

Was tun,?

OA Dr. Ekkehard Schweitzer, DEAA

Interdisziplinäre Schmerzambulanz

Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

KH Hietzing

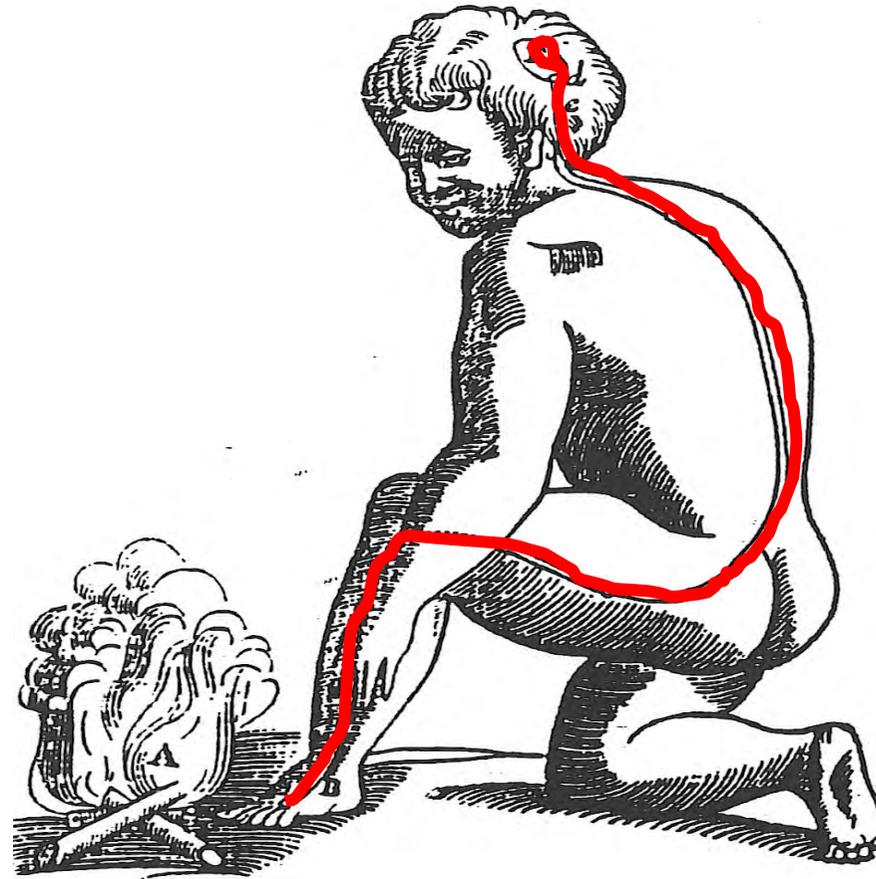
Tel.: 80 110-2073

Häufigkeiten von Pat. mit Schmerzstörungen

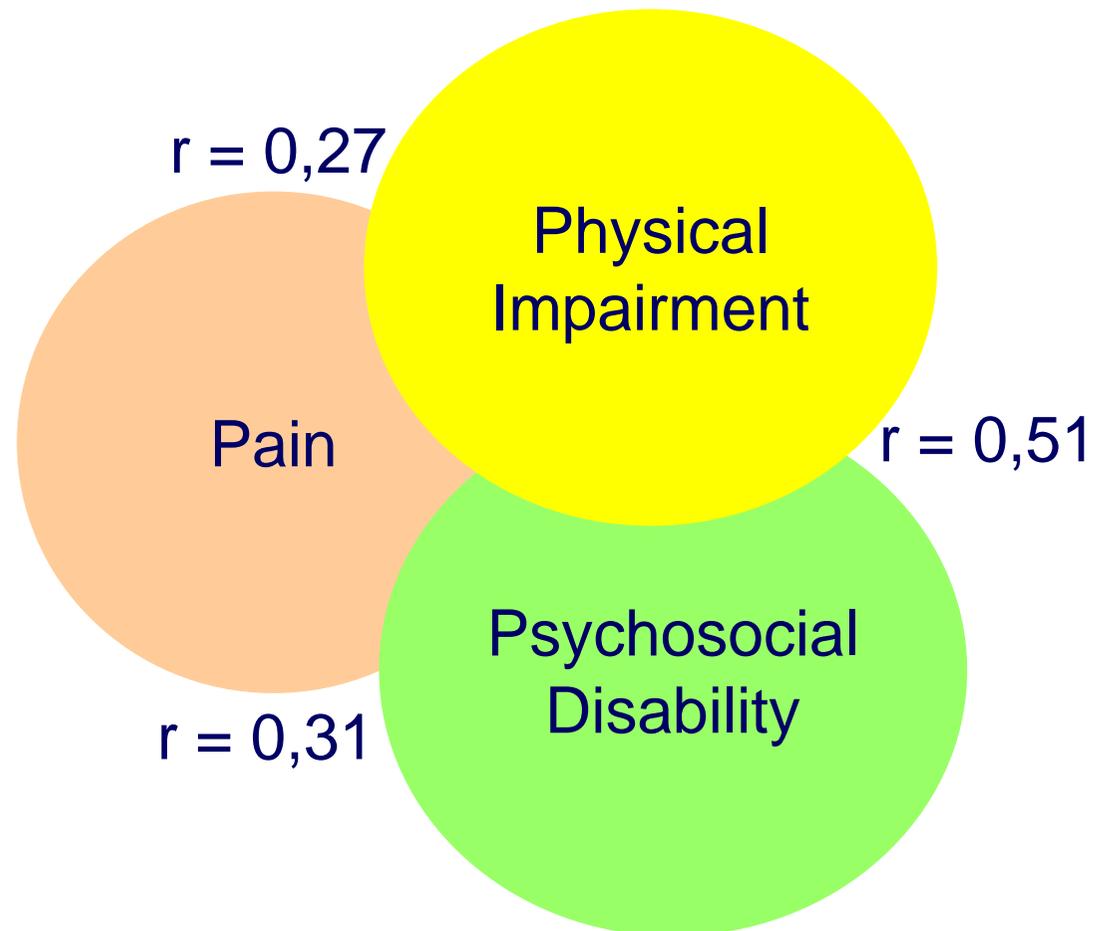
	Chron. (%)	Akut (%)
Allgemeinmediziner	50	13
Orthopädie	49	39
Onkologie	49	39
Neurologie	36	11
Innere Medizin	35	20
Chirurgie	32	42

Nach Friesssem Ch et al.: Schmerz 2010; 24: 501-507

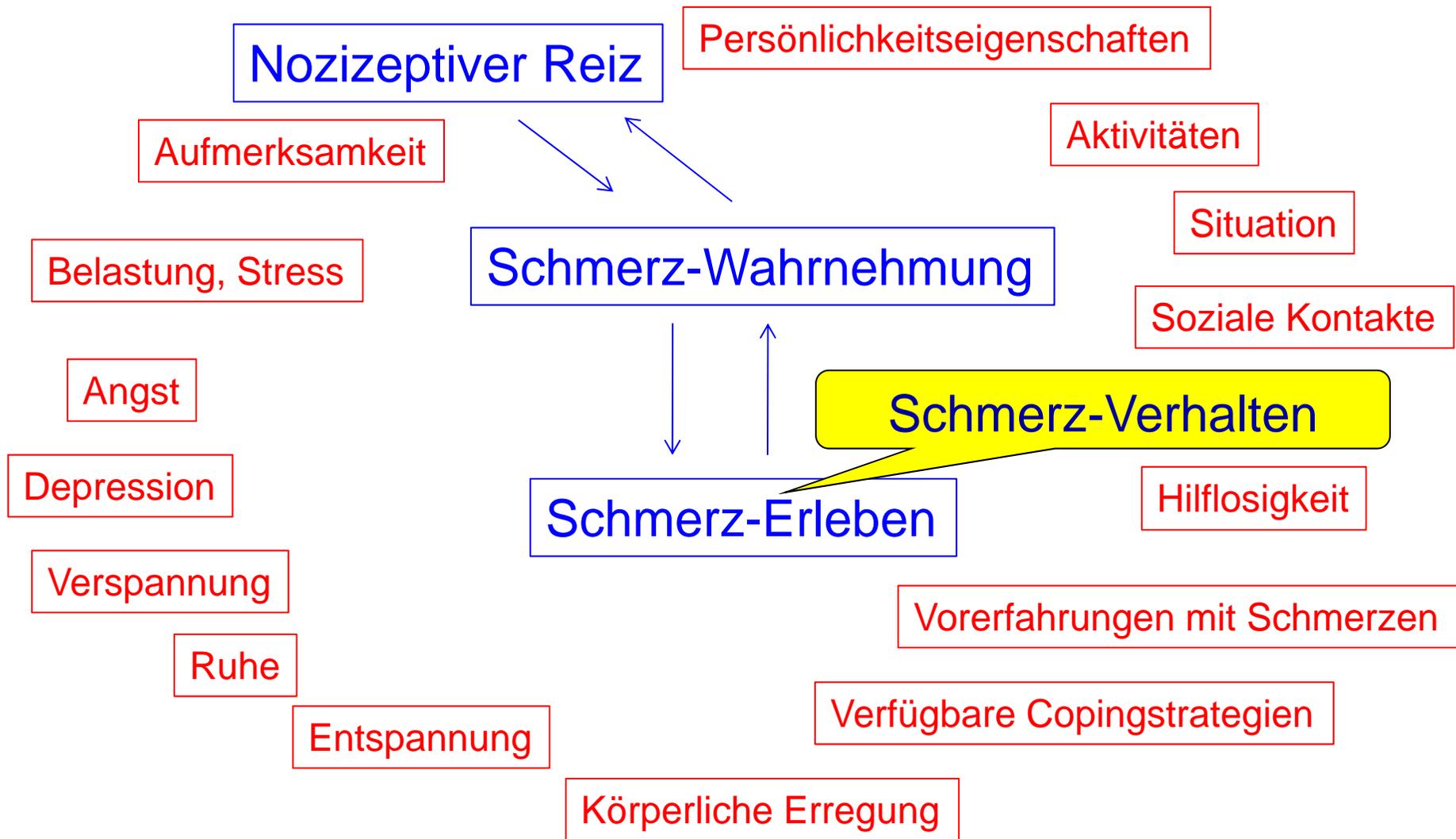
Reiz – Reaktions – Prinzip



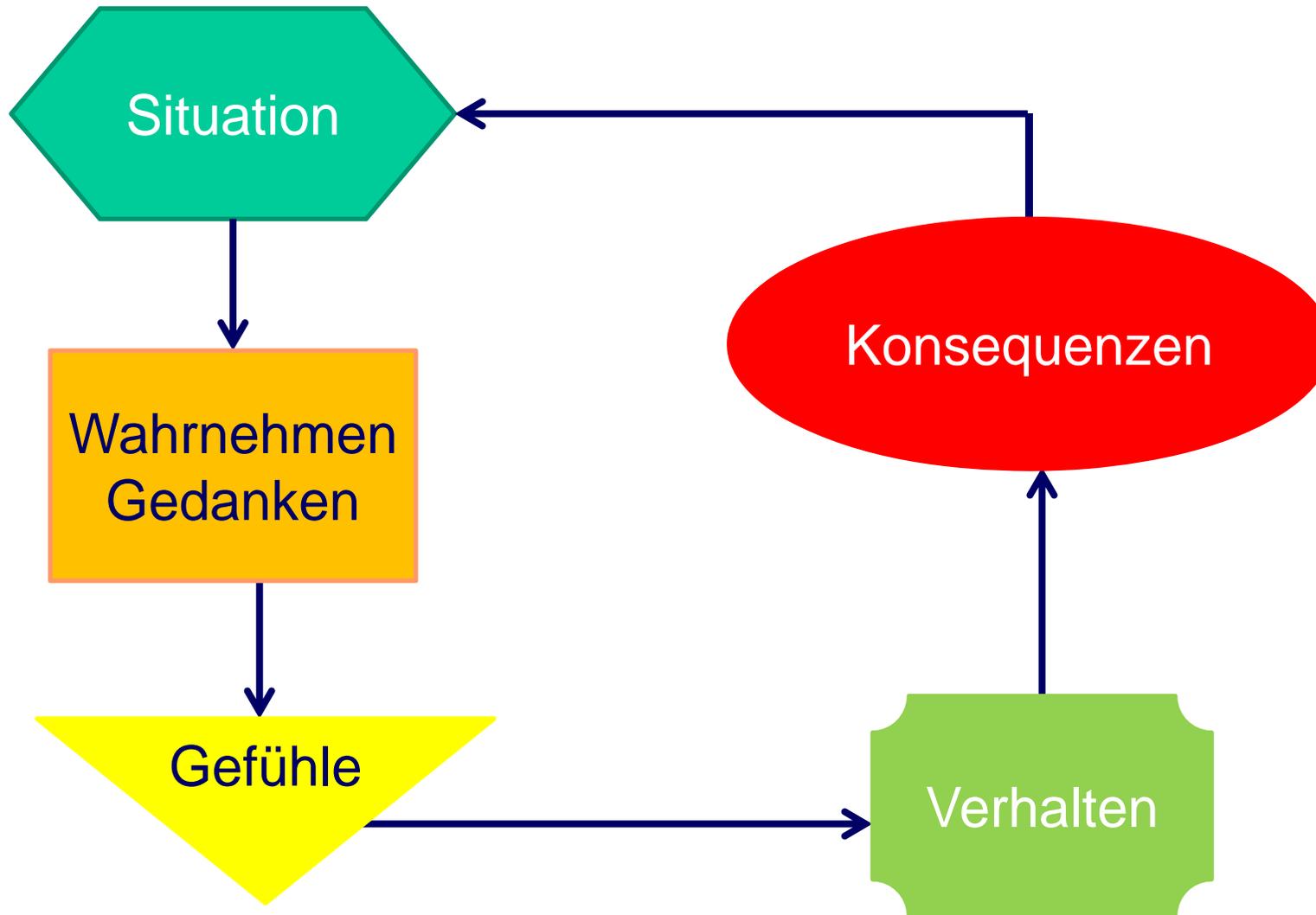
Schmerz – körperliche Behinderung – psychosoziale Beeinträchtigung



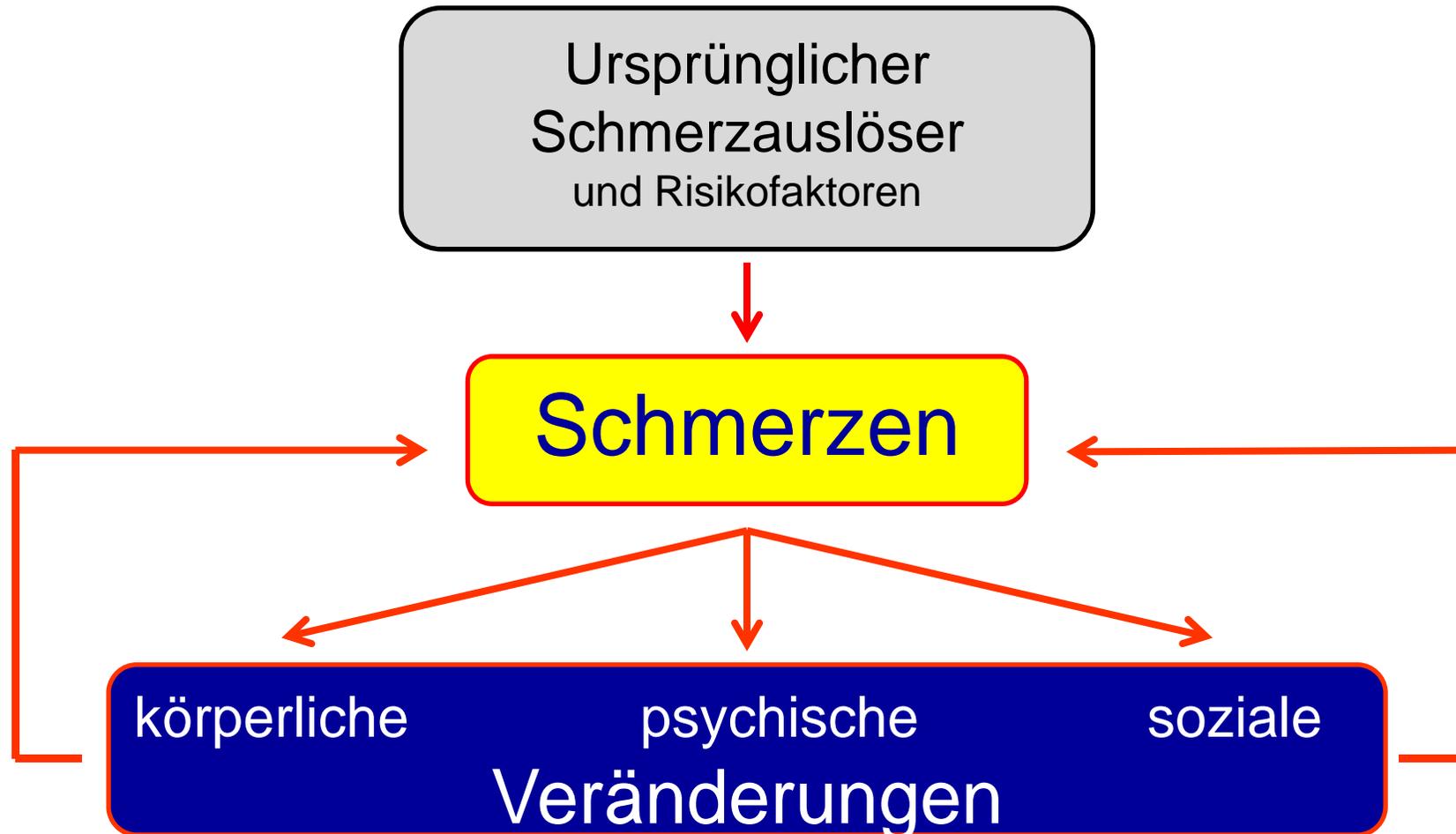
Waddell G. 1987 „The Back Pain Revolution“



Kybernetisches Modell



Chronische Schmerzen – die Teufelskreiskrankheit



Behandlung der Schmerzfolgen

körperlich

Koordination
verbessern

Kraft aufbauen
Ausdauer steigern

Muskuläre
Verspannungen
reduzieren

Vertrauen zum
Körper stärken

psychisch

Stimmung
verbessern

Angst vor Bewegung
reduzieren

Ablenkungs-
strategien erlernen

Eigene Grenzen
wahrnehmen und
respektieren

Innere Anspannung
reduzieren

sozial

Informationen
einholen (z.B. „wer
kann mir helfen,
meinen Arbeitsplatz
ergonomisch
umzugestalten“)

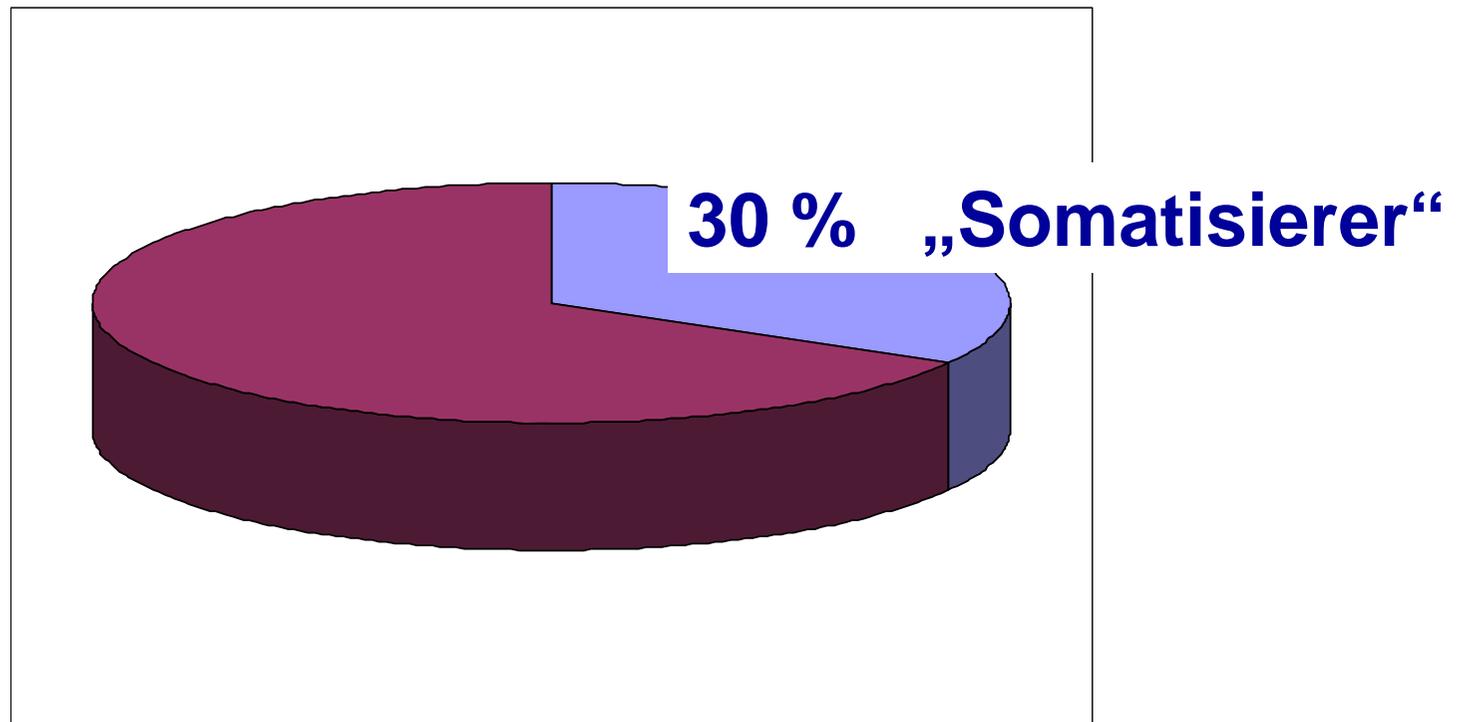
Wiederaufnahme
sozialer Kontakte

Bewusster Aufbau
angenehmer
Aktivitäten

Arnold B. et al.: Schmerz 2009; 23: 112-120

Neigung zum „Somatisieren“ ...

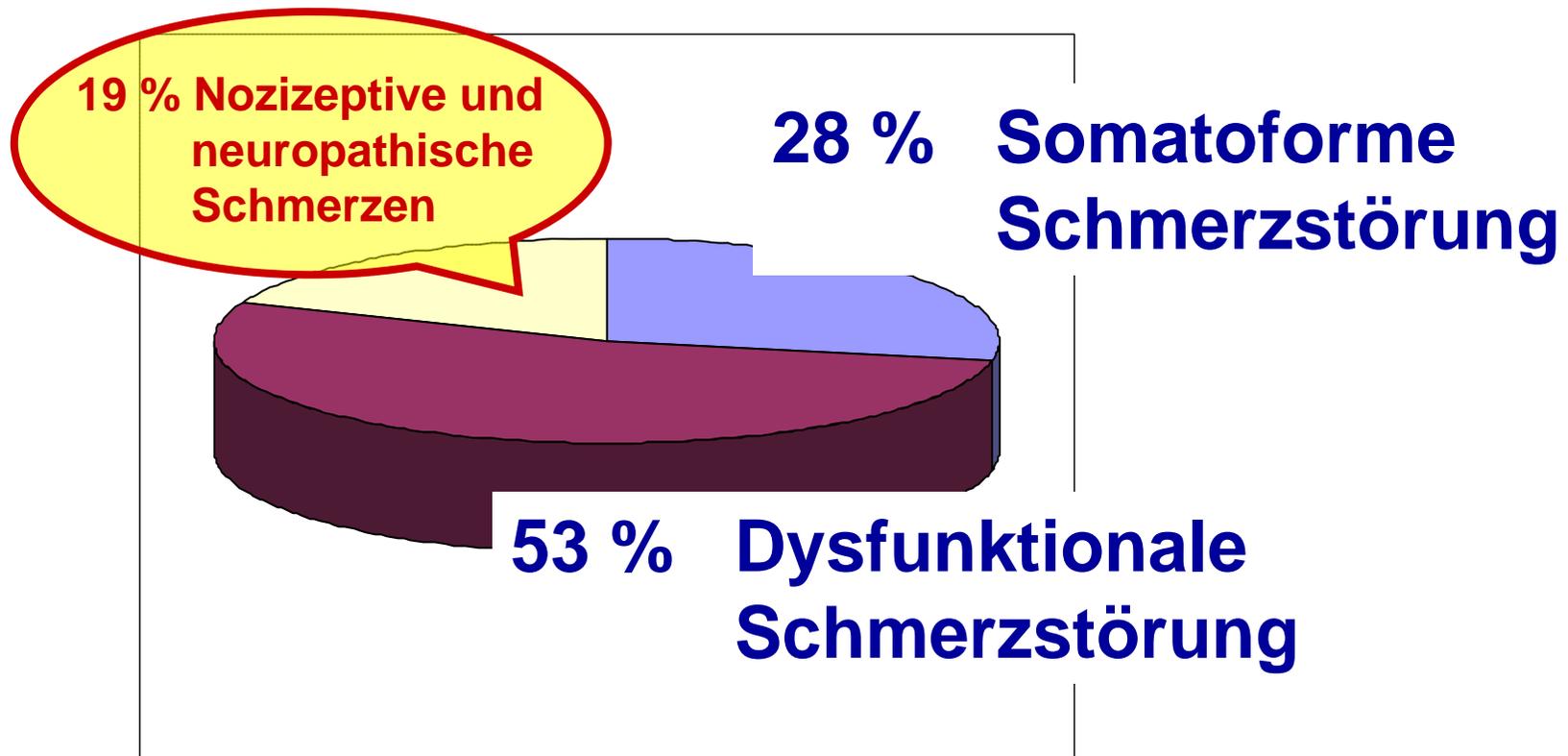
... in der Primärversorgung



Schappert S. National Medical Care Survey: 1989 Summary. Vital Health Stat 1992; 13: 2-11

Neigung zum „Somatisieren“ ...

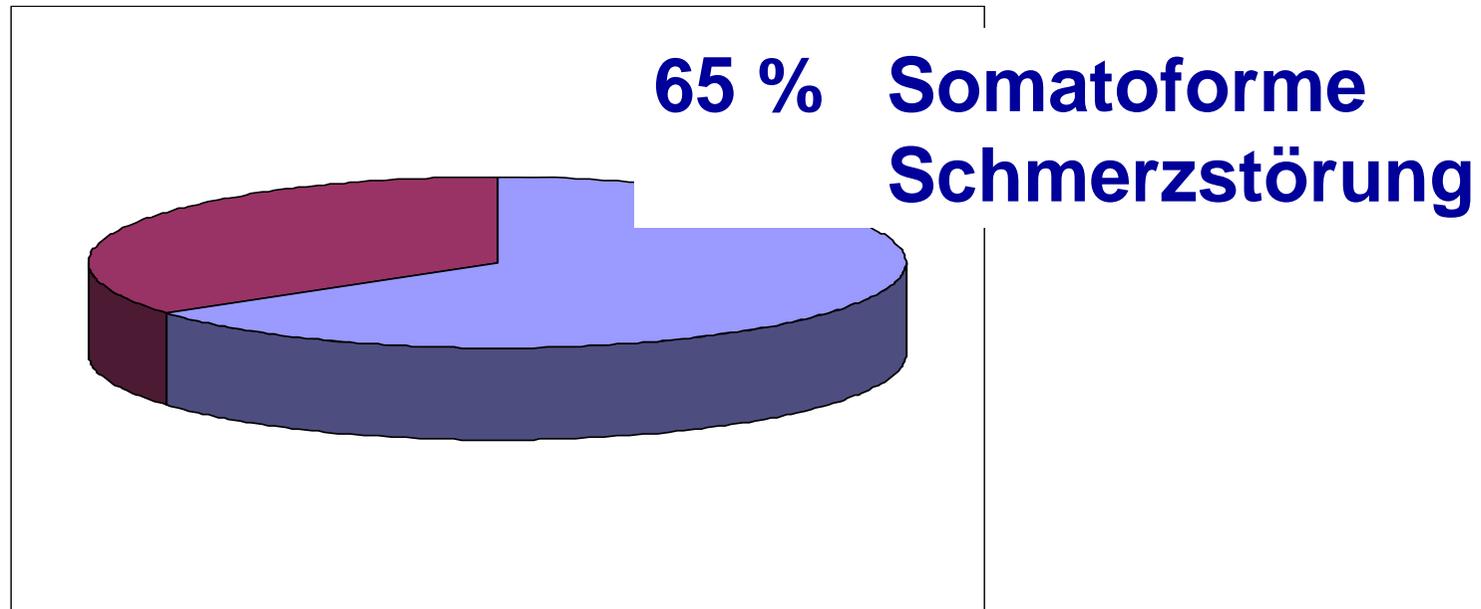
... in einer universitären Schmerzambulanz



Nickel R et al.: Psychother Psychosom Med Psychol 2002; 52: 378-385

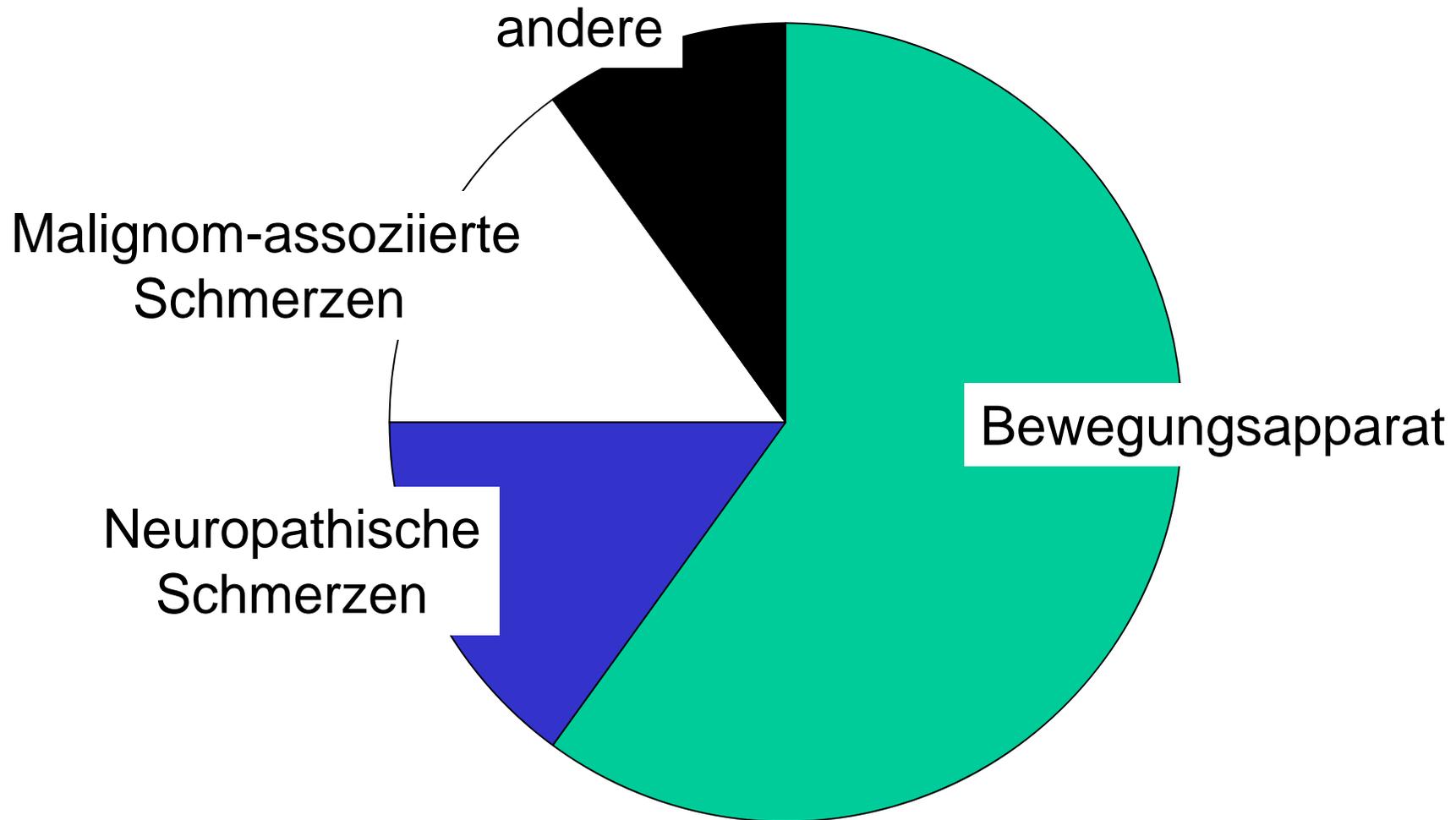
Neigung zum „Somatisieren“ ...

... Schmerzambulanz AKH Wien

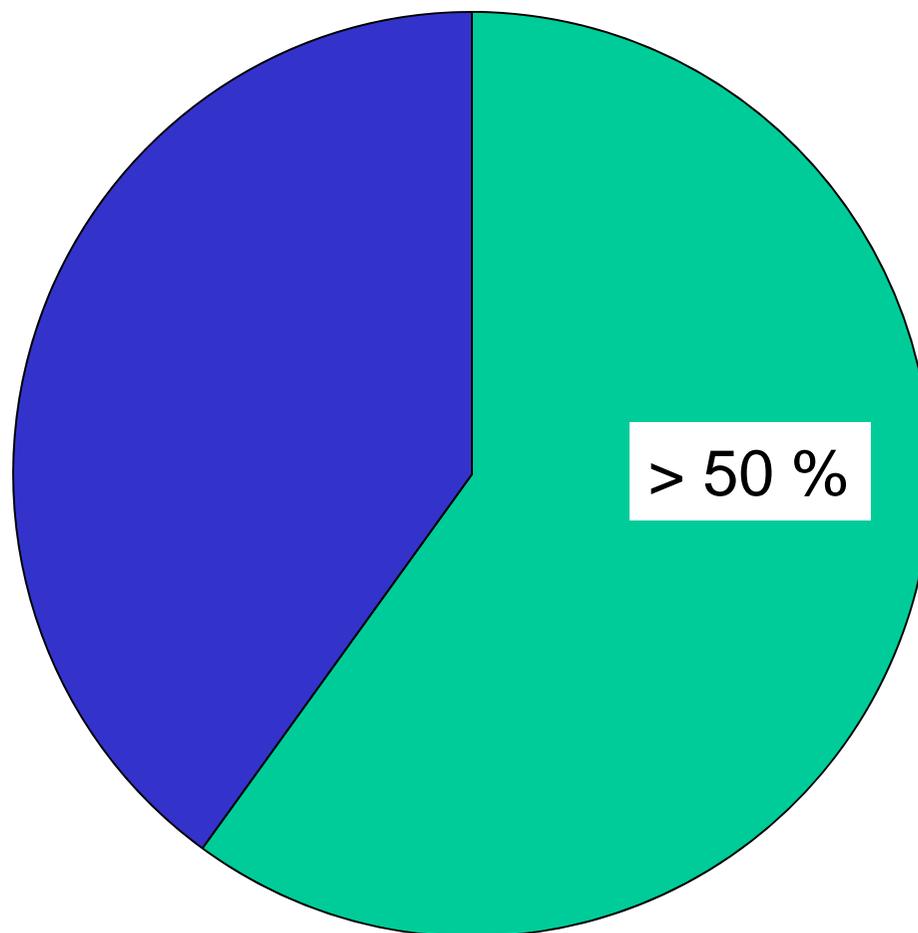


Aigner M et al.: Comprehensive Psychiatry 1999; 40: 353-357

Krankheitsgruppen



Psychosoziale Begleitfaktoren



Akut → **Chronisch**

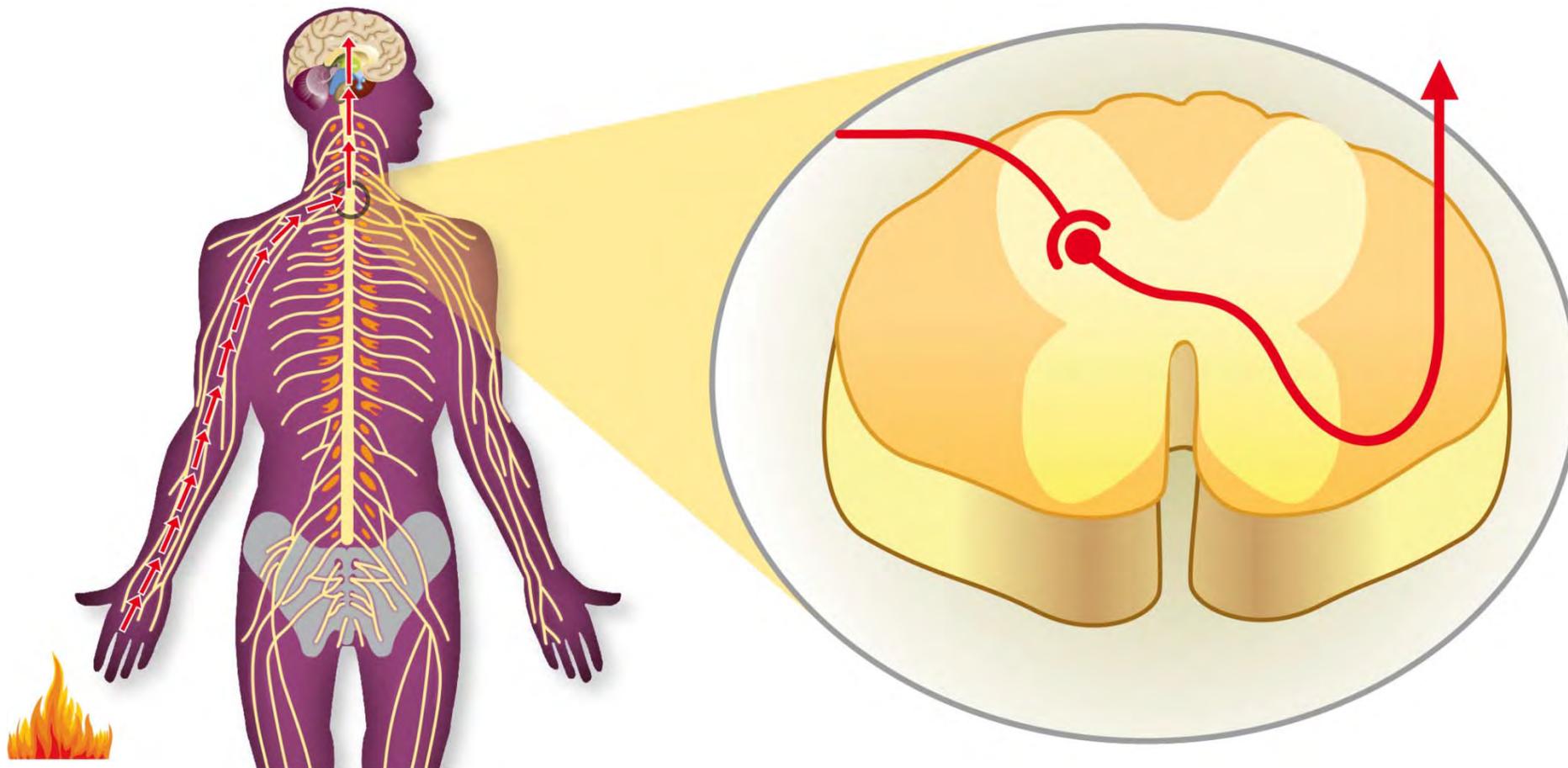
Akuter Schmerz

Subakuter Schmerz

Chronischer Schmerz

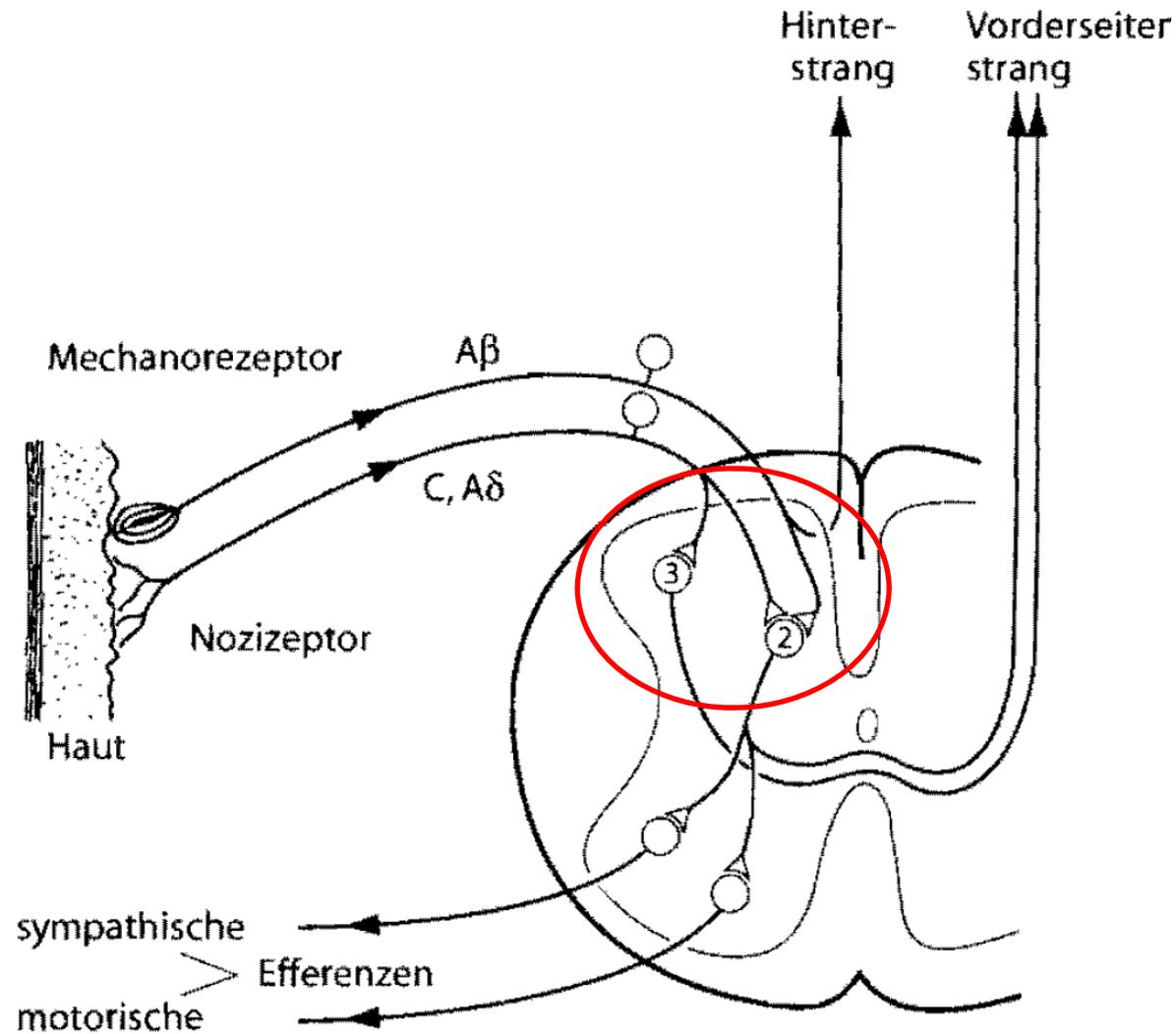
Somatisch

Psychosozial



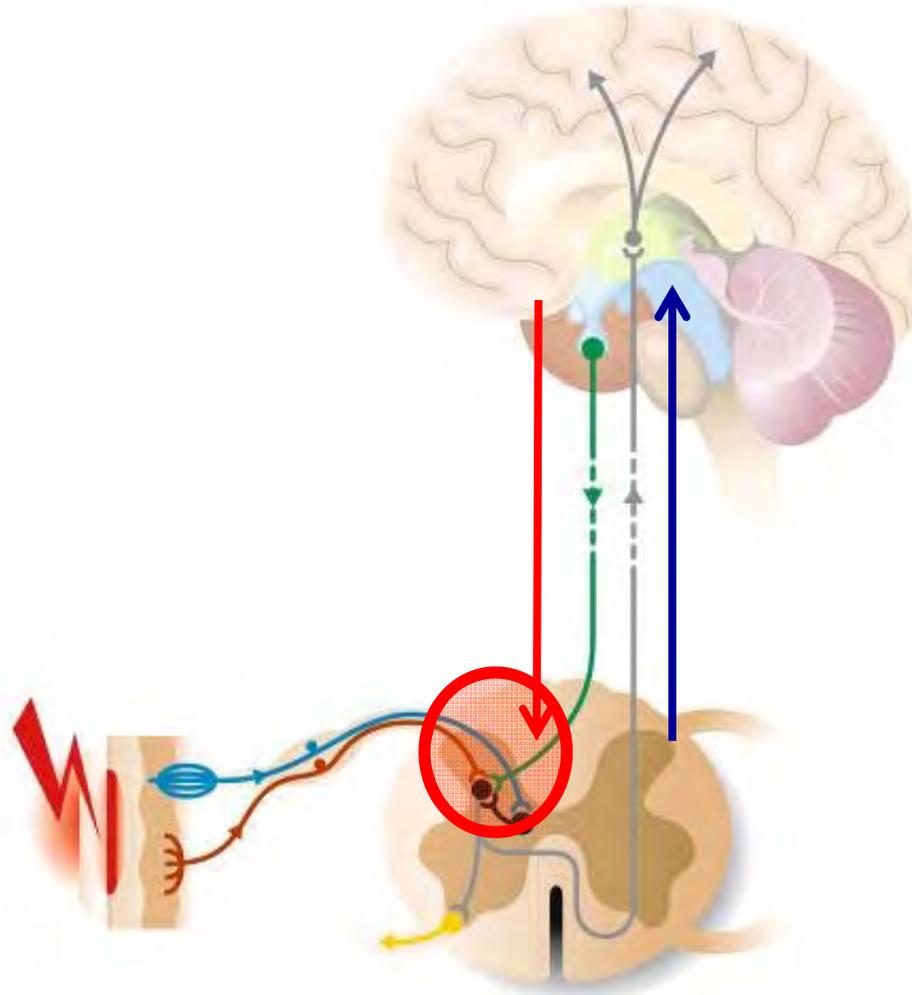
mit freundlicher Genehmigung von Grünenthal

Rückenmark



aus Kröner-Herwig et al.: Schmerzpsychotherapie, Springer Verlag, 6. Auflage 2007

Schmerzmodulation



mit freundlicher Genehmigung von Grüenthal

Bedeutung der Psyche

AKUT —————→ **CHRONISCH**

Akuter BS-Vorfall

„Katastrophisieren“ —————→ **69% chronisch**

Positiver „Lasegue“ —————→ **7% chronisch**

Hasenbring et al: Spine 1999; 24(23): 2525-35

Struktur und Funktion

Gesunde 41 – 50 Jährige:
Im MRI → 37% Protrusion

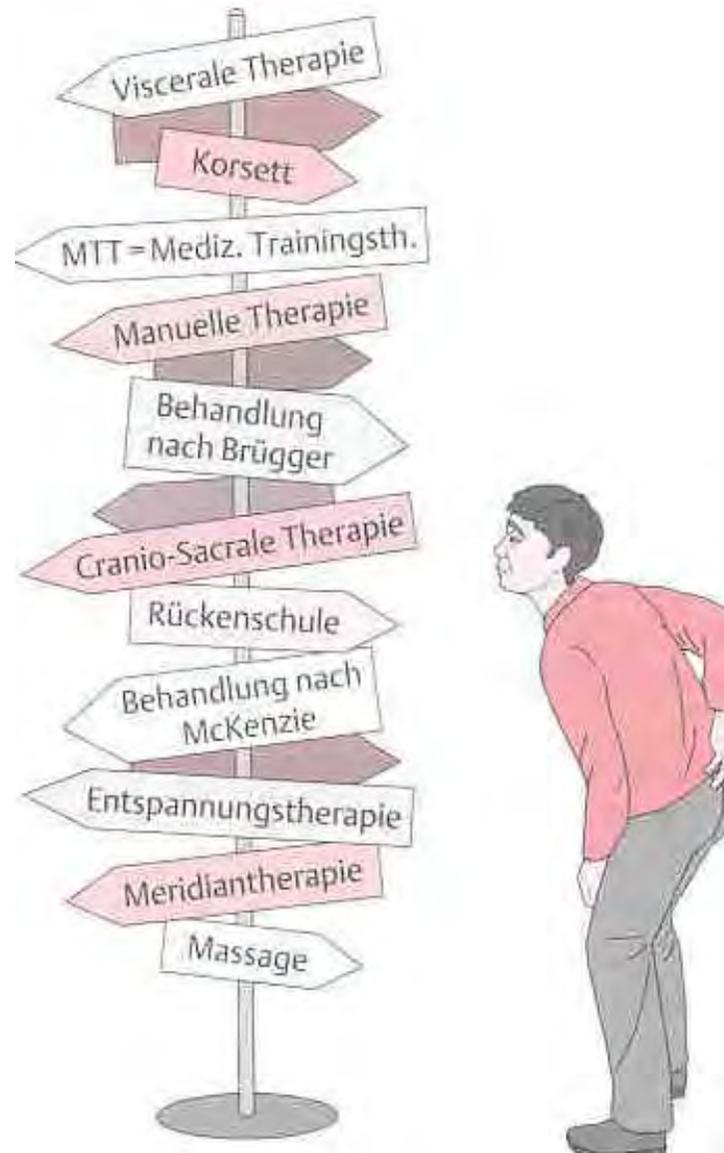
Jensen et al: Magn Reson Q 1994;10(3):173-90

FRÖHE OSTERN



EBQHF QSTFBN

Therapieangebote



Aus Hochschild J: Strukturen und Funktionen begreifen 1. Auflage, Thieme 2002

Red Flags

Alarmzeichen, Organpathologie

Orange Flags

Schwere psychiatrisch Co-Morbiditäten

Yellow Flags

Vers

Maladaptive Kognition
Dysfunktionelles Coping
Depressive Verstimmung,
Angst usw.

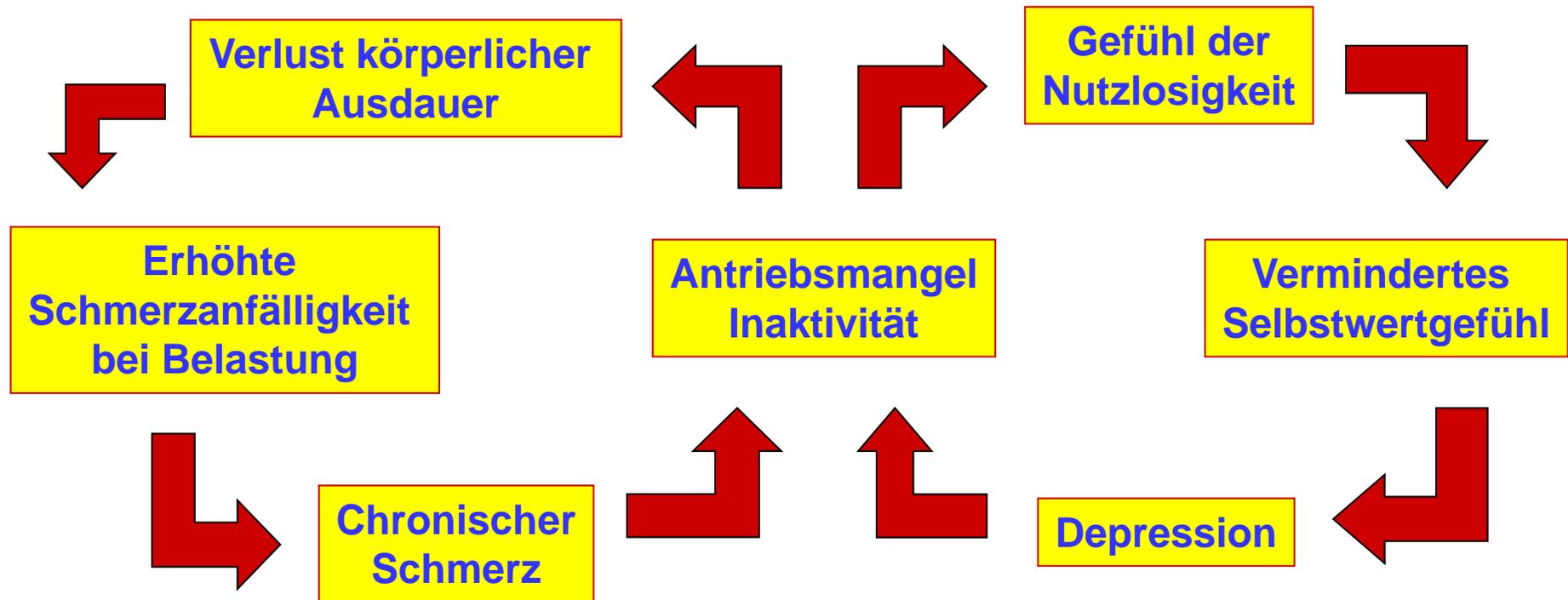
Black Flags

Ergonom.-physikal. Arbeitsplatzfaktoren

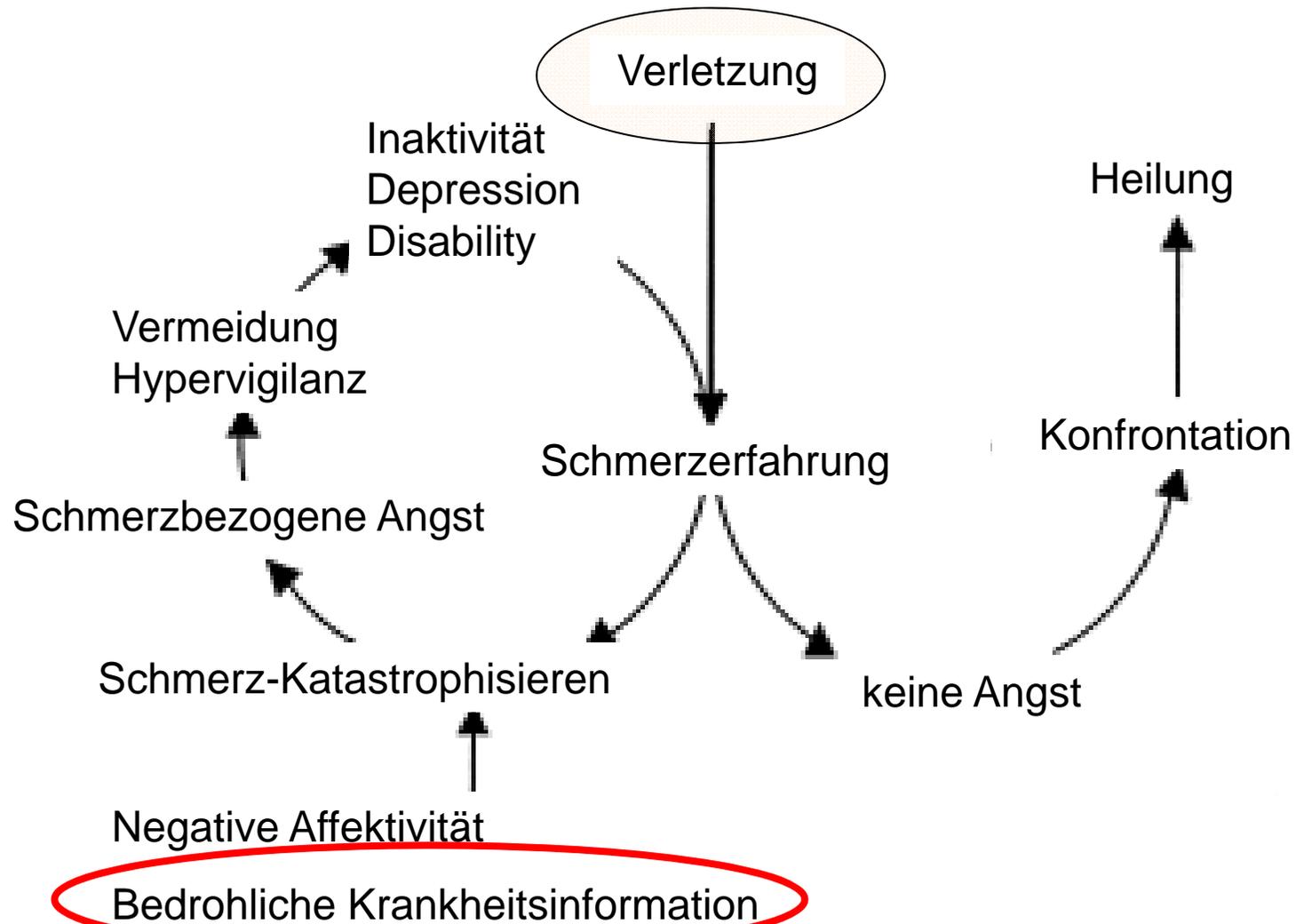
Blue Flags

„Zufriedenheit“ am Arbeitsplatz,
Gefährdung des Arbeitsplatzes

„Schmerzspiralen“



Angst-Vermeidungs-Verhalten



Aufmerksamkeitsfokussierung

Fantasie

Sehen

Riechen

Hören

Tasten

Temperatur

Schmecken



Schmerz

Basler / Kröner-Herwig: Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen, 2. Aufl. Quintessenz 1995

Fakirtechniken



Ungünstige

- Einstellungen
- Verhaltensweisen



- selbstbestimmte
 - fremdbestimmte
- ## Anforderungen

Bewältigungs- strategien

Bewertung durch das Individuum



Anspannung - Entspannung

Genusstraining

Krankheitsgewinn oder Zielkonflikt



Schmerz und Psychische Instabilität

Erfolgglose Behandlungsversuche

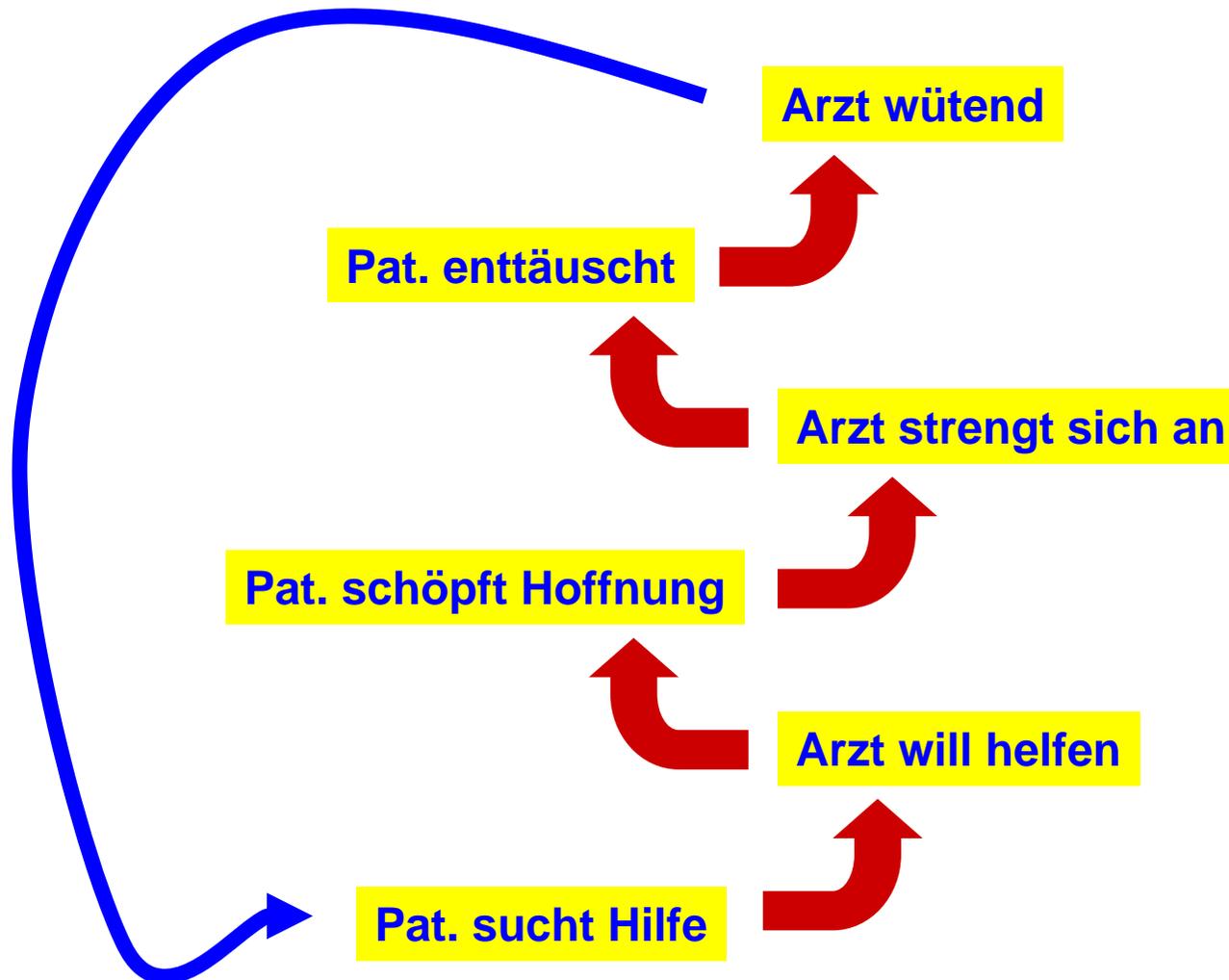


Psychische Instabilität



Schmerz

Interaktion mit „schwierigen“ Patienten



Interaktion mit „schwierigen“ Patienten



Typische Einstiegsfloskeln:

- Mein einziges Problem ist der Schmerz ...
- Wenn nur der Schmerz nicht wäre ...
- Wenn meine Schmerzen nicht wären ...
- Ich habe schon so viel von Ihnen gehört ...
- Hoffentlich können Sie mir helfen...
- Der Xy hat mich verpfuscht...

Simulant

Chronifizierung durch iatrogene Faktoren

- Wiederholte organbezogene Diagnostik
- Überzogene Diagnostik
- Überbewertung von Zufallsbefunden und Normvarianten
- Invasive diagnostische und therapeutische Verfahren
- Übersehen psychosozialer Chronifizierungsfaktoren
- Übersehen psychiatrischer Komorbidität
- Förderung passiver Therapiekonzepte
- Induktion von Medikamentenabusus

Umgang mit chronifizierungs-gefährdeten Patienten

- Regelmäßige Kontakttermine
- Regelmäßige körperliche Untersuchungen
- Hilfsuntersuchungen nur bei klarer Indikation
- Simultane körperliche und psychische Diagnostik
- Rückfälle vorausplanen
- Immer wieder auf Wechselspiel zwischen körperlichen und seelischen Prozessen hinweisen
- Arztwechsel vermeiden

S 3 Leitlinie

Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden

AWMF-Reg.-Nr. 051-001

LANGFASSUNG