



von Wachter • Kappis

THERAPIE-TOOLS



Schmerzstörungen

2. Auflage



BELTZ



Dr. med. Martin von Wachter ist Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und Ltd. Oberarzt an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Ostalb-Klinikum Aalen. Seine klinischen Schwerpunkte sind Psychosomatische Schmerztherapie, Weiterentwicklung psychosomatischer Versorgungskonzepte für Schmerzpatient:innen, Familientherapie und Traumatherapie.



Bernd Kappis, Dipl.-Psych., ist Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie, spezielle Schmerzpsychotherapie) und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Anästhesiologie der Universitätsmedizin Mainz.

Dr. med. Martin von Wachter
Ostaklinikum Aalen
Im Kälblesrain 1, 73430 Aalen

Dipl.-Psych. Bernd Kappis
Klinik für Anästhesiologie
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität
Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor. Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29246-7 Print
ISBN 978-3-621-29247-4 E-Book (PDF)

2. Auflage 2025

© 2025 Programm Beltz Psychotherapie & Psychologie
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Andrea Glomb
Umschlagsbild: Lina-Marie Oberdorfer, Sonja Droste
Herstellung: Sonja Droste
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort zur 2. Auflage	10
1 Hintergrundwissen für Therapeuten	11
2 Anamnese und Diagnostik	17
3 Wissen und Edukation	48
4 Ressourcen und Werkzeuge	71
5 Aufmerksamkeit und Ablenkung	96
6 Stress und Entspannung	118
7 Bewegung	144
8 Angst und Vermeidung	160
9 Gedanken und Überzeugungen	177
10 Emotionen und Schmerzen	198
11 Grundbedürfnisse	211
12 Akzeptanz	228
13 Schlaf und Schmerzen	256
14 Arbeit und Schmerzen	268
15 Angehörige und Schmerzen	281
Literatur	294

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

2	Anamnese und Diagnostik	17
AB 1	Leitfaden zur Anamnese bei Patienten mit chronischen Schmerzen	25
AB 2	Schmerzzeichnungen	26
AB 3	Schmerzbeschreibung	29
AB 4	Schmerztagebuch	30
AB 5	Schmerzreaktionstagebuch	33
AB 6	Schmerzwaage	35
AB 7	Triple B – Bilanz bisheriger Behandlungs- und Bewältigungsversuche	37
AB 8	Meine Schmerzmittel	39
AB 9	Mein biopsychosoziales Schmerzmodell	40
AB 10	Meine Schmerz-Lebenslinie	42
AB 11	Wie finde ich meine Therapieziele?	44
AB 12	Meine persönlichen Ziele	46
3	Wissen und Edukation	48
AB 13	Grundwissen 1: Vom Gefahrensensor zum Gehirn	52
AB 14	Grundwissen 2: Was passiert bei chronischen Schmerzen?	56
AB 15	Grundwissen 3: Schmerzen und die Folgen	58
AB 16	Grundwissen 4: Welche Rolle spielt mein eigenes Verhalten?	60
AB 17	Grundwissen 5: Welche Rolle spielt der Arzt, die anderen Therapeuten und das Gesundheitssystem?	61
AB 18	Akute und chronische Schmerzen: Finde den Unterschied	63
AB 19	Risiko- und Schutzfaktoren: Wieso werden Schmerzen chronisch?	66
AB 20	Schmerz und Trauma	68
AB 21	Schmerzmittel – Was muss ich beachten?	70
4	Ressourcen und Werkzeuge	71
INFO 1	Fragen in der ressourcenorientierten Gesprächsführung	73
AB 22	Schatzsuche nach Ressourcen	76
AB 23	Mein Ressourcenschatz	80
AB 24	Ressourcenbiografie – meine Kraftquellen früher und heute	82
AB 25	Schmerzblüte: das Leben trotz Schmerzen wieder aufblühen lassen	84
AB 26	Positivtagebuch	86
AB 27	Wie nutze ich meine Ressourcen?	87
AB 28	Meine Schmerzwerkzeuge	89
AB 29	Ressourcen-Koffer zur Ersten Hilfe bei starken Schmerzen	92
AB 30	Gesunde Bereiche im Körper	94
AB 31	Tankstelle zu Hause	95
5	Aufmerksamkeit und Ablenkung	96
AB 32	Aufmerksamkeitsscheinwerfer	100
AB 33	Körperreise	101
AB 34	Möglichkeiten der Aufmerksamkeitslenkung	103

AB 35	Aufmerksamkeitspendel	105
AB 36	Aufmerksamkeitslenkung beim Gehen	106
AB 37	Anti-Schmerz-Tagebuch	107
AB 38	Ablenkungs-ABC	108
AB 39	Ablenkungs-Lexikon	110
AB 40	Fünf-Vier-Drei-Zwei-Eins-Übung	111
AB 41	Körperübung – Pendeln zwischen Wohlfühlort und Schmerzen	113
AB 42	Schmerzfozussierung	115
6	Stress und Entspannung	118
INFO 2	Stresswissen	121
INFO 3	Körperreaktionen bei akutem Stress	123
AB 43	Meine Stressauslöser und Stressreaktionen	124
INFO 4	Stress, Anspannung und Schmerz	125
INFO 5	Entspannungsverfahren bei Schmerz	127
AB 44	Spannungsprüfer und Check-Karte	129
AB 45	Am Limit: Frühwarnzeichen	130
AB 46	Übung: 13-Minuten-Entspannung	131
AB 47	Übung: innerer Wohlfühlort	135
AB 48	Let-it-be-Liste	136
AB 49	Pause forte – Anleitung	138
AB 50	Pause forte – Bastelbogen	139
AB 51	Pause forte – Beipackzettel	140
AB 52	Have a break – Wie erlaube ich mir eine Pause?	143
7	Bewegung	144
AB 53	25 gute Gründe, warum Bewegung bei chronischen Schmerzen hilfreich ist	148
AB 54	Miniübungen – einfache kurze Bewegungsübungen	149
AB 55	Alltagsbewegungen	151
AB 56	Meine Bewegungsplanung	152
AB 57	Mein Bewegungsprotokoll	153
AB 58	Hindernisse und Gegenstrategien	156
AB 59	Bewegungsverordnung	158
8	Angst und Vermeidung	160
AB 60	Fear Avoidance Beliefs Questionnaire FABQ	164
AB 61	Befürchtungen und Überzeugungen (FABQ)	165
INFO 6	Schmerz-Angst-Vermeidungs-Teufelskreis	167
AB 62	Schmerz-Angst-Vermeidungs-Teufelskreis – ein Beispiel	169
AB 63	Schmerz-Angst-Vermeidungs-Teufelskreis	170
AB 64	Angsthierarchie	171
INFO 7	Konfrontation bei Schmerzangst – Anleitung	172
AB 65	Konfrontation bei Schmerzangst	173
INFO 8	Aktivitäten nach Quoten und nicht nach Schmerzen – Anleitung	175
AB 66	Mein Aktivitätenplan nach Quoten	176

9 Gedanken und Überzeugungen	177
INFO 9 Die Rolle der Gedanken	179
AB 67 Meine Schmerzgedanken	181
AB 68 Die Guten ins Töpfchen, die Schlechten ins Kröpfchen: hilfreiche und nicht hilfreiche Gedanken bei Schmerzen	183
AB 69 Das ABC der Gefühle und des Verhaltens	188
AB 70 Meine Grundüberzeugungen: verinnerlichte Gedanken und wo sie herkommen	190
AB 71 Der Gedankenprüfstand: Wie man auf andere Gedanken kommen kann	193
AB 72 Antreiber und Erlauber	196
10 Emotionen und Schmerzen	198
INFO 10 Grundwissen Gefühle	200
INFO 11 Gefühlsequalizer	204
AB 73 Körpersprache	205
AB 74 Herzschmerz: wie Gefühl und Körper zusammengehören	206
AB 75 Wie reagiert mein Körper, wenn ...	208
AB 76 Schmerz: Situationen und Gefühle	210
11 Grundbedürfnisse	211
INFO 12 Was braucht der Mensch, damit er sich wohlfühlt und gut entwickelt?	214
AB 77 Wie erfüllen Sie Ihre Grundbedürfnisse?	218
AB 78 Grundbedürfnisse früher und heute	222
AB 79 Anregungen für Veränderung	224
12 Akzeptanz	228
AB 80 ACT: Bewährte Fragen zum Einstieg	232
AB 81 Chronic Pain Acceptance Questionnaire CPAQ	234
AB 82 Überzeugungen zu Schmerzen und Aktivitäten	235
AB 83 Übung: Tauziehen mit einem Monster	236
AB 84 Übung: Das Schmerzmonster steht im Weg	238
AB 85 Das Schmerzmonster steht im Weg	239
AB 86 Übung: Das Schmerzmonster in Aktion	241
AB 87 Finde den Unterschied: Gedanken und Wahrheit	242
AB 88 Glaubensfragen über den Schmerz	243
AB 89 Sich von Gedanken lösen: Tipps und Anregungen	245
AB 90 Die Ja-Aber-Falle	246
AB 91 Sauberer und dreckiger Schmerz	247
AB 92 Werte sortieren: Was ist mir wichtig?	249
AB 93 Wertecheck: Was ist mir wichtig? Was setze ich um?	254
AB 94 Schritte in Richtung meiner Werte	255
13 Schlaf und Schmerzen	256
INFO 13 Was ist ein normaler Schlaf?	258
INFO 14 Sieben Mythen und Märchen über den Schlaf	260
AB 95 Teufelskreismodell bei Schlafstörungen	261
AB 96 Regeln für einen gesunden Schlaf	262
AB 97 Instruktionen zur Stimuluskontrolle	264

AB 98	Instruktionen zur Bettzeitrestriktion	265
AB 99	Schäfchenzählen für Fortgeschrittene	266
14 Arbeit und Schmerzen		268
AB 100	Was bedeutet Arbeit für mich?	270
AB 101	Arbeiten oder Geld bekommen?	272
AB 102	Stress und Arbeit	273
AB 103	Schmerzen und beruflicher Wiedereinstieg	275
AB 104	Rente oder Arbeit?	278
15 Angehörige und Schmerzen		281
AB 105	Fragen für ein Paar- oder Familiengespräch	283
INFO 15	Informationen für Angehörige	286
AB 106	Auswirkungen der Schmerzkrankheit auf die Partnerschaft/Familie	287
AB 107	Verständnis und Wünsche	289
AB 108	Alles oder nichts: wie viel Hilfe – wie viel selbst machen?	291
AB 109	Eine ganz normale Familie	293

Vorwort zur 2. Auflage

Die Therapie von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen ist oft langwierig und komplex und erfordert von Therapeuten- und Patientenseite Geduld und einen Blick über den Tellerrand. Zu Beginn ist die Therapie meist durch ein einseitig somatisch orientiertes Genesemodell und geringe oder fehlende Motivation für eine begleitende Psychotherapie gekennzeichnet. Patienten mit einer chronischen Schmerzkrankheit haben oft eine Odyssee durch das Gesundheitssystem mit verschiedenen medizinischen, therapeutischen und auch alternativen Maßnahmen durchlaufen. Dabei erleben die Betroffenen nicht selten Phasen der Hoffnung und dann wieder Phasen der Verzweiflung und Hilflosigkeit. Oft müssen sich sowohl Patienten als auch Behandelnde mit kleinen Schritten zufriedengeben.

Dieses Buch basiert auf einem biopsychosozialen Modell chronischer Schmerzen. Es berücksichtigt Besonderheiten der heterogenen Patientengruppe und insbesondere unterschiedliche Mechanismen der Schmerzentstehung und -aufrechterhaltung. Es wendet sich in erster Linie an Psychologen und Ärzte, aber auch an Physio-, Ergo- und Bewegungstherapeuten sowie spezialisiertes Pflegepersonal.

Die vorgestellten Interventionen entstanden aus unserer langjährigen Tätigkeit in einer störungsorientierten Abteilung für Schmerzpatienten innerhalb einer psychosomatischen Klinik als auch aus der Arbeit mit Patienten einer anästhesiologischen Schmerzambulanz. Durch unsere Mitarbeit in verschiedenen Fachgesellschaften, Schulungen und Seminare für Studierende, Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und Pflegekräfte erhielten wir zahlreiche Anregungen von Kolleginnen und Kollegen, von denen dieses Buch profitiert. Die dargestellten Materialien lassen sich sowohl im Klinikalltag als auch im ambulanten Setting nutzen. Die meisten sind selbsterklärend oder mit entsprechenden Anweisungen versehen, sodass die Arbeitsblätter Patienten auch als Hausaufgabe mitgeben werden können. Viele dieser Materialien setzen wir neben der Einzeltherapie auch in Kleingruppen ein. Wir haben mit den Arbeitsblättern und Informationsblättern durchgängig gute Erfahrungen gemacht; sie erleichtern die Arbeit und fördern die Eigenaktivität und Selbstwirksamkeit der Patienten.

In der 2. Auflage wurde das Buch vollständig aktualisiert und um zwei neue Arbeitsblätter ergänzt. Wir hoffen, mit diesem Buch Anregungen, Ideen und Handwerkszeug für die psychotherapeutische Behandlung der verschiedenen chronischen Schmerzerkrankungen zu geben und einen Beitrag zur besseren Versorgung dieser großen Patientengruppe zu leisten. Nur zur besseren Lesbarkeit ist dieses Buch in der männlichen Form verfasst, damit sind durchweg alle Geschlechter angesprochen.

Danksagung. Für die vielen konstruktiven Anregungen, kritischen Rückmeldungen und die hilfreiche Unterstützung beim Schreiben dieses Buches möchten wir uns ausdrücklich bedanken bei Askan Hendrichke und Henrike Wiedersheim. Ein besonderer Dank geht an unsere vielen Kolleginnen und Kollegen, die die Arbeitsblätter anwendungsbezogen beurteilt und hilfreiche Anregungen zur Verbesserung gegeben haben. Besonderer Dank gilt auch den Mitarbeitern des Beltz Verlags, insbesondere Andrea Glomb vom Lektorat für die produktive und konstruktive Zusammenarbeit. Claudia Styrsky danken wir für die sehr gelungenen Zeichnungen. Schließlich möchten wir uns bei unseren Patienten bedanken für die fortlaufenden Rückmeldungen zu den Arbeitsblättern dieses Buches.

Aalen und Mainz, Juli 2025

*Martin von Wachter
Bernd Kappis*

1 Hintergrundwissen für Therapeuten

Eine wissenschaftlich anerkannte Definition von Schmerz liegt seit 1979 vor und wurde 2020 überarbeitet. Demnach ist Schmerz »ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer tatsächlichen oder potentiellen Gewebeschädigung einhergeht oder einer solchen ähnelt« (Raja et al., 2020, S. 1976–1982).

Diese Definition wird erweitert durch sechs Keynotes:

- ▶ Schmerz ist immer eine persönliche Erfahrung, die in unterschiedlichem Ausmaß von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren beeinflusst wird.
- ▶ Schmerz und Nozizeption sind unterschiedliche Phänomene. Schmerzerleben lässt sich nicht auf die Aktivität im sensorischen System reduzieren.
- ▶ Personen erlernen durch ihre Lebenserfahrungen ein Konzept (eine Vorstellung) von Schmerz. Dieses Konzept bestimmt wesentlich das Schmerzerleben und den Umgang mit Schmerz.
- ▶ Die Äußerung einer Schmerzerfahrung sollte immer akzeptiert und respektiert werden.
- ▶ Obwohl Schmerz in der Regel eine adaptive Funktion hat, können (insbesondere chronische) Schmerzen Funktion und Wohlbefinden negativ beeinflussen.
- ▶ Eine verbale Beschreibung von Schmerzerleben ist nur eine von mehreren Möglichkeiten. Die Unfähigkeit zu kommunizieren bedeutet nicht, keine Schmerzen zu erleben.

Schmerzen sind eine Herausforderung des Gesundheitswesens und einer der Hauptgründe für Patienten, zum Arzt zu gehen. Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe sind der weitaus häufigste Grund für medizinische Rehabilitationen (DRV, 2024a). Über 20 Millionen Menschen in Deutschland haben ständige oder häufig auftretende Schmerzen, dabei sind Personen mit Tumorerkrankungen nicht eingerechnet. Orthopädische und rheumatische Erkrankungen, die in der Regel mit Schmerzen einhergehen, waren 2023 mit 40% die weitaus häufigste Indikation für eine medizinische Rehabilitation. 18% der Rehabilitationen erfolgten aufgrund psychosomatischer Erkrankungen (DRV, 2024b). Schmerzen zu haben bedeutet nicht automatisch, auch darunter zu leiden. Wenn der Schmerz jedoch zu körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen führt, spricht man von einer eigenständigen Schmerzerkrankung. Hiervon sind in Deutschland über 2 Millionen Menschen betroffen (Häuser et al., 2014).

Die Betroffenen schildern eine lange Vorgeschichte mit zahlreichen medizinischen und anderen Maßnahmen und erfolglosen Therapieversuchen. Dabei erleben die Betroffenen oft Phasen der Hoffnung gefolgt von Phasen der Verzweiflung und Hilflosigkeit. Dadurch kann ihr Selbstwertgefühl stark beeinträchtigt sein.

Mechanistische Schmerzmodelle, einseitig ausgerichtete Diagnose- und Therapieansätze, unzureichende Aufklärung, passive Behandlungserwartungen, Zielkonflikte und Erwartungsängste können die Behandlung zusätzlich erschweren (von Wachter & Hendrichke, 2021). Erst bei gleichzeitiger Berücksichtigung biologischer und psychosozialer Variablen und deren Wechselwirkung kann eine chronische Schmerzerkrankung ausreichend erklärt und therapeutische Ansatzpunkte daraus entwickelt werden. Erfolgreiche Behandlungsprinzipien folgen von Anfang an dem *biopsychosozialen Modell*, was sich schon in einer frühen multidimensionalen Diagnostik zeigt.

Patienten mit chronischen Schmerzen stellen keine homogene Gruppe dar. Daher ist es wichtig, die jeweils unterschiedliche Ätiologie der Erkrankung möglichst gut zu kennen, um spezifisch behandeln zu können. Schmerzen können unterschiedlichen *Schmerzmechanismen* zugerechnet werden. Psychische und soziale Faktoren haben unterschiedlich starken Einfluss auf das Schmerzgeschehen.

Allerdings korrelieren das Ausmaß der Gewebeschädigung, der erlebte Schmerz und auch die Beeinträchtigung kaum miteinander.

Für die Behandlung kommen weitere wichtige therapierelevante Faktoren auf Patientenseite hinzu:

- ▶ Patienten bringen unterschiedliche Voraussetzungen für eine psychotherapeutische Behandlung der Schmerzen mit. Familiäre Unterstützung, Krankheitsvorstellungen und Vorerfahrungen beim Patienten sowie seiner Angehörigen sind weitere Faktoren, die den Behandlungsbeginn mitbestimmen.
- ▶ Die Motivation für eine Schmerzpsychotherapie ist von Fall zu Fall verschieden und ändert sich im Behandlungsverlauf.
- ▶ Es bestehen individuelle und unterschiedliche Behandlungsziele und Behandlungserwartungen.
- ▶ Komorbiditäten (körperlich und psychisch) können die Therapie erschweren.
- ▶ Ressourcen können die Therapie unterstützen.

Wir folgen im vorliegenden Arbeitsbuch einem *störungs- und problemorientierten* und psychotherapieschulenübergreifenden Ansatz, der sich an den Besonderheiten der Patienten und an den *Mechanismen* der Schmerzentstehung und -aufrechterhaltung orientiert.

Die im Buch vorgestellten Interventionen folgen dem *biopsychosozialen* Modell. Biologische, psychologische und soziale Faktoren sind an der Genese und Aufrechterhaltung der Schmerzen beteiligt, individuell aber jeweils ganz unterschiedlich gewichtet. Diese Faktoren sind nicht nur Ursachen chronischer Schmerzen, sondern auch deren Folgen. Je länger der Schmerz besteht, umso stärker wird er in der Regel von psychosozialen Faktoren mitbestimmt.

Therapeutische Haltung. Die therapeutische Haltung entspricht einem »Sowohl-als-Auch« und keinem »Entweder-oder« von organisch und psychisch. Eine solche Haltung beinhaltet auch, die Patienten zu Experten ihrer Krankheit zu machen, um ihnen eine aktive und partnerschaftliche Entscheidungsfindung in der Therapiegestaltung und eine aktive Mitarbeit im Therapieprozess zu ermöglichen. Dies setzt aufseiten der Behandler eine Haltung voraus, die den Patienten als Kooperationspartner ernst nimmt und ihm die entscheidende Kompetenz zur Problemlösung zuweist (von Wachter & Hendrichke, 2016).

■ Wichtig

Der therapeutische Fokus, das therapeutische Vorgehen und die Auswahl der Interventionen orientieren sich an den vom Patienten erlebten Beschwerden, seinen Möglichkeiten und seinen Zielen. Dabei muss der Therapeut unterschiedliche Störungsursachen, Entstehungsmechanismen, Komorbiditäten und das Krankheitsverhalten des Patienten berücksichtigen.

Die internationale Schmerzgesellschaft hat drei Schmerzmechanismen definiert:

(1) Nozizeptive Schmerzen

Durch eine periphere Gewebeschädigung oder durch Entzündungsvorgänge kommt es durch Reizung der Nozizeptoren zum Schmerzerleben. Klinische Beispiele sind akute Schmerzen bei einer Verletzung, chronische Schmerzen bei Arthrose, Arthritis oder Tumorschmerzen und die Endometriose.

(2) Neuropathische Schmerzen

Schmerzen, die durch eine Schädigung eines Nervs entstehen. Beispiele sind radikuläre Schmerzen, die durch eine Kompression der Nervenwurzel bei Bandscheibenschäden entstehen, Verletzung oder Irritation eines Nervs, wie bei der Postzosterneuralgie, Trigeminusneuralgie und Polyneuropathie.

(3) Noziplastischer Schmerz

Hauptursache für chronische Schmerzen kann auch eine veränderte Schmerzwahrnehmung sein. Hierbei ist das Schmerzverarbeitungssystem gestört. Dazu gehören die *funktionellen Schmerzerkrankungen* ohne Gewebeschädigung im engeren Sinne, aber mit oft schmerzhafter muskulärer Verspannung wie unspezifische Rückenschmerzen, Spannungskopfschmerzen, kraniomandibuläre Dysfunktion. Eine weitere Gruppe sind die Schmerzerkrankungen mit zentraler Hyperalgesie wie Reizdarmsyndrom, Fibromyalgiesyndrom, Komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) und Phantomschmerzen nach Amputation. Auch nach somatischen Auslösern kann es im Verlauf durch psychosoziale Faktoren oder *dysfunktionale Schmerzverarbeitung* zu zentralen Sensibilisierungsprozessen kommen. Die Folge ist eine verstärkte Schmerzempfindung. Ein weiterer Bereich ist eine primär zentrale *stressbedingte Hyperalgesie*, die ohne periphere Auslöser auftreten kann. Für diese Prozesse werden insbesondere lang anhaltende Belastungen (chronischer Stress) und biografische Belastungen als bedeutsam angesehen (Egle et al., 2016). Klinische Beispiele für diese eher *psychogenen Schmerzen* sind Somatisierung, somatoforme Schmerzen und Schmerzintrusionen bei Traumatisierung.

Verschiedene Schmerzmechanismen können gleichzeitig bestehen. Unabhängig vom Schmerzmechanismus können komorbide Bedingungen die Schmerzempfindung beeinflussen. Dies können psychische Störungen, Persönlichkeitseigenschaften, Krankheitsverhaltensweisen und die Lebensbedingungen der Betroffenen sein.

Zur Erklärung der Sensibilisierungsprozesse und den damit verbundenen Begleiterscheinungen wie Schmerzgeneralisierung, Allodynie, vegetative Symptome und Erschöpfung dienen hier im Wesentlichen die Konzepte der Sensibilisierung von Nozizeptoren, die synaptische Langzeitpotenzierung und die neurogene Inflammation mit Reduzierung der körpereigenen Schmerzhemmung (Xanthos & Sandkühler, 2014).

Es gibt keine generelle Schmerzpsychotherapie, die für alle Formen chronischer Schmerzzustände anwendbar wäre. Das Spektrum der Schmerzerkrankungen reicht von chronischen, kaum zu verändernden und relativ stabilen Schmerzkrankheiten, bei der die Bewältigung und die Akzeptanz im Vordergrund stehen (z. B. seit 30 Jahren bestehende rheumatoide Arthritis) bis zu potenziell reversiblen Zuständen, bei denen es um einen ätiologieorientiert-kurativen Ansatz geht und eine kausale Behandlung möglich erscheint, wie beispielsweise eine seit zwei Jahren bestehende anhaltende somatoforme Schmerzstörung in Folge eines Beziehungskonfliktes (Egle & Zentgraf, 2020; Egloff et al., 2009).

Daher sind maßgeschneiderte Therapieansätze wünschenswert. Sie beinhalten eine *individualisierte spezifische Therapie* für Patienten mit bestimmten Profilen. In der klinischen Realität müssen Therapeuten oft verschiedene Therapiemethoden integrieren, um den unterschiedlichen Mechanismen gerecht zu werden, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung der komplexen Erkrankungen beteiligt sind. Diese Mechanismen zeigen sich oft auch erst im Therapieprozess und der Fokus muss entsprechend im Verlauf angepasst werden. Im klinischen Alltag entscheiden der Therapeut und der Patient dann gemeinsam, was individuell für die Behandlung zum jeweiligen Zeitpunkt sinnvoll und zielführend ist. Für die Methodenintegration lohnt sich der Blick über den Tellerrand der eigenen Therapieschule.

Um für die Schmerzbehandlung relevante und passende psychotherapeutische Strategien zu entwickeln, haben wir in Tabelle 1.1 typische Problembereiche und problemspezifische Therapiemethoden aufgelistet, wie sie von Arnold et al. (2014) definiert wurden. Zur Orientierung sind die entsprechenden Verweise zu den Kapiteln dieses Buches angegeben.

Tabelle 1.1 Typische Problembereiche und problemspezifische Therapiemethoden (mod. nach Arnold et al., 2014)

Problembereich	Methode	Buchkapitel
fehlendes Wissen, einseitiges somatisches Geneseverständnis	Edukation, tangentielle Gesprächsführung	3 Wissen und Edukation, 2 Anamnese und Diagnostik
mangelnde Introspektion	Schulung der Selbstbeobachtung	5 Aufmerksamkeit, 2 Anamnese und Diagnostik
mangelnde Körperwahrnehmung	Schulung der Körperbeobachtung	6 Stress und Entspannung, 5 Aufmerksamkeit, 10 Emotionen und Schmerzen
ausgeprägte Anspannung, hoher allgemeiner Stresslevel	Entspannungsverfahren, Balance zwischen Über- und Unterforderung	6 Stress und Entspannung, 12 Akzeptanz, 4 Ressourcen und Werkzeuge
mangelnde Wahrnehmung von Belastungsgrenzen	Akzeptanz, Frühwarnzeichen erkennen	12 Akzeptanz, 6 Stress und Entspannung
mangelnde Bewegung	Entängstigung, Motivation	7 Bewegung, 8 Angst und Vermeidung
mangelnde Nutzung eigener Ressourcen	Ressourcenaktivierung	4 Ressourcen und Werkzeuge
Einengung der Wahrnehmung auf den Schmerz	Ablenkung, kognitive Umstrukturierung	5 Aufmerksamkeit und Ablenkung, 9 Gedanken und Überzeugungen
Schonverhalten, Vermeidungsverhalten	Graded activity	8 Angst und Vermeidung
Durchhalteverhalten	Graded activity, Pausenmanagement	8 Angst und Vermeidung
angstbedingtes Vermeidungsverhalten	Graded exposure	8 Angst und Vermeidung
ungünstiges Denken, Katastrophisieren	Kognitive Therapie	9 Gedanken und Überzeugungen
erfolgloser Kampf gegen das Symptom, mangelnde Akzeptanz	Akzeptanz- und Commitment-Therapie	12 Akzeptanz, 2 Anamnese und Diagnostik
Gefangensein im Schmerz, Rigidität und Misstrauen	Erhöhung der kognitiven Flexibilität, Defusion, Aktualisierung von Werten und Lebenszielen	12 Akzeptanz, 4 Ressourcen und Werkzeuge
Versorgungswünsche, fehlende Verantwortungsübernahme	Bewusstmachen von (nicht erfüllbaren) Bedürfnissen, Erkennen von Grundüberzeugungen	11 Grundbedürfnisse, 9 Gedanken und Überzeugungen
lebensgeschichtliche Prägungen und Schemata	Biografiearbeit	2 Anamnese und Diagnostik, 9 Gedanken und Überzeugungen, 11 Grundbedürfnisse

Problemereich	Methode	Buchkapitel
biografische Entbehrungen	Arbeit an biografischen schmerzhaften Erlebnissen	10 Emotionen und Schmerzen, 11 Grundbedürfnisse
schmerzhafte Verluste	Trauerarbeit	11 Emotionen und Schmerzen, 9 Grundbedürfnisse
mangelnde soziale Unterstützung	Ressourcenaktivierung	4 Ressourcen und Werkzeuge, 15 Angehörige und Schmerzen
ungünstige familiäre Interaktionen	Erkennen der interakti- onellen Funktion von Schmerzen, Balance zwischen Überfor- dern und Schonen	15 Angehörige und Schmerzen
mangelnde emotionale Wahrnehmung	Schmerz-Affekt-Differen- zierung	10 Emotionen und Schmerzen
Schlafstörung	Stimuluskontrolle, Schlafrestriktion	13 Schlaf und Schmerzen
sozialer Stress	Arbeit an interaktionellen Mustern	14 Arbeit und Schmerzen, 6 Stress und Entspannung
Rentenbegehren	Abwägen von Vor- und Nachteilen einer Berentung	14 Arbeit und Schmerzen
Traumafolgestörungen	Herstellen von Sicherheit, emotionaler Stabilität, Orientierung und sozialer Unterstützung, Traumatherapie	3 Wissen und Edukation, 6 Stress und Entspannung, 4 Ressourcen und Werkzeuge, 11 Grundbedürfnisse, 10 Emotionen und Schmerzen

Aufbau des Buches

Das vorliegende Buch ist für die praktische Anwendung in der ambulanten und stationären klinischen Tätigkeit ausgelegt. Es enthält eine Sammlung zahlreicher Arbeitsblätter, die der Patient selbstständig ausfüllt, mit dem Therapeuten gemeinsam erarbeitet oder die auch in kleinen Gruppen gemeinsam bearbeitet werden können. Es werden Übungen vorgestellt, die der Therapeut vorliest sowie erlebnisorientierte Übungen, bei denen der Therapeut mit dem Patienten gemeinsam szenisch etwas darstellt. Für den Therapeuten sind auch schrittweise Anleitungen für schmerztherapeutische Interventionen aufgeführt, zum Beispiel für den gestuften Aktivitätsaufbau (Graded activity), für die Angstkonfrontation (Graded exposure) oder zur Bettzeitrestriktion bei Schlafstörungen. Viele Arbeitsblätter beinhalten auch Beispiele mit vorausgefüllten Arbeitsblättern, um sie für den Patienten so verständlich wie möglich zu machen. Die vorgestellten Interventionen sind *praxisnah und alltagstauglich*.

Die Kapitel decken alle Therapiethemen ab, die nach der klinischen Erfahrung der Autoren in der Schmerzbehandlung eine wichtige Rolle spielen. Natürlich ist nicht jedes vorgestellte Arbeitsblatt oder Material für jeden Patienten relevant oder geeignet. Die Materialien dienen als Anregung und Vorlage und können und sollen kreativ angepasst werden. Es hat sich bewährt, die Materialien mit Beispielen aus der Lebens- und Arbeitswelt der Patienten anzureichern.

Am Anfang jedes Kapitels steht eine kurze Einführung, in der die Relevanz des Themas und Hintergrundwissen vermittelt werden. Im Anschluss werden die Arbeitsblätter aufgelistet mit Anwendungsinformationen für den Therapeuten und etwaigen Besonderheiten, die zu beachten sind.

Zur leichteren Lesbarkeit haben wir die männliche Sprachform gewählt. Therapeutinnen und Patientinnen sind natürlich in gleichem Maße angesprochen.

2 Anamnese und Diagnostik

Ausgangssituation

Patienten mit chronischen Schmerzen kommen in der Regel nicht wegen der Schmerzen in eine psychotherapeutische Behandlung. Darin unterscheidet sich diese Patientengruppe nicht von Diabetikern oder Personen nach Herzinfarkt. Meist werden die Patienten in eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen und geschickt (vom Haus- oder Facharzt, von Behandlern in Rehakliniken, von Angehörigen, vom Anwalt). Auch wenn wir davon ausgehen, dass vor Beginn der Psychotherapie eine organmedizinische Abklärung erfolgt ist, ist eine gute Vernetzung mit organmedizinisch tätigen Ärzten hilfreich. Der Hausarzt ist meist gut über die bisherigen Befunde informiert und kennt manchmal auch die Lebenssituation der Patienten.

Bei den Patienten bestehen oft vielfältige frustrierende Vorerfahrungen im medizinischen Versorgungssystem. Zum Zeitpunkt der Erstvorstellung in der psychotherapeutischen Praxis zählen chronisch Schmerzkrankte mit Sicherheit nicht zu den Gewinnern im Gesundheitssystem. Die hieraus entstandene Enttäuschung und Hilflosigkeit, aber auch die Unsicherheit und Ängste, wie es weitergeht, sollten von Beginn an aufgegriffen werden.

Öfter als bei sonstigen Psychotherapiepatienten bestehen Ängste hinsichtlich des Stellenwerts der erlebten Schmerzen und der Rolle der Psychotherapie. Insbesondere die Sorge, dass die körperlich erlebten Beschwerden nicht ernst genommen werden oder dass man nun »für verrückt gehalten wird«, kann im Erstgespräch bedeutsam sein. Wir dürfen also solche Ängste erwarten und aktiv ansprechen. Auch die bisherigen Arzt- und Therapeutenerfahrungen (z. B. »Sie haben nichts« oder »Damit müssen Sie leben«) sollten direkt erfragt werden. Interessant kann es auch sein, die Reaktionen der Angehörigen zu eruieren. Vorerfahrungen, z. B. nicht ernst genommen zu werden, führen neben der verständlichen Enttäuschung, Resignation und Hilflosigkeit auch zu der besonderen Motivation, zeigen zu müssen, »wirklich krank« zu sein. Deshalb empfehlen wir für den Therapiebeginn ein validierendes, am Symptom orientiertes Vorgehen. Sich zunächst ausführlich für den beklagten körperlichen Schmerz und die möglichen körperlichen Befunde zu interessieren, überrascht Patienten manchmal und hilft, eine vertrauensvolle Beziehung zu gestalten.

Eine weitere häufige Sorge ist, »manipuliert zu werden«, was allerdings bei vielen psychotherapienativen Personen zu finden ist. Die Aufklärung darüber, was Psychotherapie ist – und was sie nicht ist –, trägt hier wesentlich zur Beruhigung bei.

■ Tipp

Was einem auf die Nerven geht: Ähnlich wie bei psychosomatischen Krankheiten ist das Schlüsselwort **Stress** hilfreich, um unter Anerkennung der körperlichen Beschwerden auch psychische oder psychosoziale Einflussfaktoren in das individuelle Krankheitsmodell zu integrieren.

Zeit für ein Gespräch

»Wie kann ich Ihnen helfen?« oder »Was führt Sie hierher?« sind bei der zu erwartenden Skepsis eher nicht geeignet, um einen ersten Kontakt zu eröffnen. Eine passende Formulierung für die Einleitung schlagen Nilges und Diezemann (2017, S. 185) vor: »Dieses Gespräch soll dazu dienen, mit Ihnen zusammen einmal in Ruhe zu besprechen, wie Sie mit dem Schmerz leben und welche Auswirkungen der Schmerz auf Ihr Leben hat.«

Wenn Patienten bereits vor dem Erstgespräch Fragebogen ausgefüllt oder andere Unterlagen geschickt haben, dann ist es sinnvoll, diese Unterlagen auch bereits gesichtet zu haben. Die hierin enthaltenen Informationen erleichtern die Exploration («Ich habe bereits gesehen, dass Sie ...») und das Vertrauen der Patienten wird gefördert.

■ Exkurs • Eine interessante Sammlung für den Anfang: der Deutsche Schmerzfragebogen

Eine umfangreiche Sammlung anamnestischer Angaben bietet der »Deutsche Schmerzfragebogen DSF«, ein standardisierter Fragenkatalog, der vom Patienten ca. eine Stunde Ausfüllzeit erfordert. Dieser modular aufgebaute Fragebogen ist von der Deutschen Schmerzgesellschaft seit den 1980er Jahren immer weiterentwickelt und angepasst worden. Die aktuell vorliegende Version 12/2024 beinhaltet keine copyrightgeschützten Inhalte mehr und ist kostenfrei von der Geschäftsstelle der Deutschen Schmerzgesellschaft zu beziehen (www.schmerzgesellschaft.de/schmerzfragebogen). In der Praxis wird der DSF als Vorabscreening neuer Patienten mit chronischen Schmerzen eingesetzt und dient als Grundlage für die individuelle ärztliche und psychologische Anamnese. Dazu senden schmerztherapeutische Einrichtungen den Bogen meistens vorab den Patienten zu und bitten um Rücksendung vor dem Erstgespräch. Ein Manual, das ebenfalls kostenfrei zu beziehen ist, erklärt Aufbau und Inhalt und liefert Vergleichswerte aus einer Validierungsstudie (Petzke et al., 2022).

Wo und wie es wehtut: Schmerzmessung

Neben allgemeinen anamnestischen Informationen ist das Ziel einer psychologischen Schmerzanamnese eine erste diagnostische Einordnung. Bezogen auf den Schmerz gilt es also, dieses Symptom genau zu beschreiben.

Üblicherweise wird die subjektiv erlebte Schmerzstärke auf einer elfstufigen Skala von 0 = »kein Schmerz« bis 10 = »stärkster vorstellbarer Schmerz« angegeben. Der Einfachheit halber wird angenommen, dass es sich um eine Ordinalskala handelt. Die Einschätzung der Schmerzstärke geht ebenso gut auf Papier mit einer 10 cm langen Linie so wie auch mündlich. Gelegentlich wird die sprachliche Verankerung des rechten Pols dieser eindimensionalen Skala diskutiert: Was genau ist der »stärkste vorstellbare Schmerz«? Es handelt sich sicherlich um eine sehr subjektive Einschätzung. Es ist hilfreich, dann klinische Beispiele einer Nierenkolik oder »Operation ohne Narkose« zu geben oder sich auf persönliche Schmerzerfahrungen des Patienten zu beziehen. Schmerzangaben sind immer subjektiv, dienen der Kommunikation und sollten nicht Gegenstand der Diskussion sein.

Schließlich interessiert die subjektiv erlebte Schmerzqualität, »wie der Schmerz sich anfühlt«. Die übliche Unterscheidung in eine sensorische (z. B. drückend, brennend) und affektive (z. B. quälend, mörderisch) Dimension hilft bei diagnostischen Entscheidungen und liefert Informationen über das Ausmaß der affektiven Beteiligung, also des Leidensaspektes. Eine starke affektive Beteiligung ist allerdings kein Kriterium einer psychischen, z. B. somatoformen Störung, aber ein Hinweis auf mögliche psychische Faktoren für das Schmerzgeschehen. Auch drastisch klingende Beschreibungen – »wie ein Messer im Knie, das einer rumdreht« – sollten nicht als psychisches Symptom überbewertet, sondern deren sensorischer und affektiver Inhalt diagnostisch genutzt werden.

■ Exkurs

Eine ganz andere, innovative Schmerzbeschreibung kann mithilfe von Bildkarten geschehen. Von zwei Designerinnen stammen 34 postkartengroße abstrakte Bilder, die die Kommunikation von Patienten und Experten erleichtern und erweitern können. Die Patienten wählen aus den in zufälliger Reihenfolge vorgelegten Bildern 3 oder 5 aus, die den individuellen Schmerz am besten beschreiben. Danach werden die Patienten gebeten, zu erklären, warum gerade diese Bilder gewählt wurden. Mit dieser Methode können schwer ausdrückbare subjektive Empfindungen auf eine andere Art geäußert werden. Nach unserer Erfahrung wird der emotionale Anteil der Schmerzen dadurch deutlicher und Patienten fühlen sich dabei sehr verstanden, wenn sie »ihren Schmerz« sehen können (Bohn & Türp, 2021). Informationen hierzu finden Sie unter www.dolografie.com.

Wann es wehtut – und wann nicht. Und warum: das Schmerztagebuch

Entsprechend dem biopsychosozialen Krankheitsmodell chronischer Schmerzen sollen diejenigen Faktoren identifiziert werden, die am Schmerzgeschehen beteiligt sind. Der Einstieg in dieses Thema geschieht mit der eher funktional orientierten Unterscheidung nach *Schmerz verstärkend* oder *Schmerz erleichternd*. Auch wenn manche Patienten »immer« Schmerzen haben und »nie« weniger Schmerzen und »nichts« hilft und »alles« schwierig ist und »jede« Bewegung schmerzt, sind solche Generalisierungen eher der Ausdruck der Hilflosigkeit oder des Katastrophisierens.

Uns überrascht immer wieder, dass viele Patienten trotz jahrelanger chronischer Schmerzen bisher nie eine systematische Selbstbeobachtung ihrer Beschwerden durchgeführt haben. Manche Patienten berichten, ein Schmerztagebuch (STB) von einem Vorbehandler bekommen zu haben, dann sei aber nie wieder darüber gesprochen worden.

Wir empfehlen die Verwendung von STB zu Therapiebeginn über einen begrenzten Zeitraum, etwa zwei bis vier Wochen. In Ausnahmefällen, z. B. bei einer zyklusabhängigen Migräne können auch drei Monate sinnvoll sein. In der Umstellungsphase von Medikamenten kann im Therapieverlauf erneut ein Schmerztagebuch für eine oder zwei Wochen hilfreich sein.

Vom Patienten geführte Schmerztagebücher sollten unbedingt mit dem Therapeuten nachbesprochen werden. Nicht selten »testen« Patienten die Reaktion des Therapeuten, indem sie zunächst abwarten, ob aktiv nachgefragt wird. Die gemeinsame Besprechung des Schmerztagebuchs ist eine hervorragende Möglichkeit, die Schmerzen in einem biopsychosozialen Zusammenhang zu sehen und damit das Krankheitsmodell des Patienten zu erweitern. Wir beginnen oft mit der Frage »Wie sind Sie damit zurechtgekommen?« und würdigen so den Aufwand und damit auch das Symptom. Weitere hilfreiche Fragen sind »Was ist Ihnen aufgefallen ...? ... am Verlauf der Schmerzstärke? ... an der Wirkung von Medikamenten oder anderen Behandlungen? ... am Einfluss von Aktivitäten oder Situationen? ... am Schlaf?«. Auch im Gruppensetting können Schmerztagebücher besprochen werden, z. B. im Sinne gegenseitiger Beratung. Eine ausführliche Darstellung der Arbeit mit Schmerztagebüchern findet sich bei Derra und Schilling (2017).

Mittlerweile existieren eine ganze Reihe elektronisch zu führender Schmerztagebücher, meist als Apps für Smartphones. Anbieter sind Softwarefirmen, Pharmafirmen, Krankenversicherungen, Fachgesellschaften, Kliniken oder Patientenorganisationen. Die verschiedenen Angebote sind sehr unterschiedlich, manchmal mit dem Fokus auf Medikamenteneinnahme. Bei der Verwendung solcher elektronischer Dokumentationen sollte immer auch das Interesse der jeweiligen Anbieter beachtet werden. Die Frage des Datenschutzes ist nicht immer ausreichend geklärt.

Das biopsychosoziale Schmerzmodell

Die Mehrdimensionalität chronischer Schmerzen wird nicht allen Patienten, die in eine psychotherapeutische Behandlung kommen, geläufig sein. Durch die bisherige Anamnese und die Selbstbeobach-

tung sollte aber eine ausreichende Sensibilität geschaffen worden sein, um biologische, psychologische und soziale Aspekte zu differenzieren. Eine solche Modellbildung dient nicht nur dem Verständnis der Genese und Aufrechterhaltung einer chronischen Schmerzerkrankung, sondern bietet auch vielfältige Hinweise für therapeutische Interventionen.

Schmerzen in der Biografie

Die Entstehung und Entwicklung von Schmerzen lässt sich gut in einem Zeitstrahl darstellen. Dabei können Wechselwirkungen von belastungsreichen Lebensphasen und (körperlichen) Beschwerden verdeutlicht werden.

Therapieziele

In allen Therapieschulen besteht Einigkeit darüber, dass zum Beginn einer Behandlung Therapieziele formuliert werden sollen. Nur damit kann ein Behandlungsplan erstellt werden. Wenn Therapien »so dahinplätschern«, liegt es vielleicht auch an fehlender oder unzureichender Zielformulierung.

Die Unterscheidung zweier Zielarten ist wichtig: Weg-von-Ziele und Hin-zu-Ziele. Patienten berichten zu Beginn meistens Weg-von-Ziele. Irgendetwas soll nicht mehr sein: keine Schmerzen mehr haben, Ängste oder Kilos verlieren, weniger stressige Beziehungen führen, mit dem Rauchen aufhören usw. Diese Ziele haben wenig Anziehungskraft und geben keine Richtung vor. Außerdem ist die Zielerreichung streng genommen niemals überprüfbar. Stattdessen sind Hin-zu-Ziele viel besser geeignet, eigenes Verhalten zu verändern: Trotz der Schmerzen aktiv sein, mit den Ängsten klarkommen, einen BMI von 25 haben, konstruktiv streiten können oder die Zeit, die das Rauchen beansprucht, mit Lesen verbringen. Sinnvoll kann es auch sein, ein übergeordnetes Ziel, ein Metaziel, zu formulieren. Dies wird erfragt mit: »Wozu ist es gut, wenn ich ...« oder »Ich möchte mit diesem Ziel erreichen, dass ...«.

Das nachvollziehbar vorgetragene Ziel »keine Schmerzen mehr haben« ist vor allem bei chronifizierten Schmerzen oder bestimmten Erkrankungen nicht immer erreichbar. Bedenken Sie auch, dass in klinischen Studien ein standardisiertes Behandlungsziel meistens in der Schmerzreduktion um 50 % besteht. Realistische, schmerzbezogene Ziele können mithilfe der Formulierungen wie »ein erträgliches Maß an Schmerzen« oder »Schmerzen, mit denen man gut leben kann« erarbeitet werden. Auch die Häufigkeit und Dauer wiederkehrender Schmerzen kann gut zur Therapiezielformulierung verwendet werden (Beispiel für Rückenschmerzpatienten: »Dreimal im Jahr maximal zweiwöchentliche Schmerzphasen mit leichten Schmerzen«). Wir betonen bei der Diskussion der Therapieziele neben der Schmerzreduktion immer auch die Verbesserung der Schmerzfolgen, also der psychischen, verhaltensbezogenen und sozialen Konsequenzen der Schmerzen.

Therapieziele sind individuell und werden zunächst vom Patienten geäußert. So können sie ihre stärkste motivationale Kraft entfalten. In der therapeutischen Arbeit werden die Ziele dann gemeinsam von Patient und Therapeut formuliert (Shared decision making). Weil Therapieziele von Patienten oft diffus (»es soll mir besser gehen«) und / oder unrealistisch (»es soll wieder so werden wie vor dem Unfall«) sind, haben Therapeuten hierbei die Rolle eines Beraters und Diskussionspartners. Die Aufgaben des Therapeuten bestehen im Relativieren von Zielvorstellungen, der Betonung funktionsorientierter Ziele, der Unterstützung beim Konkretisieren und ggf. der Aufteilung in erreichbare Teilziele. Therapieziele sollten im Verlauf der Therapie regelmäßig überprüft und ggf. angepasst werden.

Zielkonflikte

Die Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen kann durch Zielkonflikte erschwert sein. Der ältere Begriff des »Krankheitsgewinns« berücksichtigt nicht das durch die Krankheit erlebte Leid oder die krankheitsbedingten Verluste. Wir bevorzugen den Begriff »Zielkonflikt«, weil dort beide konflikthafter Aspekte berücksichtigt werden.

Zielkonflikte sind Situationen oder Lebensumstände, bei denen das Ziel der Symptomreduktion mit einem anderen, ebenfalls positiv erlebten Ziel in Konkurrenz steht. Die konkurrierenden Ziele stellen oft zentrale Motive der Betroffenen dar, die anders nicht oder nur schwierig erreicht werden könnten. Eine Besserung der Schmerzen oder der Beeinträchtigung hätte dann gleichzeitig negative Folgen, der Betroffene müsste quasi einen Preis für die Besserung bezahlen. Die Patienten befinden sich also in einem Annäherungs-Vermeidungs-Dilemma. Auch nach einer scheinbaren Lösung – z. B. dem Gewähren einer Rentenzahlung – kommt es nicht regelmäßig zu einer Besserung der Beschwerden. Ein laufendes Rentenverfahren stellt vor diesem Hintergrund nicht unbedingt eine Kontraindikation für eine Psychotherapie dar. Im Gegenteil: In einer Therapie kann der Patient bei der Klärung dieses Konfliktes unterstützt werden. Es können dann Vor- und Nachteile abgewogen werden. Zielkonflikte müssen nicht vollständig bewusst erlebt werden. Sie müssen auch nicht von Beginn an bestehen, sondern können auch erst im Verlauf einer Erkrankung entstehen.

Kröner-Herwig und Frettlöh (2017) unterscheiden drei Kategorien von Zielkonflikten:

- (1) Begehren oder Sicherstellen von Sozialleistungen. Dazu gehören Zahlungen von Versicherungen wie Rente, Tagegeld, Verletztengeld, andere Entschädigungen wie Schmerzensgeld, sozialmedizinische Vorteile (GdB und dessen Folgen, Vorteile am Arbeitsplatz, Umschulung).
- (2) Regulation von Beziehungen und Nähe-Distanz. Hierzu zählen neben der Verbesserung sozialer Beziehungen (»Symptome sind manchmal wie Klebstoff«) auch die Vermeidung oder Beendigung sozialer Beziehungen (»Ich kann mich nicht auf eine Beziehung einlassen, solange ich diese Schmerzen habe ...«). Auch die Vermeidung interpersoneller Konflikte oder die Vermeidung, Verantwortung zu übernehmen, können durch negative Verstärkung das Schmerzerleben und -verhalten aufrechterhalten.
- (3) Stabilisierung des Selbstwertes. In der Schmerzerkrankung eine Ursache und Erklärung für andere Lebensprobleme zu finden, kann den Selbstwert schützen. Die Schmerzerkrankung rechtfertigt dann z. B. nicht erreichte berufliche oder private Ziele (»Wenn ich nicht die Schmerzen hätte, dann wäre ...«) oder sie dient der Rationalisierung von Rollenkonflikten.

Ohne vorherige Berücksichtigung und Bearbeitung eventuell bestehender Zielkonflikte sind andere therapeutische Maßnahmen oft erfolglos. Die konflikthafte Situation sollte empathisch verdeutlicht werden. Wir erklären das Dilemma der Situation oft mit der Beschreibung »gesund werden wollen und gleichzeitig krank bleiben müssen«. Die persönlichen Ziele der Betroffenen, die mit einer Gesundung konkurrieren, sollten nicht einfach vermutet oder erschlossen, sondern sorgfältig und offen exploriert werden.

Arbeitsmaterial

AB 1 Leitfaden zur Anamnese bei Patienten mit chronischen Schmerzen

Dieses Arbeitsblatt kann als Explorationshilfe für ein Erstgespräch verwendet werden. Wir haben hier diejenigen Aspekte aufgeführt, die im Zusammenhang mit chronischen Schmerzen wichtig sind und die sich in sonstigen psychotherapeutischen Erstgesprächen eher nicht wiederfinden. Diese schmerzspezifischen Stichwörter und Fragen können Ihre persönliche Explorationshilfe ergänzen.

Für Patienten mit chronischen Schmerzen, die üblicherweise nach einer Odyssee durch das organmedizinische System in die Psychotherapiepraxis kommen, sind schmerzbezogene Informationen hilfreich. Schon im Erstgespräch kann also während des diagnostischen Gesprächs durch einfache Psychoedukation Vertrauen in die therapeutische Beziehung hergestellt werden (Bsp.: »Ich frage Sie das jetzt, weil wir wissen, dass lang andauernde Schmerzen erheblichen Stress für das Gehirn bedeuten und dieses Gehirn irgendwie damit umgehen muss.«). In einem Erstgespräch wechseln wir üblicherweise zwischen Exploration und Information. So kann von Anfang an z. B. Wissen über psychophysiologische Zusammenhänge vermittelt werden.

AB 2 Schmerzzeichnungen

Auf diesem Arbeitsblatt finden Sie zwei Schmerzskalen, die sich auf die aktuelle Situation und auf die letzte Woche beziehen. Neben der mündlichen Schilderung der Schmerzen wird in einer Schmerzzeichnung das räumliche Verbreitungsgebiet der Schmerzen eingetragen.

Beide Schmerzzeichnungen dienen als Vorlage für von Patienten einzuzeichnende Schmerzgebiete und deren subjektiv erlebter Stärke. Es ist hilfreich, beim Ausfüllen der Schmerzzeichnung immer wieder nachzufragen: »Und wo noch?«. Wir arbeiten regelmäßig im Erstgespräch mit dieser Vorlage und können neben diagnostischen Aspekten auch deutlich den kommunikativen Aspekt einer Schmerzzeichnung als »vertrauensbildende Maßnahme« bemerken. Vor einer nicht validierten Interpretation der Schmerzzeichnung wird gewarnt. Weder die verwendete Farbe noch die Strichstärke oder etwaige Kommentare lassen direkt auf psychische Symptome schließen (Pfungsten et al., 2003; Carnes et al., 2006). Auf der ersten Seite des Arbeitsblatts finden Sie zwei Schmerzskalen, die sich auf die aktuelle Situation und auf die letzte Woche beziehen. Auf dem zweiten Arbeitsblatt können Gesichtsschmerzen genauer eingetragen werden.

AB 3 Schmerzbeschreibung

Dieses Arbeitsblatt beinhaltet die Schmerzbeschreibungsliste SBL (Korb & Pfingsten, 2003). Es handelt sich um die lizenzfreie Kurzform der Schmerzempfindungsskala (Geissner, 1996). Von den zwölf Items sind die ersten acht sensorische Schmerzbeschreibungen, die Hinweise zur Differenzialdiagnostik liefern können. Item 9 bis 11 sind die affektiven Merkmale. Diese werden aufsummiert (die mögliche Spanne beträgt 0 bis 12 Punkte) und ab einem Summenwert von 8 wird von einem erhöhten affektiven Schmerzerleben ausgegangen. Ein Summenwert von 8 entspricht einem Prozentrang von 75 in der Gruppe chronisch Schmerzkranker. Oft werden zusätzlich die Begriffe »elektrisierend« und »einschießend« genannt, die in der SBL nicht vorkommen. Deswegen haben wir die Möglichkeit gelassen, zusätzliche Adjektive einzutragen. Dieser Bogen bietet sich an, um im Patientengespräch frühzeitig psychische Faktoren für das Krankheitsmodell zu erkennen und zu berücksichtigen. Adjektivlisten wie in Arbeitsblatt 3 können auch Therapieverläufe abbilden und deswegen wiederholt eingesetzt werden. Auch bei unveränderter Schmerzstärke kann sich hier der Effekt einer verbesserten Schmerzbewältigung zeigen (Petzke et al., 2022). Die SBL ist auch Bestandteil des Deutschen Schmerzfragebogens.

AB 4 Schmerztagebuch

Dieses Arbeitsblatt empfehlen wir für den Behandlungsbeginn und bei Patienten, die bisher keine psychotherapeutische Erfahrung haben. Es erfasst Zusammenhänge von Schmerzen, Situationen / Aktivitäten (auch therapeutische!) und Medikamenten. Bei der Instruktion erklären wir, dass mehrmals am Tag eine Eintragung für die jeweils zurückliegenden Stunden gemacht werden kann (»sich nicht jede Stunde das Formular anschauen!«). Hilfreich ist es, bereits in der Sprechstunde mit dem Patienten gemeinsam den ersten Eintrag vorzunehmen.

Das bereits ausgefüllte Schmerztagebuch auf diesem Arbeitsblatt stammt von einer Patientin und dient hier als Beispiel. Die Einträge der Patientin sind kommentiert und liefern Hinweise für die gemeinsame Besprechung.

AB 5 Schmerzreaktionstagebuch

Hier handelt es sich um eine erweiterte Version des Schmerztagebuchs. Dabei wird die Dokumentation der Schmerzstärke erweitert um begleitende Körperreaktionen, kognitive und emotionale Reaktionen und das daraus resultierende Verhalten. Wie die Spaltentechnik aus der kognitiven Verhaltenstherapie dient diese Form der Selbstbeobachtung der besseren Differenzierung einzelner Verhaltens- und Erlebensaspekte. Zusammenhänge zwischen Situationen (potenzielle biologische oder psychosoziale Stressoren) und Schmerzerleben werden damit deutlich und bieten Ansatzpunkte für therapeutische Interventionen. Auch dieses Schmerztagebuch muss ausführlich erklärt und günstigstenfalls mit einem persönlichen Beispiel des Patienten illustriert werden.

Eine systematische Selbstbeobachtung mithilfe eines Schmerztagebuchs kann dabei helfen,

- ▶ Unterschiede der Symptomatik erkennen und besser differenzieren lernen,
- ▶ die Selbstbeobachtung funktionaler Zusammenhänge zu erleichtern,
- ▶ Schmerz modulierende Aktivitäten zu erkennen,
- ▶ medikamentenbezogene Informationen zu erheben: Effekte von Medikamenten (Wirksamkeit oder Unwirksamkeit), Einnahmezeitpunkte (zu früh, zu spät, »prophylaktisch«), Einnahmehäufigkeit (relevant z. B. für Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch),
- ▶ (schmerzbedingte) Schlafstörungen zu verdeutlichen,
- ▶ die Hilflosigkeit zu reduzieren und die Selbstwirksamkeit zu erhöhen,
- ▶ den Erfolg einer Therapie zu kontrollieren.

AB 6 Schmerzwaaage

Mit diesem Arbeitsblatt wird verdeutlicht, dass den Schmerz verstärkenden Einflussfaktoren auch Schmerz erleichternde Faktoren gegenübergestellt werden können. Möglicherweise erleben Patienten gerade zu Beginn der Therapie eher eine Hilflosigkeit und haben keinen guten Zugriff auf Schmerz erleichternde, unterstützende Aspekte. Deshalb empfehlen wir, das Waagemodell im Therapieverlauf immer wieder vorzunehmen und um neue Erkenntnisse aus der Therapie zu ergänzen. Schmerz verstärkend und erleichternd können sein: körperliche Bedingungen, Sinneseindrücke, Verhaltensweisen, situative Umstände, Stimmungen, Gedanken, Überzeugungen, Erwartungen und soziale Aspekte. An dieser Stelle muss noch keine genaue biopsychosoziale Differenzierung der Einflussfaktoren und deren Wechselwirkung vorgenommen werden. Es genügt eine reine Aufzählung, ohne dass zu früh kausale Zusammenhänge postuliert werden. Die Kontextabhängigkeit von Einflussfaktoren kann schon hier deutlich werden.

■ Übung

Eine ähnliche Übung funktioniert so: Auf einer Seite der Waage liegt der Schmerz, dem auch ein Gewicht gegeben werden kann (»100 kg«). Auf der anderen Seite der Waage werden Aspekte, Verhaltensweisen etc. eingetragen, die der Schmerzerleichterung dienen. So wird ein Gegengewicht zum Schmerz etabliert, das dem Ausgleich dienen kann.

AB 7 Triple B – Bilanz bisheriger Behandlungs- und Bewältigungsversuche

Die bisherigen Versuche, die Schmerzen zu beeinflussen und deren Resultate werden in diesem Arbeitsblatt erfasst. Diese Idee stammt aus der Akzeptanz- und Commitment-Therapie und wurde ursprünglich eingesetzt, um in der Anfangsphase der Therapie zu verdeutlichen, dass das »Bemühen um Kontrolle« eher das Problem als die Lösung darstellt. Wir möchten diesen Aspekt, der eher Hilflosigkeit bewirkt, hier im Bereich der Anamnese nicht zu sehr betonen, sondern zunächst tatsächlich alle bisherigen Bewältigungsversuche anerkennen. Wichtig sind auch diejenigen Verhaltensweisen, die der Verhinderung von Schmerzen dienen, also meist ein Vermeidungsverhalten oder ein anderes negativ verstärktes Verhalten. Interessant und möglicherweise für Patienten etwas Neues ist, dass hier die kurzfristigen und langfristigen Konsequenzen der Maßnahmen nebeneinandergestellt werden. Schließlich

werden auch die Auswirkungen auf die Lebensqualität erfragt. Davon ausgehend kann dann diskutiert werden, welche Maßnahmen tatsächlich sinnvoll sind und welche nicht.

AB 8 Meine Schmerzmittel

Auf diesem Arbeitsblatt machen Patienten eine Bestandsaufnahme über ihre Schmerzmedikamente, deren Wirkungen und Nebenwirkungen. Mit diesem Arbeitsblatt werden nur aktuelle Schmerzmittel abgefragt. Bedenken Sie auch eine sorgfältige Medikamentenanamnese! Patienten berichten gelegentlich, dass sie Medikament A vor fünf Jahren erfolglos ausprobiert haben. Bei Nachfrage stellt sich heraus: Die Dosierung und die Einnahmedauer waren nicht ausreichend. Möglicherweise hat sich die Symptomatik im Vergleich zum damaligen Zeitpunkt auch geändert und jetzt besteht eine Indikation.

AB 9 Mein biopsychosoziales Schmerzmodell

Dieses Arbeitsblatt erlaubt die Erfassung der relevanten Aspekte in diesen drei Dimensionen. Therapeut und Patient erarbeiten gemeinsam ein individuelles Modell. Das besteht zunächst aus einer Sammlung der jeweiligen Aspekte der drei Bereiche. In einem zweiten Schritt kann dann die jeweilige Bedeutsamkeit gewichtet werden können, z. B. durch verschieden große Umrandungen um die jeweiligen Begriffe oder unterschiedliche Farben. Hilfreich ist auch die Frage an den Patienten, wie viel Einfluss (»wie viel Prozent?«) die einzelnen Aspekte auf das Schmerzgeschehen haben. Natürlich tragen die drei Bereiche selten gleich viel zum Schmerzgeschehen bei, auch wenn die drei gleich großen Kreise das zunächst annehmen lassen. In den Mittelpunkt zwischen den Kreisen können Sie »Rückenschmerz«, »Kopfschmerz« oder einen anderen Begriff für das Problem des Patienten eintragen.

Eine strikte Trennung der drei Bereiche »biologisch«, »psychologisch« und »sozial« ist nicht immer gut zu erreichen, und auch gar nicht notwendig. Die Diskussion, ob nun »sozialer Rückzug« ein psychologischer Aspekt ist oder ein sozialer, sollte besser dazu genutzt werden, die Wechselwirkung zu verdeutlichen. Die Pfeile, die zwischen den Dimensionen die jeweilige Wechselwirkung andeuten, gibt es in jede Richtung. Es könnte also sein, dass ein Aspekt aus dem sozialen Bereich auf dem psychischen Bereich wirkt, aber in der entgegengesetzten Richtung kaum eine Interaktion besteht. Beispiel: Arbeitslosigkeit bewirkt oder verstärkt bestehende Sorgen. Sorgen wiederum stehen in keinem Zusammenhang zur Arbeitslosigkeit.

Erlauben Sie sich und den Patienten, kreativ mit diesem Werkzeug umzugehen. Denken Sie daran, dieses Modell im Verlauf der Therapie immer wieder anzupassen.

AB 10 Meine Schmerz-Lebenslinie

Hier wird der zeitliche Verlauf von links (Geburt) nach rechts (»heute«) dargestellt. Dabei muss die Skalierung nicht mit dem Lineal eingetragen werden: In unserem Beispiel nimmt die Zeit vom 50. bis zum 58. Lebensjahr mehr Raum ein. Der Verlauf der Schmerzen in ihrer Stärke wird in der Mitte im grau unterlegten Feld eingetragen. Lebensereignisse können oberhalb davon eingetragen werden, während andere Gesundheitsprobleme und Behandlungen oder Behandlungsversuche unterhalb der Schmerzsstärke stehen. So wird ein möglicher Zusammenhang auf einen Blick erkennbar. Die erste Seite von Arbeitsblatt 10 zeigt ein ausgefülltes Beispiel, in dem viele wertvolle biografische Daten erkennbar sind.

AB 11 Wie finde ich meine Therapieziele?

Dieses Arbeitsblatt bietet eine Reihe von Anregungen zu Therapiezielen, die es erleichtern können, eigene individuelle Ziele zu finden.

AB 12 Meine persönlichen Ziele

Hier kann der Patient seine eigenen Ziele eintragen.

Leitfaden zur Anamnese bei Patienten mit chronischen Schmerzen

Schmerzen

- ▶ Lokalisation, Ausbreitung, Ausstrahlung (s. Schmerzzeichnung)
- ▶ Intensität (Skala 0 bis 10), Häufigkeit, Dauer
- ▶ Schmerzqualität (freie Beschreibung oder s. SBL)
- ▶ Fluktuationen, Tagesverlauf (s. Schmerztagebuch)

Schmerzanamnese

- ▶ Beginn der jetzigen Beschwerden: Sind auslösende Faktoren erkennbar?
- ▶ Verlauf der Schmerzen bis heute, zwischenzeitliche Besserung / Remission
- ▶ bisherige Behandlungsversuche und deren Effekte: Medikamente (Dosierung, Dauer, Wirkung, Nebenwirkung), Operationen / Invasive Verfahren / Psychotherapie / Rehabilitationen / Krankenhausaufenthalte / alternative Verfahren
- ▶ Voruntersuchungen und deren Befunde
- ▶ vor den jetzigen Beschwerden: Bestanden früher ähnliche Beschwerden?
- ▶ Wann bestanden erstmals im Leben Schmerzen (als Problem)? Wie sind diese Schmerzen entstanden? Wie war die damalige Lebenssituation?
- ▶ andere körperliche / psychische Erkrankungen, die mit den Schmerzen wechselwirken

Einflussfaktoren, Auslöser

- ▶ Verbesserung der Beschwerden versus Verstärkung der Beschwerden
- ▶ Welche Aktivitäten / Umstände haben *keinen* Einfluss auf den Schmerz (und können dementsprechend fortgeführt werden)?
- ▶ typische Einflussfaktoren: situative Faktoren / körperliche Verfassung / psychische Verfassung / Verhalten anderer (s. Schmerztagebuch und Schmerzwaage)
- ▶ Funktion von Schmerz (Bsp.: erlaubt eine Pause, führt zu bestimmtem Partnerverhalten ...)

Schmerzfolgen und schmerzbedingte Beeinträchtigungen

- ▶ drei Dimensionen beachten: körperlich, psychisch und sozial
- ▶ schmerzbedingte Störungen von Schlaf und Sexualität
- ▶ Lebensbereiche beachten: Beruf, Familie, Freunde, Freizeit, Alltag

Schmerzverhalten

- ▶ eigene Aktivitäten: eher vermeidend oder eher durchhaltend?
- ▶ konkret schildern lassen: Was machen Sie, wenn Sie Schmerzen haben? Warum? Welche Ziele werden mit dem Verhalten verfolgt?
- ▶ schmerzbezogene Kognitionen, z. B. Ängste, Katastrophisierung?
- ▶ operante Aspekte: Wie reagieren andere bei Schmerzen oder Schmerzáußerungen?
- ▶ frühere, heute aufgegebene Bewältigungsversuche

Subjektives Krankheitsmodell und Überzeugungen

- ▶ persönliche Erklärung des Patienten für die Schmerzen
- ▶ persönliche Annahmen zur Bedeutung von Schmerz
- ▶ allgemeine gesundheits- und krankheitsbezogene Einstellungen
- ▶ Ausmaß der Überzeugung, Einfluss auf das Schmerzgeschehen zu haben

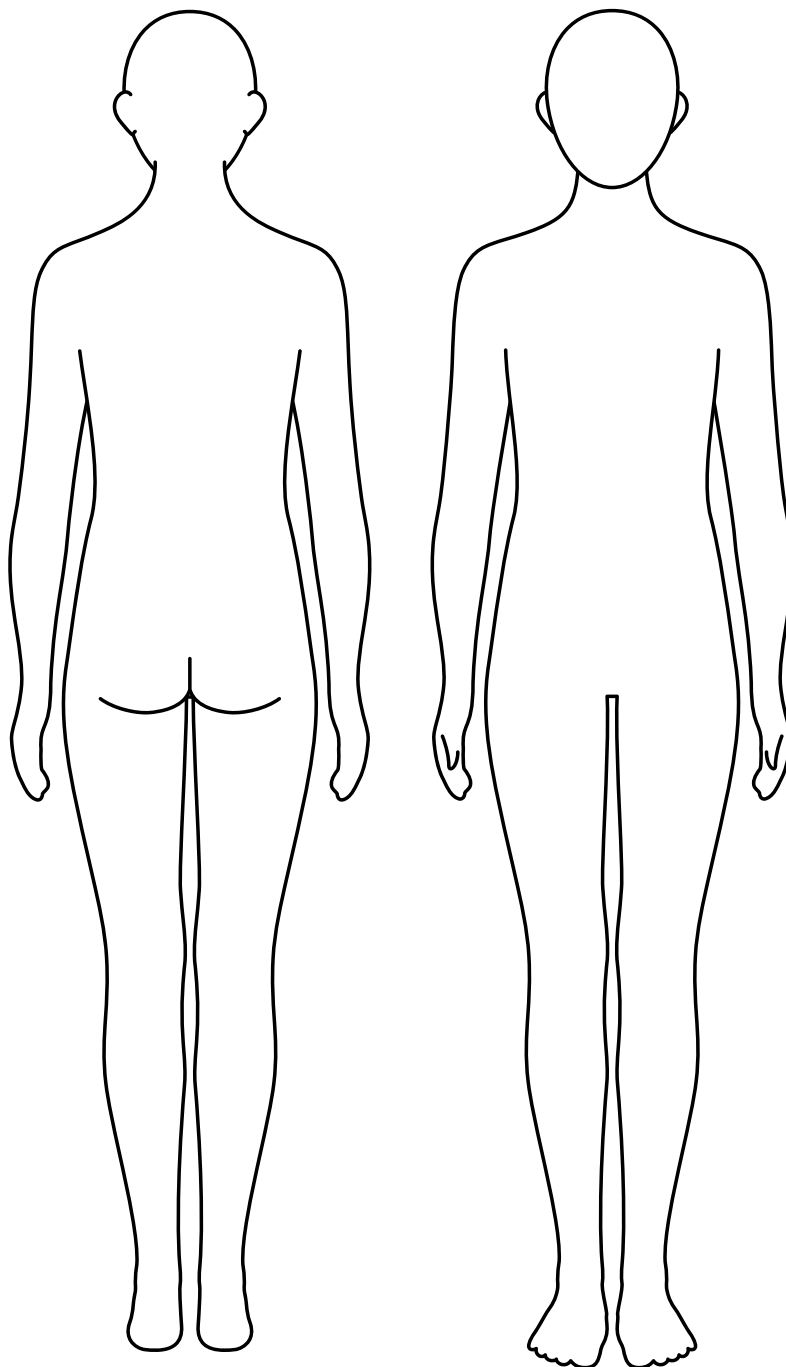
Konkrete Änderungswünsche

- ▶ Erwartungen an die psychologische Schmerztherapie, Ziele

Schmerzzeichnungen

Name: Ausfülldatum:

In welchem Bereich des Körpers spüren Sie Schmerzen oder körperliche Beschwerden wie Kribbeln oder Taubheit? Bitte markieren Sie diese auf dem Schaubild und verwenden Sie ggf. verschiedene Farben. Bedenken Sie auch Ausstrahlungen und markieren Sie den Hauptschmerz.



Schmerzzeichnungen

Beschreibung der Schmerzen in eigenen Worten:

[illegible]

Wie stark sind Ihre Schmerzen im Augenblick?

keine Schmerzen |————| stärkste vorstellbare Schmerzen

Wie stark würden Sie Ihre Schmerzen im Durchschnitt einschätzen (in der letzten Woche)?

keine Schmerzen | stärkste vorstellbare Schmerzen