

Schmerzpsychotherapie – psychologische und psychotherapeutische Aufgaben im Kontext eines biopsychosozialen und interdisziplinären Forschungs- und Versorgungsfeldes

Ulrike Kaiser, Anne Gärtner & Paul Nilges

Zusammenfassung: Schmerzpsychologische und -psychotherapeutische Ansätze haben eine lange Geschichte und sind eng mit den Entwicklungen der Psychotherapie (hier: Verhaltenstherapie) verknüpft. Dennoch gehen sie aufgrund des biopsychosozialen Charakters ihres Behandlungsgegenstandes Schmerz darüber hinaus. Die wesentlichsten Entwicklungen, Konzepte und therapeutischen Ansätze werden in diesem Artikel kurz dargestellt. Sie alle haben gemeinsam, dass psychologische bzw. psychotherapeutische Interventionen sowohl körperliche als auch soziale Aspekte neben den psychologischen berücksichtigen. Dies erfordert sowohl in der ambulanten als auch in der (teil-)stationären Versorgung eine integrative, interdisziplinäre Versorgungsform. Bisherige Ansätze haben sich vor allem in Bezug auf die Diagnostik und Behandlung chronischer Schmerzen entwickelt- neuere Behandlungsformen adressieren Betroffene mit wiederkehrenden Schmerzen und Chronifizierungsrisiko zur Vermeidung einer Chronifizierung.

Bedeutung spezifischer schmerzbezogener psychologischer und psychotherapeutischer Interventionen in der Schmerztherapie

Betroffene mit chronischen Schmerzen erleiden im Falle einer Fehl- bzw. Unterversorgung zunehmende körperliche und seelische Beeinträchtigungen, fortschreitende soziale Isolation, erhöhtes Belastungserleben und beanspruchen das Gesundheitswesen mit geringem intrapsychischen Benefit (Blyth et al., 2005). Diese Fehl- und Unterversorgung insbesondere hinsichtlich früh- bzw. rechtzeitig psychologischer bzw. psychotherapeutischer Angebote wurde bereits vor mehr als zehn Jahren konstatiert (Dietl et al., 2011). Demgegenüber steht eine Überversorgung in einseitig somatisch orientierter Diagnostik und Therapie (Medikamente, invasive oder unimodale, medizinische Behandlung) (Dietl et al., 2011). Obgleich in Leitlinien (z. B. Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz) eine frühzeitige psychologische bzw. psychotherapeutische Versorgung von Betroffenen mit wiederkehrenden Schmerzen gefordert wird, hat sich daran bisher wenig geändert.

Dabei existieren sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie bereits differenzierte und teilweise evidenzbasierte psychologische bzw. psychotherapeutische Interventionen, die diesen Menschen helfen könnten.

Psychotherapeutische Interventionen, vorrangig für chronische Schmerzen, kommen aus allen Richtungen der Psychotherapie, von denen jedoch die Verhaltenstherapie die am häufigsten angewendete Form darstellt. Wie die Verhaltenstherapie hat daher auch die Schmerzpsychotherapie in den letzten Jahrzehnten verschiedene Entwicklungen durchlaufen. Auch sie begann mit der operanten Therapieform. Als Erweiterung dieser primär auf Verhalten bezogenen „ersten Welle“ setzten sich die kognitiv-behavioralen Ansätze durch. Diese beiden sogenannten „lösungsorientierten“ Konzepte ergänzt nun die dritte Welle: Ausgangspunkt war die Beobachtung, dass sich bestimmte Störungsmuster umso mehr verfestigen, je stärker die Anstrengungen im Fokus stehen, sie zu verändern. Akzeptanz und Achtsamkeit sind die zentralen Begriffe, die mit dieser Therapierichtung verbunden sind. Diese Entwicklungen sind jedoch nicht getrennt voneinander zu sehen. Vielmehr sind operante und kognitive Konzepte weiterhin wichtige Behandlungsansätze, wenn auch in abgewandelter Form oder in Weiterentwicklungen. Aus der anfangs biologischen Sicht entstand eine komplexere Auffassung über die Berücksichtigung verhaltensbezogener, später kognitiv-emotionaler Merkmale bis hin zu der heutigen Ergänzung durch kontextuelle bzw. Umgebungsmerkmale.

Schmerzpsychotherapeutische Interventionen charakterisieren sich durch drei wesentliche Kernaspekte:

- Sie haben diagnostische Zugänge und therapeutische Ansätze für psychologische Faktoren zur Schmerzentstehung, -verstärkung und -aufrechterhaltung entwickelt, wie

beispielsweise Schmerz- und Vermeidungsverhalten, kognitive Schemata, wie Katastrophisierung und Durchhalten, sowie emotionale Faktoren, wie schmerzbezogene Angst, deren Begrifflichkeiten sich durch alle Bereiche der verhaltenstherapeutischen Ansätze ziehen und in der Auseinandersetzung mit dem Phänomen chronischer Schmerz bis heute zentral sind.

- Die Zielstellung schmerzpsychotherapeutischer Interventionen besteht im Bemühen, die körperliche und seelische Funktionsfähigkeit zu verbessern. Es geht *nicht primär* um die Reduktion der Schmerzen selbst.
- Schmerzpsychotherapeutinnen und -therapeuten verstehen sich entsprechend des biopsychosozialen Modells als Mit-Diagnostizierende und Mit-Behandelnde in einem biopsychosozialen Kontext, d. h. sie berücksichtigen körperliche und psychische Prozesse in ihren Wechselwirkungen. Aus diesem Grund sind sie meist in ein interdisziplinäres multimodales Behandlungssetting eingebunden.

Schmerzpsychotherapie und die Evidenz ihrer Modelle und Interventionen bei chronischen Schmerzen

Operante Modelle und Therapieansätze in der Schmerzpsychotherapie

Der erste umfassende Ansatz zu psychologischen Modellen in der Schmerztherapie geht auf Fordyce zurück (Fordyce, 1976).¹ Er löste sich von der Vorstellung, dass Schmerzerle-

Die Zielstellung schmerzpsychotherapeutischer Interventionen besteht nicht primär in der Reduktion der Schmerzen, sondern im Bemühen, die körperliche und seelische Funktionsfähigkeit zu verbessern.

ben und Schmerzverhalten ausschließlich eine direkte Folge der zugrundeliegenden Schädigung sind. Zentral für seinen Ansatz sind der Begriff des Schmerzverhaltens sowie die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren, die dieses Schmerzverhalten beeinflussen. Schmerzverhalten wird definiert als die Kommunikation darüber, dass ein Mensch Schmerzen und Leiden erfährt. Wie jede Kommunikationsform kann dies verbal, nonverbal und paralingual erfolgen. Dabei wird zwischen einer beobachtbaren, einer nozizeptiven und einer subjektiven Schmerzerfahrung unterschieden (Fordyce, 1976).

Fordyce griff auf das Konzept der operanten Lernmechanismen zurück. Er formulierte die Beobachtung, dass ein ursprünglich auf einen nozizeptiven Reiz hin gezeigtes Schmerzverhalten durch kontingente (also auf diesen Reiz zuverlässig immer wieder auftretende bedeutsame Konsequenzen) Ver-

stärkung zunehmend vom Reiz löst. Das Verhalten wird unabhängig vom eigentlichen Ursprung weiterhin aufrechterhalten und übernimmt in der Folge u. a. auch instrumentelle Funktionen in der Regulation intrapsychischer Bedürfnisse.

Der Begriff des Schmerzverhaltens hat sich über die Jahre deutlich gewandelt. Die von Fordyce ursprünglich eingeführte Version, bestehend aus motorischer, verbaler und physiologischer Komponente, wurde um die kognitive Dimension erweitert. Heute gilt die Unterscheidung von kommunikativem und protektivem Schmerzverhalten als sinnvoll (Hadjistavropoulos & Craig, 2002; Sullivan, 2008).

Fordyce verwies bereits auf die Rolle von Vermeidungsverhalten und Emotionen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen sowie die Rolle von Angehörigen in diesem Prozess. Vor allem das Vermeidungsverhalten wird häufig bei Betroffenen mit chronischen Schmerzen beobachtet, ist in der Regel überdauernd und kann mit erheblicher Beeinträchtigung und Leiden einhergehen (McCracken, 2005).

In empirischen Untersuchungen mit Bezugspersonen hat sich ihre Reaktion auf Schmerzverhalten als bedeutsam belegen lassen. Schmerzverhalten kann als (vermeintliche) Konfliktlösung dienen, weil sich durch sein Auftreten wesentliche Bereiche der partnerschaftlichen Kommunikation reduzieren lassen, wenn sie negativ erlebt werden (Schwarz et al., 1994; Roy, 1984; Faucett & Levine, 1991). Dadurch erfolgt eine negative Verstärkung des Schmerzverhaltens. Konsistent zeigt sich, dass zum einen viel positive Aufmerksamkeit und fürsorgliche Reaktionen der Partnerin oder des Partners auf das Schmerzverhalten mit einer stärkeren Aktivitätseinschränkung der Patientin oder des Patienten einhergehen (u. a. Stroud et al., 2006), zum anderen Bestrafung zur Reduktion von Schmerzverhalten führt (u. a. Romano et al., 2000). Bestrafende Reaktionen auf Schmerzverhalten gehen allerdings häufig mit einer Verstärkung anderer Symptome (wie Schmerzen und Beeinträchtigungserleben) einher (u. a. Cano et al., 2000).

Folge von Vermeidungs- und Schmerzverhalten sind u. U. körperliche (z. B. Verspannungen, muskuläre Dekonditionierung) und psychische Belastungen (verstärkte Angstreaktionen, depressive Reaktionen), die wiederum Ausgangspunkt für erneute Schmerzimpulse im Krankheitsgeschehen sein können. Vom Patienten bzw. von der Patientin werden sie zwar als Folge der ursprünglichen Erkrankung verstanden, resultieren aber vor allem aus der körperlichen und psychischen Inaktivität bzw. Vermeidung (Pfungsten et al., 2013). Es konnte mehrfach gezeigt werden, dass eine Veränderung des

¹ Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Schmerzverhaltens das Beeinträchtigungserleben der Patienten und Patientinnen verringern kann (u. a. Sullivan et al., 2006; Thibault et al., 2008; Keefe et al., 2004).

Aufgrund der Erkenntnis, dass Schmerzverhalten ohne identifizierbare Pathologie auftreten und fortbestehen kann, zielt die Behandlung auf seine direkte Beeinflussung bzw. das Erlernen funktionaler Schmerzbewältigungsstrategien (Nilges & Brinkmann, 2003).

In der operanten Therapie werden daher vor allem drei Bereiche adressiert (Flor & Turk, 2011):

- die Reduktion sichtbaren Schmerzverhaltens und der Aufbau von Aktivitäten im häuslichen, beruflichen, sozialen und Freizeitbereich,
- die Veränderung weiteren Krankheitsverhaltens (unangemessener Schmerzmittelgebrauch, häufige Arztbesuche etc.) und
- die Schulung der Angehörigen zur Bedeutung von Reaktionen auf Schmerz- und auf Gesundheitsverhalten.

Wesentliche Bausteine operanter therapeutischer Interventionen gehen auf die folgenden Überlegungen zurück:

- Die Gabe von Medikamenten soll (wenn indiziert) zeitkontingent erfolgen – anstelle einer Einnahme „nach Bedarf“.
- Die Optimierung von Ruhe und Übungsabläufen: Statt schmerzkontingenter Ruhepausen („aufhören, wenn es nicht mehr geht“) werden ausgehend von der aktuellen Leistungsfähigkeit Ziele und Schritte bzw. Quoten vereinbart. Nach Erreichen des Trainingszieles, jedoch nicht als Reaktion auf eine Schmerzverstärkung, wird eine Pause eingelegt; eine Steigerung der Quote erfolgt langsam anhand der aktuellen Belastungsgrenzen der Patientinnen und Patienten (Nilges & Brinkmann, 2003).
- Aufmerksamkeit und soziale Rückmeldungen („Belohnungen“) erfolgen primär auf Gesundheitsverhalten, Schmerzverhalten dagegen soll ignoriert werden.

Empirische Belege lassen sich in Interventionsstudien bei Patienten mit chronischen Schmerzen und experimentellen Studien finden (z. B. Keefe et al., 2004). So bleiben bei experimentell erzeugtem Schmerz die Schmerzäußerungen der Probandinnen und Probanden gleich oder nehmen sogar zu, wenn sie verbal verstärkt werden, obwohl die Intensität des verabreichten Schmerzreizes gleichzeitig gesenkt wurde (u. a. Jolliffe & Nicholas, 2004). *Flor et al. (2002)* fanden zwar keine Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen und gesunden Probandinnen und Probanden hinsichtlich ihrer psychophysiologischen Reaktionen unter körperlicher Belastung. Allerdings dauerte es bei Betroffenen mit chronischen Schmerzen länger, bis eine konditionierte Reaktion wieder gelöscht war. Das Autorenteam schlussfolgert daraus, dass Patientinnen und Patienten mit

chronischen Rückenschmerzen durch operante Konditionierungsprozesse leichter zu beeinflussen sind als gesunde Kontrollpersonen. Darüber hinaus hat sich das Schmerzverhalten als ausgesprochen stabil (Sullivan et al., 2004) und kontextabhängig gezeigt (Asghari & Nicholas, 2001), wobei ein Zusammenhang zwischen Schmerzverhalten und Selbstwirksamkeitsüberzeugung, aber nicht hinsichtlich Alter, Geschlecht, Depression und Katastrophisierung gefunden wurde.

Kognitiv-behaviorale Modelle und Therapieansätze in der Schmerzpsychotherapie

In Auseinandersetzung mit den Limitationen des operanten Modells entstanden alternative Konzepte des kognitiv-behavioralen Ansatzes. Seine Vertreter befassten sich mit den Inhalten des sozialen Lernens, der Emotionen und Kognitionen (Sharp, 2001) in ihrem Zusammenhang mit Schmerzerleben und Schmerzverhalten, aber auch in Bezug auf das subjektive Beeinträchtigungserleben der Betroffenen mit chronischen Schmerzen.

Kognitive Faktoren, wie Erwartungen, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen, Selbstbeurteilung, Katastrophisieren, haben eine hohe Relevanz für Schmerzverhalten und Schmerzempfindungen (Flor & Hermann, 1999). Ziel für schmerzpsychologische und -psychotherapeutische Veränderungen sind dysfunktionale Gedanken und Überzeugungen sowie ungünstige emotionale Reaktionen auf Schmerz und Beeinträchtigung (Turk et al., 1983). Im Zentrum der Therapie und damit auch der Modelle stehen neben Vermeidungs- und Schmerzverhalten vor allem spezifische Kognitionen wie Katastrophisierung oder Schmerzmythen (Pain Beliefs), sowie maladaptive Bewältigungsstrategien (z. B. Durchhalten), die mit ungünstigen Verhaltensweisen und emotionalen Belastungen verbunden sind.

Linton et al. (1994) beschreiben passives Vermeidungsverhalten als geringes Ausmaß an körperlicher und sozialer Aktivität, häufiges Äußern vielfältiger körperlicher Beschwerden, passive Bewältigungsanstrengungen, vermehrter Medikamentengebrauch sowie erhöhte Inanspruchnahme von Behandlungen. Dieses Verhalten ist häufig assoziiert mit Mustern maladaptiver kognitiver Schemata, wie zum Beispiel Katastrophisierung. Hinsichtlich der Kernbegriffe wie Angst, Katastrophisierung und Schmerzmythen wurden verschiedene schmerzpsychologische und -psychotherapeutische Ansätze entwickelt. Eines der Kernkonzepte ist das Modell der Angst-Vermeidung (Fear-Avoidance). Ausgangspunkt ist die Beobachtung, dass Angst, die auf irrationale Überzeugung der Bedeutung von Schmerz zurückgeht (Malec et al., 1977), in ein Verhaltensmuster führt, das nicht den biologischen Befunden entspricht, sondern diesen Überzeugungen bzw. Ängsten folgt und zu einer erhöhten Wahrnehmung von Schmerzen sowie zu einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten führt (Philips, 1987; zur Kinesiophobie als irrationale Angst vor Verletzung und Bewegung als Ursache von Schmerz siehe Kori et al., 1990). Dies wiederum resultiert erneut in physiologi-

schen Prozessen und mittelfristig im Verlust von körperlicher Leistungsfähigkeit im Sinne des Disuse-Syndroms (Bortz, 1984) und eröffnet damit einen Kreislauf, an dessen Ende über somatische Defizite hinaus Hilf- und Hoffnungslosigkeit sowie Depressivität, Angst und erhöhte Schmerzen stehen (Vlaeyen & Linton, 2012; Vlaeyen et al. 2000; Vlaeyen et al., 1995).

Katastrophisierung selbst steht in vielen schmerzpsychologischen und -psychotherapeutischen Ansätzen häufig im Mittelpunkt und wird definiert als ein übergreifendes kognitives Muster, das von anhaltendem Grübeln über den Schmerz, von einer Überschätzung der bedrohlichen Aspekte sowie von einer Unterschätzung der eigenen Fähigkeiten zur erfolgreichen Bewältigung gekennzeichnet ist. Sie ist in den letzten Jahren intensiv in unterschiedlichen Situationen und Zusammenhängen untersucht worden (Quartana et al., 2009; Seminowicz & Davis, 2006; Boothby et al., 2004; Jensen et al., 2001). Es haben sich problematische konzeptuelle Überlappungen zum einen zu Depression gezeigt, zum anderen aber auch zu Schmerzangst und Hilflosigkeit (Sullivan & d'Eon, 1990). Sullivan et al (2001) zeigten interindividuelle Unterschiede, die

— Unter „Katastrophisierung“ versteht man ein übergreifendes kognitives Muster, das von anhaltendem Grübeln über den Schmerz, von einer Überschätzung der bedrohlichen Aspekte sowie von einer Unterschätzung der eigenen Fähigkeiten zur erfolgreichen Bewältigung gekennzeichnet ist.

sie auf Lernumfeld und kulturellen Hintergrund zurückführen. Quartana et al. (2009) fassen zusammen, dass ein hohes Maß an Katastrophisierung ein „Risikoanzeiger“ für langfristige Schmerzaufrechterhaltung zu sein scheint und damit ein wesentliches Therapieziel in Therapieansätzen sein sollte.

Das ursprüngliche Modell der Fear-Avoidance wurde von Hasenbring weiterentwickelt, weil nur ein Teil der Betroffenen mit chronischen Schmerzen primär Vermeidungsverhalten zeigen (Vlaeyen & Linton, 2012). Ein Versuch, zwischen den verschiedenen Bewältigungsformen von Vermeidung über Überforderung bis hin zu angemessenem Verhalten zu differenzieren, führte zum Avoidance-Endurance-Modell (Hasenbring, 1993; Hasenbring et al., 1994; Hasenbring et al., 2001). Der Begriff des Durchhaltens meint darin ein exzessives Überforderungsverhalten mit der Tendenz, eine Arbeit trotz größter Schmerzen zu Ende zu bringen sowie die Unfähigkeit, schmerzbedingte Pausen einzulegen.

Untersuchungen der Beziehungen zwischen Angst und Schmerz im Rahmen des Angst-Vermeidungs-Konzeptes erbrachten inkonsistente Ergebnisse. Zwar wird vermutet, dass allgemeine Formen der Angst wie Angstsensitivität (be-

schreibt die Neigung, angstnahe körperliche Sensationen als bedrohlich zu interpretieren und daher mit Angst auf diese an sich harmlosen Empfindungen zu reagieren (Taylor, 1995)) oder Trait-Angst (die generelle Disposition zu ängstlicher Reaktion) mit den schmerzspezifischen Angstformen zusammenhängen (Asmundson et al., 1999). Allerdings zeigen sich die konsistenteren Zusammenhänge mit Schmerzstärke und Beeinträchtigung eher bei den schmerzspezifischen Formen (Pincus et al., 2010).

In den letzten Jahren sind Elemente des Angst-Vermeidungsmodells wie Mythen und Überzeugungen zu Schmerzen (Pain Beliefs) sowie Katastrophisierung kritisch diskutiert worden, weil sie nicht, wie ursprünglich angenommen, pathologischer Natur und „typisch“ für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen sind, sondern sich ebenso bei Gesunden und Behandelnden finden. Sie sind vor allem kulturell und regional geprägt (Crombez et al., 2012; Bishop et al., 2008; Coudeyre et al., 2006; Goubert et al., 2004).

Ausgangspunkt der Therapie nach diesen konzeptuellen Überlegungen ist die Auffassung, dass vom Ausmaß „maladaptiver“ Bewertungen der eigenen Selbstwirksamkeit, der verfügbaren sozialen Unterstützung und der erhaltenen Verstärkung auf sein Verhalten abhängt, wie stark die Patientin bzw. der Patient seine Schmerzen erlebt und emotional beeinträchtigt ist (Turk et al., 1983). Im Zentrum steht daher die Wiedererlangung von Kontroll erleben über den Schmerz durch aktive Bewältigung unter Anwen-

dung kognitiver Ansätze zur Veränderung von Stimmung und Verhalten. Die Bestandteile der operanten Therapie (Entspannung, Biofeedback, Angehörigenschulung, Reduktion von Schmerzverhalten, Quotenpläne etc.) wurden ergänzt durch weitere Ansätze, wie die kognitive Umstrukturierung von Hilflosigkeit gegen den Schmerz bzw. die Lenkung der Aufmerksamkeit auf angenehme Dinge, aber auch Imagination als Bewältigungsform und Ansätze zum Selbstmanagement. Neuere Ansätze legen den Fokus auf die Konfrontation von Schmerzangst (in Anlehnung an Konfrontationsansätze in der Psychotherapie von Angststörungen). Sie haben sich gerade im Hinblick auf mittelgradig ausgeprägte Angst-Vermeidung bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen als effektiv erwiesen (Linton et al., 2008; Leeuw et al., 2008; Boersma et al., 2004).

Die Ergebnisse der therapeutischen Ansätze haben, nach einigen Metaanalysen zu urteilen, gute bis sehr gute Therapieeffekte in kontrollierten Studien gezeigt (u. a. Eccleston et al., 2013; Morley et al., 1999). Vor allem in Bezug auf Schmerzverhalten, Stimmung, Bewältigungsansätze und Schmerzwahrnehmung waren sie Kontrollgruppen überlegen und auch gegenüber üblichen Therapieansätzen effektiver. Bis

heute prägen diese Ansätze die verhaltenstherapeutischen Interventionen bei chronischen Schmerzen, auch wenn zunehmend deutlich wird, dass nicht jede Patientin oder jeder Patient gleichermaßen von solchen Ansätzen profitiert.

Gerade im Hinblick auf Diagnostik und Therapieplanung hat sich das Modell bewährt und kann den Patientinnen und Patienten gut vermittelt werden. Einschränkend ist anzuführen, dass sich kein einheitlicher Zusammenhang zwischen Veränderungen der Schmerzstärke und Veränderungen in kognitiven Faktoren wie Katastrophisierung hat finden lassen, allerdings zeigte er sich konsistent bezogen auf das Beeinträchtigungserleben (Gheldof et al., 2010; Woby et al., 2004).

Sowohl die Erkenntnisse zu den kulturellen Prägungen von Schmerzverhalten als auch die Erkenntnisse zu den Angstkonzeptionen führen aktuell dazu, dass die Autoren des Fear-Avoidance-Modells eine Erweiterung anstreben, die gerade auch kontextuelle Faktoren (wie Biographie, Umgebung, gesellschaftliche Einflüsse) stärker in den Fokus der Forschung rücken (Crombez et al., 2014).

Weitere Kritik an kognitiv-behavioralen Ansätzen findet vor allem im Hinblick auf ihre eingeschränkte Reichweite statt (Frede, 2011; McCracken, 2005): es profitieren längst nicht alle Patientinnen und Patienten. Sowohl die grundlegenden Wirkungsweisen als auch die Charakteristik der Patientinnen und Patienten, die sich verbessern können, sind noch weitgehend unbekannt. Zudem gilt es, die einmal erzielten Effekte dieser Therapien aufrechtzuerhalten, was sich in der Praxis als eine enorme Herausforderung erweist. Darüber hinaus scheinen die angenommenen Zusammenhänge zwischen kognitiven Variablen und den Veränderungen im Rahmen einer Schmerztherapie sich nicht durchweg zu bestätigen (McCracken, 2005). Daraus resultiert die Forderung, althergebrachte Perspektiven auf den Kontext, der Verhalten und Erleben bestimmt, auszuweiten (Vlaeyen et al., 2012; McCracken, 2005). Dies entspricht den Ansätzen der dritten Welle, die sich McCracken zufolge durch empirischen Bezug, durch sensiblen Umgang mit Kontext und Funktion psychischer Inhalte im Rahmen der Lebensgestaltung von Patientinnen und Patienten sowie durch den Fokus auszeichnen, flexible und allgemein anwendbare Verhaltensweisen zu erarbeiten.

Modelle kognitiver Flexibilität und Akzeptanz sowie Achtsamkeit und deren therapeutische Ansätze in der Schmerzpsychotherapie

Schmerzbewältigungsprogramme auf der Grundlage der KVT zielen auf die Veränderung ungünstiger schmerzbezogener Kognitionen und Coping-Stile, sie betonen die aktive Rolle der Patientinnen und Patienten und deren Eigenverantwortung. Die langfristigen Ergebnisse Anstrengungen von Patientinnen und Patienten, Schmerz zu bewältigen, widersprechen gelegentlich unseren Annahmen. In einer wegweisenden Studie

finden McCracken und Eccleston (2003) scheinbar paradoxe Zusammenhänge zwischen der Ausprägung von Coping-Strategien und den Resultaten für die Patientinnen und Patienten. „Mehr und besseres“ Coping ist danach nicht automatisch mit einer reduzierten Belastung verbunden. Intensive Anstrengungen, „den Schmerz wegzukriegen“, aktives Handeln und ausgeprägte Eigenverantwortung können dabei selbst zum Teil des Problems werden. Wiederholte Therapieversuche führen nicht selten zur Eskalation des Kampfes gegen den Schmerz. Die daraus resultierenden ungünstigen Konsequenzen für alle Lebensbereiche sind dann das eigentliche Problem der Patientinnen und Patienten (Keefe, 2005). „Immer wieder neu habe ich versucht, bis zum Ohnmachtschmerz aufzubleiben – immer in der Hoffnung auf langfristig positive Folgen, wenn ich nur lange genug in der Situation ausharren würde“ (Frede, 2004). Tatsächlich nimmt die Angst vor Schmerz mit wiederholten starken Schmerzerfahrungen zu. Notwendig werden für die Betroffenen immer längere Ruhezeiten, die wiederum zu körperlicher Dekonditionierung (Disuse-Syndrom, siehe oben) führen. Wiederholte Misserfolge treiben schließlich in die Resignation.

Schmerz kann mit anhaltenden Einschränkungen verbunden sein: Verlust von Gesundheit, Selbstachtung, Vertrauen in den eigenen Körper, befriedigenden Aktivitäten in Beruf und Freizeit sowie von Respekt im Angehörigen- und Freundeskreis (Dersh et al., 2004).

Alternativ zu Durchhaltestrategien oder Vermeidungsverhalten ist Akzeptanz eine Möglichkeit, auf diese Einschränkungen zu reagieren, die nicht unmittelbar kontrollierbar sind. Menschen setzen Coping-Strategien ein, wenn persönliche Ziele subjektiv blockiert oder bedroht sind. Nach dem bewältigungstheoretischen Ansatz nach Brandtstädter (1992) werden zwei Bewältigungsformen unterschieden: Beharrliche Zielverfolgung (assimilative Bewältigung) bezeichnet Versuche, die Situation so zu verändern, dass Diskrepanzen zu persönlichen Zielen und Wünschen beseitigt werden (z. B. durch das Aufsuchen einer Ärztin oder eines Arztes, Krafttraining für die Rückenmuskulatur, das Benutzen von Hilfsmitteln). Demgegenüber zielt Flexibilität (akkommodative Bewältigung) auf eine Verringerung der Diskrepanzen zwischen „Wollen und Können“ durch eine Anpassung von Zielen und Wünschen an den gegebenen Kontext. Möglich ist das durch eine Änderung des Anspruchsniveaus und/oder die Überprüfung und Neuorientierung der übergeordneten Ziele (Schmitz et al., 1996).

Der Schwerpunkt lag bei Schmerzbewältigungstrainings lange auf der Vermittlung aktiver Strategien, wie Ablenkung, Konfrontation oder Problemlösung, die zum assimilativen Modus gezählt werden. Die Vermittlung von Flexibilität, also Akzeptanz, Umbewertung der Situation und die Orientierung auf erreichbare Ziele, sind dem akkommodativen Modus zuzurechnen (Rothermund et al., 2002).

Ziel schmerzpsychologischer und -psychotherapeutischer Ansätze ist entsprechend nicht die direkte Beeinflussung

der Schmerzen selbst, sondern die Veränderung von Erwartungen und Bewertungen (McCracken & Eccleston, 2003; Brandtstädter, 1992). Differenziert wird zwischen „Schmerzakzeptanz“ („pain acceptance“) als dem akkomodativen Modus zuzuordnende Form des Umgangs mit chronischen Schmerzen („Schmerzen gehören zum Leben“) und „Aktivitätsbereitschaft“ („activity engagement“) als gewohnte Fortführung der täglichen Aufgaben und Freizeitaktivitäten trotz Schmerzen. Dabei geht es um eine flexible Abwägung vorhandener Ressourcen zur zielführenden Anpassung an das Schmerzerleben und die damit einhergehende Beeinträchtigung. Nicht die aktive Auseinandersetzung mit Schmerz steht im Mittelpunkt, sondern das Bemühen, das eigene Funktionsniveau trotz bestehender Einschränkungen zu erhalten, sowie die Tendenz, Schmerzen nicht um jeden Preis vermeiden zu wollen.

Dementsprechend werden therapeutische Verfahren und Techniken angewandt, die auch in anderen Bereichen der Verhaltenstherapie inzwischen etabliert und überprüft sind.

— Der gegenwärtige Trend zu schnellen Lösungen durch Operationen und voreilige Medikamentengabe steht im klaren Widerspruch zu den therapeutischen Grundsätzen und Zielen von akzeptanz- und achtsamkeitsbasierten Behandlungskonzepten. —

Unter dem Stichwort „Achtsamkeit“ (Mindfulness) hat Kabat-Zinn bereits vor mehr als 30 Jahren ein Verfahren entwickelt und bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen angewandt (Kabat-Zinn et al., 1985). Ziel dieser Verfahren ist die Vermittlung einer akzeptierenden Haltung gegenüber unangenehmen Wahrnehmungen, also auch gegenüber Schmerz. Anstelle permanenter und erfolgloser Bemühungen, „ihn“ zu beeinflussen und zu reduzieren, steht die Vermittlung einer „würdevollen Haltung“ und eines „nicht bewertenden Kontaktes mit der Realität“ (Diezemann, 2013).

Flexible Bewältigungsstrategien erwiesen sich als protektiver Faktor sowohl hinsichtlich Depressivität als auch Behinderung im Alltag. Flexibilität moderiert die Beziehung zwischen aktiver Bewältigung und schmerzbedingter Behinderung: Bei geringer Flexibilität waren Patientinnen und Patienten paradoxerweise umso stärker beeinträchtigt, je intensiver ihre Bewältigungsanstrengungen waren; war die Flexibilität dagegen hoch, waren auch die aktiven Bewältigungsstrategien effektiv (Schmitz et al., 1996). In mehreren Studien konnten McCracken et al. und andere Autoren (McCracken et al., 2005; McCracken & Eccleston, 2003; Viane et al., 2003) nachweisen, dass mit mehr Akzeptanz geringere körperliche Behinderung, weniger Inaktivität, geringere Depression sowie reduzierte schmerzbezogene Ängste und letztlich auch eine niedrigere Schmerzintensität verbunden sind. In einer ersten Metaanalyse konnten die Autoren im Vergleich zu

„konventionellen“ Verfahren der KVT zwar keine „Überlegenheit“ hinsichtlich der Wirksamkeit finden, wiesen aber darauf hin, dass es sich für einige Patientinnen und Patienten um sinnvolle Alternativen handelt (Veerhof et al., 2011).

Das Konzept „Schmerzakzeptanz“ beschreibt Prozesse, denen innerhalb der kognitiv-behavioralen Tradition zwar eine wichtige theoretische Rolle zukommt, die in der praktischen Arbeit zugleich jedoch lange vernachlässigt wurden. Entscheidende Konsequenz ist eine differenzierte und kontextabhängige Anwendung von Aktivitätsförderung in der Schmerztherapie (McCracken, 2005). Bei Schmerz sind zentrale Aspekte des Lebens betroffen: Gesundheit, Vertrauen in den eigenen Körper, berufliche Leistungsfähigkeit und Beziehungen zu anderen Menschen können durch chronische Schmerzen bedroht sein.

Weder passives angstvermeidendes noch Durchhalte-Verhalten sind langfristig erfolgreich. Das Konzept der Schmerzakzeptanz ist ein Schlüssel zu einem den eigenen Möglichkeiten angepassten aktiven Lebensstil. Der Fokus der Aufmerksamkeit orientiert sich weg vom Schmerz hin auf den Lebenskontext der Patientinnen und Patienten, auf die vorhandenen Möglichkeiten, am privaten, sozialen und beruflichen Leben aktiv teilzunehmen. Diese Situation ist für alle betroffenen Menschen jeweils anders; sie unter-

terscheiden sich erheblich hinsichtlich ihres privaten und beruflichen Kontextes, das bedeutet, dass mit der Behandlung hohe Ansprüche an Individualisierung und Differenzierung verbunden sind. Die Berücksichtigung relevanter Kontextfaktoren führt zu einer angemessenen im eigentlichen Sinne biosychosozialen Perspektive: Mit Schmerz verbundene Probleme werden weniger als individuelle Defizite der Patientin bzw. des Patienten verstanden, sondern als Ergebnis vielfältiger Einflüsse – die auch einer therapeutischen Beeinflussung zugänglich sind.

Noch nicht ausreichend erforscht ist, zu welchem Zeitpunkt dieses Konzept eine sinnvolle Behandlungsoption darstellt. Zu Beginn eines Schmerzproblems ist tatsächlich die aktive Auseinandersetzung, d. h. die Klärung diagnostischer Fragen und die Suche nach wirksamen Behandlungsoptionen, eine angemessene und günstige Haltung. Ab wann dieser Suchprozess zum eigentlichen Problem und damit ungünstig für die Patientin bzw. den Patienten wird, hängt auch von den Schmerzsyndromen, den jeweiligen Ausgangsbedingungen und nicht zuletzt den Konzepten der Behandelnden ab. Der gegenwärtige Trend zu invasiven und schnellen Lösungen durch Operationen und voreilige Medikamentengabe steht im klaren Widerspruch zu den therapeutischen Grundsätzen und Zielen von akzeptanz- und achtsamkeitsbasierten Behandlungskonzepten.

Zusammenfassung und Ausblick zur Schmerzpsychotherapie

Bisherige Modelle und therapeutische Ansätze lassen sich in Kürze wie folgt charakterisieren:

- Sie sind eng mit den Entwicklungen der Verhaltenstherapie verbunden; Impulse aus anderen Störungskreisen, wie bspw. die Angst-Therapie oder die Achtsamkeits- bzw. Akzeptanztherapie, werden aufgegriffen und für das Feld der Schmerztherapie angepasst.
- Die vorgestellten Modelle und therapeutischen Ansätze überschneiden sich mit anderen psychotherapeutischen Modellen und Ansätzen, sie gehen aber in Bezug auf die Besonderheiten über diese Modelle und Ansätze hinaus – d. h. es erfordert eine Spezifikation der Modelle und Ansätze, um sie in der Schmerztherapie anzuwenden.
- Schmerzpsychologische und -psychotherapeutische Modelle und Ansätze nehmen konsistent die Wechselwirkungen von körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten in den Fokus. Sie orientieren sich an einem biopsychosozialen Modell für die Erklärung der Entstehung, Verstärkung und Aufrechterhaltung von Schmerzen.
- Sie bilden inzwischen ein eigenständiges Forschungsgebiet.
- Sie haben sich im Wesentlichen in Bezug auf die Diagnostik und Behandlung von chronischen Schmerzen entwickelt.

Aktuell existieren Bestrebungen, schmerzpsychologische Ansätze auch in die Prävention von chronischen Schmerzen (zur sog. Sekundärprävention siehe *Kaiser et al., 2020*) zu implementieren (bspw. *Preissler et al., 2022; Kaiser et al., 2021*). Es geht hier um die Zielgruppe von Betroffenen mit wiederkehrenden Schmerzen und Chronifizierungsrisiko bzw. um die frühzeitige Betreuung von postoperativ Versorgten mit Risikofaktoren für eine Chronifizierung (weiterführende Informationen finden Sie unter www.schmerzgesellschaft.de/wissenschaft).

Die in den Jahren sowohl wissenschaftlich als auch klinisch etablierte Erfahrung und Erkenntnis erfordert eine Qualifikation für Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die sich den dargestellten Besonderheiten der Schmerztherapie widmet. Diese Qualifikation wird durch Fachgesellschaften und einige Psychotherapeutenkammern angeboten. Die Spezielle Schmerzpsychotherapie (SSPT) ist Bestandteil der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer. Leider besteht vor allem in Bezug auf die Verfügbarkeit qualifizierter ambulant praktizierender Schmerzpsychotherapeutinnen und -therapeuten ein Mangel, der auch auf die bisher nicht durchgängig geklärte finanzielle Vergütung zurückgeht.

Schmerzpsychotherapie: Das biopsychosoziale Modell bestimmt den Kontext des Wirkungsspektrums

Darüber hinaus – und dies als wichtigstes Merkmal zum Schluss – ist die Schmerzpsychotherapie aufgrund ihres Behandlungsgegenstandes an ein biopsychosoziales Behandlungsfeld gebunden. Wesentliche diagnostische und therapeutische Interventionen für Schmerzserkrankungen finden in Deutschland im interdisziplinären Kontext statt und folgen dem biopsychosozialen Schmerzverständnis (*Kaiser et al., 2020*).

Dies erfordert eine Öffnung fachpsychologischer bzw. -psychotherapeutischer Methoden in der Diagnostik sowie in der Behandlung hin zu einer integrationsfähigen, ständig konsistenten und konsequenten Zusammenarbeit mit anderen Fachberufen. Die fortwährende Berücksichtigung biologischer (bspw. funktioneller, sensorischer) und sozialer Aspekte in allen Bereichen der Versorgung erfordert ein multidisziplinäres Team oder eine vergleichbare Form interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Entsprechende Empfehlungen für den (teil-)stationären Kontext existieren bereits seit längerer Zeit (u. a. *Arnold et al., 2009, 2014*). Sie enthalten psychologische bzw. psychotherapeutische Angebote als zentralen Bestandteil. Wesentliche Merkmale dieser interdisziplinären Versorgungsformen bei (bisher noch vorrangig chronischen Schmerzen) ist ein multidisziplinärer Ansatz in einem integrativen Team, das mithilfe eines gemeinsamen Krankheitsmodells gemeinsame diagnostische Entscheidungen fällt bzw. gemeinsame Therapieziele vereinbart, an denen integrativ zusammen mit den Betroffenen gearbeitet wird (*Arnold et al., 2009, 2014*).

Aus Sicht tätiger Schmerzpsychotherapeutinnen und -therapeuten ist eine Berücksichtigung der Erfordernisse interdisziplinärer Zusammenarbeit bereits im Studium, aber auch später in der beruflichen Qualifikation zur Psychotherapie wünschenswert. Interdisziplinäre Ansätze sind inzwischen in vielen weiteren medizinischen Versorgungsfeldern, beispielsweise der Palliativmedizin, der Diabetologie und anderen chronischen Erkrankungen, bereits selbstverständlich.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Arnold, B., Brinkschmidt, T., Casser, H. R., Diezemann, A., Gralow, I., Irnich, D. et al. (2014). Multimodale Schmerztherapie für die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. *Schmerz*, 28 (5), 459–472.

Flor, H., Knost, B. & Birbaumer, N. (2002). The role of operant conditioning in chronic pain – an experimental investigation. *Pain*, 95, 111–118.

Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. Mosby: St. Louis.

Frede, U. (2011) Praxis psychologischer Schmerztherapie – kritische Reflexion aus der Patientenperspektive. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (S. 637–653). Heidelberg: Springer.

Hasenbring, M., Hallner, D. & Klasen, B. (2001). Psychologische Mechanismen im Prozess der Schmerzchronifizierung. *Schmerz*, 15, 442–447.

Kabat-Zinn, J., Leslie, L. & Robert, B. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J Behav Med*, 8, 163–190.

Kaiser, U., de C Williams, A. C. & Kappesser, J. (2020). The biopsychosocial understanding of pain and chronicity: History and implications. In B. Fritzsche (Hrsg.) & E. Pogatzki-Zahn/H. G. Schaible (Volume Editors), *The Senses: A Comprehensive Reference* (Bd. 5; S. 58–67). Elsevier: Academic Press.

McCracken, L. M. & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*, 105, 197–204.

Pfingsten, M., Korb, J., Hasenbring, M. (2013). Psychologische Mechanismen der Chronifizierung- Konsequenzen für die Prävention. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (S. 115–134). Heidelberg: Springer.

Vlaeyen, J. W., Linton, S. J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*, 153 (6), 1144–1147.



Dr. Anne Gärtner

Dr. rer. medic. Anne Gärtner ist in ihrer Privatpraxis für Psychotherapie tätig; sie ist wissenschaftliche Projektleitung für PAIN2.0 und hat viele Jahre in einer interdisziplinären multimodalen Schmerztagessklinik als Psychotherapeutin und zuletzt als leitende Psychotherapeutin gearbeitet.



PD Dr. Ulrike Kaiser

ulrike.kaiser@uksh.de

PD Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Ulrike Kaiser ist aktuell leitende Psychotherapeutin (PP/VT) und Projektleitung am USKH Lübeck; sie leitete seit 2014 verschiedene multizentrische Projekte zu Schmerzen, Schmerzprävention und interdisziplinären Versorgungsangeboten. Aktuell ist sie wissenschaftliche Projektleitung für PAIN2.0 (01NVF20023). Sie ist Referentin an Ausbildungsinstituten für Psychotherapie und Vizepräsidentin der DGPSF e. V.



Dr. Paul Nilges

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Paul Nilges war über 30 Jahre klinisch und wissenschaftlich als leitender Psychotherapeut am DRK-Schmerz-Zentrum Mainz tätig. Aktuell ist er Dozent und Supervisor in Aus-, Weiter- und Fortbildungen für Kolleginnen und Kollegen in Psychotherapie, Medizin, Pflege und Physiotherapie. Er ist Mitglied in verschiedenen Kommissionen und mit der Ausarbeitung und Aktualisierung von Leitlinien, u. a. der NVL nichtspezifischer Kreuzschmerz, befasst.