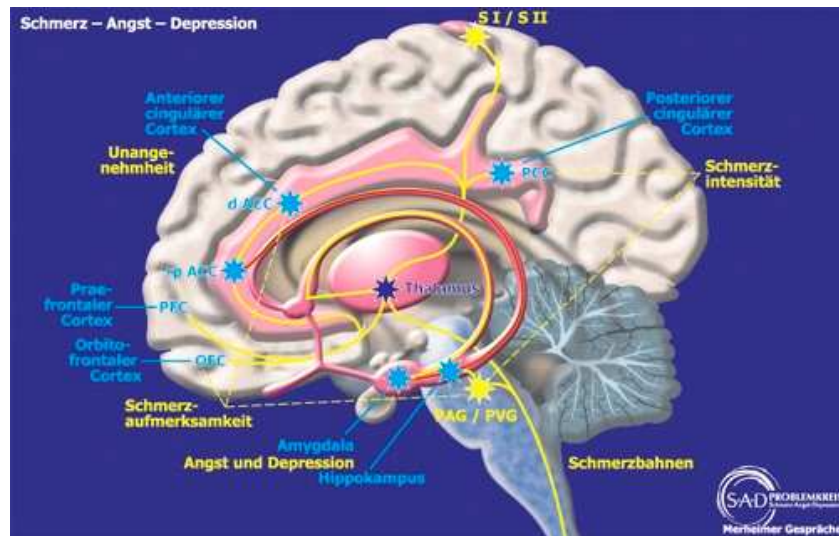
- affektiv-motivational
- Cortex präfrontalis
- Bewertung
- Amygdala/Hippocampus
- Emotionen/Stress
- Insula
- Schmerzintensität
- Alarmsystem
- Gyrus cingulum
- Schmerzerwartung,
- Schmerzaufmerksamkeit

### Laterales Schmerzsystem

- sensorisch-diskriminativ
- Somatosensorischer Cortex
- Thalamus
- Lokalisation
- Stimulusintensität



[www.schmerzklinik-aalen.de](http://www.schmerzklinik-aalen.de)



[www.problemkreis-sad.de](http://www.problemkreis-sad.de)

[www.fibrostress.de](http://www.fibrostress.de)

# Psychoedukation

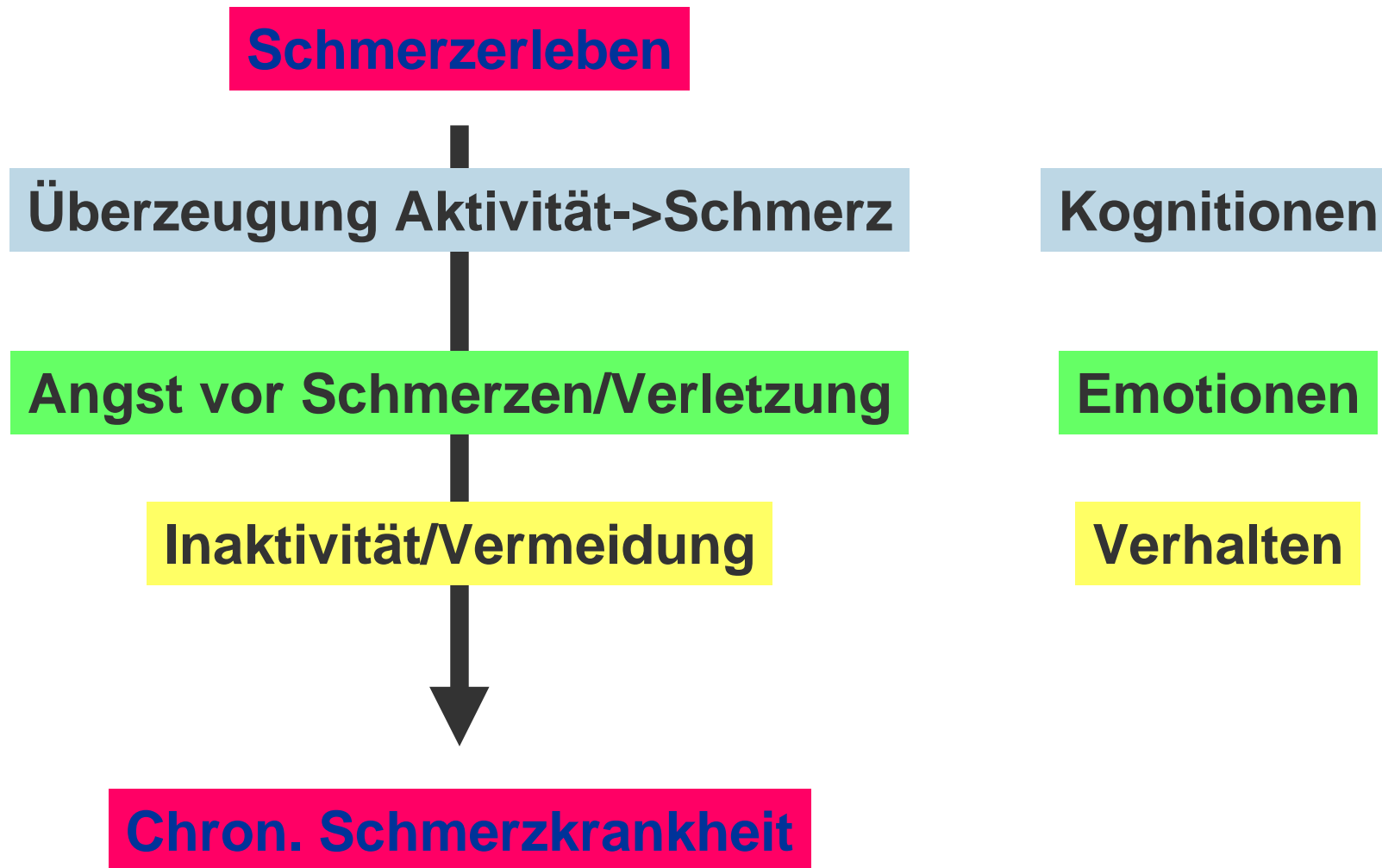


[www.auditorium-netzwerk.de](http://www.auditorium-netzwerk.de)

## 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

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

### Was mache ich in welcher Reihenfolge bei:

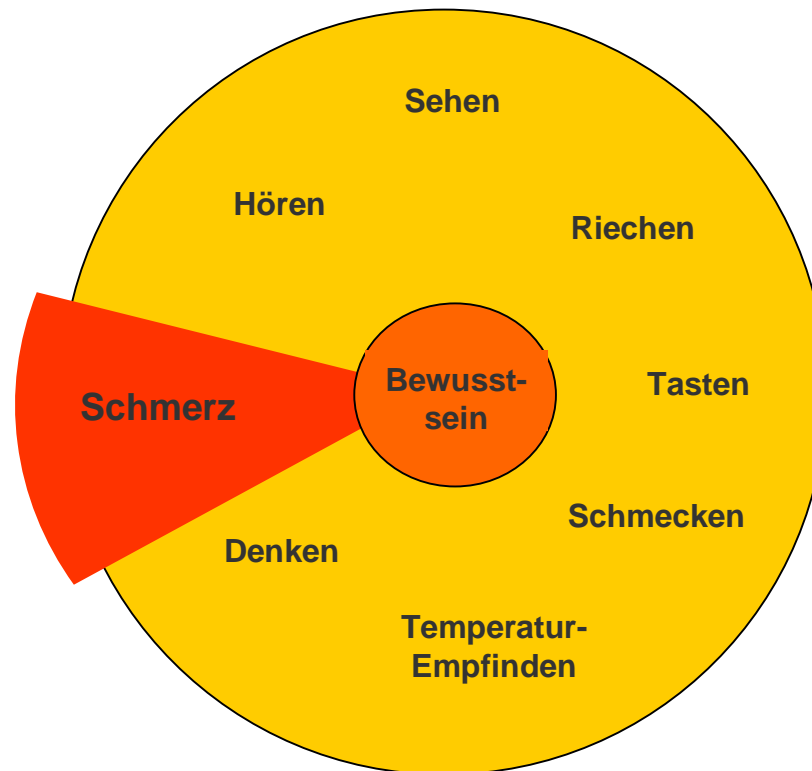
#### leichter Schmerz

#### starker Schmerz

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



# 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

# somatoformen 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) Duloxetine
- Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) Fluoxetine, Paroxetine, 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

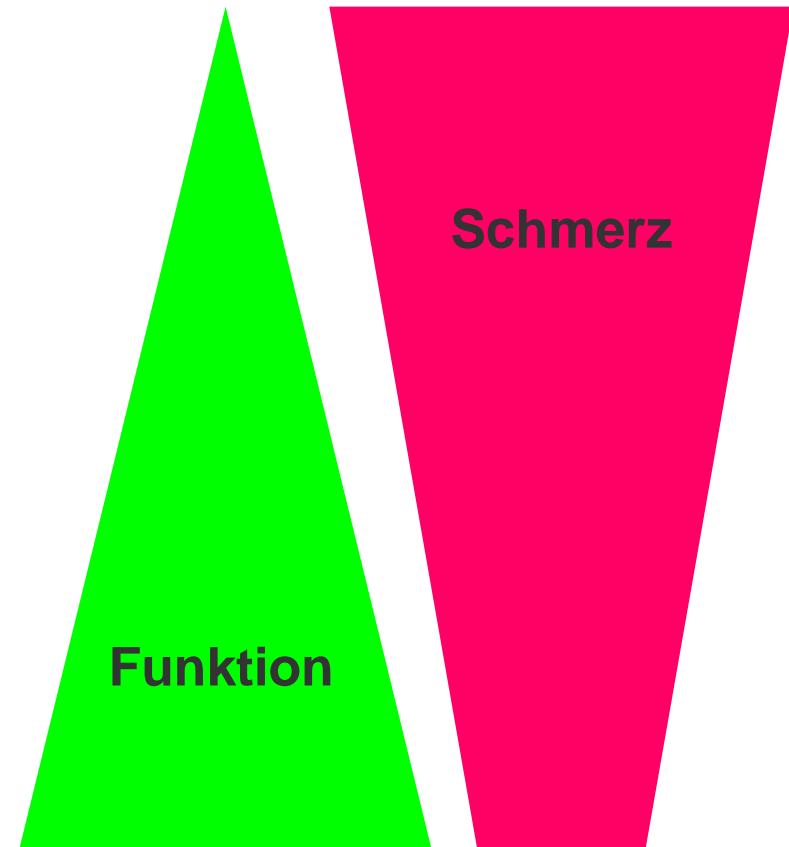
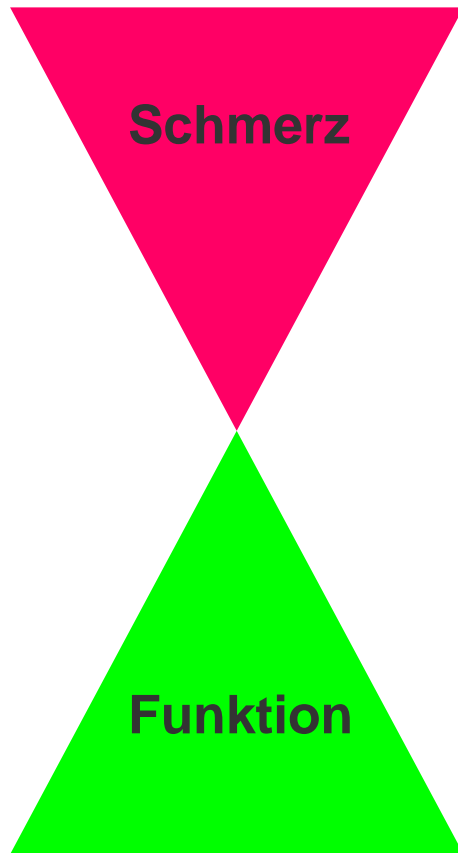
Einbeziehung von Bezugspersonen als reflektierende Außeninstanzen für Veränderungsprozesse

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***

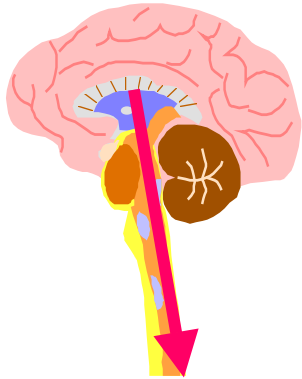
# NOTFALLKOFFER

- 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

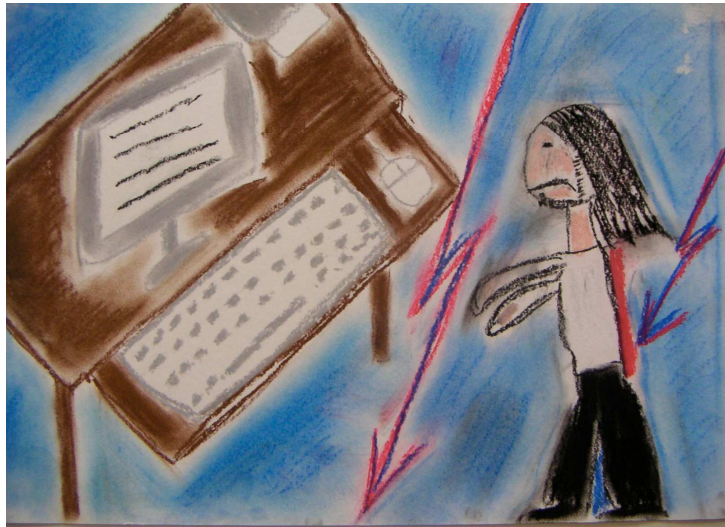
- Auch die Angehörigen leiden unter der chronischen Erkrankung.
- Auffallend ist die Unsicherheit und Hilflosigkeit der Partner im Umgang mit der Schmerzkrankung
- Auch die Ehepartner erwarten eine Behandlung nach dem Reiz-Reaktion-Schema und zeigen Unverständnis dafür, dass keine körperliche Behandlung 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](http://www.schmerzlinik-aalen.de)**