

ACHD-Dreiländertagung - Chronischer Schmerz: eine diagnostische und therapeutische Herausforderung



Zentrum für
Schmerzmedizin

24.04.2021 - Diagnostik psychischer Belastungsfaktoren:

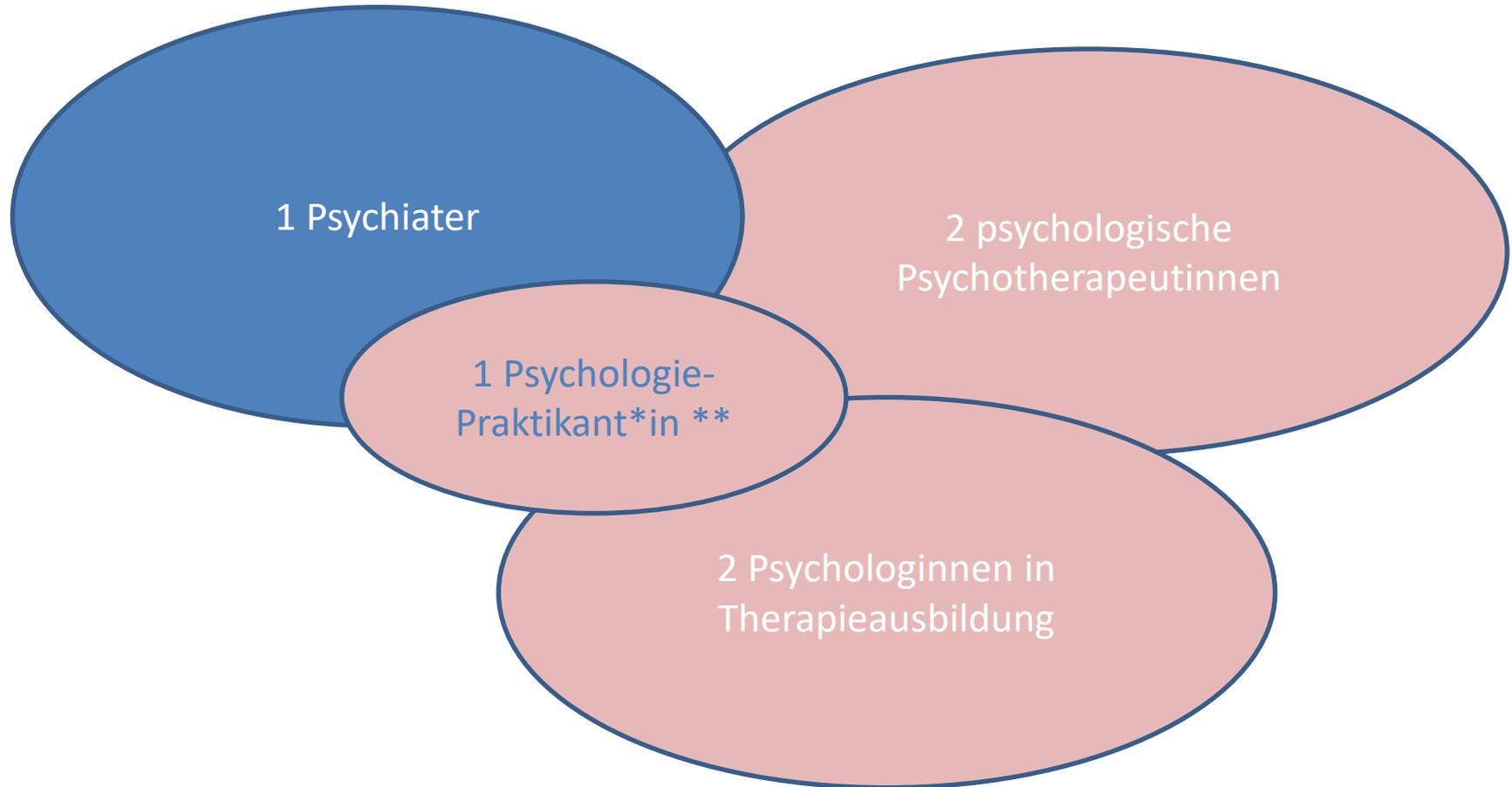
Diagnostik und Therapie am ZSM aus psychiatrischer und psychologischer Sicht

Swiss Pain Society
Österreichische Schmerzgesellschaft
Deutsche Schmerzgesellschaft



Sven Brockmüller
Julia Kaufmann

Prolog: Struktur "PSYCH-TEAM" ZSM



**über die meiste Zeit des Jahres

Schmerzpsychologische Diagnostik und Therapie am Zentrum für Schmerzmedizin



Julia Kaufmann, MSc

Psychologische Psychotherapeutin ZSM

SIG Schmerzpsychologie SPS

Fachpsychologin für Psychotherapie FSP

24.04.2021

Fragebögen und Diagnostik

- Vor Erstkontakt: Pat. füllen Fragebogen aus
- Orientiert an deutschem Schmerzfragebogen
 - Chronifizierungs-Stadium nach Gerbershagen (Schmerzchronifizierung)
 - CPG nach von Korff (Beeinträchtigung/Schwere)
 - DASS (Depression, Angst, Stress)
 - FW7 (Wohlbefinden)
 - SBL (affektives Schmerzerleben)
- Tampa-Scale of Kinesiophobia (Bewegungsangst)



Fragestellungen und Diagnostik

- Erstgespräch:
 - Teamaufnahme
 - Psychologisches Konsil
- Diagnostik nach ICD-10
- Psychotherapie indiziert?
- Einzel- und/oder Gruppensetting?
- Stationär oder ambulant?
- Am ZSM oder extern?
- Ggf. Fragestellungen wie z.B. vor SCS-/Pumpenimplantationen
- Interdisziplinärer Austausch



**Individuelles Fallverständnis
-> Individuelle Therapieansatzpunkte**





Zentrum für
Schmerzmedizin

Angebote im Einzelsetting am Zentrum für Schmerzmedizin

Psychotherapie im Einzelsetting

Individuelle Psychotherapie, verschiedene Methoden, z.B. ...

Kognitive Verhaltenstherapie

Edukation zu
Schmerzbewältigung

usw.

Entspannungsverfahren

Klärungsorientierte Verfahren

Emotionsfokussierte Therapie

Körperpsychotherapeutische
Methoden

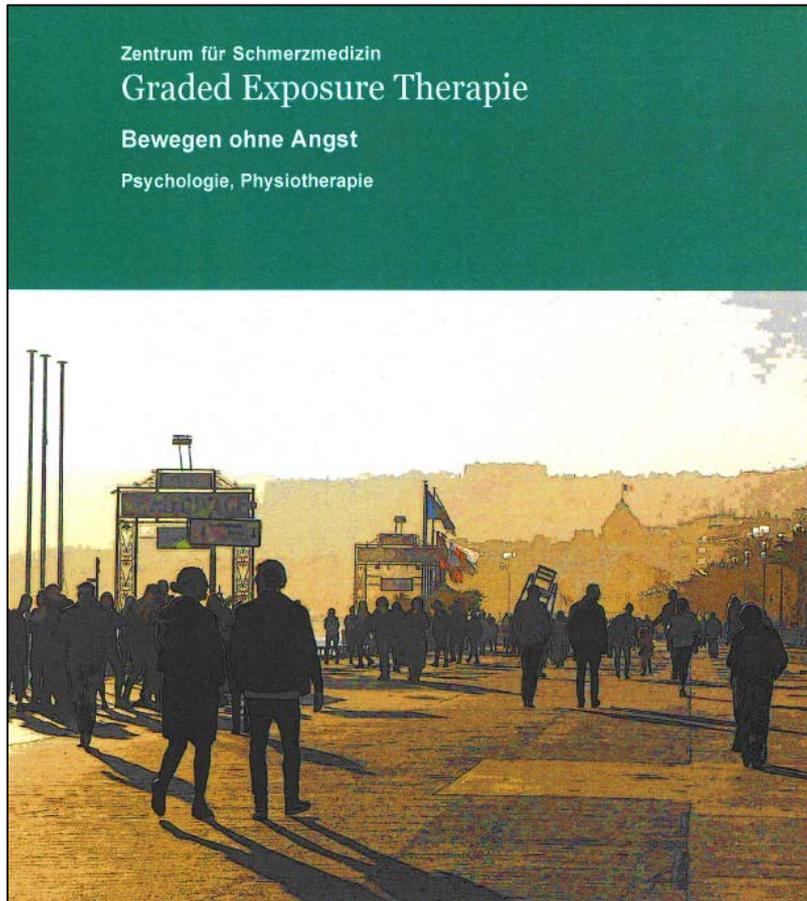
Achtsamkeit

Traumatherapeutische Ansätze

Positive Psychologie

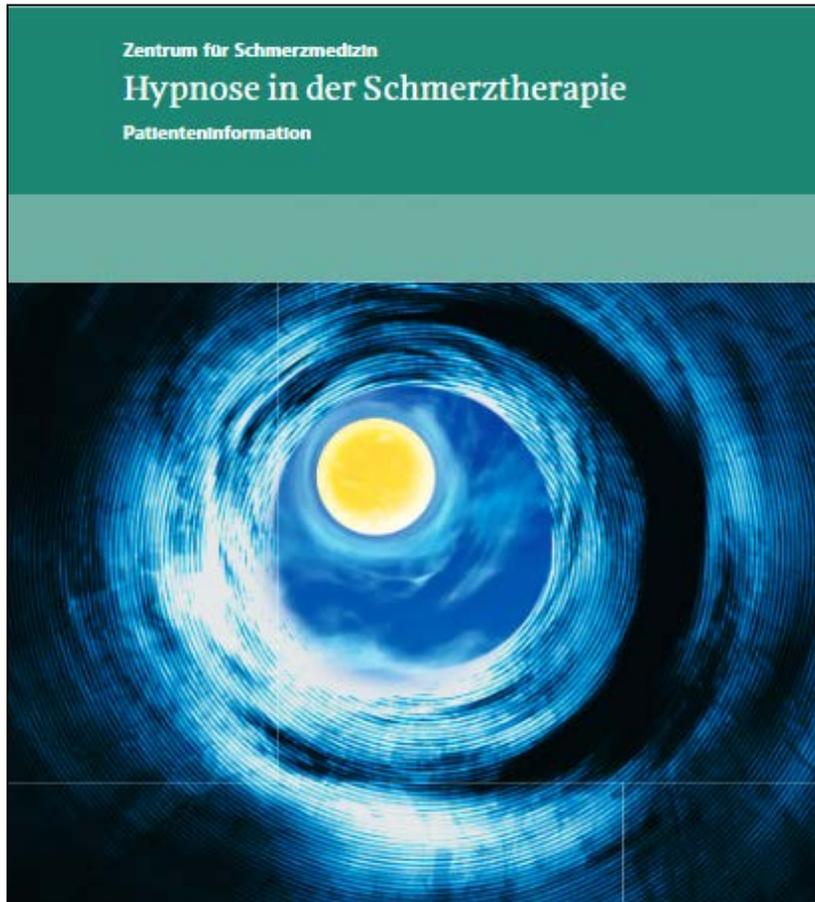
Hypnotherapeutische Elemente

Systemischer Ansatz



Graded Exposure

- PHODA-Scale
- Schrittweise Konfrontation mit Bewegungsangst
- Physiotherapie und Psychologie gemeinsam



Hypnose

- Hypnotherapeutische Methoden eingebettet in Psychotherapie
- Medizinische Hypnose von ärztlicher Seite



Zentrum für
Schmerzmedizin

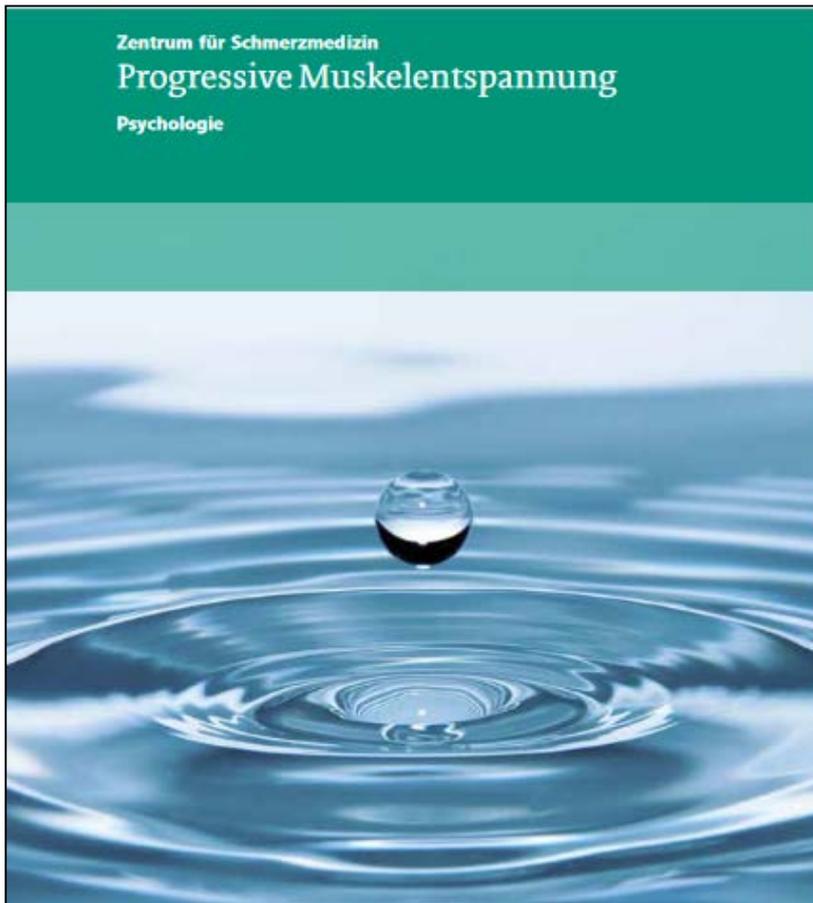


Biofeedback-Therapie



Zentrum für
Schmerzmedizin

Angebote im Gruppensetting am Zentrum für Schmerzmedizin



Entspannungsgruppe

- 6 Termine
- Inhalte:
 - Einführung
 - Langversion
 - Kurzversion
 - Imagination: «Ort der Ruhe und Entspannung»



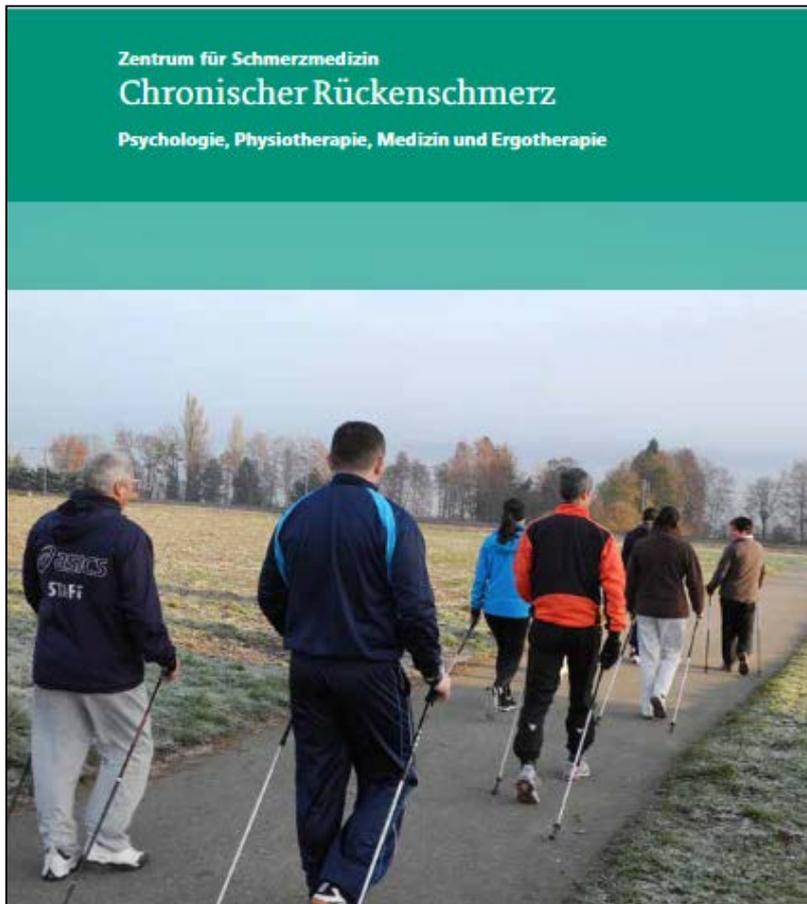
Schmerzbewältigungsgruppe (SBG)

- 12 Termine
- Inhalte:
 - Schmerzchronifizierung
 - Schmerzakzeptanz
 - Schmerz und Stress
 - Depression und Angst
 - Unter-/Überforderung
 - Nein-sagen
 - Ablenkung, Genussstraining
 - Angehörigenanlass
 - Problemlösetraining
 - Entspannungstraining



Bauchschmerz-Bewältigungsgruppe (BSBG)

- 12 Termine
- Inhalte:
 - Ähnlich wie bei SBG
 - Zusätzlicher Themenblock:
 - Sexualität
 - Partnerschaft
 - Kinderwunsch
 - Ebenfalls Angehörigenanlass
 - Jeweils 30min Physiotherapie



Wochenprogramme

- 1 Woche
- Interdisziplinär
 - Ärztlich
 - Physiotherapeutisch
 - Psychologisch
 - Ergotherapeutisch
- Psychologische Inhalte
 - Schmerzchronifizierung
 - Akzeptanz
 - Schmerz und Stress
 - Über-/Unterforderung
 - Problemlösetraining
- Ähnlich aufgebaut:
 - Schmerzwoche für Rollstuhlfahrer*innen
 - Rücken-/Nacken-/Kopfschmerz



Achtsamkeitsbasierte Schmerzbewältigungsgruppe (ABSG)

- 6 Termine
- Physiotherapie und Psychologie
- Inhalte:
 - Basierend auf MBSR
 - Z.B.
 - Rosinenübung
 - Atemmeditation
 - Body-Scan
 - Yoga-Übungen
 - etc.

Zentrum für Schmerzmedizin
Multikulturelle Schmerzbewältigung
Psychologie und Bewegungstherapie



Multikulturelle Schmerzbewältigungsgruppe (MUKU)

- Teilnahme 1 Jahr
- Wöchentliche Termine
- 30min Physiotherapie
- 30min Psychologie

- Für Patient*innen mit wenig Deutschkenntnissen
- Einfache Sprache
- Viel praktisches Üben
- Ggf. Ergänzt durch Einzeltherapie
- Fokus: Umgang mit Schmerz, Aktivität, Sozialkontakte

Zentrum für Schmerzmedizin

Interdisziplinäre, multimodale Schmerztherapie (IMST)

stationär



Interdisziplinäre, multimodale Schmerztherapie (IMST) stationär

- 3 Wochen
- 8 Teilnehmende
- 7mal 90min Psychologie im Gruppensetting
 - Schmerzchronifizierung
 - Akzeptanz
 - Schmerz und Stress
 - Körper und Emotion
 - Selbstfürsorge
 - Nein-sagen
 - Ablenkung/Positive Psychologie
 - Problemlösetraining
- Einzelgespräche

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Schmerzpsychiatrische Diagnostik und Therapie am Zentrum für Schmerzmedizin



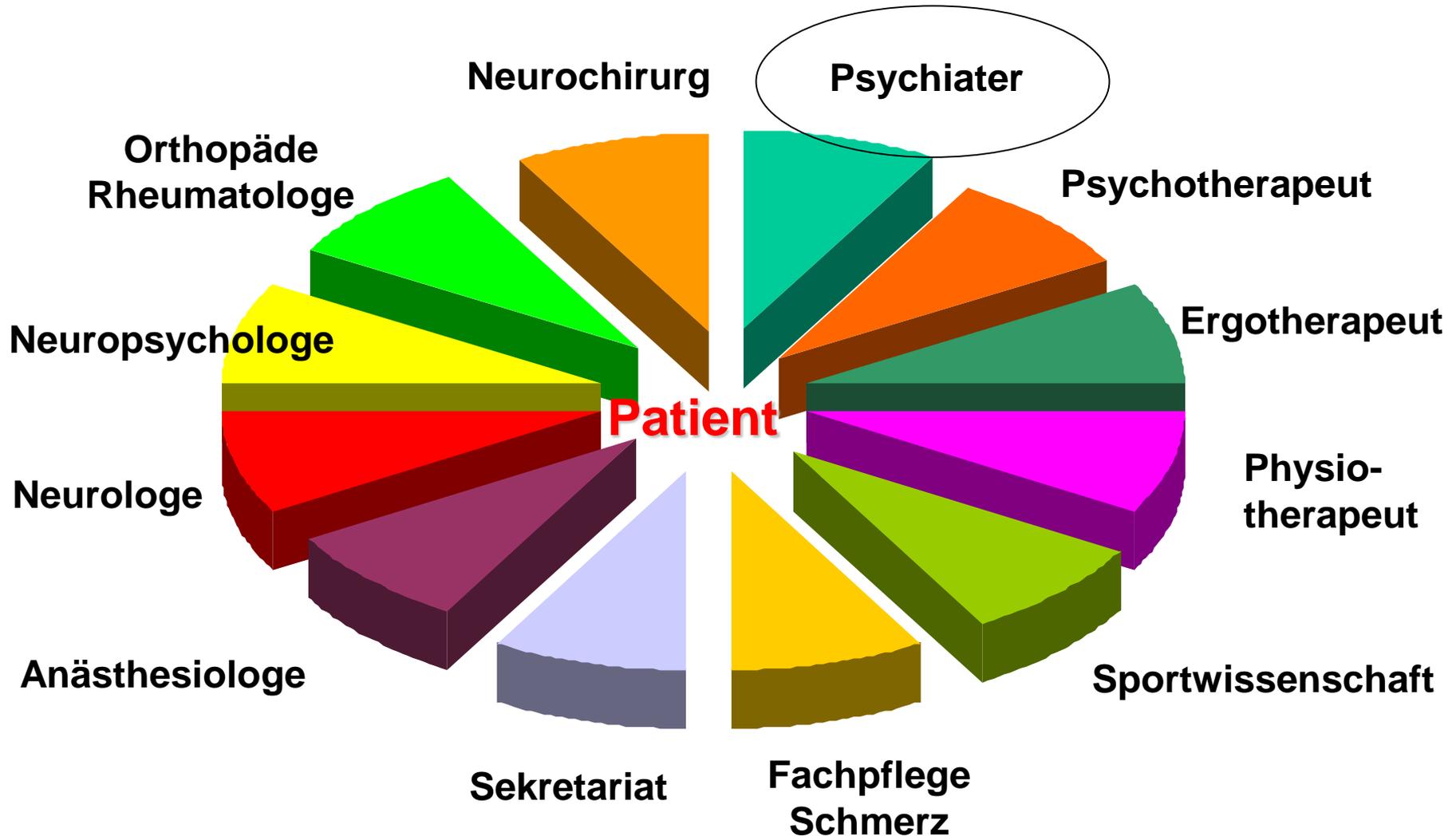
Dr. med. Sven Brockmüller, MSc

Leitung psychiatrisch-psychologische Schmerzmedizin ZSM
Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (D)
MSc für interdisziplinäre Schmerzmedizin
Board member SPS
SPS Schmerzspezialist® (CH)
Spezielle Schmerztherapie (A)



24.04.2021

Zentrum für Schmerzmedizin – ein interdisziplinäres Team



Rationalen für die Einbindung eines Psychiaters in der Schmerztherapie

Warum sollte ein multimodal arbeitendes Schmerzzentrum einen Psychiater in das Behandlerteam einbinden?





Insbesondere **Schlafstörungen**, **Depressionen** und **Angststörungen** sind häufig anzutreffende psychische Komorbiditäten bei chronischen Schmerzpatienten, deren Erkennung und leitliniengerechte Behandlung im Sinne eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells einen wesentlichen Faktor in der Gesamtprognose darstellen. Ein weiteres – nicht unerhebliches Problem - stellt der **inadäquate Gebrauch von Opioidanalgetika** dar.



Hierbei kommt der **Psychopharmakologie** eine wesentliche Rolle zu, zum einen bezüglich der Anwendung als Psychopharmakon im eigentlichen Sinne zur Behandlung der psychiatrischen Begleiterkrankung selbst, zum anderen in der Anwendung als schmerzmodulierendes und -hemmendes Co-Analgetikum.



Idealerweise lassen sich beide Behandlungsstränge verknüpfen, was eine entsprechende **Expertise auf psychiatrischen und schmerztherapeutischen Fachgebiet** voraussetzt, insbesondere in Bezug auf den Einsatz der vorwiegend geeigneten Antidepressiva, einschliesslich derer Nebenwirkungs- und Interaktionsraten.

| Substanz | Pharmakologische Eigenschaften | Halbwertszeit (h) | Appl.Intervall, Einzeldosis / Max. Dosis pro Tag (mg) | Initialdosis (mg/Tag), Titrationsdauer, Morgen/Abend | Wichtigste UAW u. Indikationseinschränkungen | Sonstige Bemerkungen / Hinweise |
|---|--|----------------------------|---|--|--|---|
| Amitriptylin | Etwa gleich starke Hemmung der NA- und 5-HT-Wiederaufnahme, stark ausgeprägte antiadrenerge, anticholinerge und antihistaminerge Wirkung | 10 - 72 (retard) | 1x 25–75 /75 | 25 langsam steigern Abend | KI: Herzinsuff., gravierende Arrhythmien NW: anticholinerg/muskarinerge Wirkung am Auge, Glaukomauslösung (Engwinkel), Miktionsstörungen, Mundtrockenheit, Obstipation, Tachykardie, Appetitsteigerung, Impotenz, Libidoverlust | Am meisten untersucht und verbreitet, sedierend, hohe Abbruchquote wegen Nebenwirkungen |
| Doxepin | NA- etwas stärker als 5-HT-Wiederaufnahmehemmung, starke antihistaminerge Wirkung, anticholinerge und α 1-antagonistische Effekte | 15 - 20 (Metabolit bis 80) | 1x 10-100 /100 | 10 langsam steigern Abend | Analog zu Amitriptylin (strukturchemische Ähnlichkeit) | Etwas weniger sedierend als Amitriptylin |
| Nortriptylin (nicht mehr in CH erhältlich) | Stärkere Hemmung der NA- als der 5-HT-Wiederaufnahme | ~30 | 1x 25-100 /100 | 10-25 langsam steigern Abend | s. Amitriptylin, allerdings weniger anticholinerg | Deutlich weniger sedierend als Amitriptylin; morgendliche Gabe, falls Schlafstörungen auftreten; gute Alternative zu Amitriptylin |
| Trazodon | SSRI, postsynaptischer 5HT 2A-Antagonismus (Anxiolyse), α 1 + α 2-Antagonismus (prosexuelle Wirkung) | 7-9 | 1x50 - 150/150 | 25-50 langsam steigern Abend | Orthostatische Hypotonie, Priapismus | Gute schlafanstossende Wirkung, meist gute Verträglichkeit |
| Venlafaxin | Im unteren Dosisbereich (75 mg) SSRI-Wirkung, später zusätzlich noradrenerg (keine Sedierung) | 9-14 | 1x150 - 225/225 | 37,5 langsam steigern Morgen | Blutdruck-Erhöhung, Hyperhidrose | Häufig deutliche Absetzeffekte bei Beendigung der Therapie, duale Wirkung erst ab ~100mg |
| Duloxetin | Ausgeglichenes noradrenalin-serotonin selektives AD | 8 - 17 | 1 - 2x60/120 | 30 über Tage steigern Abend | Nausea in der Eindosierungsphase | Beginn mit Abenddosis wg. Nausea, im Verlauf Hauptdosis am Morgen |
| Mirtazapin | Noradrenalin-serotonin selektives (5-HT 1A)-Antidepressivum (Sedierung) | 20 - 40 | 1x15 - 45 | 7.5 - 15, über Tage steigern Abend | Sehr häufig Gewichtszunahme!!! | Sehr verbreitet, wenn auch weniger durch Studien gesichert, Alternative zu Amitriptylin |

Übersicht der am häufigsten eingesetzten co-analgetisch wirksamen Antidepressiva, Dosierungen in Bezug auf Anwendung in der Schmerztherapie



Schmerztherapie mit Opiaten... *Wie die Zeiten sich ändern...*

Mindach 2000: Lehrbuch-Einschätzungen in Deutschland

Ältere Auflage: «Bei ausreichender und zeitkontingenter Dosierung kann sich eine psychische Abhängigkeit nicht entwickeln. In der Literatur ist diese Tatsache hinreichend belegt.»

«Bei Schmerzpatienten kommt es zu keiner psychischen Abhängigkeit. Der Krebspatient verlangt eine erneute Opioidgabe nicht wegen der psychischen, sondern wegen der schmerzlindernden Wirkung»

«Opioide zum Zweck einer Schmerztherapie führen weder zur Toleranz- noch zur Abhängigkeitsentwicklung »

Zenz/Jurna (1993)
Lehrbuch der
Schmerztherapie

Striebel (1999)
Therapie chronischer
Schmerzen

Freye (1999)
Opioide in der Medizin

Systematische Prüfung von 38 Schmerzstudien, publiziert in „Pain“ im Jahre 2015



Zentrum für
Schmerzmedizin

Fehlgebrauchsraten **21 % bis 29 %**: Die Opioidanwendung entspricht nicht dem angewiesenen oder verordneten Anwendungsmuster, unabhängig vom Vorhandensein oder Nichtvorhandensein negativer oder unerwünschter Auswirkungen.

Missbrauch: Absichtliche Anwendung des Opioids für einen nicht-medizinischen Zweck, z. B. zur Herbeiführung von Euphorie oder zur Veränderung des Bewusstseinszustands.

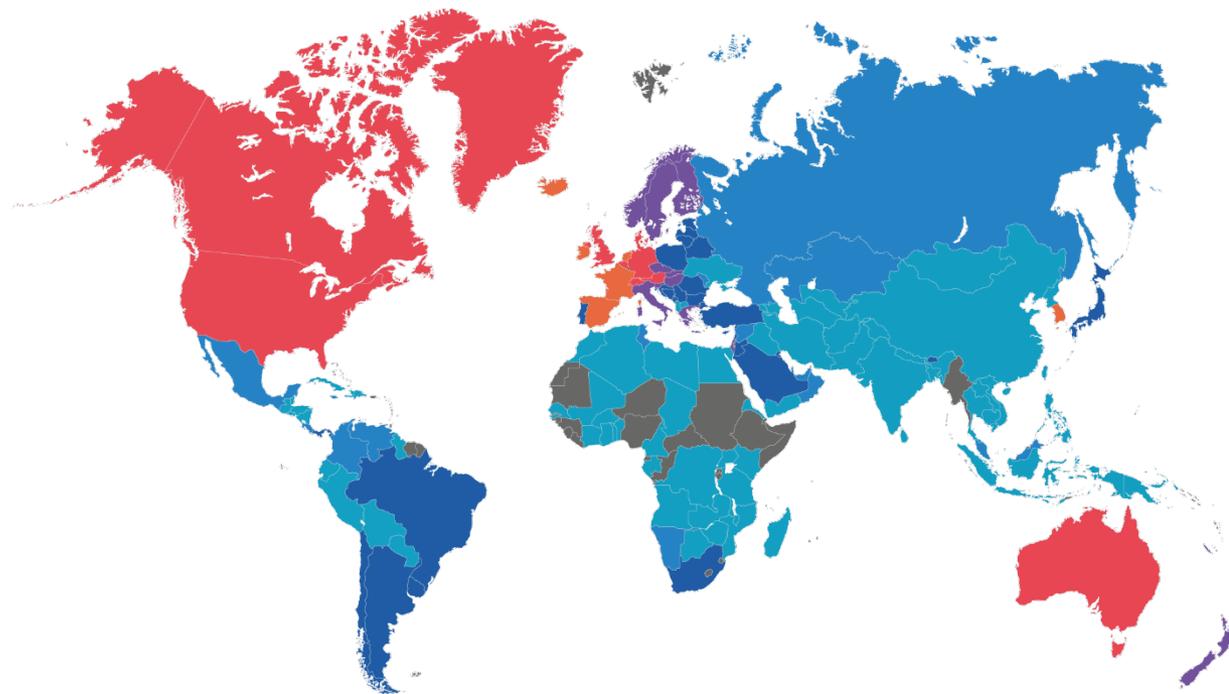
Abhängigkeitsraten **8 % bis 12 %**: Muster einer kontinuierlichen Anwendung mit Erleben schädlicher Auswirkungen oder nachweislichem Potenzial dafür (z. B. „Beeinträchtigte Kontrolle über Substanzgebrauch, zwanghafte Anwendung, anhaltende Anwendung trotz schädlicher Auswirkungen und starkes Verlangen“).

Kevin E. Vowles, Mindy L. McEntee, Peter Siyahhan Julnes, Tessa Frohe, John P. Ney, David N. van der Goes, Pain, 2015

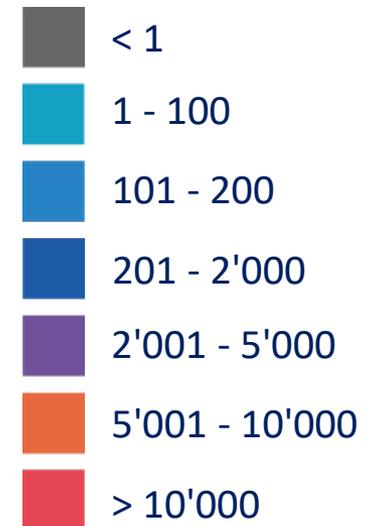


Weltweiter Opioidverbrauch (2010-2012)

Die Schweiz zählt zu den 10 Ländern mit dem höchsten Opioidverbrauch



Verbrauch in S-DDD*



*Definierte Tagesdosen für statistische Zwecke (S-DDD) pro Million Einwohner pro Tag

International Narcotics Control Board, <https://www.incb.org/incb/fr/narcotic-drugs/Availability/availability.html>

Entzug von Opioidanalgetika Ambulant oder stationär?

Ambulant nur bei:

- niedrigen Opioiddosierungen
- kurzem Einnahmeintervall
- fehlenden internistischen Begleiterkrankungen
- hoher Motivationslage



Bevorzugt stationäres Setting

Voraussetzungen für die Durchführung eines Opioidentzugs im SPZ/ZSM?



Positiver Teamentscheid unter Einbezug der folgenden Fachpersonen /Fachbereiche

- Psychiatrie: Indikation+, Motivation+, Kontraindikationen-
- Psychologie: Klärung der stationären Begleitung im Rahmen eines multimodalen Settings (SzBewältigung, Akzeptanz, Entspannung, BFB, ...)
- Physiotherapie: Klärung der Optionen Gruppenprogramme Physio sowie ggf. Einzeltherapie im Rahmen eines multimodalen Settings
- Akupunktur: NADA im Rahmen eines multimodalen Settings
- Hypnose: Hypnotherapie im Rahmen eines multimodalen Settings
- Anästhesiologie: Klärung der Indikation, Ausschluss von Kontraindikationen krankheitsspezifischer Interventionen einschliesslich Ketamininfusionen

Wird ein positiver Teamentscheid getroffen...



Planung der stationären Therapie

Administratives

Stationäre Behandlung auf einer Bettenstation des SPZ

Geplante Dauer und SWISS-DRG-Code:

- 19 bis 21 Tage bei Opioidentzug (SWISS-DRG A92A (ab 14 Tagen „multimodale Schmerztherapie“); Voraussetzungen: 14-20 Behandlungstage, mind. 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon mind. 10 Einheiten psychotherapeutische Verfahren
- ggf max bis 13 Tage bei reiner Substitution (SWISS-DRG A92B), anzustreben ist eine Aufenthaltsdauer von max. 5 Tagen (Montag bis Freitag).

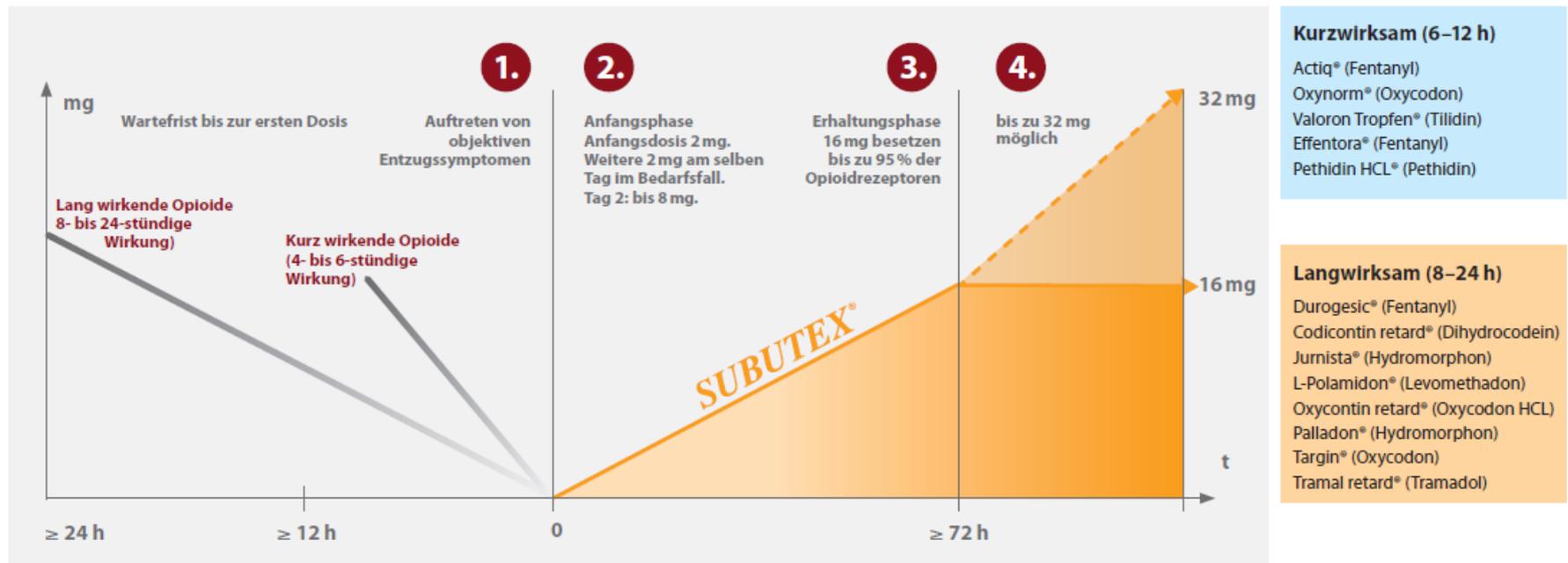
Verantwortlichkeit

Die ärztliche Verantwortung liegt beim Zentrum für Schmerzmedizin (ZSM). Entsprechend der ambulanten Anbindung des Patienten an das ZSM ist ein Hauptbehandler festgelegt; Patienten mit dem Ziel des Opioidentzugs oder der –substitution werden zusätzlich intensiv vom zuständigen Psychiater (Dr. Sven Brockmüller) begleitet.



Substitutionsgestützte Behandlung bei Opioidabhängigkeit

Schnell und wirksam einstellen¹⁻³



Vor der Einstellung auf Subutex® sollte die jeweils letzte Opioidaufnahme ausgesetzt werden

Voraussetzungen für eine substitutionsgestützte Behandlung

- Vom Kantonsarzt erteilte Betäubungsmittelbewilligung
- Vom Kantonsarzt erteilte Bewilligung der substitutionsgestützten Behandlung
- Abschlussbericht über die substitutionsgestützte Behandlung für den Kantonsarzt
- Dreifachausstellung des Betäubungsmittelrezepts
- Einwilligungserklärung des Patienten nach vorangegangenem Aufklärungsgespräch
- Abgabe der substitutionsgestützten Behandlung durch den Arzt oder eine Apotheke
- Abgabe für das Wochenende oder bis zu 7 Tage an stabile Patienten

BetmG Art. 3d, 3e und 3f

SSAM, Medizinische Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit 2012

BAG, substitutionsgeschützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit, 2013

Meldung "Off Label Use" kontrollierter Substanzen

Die Abgabe oder die Verordnung einer als Arzneimittel zugelassenen kontrollierten Substanz (Betäubungsmittel und psychotrope Stoffe) für eine andere als die zugelassene Indikationen und/oder das Überschreiten der maximal zugelassenen Dosierung, sind der Dienststelle Gesundheit innerhalb von 30 Tagen zu melden (Art. 11 Abs. 1 bis BetmG und Art. 49, 50 BetmKV).

1 Angaben zum Arzt

Praxisstempel oder handschriftliche Adressangaben (in Blockschrift)

.....
.....
.....

GLN-Code:

(EAN-Nummer - www.medreg.admin.ch)

.....

2 Angaben zum Präparat

Bezeichnung

(eingetragene Handelsname/Wirkstoff)

.....

Zulassungsnummer

(Swissmedic)

.....

Packungsgrösse (Menge/Dosierung)

(Bsp. 20 Tbl. à 5 mg)

.....

Tagesdosis (Verschreibung)

(Schema)

.....

Dosierung abweichend von der Fachinformation? Nein Ja

Indikation abweichend von Fachinformation Nein Ja

Indikation Substitutionsbehandlung Nein Ja → vgl. Hinweis

Ort, Datum: Unterschrift Arzt:

→ Bitte Meldeformular ausgefüllt und von der unterzeichnet per Post zustellen an:
Dienststelle Gesundheit und Sport, Meyerstrasse 20, Postfach 3439, 6002 Luzern
Es werden keine Eingangsbestätigungen versandt.

Hinweis

Die Verschreibung, die Abgabe und die Verabreichung von Betäubungsmitteln¹ zur Behandlung von betäubungsmittelabhängigen Personen sind bewilligungspflichtig (Art. 3e Abs. 1 BetmG).

Handelt es sich bei der Indikation des Off Label Use um eine betäubungsmittelgestützte Behandlung („Substitution“), ist ein entsprechendes Gesuch an die Dienststelle Gesundheit und Sport zu stellen (§ 6 Abs. 1 kBtmV).

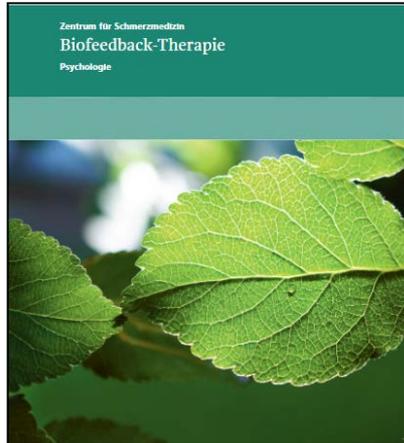


Voraussetzungen für eine „Rotation“ auf Subutex:

Kanton Luzern (!)

entsprechend Vereinbarung mit Kantonsarzt

Biofeedback-Therapie



Def: ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren, bei dem körperliche Prozesse, die nicht oder nur ungenau wahrgenommen werden, rückgemeldet und damit bewusst gemacht werden.

- Die mit technischer Hilfe registrierten physiologischen Prozesse werden in grafischer oder akustischer Form dargestellt.
- Positive Änderungen dieser Körperfunktionen werden verstärkt .
- Hauptziel von Biofeedback ist die Entwicklung von **Selbstkontrolle** über körperliche Prozesse sowie Förderung der **Selbstwirksamkeit**.



Wirkmechanismen



Erlernen von Kontrolle über Körperfunktionen

Die zu beobachtenden Effekte einer BFB-Behandlung lassen sich nicht allein dadurch erklären, dass der Patient lernt, eine bestimmte Körperfunktion selbst zu kontrollieren.

Verbesserung der Wahrnehmung körpereigener Prozesse

Durch BFB kann die Selbstwahrnehmung gezielt geschult und verbessert werden.

Erlernen eine allg. Entspannungsreaktion

Effekt durch BFB bleibt häufig nicht auf die rückgemeldete Körperfunktion beschränkt, sondern generalisiert – dadurch erlernen die Patienten eine allg. Entspannung i.S. einer Deaktivierung mit positiven Effekten auf eine bestehende Symptomatik.

Veränderung kognitiver Überzeugungen

Selbstwirksamkeitserwartungen: Überzeugung, die Symptomatik aktiv beeinflussen und verändern zu können.

Demonstration psychophysiologischer Zusammenhänge

Dadurch können Patienten ihre persönlichen Einstellungen und Verhaltensweisen hinterfragen.

Optimistische Grundeinstellung zur Behandlungsmethode

Der Optimismus des Therapeuten in Bezug auf die Effektivität der Behandlungsmethode ist eine wesentliche Wirkvariable in der Psychotherapie.

Hohe Compliance und Motivation

Viele Patienten stehen dem BFB wegen ihrem medizinisch-technischen Anstrich aufgeschlossener gegenüber als rein psychologischen Interventionstechniken – BFB kann deshalb eine wichtige **Eisbrecher-Funktion** einnehmen.

Aufbau einer positiven Therapeut-Patient-Beziehung

Positive Interaktion zwischen Therapeut und Patient als wichtige zusätzliche Wirkvariable.



Biofeedback – Evidenzbasierung

Aus: Windthorst et al. 2015

Tab. 1 Auswahl an Anwendungsbereichen für die Bio- und Neurofeedbacktherapie in Verbindung mit möglichen Trainingsparametern und orientierender Einschätzung der Wirksamkeit nach derzeitigem Stand.

| Beschwerdebild | Trainingsparameter | Wirksamkeit |
|--|-----------------------------------|-------------|
| Adipositas [32] | SCL | (+) |
| Asthma bronchiale [20] und chronisch obstruktive Lungenerkrankung [33] | Atmung, EMG, HRV, RSA | (+) |
| chronischer Rückenschmerz [34] | EMG | (+) |
| chronisches Erschöpfungssyndrom | RSA | (+) |
| Depression [35, 36] | EEG, HRV | + |
| Enuresis nocturna | Feuchtigkeitssensor | + |
| Epilepsien | EEG | + |
| essenzielle Hypertonie [28, 37] | Atmung, BP, Temperatur, RSA | (+) |
| Fibromyalgie [18] | EMG | + |
| generalisierte Angststörung [38] | EEG | + |
| Harninkontinenz | Ballonkatheter, EMG | + |
| kraniomandibuläre Dysfunktion [39] | EMG | + |
| Kopfschmerzen vom Spannungstyp [22] | EMG | + |
| Migräne [40] | EMG, Temperatur, Vasokonstriktion | + |
| Panikstörung [41] | Atmung, pCO ₂ | + |
| posttraumatische Belastungsstörung [42] | EEG, EMG, HRV, SCL, Temperatur | (+) |
| Raynaud-Symptomatik | Temperatur | (+) |
| Schlafstörungen | EEG, EMG | + |
| sexuelle Funktionsstörungen | EMG | (+) |
| spezifische Phobie | Herzfrequenz, SCL | (+) |
| Stuhlinkontinenz [43] | Ballonkatheter, EMG | (+) |
| Tinnitus [44] | EMG | (+) |

+ = nachgewiesene positive Effekte im Rahmen von mind. 2 kontrollierten randomisierten Studien;
(+) = Hinweise für positive Effekte, nicht ausreichende Studienlage; SCL = Hautleitwert, EMG = Elektromyogramm, HRV = Herzratenvariabilität, RSA = Respiratorische Sinusarrhythmie, BP = Blutdruck, EEG = Elektroenzephalogramm, pCO₂ = Kapnometer

...vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit...

Fragen gerne am Ende der Session...



Anschrift:

Dr. med. Sven Brockmüller, MSc
Zentrum für Schmerzmedizin
Guido-A.-Zäch Strasse 1
6207 Nottwil
Mail: sven.brockmueller@paraplegie.ch