

Psychotherapie und interdisziplinäre Therapie bei chronischen Schmerzen

Psychotherapie und psychologische Interventionen bei körperlichen Erkrankungen

Fortbildungsveranstaltung der bayerischen Psychotherapeutenkammer
Samstag, 06.03.2010, LMU-München

Dr. phil. Bernhard Klasen
Algesiologikum GmbH
Heßstr. 22, 80799 München



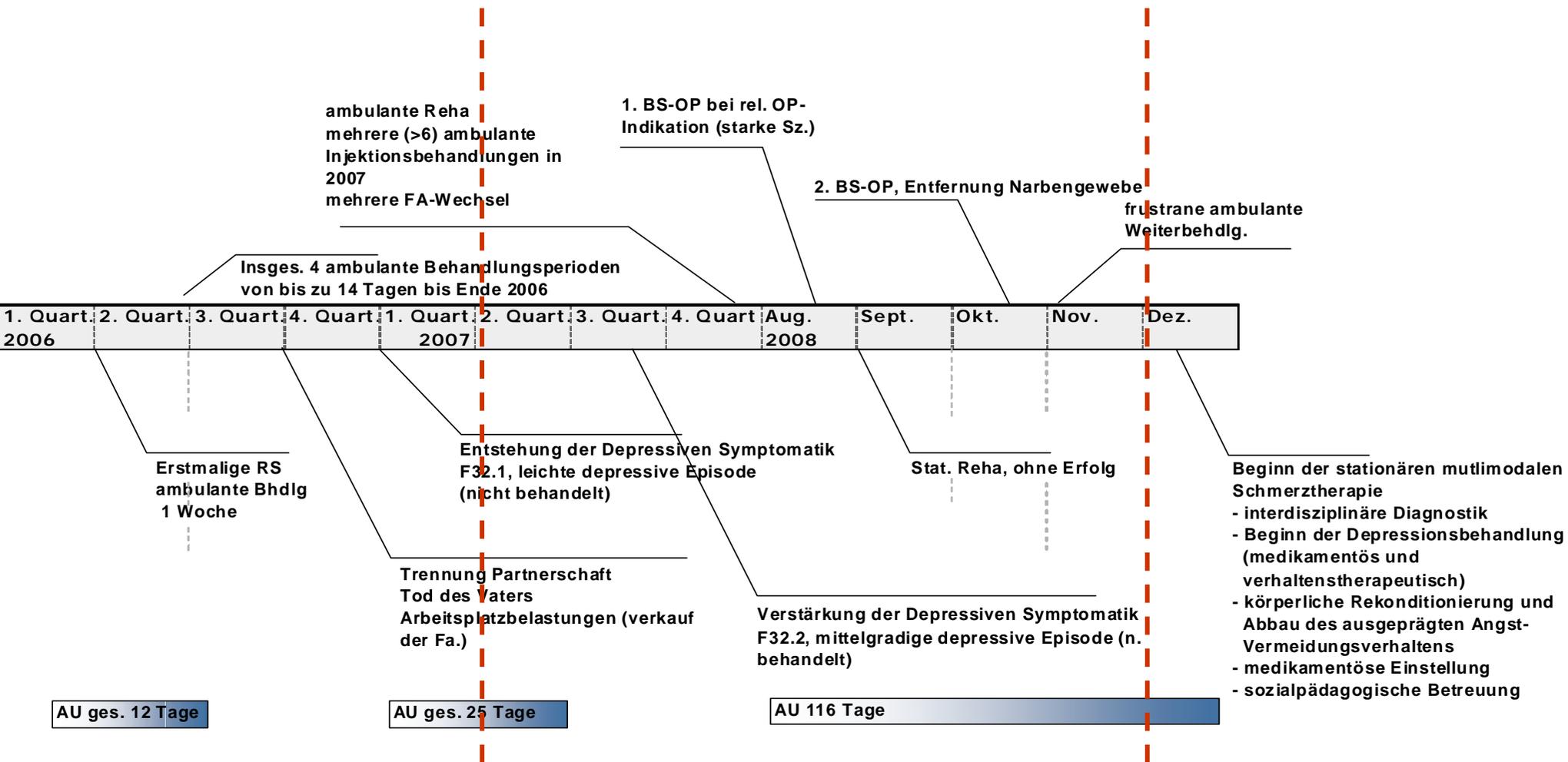
Algesiologikum

Worüber wir heute sprechen...

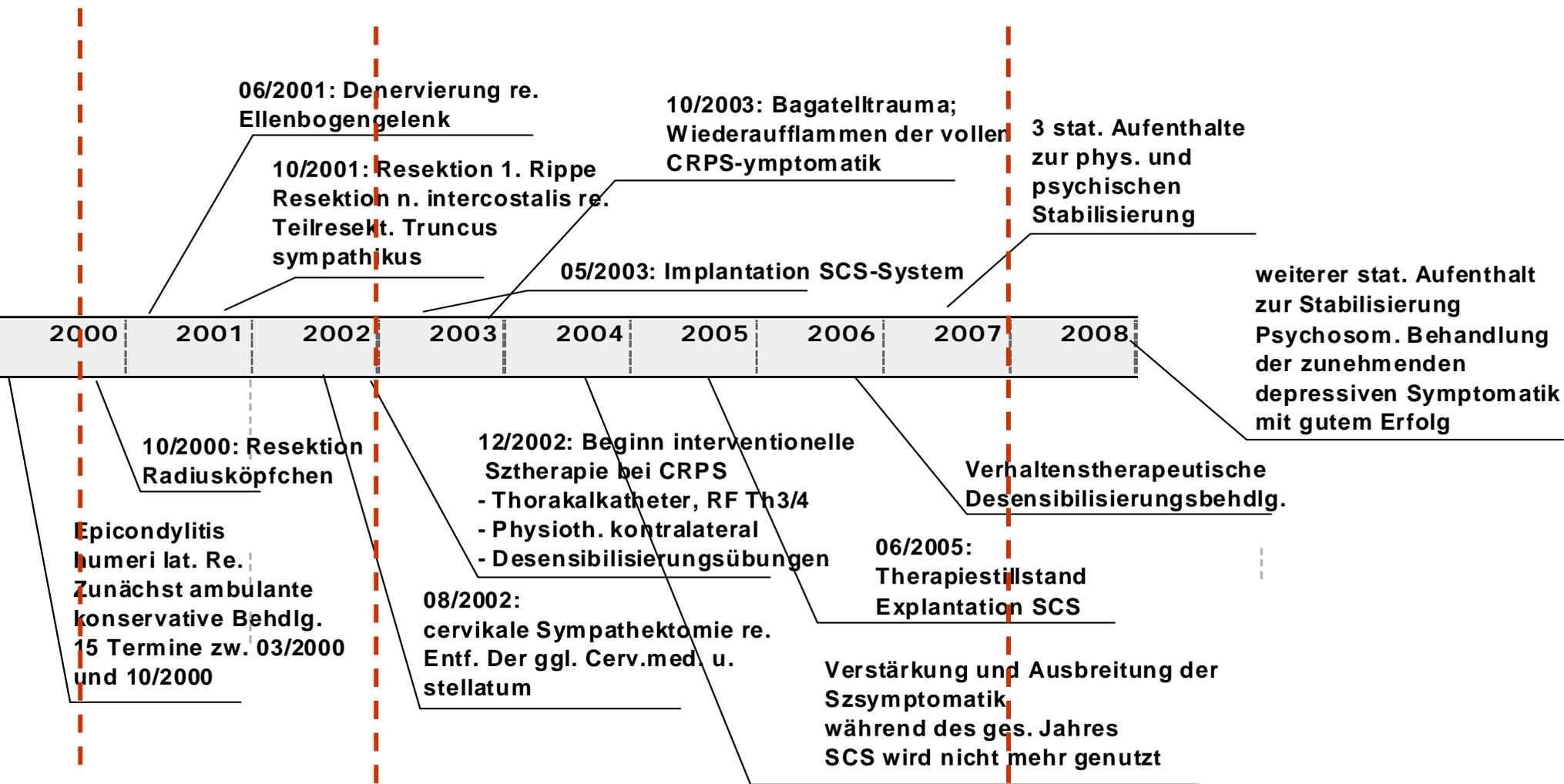
- Das Problem „Chronischer Schmerz“
- Daten und Fakten
- Psychotherapeutische Behandlungsstrategien
- Interdisziplinäre Behandlungsstrategien
- Ein Ausblick in die Zukunft



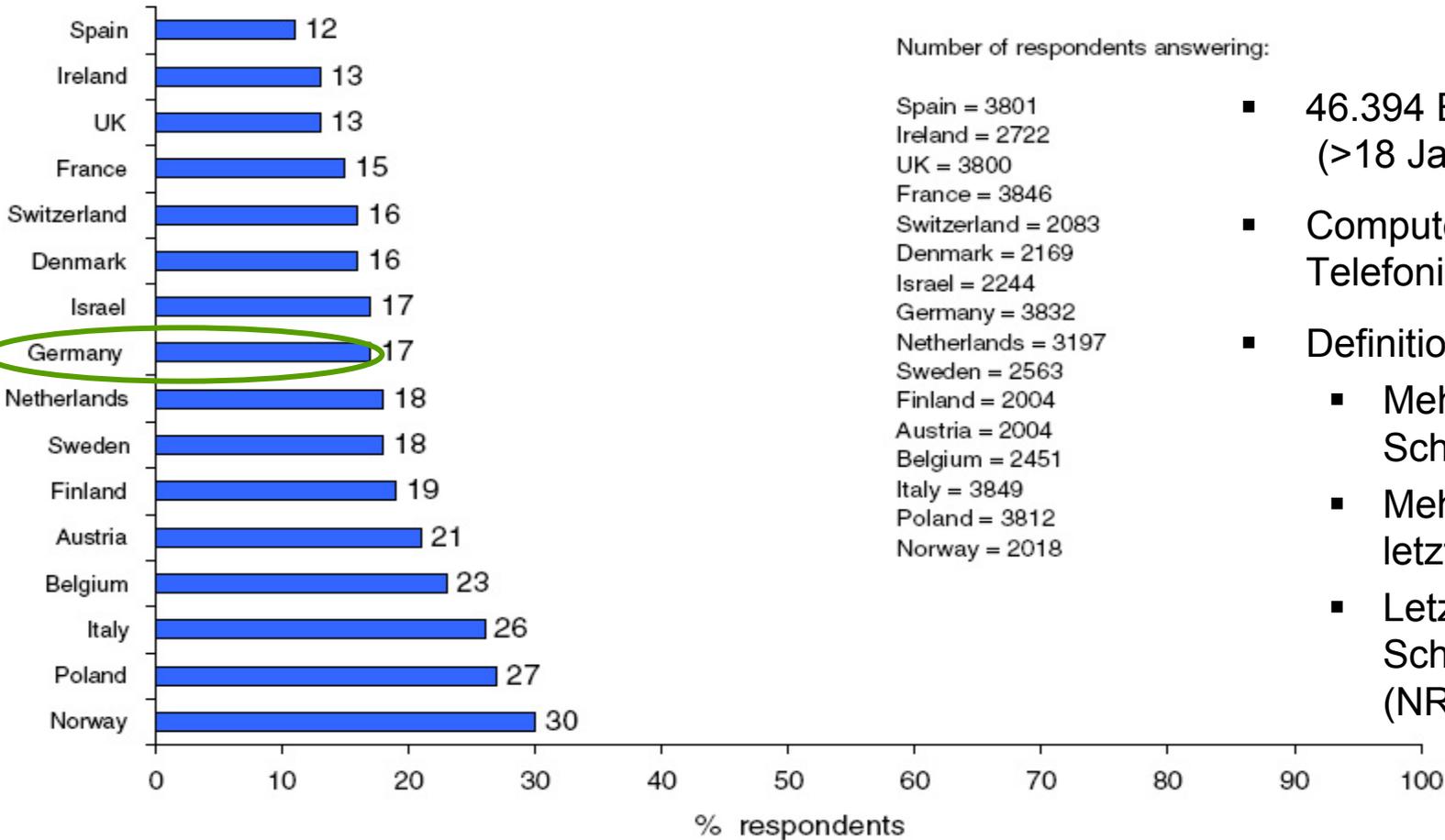
Das Problem „Chronischer Schmerz“: Frau S., 46 J., Personalreferentin, alleinstehend



Das Problem „Chronischer Schmerz“: Frau M., 53 J., Schaustellerin, alleinstehend



Prävalenz des chronischen Schmerzes in Europa



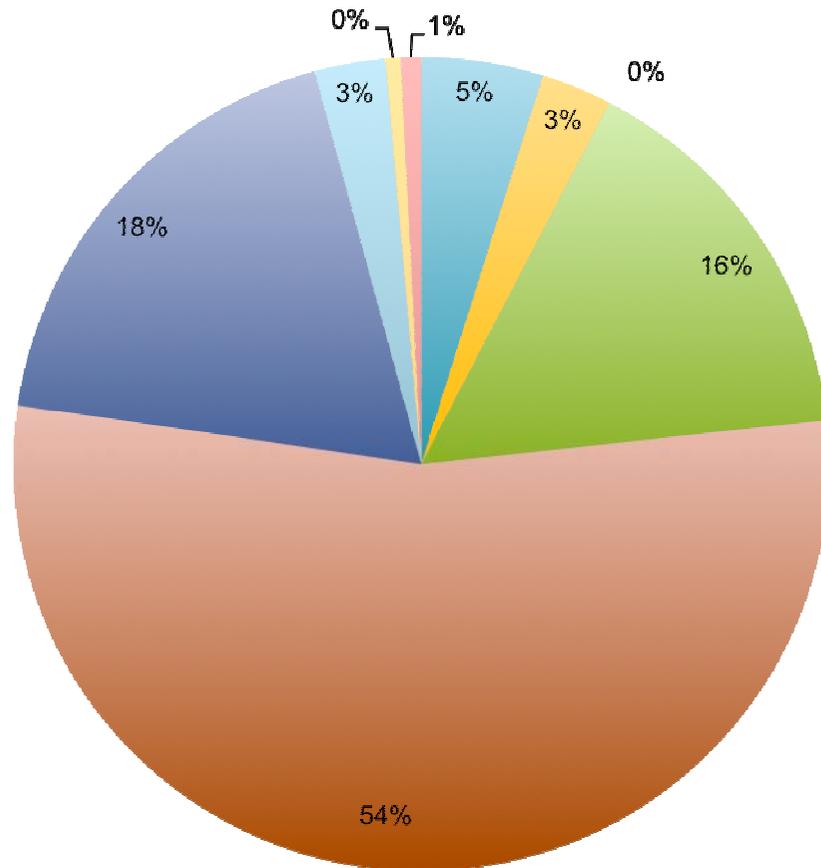
- 46.394 Erwachsene (>18 Jahre)
- Computer-unterstütztes Telefoninterview
- Definition Chronischer Schmerz:
 - Mehr als 6 Monate Schmerzen
 - Mehrfach während der letzten Woche
 - Letzter Schmerz: Schmerzstärke ≥ 6 (NRS 0-10)



Epidemiologische Bedeutung hoch-chronifizierter Schmerzpatienten

- 17 % aller Einwohner in Deutschland haben chronische Schmerzen (ca. 15 Mio.) von durchschnittlich 6.9 Jahren Dauer
- Davon weisen ca. 10 % (1,5 Mio.) Schmerzen mit erheblichen körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen auf.
- Das entspricht ca. 221.000 chronische Schmerzpatienten in München und 22.100 schwerst-beeinträchtigte Schmerzpatienten
- Ein nicht unerheblicher Anteil davon wird bisher nicht adäquat und damit auch nicht nachhaltig versorgt.
- Die Diagnostik und Behandlung erfolgt oft nicht interdisziplinär, nach Behandlungsstandards oder mit nachhaltigem Erfolg.
- Viele Schmerz-Patienten haben lange Behandlungskarrieren.
- Therapie der Wahl ist die multimodale Schmerztherapie

Typische Schmerzdiagnosen



- Kopfschmerz
- Gesichtsschmerz
- Schmerz bei Gefäßerkrankungen
- Neuropathischer Schmerz
- Rückenschmerz
- Muskel- und Skelettschmerz
- Viszeraler Schmerz
- Akuter posttraumatischer Schmerz
- Schmerz ohne somatische Ursache
-

1.10.2008 bis 30.9.2009, N=498

- Befragung in verschiedenen Facharztpraxen (Zenz & Bartz 2000):
 - 36% aller Patienten in Facharztpraxen leiden unter chronischen Schmerzen
 - 2.1% dieser Patienten befinden sich in psychotherapeutischer Behandlung

- Befragung unter ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen (Pfungsten & Nilges 2002):
 - Responder = 45%
 - 31% Kooperationsbereitschaft
 - 7.5% Wartezeit < 4 Wochen
 - 37.5% Wartezeit > 6 Monate



Folgen chronischer Schmerzen



Mehrebenenmodell des chronischen Schmerzes



Psychologische Mechanismen der Schmerzchronifizierung

- Operante/klassische Konditionierungsprozesse
 - Positive Verstärkung (Aufmerksamkeit, Mitgefühl)
 - Negative Verstärkung (Entlastung von z.B. Konflikten am Arbeitsplatz)
 - Mangel an Verstärkung gesunden Verhaltens
 - Significant others („diskriminative Hinweisreize“)
 - Bewegungsangst
 - Durchhalteverhalten
- Kognitiv-emotionale Faktoren
 - Geringe Selbstwirksamkeitserwartung
 - Kontrollverlust erleben
 - Hilflosigkeit
 - Katastrophisierende Kognitionen
 - Suppressiv Kognitionen



- Kognitive Verhaltenstherapie
- Hypnose & Imaginationstechniken
- Schmerzbewältigungstraining u./o. multimodale Therapie
- Biofeedback
- Entspannungsverfahren
- Akzeptanz- und Commitmenttherapie



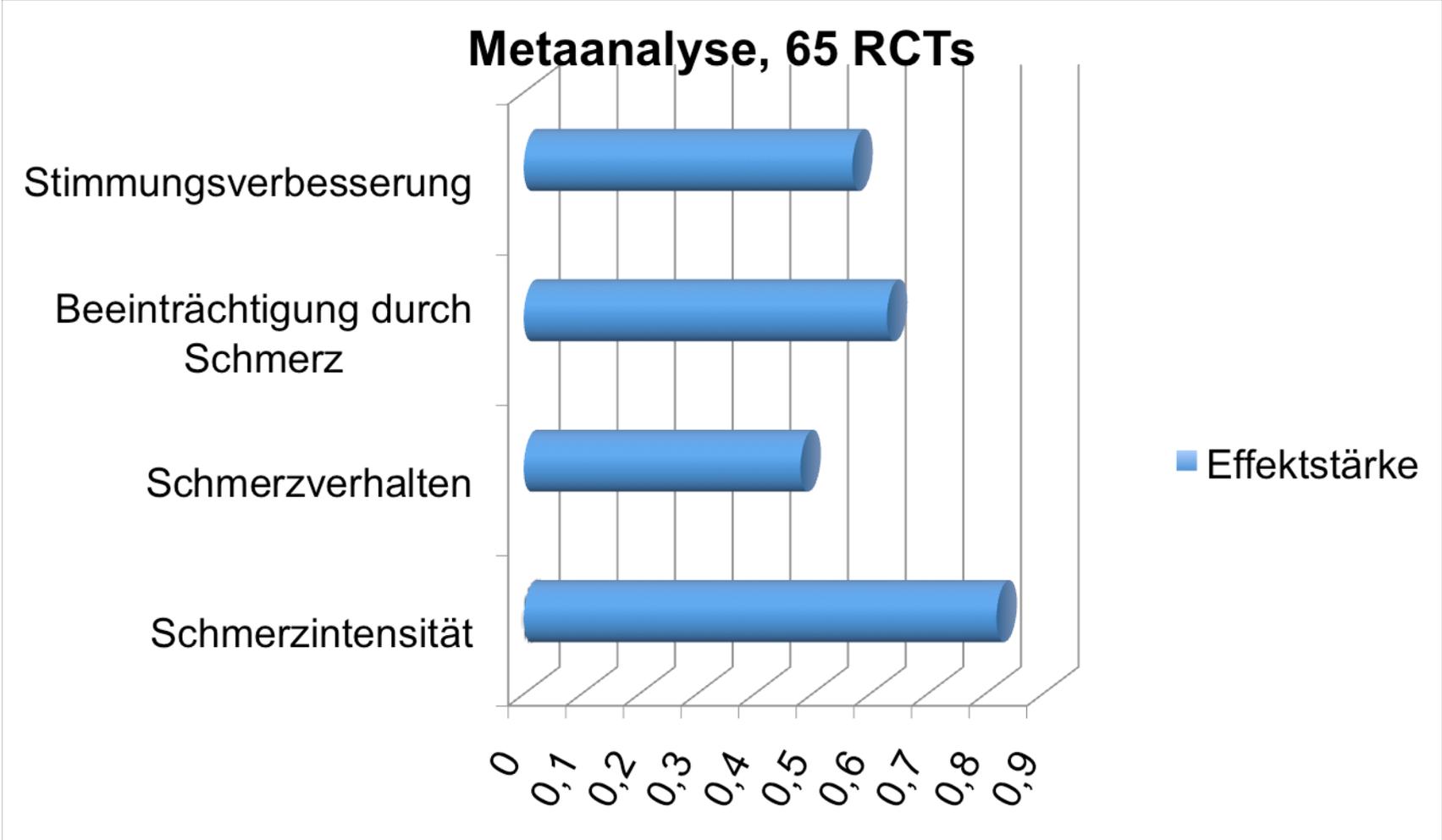
Ziele psychologischer Schmerztherapie

- Vermittlung von Bewältigungsfertigkeiten, die es dem Patienten ermöglichen, besser mit seinen Schmerzen und dessen Folgen umzugehen
- Veränderung ungünstiger Verhaltens- und Lebensstile im Umgang mit chronischen Schmerzen
- Einüben schmerzinkompatibler Verhaltensweisen
- Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung
- Förderung und Entwicklung eigener Ressourcen im Umgang mit Schmerz

Therapiebausteine

Klärungsorientiert	Bewältigungsorientiert
Psychoedukation	Aktivitäten (-aufbau)
Selbstbeobachtung	Entspannungstechniken
Kognitive Strategien	Soziale Kompetenz
Aufmerksamkeitslenkung	Problemlösetraining
	Biofeedback
+ Ressourcenorientierte Interventionen	

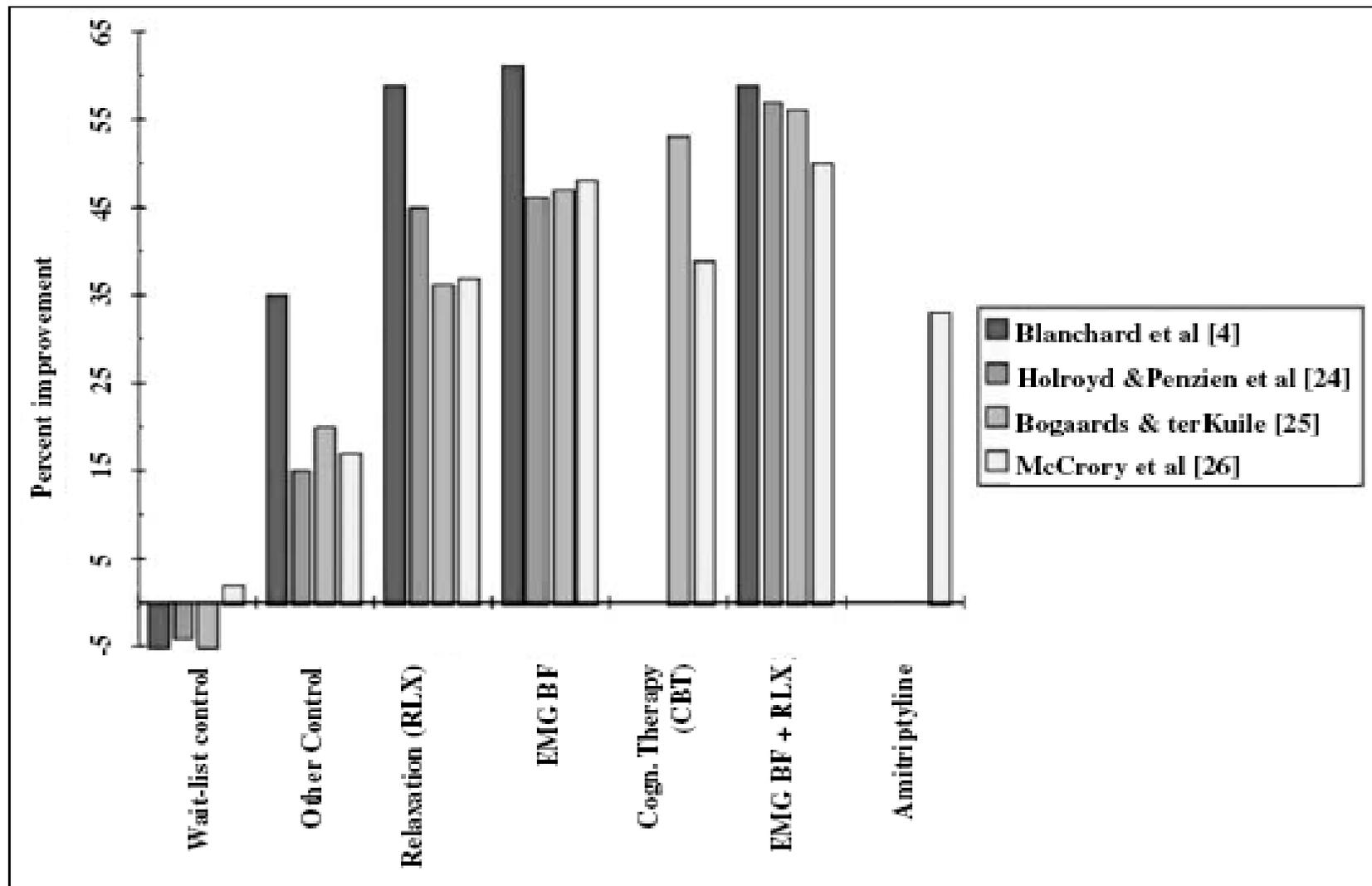
Wirksamkeit psychologischer Schmerztherapie bei chronischen Schmerzen



Flor & Turk 1992



Effektivität verschiedener Ansätze zur Behandlung chronischer Spannungskopfschmerzen



„What does the evidence show? Efficacy of behavioral treatments for recurrent headaches in adults.“, Andrasik F, Neurol Sci (2007), 28: S70-S77



Acceptance and Commitmenttherapie



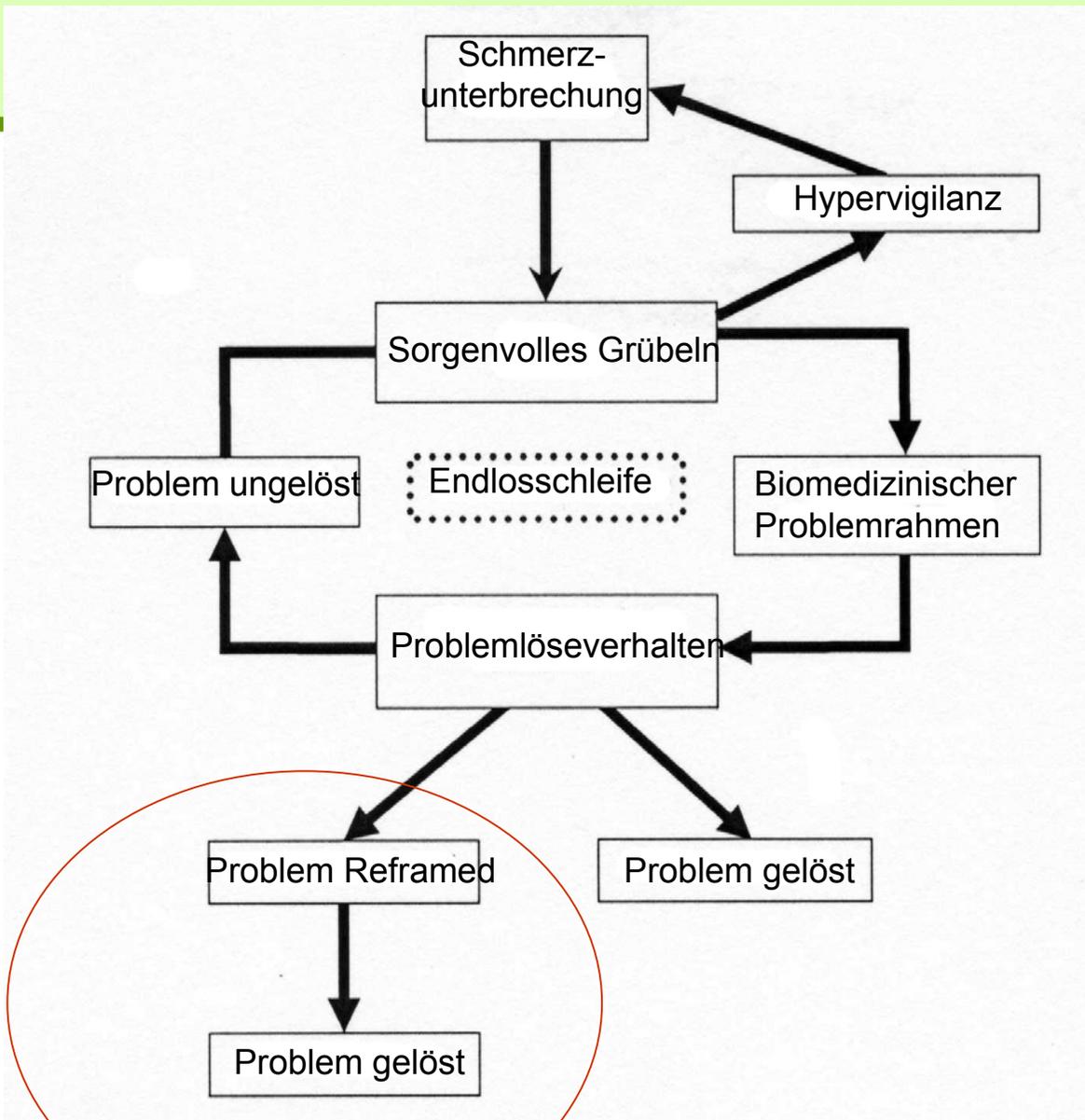
Accept



Choose



Take Action



ACT

Worry and chronic
Pain:
A misdirected
problem solving
model

Eccleston u. Grombez,
2007

Grundannahme ACT



Psychische Inflexibilität: → Leiden

→ Flexibilität:

“in vollem Kontakt mit Augenblick je nach Erfordernissen der Situation und der eigenen Werte entscheiden, ob Verhalten beibehalten oder verändert werden sollte.”

- Achtsamkeitsübungen
 - Nicht-bewertendes Erleben des Augenblicks
 - z.B. Meditationstechniken
- Konfrontation mit Gedanken/Gefühlen
 - Beobachtung eigener Gefühle und Gedanken
 - Vermeidung abbauen
- Aufbau von bzw. Konzentration auf wertebasiertem Handeln
 - Klärung persönlicher Wertvorstellungen
 - Definition konkreter Handlungsabsichten



ACT basierte Behandlungsprogramme

McCracken et al. (2005, 2008)

Zielgruppe: chronifizierte Schmerzpatienten (n=118;
n=187)

Setting: voll-/teilstationär

Gruppenprogramme

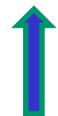


multimodal im ACT Ansatz

Dauer: 3 – 4 Wochen

Outcome: ↓ Depr., Ängstl., Arztbesuche

(3 Monate)



↑ physische Leistungsfähigkeit,
Akzeptanz, wertebasierte

Handlungen

Effektstärken: 80 – 1 22

Multimodale Schmerztherapie ist nicht...

- verschiedene Verfahren gleichzeitig anwenden
- einen Psychologen dazu holen
- auch Physiotherapie und Trainingstherapie anbieten
- Komplexe Schmerzbilder konsiliarisch erörtern

Multimodale Schmerztherapie ist

- inhaltlich eng abgestimmte multidisziplinäre und integrative Behandlung in Kleingruppen.
- eingebunden sind
 - somatische,
 - körperlich und psychologisch übende sowie
 - psychotherapeutische Verfahren

B. Arnold et al.:Multimodale Schmerztherapie – Konzepte und Indikationen., Der Schmerz 2008

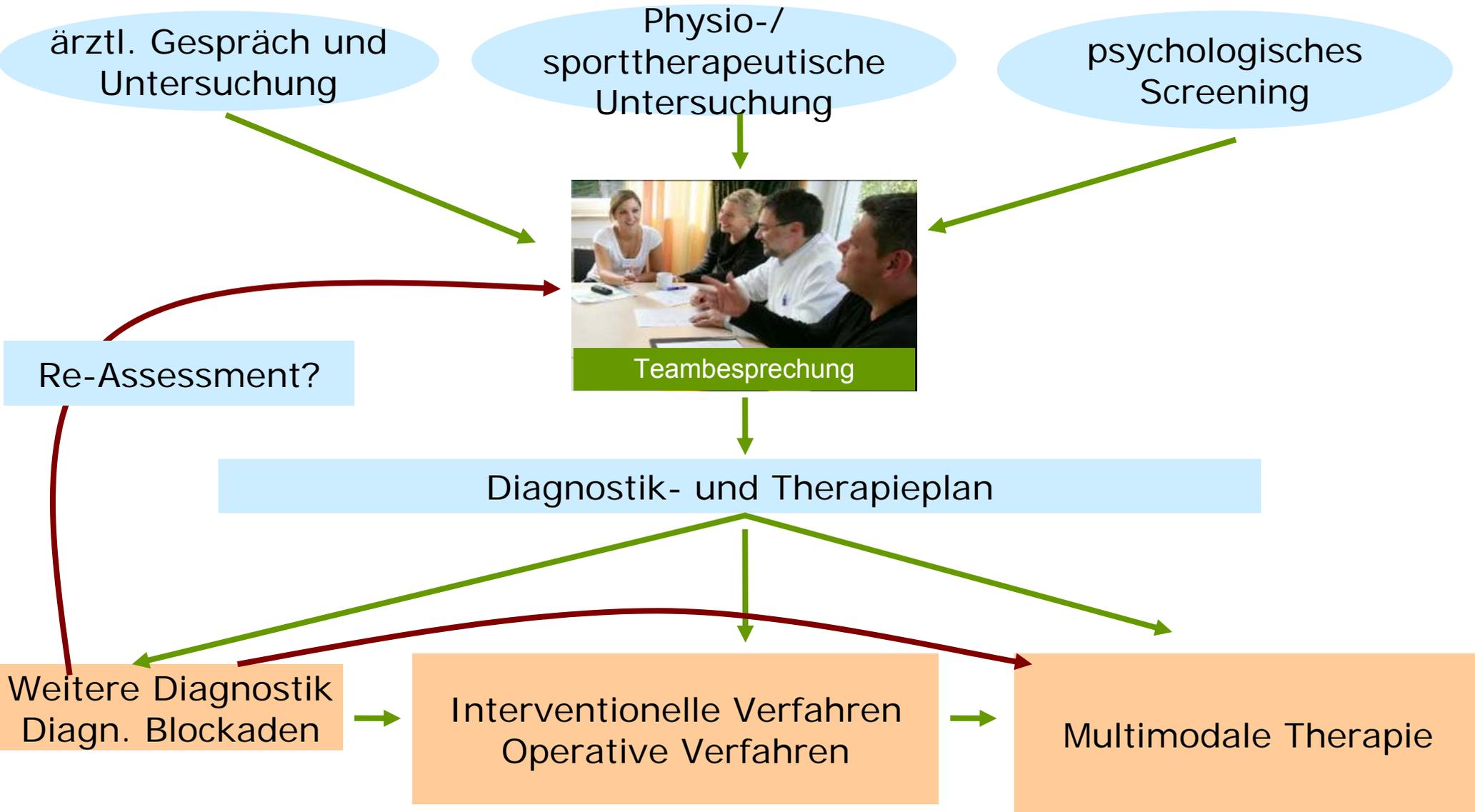
- die mit Abstand effektivste Behandlungsform bei chronischen unspezifischen Rückenschmerzen bei einer mindestens 100h umfassenden Behandlung

Nordin et al. 2006:

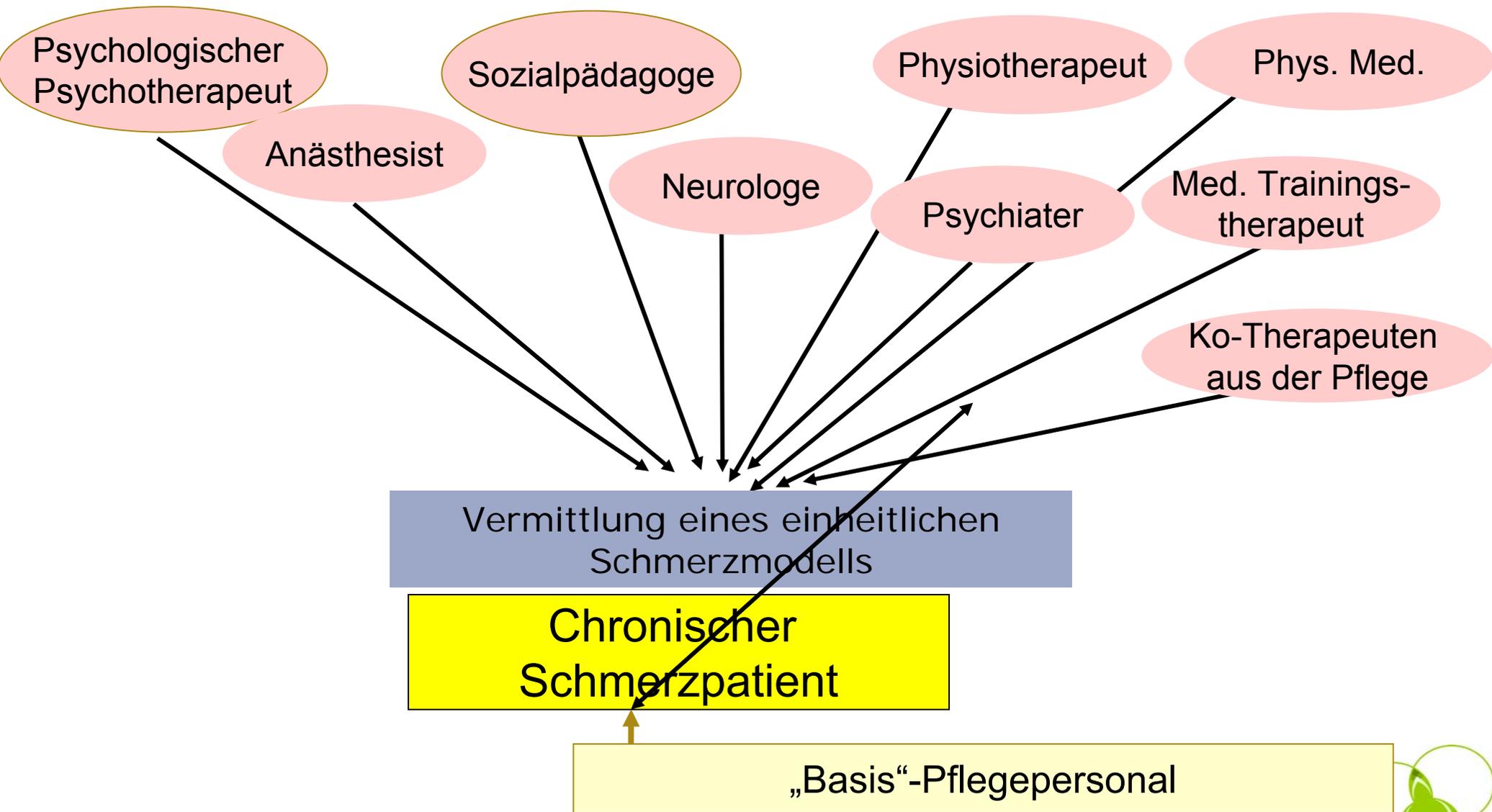
Nonspecific lower-back pain: surgical versus nonsurgical treatment.



Ambulante Therapieplanung: Setting: Multidisziplinäres Assessment



Stationäres multimodales Setting



Multimodale Therapieprogramme

stationäres
Blockprogramm
in geschlossenen Gruppen
über 3 Wochen + 10 Tage

Stationäres individuelles
Programm
in offenen Gruppen
10-15 Tage

stationäres
Seniorenprogramm
in geschlossenen Gruppen
über 3 Wochen + 10 Tage



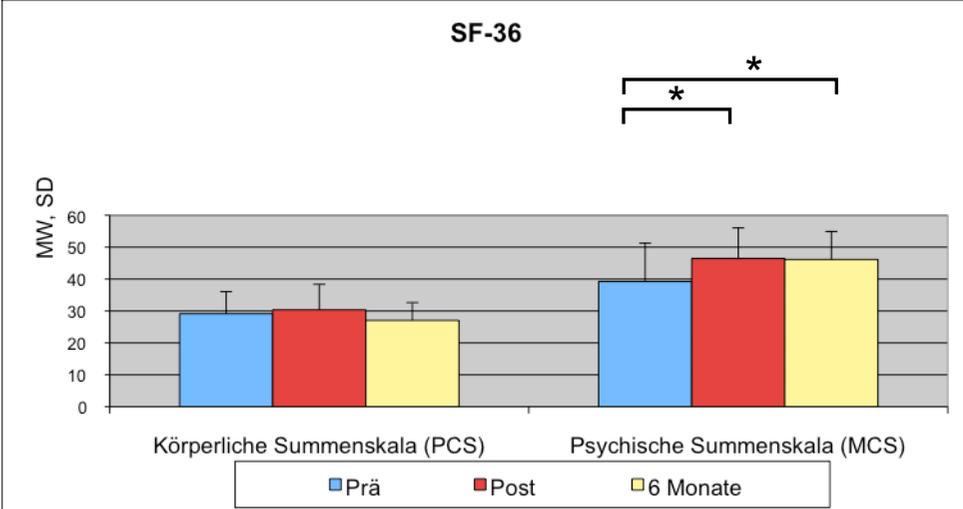
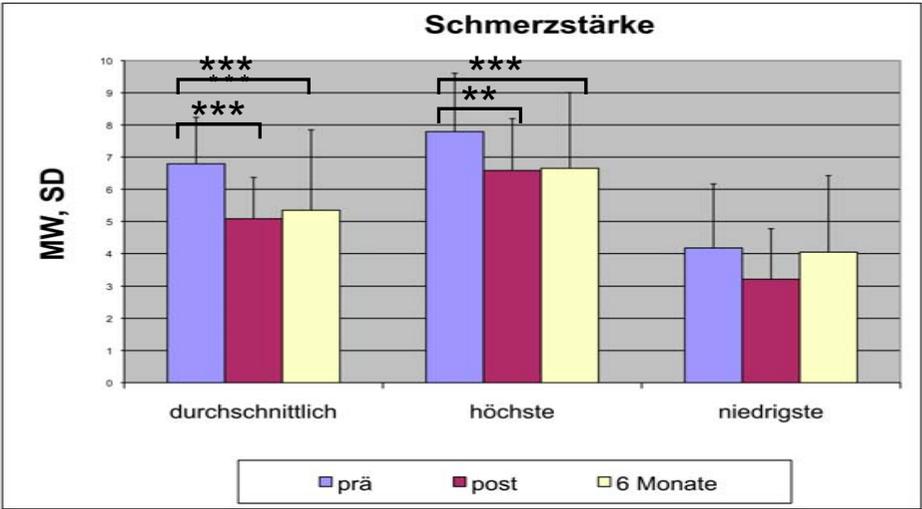
Stationäres multimodales Therapieprogramm

Wochenplan

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
08.00 – 08.30	Visite	Visite	Visite	Visite	Visite	Visite	
08.30 – 09.00							
09.00 – 09.30	Einzeltermine Arzt Psychotherapeut	Psychologische Schmerztherapie	TEAM			MTT	
09.30 – 10.00				Atemtherapie			
10.00 – 10.30				Schmerz- bewältigung	Meditation	Meditation	
10.30 – 11.00				Psychologische Schmerztherapie			
11.00 – 11.30							
11.30 – 12.00	Eigenübung	Bewegungsbad	Meditation		Physiotherapie in der Gruppe	Eigenübung	Eigenübung
12.00 – 12.30							
12.30 – 13.00	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause
13.00 – 13.30							
13.30 – 14.00	MTT		Schmerz- bewältigung	Bewegungsbad	Wochenbilanz		Genusstraining / Belastungs- erprobung / in der Gruppe (z.B. gemeinsamer Museumsbesuch)
14.00 – 14.30		Med. Info					
14.30 – 15.00				Einzeltermine Arzt Psychotherapeut	Einzeltermine Arzt Psychotherapeut		
15.00 – 15.30			Teamvisite				
15.30 – 16.00		Physiotherapie in der Gruppe					
16.00 – 16.30	Körper- wahrnehmung				Eigenübung	Entspannung	
16.30 – 17.00							
17.00 – 17.30			MTT				
17.30 – 18.00	Entspannung	Entspannung		Entspannung	Eigenübung		
18.00 – 18.30							



Multimodale Therapie: Ergebnisse der Seniorenschmerztherapie



Mattenklodt P et al.: Multimodale Gruppentherapie bei Senioren mit chronischen Schmerzen. Schmerz (2008)



Multimodale Schmerztherapie

Ergebnisse der Seniorengruppe Körperliche Leistungsfähigkeit

<i>Jamar-Hand-Dynamometer</i>	n	Therapiebeginn	Therapieende	Signifikanz
rechts (kg)	22	26,7 (± 9,63)	29,4 (± 8,76)	**
links (kg)	22	23,7 (± 10,26)	27,1 (± 8,74)	***
<i>OEX-Beweglichkeit</i>	n	Therapiebeginn	Therapieende	Signifikanz
Schürzengriff rechts über links (cm)	21	-16,6 (± 7,19)	-10,6 (± 7,75)	**
links über rechts (cm)	20	-22,1 (± 11,65)	-15,8 (± 9,31)	**

Mittelwert, ± Standardabweichung in Klammern; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Mattenklodt P et al.: Multimodale Gruppentherapie bei Senioren mit chronischen Schmerzen. Schmerz (2008)



- Multidisziplinäres Assessment
 - Therapieplanung im Team
 - Spezielle Diagnostik
 - Interventionelle Therapieverfahren
 - Operative Therapieverfahren
 - Multimodale Therapie
- ⇒ Interdisziplinäres Setting unabdingbar

Indikation Schmerztherapie - Behandlungsplan

➡ Schmerzanamnese

➡ Untersuchung

➡ Schmerzklassifikation

➡ Bildgebende Verfahren

- nozizeptiv?
- neuropathisch?
- vaskulär?
- viszeral?

➡ Yellow Flags ?

ja ➡

Multidisziplinäres Assessment

nein ↓

Klinische Diagnose

Behandlungsplan

Ambulant zurück zum Zuweiser

Ambulant z.B. MVZ

Vollstationär Krankenhaus X

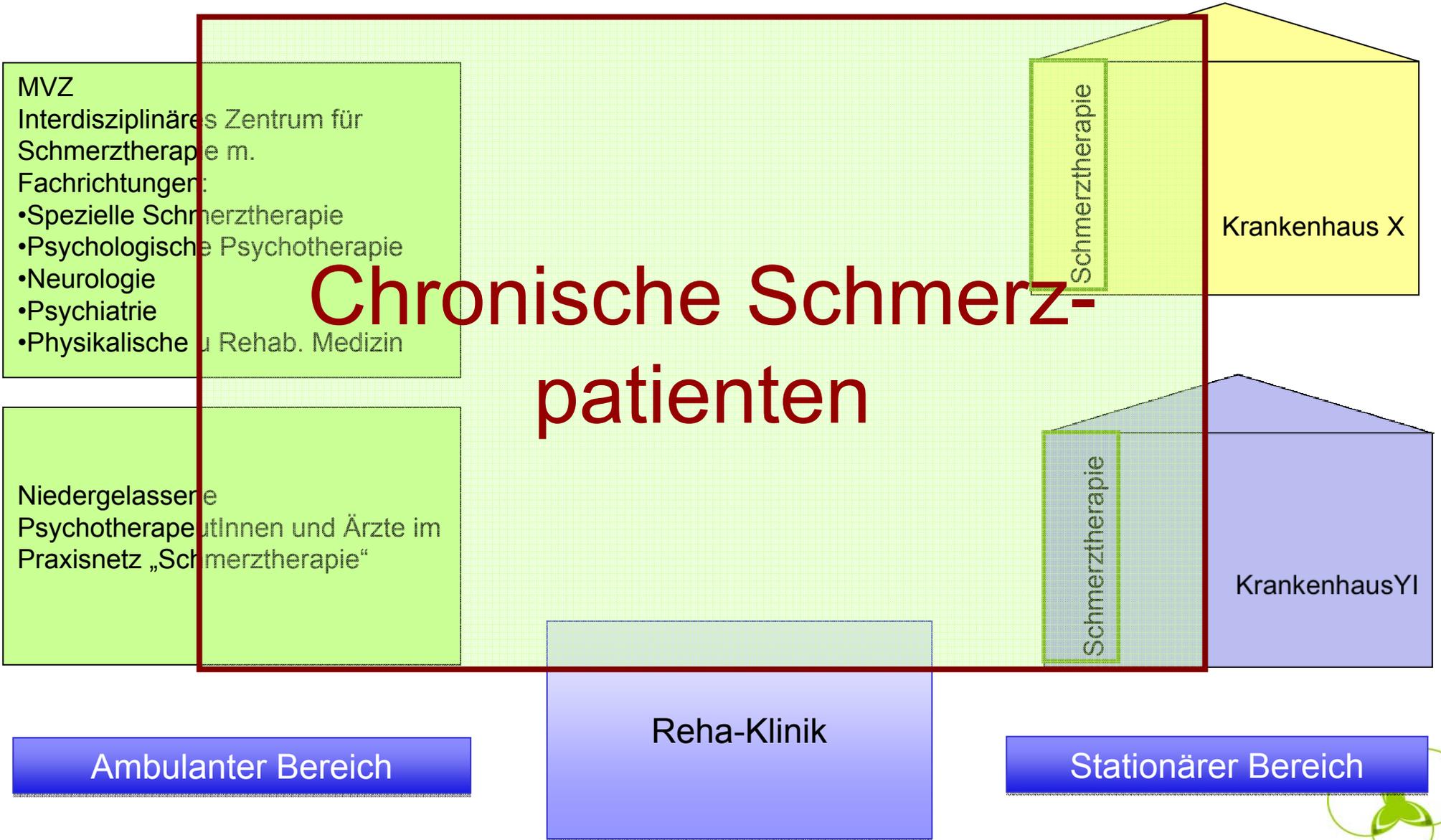
Teilstationär Einrichtung Y

- Befragung in verschiedenen Facharztpraxen (Zenz & Bartz 2000):
 - 36% aller Patienten in Facharztpraxen leiden unter chronischen Schmerzen
 - 2.1% dieser Patienten befinden sich in psychotherapeutischer Behandlung

- Befragung unter ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen (Pfungsten & Nilges 2002):
 - Responder = 45%
 - 31% Kooperationsbereitschaft
 - 7.5% Wartezeit < 4 Wochen
 - 37.5% Wartezeit > 6 Monate



Struktur einer integrierten Praxiseinheit: Kooperation zwischen ambulanten, stationären und rehabilitativen Leistungserbringern



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Bernhard Klasen

Algesiologikum MVZ

Interdisziplinäres Zentrum für Schmerztherapie Maxvorstadt

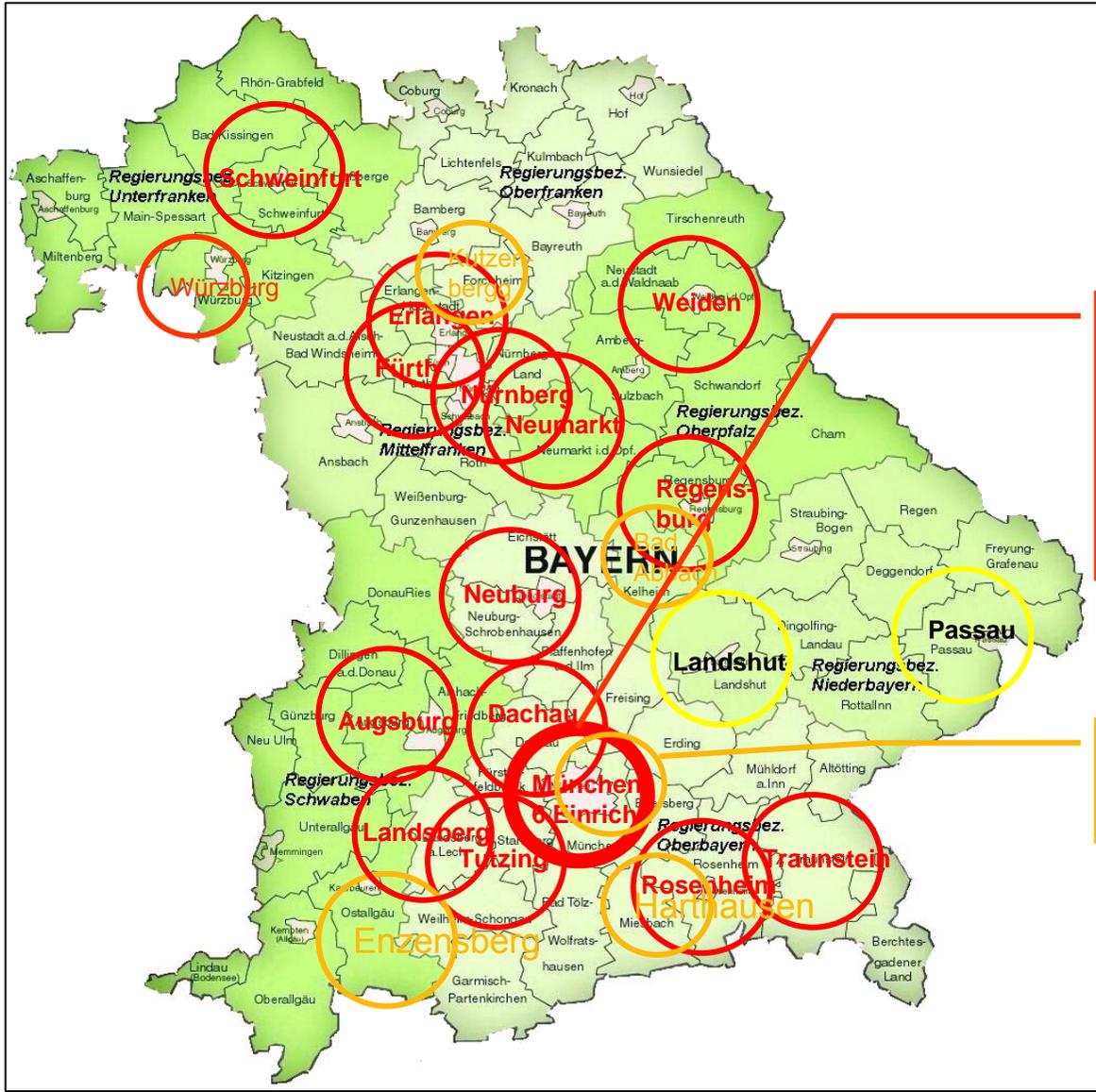
Fon 089 2122 555

Fax 089 2122 757

email: klasen@algesiologikum.de



Einrichtungen mit multimodalem, teil- oder vollstationärem Schmerztherapiekonzept in Bayern



- Teilstationär München**
- SKM Neuperlach
 - SKM Harlaching
 - SKM Schwabing
 - LMU Innenstadt
 - LMU Großhadern
 - TU rechts der Isar

- Vollstationär München**
- TU rechts der Isar
 - Maxvorstadt