



Schmerzzentrum Usedom
MediClin Dünenwald-Klinik Insel Usedom

Schmerz und Trauma

Einführung in das Thema aus schmerztherapeutischer Sicht

Claudius Böck

Aalen, 5. Juli 2008



Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.
German Pain Association - Société Allemande de la Douleur

Interdisziplinäre Gesellschaft
für Psychosomatische Schmerztherapie



Unfalltag: 26.10.2006
Aufenthalt: vom 22.05.2007 bis zum 29.05.2007

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir berichten über Ihre Versicherte, die sich in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnose:

- Mittelgelenkskontrakturen des Mittelfingers und Ringfingers rechts nach knöcherner Kapselbandausrissverletzungen Ringfinger

ICD 10: M 24.54, M 67.14

Therapie:

- Teno- Arthrolysen im Bereich der Mittelgelenke Mittelfinger und Ringfinger
- Konservative Komplexbehandlung einschließlich physikalischer Maßnahmen

Verlauf: Die stationäre Aufnahme der o.g. Versicherten erfolgte über die Unfallbehandlungsstelle. Die ausführliche Anamnese dürfen wir freundlicherweise als bekannt voraussetzen und verweisen auf vorausgegangene Berichterstattung durch die Unfallbehandlungsstelle.

Zusammengefasst erlitt Frau E im Oktober 2006 ein Trauma der rechten Hand mit Schlag gegen den Mittel- und Ringfinger. Im Klinikum Brandenburg wurden knöcherner Ausrissverletzungen des Kapselbandapparates des Ringfingermittelgelenkes festgestellt und eine Immobilisation durchgeführt. Unter der sich anschließenden konservativen Behandlung kam es zu einer persistierenden Beweglichkeitseinschränkung des Mittel- und Ringfingers. Da es unter konservativen Maßnahmen zu keiner weiteren Besserung der Beschwerden kam, wurde durch die Unfallbehandlungsstelle die Indikation zur operativen Revision gestellt.

Der Eingriff erfolgte nach üblicher präoperativer Vorbereitung in komplikationsloser Allgemeinnarkose. Postoperativ wurde mit einer intensiven ergo- und physiotherapeutischen Übungsbehandlung einschließlich physikalischer Maßnahmen begonnen. Hierunter zeigte sich eine deutlich verbesserte Beweglichkeit.

Procedere: Wir entlassen Frau in die ambulante Weiterbehandlung und bitten um regelmäßige Befundkontrollen sowie zeitgerechtes Entfernen des Nahtmaterials.

Geburtsdatum: 03 07 1972
(Tag) (Monat) (Jahr)

Alter: -35
(in Jahren)

Geschlecht: weiblich männlich

Größe: 159
(in cm)

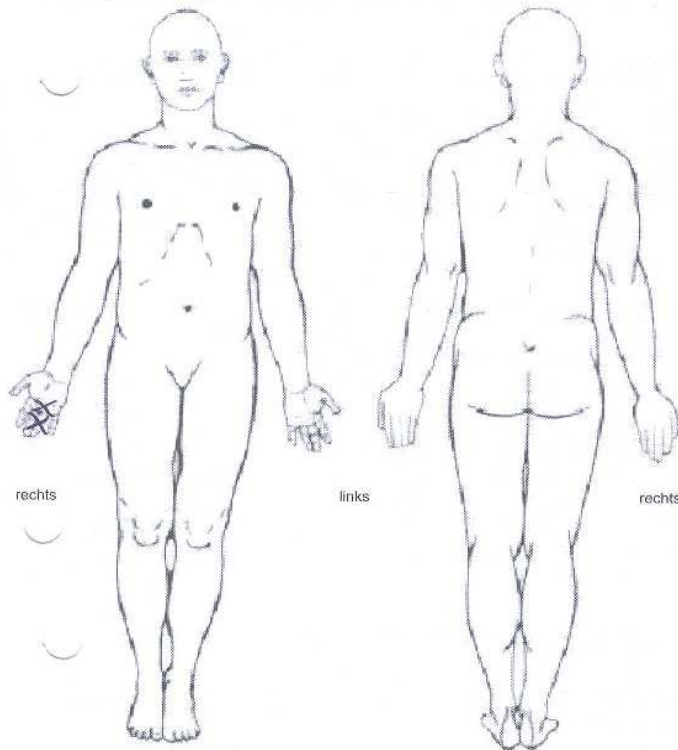
Gewicht: 51,0
(in kg)

1.) Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung?

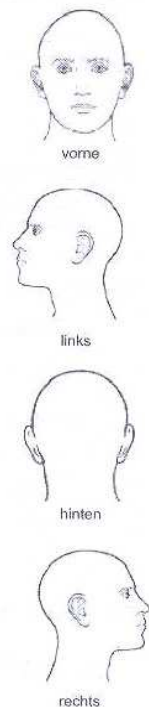
3. und 4. Finger rechte Hand

2.) Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten.

Für Körperschmerzen



Für Kopf- und Gesichtsschmerzen



3.) Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit Ihren eigenen Worten (z.B. „ziehender oder brennender oder pochender Schmerz, in der Schulter beginnend, in den Unterarm ausstrahlend; verstärkt bei Bewegung“):

ziehendes manual krampfartiges
Schmerz in den Fingern bis zur Hand-

4.) Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?

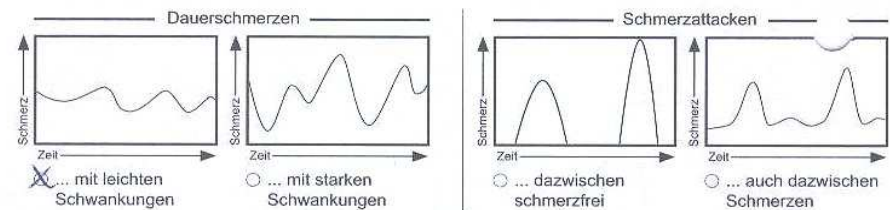
- weniger als 1 Monat 1/2 bis 1 Jahr 2 bis 5 Jahre
 1 Monat bis 1/2 Jahr 1 bis 2 Jahre mehr als 5 Jahre

Können Sie ein genaues Datum angeben? 26 10 2006
(Tag) (Monat) (Jahr)

5.) Haben Sie ein einziges Schmerzbild oder können Sie mehrere verschiedene Schmerzbilder (z.B. Kreuz- und Knieschmerzen; verschiedene Kopf- und Gesichtsschmerzen) voneinander unterscheiden?

- ein einziges Schmerzbild zwei Schmerzbilder mehrere Schmerzbilder

6.) Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen am besten zu? (Bitte nur eine Angabe machen!)



Wenn Sie unter Schmerzattacken leiden, ...

... wie lange dauert dann durchschnittlich eine Schmerzattacke?

- Sekunden/ Minuten Stunden bis zu drei Tage länger als drei Tage

... wie oft treten Ihre Schmerzattacken zur Zeit auf? (Mehrfachangaben sind möglich)

- mehrfach täglich einmal täglich mehrfach wöchentlich
 einmal wöchentlich mehrfach monatlich einmal monatlich
 seltener, wie oft pro Jahr: _____

7.) Seit wann bestehen Ihre Hauptschmerzen in ihrer heutigen Stärke und Ausprägung?

- von Beginn an seit _____ Wochen bzw. _____ Monaten bzw. _____ Jahren

8.) Geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer jeweiligen Schmerzen an. Kreuzen Sie auf den unten aufgeführten Linien an, wie stark Sie Ihre Schmerzen (auch unter Ihrer üblichen Medikation) empfinden. Die Zahlen können Ihnen bei der Einteilung helfen: Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

12.) Spüren/ Empfinden Sie im Bereich Ihrer Schmerzen mitunter ...

	nie	kaum	gering	mittel	stark	sehr stark
... eine leichte Berührung (z.B. durch die Bettdecke) als schmerzhaft?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ein Brenngefühl (z.B. wie beim Kontakt mit Brennesseln)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ein Kribbel-/ Prickelgefühl (z.B. Ameisenlaufen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... blitzartige/ elektrisierende Schmerzattacken?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Kälte/ Wärme (z.B. Badewasser) als schmerzhaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ein Taubheitsgefühl?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... bei leichtem Druck (z.B. mit einem Finger) außergewöhnlich starke Schmerzen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	0	1	2	3	4	5

nach R. Freynhagen, T.R. Tölle, U. Gockel, R. Baron, DGN 2005 - Copyright painDETECT, Pfizer Pharma GmbH

13.) welche Ursachen führen Sie Ihre Schmerzen zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- für mich ist keine Ursache erkennbar
- auf eine bestimmte Krankheit, welche? _____
- auf eine Operation, welche? _____

Datum der Operation: / /
(Tag) (Monat) (Jahr)

- auf einen Unfall, welche? Knöchelverletzung Kapselbänderriss

Datum des Unfalls: / /
(Tag) (Monat) (Jahr)

- auf körperliche Belastung
- auf seelische Belastung
- auf eine andere Ursache, welche? _____

Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall, einer berufsbedingten Erkrankung oder Ersatzansprüchen (z.B. nach Operationen) stehen:

Sind nach Ihrer Ansicht alle diesbezüglichen rechtlichen oder versicherungsrechtlichen abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)? ja nein

14.) Was machen Sie selbst, um Ihre Schmerzen günstig zu beeinflussen?

(Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung, ...)

mit Quark kühlend

• Schleichhaltung, Ablenkung

- Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen.
- Ich tue nichts.

15.) Was löst Ihrer Erfahrung nach die Schmerzen aus oder verschlimmert sie?

• Bewegung und berufliche Belastung

• Wärme, Temperaturschwankungen

- Ich weiß es nicht.

S0000183891

ISBN 3-00-017440-0

7

Wurde bei Ihnen bereits eine Schmerzdiagnose gestellt?

ja nein

welche? _____

18.) Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

Kreuzen Sie bitte an, welche der unten aufgeführten Behandlungsmaßnahmen Sie erhalten haben. Geben Sie bitte auch an, ob Ihre Schmerzen durch diese Maßnahmen zumindest zeitweilig gelindert wurden.

	wirksam:		
	ja	zeitweise	nein
<input type="radio"/> bisher keine Schmerzbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/> Medikamente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/> Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input type="radio"/> Infusionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/> Krankengymnastik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input type="radio"/> Massagen, Bäder, Kälte-/ Wärmetherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Elektrische Nervenstimulation (TENS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Chiropraktik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Medikamenten-Entzug	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/> Kur-/ Reha-Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input type="radio"/> Anderes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

S0000183891

ISBN 3-00-017440-0

8

Medikament (Handelsname/ Inhaltsstoffe)	regelmäßig				nur bei Bedarf	
	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?
<u>Ibubeta 600</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<u>Ibuprofen 600mg oeler</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<u>bu Hexal 600</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<u>Ibuprofen 600mg</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<u>Paracetamol 20mg</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>5x</u>
<u>Paracetamol</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Falls der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht, benutzen Sie bitte ein Extrablatt!

S0000183891

ISBN 3-00-017440-0

9

Posttraumatische Belastungsstörung

B Das traumatische Ereignis wird beharrlich *wiedererlebt* auf mindestens eine der folgenden Arten:

- | | Nein | Verdacht | Ja |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| (1) Wiederkehrende, eindringlich belastende Erinnerungen an das Ereignis durch Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen. (bei kleinen Kindern auch Spiele, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis. (bei Kindern auch Angstträume ohne erkennbaren Inhalt). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (3) Handeln und Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, auch beim Aufwachen oder bei Intoxikation). (bei kleinen Kindern auch traumaspezifische Neuinszenierung). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder ihm ähneln. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder ihm ähneln. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kriterium B: Mind. 1 Merkmal aus (1) bis (5) Ende ←

C *Anhaltende Vermeidung* von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine *Abflachung der allgemeinen Reagibilität* (vor dem Trauma nicht vorhanden), durch mindestens drei der folgenden Merkmale:

- | | Nein | Verdacht | Ja |
|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| (1) Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (2) Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (6) Eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben). | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kriterium C: Mind. 3 Merkmale aus (1) bis (7) Ende ←

D Anhaltende Symptome *erhöhten Arousal*s (vor dem Trauma nicht vorhanden), gekennzeichnet durch mindestens zwei der folgenden Merkmale:

- | | Verdacht | Ja | | Verdacht | Ja |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------|-------------------------------------|
| (1) Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (3) Konzentrationsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | | (5) übertriebene Schreckreaktion | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Kriterium D: Mind. 2 Merkmale aus (1) bis (5) Ende ←

E Das Störungsbild (Symptome unter Kriterien B, C und D) dauert *länger als 1 Monat*.

Nein Verdacht Ja
Ende ←

F Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise *Leiden* oder *Beeinträchtigungen* in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Nein Verdacht Ja
Ende ←

Falls Kriterien A bis F erfüllt:

3 0 9 . 8 1

Posttraumatische Belastungsstörung

nicht erfüllt erfüllt Verdacht

spezifiziere auch:

- | | Verdacht | Ja |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| Chronisch = Dauer der Symptome ist 3 Monate oder länger | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Akut = Dauer weniger als 3 Monate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mit verzögertem Beginn = Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Stressor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

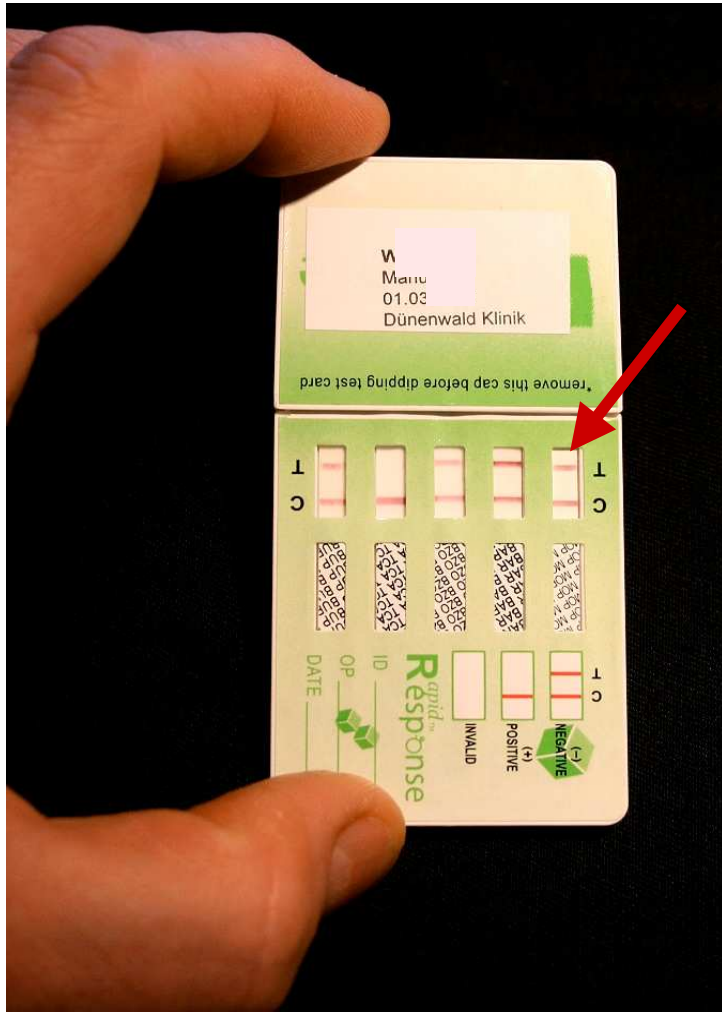
Akute Belastungsstörung

B Entweder während oder nach dem extrem belastenden Ereignis zeigte die Person mindestens drei der folgenden *dissoziativen Symptome*:

- | | Verdacht | Ja | | Verdacht | Ja |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| (1) subj. Gefühl von emotionaler Taubheit, Losgelöstheit oder Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (3) Derealisationserleben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt (z.B. "wie betäubt sein") | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (4) Depersonalisationserleben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | (5) Dissoziative Amnesie (kann sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas nicht erinnern) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kriterium B: Mind. 3 Merkmale aus (1) bis (5) Ende ←

"Die Medikamente haben überhaupt nicht geholfen ..."



	Ergebnis	Einheit	Ref.Bereich	(GOÄ)
05.03.2008 00:00				
f.Transferrin	1.41	% CDT	< 1.95	
Bewertungsgrenzen CDT: unauffällig %CDT < 1.95 % Graubereich %CDT 1.95 % - 2.47% Transferrin, ein Eisen transportierendes Glykoprotein, kommt beim Menschen in unterschiedlichen Isoformen vor. Chronischer Alkoholmissbrauch führt zu einer Erhöhung bestimmter Isoformen, die zusammengefasst als "Kohlenhydrat defizientes Transferrin - CDT" bezeichnet werden. CDT gilt als spezifischer Marker für das Erkennen eines übermäßigen Alkoholkonsums sowie der Compliance- und Therapiekontrolle bei Alkoholabhängigen. Steigende bzw. sinkende Werte stehen in enger Beziehung zur konsumierten Alkoholmenge. Regelmäßiger Alkoholkonsum mit mehr als 60 g Alkohol pro Tag an wenigstens 7 aufeinanderfolgenden Tagen führt gewöhnlich zu einer deutlichen CDT-Erhöhung. Unter Abstinenz fallen erhöhte CDT-Konzentrationen innerhalb von 2 bis 4 Wochen, je nach Ausgangswert, auf normale Werte ab (0,75 l Wein mit 12 vol% Alkohol entspricht 71 g Alkohol). Es gibt nur wenige Ursachen, die zu einem nicht alkoholbedingten Anstieg von CDT führen können. Hierzu zählen seltene genetische Transferrin-Varianten, das extrem seltene CDG-Syndrom und schwere Leberfunktionsstörungen (z.B. primär biliäre Zirrhose). Weitere Informationen unter Tel.06221/3432511.				
Citalopram	< 10	ug/l	Citalopram:	
	Therap. Bereich: 20 - 250 ug/l			
	Escitalopram:			
	Therap. Bereich: 15 - 80 ug/l			

"Herr Doktor, abends trinke ich ein Glas Bier ..."



Untersuchung	Ergebnis	Einheit	Ref.Bereich	(GOÄ)
<u>Serum (1)</u>				
CDT/ Carbohyd.-Def.Transferrin	4.78	% CDT	< 1.95	
<p>Bewertungsgrenzen CDT: unauffällig %CDT < 1.95 % Graubereich %CDT 1.95 % - 2.47%</p> <p>Transferrin, ein Eisen transportierendes Glykoprotein, kommt beim Menschen in unterschiedlichen Isoformen vor. Chronischer Alkoholmissbrauch führt zu einer Erhöhung bestimmter Isoformen, die zusammengefasst als "Kohlenhydrat defizientes Transferrin - CDT" bezeichnet werden.</p> <p>CDT gilt als spezifischer Marker für das Erkennen eines übermäßigen Alkoholkonsums sowie der Compliance- und Therapiekontrolle bei Alkoholabhängigen. Steigende bzw. sinkende Werte stehen in enger Beziehung zur konsumierten Alkoholmenge.</p> <p>Regelmäßiger Alkoholkonsum mit mehr als 60 g Alkohol pro Tag an wenigstens 7 aufeinanderfolgenden Tagen führt gewöhnlich zu einer deutlichen CDT-Erhöhung. Unter Abstinenz fallen erhöhte CDT-Konzentrationen innerhalb von 2 bis 4 Wochen, je nach Ausgangswert, auf normale Werte ab (0,75 l Wein mit 12 vol% Alkohol entspricht 71 g Alkohol). Es gibt nur wenige Ursachen, die zu einem nicht alkoholbedingten Anstieg von CDT führen können. Hierzu zählen seltene genetische Transferrin-Varianten, das extrem seltene CDG-Syndrom und schwere Leberfunktionsstörungen (z.B. primär biliäre Zirrhose).</p> <p>Weitere Informationen unter Tel.06221/3432511.</p>				



Die Unterscheidung von
"körperlichem" und "psychischem"
Schmerz
ist neurobiologisch überholt !

Einteilung von Schmerzen

Schmerz

Begleiterkrankung
einer
Gewebsschädigung

Gewebsschädigung
mit psychischer
Komorbidität

Leitsymptom einer
psychischen
Erkrankung

- **Übliche Schmerzen:**
Begleitsymptom einer
Gewebsschädigung
(z.B: Nervenläsion)
- **Aussergewöhnliche
Schmerzen**
(z.B. CRPS I,
Phantomschmerzen)

**Verschlimmerung durch
Komorbidität**
(z.B. Lumboischialgie mit
Nervenwurzelkompression
zusammen mit
Angststörung, depressiver
Störung, Suchterkrankung)

somatoforme Störungen
depressive Störungen
Angststörungen
Anpassungsstörungen
PTSD
psychotische Störungen



Multimodale und interdisziplinäre
Schmerztherapie
ist wichtig ...

...aber am wichtigsten ist eine
störungsspezifische Schmerztherapie

Heidelberger Kurzfragebogen Rückenschmerz

Dieser Fragebogen hilft uns, Ihre Beschwerden
Therapie für Sie finden.

Bitte beantworten Sie die Fragen so, wie es

- Welches **Geschlecht** haben Sie?
 weiblich männlich
- Was ist Ihr höchster **Schulabschluss**?
 kein Abschluss Fachhochschulreife
 Hauptschule Abitur
 Mittlere Reife Fachhochschulabschluss
- Haben Sie ihre aktuellen Rückenschmerzen
 Ja Nein
- Haben Sie außer Rückenschmerzen noch andere Beschwerden?
 nein ja, nämlich: _____
- Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen in den letzten 14 Tagen?
 Machen Sie bitte entsprechend der Stärke
 keine Schmerzen
 0 10 20 30 40 50 60 70
- Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen in den letzten 14 Tagen?
 keine Schmerzen
 0 10 20 30 40 50 60
- Wie stark dürften Ihre Beschwerden noch **erfolgreich** ist?
 keine Schmerzen
 0 10 20 30 40 50 60

Bitte beantworten Sie

8. Hilft Ihnen - nach Ihrer bisherigen Erfahrung – **Massagen** bei Ihren Rückenschmerzen?
 nein ja ich weiß nicht

9. Wenn Sie in den vergangenen 14 Tagen Ihre Schmerzen hatten, welche **Gedanken und Gefühle** durch den Kopf gingen?

- Was kann nur dahinter stecken?
- Warum muss ich nur diese schwere Last ertragen?
- Ich glaube beinahe, die gehen überhaupt nicht wieder weg.
- Diese üblen Schmerzen verderben mir aber auch alles!
- Was bedeutet das nur?
- Ich werde doch keinen Tumor haben?
- Bald ertrage ich es nicht mehr länger!
- Ob ich die gleiche, schlimme Krankheit habe wie...?
- Ach, das wird überhaupt nicht besser.
- Hach, jetzt ist wieder der ganze Tag verdorben.
- Das Leben mit diesen Schmerzen ist kaum noch lebenswert!
- Was mache ich nur, wenn sie jetzt wieder schlimmer werden?
- Wie lange muss ich diese Schmerzen noch ertragen?
- Es wird doch keine schlimme Krankheit dahinterstecken?

10. Wie war Ihr **Befinden** in den letzten 14 Tagen?

- Ich fühle mich bedrückt, schwermütig und traurig.
- Ich weine plötzlich oder mir ist oft zum Weinen zumute.
- Ich kann nachts schlecht einschlafen.
- Ich bin unruhig und kann nicht stillhalten.
- Ich tue Dinge, die ich früher tat, immer noch gern.

Für die Auswertung des Fragebogens benötigen Sie einen einfachen Taschenrechner

Es gibt 5 verschiedene Zelltypen mit unterschiedlichen Handlungsanweisungen:

- <= hier tragen Sie die den Antworten zugeordneten (Roh)-Werte ein:
- <= Diese Zellen enthalten Faktoren zur Gewichtung
- <= hier müssen Sie ein Produkt berechnen:
- <= Hier bilden Sie einen Summenwert
- <= hier tragen Sie Zwischenwerte ein

Name des Rückenschmerzpatienten: _____

Frage	Fragen-Rohwert	Gewichtung	Produkt
Frage 1		mal 9	= +
Frage 2		mal -4	= -
Frage 3		mal -12	= -
Frage 4		mal -12	= -
Frage 5		mal 0	= -
Frage 6	+		
Frage 7	+		
Summe Frage 6 + 7	=	mal 0,5	= +
Frage 8		mal 18	= +
Zwischenergebnis (Summe Frage 1 bis 8) = Bitte übertragen:			

Frage 9

Item a: +	Item e: +	Summe = mal =
Item f: +	Item h: +	
Item o: +		
Item b: +	Item c: +	Summe = mal =
Item d: +	Item g: +	
Item j: +	Item k: +	
Item l: +	Item m: +	Summe = mal =
Item n: +		
Frage 10:		Summe = mal =
Item a: +	Item b: +	
Item c: +	Item d: +	
Item e: 4 - Itemrohwert = +		Summe = mal =
		Endsumme / Testergebnis =

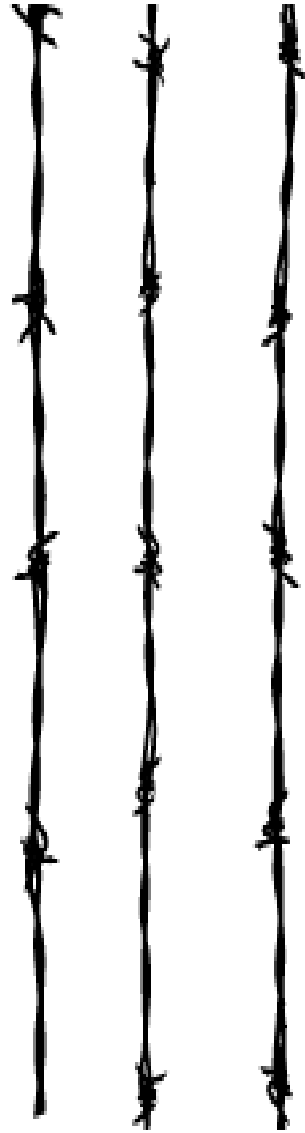
Ermitteln Sie bitte auf Grund des Testergebnisses die zutreffende Testaussage aus der folgenden Tabelle

Falltyp	Testergebnis (TE):	Testaussage:
Typ A:	TE <= 2,5	Patient chronifiziert höchstwahrscheinlich nicht
Typ B:	-2,5 < TE <= 8	Patient chronifiziert zu 70 % nicht
Typ C:	8 < TE < 28	Keine Aussage über Patient möglich
Typ D:	28 <= TE < 37	Patient chronifiziert zu 70%
Typ E:	37 <= TE	Patient chronifiziert höchstwahrscheinlich



Jeder
chronische Schmerz
war mal ein
akuter Schmerz,
der damals auch behandelt hätte werden müssen

Schmerz ist nicht gleich Schmerz!



Akuter Schmerz

biologisch sinnvoll

Chronischer Schmerz

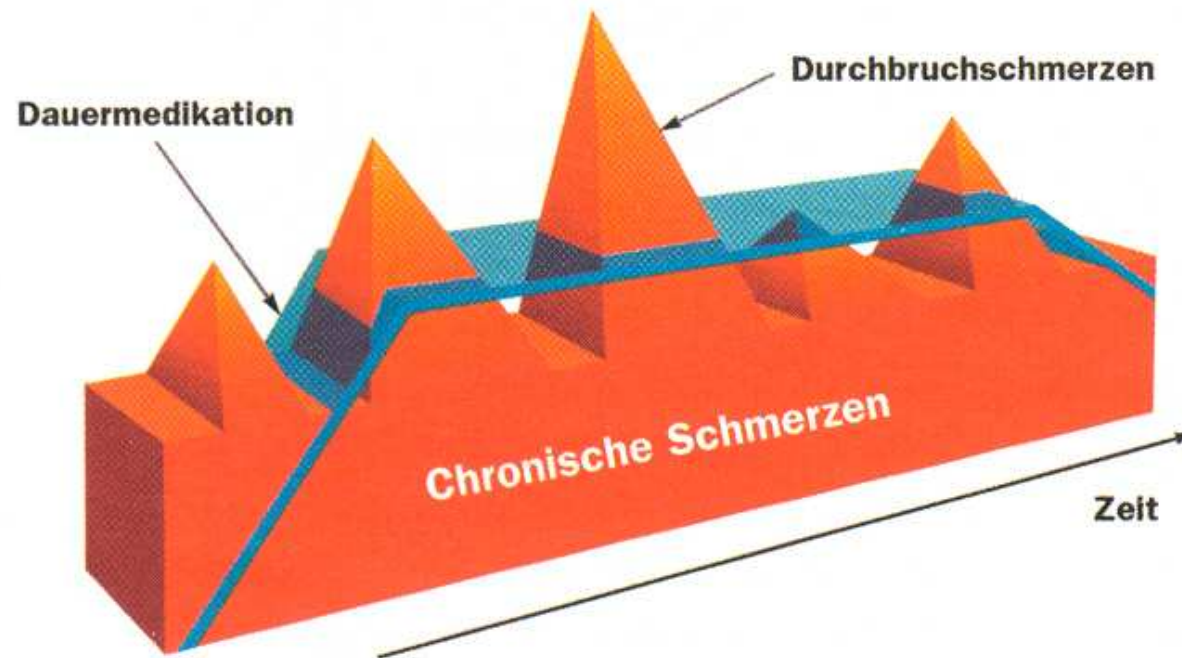
biologisch nicht sinnvoll

Entwicklung zur
eigenständigen
Schmerzkrankheit



Chronische Schmerzen müssen
prophylaktisch und zeitkontingent
behandelt werden

"Durchbruchs"-Schmerzen





Es ist wesentlich schwieriger, eine Opiat-Therapie
zu beenden,
als diese
anzufangen

**Der Körper schmerzt,
wenn die Seele leidet.**

Schmerz ohne körperlichen Befund
ist ein Hauptleiden,
das man als solches erkennen muß.

**„Nach Lourdes
bleibt immer noch die
Psychotherapie.“**

Psychologische Behandlung
als letzter Ausweg,
wenn alle ärztliche Kunst versagt hat?



Behandeln wir nun zuerst den Schmerz oder das Trauma?

Wir sollten sofort den Schmerz behandeln
aber auch ein gleichzeitiges Trauma erkennen und behandeln!