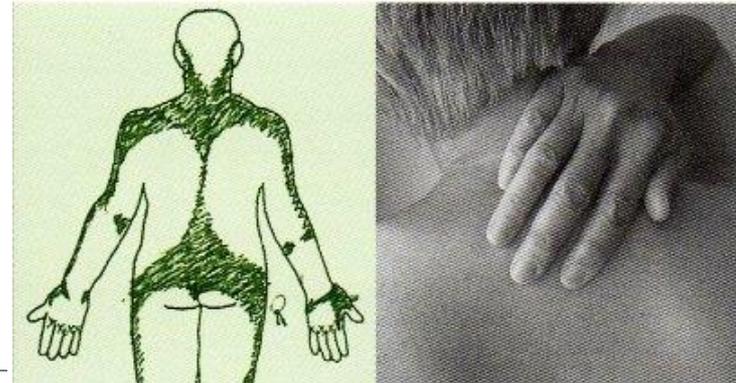
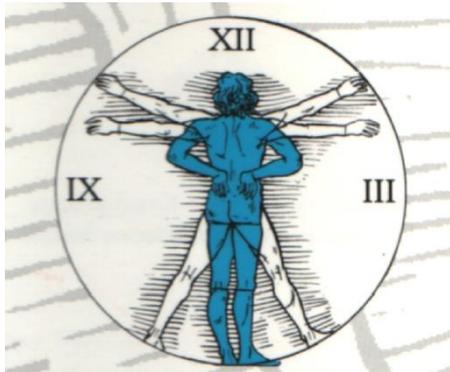


Assistentenweiterbildung
Regionalnetz Basel 22.12.16 (14.00 – 15.30)
Psychotherapie in der Psychiatrie



Psychotherapie von Schmerzstörungen (inkl. Fibromyalgie)

Prof. Dr. Peter Keel

FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Socinstrasse 23, 4051 Basel

Peter.keel@unibas.ch

Handout unter: https://adam.unibas.ch/goto_adam_crs_71538.html

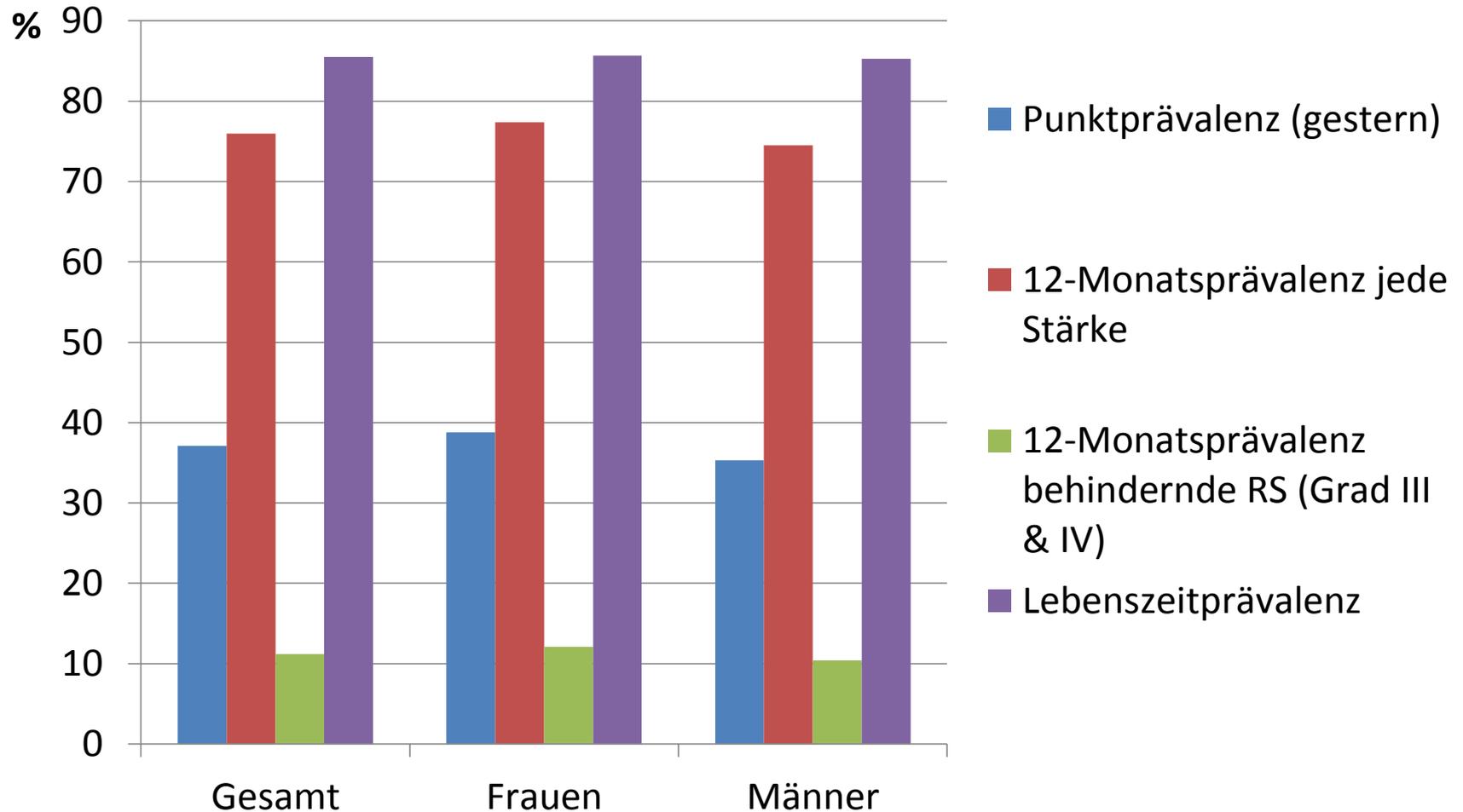
Rückenschmerzen: Volkskrankheit Nr. 1

- Verursachen am meisten chronischen, invalidisierenden Schmerzen.
- Zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit in D (2013) nach Infekten der oberen Luftwege.
- Verursacht in Deutschland direkte Kosten in Höhe von 8,4 Milliarden Euro pro Jahr. Etwa 85 % der Gesamtkosten gehen auf das Konto des Produktivitätsausfalls, rund 15 % werden für die medizinische Behandlung aufgewendet.
- Kreuzschmerz führt seit Jahren die Statistiken der Anlässe für Arbeitsunfähigkeit und medizinische Rehabilitation an.
- Rückenschmerzen kosten die Schweiz über 20 Milliarden Franken jährlich.
- 2013 bezogen rund 54 000 Personen eine IV-Rente wegen einer Erkrankung des Bewegungsapparates (Total 230 300).

Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 53, Rückenschmerzen , *Heiner Raspe*, Robert Koch-Institut, Berlin 2012 / <http://www.aargauerzeitung.ch> (18.11.2014)

Prävalenz von Rückenschmerzen (RS) in Deutschland

(Daten aus Schmidt et al. 2009)



Grosse Belastung für IV: Bundesgericht versuchte zu bremsen

Das Bundesgericht korrigiert seine Rechtsprechung zu den Schmerzpatienten/-innen

«Schmerzpatienten/-innen» sind Personen, die aus unterschiedlichen Gründen unter chronischen, teilweise sehr starken Schmerzen leiden, und deren Leiden mit den gängigen (v.a. bildgebenden) Methoden der Medizin nicht «objektiviert» werden können. Von 2004 bis 2015 hatten solche Personen wegen einer ausgesprochen rigiden Rechtsprechung des Bundesgerichts kaum mehr eine Chance, eine Rente der Invalidenversicherung zu erhalten [...]. Nun hat das Bundesgericht in einem Leitentscheid vom 3. Juni 2015 seine eigene Rechtsprechung korrigiert.

<http://www.humanrights.ch/de/menschenrechte-schweiz/inneres/gruppen/behinderte/ausschluss-schmerzpatienten-iv>

Gruppenarbeit zum Einstieg

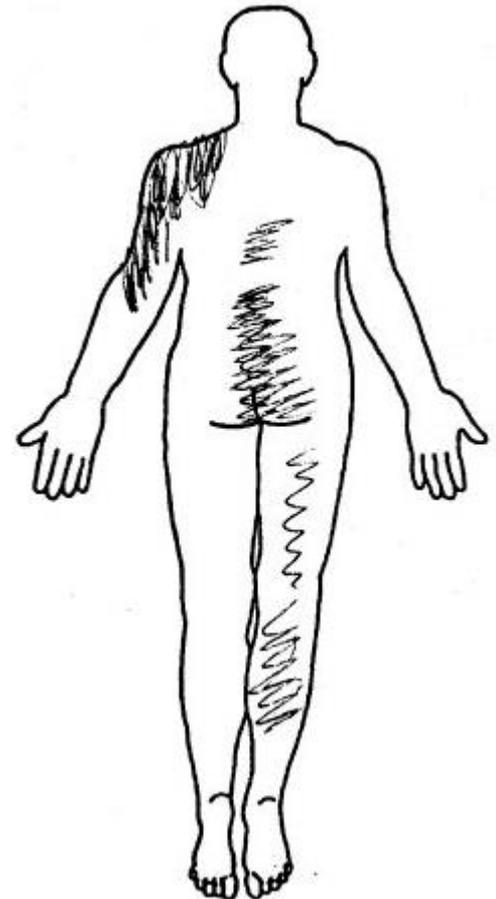
Schliessen Sie einen Moment die Augen und stellen Sie sich ihre(n) Patientin (Patienten) mit hartnäckigen Schmerzen vor:

- Wie erleben Sie sie (ihn)?
- Wie fühlt sie (er) sich?
- Welche Gefühle weckt sie (er) bei Ihnen?
- Welche Erwartungen spüren Sie?
- Welche Reaktion(en) löst sie (er) bei Ihnen aus?

Frau K., *1949:

Bericht Neurochirurg nach DH-Operation L4/L5 (2004)

- ✓ Nach wie vor über ausstrahlende Schmerzen vom Gesäss in den lateralen Ober- und Unterschenkel rechts, eher beim Stehen und weniger beim Liegen. Beim Gehen fühlt sie sich am wohlsten, aber Gehstrecke reduziert.
- ✓ Aufenthalt in Rehaklinik (Okt./ Nov. 04): körperlich gebessert; Psychopharmaka: Sertralin (Zoloft[®]), Olanzapin (Zyprexa[®]), Zolpidem (Stilnox[®]); Oxazepam (Seresta[®]).
- ✓ Sie bemerkt eine Zunahme der Schmerzen bei psychischem Tief, fragt nach psychologischer Hilfe → Konsilium bei Psychiater angemeldet.



Lebensgeschichte (Frau K., *1949)

- 3./4 Kindern, Mussehe, schwierige Familienbedingungen: 10 Jahre alt musste sie sich viel um jüngere Schwester kümmern, da die Mutter sich stark zurückzog
- wiederholter sexuellen Missbrauch durch Vater, von Mutter nicht ernst genommen („Lügen“ vorgeworfen)
- flüchtete sich 18-jährig in eine Ehe mit alkoholkrankem Mann
- harrte Kindern (3) zuliebe 13 Jahre in Ehe aus; mittlere Tochter psychisch krank



Frau K., *1949

Soziale Situation 2004

- Lebt in 2. Ehe mit 10 Jahre älterem Mann, ist unglücklich: Ehemann fürsorglich, aber dominant und einengend (eifersüchtig), erpresst Geschlechtsverkehr
- Hat sich mehrfach von ihm getrennt, kehrte aber jeweils aus Angst vor Alleinsein, Mitleid, finanziellen Gründen und wegen Schuldgefühlen wieder zu ihm zurück
- Arbeitete als Filialleiterin in einem Schuhgeschäft, Stelle wegen < 3 Mt. AUF verloren, jetzt arbeitslos



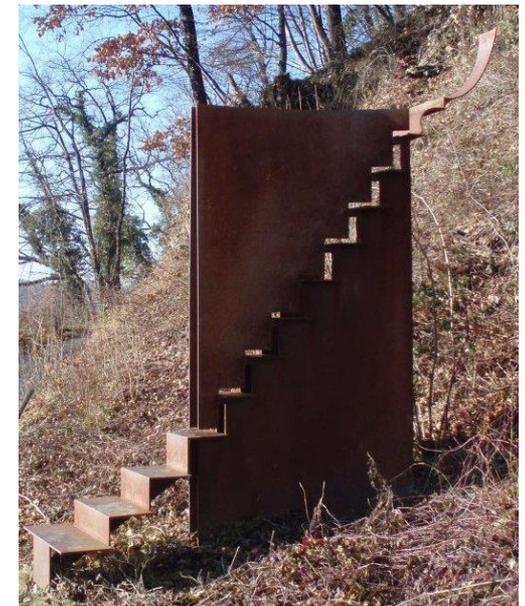
Angegebene Beschwerden

- belastungsabhängige Rücken- und Beinbeschwerden
- Nervosität, Reizbarkeit, Unruhe, Schlafstörungen
- Spannungszustände mit Globusgefühl, chronische Bauchbeschwerden.
- bedrückt und fühlt sich wertlos, Schuldgefühle Partner gegenüber
- Angst vor Zukunft wegen Schwierigkeit neue Arbeitsstelle zu finden; möchte unbedingt wieder arbeiten (Angst vor Leere)



Schmerzpsychotherapie: Stufenkonzept

1. ***§ Diagnostikphase & Beziehungsaufbau:**
umfassende Anamnese,
Vertrauensbildung
2. **°§ Kognitiv-verhaltenstherapeutische Phase:** “Leben mit dem Schmerz”
(Akzeptanz), 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



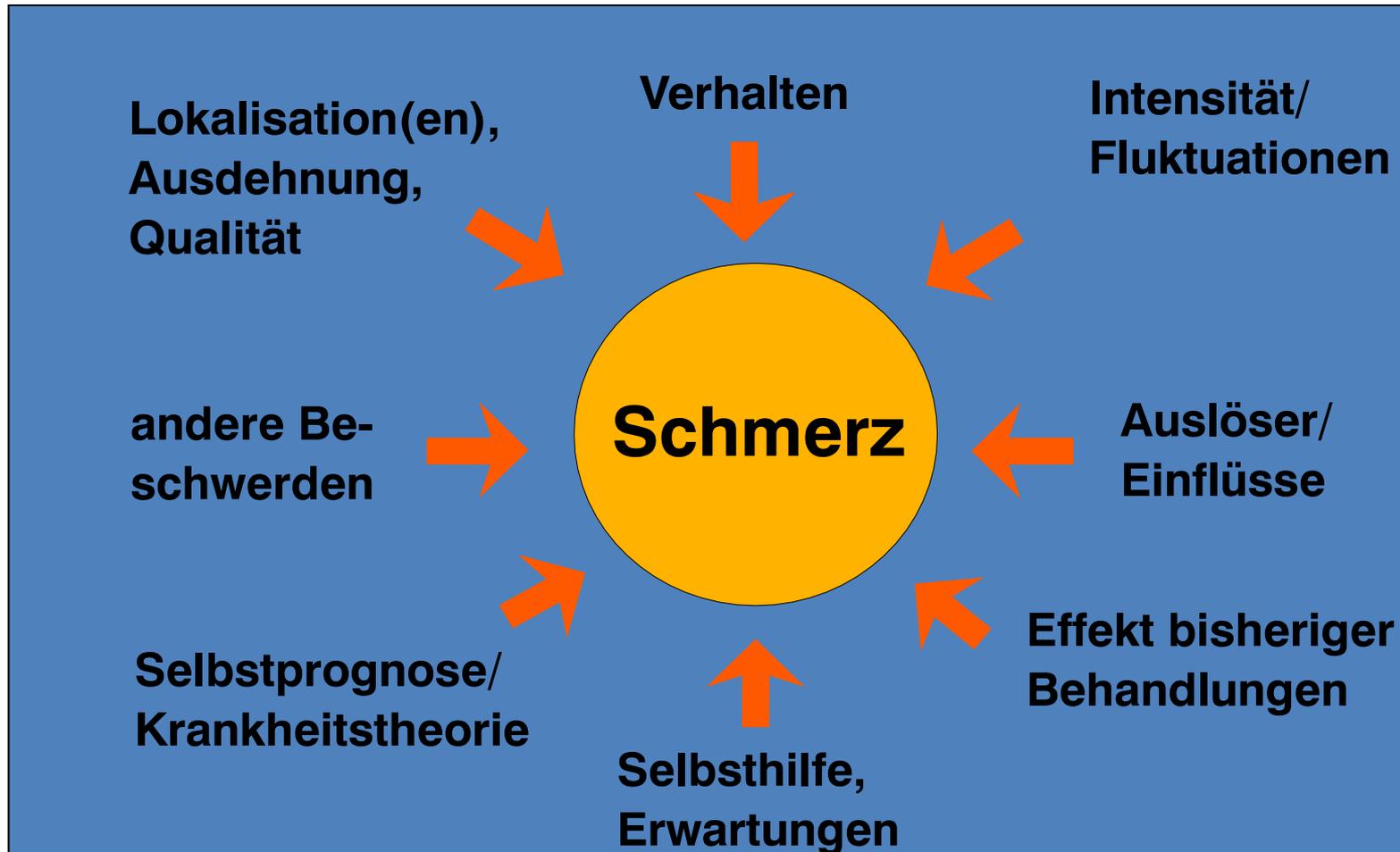
**im Einzelsetting / ° Einzel- und Gruppensetting/ § bescheidene Wirksamkeit belegt*

1. Diagnostikphase & Beziehungsaufbau

- Psychosomatische Abklärung: Vertiefte (bio-psycho-sozialen) Schmerzanamnese
- Beziehungsgestaltung (Vertrauensbildung)



Vertiefte Schmerzanamnese

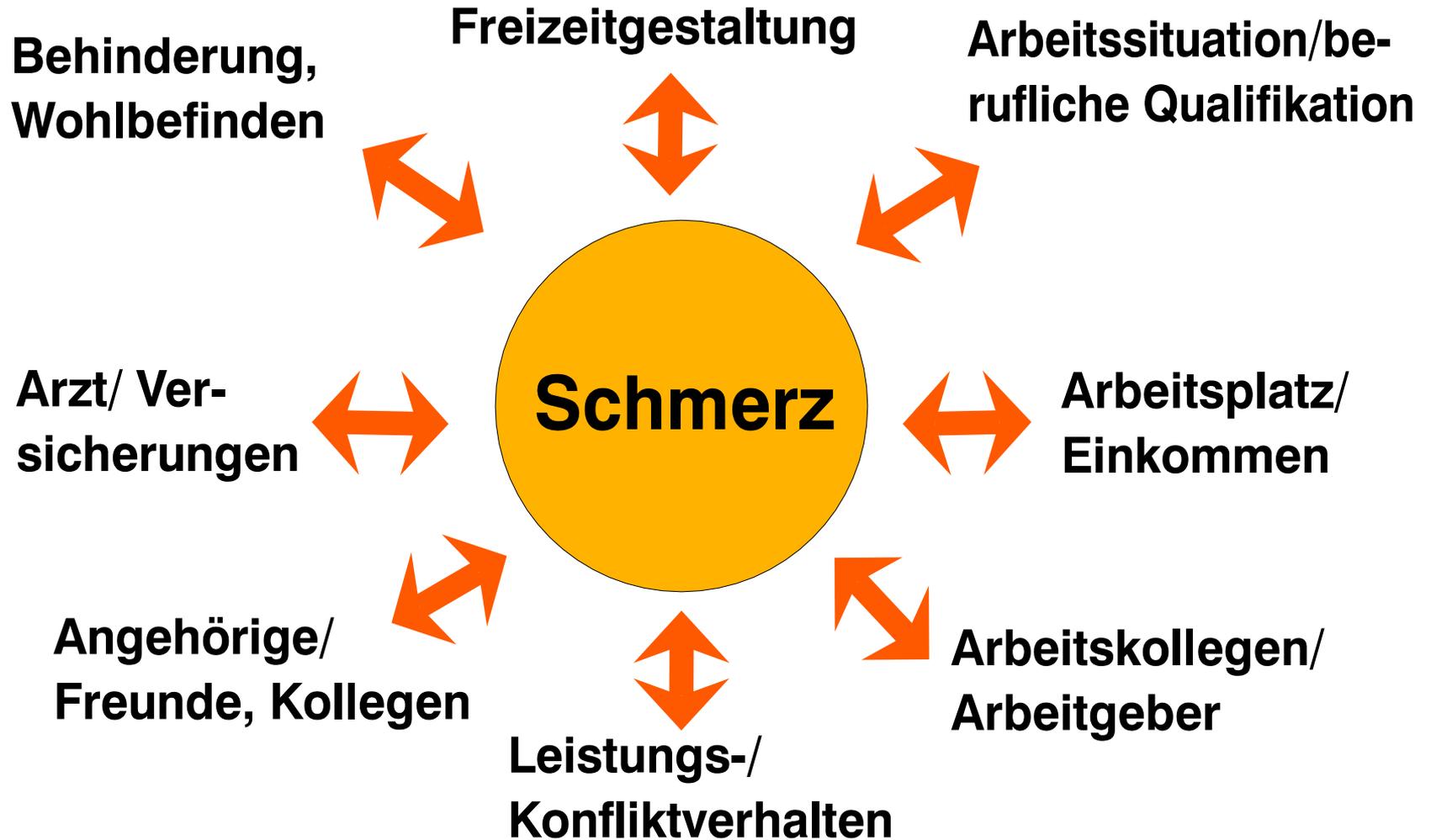


Wochentag, Datum:	Zeitperiode (ungefähre Zeit des Eintrags)	Schmerzstärke* (0-10) / ev. Ort (Kopf, Nacken, Rücken, etc.)	Aktivitäten: Sitzen, Liegen, Spazieren, Arbeit, Übungen, Sport, etc.	Besonderes, Einflüsse: z.B. Behandlung, Medikamente; Freude, Ärger, Abwechslung
		K N R M		
Montag:	Morgen (8h) 10.02	2 4 5	Näse + aufhängen	Rückensch
20.9.04	Vormittag (12h)	5 5 5 -	Liegen	Nisulid 100, 2 St.
	Nachmittag (18h)	3 3 4	Liegen, dann	" 2 St.
	Abend (22h) 21.15	3 3 4	Essen rüsten, Bett.	Erschöpfung Schwere Glieder
Dienstag:	Morgen (8h) 9.02	- 4 3	Kassette von Therapie gehört	
21.9.04	Vormittag (12h)	4 4 3	Helfen beim Essen machen	Nisulid 100, 2 St.
	Nachmittag (18h) 15	5 5 3 -	Spazieren ca. 1 St.	" 2 St.
	Abend (22h) 21.02	4 4 2	müde, abliegen.	
Mittwoch:	Morgen (8h) 9.02	- 2 2	bügeln	nachher erschöpft
22.9.	Vormittag (12h)	6 6 2 -	ausruhen	Nisulid 100, 2 St.
	Nachmittag (18h)	5 5 2	einkaufen, essen	" 1 St.
	Abend (22h) 20.02	4 3 2	Liegen	müde
Donnerstag:	Morgen (8h) 10.02	2 4 4	2 Zi. putzen	unterbrechen müssen
23.9.	Vormittag (12h)	7 7 5 -	ausruhen	Nisulid, 2 St.
	Nachmittag (18h)	5 7 4	paar Zeitungsartikel gelesen	" 2 St.
	Abend (22h) 20.15	6 6 3	Kopfwch-Zunahme	" 1 St.
Freitag:	Morgen (8h)	8 8 - 8	starke halb-seitige Migräne mit Erbrechen ganzer Tag Bett.	Imigran 1 St.
24.9.	Vormittag (12h)	8 8 - 8	geschlafen	" 1 St.
	Nachmittag (18h)	5 5 - 5		" 1 St.
	Abend (22h) 19.02	5 5 - 5		
Samstag:	Morgen (8h) 9.02	- 4 -	einkaufen	erschöpft
25.9.	Vormittag (12h)	4 4 3	Essen rüsten	Nisulid 100, 1 St.
	Nachmittag (18h) 15	3 4 2 -	ausruhen	" 1 St.
	Abend (22h) 21.02	2 3 2	Entspannen in Badewanne	
Sonntag:	Morgen (8h) 9.30	- 4 2	Besuch ganzer Tag	Abwechslung
27.9.	Vormittag (12h)	4 5 2 -	Schiffahrt, 3 St.	Nisulid, 1 St.
	Nachmittag (18h) 16	8 8 2	abliegen	" 2 St.
	Abend (22h) 19.02	6 8 -	ins Bett, schlafen	" 1 St.



Wann ist es schlimmer, wann besser? Tagebuch

Umfassende psychosoziale Anamnese



(Wechselwirkungen, Ursachen und Folgen nicht klar trennbar)

Einbezug von Partner/ Angehörigen

- Objektiveres Bild erhalten:
 - des Verhaltens des Betroffenen
 - der Beziehung zu den Angehörigen
- Informieren der Angehörigen über Beurteilung und Massnahmen
- Gewinnen der Angehörigen für Unterstützung in der Behandlung
- Abbau von Verstärkerbedingungen
- ev. Paar- oder Familienberatung einleiten

Vertrauensbildende Massnahmen

Beziehungsgestaltung: Gesprächsführung

Umfasst zwei Elemente:

- **Therapeutische Grundhaltung**

(Meine Einstellung zum Klienten: Wie begegne ich ihm, welches Gefühl gebe ich ihm, was vermittele ich ihm)

➔ Diese zeigt sich in der ...

- **Technik der Gesprächsführung**

(Wie fragen, wie zuhören, wie antworten)

➤ Basiert auf der „klientenzentrierten Psychotherapie“ (Gesprächspsychotherapie) nach Rogers



Gesprächsführung:

Therapeutische Grundhaltung

- **Therapeuteneigenschaften:**
 - Empathie, Echtheit und positive Wertschätzung
- **Therapieziele:**
 - Partnerschaft durch Unterstützung mit Information und Anleitung zu Selbsthilfe

(= Psychotherapie → Stufe 2)

Voraussetzungen

- **Motivationsarbeit**
 - Abholen bei Schmerz (wie beschrieben)
- **Vertrauensbeziehung**
 - Rahmenbedingungen →
 - Vorsichtsmassnahmen →
- **gute sprachliche Verständigung**
- **Leidensdruck**
 - somatische Therapien ausgeschöpft
 - sekundäre Verluste grösser als Gewinn



Schmerz-Psychotherapie

Spezielle Rahmenbedingungen

- **Vertrauen bilden:** Schmerz ernst nehmen, gründlich beobachten, hartnäckig und mit Intuition nach Einflüssen fahnden, Verhalten hinterfragen, Widerstände aufdecken
- **Abwehr vorläufig respektieren:**
 - Verleugnungstendenz (Belastungen)
 - Angst vor Ablehnung (Verstossung) und Verletzung (Retraumatisierung → *Stufe 4*)
- **Therapie schützen:**
 - Rückzug vermeiden, Motivation fördern, Struktur und Sicherheit geben; Umgang mit Widerstand → *Stufe 2*

Schmerz-Psychotherapie

Spezielle Vorsichtsmassnahmen

- **Struktur geben:**
 - Informieren, Fragen stellen Zusammenhänge ansprechen
 - Sicherheit geben: feste Termine, Erreichbarkeit garantieren (Abhängigkeit!)
 - zu Verhaltensänderung anleiten
 - Sprache des Unbewussten aktivieren
 - Übertragung beachten: Beziehungsanalyse (*Stufe 4*)
- **Auftragsklärung:**
 - Zieldefinition: keine Heilung, wenig passive Hilfe (Medikamente mit beschränkter Wirkung), Anleitung zur Selbsthilfe („Leben mit dem Schmerz“)
 - Hindernisse respektieren, Therapieresistenz akzeptieren, Geduld zeigen



2. KVT-Phase: „Leben mit dem Schmerz“

Schmerz ...

- ✓ ... **kennen lernen** (*Informationen über Krankheit, Hintergründe, Behandlung*)
- ✓ ... **verstehen lernen** (*Zusammenhänge mit Kognitionen und Verhalten erkennen*)
- ✓ ... **beeinflussen lernen**
(*Selbstbehandlungsmaßnahmen lernen und einsetzen*)
- ✓ ... **akzeptieren lernen** (*Schmerz nicht behebbar; Therapieresistenz*)

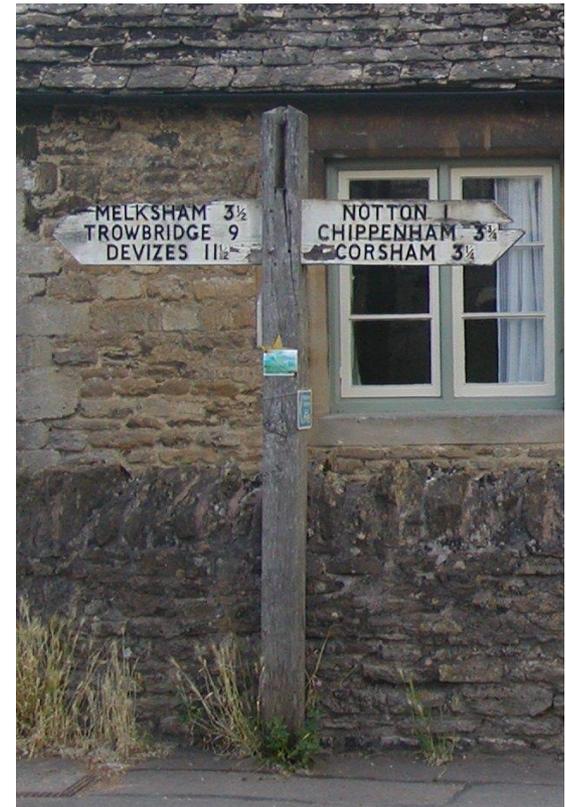
Schmerz kennen lernen: Informationen

- **Information über die Krankheit** (z.B. Fibromyalgie): Ursachen, Verlauf, Prognose, Therapiemöglichkeiten (→ Patient als informierter Partner, Förderung der Autonomie)
- **Information über Schmerz allgemein:** Unterschiede akut/chronisch, Schmerzleitung, Schmerzmodulation, „Gate-control“-Theorie, Konditionsverlust durch Schonung, Tendenz zu Selbstüberforderung (Erschöpfung) etc.



Schmerz verstehen lernen

- Wann ist es schlimmer/besser?
 - *Tagebuch, Einflussliste*
- Was teilt er mit?
 - *Zusammenhänge, Sachzwänge, Verhaltensmuster*
- Wovor schützt er?
 - *Überlastung, Stress, Nähe*
- Was bewirkt er?
 - *Wut, Schuldgefühle, Depression; Entlastung, Zeit für sich, Ruhe, Zuwendung*



Beispiel einer kognitiven Strategie:

„Mein Nacken schmerzt, ich kann den Kopf kaum drehen, auch beim Liegen tut es weh“.

Ungünstige Reaktionen	Günstige Reaktionen
Es sind schreckliche Schmerzen.	Ich habe wieder diese Schmerzen, es spannt.
Ob ein Nerv eingeklemmt ist?	Ich bin wohl verspannt, weil ich diese Reise vor mir habe und noch vieles vor bereiten muss; ich habe Angst, zu spät zu kommen.
Es wird immer schlimmer.	Wenn es mir gelingt, mich zu entspannen, wird der Schmerz erträglicher werden.
Ich muss zum Arzt.	Ein warmes Bad und ein paar Entspannungsübungen werden helfen.
Ich muss mich schonen.	Ich sollte wieder regelmässig schwimmen gehen.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

- ✓ **Necessity of pain acceptance** in order to improve function, **focus on psychological flexibility.**
- ✓ **Psychological flexibility** refers to the capacity to **change or maintain one's behavior in open contact with thoughts and feelings and, with attention to the opportunities of the current situation in order to realize valued life goals.**
- ✓ In the **context of chronic pain**, psychological flexibility means that painful sensations, feelings, and thoughts are accepted, that **attention is focused on the opportunities of the current situations rather than on ruminating about the lost past or catastrophizing about the future.**
- ✓ Behavior focused on **realizing valued goals instead of pain control,**
- ✓ **Flexibility** is attained by acquiring six psychological skills: **Acceptance, cognitive defusion, present moment awareness, contact with self-as context, values, formulation and committed actions.**
- ✓ Two overlapping processes: **mindfulness and acceptance and commitment and behavior change.**

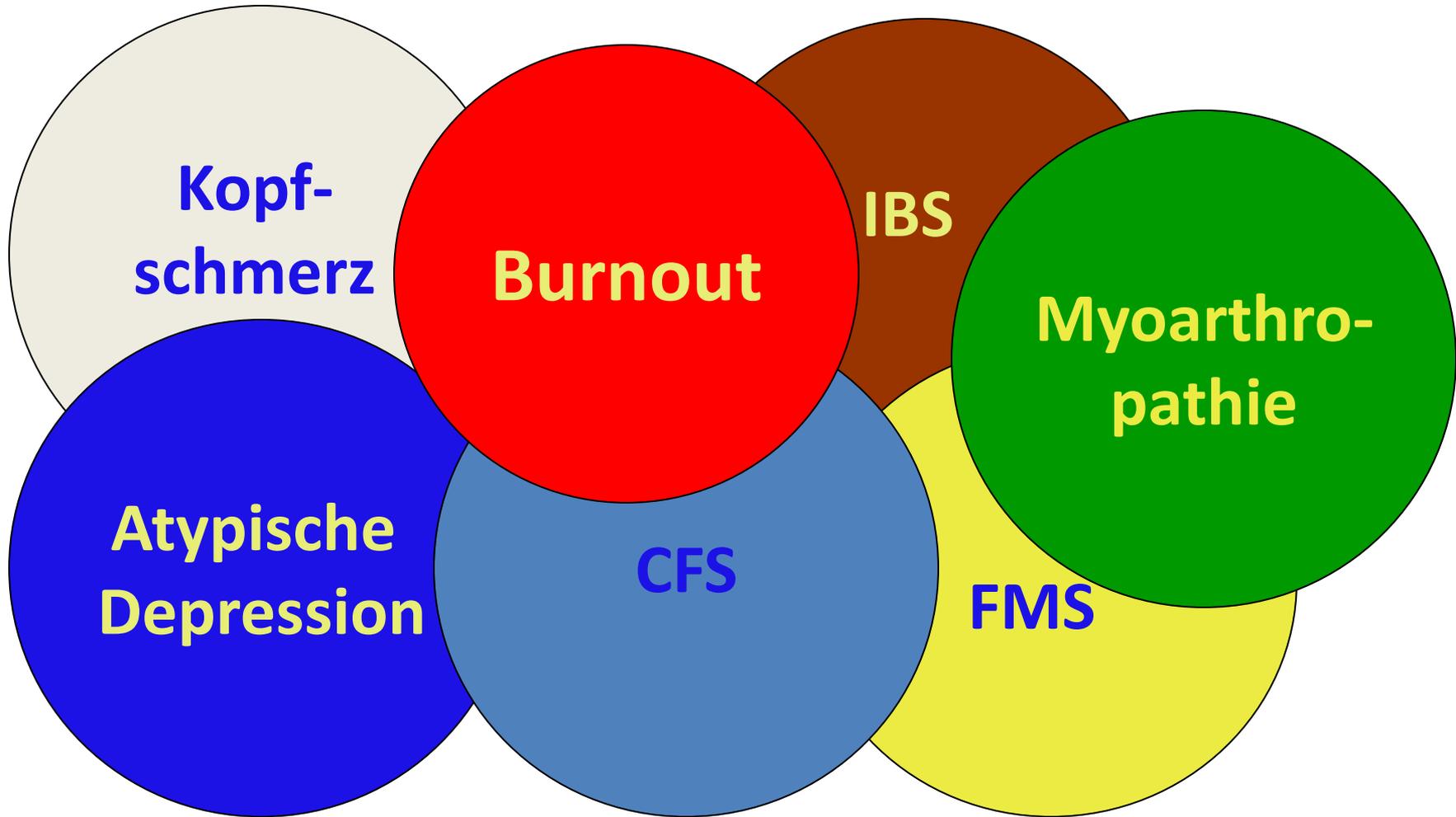
(McCracken & Vowles, 2014; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

Achtsamkeitsübungen (Mindfulness)

- Einübung achtsamer Körperwahrnehmung (*Body-Scan*)
- sanftes und achtsames Ausführen einer Anzahl von „Yogastellungen“ ([Asana](#))
- Kennenlernen und Einüben des „Stillen Sitzens“, der sogenannten Sitzmeditation ([Zazen](#))
- achtsames *Ausführen langsamer Bewegungen*, etwa in der Form der traditionellen „Gehmeditation“ ([Kinhin](#))
- dreiminütige Achtsamkeitsübung (*Breathing-Space*)
- *Aufrechterhaltung der Achtsamkeit auch bei alltäglichen Verrichtungen.*

Spektrum stressbedingter Störungen

(Affective spectrum disorders, „Ill-defined syndromes“; nach Daten von Bradley. J.Clin Psychiatry 2008)



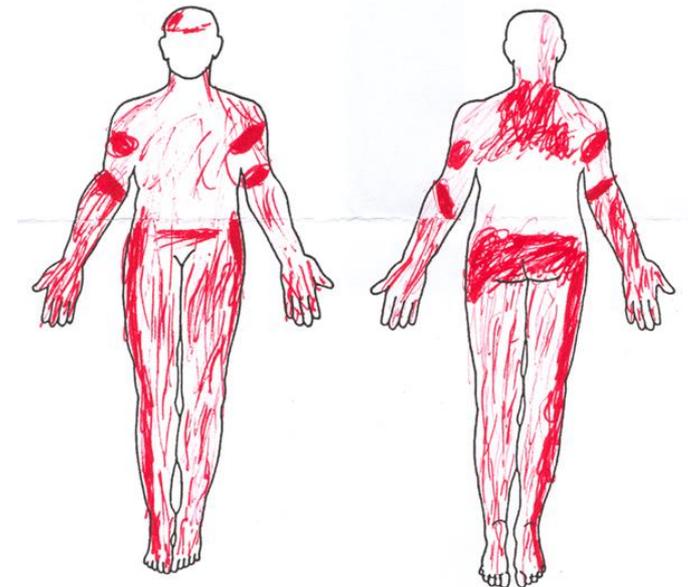
CFS = Chronic Fatigue Syndrome

FMS = Fibromyalgia Syndrome

IBS = Irritable Bowel Syndrome (Reizdarm)

Fibromyalgie

- Rheumatologische Diagnose (M 79.7) in der Gruppe „Weichteilrheuma“
- Funktionelle Störung ohne somatisches Korrelat (F 45.4)
- Häufige Störung:
 - 20-40% der Neukonsultationen bei Rheumatologen
 - 3.4% für Frauen / 0.5% für Männer
 - 80-90% Frauen betroffen
 - Altersgipfel 30-50 Jahre



Fibromyalgie

Diagnosestellung: Neue Kriterien

- **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



*mind. 5 bei hohem Schweregrad

(Neue ACR-Kriterien von Wolfe et al. 2010;
ACR = American College of Rheumatology)

Häufigste Begleitsymptome

(Neue ACR-Kriterien, ergänzt)

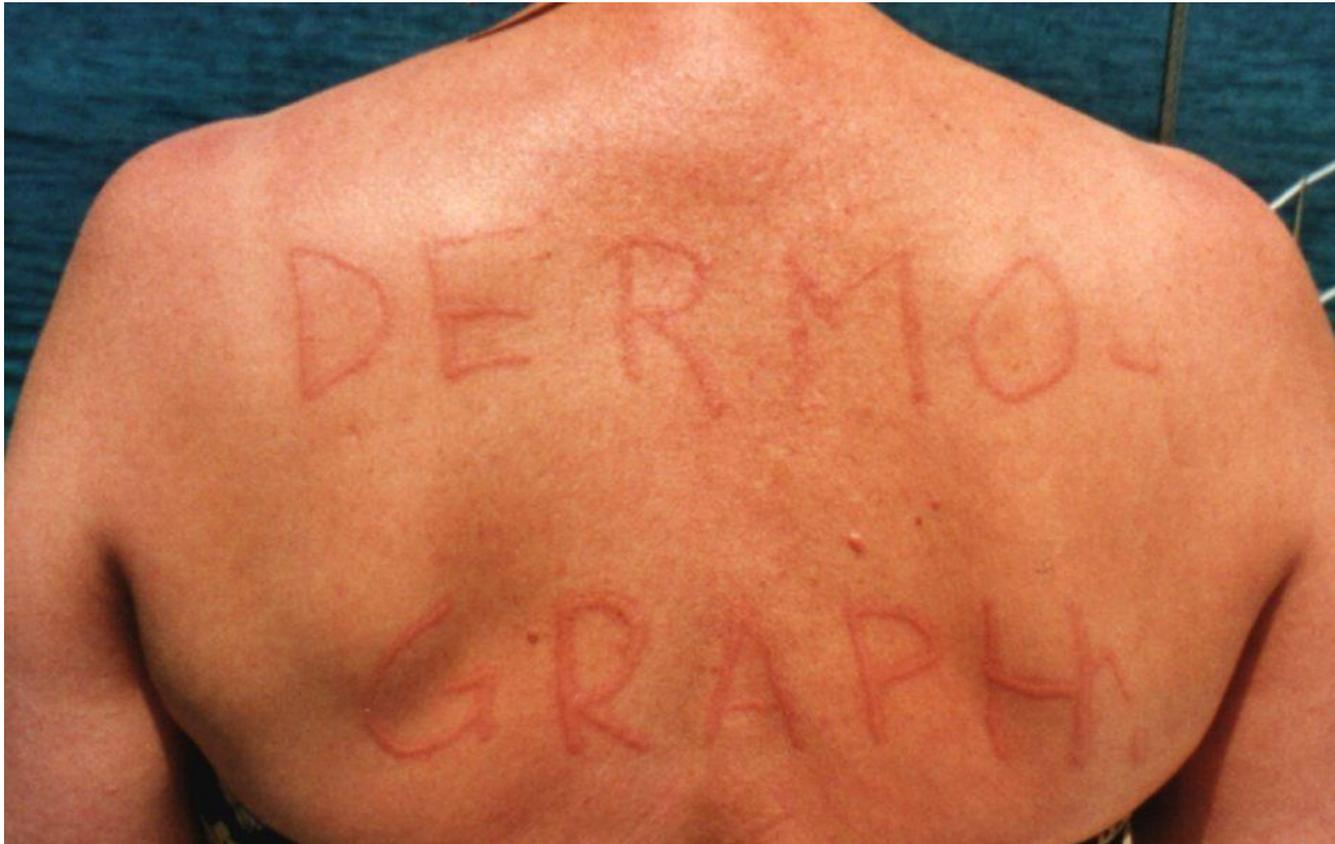
- **Muskelspannung, Muskelschmerz**
- [Gelenkschmerzen ev. nur bei Druck, Schwellungsgefühl in Händen]
- **Kopfschmerz (Migräne)**
- Globusgefühl (Klossgefühl), Reizmagen, Oberbauchschmerzen, Übelkeit, Appetitverlust, Erbrechen
- **Reizdarm: Bauchkrämpfe, Verstopfung, Durchfall**
- [Parästhesien (Empfindungsstörungen)]
- Schlaflosigkeit {**Müdigkeit und unerholsamer Schlaf sind Hauptkriterien**}
- {ebenso: **Kognitive Symptome: Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen**}

Seltene Begleitsymptome

(Neue ACR-Kriterien, ergänzt)

- Nervosität, Depressivität, Ängstlichkeit
- Brustschmerzen, Kurzatmigkeit, Herzschmerzen
- Fieber, [häufiges Schwitzen]
- trockene Mundschleimhaut, trockene Augen
- Raynaud-Phänomen („weisse“ Finger bei Kälte), kalte Akren (Hände, Füße)
- [Dermographismus (Buchstabenhaut), rote Hautflecken]
- Ohrgeräusche, Hörprobleme, Lärmempfindlichkeit
- Schwindel, [orthostatische Hypotonie/tiefer Blutdruck bei Aufstehen]
- Geschmacksstörungen
- häufiges und/oder schmerzhaftes Wasserlassen
- Kiefergelenkschmerzen, Zähneknirschen

Vegetative Symptome: Dermographismus (Buchstabenhaut)



Frau K., *1949

Zusatz- beschwerden

Beschwerdenliste

Es folgt eine Liste von häufigen körperlichen oder „nervösen“ Beschwerden. Bitte machen Sie bei jeder Beschwerde ein Kreuz in der für Sie am besten zutreffenden Spalte. Bitte lassen Sie keine Zeile aus.

Ich leide unter folgenden Beschwerden:	stark	mässig	kaum	gar nicht
1. Kopfschmerzen, bzw. Druck im Kopf		X		
2. Gleichgewichtsstörungen oder Schwindelgefühle	X			
3. Innere Unruhe	X			
4. rasche Ermüdbarkeit, resp. Erschöpfbarkeit	X			
5. Nacken- oder Schulterschmerzen	X			
6. Mangel an sexueller Erregbarkeit		X		
7. starkes Schwitzen			X	
8. Zittern	X			
9. Reizbarkeit	X			
10. Schwächegefühl	X			
11. Konzentrationsstörungen, Konzentrationsschwäche		X		
12. Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafprobleme)	X			
13. übermässiges Schlafbedürfnis			X	
14. Lärmempfindlichkeit	X			
15. Energielosigkeit	X			
16. Kreuz- oder Rückenschmerzen	X			
17. Überempfindlichkeit gegen Kälte		X		
18. Engegefühl oder Würgen im Hals beim Schlucken	X			
19. Bauchschmerzen (einschl. Magen- oder Unterbauchschmerzen)		X		
20. Verstopfung oder Durchfall		X		
21. Druck- oder Völlegefühle im Bauch		X		
22. Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen			X	
23. Gelenk- oder Gliederschmerzen		X		
24. Kalte Hände oder Füsse	X			
Total pro Spalte				
	x 3	x 2	x 1	x 0
Punkte pro Spalte				
Total Punkte (Beschwerdenanzahl)				

Frau K., *1949

Befunde (Psychostatus)

- erschien skeptisch zu Untersuchung, vorerst Vorbehalte gegenüber Mann als Therapeut (sexueller Missbrauch), gewinnt Vertrauen
- leise, monotone Stimme, bedrückt, sehr leidend
- fühlt sich in jetziger Lebenssituation hilflos
- übermässig angepasst, aggressionsgehemmt
- Angst vor Abhängigkeit und Angst vor Alleinsein
- dissoziiert bei Gespräch über traumatisierende Kindheitserfahrungen (Krämpfe im Bauch, lassen sich mit Entspannungsübungen oder Ablenkung beeinflussen)

Psychiatrische Beurteilung

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) mit multiplen Begleitsymptomen im Sinne der Fibromyalgie (M 79.0)
2. Rezidivierende depressive Episoden (F33.1), gegenwärtig remittiert
3. Klaustrophobie (F 40.2)
4. Abhängige Persönlichkeitszüge

Therapiekonzepte: Multimodales (Gruppen*-) Behandlungsprogramm

1. ***Information:** Leben mit dem Schmerz
2. ***Bewegungstherapie:** Beweglichkeit, Kraft, Ausdauer
3. ***Psychotherapie:** Schmerz- und Stressbewältigung (Leistungsverhalten), Entspannung (Kognitive Verhaltenstherapie°, Achtsamkeit)
4. **Symptomatische Schmerzbehandlung:**
 - medikamentös: Antidepressiva*, Analgetika
 - physikalisch: Wärme, Kälte, Massagen, Wassertherapie* („spa treatment“)

(/ ° Wirksamkeit erwiesen Evidenzgrad 1a: Arnold B et al., sowie Thieme K et al., Schmerz 2008 = Leitlinien: AWMF; Leitlinien EULAR 2007/16, APS 2008)*

2. Bewegungstherapie

- ✓ **Beweglichkeit:** Dehnübungen
 - ✓ **Kraft:** Rumpfmuskulatur (Haltung)
 - ✓ **Ausdauer:** Kondition (Fitness)
wohl dosiert, schonungsvoll: geringe Belastung, viele Wiederholungen, Freude an der Bewegung, im Alltag integriert
- > **psychologische Begleitung, Motivationsarbeit**



3. Psychotherapie in Gruppe/ individuell

– kognitive Schmerzkontrolle

- Denkmuster, Schmerzverarbeitung
- Ablenkstrategien, Akzeptanz

– Verhaltensänderung

- Stressbewältigung: Ziele überdenken, sich abgrenzen, sich durchsetzen, ev. Paar-/ Familientherapie
- Hintergründe des Verhaltens („Selbstüberforderung“, Lebensgeschichte)

– Entspannung

- Autogenes Training, progressive Muskelrelaxation, imaginative Verfahren
- Ausgleich, Erholung, Genuss

Integriertes Gruppenprogramm für Fibromyalgie-PatientInnen

- **Hauptziele:** Information (Schulung), Selbstkontrolle (Selbsthilfe) und Aktivierung
- **Schmerz- und Leistungsverhalten** als zentrale Themen: Schmerz- und Stressbewältigung (kognitive Verhaltenstherapie, Entspannung, Bewegung)
- **Kombination** von Psychotherapie und Physiotherapie

- 6 – 8 Pat./ Gruppe
- Individ. Vorgespräch
- Schriftliche Unterlagen
- Starke Strukturierung
- kein Jammer-Club!!



Ablauf & Inhalte Gruppenprogramm

12 Gruppensitzungen à 120 Minuten je mit ca. 25 Min. Gymnastik und Entspannung (PMR, AT u.a.) und zusätzlich 1 h Physiotherapie in Gruppe

1. Ziele, Vorstellungsrunde, Gruppenregeln
2. Information: Diagnose, Pathogenese, Therapie
3. Diskussion FMS: eigenes Erleben, Einflüsse Kindheit
4. Schmerz: Wahrnehmung, Beeinflussung
5. Diskussion Schmerz: eigener Umgang mit Schmerz
6. Rolle der Kognition (Gefühle, Ablenkung)
7. Rolle Leistungsorientierung, Perfektionismus; Ergonomie
8. Überhilfsbereitschaft, Wachsamkeit
9. Helfen – sich helfen lassen (blind Führen)
10. Sich wehren, fordern, abgrenzen
11. Genusstraining (Inseln finden), Selbstbehandlung
12. Abschluss: Feed-back, offene Fragen, weiteres Vorgehen

Beispiel von Lerninhalt:

Pacing: Gute Tage nützen und schützen

- Patienten neigen dazu sich zu überfordern und Schmerzen zu provozieren, v.a. wenn sie einen guten Tag haben, weil sie ...
 - nachholen wollen, was sie versäumt haben
 - überzeugt sind, dass der nächste Tag wieder schlecht sein wird
 - den guten Tag nützen wollen



4. Symptomatische Schmerzbehandlung: a. Medikamente

- klar nachgewiesen (1a Evidenz):
 - TCA: **Amitriptylin** (Saroten ret. 25mg), andere (z.B. Doxepin) weniger belegt
- teilweise nachgewiesen:
 - SSRI: Fluoxetin (2a Evidenz), andere unsicher
 - SNRI: Duloxetin, Venlafaxin (2b Evidenz), andere Präparate unsicher
 - Pregabalin (2b Evidenz)
 - Benzodiazepine nicht empfohlen
 - Tramadol (2b Evidenz)

Sommer, C. et al. Schmerz 2008 (S. 313 –323); EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia, BMJ 2016)



Weitere therapeutische Massnahmen:

Pharmakotherapie:

- Wechsel von Oxazepam (Seresta®) und Zolpidem (Stilnox®) auf Trazodone (Trittico®)
- später auf Amitriptylin (Tryptizol®/Saroten ret.®) 50mg trotz lästiger Mundtrockenheit
- Duloxetin (Cymbalta®) und Pregabalin (Lyrica®) nicht ertragen wegen zu starken Nebenwirkungen
- daneben Novalgin bei Bedarf (1–3 Tbl./Tag)

Einzelpsychotherapie: Psychodynamische Aufarbeitung

- sexuelle Traumatisierungen in der Kindheit
- aktuellen Probleme in Ehebeziehung
- Minderwertigkeitsgefühle
- Ängste, vor dem Alleinsein
- Überanpassung (Abhängigkeit)/ Schuldgefühle in Beziehungen

Frau K., *1949

Krankheitsverlauf

- Mai 2007 bedrohliche suizidale Krise, Hospitalisation vom 24.5. bis 13.7.07
- schafft es erneut sich vom Ehemann zu trennen, sich eine eigene Wohnung zu nehmen
- seit erfolgreichem Abschluss des Scheidungsverfahrens und Wegzug des Ex-Mannes deutlich besser; Kontakte mit neuen Partnern
- arbeitet stundenweise (6-8 Std./Woche) in Betreuung von Behinderten und Betagten
- 50% IV, EL
- Schmerz, Beschwerden deutlich reduziert →

Frau K., *1949

Verlauf: Beschwerdenscore

2004: 58 Punkte
 2007: 46 Punkte
 2010: 34 Punkte
 2013: 17 Punkte

Beschwerdenliste

Es folgt eine Liste von häufigen körperlichen oder „nervösen“ Beschwerden. Bitte machen Sie bei jeder Beschwerde ein Kreuz in der für Sie am besten zutreffenden Spalte. Bitte lassen Sie keine Zeile aus.

Ich leide unter folgenden Beschwerden:	stark	mässig	kaum	gar nicht
1. Kopfschmerzen, bzw. Druck im Kopf			X	
2. Gleichgewichtsstörungen oder Schwindelgefühle		X		
3. Innere Unruhe		X		
4. rasche Ermüdbarkeit, resp. Erschöpfbarkeit		X		
5. Nacken- oder Schulterschmerzen		X		
6. Mangel an sexueller Erregbarkeit			X	
7. starkes Schwitzen	X			
8. Zittern		X		
9. Reizbarkeit		X		
10. Schwächegefühl			X	
11. Konzentrationsstörungen, Konzentrationsschwäche			X	
12. Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafprobleme)	X			
13. übermässiges Schlafbedürfnis			X	
14. Lärmempfindlichkeit	X			
15. Energielosigkeit			X	
16. Kreuz- oder Rückenschmerzen		X		
17. Überempfindlichkeit gegen Kälte		X		
18. Engegefühl oder Würgen im Hals beim Schlucken		X		
19. Bauchschmerzen (einschl. Magen- oder Unterbauschmerzen)		X		
20. Verstopfung oder Durchfall		X		
21. Druck- oder Völlegefühle im Bauch		X		
22. Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen		X		
23. Gelenk- oder Gliederschmerzen		X		
24. Kalte Hände oder Füsse	X			
Total pro Spalte	4	14	6	
	x 3	x 2	x 1	x 0
Punkte pro Spalte	12	28	6	46
Total Punkte (Beschwerdenscore)	→	→	→	

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

Tendenz zu Selbstüberforderung

- **Leistungsorientierung:** hartes, pausenloses Arbeiten, Verausgabung, wenig Erholung
- **Selbstwertprobleme:** Anerkennung von Leistung abhängig, Selbstentwertungstendenz
- **Angst vor Kritik und Verstossung:** Perfektionismus, Überanpassung, Überwachsamkeit
- **Vermeidung von Abhängigkeit:** Mangel an Urvertrauen, forcierte Selbständigkeit, Mühe Hilfe zu beanspruchen, Bindung an abhängige Partner
- **Aggressionshemmung:** geringes Durchsetzungsvermögen, konfliktscheu, Harmoniesucht
- **Alexithymie:** Unfähigkeit, v.a. unangenehme Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken

Hintergründe der Tendenz zu Selbstüberforderung

- Lebensgeschichte (Kindheit)
 - Mangel an Liebe und Zuwendung
 - Strenge, Strafen, Schläge
 - frühes hartes Arbeiten
 - Missbrauch (körperlich, sexuell)



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



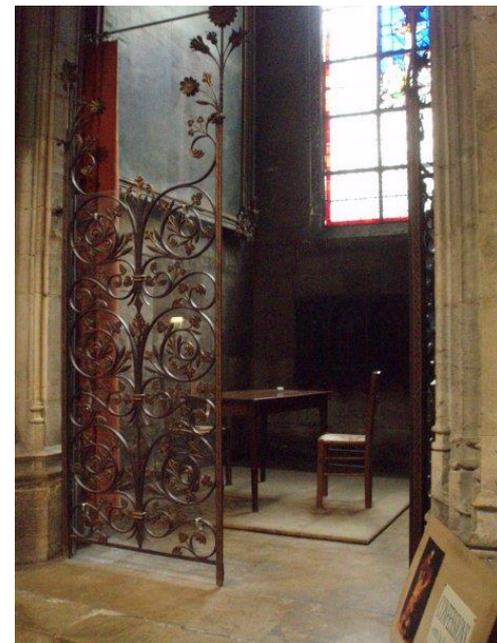
Bindungs- und Beziehungsstörung

- vermeidendes Bindungsverhalten
- Vermeidung von Abhängigkeit
- Dissoziierte, unreife (emotionale) Persönlichkeitsanteile neben reifen, anscheinend normalen Persönlichkeitsanteilen:
 - „Interaktionspersönlichkeit“: Aktivierung durch Übertragungsphänomene (Schlüsselsituationen)
- wechselndes Beziehungsverhalten je nach Situation und Bezugsperson!!!



Trauma aufarbeiten: *Rahmenbedingungen*

- **Information** über Symptome und Mechanismen der PTBS sowie geplanten Therapieprozess
- **Angst** vor Wiedererleben, Verleugnung und Verdrängungstendenz wohlwollend ansprechen
- **Klare Abmachungen für Aufarbeitung:** Tempo vereinbaren, Schutz anbieten, Schutzmassnahmen besprechen und Einüben
- **Autonomie:** Pat. entscheidet mit wie und wann die Aufarbeitung geschehen soll
- **Retraumatisierung vermeiden:** weder rücksichtslose Aufarbeitung noch verleugnendes Wegsehen



Trauma aufarbeiten: *Ziele*

- **Bewältigung der Vergangenheit erlaubt freieres Leben in der Zukunft**
 - Ablegen von zwanghaften, erschöpfenden Defensivhandlungen
 - Ablegen von Vermeidungsverhalten (Abhängigkeit, Nähe, Intimität), Erlernen von Vertrauen, Inanspruchnahme von Hilfe, Zulassen von Schwäche („Gefühle“)
 - Verzicht auf Überwachsamkeit, Überanpassung, Überhilfsbereitschaft



... noch Zeit ???

- für «Umgang mit Widerstand»



Wenn nichts hilft - Widerstände gegen Veränderung

- unrealistisch hohe Erwartungen: Heilung
- hilflos-passive Erwartungshaltung: „Ich kann nichts dagegen tun ...“
- Einwände gegen Veränderung: „Ja, aber ...“
- verdeckte Widerstände: „... nichts hilft, alles macht Nebenwirkungen, immer gleich ...“
- vermeintliche Sachzwänge - unrealistische Ängste



Psychotherapie - Widerstände: Erklärungsmodell, Auswege

- ✓ Schmerzspiele (R.A. Sternbach) = destruktive Spiele (emotionsgeladen) der Transaktionsanalyse (Eric Berne)
- ✓ beschreiben typische Helfer - Patient - Interaktion (Helferrolle!)
- ✓ Betrachtung auf Systemebene, Metakommunikation, Übertragung/ Gegenübertragung
- ✓ Paradigmawechsel



Schmerzspiele: Eröffnung (1)

*Ein chronischer Schmerzpatient kommt mit der **scheinbar gutartigen Bitte** zum Arzt, dass dieser ihn von **seinen Schmerzen befreien** solle, was bisher **noch kein Therapeut geschafft** habe.*

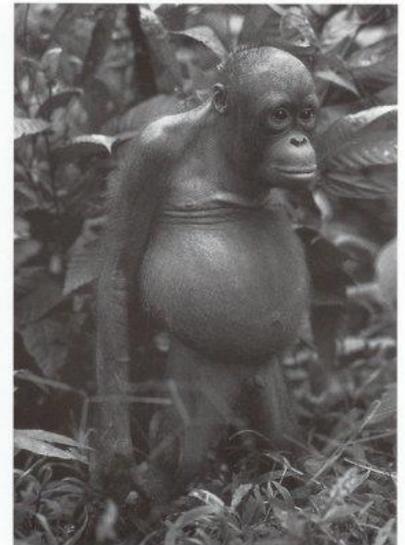


Schmerzspiele: Fortsetzung (2)

*Verdeckt teilt er dem
Therapeuten mit, dass dieser
das gewünschte Ziel auch nicht
erreichen werde.*

Schmerzspiele: Fortsetzung (3)

*Darin drückt sich das **unbewusste Motiv** des Patienten aus: Das Bedürfnis, in seiner **Grundeinstellung bestätigt** zu werden, dass ihm niemand wirklich helfen könne (wolle) und er **letztlich immer wieder enttäuscht und abgewiesen** werde.*



Man wird sitzen gelassen, gefeuert oder geschieden

Schmerzspiele: Ausgang (4)

*Steigt der Arzt, aus seinem **Bedürfnis allen helfen zu wollen (müssen)**, trotzdem auf die Aufforderung ein und versucht den Patienten vom Schmerz zu befreien, so sind ein **Scheitern und die beiderseitige Enttäuschung** unvermeidlich.*



Schmerzspiele: Massnahmen

1. Interaktionsgeschehen wahrnehmen
2. Emotionale Reaktionen beidseits beachten (eigene Gefühle)
3. Eigene Rolle überdenken
4. Übertragung und Gegenübertragungspänomene erkennen (zirkuläres Modell; Beziehungsanalyse)
5. Reagieren, neue ev. paradoxe Strategien suchen

Destruktive Spiele: Auswege

Veränderungen in Helferrolle

- Rolle des omnipotenten Helfers aufgeben
(*Paradigmawechsel: Akutmedizin -> Rehabilitation*)
- eigene Grenzen (Gefühle) kennen und zeigen (Echtheit!), trotzdem wohlwollend und einfühlsam bleiben
- eigene Angst, zu enttäuschen ablegen: Nein sagen gegenüber Patient

Destruktive Spiele: Auswege

Erwartungen an Patient

- Klare Abmachungen (Erwartungen klären, realistische (bescheidene) Ziele definieren, ev. Vertrag)
- Eigenverantwortung fördern (Selbstreflexion), Eigenleistungen verlangen (Hausaufgaben)
- Übertriebene Hilflosigkeit aufdecken, überwinden helfen („ja, aber“)
- Ausweglosigkeit (Therapieresistenz, bleibende Schäden) akzeptieren, aber nicht fallen lassen

Zusammenfassung:

Psychotherapie bei chronischen Schmerzen

- Integration in somatische Behandlung (bio-psycho-sozial): Abholen beim Schmerz, Vertrauen bilden
- Kognitiv-verhaltenstherapeutischer Einstieg: Selbsthilfe aktivieren
- Sanfter Übergang zu aufdeckender Psychotherapie: Lebensgeschichte, Beziehungsanalyse
- Umgang mit Widerstand: eigene Hilflosigkeit nutzen
- ! Therapiesituation als Modell, Mut zu Intuition statt starre Theorie

Werbung in eigener Sache: Ausführliche Darstellung der Konzepte



Von Burnout über Fibromyalgie bis zu unspezifischen Rückenschmerzen: Somatoforme Störungen, die mit Müdigkeit einhergehen und deren Behandlung anschaulich mit vielen Fallbeispielen beschrieben.

Für Laien und allg. Fachleute

Für Psychotherapeuten



Danke für Ihre Aufmerksamkeit!