

Behandlungskonzept der Röher Parkklinik bei schmerzassoziierten Erkrankungen

Somatoforme Schmerzstörung / Chronische Schmerzen



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

seit Menschengedenken existiert das Rätsel um den Zusammenhang zwischen körperlichen und seelischen Phänomenen. Insbesondere in der Medizin war lange Zeit eine Spaltung zwischen Körper und Seele die Realität. Die Therapie somatoformer Störungen erfordert die Überwindung der Körper-Seele-Spaltung und ist damit das psychosomatische Krankheitsbild par excellence. Den Behandlern muss sowohl die biopsychosoziale Integration gelingen als auch die Integration der Perspektiven aller am Therapieprozess Beteiligten. Jedes Symptom kann sowohl körperlich als auch psychisch und sozial verstanden werden.

In westlichen Industrienationen leiden 5% der Bevölkerung unter chronischen Schmerzen. Innerhalb dieser Gruppe erfüllen 4 bis 11% die Kriterien für ein somatoformes Syndrom. Fast immer bestehen und/oder entstehen familiäre Probleme und soziale Beeinträchtigungen. Daher gilt es, dieser Patientengruppe eine individuelle, integrative und multimodale Behandlung anzubieten. In der Röher Parkklinik werden die klassischen Ansätze der Tiefenpsychologie, der Verhaltenstherapie und der systemischen Therapie daher ergänzt durch Verfahren der Kunsttherapie, Bewegungstherapie, Musiktherapie sowie ggf. auch durch pharmakotherapeutische Maßnahmen. Die Ganzheitlichkeit des therapeutischen Handelns wird durch regelmäßige Teamreflexion sichergestellt und gefördert. Die Behandlung von somatoformen Störungen gelingt dann am besten, wenn die Kooperation zwischen ambulanten und klinischen Therapeuten gut funktioniert. Wir sind daher an einem Austausch mit Ihnen, den ambulanten Kollegen, sehr interessiert und möchten Sie gerne einladen, sich bei Fragen und Anregungen jederzeit mit uns in Verbindung zu setzen.

Die vorliegende Kurzfassung unseres Konzeptes zur Behandlung von Somatoformen Schmerzstörungen und chronischen Schmerzen wurde von Frau Dr. K. Geuenich erstellt und vom gesamten therapeutischen und pflegerischen Team diskutiert und mitgestaltet. Insbesondere danken wir Frau A. Dietz, Herrn K. Heiland und Frau S. Tellmann für ihre fachliche Unterstützung und Gestaltung der Texte zur Kreativtherapie.

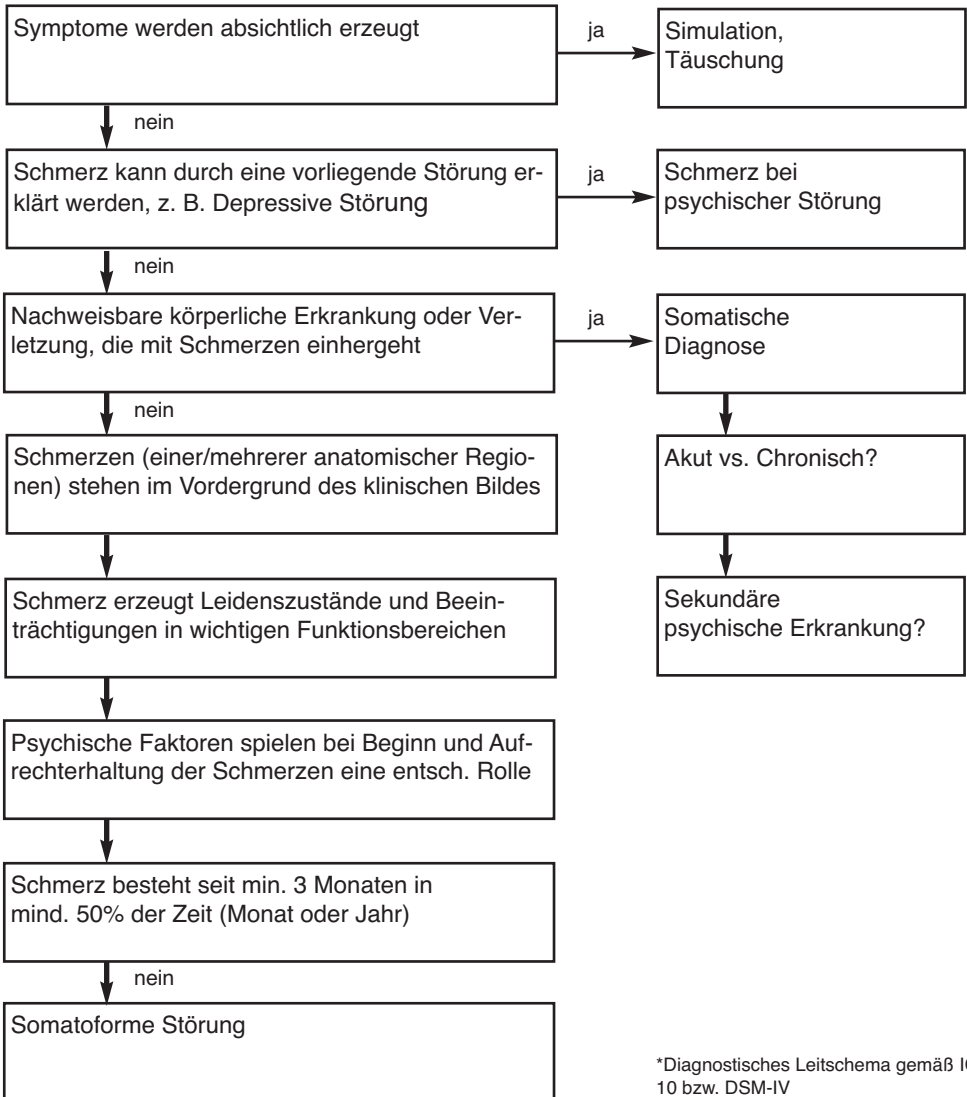
Dr. W. Hagemann
(Chefarzt)

Dr. S. Altmeyer
(Oberärztin)

Priv.-Doz. Dr. E. Siewert
(Oberarzt)

Dr. Dipl.-Psych K. Geuenich
(Leitende Psychologin)

Formen der Schmerzstörungen



*Diagnostisches Leitschema gemäß ICD 10 bzw. DSM-IV

4-phasiges Behandlungssetting bei Somatoformen Schmerzstörungen

- Eingangsphase
Anamnese, Diagnostik, Beziehungsaufbau, Therapieplan
- Vorbereitungsphase
Stabilisierung, Ressourcenaufbau, Erarbeiten eines Krankheitsmodells, Psychoedukation
- Durchführungsphase
Ich-stabilisierende und bewältigungsorientierte Maßnahmen, Schmerzkontrolle, systemische und verhaltenstherapeutische Ansätze, Kreativtherapien, ergänzende Verfahren
- Beendigung der klinischen Therapiephase und Rückfallprophylaxe

1. Eingangsphase

1.1. Anamnese und Diagnostik

Die Anamnese umfasst neben allgemeinen Angaben zur Person die detaillierte Erfassung der Schmerzsymptomatik und der sich daraus ergebenden funktionalen Beeinträchtigungen. Weiterhin werden der berufliche und soziale Kontext sowie der bisherige Krankheits- und Behandlungsverlauf dokumentiert. Ein medizinisch akzentuiertes Genogramm (Stammbaum) gibt dabei oft Hinweise auf familiär entstandene Krankheitstheorien, die für die weitere Behandlung wichtig sind. Der allgemeine klinische Eindruck wird vertieft durch eine systematische psychopathologische Diagnostik und somatische Differentialdiagnose. Ergänzend zur störungsspezifischen Diagnostik kommen psychologische Fragebögen, wie z.B. das Kieler Schmerzinventar, hinzu.

1.2. Beziehungsaufbau

Im therapeutischen Prozess sind die Beziehungsqualitäten der Echtheit, Empathie, Akzeptanz und Wärme ebenso grundlegend wie die fachliche Kompetenz. Daher ist diese Phase von hoher Bedeutung für die weiterführende Behandlung, welche für den Patienten von Beginn an transparent und vertrauensvoll gestaltet werden soll.

Bei Menschen, die an somatoformen Störungen leiden, ist es besonders wichtig, die erlebte Realität der Schmerzen und die subjektiven Theorien der Patienten anzuerkennen. Ebenso wichtig ist die Kooperation mit Vorbehandlern, die das Vertrauen des Patienten stärken, dass die Experten an einem gemeinsamen Strang ziehen.

1.3. Therapieplan

Der Behandlungsplan sieht ein mehrstufiges Vorgehen vor. Zunächst stehen Stabilisierung und der Aufbau von Ressourcen im Vordergrund. Gerade bei Schmerzpatienten haben sich hier Entspannungsverfahren (z.B. PMR, Autogenes Training, Biofeedback, Meditation, Massage, Akupunktur etc.) als bewährtes Mittel erwiesen. Gleichzeitig werden psychoedukative Elemente in die Therapie eingeführt. Individuell werden in den nachfolgenden Therapiephasen die Konflikte, Problemthemen und persönlichen Grenzen der Patienten er- und bearbeitet. Das Fördern einer differenzierten Wahrnehmung auf den Ebenen Körper, Seele und Geist sowie deren Interaktion ist hierfür ebenso bedeutsam wie die auf den Ebenen der Beziehungs- und Alltagsgestaltung. Ein nachfolgendes und dennoch zentrales Element ist es, den Transfer des Erlernten in den Alltag zu sichern. Die Beendigung der klinischen Therapiephase und die Rückfallprophylaxe stellen nochmals eigene Prozesseinheiten dar, in denen u. a. der Übergang zur ambulanten Nachsorgephase vorbereitet wird. Der Therapieplan beinhaltet sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien. Es findet täglich eine Patientenbesprechung im Klinikteam statt, welche den Therapieprozess des einzelnen Patienten systemisch reflektiert und an dessen Bedürfnisse und Fähigkeiten anpasst.

2. Vorbereitungsphase

2.1. Stabilisierung

Auch bei bereits chronifizierten Störungen ist es wichtig, den Patienten zu Beginn einer klinisch-stationären Behandlung Raum und Zeit zu geben, sich in dem neuen räumlichen und zwischenmenschlichen Umfeld einzuleben und körperlich-geistiges Wohlbefinden aufzubauen. Entspannungsverfahren und gemeinsame Aktivitäten in der Patientengruppe sind ebenso wichtig wie Ruhephasen und das Knüpfen einer vertrauensvollen Bindung zum Pflege- und Therapeutenteam. Gerade bei Schmerzpatienten ist das Schaffen einer Vertrauensbasis relevant, denn Schmerzpatienten haben häufig eine Reihe von frustrierten Erfahrungen mit Vorbehandlern gemacht. Zudem erklären sich die Patienten ihre Schmerzen oft rein somatisch, so dass das Einlassen auf eine integrative Behandlung eine hohe Herausforderung für sie darstellt.

2.2. Aufbau von Ressourcen

Ressourcen in Form von eigenen Interessen, Fähigkeiten und Neigungen sowie in Form von sozialer und zwischenmenschlicher Unterstützung sind aufgrund der Schmerzen der Patienten entweder reduziert, ausgeschöpft oder nicht zugänglich. Es gilt daher, neue Ressourcen aufzutun und alte zu reaktivieren. Hierbei ist ein realistischer Rahmen für das Machbare vom Gewünschten gemeinsam mit dem Patienten zu entwickeln. Als Methoden stehen hierfür u. a. Meditation, kreatives Werken und Sportaktivitäten unter fachkundiger Anleitung zur Verfügung. Selbstfürsorge und innere Achtsamkeit werden ebenso gefördert.

2.3. Erarbeiten eines Krankheits- bzw. Handlungsmodells

Es gilt, ein psychosomatisches Krankheitsmodell gemeinsam zu erarbeiten, welches sowohl auf den individuellen Lebensbezügen als auch auf den biographischen Erfahrungen des Patienten aufbaut. Medizinisches und psychologisches Wissen werden in einem ganzheitlichen Modell miteinander verzahnt.

2.4. Psychoedukation

In der Psychoedukation werden Wissensinhalte zum Zusammenspiel von Schmerz, Schmerzwahrnehmung, -verarbeitung und -bewältigung nach einem biopsychosozialen Modell vermittelt. Hierzu zählt u. a. der Einfluss des Gehirns und kognitiv-emotionaler Prozesse auf die periphere Schmerzwahrnehmung (Gate-Control-Theorie; Melzack & Wall). Die Patienten sollen Experten für ihre eigene Erkrankung werden. Dies erhöht die Compliance, die Bereitschaft zur Eigenverantwortung sowie eine stabile Handlungsmotivation. Die Wissensvermittlung geschieht individuell sowie an den Patienten und an den Therapieverlauf angepasst.

3. Durchführungsphase

In der Röher Parkklinik wird individuell für den Patienten und nach integrativen Gesichtspunkten ein Therapieplan ausgewählt. Der Therapieverlauf wird im Team regelmäßig (und auch unter externer Supervision) besprochen und bei Bedarf adaptiert. Dabei werden unterschiedliche therapeutische Verfahren und Maßnahmen eingesetzt.

Tiefenpsychologisch fundierte Therapie

Die Entwicklung somatoformer Störungen sowie insbesondere auch eines chronischen Schmerzsyndroms begründen sich in einer über lange Zeit sich entwickelnden neurotischen Konfliktkonstellation. Zu den bevorzugten Abwehrmechanismen gehören Verschiebung auf das Soma und Wendung gegen das Selbst sowie auch das Agieren. Vielfach erschwerend kommt in der Behandlung von somatoformen Störungen und auch dem Schmerzsyndrom hinzu, dass die Körpersymptomatik den Patienten in seiner Aufmerksamkeit bannt und es für ihn sehr schwer ist, psychodynamisch relevante Zusammenhänge selbst zu erkennen. Es muss dennoch Ziel einer Behandlung sein, dass diese wertvolle dynamische Aufarbeitung gelingen kann. Die klinisch stationäre Behandlung legt hierfür die wichtigen Grundsteine durch intensiven Vertrauensaufbau mit zeitnahe Reagieren auf Abwehrverhalten und verstärktem Reflektieren im Hier und Jetzt. Darüber hinaus wird die Verknüpfung mit Beziehungserfahrungen in der Vergangenheit und daraus abgeleitetem Beziehungsverhalten begonnen und soweit wie möglich vorangetrieben.

Systemische Therapie

Aus einer systemischen Sicht geht es bei den somatoformen Störungen darum, Psyche und Soma miteinander in Beziehung zu bringen, ihnen auf einer symbolischen Ebene die Gelegenheit zum Gespräch miteinander zugeben. Den Patienten soll so ermöglicht werden, nach und nach wesentliche Alltagsereignisse und emotionale Reaktionen mit ihren körperlichen Beschwerden zu verknüpfen, um so eine Idee von ihrer Bedeutung und Sinnhaftigkeit zu bekommen. Hierzu helfen Fragen nach Ausnahmen und bereits gelegentlich erfolgreichen Lösungen ebenso wie zirkuläre Fragestellungen, die die Beziehungsmuster der Patienten deutlich werden lassen. Techniken wie Externalisierung und die Nutzung des Reflecting Teams schaffen den Raum für neue, hilfreichere Sichtweisen und eröffnen alternative Wege zum Ziel.

Kognitive Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen beruhen insbesondere auf dem Aufbau von Fertigkeiten zur Schmerzbewältigung und dem Abbau von übermäßigem Schon- oder auch Leistungsverhalten. Dabei wird auf emotionale und kognitive Prozesse aber auch auf konkrete Handlungsmuster des Patienten korrigierend Einfluss genommen, wo sich schädliche und den Schmerz chronifizierende Denk- und Verhaltensgewohnheiten eingepägt und u. U. automatisiert haben.

Kreativtherapeutische Verfahren

Kunsttherapie:

Der Ausdruck des Schmerzes in Bild und Gestalt führt zu einer kurzfristigen Druckentlastung, macht die damit verbundenen Gefühle spürbar und ansprechbar und bietet die Möglichkeit, das Symptom in ein Gesamtsystem (Körper, Seele, Geist) einzuordnen. Im Sinne der Ressourcenorientierung kann der Fokus auf diese Weise auch von problembesetzten auf funktionierende Bereiche gelenkt werden. Gleichzeitig wird der Schmerz (als derzeit beste Ausdrucksmöglichkeit eines Konfliktes) ernst genommen, wird sichtbar und kann Erlebnissen bzw. biographischen Zusammenhängen zugeordnet und dadurch besser verarbeitet werden.

Tanz- und Bewegungstherapie:

Schmerzpatienten erleben sich meist durch ihre Schmerzen körperlich sehr eingeschränkt und vermeiden eher die Bewegung. Ihr Körper- und damit ihr Selbsterleben sind häufig undifferenziert und negativ besetzt, da der Schmerz alles andere überdeckt. Über die Tanz- und Bewegungstherapie können körperliche Bereiche herausgearbeitet werden, die weniger schmerzhaft bis schmerzfrei sind. Damit erfahren die Patienten mehr Möglichkeiten, sich in der Bewegung auszudrücken. Sie erlangen ein höheres Maß an Selbstwirksamkeit und darüber eine differenziertere und positivere Körper- und Selbstwahrnehmung. Ihr Schmerz kann über Bewegung einen Ausdruck finden. Darunter liegende blockierte Affekte können freigelegt, wahrgenommen und in einem emotional-kognitiven Verarbeitungsprozess integriert werden.

Musiktherapie:

Das anästhesierende Potential von Musik ist nachgewiesen, nicht zuletzt durch die Verwendung frei ausgewählter Musikstücke zur Einsparung von Narkotika bei Operationen. So kann die Dosierung der gängigen Narkosemittel um bis zu 50% reduziert werden. In der aktiven Musiktherapie ist es möglich, schmerzende Körperregionen direkt anzuspielen, die Wirkung der Klänge quasi hypnotisch zur Schmerzlinderung zu nutzen.

Eine weitere tiefenpsychologische Vorgehensweise bemüht sich auch um die Erforschung des biopsychosozialen Kontextes, in dem die Symptomatik sich herausgebildet hat. Auf dieser Basis können, auch über musikalische Erfahrungen, Veränderungsprozesse angestoßen werden.

Ergänzende Verfahren und Maßnahmen

Pharmakotherapie:

Die medikamentöse Behandlung wird in der Röher Parkklinik von erfahrenen Ärzten und Therapeuten durchgeführt. Dies gilt auch für komorbide (z.B. depressive oder ängstliche) Begleitsymptome.

Physiotherapie:

Mit Hilfe der Physiotherapie werden für den Patienten hilfreiche und v. a. angemessene Bewegungs- und Aktivitätsformen nach gründlicher Planung erprobt und eingeübt. Wichtig ist es hierbei, den Patienten nicht zu unter-, aber auch nicht zu überfordern. Physiotherapie ist zudem geeignet, die Körperwahrnehmung des Patienten zu fördern und über die Aktivität, Selbstwirksamkeit und Wohlbefinden zu steigern.

Massage und Entspannungsverfahren:

Eine differenzierte Körperwahrnehmung reduziert nicht nur Unsicherheiten und Erwartungsängste, sie hilft auch, rechtzeitig die eigenen Leistungsgrenzen zu bemerken und so Verausgabung und Schmerz vorzubeugen. Der Teufelskreis von Schmerz und Anspannung wird durchbrochen, die Chronifizierung gemindert.

4. Beendigung der klinischen Therapiephase und Rückfallprophylaxe

Dem Abschied aus dem klinisch-therapeutischen Setting sollte hinreichend Zeit gewidmet sein. Die Ablösung aus der geschaffenen vertrauensvollen Beziehung wird als eigenständige Phase im Therapieprozess begriffen und gemeinsam bearbeitet.

Erleichtert wird dies durch Vorbereitungen des Patienten auf seinen Alltag nach der stationären Therapie (Transfer) und durch eine individuelle Rückfallprophylaxe sowie die Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten bereits im Verlauf des Therapieprozesses. Auf die anfänglich erarbeiteten Ressourcen wird hier nochmals zurückgegriffen. Selbstverstärkungsmöglichkeiten werden betont, zukünftige Ziele und Teilziele in den wesentlichen Lebensbereichen werden konkretisiert, deren Umsetzung wird gebahnt. Die Fortführung des therapeutischen Prozesses im ambulanten Setting beim bisherigen Therapeuten/in (wenn vorhanden) ist für die meisten Patienten eine wesentliche Grundlage und Voraussetzung für eine langfristige Stabilisierung. Sie ist daher Teil des Gesamtkonzepts der klinischen Behandlung.

Besuchen Sie uns im Internet.

www.roeher-parkklinik.de



Private Klinik, Tagesklinik und Ambulanz für
Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik

Röher Str. 53
52249 Eschweiler
T. 02403 78910
F. 02403 789156
info@roeher-parkklinik.de
