



Dos and Don'ts in der Kommunikation

Die Therapie von Patient*innen mit chronifizierten Schmerzen wird für diese und ihre Behandelnden oft als problematisch erlebt: Der Leidensdruck wird nicht mehr ausschliesslich nur durch den Schmerz bestimmt, sondern auch durch dessen Auswirkungen für die Funktionalität im Alltag, auf soziale und berufliche Beziehungen. Hilflosigkeitserleben, Zeitdruck und unrealistische Erwartungen führen oft zu frustranen Verläufen. Erschwerend zeigt sich oft, dass die Erwartung besteht, dass Befund und Befinden übereinstimmen müssten; dies ist bei chronifiziertem Schmerz nach aktuellen Erkenntnissen jedoch selten der Fall.

Klinische Erfahrung und wissenschaftliche Erkenntnisse legen nahe, dass die Interaktion zwischen Behandelnden und PatientInnen sowie strukturelle Bedingungen wesentlich zum Behandlungserfolg beitragen.

In der unten aufgeführten Checkliste *Dos and Don'ts in der Kommunikation* werden durch die Special Interest Group Schmerzpsychologie der Swiss Pain Society SPS Erkenntnisse prägnant zusammengefasst. Das Ziel ist, wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse der Kommunikation mit Schmerzpatient*innen für den Alltag anwendbar zu formulieren in den Bereichen *Grundhaltung*, *Schmerz- und Erwartungsmodell* und *therapeutische Aspekte*. Dos („Gebote“) werden in grün, Don't's („zu Unterlassendes“) werden in rot dargestellt.

Wir sind gerne unter info@swisspainsociety.ch erreichbar.

Grundhaltung

Vermeiden Sie eine Bagatellisierung der Schmerzempfindung, auch wenn kein somatisches Korrelat besteht.

- **Das Ernstnehmen des Leidensdrucks ist das A und O jeder Behandlung. (2)**

Beugen Sie Kommunikationsproblemen und Behandlungs-Misserfolg aufgrund zu kurzer Sprechstunden so weit wie möglich vor.

- **Nehmen Sie sich Zeit für umfassende Erklärungen. Lassen Sie den PatientInnen genügend Zeit für Fragen. (5)**

Vermeiden Sie eine zu starke ExpertInnen-Rolle mit Behandlungen ohne klare Indikation.

- **Beziehen Sie Betroffene als ExpertInnen ihrer Situation mit ein. (2)**

Resignieren Sie nicht.

- **Bieten Sie standhafte und mitfühlende Begleitung an, allein dies kann schon positive Wirkung zeigen (9).**

Setzen Sie sich nicht mit zu hohen Erwartungen unter Druck.

- **Achten Sie auf realistische Ziele und einen reflektierten Umgang mit eigenen Emotionen. (2)**

Schmerzmodell

Es gibt kein Entweder-Oder zwischen „körperlichem“ und „psychischem“ Schmerz.

- **Vermitteln Sie frühzeitig ein bio-psycho-soziales, multikausales Schmerzmodell mit entsprechenden Therapieerwartungen. (1, 4, 6, 9)**

Ein Stigmatisieren und „Abschieben auf die Psycho-Schiene“ blockiert die Behandlung (4, 9).

- **Normalisieren Sie Stress-Symptome, Schmerz und subjektive Belastung interagieren: Schmerz kann gleichzeitig Stressor und Vulnerabilitätsfaktor sein.**

Ohne gemeinsames Krankheitskonzept keine Therapie (9).

- **Wählen Sie eine verständliche Sprache.**
- **Fragen Sie nach, was ihr Gegenüber verstanden hat.**

Einseitiges Fokussieren auf somatische Bildgebung erklärt das Leiden nur unvollständig (9).

- **Beziehen Sie die „psychologische Bildgebung“ mit ein - besprechen Sie die Schmerzzeichnung (9), fragen Sie nach Befürchtungen und Erwartungen (5, 9).**

Vermeiden Sie Aussagen, die Angst machen. (3)

- **Die Fragen der PatientInnen benötigen behutsame Beachtung (5).**
- **Ermutigen Sie SchmerzpatientInnen zu angemessener Aktivität (9).**

Therapie

Einzelkämpfertum bewährt sich nicht.

- **Arbeiten Sie interdisziplinär; nehmen Sie Kontakt zu früheren und aktuellen Co-TherapeutInnen auf. (9)**

Evaluieren Sie regelmässig den Gebrauch und die Wirksamkeit von Medikamenten (7, 8).

- **Fördern Sie multimodale Therapien und Selbstwirksamkeit.**

Konzentrieren Sie sich nicht nur auf Probleme.

- **Beachten Sie Fortschritte, vermitteln Sie Hoffnung und geben Sie positives Feedback. (2)**

Machen Sie keine unrealistischen Erfolgsversprechen (wie z.B. Schmerzfreiheit), die zu Enttäuschung der PatientInnen führen.

- **Stellen Sie das Verbessern des individuellen Wohlbefindens als Ziel in den Mittelpunkt. (2)**

Literaturangaben

1. Craig, Kenneth D (2015). Social communication model of pain. *PAIN*, 156(7), 1198–1199. doi: 10.1097/j.pain.000000000000185
2. Byrne, A., Morton, J., Salmon, P. (2001). Defending against patients' pain: A qualitative analysis of nurses' responses to children's postoperative pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(2), 69-76. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00207-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00207-5)
3. Dutt-Gupta, J., Bown, T., Cyna, A. M. (2007). Effect of communication on pain during intravenous cannulation: a randomized controlled trial. *British Journal of Anaesthesia* 99(6), 871–875. <https://doi.org/10.1093/bja/aem308>
4. Gask, L., Dowrick, C., Salmon, P., Peters, S., Morriss, R. (2011). Reattribution reconsidered: Narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(5), 32-334. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.05.008>
5. Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*, 152(9), 1423-1433.
6. Hadjistavropoulos, T., Duck, K. D., Cano, S., Goubert, A., Jackson, L., Mogil, P. L., Rainville, J. S., Sullivan, P., Williams, M. J. L., C. de C. A., Vervoort, T., Fitzgerald, T. D (2011). A biopsychosocial formulation of pain communication. *Psychological Bulletin*, 137(6) 910-939. <http://psycnet.apa.org/buy/2011-11179-001>
7. Ruchat, D., Suter, M. R., Rodondi, P. Y., Berna, C. (2018). Consommation d'opioïdes entre 1985 et 2015 : chiffres suisses et mise en perspective internationale. *Revue Médicale Suisse*, 14, 1262-1266.
8. Rivat, C., Ballantyne, J. (2016). The dark side of opioids in pain management: Basic science explains clinical observation. *PAIN Reports*, 1, e570. <http://dx.doi.org/10.1097/PR9.0000000000000570>
9. Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R., Nilges, P. (Hrsg.) (2017). *Schmerzpsychotherapie*. 8. Auflage, Springer: Berlin. ISBN 978-3-662-50512-0
10. Egloff, N., Camara, R. J. A., von Känel, R., Klingler, N., Marti, E., Gander Ferrari Marie-Louise (2012). Pain drawings in somatoform-functional pain. *Musculoskeletal Disorders*, 13(257), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-257>