



Online Patienten Informations Service

O.P.I.S.

O.P.I.S.

## Das unerkannte Leiden - Chronischer Rückenschmerz und Psychotherapie

von Christoph Barthel



**O.P.I.S.** - Online Patienten Informations Service

[www.online-patienten-informations-service.de](http://www.online-patienten-informations-service.de)

[www.dr-gumpert.de](http://www.dr-gumpert.de)



# Das unerkannte Leiden – chronischer Rückenschmerz und Psychotherapie

## Inhaltsverzeichnis:

1. Vorwort	4
2. Vorbemerkung für Betroffene	6
3. Differentialdiagnose	8
3.1. Somatisierungsstörung	8
3.2. Hypochondrische Störung	8
3.3. Schizophrenie/Psychose/depressive Episode	8
4. Begleiterkrankungen (Komorbidität)	9
5. Diagnostik	10
5.1. Schmerztagebuch	10
5.2. Schmerzempfindlichkeitsskala	10
5.3. Tübinger Bogen zur Erfassung von Schmerzverhalten	11
5.4. FFbH-R, Funktionsfragebogen Hannover	11
6. Ursachen / Ätiologie des chronischen Rückenschmerzes	12
6.1. "Impairment" - körperliche Entstehungsursachen	12
6.2. "Disability" - subjektive Beeinträchtigung	12
6.2.1. Wer läuft Gefahr in einen "Teufelskreis" zu geraten?	14
6.3. "Handicap" - die soziale Ebene	15
7. Therapie des chronischen Rückenschmerzes	17
7.1. Probleme zu Beginn einer Therapie	17
7.2. Ziele einer psychotherapeutischen Schmerztherapie	18
7.3. Therapie des Rückenschmerzes - ein Stufenplan	19
7.3.1. 1.Stufe: Vermittlung des Modells der Krankheitsentwicklung aus psychologischer Sicht	19
7.3.2. 2.Stufe: Progressive Muskelentspannung	20
7.3.3. 3.Stufe: Protokoll führen	26
7.3.4. 4. Stufe: Erkennen und bearbeiten typischer Gedanken	26



7.3.5. 5. Stufe Ablenken und Genießen .....	28
7.3.6. 6. Stufe: Erkennen von Ursachen, die den Schmerz verstärken oder aufrechterhalten .....	29
7.3.7. 7. Stufe: Die Suche nach Wegen aus dem Schmerz .....	30
7.3.8. 8. Stufe: Hypnose .....	31
7.3.9. Medikamente .....	32
8. Häufig gestellte Fragen .....	33
9. Schlusswort .....	36
10. Anhang .....	38



## 1. Vorwort

Dieses Buch vermittelt den medizinischen Laien in verständlicher Weise Fachinformationen zum Thema „Rückenschmerzen“. Die Autoren sind hierbei bemüht, den neuesten Stand der Medizin wiederzugeben. Dennoch kann es vorkommen, dass neueste Erkenntnisse aus aktuellen Entwicklungen noch nicht verarbeitet wurden. Dieses Buch erhebt deshalb keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es soll spezifisch Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (und deren Freunde und Angehörige) ansprechen, die sich umfassend über ihre Erkrankung und deren Therapiemöglichkeiten aufklären möchten.

Ziel ist es, bei Ihnen ein Bewusstsein für Ihre Erkrankung zu entwickeln, Ängste zu nehmen, Aufklärung zu betreiben und damit die Kompetenz für das Gespräch mit Ihrem Arzt, Psychologen oder Therapeuten zu vermitteln.

Der medizinische Alltag zeigt, dass für ausführliche Aufklärungsgespräche in einem laufenden Krankenhaus oder Praxisbetrieb leider zu wenig Zeit bleibt. Aber nur der aufgeklärte Patient wird die Behandlung des Rückenschmerzes optimieren können. Wissenschaftliche Studien belegen, dass der gut informierte Patient seine Erkrankung günstig beeinflussen kann.

Dieses Buch ist als Informationsschrift entwickelt worden und **nicht** als Anleitung zur Selbstbehandlung gedacht! Für die Diagnose und Therapie Ihrer Erkrankungen ist ausschließlich der fachkundige Arzt/Psychologe bzw. Therapeut Ihres Vertrauens zuständig. Verordnete Arzneimittel und Behandlungsmaßnahmen dürfen **keinesfalls** ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt oder Therapeuten aufgrund dieser Fachinformation geändert oder abgesetzt werden.

Dies kann zu erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen führen!

Die Autoren haben sich bemüht, einen umfassenden Überblick über das Krankheitsbild des Rückenschmerzes aufzuzeigen, können jedoch für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Behandlungsweges **keine Haftung** übernehmen. Insbesondere haften die Autoren nicht für Behandlungsmaßnahmen, die der Leser ohne Rücksprache und Beratung mit seinem Arzt/Psychotherapeuten vornimmt. Dieses Buch ersetzt kein



Beratungsgespräch mit dem Arzt/Psychotherapeuten Ihres Vertrauens.

Diese Patienteninformation ist **urheberrechtlich geschützt**. Kein Teil dieses Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung der Autoren reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.



## 2. Vorbemerkung für Betroffene:

Wenn wir in diesem Buch annehmen, dass es sich bei Ihren Rückenschmerzen um ein Problem handelt, bei dem es auch psychologische Komponenten gibt, bedeutet das nicht, dass Sie sich den Schmerz einbilden. Wir müssen dies gleich am Anfang betonen, da aus unserer klinischen Erfahrung heraus oftmals Patienten mit einer unzureichenden ärztlichen Aufklärung und mit Vorurteilen zum psychotherapeutischen Erstgespräch kommen oder geschickt werden und deshalb oft schon große Abneigung gegen mögliche ergänzende therapeutische Schritte haben. Dies führt schon im Vorfeld eines Erstkontaktes zum Psychotherapeuten zu einem schwierigen Klima.

**Rückenschmerz** ist ein Begriff, unter dem eine Vielzahl von Störungen zusammengefasst wird. Die häufigsten organischen Ursachen dieser Symptomatik finden sie auf in unserem orthopädischen Buch zum **Rückenschmerz** ausführlich erklärt. Es ist mittlerweile jedoch erwiesen, dass nicht nur Verschleißerkrankungen, Tumoren oder Nervenschädigungen verantwortlich sind für ein Problem, an dem mehr als die Hälfte aller Erwachsenen im Verlauf ihres Lebens einmal leiden. Vielmehr sind es auch Probleme in anderen Lebensbereichen, die im Verlauf eine schmerzfördernde Wirkung haben können.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist das therapeutische Verständnis des Rückenschmerzes. Es gibt in der Regel nicht den "echten medizinischen Rückenschmerz" oder den "Psychorückenschmerz". Vielmehr sollte man davon ausgehen, dass die Ursache in dem einen und dem anderen Fachgebiet liegen kann. Wenn man sich nur auf die rein körperliche Komponente versteift, stößt der behandelnde Therapeut möglicherweise recht schnell an seine diagnostischen und therapeutischen Grenzen, da irgendwann alle Untersuchungsmethoden angewandt wurden, ohne dass es zu einem befriedigenden Ergebnis kam. Wenn ein Therapeut sich hingegen nur auf die psychische Komponente versteift, wird er möglicherweise den Patienten verlieren, da niemand, der an tatsächlichen Schmerzen leidet, gerne hört, dass es hierfür keine rein körperliche Ursache gibt.

Die moderne Schmerzmedizin vereinigt deshalb alle verfügbaren Kompetenzen (Wissensgebiete). Orthopäden und Neurologen bemühen sich um die körperliche



Diagnose, während es parallel Gespräche mit Psychologen oder Psychosomatikern gibt, um evtl. psychische Komponenten zu finden.

Trotzdem gibt es auch heute oft genug keine echte Differenzierung zwischen Ursachen von Rückenschmerzen und Faktoren, die Schmerzen aufrechterhalten können.

*Vereinfachtes Beispiel: Nur weil meine Partnerin mich nicht mehr beachtet, bekomme ich nicht zwingend Schmerzen im Rücken. Schmerzen im Rücken können jedoch ggf. eine erneute Beachtung und Sorge um meine Person wecken.*





### 3. Differentialdiagnose:

Die eigentliche Diagnose des **chronischen Rückenschmerzes** zu definieren ist ein recht schwieriges Unterfangen, da eine Vielzahl sehr persönlicher Wahrnehmungen (z.B. die Schmerzempfindung) eine Rolle spielen. Trotzdem gibt es einige Fakten, die erfüllt sein müssen, so dass man von einem chronischen Ereignis sprechen kann:

- Der Schmerz muss quasi ununterbrochen spürbar sein (persistieren).
- Er muss länger als 3 Monate vorhanden sein.
- Meist ist kein einzelner körperlicher Befund, welcher den Schmerz erklären könnte, zu finden.

Es gibt auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Fachgebiet jedoch noch eine Anzahl anderer Störungen, die mit dem Phänomen "Schmerz" einhergehen können. Deshalb ist es äußerst wichtig, dass man die verschiedenen möglichen Störungen kennt und unterscheiden lernt. Klassische psychische Störungen, in denen der Schmerz ebenfalls eine Rolle spielt, sind:

**3.1. Somatisierungsstörung:** Hierbei leidet der Patient meist an einem dauerhaften Schmerzerleben, welches jedoch nicht auf nur eine Körperregion (wie z.B. den Rücken) begrenzt erlebt wird. Oft genug kann der ganze Körper von Schmerzen und Beschwerden unterschiedlichster Intensität heimgesucht werden. Mit diesem Wissen kann man relativ zuverlässig eine Abgrenzung vom chronischen Rückenschmerz erzielen.

**3.2. Hypochondrische Störung:** Bei dieser Art von Störung sind die Patienten überzeugt, an einer fortschreitenden, ggf. sogar tödlichen, Erkrankung zu leiden. Im Gegensatz zu Rückenschmerz-Patienten glauben die an Hypochondrie Leidenden, dass eine negative Diagnostik trotzdem keine schwere bzw. lebensbedrohliche Erkrankung ausschließt. Vielmehr gehen Hypochonder davon aus, dass man schlicht und einfach noch nicht die richtige diagnostische Methode gefunden hat.



**3.3 Schizophrenie/Psychose/depressive Episode:** Alle die vorgenannten Erkrankungen können typischerweise mit einem vermehrten Schmerzerleben einhergehen. Im Gegensatz zum chronischen Rückenschmerz kommt es bei diesen Störungen jedoch meistens zu einem sehr wechselhaften Schmerzerleben. Dies bedeutet, dass der Schmerz nicht auf ein Organ oder eine bestimmte Körperregion begrenzt ist, sondern häufig seine Lokalisation wechselt.





#### 4. Begleiterkrankungen (Komorbidität):

Die Diagnose des chronischen Rückenschmerzes geht häufig mit anderen psychischen Störungen einher. Die **häufigste** zusätzlich auftretende Störung ist die **Depression**. Die Hauptsymptome hierbei sind: Herabgestimmtheit, Schlafstörungen, soziale Vereinsamung und verminderter Antrieb.

Am **zweithäufigsten** finden sich **Panikstörung** bzw. **Agoraphobie** (Agoraphobie bedeutet, dass ein Patient Angst davor bekommt außerhalb seiner gewohnten häuslichen Umgebung plötzlich hilfebedürftig zu werden und keine Hilfe von Anderen zu bekommen).

Am dritthäufigsten folgen die **somatoformen Störungen** (also die Störungen, bei denen nicht vollständig erklärbare Schmerzen im gesamten Körper auftreten können).

Bei einer Vielzahl von Schmerzpatienten entwickelt sich darüber hinaus im Verlauf ein **Schmerzmittelmissbrauch**.





## 5. Diagnostik:

Schmerz ist ein individuelles, ein sehr persönliches Erlebnis. Die Intensität und Dauer des eigenen Leidens kann niemand von außen sehen. Aus diesem Grunde ist bei der Basisdiagnostik des Schmerzes die Mitarbeit des Patienten äußerst wichtig.

Die Basisdiagnostik umfasst folgende Instrumente:

### 5.1 Schmerztagebuch:

Um für den Therapeuten sowohl Häufigkeit, Heftigkeit und die Dauer des Schmerzes darzustellen, wird der Patient typischerweise gebeten, ein sog. **Schmerztagebuch** zu führen. In diesem werden neben den vorgenannten Dingen auch z.B. die Aktivitäten des Tages und das schmerzvermeidende Verhalten, also das Verhalten mit dem man sich am besten vor Schmerz schützt (z.B. nicht mehr einkaufen gehen usw.) festgehalten. Auch ist genau die Einnahme von Schmerzmitteln zu dokumentieren. All dies ist für die Planung einer Therapie sehr wichtig, da für den Therapeuten gut ersichtlich wird, wie sehr der Patient gequält ist, welche Aktivitäten eher schmerzförderlich oder schmerzlindernd wirken und welche vermieden werden, wie gut oder schlecht er sich mit dem Schmerz arrangiert und wie gefährdet der Patient z.B. bezüglich eines Schmerzmittelmissbrauchs ist. Die Dauer des Einsatzes sollte mit dem Therapeuten abgesprochen werden. Um einen guten ersten Eindruck zu bekommen, ist die Dokumentation für mindestens eine Woche nötig. Es können aber auch während der Therapie regelmäßig Protokolle erhoben werden, um Veränderungen und einen evtl. Therapieerfolg aufzuzeigen.

### 5.2 Schmerzempfindungsskala (SES):

Das oben genannte Tagebuch ist ein gutes Instrument um die Häufigkeit, Dauer und den Umgang mit dem Schmerz zu dokumentieren. Typischerweise erfasst es jedoch nicht die Art und Weise, wie der Schmerz erlebt wird und was dieses Erleben im Patienten psychisch auslöst (Wird ein Patient z.B. depressiv, wird er vielleicht sogar



aggressiv oder suizidal?). Die sog. **SES, die Schmerzempfindungsskala** erfragt eben diese Komponenten. Diese Skala ist somit ein sehr feines Instrument, um Therapiefortschritte und damit verbundene psychische Veränderungen zu erfassen.

### **5.3 Tübinger Bogen zur Erfassung von Schmerzverhalten (TBS):**

Es bleibt natürlich nicht aus, dass auch Angehörige und Freunde von Schmerzpatienten mitbekommen, wie sich der Patient mit seinem Leiden plagt. Der sog. **Tübinger Bogen zur Erfassung von Schmerzverhalten (TBS)** befragt in diesem Zusammenhang dem Patienten nahe stehende Personen nach der Häufigkeit von beobachteten Verhaltensweisen.

**5.4 Im FFbH-R, dem Funktionsfragebogen Hannover**, wird der Patient sehr genau zu den Einschränkungen in seinem Leben befragt, die sich aus dem Schmerz heraus ergeben. Das besondere Augenmerk liegt hierbei auf den sog. motorischen Beeinträchtigungen, also den Problemen, die sich in der tatsächlichen Ausführung von Handlungen ergeben.



## 6. Ursachen (Ätiologie):

Schmerz hat, wie alles im Leben, Ursache und Wirkung. Doch woher kommt nun der chronische Rückenschmerz? Sind es nicht wirklich nur die geschädigten Muskeln oder Gelenke?

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schlägt für Störungen im Allgemeinen und für die chronischen Rückenschmerzen im Besonderen eine Einteilung in drei Gruppierungen vor. Der Grund für eine solche Einteilung liegt darin, dass Schmerzen immer als ein Problem verstanden werden können, das viele Bereiche des Lebens betrifft.

### 6.1 Impairment:

Im ersten Bereich sind die **körperlichen Entstehungsursachen** für Rückenschmerzen, das sog. "**Impairment**" zusammengefasst. Wie auch im orthopädischen Buch bereits ausführlich beschrieben, sind in dem hochkomplexen "Rückenapparat" viele Muskeln, Wirbelgelenke und Bänder, die allesamt durch Verschleiß oder Fehlfunktion in Mitleidenschaft gezogen werden können.

Es ist medizinischerseits ein Fakt, dass viele der Patienten, die an Rückenschmerzen leiden, tatsächlich "auffällige" Befunde im Rückenbereich haben. Was jedoch in vielen Fällen nicht möglich ist, ist ein direkter Rückschluss vom tatsächlichen Befund auf die Qualität und Stärke des Schmerzerlebens. Es gibt beispielsweise Patienten, die trotz eines nicht unerheblichen Bandscheibenvorfalles kaum Schmerzen haben. Die klinischen Zahlen von Patienten, bei denen trotz wiederkehrender oder dauerhafter Beschwerden im Rücken keine krankhafte Veränderung im körperlichen Befund nachzuweisen sind, die eben diese Schmerzintensität erklären würden, liegen zwischen **80** und **90 %**. Hierbei ist jedoch noch festzuhalten, dass die Möglichkeiten der körperlichen Diagnostik natürlich noch stetig weiter entwickelt werden. Z.B. kann man die individuelle Schmerzverarbeitung auf Zellniveau noch nicht nachweisen.



## 6.2 Disability:

Der **zweite Bereich** der WHO-Einteilung von Rückenschmerzen beschäftigt sich mit der **”subjektiven Beeinträchtigung” (disability)**, also damit, inwieweit Schmerzen das Leben des Patienten beeinflussen können.

Der zentrale Punkt in diesem Bereich liegt in der Vermeidung. Vermeidung bedeutet, dass ein Patient versucht, unangenehmen Situationen aus dem Weg zu gehen, da sie für ihn außerordentlich anstrengend oder belastend sein könnten. Wie kommt es nun aber zur Vermeidung beim Rückenschmerzpatienten und was bedeutet sie?

*Ein Beispiel:*

*Hr. M. baut seine Garage um. Zu diesem Zwecke hat er sich mehre Säcke Zement besorgt, die er einzeln zur Baustelle schleppt. Beim Aufheben des vorletzten Sackes verspürt er auf einmal in seinem Rücken einen sehr starken Schmerz und es ist ihm nicht mehr möglich, sich aufzurichten. Ein herbeigerufener Arzt diagnostiziert “Hexenschuss”. Die folgenden Tage sind für Hr. M. äußerst unangenehm, weil bestimmte Bewegungen Wellen stärksten Schmerzes durch seinen Körper schicken. Völlig verständlich sagt Hr. M. nun alle kommenden gesellschaftlichen Verpflichtungen der nächsten Zeit ab und sorgt darüber hinaus dafür, dass seine Frau Urlaub einreicht, um ihn zu entlasten und zu “pflegen“.*

*Aus Angst vor weiteren Schmerzwellen vermeidet Hr. M. somit Bewegungen, die “gefährlich” sein könnten.*

*Nach Abklingen der Symptomatik hat Hr. M. zwar keine Schmerzen mehr, hat jedoch relativ häufig Gedanken an dieses furchtbare Erlebnis des Hexenschusses. Aus diesem Grunde unterlässt er in Zukunft alle Aktivitäten, die der ähneln, bei der er den Schmerz erlitten hat. Er verwirft seine Umbaupläne, lässt Wasser-, und Bierkisten von seiner Frau und seinem Sohn tragen und geht auch in der Folge nicht mehr zu seinem Kegelvein, da er bei einem Kegerversuch irgendwie so ein “Ziehen” im Bein gespürt hat. Überhaupt verlässt er in den folgenden Wochen immer weniger das Haus, weil es ihm sicherer erscheint, sich nicht zu überanstrengen.*



So oder so ähnlich funktioniert der Mechanismus der schmerzbedingten Angstvermeidung. Erschwerend kommt hierbei noch hinzu, dass solche Patienten natürlich in den meisten Fällen überhaupt nicht zufrieden sind damit, dass sich ihr Leben so entwickelt. Dies kann im Weiteren sogar zu einer depressiven Herabgestimmtheit führen. Ein besonderes Problem der Depression ist, dass Patienten noch "empfindlicher" für Schmerzerleben werden, was wiederum bedeutet, dass sich die Vermeidung von Bewegung, der damit verbundene Rückzug aus dem Sozialleben und somit letztendlich die Depression verstärkt. Es entsteht ein Teufelskreis.

### 6.2.1 Wer läuft nun Gefahr in einen solchen "Teufelskreis" zu geraten?

Es gibt im psychotherapeutischen Verständnis bestimmte Faktoren, die eine solche Entwicklung beeinflussen. Im Folgenden sind nun Merkmale aufgezählt, die sich **gehäuft** bei Patienten mit Rückenschmerzen fanden. (*Dies bedeutet im Umkehrschluss aber nicht, dass jeder Rückenschmerzpatient eines oder mehrere dieser Merkmale haben muss.*)

- **Pessimisten und "Katastrophisierer"** : Wenn eine Person die Tendenz hat, verschiedene Aspekt des Lebens eher schwarz zu sehen, werden ihr dauerhafte oder wiederkehrende Schmerzerfahrungen besonders zu schaffen machen. Es kommt hier zu katastrophisierender Verarbeitung der Schmerzen und dem subjektiven Gefühl sehr starker Beeinträchtigung ("Der Schmerz ist so schlimm, ich werde ihn bald nicht mehr aushalten und verrückt werden." oder "Ich kann nichts mehr machen, was Spass macht"). Durch eine negative Erwartungshaltung werden auch oft schon Missempfindungen als Schmerz gedeutet, weil diese erwartet werden (siehe Bsp. oben: Ziehen im Bein beim Kegeln)

- **"Es muss doch eine körperliche Ursache geben"** : Ein Patient, der trotz vielfacher negativer körperlicher Befunde nur, ausschließlich und immer, eine körperliche Ursache hinter allen Beschwerden vermutet, beraubt sich selbst der Möglichkeit, aktiv nach anderen ursächlichen Faktoren zu suchen und diese anzugehen, da er häufig noch immer auf das Ergebnis von irgendeiner Untersuchung wartet und hofft. In seiner



passiven Haltung glaubt er, dass nur eine andere kompetente Person (Arzt, Heiler) ihm helfen kann und sieht dabei nicht seine eigenen Möglichkeiten. Die Hoffnung auf die Rettung durch den Arzt wird meist enttäuscht und es setzt das Gefühl genereller Hoffnungslosigkeit ein.

- **“Ich muss, aber ich kann nicht.”** : Ein Patient, der z.B. mit seinem Beruf oder aber auch mit der Pflege Angehöriger schon lange sehr unglücklich oder überfordert ist, jedoch aus unterschiedlichsten Gründen nicht kündigen oder sich zurückziehen kann, bekommt auf einmal durch den Schmerz eine Gelegenheit, Abstand zu gewinnen, ohne sein Gesicht zu verlieren. Hier spielt häufig ein starkes Pflichtgefühl oder Schwierigkeiten mit Abgabe von Verantwortung eine wichtige Rolle. Häufig wurden auch Erschöpfungsanzeichen des Körpers vor dem Schmerzerleben nicht beachtet.

**“Die Positiven Aspekte der Krankenrolle”**: Jeder von uns kennt es, manchmal kann es ja auch recht angenehm sein, wenn man krank ist. Der Partner ist aufmerksam und kümmert sich, man ist befreit von den lästigen Verpflichtungen des Alltags. Manchmal können auch Konflikte oder unangenehme Entscheidungen so vermieden werden. Dieser Aspekt kann mit anderen weiter oben genannten Faktoren bei der Aufrechterhaltung der Beschwerden eine Rolle spielen. Allerdings geschieht dies nicht bewußt oder mit Absicht. Es ist eher ein Lernprozess des Körpers, der uns gar nicht klar ist.

### 6.3 Handicap:

Der **dritte Bereich**, welcher laut WHO in der Entstehung von chronischen Rückenschmerzen von Bedeutung ist, ist die **soziale Ebene (handicap)**. Welche Rolle nimmt also ein Schmerzpatient in unserer Gesellschaft ein und wie gehen wir mit ihm um?

Gemeint ist hierbei im Besonderen der Umgang mit dem Patienten seitens des versorgenden Gesundheits- und Sozialsystems. Oft genug gibt es seitens des Gesundheitssystems und seiner Vertreter nur eine Konzentration auf die körperlichen Ursachen der Erkrankung. Wie bereits oben erwähnt, wird dies in vielen Fällen ja sogar



seitens der Patienten gewünscht. Das Ignorieren von anderen Faktoren (s.o.) die für eine Chronifizierung verantwortlich sein könnten, führt leider häufig dazu, dass Therapieansätze, wie z.B. therapeutisches Spritzen oder Medikation mit stärksten Schmerzmitteln trotz ausbleibenden Erfolges beibehalten und meistens sogar noch verstärkt werden. Dies wiederum kann



der Einstieg in eine mehrjährige "Schmerzkarriere" sein. Die Schmerzen bleiben also ein ständiger Begleiter, mit dem man von Arzt zu Arzt zieht, ohne dass es zu irgendeiner Änderung kommt. Die diagnostischen Methoden werden immer aufwendiger und teurer und enden trotz fehlender pathologischer Befunde oft in Operationen, die ihrerseits letztendlich schmerverstärkende Folgen (iatrogene Schäden) haben können. Nach Expertenmeinung ist auch das eigentlich gute und richtige Versorgungssystem hierzulande als möglicher zusätzlich chronifizierender Faktor zu werten. Lange werden Kranke seitens des Systems unterstützt (z.B. Kranken-, und Verletztengeld), was letztendlich Patienten unbewusst davon abhalten kann, sich aktiv möglichen nichtkörperlichen Ursachen zu stellen.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist der Umgang zwischen dem Patienten und seinem Umfeld.

Wie bereits erwähnt, finden sich oft genug keine aussagefähigen körperlichen Befunde. Klagt der Patient nun trotzdem weiterhin über starke und stärkste Beschwerden, kann es schnell zu einer Verstimmung zwischen Patient und Behandler kommen, da der Patient Gefahr läuft, durch seinen Arzt oder sein Umfeld der Simulation oder Rentenabsichten bezichtigt zu werden. Solche ungerechtfertigten Vorwürfe können fatale Folgen auf die psychische Verfassung eines Betroffenen haben. Häufig erleben diese Patienten solche Vorwürfe als massive Kränkung, die ihrerseits schlimmstenfalls in einer Depression enden können.



## 7. Therapie des chronischen Rückenschmerzes:

### 7.1 Probleme zu Beginn einer Therapie:

In den meisten Fällen beginnen typische psychotherapieorientierte Schmerztherapien anders als z.B. die Therapie einer "normalen" Depression oder einer anderen psychischen Störung. Sorgt in der Regel der Leidensdruck einer Krankheit wie Depression oft von selbst dafür, dass ein Patient sich Hilfe sucht, ist es beim Schmerzpatienten oft ganz anders. Häufig genug wird ein Patient geschickt oder "überwiesen". Dieses Schicken wird nicht selten mit Aussagen verbunden wie: "Tja, ich kann nichts mehr für Sie tun. Gehen Sie mal zum Psychologen.". Oft genug schwingen für den Patienten in solchen Aussagen noch andere Botschaften mit.

Gedanken wie: "Der glaubt wohl, ich habe gar nichts." oder "Die halten mich für verrückt." führen oft zu großen Schwierigkeiten beim Therapieeinstieg. Dies bedeutet für den Therapeuten, dass er sich schon zu Beginn der therapeutischen Beziehung einem deutlichen Widerstand gegenüber sieht, welcher zunächst überwunden werden muss, was sowohl ihn als auch die Patienten viel Zeit kostet.

Seitens des Therapeuten muss nun eine behutsame aber schnelle Aufklärung über die möglichen Zusammenhänge von körperlichem Schmerz und seelischem Problem erfolgen. Wichtig hierbei ist, beide Komponenten im Auge zu behalten und nicht zu schnell auf die "Körper-" oder die "Psychoseite" zu verfallen. Dies stellt zum einen den ersten Schritt der therapeutischen Arbeit dar und zum anderen hilft es dem Therapeuten einzuschätzen, ob eine Therapie zum jetzigen Zeitpunkt Sinn macht.

Seitens des Patienten muss erwartet werden, dass er versucht, sich mit den ihm nahegebrachten Modellen zur Schmerzentstehung auseinander zu setzen. Wenn es ihm auch nach mehreren Gesprächen nicht möglich wird, diese Modelle zu akzeptieren, macht es wenig Sinn, die Behandlung durchzuführen. Ein weiteres Argument gegen eine psychotherapeutische Behandlung ist, wenn es dem Patienten nicht möglich wird, erreichbare, also realistische Ziele zu formulieren.



*Beispiel:*

*Frau K. leidet seit mehreren Jahren an immer wiederkehrenden Beschwerden der Nackenwirbelsäule. Ursprünglich hatte sie vor vielen Jahren einmal einen Auffahrunfall mit "Schleudertrauma" erlitten.*

*Dutzende von orthopädischen, chiropraktischen und neurologischen Untersuchungen haben keine Besserung gebracht. Auch verschiedentlich durchgeführte CT- und MRT-Untersuchungen zeigten keinen krankhaften Befund. Mittlerweile hat sie schon das Gefühl, dass ihr Orthopäde innerlich die Augen verdreht, wenn sie durch die Tür kommt. Nach einem weiteren vergeblichen Therapieversuch schlägt er ihr schließlich vor, dass sie sich einmal in einer psychotherapeutischen Praxis vorstellen solle, da es dort einen Therapeuten gäbe, welcher sich auf Schmerz spezialisiert habe. Fr. K. ist zunächst außer sich, da sie schließlich nicht verrückt sei oder sich die Schmerzen einbilde. Sie bekommt dabei viel Rückhalt von ihrem Mann, der selbst seit Jahren unter Fibromyalgie leidet. Nachdem einige Wochen vergangen sind und der Schmerz an Intensität deutlich zugenommen hat, entschließt sie sich doch mal bei dem Psychologen "reinzuschauen". Über 3 Sitzungen hört sie sich geduldig die Ausführungen des Therapeuten an und fragt ihn schließlich, wie oft sie denn jetzt noch zuhören müsse, da nach den bisherigen Malen der Schmerz noch gar nicht besser geworden sei.*

## **7.2 Ziele einer psychotherapeutischen Schmerztherapie:**

Im Gegensatz zu den früheren therapeutischen Ansätzen, in denen vor allem die Schmerzfreiheit als vorrangiges Ziel formuliert wurde, ist es heutzutage die Verbesserung der Lebensqualität. Zu diesem Zwecke wird versucht, die verschiedenen Beeinträchtigungen, die der Patient durch den Schmerz erleidet, zu reduzieren. Als Beeinträchtigung versteht man hierbei weniger die Stärke (Intensität) des Schmerzes, sondern vielmehr, was dieser im Leben des Patienten anrichtet.

"Was macht der Schmerz mit mir, wie reagiert deshalb meine Umgebung auf mich und wird es jemals wieder so, wie es war?"

Durch eine solche Verschiebung der Zielsetzung reagiert der Therapeut auch auf eine wichtige Erkenntnis, welche sich im Laufe der Jahre immer wieder gezeigt hat:

Es ist sehr, sehr schwer alle Schmerzen für immer *wegzunehmen*. Patienten, die nur



und ausschließlich darauf beharren, dass das Ziel der Therapie nur die Schmerzfreiheit sein kann, werden es in der Therapie sehr schwer haben.

### **7.3 Therapie des Rückenschmerzes - ein Stufenplan:**

Typischerweise wird die psychotherapeutische Therapie des Rückenschmerzes sich heutzutage in mehrere Stufen aufteilen.

#### **7.3.1 1. Stufe: Vermittlung des Modells der Krankheitsentwicklung aus psychologischer Sicht.**

Nur wer ein Verständnis entwickelt für die zahlreichen Einflüsse, denen wir auf körperlicher und seelischer Ebene ausgesetzt sind, wird lernen zu verstehen, dass Schmerz durch eben alle diese Einflüsse mit entstehen kann, aber auch durch Veränderung der Einflüsse abgeschwächt werden kann.

Wie funktioniert das genau?

Um dies zu vermitteln, kann der Therapeut beispielsweise verschiedene Medien zum besseren Verständnis heranziehen. Hierbei sind Bilder, Modelle und auch Erfahrungsberichte von Schmerzpatienten sehr hilfreich. Wichtig ist hierbei, dass der Patient sich in diesen Medien wiederfindet. Es darf nicht darum gehen, das Schmerzverständnis des Patienten zu löschen und durch ein Neues zu ersetzen. Es geht vielmehr darum, das bisherige Verständnis aufzugreifen und zu erweitern. Die wichtigsten Erkenntnisse, die im Rahmen dieser ersten Stufe zu vermitteln sind, sind folgende:

- Die Art, wie wir uns fühlen und verhalten, kann sich direkt auf das Schmerzerleben auswirken. Bestimmte Emotionen und Gefühle lassen uns Schmerz vergessen oder anders wahrnehmen.

*Beispiel: Ein Fußballspieler, der gerade den Abpfiff seines Spiels hört und somit die Champion's League gewonnen hat, wird vermutlich ein Foul, welches eine Minute zuvor an ihm begangen wurde, nicht mehr spüren.*

*Ein Familienvater, der seine Tochter aus einem brennenden Haus retten will, wird die schmerzhafteste Hitze um ihn herum ebenfalls kaum wahrnehmen.*



Auf der anderen Seite sorgt Schmerz auch oft dafür, dass wir ihm unser Verhalten, aber auch unsere Stimmung anpassen.

*Beispiel: Ein Künstler ist zu einem Empfang eingeladen. Eigentlich hat er sich schon sehr auf den Abend gefreut. Kurz vor Beginn der Veranstaltung bekommt er auf einmal furchtbare Kopfschmerzen. Seine Stimmung wird schlecht, er ist gereizt und verlässt den Abend frühzeitig.*

Wie der Therapeut letztendlich seinem Patienten das psychische Verständnis von Schmerz nahe bringt, kann unterschiedlich sein. Ziel hierbei sollte jedoch die Vermittlung von Aussagen sein. Die sog. "Take-home-messages" (Botschaft, die man mit nach Hause nimmt) der ersten Therapiestufe sollen sein:

- Es gibt nur einen, der wirklich weiß, wie es im Patienten aussieht und das ist er selbst. Der Therapeut ist in diesem Zusammenhang ein Begleiter und kein Diktator.
- Der Patient fühlt den Schmerz genau so, wie er ihn schildert. Er ist deshalb keineswegs verrückt, ein Simulant oder hysterisch.
- Es gibt Möglichkeiten, auch mit Schmerz ein lebenswertes Leben zu führen. Der Schmerz ist nicht stärker als der Patient und deshalb veränderbar.
- Der Schmerz wird nicht "psychologisiert", sondern vielmehr in ein ganzheitliches Konzept von Seele und Körper mit eingebunden.
- Ein körperlicher Befund, der Schmerz erklären kann, bedeutet nicht, dass nicht auch eine psychotherapeutische Betreuung sinnvoll sein kann.
- Stets muss der Patient ein Teil der Therapie sein, der sich aktiv am Therapieprozess beteiligt. Er ist kein passiver Teil, dem die Seele eingegipst wird und der dann auf Heilung wartet.



- Dauerhafte Schmerzen sind etwas anderes als plötzlich auftretende Schmerzen. Dementsprechend gibt es auch zwischen diesen beiden Schmerzqualitäten Unterschiede in der Behandlung.
- Unkontrollierte Einnahme von Schmerzmitteln schafft mehr Probleme als sie löst.

Diese Ziele werden gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet und erlauben diesem letztendlich auch eigene Theorien mit einfließen zu lassen, bzw. darüber zu diskutieren. Die Vermittlung eines solchen Konzeptes bedeutet, dass sich Therapeut und Patient nun während der Therapie einer gemeinsamen Grundlage bedienen können, um so weitere Therapieschritte zu planen.

### **7.3.2 2. Stufe: Progressive Muskelentspannung:**

In der Regel sind Patienten mit chronischen Schmerzen leider oft alles andere als entspannt. Da jedoch Anspannung zu Verspannung und Verspannung zu Schmerzen führen kann, ist das Erlernen eines Verfahrens zur Muskelentspannung ein notwendiger Schritt in der Therapie des Schmerzes.

Wenn man sich im Weiteren noch darüber klar wird, dass Anspannung auch Stress bedeutet und darüber hinaus Stress zu Schmerzen führen kann (*“Hetz mich nicht, ich krieg schon Bauchweh”, “Ich weiß gar nicht, wie das ablaufen soll, ich hab schon ganz üble Kopfschmerzen.”*) und darüber hinaus Schmerz seinerseits sowohl Anspannung als auch Stress bedeutet, ergibt sich ein Kreislauf aus Stress, Schmerz und Spannung, den es zu durchbrechen gilt. Als Mittel der Wahl hat sich hier die progressive Muskelentspannung bewiesen.



## **Was ist progressive Muskelentspannung?**

Zu Beginn des letzten Jahrhunderts begann der amerikanische Arzt Edmund Jacobson mit Untersuchungen zur Entspannung bei Menschen. Während seiner Arbeit stieß er wiederholt auf deutliche Hinweise, dass es unbedingte Zusammenhänge zwischen muskulären Verspannungen und einer Vielzahl von Erkrankungen (körperlicher und seelischer Art) gibt.

Nach vielen Jahren der intensiven Forschungsarbeit veröffentlichte er letztendlich im Jahre 1929 sein erstes Buch zur PMR (Progressive Muskel-Relaxation). Wie viele wissenschaftliche Verfahren hat auch die PMR im Laufe der Jahre und Jahrzehnte eine Veränderung und Weiterentwicklung erfahren. Der Hauptunterschied zwischen der heutigen und der damaligen progressiven Muskelentspannung liegt in der Vereinfachung des heutigen Verfahrens. Sie kann praktisch von jedem zu jeder Zeit durchgeführt werden (auch von Kindern und Jugendlichen) und es sind keinerlei Vorkenntnisse erforderlich. Aus diesem Grunde ist die PMR die heute am häufigsten durchgeführte Entspannungsmethode. So bieten z.B. auch einige Krankenkassen PMR-Kurse an zur besseren Stressbewältigung oder zur Vorbeugung von Erkrankungen. Aber auch in Reha-Kliniken wird diese Entspannungsmethode häufig eingesetzt, da sie besonders wirksam und leicht zu lernen ist.

### **Progressive Muskelentspannung - was soll da passieren?:**

Die progressive Muskelentspannung hat zum Ziel eine tiefere Entspannung der gesamten Muskulatur zu erreichen. Mit diesem Verfahren soll mit Hilfe einer bewussten Anspannung von Muskelpartien eine deutlich wahrgenommene Entspannung folgen. Hierzu werden in der Übung die einzelnen Muskelgruppen unter Anleitung gezielt angespannt, die Spannung wird kurz "gehalten", um dann den Muskel bewusst "loszulassen", ihn zu entspannen. Ziel hierbei ist die bessere Wahrnehmung der unterschiedlichen Zustände des Muskels. Hiermit wird die sog. "Körperwahrnehmung" verbessert.

Diese Übung ist besonders für Menschen geeignet, bei denen andere Entspannungsverfahren nicht den gewünschten Effekt erzielt haben.



Oft denken wir, dass wir eigentlich schon entspannt sind, doch sind wir häufig in einzelnen Muskelgruppen sehr wohl noch angespannt. Das Wort "progressiv" beinhaltet in diesem Zusammenhang, dass gelernt werden soll, eine "tiefere, fortschreitende" Entspannung zu erreichen. Hierzu ist es notwendig, die Übungen sehr häufig und regelmäßig durchzuführen, am besten täglich. Nur dann ist es möglich, das Gelernte auch in Alltags- oder Stresssituationen anzuwenden. Sie sollten sich für die Übungen Zeit nehmen und darauf achten, nicht gestört zu werden. Auch sollten sie sich nicht unter Leistungsdruck setzen. Oft stellt sich der angenehme Effekt der Übungen erst nach mehrmaligem Üben ein.

Die Wirksamkeit der Übungen liegt vor allem auch darin begründet, dass jeder Mensch sich normalerweise unter Muskelanspannung etwas vorstellen kann, da wir alle zur Verrichtung unserer alltäglichen Arbeiten unablässig unsere Muskelkraft einsetzen. Im Gegensatz hierzu setzt das sog. "Autogene Training" eine zusätzliche innere Bereitschaft voraus, ohne die die Übungen nicht gelingen werden. Bei der PMR ist der Erfolg ein unmittelbarer. Stellen Sie sich z.B. vor, dass Sie einen Kasten Wasser in den 4. Stock tragen müssen. Sie werden nach den ersten 2 Stockwerken schon jeden einzelnen Muskel spüren. Stellen Sie sich dann die greifbare Erleichterung vor, wenn Sie endlich die schwere Kiste an ihrem Bestimmungsort absetzen können. Auf einem ganz ähnlichen Prinzip beruht nun die progressive Muskelrelaxation.

## **Vor der Übung:**

Wie bereits oben erwähnt, sollten Sie versuchen, sich vor der Übung ein möglichst lärmfreies Umfeld zu verschaffen. Schalten Sie Ihr Telefon ab, schließen Sie das Fenster und schauen Sie in ihren Terminkalender, ob genug freie Zeit bleibt.

Sie müssen bei der Durchführung der Übung keinesfalls liegen, können es jedoch, so dies für Sie angenehmer ist. Erfahrungen zeigen, dass es für Anfänger häufig leichter ist, die ersten Übungen im Liegen durchzuführen.

Für die Entspannung im Sitzen genügt ein ganz normaler, ausreichend bequemer Stuhl völlig. Da das Ziel der Übung Entspannung ist, sollten Sie sich für die Dauer der Übung aller überflüssigen Dinge entledigen, die eine Entspannung stören könnten. Denkbar wären hier zu enge Schuhe, Brillen, die von der Nase rutschen könnten und vielleicht



auch der Gürtel, der so einschneidet. Wichtig ist weiterhin ein Umfeld, in dem eine für Sie angenehme Temperatur vorherrscht. Manche Menschen brauchen ein nahezu wüstenähnliches Klima, wohingegen andere eine sehr kühle Umgebung brauchen, um Ruhe zu finden.

Häufig gestellt wird auch die Frage, ob die Übung mit geschlossenen oder offenen Augen durchgeführt werden soll. Denkbar ist hier prinzipiell beides. Aus meiner persönlichen Erfahrung heraus, kann ich sagen, dass das "bildhafte Vorstellen" (Imagination), welches ein Teil der Übung ist, bei geschlossenen Augen leichter erscheint.

Die Dauer der Übungen ist unterschiedlich. Grundsätzlich gilt, dass die benötigte Zeit kürzer wird, je erfahrener der Übende ist. Die von uns erstellten Übungsanleitungen haben einen Umfang von ca. 26 Minuten für Anfänger und etwa 14 Minuten für Fortgeschrittene. Das letztendliche Ziel für den Übenden liegt darin, bei ausreichender Erfahrung die gewünschte Entspannung in stressigen Situationen (Prüfung, Bewerbungsgespräche oder im Stau stehen etc.) auch ohne Anleitung in wenigen Minuten zu erreichen.

## **Gibt es etwas während der Übung zu beachten?**

Die ersten Übungen sollten Sie auf jeden Fall unter Anleitung durchführen. Wenn Sie die Übungen später ohne Anleitung durchführen, sollten Sie stets darauf achten, die Muskelgruppen, mit denen Sie gerade arbeiten, nicht zu über- bzw. verspannen.

Es soll auf keinen Fall zu Verkrampfungen oder gar Schmerzempfinden kommen.

Dies gilt besonders für Muskelpartien, die ohnehin schon schmerzgeplagt sind. Bei der progressiven Muskelentspannung geht es um eine verbesserte Körperwahrnehmung und nicht um eine physiotherapeutische oder krankengymnastische Maßnahme!

Hin und wieder bekommen wir von Patienten mitgeteilt: "Ich kann das gar nicht. Wann immer ich mich zu entspannen versuche, schweifen meine Gedanken ab...zu meinen Einkäufen, meinem Mann, meiner Freundin, meinem Sportverein etc..."

Das ist zunächst einmal vollkommen in Ordnung. Der Großteil der Menschen unserer Gesellschaft ist auf Funktionieren gedrillt und kann seine (gedanklichen) Tagesabläufe nicht einfach so unterbrechen. Das Wichtigste bei diesen einschließenden Gedanken ist,



gelassen zu bleiben. Man sollte weder in Panik geraten noch übermäßige Wut darüber empfinden, da es keinen Menschen gibt, der sich im wütenden Zustand entspannen kann. Vielmehr sollte der Gedankengang in die Richtung gehen: "Okay, jetzt habe ich daran gedacht, komme ich also auf mein Entspannungsbild zurück." oder "Gut, jetzt stelle ich mir wieder genau die Muskelgruppe vor, mit der ich gerade arbeite." Diese Akzeptanz der abschweifenden Gedanken, bei gleichzeitiger Zentrierung auf den gewünschten Punkt, ist im Übrigen ein zentrales Thema bei der Meditation.

Auch hier werden Sie bemerken, dass häufiges Üben zu einer deutlichen Abnahme der ablenkenden Gedanken und zu einer rascheren Zentrierung führt.

Am Ende der Übung, also auch nach der Anleitung, sollte man noch einmal gedanklich durch die eben bereisten Muskelgruppen wandern, um sich die Entspannung noch einmal vor Augen zu führen.

## **Anwendungsgebiete:**

Die progressive Muskelentspannung ist ein erfolgreiches, häufig eingesetztes Verfahren in der Verhaltenstherapie. Sie wird im Rahmen des Bewältigungstraining von Angststörungen oder Stress, aber auch in der Vorbeugung von Krankheiten (Prävention) bzw. bei Rückfällen angewandt. Besondere Anwendungsgebiete sind hier z.B. die Flugangst, das Lampenfieber bzw. Prüfungsangst, Geburtsvorbereitung aber auch Stottern.

Eine besondere Zielgruppe stellen Sportler dar, da diese in der Regel durch ihren Sport ohnehin schon ein recht gutes Körperbewusstsein haben, so dass sie recht schnell in die Phase der fortgeschrittenen Entspannung ohne Anleitung kommen können.

Ebenfalls bewährt hat sich dieses Verfahren im Umgang mit zahlreichen körperlichen Beschwerden, z.B. bei Kopfschmerzen (Spannungskopfschmerz, Migräne), chronische Rückenschmerzen, Bluthochdruck (Hypertonie), bei Magen und Darmstörungen oder auch beim nächtlichem "Zähneknirschen" (Bruxismus).

Außerdem wird es erfolgreich angewandt bei der Behandlung von Schlafstörungen und von Erkrankungen, welche im direkten Zusammenhang mit Stress stehen.



Wenn Sie näheres Interesse an der progressiven Muskelentspannung haben, verweisen wir Sie auf die von uns erstellten Mp3 Dateien, die Sie unter folgendem Link downloaden können:

[http://www.online-patienten-informations-service.de/html/progressive\\_muskelentspannung.html](http://www.online-patienten-informations-service.de/html/progressive_muskelentspannung.html)

### **7.3.3 3. Stufe: Protokoll führen:**

Meistens bedeutet ein chronisches Schmerzerleben, dass der Patient den Blick für unterschiedliche Schmerzintensitäten bei unterschiedlichen Situationen verliert. Oft denkt der Patient dann nur noch in größeren Zeitabständen (*“Die letzten Monate waren die schlimmsten bisher.”*). Es hat sich in diesem Zusammenhang gezeigt, dass eine erhöhte Achtsamkeit für das Schmerzerleben dadurch erreicht werden kann, dass der Patient Protokolle schreibt, in denen Tagesablauf und Schmerzempfinden, aber auch Gedanken und Handlungen in Schmerzsituationen erfasst werden. Im günstigsten Falle erfahren Therapeut und Patient in der Auswertung dieser Protokolle schon direkte Zusammenhänge zwischen verstärktem Schmerzempfinden und bestimmten Lebenssituationen. Fall dies jedoch nicht möglich sein sollte, kann der Patient jedoch immerhin lernen, dass es tatsächlich Schwankungen im Schmerz gibt und somit nicht alles zu jeder Zeit gleichbleibend schlecht ist.

### **7.3.4 4. Stufe: Erkennen und bearbeiten typischer Gedanken:**

Durch das in Stufe 3 erwähnte Protokollieren wird es gelingen, das große “Monster” Schmerz, welches immer präsent zu sein scheint, sozusagen in Kapitel aufzuteilen, die man einzeln betrachten und bearbeiten kann. Ein besonderer Teil dieser Bearbeitung ist die Arbeit mit typischen Gedanken. Welcher Schmerzpatient kennt nicht Gedanken wie: “Es hat doch alles keinen Sinn. Der Schmerz ändert sich durch nichts, egal was ich tue.”

“Ich kann das nicht und ich will es auch nicht. Ich riskiere damit nur, dass der Schmerz schlimmer wird.”



“ Wenn schon die Medizin nicht mehr weiter weiß, was soll ich dann noch tun?”

“Es muss doch endlich eine Methode geben, womit man diesen verdammten Schmerz richtig diagnostizieren kann!”

Solche Gedanken zu haben ist nicht per se falsch, da sie ein Ausdruck der gefühlten Verzweiflung und Hilflosigkeit sind. Problematisch hingegen werden sie, wenn sie sich dauerhaft auf die Lebensführung auswirken, also Schmerz letztendlich dauerhaft Verhalten beeinflusst.

Der therapeutische Ansatz in diesem Falle ist die sog. “Kognitive Umstrukturierung”, was nicht etwa eine Gehirnwäsche ist, sondern vielmehr eine Art geleitete Erweiterung des eigenen Horizontes.

*Beispiel:*

*Ein Büroangestellter leidet schon seit vielen Jahren an wiederkehrenden Rückenschmerzen. Meist treten diese etwa ½ Stunde nach Arbeitsbeginn auf. Er ist nun schon längere Zeit (erneut) krank geschrieben. Zu Hause liegt er die meiste Zeit auf dem Sofa, da er fest davon überzeugt ist, dass eine sitzende Aktivität ihn nach etwa 30 Minuten in einen erhöhten Schmerzzustand bringt . Aus diesem Grunde sagt er seine eigentlich geliebte Skatrunde mit Freunden wiederholt ab und bleibt die meiste Zeit alleine, was ihn sehr unglücklich macht.*

*Sein Therapeut greift nun exakt den Gedanken auf, der den Patienten abhält, die angenehme Aktivität der Skatrunde durchzuführen. Er fragt ihn, ob der Patient dieses ½-stündige Fenster schon immer habe und ob er dies noch niemals anders erlebt habe, so dass er beispielsweise 3 Stunden gespielt habe, ohne Schmerz zu erleiden. Auch fragt er den Patienten, ob nach einer Skatrunde schon einmal ein Arztbesuch notwendig wurde, oder der Patient vor Schmerzen nicht mehr gehen konnte.*

*Der Patient überdenkt seine Einschätzung der Situation noch einmal und gibt an, dass es eigentlich so schlimm nicht war. Der Therapeut macht ihm nun den Vorschlag, in den nächsten Tagen mehrere Skatrunden zu besuchen, welche jedoch nur max. 45 Minuten dauern dürften. Hierbei bekommt der Patient gleichzeitig einen Protokollauftrag, bei dem er alle 5 Minuten seinen derzeitigen Schmerzlevel und die Gedanken, die er in dem Moment habe, aufschreiben soll.*

*Es zeigte sich, dass es eigentlich kein Problem war, 45 Minuten und länger dem*



*Skatspiel nachzukommen, da das Schmerzempfinden auch nach der 30. Minute nicht dauerhaft schlimmer wurde. Auffällig jedoch war, dass sich eine Zunahme der Schmerzintensität immer dann zeigte, wenn die Skatgespräche über die jeweiligen Belastungen am Arbeitsplatz geführt wurden.*

*Die weiterführende Therapie ergab, dass Konflikte und Neuerungen am Arbeitsplatz zu einer massiven Versagensangst und starker Anspannung beim Patienten geführt hatten und die Schmerzintensität somit unabhängig von sitzenden Aktivitäten war.*

Die kognitive Umstrukturierung kann den Patienten sozusagen "einladen", festgefahrene Gedanken noch einmal zu überdenken. Oft kann man hiermit erstaunliche Ergebnisse erzielen.

### **7.3.5 5. Stufe Ablenken und Genießen:**

Wie bereits erwähnt, bedeutet Schmerz Stress. Stress wiederum ist der Feind des Genusses. Ein mögliches therapeutisches Ziel kann somit das Training von Genuss sein. Das Ziel hierbei ist, den sog. Fokus zu verändern. Ein Fokus ist ein Brennpunkt. Im Fall des chronischen Schmerzerlebens liegt der Brennpunkt der Aufmerksamkeit in der Schmerzwahrnehmung. Um eben diesen Schmerz nicht allzu oft zu erleben, passen Patienten ihr Verhalten an und investieren einen großen Teil ihrer Aufmerksamkeit für Strategien der Schmerzvermeidung. Hierbei können viele andere schöne Wahrnehmungen sozusagen "verkümmern". Um eben diesem entgegen zu wirken und gleichzeitig den Fokus abzulenken, kann der Patient unterschiedliche Übungen durchführen. Die Übungen können sehr individuell gestaltet werden.

Dabei ist es vorteilhaft, sich zunächst eine Liste mit den Dingen zu erstellen, an denen man Spaß hat. In dieses Genussstraining sollten alle Sinne mit einbezogen werden. Hierzu einige Beispiele, die in der Vergangenheit bei Patienten hilfreich waren:

- jeden Tag für einige Minuten der Lieblingsmusik zuhören*
- aufwendige Gerichte kochen und diese sehr langsam essen*
- mit verbundenen Augen essen und trinken*



- 2-3 x pro Woche einen Wohlfühlabend mit Badewanne etc. einlegen
- mit verbundenen Augen verschiedene Gegenstände und Materialien ertasten
- 1 x pro Woche die "Lieblingssünde" zulassen (Süßigkeit etc.)
- mit verbundenen Augen verschiedene Stoffe "erriechen"

Dies sollen nur einige Möglichkeiten sein. Wie gesagt, soll das Genusstraining auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten abgestimmt sein. Am Ende wird sich hierdurch günstigstenfalls nicht nur der Fokus ändern, sondern es zeigt dem Patienten auch neue Wege auf, sich bewusst und aus eigenem Antrieb dringend benötigte schöne und positive Erlebnisse zu verschaffen.

### **7.3.6 6. Stufe: Erkennen von Ursachen, die den Schmerz verstärken oder aufrechterhalten**

Wie bereits im Kapitel "Ursachen/Ätiologie" erwähnt, gibt es bei vielen Patienten Faktoren, welche sich "günstig" auf die Aufrechterhaltung der Störung auswirken können. Diese Faktoren aufzuspüren und zu bearbeiten ist alles andere als leicht, da ein Therapeut niemals vorschnell analysieren und interpretieren darf, da er sonst Gefahr läuft, seinen Patienten sehr nachhaltig zu kränken.

*Beispiel:*

*Fr. K. ist Hausfrau und hat 2 Kinder. Sie hat im Haushalt viel zu tun. Seit geraumer Zeit gehen beide Kinder regelmäßig zum Schwimmen und müssen spät am Abend abgeholt werden. Hr. K. sagt seiner Frau, dass er schließlich den ganzen Tag im Büro zu arbeiten müsse und deshalb müde sei und die Kinder nicht abholen wolle. Diese Einstellung ändert sich allerdings, wenn Fr. K. einen "Kopfschmerzanfall" hat.*

*Aus Sorge um seine Frau holt Hr. K. dann die Kinder ab.*

*Ihr Therapeut hört sich diese Geschichte an und interpretiert ihr sogleich, dass sie etwas dagegen habe, dass die Kinder Schwimmunterricht hätten und deswegen Schmerzen bekomme. Frau K. empfindet dies als eine Unterstellung und geht nicht wieder in die Therapie.*



Ein solcher “Schnellschuss” ist natürlich nicht professionell. Vielmehr muss es stets darum gehen, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, um nicht nur typische Schmerzsituationen, sondern auch die Begleitgefühle zu erfassen. Auf das genannte Beispiel bezogen hieße das z.B., wie gehen Hr. und Fr. K. sonst miteinander um, sind beide glücklich mit ihrer Lebenssituation, wie ist das Verhältnis der Kinder zu den Eltern etc. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch das sog. Selbstkonzept von Fr. K.. Dies bedeutet, was erwartet sie von sich, was möchte sie eigentlich und kann sie sagen was sie will...

Alles in allem also ein hochkomplexes Problem, was in seiner Auflösung viel Zeit und Kompetenz erfordert.

Das Grundkonzept beim Aufspüren und Verstehen der aufrechterhaltenden Faktoren eines Schmerzes liegt im Erkennen von “**Konflikten**” (Streit, andere Erwartungen, Enttäuschungen etc.). Diese Konflikte laufen selten bewusst ab und hindern somit den Patienten daran, den Schmerz in einen direkten Bezug zu einem Konflikt zu setzen.

Der Schmerz kommt vielmehr “wie aus heiterem Himmel”. Das Erkennen dieser Konflikte im Verlauf der Therapie darf natürlich nicht bedeuten, dass der Patient sich als jemanden erlebt, der sich bestimmter Verhaltensweisen bedient, weil er unfähig, ist es besser zu machen. Auch hier muss stets das ganzheitliche Konzept im Auge behalten werden. Konflikte sind ein **Teil** der Schmerzsymptomatik. Nicht mehr, aber auch nicht weniger.

### **7.3.7 7. Stufe: Die Suche nach Wegen aus dem Schmerz**

Wie die vorherigen Kapitel bereits aufzeigten, ist Schmerz nicht einfach nur ein Symptom, welches bei einem mechanischen Defekt eines Organs auftritt. Schmerz kann vielmehr auch ein Instrument sein, welches möglicherweise beim Lösen bestimmter Probleme und Konflikte “hilfreich” ist. Wenn die Therapie an einem Punkt angekommen ist, an dem für den Patienten solche Konflikte “sichtbar” werden, ist es Aufgabe des Therapeuten, ihm alternative Wege zur Bewältigung der Konflikte aufzuzeigen. Ein bewährtes Training zur Konfliktbewältigung ist z.B. das “Training der sozialen Kompetenz”.



Das Ziel dieser Übung liegt im Training und Erwerb von Fähigkeiten in der Auseinandersetzung mit anderen Menschen. Oft genug haben wir Schwierigkeiten, in angemessener Art und Weise unsere eigenen Bedürfnisse vorzutragen und durchzusetzen. Schmerzpatienten haben dieses Problem sehr häufig. Es gelingt ihnen oft nicht, die komplexen Vorgänge in ihnen wahrzunehmen und daraus ein Bedürfnis zu formulieren. Oft genug führt dieses Problem dann in ein neues. Wenn z.B. der Wunsch nach menschlicher Zuwendung nicht mitgeteilt werden kann, kann das zu einer großen Frustwahrnehmung und Enttäuschung über die eigene Person führen. Dies kann dann beispielsweise eine depressive Verstimmung zur Folge haben, welche ihrerseits den Schmerz verstärkt.

Ein weiterer Punkt, welcher in der Übung trainiert wird, ist der der Abgrenzung gegenüber anderen. Wenn ich z.B. also keine Lust habe, mit in die Stadt zu gehen oder für die Mutter einzukaufen, muss ich lernen, dies mitzuteilen. Sollte ich dennoch mitgehen, ist es möglich, dass ich mich hinterher schlecht fühle, da ich versagt habe. Es muss also trainiert werden, dass "Nein" durchaus eine Option im Umgang mit anderen Menschen sein kann.

All dies ist ein Umgang mit scheinbaren Gegensätzen, da zum einen darauf geachtet werden soll, andere nicht zu verletzen und angemessen mit ihnen umzugehen, zum anderen jedoch die Bewahrung der eigenen Selbstachtung immer oberstes Ziel sein soll.

Die Übung selbst kann ganz unterschiedlich durchgeführt werden. Denkbar sind hierbei das Sammeln von Lösungsstrategien, das Betrachten und Analysieren von Konflikten, das Durchführen von Rollenspielen etc.

### **7.3.8 8. Stufe: Hypnose**

Die Hypnose ist eines der ältesten therapeutischen Verfahren und fand wahrscheinlich schon in der Frühgeschichte der Menschheit Anwendung im Sinne der Selbsthypnose. Wissenschaftlich wurde die Hypnose im 18. Jahrhundert von Franz Anton Mesmer wiederentdeckt. Im Laufe der Jahrhunderte entwickelte sich die Hypnose weiter und hat heutzutage einen festen Platz in der Schmerztherapie.

In Bezug auf den chronischen Schmerz werden dem Patienten in der Regel Techniken



zur Selbsthypnose beigebracht, die der Patient dann in besonders heftigen Schmerzzuständen anwendet. Hierbei versetzt er sich in eine Art „Trancezustand“, in dem es ihm gelingen kann Einfluss auf die Wahrnehmung des Schmerzes zu nehmen. Es kann hier z.B. möglich werden einen stechenden Schmerz in ein kribbelndes Gefühl umzulenken.

Auch kann die Hypnose ein wertvolles Instrument im Aufspüren der o.g. Konflikte sein, weil sie oft eine gute Brücke in das Unbewusste bietet.

### **7.3.9 Medikamente:**

Im Sinne des Konzeptes der Ganzheit der Schmerzstörung haben natürlich auch Medikamente während einer psychotherapeutischen Therapie einen Platz, solange sie verantwortungsvoll in das Konzept integriert werden. Für nähere Informationen zur adäquaten medikamentösen Behandlung sei hier auf unser orthopädisches Buch **„Diagnose und Therapie des chronischen Rückenschmerzes“** verwiesen.

Psychiatrischerseits sind in diesem Zusammenhang noch die sog. trizyklischen Antidepressiva zu erwähnen. Die Trizyklika sind die „alten“ Antidepressiva, die in der Behandlung der Depression heutzutage deutlich seltener eingesetzt werden. Allen diesen Trizyklika ist gemein, dass sie einen guten schmerzlindernden Effekt haben. Ein Problem hierbei ist allerdings, dass die Medikamente zwar nachhaltig und längerfristig wirken, doch ihr Wirkeintritt häufig erst nach Wochen erfolgt. Weitere Informationen zu Antidepressiva finden sie unter:

<http://www.dr-gumpert.de/html/antidepressivum.html>



## 8. Häufig gestellte Fragen:

### · **Ab wann sollte man einen Psychotherapeuten aufsuchen?**

Der erste Kontakt bei Schmerzen muss immer ein Arzt für organische Krankheiten sein. Die Ursachen für das Entstehen von Schmerzen sind überaus vielfältig. Die Methoden der organischen Diagnostik jedoch sind nicht ganz so vielfältig. Wenn also Ihr Arzt Ihnen sagt, dass er trotz umfangreicher Diagnostik keinen krankhaften Befund erhoben hat, der das Ausmaß der Beschwerden erklären könnte, sollten Sie mit ihm über die **zusätzliche** psychotherapeutische Diagnostik und evtl. Therapie sprechen. Da die Anerkennung psychologischer Ursachen in den letzten Jahren immer weiter zugenommen hat, wird er Ihnen in den meisten Fällen den richtigen Rat geben können.

### · **Wer ist der beste Therapeut ?**

Die im Buch beschriebenen therapeutischen Interventionen, stützen sich primär auf eine **verhaltenstherapeutische** Ausrichtung der Psychotherapie. Günstig, aber nicht zwingend notwendig, wäre ein Therapeut mit einer zusätzlichen Qualifikation in **Hypnotherapie (Hypnose)**.

### · **Gibt es Spezialisten speziell für den Rückenschmerz?**

In den letzten Jahren haben die sog. Schmerzambulanzen zugenommen. Diese findet man in der Regel an Universitätskliniken. Es muss jedoch erwähnt sein, dass Schmerzambulanz nicht gleich Schmerzambulanz ist. Noch immer gibt es Ambulanzen, die den "körperlichen" Faktor über das normale Maß hinaus betonen. Die moderne Schmerzambulanz hingegen setzt sich zusammen aus einem sog. multimodalen Team, was bedeutet, dass sowohl Narkoseärzte, Neurologen, Psychiater und Psychologen dort zusammenarbeiten.

Im niedergelassenen Sektor gab es in den letzten Jahren einen Zuwachs von Therapeuten, die sich auf dem Gebiet der Schmerztherapie spezialisiert haben.



Die Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie (DGPSF) bietet gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) eine Weiterqualifikation für Psychologen zum psychologischen Schmerztherapeuten an. Eine Liste von zertifizierten (berechtigten) Therapeuten finden Sie im Anhang des Buches.

- **Wie finde ich einen geeigneten Therapeuten?**

Ein guter Weg ist, Betroffene und Erfahrene zu fragen. In Internetforen kann man sich häufig guten Rat holen. Natürlich kann man auch in der versorgenden Psychiatrie der Heimatstadt nach regionalen Angeboten und Therapeuten fragen. Auch helfen Anrufe bei Krankenkassen oder der örtliche KV-Therapievermittlung (KV= Kassenärztliche Vereinigung). Nicht zuletzt helfen die gelben Seiten und Nachfragen.

- **Wie entsteht ein erster Kontakt?**

Idealerweise ist der Kontakt zu einem Psychotherapeuten eine logische Konsequenz im Anschluss an eine körperliche Diagnostik ohne aussagefähigen Befund.

Wichtig ist noch zu wissen, dass man bei jedem Therapeuten 5 sog probatorische Sitzungen, also Probesitzungen machen kann, welche auf jeden Fall von der Kasse gezahlt werden.

- **Wie lange dauert in der Regel eine solche Therapie?**

Je komplexer die Störung ist und je mehr gesucht und bearbeitet werden muss, desto länger wird eine solche Therapie dauern. Eine "einfache" Störung ist in verhältnismäßig kurzer Zeit zu behandeln. Richtwerte hierfür sind etwa 25-30 Sitzungen für eine Kurzzeittherapie sowie etwa 45-50 Sitzungen für eine Langzeittherapie. Die tatsächliche Dauer hängt hierbei natürlich von der Sitzungshäufigkeit ab.



- **Wer übernimmt die Kosten für die Therapie?**

Im ambulanten Rahmen muss der Psychotherapeut ein Gutachten schreiben, in dem er die Probleme des Patienten und die Therapieziele genau erklärt. Wenn dieses Gutachten genehmigt wird, übernimmt die Krankenkasse eine Anzahl von Stunden (i.d.R. 25 - 50). Sollten diese nicht ausreichen, ist ein erneutes Gutachten erforderlich.

- **Wie oft in der Woche sollte eine Therapie stattfinden?**

Günstigstenfalls 1x pro Woche.

- **Kann man durch eine frühzeitige Intervention die Chronifizierung der Krankheit verhindern?**

Wie bei allen psychotherapeutischen Interventionen gilt auch hier: Je früher, desto besser. Da der Psychotherapeut jedoch typischerweise am Ende der diagnostischen Kette steht, ist somit der Ausbruch des Schmerzes nicht zu verhindern. Es ist jedoch absolut möglich, eine Chronifizierung zu verhindern.

- **Besteht die Hoffnung auf Heilung?**

Ja, Heilung ist möglich.

Wie bei vielen psychischen Krankheiten spielen jedoch eine Menge Faktoren in diesen Heilungsprozess mit hinein (wie lange herrscht die Krankheit schon vor, wie sehr kann sich der Patient auf den "Psychofaktor" einlassen, wie sehr ist sein Umfeld und Lebensstil veränderbar etc.)



## 9. Schlusswort

Wir möchten uns bedanken, dass Sie dieses Buch von uns erworben haben.

Wir arbeiten hauptberuflich als Ärzte; privat investieren wir einen großen Teil unserer Freizeit, um Patienten kostenlos mit Informationen über ihre Erkrankung auf unserer Seite [www.dr-gumpert.de](http://www.dr-gumpert.de) zu helfen und Auskünfte über Therapiemöglichkeiten zu geben. Außerdem beantworten wir viele ihrer Fragen unentgeltlich in unserem Forum.

Um den hohen Qualitätsstandard unserer Bücher gewährleisten zu können, wird ihr Inhalt von uns ständig aktualisiert und an die neuesten medizinischen Forschungsergebnisse und Entwicklungen angepasst. Äußerlichkeiten kommen dabei aus Zeitmangel manchmal zu kurz. Bitte haben Sie dafür Verständnis.

Natürlich haben wir ein hohes Interesse an einem Feedback über unsere Arbeit.

- War der Inhalt dieses Buches leicht verständlich?
- Gab es Passagen, die Sie nicht verstanden haben? Wenn ja, welche?
- Zu welchen Punkten hätten Sie sich ausführlichere Informationen gewünscht?
- Gibt es weitere Verbesserungsvorschläge / andere Kritik oder Lob?
- Bewerten Sie dieses Buch mit Noten von 1 (sehr gut) bis 6 (sehr schlecht).

Wir freuen uns schon auf Ihre Antwort!

Ihr Feedback bitte an: [buchkritik@dr-gumpert.de](mailto:buchkritik@dr-gumpert.de) .

Diese Patienteninformation ist **urheberrechtlich geschützt**. Kein Teil dieses Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung der Autoren reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

---

### Impressum:

my-opis.com  
eine Zweigniederlassung der  
Online-Patienten-Informations-Service Limited  
Teutonenweg 2  
65232 Taunusstein

Geschäftsführung und Vertrieb:  
Dipl.-Kfm. Peter Gumpert  
Teutonenweg 2  
65232 Taunusstein

Tel: 06128-487206

Steuer Nr.: 040 239 97022 Ust-IdNr.: DE253236146  
HRB Wiesbaden 22742  
Sitz der Limited in England: 69 Great Hampton Street, UK-B18 6EW Birmingham  
Registered Number: 5690062 in House of Companies Cardiff / Wales

Version: 06-09-07 06.04.2008



Folgende Bücher und CDs sind in dieser **O.P.I.S.** - Reihe bereits erschienen.  
Sie können online bestellt werden unter <http://www.online-patienten-informations-service.de>

## **Orthopädie:**

Die optimale Therapie des vorderen Kreuzbandrisses

Die optimale Therapie des hinteren Kreuzbandrisses

Die optimale Therapie des Meniskusrisses

Die optimale Therapie der Kniearthrose

Der Weg zur Knieprothese

Die optimale Therapie der Hüftarthrose

Der Weg zur Hüftprothese

Die optimale Therapie des Bandscheibenvorfalles

Die optimale Therapie von Rückenschmerzen

- Teil I Hals- und Brustwirbelsäule
- Teil II Lendenwirbelsäule
- Teil III Chronischer Rückenschmerz und Psychotherapie
- Gesamtbuch

Aktiv gegen Rückenschmerzen

Die optimale Therapie des Tennisarms

Die optimale Therapie des Hallux valgus

Die optimale Therapie des Hallux rigidus

Die optimale Therapie des Impingement – Syndroms (Schulterengpassyndrom)

Die optimale Therapie des Rotatorenmanschettenrisses

Die optimale Therapie der Tendinosis calcarea (Kalkschulter)

Die optimale Therapie des Karpaltunnelsyndroms

Die optimale Therapie des Muskelfaserrisses

Die optimale Therapie des Bänderrisses

## **Psychotherapie:**

Progressive Muskelrelaxation nach Jakobson und/oder Phantasiereisen (CD)

Die optimale Therapie der Borderline-Störung

Die Alzheimer-Erkrankung

Chronischer Rückenschmerz und Psychotherapie

## **Medizinische Pädagogik / Psychologie:**

Das ADS verstehen – meinem Kind helfen

Das ADHS verstehen – meinem Kind helfen

-----  
Solokolor – das Sudoku-Spiel in Farbe



**Anhang:** Liste zertifizierter psychologischer Schmerztherapeuten – mit freundlicher

Genehmigung von:

Prof. Dr. Harald C. Traue,  
Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Sektion Gesundheitspsychologie, Universität Ulm



# Psychologische Schmerztherapeuten/innen

(nach Postleitzahlen sortiert)

Name	Vorname	Arbeitsstelle	Strasse	PLZ	Ort	Tel	Fax	e-mail
Dumat	Wolfgang, Dipl.-Psych.	Schweizer Paraplegiker- Zentrum	Postfach	CH-6207	Nottwil	041 939 54 54		
Roth	Johannes, Dr. Dipl.-Psych.	MEDIAN Klinik Berggießhübel/ Reha-Klinik für Orthopädie	Gersdorfer Str. 5	01819	Bad Berggießhübel	035023 65767	035023 62902	<a href="mailto:roth.johannes@t-online.de">roth.johannes@t-online.de</a>
Reinshagen	Josephine, Dipl.-Psych.	Städtisches Klinikum "St. Georg" Leipzig, Klinik für Anästhesie, Intensiv- und Schmerztherapie	Delitzscher Straße 141	04129	Leipzig			<a href="mailto:reinshagena@online.de">reinshagena@online.de</a>
Kattermann	Vera, Dipl.-Psych.		Goethestr. 63	10625	Berlin	030 - 31509926		<a href="mailto:v.kattermann@nexgo.de">v.kattermann@nexgo.de</a>
Urnaier	Hilde A. , Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Ostseestr. 107	10409	Berlin	030/ 42020838		<a href="mailto:Praxis.urnaier@gmx.de">Praxis.urnaier@gmx.de</a>
Bartz	Andreas, Dipl.-Psych.	Institut für Psychologische Schmerztherapie und Psychotherapeutische Praxis	Rothenburgstr.38	12163	Berlin	030 4469360	030 4469353	<a href="mailto:ips@snafu.de">ips@snafu.de</a>
Brink	Monika, Dipl.-Psych.	Institut für Psychologische Schmerztherapie und Psychotherapeutische Praxis	Rothenburgstr. 38	12163	Berlin	030- 4469360	030- 4469353	<a href="mailto:ips@snafu.de">ips@snafu.de</a>
Conrads	Klaus, Dipl.-Psych.	Institut für Psychologische Schmerztherapie und Psychotherapeutische Praxis	Rothenburgstr.38	12163	Berlin	030 4469360	030 4469353	<a href="mailto:ips@snafu.de">ips@snafu.de</a>
Nahler	Michael, Dipl.-Psych.	Institut für Psychologische Schmerztherapie und Psychotherapeutische Praxis	Rothenburgstr. 38	12163	Berlin	030 4469360	030 4469353	<a href="mailto:ips@snafu.de">ips@snafu.de</a>
Werner	Ulf, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Puderstr.24	12435	Berlin	030 53027676	030 53027677	<a href="mailto:ulfwerner.berlin@t-online.de">ulfwerner.berlin@t-online.de</a>
Podlech	Regina, Dipl.-Psych.	Robert-Rössle-Klinik	Lindenbergweg 80	13125	Berlin			
Brombacher	Inge, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Trettachzeile7	13509	Berlin	030 4335894	030 4337366	<a href="mailto:inge.brombacher@t-online.de">inge.brombacher@t-online.de</a>
Bauch	Cornelia, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Berliner Str. 4	15306	Seelow	03346 846880	03346 886880	<a href="mailto:BauchOkunick@t-online.de">BauchOkunick@t-online.de</a>
Hartmann	Martina, Dipl.-Psych.	Fachklinik Waren (Muritz)	Auf dem Nesselberg 5	17192	Waren (Muritz)	03991 635429	03991 635426	<a href="mailto:mhartmann@ahg.de">mhartmann@ahg.de</a>
Lippke	Ingrid, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Zelckstrasse 19	18055	Rostock	0381/203 2378		<a href="mailto:ingridlippke@web.de">ingridlippke@web.de</a>
Klinger	Regine, Dr.Dipl.-Psych.	Uni Hamburg, Psych. Inst. III, Psychotherapeutische Hochschulambulanz- VT-	Von-Melle-Park-5	20146	Hamburg	040 428385374	040428386 170	<a href="mailto:rklinger@uni-hamburg.de">rklinger@uni-hamburg.de</a>
Hafenbrack	Kerstin, Dipl.-Psych.	Rückenzentrum am Michel und Psychotherapeutische Praxis	Ludwig-Erhard-Str. 18	20459	Hamburg	040 4136230	040 4136237	<a href="mailto:psych@rueckenzentrum.de">psych@rueckenzentrum.de</a>
Schneeberg-Kirchner	Sonja, Dipl.-Psych.		Oberaltenallee 36	22081	Hamburg	040- 29820306	040- 22695203	<a href="mailto:oberaltenallee@t-online.de">oberaltenallee@t-online.de</a>

## Psychologische Schmerztherapeuten/innen

(nach Postleitzahlen sortiert)

Sennhenn	Susanne, Dipl.-Psych.	Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt	Birkenweg 10	24576	Bad Bramstedt	04192- 504622	04192- 504567	<a href="mailto:ssennhenn@schoen-kliniken.de">ssennhenn@schoen-kliniken.de</a>
Matthießen-Tiefenbacher	Verena, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Wördermanns Weg 23	22527	Hamburg	040 54774726		<a href="mailto:V.Matthies@freenet.de">V.Matthies@freenet.de</a>
Tiefenbacher	Gernot, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Wördermannsweg.23	22527	Hamburg	040 5708455	040 54774726	
Hüppe	Michael, Prof.Dr. Dipl.Psych.	Universität Lübeck, Klinik für Anästhesiologie	Ratzeburger Allee 160	23538	Lübeck	0451 5006214	0451- 5003405	<a href="mailto:hueppe@mail.uni-luebeck.de">hueppe@mail.uni-luebeck.de</a>
Redegeld	Michael, Dr.phil. Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Kronsforder Alle 44-46	23560	Lübeck	0451 5021899	0451 5021897	<a href="mailto:m.redegeld@imail.de">m.redegeld@imail.de</a>
Gerber	Wolf-Dieter, Prof. Dr. Dipl.-Psych.	Universität-Ambulanz	Niemannsweg 147	24105	Kiel	0431 5972644	043159727 11	<a href="mailto:gerber@med.psych-uni-kiel.de">gerber@med.psych-uni-kiel.de</a>
Kropp	Peter, PD Dr. Dipl.- Psych.	UK-SH - Institut für Medizinische Psychologie	Diesterwegstr.10-12	24113	Kiel	0431 6594633	0431 6594639	<a href="mailto:kropp@med-psych.uni-kiel.de">kropp@med-psych.uni-kiel.de</a>
Kollhoff	Mechthild, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Rethbrook 3	24119	Kronshagen-Kiel	0431 5448850		<a href="mailto:Mechthild.Kollhoff@t-online.de">Mechthild.Kollhoff@t-online.de</a>
Friedrichs	Carola, Dipl.-Psych.		Hansaring 6a	24145	Kiel			
Teren	Kirsten, Dipl.-Psych.		Hasenmoorer Str. 18	24576	Bimöhlen			
Heidrich	Ingo, Dipl.- Psych.	Medizinisch Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt	Birkenweg 10	24576	Bad Bramstedt	04192 504625	04192 504550	<a href="mailto:IHeidrich@schoen-kliniken.de">IHeidrich@schoen-kliniken.de</a>
Krüger	Michael, Dipl.-Psych.	Medizinisch Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt	Birkenweg 10	24576	Bad Bramstedt	04192 504624	04192 504550	
Stahl	Ostlind, Dipl.-Psych.	Reha-Zentrum Gyhum und Psychotherapeutische Praxis		27404	Gyhum	04286 89994	04286 89995	<a href="mailto:ostlind.stahl@gmx.net">ostlind.stahl@gmx.net</a>
Kieseritzky	Karin, Dipl.- Psych.	Schmerztherapiezentrum Unterweser/ St. Joseph- Hospital	Wienerstr.1	27568	Bremerhaven	0471 4805356	0471 4805670	<a href="mailto:karin.kieseritzky@web.de">karin.kieseritzky@web.de</a>
Delfau	Anne-Marie, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Fuchsstr.36	29221	Celle	05141 740658	05141 908340	
Sarge	Detlef, Dipl.- Psych.	Seepark Klinik	Sebastian- Kneipp-Str.1	29389	Bad Bodenteich	05624 21214		<a href="mailto:sarge@seepark.medizin.de">sarge@seepark.medizin.de</a>
Schubert	Stephan, Dipl.-Psych.	Neuro-orthopädisches Krankenhaus und Zentrum für Rehabilitationsmedizin in Soltau	Oeninger Weg 59	29614	Soltau			<a href="mailto:schubert@soltau.medizin.de">schubert@soltau.medizin.de</a>
Claußen	Gerti, Dipl.- Psych.		Am Wörn 56	29640	Schneverdingen	05193 52383	05193 52383	<a href="mailto:gerticlaussen@freenet.de">gerticlaussen@freenet.de</a>
Kronshage	Uta, Dr. Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Bodestr.2-6	30167	Hannover	0511 1261366		
Lausch	Gertraude, Dipl.-Psych.	Salze-Reha-Klinik 1	An der Peesel 6	31162	Bad Salzdettfurth			

## Psychologische Schmerztherapeuten/innen

(nach Postleitzahlen sortiert)

Schmidt	Winfried, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Steinweg 13	32108	Bad Salzuflen	05222 363582	05222 363583	<a href="mailto:psychotherapie-ws@arcor.de">psychotherapie-ws@arcor.de</a>
Schnabel	Gabriele, Dipl.-Psych.	Wiehengebirgsklinik	Brunnenallee 3	32361	Pr. Oldendorf	05741 275446	05741 275444	<a href="mailto:gabyschnabel@wiehengebirgsklinik.de">gabyschnabel@wiehengebirgsklinik.de</a>
Nobis	Hans Günter, Dipl.-Psych.	MEDIAN-Klinikum f.Rehabil. FB Spez. Schmerztherapi	Am Brinkkamp 15	32545	Bad Oyenhausen	95731 8652954	05731 8652818	<a href="mailto:gnobis@gmx.de">gnobis@gmx.de</a>
Naumann	Hans Uwe, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Bessingerstr. 17	32547	Oyenhausen	05731 755828	05731 1569705	<a href="mailto:huwenaumann@freenet.de">huwenaumann@freenet.de</a>
Reuter	Gesa, Dipl.- Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Lange Str. 43	32756	Detmold	05231 982412	05231 982413	<a href="mailto:gesa.reuter@t-online.de">gesa.reuter@t-online.de</a>
Svoboda	Thomas, Dr. Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Nielheimer Str. 34	32839	Steinheim	05233 99297	05233 99298	
Hoffmann	Ingelore, Dipl.-Psych.		Wolfsschlucht 17	34117	Kassel			
Lorenzmeier	Barbara, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Am Brauhaus 5	35274	Kirchhain	06422 890856		<a href="mailto:Giaman@t-online.de">Giaman@t-online.de</a>
Puckhaber	Haiko, Dipl.- Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Hauptstr. 35	35435	Wettenberg bei Gieße	0641 85730	0641 960960	<a href="mailto:Puckhaber@onlinehome.de">Puckhaber@onlinehome.de</a>
Franz	Carmen, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Hospitalstr. 24	37073	Göttingen	0551 58658		<a href="mailto:carmen.e.franz.@t-online.de">carmen.e.franz.@t-online.de</a>
Wendt	Andrea, Dipl. Psych.	Schmerzambulanz Universitätsklinikum Göttingen	Robert Koch Str. 40	37075	Göttingen			
Eggebrecht	Dirk-Bodo, Dipl.-Psych.	UKG-Göttingen, Palliativstation	Robert-Koch-Str.40	37075	Göttingen	0551 399528	0551 398255	
Pfingsten	Michael, PD Dr. Dipl.- Psych.	Uni-Klinikum, Schmerzambulanz	Robert-Koch-Str.40	37075	Göttingen	0551- 398711	0551- 364164	<a href="mailto:michael.pfingsten@med.uni-goettingen.de">michael.pfingsten@med.uni-goettingen.de</a>
Kröner-Herwig	Birgit, Prof. Dr. Dipl.- Psych.	Klinische Psychologie/ Uni Göttingen	Gosslerstr. 14	37077	Göttingen	0551 393581	0551 393544	<a href="mailto:bkroene@uni-goettingen.de">bkroene@uni-goettingen.de</a>
Hansmann	Sybille, Dipl.-Psych.	Werra-Rehabilitationsklinik der BfA und Psychotherapeutische Praxis	Berliner Str. 3	37242	Bad Soden-Allendorf	05652 951544		
Stübs	Harald, Dr. Dipl.-Psych.	Weserbergland-Klinik	Güne Mühle 90	37671	Höxter	05271 982337	052719844 44	<a href="mailto:Stuebs-Hx@t-online.de">Stuebs-Hx@t-online.de</a>
Loos	Georg, Dipl.- Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Hinter den Brüdern 1	38640	Goslar	05321 304343	017013236 2234	
Loos	Constanze, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Am Schlosspark 16	38667	Bad Harzburg	05322 54600	05322 553990	
Valentin	Thomas, Dipl.-Psych.	Rheinisches Rheumazentrum	Hauptstr. 74	40668	Meerbusch-Lank	02150 917128	02150 917114	<a href="mailto:Valentin@rrz-meerbusch.de">Valentin@rrz-meerbusch.de</a>
Liersch	Günter, Dr. Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Privatpraxis	Kirchhörder Berg 21	44229	Dortmund	0231 5345757		<a href="mailto:G.Liersch@t-online.de">G.Liersch@t-online.de</a>

## Psychologische Schmerztherapeuten/innen

(nach Postleitzahlen sortiert)

Linkemann	Anne, Dr. Dipl.-Psych.		Otto-Hue-Str.7	44623	Herne			
Frettlöh	Jule, Dr. Dipl.-Psych.	Schmerzambulanz, BG-Kliniken Bergmannsheil, Uni-Klein	Bürkle de la Camp Platz 1-2	44789	Bochum	0234- 3026638	0234- 3026367	<a href="mailto:Frettlöh@anaesthesi&lt;br/&gt;a.de">Frettlöh@anaesthesi a.de</a>
Hermesen	Martha, Dipl.-Psych.	Klinik für Manuelle Therapie	Ostenallee. 83	59071	Hamm	02381	986-0	
Wolk	Birgit, Dipl.- Psych.		Vormholzerstr. 2a	58456	Witten	02302 760777		<a href="mailto:wolk@rheumazentrum&lt;br/&gt;-ruhrgebiet.de">wolk@rheumazentrum -ruhrgebiet.de</a>
Fritsche	Günther, Dr. Dipl.-Psych.	Klinikum Essen- Neurologie	Hufelandstr.55	45122	Essen	0201 723326	0201 7235939	<a href="mailto:guenther.fritsche@uni-&lt;br/&gt;essen.de">guenther.fritsche@uni- essen.de</a>
Chrzanowski	Dorothee, Dipl.-Psych.	Klinik am Hellweg, rheumatologisch- orthopädische Rehaklinik	Fernholzstr. 85	48159	Münster	0173	2700601	<a href="mailto:Dorothee.Chrzanowski&lt;br/&gt;@Saline.de">Dorothee.Chrzanowski @Saline.de</a>
Kruczek- Schumacher	Margarethe, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Aachener Str. 68	50674	Köln	0221 9521339	0221 5626588	<a href="mailto:Kruczek.Schumacher&lt;br/&gt;@freenet.de">Kruczek.Schumacher @freenet.de</a>
Dohrenbusch	Ralf, PD. Dr. Dipl.-Psych.	Psychologisches Institut der Universität Bonn	Römer Str. 164	53117	Bonn	0228/7342 38		<a href="mailto:r.dohrenbusch@uni-&lt;br/&gt;bonn.de">r.dohrenbusch@uni- bonn.de</a>
Scherler	Jobst, Dr. Dipl.-Psych.	Abt.f. Schmerztherapie u. Palliativmedizin, Mutterhaus II	Postfach 2920	54219	Trier	0651 9461640	0651 9461645	<a href="mailto:Scherlfisch@t-&lt;br/&gt;online.de">Scherlfisch@t- online.de</a>
Stephan- Hembach	Gabriele, Dr. Dipl.-Psych.	Mutterhaus der Borromäerinnen, Haus 2, Schmerzambulanz	Friedhelm-Wilhelm- Str.29	54290	Trier	0651 9461638	0651 9461645	
Golsong	Regina, Dipl.-Psych.	Orthopädische Klinik Bernkastel Median Reha-Zentrum	Kueser Plateau	54463	Bernkastel-Kues	06531 921761	06531 9719720	
Hiller	Wolfgang, Prof. Dr. Dipl.-Psych.	Johannes-Gutenberg-Uni/ Psycholog. Institut/ Abt. Klinische Psychologie	Staudingerweg 9	55099	Mainz	06131 3922344		<a href="mailto:hiller@mail.uni-&lt;br/&gt;mainz.de">hiller@mail.uni- mainz.de</a>
Klages	Ulrich, PD Dr. Dipl.- Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Südring 122	55128	Mainz	06131 366091		
Diezemann	A.,Dr. Dipl.- Psych.	DRK-Schmerz-Zentrum	Auf der Steig 14-16	55131	Mainz	06131 988550		
Dietz	Gabriele, Dipl.-Psych.	DRK-Schmerz-Zentrum	Auf der Steig 14-16	55131	Mainz	06131 98855		
Korb	Joachim, Dr. Dipl.-Psych.	DRK-Schmerz-Zentrum	Auf der Steig 14-16	55131	Mainz	06131 988550		
Nilges	Paul, Dr. Dipl.-Psych.	DRK-Schmerz-Zentrum	Auf der Steig 14-16	55131	Mainz	06131 988550		<a href="mailto:nilges@mail.uni-&lt;br/&gt;mainz.de">nilges@mail.uni- mainz.de</a>
Kappes	Renate, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Mönchswiese 25	55270	Essenheim	06136 85616	06136 996941	<a href="mailto:reante.kappes@t-&lt;br/&gt;online.de">reante.kappes@t- online.de</a>
Budde	Hans- Günter, Dr. Dipl.-Psych.	Drei-Burgen-Klinik	Zum Wacholder	55583	Bad Münster am Stein	06708 826311		
Blesius	Doris, Dipl.- Psych.		Koblenzer Str. 85	56073	Koblenz			
Puderbach	Daniela, Dipl.-Psych.	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder-Schmerzambulanz	Koblenzer Str. 11-13	56410	Montabaur	02602 122688		

# Psychologische Schmerztherapeuten/innen

(nach Postleitzahlen sortiert)

Scharfenstein	Annelie, Dr. Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Gelbachste.2	56410	Montabaur	02602 994398	02602 994399	<a href="mailto:annelie@rz-online.de">annelie@rz-online.de</a>
Glier	Barbara, Dr. Dipl.-Psych.	Fachklinik Hochsauerland	Zu den drei Buchen 2	57392	Bad Fredeburg	02974/ 730		<a href="mailto:barbara.glier@fachklinik-hochsauerland.de">barbara.glier@fachklinik-hochsauerland.de</a>
Becker	Hans- Werner, Dr.rer.nat. Dipl.-Psych.	Marienhaus Klinikum St. Josef, Schmerztagesklinik	Entengasse 4-6	57610	Bendorf	02622 708 4373		<a href="mailto:hwb.becker@t-online.de">hwb.becker@t-online.de</a>
Meyer-Laucke	Irmtraud, Dipl.-Psych.	Klinik für Manuelle Therapie	Ostenalle 83	59071	Hamm	02381 9860		
Breyer	Birgit, Dr. Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Marienstr. 4	59457	Werl	02922- 2394	02922- 82374	<a href="mailto:praxis@birgit-breyer.de">praxis@birgit-breyer.de</a>
Brockmeyer	Magdalena, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Melstestr.4	59457	Werl	02922 861258	02922 861272	
Levermann	Andrea, Dipl.-Psych.	Klinik Lindenplatz	Weslarner Straße 29	59505	Bad Sassendorf	02921- 5014361	02921- 5014310	<a href="mailto:Andrea.Levermann@saline.de">Andrea.Levermann@saline.de</a>
Reitz	Elsa, Dipl.- Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Wolfgangstr.65	60322	Frankfurt	069 56020961	069 551647	<a href="mailto:Praxis.Reitz@gmx.de">Praxis.Reitz@gmx.de</a>
Bröder	Ute, Dipl.- Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Mathildenplatz 3	64283	Darmstadt	06151- 292566	06151- 276764	<a href="mailto:ppbroeder@web.de">ppbroeder@web.de</a>
Schaeben	Wilfried, Dipl.-Psych.	Praxisgemeinschaft am Mathildenplatz	Mathildenplatz3	64283	Darmstadt	06151 2736758	06151 2736764	<a href="mailto:Wilfried.Schaben@epost.de">Wilfried.Schaben@epost.de</a>
Teschner	Anke, Dipl.- Psych.	Praxis am Mathildenplatz	Mathildenplatz 3	64283	Darmstadt	06151 296566	06151 2736764	<a href="mailto:Anke_Teschner@gmx.de">Anke_Teschner@gmx.de</a>
Wegner	Uwe, Dipl.- Psych.	Praxisgemeinschaft am Mathildenplatz	Mathildenplatz 3	64283	Darmstadt	06151 296566	06151 2736764	<a href="mailto:Uwe.Wegner@gmxpro.de">Uwe.Wegner@gmxpro.de</a>
Freienstein	Ingo, Dipl.- Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Bismarkstr. 45	64293	Darmstadt	06151- 296198	06151- 136280	<a href="mailto:Praxis-Freienstein@t-online.de">Praxis-Freienstein@t-online.de</a>
Beckmann-Fieber	Petra, Dipl.- Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Heinrichstr. 3	64342	Seeheim	06257 868118	06257 969387	<a href="mailto:Beckmannfieber@hotmail.com">Beckmannfieber@hotmail.com</a>
Kimelman	Charles, Dipl.-Psych.	Caritas Klinik St. Theresia	Rheinstr.2	66113	Saarbrücken	0681 4061906	0681 4061903	
Behrer	Ferdinand, Dipl.-Psych.	Hochwald-Kliniken		66707	Weiskirchen	06876- 173213		
Bischoff	Claus, Prof. Dr.	Psychosomatische Klinik	Kurbrunnenstr. 12	67098	Bad Dürkheim	06322- 934238		
Peters-Knäbel	Karin, Dipl.- Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Tiefenthaler Str.23	67269	Grünstadt	06359 960272	06359 840966	
Seemann	Hanne, Dipl.-Psych.	Ruprecht-Karls-Universität- Psychosom. Klinik- Abt für med. Psychologie	Bergheimer Str. 20	69115	Heidelberg	06221 568153	06221 565303	<a href="mailto:Hanne_Seemann@med.uni-heidelberg.de">Hanne_Seemann@med.uni-heidelberg.de</a>
Rudolf	Carola,	Psychotherapeutische Praxis	Goethestr. 3	69221	Dossenheim	06221	06221	<a href="mailto:Carola.Rudolf@t.onlin">Carola.Rudolf@t.onlin</a>

# Psychologische Schmerztherapeuten/innen

(nach Postleitzahlen sortiert)

	Dipl.-Psych.					861619	862918	<a href="mailto:e.de">e.de</a>
Strässer-Strobel	S., Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Am Kräherwald 181A	70193	Stuttgart	0711 6363257	0711 6363257	<a href="mailto:straesser-strobel@t-online.de">straesser-strobel@t-online.de</a>
Roth	Jürgen, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Fürststr. 11	72072	Tübingen	07071 34589		<a href="mailto:roth-tuebingen@t-online.de">roth-tuebingen@t-online.de</a>
Wendisch	Martin, Dr. Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	David von Stein Weg 26	72072	Tübingen	07472 442600	07472 442602	<a href="mailto:wendisch@tart.net">wendisch@tart.net</a>
Biewer	Hans, Dipl.-Psych.	Städtisches Klinikum Karlsruhe GmbH Schmerzambulanz und Psychotherapeutische Praxis	Moltkestr. 90	76133	Karlsruhe	0721 9741643	0721 9741639	
Preußler	Barbara, Dipl.-Psych.	Städtisches Klinikum Karlsruhe, Schmerzambulanz	Moltkestr. 90	76133	Karlsruhe	0721- 9741643		
Thometzke	Mechthild, Dipl.-Psych.	Rheumazentrum Baden-Baden KH f. Innere, Rheumat., Psychosom. und Psychotherapeut. Medizin	Rothenbachtalstr.5	76530	Baden-Baden	07221 352407	07221 352490	
Keller	Jutta, Dipl.-Psych.	Sankt Rochus Klinik	Kraichgaustr.11	76669	Bad Schönborn	07253 825220	07253 824005	<a href="mailto:jutta-keller@gmx.de">jutta-keller@gmx.de</a>
Zimmer-Albert	Christiane, Dr. Dipl.-Psych.	Institut für Psychologie der Uni Freiburg/ Klinische u. Entwicklungspsychologie	Engelbergerstr.41	79085	Freiburg i. Br.	0761 2033019	0761 2033022	<a href="mailto:zimmer@psychologie.uni-freiburg.de">zimmer@psychologie.uni-freiburg.de</a>
Ernst	Alexander, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Dreisamstr. 13	79098	Freiburg i.Br.	0761 22470	0761 22369	<a href="mailto:ernst@ernst-psych.de">ernst@ernst-psych.de</a>
Nyberg	Elisabeth, Dr. Dipl.-Psych.		Scheffelstr. 44	79102	Freiburg			
Lüking	Marianne, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Hauptstr.20	79183	Waldkirch-Kollnau	07681/493 8507	07681/493 8508	<a href="mailto:integral-lueking@t-online.de">integral-lueking@t-online.de</a>
Pielsticker	Anke, Dr. Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Tal 15	80331	München	089 334680	089 24224274	<a href="mailto:anke.pielsticker@online.de">anke.pielsticker@online.de</a>
Hotopp-Stadler	Ursula, Dipl.-Psych.	Schmerztagesklinik/ Krankenhaus München-Schwabing	Kölner Paltz1	80504	München	089 30683031	089 30683762	<a href="mailto:schmerztherapie@kms.mhn.de">schmerztherapie@kms.mhn.de</a>
Zimmermann	Robert, Dr. Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Angerlohstr.1	80997	München	089 8128394	089 8132114	<a href="mailto:drzi@aol.com">drzi@aol.com</a>
Loges	Ute, Dipl.-Psych.	KH Neuperlach, Tagesklinik f. Schmerztherapie und Psychotherapeutische Praxis	Oskar-Maria-Graf-Ring 51	81737	München	089 67942753	089 67942743	<a href="mailto:Ute.Loges@freenet.de">Ute.Loges@freenet.de</a>
Köhler	Helmut, Dr. Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Obere Stadt 60	82362	Weilheim	0881 8183	0881 8183	<a href="mailto:Dr.H.Koehler@t-online.de">Dr.H.Koehler@t-online.de</a>
Dijkstra	Jürjen, Dipl.-Psych.	Simssee Klinik GmbH, FachKH für Orthopädie/Rheumatologie	Ströbinger Str.18	83093	Bad Endorf	08053- 200576		<a href="mailto:J.Dijkstra@simssee-klinik.de">J.Dijkstra@simssee-klinik.de</a>
Mc Loughlin	Marianne, Dipl.-Psych.		Weckerlestrasse 3	83278	Traunstein			
Scholz	Werner,	Psychotherapeutische Praxis	Alpenstr.33	86159	Augsburg	0821	0821	<a href="mailto:iwscholz@aol.com">iwscholz@aol.com</a>

## Psychologische Schmerztherapeuten/innen

(nach Postleitzahlen sortiert)

	Dipl.-Psych.					577555	577505	
Duvinage-Lugubola	Gisela, Dipl.-Psych.		Äussere Buchleuthe 11	87600	Kaufbeuren			
Kuhnt	Oliver, Dipl.-Psych.		Alpenblickstr. 11	87659	Hopferau			
Staudinger	Thomas, Dipl.-Psych.		Böserscheidegg 156	88175	Scheidegg			
Hein	Thomas, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Ebnetstr.12	88239	Wangen	07522 914390	07522 914391	<a href="mailto:hein.thomas@web.de">hein.thomas@web.de</a>
Beckmann	Jutta, Dipl.-Psych.	Klinik im Hofgarten	Am Hofgarten 1	88339	Bad Waldsee	07524 707310		<a href="mailto:jbeckmann@tesionmail.de">jbeckmann@tesionmail.de</a>
Weißmann	Klaus, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Im Hasenöschle 15	88348	Bad Saulgau	07581 51345	07581 5258839	<a href="mailto:Klaus.Weissmann@epost.de">Klaus.Weissmann@epost.de</a>
Cziske	Reinhard, Dipl.-Psych.	Rheumaklinik Bad Wurzach		88405	Bad Wurzach	07564 301122	07564 301101	<a href="mailto:rsziske@wz-kliniken.de">rsziske@wz-kliniken.de</a>
Traue	Harald c., Prof.Dr. Dipl.-Psych.	Universität	Am Hochsträss 8	89081	Ulm	0731 50025615	0731 50025620	<a href="mailto:harald.traue@medizin.uni-ulm.de">harald.traue@medizin.uni-ulm.de</a>
Jungnitsch	Georg, Prof. Dr. Dipl.-Psych.	FH Regensburg	Prüfeninger Str. 58	93049	Regensburg	0941- 9431082	0941- 9431468	<a href="mailto:georgjungnitsch@t-online.de">georgjungnitsch@t-online.de</a>
Disse	Ottmar, Dipl.-Psych.	Praxis für Psychotherapie	Pfarrersteig 3	94078	Freyung	08551- 913690	08551- 913691	<a href="mailto:ottmar.disse@freyung.biz">ottmar.disse@freyung.biz</a>
Heislbetz-Hess	Maria, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Bahnhofstr.1	94315	Straubing	09421 968185	09421 85959	
Kastner	Sabine, Dipl.-Psych.		Eugen-Drechsel-Str. 8	95138	Bad Steben			
Schuchmann	Fritz, Dipl.-Psych.	Klinik Herzoghöhe	Kulmbacher Str. 103	95445	Bayreuth	0921 402307	0921 402500	<a href="mailto:Fritz.Schuchmann@a-bayreuth.de">Fritz.Schuchmann@a-bayreuth.de</a>
Schrembs	Christine, Dipl.-Psych.	Psychotherapeutische Praxis	Weinberg 18 A	96199	Zapfendorf	09547 871687	09547 871688	<a href="mailto:psychoschrembs@compuserve.de">psychoschrembs@compuserve.de</a>
Stenzel	Achim, Dipl.-Psych.	Schmerzlinik am Arkanwald	Arkanstraße	97980	Bad Mergentheim	07931 545190	07931 545131	<a href="mailto:stenzel.achim@t-online.de">stenzel.achim@t-online.de</a>