

Fall I:

- Sie ist jung
- guter Job (Chefsekretärin)
- immer sehr unternehmungslustig
- gute Schifahrerin
- zwei Kinder (20 und 22 Jahre)
-und sie hat Schmerzen

Seit Jahren

- Es begann mit Unterbauchschmerzen (vor 10 J.)
- Verwachsungen nach Kaiserschnitt
- „kein Problem“: Bauchspiegelung(en)
- Blasenentzündungen

Dann

- Blutungen: Hysterektomie
 - Schmerzen v.a. bei Bewegung
 - Ausstrahlend in rechtes Bein
- MRI Wirbelsäule: Degeneration WS und DH
- Laminektomie (Neurochirurgie vor 8 J.)

In Folge

- Schmerzen kurz besser (für 6 Wochen)
- Erneut Unterbauchschmerzen, diesmal auch in Ruhe
- Schlafstörung
- Reduktion Beruf empfohlen
- „zu viel Stress“

dann

- Wieder Schmerzen beide Beine
- Rückenmarksdarstellung: „alles gut“
- Hinterher Kopfschmerzen, Übelkeit
- Physiotherapie und Medikamente (auch was für die „Psyche“)
- Kopfschmerz und Übelkeit bleibt

zuletzt

- Beginn Akupunktur: zunächst besser
- Start autogenes Training; Haushaltshilfe
(„Ist es schon soweit?“)
- Ehemann fühlt sich machtlos, getrenntes Schlafzimmer
- Kur Bioenergetik Tessin
- Psychiatrie, volle Krankschreibung (vor 4 J.)

Heute

- Sie fühlt sich alt – 45 Jahre, und alleine
- voll IV berentet (nach langem Streit)
- nur noch eine Freundin
- nie mehr Schifahren
- zwei Kinder (20 und 22 Jahre), die sie ab und an zuhause besuchen
- Sie ist *noch* verheiratet
- Und sie hat Schmerzen: überall, fast immer, und nichts hilft

... und sie kommt hoffnungsvoll zu uns

Was machen wir?

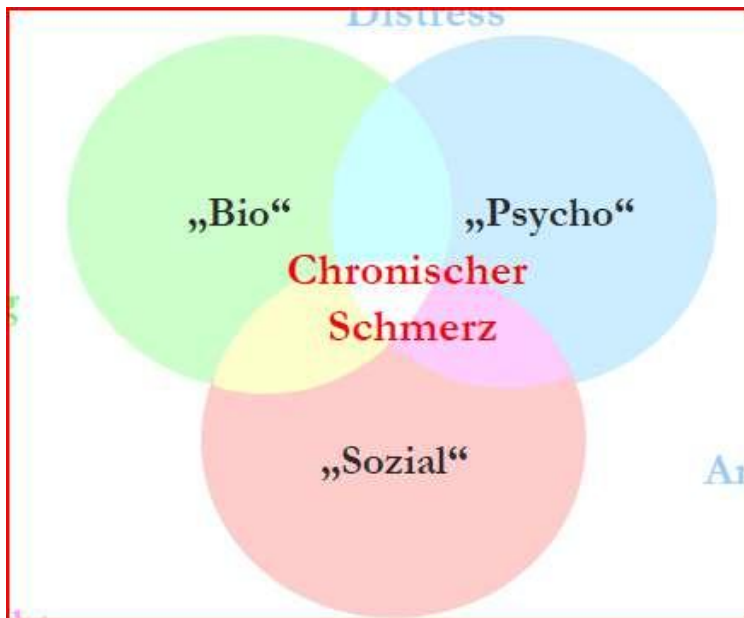


Viele Therapieoptionen:

- Medikamente
- Operationen
- Infiltrationen
- Intrathekale Pumpen
- Neurostimulatoren
- Physiotherapie
- Akkupunktur
- Osteopathie
- Hypnose
- TENS Gerät
-

Assessment

Welche Dimensionen sind betroffen?



Somatisch: Schmerzausbreitung, Veränderung der Schmerzqualität, Mobilitätsverlust und Funktionseinschränkung

Psychisch: Störung der Befindlichkeit, der Stimmung und des Denkens – überwiegend

Schmerzbezogenes Verhalten

Sozial: Sozialer Rückzug und Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit

Das Schmerzproblem ist mehr dimensional



Viele Therapieoptionen:

- Medikamente
- Operationen
- Infiltrationen
- Intrathekale Pumpen
- Neurostimulatoren
- Physiotherapie
- Akkupunktur
- Osteopathie
- Hypnose
- TENS Gerät
-

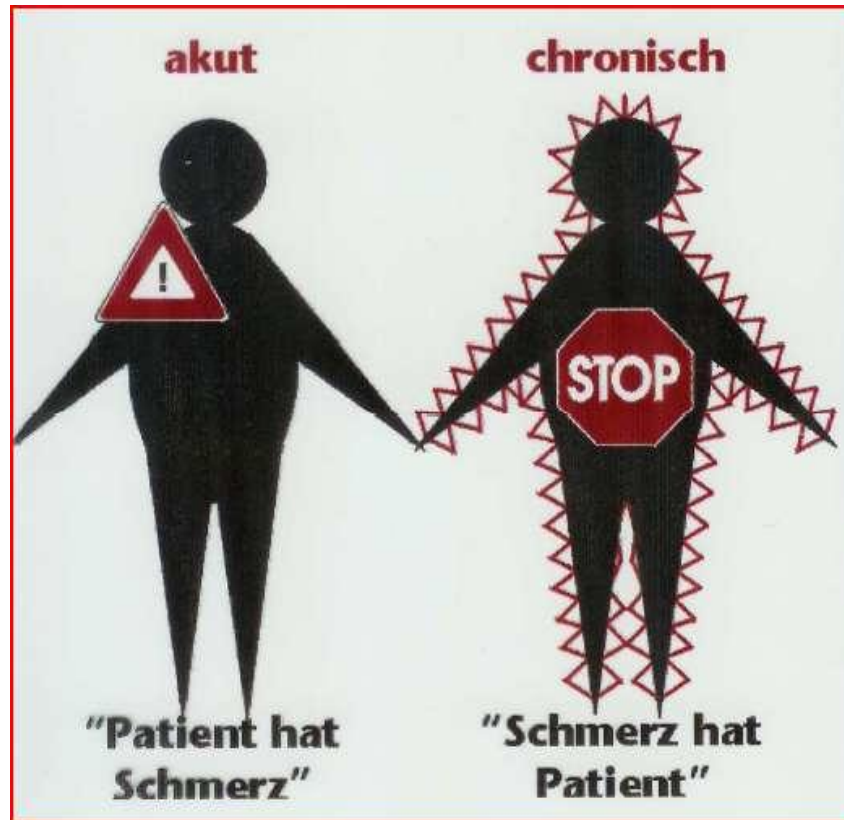


**..... daher muss auch die Therapie
mehrdimensional aber zielgerichtet
angelegt sein!**

Was ist „chronisch“

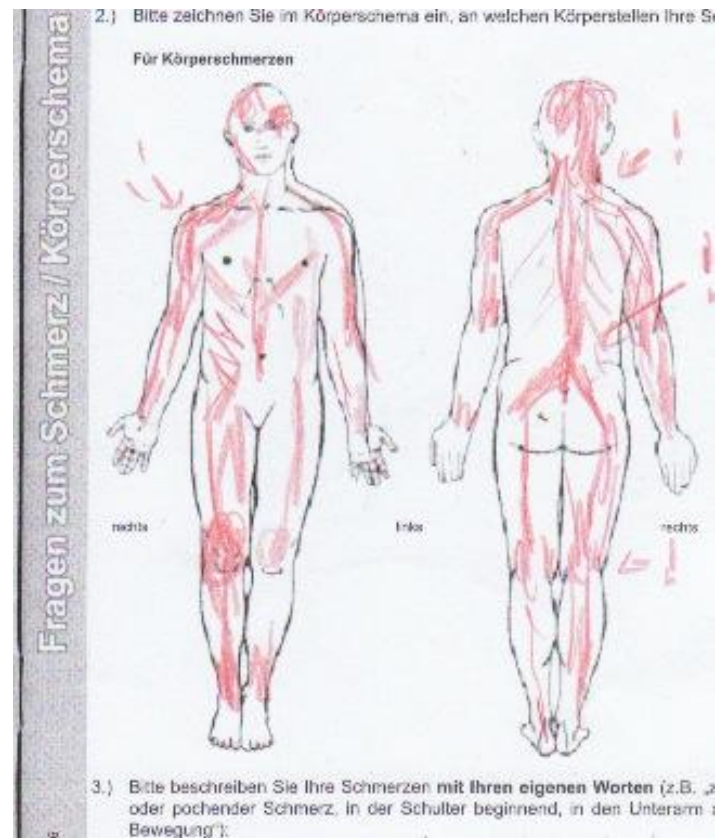
Was führt zur „Chronifizierung“?

Schmerzart?



Hier = chronifiziert

Schmerzfragebogen



Welche Faktoren beeinflussen die Entwicklung eines chronischen Verlaufs?

- Warum und wie entwickeln sich einige Patienten - mit einem unspezifischen Rückenschmerz - zu chronischen Schmerzpatienten („chronic back cripples“)?
- Warum steigt ihre Zahl an?
- Was ist schief gelaufen mit unserem Umgang mit dem simplen Rückenschmerz?
- Wie können wir diese Epidemie stoppen?
- Wie können wir die Gesundheitsversorgung für die Patienten mit Rückenschmerzen verbessern?

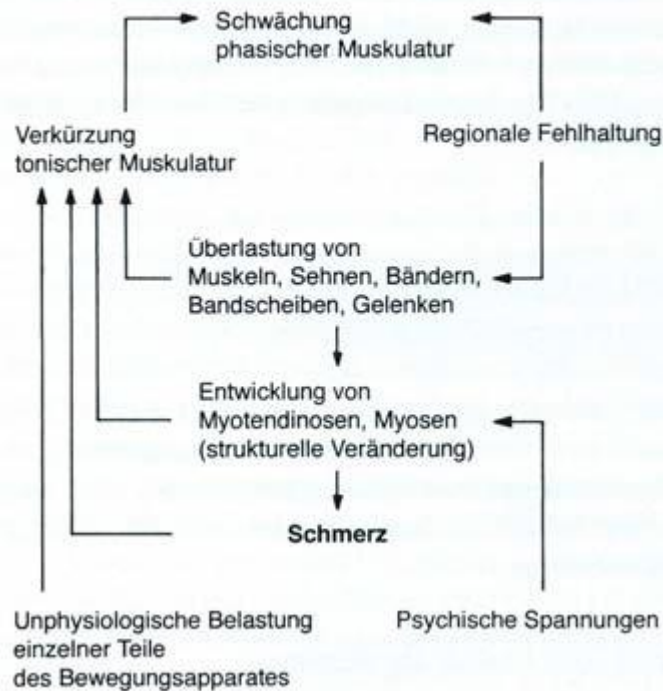
aus „The Back Pain Revolution“ Gordon Waddell

Chronifizierung - somatisch I

- Fehlbelastungen von Muskeln, Bändern und Gelenken
- narbige Veränderungen nach Operationen (Verwachsungen, perineurale Fibrosen)
- erneuter Bandscheibenvorfall
- Ileosakralgelenkssyndrom
- Segmentlockerungen, Instabilitäten
- muskuläre Dysbalance
- häufig unphysiologische Körperhaltungen
- schwere körperliche Arbeit, Ganzkörpervibrationen
- geringe körperliche Fitness
- „Schmerzgedächtnis“, erniedrigte Schmerzschwelle

Chronifizierung somatisch II

Muskuläre Dysbalance



Pathogenese von Schmerzen
muskulärer Genese
(Hildebrandt et al. 1990)



Chronifizierung psychisch I

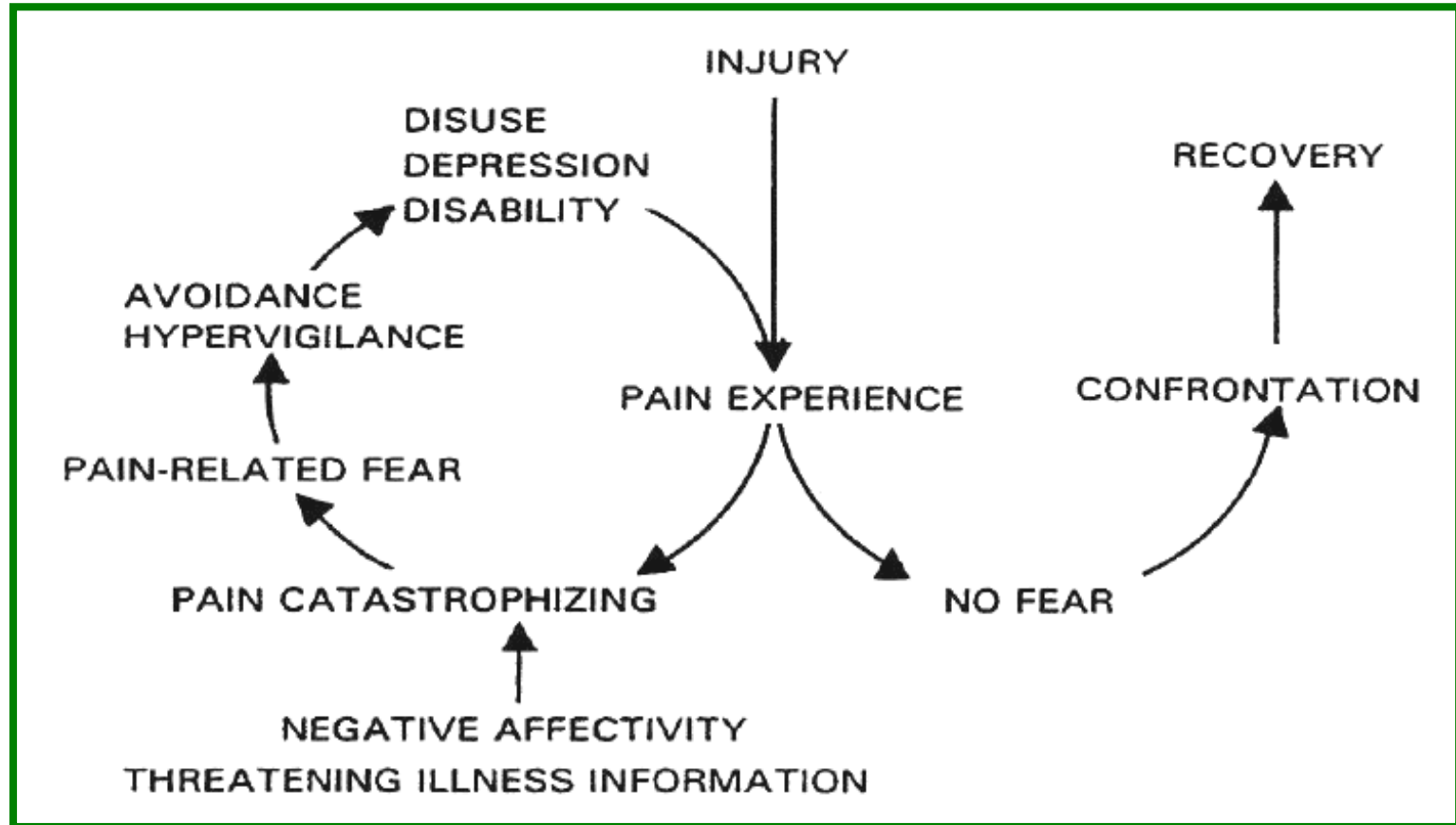
- emotional (niedergeschlagen, emotionslos)
- motivational (Antriebsverlust)
- kognitiv (Hilf-/ Hoffnungslosigkeit, Konzentrationsstörungen)
- Verhalten (Rückzug, Isolation)
- depressive Stimmungslage (überwiegend milde Formen der Depressivität) relevante psychiatrische Depressionen eher selten

Die depressive Stimmungslage hat einen erhöhten Muskeltonus zur Folge, sie fördert zudem Passivität und Rückzugsverhalten und damit Atrophie der Muskulatur und Abnahme des Fitnesszustands

Chronifizierung psychisch II

- Asynchronität der subjektiv erlebten Beeinträchtigung und der objektiven körperlichen Befunde
- inadäquates Schmerz- und Vermeidungsverhalten
- Vermeiden körperlicher und / oder sozialer Aktivität
- Durchhaltestrategien „ein Indianer kennt keinen Schmerz“
- nichtverbales Ausdrucksverhalten im Umgang mit Schmerzen (Mimik, Gestik, Körperhaltung)
- entscheidend ist, ob sich der Patient eher aktiv oder passiv verhält

Chronifizierung psychisch III



Fear-Avoidance-beliefs Asmundsen et al. 2004

**„The memory of pain can be more
damaging than its initial experience“**

IASP-Pain Clinical Updates (1999)



Chronifizierung sozial

(Soziale und institutionelle, konstitutionelle Ebene)

- Arbeitsplatzmerkmale (Monotone Arbeit, wenig persönliche Entfaltungsmöglichkeiten, geringe Arbeitsplatzzufriedenheit, Überforderung, hohe körperliche Beanspruchung)
- Unselbständigkeit mit dem Gefühl des Kontrollverlusts
- Kombination von unphysiologischem Arbeitsplatz und inadäquaten Durchhaltestrategien
- niedriges Bildungsniveau – wenig berufliche Alternativen,
- Flexibilitätsverlust: erschwerte Reaktion auf Veränderungen, Alter
- Absicherung durch soziale Versicherungen (BU, EU – Rente)
- Verstärkungsprozesse durch Bezugspersonen („Partner in Pain“) Verhalten von Angehörigen, Ärzten und Umwelt

Chronifizierung auf medizinischer Ebene

Modell der Chronifizierung nach Turk 1999

- Wahrnehmung und Bewertung von Symptomen
- Suche nach Hilfe
- einseitige (somatische) Diagnostik und Therapie
- Enttäuschung
- „Doctor-Shopping“
- invasive Diagnostik und Therapie
- Andeutungen „Simulant“, „psychogen“, „das Alter“ – nicht ernstnehmen
- Patient resigniert oder verstärkt sein Schmerzverhalten



Red Flags

- Alter <20 oder >50
- Karzinom, Gewichtsverlust, $T >38^{\circ}\text{C}$
- Progrediente neurologische Defizite
- Aktuelles Trauma
- Keine Ruheverbesserung
- Immunsuppression (HIV, Drogen, Steroide)
- Neurologische Grunderkrankungen

Chronifizierungsstadien nach Gerbershagen

Dimension	Stadium I	Stadium II	Stadium III
Schmerzverlauf	intermittierend, zeitlich wechselnd, Intensitätswechsel	lang anhaltend, Intensität wenig wechselnd	Dauerschmerz
Lokalisation	umschrieben, anatomisch nachvollziehbar, meist monolokulär	Ausdehnung auf größere Areale	> 70% der Körperfläche, multi-lokalisiert
Medikamenteneinnahmeverhalten	angemessen, entsprechend ärztlicher Verordnung	vereinzelte Mißbrauchs- oder Entzugsepisoden	langjähriger Mißbrauch, Polytoxikomanie o.ä.m.
Beanspruchung des Gesundheitswesens	überwiegend ein Arzt und empfohlene Spezialisten, nicht mehr als je eine Krankenhaus-/Reha-Behandlung wg. Schmerzen oder ein schmerzbedingter operativer Eingriff	2–3maliger Arztwechsel, häufige Wechsel von Spezialisten gleichen Fachs, 2–3 stationäre Behandlungen und operative Eingriffe	> 3maliger Arztwechsel, zielloses „Doctor shopping“, > 3 schmerzbedingte stationäre Behandlungen und operative Eingriffe
psychosoziale Risikofaktoren	übliche familiäre und psychosoziale Probleme; adäquate Krankheitskontrolle	zunehmende Auswirkung auf Ehe, Familie, soziale Umwelt und Beruf; ungünstige Bewältigungsstrategien	Versagen in Familie, Ehe und Beruf; „erlernte Hilflosigkeit“

Take Home Message...

- Chronische Schmerzen „komplex“
- Schwer behandelbar – (meist) nicht heilbar
- Zukunft liegt in der Prävention