



BpTK Symposium

Psychotherapeutische Mitbehandlung körperlicher Krankheiten:
Qualifikationsanforderungen für die Versorgung

**Berufspolitische, fachliche und versorgungspolitische
Perspektiven der Schmerzpsychotherapie**

Dr. Paul Nilges

Berlin, 13.10.2016

Berufspolitische Perspektive der Schmerzpsychotherapie

- Arbeitskreis der Psychotherapeuten in der Schmerztherapie seit 1984
- **DGPSF**- Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und –forschung, als e.V. gegründet 1995 (aktuell knapp 500 Mitglieder)
- Mitglied der der AWMF (Gestaltung vieler Leitlinien zu „Schmerz“)
- Kooperation mit Dt. Schmerzgesellschaft (ehemals DGSS)
 - Vize-Präsidentschaft Dt. Schmerzgesellschaft durch DGPSF
- Kooperation mit BVSD – Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland
 - Vize-Präsidentschaft im BVSD per Satzung durch Psychologische Psychotherapeuten
- Vertreten in Beiräten und Kommissionen
- Mitveranstalter des Dt. Schmerzkongresses

- Die Fachgesellschaft hat sich zusammen mit ärztlichen KollegInnen vor der Gründung von Kammern erfolgreich berufspolitisch engagiert

Berufspolitische Perspektive der Schmerzpsychotherapie

Auszug aus der Gründungssatzung der DGPSF:

Die Aufgabe der Gesellschaft liegt in der Förderung der Forschung, der Nutzbarmachung der Forschungsergebnisse für die Praxis der psychologischen Fortbildung sowie der Qualitätssicherung der psychologischen Diagnostik und Therapie auf dem Gebiet des Schmerzes.

Dieser Aufgabe dienen:

1. **die Wahrnehmung der berufspolitischen Rechte und Pflichten** von Psychologinnen und Psychologen, die im Bereich der psychologischen Schmerztherapie und -forschung tätig sind.
2.

Berufspolitische Perspektive der Schmerzpsychotherapie

Auszug aus der geltenden Satzung des BVSD:

§ 2 Zweck des Verbandes

Der Verein hat den Zweck, die Entwicklung der [...] Schmerztherapie, der **Speziellen Schmerzpsychotherapie**, der Palliativmedizin [...] zu fördern sowie die **berufspolitischen Belange** der in der Schmerztherapie und der Palliativmedizin Tätigen wahrzunehmen, zu fördern und zu vertreten.

Der Verein hat es sich insbesondere zur **Aufgabe** gemacht, die **berufspolitischen Interessen** auf Bundesebene gegenüber den zuständigen politischen und berufspolitischen Institutionen, den Einrichtungen der ärztlichen und **psychotherapeutischen Selbstverwaltung**, freien ärztlichen und **psychologischen Verbänden**, den **Kostenträgern** und andere Behörden und Stellen in allen einschlägigen Fragen **zu vertreten** und diese zu beraten.

Berufspolitische Perspektive der Schmerzpsychotherapie

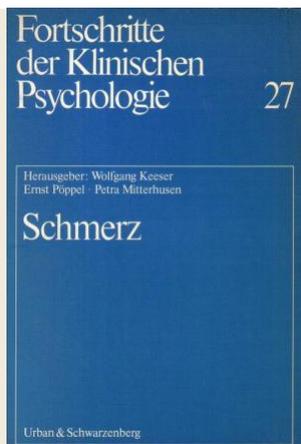
Konzepte und Definitionen: inter-/multi-disziplinär?

- Multidisziplinarität mathematisch: Parallelen, die sich auch in der Unendlichkeit nicht treffen
- Multidisziplinarität klinisch: unterschiedliche Fachrichtungen nebeneinander
- Interdisziplinarität mathematisch: Produktion von Schnittmengen
- Interdisziplinarität klinisch:

- ▶ 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

Fachliche Perspektive der Schmerzpsychotherapie



Erschienen 1982

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

Fachliche Perspektive 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)



Fachliche Perspektive der Schmerzpsychotherapie

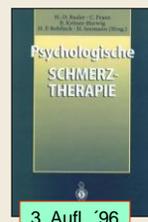
Das Standardwerk „Schmerzpsychotherapie“



1. Aufl. '90



2. Aufl. '93



3. Aufl. '96



4. Aufl. '99



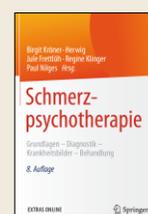
5. Aufl. 2004



6. Aufl. 2007



7. Aufl. 2010



8. Aufl. 2016

Ca. 75 Journals zu Schmerz (6 deutschsprachige)

Fachliche Perspektive der Schmerzpsychotherapie

Weiterbildung Schmerzpsychotherapie

Angelehnt an die Spezielle Schmerztherapie bei Ärzten:

- 80 Std. Curriculum (reduziert von urspr. 160 Stunden)
- 10 Falldarstellungen
- Supervision
- Mitarbeit in schmerztherapeut. Einrichtung
- Prüfung
- Zertifiziert über gemeinsame Prüfungskommission: DGPSF, DMKG, DGS und Dt. Schmerzgesellschaft
- Seit 2006 WB der LPK Rheinland-Pfalz

Fachliche Perspektive der Schmerzpsychotherapie

Auszüge aus dem Curriculum LPK-RLP:

- medizinische Grundlagen, Physiologie der Nozizeption, (Neuroendokrinologie und Neuroimmunologie), physiologische Chronifizierungsmechanismen
- Fallkonzeption einschließlich Anamnese, Diagnostik, Klassifikation und Dokumentation, Therapieplanung und –evaluation (Differenzierung Erwachsene/Kinder)
- spezifische psychologische Interventionskonzepte und -verfahren, edukative, psychophysiologische, kognitive, verhaltensbezogene sowie emotions- und konfliktbezogene Interventionen (Differenzierung Erwachsene/Kinder)
- Tiefenpsychologische Konzepte und Therapie chronischer Schmerzen
- chronische Schmerzsyndrome und ihre spezifischen Behandlungsmethoden, Physiotherapie, Medikamentenabhängigkeit, Interdisziplinarität; Kopf-, Gesichts- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen, neuropathischer Schmerzen, viszeraler Schmerzen, Schmerzen bei rheumatischen Erkrankungen und altersabhängiger Schmerzsyndrome
- Diagnostik und therapeutische Interventionen (zusammen 16 Stunden) können entweder mit Schwerpunkt Kinder/Jugendliche oder Erwachsene absolviert werden und qualifizieren jeweils für den gewählten Schwerpunkt.

Fachliche Perspektive der Schmerzpsychotherapie

Bewertung des Curriculums Schmerzpsychotherapie der LPK-RLP

(7 Curricula mit > 10 Modulen und jeweils ca. 14 TN, „Gesamt“ ca. 800 Ratings;
viele TN hatten bereits in der Psychotherapieausbildung „2 Tage Schmerz“)

LPK-Curriculum RLP		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gesamt
Vorkenntnisse	Noten 1-6	2,7	2,4	3,0	2,7	2,7	2,8	2,6	2,7
Kursstruktur/Didaktik	1-6	1,7	1,5	1,7	1,5	1,6	1,5	1,7	1,6
Bedeutsamkeit für Therapien	1-6	1,6	1,7	1,7	1,6	1,8	1,6	2,0	1,7
Arbeitsmaterialien	1-6	1,7	1,5	1,8	1,6	1,9	1,5	1,7	1,7
Lern-/Erkenntnisgewinn	1-6	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,6	2,2	1,8
Eigenes Engagement	1-6	1,8	2,0	2,2	2,2	2,1	2,0	2,5	2,1
Arbeitsatmosphäre	1-6	1,4	1,5	1,6	1,4	1,6	1,6	1,8	1,6
Kurs weiterempfehlen ? (%)	Ja 1	75,9	90,6	88,9	85,1	79,9	84,2	69,3	82,0
	2-4	21,3	9,4	10,6	14,9	18,8	15,1	27,3	16,8
	Nein 5	2,8	0,0	0,5	0,0	1,3	0,7	3,4	1,2
									0
Kursdauer (%)	zu kurz 1	19,9	17,3	17,7	8,1	11,7	20,0	6,2	14,4
	2	12,9	13,1	11,9	12,6	12,6	19,0	10,5	13,2
	OK 3	62,9	66,7	65,7	76,8	74,4	58,7	76,2	68,8
	4	1,4	1,5	1,9	2,4	1,3	1,0	3,2	1,8
	zu lang 5	2,9	1,3	2,8	0,0	0,0	1,3	3,9	1,7

Versorgungspolitische Perspektive der Schmerzpsychotherapie

Barmer GEK Arztreport: Drei Millionen leiden an chronischem Schmerz

München, 23.02.2016

In Deutschland leiden 3,25 Millionen Menschen unter chronischen Schmerzen. Die Versorgung dieser Menschen müsse zu einem nationalen Gesundheitsziel werden, fordert die Barmer GEK in ihrem aktuellen Arztreport 2016.

Ärzte Zeitung, 05.04.2016

Schmerzmedizin

Notstand bei spezialisierter Therapie

Patienten mit chronischem Schmerz müssen - unnötig - leiden. Ursächlich sind massive Defizite vor allem in der ambulanten Versorgungsstruktur. Nötig wären eine Qualifikationsoffensive und die Berücksichtigung der Schmerzmedizin in der Bedarfsplanung.

Stand PPs/KJPs mit Abschluss Schmerzpsychotherapie: 397

Aktuell gelistet: 305, davon 170 NL, 135 in Kliniken

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

8-91b Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung

- Mindestens 3 Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder **psychologisch-psychotherapeutische Fachdisziplin** ... mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: **Psychotherapie (Verhaltenstherapie)**, Physiotherapie....

8-91c Teilstationäre Multimodale Schmerztherapie

- multidisziplinäre algesiologische Diagnostik... mindestens 2 Fachdisziplinen (davon eine psychiatrische, psychosomatische oder **psychologisch-psychotherapeutische Disziplin**)... und abschließender Teambesprechung

1-910 Multidisziplinäre algesiologische Diagnostik

- Mitarbeit von mindestens zwei Fachdisziplinen (davon eine psychiatrische, psychosomatische oder **psychologisch-psychotherapeutische Disziplin**)
- eine **psychometrische und physische Funktionstestung** mit anschließender Teambesprechung zur Erstellung eines Therapieplanes

Versorgungspolitische Perspektive der Schmerzpsychotherapie

Kliniken in Deutschland gesamt: 1918

Multimodale/interdisziplinäre Schmerztherapie:	Kliniken		Patienten*
	2014	2009	2014
▪ 8-918 Multimodale Schmerztherapie	448**	29 404	62 852*
▪ 8-91b Multimodale schmerztherap. Kurzzeittherapie	309**	3 710	4 023*
▪ 8-91c Teilstationäre schmerztherap. Behandlung			16 534***
▪ 1-910 Interdisziplinäre Diagnostik	138**	2 606	9 168*

- Jeweils ärztlicher Verantwortlicher mit Zusatz „Spezielle Schmerztherapie“

* Statistisches Bundesamt, Stand 30.3.2016

** Weiße Liste (Bertelsmann)

*** InEK

In ca. 250 Kliniken war die multimodale Schmerztherapie 2014 Standard

Versorgungspolitische Perspektive der Schmerzpsychotherapie

F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Schmerz 2010 · 24:209–212

- Brücke zwischen Somatik und Psyche bei Patienten mit subklinischen Beeinträchtigungen (keine F-Diagnosen)
- Voraussetzung für die Integration von Psychotherapeuten
- seit 2009 in der ICD-GM (analog DSM-IV 307.89)
- Behandlungsdiagnose F45.41 wurde 2014 von 1587 Kliniken angegeben
- ICD-11: Chronischer Schmerz als eigenständige Diagnose mit expliziter Indikation für Psychotherapie (Stand 10/2016)

Psychologie des chronischen Schmerzes

Psychologische Aspekte:

- (chronischer) Schmerz
- Patienten
- Behandler

Psychologische Aspekte von Schmerz

- meist konstant aversiv symptomatisch, dadurch besonderer und doppelter Druck in Form von
 - hohem Leidensdruck auf Patientenseite
 - hohem Erfolgsdruck auf Behandlerseite
- betrifft verschiedene Ebenen: Verhalten, Gefühle, Gedanken, Physiologie (unkorreliert)
- subjektiv (nicht beweisbar, nicht widerlegbar)

Psychologische Aspekte von Schmerz

- meist konstant aversiv symptomatisch, dadurch besonderer und doppelter Druck in Form von
 - hohem Leidensdruck auf Patientenseite
 - hohem Erfolgsdruck auf Behandlerseite
- betrifft verschiedene Ebenen: Verhalten, Gefühle, Gedanken, Physiologie (unkorreliert)
- subjektiv (nicht beweisbar, nicht widerlegbar)
- starke negative Affekte (im Unterschied zu „anderen“ Sinneswahrnehmungen)

Psychologische Aspekte von Schmerz

Chronischer Schmerz ist...

- nicht „normal“ – für Patienten und Behandler
- anstrengend – für Patienten und Behandler
- bedrohlich - für das Selbstbild von Patienten und Behandlern
- verdächtig: Kann er oder will er nicht?
- ... stigmatisierend: Stigma = abwertende Reaktionen gegenüber Menschen mit bestimmten Merkmalen

Psychologie des chronischen Schmerzes: Behandlerperspektive

- Unsicherheit und Verwirrung
 - bei fehlenden medizinischen Befunden
 - bei starken negativen Emotionen der Patienten: Ärger, Enttäuschung, depressive Stimmung
- Experten (Ärzte, Pflege, Physio-/Psychotherapeuten)
 - empfinden geringere Sympathie,
 - bei fehlenden Befunden befürchten sie „Täuschung“ und schätzen die Schmerzstärke niedriger ein als vom Patienten angegeben

Psychologie des chronischen Schmerzes: Behandlerperspektive

- Unsicherheit und Verwirrung
 - bei fehlenden medizinischen Befunden
 - bei starken negativen Emotionen der Patienten: Ärger, Enttäuschung, depressive Stimmung
- Experten (Ärzte, Pflege, Physio-/Psychotherapeuten)
 - empfinden geringere Sympathie,
 - bei fehlenden Befunden befürchten sie „Täuschung“ und schätzen die Schmerzstärke niedriger ein als vom Patienten angegeben
- Akuter Schmerz ist in Erleben und Ausdruck „automatisiert“

Psychologie des chronischen Schmerzes: Behandlerperspektive

- Unsicherheit und Verwirrung
 - bei fehlenden medizinischen Befunden
 - bei starken negativen Emotionen der Patienten: Ärger, Enttäuschung, depressive Stimmung
- Experten (Ärzte, Pflege, Physio-/Psychotherapeuten)
 - empfinden geringere Sympathie,
 - bei fehlenden Befunden befürchten sie „Täuschung“ und schätzen die Schmerzstärke niedriger ein als vom Patienten angegeben
- Akuter Schmerz ist in Erleben und Ausdruck „automatisiert“,
- Chronischer Schmerz wird stärker/länger durch psychische Prozesse beeinflusst
- Dadurch Misstrauen und Hilflosigkeit...
 - They insist the pain is unbearable and difficult of description, yet they seldom show any evidence of the intense suffering of which they complain
(Patienten mit chronischen Gesichtsschmerzen: Glaser, 1928)

Psychologie des chronischen Schmerzes: Patientenperspektive

- Zweifel an der eigenen Glaubwürdigkeit bei
 - Partner/in, Familie, Freunde, Arbeitskollegen

Psychologie des chronischen Schmerzes: Patientenperspektive

Erwartungen unserer Patienten (...und unsere, wenn wir Patienten sind!)

„Da muss doch was sein....“

„Das darf doch nicht wahr sein, auf den Mond können wir fliegen und ich soll nicht schmerzfrei leben dürfen“

„Ich hab's doch im Rücken und nicht im Kopf....“

Bei gründlicher Diagnostik würde man die konkrete
medizinische Ursache für die Schmerzen finden 85%
(N= 305)

Psychologie des chronischen Schmerzes: Patientenperspektive

- Zweifel an der eigenen Glaubwürdigkeit bei
 - Partner/in, Familie, Freunde
- Befürchtungen: Ärzte halten Schmerzen für
 - übertrieben
 - eingebildet

Psychologische Aspekte von Schmerz

Definition chronischer Schmerz (?)

- Schmerz, der länger als vier Wochen über die übliche Heilungszeit hinaus besteht
- Schmerz von mindestens drei/sechs Monaten Dauer
- Merkmale der Chronifizierung sind die Zunahme von
 - Intensität,
 - Dauer,
 - Ausbreitung und
 - diagnostisch-therapeutischen Misserfolgen

Psychologie des chronischen Schmerzes

Chronischer Schmerz

- Prädiktoren?
Bei welchen Menschen können
welche Schmerzen
warum chronisch werden?

Psychologie des chronischen Schmerzes: Somatische Prädiktoren

Vorhersage der Chronifizierung akuter Rückenschmerzen

- Schmerztoleranz:
Druckschmerz Rückenmuskulatur und Daumenballen,
Eiswassertest
- Kein signifikanter Zusammenhang mit der
psychischen Belastung zu Beginn der Untersuchung
- Keine Prädiktoren für die Chronifizierung von Rückenschmerzen

Psychophysical Tests as Predictors of Back Pain Chronicity in Primary Care

Linda LeResche,^{*} Judith A. Turner,^{†,‡} Kathleen Saunders,[§] Susan M. Shortreed,[§] and Michael Von Korff[§] *The Journal of Pain*, Vol 14, No 12 (December), 2013: pp 1663-1670

Psychologie des chronischen Schmerzes

Somatische diagnostische Verfahren

- Reliabilität: Genauigkeit/Zuverlässigkeit des Befundes
- Validität: Bedeutung des Befundes für das Befinden
- Die diagnostische Sensitivität nimmt zu, die Spezifität ab:
„Auffälligkeiten“ alarmieren Patienten und führen zu ungünstigen
Konzepten und Progredienzängsten

Psychologie des chronischen Schmerzes: Somatische Prädiktoren

Original Investigation

JAMA. 2015;313(11):1143-1153

Association of Early Imaging for Back Pain With Clinical Outcomes in Older Adults

Jeffrey G. Jarvik, MD, MPH; Laura S. Gold, PhD; Bryan A. Comstock, MS; Patrick J. Heagerty, PhD;

- Prospektive Studie mit 5239 Patienten über 65
- 349 hatten innerhalb von 6 Wochen MRTs oder CTS
- 1174 hatten Röntgenaufnahmen
- Schmerz und Behinderung nach 3, 6 und 12 Monaten

Psychologie des chronischen Schmerzes: Somatische Prädiktoren

Table 3. Three-, 6-, and 12- Month Outcomes of Early Radiograph vs Matched Control^a

	Radiograph		Radiograph vs None	
	Matched Control (n = 1174)	Early Imaging (n = 1174)	Raw Difference Between Mean (95% CI)	P Value
RMDQ, Mean (SD), mo				
3	9.54 (6.64)	9.54 (6.41)	0.062 (-0.50 to 0.63)	.93
6	9.06 (6.88)	8.92 (6.57)	-0.012 (-0.62 to 0.60)	.66
12	8.74 (6.95)	8.54 (6.56)	-0.10 (-0.71 to 0.50)	.36
BPI Interference, Mean (SD), mo				
3	2.99 (2.50)	2.99 (2.37)	0.025 (-0.19 to 0.24)	.94
6	2.87 (2.52)	2.73 (2.35)	-0.092 (3.29 to 3.61)	.17
12	2.83 (2.53)	2.72 (2.42)	-0.071 (-0.29 to 0.15)	.21
EuroQol 5D Index, Mean (SD), mo				
3	0.76 (0.18)	0.76 (0.17)	-0.0022 (-0.018 to 0.013)	.86
6	0.76 (0.18)	0.77 (0.17)	0.0016 (-0.014 to 0.018)	.88
12	0.77 (0.18)	0.78 (0.17)	0.0048 (-0.011 to 0.021)	.26
EuroQol 5D VAS, Mean (SD), mo				
3	71.9 (19.2)	72.3 (18.1)	0.39 (-1.25 to 2.02)	.62
6	73.1 (18.1)	72.5 (18.3)	-0.96 (-2.64 to 0.72)	.32
12	72.7 (18.8)	73.2 (18.6)	0.29 (-1.42 to 2.01)	.52

Psychologie des chronischen Schmerzes: Somatische Prädiktoren

Table 4. Three-, 6-, and 12-Month Magnetic Resonance Imaging or Computed Tomographic

	MRI/CT		MRI/CT vs None Raw Difference Between Means (95% CI)	P Value
	Matched Control (n = 349)	Early Imaging (n = 349)		
RMDQ, Mean (SD), mo				
3	11.5 (6.82)	11.6 (6.51)	-0.23 (-1.25 to 0.80)	.76
6	11.2 (7.13)	10.5 (6.66)	-0.83 (-1.91 to 0.25)	.15
12	10.5 (7.20)	9.81 (6.99)	-0.51 (-1.62 to 0.60)	.18
BPI, Mean (SD), mo				
3	3.70 (2.57)	3.68 (2.58)	-0.13 (-0.54 to 0.27)	.93
6	3.69 (2.72)	3.39 (2.67)	-0.34 (-0.78 to 0.10)	.11
12	3.46 (2.66)	3.36 (2.66)	-0.085 (-0.50 to 0.33)	.67
EuroQuol 5D Index, Mean (SD), mo				
3	0.71 (0.20)	0.72 (0.19)	0.012 (-0.019 to 0.043)	.58

Among older adults with a new primary care visit for back pain, early imaging was not associated with better 1-year outcomes. The value of early diagnostic imaging in older adults for back pain without radiculopathy is uncertain.

12	67.3 (19.4)	71.6 (19.3)	4.04 (0.92 to 7.15)	.004
----	-------------	-------------	---------------------	------

Psychologie des chronischen Schmerzes

Vorausgegangene Patienteninformation bei der Diagnose unspezifischer Rückenschmerz

„Sie sind 40 Jahre zu jung für diese Wirbelsäule.“

„Das ist keine Wirbelsäule, sondern ein Trümmergrundstück.“

„Diese Wirbelsäule wird Ihnen in 5/10/20/30 Jahren einmal Probleme machen.“

Zu einer 80-jährigen Dame:

„Für Ihre Knochendichte sind Sie aber noch erstaunlich mobil“

„Bewegen Sie sich bloß vorsichtig, sonst sitzen Sie im Rollstuhl.“

„Abnormes Verhalten der Diagnostiker führt zu abnormem Krankheitsverhalten der Patienten“ Nachemson, 1992

Psychologie des chronischen Schmerzes

Alf Nachemson

„Wir sollten daran denken, dass Patienten nicht nur eine Wirbelsäule sondern auch einen Kopf haben, und wir sollten anfangen, unseren eigenen zu gebrauchen“



Psychologie des chronischen Schmerzes

Diagnostische Enttäuschung bei chronischen Schmerzen:

- Patienten und Diagnostiker suchen nach einer beweisenden somatischen Diagnose, möglich ist oft „nur“ eine Ausschlussdiagnose.
- Für die häufigsten Schmerzformen (Rücken, Kopf, Gesicht) sind pathologische Veränderungen die Ausnahme:
 - Über 80% unspezifische Rückenschmerzen
 - Über 90% primäre Kopfschmerzen
- Chronische Schmerzen beruhen in der Regel auf Funktionsstörungen und reversiblen Veränderungen

Psychologie des chronischen Schmerzes

There is no single unifying psychological model of chronic pain – there are many

McCracken & Moreley, 2014

- “Klassische” psychologische Modelle
 - Schmerzpersönlichkeit (G.Engel)
 - psychogener/somatoforme Schmerz
 - Schmerz als Depressionsäquivalent (Blumer & Heilbronn)
- Kognitiv-behaviorales Modell (bio-psycho-sozial)
- Angst-Vermeidungs-Modell (spezifisch für Rückenschmerzen)

Psychologie des chronischen Schmerzes: Depression

- Depression als Prädiktor?
 - Hoher Anteil von Patienten mit chronischen Schmerzen und Depression in Schmerzkliniken (> 90%?)
 - Geringer Anteil bei Menschen mit chronischen Schmerzen in der Bevölkerung (< 10%) (Demyttenaere et al., 2007)
- Ursache-Wirkungs-Analyse: Schmerz führt eher zu Depression als umgekehrt (Dohrenwend et al., 1999)

Psychologie des chronischen Schmerzes: Angst



Gordon Waddell

- Spezifisches Modell für Rückenschmerz:
- Angst-Vermeidungs-Modell



Chris Main

„Die Angst vor Schmerz ist schlimmer als der Schmerz selbst“



Johann Vlaeyen

Psychologie des chronischen Schmerzes: Risikofaktoren

Risikofaktoren für das Auftreten chronischer Rückenschmerzen („yellow flags“)

- Psychisch: psychosoziale Überforderung / Traumatisierungen, emotionale Beeinträchtigungen (Depression, Angst), passive Grundeinstellung, inadäquate Krankheitsmodellvorstellungen, operante Faktoren (Krankheits"gewinn")
- Sozial: Schwerarbeit (tragen, heben schwerer Lasten), monotone Körperhaltung, Vibrationsexposition, geringe berufliche Qualifikation, berufliche Unzufriedenheit
- Lebensstil: Rauchen, Übergewicht, geringe körperliche Kondition
- Iatrogen: Ängstigende Informationen und ungünstige Anweisungen (Schonung/„Durchhalten“)



Psychologie des chronischen Schmerzes

Ergebnisse prospektiver Längsschnittstudien:

- Risiken der Chronifizierung akuter Schmerzen
 - Depressive Stimmungslage
 - ungünstige emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Schmerzverarbeitung
 - anhaltende Belastungen im Alltag (Beruf und Familie)

nach: Hasenbring, Pfingsten & Korb, 2016

Psychologie des chronischen Schmerzes

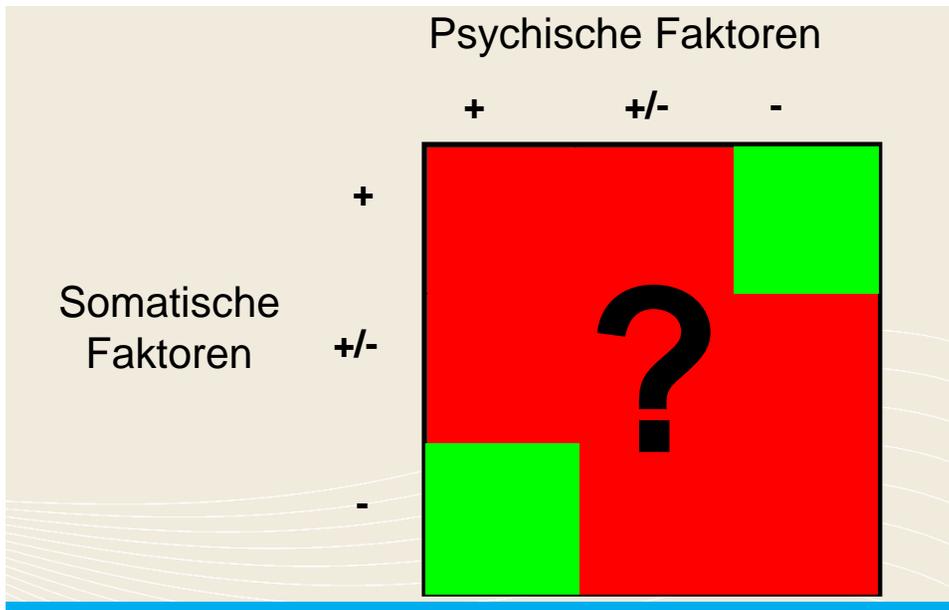
Schmerz ist keine passive Wahrnehmung sondern eine „aktive Leistung“ unseres ZNS.
Wahrnehmung ist selten „objektiv“, findet immer in einem Kontext statt!

„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

30- 40% der Rückenmarksfasern dienen der absteigenden Hemmung

Psychologie des chronischen Schmerzes



Psychologie des chronischen Schmerzes

- Klare somatische Befunde sind bei den häufigsten chronischen Schmerzen (Gesicht, Kopf, Rücken) die Ausnahme
- Bei (fast) allen Patienten mit chronischen Schmerzen spielen psychische Faktoren eine Rolle, aber nur einige Patienten sind im engeren Sinne psychisch gestört
- Konsequenz: Diagnose F45.41
Chronischer Schmerz mit somatischen und psychischen Faktoren

Psychologie des chronischen Schmerzes

Chronifizierung ist

- selten auf eine noch nicht erkannte somatische und/oder psychische **Ursache** zurückführbar
- kein irreversibler **Zustand**
- sondern **ein bio-psycho-sozialer Prozess**

Mögliche bio-psycho-soziale Faktoren bei der Chronifizierung

Bio -

- Muskulären Dysfunktionen (Verspannungen, Dysbalancen, Atrophien, Disuse-Syndrom)
- Periphere und zentrale Veränderungen der Schmerzverarbeitung (Rezeptoren, corticale Verarbeitung)

Psycho -

- Katastrophisieren; ungünstige Schmerzkonzepte
- affektive Störungen (Depression), Angststörungen

Sozial –

- Verluste: Arbeitsplatzes/Rückstufung, zwischenmenschliche Beziehungen, Respekt durch Freunde, Familie, helfende Berufe
- Ungünstige Informationen und Empfehlungen

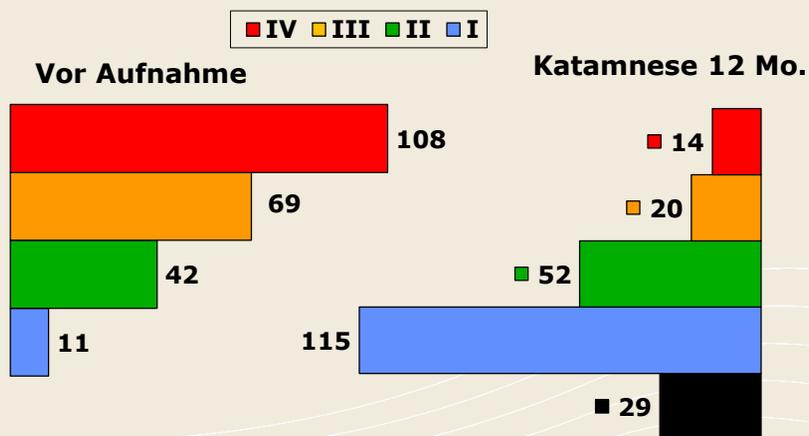
Psychologie des chronischen Schmerzes

Chronischer Schmerz

- Was ist „psychologisch“ bei chronische Schmerzen?
- Psychologische Prädiktoren?
- Gibt es Hilfe?

Rückenschmerzpatienten 9/01 - 12/06
Tagesklinik DRK Schmerz-Zentrum Mainz

Veränderung in der Schweregraduierung nach Von Korff



B.Nagel & J.Korb, 2009

Berufs- und versorgungspolitischer Aspekte

Struktur der schmerzmedizinischen Versorgung in Deutschland: Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen

Konsens der „Gemeinsamen Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin“

Gerhard H. H. Müller-Schwefe^{3,8}, Joachim Nadstawek^{1,9}, Thomas Tölle^{5,10}, Paul Nilges^{2,11}, Michael A. Überall^{6,12}, Heinz Josef Laubenthal^{4,13}, Fritjof Bock^{7,14}, Bernhard Arnold^{1,15}, Hans Raimund Casser^{2,11}, Thomas H. Cegla^{3,16}, Oliver M. D. Emrich^{3,17}, Toni Graf-Baumann^{4,18}, Jörg Henning^{7,19}, Johannes Horlemann^{3,20}, Hubertus Kayser^{1,21}, Harry Kletzko^{6,22}, Wolfgang Koppert^{5,23}, Klaus H. Längler^{3,24}, Hermann Locher^{7,25}, Jörn Ludwig^{7,26}, Silvia Maurer^{1,27}, Michael Pflingsten^{5,28}, Michael Schäfer^{5,29}, Michael Schenk^{1,30}, Anne Willweber-Strumpf^{2,31},

¹Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD), ²Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF), ³Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V. (DGS), ⁴Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie e. V. (DIVS), ⁵Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., ⁶Deutsche Schmerzliga e. V. (DSL), ⁷Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e.V.

Berufs- und versorgungspolitischer Aspekte

Definierte schmerzmedizinische Behandlungseinrichtungen (Stand 2015)

Förderung 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 gebietsbezog. + schmerzmed. Versorgungsstruktur, nicht ausschließlich Schmerzmedizin

Einrichtung mit Fachkunde Schmerzmedizin

Schmerzpsychotherapeutische Einrichtung

Berufs- und versorgungspolitischer Aspekte

Aktueller Konsens:
Insgesamt 27 Kriterien für
Schmerzmedizinische
Behandlungseinrichtungen

		Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin	Interdisziplinäres Kopfschmerz-/Rückenzentrum	Ambulanz/Praxis für spezielle Schmerztherapie	Praxis/Ambulanz mit gebietsbezog. + schmerzmed. Versorgungsstruktur, nicht ausschließlich Schmerzmedizin	Einrichtung mit Fachkunde Schmerzmedizin	Schmerzpsychotherapeutische Einrichtung
4.	Ständiger ärztlicher Leiter mit Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“.	ja	ja	ja	ja	nein	nein
5.	Ständiger psychologischer Leiter mit Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerzpsychotherapie“.	nein	nein	nein	nein	nein	ja
7.	Mindestens ein psychologischer Psychotherapeut mit Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ oder ein ärztlicher Psychotherapeut mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“.	ja	ja	ja	nein	nein	ja
8.	Verbindliche Kooperationen mit einem Psychologen.	siehe Punkt 7.			ja	ja	entfällt
9.	Verbindliche Kooperationen mit einem Arzt.	entfällt					ja