



Das ärztliche Gespräch im Umgang mit chronischen Schmerzpatienten

Dr. F. Wepner

1.) Herstellung einer gelungenen Arzt- Patientenbeziehung:

Vertrauensbildung durch:

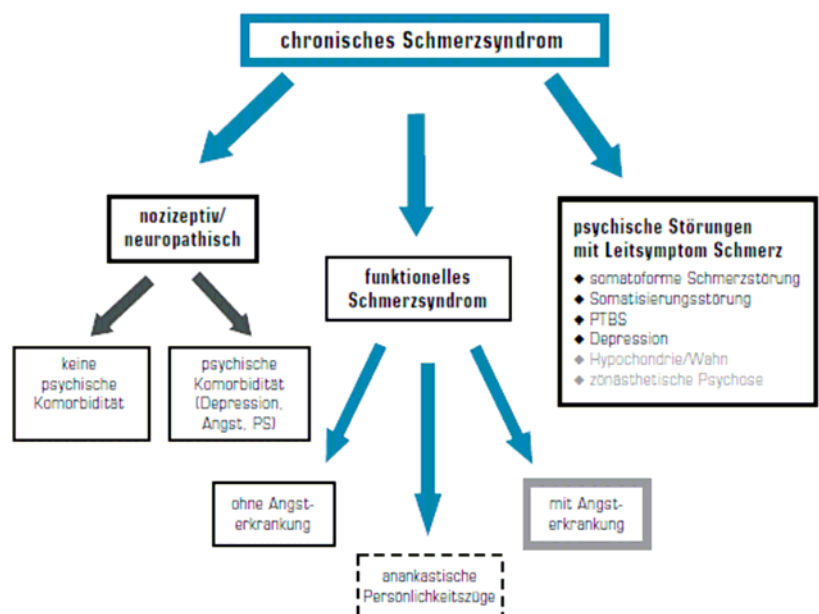
- Echtheit, Akzeptanz
- Vokabular / Sprache des Patienten verwenden (Joining / Pacing)
- Wichtig trotz ev. interdisziplinärem Vorgehen: Ein Hauptbehandler!
- > Rollendefinition vereinbaren: Wer ist der Hauptansprechpartner?
Allgemeinmediziner, Orthopäde oder anderer Facharzt?
- Keine falschen oder nicht erfüllbaren Versprechungen machen
- Ziel festlegen (Diagnose- und / oder Therapieziel) und bei jeder Kontrolle ansprechen

2.) Führung von chronischen Schmerzpatienten:

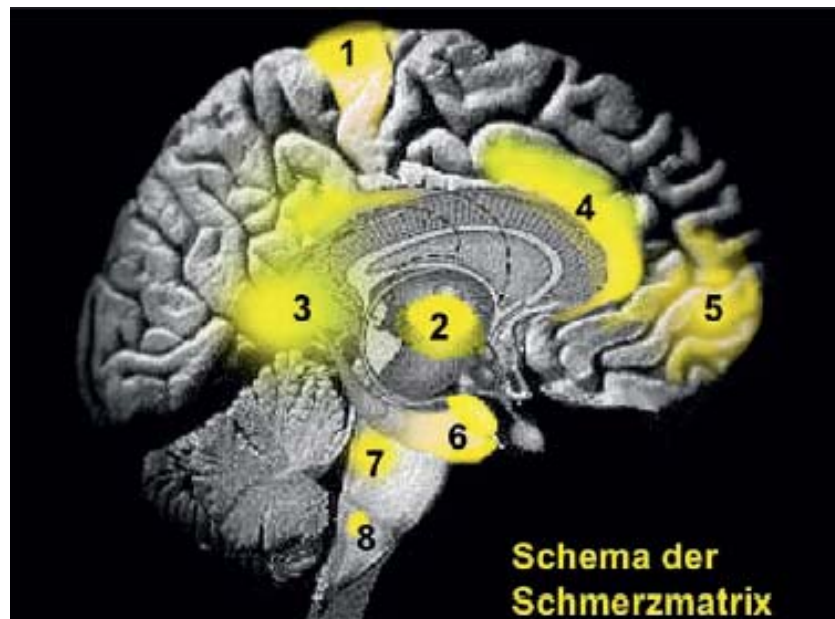
- Patienteninformation über Diagnose- und Therapieoptionen (ev. „Explain Pain“ - multikausales Modell) in mehreren Gesprächen – Patienten möglichst selbst wiederholen lassen. Vorsicht mit Metaphern!
- Interdisziplinäre Vernetzung und Abklärung.
- Die eigene Rolle beachten: Bin ich Hauptbehandler oder Konsiliararzt?
- Regelmäßige im Voraus vereinbarte Kontrolltermine, möglichst keine Kontrolle „On- Demand“
- Eigenverantwortung beim Pat. wecken: In Aktivität bringen - „Ja-Haltung“ holen -> Angebote machen (z.B. Entspannungstraining)
- Positive Konnotation, Reframing, pos. Formulierungen – weg vom Schmerz

3.) Einteilung und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus psychosomatischer Sicht:

- Schmerz ist primär nozizeptiv / neuropathisch** (die Struktur eines Organs betreffend)
-> Therapie primär peripher orientiert.
- Vorliegen eines funktionellen Schmerzsyndroms** (die Funktion eines Organs betreffend)
-> Therapie peripher und zentral orientiert.
- Primär psychische Störung mit Leitsymptom Schmerz (oder Bewegungsstörung)**
-> Therapie primär zentral orientiert.



Aus: Egle, UT, Zentrgraf, B, Neurologie 2009



1 Somatosensorischer Kortex
2 Thalamus
3 Insula
4 Vorderer Gyrus cinguli

5 Präfrontaler Kortex
6 Amygdala und Hippokampus
7 Periaquäduktales Grau
8 Raphé-Kerne

Aus: Egloff N, Egle UT et al, Praxis 2008

Glossar:

- **Funktionell:** früher Synonym für „psychogen“, Gegensatz zu strukturell, körperlicher Vorgang, der nicht auf einer histolog. Strukturläsion basiert sondern auf einer neurogenen Regulationsstörung beruht (vegetative Unter- oder Übererregbarkeit).
- **Nicht- organisch:** vielfach Synonym für „funktionell“
- **Zentrale Sensitivierung:** Verstärkung des Schmerzempfindens durch Modulation der Schmerzwahrnehmung im ZNS
 - *Geigereffekt:* Somatosensorische Vorerfahrungen des Cortex
 - *Pain prone Effekt:* .Dysfunktionale Schmerz / Affektprägung in der Kindheit - Vernachlässigung, körperliche Gewalt oder sexueller Missbrauch führen zu Dysregulation neuromodulatorischer Systeme und zur Anlegung von Schmerz-Affekt-Gedächtnissen
 - *LimbischerEffekt:* Genereller affektiver Modulationsinput bei emotionaler Parallelbelastung, z.B. via vorderen Gyrus cinguli
 - *Action prone Effekt:* Stress-Sensibilisierung des ZNS, Vulnerabilität der schmerzverarbeitenden Systeme infolge Stress, z.B. durch Rezeptordysfunktion durch CRH im N. Raphe = „“
 - *Aromat-Effekt:* Somatosensorische Reizamplifizierung: somatosensorische Information wird verstärkt perzeptiert bei entsprechendem Anstieg reizübertragender Neuromodulatoren wie Substanz P, CGRP, Glutamat, etc.
 - *Scheinwerfer-Effekt:* Verstärkung durch frontale Aufmerksamkeitsfokussierung- „die Zunge geht zum Zahn der schmerz“- und dysfunktionale Kognition
- **Periphere Sensitivierung:** Periphere Verstärkung des Schmerzempfindens unter anderem auf dem Niveau der Nozizeption