



BERLIN 28.03.2014

DEUTSCHER KONGRESS FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN

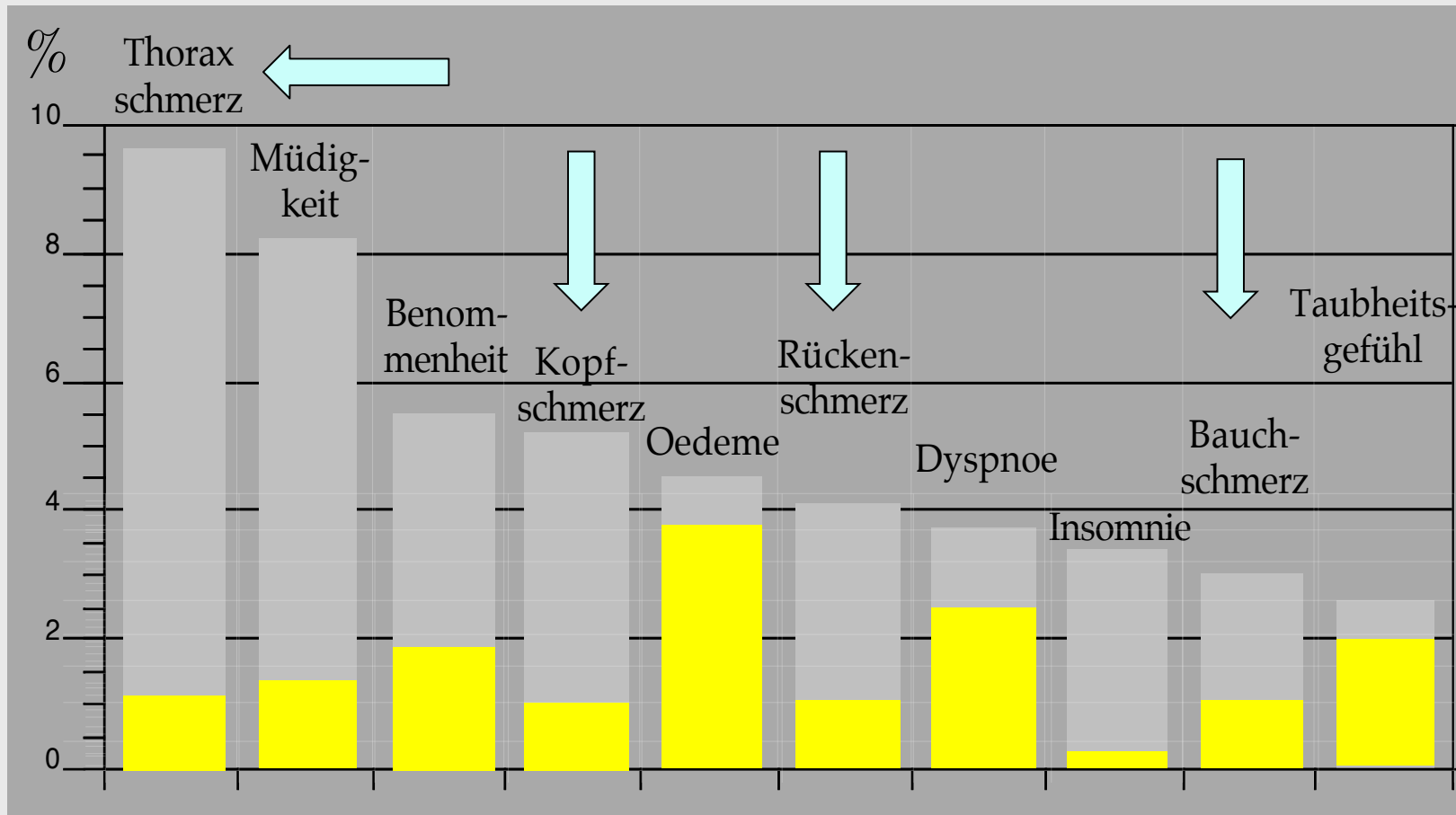
STATE-OF-THE-ART-LECTURE

**PSYCHOSOMATISCHE SCHMERZTHERAPIE:
MECHANISMEN-BEZOGEN STATT THERAPIESCHULEN-SPEZIFISCH**

ULRICH T. EGLE

ANTEIL WAHRSCHEINLICHER ORGANISCHER URSACHEN BEI 10 HÄUFIGEN KÖRPERLICHEN SYMPTOMEN

(1000 konsekutive Patienten, Kroenke & Mangelsdorf Am J Med 1989)

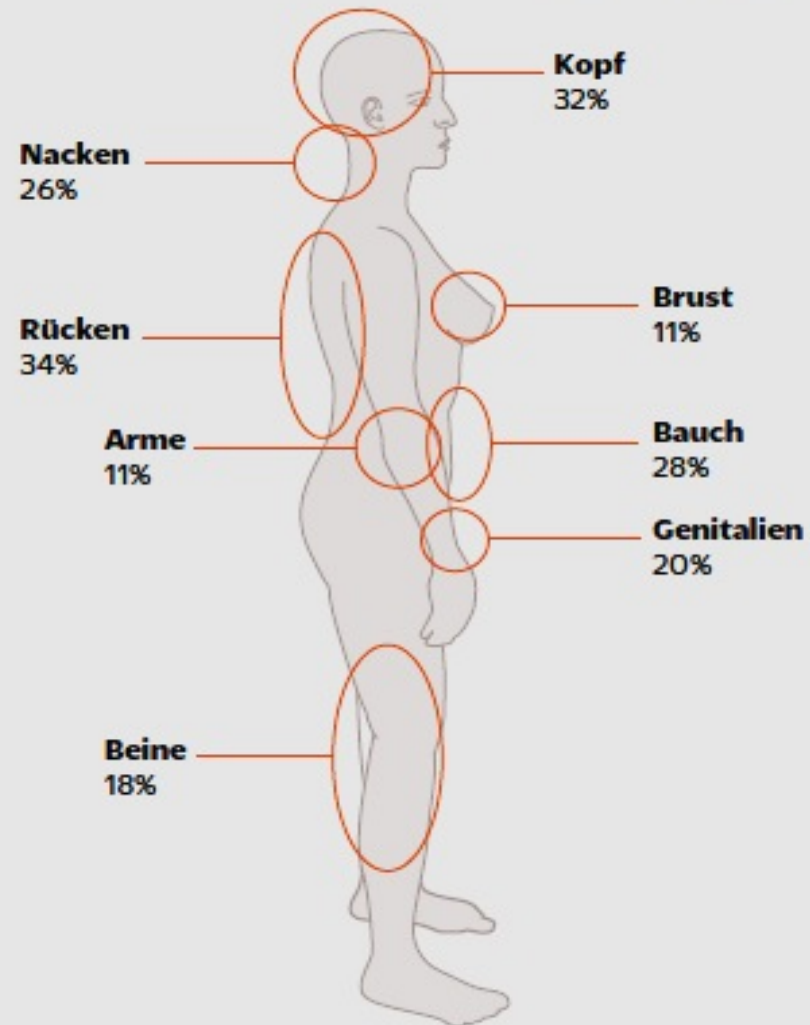


Pain and somatic symptoms are sequelae of sexual assault:

Results of a prospective longitudinal study

J.C. Ulirsch et al; Eur J Pain 18: 559-66, 2014

Ort der Schmerzen 6 Wochen nach einer Vergewaltigung





METAANALYSE CBT BEI CHRON. SCHMERZ

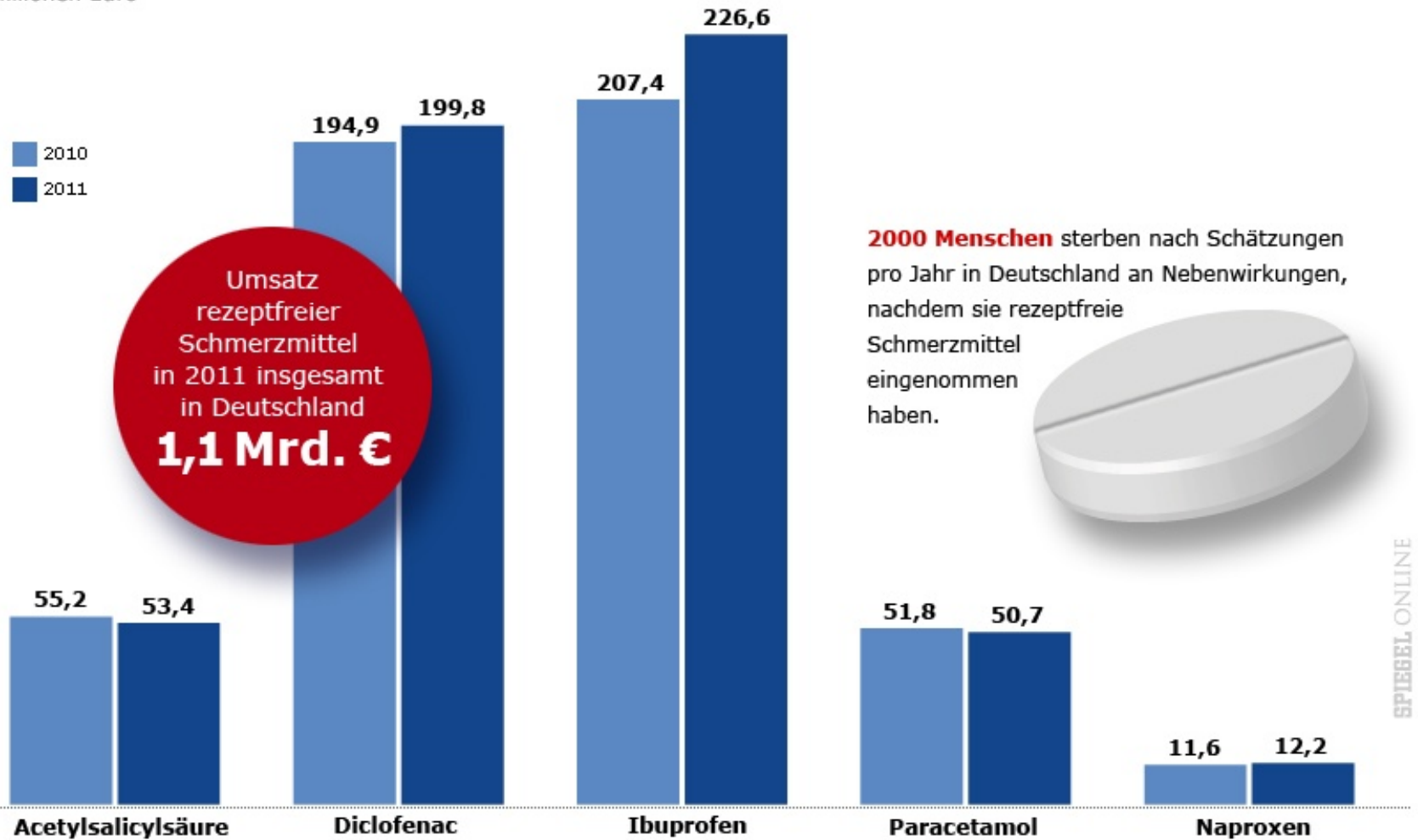
Eccleston et al 2009, Williams et al 2012; Cochrane Collaboration

	<u>ES</u>	<u>d</u>
Vergleich mit TAU/Katamnese		
➤ Schmerz (9 Studien, n= 693)	0.15	n.s.
➤ „disability“ (8 Studien, n=496)	0.06	n.s.
➤ Stimmung (9 Studien, n=684)	0.16	n.s.
Vergleich mit aktiver KG/Katamnese		
➤ Schmerz (12 Studien, n= 935)	0.15	n.s.
➤ „disability“ (11 Studien, n=876)	0.21	p< .05
➤ Stimmung (12 Studien, n=935)	0.16	p< .05



Schmerzmittelmarkt in Deutschland - Umsatz ausgewählter Wirkstoffe*

in Millionen Euro



*Ausschließlich Monopräparate

Quellen: IMS Health, Charité, Stand 2011

Zunahme der Opioidverordnungen in Deutschland zwischen 2000 und 2010

Eine Studie auf Basis von Krankenkassendaten

Ingrid Schubert, Peter Ihle, Rainer Sabatowski

Deutsches Ärzteblatt 04/2013

eTABELLE

Behandlungsprävalenz (%) nach WHO-Stufe und Zubereitung im Vergleich der Jahre nach Empfängern mit Hinweis auf Tumor/Nichttumor*

	Anteil (%) mit Opioiden						Veränderung 2000–2010
	2000			2010			
	Tumor	Nichttumor	Gesamt	Tumor	Nichttumor	Gesamt	
WHO Stufe 2	0,56	2,58	3,13	0,75	2,88	3,63	+ 18,7%
nichtretardiert	0,47	2,18	2,65	0,39	1,50	1,89	– 28,8%
retardiert	0,15	0,61	0,76	0,44	1,67	2,11	+ 178,6%
WHO Stufe 3	0,19	0,18	0,37	0,45	0,86	1,31	+ 257,8%
nichtretardiert	0,04	0,03	0,08	0,11	0,07	0,19	+ 146,0%
retardiert/Pflaste	0,17	0,16	0,33	0,44	0,83	1,26	+ 278,9%
WHO Stufe 2+3	0,64	5,33	3,31	1,06	6,95	4,53	+ 37,0%
nichtretardiert	0,50	2,20	2,70	0,48	1,56	2,04	– 24,4%

Zunahme um ca. 500% bei Nicht-Tumorschmerz in 10 Jahren!!

OPIAT INDUZIERTER HYPERALGESIE (OIH)

Indikatoren

- diffuser Schmerz, der qualitativ nicht gut definiert werden kann
- im Vergleich zum anfänglichen Schmerz Ausbreitung auf andere Körperareale (→ „Fibromyalgie-Syndrom“)
- Reduktion der kognitiven Einschränkungen und der Schmerzstärke sowie Besserung des Schlafs nach Entzug („ex juvantibus“)





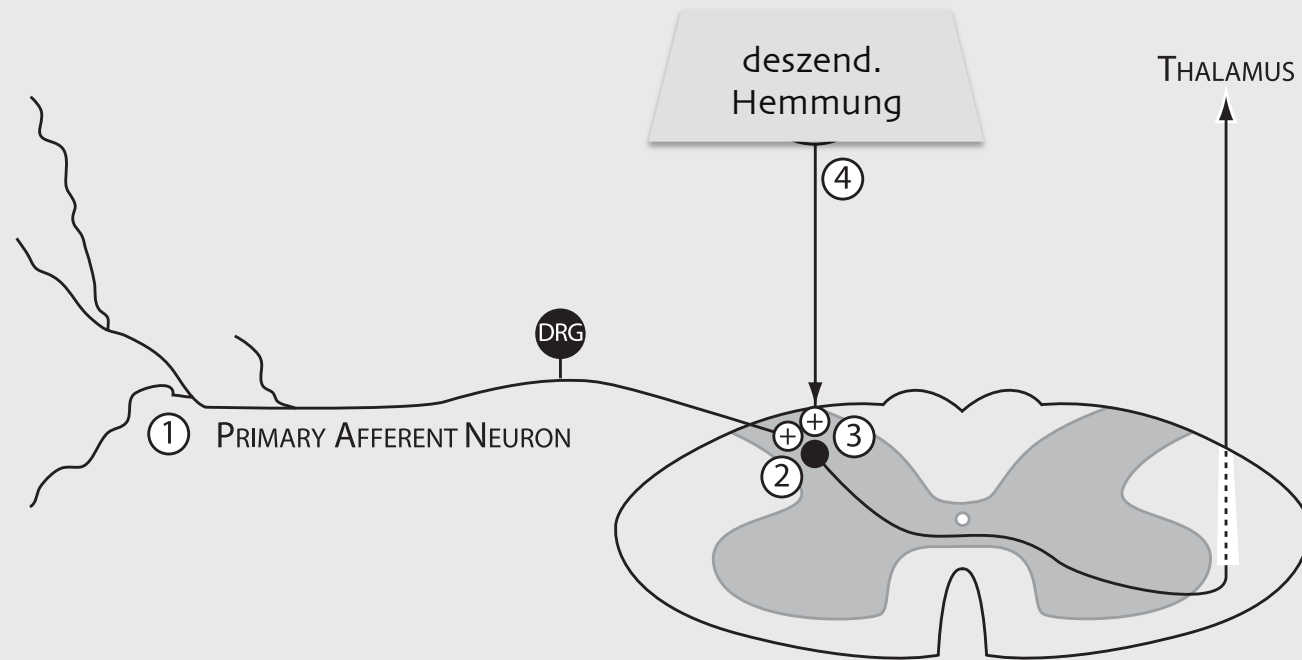
u.egle@klinik-kinzigtal.de

OPIATINDUZIERTER HYPERALGESIE (OIH)

VIDEO-KASUISTIK

Periphere und spinale Mechanismen der Opiat induzierten Hyperalgesie (OIH; Angst u. Clark 2006, Chu et al 2008, Lee et al 2011)

vgl. Egle/Zentgraf „Psychosomatische Schmerztherapie“, Kohlhammer 2014



- 1 Sensitivierung peripherer Nervenendigungen
- 2 verstärkte Bildung und Ausschüttung und eingeschränkte Wiederaufnahme nozizeptiver Neurotransmitter
- 3 Sensitivierung des 2. Neurons für nozizeptive Neurotransmitter
- 4 verstärkte nozizeptive Signalübertragung aufgrund eingeschränkter deszendierender Hemmung



WESENTLICHE VERÄNDERUNGSPROZESSE IN DER BEHANDLUNG CHRONISCH SCHMERZKRANKER MIT SOMATISIERUNGSTÖRUNG

(1) Veränderung des kognitiven Schmerzverständnisses

- Kartesisches vs. bio-psycho-soziales Schmerzverständnis
- Konsequenzen für die Behandlung
- Analgetika-Entzug unter Berücksichtigung deren Funktion als Sicherheit gebendes Ersatzobjekt



Schmerz

Angst, Depression,
Katastrophisieren

präfrontale
Hirnrinde

Kognitive Be-
wertung
> Stresserleben

Aktivierung auch
bei Ausgrenzung

sensorische Hirnrinde



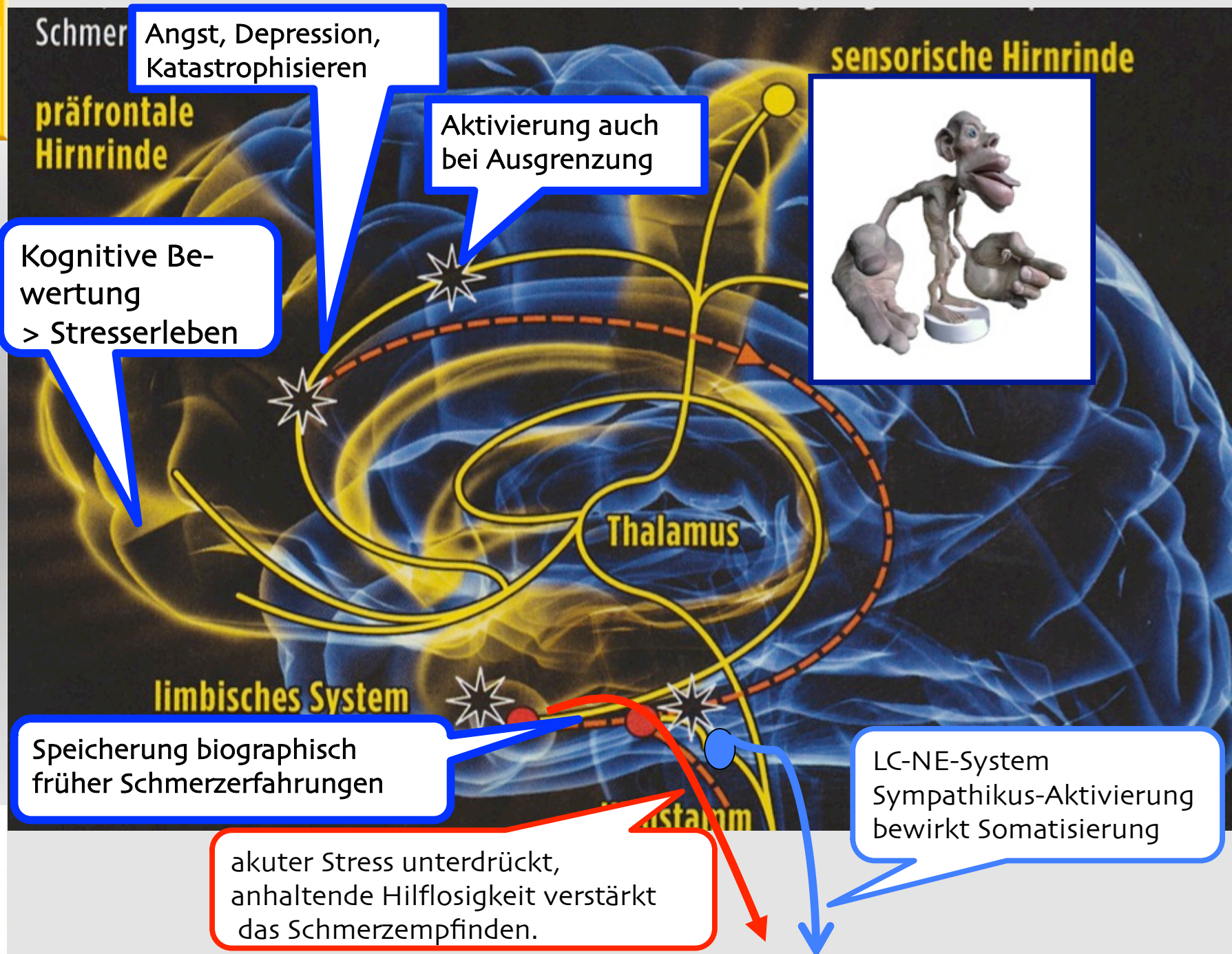
Thalamus

limbisches System

Speicherung biographisch
früher Schmerzerfahrungen

akuter Stress unterdrückt,
anhaltende Hilflosigkeit verstärkt
das Schmerzempfinden.

LC-NE-System
Sympathikus-Aktivierung
bewirkt Somatisierung





WESENTLICHE VERÄNDERUNGSPROZESSE IN DER BEHANDLUNG CHRONISCH SCHMERZKRANKER MIT SOMATISIERUNGSTÖRUNG

- (1) Veränderung des kognitiven Schmerzverständnisses
- (2) Erkennung von Verhaltensschemata aus Kindheitsprägungen
 - frühe Zurückweisung → **unsicher-vermeidende Bindung**
 - frühe Misshandlung → Hilflosigkeitserleben bzw. **Schmerz als Erinnerungsmarker** (Bsp. Riechen)
 - frühes Funktionieren → **Parentifizierung**



Long-Term Sequelae of Emotional Parentification: A Cross-Validation Study Using Sequences of Regressions

Katarzyna Schier • Max Herke • Ralf Nickel •
Ulrich T. Egle • Jochen Hardt

J Child Fam Stud 2014 (online)

Abstract The aim of our study was the analysis of long-term sequelae of emotional parentification in childhood. Two samples (n = 500 each) were examined via the internet regarding parentification and perceived love in childhood, as well as other childhood experiences such as abuse, having been raised by a single parent and parental loss, as well as adult depressive and vegetative symptoms and pain. A questionnaire set containing 280 items was filled out. Emotional parentification in childhood, maternal as well as paternal, was found to be a strong predictor of depression in adulthood. Indicators of somatization showed associations in the same direction, but these were much weaker. Also, associations between paternal parentification and vegetative symptoms, as well as between maternal parentification and pain in adulthood could be observed. Perceived love from the father during childhood was one of the protective factors for development of various problems in adult life. The results indicate the necessity of directing more attention, both clinically and empirically, towards emotional parentification.

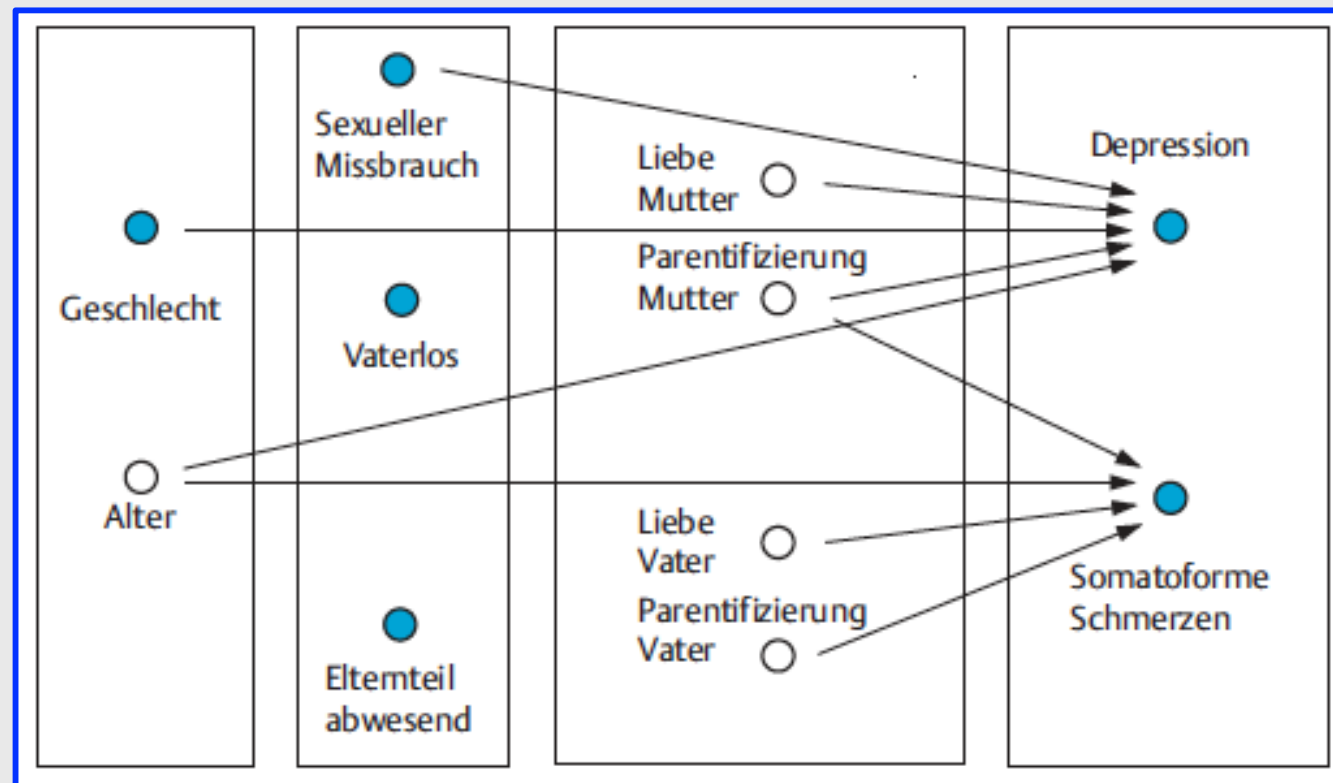


Parentifizierung in der Kindheit und psychische Störungen im Erwachsenenalter

Emotional Childhood Parentification and Mental Disorders in Adulthood

Katarzyna Schier¹, Ulrich Egle², Ralf Nickel³, Bernd Kappiz⁴, Max Herke⁵, Jochen Hardt⁵

Psychother Psych Med 2011





Oxytocin and Pain

A Systematic Review and Synthesis of Findings

Joshua A. Rash, MSc, Aldo Aguirre-Camacho, BA, and Tavis S. Campbell, PhD

Clin J Pain 2013 online

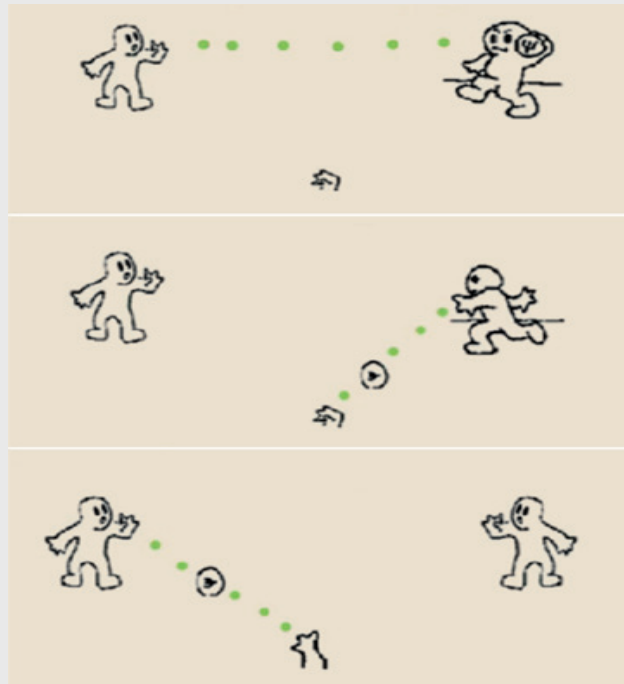
Overall, the animal studies reviewed illustrate that a consistent and dose-dependent relationship exists between OT and pain perception.

OT is released during warm interpersonal contact^{5,99,100} suggesting that the presence of social support and nurturing physical contact may improve outcomes among acute and chronic pain patients.

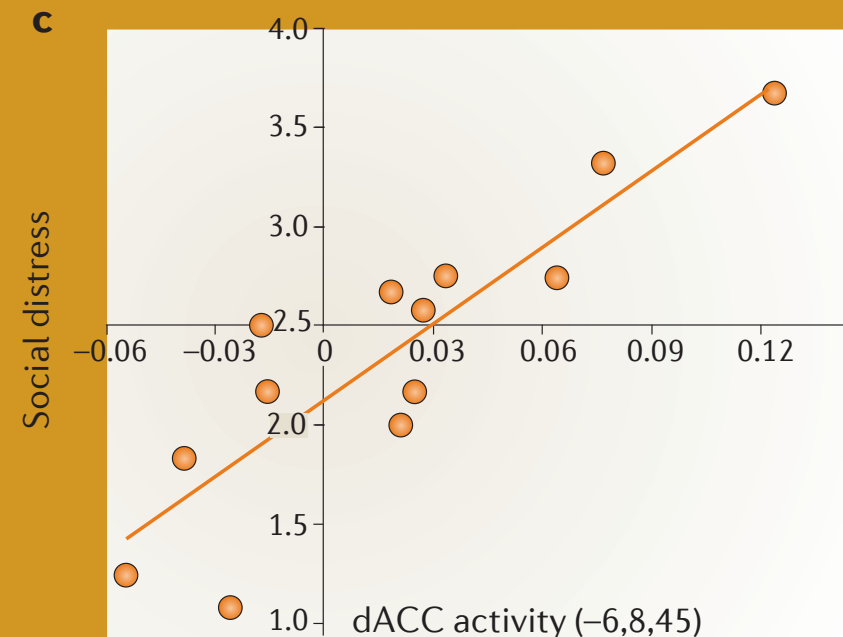
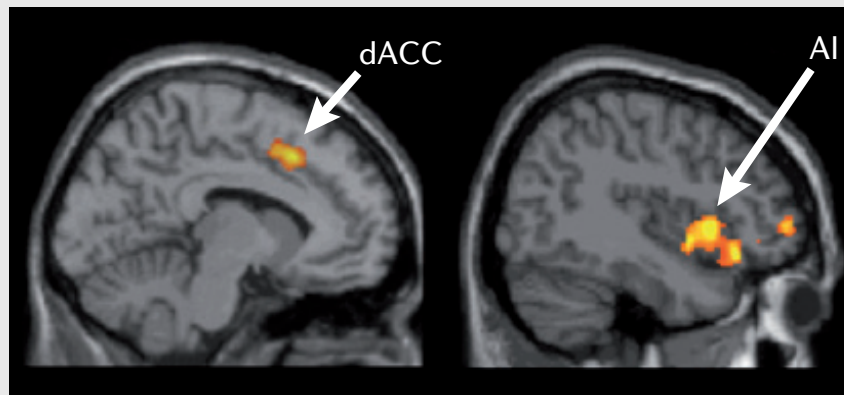
The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain

Naomi I. Eisenberger | NATURE REVIEWS | **NEUROSCIENCE** 13 | JUNE 2012 | 421–434 |

Social inclusion



Social exclusion

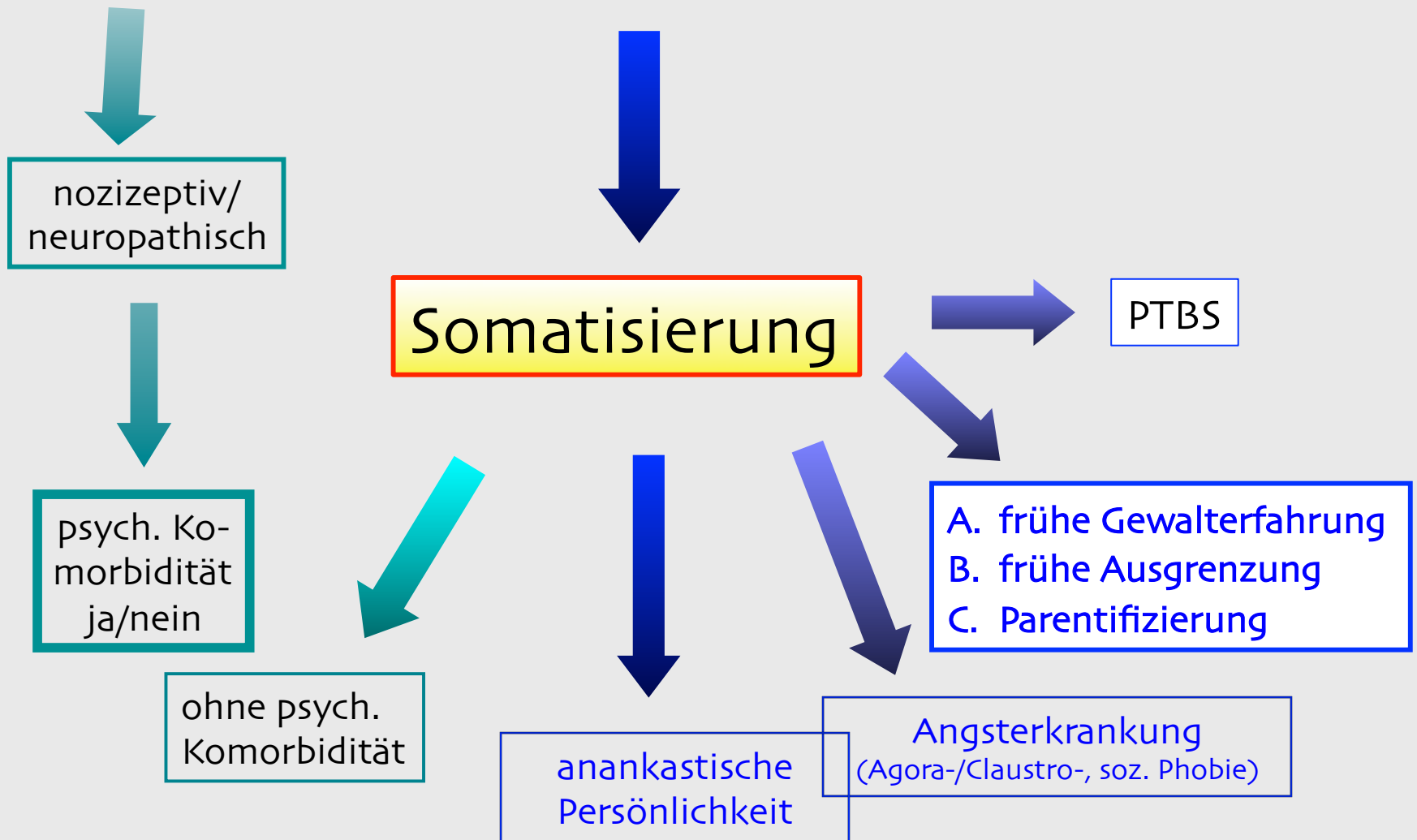


u.egle@klinik-kinzigtal.de



BIO-PSYCHO-SOZIALE DIFFERENTIALDIAGNOSE

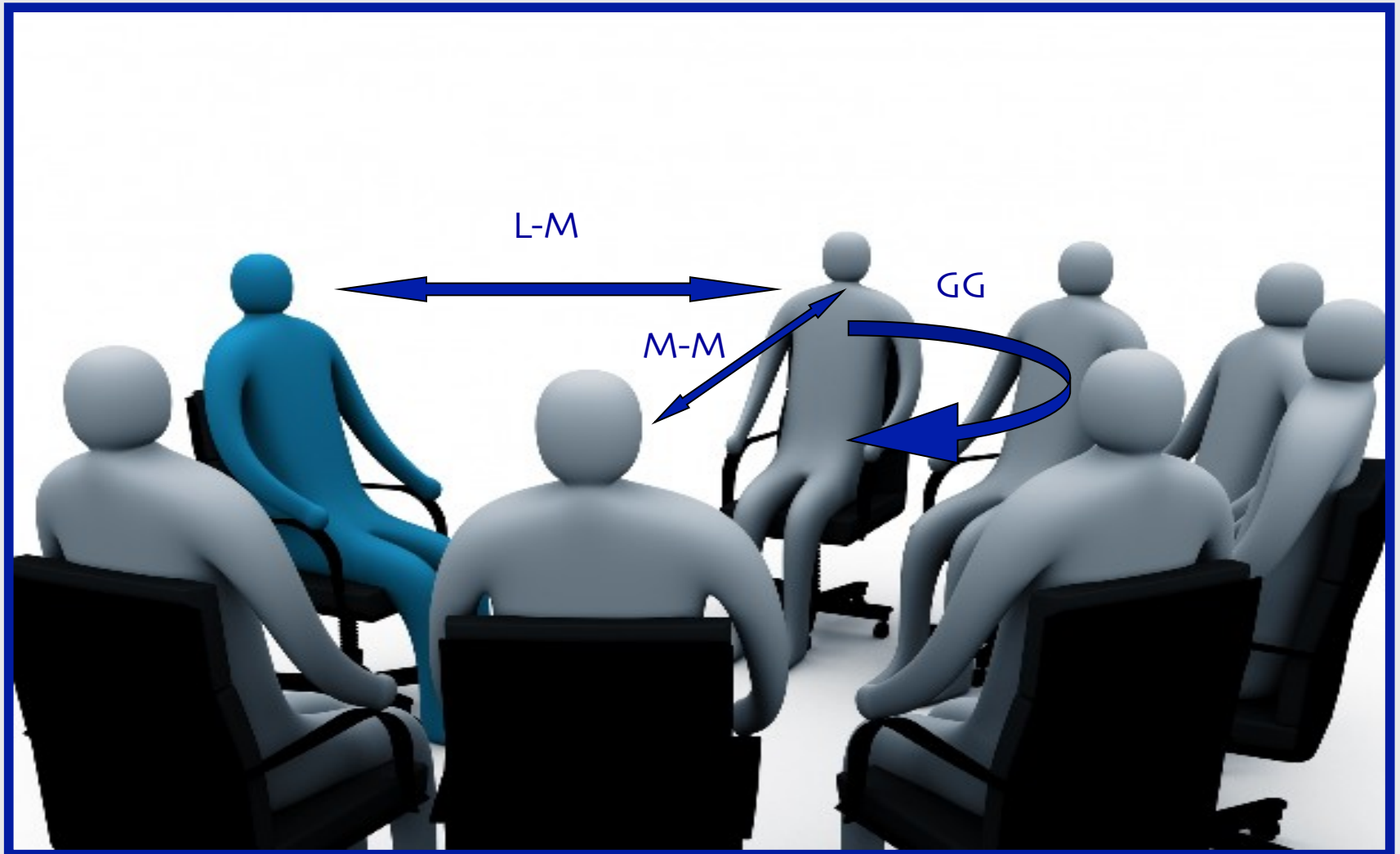
CHRONISCHES SCHMERZSYNDROM



INTERAKTIONELLE GRUPPENTHERAPIE

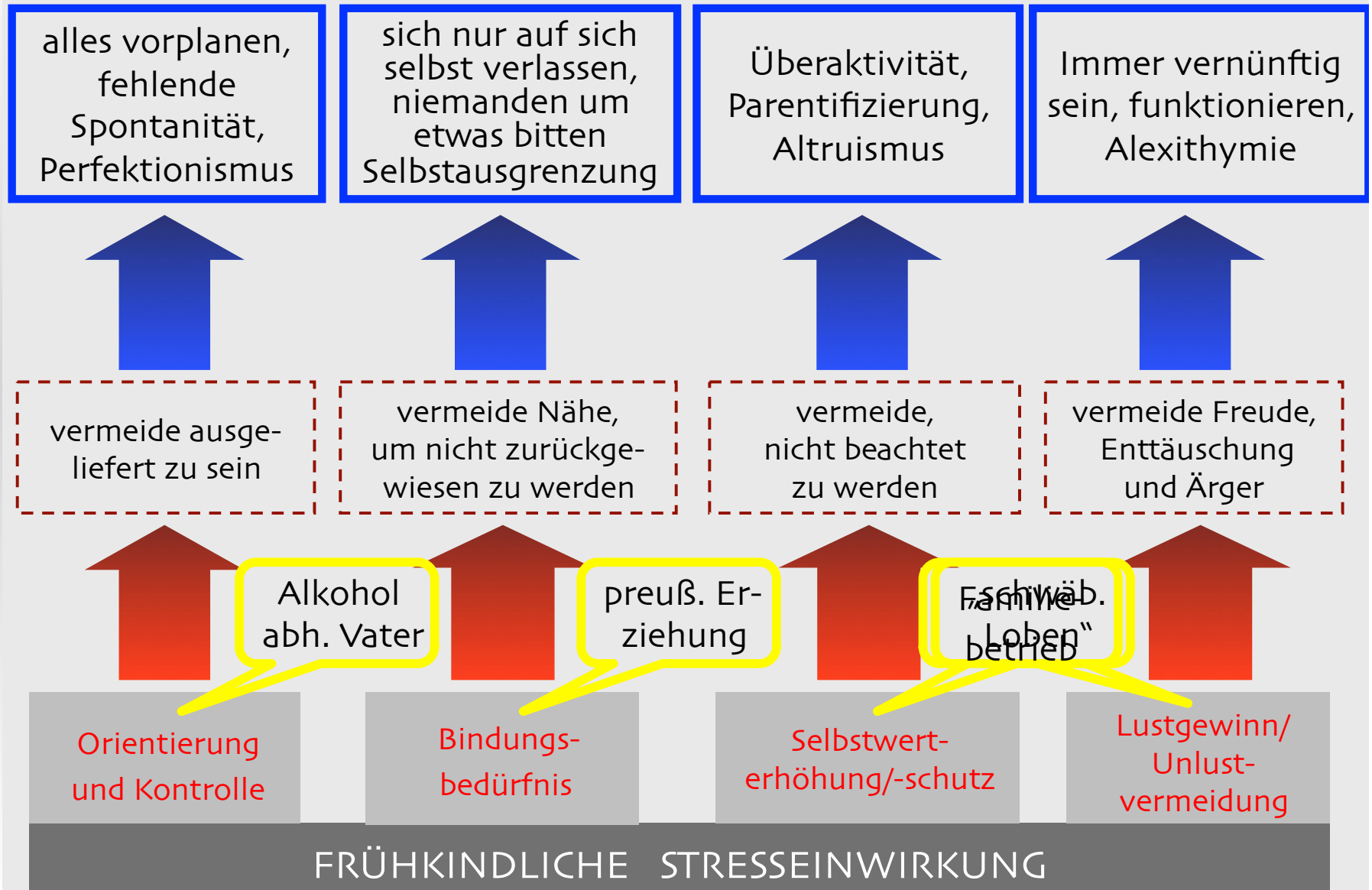
BEARBEITUNG FRÜH GEPRÄGTER DYSFUNKTIONALER SCHEMATA

u.egle@klinik-kinzigtal.de



FOLGEN FRÜHER STÖRUNGEN DER PSYCHISCHEN GRUND-BEDÜRFNISSE FÜR DAS SPÄTERE BEZIEHUNGSVERHALTEN

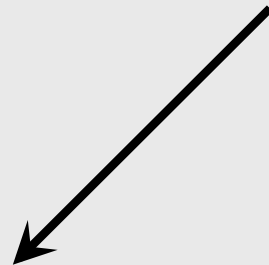
u.egle@klinik-kinzigtal.de





MOTIVATIONALE SCHEMATA

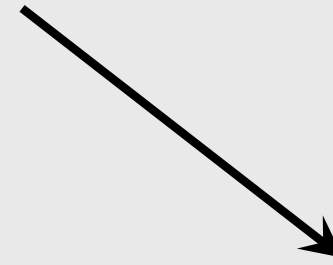
Wiederholte Erfahrungen in der Entwicklung bewirken die Bahnung entsprechender neuronaler Erregungsmuster



Positives Umfeld

- Grundbedürfnisse können regelmäßig befriedigt werden
- Annähernde motivationale Ziele entstehen
- Positive Erwartungen
- Differenziertes Verhaltensrepertoire
- Reife Konfliktbewältigungsstrat.

>>> Annäherungs-Schemata



Negatives Umfeld

- Grundbedürfnisse werden regelmäßig verletzt
- Vermeidende motivationale Ziele entstehen
- Negative Erwartungen
- Enges und starres Verhaltensrep. (schwache Annäherung)
- Unreife Konfliktbewältigungstrat.

>>> Vermeidungs-Schemata



WESENTLICHE VERÄNDERUNGSPROZESSE IN DER BEHANDLUNG CHRONISCH SCHMERZKRANKER MIT SOMATISIERUNGSTÖRUNG

- (1) Veränderung des kognitiven Schmerzverständnisses
- (2) Erkennung von Verhaltensschemata aus Kindheitsprägungen
- (3) Schmerz-Affekt-Differenzierung



WESENTLICHE VERÄNDERUNGSPROZESSE IN DER BEHANDLUNG CHRONISCH SCHMERZKRANKER MIT SOMATISIERUNGSTÖRUNG

- (1) Veränderung des kognitiven Schmerzverständnisses
- (2) Erkennung von Verhaltensschemata aus Kindheitsprägungen
- (3) Schmerz-Affekt-Differenzierung
- (4) Übungen zur Veränderung von
 - Vermeidungsschemata hinsichtlich eigener Grundbedürfnissen
 - unreifen zu reifen Konfliktbewältigungsstrategien



RESILIENZ

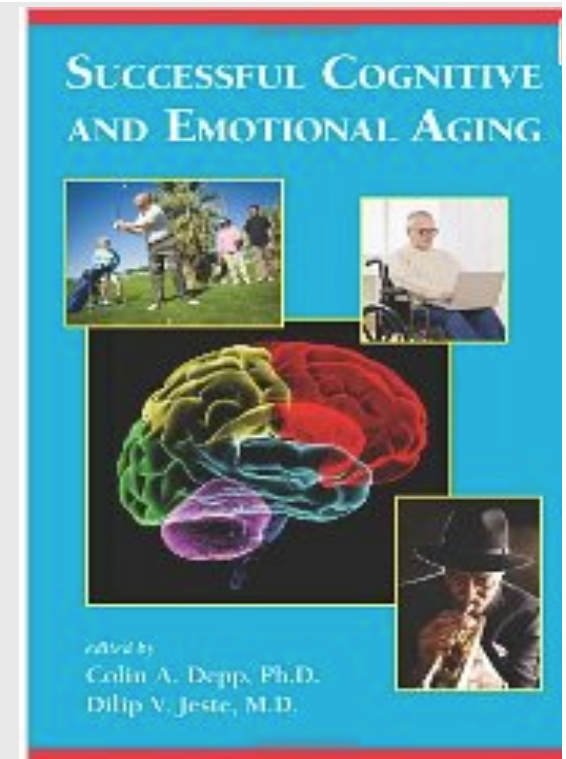
(Martin-Joy & Vaillant, 2010)

„Es geht nicht darum, was uns geschieht,
sondern was wir daraus machen“

Adaptive Bewältigungsstile/„Abwehrmechanismen“/
ubw. Konfliktbewältigungsstrategien

Study of Adult Development (> 70 Jahre)

- Grant Study (m, N=268; 1938-40)
- Core City Study (m, N=456, 1940)
- Terman Study (w, IQ > 140; N=672, 1920)





REIFE DER „UNBEWUSSTEN COPINGSTRATEGIEN“

(„involuntary coping mechanisms“)

G.E. Vaillant 2011, Vaillant & Mukamal 2001

> Kein Zugang zu eigenen Affekten und denen Anderer
> Distanz zu Anderen

■ unreife Strategien

- passive Aggression/Wendung gegen das Selbst
- Projektion
- Ausagieren/Identifikation mit dem Aggressor
- Hypochondrie
- Dissoziation

■ reife Strategien

- Antizipation
- Sublimierung
- Humor
- Supprimierung
- Altruismus (?)

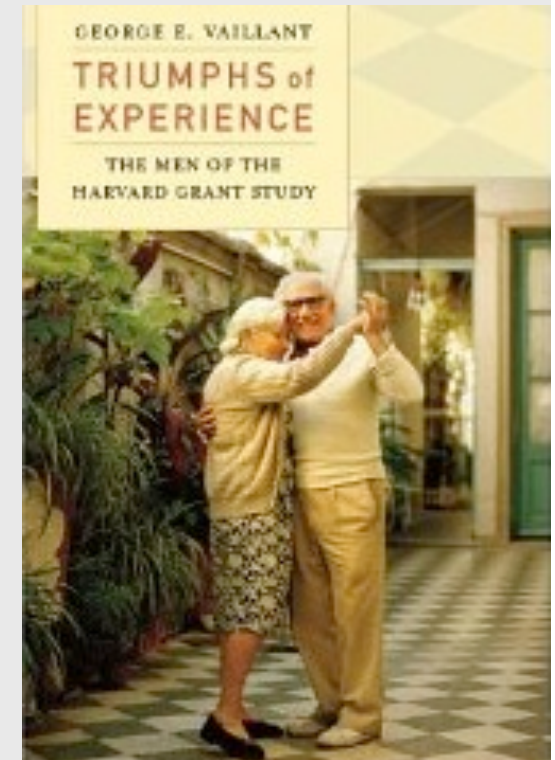
z.B. Schreiben, Forschen, kreative Betätigung als Konfliktlösung

Akzeptanz einer nicht-kontrollierbaren Realität ohne Affektverleugnung

■ neurotische Strategien

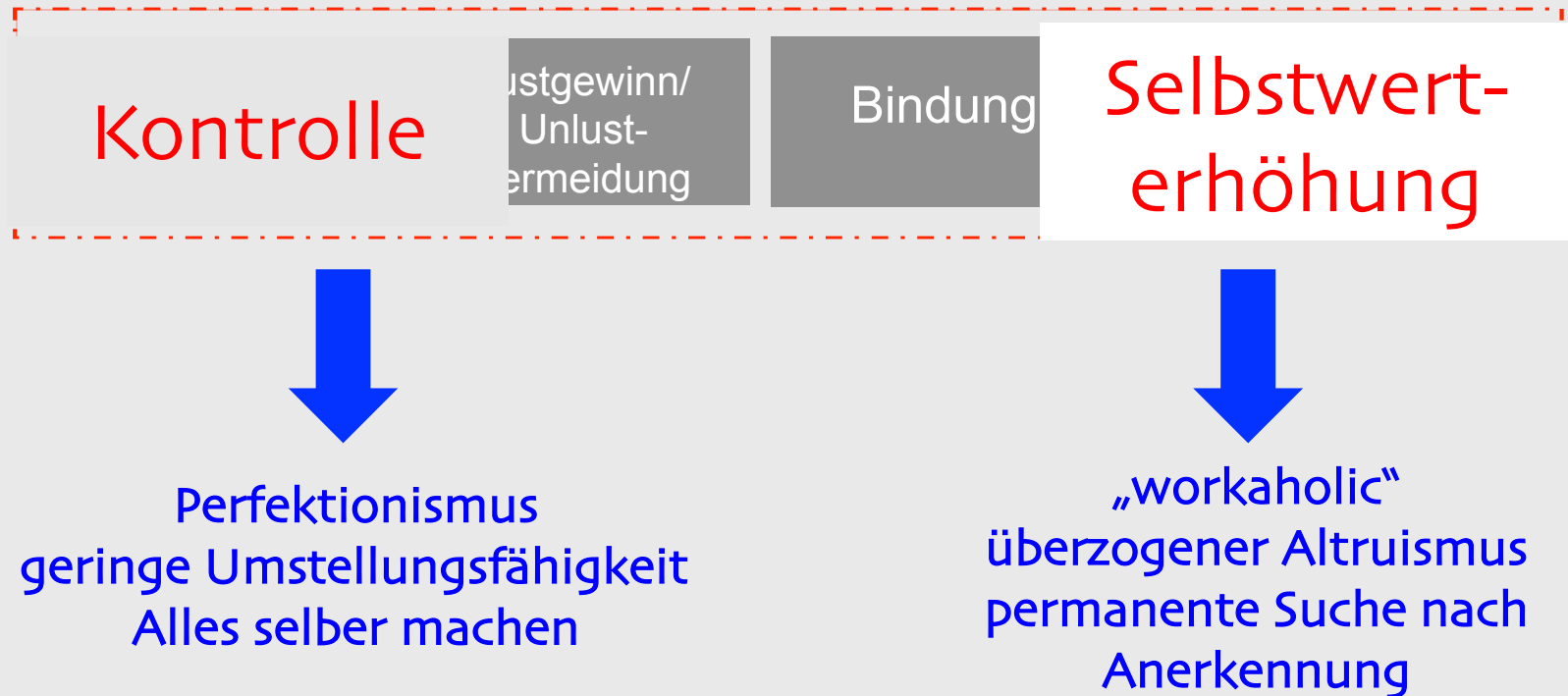
- Verdrängung, Verleugnung
- Reaktionsbildung
- Verschiebung
- Rationalisierung/Intellectualisierung

> nimmt Affekte Anderer wahr, hat jedoch schwer Zugang zu den eigenen



PSYCHISCHE GRUNDBEDÜRFNISSE UND FMS/SOM

(aus Egle & Zentgraf: Psychosomatische Schmerztherapie. Kohlhammer, Stgt 2014, S. 39ff)





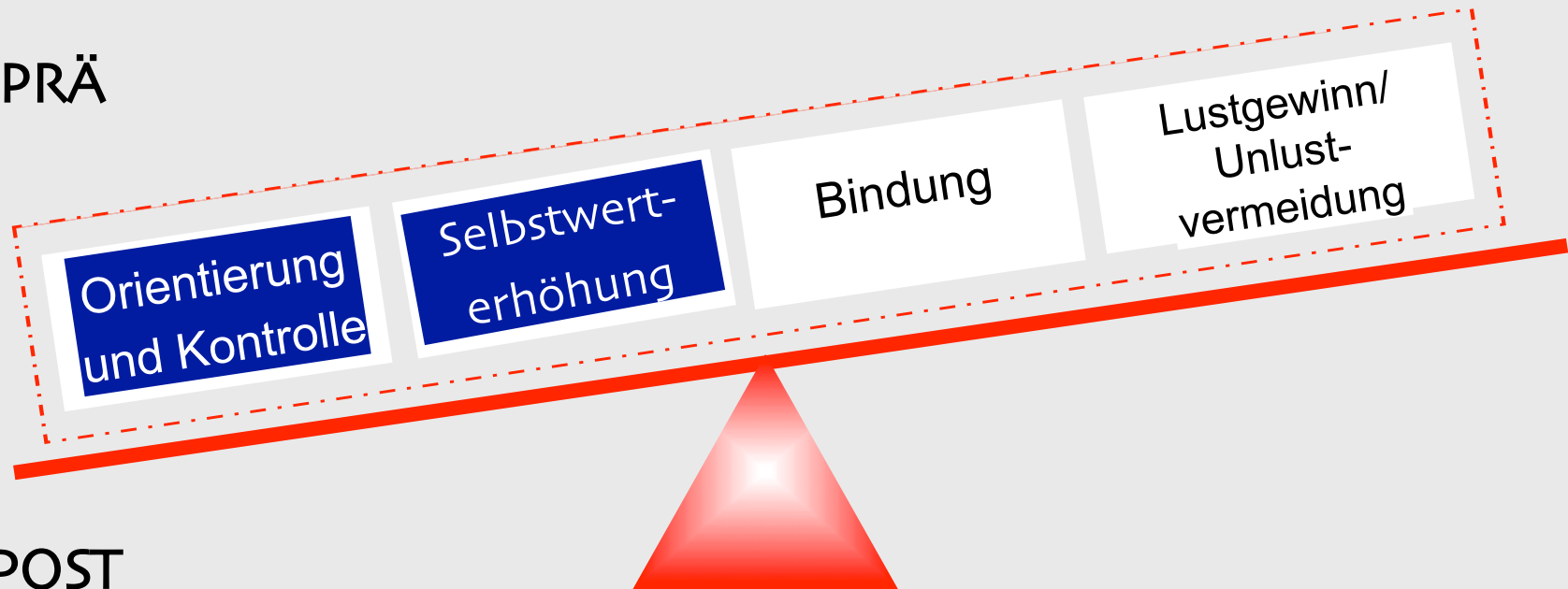
WESENTLICHE VERÄNDERUNGSPROZESSE IN DER BEHANDLUNG CHRONISCH SCHMERZKRANKER MIT SOMATISIERUNGSTÖRUNG

- (1) Veränderung des kognitiven Schmerzverständnisses (Edukation)
- (2) Schmerz-Affekt-Differenzierung
- (3) Erkennung von Verhaltensschemata aus Kindheitsprägungen
- (4) Veränderung von
 - Vermeidungsschemata hinsichtlich eigener Grundbedürfnissen
 - unreifen zu reifen Konfliktbewältigungsstrategien
- (5) Veränderung der Grundbedürfnis-Dysbalance im Alltag

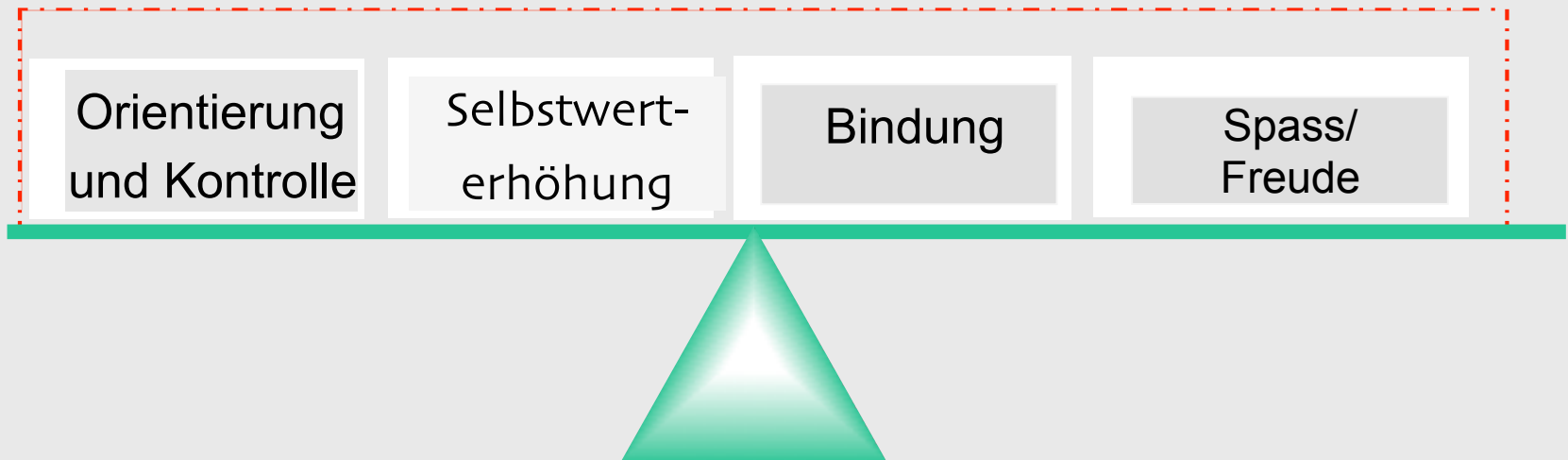
PSYCHOTHERAPIEZIEL: VERÄNDERUNG DER DYSBALANCE IN DEN GRUNDBEDÜRFNISSEN

(aus Egle & Zentgraf: Psychosomatische Schmerztherapie. Kohlhammer, Stgt 2014, S. 39ff)

PRÄ



POST

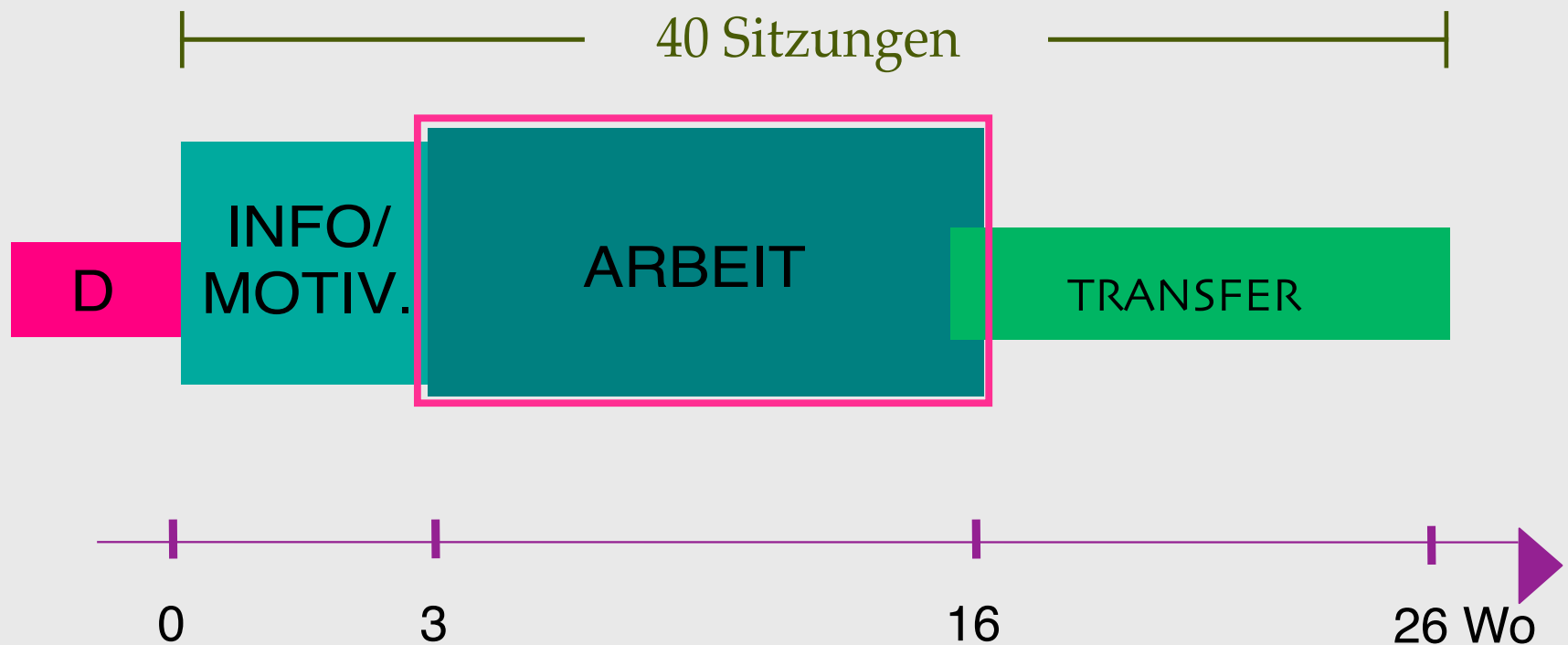




Manualisierte Interaktionelle Gruppentherapie

PHASENABLAUF

(NICKEL & EGLE 1999, 2001, 2002, Nickel et al 2010)

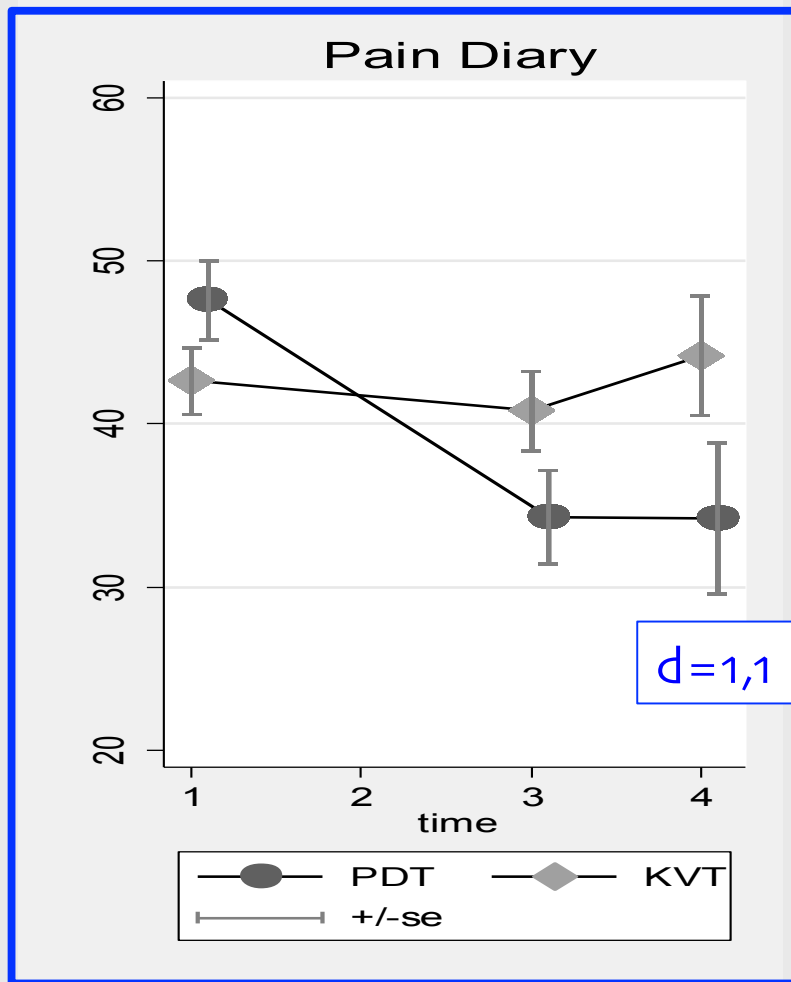




SOMATOFORM PAIN DISORDER

PSYCHODYNAMIC-INTERACTIONAL VS. COGNITIVE-BEHAVIORAL GROUP THERAPY (RCT, N=150, 2 x 8)

Hardt et al 2014 (in Vorb.)



Dauer: 6 mo

CBT: 25 x 130 min.

PD: 40 x 90 min.

Interaction CBT x PD x time

T₃ .002

T₄ .001

WELCHE PSYCHOTHERAPIE FÜR WELCHEN SCHMERZPATIENTEN?

■ Gruppenpsychotherapie

- ◆ Schmerzbewältigungstraining
- ◆ Angstbewältigungstraining
- ◆ Soziales Kompetenztraining
- ◆ Stressbewältigungstraining
- ◆ Psychodyn.-Interakt. Gruppenther.
- ◆ Traumatherapie



■ Entspannungsverfahren

- ◆ **Biofeedback**
- ◆ PMR
- ◆ QiGong
- ◆ Autogenes Training (AT)??



Sport- und Bewegungstherapie

u.egle@klinik-kinzigtal.de



Bewegung – Bewegung – Bewegung!!!



ERGÄNZENDE THERAPIEVERFAHREN

Biofeedback



Musiktherapie



ERGÄNZENDE THERAPIEVERFAHREN



Achtsamkeit



Therapeut. Boxen

MECHANISMENBEZOGENE SCHMERZTHERAPIE

(Egle & Zentgraf 2009)

INDIKATIONSKONFERENZ

KÖRPERL. +
PSYCH. KOMORB.

Einzel-PT
Schmerzbewältigungs-
training
Physiotherapie
PMR/QiGong
SSRI/SNRI

FUNKT.
SCHMERZSY.
mit Angst/anank. PS

Einzel-PT
Angstbewältigung
Biofeedback
Physiotherapie
Sporttherapie
Achtsamkeitstraining
Sertralin/Citalopram

SOMATOF.
SCHMERZ-
STÖRUNG

spezif. Einzel-PT
Interakt. Gruppe
KBT/Entspannung
Sporttherapie
Musiktherapie
Aquafit

PTBS

Trauma spez.
Einzel-PT
(Sertralin,
Paroxetin)

Schmerzedukation

Überprüfung Analgetika-Applikation/ggf. Opiatentzug



REHA-QUALITÄTSSICHERUNG DRV-BUND

ERGEBNISSE DER PATIENTENBEFRAGUNG 2009

*Wenn Sie an Ihre Schmerzen vor der Reha denken -
haben sich Ihre Schmerzen durch die Reha verändert?*

	Gengenbach	Gesamt
stark gebessert	32%	13%
spürbar gebessert	53%	40%
unverändert	13%	34%
etwas verschlechtert	0%	8%
stark verschlechtert	5%	6%

GANZKÖRPERSCHMERZ (→ AU, AL)

VIDEO-KASUISTIK



u.egle@klinik-kinzigtal.de



u.egle@klinik-kinzigtal.de



U. T. Egle, B. Kappis, U. Schairer, C. Stadtland (Hrsg.)

Begutachtung chronischer Schmerzen

In diesem neuen Standardwerk sind die vielfältigen Aspekte der chronischen Schmerzbegutachtung nachvollziehbar und anschaulich dargestellt.

Das Werk bietet:

- die Anleitung, um eine einheitliche und plausible sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, ggf. auch eine Kausalitätsbewertung, durchzuführen, wie sie der AWMF-Leitlinie entspricht
- Grundlagen der Schmerzbegutachtung
- Hintergründe zu den wichtigsten Störungen
- Informationen zum Verfassen des Gutachtens
- Besonderheiten bei chronischen Schmerzpatienten
- Schmerzbegutachtung in verschiedenen Rechtsgebieten
- Anforderungen aus Sicht des Sozialrichters
- Informationen zur speziellen Liquidation von Schmerzgutachten.



**Erscheinungstermin
voraussichtlich Juli 2014.**

ELSEVIER Urban & Fischer,
München 2014.
ca. 200 S., ca. 30 Abb., geb.
ISBN 978-3-437-23266-4



