

## **Pressekonferenz**

### **„Psychotherapie und psychologische Interventionen bei chronischen Schmerzerkrankungen“**

11.3.2010 • PresseClub München

## **Anhang Fortbildungsveranstaltung**

### **„Psychotherapie und psychologische Interventionen bei körperlichen Erkrankungen“**

6.3.2010 • LMU • München

**Bayerische Landeskammer der  
Psychologischen Psychotherapeuten  
und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

## **Abstractsammlung**

© Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten  
und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 2010

Hausanschrift: St. Paul-Str. 9; 80336 München  
Postanschrift: Postfach 151506; 80049 München

Tel.: 089 / 515555-0  
Fax.: 089 / 515555-25

[info@ptk-bayern.de](mailto:info@ptk-bayern.de),  
<http://www.ptk-bayern.de>

# **Inhaltsverzeichnis**

## ***Statements der Pressekonferenz***

Klasen: Psychotherapie und interdisziplinäre Therapie bei chronischen Schmerzen.....	4
Klimczyk: Behandlung chronischer Schmerzen am gesamten Bewegungsapparat mit Schwerpunkt „Erkrankungen an der Wirbelsäule“.....	5

## ***Anhang***

### ***Vorträge der Fortbildungsveranstaltung***

Mittag: Psychologische und psychotherapeutische Interventionen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen.....	6
Schütz / Schauerte: Psychotherapie bei der Behandlung von Asthma und Neurodermitis bei Kindern und Jugendlichen.....	7
Waadt: Psychotherapie bei der Behandlung von Diabetes .....	8
Klasen: Psychotherapie bei der Behandlung chronischer Schmerzen .....	12

<b>Personenverzeichnis .....</b>	<b>13</b>
----------------------------------	-----------

## **Statements Pressekonferenz 11. März 2010, PresseClub München**

### **Dr. Dipl.-Psych. Bernhard Klasen: Psychotherapie und interdisziplinäre Therapie bei chronischen Schmerzen**

#### **Schmerz ist eine Volkskrankheit**

Rund 17 Millionen Menschen leiden in Deutschland unter chronischen Schmerzen. Weit vor Rheuma, degenerativen Gelenkerkrankungen (Arthrose), entzündlichen Gelenkerkrankungen (Arthritis), Osteoporose und Erkrankungen des Nervensystems ist es vor allem der Rücken, der schmerzt. Bis zu 1,5 Millionen Patienten leiden unter problematischen Schmerzkrankheiten und benötigen eine spezialisierte Schmerztherapie. Die Zahl der Schmerzpatienten steigt jährlich weiter an. Viele Patienten bleiben immer noch un- bzw. unterversorgt.

#### **Psychotherapeutische Behandlungsstrategien zeigen sich als wirksam**

Insbesondere Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie haben sich bei der Behandlung chronischer Schmerzen bewährt. Therapiemethoden wie Psychoedukation, Schmerzbewältigungsstrategien, Problemlösetraining, Biofeedback und Training sozialer Kompetenzen haben sich bewährt und gehören zum Standardrepertoire der psychologischen Schmerztherapie. Weiterentwicklungen der Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) nach Jon Kabatt-Zinn und der Acceptance and Commitment Therapy (ACT) finden sich im Konzept der Contextual Behavioral Therapy for severely disabled chronic Pain Sufferers (Dahl et al., McCracken et al.) wieder und bieten für die Zukunft auch für schwerstbeeinträchtigte Patienten eine vielversprechende psychotherapeutische Behandlungsstrategie.

#### **Die multimodale Schmerztherapie ist die effektivste Therapiemöglichkeit bei chronischen Schmerzen**

Die multimodale Schmerztherapie ist derzeit die Behandlung erster Wahl. Interdisziplinäre Behandlungsprogramme von mindestens 100h Dauer haben sich wiederholt gegenüber unimodalen Behandlungen überlegen gezeigt. Multimodale Behandlungen sind definiert durch die Einbindung somatischer, körperlich und psychologisch übender sowie psychotherapeutischer Verfahren in ein teamgesteuertes, interdisziplinäres Therapiekonzept. Durch moderne und intelligente Versorgungskonzepte und eine frühzeitige Behandlung kann eine fortschreitende Chronifizierung von Schmerzen verhindert werden.

## **Dr. med. Klaus Klimczyk: Behandlung chronischer Schmerzen am gesamten Bewegungsapparat mit Schwerpunkt „Erkrankungen an der Wirbelsäule“**

### **Das Märchen der eingebildeten Schmerzen:**

Anhand des Phantomschmerzes und eines weiteren Beispiels wird die Chronifizierung akuter Schmerzen erklärt, nämlich dass es sich um strukturelle, d. h. tatsächliche Veränderungen im Rückenmark und Gehirn handelt, die sogar bildgebend (funktionelle PET – Scans) sichtbar gemacht werden können. Dies gilt nicht nur für den Phantomschmerz, sondern auch für den chronischen Rückenschmerz ohne nachweisbaren Bandscheibenvorfall als auch für den Schmerz von an Fibromyalgie Erkrankten.

### **Nackenschläge bekommen:**

Nicht nur Autos verschleißen, sondern auch wir Menschen. Autos fahren i.d.R. störungsfrei trotz dieser Verschleißerscheinungen, ähnlich ist dies beim Menschen. Gelegentlich bereiten diese Verschleißerscheinungen jedoch Probleme und können behandelt werden. Liegen beispielsweise Verschleißerscheinungen im Bereich der Halswirbelsäule insbesondere der kleinen Wirbelgelenke (auch Facettengelenke genannt) vor, kann es hierdurch zu bewegungsabhängigen bzw. limitierenden Schmerzen kommen, die Schmerzen können in den Kopf und den Schulter-Nacken-Bereich ausstrahlen. In der Regel verschwinden die Schmerzen wieder schnell bei angemessenem Umgang damit. Angemessen bedeutet weiter bewegen, jedoch nur so, wie es der Schmerz zulässt. Dies funktioniert unter normalen Lebensbedingungen gut. Kommt es jedoch zu einer dramatischen Eskalation der Lebensumstände, z. B. durch den Verlust des Arbeitsplatzes, einer Mobbing-Situation, einer schweren Beziehungskrise oder gar Trennung vom Partner im Sinne eines schweren Nackenschlages, dann entstehen hierdurch ausgeprägte Verspannungen im gesamten Schulter-Nacken-Bereich. Durch diese dauerhafte Verspannung der Nackenmuskulatur kann die Verschleißentzündungsreaktion der kleinen Wirbelgelenke nicht ausheilen und so lange Zeit Schmerzen bereiten. Alternativ können solche aktivierten Verschleißerscheinungen auch durch psychosoziale Stressfaktoren bedingte Verspannungen ausgelöst werden und den Verschleiß langsam sogar verschlimmern, wie bei einem „zu fest angezogenen Radlager“.

### **Balance:**

Ganz bestimmte Menschentypen neigen zu bestimmtem Verhalten, der verbissene bzw. fröhliche Durchhalter zum Durchbeißen, d. h. zu viel zu machen. Der depressive Vermeider dagegen hat zu wenig Aktivität. Zuviel Durchhalten überlastet Gelenke dauerhaft und unterhält dadurch die Verschleißaktivierung, zu wenig Bewegung führt zu Abbau und damit zum Verlust der Stoßdämpferfunktion der Muskulatur. Diesen Teufelskreislauf gilt es zu durchbrechen und eine angemessene Balance zwischen Aktivität und Entspannung zu finden, dies angestrebte kann individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Es gilt also nicht mehr entweder nur schwarz oder weiß zu sehen, auch unterschiedliche Grautöne können sehr schön sein. Ein hilfreiches Handwerkszeug, dies zu erreichen, ist die „30% Regel“, welche an einem klassischen Beispiel der Knieschmerzgeschichte eines Fußballers erklärt wird.

## **Anhang**

### **Vorträge der Fortbildungsveranstaltung**

**6. März 2010, LMU München**

**PD Dr. Dipl.-Psych. Oskar Mittag: Psychologische und psychotherapeutische Interventionen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen:**

**Senatssaal, 10.15 – 11.00 Uhr**

Herz-Kreislaufkrankungen und darunter führend die koronare Herzkrankheit (KHK) bilden in allen Industrieländern die mit Abstand häufigste chronische Krankheit und Ursache für (vorzeitigen) Tod. Zusammenhänge zwischen der Psyche und Störungen der Herztätigkeit wurden bereits von den Ärzten der Antike beobachtet. Heute wissen wir, dass psychische Faktoren bei der Entwicklung und Prognose der KHK eine Rolle spielen. So ist das Risiko, an einer KHK zu erkranken, bei Menschen mit einer Depression um ca. 60 % erhöht, und die Prognose einer bestehenden Erkrankung ist bei Depressiven schlechter. Allerdings bleibt ungeklärt, ob es sich dabei tatsächlich um eine Ursache-Wirkungs-Beziehung handelt. Denkbar wäre auch eine gemeinsame genetische Grundlage von Depression und KHK. Das würde erklären, warum selbst in sehr großen Studien (ENRICHD, SADHART) keine Verbesserung der Prognose der KHK gefunden wurde, wenn eine bestehende Depression mittels Psychotherapie oder Medikamenten behandelt wurde. Dagegen hat sich aber eine Reihe von anderen psychologischen Interventionen als erfolgversprechend herausgestellt. Aktuelle Metaanalysen zeigen, dass insbesondere Stressbewältigungs- und Entspannungstraining die Prognose der KHK verbessern können (Rees et al., 2004; Linden et al., 2007, van Dixhoorn & White, 2005). Psychologischen Interventionen kommt also bei der Behandlung der KHK (z. B. im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen) ein hoher Stellenwert zu. Eine spezielle, kausal wirkende Psychotherapie für Koronarkranke gibt es aber nicht.

#### **Literatur**

Linden, W., Phillips, M.J. & Leclerc, J (2007). Psychological treatment of cardiac patients: A meta-analysis. *European Heart Journal Advance Access* (doi:10.1093/eurheartj/ehm504).

Mittag, O. (2009). Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 444-449). Göttingen: Hogrefe.

Rees, K., Bennett, P., West, R, Davey Smith P. & Ebrahim, S. (2004). Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2* (doi: 10.1002/14651858.CD002902.pub2).

Van Dixhoorn, J. & White, A. (2005). Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 12*, 193-202.

### **Dipl.-Psych. Wolfgang Schütz, Dr. med. Gerd Schauerte: Psychotherapie bei der Behandlung von Asthma und Neurodermitis bei Kindern und Jugendlichen**

**Senatssaal, 11.00 – 11.45 Uhr**

Lernstörungen, ADHS, Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen treten bei Kindern und Jugendlichen, die an Asthma bronchiale erkrankt sind, doppelt bis dreimal so häufig auf, wie in der Normalbevölkerung. Ebenso ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind oder Jugendlicher mit einer psychischen Auffälligkeit oder Störung auch an Asthma bronchiale leidet, gegenüber der Normalbevölkerung um 1,5- bis 2-mal erhöht. Die Untersuchungen an Neurodermitikern weisen in die gleiche Richtung.

Für das Zustandekommen dieser Zusammenhänge liegen verschiedene Hypothesen und wissenschaftliche Belege vor. So kann sich eine Asthmaerkrankung in der Folge individueller und familiärer Probleme entwickeln. Neben einem erhöhten IgE-Wert im sechsten Lebensmonat und rezidivierenden Infekten, sind problematisches Elternverhalten im Säuglings- und Kindesalter und kindliche Verhaltensauffälligkeiten Prädiktoren für eine spätere Asthmaerkrankung der Kinder. Die Wahrscheinlichkeit, eine Panikstörung zu entwickeln, ist bei Asthmatikern 4- bis 5-mal höher, als beim Durchschnitt der Bevölkerung.

Dass sich die Symptome psychischer Störungen und die Auswirkungen von Asthma und Neurodermitis und die Erfordernisse eines gelungenen Krankheitsmanagements gegenseitig verstärken können, liegt auf der Hand: Regelmäßige und zuverlässige Dauertherapie, eine Steuerung und Kontrolle körperlicher Aktivitäten, die Vermeidung von Auslösern und die notwendige soziale Kompetenz geraten in Konflikt mit Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität (ADHS) oder mit der Neigung zu Regelverletzungen, sich mit Erwachsenen zu streiten, mit Empfindlichkeit und Wutausbrüchen (SSV). Andererseits können sich krankheitsbedingte Schlafstörungen, Aussehen (Neurodermitis), Aktivitätseinschränkungen und die Einschränkungen bei Sozialkontakten negativ auf Selbstwert, den

Umgang mit Anderen und die Entwicklung der sozialen Kompetenzen eines Kindes auswirken.

Als Schutzfaktoren für eine gelungene Krankheitsbewältigung und für die psychische Gesundheit der Betroffenen lassen sich krankheitsbezogenes Wissen, eine differenzierte Wahrnehmung der körperlichen Befindlichkeit und der umgebenden Auslöserbedingungen und ein Beherrschen der für die Therapie notwendigen Fertigkeiten (Anwendung des Dosieraerosols, Kratzalternativen) identifizieren. Krankheitsunabhängige Schutzfaktoren für psychische und körperliche Gesundheit sind ein durch Rituale und Disziplin strukturierter Alltag, soziale Kompetenz im Umgang mit Freunden, Bezugspersonen und Fremden und eine positive Lebenseinstellung und soziale Integration des Kindes, Jugendlichen und seiner Familie.

Psychologisch-therapeutisch lässt sich diese Form der Funktionalen Gesundheit (ICF) fördern durch einen Einbezug der Familien der Betroffenen, den Einbezug der jeweils anderen Fachdisziplinen bei Diagnostik und Behandlung, vom interdisziplinären Austausch bei gut integrierten Kindern und Familien bis hin zu intensiver interdisziplinärer Zusammenarbeit bei komplexen Störungsbildern, mit vielfältigen funktionalen Einschränkungen und beeinträchtigter Teilhabe von Kind, Jugendlichen und Familie. Bei chronisch körperlich Kranken ist die Behandlung der komorbiden psychischen Störungen unabdingbar, bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen, die Behandlung der komorbiden körperlichen Erkrankungen. Die Kontrolle der körperlichen Erkrankung durch ein gelungenes Krankheitsmanagement und der sozial kompetente Umgang mit Asthma oder Neurodermitis werden erlernt, verbessert und stabilisiert durch Asthma- und Neurodermitis-Schulungsprogramme. Diese stärken sowohl die krankheitsabhängigen, als auch die krankheitsunabhängigen Schutzfaktoren der betroffenen Kinder, Jugendlichen und Familien.

**Dr. Dipl.-Psych. Sabine Waadt: Psychotherapie bei der Behandlung von Diabetes**

**Senatssaal, 12.15 – 13.00 Uhr**

Diabetes mellitus begegnet uns in der psychologischen Praxis oft nur nebenbei und unauffällig. Bei näherer Untersuchung sehen wir allerdings verschiedene schwerwiegende Wechselwirkungen zwischen psychischen Störungen und der Stoffwechselerkrankung, bei der es zu einem absoluten oder relativem Insulinmangel mit gefährlich erhöhten Blutzuckerwerten kommt, die in allen Organsystemen zu schwerwiegenden Folgeerkrankungen führen. So gehen 30% aller Nierenversagen, der überwiegende Anteil aller Fußamputationen und ein großer Anteil aller Erblindungen auf D.m. zurück, das Herzinfarktrisiko sowie das Risiko für Schlaganfälle ist dramatisch erhöht. Zur aktiven und eigenverantwortli-



chen Selbstbehandlung sind Patientenschulungen heute eingeführt und unerlässlich, leider im Bereich Typ2 Diabetiker immer noch zu selten (Selbstmanagementschulung: American Diabetes Association 2000, Anderson et al. 1995, Norris et al. 2001).

Dabei sind oft die schwer gesundheitsgefährdenden hohen Blutzuckerwerte  $\geq 180\text{mg/dl}$  subjektiv wenig wahrnehmbar und beeindruckend, während die Hypoglykämie, die wichtigste Nebenwirkung der insulinanregenden oder –substituierenden Medikation, ein oftmals dramatisches und symptomreiches Ereignis – dank der körpereigenen automatischen Gegenregulation - letztlich meist ohne bedeutende Folgen bleibt.

Eine erhöhte Prävalenz psychiatrischer Störungen findet man unter Patient/inn/en mit D.m. eindeutig nur im Bereich „Depressivität“ (Anderson et al., 2001, Grigsby et al. 2002), allerdings vielfältige bedeutsame Alltagsbelastungen (Waadt, 1992), allen voran die Angst vor Folgeerkrankungen, Progredienzangst, die bei über 70% der Patienten ausgeprägt ist (Waadt S. et al., 2000).

Die Psychotherapie bei D.m. ist grundsätzlich nicht anders plan- und durchführbar als bei psychischen Störungen auch, allerdings müssen die vielfältigen Besonderheiten und Wechselwirkungen sowohl in ihrer Funktion für die psychische Störung, als auch für die Beeinträchtigung der Diabetes-Behandlung besonders beachtet werden. Besonders bedeutsam sind Wechselwirkungen mit

- Essstörungen z. B. mit „Insulinpurging“, dem „Loswerden“ gewichtswirksamer Energie über die Niere (z.B. Waadt et. al., 1990, Jones et al. 2000),
- verhaltensbedingtem Übergewicht und Insulinresistenz,
- Angststörungen mit Hypoglykämieangst (Waadt et al. 1992) und Progredienzangst (Waadt et al., 2000),
- Depressionen (Lustman et al. 2000) mit ungünstigem Health-belief und Selbsteffizienzerleben,
- fehlender Selbstfürsorge bei verminderter Schmerzwahrnehmung,
- ADHS / ADS mit schwerwiegenden Auswirkungen auf die Selbstbehandlung,
- zwanghaften Störungen mit zwanghafter Blutzuckereinstellung,
- und süchtigem Hypo-Junkie-Verhalten u. a.

Tatsächlich gibt es neben spezifischen Fragebögen (FBD, PAF, PAID, ITRASauch) eine Reihe standardisierter und erprobter Therapieprogramme für einzelne Themen, z. B. Hypoglykämiewahrnehmung (Cox et al. 1991, Waadt et al. 1992, Zettler et al. 1995) oder Progredienzangst, ein Training (Waadt et al. 2000, Herschbach et al. 2009), das bei anderen chronischen Erkrankungen ebenfalls einsetzbar ist.

Am Beispiel der Hypoglykämieangst wird deutlich, wie bereits die Selbstbeobachtung und Wahrnehmungsdifferenzierung spezifische Themen aufgreifen muss. Dazu gehört z. B. die Beobachtung innerer Reize und Symptome zur Erkennung einer Hypoglykämie und zu deren Differenzierung zu einem Angstgeschehen. Des Weiteren eine spezifische Expositionsbehandlung, die nicht nur mit den Ängsten auseinandersetzen will, sondern gleichzei-

tig helfen muss, tatsächliche Hypoglykämien zu erkennen. Zudem eine Angsthierarchie, die Besonderheiten des Diabetes berücksichtigt, wie z. B. einen bestimmten Ess-Spritz-Abstand.

Da die Psychologie im Bereich Diabetes mellitus alleine für die nötige Lebensstilveränderung bereits zwingend notwendig ist, sind hier bereits gute Strukturen entstanden. So bietet die AG „Diabetes und Psychologie“ in der Deutschen Diabetes Gesellschaft nicht nur vielfältige Informationen und Angebote für Patienten, Up-Dates für Psychotherapeuten und ausgearbeitete Evidenzbasierte Leitlinien an, sondern auch eine umfassende Fortbildung zum Fachpsychologen DDG ([www.diabetes-psychologie.de](http://www.diabetes-psychologie.de)).

## **Literatur**

American Diabetes Association (2000): Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 23, S32-41

Anderson R, Funnel M., Butler P., Arnold M., Fitzgerald J., Feste C.. (1995),: Patient empowerment: results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 18, 943-949

Anderson RJ., Freedland KE., Clouse RE, Lustman PJ. ( 2001):The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care* 24, 1069-1078

Anderson RJ, Grigsby AB, Freedland KE, de Groot M, McGill JB, Clouse RE, Lustman PJ. Anxiety and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Int J Psychiatry Med.* 2002;32(3):235-47.

Cox DJ., Gonder-Frederick L., Julian D., Cryer P., Lee JH., Richards FE, Clarke W. (1991): Intensive versus standard blood glucose awareness training (BGAT) with insulin-dependent diabetes: mechanisms and ancillary effects. *Psychosom Med.* 53, 453-42

Herschbach P, Berg P, Dankert A, Duran G, Engst-Hastreiter U, Waadt S, Keller M, Ukat R, Henrich G. (2005): Fear of Progression in Chronic Disease: Psychometric Properties of the Fear of Progression Questionnaire. *J Psychosom Res.* 2005 Jun;58(6):505-11

Herschbach P., Berg P., Waadt S., Duran G., Engst-Hastreiter U., Henrich G., Book K., Dinkel A. (2009) Group Psychotherapy of Dysfunctional Fear of Progression in Patients with Chronic Arthritis or Cancer. *Psychother Psychosom*, 180

Jones JM., Lawson JI., Daneman D., Olmsted MP, . Rodin G. (2000): Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *British Medical Journal* 320: 1563-1566

Lustman PJ., Anderson RJ., Freedland KE., de Groot M., Carney RM., Clouse RE. (2000): Depression and poor glycemic control. A meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 23, 934-942

Norris SL., Engelgau M:M., Narayan K:M:V: (2001) : *Diabetes Care* 24, 561-587  
*Deutschen Diabetes-Union und dem Nationalen Aktionsforum Diabetes mellitus (NAFDM) zum Weltdiabetestag im November 2007*

Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. (2002) Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *J Psychosom Res.* 2002 Dec; 53(6):1053-60. Review

Waadt, S. Essstörungen bei Diabetes mellitus: Beschreibung und Therapie einer Doppel-erkrankung. In Zielke, Handbuch der Stationären Verhaltenstherapie, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1998

Waadt, S., Herschbach P., Duran G., Henrich G., Hillebrand B., Strian F. (1992) Entwicklung eines Fragebogens zu Behandlungsproblemen und Therapiezuweisung bei Patienten mit Diabetes mellitus. *Praxis der klein. Verhaltensmed. und Reha.*, 20. 306-312

Waadt S., Duran G., Engst-Hastreiter U., Berg P., Henrich G, Herschbach P. (2000). Development of a questionnaire for fear of progression in chronic illness. *Psychosomatic Medicine*, 60 Abstr. 1, 113-114.

Waadt, S., Duran, G., Laessle, R.G., Herschbach, P, Strian, F: Essstörungen bei Patienten mit Diabetes mellitus: Eine Übersicht über Falldarstellungen und Therapiemöglichkeiten. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 1990, 11(3/4), S281-305

Waadt, S., Duran, G., Herschbach, P, Strian, F: Hypoglykämieangst: Überlegungen zur Pathogenese und Therapie anhand einer Falldarstellung. *Praxis der Klin. Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 1992, 17, 47-55)

Zettler, A., Waadt, S., Duran, G., Herschbach, P. & Strian, F.: Gruppenarbeit bei Problemen mit Unterzuckerungen. *Diabetes und Stoffwechsel* 2, 1993, 220

## **Dr. Dipl.-Psych. Bernhard Klasen: Psychotherapie bei der Behandlung chronischer Schmerzen**

**Senatssaal, 13.00 – 13.45 Uhr**

### **Den Teufelskreis durchbrechen**

Lang anhaltende Schmerzimpulse können die Schmerzwahrnehmung verändern: Das gesamte Denken, Fühlen und Handeln ist betroffen, was wiederum die Entstehung weiterer Schmerzimpulse fördern kann. Ein Teufelskreis entsteht. Denn wenn wir denken, dass wir nichts gegen die Schmerzen tun können, erscheinen uns die Schmerzen immer bedrohlicher und können sich dadurch sogar verstärken. Auch äußere Einflüsse und Umfeldbedingungen wie z. B. starker Stress, Ängste, Alltagsbelastungen, Druck im Beruf und generell überhöhte Leistungsansprüche können die Schmerzempfindungen verstärken. Informationen, wie Sie den Teufelskreis mit Hilfe der psychologischen Schmerztherapie durchbrechen können, wie eine Therapie abläuft, wo Sie einen Therapeuten sowie Antworten auf häufig gestellte Fragen finden, ersehen Sie aus diesem Kapitel Schmerzpsychotherapie.

### **Ziel: Verbesserung der Lebensqualität**

Die Schmerzpsychotherapie soll Ihnen helfen, Ihr eigenes Leben wieder in den Griff zu bekommen und wieder genießen zu können. Menschen, die chronische Schmerzen haben, sind einem großen Leidensdruck ausgesetzt. Ihr Alltag, insbesondere Arbeit und Beziehungen, sind immens beeinträchtigt. Chronische Schmerzpatienten haben das Gefühl, die Kontrolle über ihre Leben zu verlieren. Die Folgen sind Rückzug und Isolation. Ziel der Schmerzpsychotherapie ist es deshalb, sowohl die Schmerzempfindung als auch die mit Schmerzen verbundenen Einschränkungen im Erleben und Verhalten zu verringern. Dabei orientiert sich die Schmerzpsychotherapie an bewährten psychologischen Behandlungsprinzipien und an Erkenntnissen aus der aktuellen psychologischen und medizinischen Schmerzforschung.

### **Analyse des Verhaltens, der Gefühle und des Umfelds**

Im diagnostischen Teil werden die biologischen, psychischen und sozialen Faktoren des aktuellen Schmerzverhaltens und -erlebens erhoben. Nicht nur das Verhalten wird beobachtet, auch Ihre Gedanken, Ihre Gefühle und Ihre körperlichen Empfindungen werden einbezogen. Außerdem schauen wir uns Ihr Umfeld an: Wie verhalten sich ihre Freunde und Angehörigen, Familie, Partner, Kollegen? Die Befunde besprechen wir mit den ärztlichen Schmerztherapeuten, um einen integrativen Therapieplan zu erstellen. Anschließend werden Ideen entwickelt, um die ungünstigen Verhaltens- und Empfindungsgewohnheiten systematisch zu verändern.

### **Einüben Schmerz hemmender Erlebens- und Verhaltensmuster**

Eine Schmerzpsychotherapie zielt darauf ab, ungünstige Denk- und Verhaltensmuster zu verändern. Wurden diese Verhaltens- und Erlebensstile schon lange vor dem ersten Auftreten des Schmerzproblems erworben, arbeiten wir mit eher mit Konflikt-, Gedanken-

und Beziehungsanalysen. Sind diese ungünstigen Verhaltensweisen zeitlich beim Auftreten des Schmerzproblems entstanden, kommen eher modifikatorische Therapieprinzipien wie Aktivitätsänderung, Verhaltenslenkung und Biofeedback zum Einsatz. Schmerzhemmende Erlebens- und Verhaltensmuster werden eingeübt, bis spürbare Verringerungen der chronischen Schmerzempfindung und der damit verbundenen Einschränkung in der Lebensgestaltung erfolgen. Parallel wird von ärztlicher Seite die medizinische Schmerztherapie durchgeführt. Erfahrungsgemäß gelingt es häufig zuerst, die schmerzbedingten Einschränkungen im alltäglichen Leben zu verringern, während sich die Abnahme der Schmerzempfindung erst mit einiger Verzögerung einstellt.

### **Einzel- oder Gruppentherapie?**

Gruppen haben den Vorteil, dass sich die Patienten über ihre Probleme austauschen und gemeinsam nach neuen Wegen suchen. Dieses ist aller Erfahrung nach sehr belebend und positiv. In der Einzeltherapie haben sie die Möglichkeit, sich sehr intensiv mit ihrem eigenen Problem auseinanderzusetzen. Unabhängig davon, ob sie eine Einzel- oder eine Gruppentherapie machen, sie entwickeln systematisch ein Gesundheitsverhalten, das die Schmerzen verringert und ihre Situation generell stabilisiert. Sie verarbeiten psychische Konflikte und lernen, wieder aktiv zu werden und sich zu entspannen.

### **Personenverzeichnis**

#### **PD Dr. Dipl.-Psych. Oskar Mittag**

Psychologischer Psychotherapeut, Universitätsklinik, Freiburg  
Engelbergstr. 21  
79106 Freiburg  
Tel.: 0761/2707354  
E-Mail: oskar.mittag@uniklinik-freiburg.de

#### **Dipl.-Psych. Wolfgang Schütz**

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Asthma- und Neurodermitistrainer,  
Leitender Psychologe - CJD Asthmazentrum, Berchtesgaden  
Buchenhöhe 46  
83741 Berchtesgaden  
Tel.: 08652/6000-371  
E-Mail: wolfgang.schuetz@cjd.de

**Dr. med. Gerd Schauerte**

Kinderarzt, Leiter des Institutes für Verhaltensmedizin bei  
Neurodermitis und Asthma - CJD Asthmazentrum, Berchtesgaden  
Buchenhöhe 46  
83741 Berchtesgaden  
Tel.: 08652/6000-141  
E-Mail: gerd.schauerte@cjd.de

**Dr. Dipl.-Psych. Sabine Waadt**

Psychologische Psychotherapeutin, Fachpsychologin Diabetes, München  
Bavariaring 38  
80336 München  
Tel.: 089/7258805  
E-Mail: sabine.waadt@gmx.de

**Dr. Dipl.-Psych. Bernhard Klasen**

Psychologischer Psychotherapeut, Spezielle Schmerztherapie, Algesiologikum, München  
Heßstr. 22  
80779 München  
Tel.: 089/21222122  
E-Mail: klasen@algesiologikum.de

**Dr. med. Klaus Klimczyk**

Chefarzt Interdisziplinäres Schmerzzentrum, Fachklinik Enzensberg, Hopfen am See  
m&i-Fachklinik Enzensberg  
Höhenstraße 56  
87629 Hopfen am See  
Tel.: 08362 / 12-3554  
E-Mail Sekretariat: katja.unger@fachklinik-enzensberg.de