

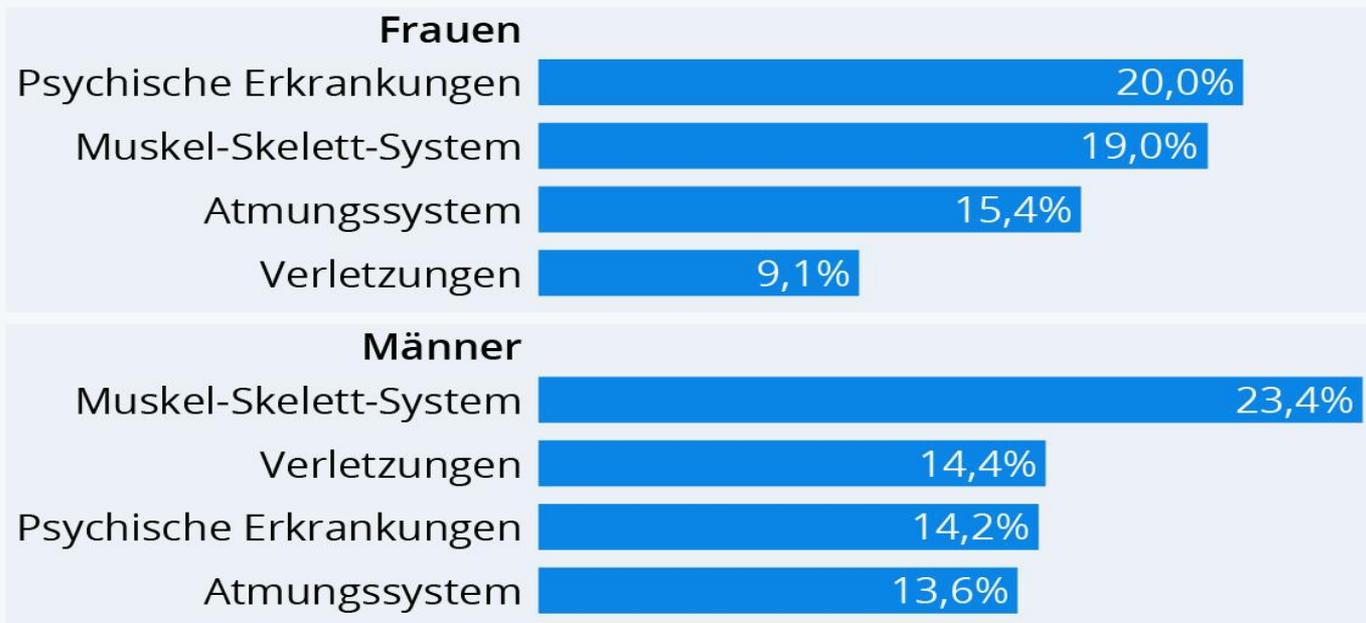
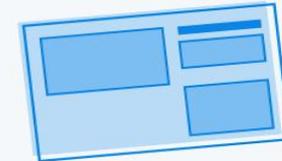
Aspekte der Schmerzbewältigung im Zusammenhang mit der Arbeits-und Belastungsfähigkeit bei Patienten in der Orthopädie

M. Sc. Psychologe Kevin Werblow
Orthopädie



Darum fehlen die Deutschen bei der Arbeit

Anteil der häufigsten Krankheiten an den Arbeitsunfähigkeitstagen 2019



Basis: DAK-Mitglieder

Quelle: DAK



Gliederung

1. Allgemeiner Ablauf der psychologischen Arbeit
2. Psychometrische Verfahren
3. Stress
4. Depression
5. Angst
6. Schmerzbewältigung



1. Allgemeiner Ablauf der psychologischen Arbeit

- Aufnahme durch die Ärzte
 - Einschätzung der Situation
 - Einordnung der Pat. in Therapien
- Therapeutische Arbeit
 - Einzelgespräch → Diagnose & Intervention
 - Seminarreihe Schmerz
 - Stress als zentraler Belastungsfaktor
 - bei MBOR → arbeitsbezogene Therapien
 - Entspannung



Psychologischer Bericht

XX.XXX.XXXXX

Patient:
Geb.-Dat.:

Schweigepflichtentbindung: JA / NEIN

Einweisungsdiagnose:
Fxx.x

Entlassungsdiagnose:
Fxx.x

Anlass/Fragestellung:
Supportive psychologische Gespräche. Eigeninitiative. Krankheits- und Schmerzbewältigung.
Diagnostische Abklärung der Schmerzsymptomatik. Trauerbegleitung.

Akteneinsicht:
Ärztlicher Entlassungsbericht aus der Klinik. Der Patient / Die Patientin befand sich in Behandlung vom bis in der Abteilung für Psychosomatik. Der Patient / Die Patientin befindet sich in psychotherapeutischer Behandlung seit aufgrund.

Selbstbericht des Patienten / der Patientin:
Im Gespräch gibt der Patient / die Patientin an, sich körperlich besser zu fühlen / weiterhin körperliche Beschwerden zu haben. Psychisch sei der Patient / die Patientin aufgrund arbeitsbedingter Situationen / Verlust nahestehender Personen / bestimmter Situationen belastet. Psychisch fühle sich der Patient / die Patientin zum jetzigen Zeitpunkt stabil.

Familien- und Sozialanamnese:
Herr / Frau sei ledig / verheiratet / geschieden / verwitwet, habe Kinder und lebe alleine / bewohne gemeinsam mit seinem / ihrem Partner eine Wohnung / ein Einfamilienhaus. Mit den Kindern pflege der Patient / die Patientin einen guten Kontakt / gebe es einen unregelmäßigen Kontakt. Mit den Eltern gebe es ebenfalls einen guten Kontakt. Soziale Unterstützung sei / nicht vorhanden. Der Patient / Die Patientin habe sich in letzter Zeit sozial zurückgezogen. An psychosozialer Belastung sei / psychosozialen Belastungen seien zu eruiieren. Herr / Frau verfüge über den Schulabschluss der Klasse / habe das Abitur abgeschlossen und habe als letztes als gearbeitet. Der Arbeitsplatz sei / nicht vorhanden. Der Patient / Die Patientin sei arbeitslos seit. Der Patient / Die Patientin traue sich zu, seine / ihre berufliche Tätigkeit (mit einer Arbeitsanpassung) wiederaufzunehmen. Aufgrund körperlicher Beschwerden könne der Patient / die Patientin bestimmte Arbeitsabläufe nicht mehr durchführen. Der Patient / Die Patientin sei Altersrentner / Altersrentnerin.

Psychopathologischer Befund:
Der Patient / Die Patientin ist freundlich und erscheint pünktlich im ordentlichen Erscheinungsbild zum Aufnahmegespräch. Der Patient / Die Patientin ist bewusstseinsklar, wach und zu Ort, Zeit, Person sowie Situation orientiert. Die Stimmung ist während des Gesprächs, der Antrieb ist und der Affekt ist. Die Konzentration und Auffassung sind ungestört. Das formale Denken ist geordnet / Im formalen Denken zeigt sich eine Tendenz zu. Kein Anzeichen auf das Vorliegen von Störungen in den Bereichen des inhaltlichen Denkens, der Sinnestäuschungen, der Wahrnehmung oder des Ich-Erlebens. Kein Anhalt für Phobien, Zwänge oder Panik. Der Patient / Die Patientin ist von akuter Suizidalität distanziert. Eine Introspektionsfähigkeit ist gegeben und der Patient / die Patientin ist motiviert.

Vorbehandlung:
Der Patient / Die Patientin gibt an, dass er / sie bislang noch nie eine psychotherapeutische Behandlung gehabt oder in Erwägung gezogen habe. Bislang habe es keine stationären Aufenthalte gegeben. Die Erkrankung ist seit XX bekannt und in psychotherapeutischer / psychiatrischer Behandlung.

Psychologische Testdiagnostik zur Aufnahme:

Maßnahmen:
Herr / Frau lernte progressive Muskelentspannung. Der Patient / Die Patientin nahm an der psychologisch orientierten Schmerzbewältigungsgruppe und an multimodalen Therapieansätzen teil und besuchte psychoedukative Vorträge. Wir erlebten den Patienten / die Patientin als offen und zugänglich für die Annahme seiner / ihrer Beschwerden. Wir arbeiteten Ich-stärkend, stabilisierend und ressourcenaufbauend.

Verhaltensbeobachtung im Rehaerlauf:
Im dreiwöchigen Rehaerlauf nahm der Patient / die Patientin psychologische Einzelgespräche wahr. Im Gruppensetting reagierte der Patient / die Patientin normgerecht. Der Patient / Die Patientin gab an, von der psychosomatischen Intervention / zum Teil / nicht profitiert zu haben.

Empfehlung zur Arbeits- und Leistungsfähigkeitseinschätzung:

Die Entlassung erfolgt nach orthopädischer Beurteilung. Der Patient / Die Patientin ist zum Zeitpunkt der Entlassung aus psychologischer Sicht in seinem / ihrem Leistungsvermögen prognostisch weiterhin in der Lage / eingeschränkt, die berufliche Tätigkeit weiterzuführen. Hinsichtlich der psychosomatischen Beurteilung bitten wir um die Prüfung der Arbeitsfähigkeit in der ambulanten Praxis. Die psychologische Einschätzung wurde dem Stationsarzt mitgeteilt.

Die Leistungsfähigkeit ist für die letzte berufliche Tätigkeit aus psychologischer Sicht folgendermaßen beeinträchtigt: Anpassungs- und Umstellungsvermögen reduziert, Arbeiten an komplizierten Arbeitsmaschinen und -vorgängen, Nachtschicht sowie unregelmäßig wechselnde Einsatzorte und -zeiten sind zu vermeiden, Publikumsverkehr möglichst einzuschränken, strenge Einhaltung gesetzlich vorgeschriebener Pausen und Einhaltung des Schlaf-Wach-Rhythmus sind unbedingt zu beachten, überdurchschnittlicher Zeitdruck und Stress sind zu vermeiden.

Weiterbehandlung:

Wir empfehlen die Weiterführung der Entspannungsmethode sowie einer Psychotherapie. Der Patient / Die Patientin wurde angeregt, . Zudem halten wir eine psychosomatische Rehabilitation für angebracht, weil dort eine spezifische Fokussierung in die Symptomatik möglich sein wird. Es sind keine weiteren Behandlungen notwendig.

Kevin Werblow
M.Sc.-Psychologe

2. Psychometrische Verfahren

- Demenzdiagnostik
 - Mini Mental Status Test (MMST)
 - Uhrentest nach Shulman
- Test der allgemeinen Konzentrationsfähigkeit
 - Test d2 → Aufmerksamkeits-Belastungs-Test
 - Tempo und Sorgfalt bei Unterscheidung ähnlicher visueller Reize
- Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebnismuster
 - Aussage über gesundheitsförderliche und –gefährdende Arbeitsmuster



2. Psychometrische Verfahren

- Symptom-Checkliste (SCL-90R)
 - Selbstbeurteilungsverfahren → subjektive Einschätzung
 - 9 Skalen und ein Gesamtwert
 - als Screening-Methode angewandt



2. Psychometrisches Verfahren

Skala	Rohwert	T-Wert
SOMA	1,67	66
ZWAN	1,80	71
UNSI	2,11	72
DEPR	2,46	80
ANGS	2,20	80
AGGR	1,17	66
PHOB	2,29	80
PARA	1,50	69
PSYC	1,70	76
Zus.	3,00	--
GSI	2,01	80



3. Stress

Frau T. ist 37 Jahre alt und arbeitet derzeit als Physiotherapeutin. Sie sei in einer leitenden Position und muss auch organisatorische Aufgaben erledigen. Es falle ihr schwer sich von der Arbeit abzugrenzen. Sie nimmt ihre Pausen kaum wahr und arbeitet teilweise länger als nötig. Auch in der Freizeit gebe es kaum Entlastung. Die Patientin habe seit längerer Zeit anhaltende Rückenschmerzen. In letzter Zeit ist die Patientin schon nach kurzer Belastungsdauer stark erschöpft. Sie grübelt vermehrt über Belastungsthemen und ihr Schlaf ist gestört. Außerdem kann sie nicht entspannen und ist häufig gereizt.



3. Stress

- Problematische Gedanken & Einstellungen
 - Perfektionismus
 - Schnell und fehlerfrei
 - keine Hilfe annehmen
 - Zwanghafte Formulierungen
 - Ich muss...
 - Ich kann nicht...
 - hohe Anforderungen trotz körperl. Probleme
 - Angst vor Verlust der Arbeit



3. Stress

- Probleme während Reha und danach:
 - ohne Einstellungsänderung gleiches Verhalten
 - Tendenz zur Überbelastung
 - Probleme zu entspannen und Ressourcen zu erkennen
 - Belastungsgrenzen einschätzen
 - Dauerstress erzeugt weitere Einschränkungen
 - Erkrankungen, kognitive Probleme



3. Stress

- Behandlungsansätze
 - Psychoedukation
 - Entspannungsverfahren: PMR, AT, Meditation, Yoga
 - Problemlösetraining
 - Zeitmanagement
 - Ressourcen entdecken oder erneut nutzen



stress-los.de

4. Depression

Herr M. hat seit mehreren Monaten Schmerzen an der HWS. Durch den Schmerz sei es zu viel Stress und psychischen Veränderungen gekommen. Der Patient ist in letzter Zeit häufig traurig, antriebslos und am Tage verstärkt müde. Er grübelt häufig über sein gesundheitliches Schicksal und hat häufig Zukunftsängste. Außerdem hat er sich immer weiter zurückgezogen und hat kaum noch soziale Kontakte.



4. Depression

- Probleme in der Reha und im weiteren Verlauf:
 - unbehandelte Depression geringe Rehabilitationsfähigkeit
 - fehlender Antrieb → Therapien nicht wahrgenommen
 - negative Gedanken erschweren Behandlungen
 - Katastrophisieren
 - keine Besserung in Sicht
 - Rehanachsorge meist nicht wahrgenommen
 - Neigung zum Schonungsverhalten



4. Depression

Fazit:

Häufig ist es sinnvoll erst die depressive Episode zu behandeln, wenn man langfristig die Arbeitsfähigkeit der Patienten aufrecht erhalten will.



5. Ängste

Frau T. hat sich nach einem Sturz im Treppenflur den Oberschenkel gebrochen. Seit der Operation hat die Patientin Probleme mit dem Laufen. Sie hat Angst erneut zu stürzen und meidet deshalb das Treppensteigen. Sobald sie vor einer Treppe steht, spürt sie eine innere Blockade und kann dann nicht weitergehen. Sie vermeidet deshalb Wege auf denen Treppen vorhanden sind und geht lieber weite Umwege. Auch weitere Bewegungen führen zu Schmerzen. Bei diesen Bewegungen kommt es ebenfalls zu Vermeidungstendenzen.



5. Ängste

- Probleme in der Reha und weiterer Verlauf:
 - bestimmte therapeutische Maßnahmen werden vermieden
 - Ängste erzeugen Fehlhaltungen
 - Neigung zu Schonungsverhalten
 - Ausweitung der Ängste durch Vermeidung
 - bei Agoraphobie teils Probleme in der Gruppentherapie und bei Transfer zur Nachsorge



5. Ängste

- Fazit:

Eine Reduktion der Ängste ist teilweise
Notwendig, um langfristig die Arbeitsfähigkeit zu
erhalten.

Während der Rehabilitation sind bestehende
Ängste zu berücksichtigen, damit die Patienten
optimal von der Rehabilitation profitieren
können.



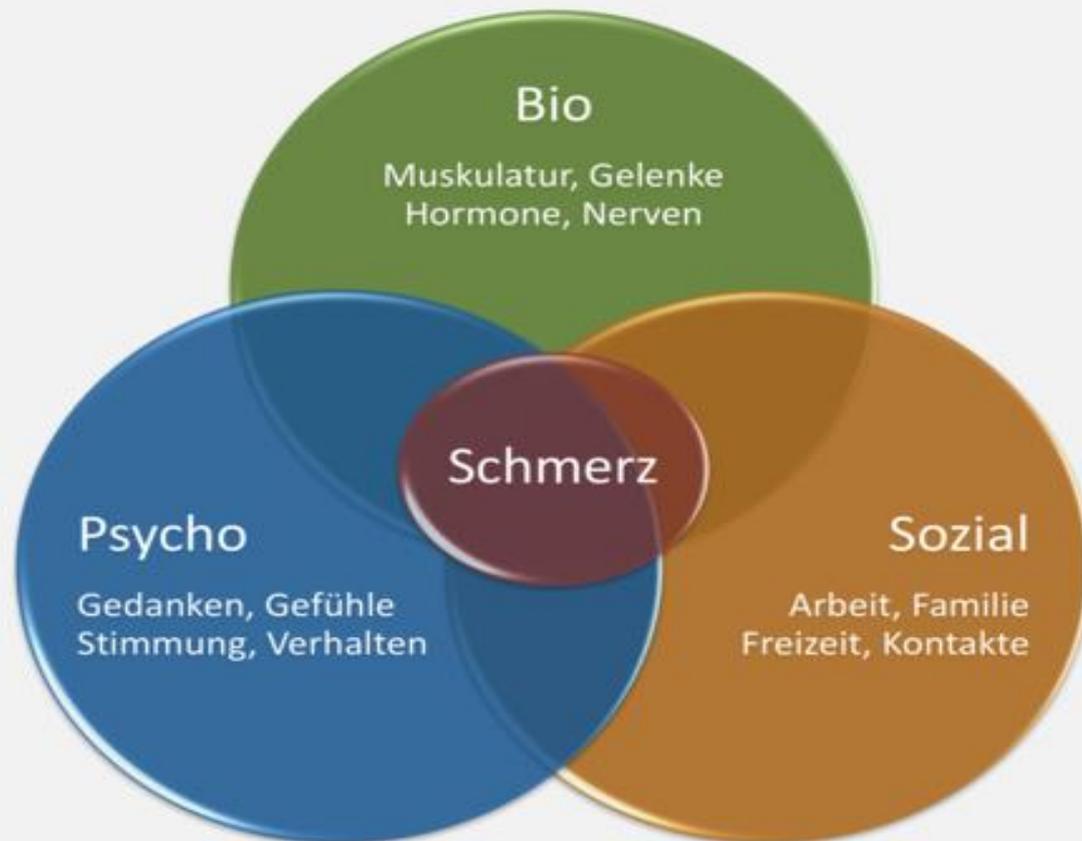
6. Bewältigungsstrategien

- Fehlerhafte Strategien:
 - Medikamente zur Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit
 - Substanzkonsum zum Ausgleich
 - Fehlhaltungen
 - Mehrarbeit
 - Schonungs- und Überbelastungsverhalten
 - Sozialer Rückzug

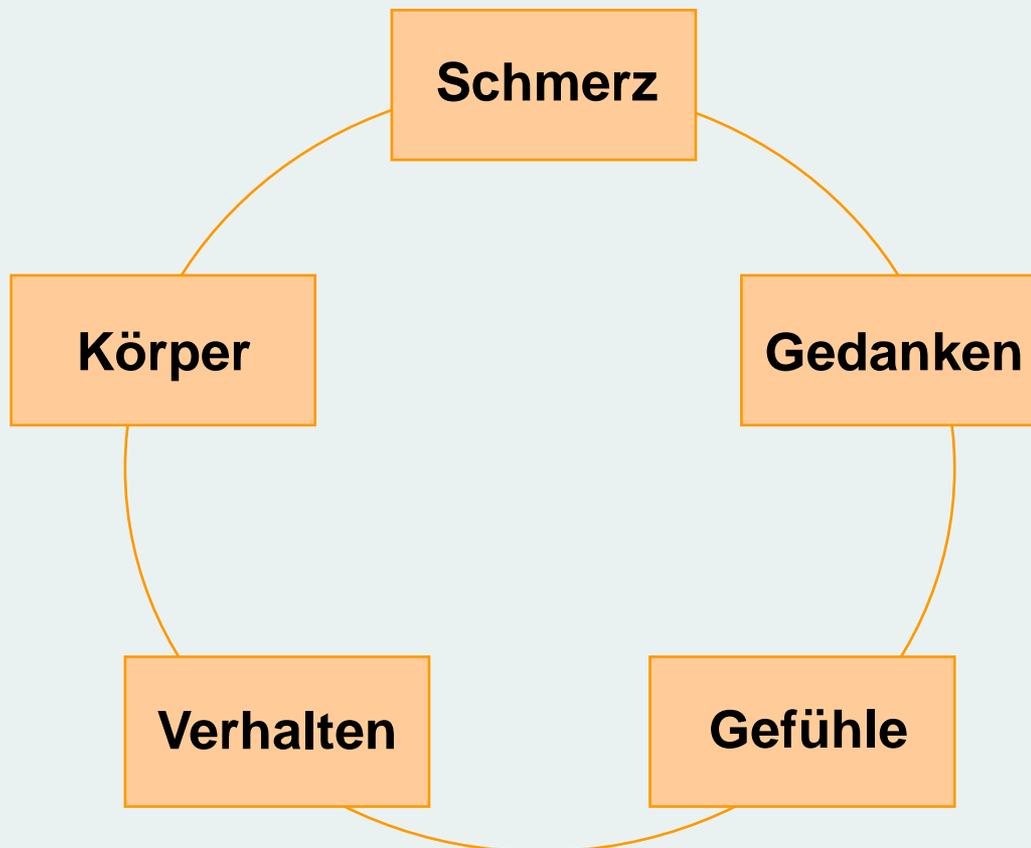


6. Bewältigungsstrategien

Bio-psycho-soziales Schmerzmodell



Teufelskreis



Welche langfristigen Folgen hat das?



Was hilft bei Schmerz?

Bio

**Angemessene,
körperliche Aktivität**

Erholsamer Schlaf

„Lerneffekte“

Gesunde Ernährung

Psycho

**Zuversicht, positives
Denken**

Entspannung

Ablenkung

Stressbewältigung

Achtsamkeit

Sozial

Soziale Aktivitäten

**Unterstützung
aktivieren**

Konflikte lösen

Lebensqualität



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

