



4. Forschungswerkstatt Stationäre Psychotherapie

8. & 9. Juli 2011 – Dresden

BEHANDLUNG CHRONISCHER SCHMERZSTÖRUNGEN IM RAHMEN EINES STATIONÄREN INTEGRATIVEN THERAPIEANSATZES REGINA BRAUNER & RUDOLF J. KNICKENBERG (BAD NEUSTADT)

Die Therapie chronisch schmerzkranker Patienten wird überwiegend in anästhesistisch geleiteten Schmerzkliniken und Schmerzstationen oder Tageskliniken durchgeführt. Es werden häufig weiterhin die auf somatische Therapierverfahren ausgerichteten Erwartungen der Patienten „bedient“. Nach unserer Auffassung ist ein Paradigmenwechsel bei der Behandlung chronischer Schmerzkrankungen erforderlich, der sich auch in der Stationsleitung durch Fachärzte für Psychosomatische Medizin mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie dokumentiert. Passivierende Therapierverfahren sollten in den Hintergrund treten, eine medikamentöse Basistherapie ist oft erforderlich, auf Opiate sollte möglichst weitgehend verzichtet werden.

Vorgestellt werden soll das Konzept der Schmerzstation der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt. Diese ist ab dem Sommer 2011 geplant mit bis zu 20 Patienten mit schmerzspezifischen Aufnahmediagnosen. Im Zentrum steht dabei eine 3-mal wöchentlich stattfindende Schmerzbewältigungsgruppe mit sowohl verhaltenstherapeutischen als auch tiefenpsychologisch fundierten Therapieelementen. Diese ist eng verknüpft mit dem ergotherapeutischen Angebot des körperzentrierten Gestaltens und der Wahrnehmungsschulung. Ein weiteres bedeutsames Element ist die Körpertherapie, die wir als methodische Erweiterung der verbalen Psychotherapie verstehen. Das Körpererleben wird auf der Ebene der Empfindungen, des Gefühls und im Sinne einer kognitiven Erinnerungsspur oder als eine Erinnerung des Körpergedächtnisses angesprochen.

Weitere Bausteine wie die Rückenschule, die Progressive Relaxation, das Bio-Feed-back, ergänzende balneophysikalische /physiotherapeutische Maßnahmen und gegebenenfalls eine berufliche Belastungserprobung (intern/extern) ergeben so das vielfältige Angebot einer interdisziplinären Schmerzbehandlung. Dabei sollen die Patienten schrittweise an einen Aktivitätsaufbau herangeführt werden. Es ist angestrebt, die bei ihnen meist vorherrschende passive Erwartungshaltung und „fear avoidance beliefs“ durch zunehmend aktiv ausgerichtete Copingmechanismen zu ersetzen. Dies beginnt für die Patienten nicht zuletzt damit, dass sie mit Hilfe des Bezugstherapeuten individuelle, möglichst genau ausformulierte operationalisierbare Ziele festlegen. In Visiten wird in regelmäßigen Abständen der Fortschritt vom Patienten skaliert dokumentiert. Die Zusammenarbeit mit beispielsweise Orthopäden, Handchirurgen, Neurologen, Zahnärzten und Anästhesisten ist über Konsile und die Zusammenführung der Befunde und Therapieansätze in einer gemeinsamen interdisziplinären Schmerzkonferenz gewährleistet.