



DIOTIMA-EHRENPREIS
DER DEUTSCHEN
PSYCHOTHERAPEUTENSCHAFT

Die Rolle von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Schmerzbehandlung

Dr. Paul Nilges

Berlin 15.11.2019

DRK Schmerz-Zentrum Mainz



120 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Jährlich: 1200 Patienten stationäre Schmerztherapie

400 Patienten Neurochirurgie

400 Patienten teilstationär

4000 Patienten ambulant



Hans Ulrich Gerbershagen



Gordon Waddell



Chris Main

Psychologie in medizinischen Arbeitsfeldern: Der Praxisschock...

- Chefarztgattinnenvertretung (H. Köhler) = Exot
- Beistellpsychologe
(B. Nehring) = diagnostischer Lückenbüßer

Wie kam die Psychologie zum Schmerz?

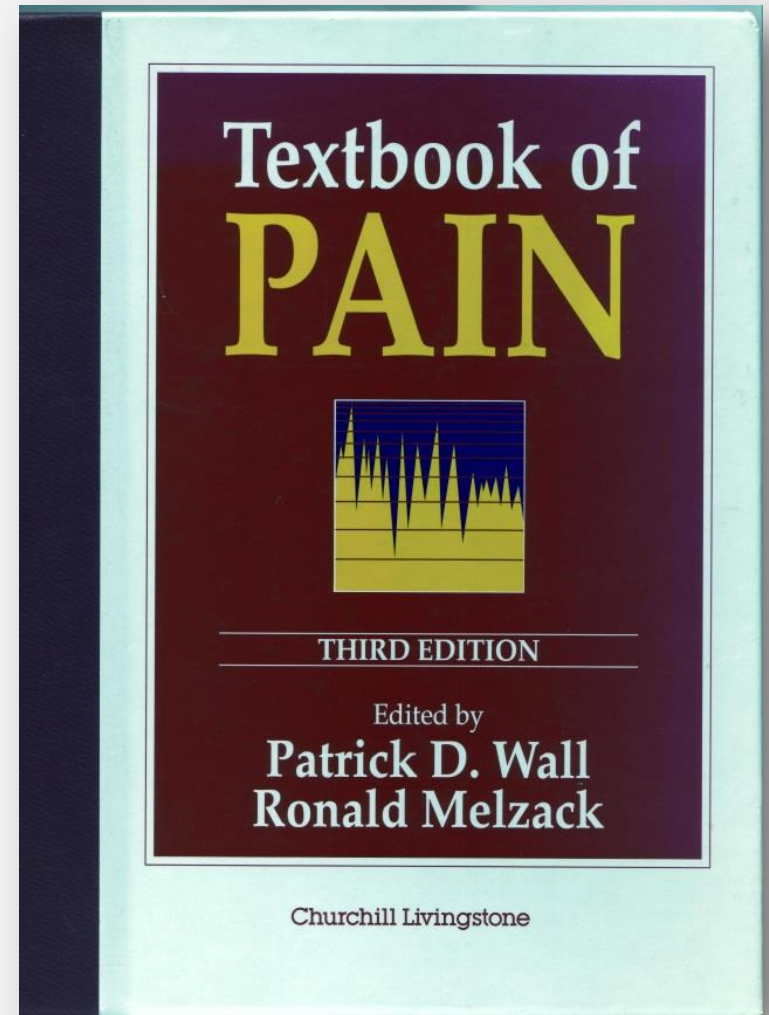
„Eine schwere Last wurde den klinischen Psychologen auf die Schultern geladen: Mit aller Macht beschloss die auf einem klassischen Pathologie-Konzept basierende Medizin, dass bei der Mehrzahl der Patienten mit chronischen Schmerzen organisch ‚alles in Ordnung‘ ist.

Die einzige allgemein akzeptierte Alternative war, dass es sich um einen Programmierfehler der Software handelt.....“

Patrick Wall, 1994

Wie kam die Psychologie zum Schmerz?

a huge burden has been placed on clinical psychologists. The full power of the classical medical profession which is pathologically based has concluded that there is 'nothing wrong' in pathological terms with the great majority of chronic pain patients. Since this conclusion is unquestioned the only generally accepted alternative is that there must be a design fault in human mental processing



„Weil Patienten mit Schmerzen deutlich zeigen, wie hilflos
Behandler sein können, ist die Beziehung oft sehr
konfliktgeladen. Hilflosigkeit führt zu (beiderseitigem)
Misstrauen und zu Aggressivität“

Certok

Schmerzdiagnosen im Wandel der Zeit

Jahr	ICD-Fassung	Bezeichnung	DSM-Fassung	Bezeichnung
1965	ICD-8	Psychalgie		
1980			DSM-III	Psychogenes Schmerzsyndrom
1986	ICD-9	Psychogenes Schmerzsyndrom		
1987			DSM-III-R	Somatoforme Schmerzstörung
1990	ICD-10	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung		

Kriterium: Fehlende „plausible Befunde“ = Psychische Störung

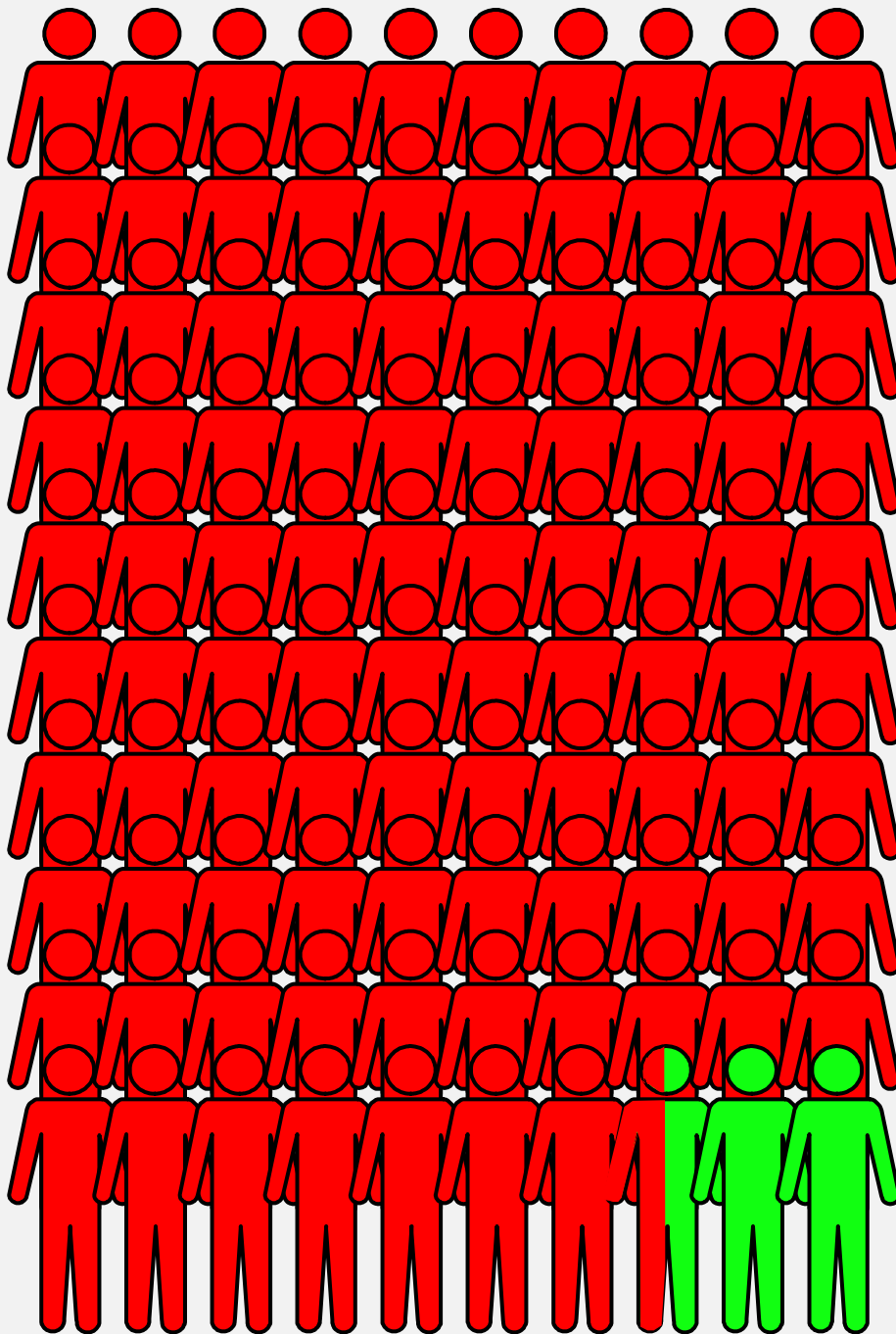
Doppelter Spagat

Kategoriale Diagnose

Dualismus

gesund - krank

organisch - psychisch



Röntgenaufnahmen Männer

Untersuchungszeitraum 1973 - 1991

n = 10.922

jung (17-25 Jahre)

gesund (Fliegeranwärter BuWe)

beschwerdefrei

Anteil
mit pathologischem
und
ohne pathologischen
Röntgenbefund ?

2,6 %

Table 2: Age-specific prevalence estimates of degenerative spine imaging findings in asymptomatic patients^a

Imaging Finding	Age (yr)						
	20	30	40	50	60	70	80
Disk degeneration	37%	52%	68%	80%	88%	93%	96%
Disk signal loss	17%	33%	54%	73%	86%	94%	97%
Disk height loss	24%	34%	45%	56%	67%	76%	84%
Disk bulge	30%	40%	50%	60%	69%	77%	84%
Disk protrusion	29%	31%	33%	36%	38%	40%	43%
Annular fissure	19%	20%	22%	23%	25%	27%	29%
Facet degeneration	4%	9%	18%	32%	50%	69%	83%
Spondylolisthesis	3%	5%	8%	14%	23%	35%	50%

^a Prevalence rates estimated with a generalized linear mixed-effects model for the age-specific prevalence estimate (binomial outcome) clustering on study and adjusting for the midpoint of each reported age interval of the study.

Table 2: Age-specific prevalence estimates of degenerative spine imaging findings in asymptomatic patients^a

	Age (yr)						
	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70
Disc degeneration	0%	3%	10%	19%	28%	35%	40%
Facet joint degeneration	0%	0%	2%	7%	13%	20%	25%
Spondylolisthesis	0%	0%	0%	1%	2%	3%	4%
Spinal stenosis	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Vertebral fracture	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Other findings	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Zweitmeinungsverfahren:

Weniger als 10% der Indikationen für eine WS-Operation wurden bestätigt...

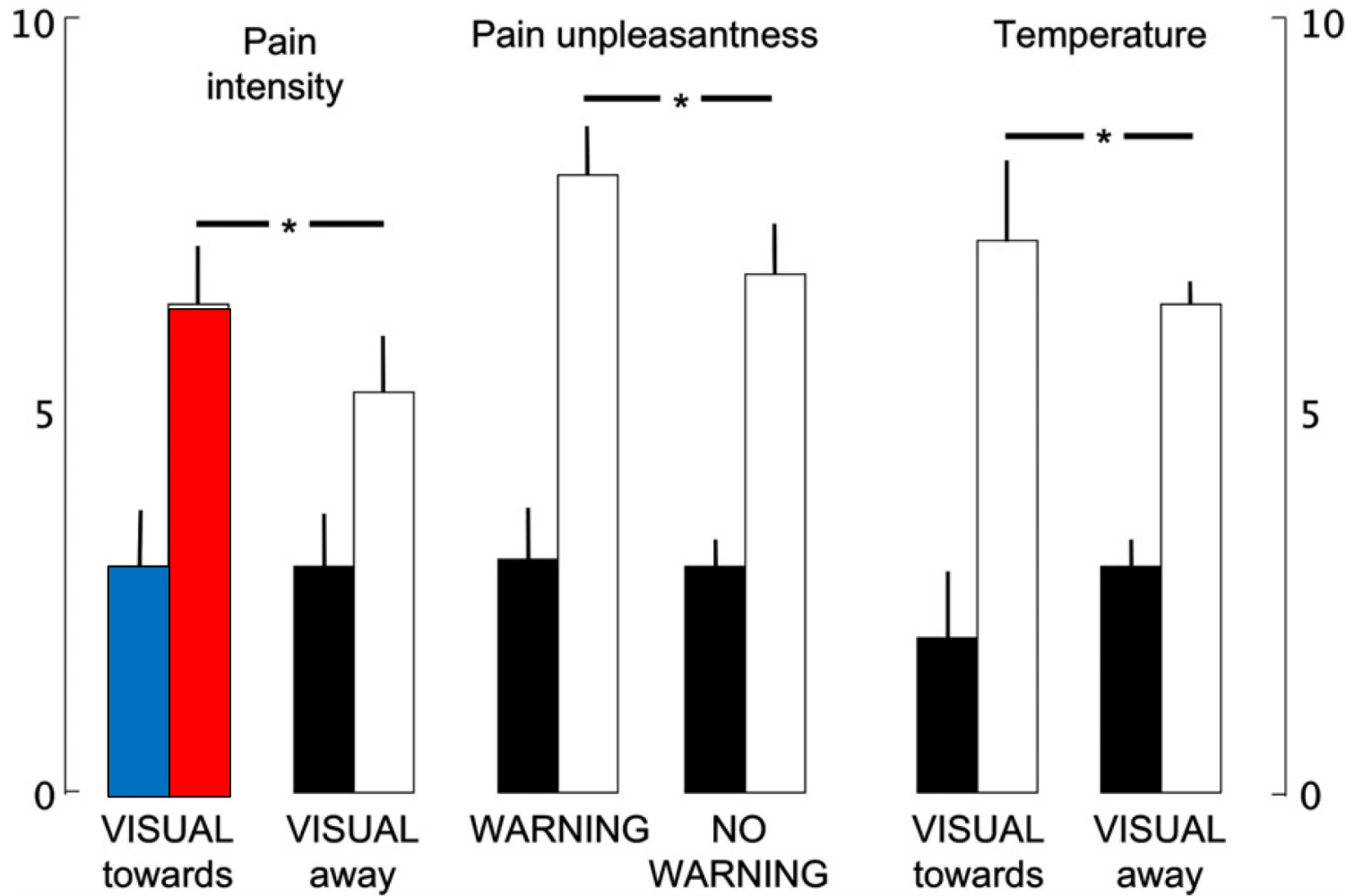
20% der Patienten wurden operiert

^a Prevalence rates estimated with a generalized linear mixed-effects model for the age-specific prevalence estimate (binomial outcome) clustering on study and adjusting for the midpoint of each reported age interval of the study.

„Unser Gehirn sitzt nicht passiv herum und ‚liest‘ die Informationen, die vom Gewebe und dem Rückenmark ausgehen. Es schickt Impulse aus, die bereits die eingehenden Informationen verändern“.

Wall, 1999

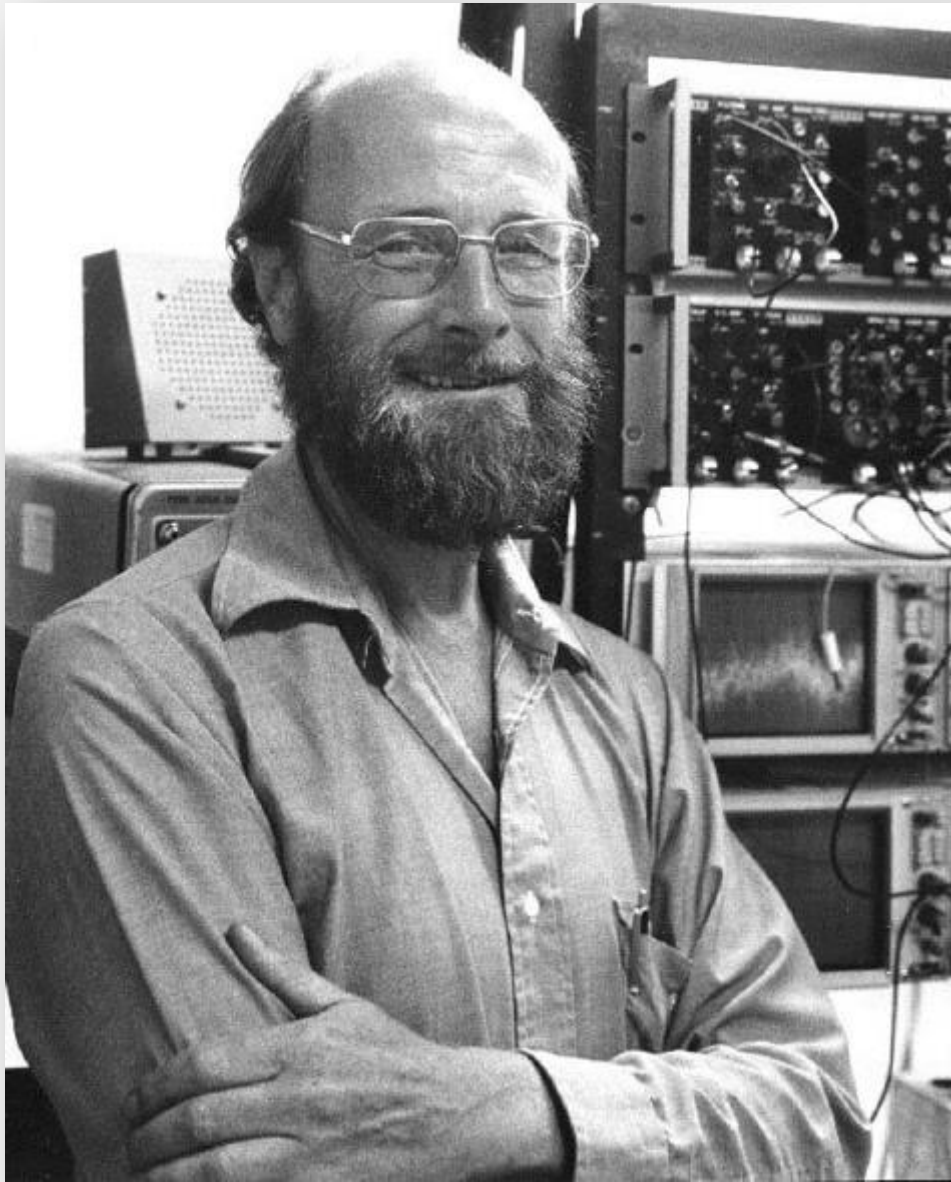
Schmerz ist keine passive Wahrnehmung sondern eine „aktive Leistung“ unseres ZNS. Wahrnehmung ist selten „objektiv“, findet immer in einem Kontext statt!



Das erste interdisziplinäre Team

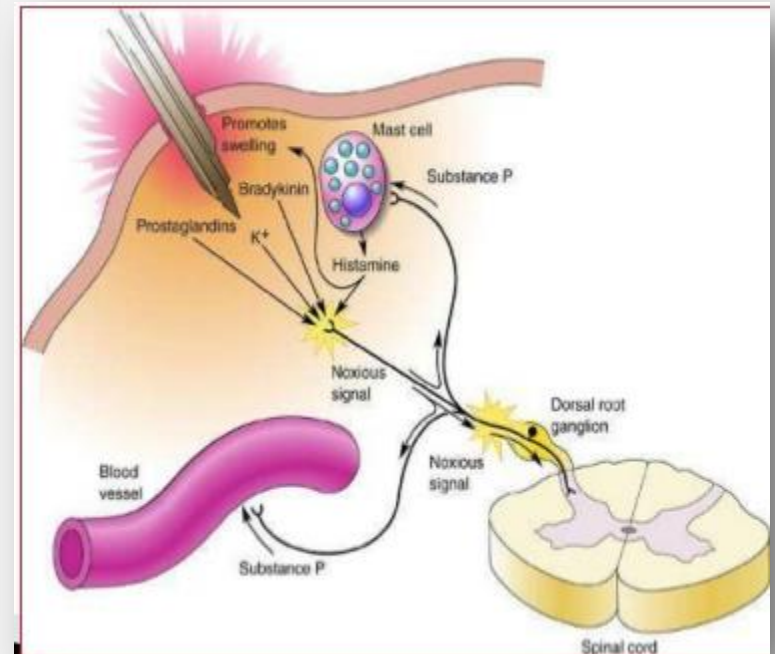


Pat Wall (Physiologie) John Bonica (Anästhesie) Ronald Melzack (Psychologie)



Patrick David Wall (1925 – 2001)

“Nozizeptoren als Schmerzfasern zu bezeichnen war keine wunderbare Vereinfachung sondern eine unglückliche Trivialisierung... Das Wort Schmerz ist ein rein psychologischer Begriff”





**“The King of
(Understanding)
Pain”**

Ronald Melzack

**“Schmerz ist eine unangenehme
sensorische und emotionale
Erfahrung, die mit tatsächlichem
oder drohendem
Gewebschaden verbunden ist
oder in Begriffen einer solchen
Schädigung beschrieben wird”
IASP**

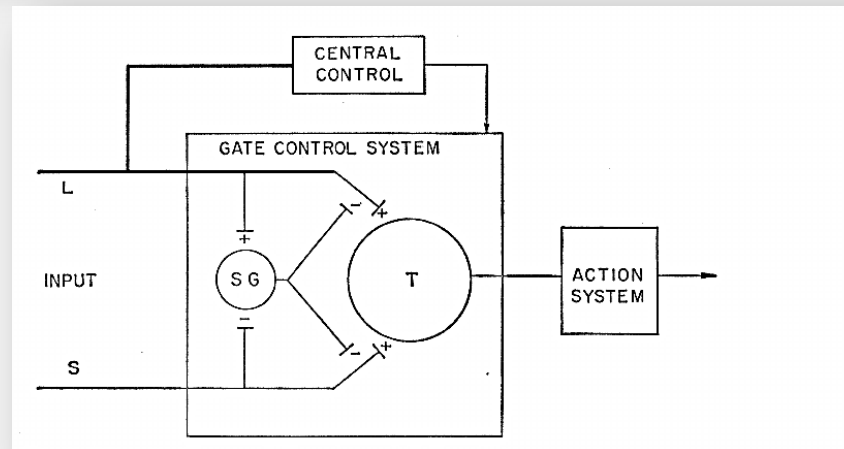
Pain Mechanisms: A New Theory

A gate control system modulates sensory input from the skin before it evokes pain perception and response.

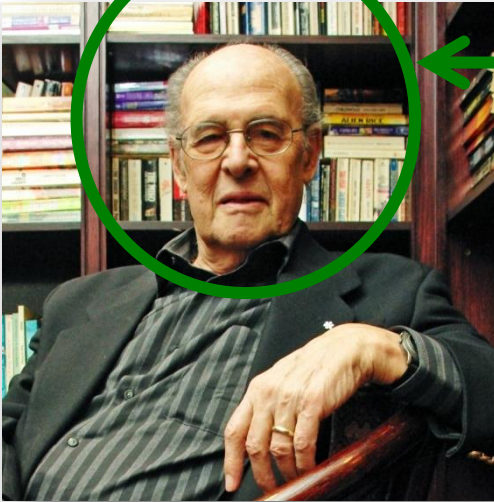
Ronald Melzack and Patrick D. Wall

after amputation of a limb), and the peripheral neuralgias (which may occur after peripheral nerve infections or degenerative diseases) provide a dramatic refutation of the concept of a fixed, direct-line nervous system. Four features of these syndromes plague patient, physician, and theorist (8, 10).

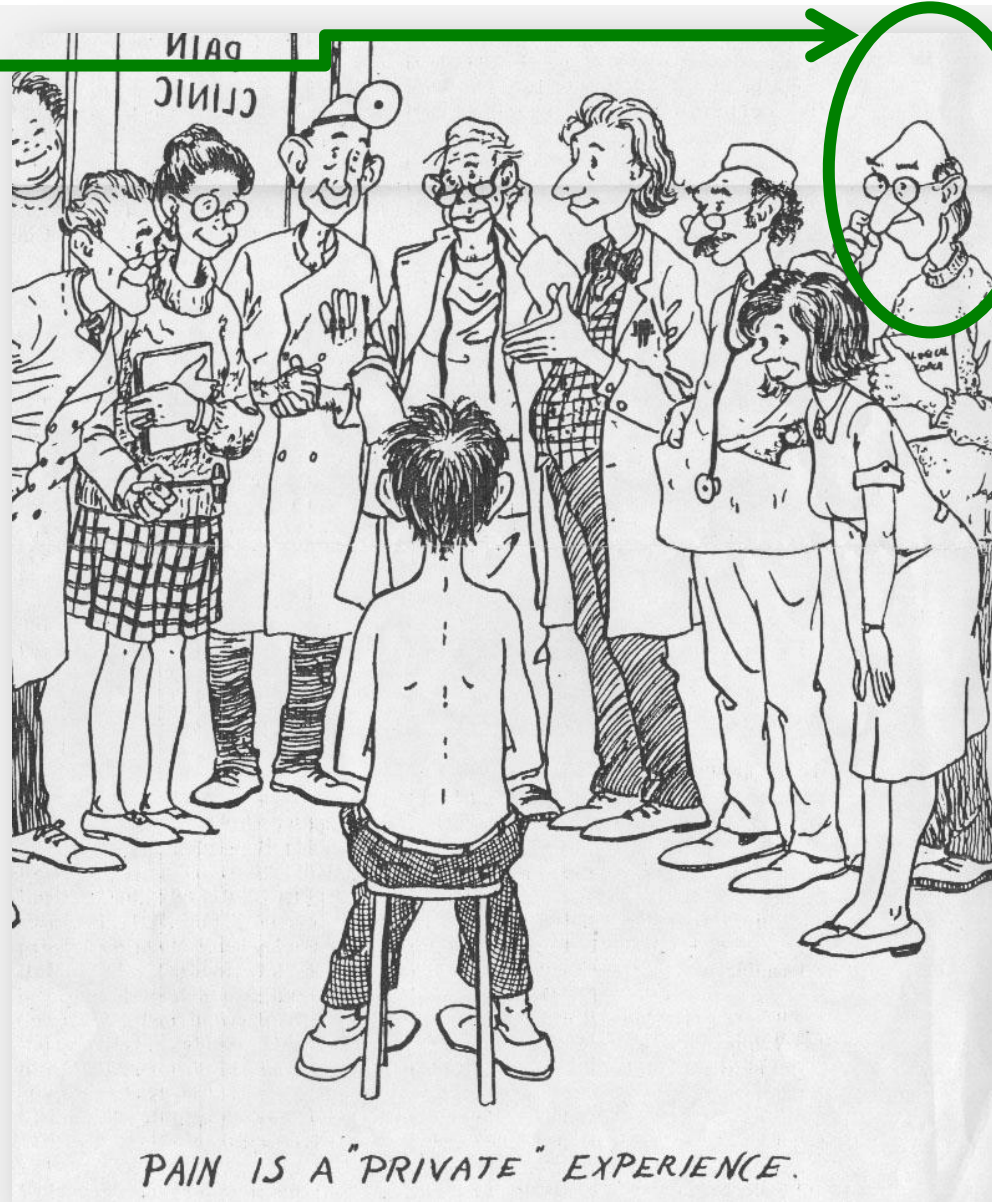
1) Surgical lesions of the peripheral and central nervous system have been singularly unsuccessful in abolishing these pains permanently, although the lesions have been made at almost every level (Fig. 2). Even after such opera-



Erste Darstellung Interdisziplinärer Teamarbeit (1975)



Ronald Melzack



und dann kam die Verhaltenstherapie...

Wilbert Fordyce

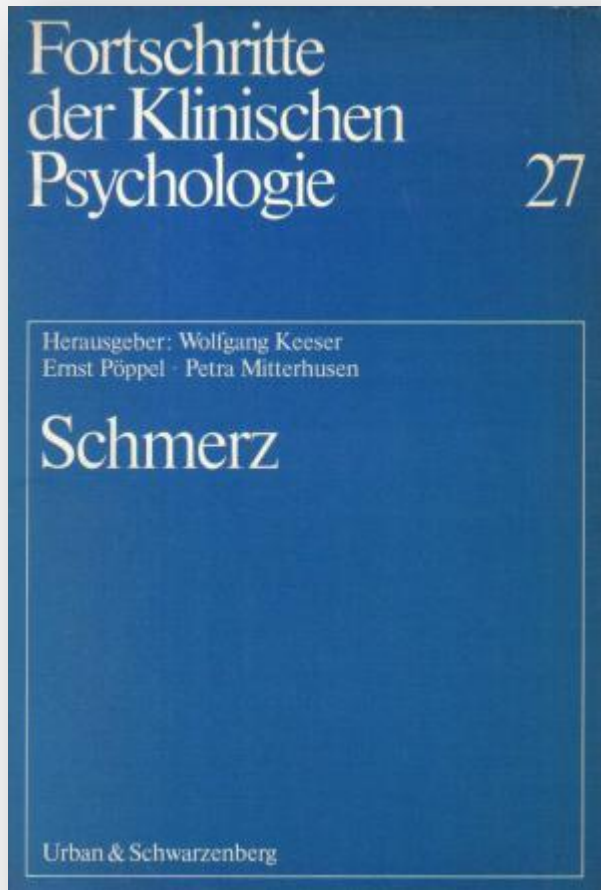


Die Unterscheidung von „Hurt“ und „Harm“

Die somatische Schädigung korreliert nicht mit dem Schmerzverhalten (1966)

Schmerz ist ein Gefahrenmelder, kein Schadensmelder

Wissenschaftliche Grundlagen der Schmerzpsychotherapie



Erschienen 1982

Sammlung zentraler Arbeiten
von Melzack, Wall, Fordyce und
anderen prominenten Autoren

Klinische Anwendung von Wissenschaft in der Schmerzpsychotherapie

Therapie-Manuale „Schmerz im Gespräch“ (Basler et al. 1990)

Therapieleitfaden zur standard. Durchführung kognitiv-verhaltens-therapeutischer Interventionen bei Patienten mit chron. Schmerzen (12 klar definierte Sitzungen).

„Therapie-Manual“ (Basler & Kröner-Herwig 1995/1998)



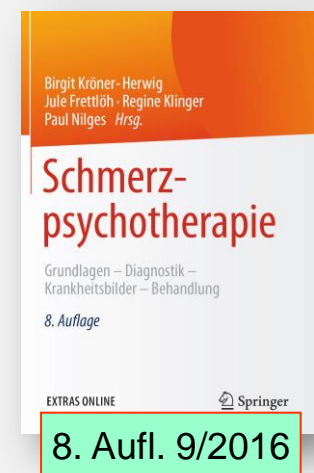
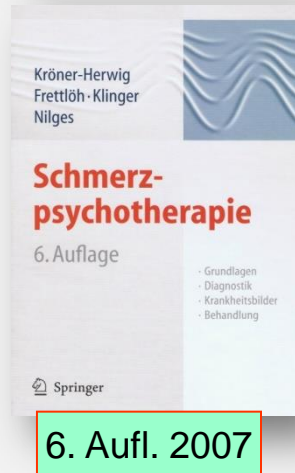
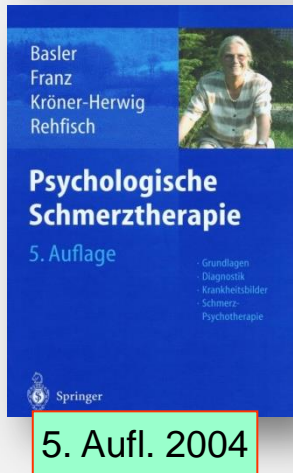
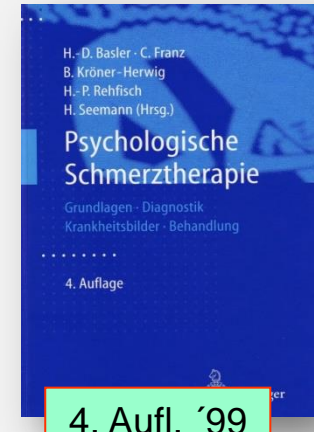
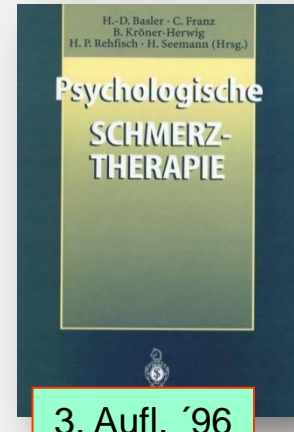
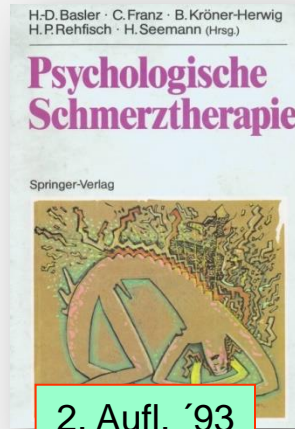
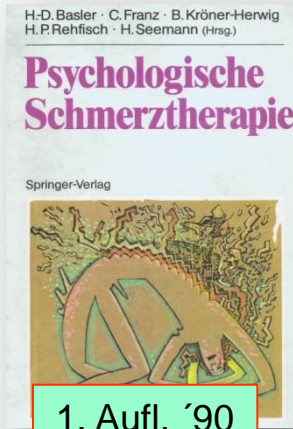
B.Kröner-Herwig



H.D.Basler

Kontinuität in der Schmerzpsychotherapie

Das Standardwerk „Schmerzpsychotherapie“



> 75 Journals zu Schmerz

Schmerzpsychotherapie als Teamarbeit

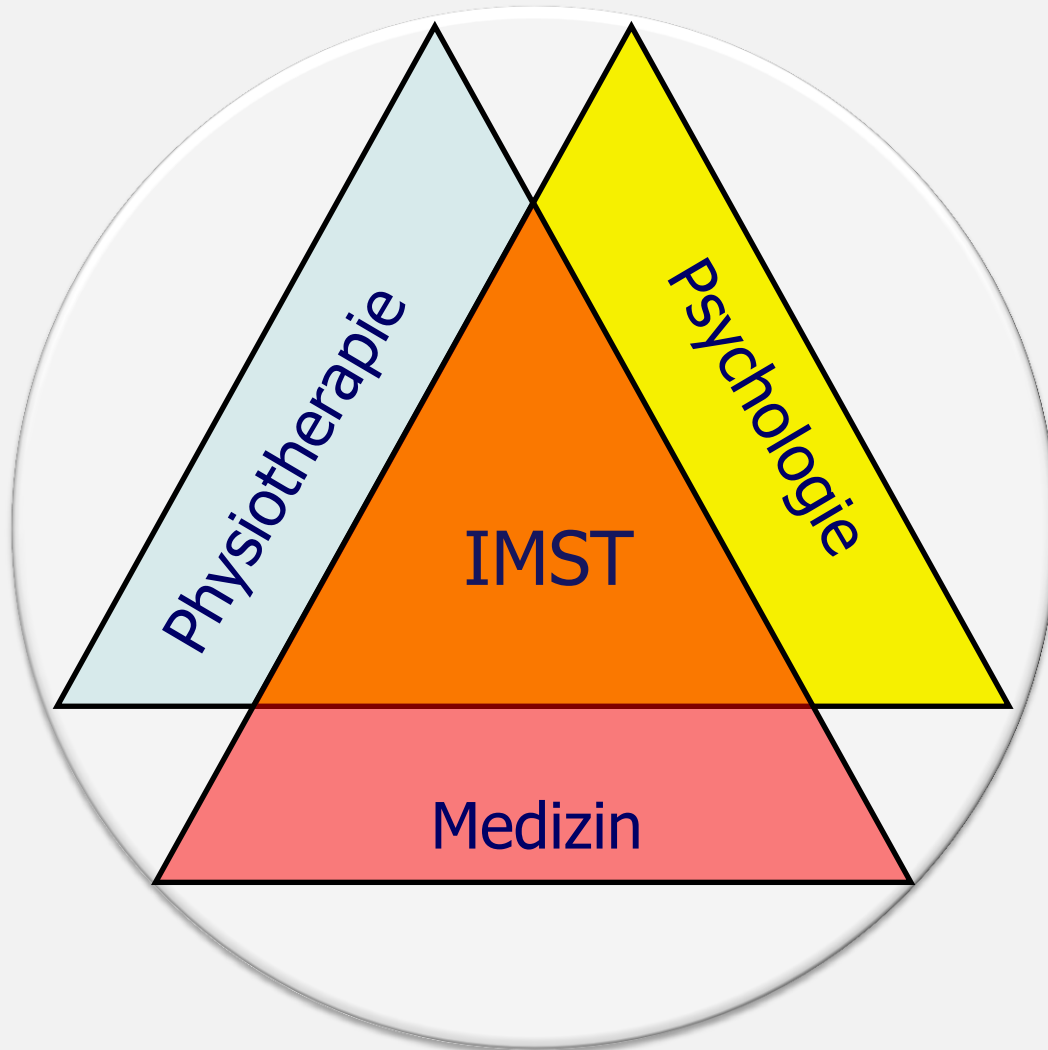
- Chefarztgattinnenvertretung (H. Köhler) = Exot
- Beistellpsychologe
(B. Nehring) = diagnostischer Lückenbüßer
- Festes Mitglied des Teams = Interdisziplinarität

Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (IMST)

- ▶ **Gemeinsame Verantwortung**
- ▶ **Gemeinsame Untersuchung**
- ▶ **Gemeinsame Erhebung von Befunden**
- ▶ **Transparenter Kommunikationsprozeß**
- ▶ **Integration der Informationen innerhalb des Teams**
- ▶ **Keine diagnostischen oder therapeutischen „Auftragsarbeiten“**

Strumpf, Zenz, Willweber-Strumpf, 1999

Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (IMST)



**Gemeinsames Diagnose-
und Therapiekonzept**

**Enge zeitliche, räumliche
und inhaltliche Vernetzung**

**Fortlaufende Abstimmung
während der Behandlung**

**Gemeinsame Sprache und
Philosophie**

**Hohe
Behandlungsintensität**

Hohes Kooperationswissen

Fort- und Weiterbildungen in Schmerz(psycho)therapie

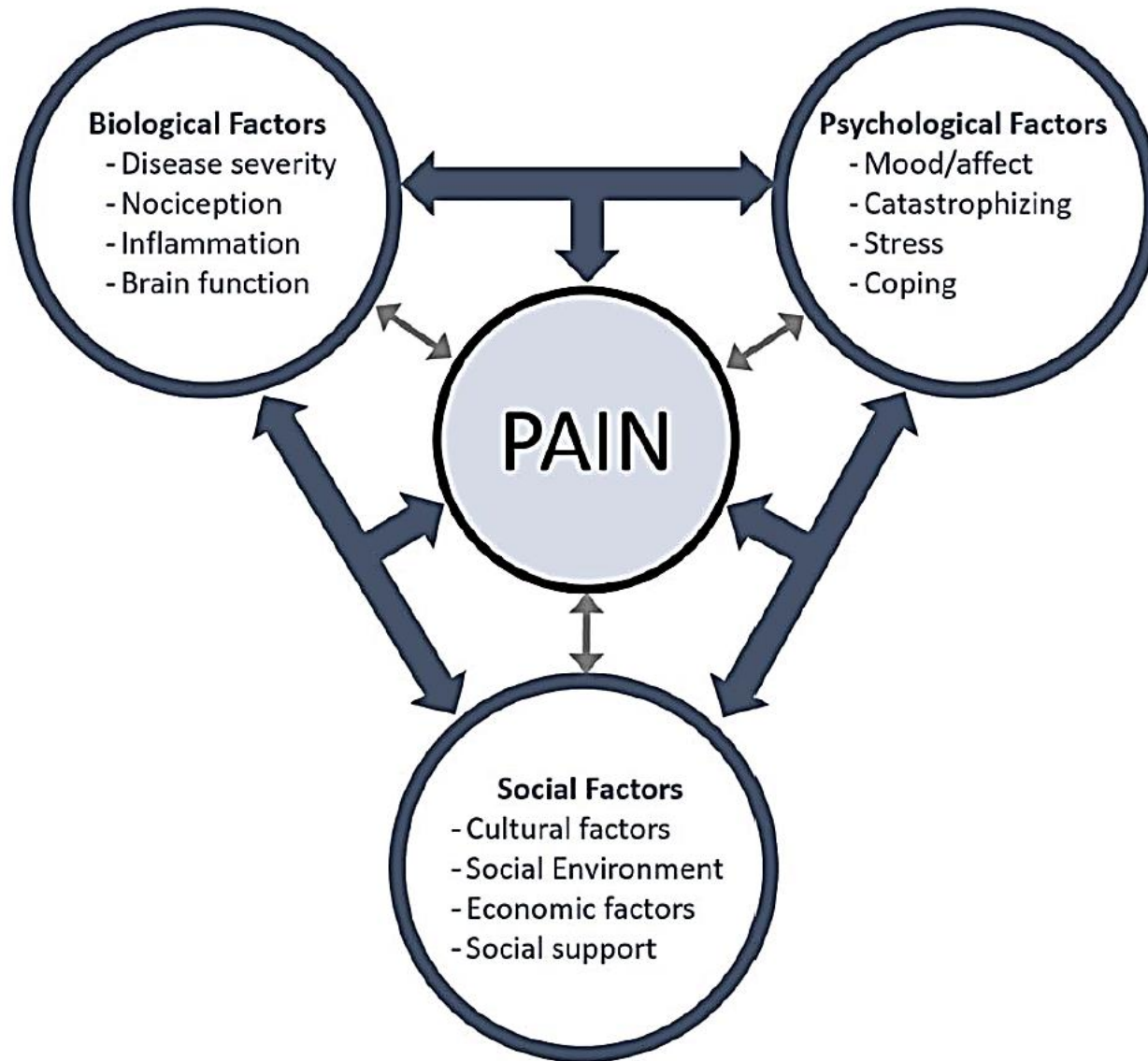
Weiterbildung Schmerzpsychotherapie

Angelehnt an die Spezielle Schmerztherapie bei Ärzten:

- 80 Std. Curriculum
- MWBO, WBO Kammern RLP, Bayern, BW

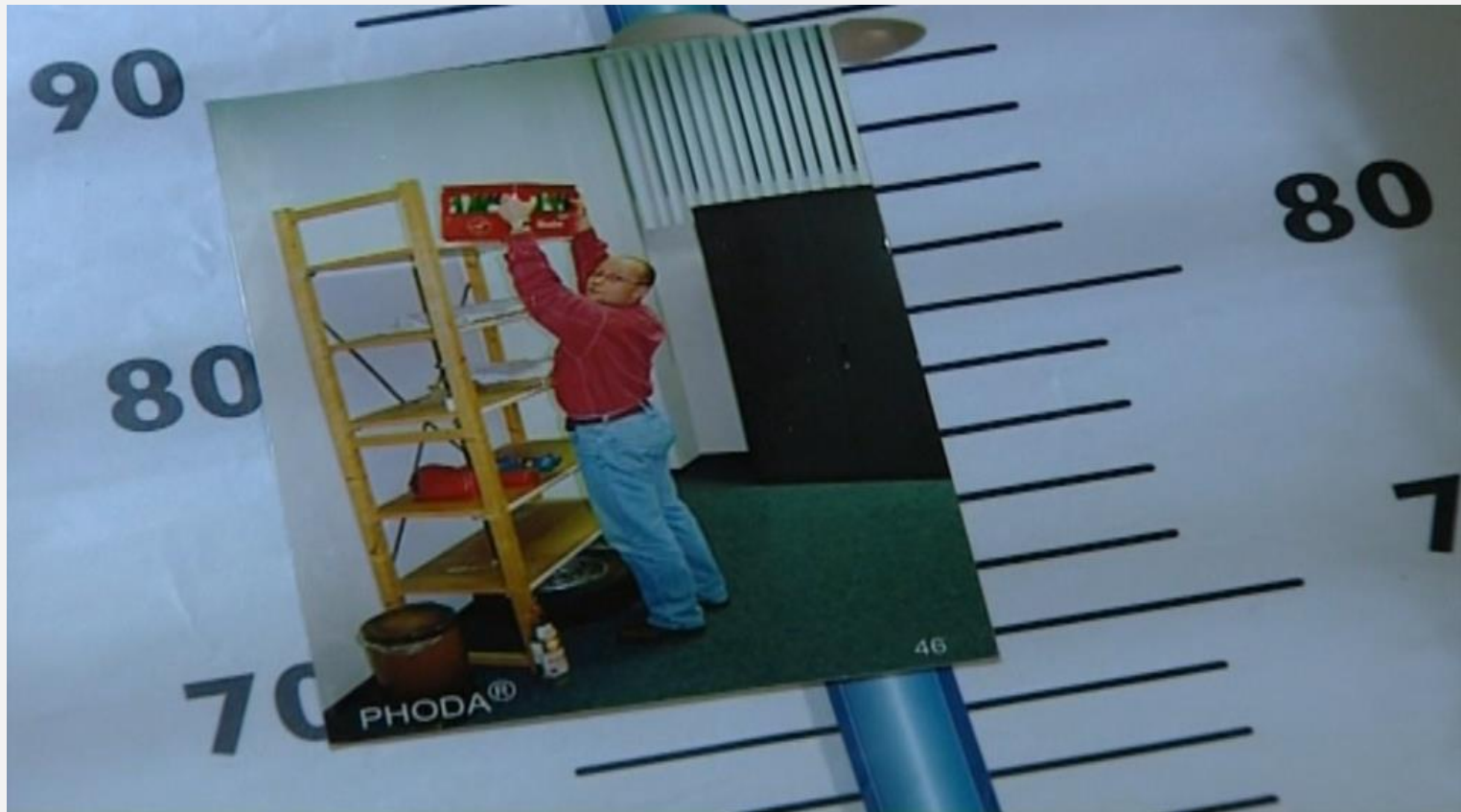


Grundlage Interdisziplinärer Multimodaler Schmerztherapie: Das bio-psycho-soziale Schmerzmodell



Rollen von Psychotherapeutinnen und -therapeuten

- Diagnostiker: Klinischer Alltag, Entwicklung und Anwendung zahlreicher Fragebögen, Dokumentationshilfen



Rollen von Psychotherapeutinnen und -therapeuten

- Diagnostiker: Klinischer Alltag, Entwicklung und Anwendung zahlreicher Fragebögen, Dokumentationshilfen
- Therapeut: Anpassung psychotherapeutischer Verfahren und Entwicklung schmerzspezifischer Strategien, Edukation



Rollen von Psychotherapeutinnen und -therapeuten

- Diagnostiker: Klinischer Alltag, Entwicklung und Anwendung zahlreicher Fragebögen, Dokumentationshilfen
- Therapeut: Anpassung psychotherapeutischer Verfahren und Entwicklung schmerzspezifischer Strategien, Edukation
- Teil des Teams: Selbst lernen und Wissen/Kompetenz vermitteln
- Vermittler & Anwalt: Zwischen Patienten und Behandlern
- Organisationspsychologe & Coach: Abläufe gestalten, Team beraten
- Wissenschaftler: Klinische und Grundlagenforschung
- Berufspolitiker: Außerhalb des Teams beginnt der Dschungel...

Versorgungspolitische Perspektive der Schmerzpsychotherapie

- Chefarztgattinnenvertretung (H. Köhler) = Exot
- Beistellpsychologe
(B. Nehring) = diagnostischer Lückenbüßer
- Festes Mitglied des Teams = Interdisziplinarität
- Der Kassenpsychologe = Ohne gibt's kein Geld

Versorgungspolitische Perspektive der Schmerzpsychotherapie

OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) mit obligatorischer Interdisziplinarität (Voraussetzung für DRGs)

8-918 Multimodale Schmerztherapie

- interdisziplinäre Behandlung unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder **psychologisch-psychotherapeutische Disziplin**
- interdisziplinäre Diagnostik... **obligatorisch** eine psychiatrische, psychosomatische oder **psychologisch-psychotherapeutische Disziplin**
- Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: **Psychotherapie**, Physiotherapie, Entspannungsverfahren...
- Überprüfung des Behandlungsverlaufs ...eine **interdisziplinäre wöchentliche Teambesprechung**

Versorgungspolitische Perspektive der Schmerzpsychotherapie

Kliniken in Deutschland gesamt: 1918

Multimodale/interdisziplinäre Schmerztherapie:	Kliniken		Patienten*	
	2017	2009	2017	2017
■ 8-918 Multimodale Schmerztherapie	457**	29 404	66.031*	
■ 1-910 Interdisziplinäre Diagnostik	161**	2 606	9 721*	
■ In ca. 300 Kliniken war die multimodale Schmerztherapie 2017 Standard				

Statt sinnvoller Ökonomisierung zunehmende Kommerzialisierung unseres Gesundheitssystems.....

* Statistisches Bundesamt, Stand 10.11.2018

** Weiße Liste (Bertelsmann)

Berufspolitische Perspektive der Schmerzpsychotherapie

- Arbeitskreis seit 1984
- DGPSF- Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung, als e.V. gegründet 1995 (akt. 500 Mitglieder)
- Kooperation mit *Dt. Schmerzgesellschaft* (ehemals DGSS)
 - Vize-Präsidenschaft Dt. Schmerzgesellschaft durch Psychologische Psychotherapeuten
- Kooperation mit BVSD – *Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland*
 - Vize-Präsidenschaft im BVSD per Satzung durch Psychologische Psychotherapeuten
 - Mitveranstalter des Deutschen Schmerzkongresses

DEUTSCHER SCHMERZKONGRESS 2019

09. – 12. OKTOBER 2019

Mit Gefühl zum
Schmerz

CONGRESS CENTER
ROSENGARTEN
MANNHEIM

HAUPTPROGRAMM

www.schmerzkongress2019.de



DMKG Deutsche Migräne- und
Kopfschmerzgesellschaft

Berufspolitische Perspektive der Schmerzpsychotherapie

- Mitglied der AWMF
- Gestaltung vieler Leitlinien zu „Schmerz“, u.a.:
 - NVL Kreuzschmerz,
 - LL Aktuschmerz,
 - S3LL Opioidbehandlung,
 - S3LL Bruxismus,
 - i.V. Spondylodiszitis
- Enge Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen
- Vertreten in versch. Vorständen, Beiräten und Kommissionen

Berufs- und versorgungspolitischer Aspekte

Definierte Schmerzmedizinische
Behandlungseinrichtungen
(Stand 2015)

Forderung der ärztlichen Fachgesellschaften an
PPs: Weiterbildung Schmerzpsychotherapie als
Voraussetzung für Leitungsfunktion

Zentrum für interdisziplinäre
Schmerzmedizin

Interdisziplinäres Kopfschmer-/
Rückenzentrum

Ambulanz/Praxis für spezielle
Schmerztherapie

Praxis/Ambulanz mit gebiets-
bezog. + schmerzmed. Versor-
gungsstruktur, nicht
ausschließlich Schmerzmedizin

Einrichtung mit Fachkunde
Schmerzmedizin

Schmerzpsychotherapeutische
Einrichtung

Impulse durch die Schmerz(psycho)therapie in Deutschland

- Zentren, Kliniken und Tageskliniken mit Interdisziplinärer Multimodaler Schmerztherapie
- Ohne Psychotherapeuten keine IMST – Urlaubsvertretung?
- Keine „flächendeckende“ Versorgung mit Opioiden, S3 Leitlinie LONTS zu Opioiden durch Prof. Hardo Sorgatz (em), Klinische Psychologie Darmstadt
- Einführung der Diagnose F45.41 in der ICD-GM
- Initiative zur Erweiterung der ICD11 um „Chronischer Schmerz“ als eigenständige Diagnose
- Aufnahme der Diagnose MG30.xx „Chronischer Schmerz“ Differenzierung in Primär und Sekundär

Schmerzdiagnosen im Wandel der Zeit

Jahr	ICD-Fassung	Bezeichnung	DSM-Fassung	Bezeichnung
1965	ICD-8	Psychalgie		
1980			DSM-III	Psychogenes Schmerzsyndrom
1986	ICD-9	Psychogenes Schmerzsyndrom		
1987			DSM-III-R	Somatoforme Schmerzstörung
1990	ICD-10	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung		
1994			DSM-IV	Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren Schmerzstörung in Verbindung mit sowohl psychischen Faktoren wie einem medizinischen Krankheitsfaktor
2009	ICD-10 GM	Chronischer Schmerz mit somatischen und psychischen Faktoren		
2013			DSM-5	Somatische Belastungsstörung
2018	ICD-11	Chronischer Schmerz		

Wie wird die Klassifikation aussehen?

Diagnosen:

Chronische Schmerzen (MG30):

Schmerzen, die länger als 3 Monate andauern oder wiederkehren.



1	Chronische primäre Schmerzen
2	Chronische krebsassoziierte Schmerzen
3	Chronische postoperative und posttraumatische Schmerzen
4	Chronische neuropathische Schmerzen
5	Chronische sekundäre Kopfschmerzen und orofaziale Schmerzen
6	Chronische sekundäre viszerale Schmerzen
7	Chronische sekundäre muskuloskelettale Schmerzen



Chronische primäre Schmerzen (MG30.0)

Chronische primäre Schmerzen sind chronische Schmerzen in einer oder mehreren Körperregionen, die durch erhebliches emotionales Leiden [...] oder Funktionsbeeinträchtigungen [...] charakterisiert sind.

Chronische primäre Schmerzen sind multifaktoriell: biologische, psychologische und soziale Faktoren tragen zu dem Schmerzsyndrom bei.

Die Diagnose ist gerechtfertigt unabhängig von identifizierten biologischen oder psychologischen Faktoren, es sei denn, eine andere Diagnose würde die vorliegenden Symptome besser erklären.


Die Diagnose begründet die Indikation für IMST



This bald and traditional contrast between pains with a “psychical” origin and those that are “organic” in their causation is a relic of a less informed time and should be abandoned

The Journal of Abnormal Psychology 1911.

Der schlichte und überholte Gegensatz zwischen Schmerzen mit “psychischen” Ursachen und denen, die “organisch” begründbar sind, ist ein Relikt aus schlechter informierten Zeiten und sollte abgeschafft werden.

The image shows a hand-drawn electronic circuit diagram on aged paper. The diagram includes various components such as resistors (R101, R102, R103, R104, R105, R201, R202, R203, R204, R205, R206, R207, R208, R209, R210, R211, R212), capacitors (C101, C102, C103, C104, C105, C106, C107, C108, C109, C110, C111, C112, C113, C114, C115, C201, C202, C203, C204, C205, C206, C207, C208, C209, C210, C211, C212, C213, C214, C215, C216, C217, C218, C219, C220, C221, C222), transistors (T101 BC148B, T102, T201 BC148B, T202 BC148B), and an operational amplifier (UL408). There are also several voltage labels in boxes: 17.5V, 5.9V, 0.29V, 1.25V, 0.08V, 12.0V, 0.44V, 0.95V, 1.25V, 0.03V, and 10.0V. The circuit is interconnected with various wires and components, showing a complex but organized layout. A large white text box is superimposed over the center of the diagram.

Schmerz ist nicht kompliziert, sondern komplex...

Von der Schmerzpersönlichkeit zum Bio-Psycho-Sozialen Modell: George Engel

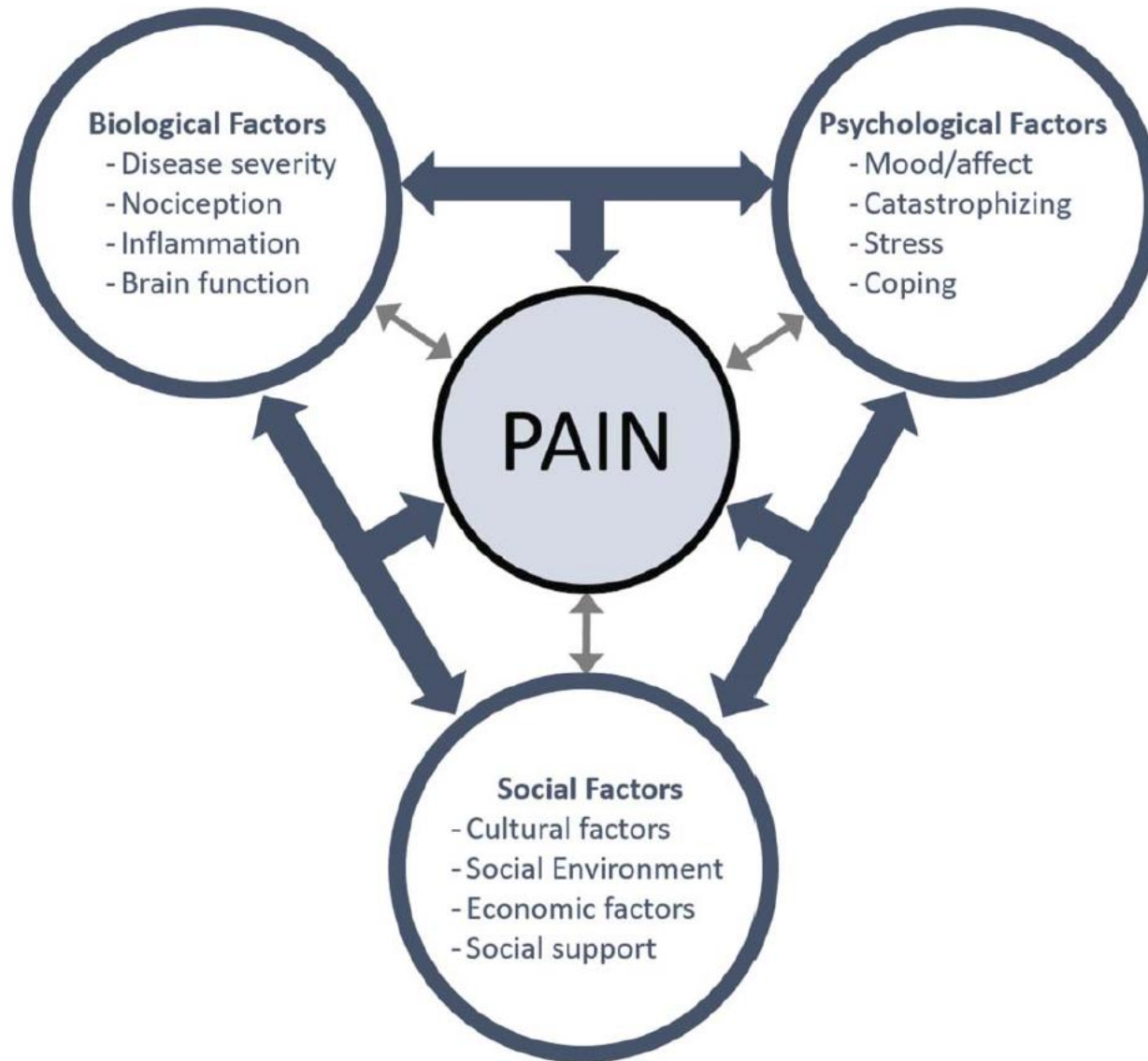
BIOPSYCHOSOCIAL

1. A level of a system can be studied on its own
2. One level of a system depends on the level below it and above it e.g. cells depend on mitochondria inside them and the tissue around them.
3. Each level is a part of higher systems



George L. Engel, MD - Psychiatrist who founded the biopsychosocial model of health. He believed that heart, connection and meaning had a profound impact on health.

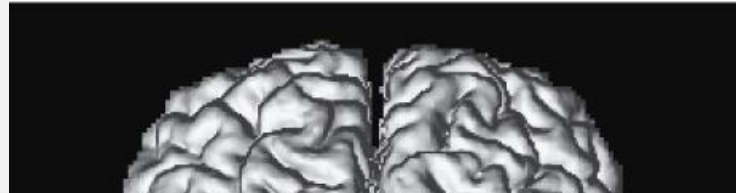
(Chronischer) Schmerz ist bio-psycho-sozial



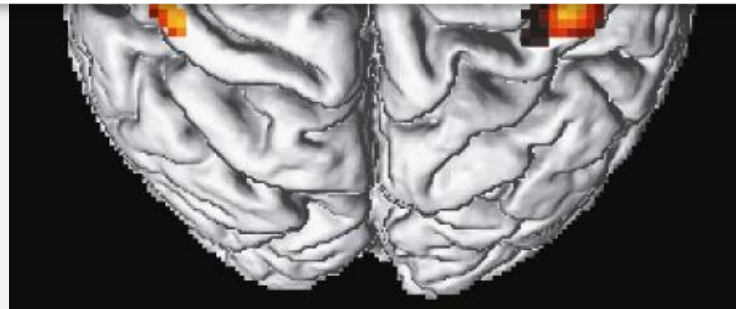
Neurobiologische Aspekte der Chronifizierung Sensible Reorganisation beim CRPS

Verkleinerung der kortikalen Repräsentation bei CRPS (M. Sudeck)

CRPS - betroffene
Hemisphäre



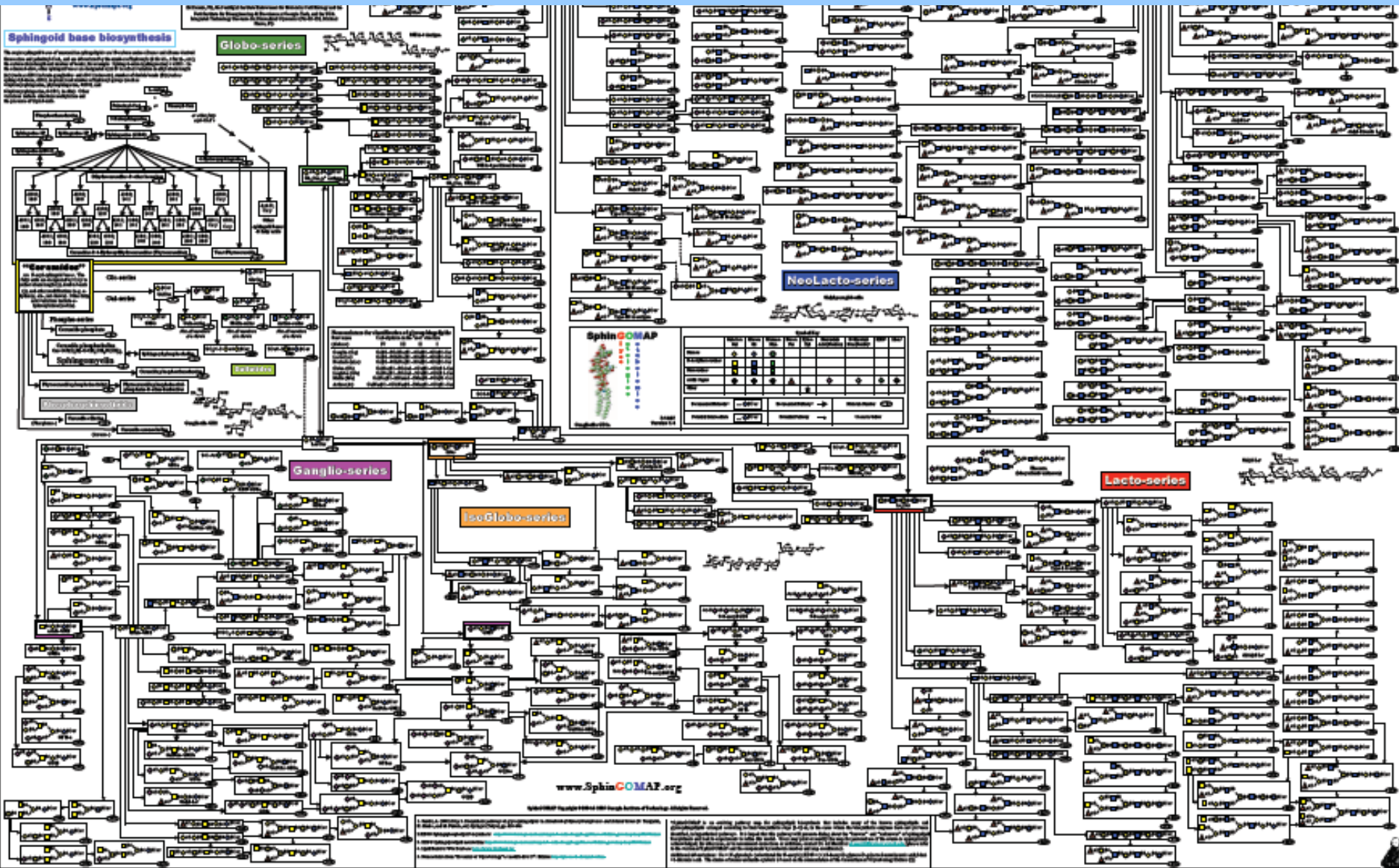
„Bei uns Menschen ist die Hardware
die Software und umgekehrt...“
P. Wall, 1999



Nichtbetroffene
Hemisphäre

Therapie nach VT-Prinzipien, Exposition/Konfrontation

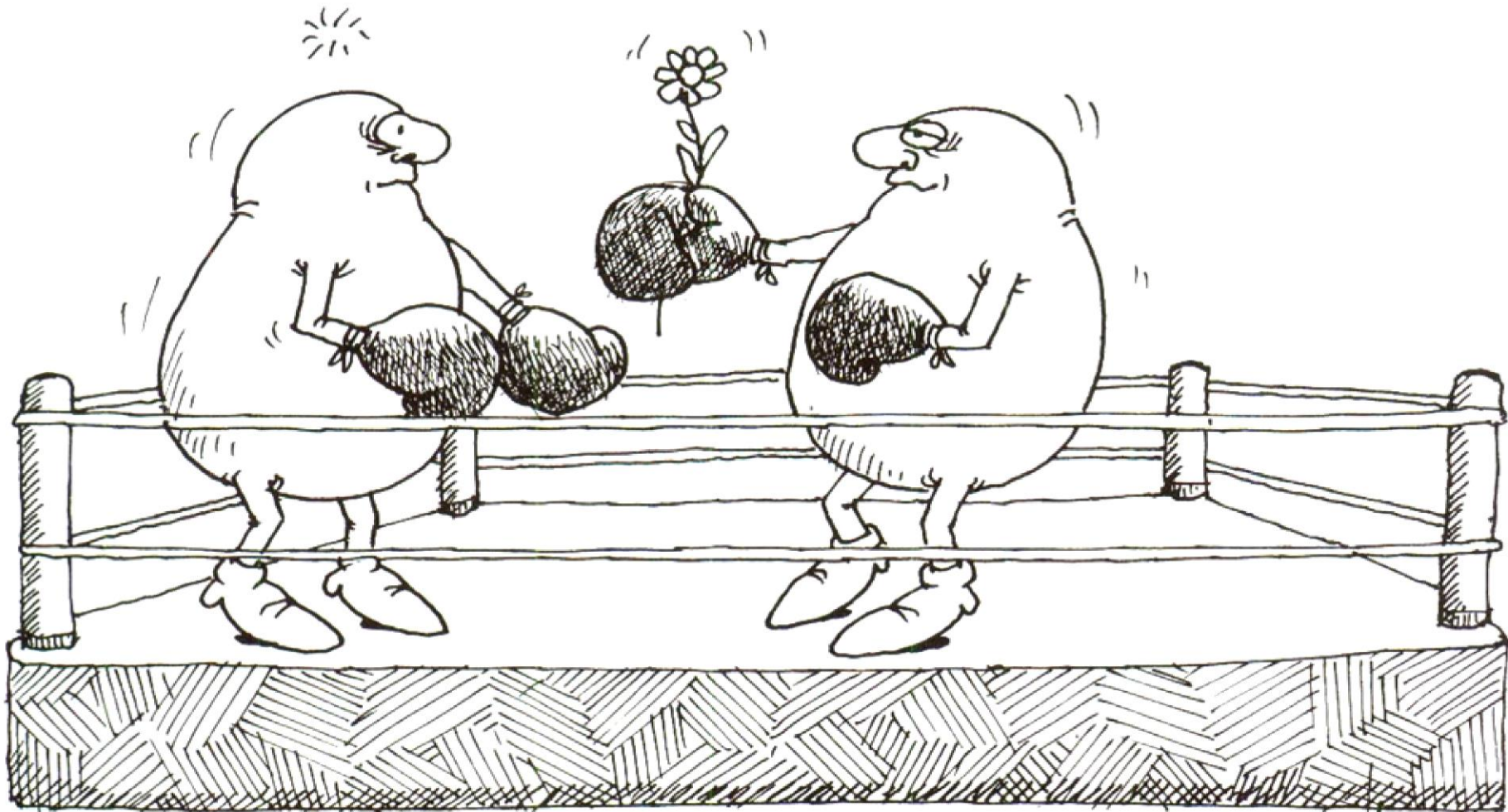
Spingolipids are diverse



"Das größte Hindernis
für Entdeckungen
ist nicht Unwissen
sondern die
Illusion von Wissen."

Daniel J. Boorstin
oder
Stephen Hawking

KOOPERATIONSWISSEN



Kenney



DIOTIMA-EHRENPREIS
DER DEUTSCHEN
PSYCHOTHERAPEUTENSCHAFT

Dankeschön