



SCHWARZWALD-BAAR
KLINIKUM

„gesund & vital“ am Sonntag, den 24. Oktober 2021

**Multimodale integrative stationäre Psychotherapie
bei Menschen mit chronischer Schmerzstörung**

Dr. med. Armando Díaz Méndez
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Kooperation mit dem Regionalen Schmerzzentrum Villingen-Schwenningen
am Schwarzwald-Baar Klinikum

AKADEMISCHES
LEHRKRANKENHAUS DER
UNIVERSITÄT FREIBURG

Ersteller, Datum
Abteilung, Position

- **Das Symptom Schmerz**
- **Unterschied akuter – chronischer Schmerz**
- **Biopsychosoziales Modell**
- **Vom Symptom zur Diagnose**
- **Diagnostik und Therapie: ein gestufter „theragnostischer Prozess“**
- **Multimodale interdisziplinäre Therapie – ambulant und (teil-)stationär**
- **Zusammenfassung**

Das Symptom Schmerz

- > Schmerz unterliegt einer großen individuellen Bandbreite und ist nicht immer proportional zur zugrunde liegenden Gewebe- bzw. Organschädigung [1 u. 2].
- > Die International Association for the Study of Pain (IASP) definiert Schmerz als ein **unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis**, das mit einer tatsächlichen oder drohenden Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird [3].

Das Symptom Schmerz

> Neu aufgetretener **akuter Schmerz** (z. B. bei einem Bandscheibenvorfall) hat hauptsächlich eine Warn- und Leitfunktion

(Stopp! Da stimmt etwas nicht! Suche Schutz und Hilfe!).

> Diese Warnfunktion beeinflusst nicht nur das eigene Denken und Handeln, sondern ist auch ein Signal an die Umgebung; dabei werden meist akute Gefahr, Hilfs- oder Schonungsbedürftigkeit suggeriert.

> Für Ärzte hat Schmerz vor allem Aufforderungscharakter:

Was ist die Ursache? Was ist zu tun?

Akuter – chronischer Schmerz

akut	chronisch
körperliche Ursache (Verletzung, Entzündung)	kausale Zuordnung zu pathologischem Prozess nicht (mehr) möglich
Klare Beziehung von Reiz und Schmerzstärke	starke Modulation durch psychische Faktoren
Lokalisation neuroanatomisch bestimmt zeitlich begrenzt	eigenes Krankheitsbild (Schmerzerkrankung)
kausal therapierbar	Verlust der biologischen Funktion
Warn- und Rehabilitationsfunktion (Schonung)	
Hohe Akzeptanz durch Mitmenschen	Geringe Akzeptanz durch Mitmenschen

Akuter Schmerz ist eine Erfahrung, die beinahe jeder Mensch häufig macht. Er dauert Sekunden bis Wochen, ist meist an erkennbare Auslöser gebunden und besitzt dadurch eine bedeutende Warn- und Schutzfunktion für den Organismus.

Chronische Schmerzen dagegen haben keine Warn- und Schutzfunktion mehr, können intermittierend (z. B. Migräne) oder dauerhaft auftreten, ihre Auslöser sind unbekannt und vielschichtig oder bekannt, aber nicht therapierbar.

Während das Behandlungsziel bei akuten Schmerz also Schmerzfreiheit mithilfe von Schonung, Behandlung der Schmerzursache und/oder zeitbegrenzter analgetischer Behandlung ist, sind Behandlungsziele **bei chronischen Schmerzen** der bessere Umgang mit Schmerzen, die Minderung der schmerzbedingten Beeinträchtigung und der Schmerzen selbst durch den Abbau schmerzunterstützender Faktoren [4].



Was charakterisiert eine Chronifizierung?

Risikofaktoren der Chronifizierung von Rückenschmerzen nach Kohlmann u. Schmidt

Effekt Odds Ratio	Klinische Faktoren	Lebensstil/Umfeld	Arbeitsplatz	Psychosoziale Faktoren
Gering <1,5	Übergewicht, Weiblich	Rauchen, Inaktivität		
Mäßig <2,0	Schlechte subjektive Gesundheit	Niedrige Schicht und/oder Bildung Niedriges Einkommen	Unzufriedenheit, Stress schwere körperliche Arbeit (empfundene)	Katastrophisieren Fear avoidance Somatisierung Depression
Mittel >2,5	Frühere Schmerzen			
Hoch bis 5	Frühere Rückenschmerzen			Glaubt nicht an den (4,2) Arbeitsplatz zurückzukehren

Bergström, Bodin, Bertilsson, Jensen, Occup Environ Med, 64, 2007

Risikofaktoren von Postoperativen Schmerzen

Schmerzkatastrophisierung

Gedanken

Ich muss die ganze Zeit an die Schmerzen denken

Sorgen

Die Schmerzen werden stark und unerträglich sein

Hilflosigkeit
Resignation

Es gibt nichts was man gegen die Schmerzen tun kann

Risikofaktoren von Postoperativen Schmerzen

Wer wird stärkere Schmerzen haben?

Chronische
Schmerzen

Risikosteigerung von 3,03 Odd's Ratio

Praeoperative
Schmerzerwartung

Risikosteigerung von 2,88 Odd's Ratio

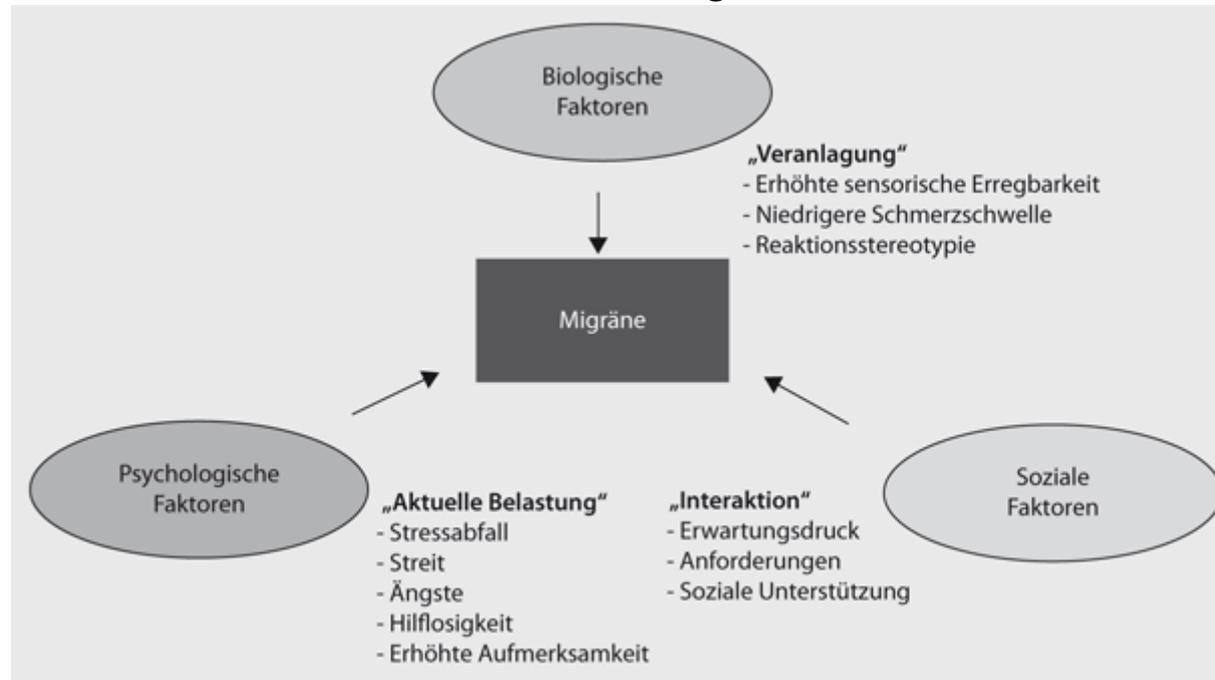
Das „biopsychosoziale“ Modell bietet mehrere Zugänge zu psychischen Prozessen und deren Veränderung an

Die Psychosomatik integriert somatische Vorgänge mit psychischen und sozialen Prozessen.

Aus dieser Integration konstituiert sich das „biopsychosoziale“ Modell, das den großen Vorteil hat, mehrere Zugänge zu psychischen Prozessen und deren Veränderung anzubieten.

So lassen sich beim primären Kopfschmerz neben medikamentösen (d. h. biologischen/somatischen) Behandlungsverfahren auch psychotherapeutische Strategien und Modifikationen im sozialen Umfeld des Patienten anwenden, um die Grunderkrankung positiv beeinflussen zu können [5]

Das „biopsychosoziale“ Modell bietet mehrere Zugänge zu psychischen Prozessen und deren Veränderung an



Biopsychosoziales Modell“ am Beispiel der Migräneerkrankung

- **Vom Symptom zur Diagnose**

Vom Symptom zur Diagnose

In der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD-10) werden chronische funktionelle Schmerzen meist als anhaltende Schmerzstörung (F45.4) klassifiziert.

Die deutschsprachige ICD-10-Version differenziert seit 2009 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41).

Die Einführung der F45.41 erlaubte (endlich) eine Abbildung der in der Praxis so häufigen gemischten biopsychosozialen Schmerzätiologie, erleichterte die Kommunikation mit den Patienten („sowohl [psychisch] als auch [körperlich]“) und eine ausgewogene Behandlung.

Chronischer Schmerz: Was die neue ICD-11-Klassifikation verspricht

Der neue ICD-11 wurde 2019 verabschiedet und dürfte **2022** in Deutschland in Kraft treten.

Die neue Klassifikation ermöglicht bei Patienten mit chronischen Schmerzen eine bessere Charakterisierung ihrer Erkrankung und damit möglicherweise auch einen **besseren Zugang zur multimodalen Therapie.**

- **Vom Symptom zur Diagnose**

Chronischer Schmerz: Was die neue ICD-11-Klassifikation verspricht

ICD-11-Code	Beschreibung (vorläufige deutsche Übersetzung)
MG30	Chronische Schmerzen: Schmerzen, die länger als drei Monate andauern oder wiederkehren
MG30.0	Chronische primäre Schmerzen
MG30.1	Chronische krebsassoziierte Schmerzen
MG30.2	Chronische postoperative oder posttraumatische Schmerzen
MG30.3	Chronische sekundäre muskuloskelettale Schmerzen
MG30.4	Chronische sekundäre viszerale Schmerzen
MG30.5	Chronische neuropathische Schmerzen
MG30.6	Chronische sekundäre Kopfschmerzen oder orofaziale Schmerzen

- **Vom Symptom zur Diagnose**

Chronischer Schmerz: Was die neue ICD-11-Klassifikation verspricht

Der chronische Schmerz

wird nun einheitlich über das Kriterium einer **mindestens dreimonatigen Dauer (anhaltend oder wiederkehrend) charakterisiert.**

Dabei sollte der chronische Schmerz das einzige oder das prädominante klinische Problem sein.

Er erfordert immer eine spezifische diagnostische Evaluation, Therapie und Rehabilitation.

Auf oberster Ebene wird der chronische Schmerz durch Zusatzcodes näher spezifiziert hinsichtlich:

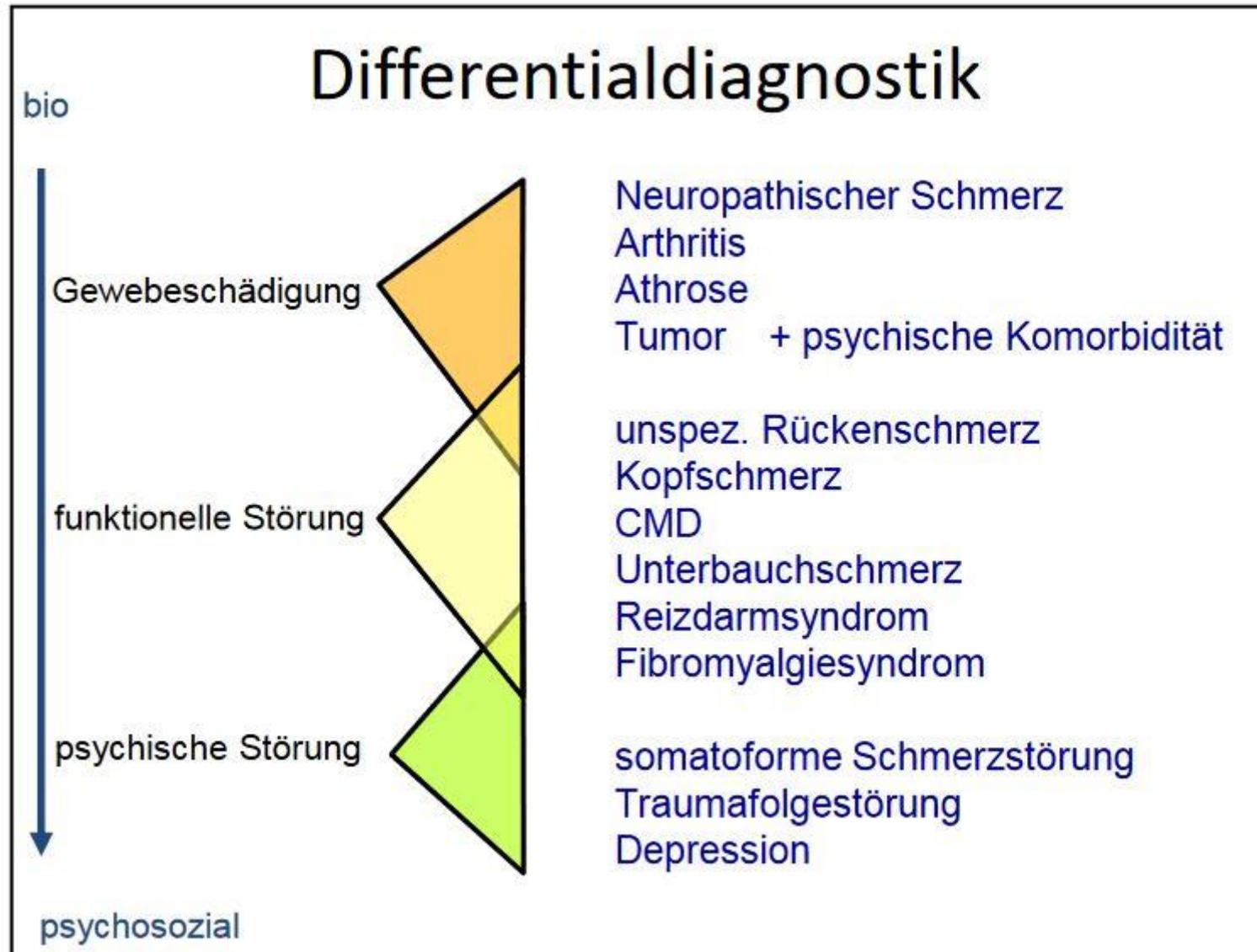
Intensität, schmerzbezogene Interferenz und emotionale Belastung nach einer 11 Punkte umfassenden numerischen Bewertungsskala

Zeitlichem Verlauf (andauernd-flukturierend, Schmerzattacken mit schmerzfreien Intervallen, andauernde Schmerzen zusätzlich mit Schmerzattacken)

Psychosozialen Faktoren (kognitiv, behavioral, emotional oder sozial), soweit eine konkrete Evidenz z.B. aus Fragebögen dafür vorliegt..

- Vom Symptom zur Diagnose

Kappis / v. Wachter 19.10.2018

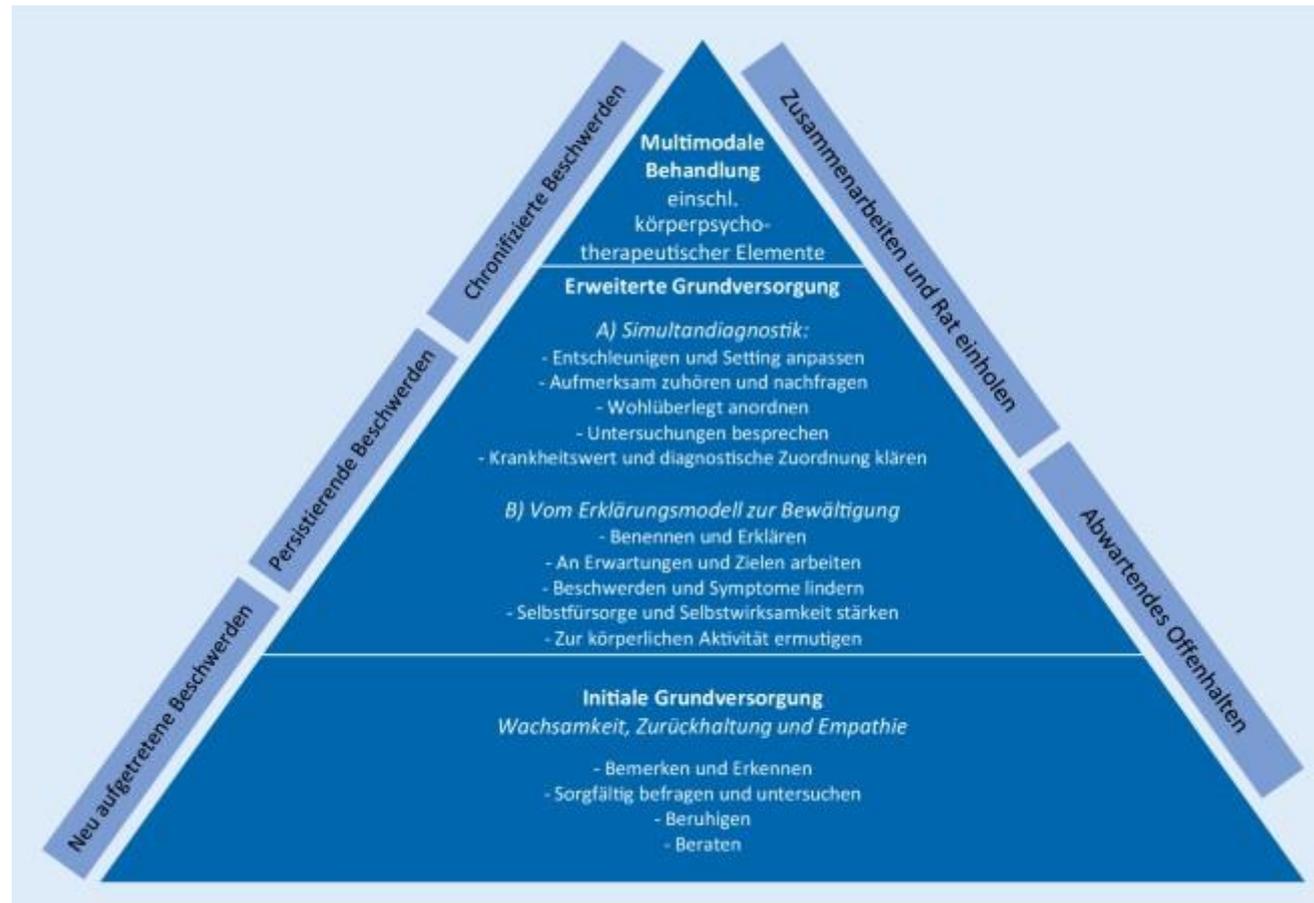


- **Diagnostik und Therapie: ein gestufter „theragnostischer Prozess“**

Die S3-Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“ empfiehlt ein schweregradgestuftes Vorgehen, bei dem Diagnostik und Therapie ineinandergreifen und aufeinander aufbauen ([6]

1. initiale Grundversorgung,
2. erweiterte Grundversorgung,
3. multimodale Therapie und Rehabilitation.

- Diagnostik und Therapie: ein gestufter „theragnostischer Prozess“



Multimodale integrative stationäre Psychotherapie der chronischen Schmerzstörung

Kappis / v. Wachter 19.10.2018



Das Herzstück des integrativen Konzeptes Die Teamzusammenarbeit / -besprechungen

- puzzleartiges Zusammenführen des erlebten Eindrucks von PatientenInnen und von PatientenInnengruppen
- Bereitschaft des Teams zur Wahrnehmung von unterbewussten / vorbewussten PatientenInnen-Gruppenprozessen (und umgekehrt!)
- zum besseren Verstehen Probeidentifikation (bzw. spontane Eigen- / Gegenpositionen) von Teammitgliedern mit anschließender Analyse und Bearbeitung

Die blinden Flecken des Teams erfordern eine externe Supervision!

Voraussetzungen für ein kompetent-integrativ arbeitendes Team

- Aufrechterhaltung der Kontinuität:
 - regelmäßige Besprechung mit Präsenzpflcht
 - Authentizität und Subjektivität:
 - offener Austausch
 - Arbeit an der Gegenübertragung-Reaktionen
 - Diskretionsregel nur nach außen
 - Therapeutische Identität:
 - Gleichwertigkeit jedes therapeutisch-stationären Beziehungsfeldes; das setzt voraus:
 - Schutz jedes therapeutischen Beziehungsfeldes
 - „Holding-function“:
 - Arbeit an der Erhaltung des Rahmens für den therapeutischen Prozess
 - regelmäßige Diskussion über Settingfragen („Konzeptbesprechung“, „Prozessgestaltung“)
- positive Identifikation mit den integrativen Rahmenbedingungen -----

Multimodale integrative stationäre Psychotherapie der chronischen Schmerzstörung

- Einzel- und Gruppensetting
 - > Psychodynamische Psychotherapie
 - > Gestaltungstherapie
 - > Körpertherapie
- Störungsspezifische kognitiv-behaviorale Behandlungen im Einzel- und Gruppen-Verhaltenstherapie (Schmerzanspannungsprotokoll, Bewegungsprogramm, Angstexpositionstraining, Skills-Training, Ess-Tagebuch, Kochgruppe, usw.)
- systemischer Ansatz mit Durchführung von Familien- und Paargespräche
- Aktive Entspannungsmaßnahmen
 - > Genusstraining, sowie Achtsamkeitsgruppe
 - > Training der Progressiven Muskel-Relaxation
 - > Physikalische Anwendungen/Krankengymnastik
 - > Aromaöle, Schröpfen/Rotlicht
- Sozialdienstbegleitung

Idealtypischer Behandlungsverlauf unter zeitlichen und inhaltlichem Aspekt

- **Prästationäres Vorgespräch**
- ✓ perspektivische Behandlungsdauer 6-8 Wochen (+/-2 Wochen)

Zeitliche Gliederung der Behandlung

- **1. – 2. Woche – Eingewöhnungsphase des Pat. auf der Station**
- ✓ Vorstellung des Pat. am ersten Tag im Team mit Bezugstherapeutenzuteilung
- ✓ Entwickeln einer therapeutischen Arbeitsbeziehung / Bindung
- ✓ Einholen aller wichtigen Arztbriefe der letzten Jahre
- ✓ multimodale Diagnostik incl. Beachtung von Übertragung-Agieren / Inszenierungen und schließlich Fokusformulierung am Ende der 2. Woche
- ✓ Festlegen des Behandlungssettings mit den PatientenInnen (Modifizierungen beachten)
- ✓ Heranführen des Pat. an die verschiedenen Behandlungsangebote

1. Wochenende keine Beurlaubung / 2. Wochenende Tagesbeurlaubung möglich

3. – 6. Woche – fokusorientierte Arbeitsphase

dazu gehört:

- ✓ Fokusprüfung in Teambesprechung 3.-4. Woche
- ✓ diagnostisches Paar-/Familiengespräch 4.-5. Woche

ab 3. Wochenende häusliche Belastungserprobung möglich

7. und 8. Woche – Entlassungsphase

wenn notwendig mit häuslichen Belastungserprobungen „modifiziertes“ Behandlungssetting

dazu gehören:

- ✓ Festlegens des Entlass-Termins;
- ✓ Ankündigung des Entlass-Termins durch den PatientenInnen in der Gruppentherapiesitzung und Stationsversammlung
- ✓ am letzten Tag keine therapeutische Gruppe;
- ✓ Einzeltherapiesitzung beim Bezugstherapeuten ist die letzte therapeutische Intervention im engeren Sinne

Protektive (schützende) Faktoren

- Unterstützung durch den Partner
- In der Kindheit eine verlässliche Bezugsperson
- Suche nach sozialer Unterstützung (Hilfesucheverhalten)
- Ressourcen und Stärken vor Beginn der Schmerzerkrankung
- Akzeptanz der Erkrankung / Lösungsorientierung
- Vorherige konstruktive Krisenbewältigung
- Tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung

Leitthemen der Therapie

- Aufbau eines psychosomatischen Krankheitsverständnis
- Umgang mit negativem und positivem Stress
- Reduktion des Vermeidungsverhaltens als Folge der anhaltenden Angst
- Bearbeitung der Biographie mit der Auswirkung auf die aktuelle Beziehungsgestaltung
- Auseinandersetzung mit Konfliktbewältigung
- Belastungen am Arbeitsplatz / Aufbau von Zufriedenheit
- Entspannungsverfahren
- Körperliche Aktivierung

Besonderheiten stationärer psychosomatischen Behandlung

- Holding sowie Alltagstruktur > Erleben von Schutz und Sicherheit
- Auseinandersetzen mit den (evtl. unbewussten) psychosozialen Belastungsfaktoren
- Distanz und Entlastung (kränkender Arbeitsplatzkonflikt, schwierige Partnersituation)
- Einsicht zur adäquaten Veränderung gewinnen, somit Erkennen der eigenen Anteile
- Selbsterfahrung in einer geschützten Umgebung
- Forderung annehmen und Förderung dieses Prozesses erfahren,
- Entwicklungsschritte nachholen, ein beziehungsförderndes Umfeld
- In der Gemeinschaft: Lernen an Mitpatienten
- Tägliche Abstimmung zwischen allen an der Therapie beteiligten Mitarbeitern mit Verknüpfung der korrigierenden Beziehungserfahrung

Fazit für die Praxis

Akuter Schmerz ist eine Erfahrung, die beinahe jeder Mensch häufig macht. Er dauert Sekunden bis Wochen, ist meist an erkennbare Auslöser gebunden und besitzt dadurch eine bedeutende Warn- und Schutzfunktion für den Organismus.

Die Zunahme der Auftretenshäufigkeit und Intensität von Schmerzen über die Zeit hinweg wird als **Chronifizierung** bezeichnet.

Das **Chronifizierungsrisiko von Schmerzen** und anderen Beschwerden hängt wesentlich von den Erfahrungen, Erwartungen und Verhaltensweisen des Patienten, aber auch des Arztes ab.

Die Psychosomatik integriert somatische Vorgänge mit psychischen und sozialen Prozessen. Aus dieser Integration konstituiert sich das „**biopsychosoziale**“ **Modell**, das den großen Vorteil hat, mehrere Zugänge zu psychischen Prozessen und deren Veränderung anzubieten.

- > Neue Diagnosekonzepte relativieren daher organische Befunde und betonen **psychosoziale Belastungsfaktoren**.
- > Die Behandlung persistierender funktioneller Beschwerden erfolgt **individuell** und schwergradgestuft, bei schwereren Verläufen **interdisziplinär**.
- > **Die Diagnostik stellt den Beginn der Therapie dar**. Sie sollte sorgfältig, aber zurückhaltend erfolgen und den Beschwerdekontext klären, an dem oft therapeutisch angesetzt werden kann.
- > Die Therapie fördert die **Psychoedukation und die Selbstwirksamkeit**. Zusammenarbeit zur Erarbeitung aktiver Lösungsstrategien ist zielführend.
- > Je nach Akuität, Schwere und Komplexität der Erkrankung wird sowohl eine **ambulante Begleitung** als auch eine intensivere (teil-) **stationäre Psychotherapie** empfohlen
- > Multimodale integrative psychotherapeutische Interventionen sind nachweisbar wirksam.

Literatur

- Chronische Schmerzsyndrome und andere persistierende funktionelle Körperbeschwerden

Zeitschrift: [Der Nervenarzt](#) > [Ausgabe 7/2020](#)

MHBA Dr. Casper Roenneberg, Peter Henningsen, Constanze Hausteiner-Wiehle

1. DiLerniaD, SerinoS, CipressoP, RivaG (2016) Ghosts in the machine. Interoceptive modeling for chronic pain treatment. *Front Neurosci* 10:314
2. Wiech K (2016) Deconstructing the sensation of pain: the influence of cognitive processes on pain perception. *Science* 354:584–587
3. International Association for the Study of Pain (2018) IASP terminology. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>.

- Entstehung und Aufrechterhaltung von chronischen Schmerzen

Zeitschrift: [Psychotherapeut](#) > [Ausgabe 5/2013](#)

Dr. Judith Kappesser, Prof. Dr. Christiane Hermann

4. Kröner-Herwig B (2011) Schmerz als biopsychosoziales Phänomen – eine Einführung. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hrsg) *Schmerzpsychotherapie*, 7. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 3–14

Literatur

- **Psychosomatik der Kopfschmerzen**

Zeitschrift: [Psychotherapeut](#) > [Ausgabe 1/2014](#)

Dipl.-Psych. Prof. Dr. Peter Kropp, Thomas Dresler, Uwe Niederberge
5. Bischoff C, Traue HC (2004) Kopfschmerzen. Hogrefe, Göttingen

- **Chronischer Schmerz: Was die neue ICD-11-Klassifikation verspricht**

16.11.2020 | DGN-Kongress 2020 | Nachrichten

- **Chronische Schmerzen. Selbsthilfe- und Therapiebegleitung.**

Dr. Martin von Wachter. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

- **Psychosomatische Schmerztherapie**

Grundlagen, Diagnostik, Therapie und Begutachtung 3. aktualisierte Auflage 2020
Ulrich T. Egle / Burkhard Zentgraf

- **Psychosomatik in der Schmerztherapie**

Reihe Komplexen Krisen und Störungen Klett-Cotta 2018
Jonas Tesarz

SCHWARZWALD-BAAR KLINIKUM

Danke für Ihr Zuhören.



© 2021



Mitglied im QuMiK-Verbund
Das starke Netzwerk kommunaler Kliniken