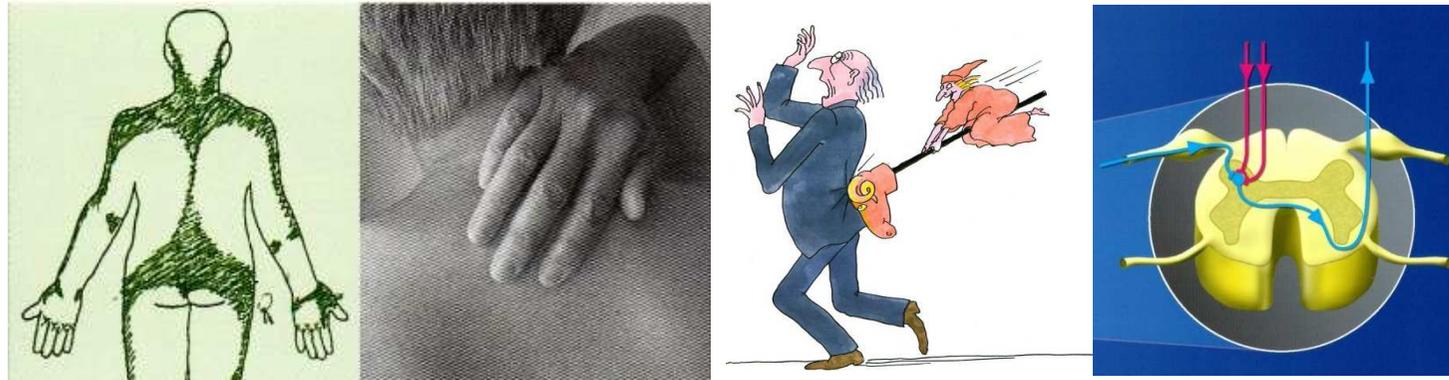


Weiterbildung KPK Liestal  
17.4.2013 11.00 - 12.15



# Schmerz und Psyche: Funktionelle Schmerzsyndrome

Folien abrufbar unter: <https://adam.unibas.ch> -> [Workspaces](#) » [Medizinische Fakultät](#) » [Chronischer Schmerz-Psychosomatik](#)

Prof. Dr. Peter Keel

Chefarzt Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Bethesda-Spital, Basel

[peter.keel@bethesda.ch](mailto:peter.keel@bethesda.ch)

# Viele Namen: Funktionell, unspezifisch, somatoform

## Vorurteile / Fakten:

- eingebildet, nicht echt, Simulation
- Zeichen von Schwäche, Versagen
- Ursache nicht nachweisbar, (meist) nicht heilbar

## Synonyme (gleichbedeutend, Decknamen):

- funktionell (z.B. Erbrechen)
- essentiell, idiopathisch (z.B. Hypertonie)
- unspezifisch (z.B. Rückenschmerz)
- psychogen (z.B. Spannungskopfschmerz)

## Definition:

- „Körperliche“ Symptome ohne ausreichende organische Ursache, kaum fassbare Veränderungen  
→ *fließender Übergang*
- Zusammenhang mit emotionalen Konflikten:  
Psychische Dauerspannung führt über vegetative und hormonelle Zwischenglieder zu funktionellen Organstörungen



## Somatoforme Störungen ICD-10

Kriterium: funktionelle Störungen, krankhafte Überzeugung,  
keine Läsion

---

- Somatisierungsstörung (F45.0)
- undifferenzierte Störung (F45.1)\*
- Hypochondrische Störung (F45.2)\*
- somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)\*
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

*\*Definitionen im Anhang*

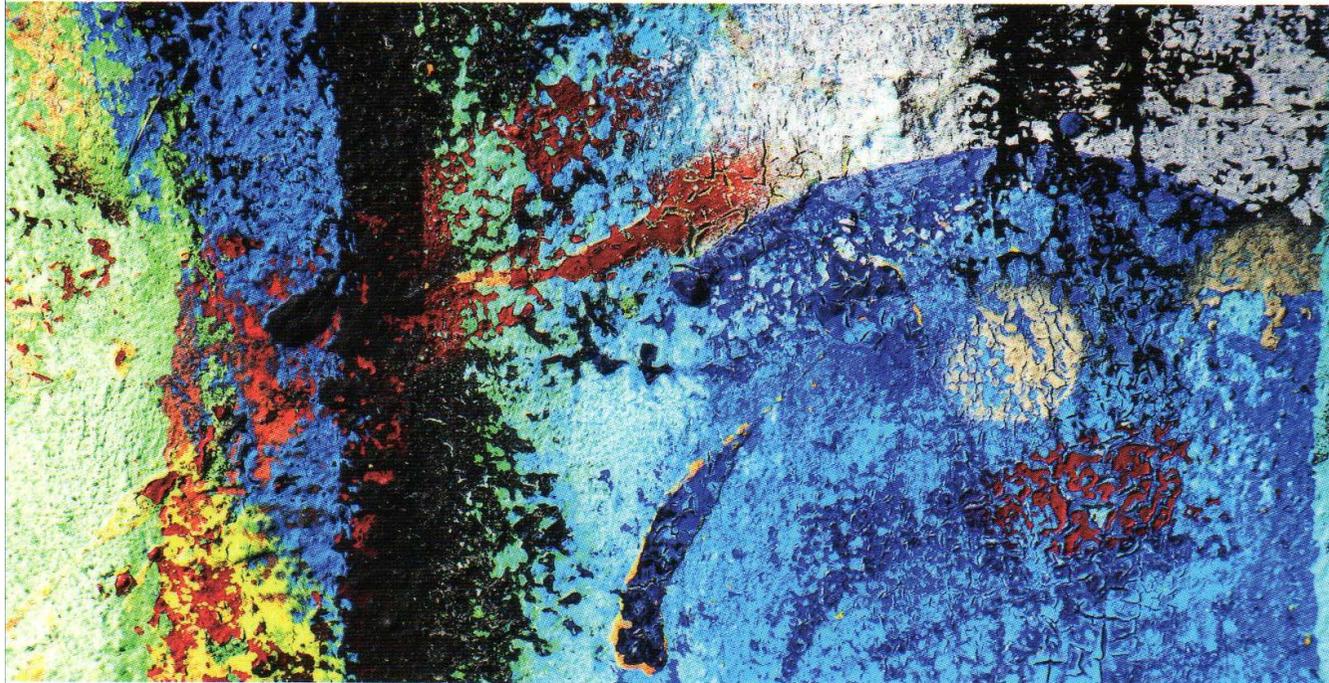
# Abgrenzung, verwandte Störungen

---

- **Angststörung:** Angst dominant, vegetative Zeichen
- **Posttraumatische Belastungsstörung:** Angst, Alpträume, Vermeidungsverhalten, Flashbacks als Folge von Unfällen, Folter, sexuellem Missbrauch → oft übersehen, da verleugnet
- **Dissoziative Störung:** meist (pseudoneurologischer) Funktionsverlust, „bewusstseinsnaher Konflikt“, auch pos. Symptome wie Stimmenhören, Missempfindungen möglich
- **Depression:** Leitsymptome, hypochondrische Ängste; ev. Folge des Leidens
- **Neurasthenie, „Chronic Fatigue Syndrom“:** dominante Müdigkeit, Nähe zu Depression und Fibromyalgie
- **Psychologische oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten** (F 54; „Psychosomatische Krankheiten“)

ONNO VAN DER HART  
ELLERT R.S. NIJENHUIS & KATHY STEELE

# Das verfolgte Selbst



Strukturelle Dissoziation und die  
Behandlung chronischer Traumatisierung

# Traumabezogene Symptome - strukturelle Dissoziation

---

- mentale und körperliche Symptome:
  - negative (Verlust mentaler Handlungen wie Erinnerung, Affekte, resp. Funktionen etc.)
  - positive (Eindringen traumatischer Erinnerungen ins Bewusstsein); psychoform (psychisch) und somatoform (körperbezogen)
  - pathologische Bewusstseinsveränderungen („Wegetretensein“) als Begleiterscheinung
- zahlreiche weitere Symptome: *Suizidalität, Substanzmissbrauch, Selbstschädigung und Promiskuität*
  - manifestieren sich nur in einem dissoziierten Persönlichkeitsanteil, für welchen sie typisch sind

# Spektrum der traumabezogenen Störungen

---

- ABS, PTBS, komplexe PTBS; BPS
- dissoziative Störungen DSM IV: Amnesie, Fugue, Depersonalisation
- psychotische Störungen
- *somatoforme Störungen:*  
Somatisierungsstörung und Konversionsstörung, d.h. dissoziative Bewegungs- und Empfindungsstörungen sowie Krampfanfälle
- komorbide Störungen: Depression, Suizidalität
- Defensivhandlungen: „Zwänge“

## Defensivhandlung zum Abwehr von unangenehmen Gefühlen aus der Vergangenheit

---

- zwanghafte Verhalten (pausenloses Arbeiten, extreme Ordnung und Sauberkeit)
- Ausblenden von Schmerz und Erschöpfung während solchen Leistungen
- selbstschädigendes Verhalten wie sich schneiden oder brennen
- Substanzmissbrauch (Alkohol, Medikamente, Drogen) um unangenehme Gefühle zu Dämpfen ("sich zudröhnen")
- Ausblenden von „gefährlichen“ Gefühlen und Bedürfnissen (Hunger, Schlafbedürfnis)

## Komorbiditäten bei chronischen Schmerzen: Überschneidungen häufig

---

- Depression (schwere Selbstwertstörungen)
- Angst (Trennungsangst, Vermeidung von Alleinsein)
- Zwang (Ordnungs- und Kontrollzwänge)
- Persönlichkeitsstörungen: emotional instabil, abhängig, vermeidend
- Ess-Störungen, v.a. Bulimie
- andere funktionelle Störungen (Reizdarm, PMS, Migräne etc.)
- Akzentuierte Persönlichkeitszüge: Typ A-Verhalten (Z 73.1)
- Entzündliche und degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates

## 1. Somatisierungsstörung (F 45.0)

---

- >2J. multiple & wechselnde körperliche Symptome
- ständige Sorge, mehrfache (>3) Abklärungen
- hartnäckige Weigerung, Versicherung des Fehlens einer körperlichen Ursache zu akzeptieren
- mind. 6 Symptome aus 2 Gruppen: gastrointestinal (6), kardiovaskulär (2), urogenital (3), Haut- und Schmerzsymptome (3)
- Ausschluss schizophreniforme, affektive, dissoziative oder Panikstörungen

## 2. Hypochondrische Störung (F 45.2)

---

- inadäquate Sorge über Vorliegen von max. 2 schweren körperlichen Krankheiten
- nahezu unkorrigierbare Krankheitsangst
- nicht durch somatische Befunde gestützt
- Symptome seit >6 Monaten
- Beschwerden auf Grund einfacher körperlicher Zeichen (Herzklopfen, Schwitzen, Husten, kleine Wunden)

### 3. Somatoforme autonome Funktionsstörung (F 45.3)

---

- typische vegetative oder funktionelle Symptome (z.B. Herzklopfen, Dyspnoe)
- auf ein Organsystem beschränkt:
  - kardiovaskulär
  - Ösophagus & Magen
  - unterer Gastrointestinaltrakt
  - Respirationstrakt
  - Urogenitaltrakt

## F45.40: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung: neue Definition

---

Die vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt. Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung.

Inkl.: Psychalgie; Psychogen. Kopfschmerz, Rückenschmerz; Exkl.: Spannungskopfschmerz ([G44.2](#))

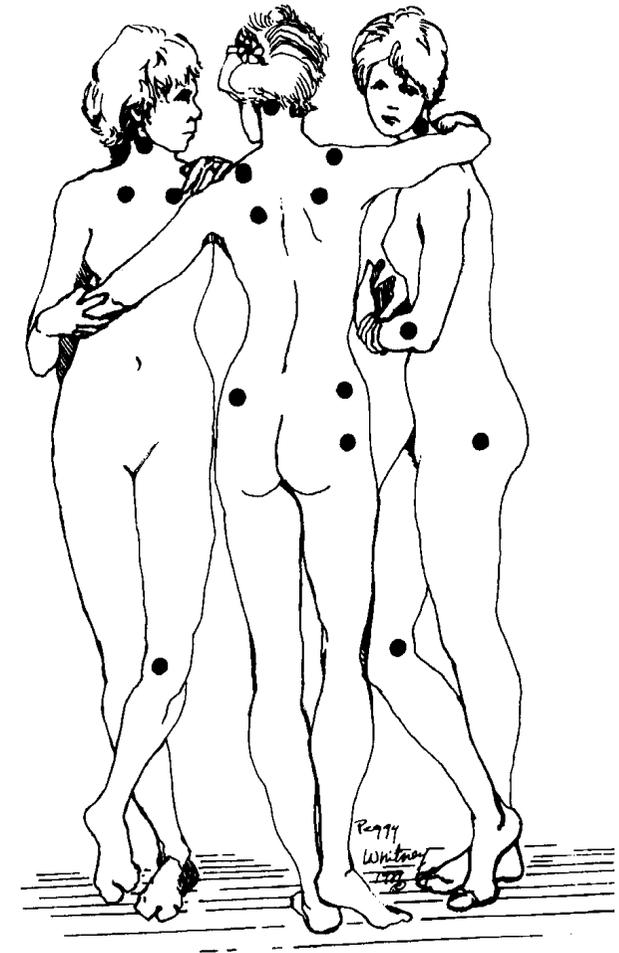
## F45.41: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren: neue Definition

---

Im Vordergrund [...] stehen seit mindestens 6 Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

## Sonderform: Fibromyalgie (überholte alte Kriterien) Rheumatologische Diagnose (M 79.0)

- **Obligate Symptome:**
  - Schmerzen im Bereiche der Muskulatur am ganzen Körper (oben/unten; links/rechts)
  - während mindestens 3 Monaten
  - an der Wirbelsäule
  - Druckschmerz bei Untersuchung an mindestens 11 von 18 Punkten (ev. auch Kontrollpunkte) = Ausdruck der Hyperalgesie
- **„Fakultative“ Zusatzbefunde**
  - Ausdruck der vegetativen Übererregung



# Neue Diagnose-Kriterien: Wichtigste Änderungen

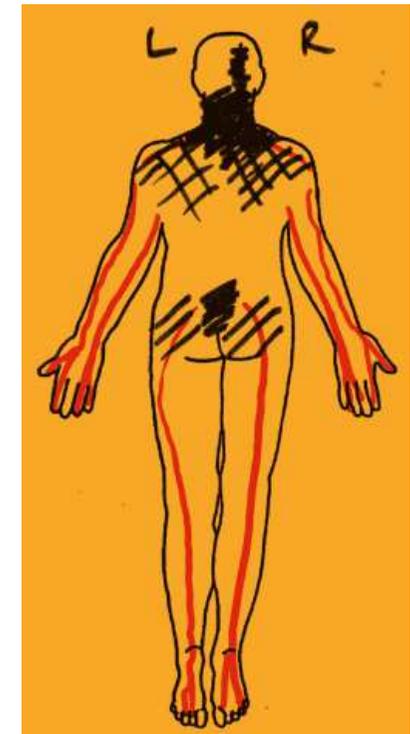
---

- Die Palpation der Tender Points wurde aufgegeben wegen mangelnder Reliabilität und Reproduzierbarkeit.
- An deren Stelle setzen die neuen Kriterien auf eine Kombination des „Widespread pain index“ (WPI) und der „Symptom severity (SS) scale“.
- Der Ausschluss einer entzündlichen oder anderen Krankheit, welche die Symptome erklären kann, wird nicht mehr explizit erfordert.
- Wichtige Begleitsymptome wie der unerholbare Schlaf, die Müdigkeit und die kognitive Beeinträchtigung werden berücksichtigt.

## Fibromyalgie

Für die Diagnosestellung müssen neu folgende Punkte erfüllt sein:

- **Ausgedehnte Schmerzen:**  
mindestens 7\* von 19 Körperregionen
- **Schweregrad:** mind. 3 ausgeprägte (oder mehr schwache) Begleitsymptome: [1] *Müdigkeit*, [2] *nicht-erholsamer Schlaf*, [3] *Störungen von Konzentration und Merkfähigkeit*, [4] *weitere körperliche Begleitsymptome* → *Liste*
- **Dauer:** Symptome bestehen seit mind. 3 Monaten in vergleichbarer Stärke
- **Ausschluss** einer anderen Ursache



# Fibromyalgie

## Somatische Begleitsymptome

---

- Muskelspannung, Muskelschmerz
  - [Schwellungs- und/oder Steifigkeitsgefühl der Hände und/oder Füße und/oder Gesicht]
  - Kopfschmerz (Migräne); [Kiefergelenkschmerz]
  - Globusgefühl, Reizmagen, Oberbauchschmerzen, Übelkeit, Appetitverlust, Erbrechen
  - Reizdarm, Bauchkrämpfe, Verstopfung, Durchfall
  - Nervosität, Depressivität, Ängstlichkeit
  - Brustschmerzen, Kurzatmigkeit, Herzschmerzen
  - Fieber, [häufiges Schwitzen]
  - trockene Mundschleimhaut, trockene Augen
  - Raynaud-Phänomen, kalte Akren (Hände, Füße)
  - [Dermographismus, rote Hautflecken]
  - Ohrgeräusche, Hörprobleme, Lärmempfindlichkeit
  - Schwindel, [orthostatische Hypotonie]
  - Geschmacksstörungen
  - häufiges und/oder schmerzhaftes Wasserlassen
  - Schlaflosigkeit
- Neue ACR-Kriterien von Wolfe et al. 2010, [Ergänzungen Keel]*

## ICD-10: Neurasthenie (F 48.0) oder Chronic fatigue syndrome (CFS; G 93.3)

(praktisch identische Kriterien, CFS unter neurologischen Erkrankungen! Synonym:  
Myalgische Enzephalomyelitis )

- anhaltende und quälende Klagen über gesteigerte **Ermüdbarkeit** nach geistiger Anstrengung oder über **körperliche Schwäche und Erschöpfung** nach geringsten Anstrengungen
- Mindestens eines der folgenden Symptome:
  - akute oder chronische Muskelschmerzen
  - Benommenheit, Konzentrationsstörungen
  - Spannungskopfschmerzen
  - Schlafstörungen
  - Reizbarkeit
  - [Halsschmerzen, empfindliche Lymphknoten (Hals, Axillen)]
- Die Betroffenen sind nicht in der Lage, sich innerhalb eines normalen Zeitraums von Ruhe, Entspannung oder Ablenkung zu erholen.
- Dauer der Symptomatik mindestens 3 Monate

# Der Traum bei Rückenschmerz



# Der Alptraum bei Rückenschmerz



## Die vermeintliche Lösung



# Das grundlegende Problem

(Sauer & Eich, Dtsch. Ärzteblatt 2009)

---

Das grundlegende Problem der Interaktion zwischen Ärzten und Patienten geht auf drei Aspekte zurück:

- (1) das Drängen auf Untersuchung und das appellative Verhalten der Patienten
- (2) die Unsicherheit beziehungsweise Angst der Ärzte, eine verborgene Krankheit zu übersehen
- (3) die Diskrepanz in den jeweiligen Ursachenüberzeugungen.

## Ätiopathogenese somatoformer Störungen: unspezifische Faktoren

---

- **Genetische Faktoren**
- **Belastungen/ Traumatisierungen in Kindheit**
- **Soziokulturelle Faktoren:** „Kampf um Legitimität“ in einem Feld, in dem psychische Beeinträchtigungen stigmatisiert sind
- **Primärer Krankheitsgewinn:** Subjektive Entlastung von innerem Konfliktdruck oder Minderung der innerseelischen Angst durch die Symptombildung
- **Sekundärer Krankheitsgewinn:** Vorteile (Entlastung) durch Krankenrolle (Schonung, Zuwendung, Trost), Entschädigungsbegehren, z. B. Rentenwunsch

# Ätiopathogenese somatoformer Störungen: Individuelle Faktoren

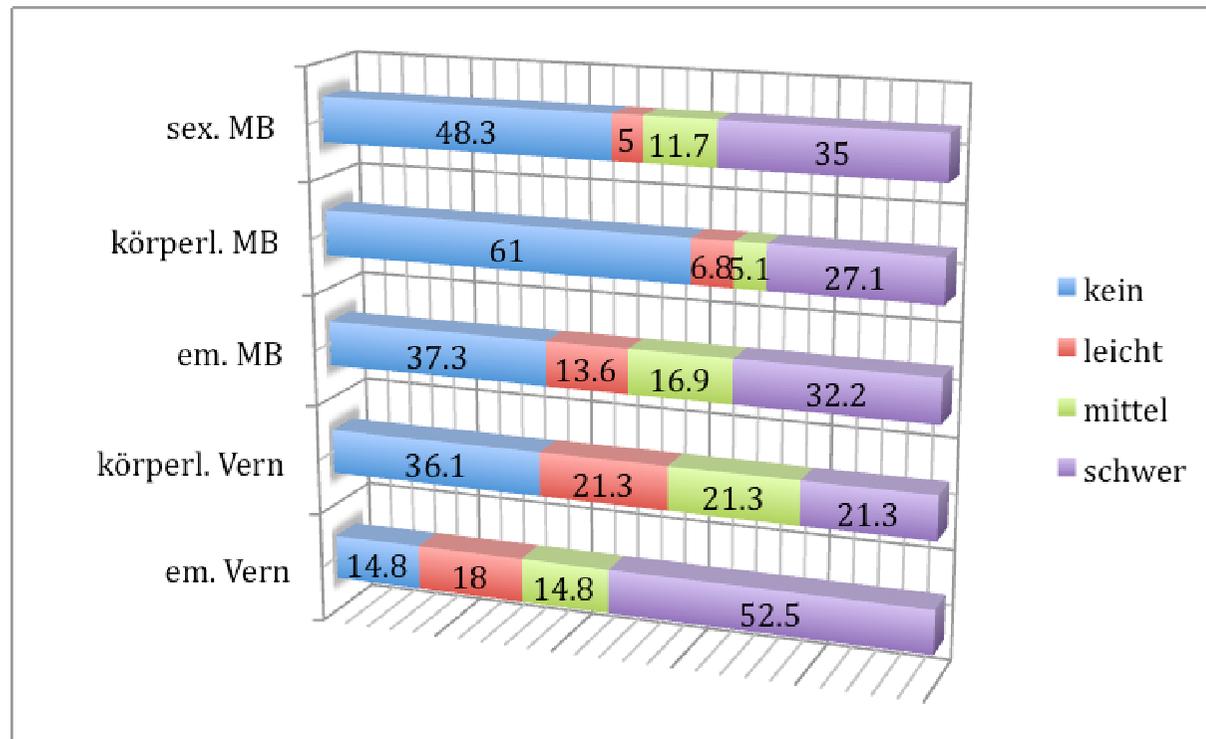
---

## Kindheitseinflüsse

- emotionale Vernachlässigung oder Missbrauch
- körperliche Misshandlungen und sexuelle Übergriffe
- materielle Entbehrungen, Verlust von Eltern)
- frühe Störung in der Beziehung zum eigenen Körper, Krankheit als Kind/in Ursprungsfamilie

## Anzahl Kindheitsbelastungen bei Fibromyalgiepatientinnen in psychosomatischen Ambulatorien

- *emotionale* Vernachlässigung oder Missbrauch
- *körperliche* Vernachlässigung oder Missbrauch
- *sexueller* Missbrauch



# Ätiopathogenese somatoformer Störungen: Individuelle Faktoren

---

## Folgen

- Bindungsstörungen (unsicher, vermeidend/abhängig/ Borderlinestruktur)
- Veränderte physiologische Stressverarbeitung (Cortison, Sympathikus, Neurotransmitter)
- Disposition für spätere somatoforme Beschwerden und dissoziative Phänomene
- Beeinträchtigen der Arzt-(Therapeut-)Patient-Beziehung

## Ätiopathogenese somatoformer Störungen: spezifische Faktoren

---

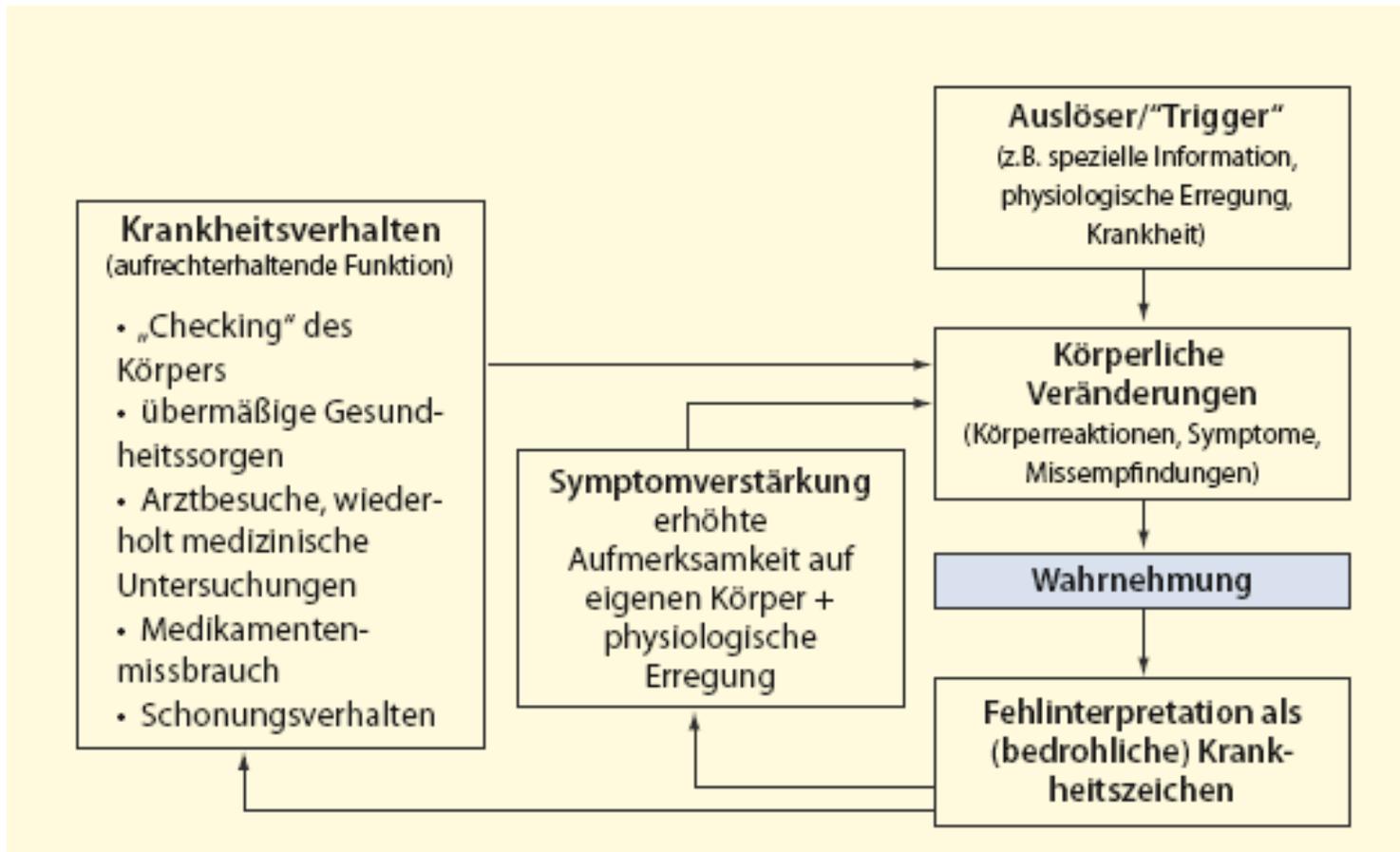
- **Interpersonelle (iatrogene) Faktoren:**
  - Nichterkennen psychischer Beschwerden; Überdiagnostik und -therapie durch Ärzte
- **Individuelle Faktoren:**
  - **Modelllernen:** somatoforme Beschwerden in der Ursprungsfamilie
  - **frühe Störung in der Beziehung zum eigenen Körper, Krankheit als Kind**
  - **Bindungsstörungen** (unsicher, vermeidend)

# Ätiopathogenese somatoformer Störungen: spezifische Faktoren

---

- **Weitere Individuelle Faktoren:**
  - **Veränderte physiologische Stressverarbeitung (Cortison, Sympathikus, Neurotransmitter) :** frühe Beziehungsstörungen hinterlassen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Disposition für spätere Beschwerden
  - **Neurophysiologie:** gestörte Stimulus-filterung, somatosensorische Verstärkung, Aufmerksamkeitslenkung, Sensitivierung, Lateralisierungs- und Dissoziations-phänomene
  - **Katastrophisieren**, „totale Gesundheit“, Ängste, abnorme Überzeugungen, Modediagnosen (CFS, FMS, MCSS)

# Allgemeines Störungsmodell: Somatosensorische Verstärkung



# Psychosomatische Zusammenhänge: Sorgen machen krank!

---

- ... machen Kopfweg oder Bauchweg
- ... liegen auf dem Herzen, drücken auf den Magen



**.. er kann sogar töten**



Spitzhörnchen ertragen keinen Stress: Sperrt man sie zu einem Artgenossen, stirbt der unterlegene vor lauter Angst.

*Tödlicher Stress*

## ... aber bei chronischem Schmerz?

---

### ***Zusammenhang oft nicht klar, weil ...***

- chronischer Stress (Dauerspannung) nicht wahrgenommen: als „normal“ erlebt, wird erwartet; Stolz auf hohe Leistungen, haben psychische Schutzfunktion
- verdrängte Probleme: unangenehm, bedrohlich, (scheinbar) unlösbar (Sachzwänge), Angst vor Veränderung (Versagen, eigene Schuld, Konfliktvermeidung), Angst vor Alleinsein, Rücksicht auf Kinder; Bindungsstörung (unsicher-vermeidend)
- Zwang „allen alles recht zu machen“, sozial erwünschtes Verhalten (→ Tendenz zur Selbstüberforderung): Suche nach Akzeptanz (Anerkennung, Liebe) bei Angst vor erneuter Verstossung
- hartes Arbeiten, hart mit sich selbst: Stolz, Selbsthass, fehlende Fürsorglichkeit

***Zudem iatrogene und sekundäre Effekte: Hyperalgesie, Schonverhalten, Verluste, Krankheitsgewinn***

# Fibromyalgie: Dysfunktion des Stress-Systems - Hintergründe

---

- Mehr **Kindheitsbelastungen** als bei Gesunden oder organischen Störungen (retrospektiv):
  - Toxische Schädigung von Hippocampus und Präfrontalcortex (McEwen 1998, 2003)
  - Störung der Stressbewältigung über negativen Affekt, niedriges Selbstwertgefühl, Tendenz zu Depression und „abuse-related personality disorders“
- **Folgen für Lebensstil:** *Überwachsamkeit, Überengagement für Arbeit und Aufopferung für andere, Perfektionismus (**Defensivhandlungen führen zu Selbstüberforderung, Erschöpfung**)*

# Folgen anhaltender Stressbelastung

---

- erhöhte Cortisol- und Adrenalin-ausschüttung
- periphere Schmerzsensibilisierung der freien Nervenendigungen und Hyperalgesie
- *stressendokrine Dysbalance, vegetativ-autonome Dysfunktion und somatosensorische Reizverstärkung (Hyperalgesie)*  
→ können einen grossen Teil der Symptomatik des FMS erklären

# „Risikofaktoren“ für Chronifizierung von Rückenschmerzen (Low Back Pain, LBP) (Zielgrößen: „return to work“, Schmerz, Behinderung)

[Keel et al. Swiss Medical Forum, 2007 (7) 514-519; Ramond A et al. Family Practice 2011(28) 12-21; Iles RA, Occ Environ Med 2008; 65;507-517]

1. Schmerzsymptomatik
  2. andere Symptome/  
Faktoren
  3. psychosoziale Faktoren
  4. Arbeitssituation
- *Primäre und sekundäre Phänomene teils schwierig zu unterscheiden!*
- *vieles IV-fremd! \**

**„Yellow flags“ und weitere**



# „Risikofaktoren“ für Chronifizierung

---

## 3. psychosoziale Faktoren

- Angst, Depression, Somatisierung, Schlafstörung (*sekundär*)
- ungünstige Selbst- und Arztprognose, „fear avoidance beliefs“, Rückkehr an Arbeit unmöglich, Katastrophisieren (Coping) (*sekundär?*)
- passive Behandlungserwartungen\*
- belastende Lebensprobleme (Stress in Familie, Beruf) (*primär & sekundär*)

# „Risikofaktoren“ für Chronifizierung

---

## 4. Arbeitssituation

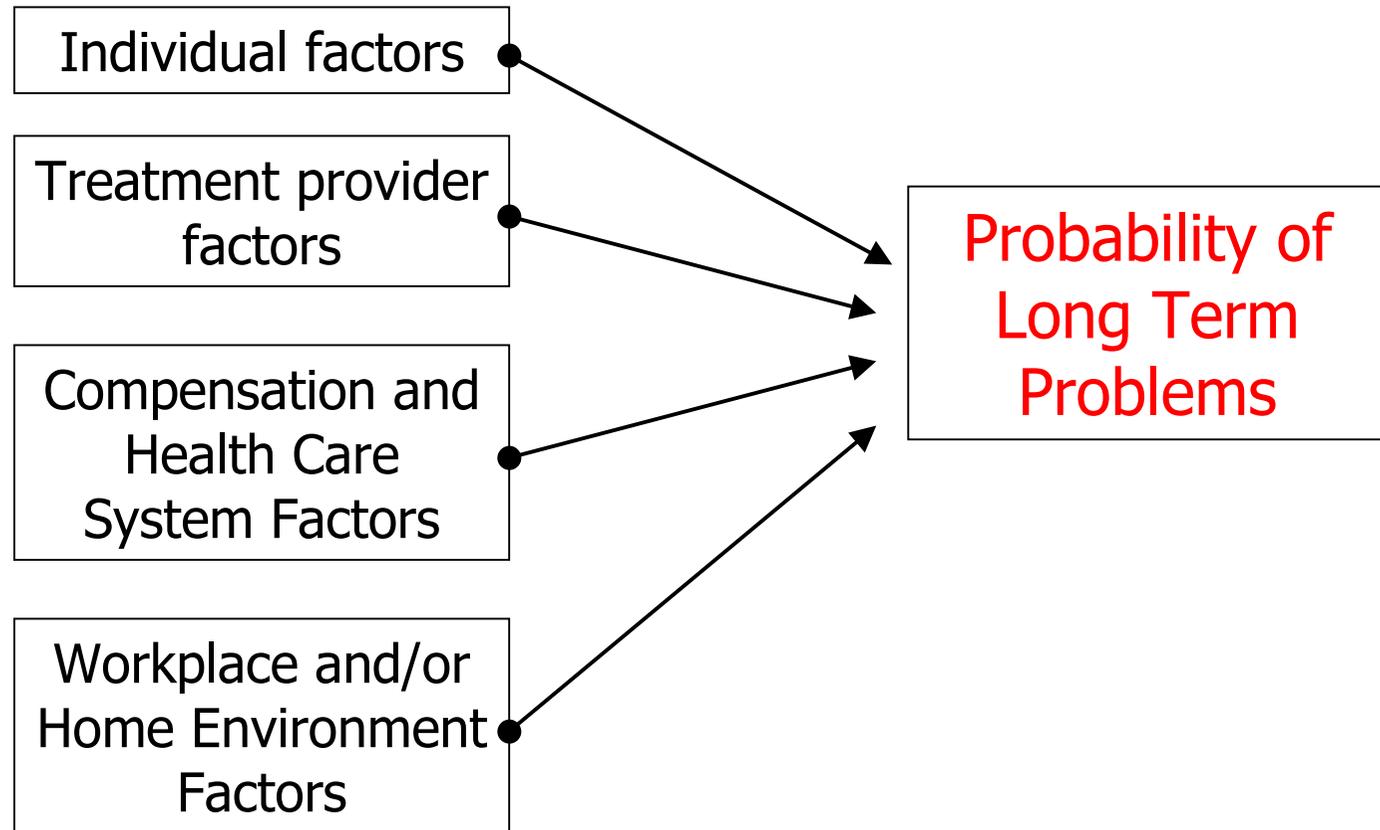
- geringe Bildung, unqualifizierte Arbeit \*
- Überzeugung Schmerz sei arbeitsbedingt, Arbeit sei schädlich (FAB)
- Unzufriedenheit mit der Arbeit\*
- Lange Dauer der Arbeitsunfähigkeit
- Verlust der Arbeitsstelle\*
- Ersatzleistungen/ Rechtsstreit\*

# Einfluss der psychosozialen Faktoren auf Verlauf und therapeutische Beeinflussbarkeit

---

- Die vielen Erkenntnisse zu psychosozialen Faktoren insbesondere von Kognitionen („Überzeugungen“, Bewältigungsstil) wurden zwar in multimodalen Behandlungsprogrammen umgesetzt, haben aber – laut guten Studien (RCT) - geringen oder keinen Einfluss auf den Verlauf.
- Ohnehin sind ca. 40% der Faktoren nicht beeinflussbar.
- Der Einfluss all dieser Faktoren auf den Verlauf ist ohnehin gering, d.h. ein grosser Anteil der Varianz ist nicht erklärbar.
- Individuelle Prädisposition durch traumatische Kindheitserfahrungen nicht erfasst, da oft verdrängt.

# Was meinen die Experten: *Factors that influence chronic disability in LBP*



# „Die Wurzel des Übels“

---

Am Anfang jeder invalidisierenden somatoformen Schmerzstörung steht eine somatische (Verdachts-)Diagnose und daher eine somatische Krankenschreibung gefolgt von unwirksamen passiven Behandlungen der vermeintlichen Ursache. Wenn alles versagt hat wird der Patient psychiatrisiert.

## Iatrogene Faktoren für die Chronifizierung von Schmerzen

---

- Mangelnde ärztliche Deeskalation bei ängstlichen, «katastrophisierenden» Patienten
- Somatisierung und Angstförderung durch «katastrophisierende» ärztliche Beratung
- Fehlende oder inadäquate Medikation in der Akutphase
- Förderung passiver (regressiver) Therapiekonzepte
- Lange, unreflektierte Krankschreibung
- Übertriebener Einsatz diagnostischer Massnahmen
- Überschätzen unspezifischer somatischer Befunde
- Unterschätzen psychiatrischer Komorbidität
- Fehlende Beachtung psychosozialer Belastungsfaktoren
- Präferenz und fehlerhafte Indikationsstellung invasiver und/oder suchtfördernder Therapien
- Inadäquate Therapie im weiteren Verlauf

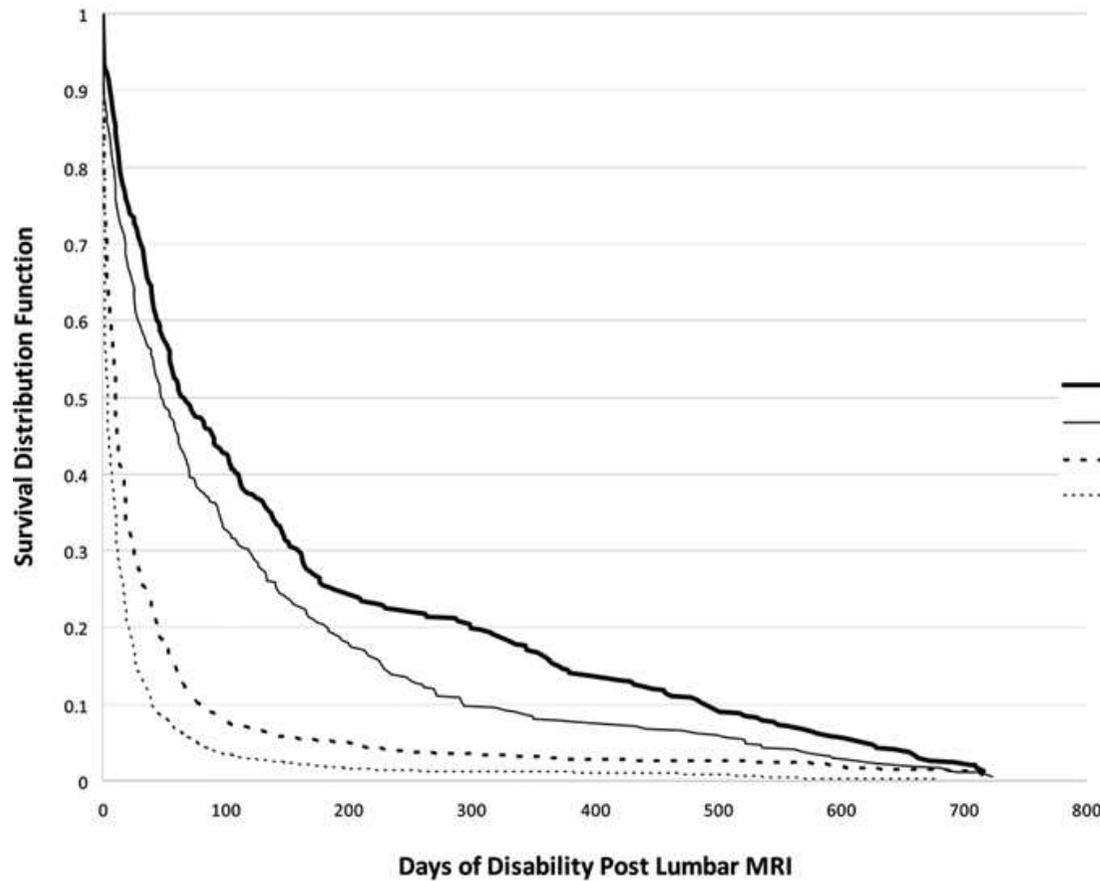
# JAMA: Rückenprobleme in den USA 1997 - 2005

- **Kostensteigerung von 65%**
- **Zunahme der Personen mit Behinderung 20%**

## Expenditures and Health Status Among Adults With Back and Neck Problems

**Conclusions** In this survey population, self-reported back and neck problems accounted for a large proportion of health care expenditures. These spine-related expenditures have increased substantially from 1997 to 2005, without evidence of corresponding improvement in self-assessed health status.

# Negativer Effekt von MRI-Untersuchungen

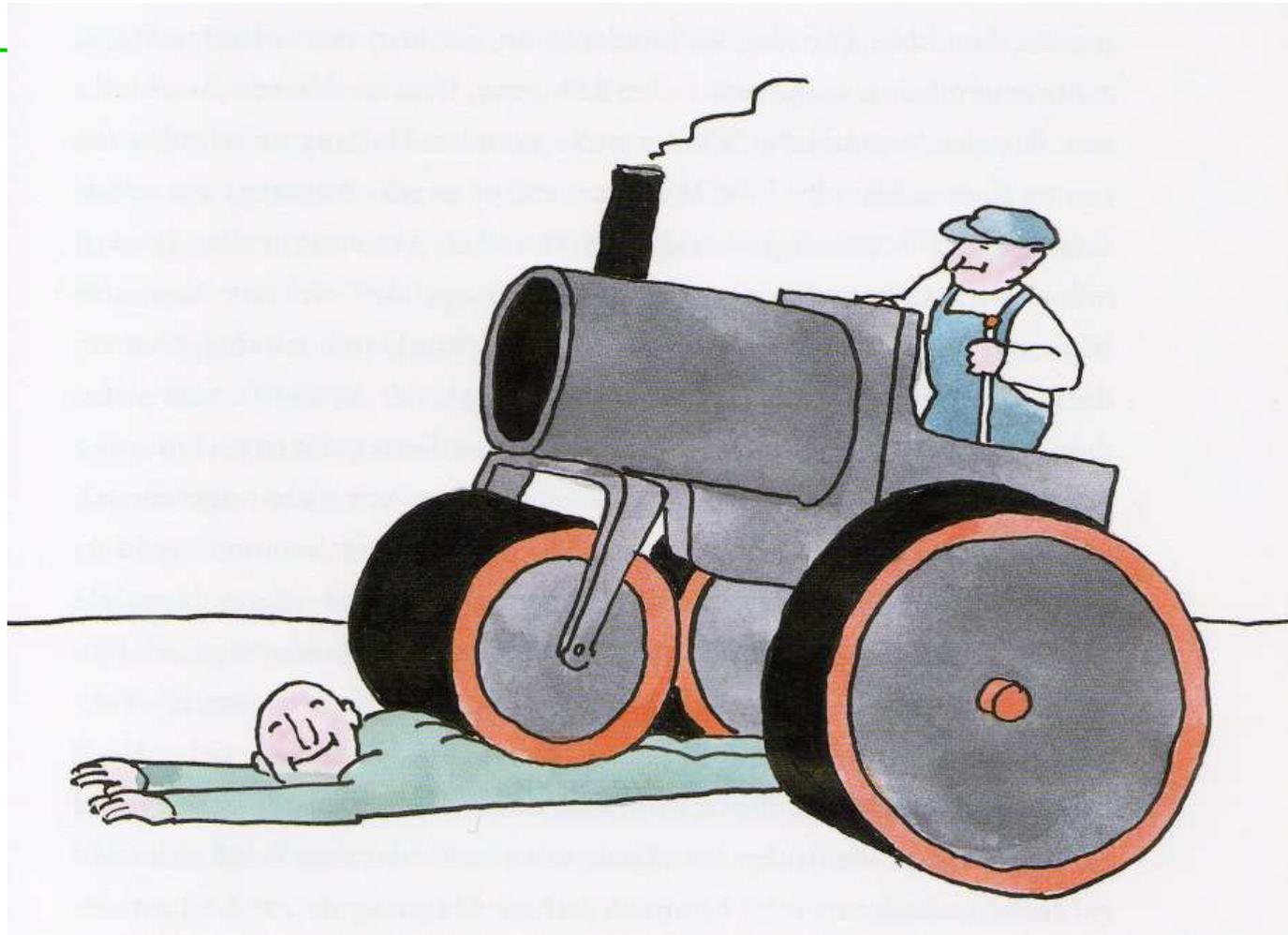


**Kosten:** x 7.8

**Op's:** x 27.5

**AUF:** x 5.8 (133.6 statt 22.9)

## Förderung passiver (regressiver) Therapiekonzepte



# Schmerzpsychotherapie: Stufenkonzept

1. Diagnostikphase & Beziehungsaufbau (Vertrauensbildung)
2. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Phase ("Leben mit dem Schmerz", Hilfe zur Selbsthilfe); Umgang mit Widerständen gegen Veränderung
3. Hintergründe der Erschöpfung und der Schmerzen aufzeigen: Tendenz zu Selbstüberforderung, Anleitung zu Verhaltensänderung
4. Psychodynamische Aufarbeitung Bindungs- und Beziehungsstörung, Trauma-Arbeit



# Spezielle Vorsichtsmassnahmen in der Psychotherapie

---

## **Therapie schützen:**

- Rückzug, Therapieabbruch vermeiden, Umgang mit Widerstand (Konfrontation mit Hilflosigkeit)

## **Struktur geben:**

- Informieren, Fragen stellen Zusammenhänge ansprechen
- Sicherheit geben: feste Termine, Erreichbarkeit garantieren (Abhängigkeit!)
- zu Verhaltensänderung anleiten (Konfrontation mit Tendenz zu Selbstüberforderung)
- Sprache des Unbewussten aktivieren ((Tag-)Träume, selbst gemalte Bilder)
- Übertragung beachten: Beziehungsanalyse
- fachgerechte Traumabearbeitung (Struktur, Schutzmassnahmen, Konfrontation mit Vermeidungsverhalten)

## **Auftragsklärung:**

- Zieldefinition: keine Heilung, wenig passive Hilfe (Medikamente mit beschränkter Wirkung), Anleitung zur Selbsthilfe („Leben mit dem Schmerz“)
- Hindernisse respektieren, Geduld zeigen

### 3. Hintergründe der Erschöpfung und der Schmerzen aufzeigen (vertiefte Verhaltensanalyse)

---

- Tendenz zur Selbstüberforderung führt zu Erschöpfung/Müdigkeit
  - Konfliktleugnung, sozial erwünschtes Verhalten
  - Leistungsorientierung, Durchhaltestrategien
  - Angst vor Abhängigkeit und Kritik/Ablehnung
  - Überwachsamkeit, Überhilfsbereitschaft
- Schmerzprovokation durch
  - Hartnäckiges Durchhalten, auf Zähne beißen
  - Ausblendung der Schmerzen während Leistung
  - Unfähigkeit zu leisten führt zu Schuldgefühlen, Wut und Enttäuschung; Verzicht schwierig

# Schmerz-Psychotherapie

## 4. Psychodynamische Aufarbeitung

---

- **Ziele:**
  - Abwehrverhalten verstehen, Selbstwertstörung aufdecken, Hintergründe der „Tendenz zur Selbstüberforderung“ herausarbeiten, Beziehungsverhalten analysieren → Übertragung
- **Voraussetzung:**
  - Motivationsarbeit
  - Vertrauensbeziehung
  - Verhaltensanalyse
  - Vorbereitung für Trauma-Arbeit





**Danke für Ihre Aufmerksamkeit!**