

Multidimensionalität der Schmerzen in der palliativen Betreuung

Dr. med. Gabriela Popescu

M. Sc. Palliative Care

FMH Innere Medizin, IdS Palliativmedizin

Tumor Zentrum Aarau und Hirslanden Klinik Aarau

Schmerzdefinitionen

- Griechisches Altertum:
Corpus Hypocraticus – Odyne, Algos/Algein
- Europäisches Mittelalter (von Aristoteles):
Zentrum der Schmerzempfindung im Herzen
- Renaissance: Rene Descartes (1652)
Das Bio-Medizinische Model: Reiz-Leitung-Zentrum (Gehirn)



- Moderne Zeit: Rene Leriche (1937)
Holistische Wahrnehmung "Der Schmerz ist das Resultat der Interaktion eines Stimulus mit dem ganzen Individuum."

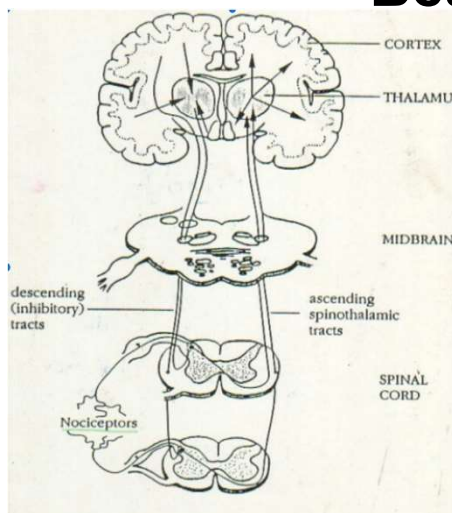
Erstes Mal Definition der "Schmerzkrankheit"



Akute Schmerzen – Chronische Schmerzen

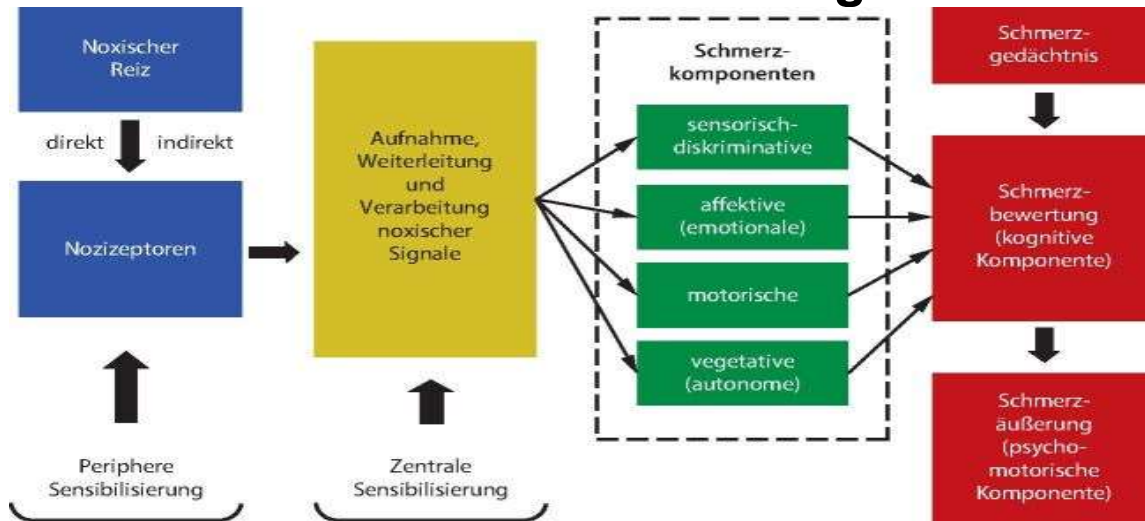
- **Akute Schmerzen**
 - Grenzerfahrung
 - Schützfunktion
 - Formative und adaptative Rolle
- **Chronische Schmerzen**
 - Charakteristika der Schmerzreize: Dauer, Intensität, Art usw
 - Biologische Faktoren – Strukturen und Prozessen
 - Soziale und Kulturelle Elemente
 - Psychologische Aspekte: Behandlungsstrategien, Resilienz, Katastrophisierung usw.

Schmerzentstehung/Übertragung/ Bearbeitung

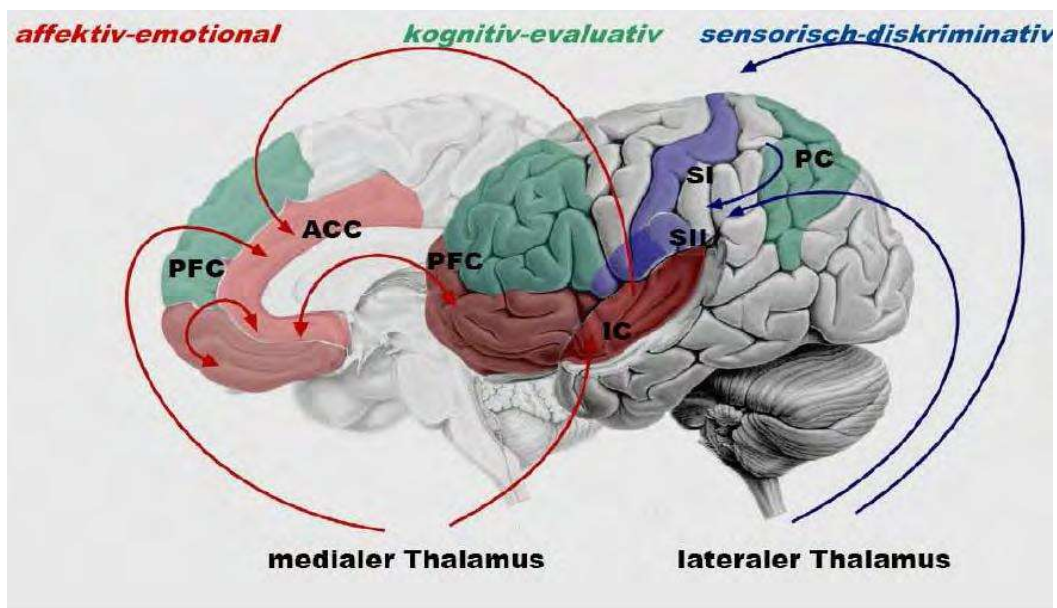


6. Gehirn: zentrale Verarbeitung
5. Aufsteigende Nervenbahnen (Tractus spinothalamicus)
4. Hinterhorn des Rückenmarks
3. Afferente Nervenfasern (A δ - und C-Fasern)
2. Erregung von Nozizeptoren: Sensoren im Gewebe
1. Noxe (lat. noxa, Schaden)
 - mechanische Gewalteinwirkung**
 - Hitze oder Kälte**
 - Mangeldurchblutung von Herzmuskelgewebe**
 - Viele andere Reize, die gewebsschädigend wirken**

Schmerzkomponenten und Schmerzbearbeitung



<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9116983/15.01.2023> Roland Wörz et al. Schmerz in der Sprache, Konzeptionen und Definitionen



<https://docplayer.org/114653328-Grundlagen-des-schmerzes.html>, 15.01.2023

Schmerzbearbeitung Wichtige Konzepte:

Periphere Sensibilisierung:

- Crossover Reaktionen, Allodynie, Hyperalgesie;

Modulierung im Rückenmark:

- Gate Control

NMDA kontrollierte, deszendente, inhibitorische Bahnen

- Dämpfenden Effekt bei zu starken oder dauerhaften Stimuli

Zentrale Sensibilisierung:

- Dauerhafte Schmerzimpulse => **verstärkte** Wahrnehmung, Schmerz-Chronifizierung

Zentrale Schmerzdistanzierung

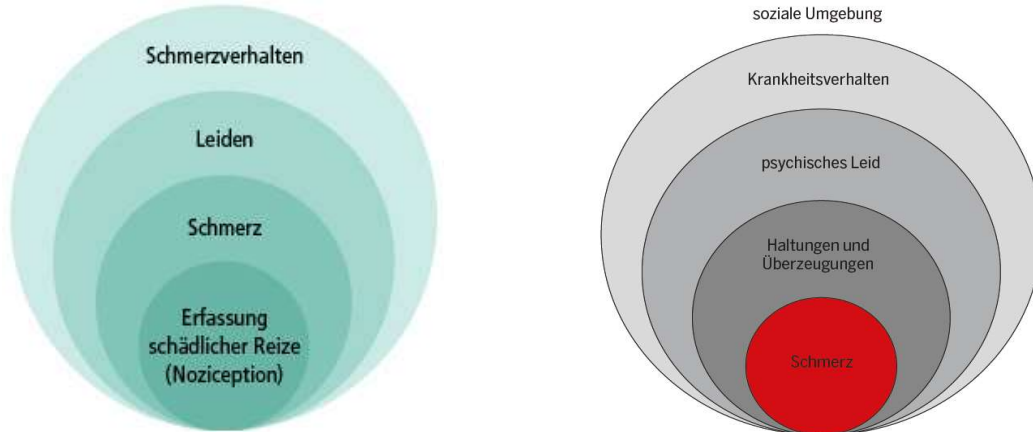
- Rolle der Neuromodulatoren (Endorphine, Endocannabinoide, Oxytocin, "Glückshormonen")

Schmerzelemente

Körperlich:	sensorisch => Lokalisierung motorisch => Schutz-Bewegung, Vermeidung, Funktionsbeeinträchtigung vegetativ=> viszerale/autonome Reaktion neuropathisch peripher/zentral => Wahrnehmung
Psychisch:	affektiv
Kognitiv:	Schmerzerinnerung Schmerzbewertung Schmerzdeutung, uA
Ausdruck:	Verbal Non-verbal

Pain and Suffering Schmerz und Leiden

Das "ZWIEBEL" Model von Loeser und Engel



Bio-psycho-soziales Schmerzmodell



© I.RuB / AK-Patienteninformation
Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Definition nach IASP



Der Schmerz ist ein unangenehmes **Sinnes-** oder **Gefühlserlebnis**, das mit einer aktuellen oder potentiellen Gewebeschädigung einhergeht, oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.

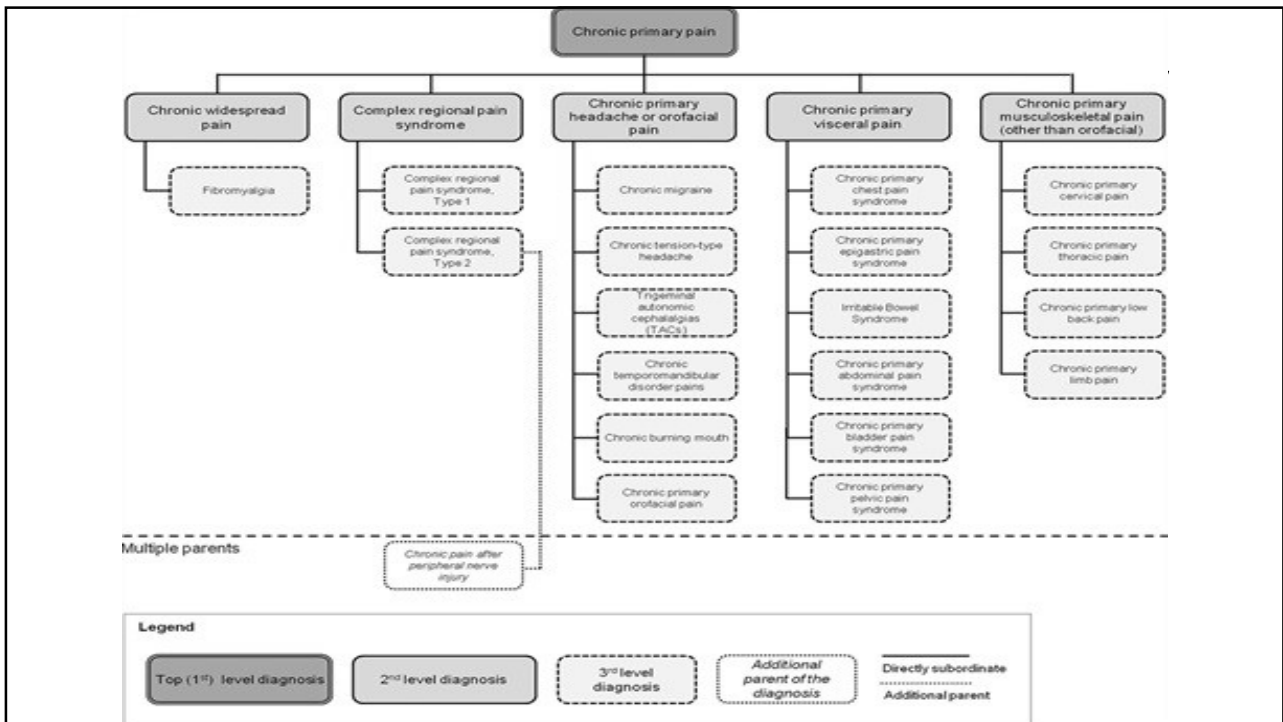
- Der Schmerz ist immer eine persönliche Erfahrung, mehr oder weniger durch biologische, psychologische und soziale Faktoren beeinflusst.
- Der Schmerz gleicht nicht der sensoruellen Schmerzempfindung, der Schmerz kann nicht nur durch die Aktivierung der Empfindungsneuronen erklärt werden.
- Die Individuen lernen durch eigene Lebenserfahrungen die Bedeutung des Schmerzes.
- Die Schmerzbeschreibung soll bei jeder Person wahrgenommen und respektiert werden.
- Auch wenn der Schmerz eine adaptative Rolle spielen sollte, kann er durchaus negative Einflüsse auf Körperfunktion, und auf soziale und psychologische Teile des Lebens ausüben.
- Die verbale Beschreibung ist nur eine aus vielen Arten, den Schmerz auszudrücken. Die Kommunikationsschwierigkeiten schliessen nicht aus, dass ein Mensch oder ein Tier Schmerzen empfindet.

ICD 11 – Erstmalige Kodierung der chronischen Schmerzerkrankung

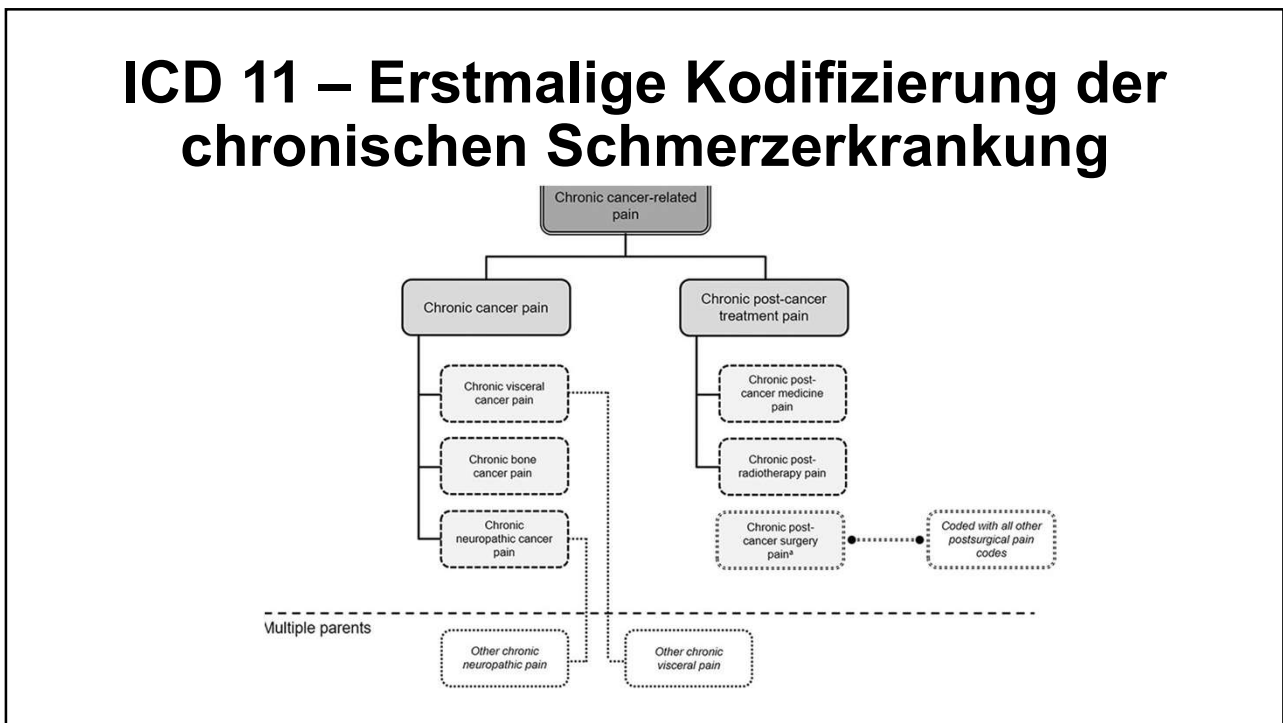
Chronic Primary Pain

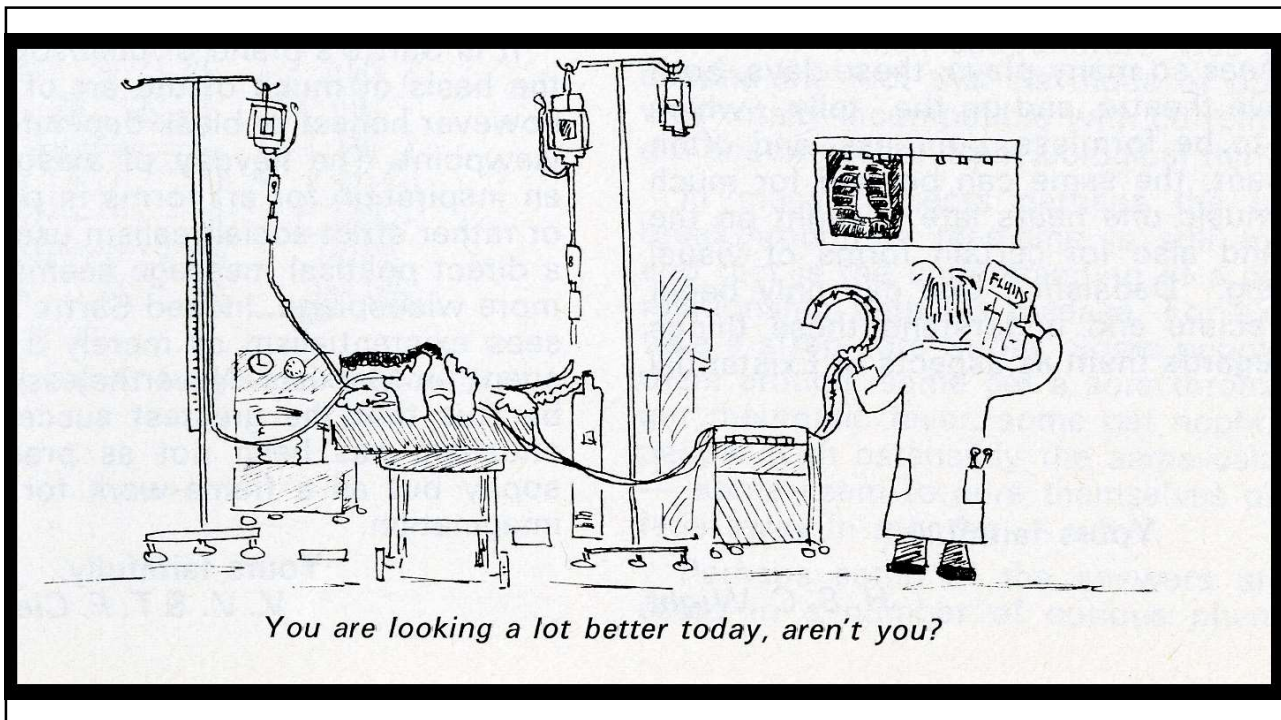
Chronic Secondary Pain:

- Chr Secondary Cancer related Pain
- Chr Secondary Muskuloskeletal Pain
- Chr Secondary Visceral Pain
- Chr Secondary postsurgical/posttraumatical Pain
- Chr Secondary Head and Orofacial Pain
- Chr Secondary Neuropathic Pain



ICD 11 – Erstmalige Kodifizierung der chronischen Schmerzerkrankung





Entstehung eines wichtigen Konzepts in der Palliativen Betreuung

Defining Pain hollistically



Rene Leriche:
Pain is the resultant of the
conflict between a stimulus
and the whole individual.

Defining "Total Pain"



Dame Cicely Saunders
defined the concept of
total pain as the suffering
that encompasses all of a
person's physical,
psychological, social,
spiritual, and practical
struggles.

Entstehung eines wichtiges Konzept in der Palliativen Betreuung

- The use of the word „**total pain**“ was a deliberate attempt to stimulate students and others to look at the various facets of a **dying person's** distress, beyond the requirement for analgesics to the need for **human understanding** and **practical social help**. This does not preclude the use of such drugs, but it puts them into perspective.

Saunders (1984) in „The philosophy of terminal care“. In Saunders C et al. The Management of Terminal Malignant Disease. London. Edward Arnold:232-241

Total Pain das multidimensionelle Konzept in der Palliativen Betreuung



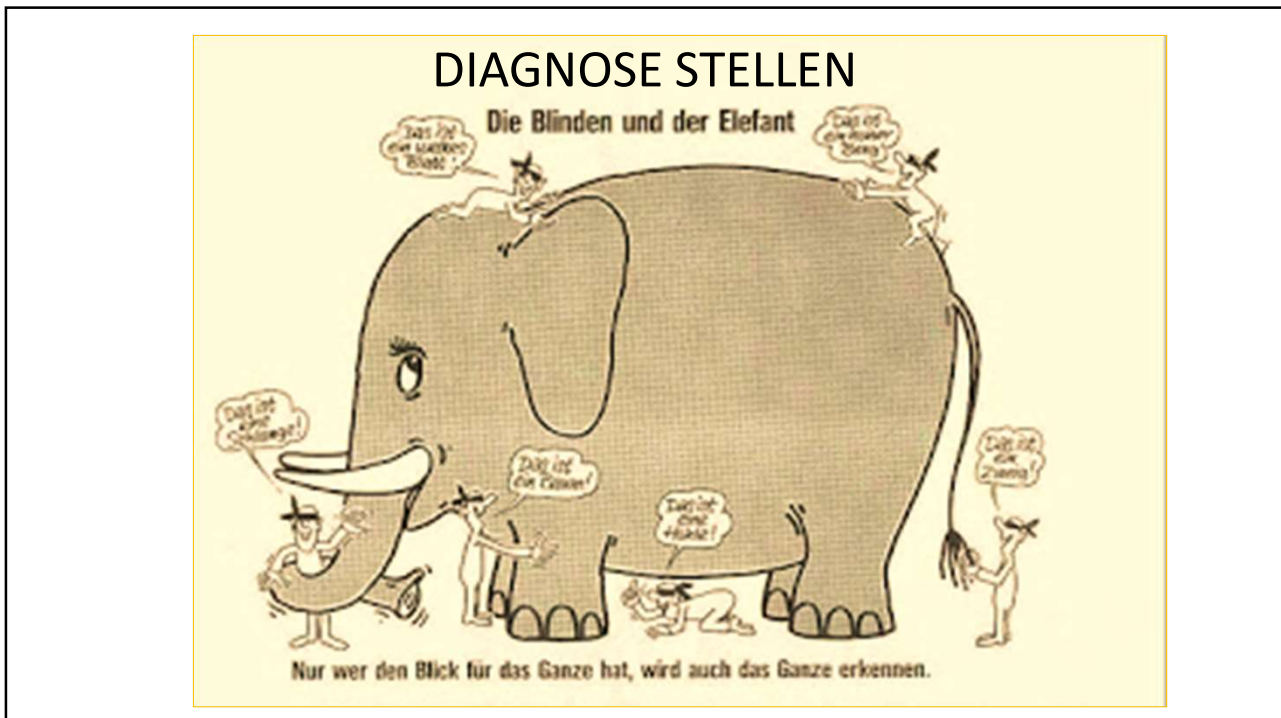
“Ich sehe Dich”

Lassen Sie sich auf eine Palliative Situation ein

- **Dr. Christian Schulz MSc**, *Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin Universitätsklinikum Düsseldorf*
- **Kurze Fallvorstellung: Frau Helga Bergmann**
 - 51 Jahre alt
 - Diagnose: Bronchial Karzinom mit Knochen- und Lebermetastasen.
 - Chemotherapie beendet vor ein paar Wochen.
 - Eintrittsgrund: Akute, unerträgliche Rückenschmerzen.

Ich sehe Dich !





Schmerz Dimensionen

Das Körperliche Element (nozizeptiv, neuropatisch, viszeral)

- Medikamentöse, Chirurgische usw Interventionen, gute Pflege, Physiotherapie

Das Kognitive Element (die Bedeutung der Schmerzen)

- Psychologische und seelsorgerische Interventionen

Das Leiden/die Emotionen

- Psychologische und seelsorgerische Interventionen

Die Sozialen Folgen und Ressourcen (sozialer Umfeld, Existenz Beeinträchtigung)

- sozio-ökonomische Massnahmen

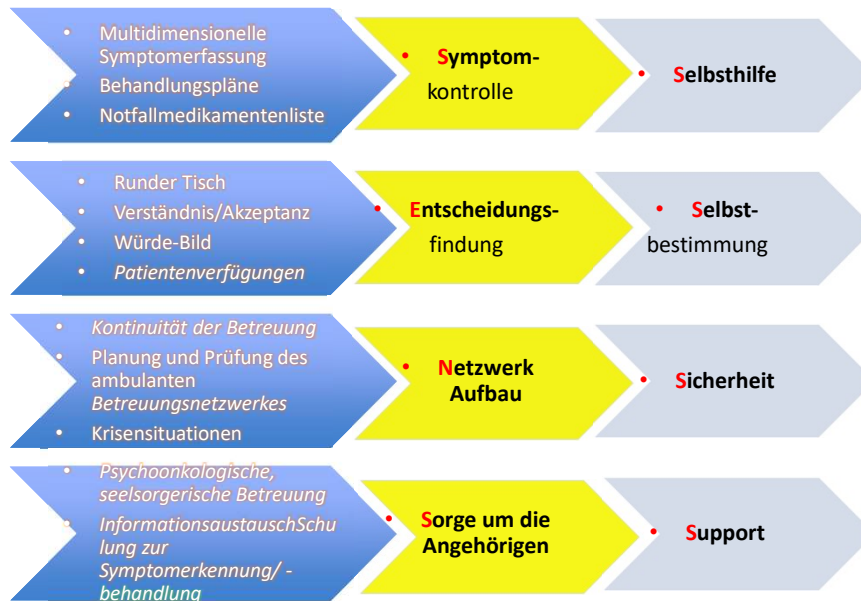
Das multiprofessionelle Palliative Care Team



Interprofessionalität in Palliative Care

- **Zentrum der Behandlung: Menschen** in schwierigen Situationen-Nicht Krankheiten/Organe;
- **Unit of Care**= PatientIn und nächste Angehörige
- **Interprofessionell** zusammen arbeiten heisst:
 - **Verantwortung übernehmen** für
 - **Gemeinsam abgesprochene Entscheidungen** sowie für die
 - **Behandlung und Betreuung**, die darauf folgen und
 - **Informationen austauschen** sowie
 - **Arbeiten koordinieren.**
 (Bryant, Cochrane Review 2000)
- **Interdisziplinär** – intraprofessionell (Ärzte, Pflege, uA)

SENS Algorithmus – Die 4 S



Team-Arbeitsinstrumente

- **Die Palliative Sitzung**
 - Regelmässige Evaluation de Behandlungsplanes und aktueller Schwierigkeiten durch das *Palliative Team*
 - Austausch und Partizipative Entscheidung;
- **Der Runde Tisch**
 - *Patient/in und Angehörigen* treffen das *PC Team*
 - Informationsaustausch, Zuhören, Fragen beantworten; Entscheidungsfindung Prozesse begleiten; Weiterplanen;
- **Intervision/Supervision**

“Ich sehe Dich”

Die Palliative Care Sitzung

- Beobachten Sie die Rollen der Teammitglieder:
 - Pflegeleitung
 - Palliativärztin
 - Pfleger
 - Oberarzt
 - Kunst-therapeutin
 - Seelsorger
- Erkennen Sie Elemente der Vierdimensionalität oder der SENS Algorithmus?

“Ich sehe Dich”

Die Palliative Care Sitzung



Interprofessionalität in Palliative Care Wo kommt sie zum Tragen?

- **Evaluation und Diagnosestellung in Interprofessionalität und Interdisziplinarität:**
 - Komplexe Symptombilder: Total Pain, "Diagnose-Sterben"
 - PatientInnen und Angehörigen werden als eine Einheit, aber auch als Individuen betreut;
- **Entscheidungsfindungsprozessen:**
 - Patient/innen und Angehörigen nehmen unmittelbar Teil an Prozessen wie Behandlung/Entscheidung/Planung; Die Professionellen stehen ihnen beratend bei: Sterbeort, palliative Sedation, künstliche Ernährung, Testament usw
- **Kontinuität der Betreuung dank der Interprofessionalität**

SICHERHEIT- Angstminderung

- Koordination und Kontinuität der Betreuung;
- Betreuungsnetzwerk regelmässig prüfen und nach - Bedarf stärken;
- Wichtig: Antizipation, Krisen Prävention, Notfallpläne;

SORGE UM DIE ANGEHÖRIGEN

- Information, Ängste ansprechen,
- Der Patient „muss“ nichts mehr, darf Vieles aber nicht Alles
- Begleitung in der pre- und postmortale Trauer

Schmerzbehandlung am Lebensende Warum ist es so schwierig?

- Patienten und Angehörige trauern
- Sie haben Angst vor dem nahestehenden Tod
- Sie fühlen sich hilflos in der Schmerz-Behandlung
- Sie haben oft hohe unrealistische Erwartungen
- Sie verstehen das medizinische „Bahnhofsdeutsch“ nicht,
- Kommunikation vielfältig und vielseitig lückenhaft
- Ungenügende Unterstützung der Grundbedürfnisse
- Andere Symptomen werden nicht wahrgenommen

Miettinen TT 1998

Katastrophisieren- kaum zu vermeiden

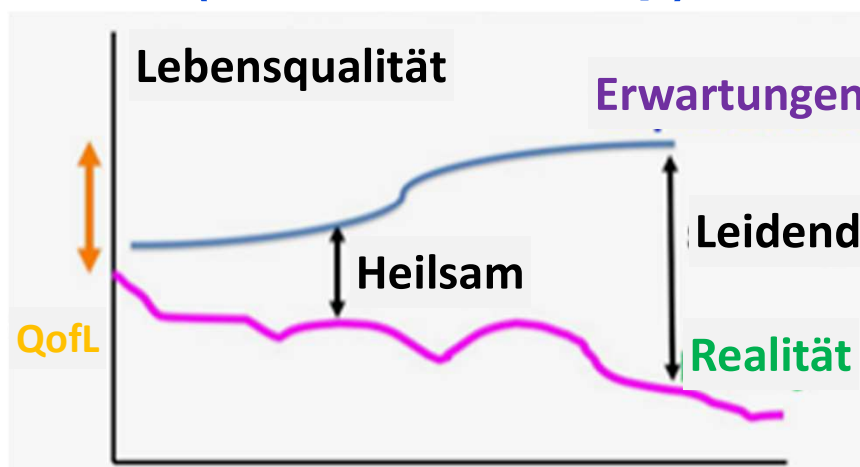
- „Alles tut weh“; „Es schmerzt überall“;
- „ich kann nicht mehr“
- „mein Leben tut mir weh“
- „ich habe Angst zu atmen, da die Schmerzen dann meist kommen“
- „es ist so wie so immer gleich“ „es wird nie mehr besser“
- „was habe ich gemacht, so Schmerzen zu verdienen?“

SELBSTBESTIMMUNG Flucht oder Segen?

Der Patient kann das Steuerrad haben, muss aber nicht !

- Unrealistische Erwartungen ansprechen
 - Calman Gap womöglich minimieren;
- Entscheidungskompetenz durch Infos und Beratung verstärken;
- Keine Selbstbestimmungspflicht !!!!!

Quality of Life (The Calman Gap)



Take Home Messages

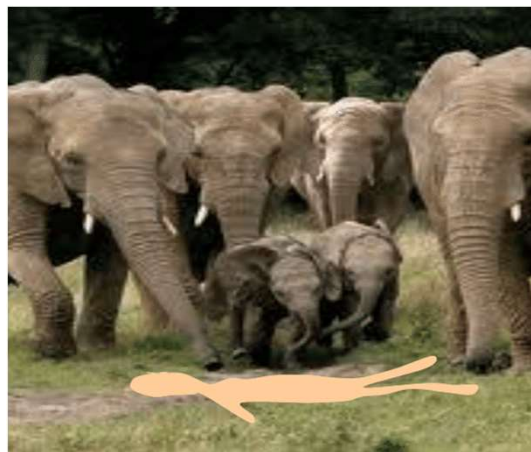
Theoretisches Wissen



Team Geist und Kommunikation

*Alone we are strong...
together we are
stronger*

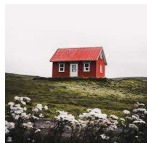
Demut, Empathie, Finesse



Vielen Dank

Ambulant vor Stationär und wieder Ambulant?

Kann es vermieden werden, dass sich eine Schmerz-Situation in der fortgeschrittenen Krankheitsphase verkompliziert?
Was wäre dafür nötig?
Was können die jeweiligen Dienste anbieten?



Und wenn die Patientin wünscht zu Hause zu sterben?

Wer kann die Verantwortung einer häuslichen Betreuung übernehmen?

Was ist dazu nötig?

Was kann angeboten werden?

Stolpersteine?