

Reihe medizinischer Konzepte der Rehaklinik Kandertal

Das chronische Schmerz- syndrom – Interdisziplinäre Therapie



Schmerzsyndrom



Rehaklinik Kandertal – die Fachklinik für Familien- rehabilitation

Bereits seit 1994 erfolgreich im Glottertal als Gemeinschaftsprojekt mit der DRV Baden-Württemberg betrieben, ist die Fachklinik für Familienrehabilitation im Mai 2005 ins Kandertal umgezogen und hat ihre Bettenanzahl sowie das Behandlungsangebot erweitert. Neben der Familienrehabilitation (140 Betten) gibt es nun auch eine Abteilung für junge Erwachsene von 18-35 Jahren (40 Betten).

Der Anteil chronisch kranker Kinder und Erwachsener in der Gesamtbevölkerung nimmt in den letzten Jahren stetig zu. Chronische Erkrankungen haben drastische Folgen nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Gesamtfamilie. Sie beeinträchtigen die Lebenssituation insgesamt und bringen oft einschneidende somatische, psychische und soziale Folgen mit sich. So kann ein chronisch krankes Familienmitglied die Gesamtfamilie erheblich belasten, andererseits belasten chronische Konflikte innerhalb der Familie den Patienten.

Im Zuge der raschen Entwicklung der Familien- und Systemtheorie hat sich in den letzten Jahren deshalb auch im Bereich der Rehabilitation chronisch Kranker der diagnostische und therapeutische Schwerpunkt verlagert. Symptome eines Einzelnen werden nicht länger als isolierte, individuelle Pathologie betrachtet, sondern innerhalb des familiären Kontexts als dem dafür relevanten System untersucht. Krankheitssymptome können demnach als Merkmale der spezifisch innerfamiliären Struktur und Interaktionen gesehen werden.

Auf diesem Hintergrund stellt das Konzept der Rehaklinik Kandertal eine konsequente Umsetzung des familienorientierten Ansatzes dar. Durch die Aufnahme von Familien bzw. Teilfamilien können alle Familienmitglieder in die Behandlung mit einbezogen werden. Das zugrunde liegende bio-psycho-soziale Modell der Medizin wurde dazu um den systemischen Ansatz erweitert. Familienrehabilitation ist aber gleichzeitig auch multimethodal. So kommen auch verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologisch orientierte, nonverbale sowie psychoedukative Therapieansätze zur Anwendung. In Familiengesprächen werden die funktionalen und dysfunktionalen Bewältigungsstrategien eruiert und die Ressourcen des Familiensystems gestärkt. Dabei arbeitet das Team der Klinik lösungsorientiert mit den Familien und jungen Erwachsenen und lenkt den Blick vor allem auf bestehende Veränderungsmöglichkeiten.

Das chronische Schmerzsyndrom

Zwischen „objektiv“ diagnostizierbaren Befunden und „subjektiver“ Schmerzempfindung gibt es oft nur einen losen Zusammenhang. Das erweist sich immer wieder in der klinischen Praxis, wird zunehmend auch in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben. Psychologische Verarbeitungsprozesse spielen für den Grad der Beeinträchtigung durch Schmerz eine entscheidende Rolle. Entsprechend hat sich in der Therapie chronischer Schmerzzustände das Behandlungsziel dahingehend verändert, dass die Minderung der Schmerzempfindung zugunsten der Minderung der Beeinträchtigungen in den Hintergrund tritt.

Somatoforme Schmerzsyndrome sind häufig das präsenzierte Symptom emotionaler Konflikte und psychosozialer Probleme, die als solche von den Patienten nicht angemessen wahrgenommen oder erlebt werden; „die inadäquate Fokussierung auf körperliche Symptome dient der Verleugnung psychosozialer Probleme“ (Bass & Benjamin 1993). Mit dem Schmerz assoziiert ist eine intensive Suche nach somatischen Erklärungsmodellen, medizinischer Betreuung und persönlicher Zuwendung innerhalb der Arzt-Patientenbeziehung.

Es ist bei diesem komplexen Krankheitsbild deshalb unerlässlich, seine „Bedeutung“ als Kommunikationsmittel auch im familiären Kontext zu hinterfragen und die therapeutische Perspektive stärker auf die Funktion des Symptoms als auf seine Ursache zu legen.

Somatoforme Schmerzstörung

Differentialdiagnose

- Vorbefunde
- Ausschluss eines physiolog. Prozesses
- Ausschluss einer körperl. Störung
- ergänzende psychische Diagnostik

Störungsspezif. Therapie

- Schmerzgruppe
- Schmerztagebuch
- Entspannungstherapie
- Akupunktur
- Akupressur/Zitgri
- Physiotherapie
- Pharmakotherapie
- Psychotherapie

Prozessorientiert

Diagnose

Eine anhaltende (chronische) somatoforme Schmerzstörung liegt nach ICD 10 (F 45.4) vor, wenn ein Patient

- über mindestens sechs Monate andauernde schwere und quälende Schmerzen klagt,
- nach adäquat durchgeführten somatischen Untersuchungen kein Befund ausreichend vorliegt,
- emotionale und psychosoziale Belastungsfaktoren als ursächlich angesehen werden müssen,
- ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Beginn der Schmerzsymptomatik und einer psychosozialen Belastungssituation, einem kritischen Lebensereignis oder einer inneren Konfliktsituation nachweisbar ist.

Somatoforme Schmerzpatienten beschreiben die Lokalisation ihrer Schmerzen eher vage als genau, versehen diese eher mit affektiven als sensorischen Adjektiven und benennen typischerweise keine Unterschiede in der Schmerzintensität in Abhängigkeit vom Tagesverlauf und anderen be- oder entlastenden Faktoren. Keine somatoforme Schmerzstörung liegt vor bei Schmerzen aufgrund bekannter physiologischer Mechanismen, Schmerzen aufgrund psychophysiologischer Mechanismen und psychiatrischer Komorbidität.

Der Beginn der Schmerzsymptomatik liegt typischerweise vor dem 35. Lebensjahr, Frauen sind doppelt bis dreimal häufiger als Männer betroffen. Die Prävalenz wird je nach Diagnosekriterien und Stichprobe mit bis zu 40% der Allgemeinpatienten angegeben.

Therapie

Der Nachweis einer somatoformen Schmerzstörung ist nur im Rahmen einer engen interdisziplinären Kooperation möglich. Grundlage ist ein bio-psycho-soziales Schmerzverständnis aller Beteiligten, bei dem nicht vorschnell fachspezifische (Zufalls-) Befunde und Normvarianten dem Patienten als ursächlich relevant vermittelt werden.

Das Team der **Rehaklinik Kandertal**, Fachklinik für Familienrehabilitation, hat in den vergangenen Jahren im Zuge der Arbeit in der Fachklinik Glotterbad viele Erfahrungen in der systemisch orientierten Behandlung von (Teil-) Familien gesammelt. Sehr häufig steht dabei das Symptom

Schmerz im Vordergrund. Der systemische Zugang zum Verständnis und damit verbunden neue Möglichkeiten seiner Veränderung haben sich sehr bewährt.

Das **Erstgespräch** dient in erster Linie zur Anbahnung einer tragfähigen Arzt/Therapeuten-Patient-Beziehung. Im Vorfeld haben die Patienten häufige Arztwechsel erlebt. Das Verhalten vieler Ärzte spielt bei der Chronifizierung von Schmerzzuständen leider eine nicht unerhebliche Rolle.

Bei der Schmerztherapie müssen die bisher erhobenen Befunde vorliegen, um organische Ursachen auszuschließen. Gegebenenfalls muss die Differentialdiagnostik ergänzt werden. Dem Patienten sollte die Bedeutung psychosomatischer Zusammenhänge bei jedweder Form chronischer Schmerzzustände als selbstverständlich dargelegt werden.

Wichtigstes diagnostisches Verfahren ist die **biographische Anamnese**. Nach Egle u. a. (1998) haben biographische Belastungsfaktoren eine Sensitivität und Spezifität von bis zu 90% in Abgrenzung zu organisch determinierten Schmerzen. Die biographische Anamnese wird unter systemischen Gesichtspunkten erhoben:

- Welche Einflussfaktoren wirken sich disponierend, auslösend und stabilisierend auf die Schmerzen aus?
- Wie stark ist der Grad der Beeinträchtigung?
- Welche eigenen Bewältigungsstrategien hat der Patient entwickelt?
- Welche eigenen Erklärungsmodelle hat der Patient?
- Welche „Funktion“ hat das Symptom Schmerz im sozialen System?
- Wie gehen wichtige Bezugspersonen und Beziehungspartner damit um?
- Wie gestaltet sich das Interaktionsverhalten des Patienten?

Bereits im Erstgespräch wird aber auch auf die Veränderbarkeit hingewiesen. Im weiteren Verlauf wird der Patient sehr aktiv in die Gestaltung seines Therapieplanes einbezogen.

Behandlung

Bei Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung stellt die **Psychotherapie** die Therapie der ersten Wahl dar, die durch entspannende und aktivierende Strategien der Schmerzbewältigung ergänzt wird.

Je nach Motivation, innerer Befindlichkeit und Introspektionsfähigkeit nimmt der Patient an der **Psychotherapiegruppe** der Klinik teil. Dies erweist sich im Sinne der „Psychisierung“ des Schmerzes und der Bewusstwerdung von Konflikten als sehr hilfreich.

Alle Schmerzpatienten nehmen an der **Schmerzgruppe** teil. Sie werden angehalten, für max. 14 Tage ein Schmerztagebuch zu führen, das anschließend durch ein Emotionstagebuch ersetzt wird. Multifaktorielle Erklärungsansätze zur Schmerzentstehung werden ermittelt und damit dem somatosensorischen Modell vieler Patienten entgegengewirkt. Es werden neue und aktive Bewältigungsstrategien entwickelt und geübt, wobei die Ressourcen der Patienten individueller Ausgangspunkt sind. Hierdurch wird entscheidend die eigene Selbstwirksamkeit-Überzeugung gestärkt. „Hausaufgaben“ zum Transfer des Erlernten in Alltagssituationen, kognitive Umattributierung von „Schmerzfreiheit“ in „verminderte Beeinträchtigung“, die Auseinandersetzung mit dem Thema „Angst vor Veränderung“ und Stärkung aller Ansätze von Eigenaktivitäten kommen hinzu.

Die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson gehört zu den bewährten Grundlagen der Schmerztherapie; die Lösung bestehender Muskelverspannungen, die sensorische Differenzierung zwischen An- und Entspannungsempfindungen und die Erhöhung der Schmerzschwelle durch Entwicklung eines angenehmen Körpergefühls machen diese Methode so effektiv. Zusätzlich werden gezielt hypnotherapeutische Schmerzformeln verwendet. Im Rahmen der **Physiotherapie** werden Rückenschule, Wirbelsäulengymnastik, Massagen, Bäder und Packungen je nach Schmerzlokalisation eingesetzt. Neben der Muskelentspannung geht es um die Einübung neuer

Bewegungsmuster, die Behebung schmerzbedingter Bewegungseinschränkungen und die Verbesserung der Körperwahrnehmung.

Je nach Motivation und Bereitschaft des Patienten wird **Akupunktur oder Akupressur** zur Ergänzung der physiotherapeutischen Maßnahmen verwendet. Die **Zilgreibehandlung** als krankengymnastische Übungsbehandlung eignet sich gut zur Schmerzkontrolle. Sie besteht aus einfachen Übungsteilen, die dem Patienten eine aktive Schmerzbeeinflussung ermöglichen und sich auch gut zuhause weiterführen lassen.

Pharmakotherapie

Ein ernst zu nehmendes Problem bei Schmerzpatienten ist die Gefahr eines latenten/manifesten Medikamentenmissbrauchs; der im Einzelfall notwendige Medikamentenentzug stellt hohe Anforderungen an die Behandlung und den Patienten und ist durch intensive therapeutische Begleitung zu flankieren, in die auch das Umfeld des Patienten einbezogen sein muss.

Analgetika sind die wichtigste Substanzgruppe, die der Schmerzkontrolle dient. Es gilt der Grundsatz, nur wirksame Analgetika in wirksamer Dosierung zu verordnen; in der Regel empfiehlt sich ein festes Applikationsintervall zur Schmerzprophylaxe.

Die Sensibilisierung und das Bewusstwerden für psychische Konflikte und psychosoziale Probleme, die mit dem chronischen Schmerzsyndrom abgewehrt wurden, kann zu ersten depressiven Verstimmungen führen. Die Gruppe der Antidepressiva (trizyklische) wirkt nicht nur gezielt stimmungsaufhellend, sondern wirkt hierüber auch indirekt schmerzreduzierend.

Rehaklinik

Kandertal

Fachklinik für Familienrehabilitation

Zum Beispiel - Familie S.

Aufgenommen wird eine 39-jährige türkische Patientin mit einem Kind. Sie klagt über chronische Schmerzen im HWS- und LWS-Bereich, die in Arme und Hände ausstrahlen. Seit Jahren leidet sie auch unter Kopfschmerzen und Schwindelzuständen, völliger Erschöpfung, Müdigkeit und Kraftlosigkeit. Außerdem hat sie Schlafstörungen.

Anamnestisch stellt sich zur Vorgeschichte heraus, dass die Patientin seit 20 Jahren verheiratet ist, fünf Kinder zu versorgen hat und halbtags arbeitet. Seit zwei Jahren hat sie zunehmend Eheprobleme sowie Erziehungsprobleme mit den älteren Kindern. Sie kann aber keinerlei Zusammenhang zu ihren Beschwerden herstellen.

Häufige Arztkontakte ergaben folgende Diagnosen: Belastungsreaktion mit latenter Suizidalität (Psychiater), Angst- und Panikstörung mit Carcinophobie (Neurologe), chronisches Wirbelsäulensyndrom (Orthopäde).

Diagnostisch wurden u.a. EEG, MER des Schädels, Dopplersonographie der Carotiden und mehrere Röntgenuntersuchungen der Wirbelsäule eingesetzt. Diese Symptomatik führte darüber hinaus zu einem manifesten Schmerzmittelabusus.

Bereits im Aufnahmegespräch fällt eine deutliche Depressivität auf. In psychotherapeutischen Einzelgesprächen konnte sehr schnell ein Zusammenhang zwischen dem körperlichen Befinden und den häuslichen Konflikten erarbeitet werden. Sowohl im Erziehungsverhalten als auch in der Beziehung des Ehepaares untereinander gab es deutliche Konflikte, so dass der Ehemann der Patientin zusätzlich zu Paargesprächen in die Klinik eingeladen wurde. In diesen Gesprächen wurde deutlich, dass für das Paar durchaus eine tragfähige Basis vorhanden war, andererseits aber völlig frustrierte Kommunikationsmuster und gegenseitige Enttäuschungen zu einer angespannten familiären Situation geführt haben. Es gelang, überhaupt wieder ein konstruktives Gespräch in Gang zu bringen, in dem Themen wie „unterschiedliche Erziehungsstile“ und „die Möglichkeiten, wieder an einem Strang zu ziehen“ angesprochen werden konnten. Darüber hinaus gelang es, die unterschiedlichen Wege, „als Paar Gemeinsamkeiten zu entwickeln“, nach Jahren erstmalig wieder zu thematisieren.

Die Patientin nahm an der indikativen Schmerzgruppe u.a. mit dem Ziel teil, wieder Freude am Leben zu entdecken und „etwas für sich zu tun“. Ein intensives balneophysikalisches Programm einschließlich einer speziellen Schmerztherapie (nach Zilg) besserte die Beschwerden deutlich; in der Kunsttherapie entdeckte sie nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten für ihre Gefühle; im autogenen Training lernte sie, sich aktiv zu entspannen, und sie nahm an einem vielfältigen und aktivierenden Bewegungsprogramm teil. Zur Verbesserung der „Eltern-Kind-Interaktion“ verordneten wir ein gemeinsames – für Mutter und Kind – Psychomotoriktraining.

Bei der Entlassung berichtete die Patientin, dass es ihr deutlich besser gehe, sie keine Schmerzen mehr verspüre – Schmerzmedikamente wurden im Verlauf der Behandlung nur zweimal benötigt –, und sie wieder mit einer neuen Perspektive in die Zukunft blicke. Auch nach unserer Einschätzung wirkte sie stimmungsmäßig deutlich aufgeheitert.

Wir vermittelten für die ambulante Nachbehandlung die Anbindung an eine Erziehungsberatungsstelle und psychotherapeutische Paargespräche, die in größeren Abständen stattfinden sollten.

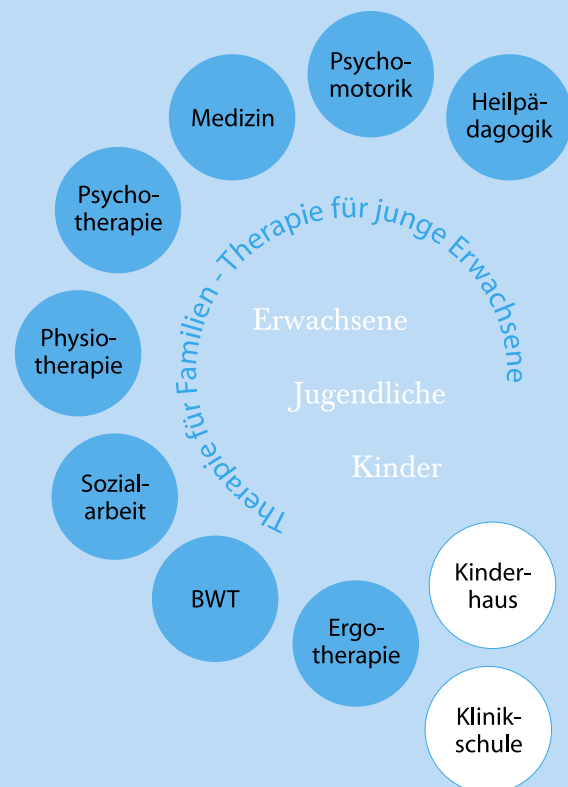
Das besondere Therapiekonzept in der Rehaklinik Kandertal ist, ...

... **dass wir einen breiten interdisziplinären Ansatz vertreten.** Das heißt, Angehörige unterschiedlichster Berufsgruppen mit jeweils spezifischen Therapieangeboten behandeln die Familienmitglieder auf verschiedenen Ebenen.

... **dass wir grundsätzlich eine systemisch-familientherapeutische Perspektive in Bezug auf alle Schwierigkeiten vertreten.** Das heißt, die individuellen Erkrankungen, Probleme und Beschwerden werden grundsätzlich auch unter den Perspektiven „Interaktion in der Familie“, „Bedeutung“, „aufrechterhaltene Bedingungen“ und „alternative Lösungsstrategien im Umgang mit Symptomen“ betrachtet.

... **dass wir unser Behandlungsangebot in ein „psychosomatisch-psychotherapeutisches Basisprogramm“ und in individuelle „störungsspezifische Programme“ gliedern.** Das heißt, jeder Patient erhält ein besonderes Therapieprogramm.

... dass wir unsere PatientInnen ausdrücklich einladen, mit uns gemeinsam Therapieziele und Therapiemaßnahmen zu entwickeln und zu vereinbaren.



Rehaklinik

Kandertal

Fachklinik für Familienrehabilitation

Die Rehaklinik Kandertal der Kur + Reha GmbH

Die Kur + Reha GmbH ist eine Gesellschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Landesverband BW. Die zum Verbund gehörende Fachklinik für Familienrehabilitation und die sechs Mutter-Kind-Kliniken bieten eine breite Palette bewährter, indikationsgerechter Therapien zur Rehabilitation und Prävention für Mütter und Kinder, Väter und Kinder und für Familien.

Unsere Mutter-Kind-Kliniken sind anerkannte Einrichtungen des Müttergenesungswerks.

Gerne schicken wir Ihnen die Konzeption und die Patienteninformationen folgender Reha-Zentren:

Mutter-Kind-Klinik Waldfrieden/Buckow –
Märkische Schweiz

Mutter-Kind-Klinik Feldberg/Feldberg – Schwarzwald

Mutter-Kind-Klinik Schwabenland/Dürmentingen –
Oberschwaben

Mutter-Kind-Klinik Zorge/Zorge – Harz

Mutter-Kind-Klinik Borkum/Borkum – Nordsee

Mutter-Kind-Klinik Saarwald/Nohfelden – Hunsrück

Rehaklinik Kandertal (ehemals Fachklinik Glotterbad)/
Malsburg-Marzell – Schwarzwald

Eine weitere Einrichtung der Kur + Reha GmbH ist die Thure-von-Uexküll-Klinik (ehemals Grodeck-Klinik) in Freiburg im Breisgau – ein Krankenhaus für psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Ausführliche Informationen zu den Fachkliniken der Kur + Reha GmbH halten wir für Sie bereit. Nutzen Sie z.B. unsere zentrale Informations- und Belegungsstelle – natürlich kostenlos:

Telefon 0800 2 23 23 73

Unter dieser Service-Nummer übernehmen wir auf Wunsch die kostenlose Abwicklung aller weiteren Formalitäten für die Einleitung eines stationären Mutter-Kind- oder Familien-Reha-Aufenthalts – rund um die Uhr, jeden Tag.

Rehaklinik *Kandertal*

Fachklinik für Familienrehabilitation

Familientherapie
Psychosomatische Medizin
Innere Medizin
Kinderheilkunde

Abteilung I: Familienrehabilitation
Abteilung II: Reha für junge Erwachsene

Chefarzt:
PD Dr. med. Dipl. Psych. H. Stegner

79429 Malsburg-Marzell

Telefon 0 76 26 / 9 02-200

Telefax 0 76 26 / 9 02-900

eMail: Rehaklinik-Kandertal@kur.org

Patientenaufnahme:
Telefon 0 76 26 / 9 02-203

Träger: Kur + Reha GmbH des
Paritätischen Wohlfahrtsverbandes,
Landesverband Baden-Württemberg

Die Fachkonzepte

Die Fachkliniken der Kur + Reha GmbH haben eine Reihe von Fachkonzepten für die indikationsgerechte Therapie der Patientinnen und Patienten entwickelt. Bisher liegen vor:

- Gefährdete Schwangerschaft
- Emotionale Störungen
- Adipositas
- Atemwegserkrankungen
- Somatoforme Störungen
- Reha für Gehörlose
- Asthma bronchiale
- Vater-Kind-Reha
- Schmerz-Syndrom
- Neurodermitis
- ADHS
- Schlafstörungen
- Burn-out-Syndrom
- Down-Syndrom
- Angststörungen

Die Konzepte schicken wir Ihnen gerne zu. Einfach anrufen!

Für eine optimale Versorgung kooperieren wir im Reha-verbund Südbaden u.a. mit den Rehakliniken Birkenbuck und Glotterbad der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Baden-Württemberg, der Thure-von-Uexküll-Klinik (Akutklinik für Psychosomatik), darüber hinaus natürlich mit den weiteren Kliniken der Kur + Reha GmbH und der Universitätsklinik Freiburg.

Infos auch unter
<http://www.kur.org>

