



Grundlagen der psychologischen Schmerztherapie

Pörschach, 26. Juni 2023

Wolfgang Pipam

Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie und Palliativmedizin

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

Klinikum Klagenfurt am Wörthersee

wolfgang.pipam@kabeg.at

...es ist etwas Subjektives



Wein

*Zart, flüchtig, subtil, ausdrucksvoll,
kräftig, Jung, quirlig, wild,
ausgewogen, sehr ausgewogen, hell,
blank, rassig, knackig, vollmundig,
komplex, ölig, schwer, feurig,
wuchtig, extraktreich, rund, stimmig,
ausgebaut, auf dem Höhepunkt...*

*Trüb, stumpf, matt, leer, farblos,
flüchtig, flach, kraftlos, aufdringlich,
oxydativ, überaltet, passé...*

Schmerz - SES

Quälend, grausam, erschöpfend,
heftig, mörderisch, elend,
schauderhaft, scheußlich, schwer,
entnervend, marternd, furchtbar,
unerträglich, lähmend

Schneidend, klopfend, brennend,
reißend, pochend, glühend, stechend,
hämmernd, heiß, durchstoßend

Über den rätselhaften Charakter des Schmerzes

Der Schmerz ist encodiert, ist ein verschlüsseltes Zeichen, er bedarf der Dekodierung

- ...ein subjektives **Phänomen** (Martius 1898)
- ...ein **Geheimnis** (Buytendijk 1948)
- ...pain as a **puzzle** (Beecher 1966; Hilgard 1969)
- ...eine **Chiffre** (Toellner 1971)
- ...ein **Phänomen** (Lüth 1972; Gessler 1976)
- ...The **Puzzle** of Pain (Melzack 1973)
dt.: Das **Rätsel** des Schmerzes
- ...von bedrückender **Widersprüchlichkeit**
(Schäfer 1980)
- ...ist ein **Mysterium** (ein Patient 2006)



Welche Faktoren beeinflussen die Lebensqualität zu Beginn der Behandlung ?



Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		T	Sig.	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta	Standardfehler			
(Konstante)	48,031	5,875			8,175	,000	
alter	,175	,095	,089		1,851	,065	
geschlecht	1,446	1,650	,039		,876	,381	
Schmerzdauer	,007	,007	,049		1,069	,286	
familienstand	-,033	,588	-,002		-,057	,955	
bildung	1,430	,541	,116		2,644	,008	
Erwerbsstatus	-,117	,858	-,007		-,136	,892	
Schmerzgruppe	-2,297	1,338	-,079		-1,717	,087	
Chron.Grad		-3,824	1,373		-,123	-2,785	,006

a. Abhängige Variable: t1_eq_thermometer

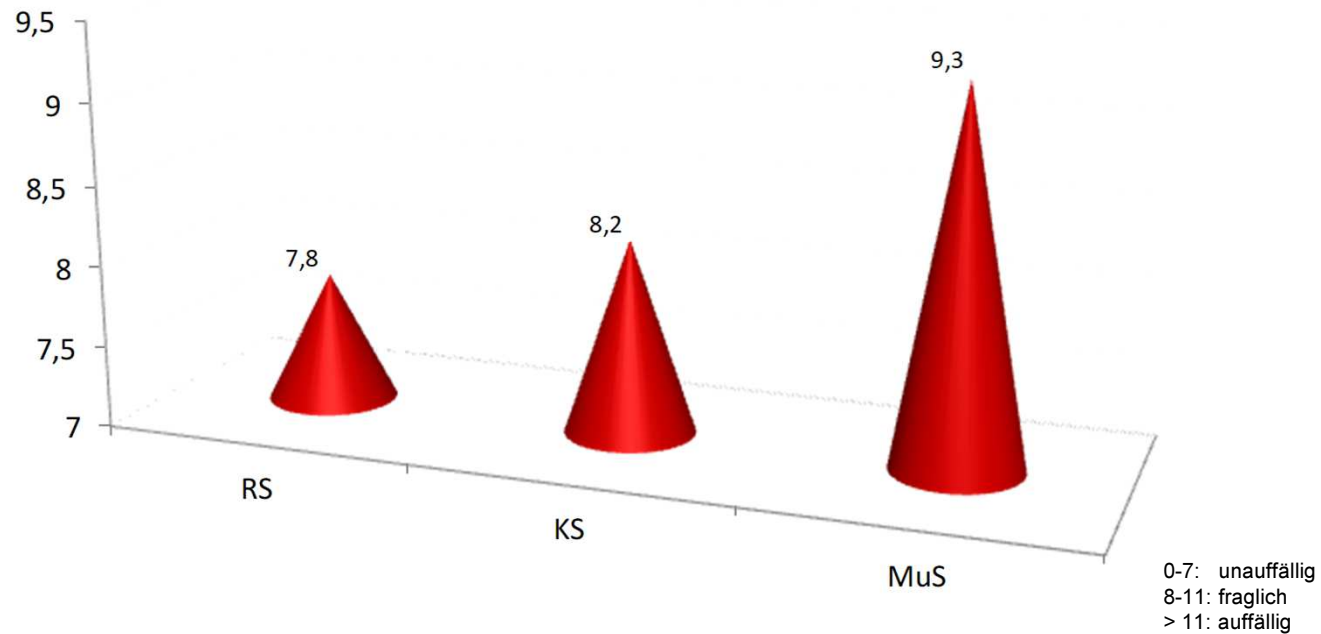
Multimodale Schmerztherapie –Evaluation (N = 827)

Analyse nach Diagnosen

HADS – Ängstlichkeit (Angaben in Mittelwerten)



Therapiebeginn



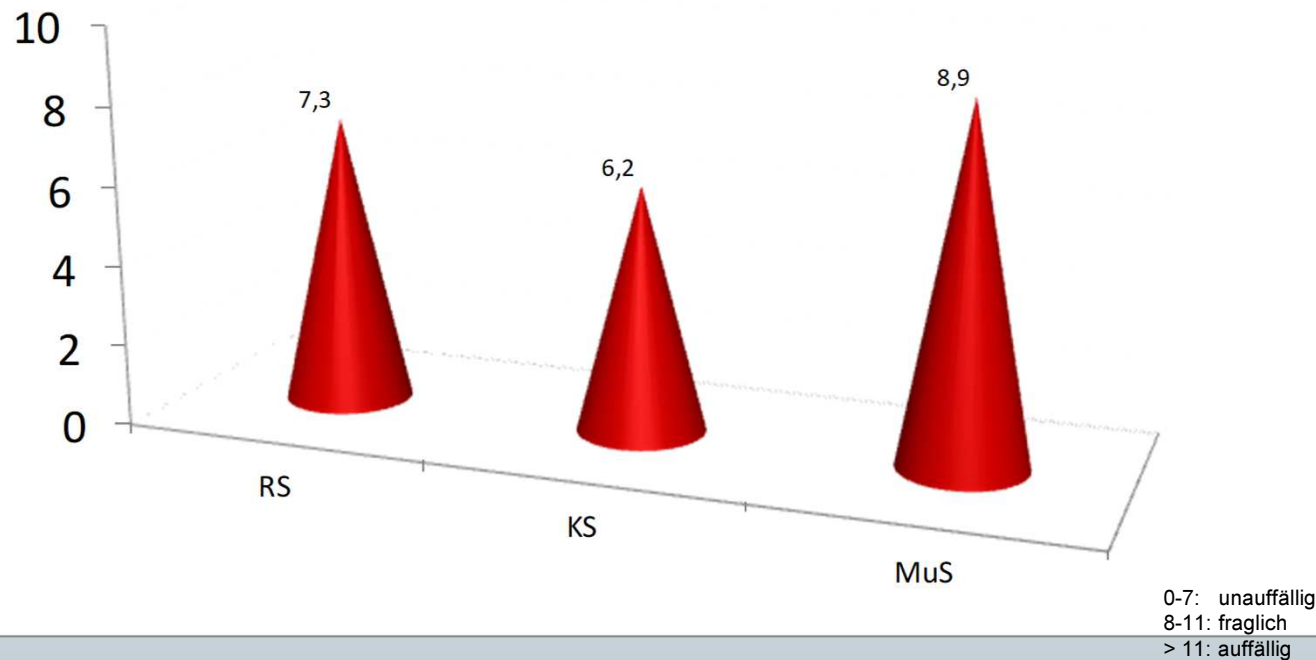
Multimodale Schmerztherapie –Evaluation (N = 827)

Analyse nach Diagnosen

HADS – Depressivität (Angaben in Mittelwerten)



Therapiebeginn



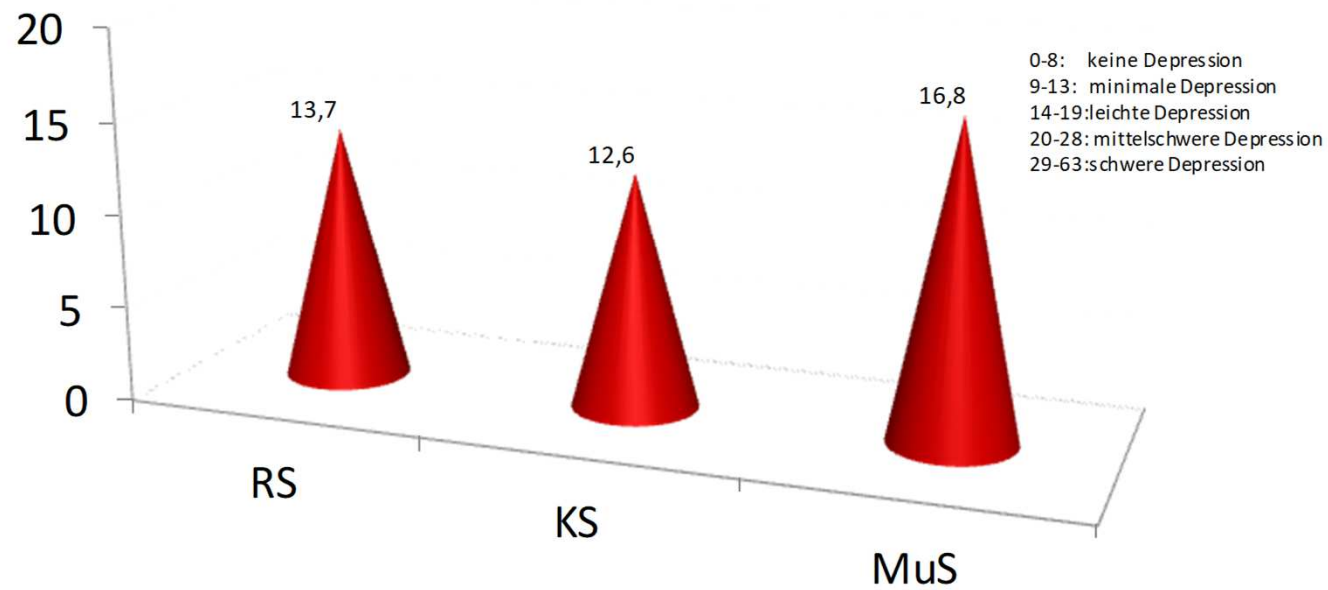
Multimodale Schmerztherapie –Evaluation (N = 827)

Analyse nach Diagnosen

Psychopathologie / Depression (BDI – II) (Angaben in Mittelwerten)



Therapiebeginn



Multimodale Schmerztherapie –Evaluation (N = 827)

Analyse nach Diagnosen

Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes
EuroQol (Angabe in Mittelwerten)

7. Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der best denkbare Gesundheitszustand ist mit „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“.

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

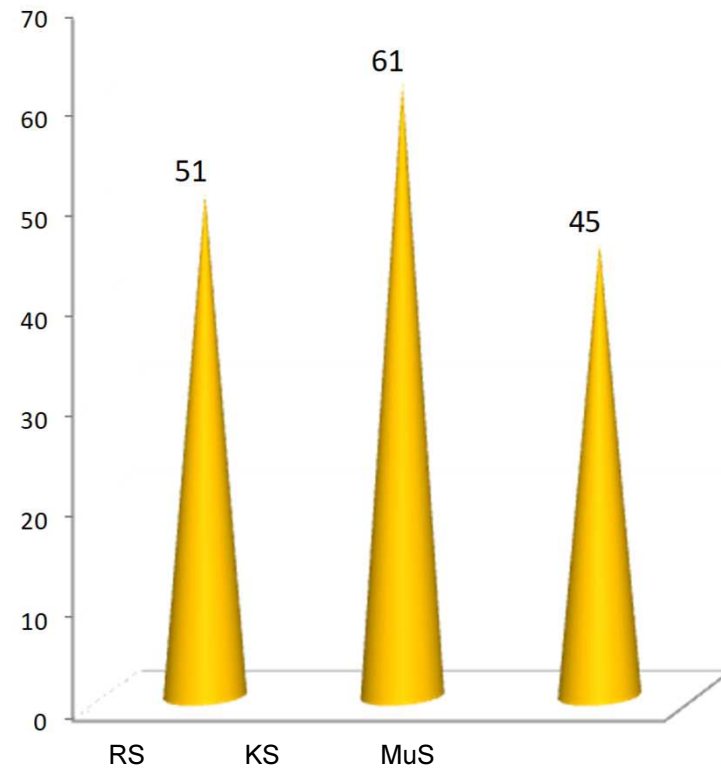
Best denkbare
Gesundheitszustand



Ihr heutiger
Gesundheitszustand

Schlechtest denkbare
Gesundheitszustand

Therapiebeginn



Zur besonderen Situation von Menschen mit chronischen Schmerzen



**KÄMPFEN BEDEUTET, DASS DU
GEGEN DEN SCHMERZ ANKÄMPFST
UND DU VERSUCHST, WEITER
ZU MACHEN.**



*Pain is inevitable,
Suffering is optional.*

[\[click here\]](#)

-- M. Kathleen Casey

**Du musst auch
Gefühle zulassen.
Ja, SIND ZU!**

www.singleindergroßstadt.de



Ich kann das Leben
nicht kontrollieren
aber ich kann kontrollieren
wie ich darauf reagiere

MACKLEMORE



Zur besonderen Situation von Menschen mit chronischen Schmerzen

SCHMERZ + KAMPF = LEIDEN



Schmerz und Psyche



„Schmerzen konfrontieren uns nicht nur mit den Grenzen unserer Sprache sondern auch mit den Grenzen unserer Handlungsmöglichkeiten“

Welches sind die Ziele in der Schmerztherapie ?
Ärzte / Therapeuten – Patienten

Schmerzfreiheit ?
Schmerzkontrolle ?
Schmerzbewältigung ?



Begleitung von
Schmerzpatienten





Fr. R.M. 54 J. – Diagnosen- DSM-IV

I: Panikstörung mit Agoraphobie

II: Dependente PS

III: Chronischer Rückenschmerz

IV: Drohender Verlust des Arbeitsplatzes

Intuition vs. denkerisches Kalkül

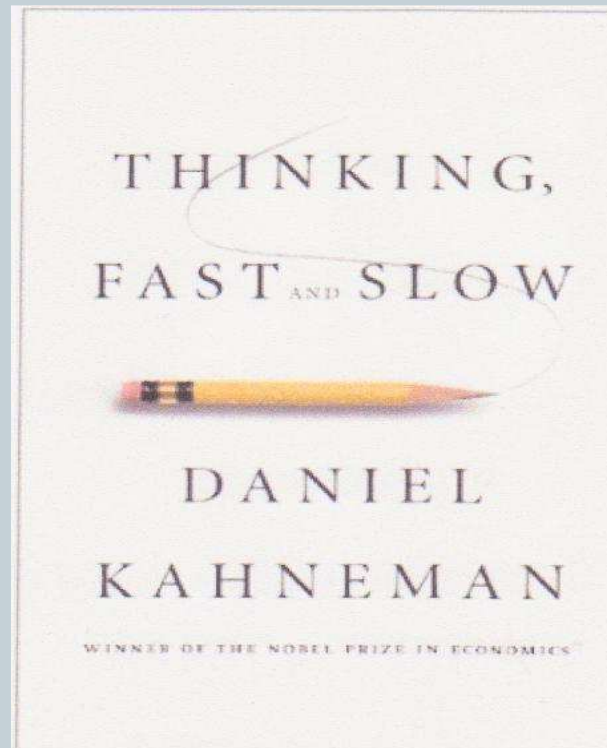
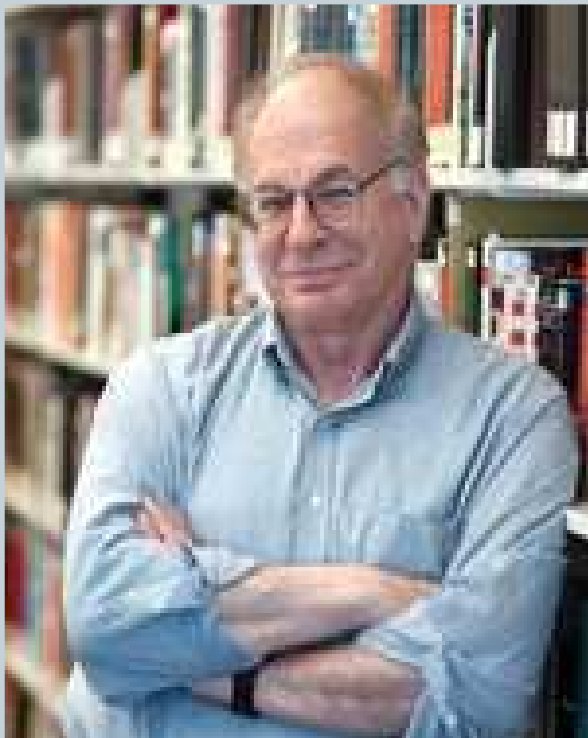


Ein Sandwich und ein Getränk kosten zusammen 1.10 €.
Das Sandwich kostet 1 Euro mehr als das Getränk.
Wie viel kostet das Getränk ?

Viele – auch sehr gebildete Menschen antworten auf diese Aufgabe, das Getränk koste 10 Cents. Nicht nur ist ihre Antwort falsch – sie sind auch ziemlich sicher, Recht zu haben.

(Das Getränk kostet 5 Cents und das Sandwich 1.05 Euro)

Das Rätsel von Erleben vs. Gedächtnis



Daniel Kahnemann

- 5. März 1934, Tel Aviv
- Studium: Psychologie und Mathematik
- 1986-1994 Professur an der Universität of California, Berkeley
- Seit 1994 Professur in Princeton
- Arbeitsschwerpunkte: Urteilsheuristiken, Kognitive Verzerrungen, Glück, Verhaltensökonomie

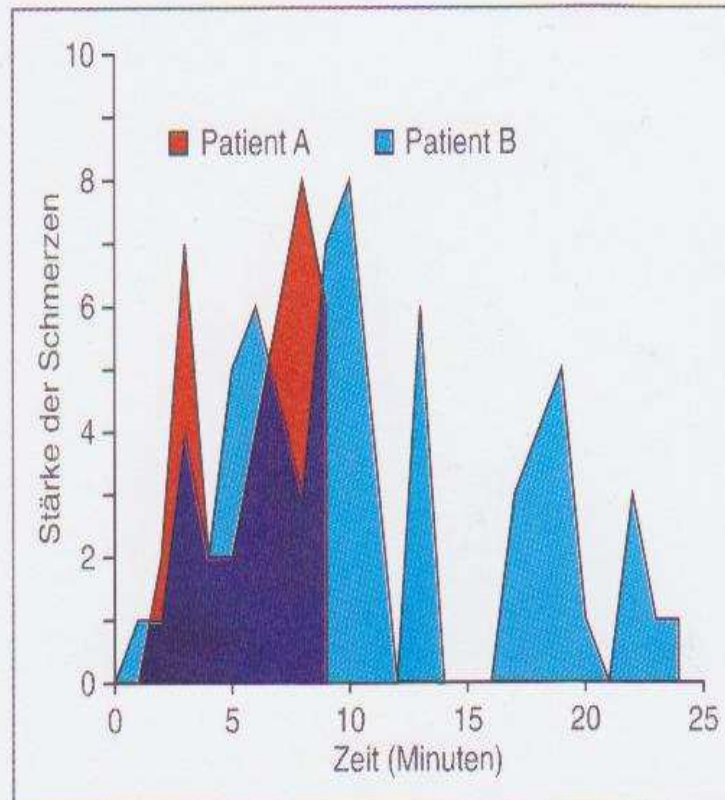
2002 Nobelpreis für Wirtschaftswissenschaften (gemeinsam mit Vernon L. Smith)

Patients undergoing colonoscopy repeated their pain every 60 sec.



Abb. 1

Intensität des Schmerzerlebens bei zwei Patienten während einer Darmspiegelung (Koloskopie; 8, S. 4). Bei Patient A (rote Fläche) dauerte die Prozedur 8 Minuten, bei Patient B (blaue Fläche) 24 Minuten. Die maximale Stärke der Schmerzen war in beiden Fällen gleich.



How much did these patients suffer ?

How much did these patients **think** they suffered ?

Das Rätsel von Erleben vs. Gedächtnis



„Wenn wir emotionale Erlebnisse retrospektiv über die Zeit hinweg beurteilen, unterliegen wir offensichtlich systematischen Fehlern“

(Spitzer, M. Nervenheilkunde, 2006; 25: 417 – 20.)

Erlebendes Selbst – „Wie tut es Ihnen wenn ich Sie hier anfasse?“

Erinnerndes Selbst – „Wie haben Sie sich in der letzten Zeit gefühlt?“

Konflikt zwischen Erleben und Gedächtnis

„Peak – End“ - Rule

„Duration neglect“

(Kahnemann, 1996)

Das Rätsel von Erleben vs. Gedächtnis (Die Regel der Verzerrung der Bewertung)

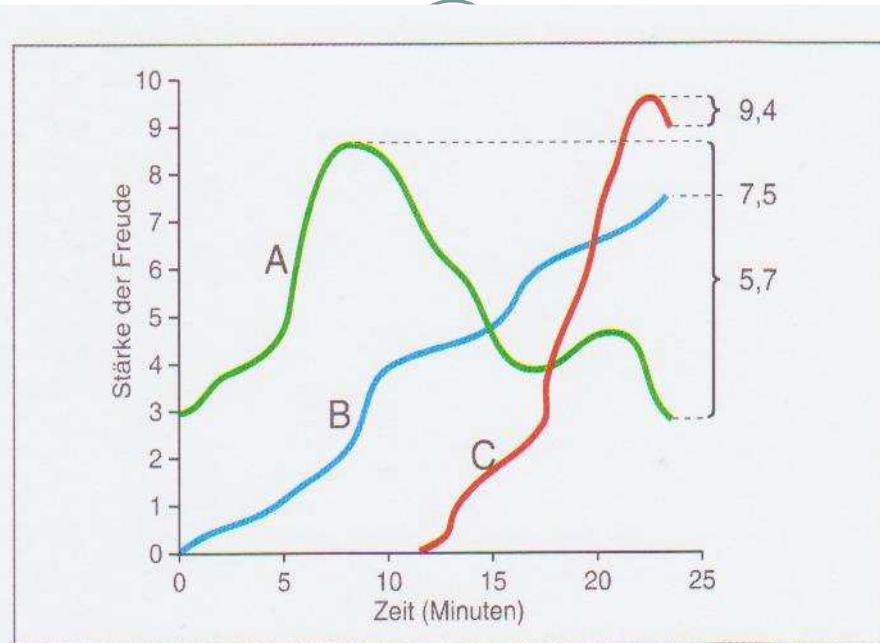


Abb. 2 Fiktive Verläufe positiver Ereignisse sowie retrospektive Einschätzung dieser Ereignisse nach der Peak-End-Regel. Obwohl die Erlebnisse A und B länger dauern als C, werden sie im Nachhinein schlechter bewertet. A hat zwar die größte Fläche unter der Kurve, also den größten kumulierten objektiven Nutzen, kommt aber nach der Peak-End-Regel auf Grund des mittelmäßig guten Endes schlecht weg. Erlebnis B wurde möglicherweise zu früh abgebrochen. Bei ihm fallen Höhepunkt und Endpunkt zusammen. Erlebnis C ist deutlich kürzer als A und B, wird aber am besten eingeschätzt. Es wurde kurz nach dem Maximum beendet.

„Um die retrospektive Bewertung zu maximieren, sollte man das positive Ereignis so früh wie möglich nach seinem Höhepunkt abbrechen“ (Spitzer, 2006)

Aufhören, wenn es am schönsten ist

Schmerz scheint prinzipiell eine einsame Erfahrung zu sein. Nie fühlt sich der Mensch so verlassen, wie dann, wenn er von heftigen Schmerzen heimgesucht wird.

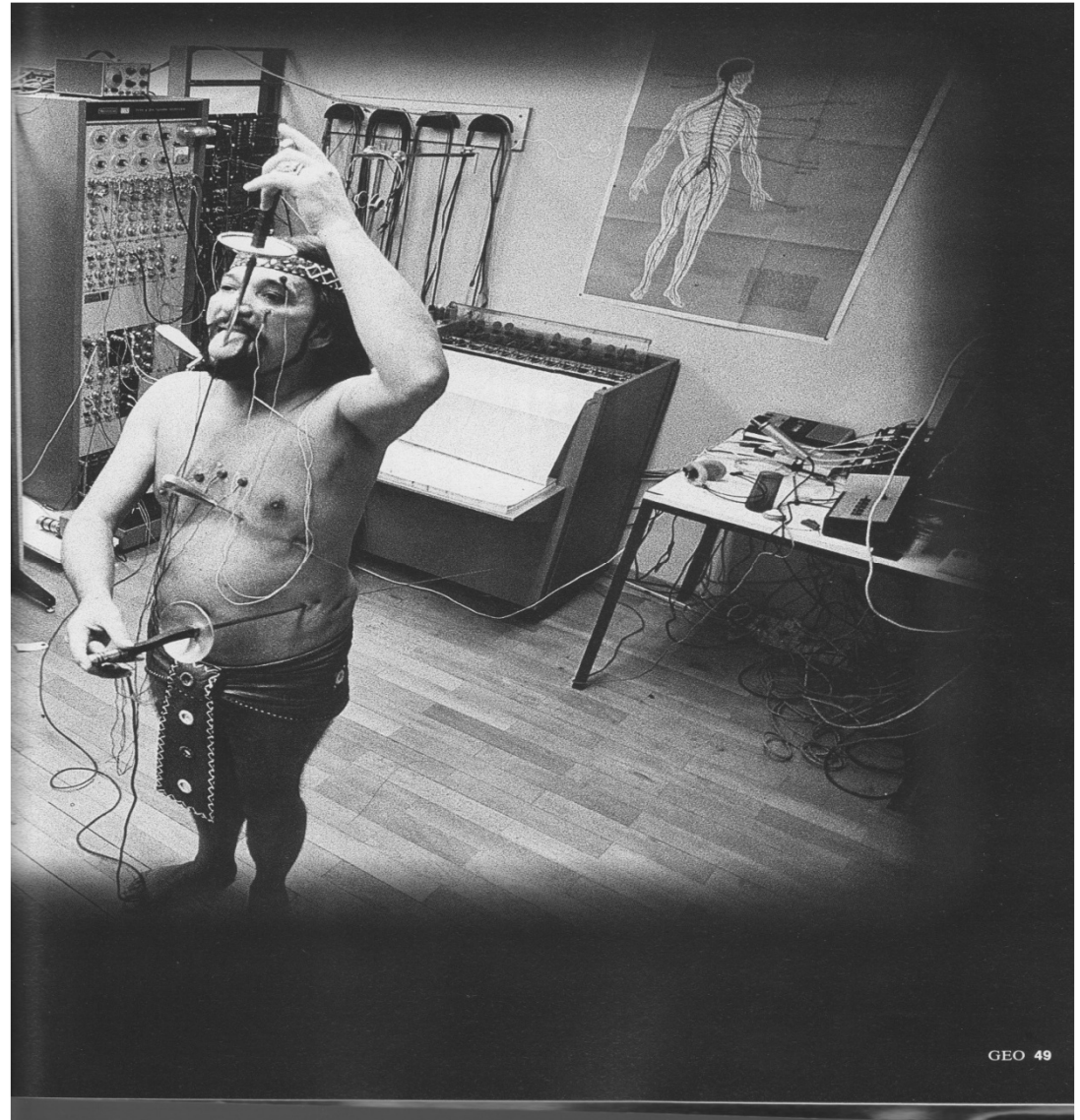
(nach Tolstoj, Der Tod des Iwan Iljitsch)

ZISOP - Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie,
Onkologie und Palliativmedizin, Center of excellence

Anhang 233



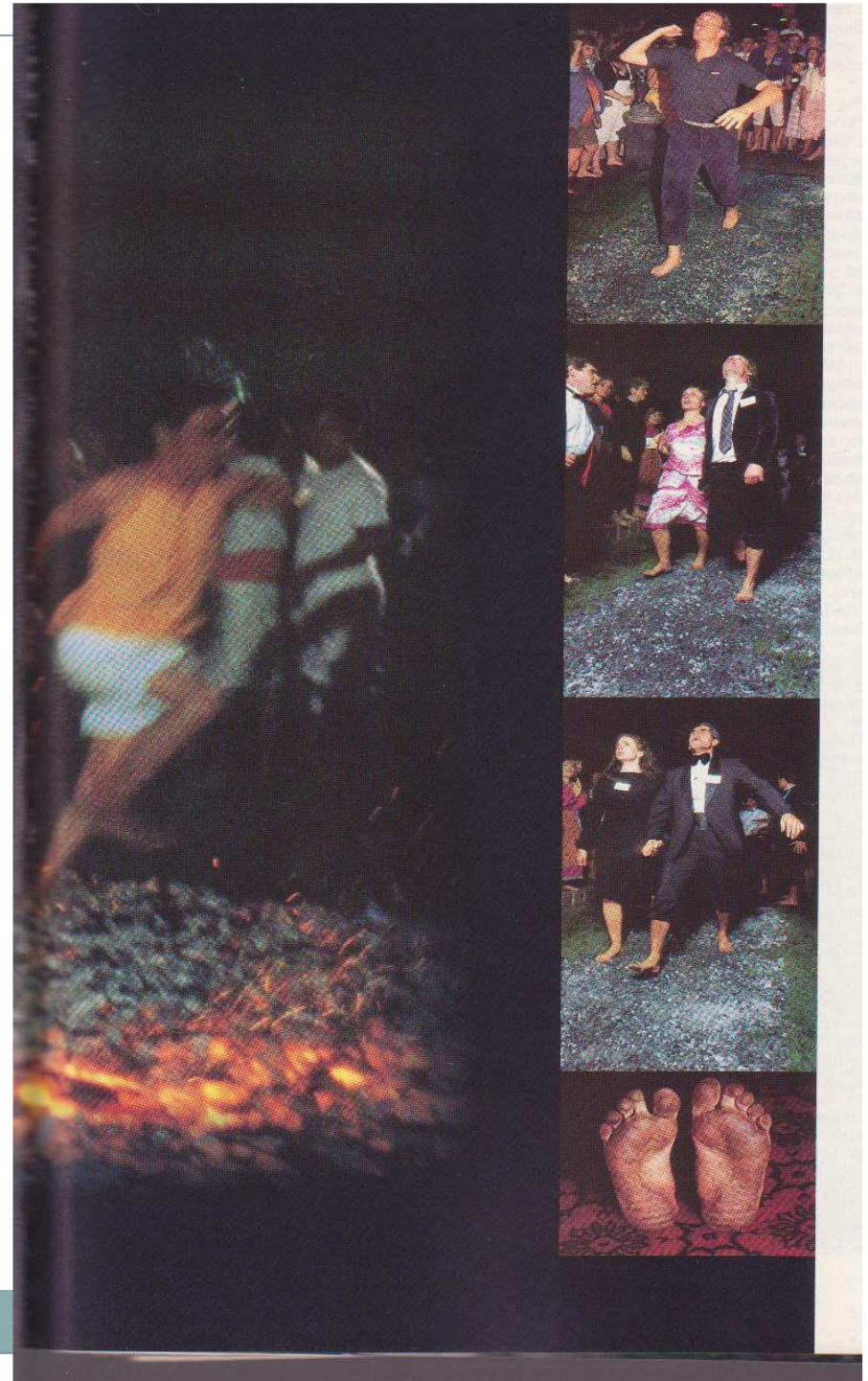
A-3. Fakir. (Aus Bierbaumer 1984)





Der Lauf übers Feuer, ein rituelles Schmerzritual, gehört auf der thailändischen Insel Phuket zu Volkstesten. Nun macht die Mühsal im Westen Mode: In Jeans oder händchenhaltend im Abendanzug holen sich Teilnehmer amerikanischer «Seminare für geistige Revolution» heiße Schlen und die nicht so neue Erleuchtung. Der Mensch erträgt mehr, als er glaubt. Der Sieg über die Angst vor Schmerz sei, so predigt die Seminar-Guru Tony Robbins, die Eintrittskarte zum Erfolg

**Erleuchtung
auf glühenden
Kohlen**



Schmerz und Psyche



- Welche Faktoren haben einen wesentlichen Einfluss auf die Schmerzwahrnehmung, das Schmerzerleben, das Schmerzverhalten ?
- Gibt es einen ausschließlich „psychischen“ Schmerz ?

Klassische Schmerzdefinition (traditionelles Modell)

„Schmerz ist jene Sinneserfahrung, die von Reizen hervorgerufen wird, die verletzen.“

Lit.: Moutncastle: Medical Physiology, 1974

Implizite Modellvorstellung:

- Der Schmerz ist Leitsymptom für ein zugrunde liegende Pathologie (Noxe)
- 1:1 Relation
- Unidirektional
- Schmerz hat eine Signalfunktion
- Weitere Funktionen: Schutz-, Genesungs- und Warnfunktion



Schmerztheorie nach Rene Descartes (1596-1650):
Über den Menschen, 1632

I. Kognitionen modulieren Schmerzen !



Aufmerksamkeit:

Ablenkung-Zuwendung

Kontrolle und Vorhersagbarkeit vs. Hilflosigkeit

Attribution:

Kenntnis der Schmerzursache

Bedeutung der Situation

*Der Umstand der Schmerzauslösung
Ist wichtiger als die Verletzung!*



Aufmerksamkeitslenkung

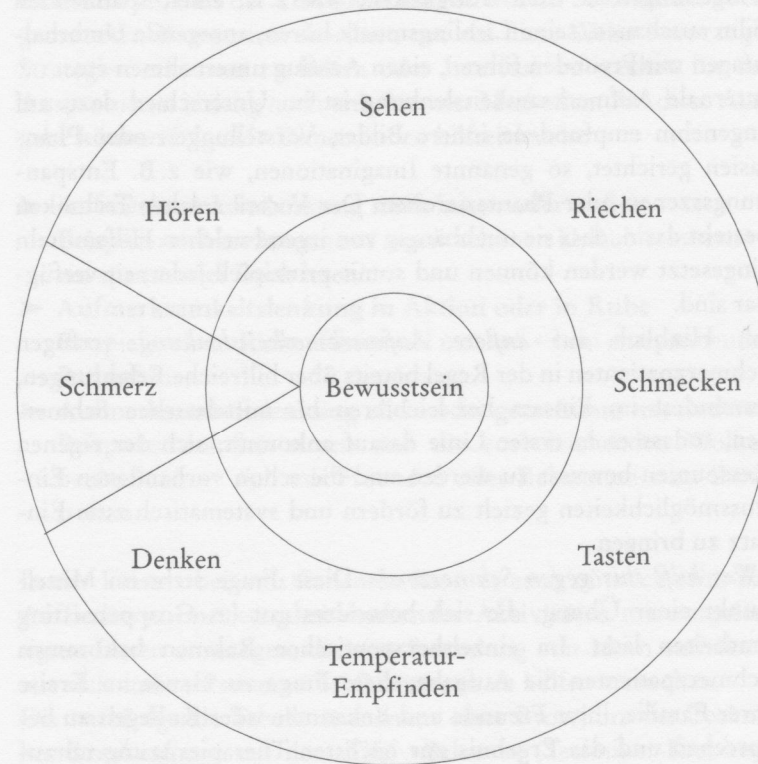


Abbildung 10: Aufmerksamkeitscheinwerfer
entnommen aus: Materialien zum TK-Kurs: Schmerz aktiv begegnen.
Technikerkrankenkasse, Hamburg, 1996.

Schmerzimmunsisierung nach Meichenbaum



1. Vorbereitung auf den Schmerz

Ich versuche mich darauf zu konzentrieren, was ich machen kann

2. Begegnung mit dem Schmerz

Ich beobachte meine Gedanken, Gefühle und Phantasien bei den Schmerzen; davon kann ich lernen

3. Auseinandersetzung mit dem Schmerz in kritischen Momenten

Wenn der Schmerz kommt, mache eine Pause, konzentriere dich auf das, was zu tun ist.

4. Belohnende Selbstanweisung

Du bist ganz gut damit fertig geworden. Es hat etwas geholfen.

5. Beim Versagen

Beim nächsten Male geht es bestimmt schon besser.

Meichenbaum, D.W.: Kognitive Verhaltensmodifikation (1979)

Wie funktioniert Achtsamkeit ?



Konzentriert:

- Beschäftigen Sie sich nur mit einer Sache
- Lassen Sie sich nicht ablenken
- Kehren Sie immer wieder zur Übung zurück

Nicht wertend:

- Nehmen Sie etwas wahr, ohne es zu beurteilen
- Lassen Sie unangenehmen Gefühle und Gedanken vorbeiziehen, ohne sie zu verurteilen
- Lassen Sie Bewertungen vorbeiziehen, ohne sie festzuhalten

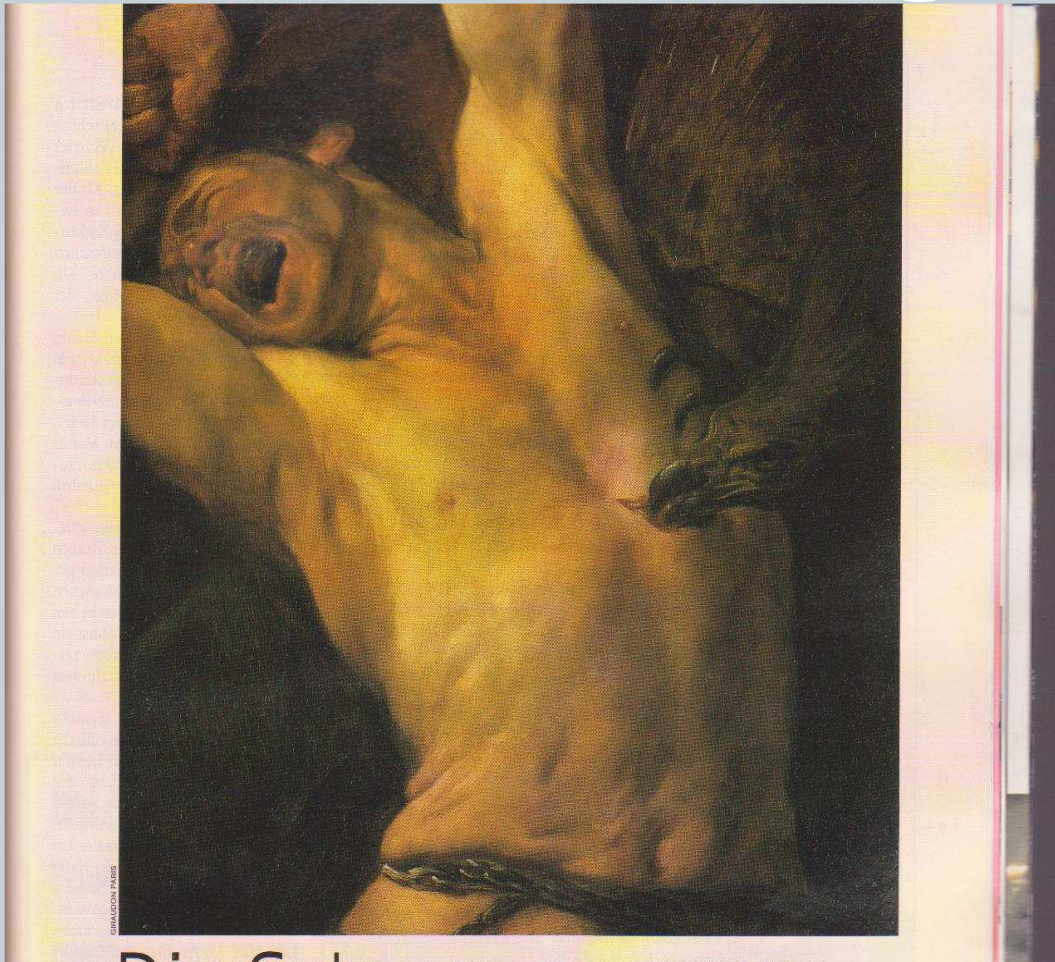
Wie funktioniert Achtsamkeit ?



Wirkungsvoll:

- Achten Sie darauf, was möglich ist
- Tun Sie etwas so, dass es funktionieren kann
- Setzen Sie alle notwendigen Fertigkeiten ein
- Lassen Sie nicht-hilfreiche Gedanken und Gefühle vorüberziehen

Burkhard, A.: Achtsamkeit. (2007)



Emotion und Schmerz

Der Einfluss von Gefühlen auf
die Schmerzverarbeitung

II. Emotionen modulieren den Schmerz!

Funktion der Emotion:

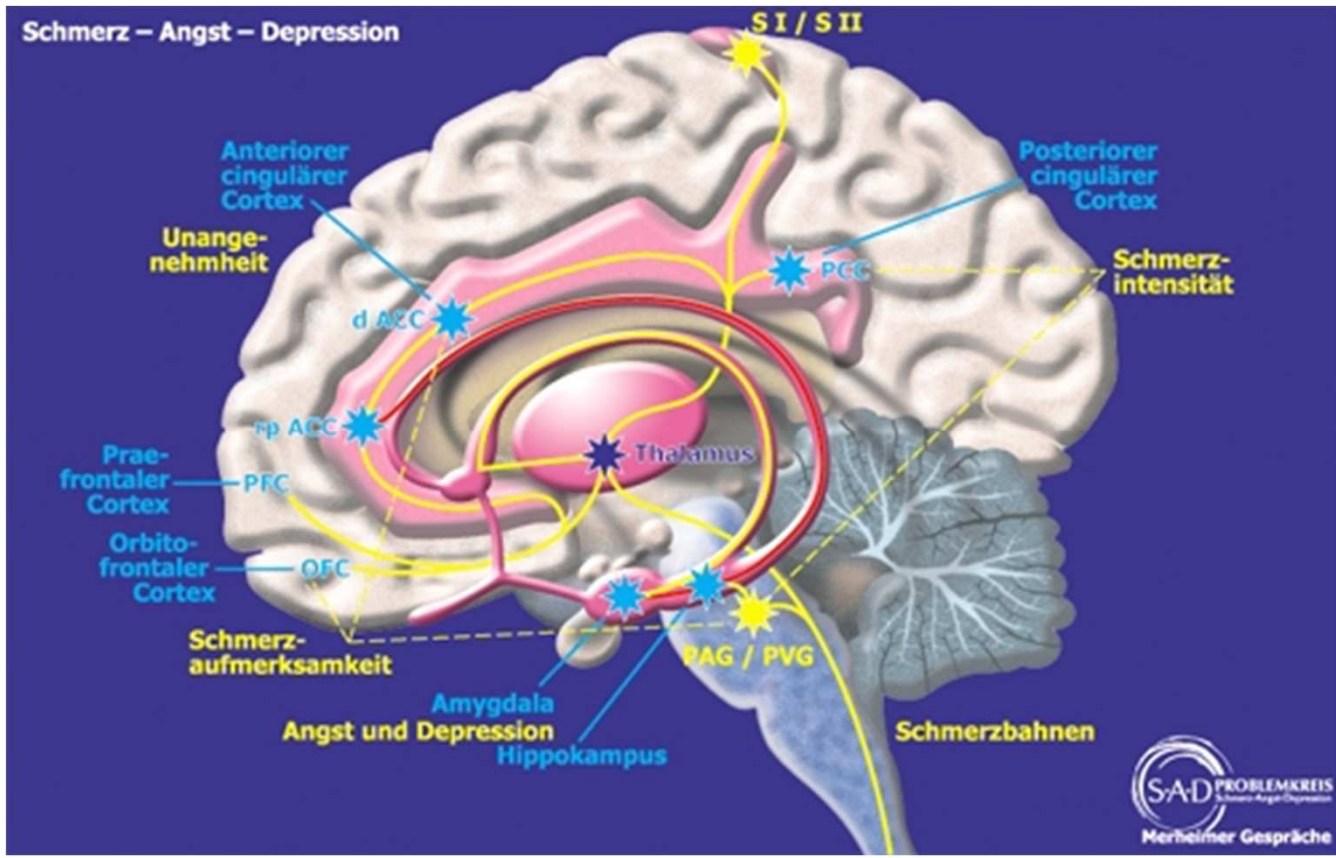
„Weh“-Charakter
das Quälende am Schmerz



In der Praxis:

- Depression
- Ängste (Sorgen)
- Erwartungsangst
- Ambivalenz

Hohe Angst – niedrige
Schmerztoleranz
Hohe Angst-erhöhter
Analgetikaverbrauch
Rückfallquote bei reziv. Schmerzen
erhöht



akute Phase

prädisponierend:

- „anxiety sensitivity“
- spez. Einstellungen

Verletzung



Schmerz (bei Bewegung)



Angst vor Bewegung



Vermeidung von Bewegungen



Angstminderung



generalisierendes Rückzugs-
und Schonverhalten



Verstärkerverlust



„depressives“ Syndrom



chronische Phase

prädisponierend:

- spezielle Einstellungen und Kognitionen
- habituelle Bewältigungsstrategien
- spezifische kontingente Verstärkung:
C+: Zuwendung
C-: Konfliktvermeidung





Angst – Vermeidungs – Modell (Vlaeyen & Linton, 2000)



III: Motivation und Schmerz



Antike: Die Wunden der Sieger heilen schneller!

„Er (Alcest) eilt mit sehnsuchtsvollem Herzen, wie nach dem Arzt ein Siecher, der sonst schleicht, in Hoffnung schneller geht und hoffend seine Schmerzen nicht fühlt noch merkt, wie sehr er keucht, bis er des Arztes Haus erreicht.“


Ch. Fürchtegott GELLERT (1715-1769) aus: Fabeln und Erzählungen (1746)

III. Beweggründe modulieren den Schmerz

Faktoren des Schmerzertragens:

sportliche
heroische
religiös-motivierte
gesellschaftliche
Pathologische
Sexuelle

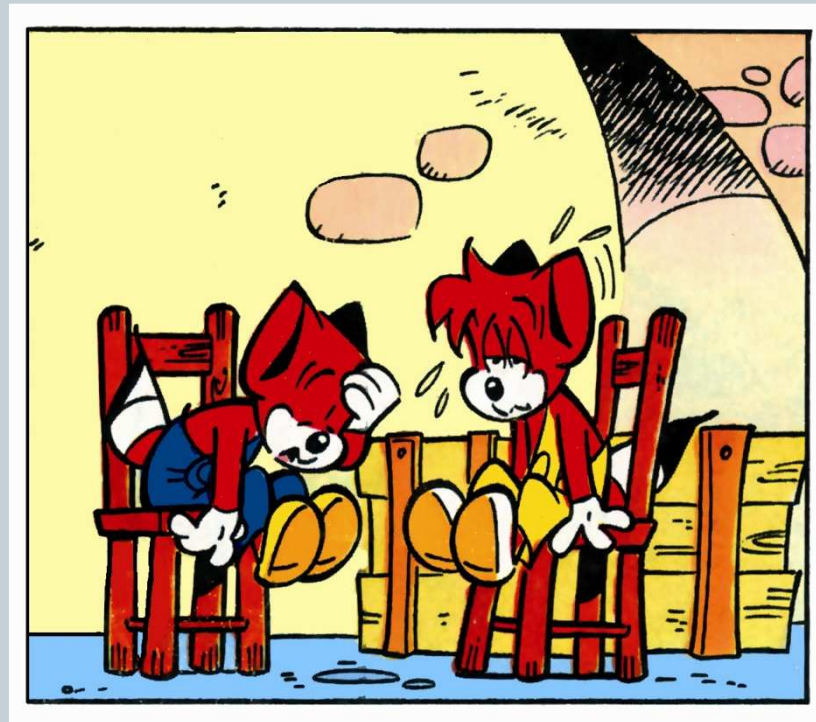
IV. Persönlichkeitszüge bzw. Coping-Stile modulieren Schmerzintensität und Schmerzerleben



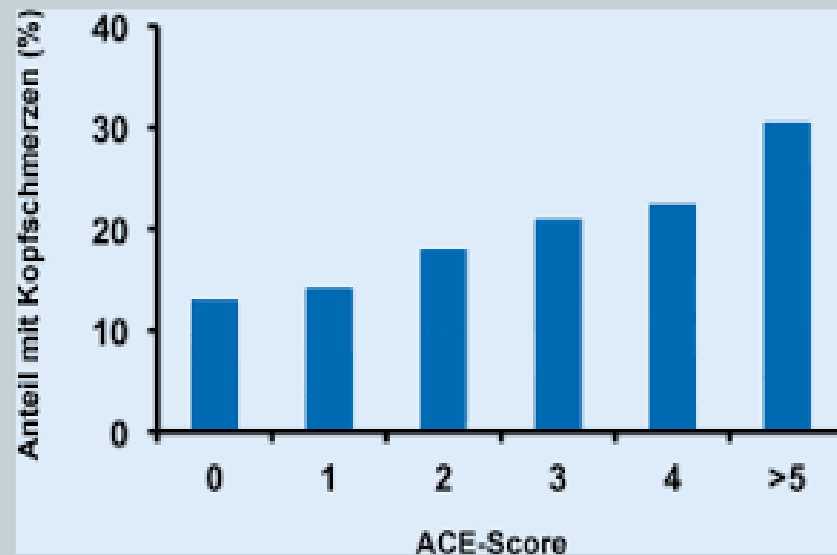
- Wahrnehmungsstile: Represser-Sensitizer
Praxis: Präoperative Aufklärung - Suggestibilität
- Andauernde Ängstlichkeit / Katastrophisierende Kognitionen
- Kontrollüberzeugungen
- Persönlichkeitsszüge – Neurotizismus
- Persönlichkeitsstörungen z.B: BPS – Suchtgefahr!

V. (Aktuelle) Biografische Einflüsse modulieren die Schmerzverarbeitung

- Lernen am Vorbild der Eltern:
Wie gehen sie mit eigenen
Krankheiten um?
- Umgang der Eltern mit Krankheit
und Schmerz ihrer Kinder
- Gewalt, Strafe und Schuld-
Situationen in Kindheit und Jugend



V. (Aktuelle) Biografische Einflüsse modulieren die Schmerzverarbeitung Kopfschmerzen und Hypermnesie-Hyperarousal-Modell



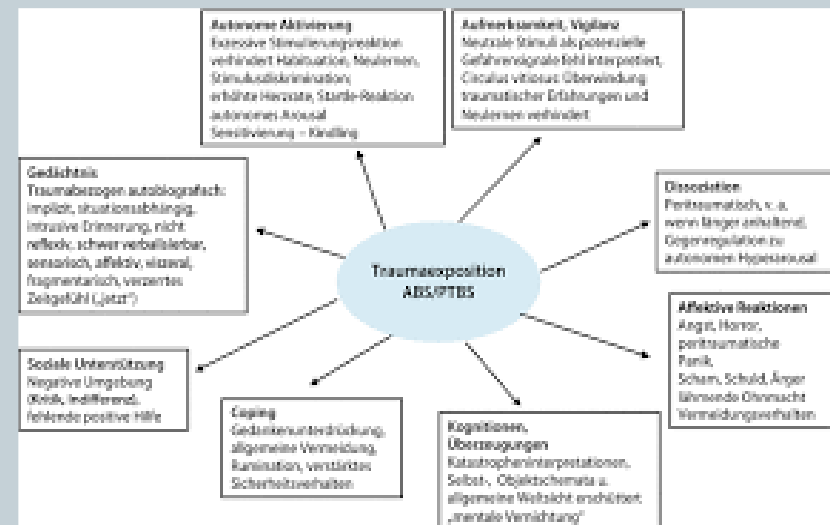
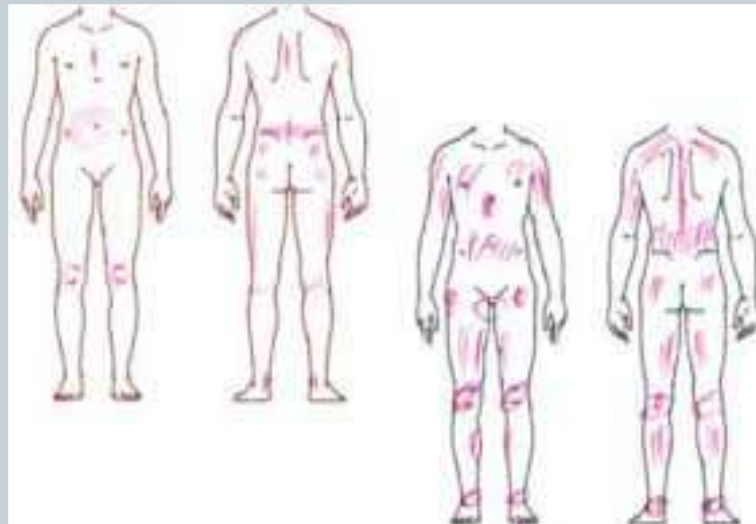
Auftreten von Kopfschmerzen in Abhängigkeit vom Adverse-Childhood-Experience (ACE)-Score. 5 frühe Traumatisierungen werden erfasst (sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und Vernachlässigung, emotionale Misshandlung und Vernachlässigung)



Hypermnesie-Hyperarousal-Modell zur Schmerz-Trauma-Interaktion (Egloff, 2014). Die Gefahrensituation gräbt sich tief in das Gedächtnis ein („Hypermnesie“) und hinterlässt eine sensorische Übererregbarkeit hinsichtlich potenzieller Warnreize („Hyperarousal“)

V. (Aktuelle) Biografische Einflüsse modulieren die Schmerzverarbeitung

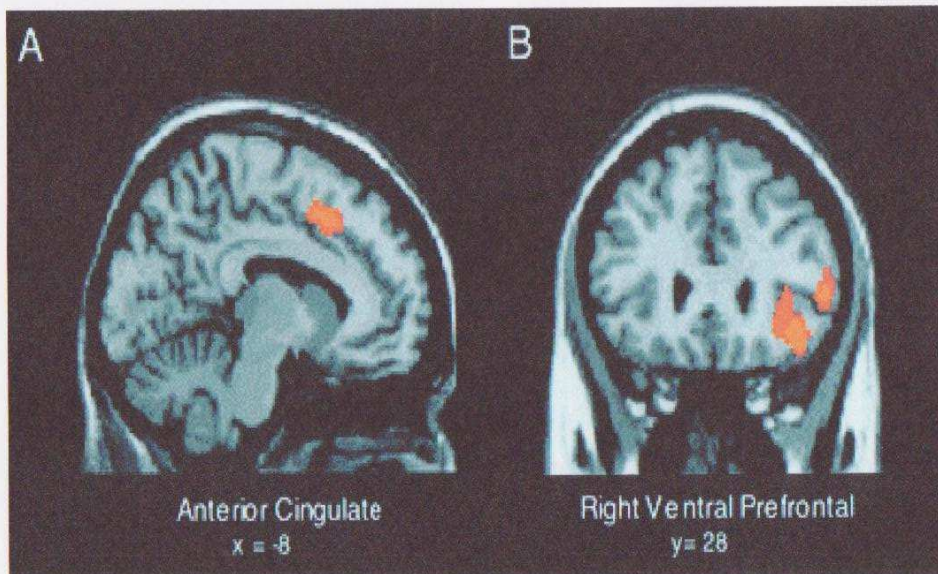
Schmerzbeschreibung und Akute Belastungsstörung / PTBS



Sauer et.al: Treatment of Comorbid Disorders, Syndromes, and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Maltreatment with STAIR-NT
 Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie (2023), 52 (2), 63-76

VI. Soziale Beziehungen modulieren den Schmerz

Der Schmerz des sozialen Ausschlusses: neurale Korrelate



(**A**) Increased activity in anterior cingulate cortex (ACC) during exclusion relative to inclusion. (**B**) Increased activity in right ventral prefrontal cortex (RVPPFC) during exclusion relative to inclusion

Eisenberger et al., Science 2003

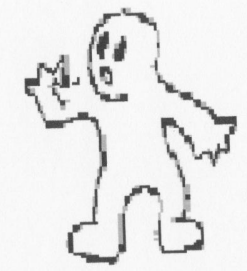
Does Rejection Hurt ? An fMRI Study of Social Exclusion

Naomi I. Eisenberger, Mathew D. Lieberman,
Kipling D. Williams

Science, October 2003



Inclusion





Ostracism



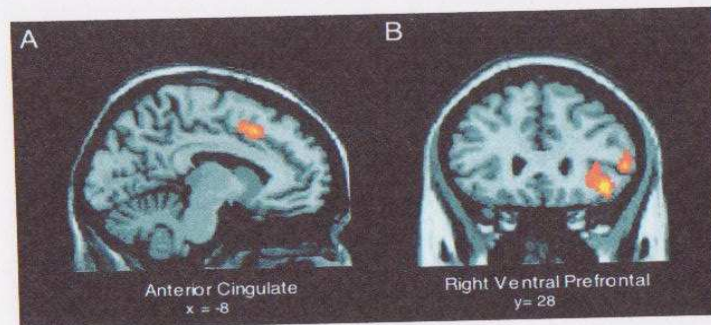
VI. Soziale Beziehungen modulieren den Schmerz

Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion

Naomi I. Eisenberger,^{1*} Matthew D. Lieberman,¹
Kipling D. Williams²

Science, October 2003

- fMRI-Studie während eines virtuellen Ballspieles
- Neuronale Korrelate während des Erlebnisses des Ausgeschlossen-Werdens:



Aktivierungen im dorsalen
C
(korreliert mit Distress)
Vordere Insel

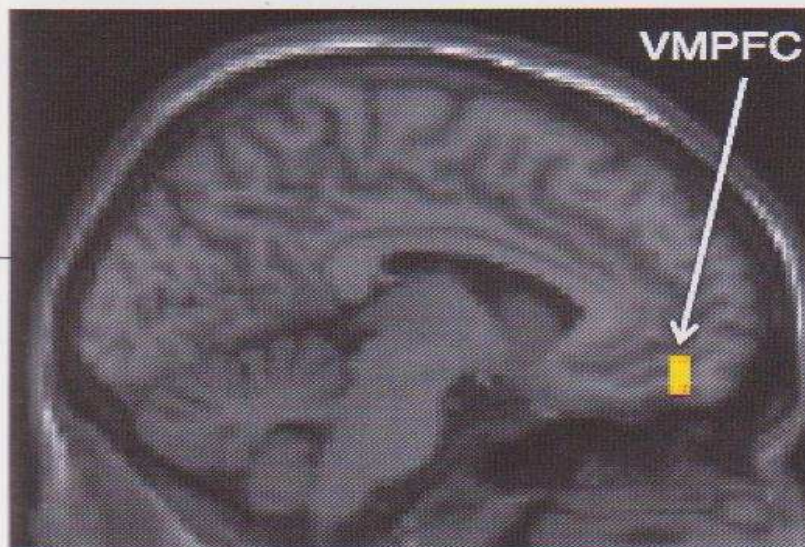
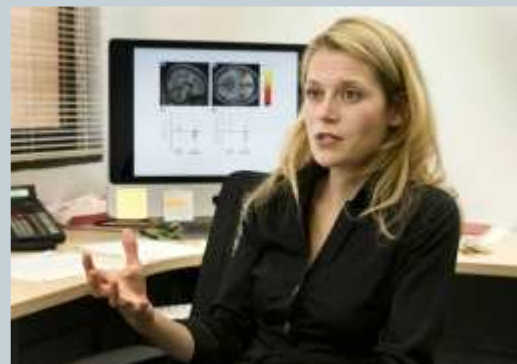
VI. Soziale Beziehungen modulieren den Schmerz



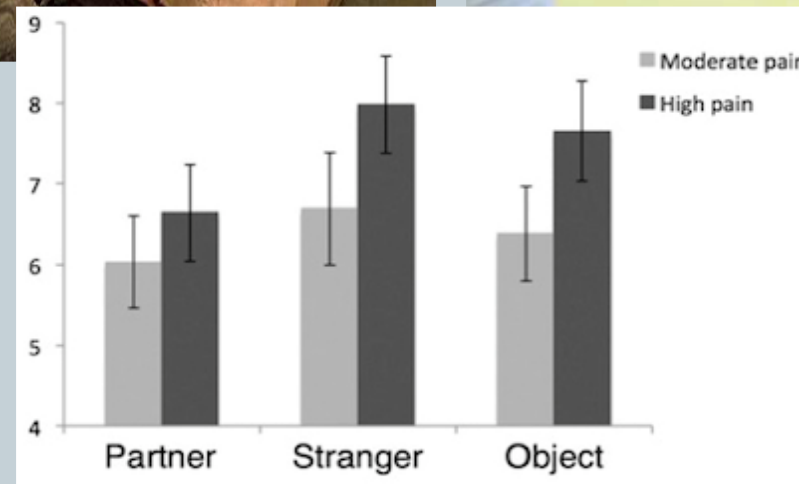
- **Sozialpsychologische Hypothese**
 - Schmerzreduktion entsteht durch soziale Nähe
 - (hohes Ausmaß an sozialer Wahrnehmung)
 - Soziale Bedeutung von Zugehörigkeit (Eisenberger)

 - „Seelenschmerz“ – Liebeskummer / Mobbing/ Heimweh unterscheiden sich nicht in ihrer Qualität/Aversivität von
 - Somatischen Reizen
 - Wichtig: Bindung bis zum 4.Lj
 - (Folter: Isolation; Rausreißen aus der Zusammengehörigkeit)

Partner - Therapie



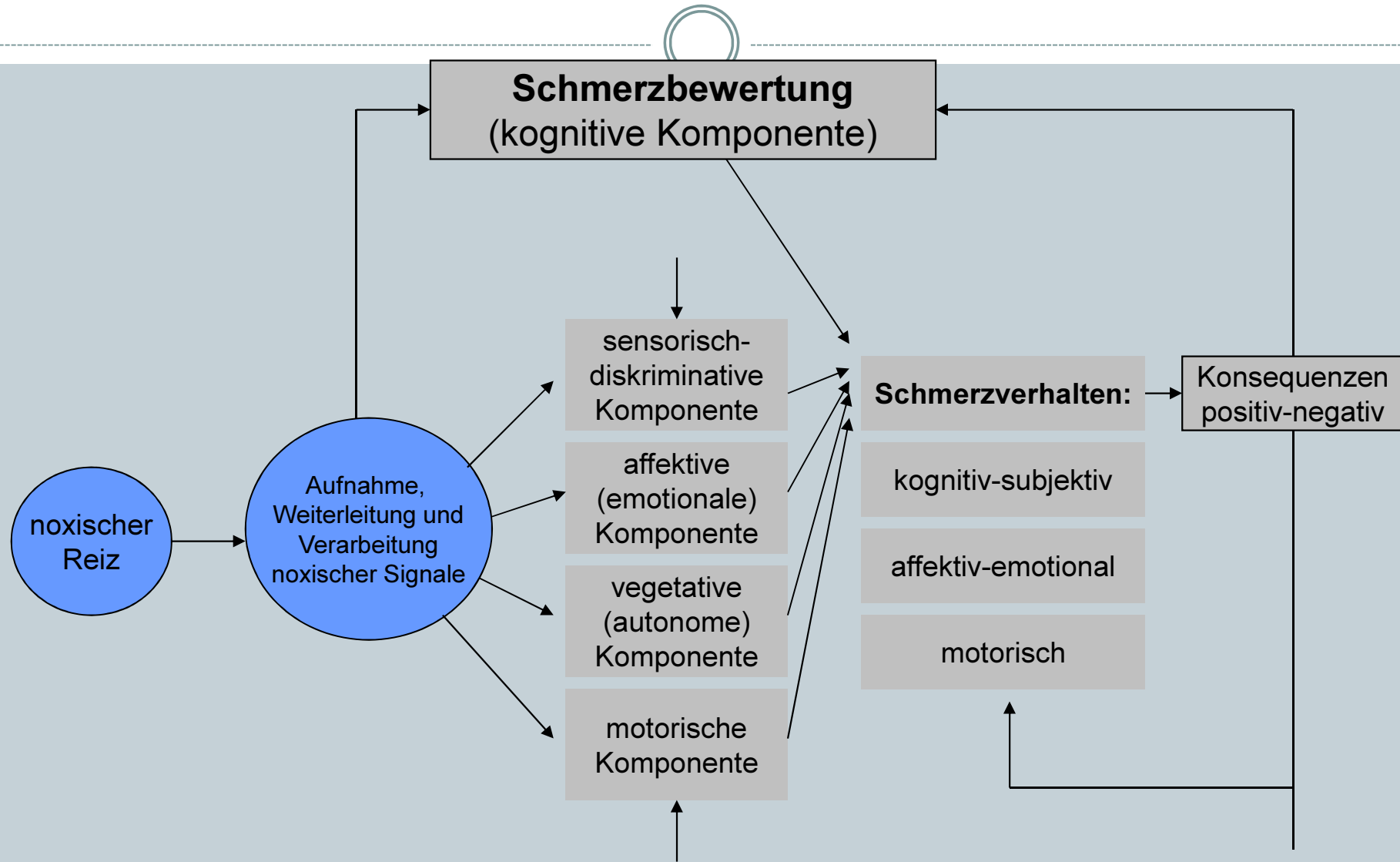
DIE SICHERHEITSSZONE Die Aufnahme markiert den „Ventromedial prefrontal cortex“ (VMPFC). Dabei handelt es sich um eine Hirnregion, die über der Augenpartie liegt und auch für das Gefühl der Sicherheit verantwortlich ist. Wenn man Menschen beispielsweise Bilder ihres Partners zeigt, so belegen Studien, wird diese Region aktiviert. Auf diese Weise sollen auch Schmerzen gedämpft werden.*



Attachment figures activate a safety signal-related neural region and reduce pain experience

[Naomi L. Eisenberger^{a, 1}](#), et al 2011

Schmerzerleben



Praktische Umsetzung und klinische Bedeutung

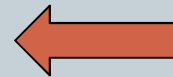
...von der Schmerz*entstehung* (Noxe; Nozizeption) zu den Faktoren der Schmerz*verarbeitung*:

die Schmerzwahrnehmung

-Perzeption

-Apperzeption

das Schmerzerleben
das Schmerzverhalten



-Kognitionen
-Emotionen
-Motivation
-Persönlichkeit
-Biografie
-Soziale Faktoren

Zusammenfassung

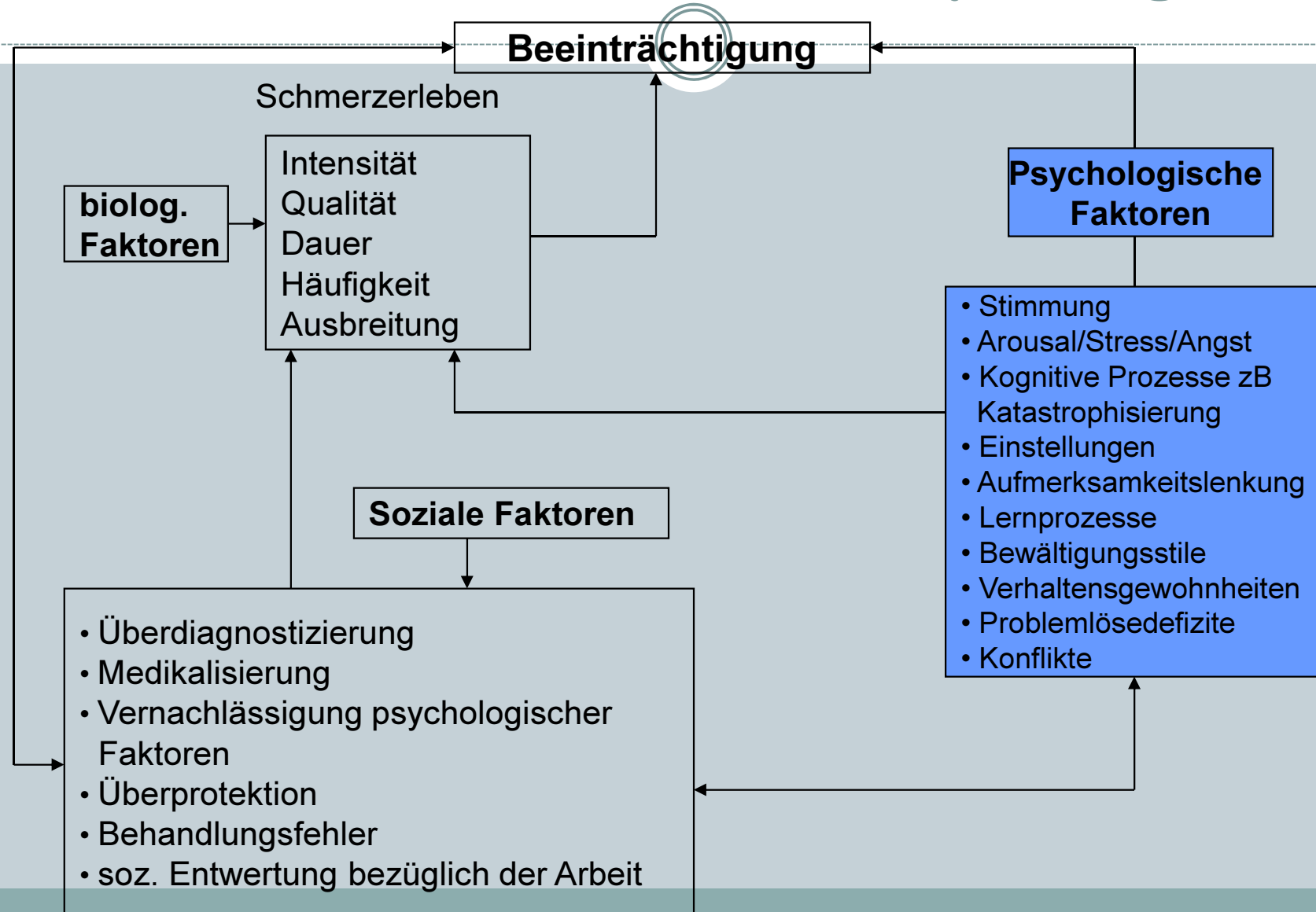


Psychologische Faktoren die den Schmerz modulieren (verstärken oder lindern) und damit zur Variabilität der Schmerztoleranz beitragen sind:

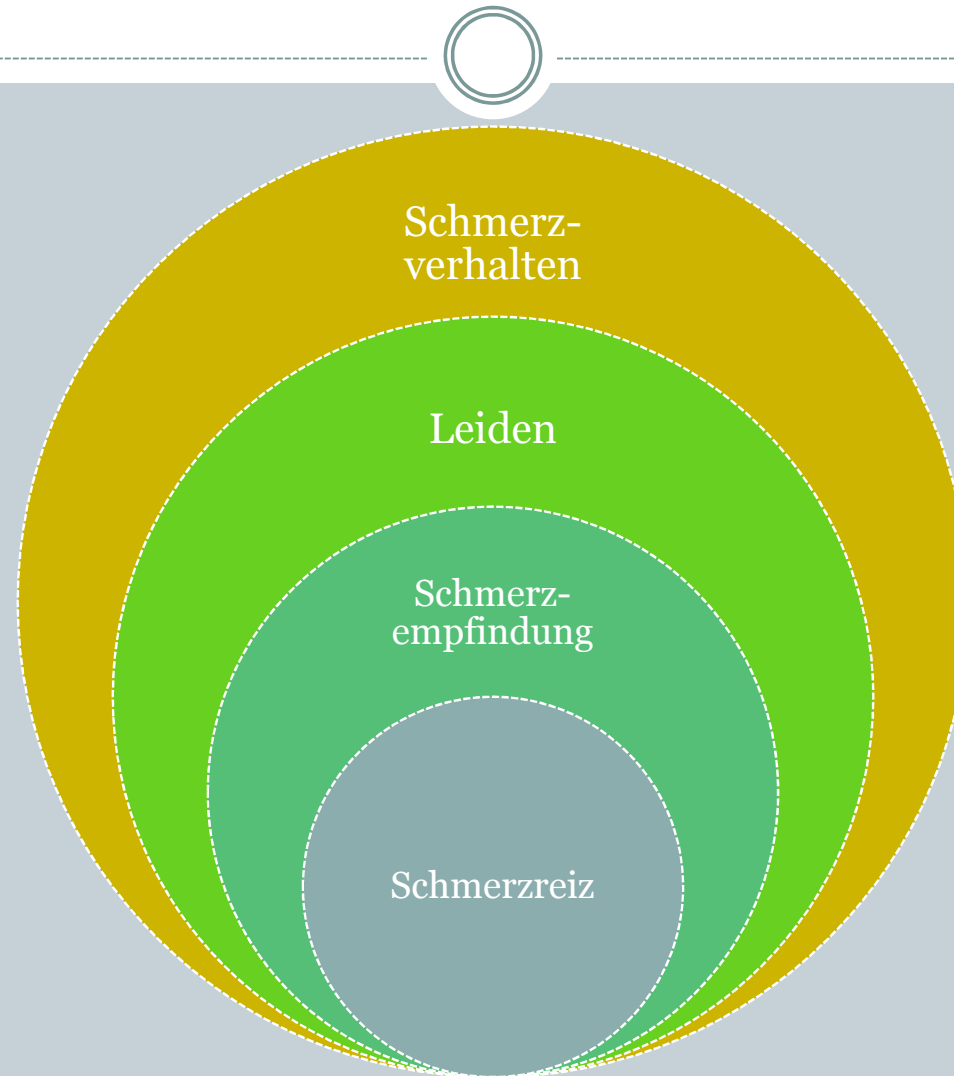
kognitive...
emotionale...
motivationale...
überdauernde...
Bewältigungs-Stile...
biografische...
soziale...



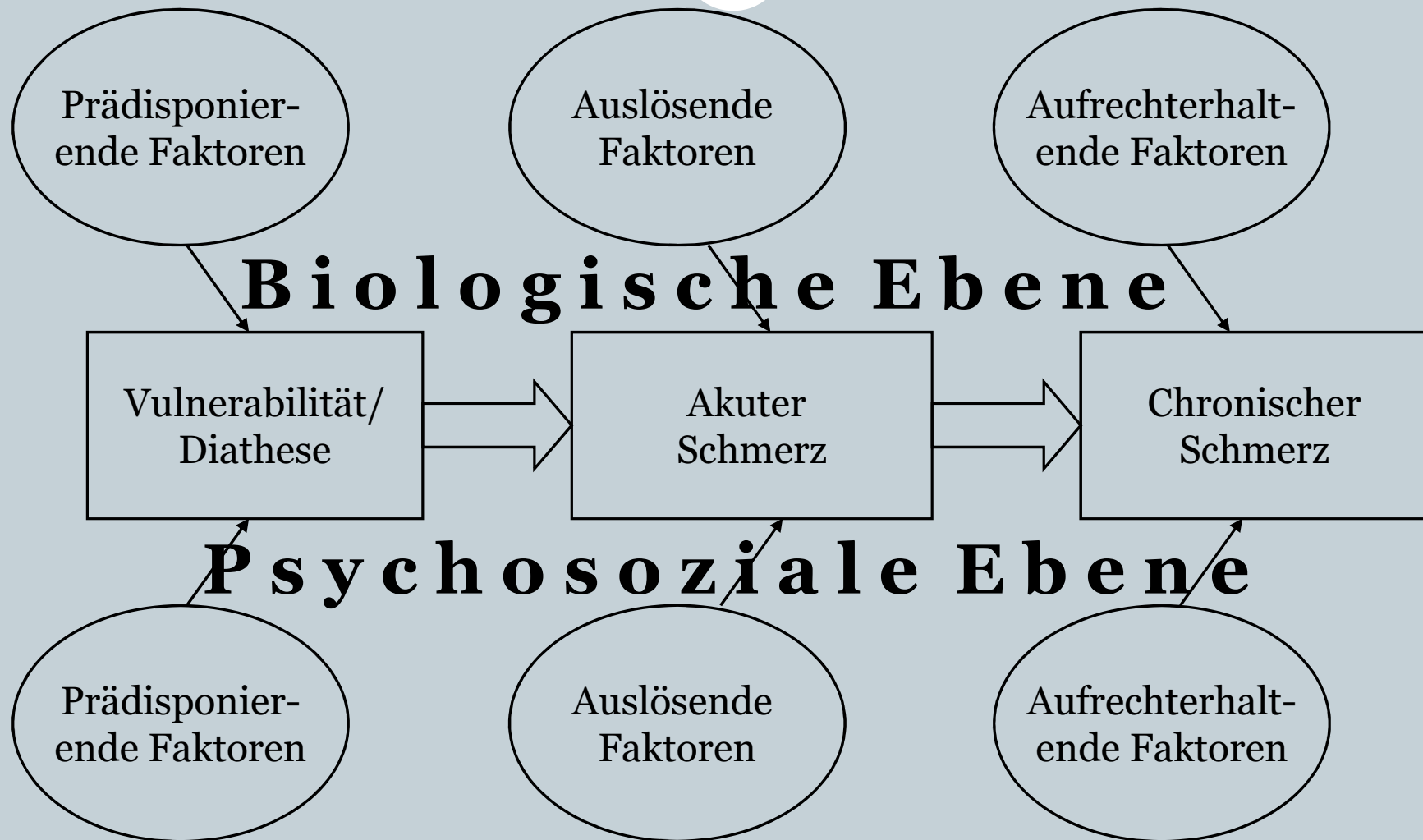
Das Schmerzmodell der Psychologie



Das multidimensionale Schmerzmodell (nach Loeser 1982)



Somatoforme Schmerzstörung: Bio-psycho-soziales Modell



Die Rolle psychischer Faktoren bei der Chronifizierung von Rückenschmerzen



- Stimmung
- Arousal/Stress/Angst
- Kognitive Prozesse zB Katastrophisierung
- Einstellungen
- Aufmerksamkeitslenkung
- Lernprozesse
- Bewältigungsstile
- Verhaltensgewohnheiten
- Problemlösedefizite
- Konflikte

Yellow flags (Auswahl)

- Arbeitsunfähigkeit von länger als 4 Monaten
- Niedriger Sozialstatus/Berufsqualifikation
- Geringe Arbeitszufriedenheit
- Vorausgegangene Bandscheibenoperation
- **Psychische und soziale Schwierigkeiten**
- **Depressive Störungen**
- **Vermeidungsverhalten oder übertriebene Durchhaltestrategien**
- **Belastende Kindheit**
- **Mangelhafte emotionale Beziehung**
- Geringe Geborgenheit
- **Misshandlungen**
- **Sexueller Missbrauch**
- **Häufiger Streit im Elternhaus oder Scheidung**

akute Phase

prädisponierend:

- „anxiety sensitivity“
- spez. Einstellungen

Verletzung



Schmerz (bei Bewegung)



Angst vor Bewegung



Vermeidung von Bewegungen



Angstminderung



generalisierendes Rückzugs-
und Schonverhalten



Verstärkerverlust



„depressives“ Syndrom



chronische Phase

prädisponierend:

- spezielle Einstellungen und Kognitionen
- habituelle Bewältigungsstrategien
- spezifische kontingente Verstärkung:
C+: Zuwendung
C-: Konfliktvermeidung



generalisierendes Rückzugs-
und Schonverhalten



Verstärkerverlust

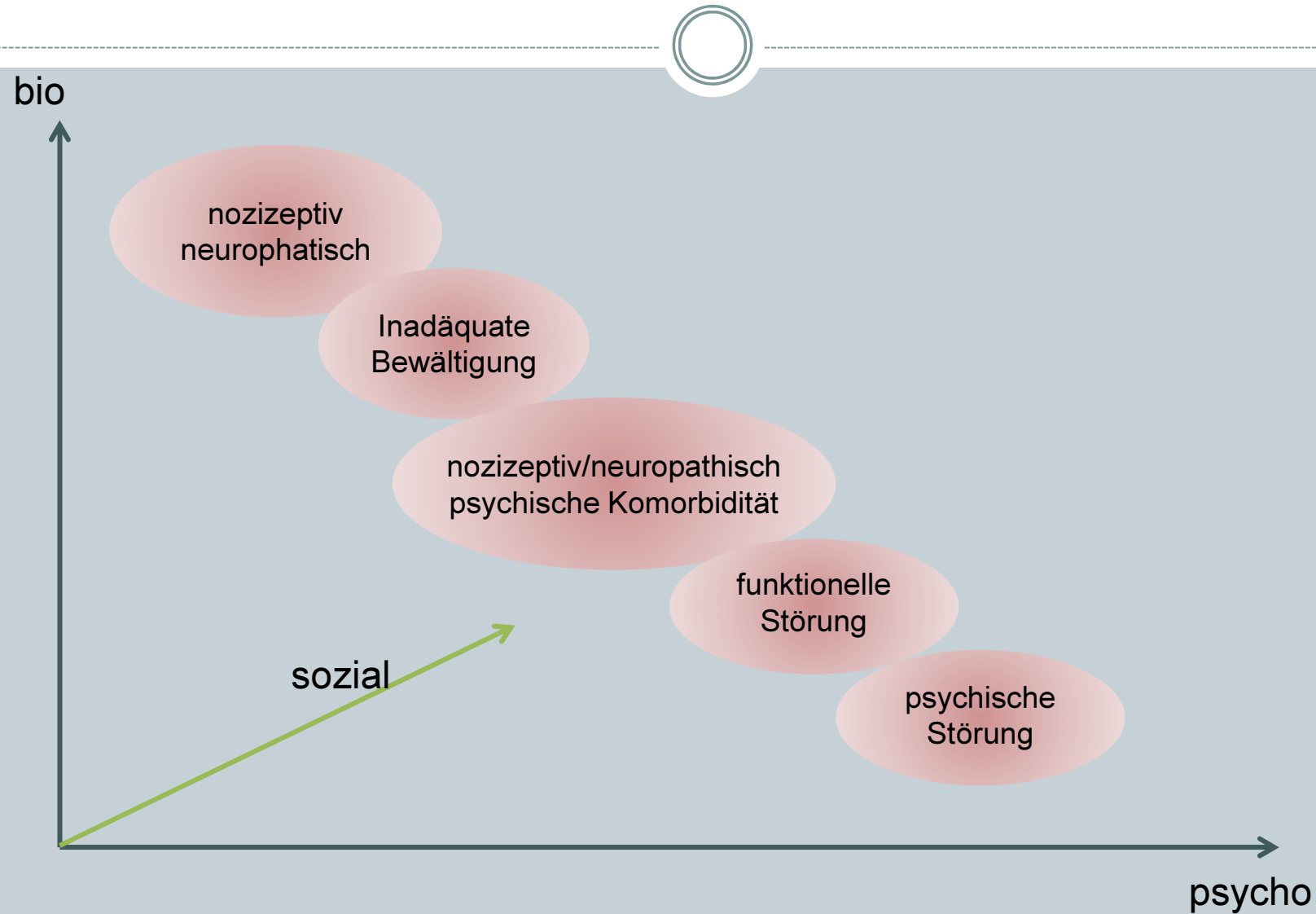
„depressives“ Syndrom

Bio-psycho-soziale Verbindung: 3-schrittige Argumentationskette



- Psychophysiologische Prozess
- Somatische Begleitreaktionen emotionaler Vorgänge
- Stress- und Teufelskreis-Modelle

Diagnostische Subgruppen bei chronischem Schmerz (nach Egle et al. 1999)



Diagnostische Subgruppen bei chronischem Schmerz (nach Egle et al. 1999)



bio



nozizeptiv
neurophatisch

Inadäquate
Bewältigung

nozizeptiv/neuropathisch
psychische Komorbidität

funktionelle
Störung

psychische
Störung

sozial



psycho

Nozizeptiver / Neuropathischer Schmerz

Cave: Maladaptive Krankheitsbewältigung

Chronischer Schmerz bei körperlicher und psychischer
Komorbidität

**Depression, Angst- und Suchterkrankungen
Persönlichkeitsstörungen**

Funktionelles Schmerzsyndrom

Somatoforme autonome Funktionsstörung

(F45.2)

Psychische Störungen mit Leitsymptom Schmerz

Somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

Somatisierungsstörung (F45.0/.1)

PTSD (F43.2)

Depressive Störung (F34.1)

Hypochondrie (F45.3) /-Wahn

Zönästhetische Psychose

Neurasthenie (F48.0)

Artifizielle Störungen (F68.1)

Diagnostische Subgruppen bei chronischem Schmerz

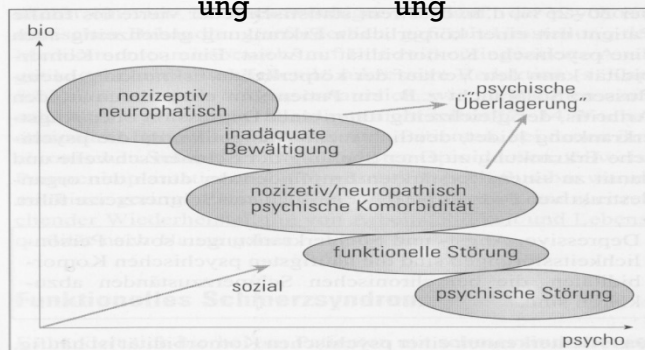
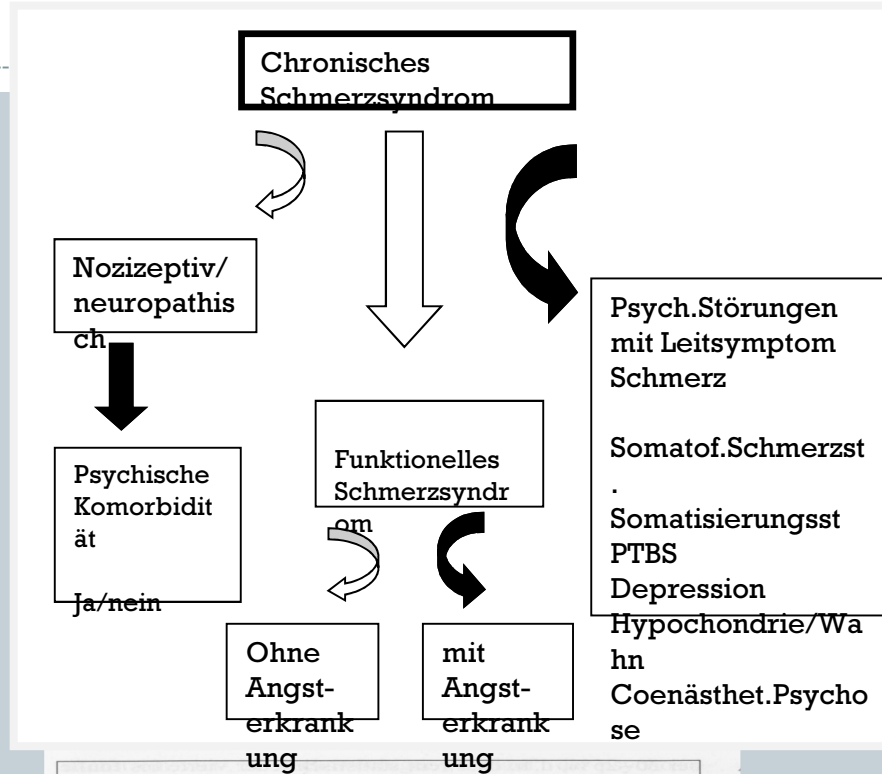


Abb. 3.6-1: Diagnostische Subgruppen bei chronischem Schmerz (nach Egle et al. 1999)

- Nozizeptiver / Neuropathischer Schmerz
 - Cave: Maladaptive Krankheitsbewältigung
- Chronischer Schmerz bei körperlicher und psychischer Komorbidität
 - Depression, Angst- und Suchterkrankungen
 - Persönlichkeitsstörungen
- Funktionelles Schmerzsyndrom
 - Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.2)
- Psychische Störungen mit Leitsymptom Schmerz
 - Somatoforme Schmerzstörung (F45.4)
 - Somatisierungsstörung (F45.0/.1)
 - PTSD (F43.2)
 - Depressive Störung (F34.1)
 - Hypochondrie (F45.3) /-Wahn
 - Zönästhetische Psychose
 - Neurasthenie (F48.0)
 - Artifizielle Störungen (F68.1)

(Egle, 1999)

Untergruppen von Schmerzpatienten



Psychisch unauffällige Schmerzpatienten

Schmerzerkrankung ohne psychische Beeinträchtigung von Krankheitswert
(In Primäreinrichtungen häufig, in Tertiäreinrichtungen eher selten)

Psychisch belastete Patienten infolge der Schmerzerkrankung ohne psychische Vorerkrankung

z.B.: F-Diagnose: ICD-10 F45.41 – Chronische Schmerzerkrankung mit
somatischen und psychischen Faktoren (tritt häufig auf) – Indikation zur
Psychotherapie

Seit 2015: Somatische Belastungsstörung (DSM V)

Untergruppen von Schmerzpatienten



Patienten mit psychischer Komorbidität in der Vorgeschichte

mit parallel bestehender psychischer Vorerkrankung und
Schmerzerkrankung

z.B: Affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen
(gehäuft bei schwierigen Heilverläufen)

Integration von Schmerz in eine vorbestehende psychische Erkrankung

bei primärer psychischer Erkrankung stellt der Schmerz ein nur
nachgeordnetes Problem dar

(Einzelfälle, Psychotherapie bei ungewöhnlichen / komplizierten Verläufen)

Indikationen für psychologische Schmerztherapie

- Chronische Schmerzsyndrome
- Depression und Angst
- Erkennbare Risikofaktoren
 - Vermeidungsverhalten, nonverbales Ausdrucksverhalten, Durchhaltestrategien)
- Unzureichende Stress- und Belastungsverarbeitung
- Gestörte emotionale und kognitive Schmerzverarbeitung
- Mangelnde Strategien zur Schmerzbeeinflussung

Indikationen für psychologische Schmerztherapie

- Unzureichende Krankheitsbewältigung bei körperlichen Beeinträchtigungen
- Viele ausgeprägte vegetative Symptome
- Ausgeprägte Inaktivität und sozialer Rückzug
- Medikamentenmissbrauch bzw. –abhängigkeit
- Psychosoziale Konfliktsituationen
- Partnerschaftsprobleme
- Fehlendes bzw. nicht hinreichendes somatisches Korrelat

Der problematische Schmerzpatient (?)

Annahmen – Mythen - Vorurteile

- Schmerz ist nur ein lokales Geschehen
- Schmerz weist immer auf einen körperlichen Defekt hin
- Der Arzt ist Experte für die Beseitigung von Schmerzen und der zugrunde liegenden Ursache
 - (Reparatur)

Der problematische Schmerzpatient (?)

Annahmen – Mythen - Vorurteile

- **Patienten- Status**
 - passive Haltung
- **Erwartung gründlicher medizinischer Diagnostik**
 - „...dem Täter auf der Spur“
- **Erwartung ausschließlich medizinischer Behandlung**
 - (Medikamente, physiotherapeutische Anwendung)

Transtheoretisches Modell zur Veränderung von Einstellungen und Verhalten

6 Stadien:

- **1. Indifferenz (Precontemplation)**
 - „Ich bin überzeugt davon, dass es eine Operation oder ein Medikament geben muss, dass mir die Schmerzen nimmt“
- **2. Bewusstwerdung (Contemplation)**
 - „Ich beginne zu vermuten, dass es keine ausschließlich medizinische Antwort auf mein Schmerzproblem gibt“

Transtheoretisches Modell zur Veränderung von Einstellungen und Verhalten

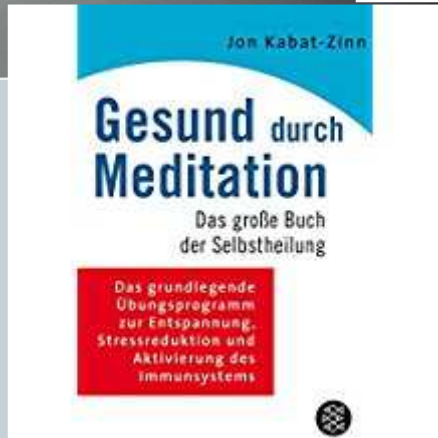
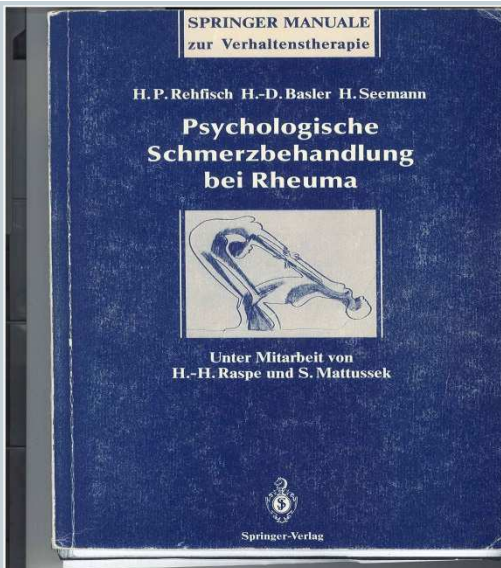
- **3. Vorbereitung (Preparation)**
 - „Ich habe die ernsthafte Absicht, in naher Zukunft mit meinen Schmerzen anders als bisher umzugehen“
- **4. Umsetzung (Action)**
 - „Ich lerne bereits seit einigen Wochen verschiedene Strategien, um meine Schmerzen zu beeinflussen“

Transtheoretisches Modell zur Veränderung von Einstellungen und Verhalten



- **5. Aufrechterhaltung (Maintenance)**
 - „Wenn meine Schmerzen auftreten, lasse ich mich nicht aus der Ruhe bringen und gehe weiter meinem Alltag nach“

- **6. Sicherheit (Termination)**
 - „Unter keinen Umständen werde ich auf die Anwendung von Strategien zur Schmerzkontrolle verzichten“



Kognitiv-behaviorale Therapie

(Multimodales Modell-Flor,2007)

GRUNDGEDANKE: Die Behandlung wird auf die spezifische Problematik eines Patienten zugeschnitten, es wird also keine Einheitstherapie verordnet

- Umfassende multiaxiale Diagnostik und Information des Patienten
- Vermittlung einer neuen Sichtweise der Schmerzen
- Schmerzbewältigungstraining mit den Komponenten **Entspannung, Aktivitätsregulation, Verhaltensübung** und **kognitive Umstrukturierung**
- Übung von Transfer, Generalisierung
- Aufrechterhaltung und Rückfallprävention

Achtsamkeitsbasierte Ansätze I

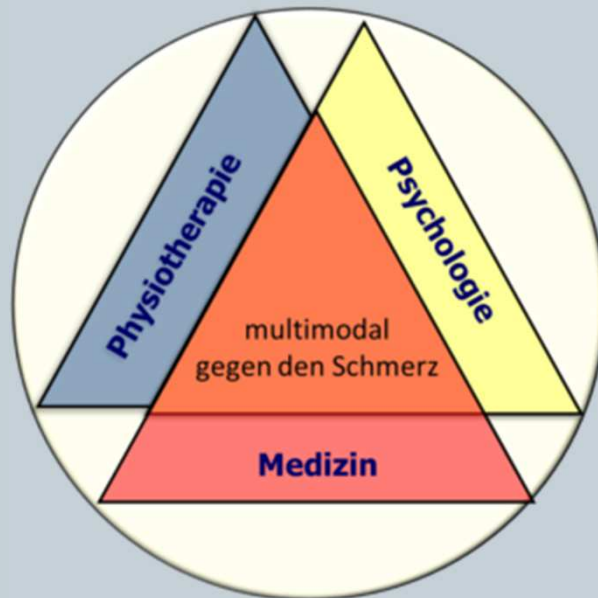
- Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR):
Kabat-Zinn
- Mindfulness-Based-Cognitive-Therapy (MBCT):
Segal, Williams, Teasdale

Achtsamkeitsbasierte Ansätze II

- Dialektisch behaviorale Therapie: Linehan
- Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT):
Hayes, Strosahl, Wilson
- *Chronic Pain: Joanne Dahl & Tobias Lundgren*



Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie



Gemeinsames Diagnose- und
Therapiekonzept

Enge zeitliche, räumliche und
inhaltliche Vernetzung

Fortlaufende Abstimmung während der
Behandlung

Hohes Kooperationswissen

Gemeinsame Sprache und Philosophie

Behandlungsinhalte der Schmerzpsychotherapie. Kombinationen und Schwerpunkte orientieren sich an der Schmerzsymptomatik, therapeutischen Ressourcen und Zielen der Behandler und Patienten.
 (Nilges & Diezmann, 2018)



Themen	Inhalt
Edukation	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells • Unterschiede zwischen akuten und chronischen Schmerzen
Entspannung/ Imagination	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von Entspannungstechniken • Techniken der Imagination zur Entspannung, Ablenkung oder Symptomveränderung • Reizabschirmung
Biofeedback	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung eines psycho-physiologischen Krankheitsmodells • Verbesserung der Körperwahrnehmung • Training spezifischer Körperreaktionen (z.B. Entspannung, Vasokonstriktion bei Migräne)
Balancierung von Ruhe und Aktivität	<ul style="list-style-type: none"> • Pacing und quotenorientierte Belastungsdosierung
Angstvermeidungs- verhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Exposition • Graded activity • Angstbewältigung
Kognitive Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung des Zusammenhangs zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten • Hinterfragen und Distanzierung von dysfunktionalen, schmerzaufrechterhaltenden Gedanken
Auslöser und Verstärker von Schmerzen	<ul style="list-style-type: none"> • Verhaltensanalyse • Erkennen von Einflussfaktoren auf den Schmerz und Erlernen von Copingstrategien • Triggermanagement bei Migräne

Themen	Inhalt
Aufmerksamkeitslenkung, Genuss	<ul style="list-style-type: none"> • Ablenkung vom Schmerz und Aufbau von angenehmen, hedonistischen Aktivitäten • Aufsuchen von Energiequellen
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation im Gesundheitswesen • Umgang mit negativen Reaktionen des Umfeldes
Achtsamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung des Konzepts Achtsamkeit und Übungen von formeller und informeller Achtsamkeit zum Ausstieg aus dem Grübeln • Akzeptierende, wohlwollende Haltung gegenüber dem eigenen Körper aufzubauen • Stressbewältigungsstrategie
Akzeptanz- und Commitmenttherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Ausstieg aus dem Kampf mit dem Schmerz • Sich wieder eigenen Werten und Zielen zuwenden und diese verfolgen • Aufbau einer neuen Lebensperspektive
Arbeit/Rente	<ul style="list-style-type: none"> • Wiedereinstieg in das Arbeitsleben • Wiedereingliederung • Umgang mit Problemen und Konflikten am Arbeitsplatz • Besprechen von vorliegenden Zielkonflikten und Auswirkung auf die Behandlungsmotivation
Stressbewältigung	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung eines Stressmodells • Eigene Stressverstärker und Antreiber erkennen • Vermittlung von instrumentellen, kognitiven und palliativen Stressbewältigungsstrategien

Themen	Inhalt
Schlaf	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von wesentlichen Aspekten der Schlafarchitektur und Schlafhygiene • Planung von Schlafzeiten und Umsetzung der geeigneten Schlafhygieneregeln
Emotionsregulation	<ul style="list-style-type: none"> • Funktion des Gefühls wie z.B. Reizbarkeit, Ärger, Traurigkeit, Verlusterleben usw. erkennen • Regulationsstrategien erlernen
Psychische Komorbiditäten	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von Krankheitsmodellen • Vermittlung von Zusammenhängen zwischen der komorbiden Erkrankung und dem Schmerz • Spezifische verhaltenstherapeutische Strategien zur Behandlung der Komorbidität
Transfer/Rückfallprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau von Motivation zur langfristigen Umsetzung der erlernten Strategien • Aufbau realistischer kurz-, mittel- und langfristiger Ziele • Erarbeitung eines „Arbeitskoffers“ mit Strategien zum Umgang mit den Beschwerden



