

Chronische Schmerzpatienten in der Anästhesie

Der psychologische Aspekt

Dr. phil. B. Wössmer
Abteilung für Psychosomatik

Pain-Update 2011

Sowohl für den Patienten als auch für die Behandelnden ist die Zusammenarbeit von Anästhesie und Psychologie wesentlich.

Psychologische Schmerztherapie nicht ein „Oder“ zu den medizinischen Massnahmen sondern ein „Und“

Gemeinsam geht's besser!

Gemeinsam ist manches möglich!?



Inhalt der Präsentation

- Vom akuten zum chronischen Schmerz
- Wieso machen Schmerzen krank?
- Vom „Schmerz haben“ zum „Schmerz-Sein“
- Die Schmerzkrankheit

”

Gesundheit ist dasjenige Mass an Krankheit,
das mir noch erlaubt, meine für mich
wesentlichen Dinge zu tun“

Friedrich Nietzsche

Körperlicher Schmerz

Unangenehme *Empfindung* und *emotionale Erfahrung* die im Zusammenhang mit aktueller oder drohender Gewebsschädigung entsteht, oder in Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird. (IASP 1979)

Das bio-psycho-soziale Modell (Engel 1977)

Krankheit (Disease): biomedizinisch objektivierbare
Krankheit (**bio**)

Kranksein (Illness): erlebte, gefühlte Krankheit (**psycho**)

Erkrankung (Sickness): von anderen wahrgenommene,
zugestandene Krankheit (**sozial**)

Unterschiede akuter und chronischer Schmerz

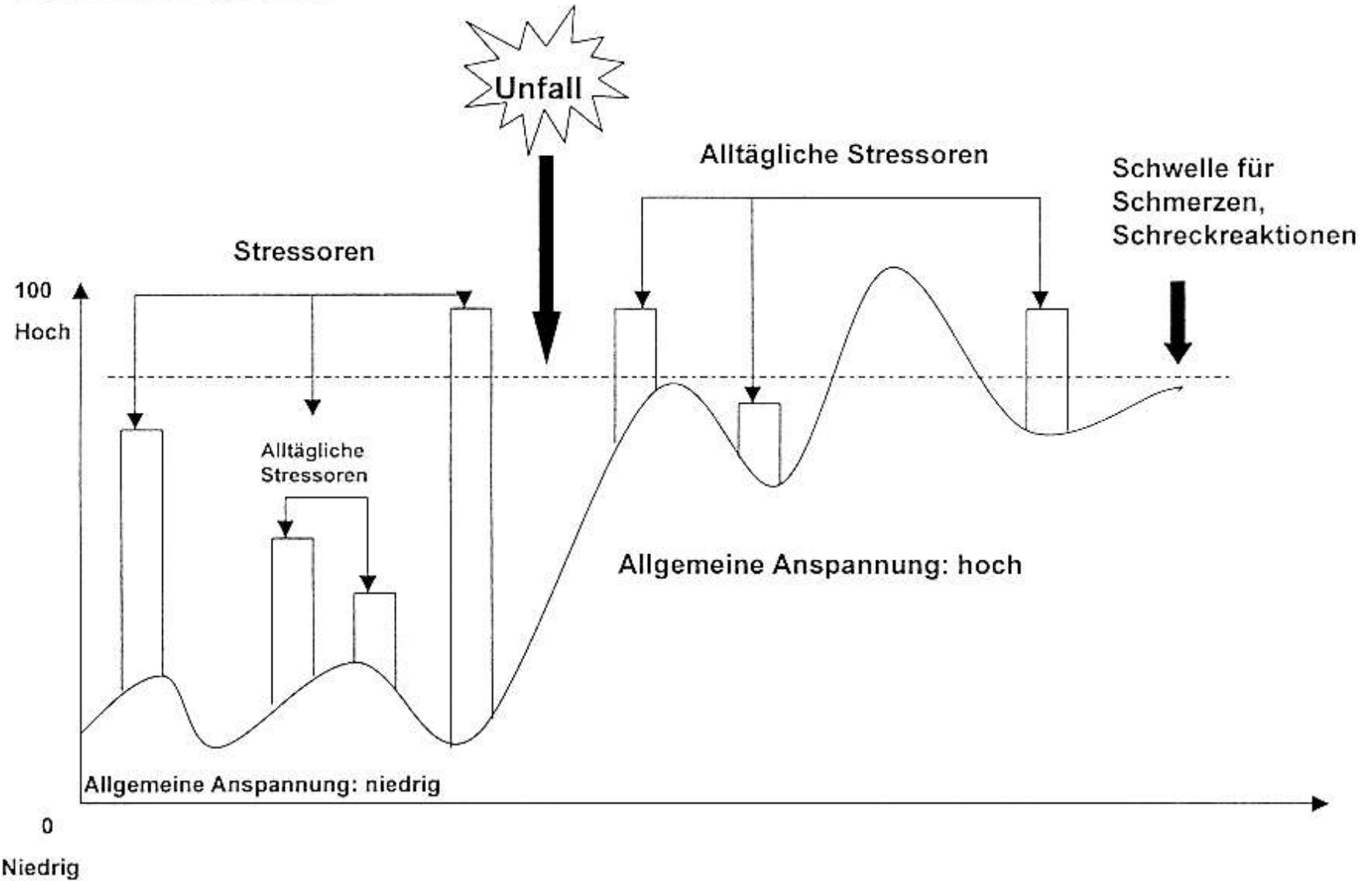
Akute Schmerzen

- Dauern kurz
- Ursache bekannt, meist behandelbar
- Warnen vor schädlichen Einflüssen und bewegen uns zu schützenden Reaktionen
- Behandlungsziel: Ursachen beseitigen

Chronische Schmerzen

- Dauern lange
- Ursache unbekannt, komplex, oder bekannt, aber nicht behandelbar
- Meist keinen Zusammenhang mit schädlichen Einflüssen, keine Warnfunktion
- Behandlungsziel: Lindern, Verstärkung verhindern, leben lernen
- „Schmerz klammert sich ans Herz“

Stressmodellgraphik



Besondere Risikofaktoren für chronische Schmerzen

Depression

chronischer Stress (Arbeit + privat)

Ungünstige Bewältigungsstrategien

Angst vor Schmerzen und ängstliche Vermeidung
(Schonung bzw. Unterdrücken der Schmerzen)

starker nonverbaler Schmerzausdruck

Risikofaktoren der Chronifizierung (Yellow Flags)

- Rezidivierende Schmerzepisoden
- Dekonditionierte/Dysbalante Rumpfmuskulatur
- Psychosoziale Faktoren (Angst, Depression, Selbstüberforderung, Selbstwertdefizite)
- Arbeitsplatzsituation (Unzufriedenheit, Verlust, Mobbing)
- Belastung in Familie, Beziehung

Die Chronifizierung ist nicht so sehr eine Frage des Zeitpunktes als vielmehr des Verhaltens des Patienten, des sozialen Umfeldes und des Behandlers und/oder Auswirkungen der Yellow Flags

Deshalb ist eine frühe interdisziplinäre (nicht multidisziplinäre, serielle) Zusammenarbeit entscheidend!

Und wie reagiert der Patient auf chronische Schmerzen?

- Mit Gefühlen von Traurigkeit, Hilflosigkeit, Wut, Resignation, Verzweiflung, Unverständnis, Aggression
- Sozialem Rückzug
- Schonung
- Durchbeissen



Auf dem Weg zur Schmerzkrankheit

- „Die Pfeile sitzen tief und haben mich überall getroffen“
(Körper und Seele)
- „In der Schulter hat es angefangen, aber jetzt sitzen die Schmerzen überall“
- „Kein Medikament und keine medizinische Therapie hilft wirklich, es hört nicht auf“

Folgen der Schmerzen

- Wenn Schmerzen lange andauern, erfassen sie
 - den ganzen Menschen,
 - Das Befinden
 - Die Stimmung
- Verändern den Alltag des Betroffenen
- Oft aber auch den Alltag seiner Nächsten

„Nicht ich habe Schmerzen, sondern die Schmerzen haben mich“

Ein „normales“ Leben scheint nicht mehr möglich zu sein

Psychosoziale Belastungsfolgen bei anhaltenden Schmerzen

Probleme bei der Krankheitsbewältigung	Abhängigkeitsgefühle, Unvorhersehbarkeit, Stigmatisierung, Selbstwertprobleme, mangelnde Zukunftsperspektive, Probleme bei der Neuorientierung des Lebensentwurfs
Problematisches Krankheitsverhalten	Geringe Compliance, gesundheitsschädigende Verhaltensmuster
Partnerschafts- und familiäre Probleme	Schwierigkeiten mit der innerfamiliärer Grenzbeziehung, sexuelle Probleme, Probleme mit der Rollenidentität
Psychische Syndrome und Störungen	z.B. Anpassungsstörungen, Angststörungen, depressive Störungen
Probleme mit Rollenwechsel und Statusverlust	Sozialer Rückzug, Probleme mit der beruflichen Integration

Von „Schmerz haben“ zum „Schmerz sein“

Risikofaktoren für „Schmerzkrankheit“:

- Katastrophisieren, „Es wird alles schief gehen“
- Schmerzbezogene Angst und Angst vor Schmerzen ->> hohe Aufmerksamkeit auf den Körper
- Niedrige Selbstwirksamkeit (Glaube, selber Einfluss nehmen zu können)
- Wenig Bereitschaft zur Veränderung bzw. Anpassung an die neue Situation

Keefe, F. et al. J. of pain, V 5, No 4, 2004: Psychological aspects of persistent pain: current state of the science.

Risiken der Schmerzkrankheit

Der Patient ist nicht mehr in der Lage, *irgend etwas* positiv zu sehen („Der Film war schon toll, aber die Rückenschmerzen waren hinterher auch nicht besser!“)

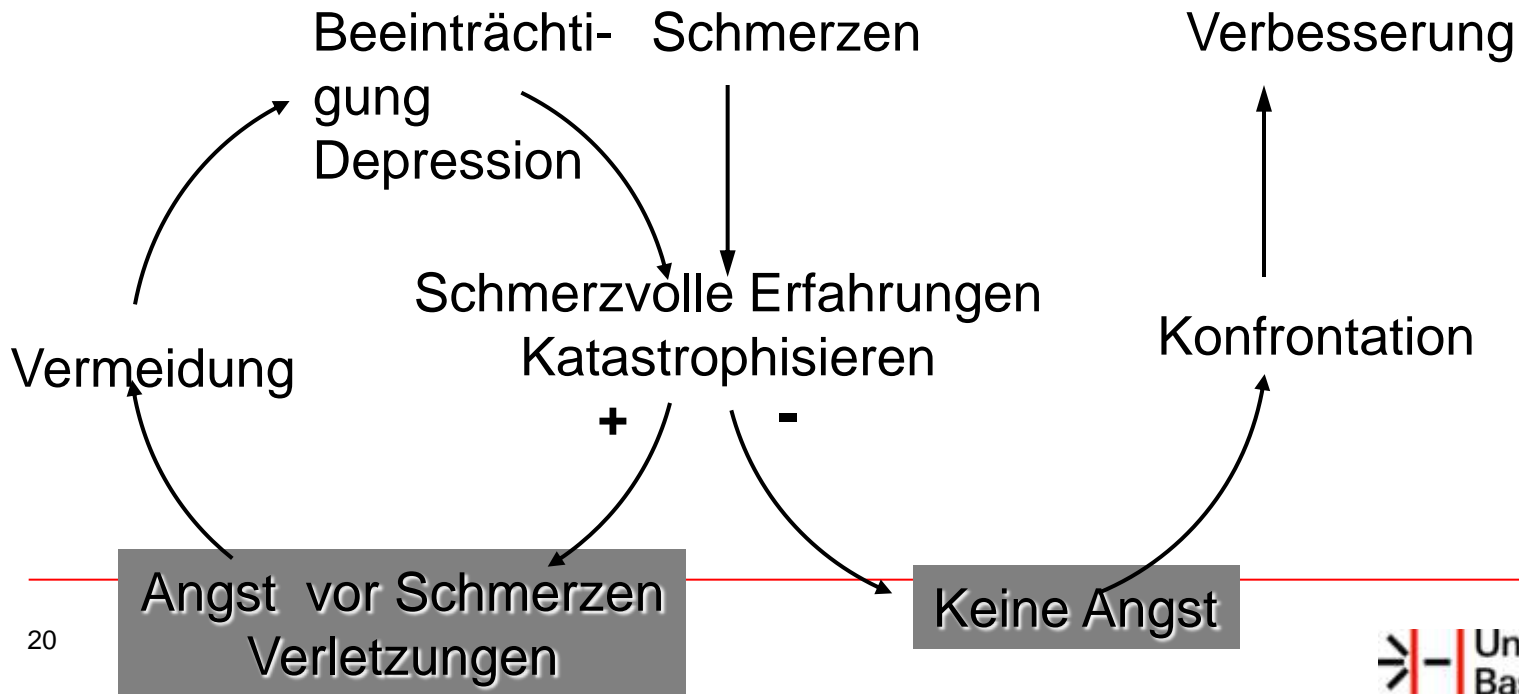
Der Patient trennt die Welt auf in ein Paradies (**VOR DEM SCHMERZ**) und in die Hölle (**SEIT DEM SCHMERZ**) - es gibt keine Grautöne mehr

Die Patientin schaut *neidisch* auf die Menschen ohne Schmerzen

Die Patientin sieht sich als *Opfer*, Hilfe kommt entweder von aussen, oder alles ist verloren

Rolle der Angst im Teufelskreis

Vlaeyen et al. Pain, 62, 363, 1995



Ziel der Behandlung von chronischen Schmerzen ist die „Krankheitsverarbeitung“

Die Krankheitsverarbeitung ist ein **komplexes psychisches Geschehen**, an dem die subjektive Wahrnehmung, das emotionale Erleben und kognitive Bewertungsprozesse beteiligt sind und das Handeln direkt oder indirekt beeinflussen.

Unter der Krankheitsverarbeitung werden alle psychischen Regulationsprozesse des Individuums verstanden, die dazu dienen, die durch die **Krankheit bedingten Belastungen und Beeinträchtigungen der seelischen sowie körperlichen Befindlichkeit zu bewältigen.**

Ziel dieser Anstrengungen ist die kurz-, mittel- oder langfristige Anpassung an die krankheitsbedingten Belastungen, Veränderungen oder Folgeprobleme

Psychologische Schmerztherapie

- *bedeutet nicht*, dass die Schmerzen nicht real sind oder simuliert werden.
- Dass in der *Vergangenheit* „gewühlt“ wird

Sondern

- Dass gemeinsam mit dem Patienten und seinem behandelnden Arzt/Ärztin versucht wird, Strategien für den Umgang mit Schmerzen zu finden und umzusetzen
- Von passivem Warten auf Besserung von aussen zum aktiven, oft mühsamen ***Selber Anpacken und neue Wege suchen***
- ~~***Verändern der Perspektive, trotz Unabänderlichem***~~

Was sehen Sie?



Es muss ja nicht gleich das Paradies werden!



Besten Dank für die Aufmerksamkeit

