

Retrospektive Analyse in einer Schmerzambulanz

D. Wettig

Zusammenfassung

Es wurde eine retrograde Analyse von Patientenakten der Schmerzambulanz der Klinik für Anästhesiologie der Universitätsklinik Mainz durchgeführt, in die alle Patienten mit bestimmten Einschlusskriterien der Behandlungsjahrgänge 1996 und 1997 aufgenommen wurden. Dies waren die vier Diagnosegruppen multilokuläre Schmerzen, Rückenschmerzen, Phantomschmerz und Morbus Sudeck (SRD). Das Ziel der vorliegenden Arbeit war, die Frage nach der Häufigkeit von Psychotherapie als ergänzende Therapieempfehlung seitens der Schmerzambulanz herauszuarbeiten.

Schlüsselwörter: Akupunktur, multilokuläre Schmerzen, Rückenschmerzen, Phantomschmerz, Morbus Sudeck (SRD), Psychotherapie, Chronifizierungsstadium, Gerbershagen

Summary

A retrograde analysis of patient files from the out-patient pain department of the clinic for anaesthesiology of the university clinic in Mainz was carried out, whereby all patients from the treatment years 1996 and 1997 who fulfilled certain criteria were included in this study. These were the four diagnostic groups of multilocular pain, dorsalgia, phantom pain and Sudeck's disease (sympathetic reflex dystrophy SRD). The goal of this study was to investigate the frequency of psychotherapy as recommended supplementary treatment on the part of the out-patient pain department.

Key words: acupuncture, multilocular pain, dorsalgia, phantom pain, Sudeck's disease (SRD), psychotherapy

Resumen

Se efectuó un análisis retrógrado de los historiales de pacientes ambulatorios sometidos a un tratamiento para aliviar el dolor en la clínica de anestesiología de la Universidad de Mainz, Alemania. En este análisis fueron incluidos todos los pacientes con determinados criterios de consideración tratados en los años 1996 y 1997. Corresponden a los cuatro siguientes grupos de diagnóstico: dolores multioculares, dolores de la espalda, dolores del miembro fantasma y Morbus Sudeck (SDR). El objetivo del presente trabajo es determinar la frecuencia con la cual se recomienda la psicoterapia como terapia adicional por parte de la ambulancia de pacientes con estos síntomas.

Palabras clave: Acupuntura, dolores multioculares, dolor de espalda, dolor del miembro fantasma, Morbus Sudeck (SDR), psicoterapia, estado de cronificación, Gerbershagen

Im Rahmen meiner Dissertation wurde eine retrograde Analyse von Patientenakten der Schmerzambulanz der Klinik für Anästhesiologie der Universitätsklinik Mainz durchgeführt, in die alle Patienten mit den Diagnosen Multilokuläre Schmerzen, Rückenschmerzen, Phantomschmerz und Morbus Sudeck der Behandlungsjahrgänge 1996 und 1997 aufgenommen wurden. Auf dieser Dissertation basiert ein Großteil des vorliegenden Artikels.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war, die Frage nach der Häufigkeit von Psychotherapie, parallel zu anderen Therapieempfehlungen, herauszuarbeiten. Des Weiteren sollten Faktoren beleuchtet werden, die die Empfehlung von Psychotherapie (hier: methodenübergreifende Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, Psychoanalyse und Entspannungungsverfahren [JACOBSON oder Autogenes Training]) bei den Patienten förderten.

Schmerzen haben eine große medizinische und volkswirtschaftliche Bedeutung. (Tab. 1)

In den USA lagen die Kosten chronischer Schmerzen für die Volkswirtschaft schon 1981 zwischen 85 und 100 Milliarden US \$. (SERES et al., 1981)

EGLE (1999) nennt für 1986 den Bereich der alten Bundesländer Deutschlands volkswirtschaftliche Kosten von ca. 30 bis 40 Milliarden DM für Schmerzpatienten und jährliche Verordnungen von mehr als 1.000.000 Kilogramm Schmerzmitteln und rund 86.000.000 Schmerzmittelrezepte. (Tab. 2)

Von 235 in meiner Dissertation untersuchten und medizinisch

Tab. 1: Angaben zur Zahl chronischer Schmerzpatienten

Zimmermann & Seemann (1986)	3 Mio. Schmerzpatienten (nur alte Bundesländer)
François (1997)	Prävalenz bis zu 15 % in einer zufällig ausgewählten Stichprobe. (Das wären etwa 12 Mio. Schmerzpatienten in ganz Deutschland.)
Willweber-Stumpf et al. (2000)	36 % aller Patienten in 5 befragten Facharztpraxen in Bochum
Müllersdorf & Soderback (2000)	Prävalenz 26 % in einer zufällig ausgewählten Stichprobe in Schweden. (Das wären etwa 21 Mio. Schmerzpatienten in ganz Deutschland.)

Tab. 2: Kosten chronischer Schmerzen in Deutschland

Zimmermann & Seemann (1986)	Jährliche Analgetikakosten: 373,5 Mio. Mark
Egle (1999)	Volkswirtschaftliche Kosten (alte Bundesländer) in Deutschland (1986): etwa 30-40 Milliarden Mark
Schmidt (1999)	Umsatz der 66 verordnungshäufigsten Analgetika im Jahr 1997: 766,2 Mio. Mark

gewerteten Schmerzpatienten wurden 177 (49,8 %) als Rückenschmerzpatienten, 91 (38,7 %) als Patienten mit multilokulären Schmerzen, 7 (3 %) als Phantomschmerzpatienten und 20 (8,5 %) als Patienten mit Morbus Sudeck (SRD) identifiziert. Insgesamt fand sich ein höherer Frauenanteil, allerdings eine Dominanz der Männer in der Gruppe der Patienten mit Phantomschmerz.

Die diagnostische Einteilung zeigt als auffälligstes Ergebnis, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Schmerzzambulanz nur bei 2 (0,9 %) Patienten psychiatrische Diagnosen aus den Überweisungs- oder Zuweisungsscheinen zu entnehmen waren, dagegen während der Behandlung in der Ambulanz 137 psychiatrische Diagnosen neu gestellt wurden.

Die häufigsten neu gestellten Diagnosen waren:

1. bei 29 (12,3 %) Patienten eine anhaltende somatoforme Störung
2. bei 22 (9,4 %) Patienten eine nicht näher bezeichnete depressive Episode

3. bei 21 (8,9 %) Patienten eine Somatisierungsstörung
4. bei 6 (2,6 %) Patienten eine nicht näher bezeichnete somatoforme Störung
5. bei 6 (2,6 %) Patienten Dysthymia
6. bei 5 (2,1 %) Patienten eine sonstige depressive Episode
7. bei 5 (2,1 %) Patienten eine generalisierte Angststörung

Auf einen Patienten konnten auch mehrere Diagnosen entfallen. 82 (34,9 %) Patienten hatten eine psychische Komorbidität. Diese wurde fast ausnahmslos erst nach Zuweisung zur Schmerzzambulanz diagnostiziert. Dies könnte als Hinweis verstanden werden, dass die zuweisenden Ärzte, unter denen sich auch viele hausärztlich tätige Ärzte befanden, schon im Vorfeld mehr Aufmerksamkeit auf die vorhandene psychische Komorbidität und deren Diagnostik und Therapie lenken könnten. (s. Tab. 3: Eingangs-/Ausgangsdagnosen)

Vorbehandlung

Psychotherapie und Entspannungsverfahren

Ein erstaunlich hoher Anteil von Patienten hatte vor Aufnahme in der Schmerzzambulanz eine, allerdings sehr verschieden geprägte Psychotherapie. Die Dauer dieser Therapie war nicht aus der Akte zu ersehen.

Gesprächstherapie hatte den höchsten Anteil unter den Vorbehandlungen (28,6 % der Phantomschmerzpatienten, 24,2 % der Patienten mit multilokulären Schmerzen, 17,9 % der Rückenschmerzpatienten und 5 % der Patienten mit M. Sudeck), dann folgten **Verhaltenstherapie** (28,6 % der Phantomschmerzpatienten, 14,3 % der Patienten mit multilokulärem Schmerz, 7,7 % der Rückenschmerzpatienten, keiner der Patienten mit M. Sudeck) und **Gruppentherapie** (14,3 % der Phantomschmerzpatienten, 9,9 % der Patienten mit multilokulären Schmerzen, 9,4 % der Rückenschmerzpatienten und 5 % der Patienten mit M. Sudeck). **Autogenes Training** kam nur vor bei Rückenschmerzpatienten (12 %) und Patienten mit multilokulären Schmerzen (8,8 %), **Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson** kam ebenfalls nur bei diesen beiden Diagnosegruppen vor (Rückenschmerzpatienten: 6,8 %, Patienten mit multilokulärem Schmerz: 2 %). Mit **Kunsttherapie** wurde vorbehandelt bei 5 % aller M.-Sudeck-Patienten und bei 3 % aller Patienten mit multilokulärem Schmerz. Psychoanalyse in der Vorbehandlung konnte nur bei einem (1,1 %) Patienten mit multilokulärem Schmerz festgestellt werden, jedoch in keiner weiteren Diagnosegruppe. **Andere** Verfahren (z.B. Gestalttherapie, Bioenergetik, Hypnose) wurden bei insgesamt 9,8 % der Patienten festgestellt (siehe auch Abbildung). Bei 18,5 bis 75 % der Patienten wurde diese Behandlungsform allerdings vor Überweisung in die Schmerzzambulanz nie versucht

Tab. 3: Eingangs- und Ausgangsdiagnosen in Prozent der Patienten (n)

Eingangsdiagnosen			Ausgangsdiagnosen		
ICD-10	Diagnose	Häufigkeit	ICD-10	Diagnose	Häufigkeit
M54.4	Lumboischialgie	39,6% (93)	M54.4	Lumboischialgie	39,6% (93)
R52.2	Sonstiger chr. Schmerz	38,3% (90)	R52.2	Sonstiger chr. Schmerz	42,1% (99)
M54.5	Kreuzschmerz	8,9% (21)	M54.5	Kreuzschmerz	9,4% (22)
M53.1	Zervicobrachial-Syndrom	5,5% (13)	M53.1	Zervicobrachial-Syndrom	9,4% (22)
R51	Kopfschmerz	5,5% (13)	R51	Kopfschmerz	12,8% (30)
	Schmerzen im Bereich der			Schmerzen im Bereich der	
M54.6	Brustwirbelsäule	4,7% (11)	M54.6	Brustwirbelsäule	8,1% (19)
M54.2	Zervicalneuralgie	4,3% (10)	M54.2	Zervicalneuralgie	11,5% (27)
	Sonstige näher bezeichnete			Sonstige näher bezeichnete	
M51.8	Bandscheibenschäden	3,4% (8)	M51.8	Bandscheibenschäden	11,1% (26)
	Nicht näher bezeichnete			Nicht näher bezeichnete	
F41.9	Angststörung	0,9% (2)	F41.9	Angststörung	4,3% (10)
G43.9	Migräne, nicht näher bezeichnet	0,9% (2)	G43.9	Migräne, nicht näher bezeichnet	2,6% (6)
R52.9	Schmerz, nicht näher bezeichnet	0,9% (2)	R52.9	Schmerz, nicht näher bezeichnet	2,6% (6)
			I10	Essent. Hypertonie	13,6% (32)
			F45.4	Anhaltende Somatoforme Störung	12,3% (29)
				Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	
			F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	9,4% (22)
			F45.0	Somatisierungsstörung	8,9% (21)
				Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet	
			F45.9	Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet	2,6% (6)
			F34.1	Dysthymia	2,6% (6)
			F32.8	Sonstige depressive Episoden	2,1% (5)
			F41.1	Generalisierte Angststörung	2,1% (5)
			F10.2	Abhängigkeitssyndrom (Alkohol)	0,9% (2)
			F13.2	Abhängigkeitssyndrom (Sedativa)	0,9% (2)
			F40.1	Soziale Phobien	0,9% (2)
				Phobische Störung, nicht näher bezeichnet	
			F40.9	Phobische Störung, nicht näher bezeichnet	0,9% (2)
			F41.0	Panikstörung	1,3% (3)
				Undifferenzierte	
			F45.1	Somatisierungsstörung	0,9% (2)
				Somatoforme autonome Funktionsstörung	
			F45.3	Somatoforme autonome Funktionsstörung	0,9% (2)
			F45.8	Sonstige somatoforme Störungen	0,9% (2)
			F48.8	Sonstige neurotische Störungen	0,9% (2)
				Neurotische Störung, nicht näher bezeichnet	
			F48.9	Neurotische Störung, nicht näher bezeichnet	1,3% (3)
				Eßattacken bei anderen psychischen Störungen	
			F50.4	Eßattacken bei anderen psychischen Störungen	0,9% (2)
			F51.0	Nichtorganische Insomnie	0,9% (2)
			F52.2	Versagen genitaler Reaktionen	1,3% (3)
				Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	
			F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	1,3% (3)
				Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet	
			F60.9	Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet	1,3% (3)
				nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	
			F69	nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	0,9% (2)
andere Codes		56,8%(344)	andere Codes		57,9%(731)
Summe		100%(606)	Summe		100%(1262)

Originalarbeiten

Tab. 4: Vorbehandlung durch Psychotherapie und Entspannungsverfahren bei den vier Diagnosegruppen in Prozent der Patienten

	Rücken- schmerz	Morbus Sudeck	Phantom- schmerz	Multi- lokulärer Schmerz
Gesprächstherapie	17,9 %	5 %	28,6 %	24,2 %
Verhaltenstherapie	7,7 %	0 %	28,6 %	14,3 %
Gruppen-Psychotherapie	9,4 %	5 %	14,3 %	9,9 %
Autogenes Training	12 %	0 %	0 %	8,8 %
Jacobson	6,8 %	0 %	0 %	2 %
Kunsttherapie	0 %	5 %	0 %	3 %
Psychoanalyse	0 %	0 %	0 %	1,1 %
Andere Form	4,3 %	0 %	0 %	5,5 %
Summe	58,1 %	15 %	71,5 %	68,8 %

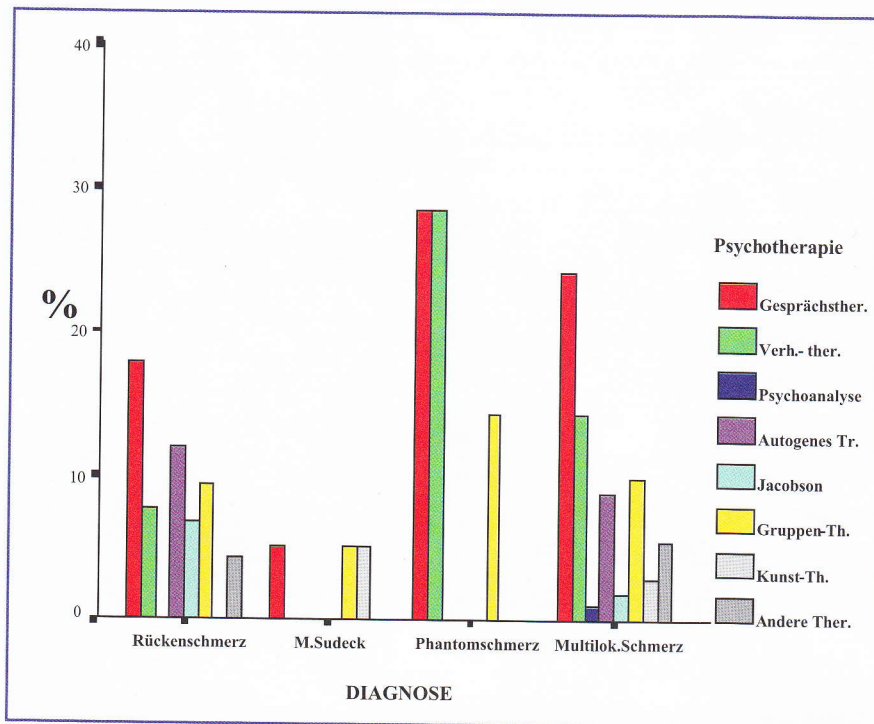


Abb. 1: Vorbehandlung durch Psychotherapie und Entspannungsverfahren bei den vier Diagnosegruppen in Prozent der Patienten

Manuelle Therapie

17,1 % der Patienten der Diagnosegruppe „Rückenschmerz“ und 14,3 % der Patienten der Diagnosegruppe „Multilokulärer Schmerz“ hatten diese Art der Vorbehandlung erhalten. Bei 54,9 bis 75 % der Patienten wurde diese Behandlungsform allerdings vor Überweisung in die Schmerzzambulanz nie versucht.

Physikalische Therapie

Die meisten Patienten der drei Diagnosegruppen „Rückenschmerz“ (79,5 %), „M. Sudeck“ (85 %) und „Multilokulärer Schmerz“ (69,2 %) hatten physikalische Therapie vor Beginn der Behandlung in der Schmerzzambulanz erhalten. Bei immerhin 9,4 bis 28,6 % der Patienten wurde dieses Heilmittel aber offenbar vor Über-

weisung in die Schmerzzambulanz nicht verordnet.

TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation)

Etwas mehr als ein Drittel (38,5 %) der Patienten der Diagnosegruppe „Rückenschmerz“ hatte vor Beginn der Behandlung in der Schmerzzambulanz eine Therapie mittels TENS erhalten. In der Gruppe „Multilokulärer Schmerz“ waren es 30,8 %. In den restlichen zwei Diagnosegruppen waren es jeweils etwas weniger als ein Sechstel der Patienten („M. Sudeck“: 15 %, „Phantomschmerz“: 14,3 %). 40,2 bis 60 % der Patienten wurde TENS vor Besuch der Schmerzzambulanz nie verordnet.

Neuraltherapie

Fast die Hälfte (47,9 %) der Patienten der Diagnosegruppe „Rückenschmerz“ hatte vor Einweisung in die Schmerzzambulanz Neuraltherapie erhalten. In der Diagnosegruppe „Multilokulärer Schmerz“ waren es etwas mehr als ein Drittel (37,4 %), während nur 14,3 % der Patienten mit „Phantomschmerz“ und jeder Zehnte mit „M. Sudeck“ diese Art der Vorbehandlung erhielt. Bei 37,6 bis 71,4 % der Patienten kam Neuraltherapie vor der Zuweisung zur Schmerzzambulanz nicht zum Einsatz.

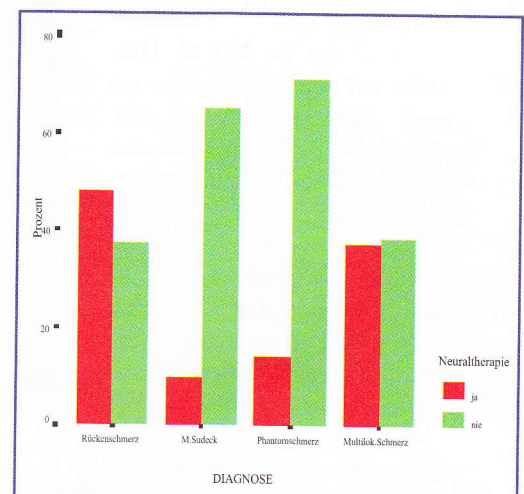


Abb. 2: Vorbehandlung mit Neuraltherapie in Prozent

Akupunktur

Die meisten Patienten (52,7 bis 75 %) aller Diagnosegruppen hatten vor Einweisung in die Schmerzambulanz noch keine Akupunktur erhalten. In der Diagnosegruppe „Multilokulärer Schmerz“ waren 20,9 % mit Akupunktur vorbehandelt, der Anteil bei Patienten mit „Rückenschmerz“ betrug 16,2 %, bei den Patienten mit „Phantomschmerz“ waren es 14,3 % und bei „M. Sudeck“ keine.

Zusammenfassung einiger wichtiger Vorbehandlungen (Tab. 5 und 6).

Hinweise auf besondere biografische Ereignisse

Bei den meisten Patienten der Diagnosegruppen „Rückenschmerz“, „Multilokulärer Schmerz“ und „M. Sudeck“ fanden sich in der Akte Hinweise auf besondere, belastende biografische Ereignisse, wobei der Anteil in der Diagnosegruppe „Multilokulärer Schmerz“ mit 75,8 % am höchsten lag, es folgten Patienten mit Rückenschmerzen mit einem Anteil von fast 66 %. Die Diagnosegruppe „M. Sudeck“ hatte in der Akte nur zu 55 % und die Diagnosegruppe „Phantomschmerz“ nur zu 28,6 % Hinweise auf solche Ereignisse (s. auch Abb. 3 und Tab. 7). „Positive“ Biografie, also das Vorhandensein besonderer, belastender Ereignisse in der Anamnese, bedeutet, dass es auffällige biografische Ereignisse gab oder gibt, z.B. Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, früher Elternverlust, Kriegserlebnisse.

Empfehlung zur Psychotherapie

Eine Empfehlung zur Psychotherapie oder zu einem Entspan-

Tab. 5: Zusammenfassung wichtiger Vorbehandlungen bei allen Diagnosegruppen

Manuelle Therapie						
Diagnosegruppe	Ja	Nie	Vor bis zu 1 Jahr	Vor über 1 Jahr	Ja, Zeit unbekannt	Missing Data
Rückenschmerzen	17,1% (20)	63,2% (74)	0,9% (1)	0,9% (1)	15,4% (18)	19,7% (23)
Morbus Sudeck	0% (0)	75,0% (15)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	25,0% (5)
Phantomschmerzen	0% (0)	71,4% (5)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	28,6% (2)
Multilok. Schmerzen	14,3% (13)	54,9% (50)	1,1% (1)	2,2% (2)	11,0% (10)	30,8% (28)
Physikalische Therapie						
Diagnosegruppe	Ja	Nie	Vor bis zu 1 Jahr	Vor über 1 Jahr	Ja, Zeit unbekannt	Missing Data
Rückenschmerzen	79,5% (93)	9,4% (11)	17,9% (21)	1,7% (2)	59,8% (70)	11,1% (13)
Morbus Sudeck	85,0% (17)	10,0% (2)	75,0% (15)	0% (0)	10,0% (2)	5,0% (1)
Phantomschmerzen	42,9% (3)	28,6% (2)	14,3% (1)	14,3% (1)	14,3% (1)	28,6% (2)
Multilok. Schmerzen	69,2% (63)	13,2% (12)	9,9% (9)	1,1% (1)	58,2% (53)	17,6% (16)
TENS						
Diagnosegruppe	Ja	Nie	Vor bis zu 1 Jahr	Vor über 1 Jahr	Ja, Zeit unbekannt	Missing Data
Rückenschmerzen	38,5% (45)	40,2% (47)	8,5% (10)	2,6% (3)	27,4% (32)	21,4% (25)
Morbus Sudeck	15,0% (3)	60,0% (12)	5,0% (1)	0% (0)	10,0% (2)	25,0% (5)
Phantomschmerzen	14,3% (1)	57,1% (4)	14,3% (1)	0% (0)	0% (0)	28,6% (2)
Multilok. Schmerzen	30,8% (28)	44,0% (40)	5,5% (5)	0% (0)	25,3% (23)	25,3% (23)
Neuraltherapie						
Diagnosegruppe	Ja	Nie	Vor bis zu 1 Jahr	Vor über 1 Jahr	Ja, Zeit unbekannt	Missing Data
Rückenschmerzen	47,9% (56)	37,6% (44)	6,0% (7)	2,6% (3)	39,3% (46)	14,5% (17)
Morbus Sudeck	10,0% (2)	65,0% (13)	0% (0)	0% (0)	10,0% (2)	25,0% (5)
Phantomschmerzen	14,3% (1)	71,4% (5)	14,3% (1)	0% (0)	0% (0)	14,3% (1)
Multilok. Schmerzen	37,4% (34)	38,5% (35)	5,5% (5)	0% (0)	31,9% (29)	24,2% (22)
Akupunktur						
Diagnosegruppe	Ja	Nie	Vor bis zu 1 Jahr	Vor über 1 Jahr	Ja, Zeit unbekannt	Missing Data
Rückenschmerzen	16,2% (19)	60,7% (71)	1,7% (2)	2,6% (3)	12,0% (14)	23,1% (27)
Morbus Sudeck	0% (0)	75,0% (15)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	25,0% (5)
Phantomschmerzen	14,3% (1)	71,4% (5)	14,3% (1)	0% (0)	0% (0)	14,3% (1)
Multilok. Schmerzen	20,9% (19)	52,7% (48)	5,5% (5)	1,1% (1)	14,3% (13)	26,4% (24)

Tab. 6: Zusammenfassung wichtiger Vorbehandlungen bei den beiden größten Diagnosegruppen

Sozioökonomische Vordaten	Rückenschmerz	Multilokulärer Schmerz
Physikalische Therapie	79,5 %	69,2 %
Psychotherapie oder Entspannungsverfahren	58,1 %	68,8 %
TENS	38,5 %	30,8 %
Nervenblockaden, Neurolysen	33,3 %	18,7 %
Akupunktur	16,2 %	20,9 %
Manuelle Therapie	17,1 %	14,3 %

Tab. 7: Anteil der vier Diagnosegruppen an den beiden Gruppen „Biografie“ in Prozent (Anzahl Patienten)

Diagnosegruppe	Hinweise auf belastende Gesamtzahl	Keine Hinweise auf belastende Biografie	Biografie
Rückenschmerz	100% (117)	65,8% (77)	34,2% (40)
Multilokuläre Schmerzen	100% (91)	75,8% (69)	24,2% (22)
Morbus Sudeck	100% (20)	55% (11)	45% (9)
Phantomschmerzen	100% (7)	28,6% (2)	71,4% (5)
Summe	100% (236)	67,7% (159)	32,3% (76)
Missing Data	3% (0)	0% (0)	0% (0)

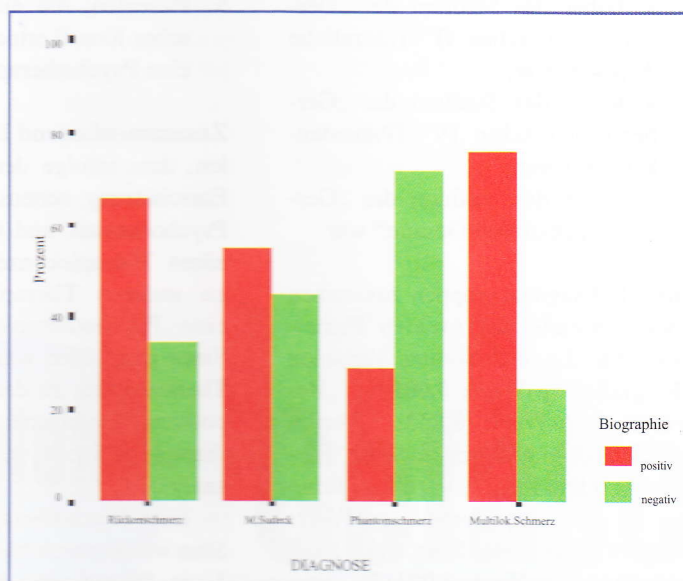


Abb. 3: Anteil der vier Diagnosegruppen an den beiden Gruppen „Biografie“ in Prozent. „Positive Biografie“ bedeutet, belastende biografische Ereignisse wurden anamnestisch festgestellt.

nungsverfahren wurde 137 von 235 Patienten gegeben, also 58,3 % (Tab. 8 und 9).

Zusammenfassung (alle Diagnosegruppen)

(s. Tab. 5)

Empfehlung zu Psychotherapie oder Entspannungsverfahren in Abhängigkeit von der Patientenbiografie

Bei positiver Biografie, also dem Nachweis besonderer, belastender Ereignisse in der Anamnese, wurde eher eine Empfehlung zur Psychotherapie oder einem Entspannungsverfahren ausgesprochen (45,1 %) als bei negativer Biografie (13,6 %). Dieser Zusammenhang war hoch signifikant ($p=0,00101$). (Tab. 10)

Korrelationen

Welche Variablen korrelierten mit der Empfehlung zur Psychotherapie?

Hier konnte mittels des Wilcoxon-Tests für unverbundene Stichproben für die stetigen Variablen „Schmerz-anamnesedauer“ (**p-Wert: 0,0046**), „Alter“ (**p-Wert: 0,0016**), „Entfernung des Wohnortes von der Schmerzambulanz“ (**p-Wert: 0,0035**), „Dauer der Arbeitsunfähigkeit“ (**p-Wert: 0,0011**), „Gerbershagen-Achse I“ (**p-Wert: 0,0332**), „Gerbershagen-Achse II“ (**p-Wert: 0,0064**), „Gerbershagen-Achse IV“ (**p-Wert: 0,0001**) und „Gerbershagen-Gesamtstadium“ (**p-Wert: 0,0014**) ein signifikanter Einfluss auf die Empfehlung zur Psychotherapie bei allen eingeschlossenen 270 Patienten nachgewiesen werden. Nicht bei allen Patienten waren alle Parameter zu erheben. – Die Stadien nach GERBERSHAGEN enthalten Angaben zur Schmerzanamnese, zur Therapie, besonders zu schmerzbedingten Krankenhausaufenthalten, Operationen und Rehabilitationsaufenthalten. Ihre Anwendung ist im deutschen Sprachraum verbreitet (HÜPPE et al., 2001), obwohl sie in

Tab. 8: Empfehlungen zur Psychotherapie sowie Anteil der Patienten, denen keine Psychotherapie empfohlen wurde in Prozent (Anzahl der Patienten)

Psychotherapie-Empfehlung	Rückenschmerz	Multilokul. Schmerz	M. Sudeck	Phantom-schmerz
Ja	58,1% (68)	65,9% (60)	30% (6)	42,9% (3)
Nein	41,9% (49)	34,1% (31)	70% (14)	57,1% (4)
Gesamt	100% (117)	100% (91)	100% (20)	100% (7)

Tab. 9: Zusammenfassung der Empfehlungen zur Psychotherapie oder zu einem Entspannungsverfahren sowie Anteil der Patienten, denen keine Psychotherapie empfohlen wurde in Prozent (Anzahl der Patienten)

Psychotherapie-Empfehlung	Alle Diagnosegruppen
Ja	58,3 % (137)
Nein	41,7 % (98)
Gesamt	100 % (235)

Tab. 10: Psychotherapie-Empfehlung in allen Diagnosegruppen in Abhängigkeit von der Biografie. (Fisher-Test: $p=0,00101$)

Psychotherapie-Empfehlung	Biografie positiv	Biografie negativ	Summe
Nein	23% (54)	18,3% (43)	41,3% (97)
Ja	45,1% (106)	13,6% (32)	58,7% (138)
Total	68,1% (160)	31,9% (75)	100% (235)

ihrer ursprünglichen Form (GERBERSHAGEN, 1986) der psychischen Dimension keinen Raum geben. Die Stadien nach GERBERSHAGEN räumen die Möglichkeit einer Ermittlung der sozioökonomischen Folgen einer Schmerzerkrankung ein. Ebenso ergeben sich Schlussfolgerungen hinsichtlich der Prognose der Erkrankung, die bei Stadium III schlecht ist (HÜPPE et al., 2001).

Das bedeutet, dass Psychotherapie empfohlen wurde,

1. je **länger** eine der untersuchten Schmerzerkrankungen bestand,
2. je **jünger** die Patienten waren,
3. je **näher** sie an der Schmerzambulanz wohnten,
4. je **länger** sie **arbeitsunfähig** waren und
5. je höher das Stadium der „Gerbershagen-Achse I“ (zeitliche Aspekte) war,

6. je höher das Stadium der „Gerbershagen-Achse II“ (räumliche Aspekte) war,
7. je höher das Stadium der „Gerbershagen-Achse IV“ (Patientenkarriere) war,
8. je höher das Stadium der „Gerbershagen-Achse Gesamt“ war.

Für alle Diagnosegruppen zusammen konnte mittels des exakten Fisher-Tests für die dichotomen Variablen „Biografie“ (**p-Wert: 0,00101**), „Berentung“ (**p-Wert: 0,033**), „Vorbehandlung durch Psychotherapie“ (**p-Wert: 0,000135**), „Vorbehandlung durch Akupunktur“ (**p-Wert: 0,00219**), „Vorbehandlung durch Neuraltherapie“ (**p-Wert: 0,00317**), „Vorbehandlung durch TENS“ (**p-Wert: 0,0097**) und „Überweisung zum psychosomatischen Konsil“ (**p-Wert: 0,00000000012**) ein signifikanter Ein-

fluss auf die Empfehlung zur Psychotherapie bei allen eingeschlossenen 270 Patienten nachgewiesen werden. Nicht bei allen Patienten waren alle Parameter zu erheben.

Mit einem **p-Wert von 0,055** waren „Versicherungsanspruch“ und „Vorbehandlung durch Nervenblockaden“ (**p-Wert: 0,056**) und „Vorbehandlung durch Manuelle Therapie“ (**p-Wert: 0,051**) gerade nicht signifikant.

Das bedeutet:

1. Fanden sich **biografische** Besonderheiten bei Patienten mit einer der untersuchten Schmerzerkrankung, wurde eher eine Psychotherapie empfohlen.
2. **Nicht berenteten** Patienten wurde eher eine Psychotherapie empfohlen als berenteten Patienten.
3. **Vorbehandlung** durch Psychotherapie oder Akupunktur oder Neuraltherapie oder TENS vor Aufnahme in die Schmerzambulanz führte ebenfalls eher zu einer Psychotherapie-Empfehlung.
4. Gerade nicht signifikant war dieser Zusammenhang bei Vorbehandlung durch Nervenblockaden oder Manuelle Therapie.
5. Patienten, die ein psychosomatisches Konsil erhielten, wurde eher eine Psychotherapie empfohlen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass infolge der konsiliarischen Einschätzung seitens der Klinik für Psychosomatik und der interdisziplinären Therapiekonzeption zusätzlich zu anderen Therapiemöglichkeiten eine Psychotherapie im weitesten Sinne empfohlen wurde. Die anderen Therapiearten, zu denen TENS, Akupunktur, Medikamente oder Physiotherapie gehörten, wurden bisher nicht analysiert.

Eine Psychotherapie im weitesten Sinn wurde empfohlen:

1. je **länger** eine der untersuchten Schmerzerkrankungen bestand,
2. je **jünger** die Patienten waren,
3. je **näher** sie an der Schmerzambulanz wohnten,

4. je länger sie arbeitsunfähig waren,
5. je höher das Stadium der „Gerbshagen-Achse I“ (zeitliche Aspekte) war,
6. je höher das Stadium der „Gerbshagen-Achse II“ (räumliche Aspekte) war,
7. je höher das Stadium der „Gerbshagen-Achse IV“ (Patientenkarriere) war,
8. je höher das Stadium der „Gerbshagen-Achse Gesamt“ war,
9. falls sich **biografische Besonderheiten** bei Patienten mit einer der untersuchten Schmerz Erkrankung fanden,
10. falls Patienten **nicht berentet** waren,
11. falls eine **Vorbehandlung durch Psychotherapie oder Akupunktur oder Neuraltherapie oder TENS** durchgeführt worden war, (gerade nicht signifikant war die-

ser Zusammenhang bei Vorbehandlung durch Nervenblockaden oder Manuelle Therapie).

Ergänzend zu meiner Dissertation möchte ich vorschlagen, daraus folgende Hinweise speziell für niedergelassene Ärzte abzuleiten:

Niedergelassene, speziell auch jene mit naturheilkundlichem Behandlungsschwerpunkt, könnten vor der Überweisung zur schmerztherapeutischen Schwerpunktpraxis besonderes Augenmerk auf noch nicht ausgeschöpfte, oben aufgeführte Behandlungsmethoden richten, insbesondere auf die Möglichkeiten der psychopathologischen Diagnostik und Psychotherapie, aber auch der Akupunktur, Neuraltherapie oder Manuellen Therapie. ■

Literaturanforderungen richten Sie bitte nur per E-Mail an den Verfasser.



Dr. med. Dieter Wettig
Facharzt für Allgemeinmedizin
Erlkönigweg 8
65199 Wiesbaden-Dotzheim
d@wettig.de



Cefasel[®]

Wirkstoff: Natriumselenit 5 H₂O

was sonst.

Tabletten +++ **NEU** Trinkampullen +++ Ampullen +++ Tropfen

www.selen-info.de