



# Patienten mit chronischen Schmerzen

WÖGE

**Versorgungsdefizite  
bei spezieller Schmerzpsychotherapie**

**Michael Pfingsten, Paul Nilges**

## Einleitung

Schmerz ist – entgegen unserer Alltagserfahrung – kein einfaches physiologisches Signal, das vor tatsächlichen oder drohenden körperlichen Schäden warnt. Auch wenn diese Warnfunktion biologisch sinnvoll und (über-)lebensnotwendig ist, führen die als Nozizeption bezeichneten neurophysiologischen Prozesse nicht automatisch zur Schmerzwahrnehmung: Während religiös motivierter Rituale ertragen Menschen körperliche Verletzungen ohne wesentliche Anzeichen von Schmerzerleben in Verhalten und körperlicher Reaktion. Trotz Verletzungen werden bei schweren Unfällen, im Sport und bei kriegerischen Auseinandersetzungen Schmerzen nicht wahrgenommen. Solche extremen Erfahrungen waren der Anlass, einfache Vorstellungen von Schmerz in Frage zu stellen.

## Schmerz und psychische Faktoren – von der Reizverarbeitung zur Neuromatrix

Die Schmerzforschung konnte inzwischen nachweisen, dass solche Phänomene keine Ausnahmen sind, sondern die Regel darstellen: Bereits akuter Schmerz wird in erstaunlicher Weise durch Kontextfaktoren beeinflusst und ist damit als eine komplexe Erfahrung zu beurteilen, die von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren moduliert wird.

In Schmerzexperimenten können psychologische Merkmale von Situationen systematisch variiert werden. Dabei zeigt sich regelhaft, dass Erwartungen, Bedrohungscharakter oder Einflussmöglichkeiten der Versuchspersonen mit der erlebten Schmerzstärke enger zusammenhängen als die physikalischen Reizintensitäten (Hitze, Druck, Kälte). Umgekehrt können Situationen, in denen keinerlei Schädigungen bzw. »Schmerzreize« vorliegen, dennoch zu Schmerzwahrnehmung führen, wenn ein plausibler Kontext geschaffen wird:

- Eine Studie von Castro (Castro et al. 2001), bei der sich Freiwillige einem vermeintlichen Auffahrunfall aussetzten, führte zu »passenden« körperlichen Beschwerden einschließlich Schmerzen, obwohl die für ein Schleudertrauma notwendige Beschleunigung nur fingiert wurde.

- Wurden kopfschmerzfremde Versuchspersonen in einem Experiment an eine gefährlich aussehende Apparatur angeschlossen, die angeblich »gelegentlich« elektrische Spannung im Kopf verursachen konnte, erlebte die Hälfte von ihnen deutlich ausgeprägte Kopfschmerzen (Bayer et al. 1991).

Diese Phänomene wurden – mangels plausibler Auslösereize – früher unter der Rubrik »Einbildung« subsumiert. Tatsächlich belegen sie aber, dass unser Nervensystem keine passive »Reizverarbeitungsmaschine« ist. Schmerz ist vielmehr eine aktive Leistung unseres Nervensystems. Zudem verändern Schmerzinformationen selbst die Eigenschaften des peripheren und zentralen Nervensystems, können zur Sensibilisierung von Rezeptoren führen oder, wie bei Phantomschmerzen, kortikale Veränderungen nach sich ziehen, so dass ein Erleben von Schmerz ohne periphere Schmerzreize zustande kommt. Patrick Wall, ein Physiologe und einer der führenden Schmerzforscher, brachte diese Vorgän-

ge auf eine einfache Formel: »Das Komplizierte beim Mensch ist: Die Hardware ist die Software und umgekehrt.«

Die Wahrnehmung und Verarbeitung von Körpersignalen ist selbst bei einem so einfachen und alltäglichen Phänomen wie Schmerz das Resultat einer bemerkenswert komplexen Wechselwirkung von biopsychosozialen Faktoren. Dies gilt umso mehr für den chronischen Schmerz, bei dem ein nozizeptiver Reiz regelmäßig – Ausnahmen sind chronische körperliche Erkrankungen – nicht (mehr) vorliegt (Turk 1996). In prospektiven Studien haben sich psychosoziale Faktoren wiederholt als entscheidend für den Chronifizierungsprozess erwiesen, während somatische Faktoren für die mit Schmerz verbundenen psychosozialen Beeinträchtigungen eine vergleichsweise geringe Rolle spielen. In einer norwegischen Studie zur Vorhersage des Krankheitsverlaufs bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen konnte gezeigt werden, dass die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu 80% durch psychologische Faktoren und im Besonderen durch kognitive Variablen (Erwartungshaltung, Kontrollfähigkeit) erklärt wird (Haldorsen et al. 1998).

Schmerz ist ein äußerst wirksamer Stressor, auf den wir mit unseren Fähigkeiten und Defiziten zur Bewältigung antworten – und dessen weitere Entwicklung durch die Wechselwirkung mit biologischen und sozialen Faktoren beeinflusst wird. Diese psychophysiologische Wechselwirkung und die Informationsverarbeitung durch die Neuromatrix (dynamische Verarbeitung von Informationen in unterschiedlichen Arealen des Gehirns) ist nicht nur komplex, sondern interindividuell äußerst variabel, vermutlich ähnlich individuell wie unsere Fingerabdrücke. Dies wird inzwischen durch eine Fülle von Studien mit Verfahren, die bestimmte Aspekte der Arbeitsweise unseres Gehirns darstellen können (fMRI), eindrucksvoll belegt. Traue stellt dazu fest: »Es ist bemerkenswert, auf welche Weise neurokognitive Schmerzexperimente die hirneingebundene Basis bekannter psychologischer Konzepte schmerzbezogener Phänomene untermauern« (2006).

Für die psychologische Schmerzbehandlung bedeuten diese Befunde Bestätigung und Herausforderung zugleich: Bestätigung für die Grundlagen kognitiv-behavioraler Behandlung, Herausforderung hinsichtlich einer weiteren Individualisierung und Differenzierung in der Arbeit mit unseren Patienten.

## Spezielle Schmerzpsychotherapie – Effektivität und Methoden

Die Effektivität psychologischer Schmerztherapie bei Patienten mit chronischen Schmerzen ist hinreichend belegt. Dabei haben sich insbesondere kognitiv-behaviorale Ansätze als erfolgreich erwiesen (z.B. Flor u. Herrmann 2003). Sowohl im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen als auch im Vergleich mit medikamentösen Monotherapien konnte die Überlegenheit der interdisziplinären Schmerztherapie bei Schmerzreduktion, Gebrauch von Analgetika, Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen, Behinderung, Rückkehr an den Arbeitsplatz und Beendigung sozialmedizinischer Verfahren nachge-

## Angaben zu den Verfassern:

Prof. Dipl.-Psych. Dr. MICHAEL PFINGSTEN ist leitender Psychologe der Ambulanz für Schmerzbehandlung an der Universitätsklinik Göttingen. Den Schwerpunkt der wissenschaftlichen Tätigkeit bilden Untersuchungen zu Chronifizierungsfaktoren bei Rückenschmerzen sowie die Optimierung multimodaler Behandlungsprogramme. Dr. Pflingsten ist psychologischer Psychotherapeut mit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ausrichtung. Er ist habilitiert für das Fach Medizinische Psychologie und in die Studentenausbildung im Fach Humanmedizin eingebunden.

Dipl.-Psych. Dr. PAUL NILGES ist leitender Psychologe des DRK-Schmerz-Zentrums Mainz. Seit 25 Jahren werden hier Patienten mit chronischen Schmerzen interdisziplinär behandelt. Dr. Nilges ist psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie) und Dozent in der Ausbildung von Psychotherapeuten. Mit dem Institut für Klinische Psychologie der Universität Mainz sowie anderen Universitäten werden kontinuierlich klinische Forschungsprojekte durchgeführt.

## Adresse

Prof. Dipl.-Psych. Dr. Michael Pflingsten  
Ambulanz für Schmerzbehandlung,  
Zentrum  
Anästhesiologie,  
Rettungs- und  
Intensivmedizin,  
Universitätsklinikum  
Göttingen  
Robert-Koch-Str. 40  
37075 Göttingen  
T 0551 – 39 88 16  
E michael.pflingsten@  
med.uni-goettingen.de

wiesen werden (Meta-Analyse von Morley et al. 1999). Ziel der psychologischen Schmerzbehandlung ist die Verbesserung der Selbstkontrollfähigkeiten und Problemlösekompetenzen der Patienten. Interventionen zur Veränderung von kognitiv-emotionalen Prozessen sollen zu einer Verminderung kognitiver Verzerrungen und negativer Affektivität, zu einer Verbesserung des Wohlbefindens sowie gleichzeitig zu einer verbesserten Verhaltenssteuerung führen. Dabei ergänzen sich Interventionen zur Veränderung des offenen Verhaltens und kognitiv-emotionale Modifikationsstrategien (s.a. Kröner-Herwig u. Pflingsten 2004). Die psychologischen Interventionen gehen dabei weit über die bloße Verbesserung der Schmerzbewältigung hinaus. Der Begriff Schmerzbewältigung impliziert die Veränderung kognitiver, emotionaler und Verhaltensstrategien, damit Patienten ihre Schmerzen besser ertragen können. Dabei schwingt die Annahme mit, dass die »eigentlichen« körperlichen Ursachen der Schmerzen unverändert bleiben. Eine solche Sichtweise greift zu kurz und ist vor dem Hintergrund der oben genannten Ergebnisse vollkommen unzureichend. Psychische Phänomene beeinflussen direkt das Zustandekommen des Schmerzerlebens, daher führt deren Beeinflussung auch direkt zu einer Beeinflussung des Schmerzes selbst.

Entsprechend dem biopsychosozialen Charakter von Schmerz sind kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme besonders erfolgreich, wenn sie in ein komplexes interdisziplinäres Vorgehen eingebettet sind. Diese Therapieformen werden bisher vor allem für Patienten mit chronifizierten Rückenschmerzen angeboten. In die Behandlung sind sporttherapeutische, ergotherapeutische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Interventionen unter einem standardisierten Gesamtkonzept integriert. Das Vorgehen ist konzentriert auf die Verringerung der (subjektiv erlebten) Behinderung (sog. Functional-Restoration-Ansatz, Pflingsten 2005). Angewendet werden »typische« kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen:

- Analyse und Modifikation schmerz- und stressfördernder Bedingungen,
  - Modifikation katastrophisierender und depressiver Kognitionen,
  - Veränderung inadäquater Schmerzkommunikation und Interaktion,
  - Abbau angstmotivierter Vermeidung und
  - Aufbau von Aktivitäten.
- Das gesamte Procedere und auch der intensive körperliche Behandlungsanteil werden dabei nach kognitiv-verhaltenstherapeutischen Prinzipien durchgeführt. Das bedeutet:
- gesteuerte Konfrontation mit angstbesetzten Bewegungsreizen und Belastungen,
  - quotenorientiertes Training,
  - Therapeutenverhalten mit kontingenter Verstärkung von schmerzinkompatiblen Verhaltensweisen,
  - Sicherstellung des Transfers auf den Alltag sowie
  - Rückfallprophylaxe (Näheres s. Hildebrandt et al. 2003).
- Dieses multimodale Vorgehen führt zu sich gegenseitig ergänzenden und verstärkenden Effekten in verschiedenen Bereichen. Das handlungsorientierte, dem unmittelbaren

Erleben zugängliche Vorgehen des trainingstherapeutischen Bereiches führt oft innerhalb überraschend kurzer Zeit zu einer erheblichen Erweiterung des Verhaltensspektrums und damit auch zu einer verbesserten Selbstkontrollkompetenz. Patienten mit Rückenschmerzen sind häufig in einen Prozess verstrickt, bei dem die Angst vor Schädigung der Wirbelsäule durch Belastung und Bewegung zu reduzierter Aktivität, Einschränkungen im Alltag und in Verbindung mit dem Verlust von positiven Verstärkern und Selbstwert (entsprechend dem Verstärkerverlustmodell) zu depressiven Verstimmungen führt. Sie erleben in schmerzpsychotherapeutischen Behandlungsprogrammen, dass angstbesetzte Tätigkeiten (z.B. Heben) nicht nur zu keiner Schmerzverstärkung (oder den befürchteten Bandscheibenvorfällen) führen, sondern zunehmend problemlos möglich sind. Kraft und Ausdauer nehmen zu, Behinderung und Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten nehmen ab, wichtige und angenehme Aktivitäten werden wieder möglich. In Verbindung mit der zunehmenden Aktivierung kommt es zu einer positiven Verstärkerbilanz. Dieser Prozess kann insbesondere im Rahmen von gruppentherapeutischen Settings genutzt werden und beschleunigt die psychische Stabilisierung bzw. die Psychotherapie schmerzassoziierter psychischer Störungen. Dieses Konzept hat das Vorgehen bei der Behandlung von Rückenschmerzen in den letzten Jahren – zumindest in den angloamerikanischen Ländern, in Skandinavien und in anderen Teilen Europas – dominiert. Mittlerweile ist eine Vielzahl von Erfahrungsberichten und Wirksamkeitsstudien veröffentlicht worden (Meta-Analyse z.B. von Guzman et al. 2002). Die Ergebnisse dieser Behandlungsform sind insgesamt positiv und zeigen in der Regel insbesondere bezüglich der subjektiven Parameter (Zufriedenheit, Depressivität, Schmerz, Befinden, Beeinträchtigung) eine deutliche und anhaltende Verbesserung. Aber auch in Bezug auf »objektive« Zielparameter wie Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem haben sich diese Programme gegenüber anderen Behandlungen als erfolgreicher erwiesen (Pflingsten u. Hildebrandt 2001). Diese Behandlungsprinzipien stellen nur einen Ausschnitt dar und sind selbstverständlich nicht für alle Patienten sinnvoll. Inzwischen werden zunehmend auch Therapieverfahren und -techniken integriert, die ergänzend zum Konzept der Schmerzbewältigung den Blickwinkel auch auf einen akkomodativen Umgang im Sinne von Akzeptanz, Umbewertung der Situation und Konzentration auf erreichbare Ziele richten (Akzeptanzkonzept, vgl. Nilges et al. 2006).

## Stellung der Psychotherapie in der Schmerzbehandlung

Psychologische Konzepte und Behandlungsansätze (insbesondere verhaltenstherapeutisch orientierte Verfahren) haben inzwischen einen festen Platz innerhalb der Schmerztherapie in Deutschland. Die psychologischen Psychotherapeuten sind in der interdisziplinären Fachgesellschaft DGSS (Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V.; www.dgss.org) nach den Anästhesisten die zweitgrößte Mitgliedergruppe und sind kontinuierlich im Präsidium dieser Fachgesellschaft vertreten.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF e.V.; www.dgpsf.de) wurde vor knapp zehn Jahren gegründet und ist derzeit auf 300 Mitglieder angewachsen. Sie nimmt als psychologische Fachgesellschaft auch zunehmend interessierte ärztliche Kolleginnen und Kollegen auf (Voraussetzung ist eine den Psychologen äquivalente Qualifikation, d.h. eine abgeschlossene Psychotherapieausbildung). Ein wichtiges Anliegen der Fachgesellschaft ist die Verbesserung der Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung. Aber auch bei der Konzeption und Umsetzung von Versorgungsmodellen außerhalb des KV-Systems (integrierte Versorgung) werden psychologische Psychotherapeuten zunehmend »in die Pflicht« genommen. Bei einer hohen Zahl chronischer Schmerzpatienten in Deutschland (Schätzungen gehen von mindestens fünf Millionen aus, s. Zimmermann 1994, neuere Daten für europäische Verhältnisse liegen von Breivik et al. 2006 vor) ist davon auszugehen, dass eine psychologische Mitbehandlung für einen großen Teil der Betroffenen eindeutig erforderlich ist.

### **Defizite in der Versorgung von Schmerzpatienten**

Tatsächlich ist für die Mehrzahl der Schmerzpatienten – insbesondere im niedergelassenen Bereich – im Laufe ihrer Erkrankung eine psychotherapeutische Mitbehandlung weder realisiert noch geplant. Eher selten werden (Schmerz-)Psychotherapeuten bei Diagnosestellung oder Behandlung eingebunden. In einer Untersuchung in fünf Praxen unterschiedlicher Fachrichtungen an 328 Patienten mit chronischen Schmerzen litten 67% seit mehr als fünf Jahren an den Schmerzen, 26% mehr als 20 Jahre. Obwohl ein Fünftel der Patienten seelische Belastung als eine potenzielle Schmerzursache angab (zweithäufigste Nennung aller Ursachenfaktoren), waren nur insgesamt sieben (2,1%) psychodiagnostisch oder -therapeutisch mitbehandelt worden (Willweber-Strumpf et al. 2000). Dieser Mangel führt u.a. dazu, dass Patienten, bei denen die Aufrechterhaltung ihrer Schmerzsymptomatik vorrangig durch psychologische Faktoren bedingt ist, nicht frühzeitig genug identifiziert werden und sie mitunter eine jahrelange Odyssee mit somatischen und z.T. invasiven Behandlungen durchlaufen, die letztlich bestenfalls ineffektiv bleiben, schlimmstenfalls zu weiteren Schädigungen und Komplikationen führen. Damit entstehen nicht nur langwieriges Leiden auf Seiten der Patienten, sondern auch hohe Kosten im Gesundheitssystem.

### **Konsequenzen**

Die bestehenden Versorgungsdefizite sind nur eingeschränkt auf »Versäumnisse« unserer ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zurückzuführen. Viele plädieren im Gegenteil für einen direkten Zugang und eine bessere Kooperation mit psychologischen Psychotherapeuten, beklagen lange Wartezeiten und unklare Überweisungswege. Erhebliche Defizite finden sich zudem auf Qualifizierungsseite der Psychotherapeuten.

### *a) Konsequenzen für die Diagnostik*

Die Schmerztherapie hat seit vielen Jahren von den diagnostischen Fähigkeiten und wichtigen Beiträgen der Psychologen profitiert. Entsprechend der Definition von Schmerz als »subjektive Erfahrung« der Patienten wurde erkannt, dass z.B. validierte Fragensets oder Schmerzfragebögen den Ausgangspunkt aller Bemühungen zur standardisierten Diagnostik und damit die Voraussetzung für Schmerztherapie bilden.

Diese Überlegungen haben auch Eingang gefunden in die Konzeption des »Deutschen Schmerzfragebogen«. Dabei handelt es sich um ein Verfahren, das in schmerztherapeutischen Einrichtungen zur Vordiagnostik eingesetzt wird. Der umfassende Fragebogen enthält eine ausführliche Schmerzbeschreibung (Intensität, Lokalisation, Ausbreitung, Auftretenscharakteristik), einen Überblick über die Krankheitsgeschichte und den Verlauf einschließlich der Vorbehandlungen und beinhaltet zusätzlich psychometrische Verfahren, über die das Ausmaß der subjektiv erlebten Beeinträchtigung, die Intensität depressiver Symptome sowie der Anteil emotionalen Schmerzerlebens quantifizierbar sind (Nagel et al. 2002). Deutschland ist das einzige Land, das über einen solchen umfassenden und zugleich differenzierten Fragebogen verfügt, der von allen schmerztherapeutischen Einrichtungen im Zuge der Qualitätssicherungsvereinbarung eingesetzt wird.

Nicht jeder (Schmerz-)Patient kann oder sollte psychologisch diagnostiziert werden. Eine solche Forderung ist ebenso unrealistisch wie z.B. die Forderung nach umfassenden primärpräventiven Maßnahmen für die gesamte Bevölkerung. Es besteht daher ein dringender Bedarf nach kurzen Screening-Instrumenten, die Hinweise auf das Vorliegen von bedeutsamen Risikofaktoren geben und die bereits in der Primärversorgung eingesetzt werden können. Bei diesen Risikofaktoren handelt es sich in der Regel um spezifische kognitive und emotionale Prozesse, die das Verhalten der betroffenen Patienten beeinflussen und eine Chronifizierung befördern (Pfungsten u. Schöps 2004). Die Konzeption eines solchen Screening-Verfahrens für den primären Versorgungsbereich hat erste Priorität. Nur für den Bereich Rückenschmerz, für den derartige Risikofaktoren aus dem psychosozialen Bereich noch am klarsten definiert wurden, existieren entsprechende Verfahren (Boersma u. Linton 2005, Neubauer et al. 2006). Deren prädiktive Validität ist im deutschsprachigen Raum jedoch bisher ungeprüft und muss erst noch nachgewiesen werden.

### *b) Konsequenzen für die Behandlung/Versorgungsstruktur*

Eine effektive Therapie chronischer Schmerzen ohne begleitendes psychotherapeutisches Behandlungsangebot ist kaum möglich. Im klinischen Alltag kommt Schmerzpsychotherapie innerhalb eines interdisziplinären Behandlungskonzeptes aber häufig nur den wenigen Patienten zugute, die in einem Schmerzzentrum mit entsprechenden personellen Ressourcen behandelt werden. Trotz fehlender Zahlen kann davon ausgegangen werden, dass die Verfügbarkeit von psychologischer Diagnostik und Therapie im stationären und teilstationären Sektor (auch Tageskliniken) zufriedenstellend bis gut organisiert ist.

Außerhalb der wenigen spezialisierten Einrichtungen sind die Möglichkeiten einer frühzeitigen psychologischen Exploration und der gegebenenfalls notwendigen individuell differenzierten psychosozialen Interventionen jedoch rar. In einer eigenen Initiative haben wir im Jahr 2002 alle (ärztlichen und psychologischen) Psychotherapeuten des KV-Bereiches Göttingen (n=128) angeschrieben und diese nach Ihrer Bereitschaft bzw. ihren Möglichkeiten der Kooperation in Bezug auf Schmerzpatienten per Fragebogen befragt.

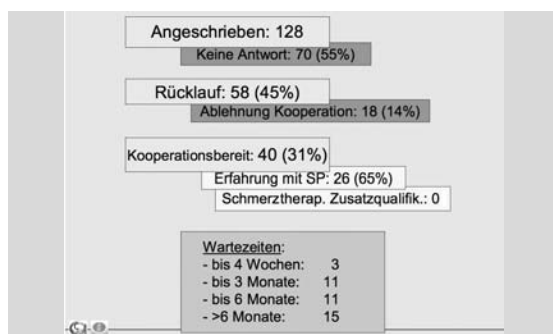


Abb. 1: Kooperationsbereitschaft zur Mitbehandlung von Schmerzpatienten durch Göttinger Psychotherapeuten (Befragung aus 2002)

Die Befragung erbrachte das ernüchternde Ergebnis langer Wartezeiten und einer eher eingeschränkten Bereitschaft zur psychotherapeutischen Mitversorgung von Schmerzpatienten (s. Abb. 1). Nur 58 Therapeuten (45%) gaben eine Antwort, wobei davon noch 18 (14%) kein Interesse an einer Kooperation zurückmeldeten. Damit zeigten sich insgesamt nur 31% der Befragten überhaupt kooperationsbereit, wovon kein Einziger eine schmerztherapeutische Zusatzqualifikation aufwies, auch wenn immerhin 26 Therapeuten über Erfahrungen mit Schmerzpatienten berichteten. Eine weitere Ernüchterung ergab sich bei der zusätzlichen Berücksichtigung der Wartezeiten: Nur bei drei Psychotherapeuten erwiesen sich diese als gerade noch geeignet für eine sinnvolle Kooperation.

### c) Konsequenzen für die Ausbildung/Weiterbildung

Qualifizierung ist erforderlich: Die psychologischen Mechanismen der Chronifizierung von Schmerzen, die erforderliche Diagnostik sowie die z.T. syndromspezifischen therapeutischen Möglichkeiten in der Behandlung von Schmerzpatienten sind eher selten Gegenstand der psychologischen Ausbildung im Studium und auch nicht selbstverständlicher Inhalt der Therapieausbildung. Insbesondere wegen der engen Verzahnung der Behandlung mit verschiedenen medizinischen Fachgebieten, mit Physiotherapie und Sportwissenschaft sind viele Kenntnisse nur in der interdisziplinären Kooperation vermittelbar und an Erfahrungen aus der klinischen Versorgung geknüpft.

Für die psychologischen Psychotherapeuten zeigt sich eine mit der ärztlichen Schmerztherapie vergleichbar interessante Entwicklung: Als zusätzliche Qualifikation wurde die ärztliche spezielle Schmerztherapie erst nach langen Kämpfen und gegen erhebliche Widerstände auch formal verankert. Ein zentrales Argument gegen diese Spezialisierung war, dass Schmerz schon immer ein zentrales Auf-

gabengebiet der medizinischen Behandlung gewesen sei und bei einer Spezialisierung die Ausgrenzung von Patientengruppen aus der regulären Versorgung und damit entsprechende finanzielle Einbußen befürchtet wurden. Während die »allgemeine Schmerztherapie« der meisten Patienten von den jeweiligen Fachärzten (z.B. Anästhesisten, Orthopäden, Allgemeinmediziner, Neurologen) im Rahmen der Regelversorgung durchgeführt wird und Teil der normalen Ausbildung ist, ist die »spezielle Schmerztherapie« vor allem für die Versorgung von Patienten notwendig, denen durch die übliche Behandlung nicht ausreichend geholfen werden kann.

Dies gilt vergleichbar auch für die »Spezielle Schmerzpsychotherapie«. In der »allgemeinen« psychotherapeutischen Versorgung werden natürlich auch Patienten mit Schmerzen (überwiegend Kopfschmerzen und Rückenschmerzen) erfolgreich behandelt. Kompliziertere Verläufe – z.B. Patienten mit langer medizinischer Vorgeschichte, vielen Operationen, Medikamentenabhängigkeit – erfordern jedoch Kooperationswissen sowie spezielle diagnostische und therapeutische Kenntnisse, die in der inzwischen auch formal anerkannten Weiterbildung »Spezielle Schmerzpsychotherapie« vermittelt werden. Für die Fort- und Weiterbildung bestehen gute, weitgehend flächendeckende Angebote der interdisziplinären und psychologischen Schmerzgesellschaften (Weiterbildungsgang »Spezielle Schmerzpsychotherapie«, siehe [www.schmerzpsychotherapie.net](http://www.schmerzpsychotherapie.net)), die der ärztlichen Zusatzqualifikation »Spezielle Schmerztherapie« in Struktur und Umfang angeglichen sind (s. Tab. 1). Die DGPSF gründete 2005 eine »Akademie für Schmerzpsychotherapie« mit Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in Bochum, Mainz und Norddeutschland.

1	Erwerb von Kenntnissen	80 h Curriculum	Ausbildungseinrichtungen z.B. in HH/HL/Kiel, Bad Salzflun, Berlin, Mainz, Bochum und München
2	Praktische klinische Tätigkeit in der Versorgung von Schmerzpatienten	Mitarbeit/enge Kooperation mit schmerztherapeutischen Institutionen, regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen	In diesen Einrichtungen soll bereits ein zur Schmerztherapie qualifizierter Psychotherapeut tätig sein
3	Durchführung u. Dokumentation von klinisch-psychologischer Anamnese, Diagnostik und Behandlung chronischer Schmerzpatienten	Dokumentation von zehn Fällen	Fälle sollen supervidiert sein

Die Ausbildungsordnung der vier Gesellschaften DGPSF, DGSS, DGS und DMKG ist einsehbar unter [www.dgpsf.de](http://www.dgpsf.de). Ankündigungsfähiger Zusatztitel im Rahmen der Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Tab. 1: Kriterien der Zusatzqualifikation »Spezielle Schmerzpsychotherapie«

Aktuell haben nur knapp 200 Psychotherapeuten eine solche Weiterbildung mit einer abschließenden Zertifizierung erlangt. Von einer flächendeckenden Versorgung von chronischen Schmerzpatienten mit qualifizierter Schmerzpsychotherapie kann in Deutschland daher noch keine Rede sein.

Es ist dringend notwendig, dass ambulante schmerzpsychotherapeutische Versorgungsangebote ausgebaut und darüber hinaus in Modelle eingebunden wer-

den müssen, die eine Kooperation zwischen Psychotherapeuten, Ärzten und Physiotherapeuten realisieren – z.B. im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung. Kammern, Berufs- und Fachverbände sollten daran arbeiten, dass Schmerzpsychotherapie ein fester Bestandteil dieser Maßnahmen werden kann, indem die Qualifikation und Motivation psychologischer Psychotherapeuten für die Behandlung von Patienten mit chronischem Schmerz gefördert wird.

## ZUSAMMENFASSUNG

Die Wahrnehmung und Verarbeitung von nozizeptiven Signalen ist das Resultat einer komplexen Wechselwirkung von biopsychosozialen Faktoren. Dies gilt sowohl für den akuten Schmerz als insbesondere auch für chronische Krankheitsverläufe, bei denen psychologische Faktoren als entscheidend angesehen werden. Die Effektivität psychologischer Schmerztherapie ist hinreichend belegt, wobei sich kognitiv-behaviorale Ansätze als besonders erfolgreich erwiesen haben, wenn sie in ein komplexes interdisziplinäres Vorgehen eingebettet sind. Aber abgesehen von der Situation in größeren Krankenhäusern oder Universitätskliniken ist für die Mehrzahl der Schmerzpatienten – insbesondere im niedergelassenen Bereich – davon auszugehen, dass sie im Laufe ihrer Erkrankung keine psychotherapeutische Mitbehandlung erfahren. Dieses Problem ist u.a. darin begründet, dass bisher zu wenige Psychotherapeuten eine entsprechende Qualifikation aufweisen. Seit einiger Zeit bestehen für die Fort- und Weiterbildung gute, weitgehend flächendeckende Angebote zur Ausbildung »Spezielle Schmerzpsychotherapie« der interdisziplinären und psychologischen Schmerzgesellschaften, die der ärztlichen Zusatzqualifikation »Spezielle Schmerztherapie« in Struktur und Umfang angeglichen sind.

## ABSTRACT

The experience of pain is a result of a complex interaction of biopsychosocial contributors. This is true for the experience of acute pain, and even more important in chronic pain states, in which psychological phenomena play a meaningful role in the transition from acute to chronic pain. Effectiveness of psychological interventions in the treatment of pain have been definitely demonstrated. At best cognitive-behavioral interventions are embedded in multimodal pain treatment procedures. Nevertheless, besides the situation in major hospitals or university clinics the majority of pain patients will never receive any kind of psychological intervention. This is especially true for the out-patient domain. One reason for that deficit in out-patient care is the low number of psychotherapists having a special certification in psychological pain therapy. Recently, in Germany there are comprehensive offers of advanced training in psychological pain therapy, which are adapted to the medical certification in special pain therapy.

## LITERATUR

- Bayer, T. L., Baer, P. E., Early, C. (1991). Situational and psychophysiological factors in psychologically induced pain. *Pain*, 44, 45-50.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.
- Castro, W. H., Meyer, S. J., Becke, M. E., Nentwig, C. G., Hein, M. F., Ercan, B. I., Thomann, S., Wessels, U., Du Chesne, A. E. (2001). No stress – no whiplash? Prevalence of »whiplash« symptoms following exposure to a placebo rear-end collision. *Int J Legal Med*, 114, 316-322.
- Flor, H., Hermann, C. (2003). Kognitiv-behaviorale Therapie. In H. D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig, & H. P. Rehfisch (Eds.), *Psychologische Schmerztherapie* (5. Aufl.). Berlin: Springer, 589-601.
- Boersma, K., Linton, S.J. (2005). Screening to identify patients at risk. *Clin J Pain*, 21, 38-43.
- Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E., Bombardier, C. (2002). Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Databases Syst Rev*.
- Haldorson, E. M., Indahl, A., Ursin, A. (1998). Patients with LBP not returning to work. *Spine*, 23, 1202-1208.
- Hildebrandt, J., Pflingsten, M. (2003). GRIP – Das Manual. Berlin: Conress-Verlag, 1-183.
- Kröner-Herwig, B., Pflingsten, M. (2004). Psychologisch fundierte Behandlungsverfahren. In: J. Hildebrandt, M. Pflingsten, G. Müller (Hrsg.), *Die Lendenwirbelsäule*. München: Urban & Fischer, 484-495.
- Morley, S., Eccleston, C., Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
- Nagel, B., Gerbershagen, H. U., Lindena, G., Pflingsten, M. (2002). Entwicklung und empirische Überprüfung des Deutschen Schmerzfragebogens. *Schmerz*, 16, 263-270.
- Neubauer, E., Junge, A., Pirron, P., Seemann, H., Schiltenswolf, M. (2006). HKF-R 10 – screening for predicting chronicity in acute low back pain: a prospective clinical trial. *Eur J Pain*, 10, 559-566.

- Nilges, P., Koster, B., Schmidt, C. O. (2006). Akzeptanz von Schmerzen. *Schmerz*, 17.
- Pflingsten, M., Hildebrandt, J. (2001). Die Behandlung chronischer Rückenschmerzen durch ein intensives Aktivierungskonzept – eine Bilanz von 10 Jahren. *AINS*, 36, 580-589.
- Pflingsten, M., Schöps, P. (2004). Chronische Rückenschmerzen – Vom Symptom zur Krankheit. *Z Orthop*, 142, 146-152.
- Pflingsten, M. (2005). Bio-psycho-soziale Einflussfaktoren beim Rückenschmerz und Konsequenzen für die Bewegungstherapie. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 21, 152-158.
- Traue, H., Horn, A. B., Kessler, H., Jerg-Betzke, L. (2006). Psyche und Schmerz. In R. Baron, M. Strumpf (Hrsg.), *Praktische Schmerztherapie*. Heidelberg: Springer, 101-110.
- Turk, D.C. (1996). The role of psychosocial factors in transition from acute to chronic pain. In T. S. Jensen (ed.), *Proceedings of the 8th World congress on pain*. Seattle: IASP Press, pp 185-214.
- Willweber-Strumpf, A., Zenz, M., Bartz, D. (2000). Epidemiologie chronischer Schmerzen. Eine Befragung in 5 Facharztpraxen in Bochum. *Schmerz*, 14, 84 – 91.
- Zimmermann, M. (1994). Epidemiologie des Schmerzes. *Internist*, 35, 2-7.