



BIO-PSYCHO-SOZIALE ASPEKTE DES SCHMERZES

DEZEMBER 2023

Christine Keller, M.A.
Krankenschwester, Lehrerin für
Pflegerberufe, Heilpraktikerin
(Psychotherapie), Systemische
Beraterin

EINSTIEG

Eine Frage zum Einstieg:

Sie sind wegen andauernder und heftiger Rückenschmerzen mal wieder bei Ihrem behandelnden Arzt.

Dieser empfiehlt Ihnen – mit Blick auf die aktuellen Röntgenbefunde und die langwierige Krankheitsgeschichte – mal einen Psychologen aufzusuchen.

Wie geht es Ihnen damit?

EINSTIEG

Die Sache mit der Psyche –

Wie sie chronische Schmerzen entstehen und aufrecht
erhalten lässt!

Das bio-psycho-soziale Schmerzmodell.

EINSTIEG

„Willst du den Körper
heilen, musst du zunächst
die Seele heilen.“

Platon

„Der Körper ist der
Übersetzer der Seele ins
Sichtbare.“

Christian Morgenstern

„Der Schmerz ist der
große Lehrer der
Menschen. Unter seinem
Hauch entfalten sich die
Seelen.“

Maria von Ebner-Eschenbach

EINSTIEG

Die Sache mit der Psyche –

Wie sie chronische Schmerzen entstehen und aufrecht
erhalten lässt!



Aber wie viele „Psycho“ steckt denn nun im
chronischen Schmerz?

Was glauben Sie?

GESCHICHTLICHE ENTWICKLUNG

René Descartes, 1640

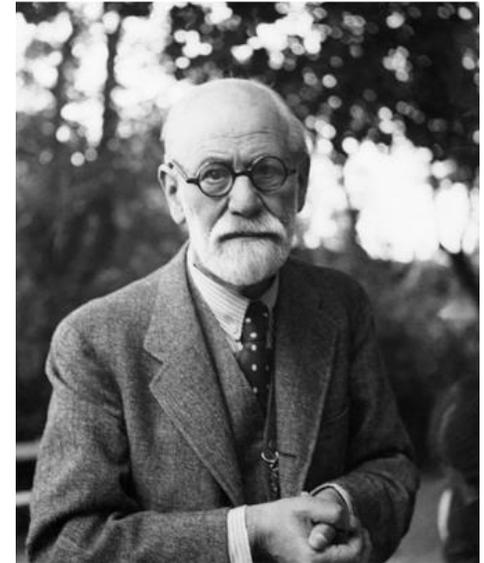
... Schmerz als unidirektionales,
nozizeptives Reiz-Reaktionsmuster ...



GESCHICHTLICHE ENTWICKLUNG

Sigmund Freud, 1895

Schmerzen können auch im Rahmen von psychischen Erkrankungen („hysterische Neurose“) ohne organisches Korrelat entstehen.



Georg L. Engel, 1959

Schmerzerleben setzt Bewusstsein und Aufmerksamkeit voraus und ist darüber hinaus niemals frei von affektiver Täuschung.



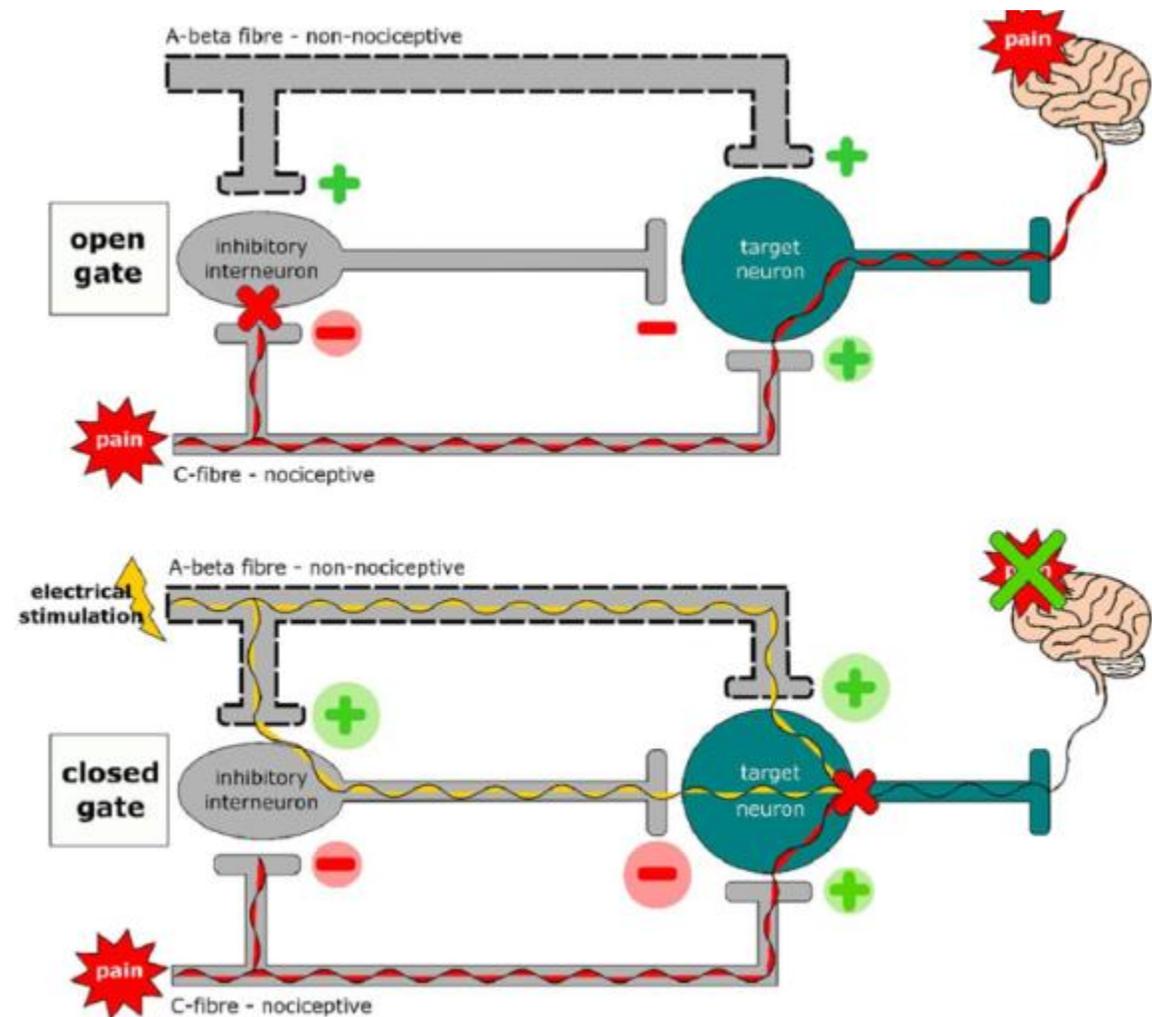
GESCHICHTLICHE ENTWICKLUNG

Ronald Melzack und Patrick David Wall, 1965

Die Weiterleitung von Schmerzimpulsen kann durch physiologische und psychologische Faktoren auf mehreren Ebenen im schmerzverarbeitenden System moduliert werden → Schmerzweiterleitung kann so gehemmt oder aktiviert werden

= **Gate-Control-Theorie**

↪ u.a. kann die Wirkung von Akupunktur, Hypnose, Autosuggestion, Placebo durch diese Theorie erklärt werden.



CHRONIFIZIERUNG VON SCHMERZEN



FAZIT aus den Forschungen rund um die Chronifizierung von Schmerzen

- ➔ Schmerz ist mehr als eine Reizwahrnehmung
- ➔ Schmerz ist eine subjektive Empfindung mit sensorischen und emotionalen Qualitäten, die oft spezifischen Verhalten bedingt – objektivierbare Auslöser fehlen häufig

CHRONIFIZIERUNG VON SCHMERZEN

Das

bio-psycho-soziale Modell bei chronischen Schmerzen

ist heute weltweit
anerkannt und spielt auch
bei der Behandlung
chronischer Schmerzen
eine wichtige Rolle.

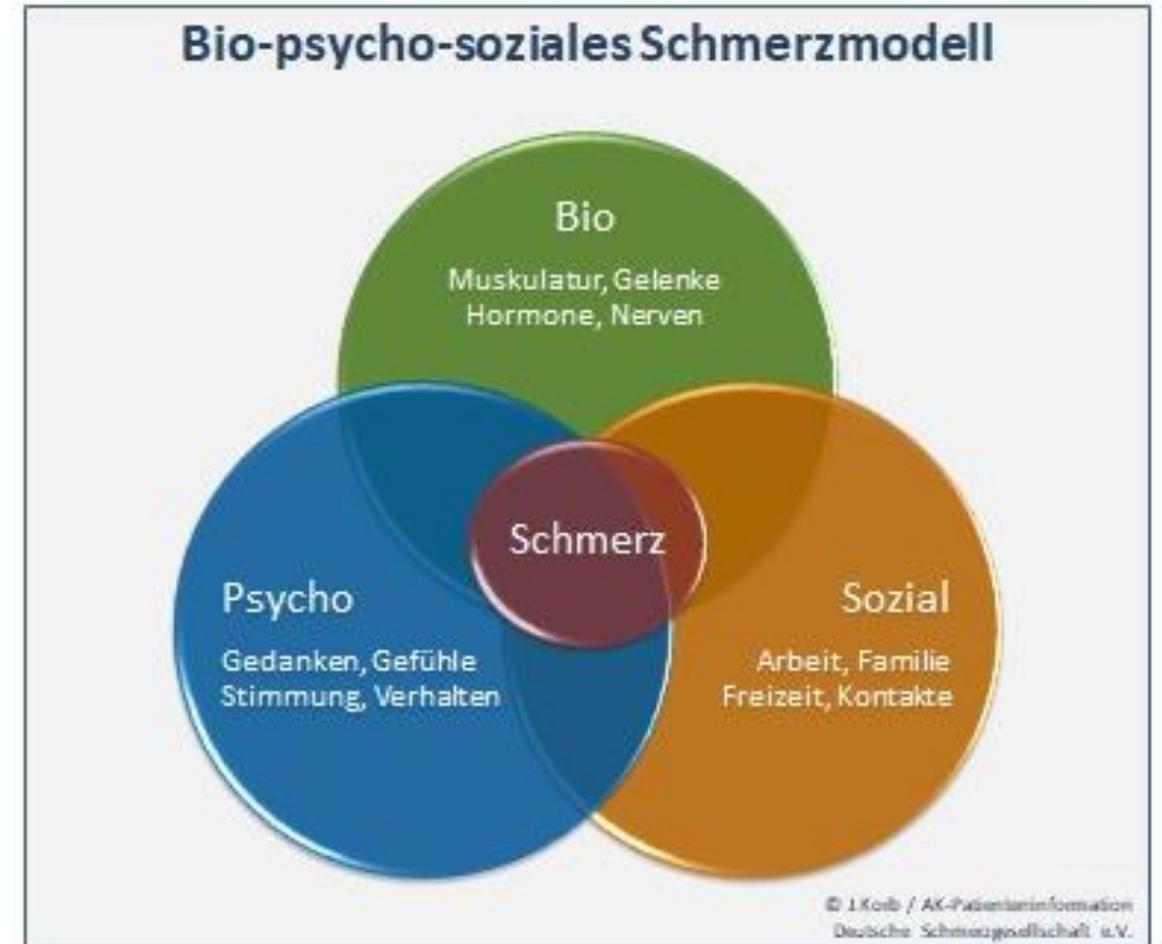


Abb. 1 (© J. Korb AK-Patienteninformation Deutsche Schmerzgesellschaft)

DIE FAKTOREN IM EINZELNEN: WAS DENKEN SIE?

Biologische Faktoren	Psychische Faktoren	Soziale Faktoren

BIOLOGISCHE FAKTOREN

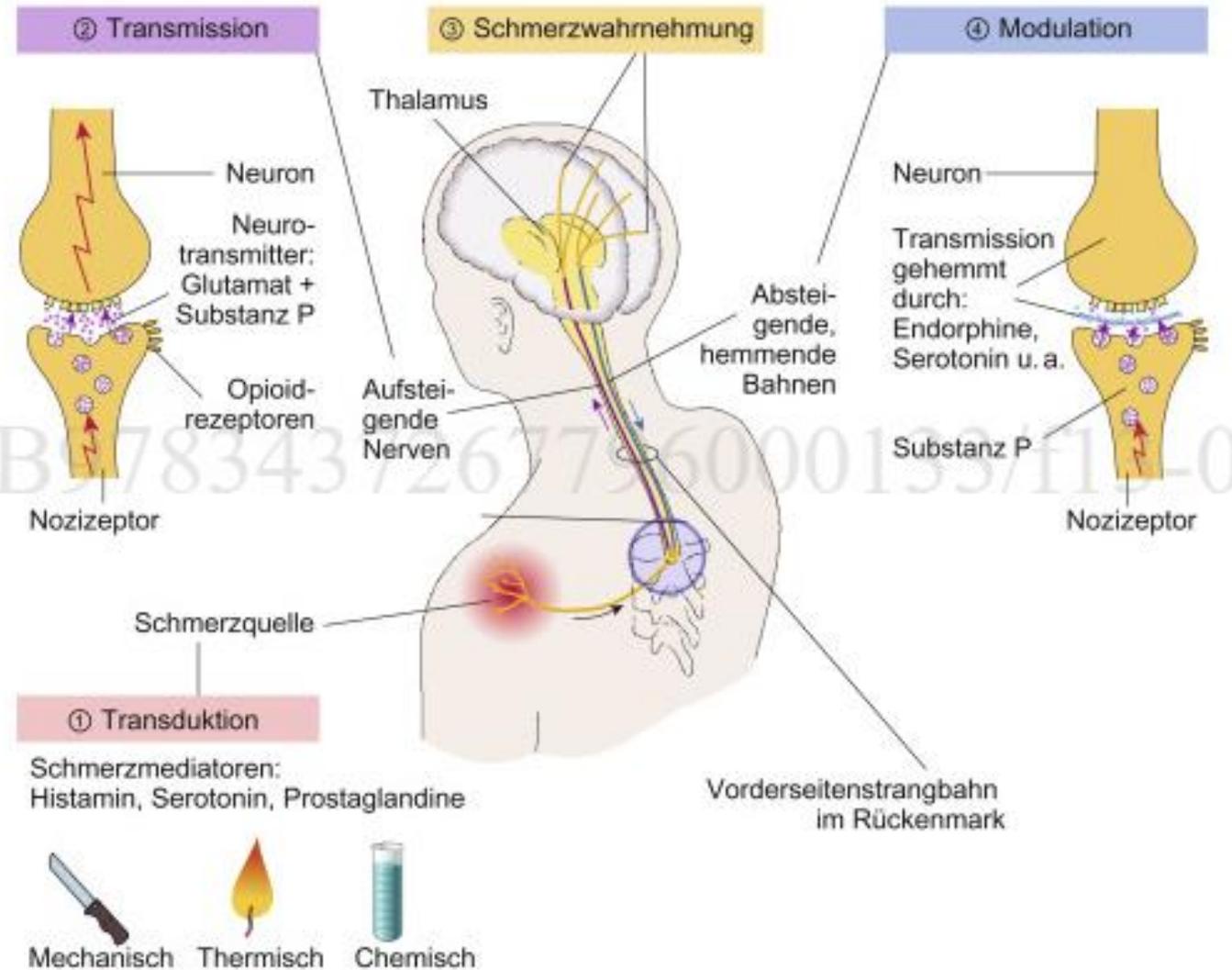


Es finden pathophysiologische Veränderungen statt:

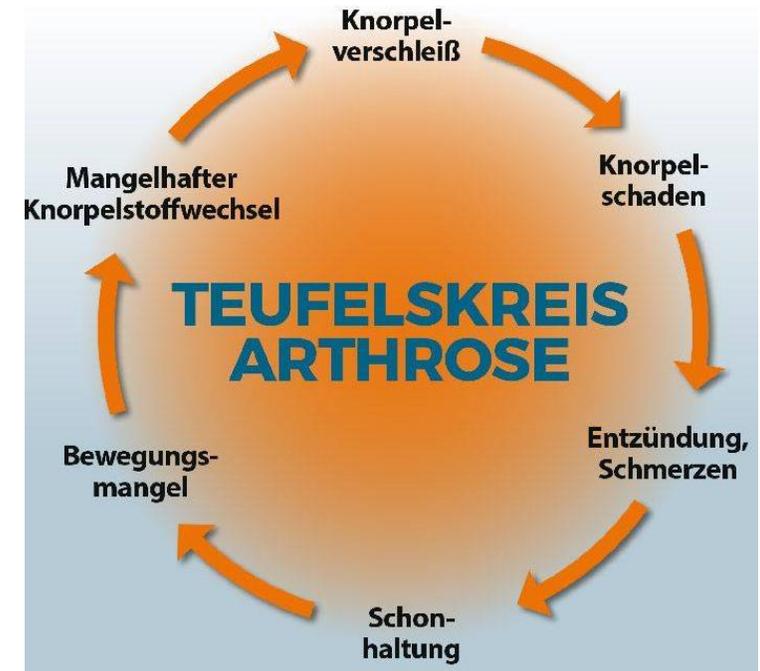
- Periphere Sensibilisierung an den Nozizeptoren (Transduktion):
 - Ausschüttung von Neuropeptiden
 - Freisetzung von Entzündungsmediatoren aus entzündetem, geschädigten Gewebe
- **Zentrale Sensibilisierung:**
 - Modifikation der Reizübertragung im Rückenmark (Transmission)
 - Veränderungen neuroanatomischer Verschaltungen
 - Veränderte körpereigene Schmerzbeeinflussung (Modulation):

Periphere und zentrale Sensibilisierung + Verlust der körpereigenen Schmerzhemmung + Ausbildung eines Schmerzgedächtnissen mit veränderter Schmerzwahrnehmung

BIOLOGISCHE FAKTOREN

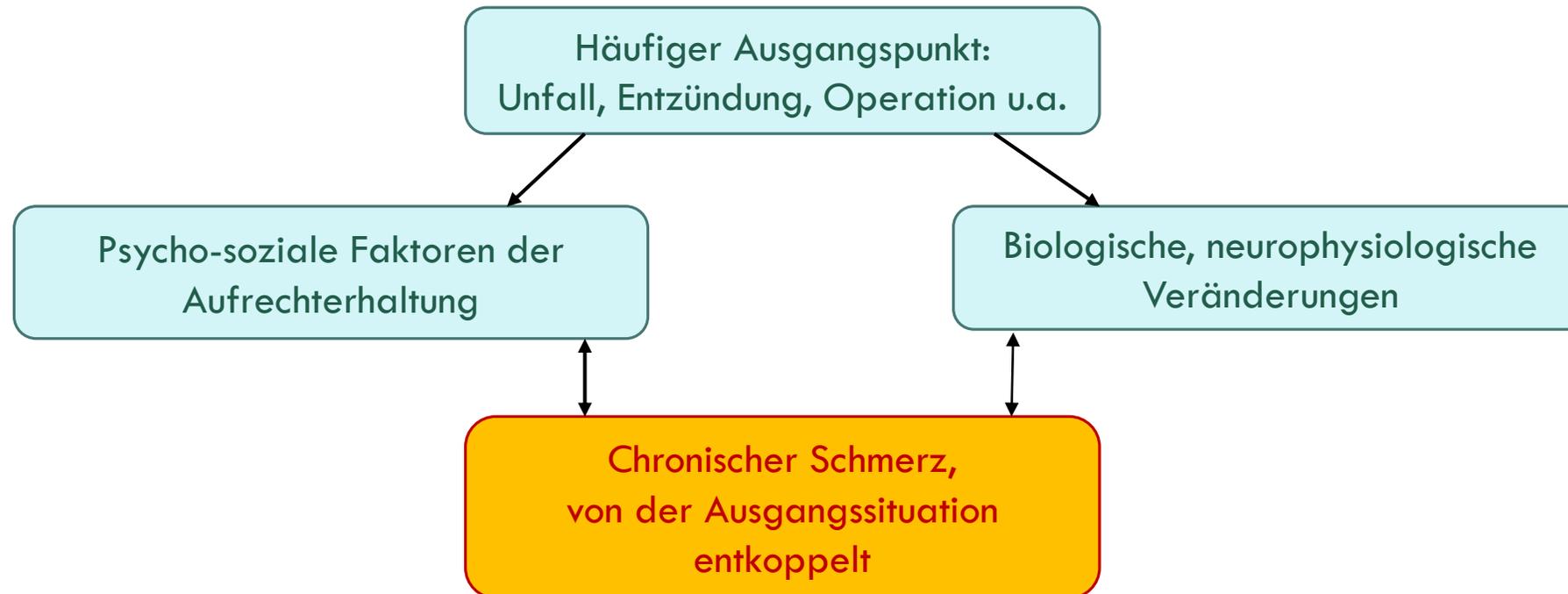


BIOLOGISCHE FAKTOREN: TEUFELSKREISE



PSYCHO-SOZIALE-BIOLOGISCHE PROZESSE

Oder: **Wie aus akuten Schmerzen chronische Schmerzen werden!**



PSYCHO-SOZIALE-BIOLOGISCHE PROZESSE



Abb. 4: (© Hans-Günter Nobis)

PSYCHO-SOZIALE-BIOLOGISCHE PROZESSE



H.-G. Nobis et al. (Hrsg.), Schmerz — eine Herausforderung, 3. Aufl, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2020

Stress spielt oft eine Rolle

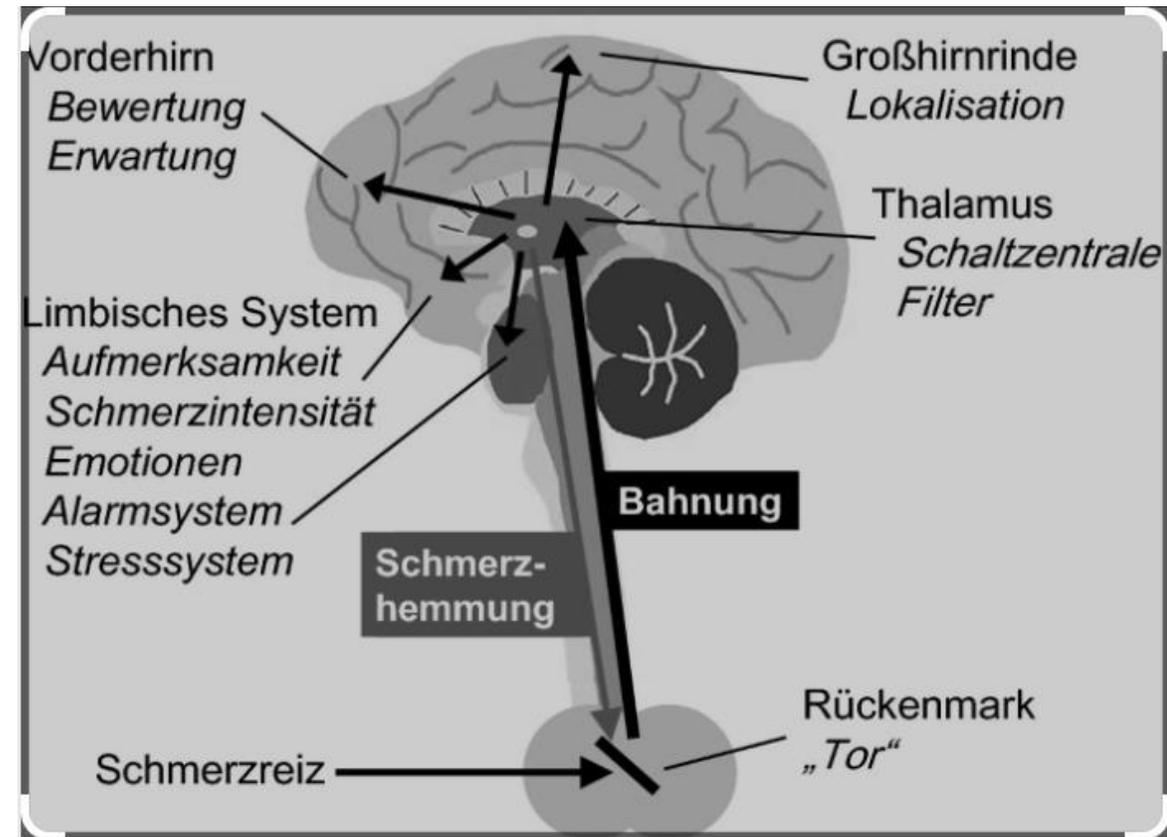
- Das Gehirn hat eine „Stress-Alarmanlage“. Wird sie ausgelöst, dann werden Stresshormone freigesetzt, die u.a. für Ängste, Muskelanspannung mitverantwortlich sind.
- Die „Stress-Alarmanlage“ hat bei der Geburt eine Grundeinstellung, d.h. sie wird in der Regel nur bei (lebens-)bedrohlichen Situationen eingeschaltet.
- Gab es insbesondere in den frühen Lebensjahren belastende Ereignisse, kann die „Stress-Alarmanlage“ sensibler sein und schon bei einfachen Situationen ‚anspringen‘ → oft triggern vermeintlich harmlose Situationen dann frühe belastende Ereignisse an.

LERNEN ALS GRUNDLAGE DER SCHMERZCHRONIFIZIERUNG

Das Gehirn verändert sich bei Schmerzen über einen längeren Zeitraum:

- Sensibilisierung (zunehmende Schmerzempfindlichkeit)
- Vergrößerte Repräsentation der stimulierenden Areale im somatosensorischen Kortex
- Erhöhte Aktivität in den limbischen Arealen

➔ **Je länger ein Schmerzproblem besteht, desto ausgeprägter ist das somatosensorische Schmerzgedächtnis!**



LERNEN ALS GRUNDLAGE DER SCHMERZCHRONIFIZIERUNG

Klassische Konditionierung

Ein neutraler Reiz wird mit einem anderen Reiz gekoppelt, der eine bestimmte Reaktion auslöst. Später löst der ursprünglich neutrale Reiz die gleiche Reaktion aus (z.B. Geruch in der Zahnarztpraxis mit Zahnschmerzen bei der Behandlung).

Beispiel:

Rückenschmerzen werden mit bestimmten Bewegungen verknüpft

- Beim Vorbeugen verstärken sich die Schmerzen → Gedächtnisspur: Vorbeugen = Schmerzen
- Zukünftig steigt die Wahrscheinlichkeit für weitere Schmerzen bei Vorbeugen, auch wenn die akute Phase der Rückenschmerzen abgeklungen ist

LERNEN ALS GRUNDLAGE DER SCHMERZCHRONIFIZIERUNG

Operantes Lernen

Verhalten wird durch nachfolgende Ergebnisse bzw. Konsequenzen verstärkt:

- **Positive Verstärkung = Belohnung**, z.B. sehr fürsorgliches Verhalten von Angehörigen, Zuwendung von medizinischen Personen, medikamenteninduzierte Euphorie ... kann das Schmerzverhalten aufrecht erhalten = positiver Krankheitsgewinn
- **Negative Verstärkung = Wegfall von unangenehmen Dingen**, z.B. Rückzugsmöglichkeit aus unangenehmen Umständen, Entlastung von Verantwortung, Vermeidung von Konfrontation mit Defiziten, Umgehung von unangenehmen Aufgaben
- **Vermeidungsverhalten**, z.B. mangelnde Bewegung, körperliche Schonung führt zunächst zum Nachlassen von Beschwerden → in der Folge zeigen sich die Nachteile von Bewegungsmangel bis hin zur sozialen Isolation

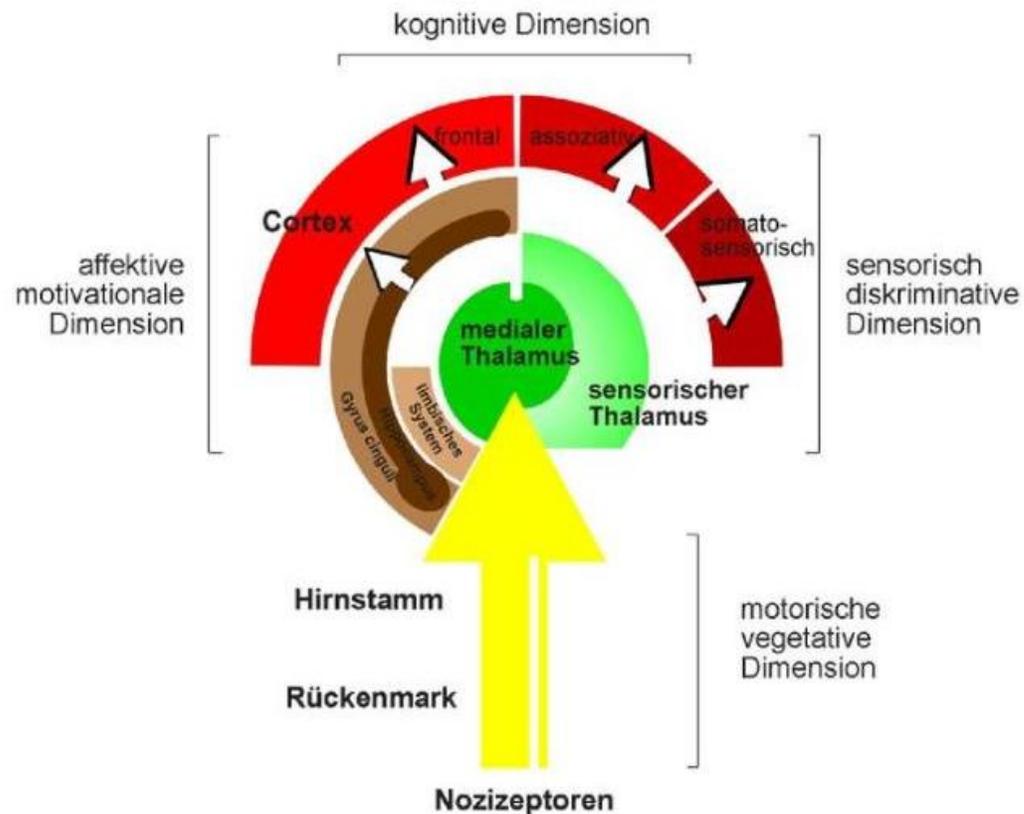
LERNEN ALS GRUNDLAGE DER SCHMERZCHRONIFIZIERUNG

Lernen am Modell

Beobachtung von Schmerzverhalten bei anderen Personen kann zur Nachahmung führen und aktiviert eigene schmerzbezogene Hirnareale (Empathie):

- Vor allem Kinder lernen Einstellungen und Verhalten bzgl. Schmerzen und Gesundheit u.a. durch Beobachtung und Nachahmung bei Bezugspersonen (Eltern, Geschwister). Kinder von Eltern mit chronischen Schmerzen haben selbst ein erhöhtes Risiko dafür.
- (Ehe-)Partner von Patienten mit chronischen Schmerzen haben erhöhtes Risiko für eigene Schmerzproblematik!

RISIKOFAKTOREN FÜR DIE CHRONIFIZIERUNG



Chronischer Schmerz hat mehrere Dimensionen:

- Somomotorisch
- Affektiv (emotional)
- Kognitiv (das Denken betreffend)
- Motivational (führt zu Verhalten)

RISIKOFAKTOREN FÜR DIE CHRONIFIZIERUNG

Sog. **Yellow Flags** sind Warnzeichen für die Gefahr einer Chronifizierung.

Sie lassen sich unterteilen:

	Beispiele
Emotionen	<ul style="list-style-type: none">– Depressivität– Negativer Stress (Distress)– Extreme Angst vor Schmerzen– Erhöhte Aufmerksamkeit für körperbezogene Symptome– Gefühl der Ohnmacht, Hilflosigkeit, Resignation
Kognition	<ul style="list-style-type: none">– Überzeugung, dass Belastung schadet– Überzeugung, dass erst die Schmerzen verschwunden sein müssen, bevor man aktiv wird– Katastrophieren– Fixierung auf bestimmte Behandlungsmaßnahmen– Überzeugung, dass der Schmerz unkontrollierbar ist

RISIKOFAKTOREN FÜR DIE CHRONIFIZIERUNG

Sog. **Yellow Flags** sind Warnzeichen für die Gefahr einer Chronifizierung.

Sie lassen sich unterteilen:

	Beispiele
Verhalten	<ul style="list-style-type: none">– Ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten– Rückzug von normalen Alltagsaktivitäten– Extremes Schmerzverhalten– Nicht über die Schmerzen sprechen– Ausgeprägtes suppressives Schmerzverhalten, Überaktivität: Durchhalten um jeden Preis– Medikamentenmissbrauch– Aufgabe von sozialen Kontakten
Familie, soziales Umfeld	<ul style="list-style-type: none">– Überbehütender, fürsorglicher Partner, Angehörige– Chronische Schmerzpatienten in der Familie– Schwerwiegende partnerschaftliche, familiäre Probleme

RISIKOFAKTOREN FÜR DIE CHRONIFIZIERUNG

Sog. Blue Flags sind arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren

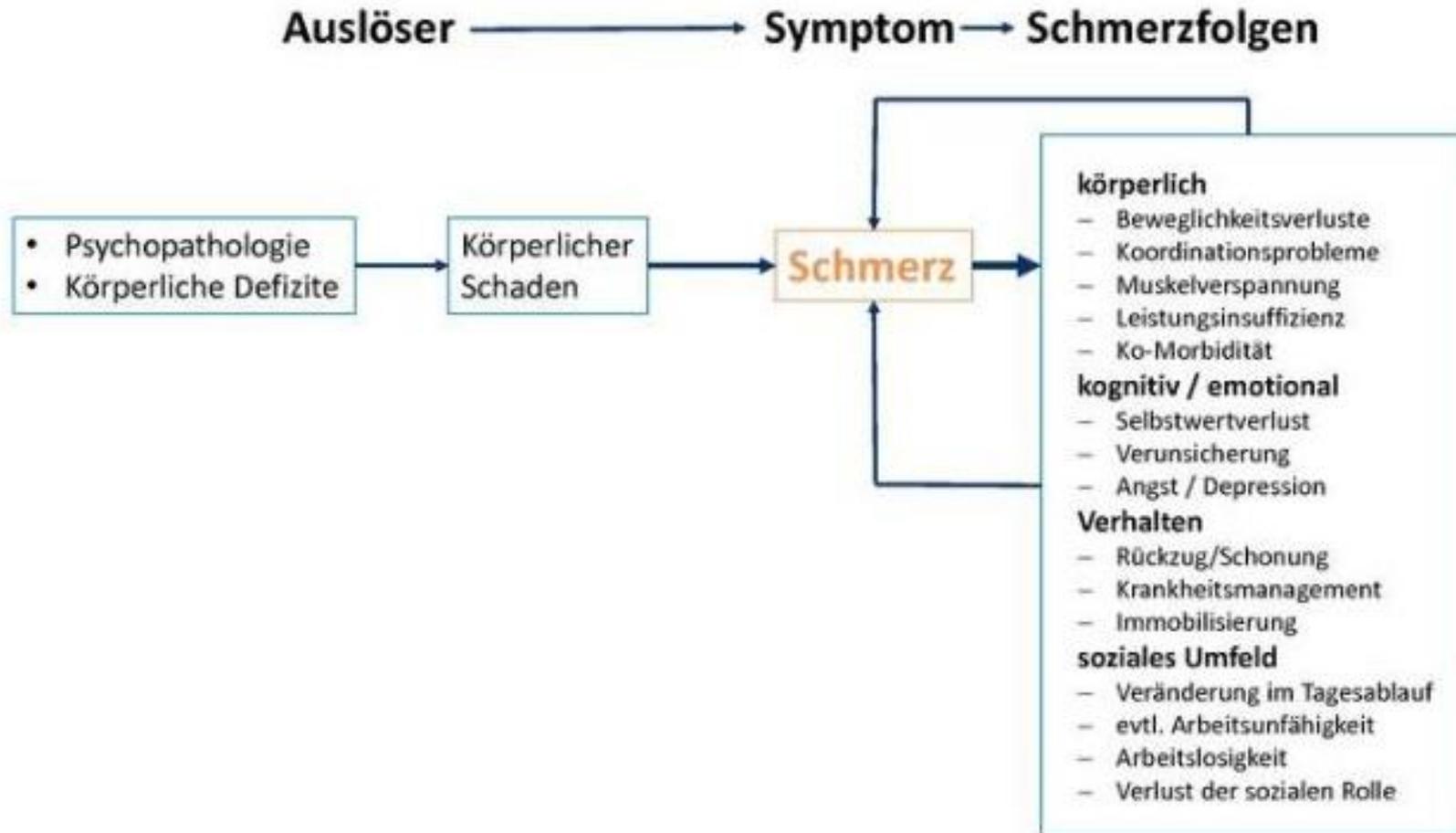
	Beispiele
Arbeitsplatz	<ul style="list-style-type: none">– Überwiegende körperliche Schwerarbeit– Überwiegend monotone Arbeit– Geringe berufliche Qualifikation– Geringer Einfluss auf die Arbeitsplatz und Arbeitsgestaltung– Geringe soziale Unterstützung– Berufliche Unzufriedenheit– Verlust oder Gefahr für Verlust des Arbeitsplatzes– Kränkungen, chronische Konflikte, Mobbing– Angst vor erneuter Schädigung am Arbeitsplatz

RISIKOFAKTOREN FÜR DIE CHRONIFIZIERUNG

Weitere Risikofaktoren sind:

	Beispiele
Diagnostik und Behandlung	<ul style="list-style-type: none">– „Überdiagnostik“ ohne therapeutische Konsequenz, Ärztehopping– Behandler unterstützt das Schonverhalten, z.B. Verschreibung von passiven Maßnahmen– Mehrere, sich ggf. widersprechende, Diagnosen– Befürchtung einer malignen Erkrankung– Hohes Inanspruchnahmeverhalten „Das steht mir aber zu!“– Überzeugung, dass nur eine somatische Therapie zur Besserung führt– Unzufriedenheit mit vorherigen Behandlungen

RISIKOFAKTOREN FÜR DIE CHRONIFIZIERUNG



Auch die Schmerzfolgen lassen sich auf verschiedenen Ebenen beobachten.

DIAGNOSTIK UND KLASSIFIKATION VON CHRON. SCHMERZEN

ICD-10-GM (German Modifikation) 2024

Patienten mit chronischen Schmerzen bekommen oft im Krankheitsverlauf verschiedene Diagnosen, die tw. für den Wechsel von Therapieverfahren notwendig sind.

„Chronische Schmerzen“ finden sich an verschiedenen Stellen:

- **F00-F99** Psychische und Verhaltensstörungen
- **M00-M99** Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

DIAGNOSTIK UND KLASSIFIKATION VON CHRON. SCHMERZEN

ICD-10-GM (German Modifikation) 2024

F45.- Somatoforme Störungen: Wiederholte körperliche Symptome, die nicht körperlich begründbar sind

F45.4-Anhaltende Schmerzstörung

F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

KOMORBIDITÄTEN BEI CHRONISCHEN SCHMERZEN

Komorbidity = gleichzeitiges Vorkommen von zwei oder mehrerer Erkrankungen

Chronische Schmerzpatienten weisen typische Komorbidityen auf:

- Schlafstörungen
- **Depression**
 - Chronische Schmerzen aktivieren langfristig negative Gefühle von Hilf- und Hoffnungslosigkeit → depressive Verstimmung bis hin zu klinischen Depression
 - Patienten mit primärer Depression klagen häufiger über Schmerzen
- Angststörung
- Substanzmissbrauch, insbes. Alkohol, Analgetika
- Suizidgedanken (um das 2- bis 3-fache erhöht)

DIAGNOSTISCHE INSTRUMENTE

Neben den klassischen Instrumenten/Assessments zur Einschätzung der Schmerzsituation spielen weiterführende Einschränkungen eine Rolle:

○ **Pain Disability Index (PDI):** 7 Lebensbereiche werden abgefragt

1. Familiäre und häusliche Pflichten
2. Erholung
3. Soziale Aktivitäten
4. Beruf
5. Sexualeben
6. Selbstversorgung
7. Lebensnotwendige Tätigkeiten



keine
Beein-
trächtigung

völlige
Beein-
trächtigung

DIAGNOSTISCHE INSTRUMENTE

- **Depressions-Angst-Stress-Skalen (DASS):** Screening auf Depressivität (D), Angst (A) und Stress (S) mithilfe von 21 Fragen

0 Traf gar nicht zu

1 Traf bis zu einem gewissen Grad zu oder manchmal

2 Traf in beträchtlichem Maße zu oder ziemlich oft

3 Traf stark zu oder die meiste Zeit

PSYCHOLOGISCHE UNTERSTÜTZUNG DURCH MEDIZINISCHE PERSONEN

Perioperative Akutschmerzen

- Zu erwartbaren Schmerzen informieren sowie Möglichkeiten der Schmerzbehandlung
- Nutzen von Schmerzkalen erklären, Selbsthilfetechniken z.B. bei der Mobilisation zeigen
- Postoperativ: zu Ablenkung ermuntern, z.B. Lesen, Spiele usw.
- Zu Entspannungstechniken anleiten

PSYCHOLOGISCHE UNTERSTÜTZUNG DURCH MEDIZINISCHE PERSONEN

Nutzen von Placebo-Effekt („Ich werde gefallen“) → positive Erwartungen

Je wahrnehmbarer ein Medikament für den Patienten ist (offene Gabe, Betonung von Aussehen, Geschmack usw.), desto höher ist seine Erwartung an die Wirkung; „Sie haben in der Infusion eine Schmerzmittel“

→ ES geht nicht darum, ein Schmerzmittel durch ein Placebo-Medikament zu ersetzen, sondern den Placebo-Effekt zusätzlich zur Medikamentengabe zu nutzen

Nocebo-Effekt („Ich werde schaden“) vermeiden

Nebenwirkungen möglichst sachlich darstellen, um keine Angst zu erzeugen

PSYCHOLOGISCHE UNTERSTÜTZUNG DURCH MEDIZINISCHE PERSONEN



Abbildung 1. Illustration des Nocebo-Effekts im Alltag. (c) Timm Kinitz.

PSYCHOLOGISCHE UNTERSTÜTZUNG DURCH MEDIZINISCHE PERSONEN

Zeitkontingente Einnahme von Schmerzmitteln

- Einnahme zu festen Zeiten in festen Abständen – Basismedikation + Bedarfsmedikament – patientenkontrollierte Analgesie
- Einnahme in Abhängigkeit zur Schmerzintensität: negative Verstärkung von Schmerzen, Patient hat das Gefühl ‚betteln‘ zu müssen

Zeitkontingente Beendigung von Aktivitäten

- Ruhe bzw. Aktivitäten sollen nicht abhängig von Schmerzen gestaltet werden, sondern abhängig von einer bestimmten Leistung/Aktivität
- Patient solle eine Aktivität möglichst in einer schmerzfremen/-armen Zeit beginnen, dann Pause machen; langsam die Aktivitäten steigern und positive Verstärkung durch Erfolg erfahren

PSYCHOLOGISCHE UNTERSTÜTZUNG DURCH MEDIZINISCHE PERSONEN

Zeitkontingente Einnahme von Schmerzmitteln

- Einnahme zu festen Zeiten in festen Abständen – Basismedikation + Bedarfsmedikament – patientenkontrollierte Analgesie
- Einnahme in Abhängigkeit zur Schmerzintensität: negative Verstärkung von Schmerzen, Patient hat das Gefühl ‚betteln‘ zu müssen

Zeitkontingente Beendigung von Aktivitäten

- Ruhe bzw. Aktivitäten sollen nicht abhängig von Schmerzen gestaltet werden, sondern abhängig von einer bestimmten Leistung/Aktivität
- Patient solle eine Aktivität möglichst in einer schmerzfreien/-armen Zeit beginnen, dann Pause machen; langsam die Aktivitäten steigern und positive Verstärkung durch Erfolg erfahren

PSYCHOLOGISCHE UNTERSTÜTZUNG DURCH MEDIZINISCHE PERSONEN

Positive Verstärkung von Aktivitäten

- Patienten ermuntern in Bewegung zu kommen, in kleinen Schritten
- Patienten ermutigen, seine Aufmerksamkeit auf andere Inhalte lenken, z.B. spazieren gehen, Entspannungsübung
- Aber: Keine Aufforderungen wie „Denken Sie nicht an den Schmerz, ignorieren Sie ihn!“ → das führt zum Gegenteil, zur Aufmerksamkeitsfokussierung
- In Gesprächen Ressourcen herausfinden und aufzeigen: „Was macht Sie stark?“
- In Gesprächen Ziele und Werte herausfinden: „Was ist Ihnen im Leben wichtig?“, „Was können neue, andere Ziele in Ihrem Leben sein?“

PSYCHOLOGISCHE UNTERSTÜTZUNG DURCH MEDIZINISCHE PERSONEN

Eigene Grundhaltungen überprüfen

- Akzeptanz und Wertschätzung
- Vermeidung von Pauschalisierungen („der Schmerzpatient“) → der Mensch, der gerade eine Schmerzsituation hat → Patienten möchten individuell wahrgenommen werden und nicht auf ihre Schmerzsituation reduziert werden
- Standhalten und Mitgefühl – auch bei langjähriger Schmerzproblematik → Unterstützung geben bei der Akzeptanz der Situation, wenn keine Schmerzfreiheit erreicht werden kann
- Den Patienten in seine Lebensbezüge wahrnehmen (Familie, Beruf, Hobbys ...), an Ressourcen anknüpfen, Ressourcen aufzeigen

PSYCHOLOGISCHE THERAPIEVERFAHREN

Es gibt eine Vielzahl an psychologischen Therapien – jenseits von medikamentösen Maßnahmen, die ggf. begleitend gegeben werden

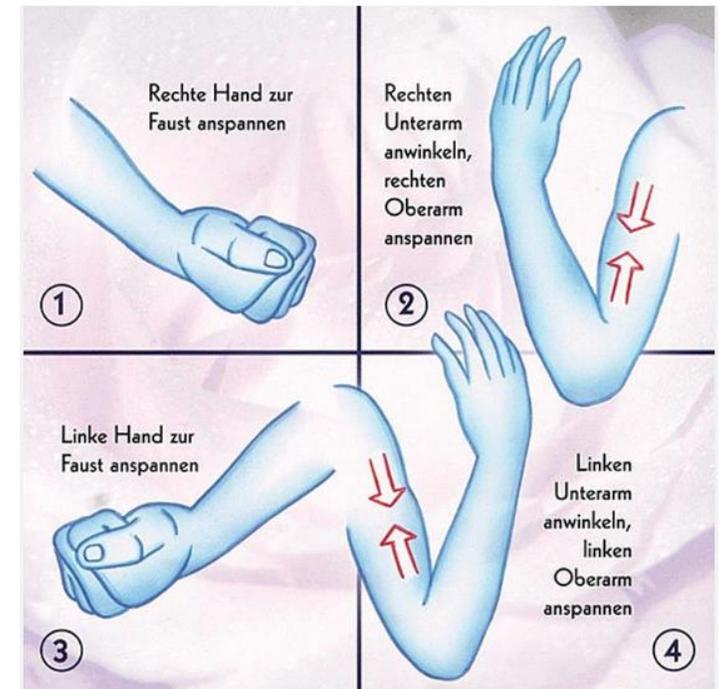
→ Mit jedem Patienten muss die geeignete und wirkungsvollste Therapie gefunden werden, oft ist es eine Kombination von Maßnahmen (s. auch nicht-medikamentöse Maßnahmen)

- **Entspannungs- und Imaginationsverfahren** → kann von PFP angeleitet werden
- **Biofeedback** → diverse Berufsgruppen, es kommt auf die Zielsetzung (Coaching, Therapie) an
- **Hypnose (Hypnotherapie)** → Ausbildung notwendig; nur von Heilpraktikern, psych. Psychotherapeut, Arzt, wenn es um Schmerztherapie geht – zur Entspannung auch von anderen
- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)** → psych. Psychotherapeut
- **Akzeptanz- und Commitment-Therapie**
- **Psychodynamische Therapie**

PSYCHOLOGISCHE THERAPIEVERFAHREN

Progressive Muskelentspannung nach Edmund Jacobsen (PMR)

- Unter Anleitung werden einzelne Muskelgruppen zuerst angespannt und dann entspannt.
- Der Wechsel zwischen Anspannung und Entspannung fördert die Körperwahrnehmung – so lernt der Patient mit der Zeit, die Muskelentspannung gezielt zu beeinflussen
- Die An- und Entspannung führt zur vermehrten Durchblutung der Muskeln – zur Beruhigung von Herz und Kreislauf, der Blutdruck sinkt – der Schlaf wird besser – der Stress wird reduziert - ...
- Mit der Zeit gelingt die Entspannung der Muskeln alleine durch die Vorstellung



PSYCHOLOGISCHE THERAPIEVERFAHREN

Mindfulness-Based-Stress-Reduction (MBSR) nach Jon Kabat-Zinn

- Im Stehen, Gehen, Liegen, Sitzen lernt der Patient seine Aufmerksamkeit und Konzentration auf den Körper zu lenken
- Der Body Scan, als Grundübung, ist eine „Reise durch den Körper“, in der es darum geht, nach und nach alle Körperregionen zu erkunden
- Es geht darum, Gedanken und Gefühle bewusst wahrzunehmen ohne Bewertung – das Befinden wird akzeptiert, nicht verändert
- Nach und nach entsteht eine innere Distanz – eine Beobachterposition – die es ermöglicht belastende Gedanken, Gefühle, Körperwahrnehmungen loszulassen
- Bei Krankenkassen, Volkshochschulen, Online-Anbietern, Youtube
...



PSYCHOLOGISCHE THERAPIEVERFAHREN

Imaginationsverfahren

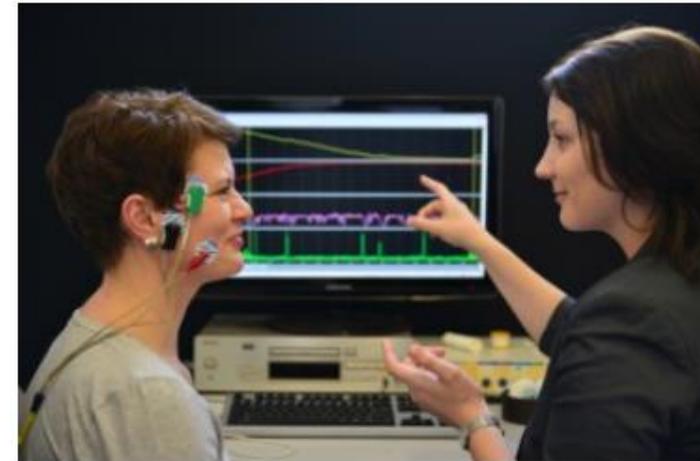
- Sie führen bestimmte mentale Vorstellungen herbei, die sensorische, motorische, kognitive und affektive Komponenten erhalten
- Die Vorstellungen werden besonders bildhaft gestaltet, denn Bilder sind die Sprache des Unterbewusstseins
- In Kombination mit Entspannungsübungen können Schmerzen, Stress, Ängste usw. gemindert werden
- Fantasiereisen, z.B. zu einen Ort der Ruhe und Entspannung gehen
- Aufbau von persönlichen Ressourcen, z.B. Sonnenstrahlen, die den Körper durchfluten und Energie für Aktivitäten spenden. An diese Bilder kann sich der Betroffene in schwierigen Situationen und Stress reduzieren



PSYCHOLOGISCHE THERAPIEVERFAHREN

Biofeedback - Neurofeedback

- Mit einfachen Messverfahren werden biologische Körpersignale sichtbar (visuell, akustisch), die vom Patienten sonst nur schwer wahrgenommen werden können
 - Der Patient kann beobachten – als Selbstkontrolle – wie z.B. eine Entspannungsübung sich auf den Muskeltonus auswirkt
 - Sensoren werden angebracht, z.B. zur Messung der Hautleitfähigkeit, aber auch EKG, EEG, Oberflächen-EMG u.a. gehören dazu
 - Die Sensoren werden mit einem Computer verbunden, der die Parameter aufzeichnet
- Erfolgserlebnisse erhöhen die Kontrollüberzeugungen des Patienten, er wird leichter eigenverantwortlich weiter üben



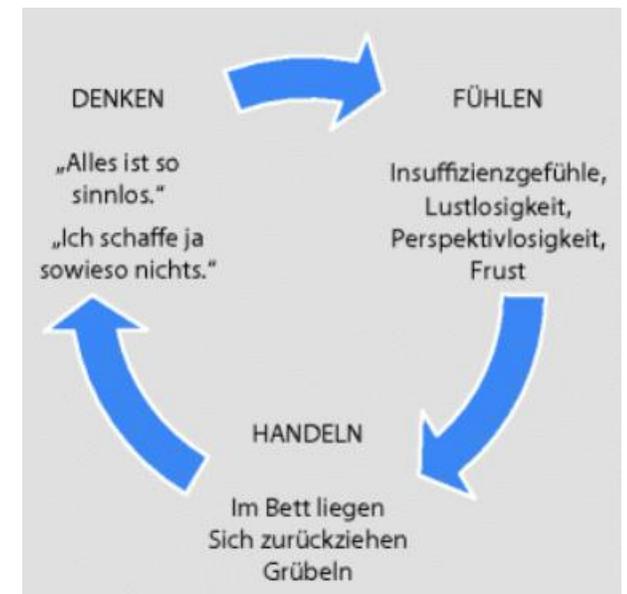
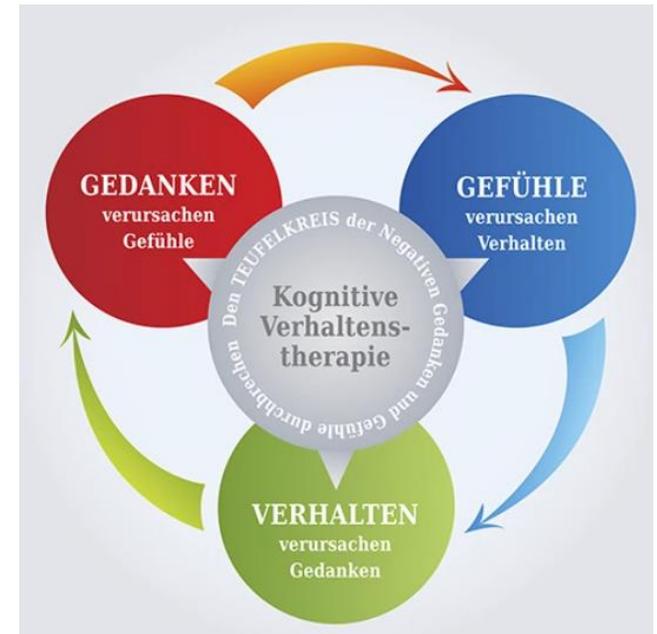
Biofeedback in der Migräne und Kopfschmerztherapie

PSYCHOLOGISCHE THERAPIEVERFAHREN

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Die KVT ist problemorientiert. Es geht darum, für konkrete aktuelle Probleme Lösungen zu erarbeiten. Sie beschäftigt sich weniger mit der Vergangenheit, es geht ums Hier und Jetzt bzw. die Zukunft.

Grundgedanke: Erleben und Verhalten sind im Wesentlichen subjektive Wahrnehmungen und Interpretationen der Innen- und Außenwelt → beim Patienten mit chronischen Schmerzen sind es v.a. Gedanken, die das Schmerzerleben und die Chronifizierung beeinflussen (s. bio-psycho-soziales Modell)



PSYCHOLOGISCHE THERAPIEVERFAHREN

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT): inhaltliche Strategien

- ✓ Psychoedukation → multifaktorielle Sicht auf das Schmerzgeschehen – in Einzelgesprächen oder Gruppenvorträgen
- ✓ Anleitung zur Selbstbeobachtung, z.B. Schmerztagebuch, Body Scan
- ✓ Analyse und Veränderung von dysfunktionalen Gedanken, Gefühlen, Verhalten durch Gespräche und Übungen, Hausaufgaben zum Alltagstransfer
- ✓ Erarbeitung von alternativen Verhaltensmustern bei Schmerzen
- ✓ Neu-Lernen von Verhaltensmustern (s. operantes Lernen), ggf. auch in Zusammenarbeit mit Angehörigen
- ✓ Entspannungs- und Imaginationsverfahren, v.a. in der Gruppe
- ✓ Unterstützung bei körperlicher und sozialer Remobilisierung mit dem interdisziplinären Team

PSYCHOLOGISCHE THERAPIEVERFAHREN

Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) nach Steven C. Hayes

Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie.

Es geht darum unangenehme Erfahrungen abzubauen („Acceptance“) und eigenes wertebezogenes, engagiertes Handeln („Commitment“) aufzubauen.

→ Insbesondere die achtsame, nicht bewertende Akzeptanz von negativen Gedanken ermöglicht eine „neutrale“ Distanzierung und Werteorientierung: „Was ist mir wichtig?“ „Wofür lohnt es sich für mich?“ usw. soll helfen konkrete Handlungsabsichten abzuleiten.

→ Dahinter steckt die Erfahrung, dass der dauerhafte Kampf gegen ein ‚Problem‘ häufig zu mehr Leid führt und viel Energie verbraucht, ohne wirklich richtig voranzukommen.

PSYCHOLOGISCHE THERAPIEVERFAHREN

Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) nach Steven C. Hayes



<https://www.psychologie-muenchen.de/therapie/act/>

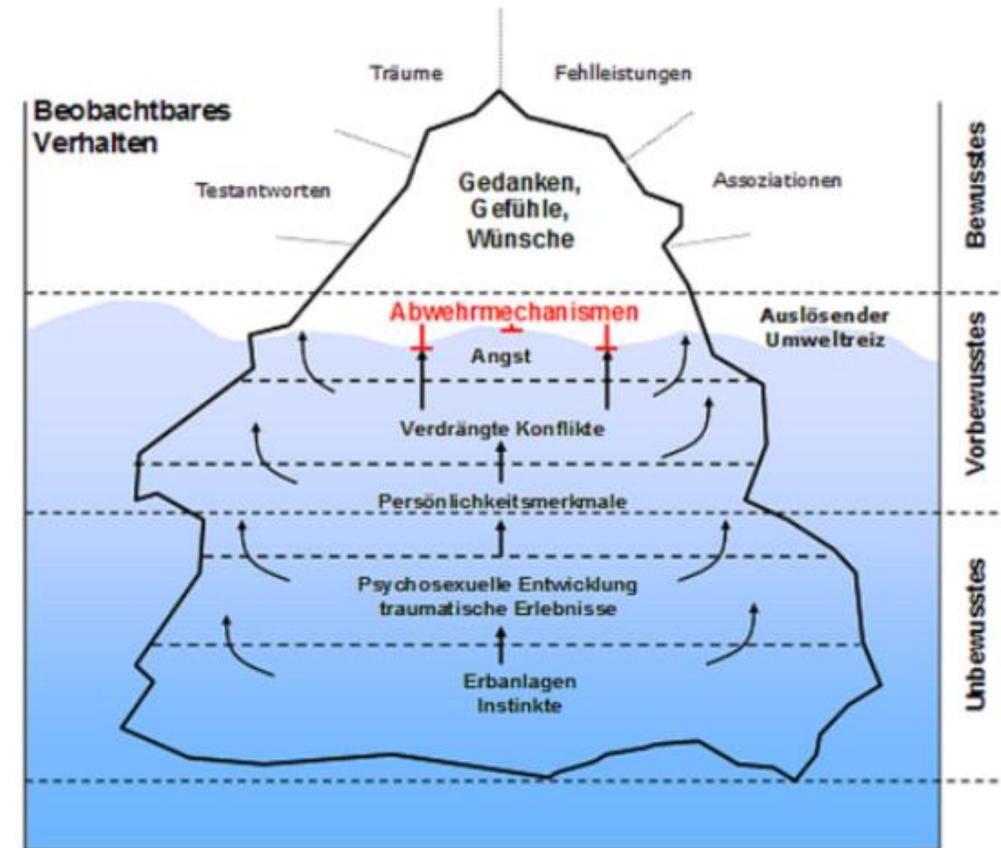
PSYCHOLOGISCHE THERAPIEVERFAHREN

Psychodynamische Psychotherapien

Tiefenpsychologisch und psychoanalytische Verfahren gehen von einem Unterbewusstsein aus, in das im Laufe des Lebens Traumata, ungelöste innere seelische Spannungen, negative Gefühle und Verletzungen, Konflikte ... verschoben werden → dann sind sie dem Betroffenen in der Regel nicht mehr bewusst bzw. Situationen sind kognitiv bekannt, die negativen Gefühle dazu sind oft abgespalten.

Ziel: Überleben

Mit diesen Verfahren, wird versucht, sich den unbewussten Prozessen anzunähern, indem sie nach und nach an die ‚Oberfläche‘, d.h. ins Bewusstsein geholt werden, um sie anzuschauen, zu heilen bzw. einen geeigneten Umgang damit zu finden.



PSYCHOLOGISCHE THERAPIEVERFAHREN

Christine Keller

www.christine-keller.com -
kontakt@christine-keller.com
0171/4029082 (auch WhatsApp)

