

Multimodale Diagnostik und Therapie psychotraumatisierter Schmerzpatienten in der Klinik



Ein Fallbeispiel

Dr. med. Martin von Wachter

Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapeutische Medizin

 Ostalb-Klinikum Aalen

Stuttgart Medizin 2009

45 jähriger Patient

- Posttraumatische Belastungsstörung nach multiplen Verletzungen infolge einer Gewalttat (ICD10 F43.1)
- Chronische Schulter- und Kopfschmerzen
- Intrusionen, Schlafstörungen, Alpträumen, Vermeidungsverhalten

Indikationskriterien für die stationäre Behandlung

- Akuität bzw. Krankheitsschwere, ausgeprägte Chronifizierungstendenz
- gehäufte und wiederkehrende Notfallbehandlungen
- high utilizer – Verhalten (auffällige Inanspruchnahme med. Leistungen)
- kausale somatische Behandlung nicht möglich, multiple Somatisierung
- Progredienz der Beschwerden trotz ambulanter Therapie
- krankheitsbestimmende psych. Komorbidität bei körperlicher Erkrankung
- Komplexität der somatischen und psychischen Krankheitsfaktoren
- anhaltende psychosoziale Konflikte, Entlastung aus einem destruktiven Umfeld

Phasenmodell einer stationären/tagesklinischen Behandlung

Initialphase

Bio-psycho-soziale Diagnostik
Beziehungsaufbau
äußere Sicherheit
Stabilisierung
Imaginationsübungen
gemeinsame Ziele klären,
Ressourceninterview,
Therapieplanung,
Psychoedukation

Kennen lernen
der verschiedenen Therapie-
Angebote und Therapeuten

Arbeitsphase

Multimodales Therapieangebot
mit verbalen und non-
verbalen Bausteinen

Verändertes Symptomverständnis
Schmerzaffektdifferenzierung

Traumabearbeitung

Einübung neuer
Bewältigungs- und Lösungs-
strategien

Einbeziehung von Familie
und/oder Partner

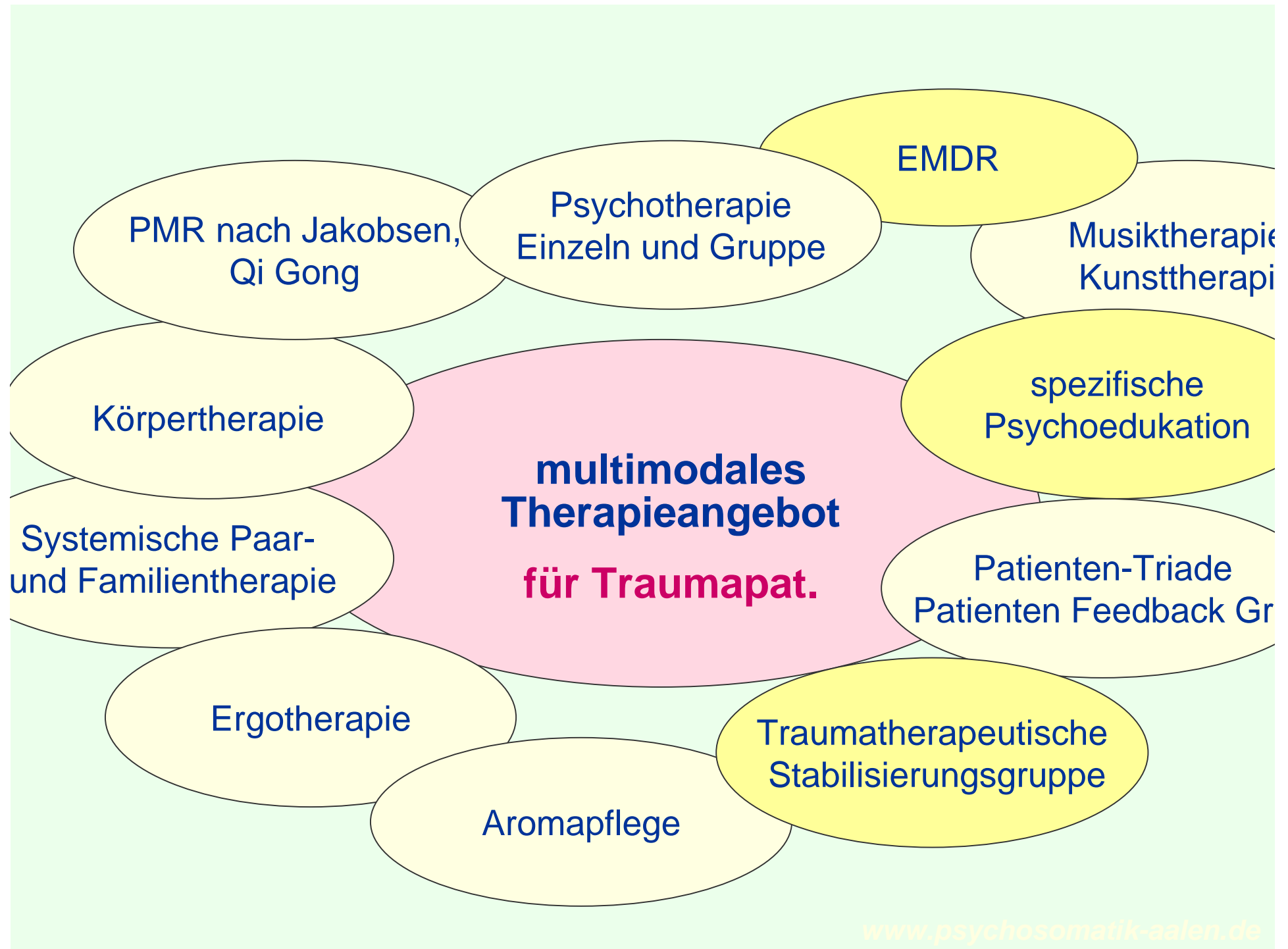
Transferphase

Integration der neuen
Erfahrungen in den Alltag
Hinorientierung auf das
Berufsleben

Rückfallprophylaxe
Kontaktaufnahme mit
ambulanten Therapeuten,
Organisation der Nachsorge

Aktives Abschiednehmen:
Was nehme ich mit,
Was lasse ich hier zurück?



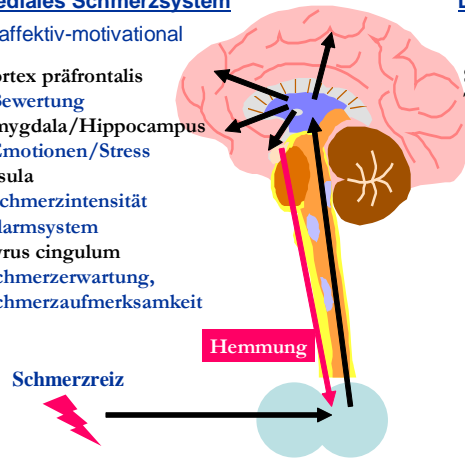


Mediales Schmerzsystem

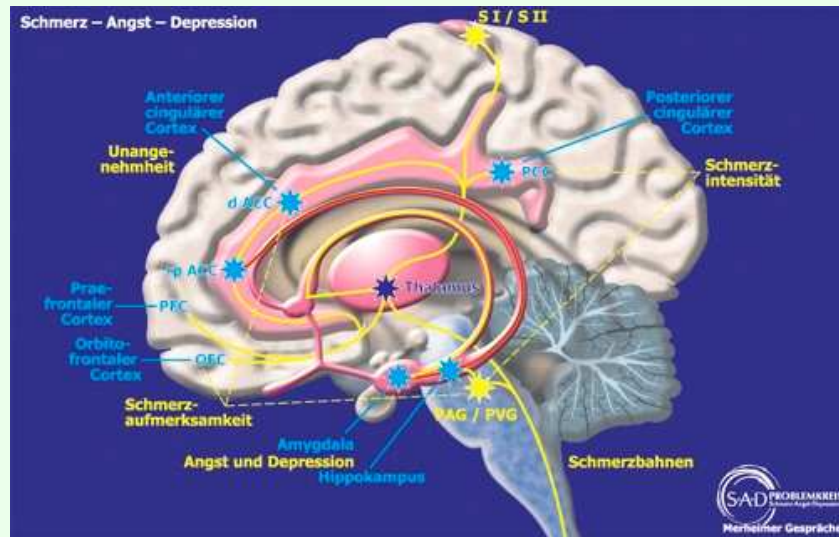
- affektiv-motivational
- Cortex präfrontalis
- Bewertung
- Amygdala/Hippocampus
- Emotionen/Stress
- Insula
- Schmerzintensität
- Alarmsystem
- Gyrus cingulum
- Schmerzervartung,
- Schmerzaufmerksamkeit

Laterales Schmerzsystem

- sensorisch-diskriminativ
- Somatosensorischer Cortex
- Thalamus
- Lokalisation
- Stimmulusintensität

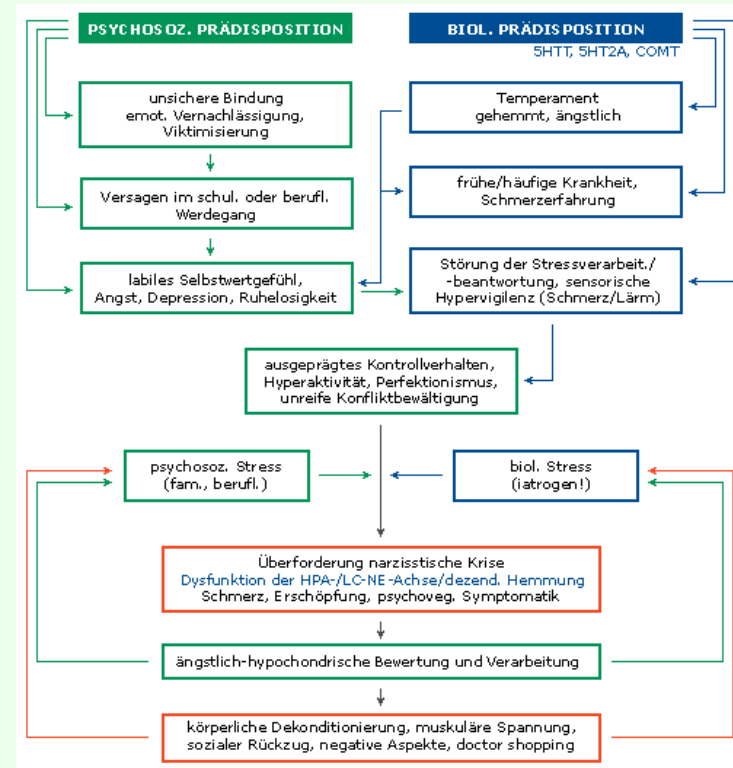


www.schmerzklinik-aalen.de



www.problemkreis-sad.de

Psychoedukation



www.fibrostress.de

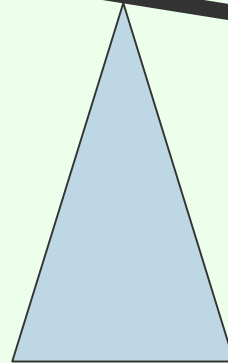


Ressourcenaktivierung

Ressourcen



Trauma



Phasenmodell einer stationären/tagesklinischen Behandlung

Initialphase

Bio-psycho-soziale Diagnostik
Beziehungsaufbau
äußere Sicherheit
Stabilisierung
Imaginationsübungen
gemeinsame Ziele klären,
Ressourceninterview,
Therapieplanung,
Psychoedukation

Kennen lernen
der verschiedenen Therapie-
Angebote und Therapeuten

Arbeitsphase

Multimodales Therapieangebot
mit verbalen und non-
verbalen Bausteinen

Verändertes Symptomverständnis
Schmerzaffektdifferenzierung

Traumabearbeitung

Einübung neuer
Bewältigungs- und Lösungs-
strategien

Einbeziehung von Familie
und/oder Partner

Transferphase

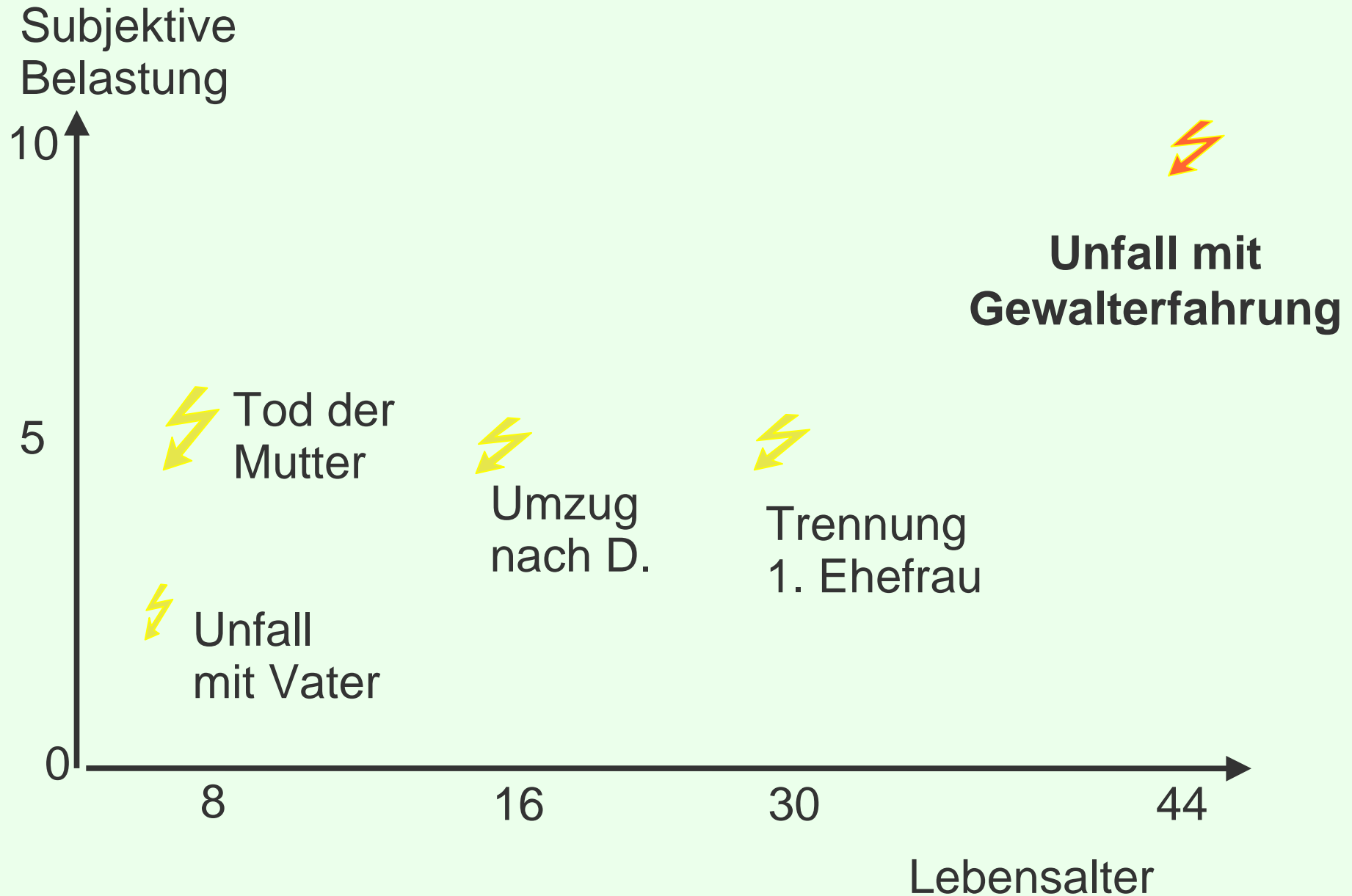
Integration der neuen
Erfahrungen in den Alltag
Hinorientierung auf das
Berufsleben

Rückfallprophylaxe
Kontaktaufnahme mit
ambulanten Therapeuten,
Organisation der Nachsorge

Aktives Abschiednehmen:
Was nehme ich mit,
Was lasse ich hier zurück?



Trauma-Landkarte



spezielle Behandlungstechniken

Imaginative Stabilisierungstechniken

(innerer sicherer Ort, innere Helfer: Gegenbilder zu den Schreckensbildern)

Achtsamkeitsübungen (Beruhigung und Anregung zur Selbstberuhigung)

Distanzierungstechniken (Tresorübung, innere Beobachter, Bildschirmtechnik etc.)

Körpertherapie (z.B. Qigong als Kombination von Imagination, Entspannung und Körperwahrnehmung in der Bewegung)

EMDR (Zusammenfügen traumatischer Erinnerungsfragmente (Bilder, Töne, Gefühle), sodass das Erlebte nicht mehr als gegenwärtig und losgelöst, sondern als Vergangenheit erinnert wird)

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

Phasenmodell einer stationären/tagesklinischen Behandlung

Initialphase

Bio-psycho-soziale Diagnostik
Beziehungsaufbau
äußere Sicherheit
Stabilisierung
Imaginationsübungen
gemeinsame Ziele klären,
Ressourceninterview,
Therapieplanung,
Psychoedukation

Kennen lernen
der verschiedenen Therapie-
Angebote und Therapeuten

Arbeitsphase

Multimodales Therapieangebot
mit verbalen und non-
verbalen Bausteinen

Verändertes Symptomverständnis
Schmerzaffektdifferenzierung

Traumabearbeitung

Einübung neuer
Bewältigungs- und Lösungs-
strategien

Einbeziehung von Familie
und/oder Partner

Transferphase

Integration der neuen
Erfahrungen in den Alltag
Hinorientierung auf das
Berufsleben

Rückfallprophylaxe
Kontaktaufnahme mit
ambulanten Therapeuten,
Organisation der Nachsorge

Aktives Abschiednehmen:
Was nehme ich mit,
Was lasse ich hier zurück?



Indikationskriterien für die teilstationäre Behandlung

- Krankheitsschwere weniger ausgeprägt
- stat. Behandlung wg. Regressionsgefahr kontraindiziert (cave: Flucht in die Klinik)
- bestehender Nähe-Distanz-Konflikt, der stationär (zunächst?) nicht aushaltbar ist und zu einer Überforderung führen würde
- Kontakt zum sozialen Umfeld ist eine wichtige Ressource, die therapeutisch genutzt werden kann
- die Kombination aus Therapie und Exposition im Alltagsleben stellt eine günstige Übergangssituation für die Wiedereingliederung dar

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

Der Schmerz kann als einschneidendes, nicht mehr kontrollierbares Lebensereignis im Sinne einer traumatischen Erfahrung wahrgenommen werden und so zum Gegenstand der traumatischen Wiedererinnerung werden.

Brousse et al. 2003

Fazit

- Äussere Sicherheit (Station, Behandlung) als Voraussetzung sich öffnen und emotional einlassen zu können
- Intensität und Themen müssen dem Verlauf individuell angepasst werden
- Das Trauma musste im biographischem Zusammenhang gesehen werden
- Rekonfrontation mit dem auslösenden Trauma mit dem Ziel der Durcharbeitung und Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Weitere Informationen und Materialien
finden Sie auf unserer homepage unter

www.psychosomatik-aalen.de