



Lernzielkatalog

„Spezielle Schmerzpsychotherapie“

Inhalte und Lernziele der Weiterbildung zur „Speziellen Schmerzpsychotherapie“

2. Auflage: 2022

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und –forschung (DGPSF)

Redaktion:

federführend für die DGPSF

Dr. Dipl.-Psych. Anke Diezemann-Pröbldorf, DRK Schmerz-Zentrum Mainz, Tagesklinik für interdisziplinäre Schmerztherapie, Auf der Steig 16, 55131 Mainz

Autoren:

Dr. med. Stefan Birtel, Praxis Dr. Schmelz, Potsdamer Str. 15, 56075 Koblenz

Dr.med Dipl.-Psych. Claus Derra, Praxis für Psychotherapie und Supervision
Rossinistraße 8, 13088 Berlin

Dr. Dipl.-Psych. Anke Diezemann-Pröbldorf
DRK Schmerz-Zentrum Mainz, Tagesklinik für interdisziplinäre Schmerztherapie, Auf der Steig 16, 55131 Mainz

Dr. Dipl.-Psych. Michael Dobe, Deutsches Kinderschmerzszentrum, Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln Universität Witten/Herdecke Dr.-Friedrich-Steiner Str. 5
45711 Datteln

Dr. Dipl.-Psych. Tobias Fehlinger, Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH,
Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160 I Haus B22 I 23538 Lübeck

Dr. Dipl.-Psych. Jule Frettlöh, Neurologische Klinik und Poliklinik
BG - Uniklinikum Bergmannsheil, Bürkle-de-la-Camp-Platz 1; 44789 Bochum

PD Dr.med. Christian Geber, DRK Schmerz-Zentrum Mainz, Auf der Steig 16, 55131 Mainz

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Tanja Hechler, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, FBR 1/ Psychologie, Universität Trier, Wissenschaftspark 15+17, 54296 Trier

Dipl.-Psych. Ingo Heidrich, Marschweg 39, 22559 Hamburg-Rissen

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Hüppe
Universität zu Lübeck, Klinik für Anästhesiologie, Ratzeburger Allee 160,
23538 Lübeck

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

Dr. med. Doris Kindler

Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil, Abteilung für Schmerztherapie, Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum

Prof. Dr. Peter Kropp, Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsmedizin Rostock, Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock

PD Dr. Dipl.-Psych. Regine Klinger, Zentrum für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Bereich Schmerzmedizin und Schmerzpsychologie, Martinistraße 52, O10, 20246 Hamburg

Almut Lehmann, Physiotherapeutin, Paracelsus-Klinik Bad Ems, Taunusalley 7-11, 56130 Bad Ems

Dipl.-Psych. Eva Liesering-Latta, Migräne- und Kopfschmerzambulanz Königstein
Ölmühlweg 31, 61462 Königstein

Dr. med. Bernd Nagel, ehemaliger Chefarzt der Tagesklinik für interdisziplinäre Schmerztherapie, DRK Schmerz-Zentrum Mainz

Dr. Dipl.-Psych. Paul Nilges, Johannes Gutenberg-Universität
Mainz, Weiterbildungsstudiengang Psychotherapie, Wallstr. 7a, 55122 Mainz

Dipl.-Psych. Hans-Günter Nobis, ehem. lfd. Psychologin der Abteilung Orthopädische Psychosomatik der MEDIAN-Klinik am Burggraben, 32105 Bad Salzuflen

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Pflingsten, ehem. lfd. Psychologin, Universität
Göttingen, Schmerztagesklinik und -ambulanz, Robert-Koch-Str.40, 37075 Göttingen

Dr. Dipl.-Psych. Anke Pielsticker
Institut für Schmerztherapie München, Tal 15, 80331 München

Dipl.-Psych. Helge Poesthorst, DRK Schmerz-Zentrum Mainz, Auf der Steig 16,
55131 Mainz

Dr.med. Tim Reck, Zentrum für Schmerzmedizin, Guido A. Zäch Strasse,
CH-6207 Nottwil

Dipl.-Psych. Eva Steffen, Christofsstraße 2, 55116 Mainz

Dipl.-Psych. Anne Willweber-Strumpf
Universität Göttingen, Schmerztagesklinik und -ambulanz, Robert-Koch-Str.40, 37075
Göttingen

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-------|
| Autoren | 2-3 |
| Inhaltsverzeichnis | 4 |
| Einleitung | 5-6 |
| Weiterbildungsordnung | 7-21 |
| Lernzielkatalog | 22 |
| Teil 1a: Verbindliche Lerninhalte: Erwachsene | 23 |
| Psychologische Grundlagen | 24-25 |
| Medizinische Grundlagen | 26-27 |
| Medizinische Schmerztherapie | 28-29 |
| Interdisziplinarität | 30-31 |
| Anamnese und Diagnostik | 32 |
| Verhaltenstherapeutische Methoden | 33-35 |
| Tiefenpsychologische Methoden | 36-37 |
| Akuter und chronischer Rückenschmerz | 38-41 |
| Kopfschmerz | 42-46 |
| Neuropathischer Schmerz | 47-50 |
| Fibromyalgiesyndrom / Rheuma | 51-54 |
| Tumorschmerz | 55-57 |
| Medikamentenabhängigkeit und -entzug | 58 |
| Physiotherapeutische Methoden | 59-60 |
| Teil 1b: Verbindliche Lerninhalte: Kinder und Jugendliche | 61 |
| Chronischer Schmerz bei Kindern und Jugendlichen | 62-65 |
| Teil 2: Fakultative Lerninhalte | 66 |
| Biofeedback | 67-68 |
| Akzeptanz- und Commitmenttherapie | 69-70 |
| Hypnose bei chronischen Schmerzen | 71-72 |
| Information und Edukation | 73-74 |

Einleitung

Chronische Schmerzen stellen ein komplexes und multidimensionales Geschehen dar, das gleichzeitig die somatische, psychische und soziale Dimension umfasst. Alle Dimensionen werden dabei als integraler Teil des Schmerzes und nicht als Folge der Nozizeption verstanden. Zwischen den einzelnen Ebenen besteht keine einfache Kausalkette. Die subjektiv erlebte schmerzbedingte Beeinträchtigung, der psychische Distress, das Schmerzverhalten und das Ausmaß der Nozizeption korrelieren nur gering. Eine Chronifizierung von Schmerzen bedeutet, dass sich das Schmerzerleben und –verhalten auf allen genannten Ebenen ausweitet und verstärkt.

Moderne Therapieansätze versuchen, ausgehend von dieser biopsychosozialen Perspektive, chronischen Schmerz multidimensional diagnostisch zu erfassen und die einzelnen Ebenen zielgerichtet therapeutisch zu beeinflussen. Behandlungsziel ist nicht nur Schmerzlinderung, sondern vor allem die Verringerung somatischer, psychischer und sozialer Funktionseinschränkungen.

Die Schmerzpsychotherapie ist eine junge, innovative und hoch spezialisierte Disziplin. Sie arbeitet mit Ärzten und anderen beteiligten Professionen wie Physiotherapeuten und Pflegekräften und Mitarbeitern von Sozialdiensten im Sinne einer patientenorientierten Versorgung zusammen.

Die Akademie für Spezielle Schmerzpsychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und –forschung bietet an vier Standorten (Bochum, Mainz, Nord und Dresden) die Fort- und Weiterbildung in Spezieller Schmerzpsychotherapie an.

Der vorliegende Lernzielkatalog enthält die Weiterbildungsordnung und –struktur, die für die Prüfung verbindlich erforderlichen Lerninhalten und die Inhalte ergänzender Seminare.

Der Lernzielkatalog dient sowohl Dozenten, Prüfern und Lernenden zur Orientierung. Darüber hinaus wird eine Vereinheitlichung der Weiterbildung und Verbesserung der Qualität und Transparenz gewährleistet.

Die vier führenden Schmerz-Fachgesellschaften haben sich auf gemeinsame Richtlinien für die Fort- und Weiterbildung in spezieller Schmerzpsychotherapie geeinigt.

Die Schmerz-Fachgesellschaften:

Deutsche Schmerzgesellschaft (früher DGSS)

Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und- forschung (DGPSF)

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) und das

Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS)

Die theoretische Weiterbildung umfasst ein Curriculum von 80 Stunden und wird über 5 Wochenenden angeboten. Der Umfang und die Inhalte des Curriculums sind den Empfehlungen der BundesPsychotherapeutenKammer (BPtK) zur Weiterbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ angepasst. Die Fort-/Weiterbildungsinhalte und – methoden betreffen Allgemeine Grundlagen (48 Stunden) und spezifische Inhalte für den Altersbereich „Erwachsene“ (32 Stunden) bzw. „Kinder und Jugendliche“ (32 Stunden)

Literatur über die Fort- und Weiterbildung

Hüppe M, Scharfenstein A, Fritsche G (2017). Fort- und Weiterbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hrsg) Schmerzpsychotherapie (8. Aufl.). Springer, Berlin, S 703-707

Weiterbildungsordnung

§ 1 Präambel

1)

Schmerz, ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, kann mit tatsächlicher oder möglicher Gewebsschädigung verknüpft sein oder wird mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben (Merskey et al. 1994). Auch die Wahrnehmung von nachweislich auf Gewebeschädigung basierenden akuten und chronischen Schmerzen unterliegt psychischen Faktoren, die wesentlichen Einfluss auf die schmerzbedingte Lebensgestaltung haben. Viele chronische Schmerzzustände basieren auf sog. neuroplastischen Lernprozessen; Gewebsschädigungen gelten dabei nicht als eigentliche Ursache der Schmerzempfindung oder sind nicht (mehr) vorhanden. Die psychologisch begründete Schmerztherapie umfasst daher Konzepte und Verfahren zur Reduktion der psychischen Ursachen und Auswirkungen von Schmerzempfindungen sowie weitere speziell auf Schmerz ausgerichtete psychotherapeutische Methoden, die neuroplastisch begründbaren Chronifizierungsprozessen entgegenwirken. Psychotherapeutische Verfahren beinhalten einen Kanon von Störungstheorien, Diagnose- und Behandlungsverfahren, der auch bei Schmerzpatient*innen anwendbar ist, soweit bei ihnen nach internationalen Klassifikationskriterien psychische Störungen bedeutsam sind. Intensive akute wie auch chronische Schmerzen führen jedoch häufig zu neuronalen und psychischen Veränderungen, die das Schmerzempfinden langfristig intensivieren und unerwünschte (dysfunktionale) psychosoziale Veränderungen nach sich ziehen. Um auch bei Patient*innen mit vorwiegend körperlichen Beschwerden die intrapsychischen und interaktionellen Aspekte ihrer Erkrankung schmerztherapeutisch zu berücksichtigen, sind im Rahmen der Schmerzpsychotherapie spezielle, interdisziplinär ausgerichtete Methoden der Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie entwickelt worden. Sie haben sich in zahlreichen wissenschaftlich kontrollierten Studien als effektiv erwiesen und ihren festen Platz in der Versorgung von Patient*innen mit ausreichend körperlich und vermutlich neuroplastisch, behavioral oder psychodynamisch begründbaren Schmerzen gefunden. Der Beitrag psychologischer Erkenntnisse zur speziellen Schmerzpsychotherapie soll zur psychotherapeutischen Arbeit mit dieser Klientel zusätzlich qualifizieren und die fachlichen Grundlagen für wissenschaftlich anerkannte Methoden vertiefen, die zur

Verhinderung von Chronifizierungsprozessen geeignet sind. Die spezielle Schmerzpsychotherapie beinhaltet die Diagnostik psychischer Merkmale, Ursachen und Auswirkungen von Schmerzempfindungen sowie die speziell auf Schmerz und seine neuroplastisch begründbaren Chronifizierungsprozesse ausgerichteten psychotherapeutischen Interventionen.

Zur Verbesserung der Versorgung von Schmerzpatient*innen durch Psychotherapeut*innen haben die Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF), die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS) und die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG) die nachfolgenden Richtlinien für die Fort-/Weiterbildung in Spezieller Schmerzpsychotherapie (SSPT) erarbeitet.

2)

Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzzustände können ebenso wie präventive Maßnahmen nur interdisziplinär erfolgen. Aus diesem Grunde wird bereits in der Fort- /Weiterbildung eine enge Kooperation zwischen den an der Schmerzbehandlung beteiligten Berufsgruppen angestrebt.

3)

Die hier beschriebene Fort-/Weiterbildung setzt eine Approbation als Psychologische*r Psychotherapeut*in bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in nach dem PsychThG oder vergleichbare Facharztweiterbildungen (Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzt*in für Psychotherapeutische Medizin und/oder Fachärzt*in für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) voraus.

4) Die Bestätigung der Fort-/Weiterbildung in psychologisch begründeter Schmerztherapie durch ein DGPSF/DGSS/DGS/DMKG-Zertifikat „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ erfolgt erst nach Abschluss der psychologischen Psychotherapieausbildung bzw. der einschlägigen Facharztweiterbildung.

§ 2 Weiterbildungsziele

1)

Ziel der Fort-/Weiterbildung ist die Erlangung der psychotherapeutischen Fachkompetenz in der Anwendung von psychologisch fundierten schmerztherapeutischen Maßnahmen. Dies setzt die Teilnahme an einem von der Prüfungskommission (§ 5) anerkannten Curriculum und die Ableistung einer praktischen Weiterbildungszeit in einer ebenfalls hierdurch anerkannten Weiterbildungsstätte voraus.

2)

Die Fort-/Weiterbildung soll Kenntnisse und Kompetenzen für eine wissenschaftlich fundierte psychologische Diagnostik und Therapie bei Patient*innen mit Schmerzen vermitteln. Weiter soll sie die Bereitschaft und Fähigkeit zur Kommunikation und Kooperation mit anderen in der Versorgung tätigen Berufsgruppen (z.B. Ärzt*innen, Psycholog*innen, Physiotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen) fördern. In die Fort-/Weiterbildung werden unterschiedliche wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren einbezogen.

3)

Die Fort-/Weiterbildung ist entweder in einem der beiden Altersbereiche „Kinder und Jugendliche“ oder „Erwachsene“ oder in beiden Altersbereichen möglich.

§ 3 Weiterbildungsstruktur

Die Fort-/Weiterbildung in Spezieller Schmerzpsychotherapie umfasst

1)

die theoretische Fort-/Weiterbildung, welche allgemeine Grundlagen (48 Stunden) sowie Module, die altersspezifisch ausgerichtet sind (32 Stunden) beinhaltet. Die Kenntnisse werden innerhalb eines insgesamt 80 Stunden umfassenden Curriculums "Spezielle Schmerzpsychotherapie; Fort-/Weiterbildung" vermittelt. Pro Tag werden maximal acht, pro Woche höchstens 40 Stunden angerechnet. Wird die Fort-

/Weiterbildung in beiden Altersbereichen absolviert, sind die spezifischen Weiterbildungsinhalte und damit insgesamt 112 (80 + 32) Stunden gefordert.

2)

die praktisch klinische Tätigkeit in der Versorgung von Schmerzpatient*innen. Diese Tätigkeit kann entweder durch Mitarbeit in oder durch enge Kooperation mit von der Prüfungskommission oder der jeweiligen Landespsychotherapeutenkammer anerkannten Einrichtungen erfolgen, die in die Versorgung von Patient*innen eingebunden sind, deren Erkrankungsbild durch chronische Schmerzen bestimmt ist oder bei deren Erkrankung der Schmerz als Folge- oder Begleiterscheinung eine wesentliche Rolle spielt. In diesen Einrichtungen soll bereits ein zur Schmerzpsychotherapie qualifizierte*r Psychotherapeut*in tätig sein. Die praktische Fort-/Weiterbildung dauert ab Beginn des Curriculums mindestens 18 Monate. Es sind mindestens 180 Behandlungsstunden unter Supervision, im Sinne einer fachkundigen Aufsicht nachzuweisen. Bei Absolvierung beider Altersbereiche sollen mindestens 270 Behandlungsstunden unter Supervision (im Sinne einer fachkundigen Aufsicht) erfolgen, in jedem Bereich mind. 90 Std. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sollen mind. 20 Std. unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen gewährleistet sein.

Es ist das gesamte Behandlungskonzept einer auf schmerztherapeutische Behandlung spezialisierten Einrichtung in Theorie und täglicher Praxis kennenzulernen. Dies kann im Rahmen einer mindestens 40 Stunden umfassenden Hospitation erfolgen (nach Möglichkeit an 5 Tagen einer Arbeitswoche). Die Hospitation kann entfallen, falls die praktische klinische Tätigkeit bereits in einer auf schmerztherapeutische Behandlung spezialisierten Einrichtung erfolgt. Die Anrechenbarkeit der klinischen Tätigkeit muss von der Prüfungskommission vorab genehmigt werden.

3)

die Durchführung und Dokumentation von klinisch-psychologischer Anamnese, Diagnostik und Behandlung chronischer Schmerzpatient*innen unter Supervision.

4)

die regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen oder Sitzungen interdisziplinär besetzter Qualitätszirkel.

§ 4 Weiterbildungsinhalte

1) An Inhalten sollen vermittelt werden:

Allgemeine Grundlagen (mindestens 48 Stunden)

Biopsychosoziales Konzept (mindestens 8 Stunden)

akute und chronische Schmerzen; psychologische Funktionen des Schmerzes, Einstellungen und Haltungen zum Schmerz; psychologische Risikofaktoren und Chronifizierungsmechanismen; Befund und Befinden; Epidemiologie von Schmerz; Wirksamkeit von Schmerzpsychotherapie

Medizinische Grundlagen (mindestens 8 Stunden)

einschließlich der funktionellen Anatomie von Schmerz und Schmerzverarbeitung; physiologische Chronifizierungsmechanismen; medizinische Diagnostik und medizinische Interventionsverfahren (invasive und nicht-invasive) von Schmerzerkrankungen; Pharmakotherapie des Schmerzes; spezielle Risiken medikamentöser Behandlung, v.a. der Opiode

Krankheitsbilder und psychotherapeutische Interventionen (mindestens 28 Stunden)

- akuter und chronischer Rückenschmerz: Symptomatik der Krankheitsbilder; störungsspezifische Krankheitsmodelle; Edukation interdisziplinäre Therapie; Pacing, quotenorientierte Belastungssteigerung und Abbau von Angst-Vermeidungsverhalten
- Kopfschmerzen: Symptomatik der Krankheitsbilder und deren Differentialdiagnostik; störungsspezifische Krankheitsmodelle; Edukation; interdisziplinäre Therapie; Triggermanagement; Biofeedback; Stressbewältigung; Rückfallprophylaxe bei Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch

- Neuropathischer Schmerz: Symptomatik der Krankheitsbilder; störungsspezifische Krankheitsmodelle; Edukation; interdisziplinäre Therapie; Stabilisierung und Aufbau von Akzeptanz; Bearbeitung des Körperbildes und Körperschemas; Abbau von Angst-Vermeidungs-verhalten; Aktivitätenaufbau; Spiegeltherapie; Resozialisierung
- Rheuma und Fibromyalgiesyndrom: Symptomatik der Krankheitsbilder; störungsspezifische Krankheitsmodelle; Edukation; interdisziplinäre Therapie; Visualisierungen; Aufbau von Akzeptanz und Achtsamkeit
- Tumorschmerz: Symptomatik der Krankheitsbilder; störungsspezifische Krankheitsmodelle; Edukation; interdisziplinäre Therapie; Krankheitsverarbeitung; Ressourcenaktivierung; Einbezug der Angehörigen; Trauerarbeit

Physiotherapeutische Methoden (4 Stunden)

Untersuchungsbefund; Edukation; Funktionsverbesserung über Ausdauertraining und Krafttraining; Mobilisationstechniken; Dehnung; physikalische Maßnahmen; unterschiedliche Techniken wie Brunkow, PNF, manuelle Therapie; Osteopathie

*Fort-/Weiterbildungsinhalte spezifisch für den Altersbereich „Erwachsene“
(mindestens 32 Stunden)*

Interdisziplinarität (mindestens 8 Stunden)

beteiligte Berufsgruppen und Besonderheiten; Ziele in unterschiedlichen Settings; Rolle der*s Schmerzpsychotherapeut*in im interdisziplinären Kontext; Organisationsformen; iatrogene und patient*innenbezogene Risikofaktoren; Medikamentenabhängigkeit: Epidemiologie; stationärer und ambulanter Medikamentenentzug; Rückfallprophylaxe

Anamnese, Diagnostik und Therapieplanung (mindestens 8 Stunden)

Schmerzpsychologische Exploration; schmerzspezifische Fragebögen; MASK-P und schmerzrelevante ICD-10- und ICD-11-Diagnosen; ICF; Fallkonzeption; Einbezug von Angehörigen; Therapieplanung und -evaluation; Besonderheiten in der Schmerztherapie bei ko-morbiden psychischen und somatischen Störungen wie z. B. Depression und Angststörungen

Verfahrensspezifische Ansätze (mindestens 16 Stunden)

verhaltenstherapeutische Konzepte und Methoden: edukative, kognitive, verhaltensbezogene sowie emotionsbezogene Interventionen; Entspannung; Imagination; psychodynamische Konzepte chronischer Schmerzen und ihrer Behandlung

Fort-/Weiterbildungsinhalte spezifisch für den Altersbereich „Kinder und Jugendliche“ (mindestens 32 Stunden)

Definition, Ätiologie, Diagnostik und Klassifikation (mindestens 8 Stunden)

Psychosoziale auslösende und aufrechterhaltende Faktoren des chronischen Schmerzes, entwicklungsbezogene Aspekte im Verständnis von Schmerzen, u. a. zur Schmerzwahrnehmung und zu elterlichen Reaktionen; Kennenlernen und Anwenden altersgerechter multimodaler Messmethoden zur Erfassung des chronischen Schmerzes; altersgerechte Klassifikationsmöglichkeiten:

- aktueller Kenntnisstand zur Schmerzwahrnehmung, -erfassung und elterlichen Reaktionen von der frühen Kindheit bis ins junge Erwachsenenalter; Ätiologie chronischer Schmerzen im Kindes- und Jugendalter und altersgerechte Psychoedukation
- multimodale Diagnostik anhand von Interviews, Fragebögen (Kind, Eltern) und Spiel-/Verhaltensbeobachtungen
- Diagnostik von komorbiden psychischen Erkrankungen
- störungsspezifische Klassifikationssysteme
- fallbasierte Anwendung des biopsychosozialen Modells, der diagnostischen Instrumente und der Klassifikation

Psychotherapeutische Interventionen (mindestens 24 Stunden)

- psychotherapeutische Interventionen entwicklungsbezogen für folgende Bereiche: Modifikation: der Störungskonzepte (z. B. Psychoedukation), der Schmerzwahrnehmung (Schmerzablenkung, Imaginationen, Schmerzdistanzierung), dysfunktionaler Kognitionen (z. B. Methoden der kognitiven Umstrukturierung), dysfunktionaler emotionaler Reaktionen (z. B.

expositionsbasierte Verfahren); schmerzbezogenen Verhaltens (z. B. Aktivierung);

- altersgerechte kognitive und schmerzakzeptanzbasierte Strategien; Besonderheiten der Anwendung von Entspannungstechniken; Besonderheiten in der Schmerztherapie bei komorbiden psychischen und somatischen Störungen, wie z. B. Depression und Angststörungen
- psychodynamische Konzepte chronischer Schmerzen und ihrer Behandlung
- Möglichkeiten der Kooperation und Delegation (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Rehabilitation, Jugendamt)
- psychotherapeutische Interventionen für die Bezugspersonen für folgende Bereiche: Besonderheiten der Eltern-Kind-Interaktion bei chronischen Schmerzen; Modifikation der elterlichen Störungskonzepte (z. B. Psychoedukation) und der dysfunktionalen elterlichen Reaktionen (z. B. spezifische Elterntrainings im Rahmen der kindlichen Therapie)
- wissenschaftliche Evidenz der psychotherapeutischen Interventionen und deren Implementierung in den klinischen Alltag

2) Behandlungsgrundsätze

Geeignet für die Fort-/Weiterbildung sind wissenschaftlich anerkannte Verfahren, die unter anderem folgende Ziele verfolgen:

Sie sollen das Verständnis eines biopsychosozialen Krankheitsmodells fördern und den Patient*innen durch Edukation für eine Spezielle Schmerzpsychotherapie öffnen und motivieren. Sie sollen zu einer Dämpfung schmerzbedingter physiologischer Hyperaktivierung beitragen. Geeignet sind autosuggestive und heterosuggestive Verfahren sowie Kombinationen derselben auch unter Einsatz technischer Hilfsmittel. Sie sollen die Aufmerksamkeitslenkung beeinflussen. Hierzu gehören z.B. Übungen zur Schmerzfokussierung und -defokussierung, imaginative und hypnotische Verfahren. Sie sollen zur Veränderung schmerz- und stressrelevanter Kognitions- und Verhaltensmuster führen. Hierzu gehören u.a. behaviorale Verfahren zur Schmerzimmunisierung und kognitiven Umstrukturierung, suggestive Verfahren, Verfahren zur Förderung von Kontrollüberzeugungen und positiven Kognitionen. Sie sollen zur Förderung des emotionalen Wohlbefindens und der positiven

Bewältigungsstrategien der Patient*innen beitragen. Hierzu gehören die emotionale Stützung bei chronischen Schmerzleiden, schmerzverstärkenden Komorbiditäten (z. B., Angst, Depression) und Kognitionen (z.B. Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit) sowie Hilfen bei der Bewältigung lebensbedrohender, von starken Schmerzen begleiteter Krankheiten.

Sie sollen der Lösung von schmerzrelevanten Problemen dienen, die sich durch äußere Bedingungen wie Partnerschaftskonflikte, Überlastung am Arbeitsplatz usw. ergeben. In diesem Zusammenhang sollen auch mögliche schmerzaufrechterhaltende Faktoren (i.S.v. Zielkonflikten) identifiziert und mit dem Patienten reflektiert werden. Sie sollen Gesundheitsverhalten fördern, Aktivitäten aufbauen und ein ausgewogenes Verhältnis von Aktivität und Regeneration ermöglichen.

Sie sollen zur Verarbeitung intrapsychischer, auch unbewusster Konflikte und dadurch ausgelöster Ängste, Selbstsicherheits- und Selbstwertprobleme beitragen.

3) Behandlungsmethoden

Hierunter sind Ansätze zu fassen, die insbesondere

- eine positive Veränderung des psychisch mitbedingten (durch psychologische Faktoren, wie z. B.: Lernmechanismen, kognitive Prozesse, Konfliktproduzierende Erfahrungen, Somatisierung), entstandenen oder aufrechterhaltenen Schmerzerlebens und -verhaltens bewirken können
- Aktivitäten fördern und den Patient*innen bei einem trotz der Behinderung ausgefüllten und aktiven Leben unterstützen
- zur Rehabilitation motivieren und der Integration eines veränderten Körperbildes in das Selbstkonzept des Patient*innen dienen
- Kompetenzen vermitteln und Schmerz verstärkende Handlungen in der sozialen Umwelt beeinflussen
- unter Berücksichtigung der Risikofaktoren für eine Suchterkrankung Hilfen bei der Schmerzmittelreduktion (einschließlich Entzugsbehandlung) vermitteln
- Fähigkeiten der Patient*innen zur Selbsthilfe und Kommunikation fördern
- zusammenfassend geeignet sind, im Rahmen eines multimodal ausgerichteten Behandlungskonzepts unter Einschluss medizinischer, physiotherapeutischer

und anderer körperorientierter wie krankenpflegerischer Verfahren wesentlich zur Schmerzreduktion beizutragen

§ 5 Organisation der Fort-/Weiterbildung

1)

Zuständig für die Organisation und Durchführung der Fort-/Weiterbildung, die Anerkennung von Curricula und schmerztherapeutischen Weiterbildungsstätten, das Führen eines weiterbildungsbegleitenden Registers (Weiterbildungsregister) sowie für die Zertifizierung ist die gemeinsame "Prüfungskommission für Spezielle Schmerzpsychotherapie". Sie wird von den folgenden Schmerz-Fachgesellschaften eingerichtet:

Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V.
(DGPSF)

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS)

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG)

Jede der beteiligten Fachgesellschaften kann zwei stimmberechtigte Mitglieder in die Prüfungskommission entsenden, welche über ein Zertifikat nach den Richtlinien verfügen sollen. Diese wählen eine*n Vorsitzende*n, die*der als weiteres stimmberechtigtes Mitglied die Beschlüsse der Kommission umsetzt. Bei Abstimmungen soll jede Fachgesellschaft mit mindestens einer Stimme vertreten sein. Beschlüsse bedürfen der Mehrheit aller Stimmabgaben, die auch schriftlich eingeholt werden können. Die Amtsdauer der Mitglieder endet mit der Benennung einer*s anderen durch die betreffende Fachgesellschaft, die des*der Vorsitzenden endet mit der Neuwahl eines*r Nachfolger*in.

Die Prüfungskommission wird sich bemühen, in ihren Beschlüssen und Änderungsvorschlägen zu den Richtlinien den einschlägigen Vorgaben der zuständigen Kammern zu folgen, ohne damit jedoch Verantwortung für eine vollständige Kompatibilität zu übernehmen.

2)

Die Vermittlung schmerzpsychotherapeutischer Kenntnisse wird nur bei Institutionen

anerkannt, die dafür von der Prüfungskommission nach diesen Richtlinien zugelassen sind.

3)

Es sollen enge Kooperationen zwischen der Institution und schmerztherapeutischen Einrichtungen oder Schmerzzentren sowie eine Anbindung an eine wissenschaftliche Institution (z. B. Universität) stattfinden, die Lehre und Forschung in den Fächern Klinische bzw. Medizinische Psychologie, Psychosomatik oder Psychotherapie betreiben.

4)

Die kostenpflichtige Anerkennung des Curriculums ist von den jeweiligen Ausrichtern jährlich und mindesten drei Monate vor Beginn bei der gemeinsamen Prüfungskommission für Spezielle Schmerzpsychotherapie zu beantragen.

5)

Ein Wechsel zwischen den Curricula verschiedener Institutionen ist nur nach Genehmigung durch die Prüfungskommission möglich.

6)

Die Zertifizierung der Fort-/Weiterbildung setzt den Nachweis einer Approbation als Psychologischer Psychotherapeut*in oder einer vergleichbaren fachärztlichen Weiterbildung voraus (vgl. §1 (3)).

7)

Das Curriculum kann auch ohne abschließende Zertifizierung der Fort-/Weiterbildung besucht werden. In diesem Fall wird keine Approbation bzw. Facharztweiterbildung vorausgesetzt.

8)

Die notwendigen praktischen Kenntnisse können nur in Einrichtungen erworben werden, die regelhaft in die Versorgung von Patient*innen mit chronischen Schmerzen einbezogen sind und diesen Richtlinien entsprechen.

Es ist zu gewährleisten, dass die Fort-/Weiterbildungsteilnehmer*innen für die Behandlung von Patient*innen mit Schmerzen über ein breites Spektrum von krankheitswertigen Störungen, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist, eingehende Kenntnisse und Erfahrungen erwerben können.

In den Institutionen müssen von den Fachgesellschaften anerkannte Psychotherapeut*innen bzw. Fachärzt*innen mit dem Zertifikat „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ tätig sein. Ausnahmen können nur von der Prüfungskommission genehmigt werden.

9)

Die Fort-/Weiterbildung sollte ab Beginn des Curriculums innerhalb von 6 Jahren abgeschlossen werden.

§6 Bestätigung erfolgreicher Fort- /Weiterbildung

Der erfolgreiche Abschluss der Fort-/Weiterbildung in spezieller Schmerzpsychotherapie wird durch das Zertifikat bescheinigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

1)

Nachweis der Approbation als psychologische*r Psychotherapeut*in bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in bzw. des Abschlusses einer einschlägigen Fachärzt*innen Weiterbildung (vgl. §1 (3)).

2)

Nachweis über die Teilnahme an Lehrveranstaltungen eines nach diesen Richtlinien von der Prüfungskommission vorab akkreditierten und regelgerecht durchgeführten Curriculums zur Speziellen Schmerzpsychotherapie in einem Umfang von mindestens 80 Stunden bei Fort- /Weiterbildung in einem Altersbereich. Bei der Fort-/Weiterbildung in beiden Altersbereichen sind mindestens 112 Stunden nachzuweisen.

3)

Nachweis von mindestens 18 Monaten klinisch-psychologischer Tätigkeit mit Schmerzpatient*innen an einer von der Prüfungskommission anerkannten Weiterbildungsstätte mit Bestätigung von mindestens 180 Behandlungsstunden aus dem entsprechenden Altersbereich, bzw. 270 Stunden im Falle beider Altersbereiche entsprechend §1 (2). Die geforderten Behandlungsstunden müssen unter Supervision, im Sinne einer fachkundigen Aufsicht, durchgeführt werden.

4)

Nachweis von mindestens 40 Stunden Hospitation in einer auf schmerztherapeutische Behandlung spezialisierten Einrichtung. Kann auf Antrag entfallen entsprechend §3 (2).

5)

Bei Fort-/Weiterbildung in einem Altersbereich sind 6 supervidierte (s.u. Punkt 7) klinischpsychologische Fälle mit Schmerz als Behandlungsschwerpunkt (über min. 5 Sitzungen) zu dokumentieren. Mindestens 4 der 6 Fälle müssen sich auf Einzeltherapien beziehen. Mindestens jede 10. Sitzung sollte supervidiert sein. Bei Fort-/Weiterbildung in beiden Altersbereichen sind 8 klinisch-psychologische Fälle mit Schmerz als Behandlungsschwerpunkt (4 in jedem Altersbereich) zu dokumentieren. Werden beide Altersbereiche absolviert, müssen mind. 38 Std. supervidiert sein (s. Punkt 7).

Die Falldokumentationen sollen unterschiedliche Schmerzstörungsbilder repräsentieren und folgende Punkte enthalten: Anamnese, Krankheitsentwicklung, psychischer Befund mit schmerzspezifischer Testdiagnostik u.a.m., relevante somatische Befunde, Verhaltensanalyse/Psychodynamik, Diagnosen, Therapieziele, Behandlungsplan, Prognose, Therapieverlauf und Behandlungsergebnisse, Kurzreflexion aus schmerzpsychotherapeutischer Sicht.

Die Prüfungskommission behält sich das Recht vor, unzureichende Falldokumentationen mit der Auflage zur Überarbeitung zurückzuweisen. Die Einreichung der Überarbeitungen soll innerhalb von sechs Monaten erfolgen.

6)

Nachweis über Teilnahme an mindestens 12 interdisziplinären Schmerzkonferenzen oder Sitzungen interdisziplinär besetzter Qualitätszirkel (drei Fachdisziplinen: Ärzt*in, Psychotherapeut*in, Physiotherapeut*in oder anderer Gesundheitsfachberuf).

7)

Nachweis über mindestens 25 Stunden fallbezogene Supervision (à 45 Minuten) im Rahmen klinisch-psychologischer Tätigkeit mit Schmerzpatient*innen.

Wird die Fort-/Weiterbildung in beiden Altersbereichen absolviert, so müssen insgesamt 38 Stunden Supervision nachgewiesen werden.

Supervisor*innen müssen von der Prüfungskommission anerkannt sein.

Voraussetzung ist der Nachweis einer mindestens 3-jährigen Tätigkeit im Schmerzbereich nach Erlangen des SSPT-Zertifikats. In Ausnahmefällen können auch Psychologische Psychotherapeut*innen oder ärztliche Psychotherapeut*innen zugelassen werden, die durch eine Ärzte- oder Psychotherapeutenkammer oder ein Lehrinstitut als Supervisor*innen anerkannt sind und über Erfahrung im Bereich der Schmerztherapie verfügen.

Mindestens ein Drittel der Supervisionsstunden müssen jedoch bei Supervisor*innen mit SSPT-Zertifikat erfolgen.

8)

Nachweis über die Einzahlung der Zertifizierungsgebühr.

9)

Die Begutachtung des Zertifizierungsantrags durch die Prüfungskommission soll innerhalb von 3 Monaten erfolgen, die Vollständigkeit und Korrektheit der eingereichten Nachweise vorausgesetzt. Sollte eine Überarbeitung und damit eine weitere Begutachtung notwendig werden (s. Punkt 5) kann sich der Zertifizierungsprozess verlängern.

10)

Gegen Entscheidungen der Prüfungskommission kann innerhalb von vier Wochen nach Zustellung eines schriftlichen Bescheids schriftlicher Widerspruch eingelegt

werden. Kommt es zu keiner Einigung, sind die Beschwerdeführer an ihre Kammer zu verweisen.

§ 7 In Kraft treten und Übergangsbestimmungen

1)

Die Novellierung dieser Richtlinien tritt am 03.09.2020 in Kraft.

2)

Wurde vor Inkrafttreten dieser Richtlinie bereits mit der Fort-/Weiterbildung begonnen, werden Nachweise der praktischen klinischen Tätigkeit nach den vorherigen Richtlinien für einen Zeitraum von maximal 6 Jahren nach Beschluss der Prüfungskommission vom 26.11.2018 anerkannt.

3)

Zukünftige Änderungen der Richtlinien werden von der „gemeinsamen Prüfungskommission“ vorbereitet und nach Zustimmung durch die Präsidien der beteiligten Fachgesellschaften bekannt gemacht.

Lernzielkatalog

Der Lernzielkatalog beschreibt die zum Abschluss der Weiterbildung erforderlichen Kenntnisse und Kompetenzen (Wissen, Fertigkeiten, Haltungen) und die zu dem jeweiligen Thema empfohlene Literatur.

Lernziele sind

1. Theoretisches Wissen (Medizinische und psychologische Grundlagen, Modelle, Entwicklung, Chronifizierungsmechanismen, Krankheitsbilder, Epidemiologie, Symptomatik, Diagnostik und medizinische und psychologische Therapie)
2. Fertigkeiten (Anwendung von diagnostischen Methoden, Unterscheidung von Differentialindikationen der Behandlung, Anwendung von therapeutischen Verfahren).

Teil 1 des Lernzielkatalogs beinhaltet die für die Abschlussprüfung verbindlich erforderlichen Lerninhalte.

Teil 2 beschreibt vertiefend weitere ergänzende, fakultative Inhalte der Speziellen Schmerzpsychotherapie.

Teil 1a: Verbindliche Lerninhalte Erwachsene

Psychologische Grundlagen (ca. 8 Stunden)
(M. Hüppe & P. Nilges, überarbeitet von P. Nilges)

| | | |
|---|--|--|
| 1 | <p>Konzept Schmerz: Bedeutung, Diagnose, Behandlung (Bio-psycho-soziales Modell)</p> | <p>Von Descartes über Melzack/Wall zur Neurobiologie: Schmerzkonzepte und Bedeutung von Schmerz im Zeitverlauf; Beecher, Melzack/Wall Gate-Control; Neurobiologie (Apkarian)</p> <p>Definitionen Schmerz nach der IASP: Aktuelle Version und Erläuterungen</p> <p>Akutschmerz und chronischer Schmerz; Gemeinsamkeiten, Unterschiede, diagnostische Strategien und psychologische Interventionen</p> <p>Befund und Befinden: Reliabilität und Validität medizinischer Diagnostik, und intervent. Behandlungen Über-, Unter- und Fehldiagnostik, Folgen für Patienten</p> <p>Kontextabhängigkeit von Schmerz; Placebo- und Nocebo-Effekt: Entstehung und Aufrechterhaltung über Erwartung und Konditionierung; praktische Implikationen: wie kann der Placeboeffekt in der Schmerztherapie genutzt werden?</p> <p>Neurobiologische Grundlagen: Von der Nozizeption zu Schmerz; Schmerz als „Produkt“ des Gehirns; Kontextfaktoren; Lernen als neuroplastischer Prozess</p> <p>Schmerz und Psyche: "Besonderheiten" chronischer Schmerzen in der Beziehung zwischen Patienten und Behandlern entstehen (Hilflosigkeit, Misstrauen, Erfolgsdruck), Schmerzmessung (NRS, VAS) als kritische „Schnittstelle“ zwischen Patient und Behandler; Typische Probleme und Konflikte.</p> <p>Schmerz in der Patientenversorgung: Sozialrechtlicher Kontext, OPS, DRGs, Aus-/Weiter-/Fortbildung</p> |
| 2 | <p>Schmerzchronifizierung : Prozess und Diagnostik</p> | <p>Psychosoziale Mechanismen und Einflussfaktoren der Schmerzchronifizierung: Emotion, Kognition, Verhalten – Iatrogene Faktoren, sozialer Kontext von Schmerz-Zielkonflikte- Lernprozesse (klass. Und operantes Lernen, Lernen am Modell)</p> <p>Diagnostik von Chronifizierung: Grading-Konzepte (Beispiel: von Korff) Staging-Konzepte (Beispiele: MPSS; Amplifikationsmodell), Chronifizierung nach Operationen (Häufigkeit postoperativer Schmerzen)</p> |

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| | | Wandel psychologischer Schmerzdiagnosen: Vom ‚Psychogenen‘ Schmerz zur ICD11 |
| 3 | Epidemiologie chronischer Schmerzen | Prävalenz und Inzidenz Schmerz und Geschlecht; Epidemiologische und experimentelle Studien Schmerz und Lebenszufriedenheit (Gesundheitssurvey) |
| 4 | Wirksamkeit von Schmerzpsychotherapie | Basis-Konzepte der Schmerzpsychotherapie, (die 3 Wellen) Wirksamkeits- und Erfolgsparameter Ausgewählte Metaanalysen und ihre Kennwerte |
| 5 | Literatur | Baliki MN, Apkarian AV. Nociception, pain, negative moods, and behavior selection. <i>Neuron</i> 2015; 87: 474-491. Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R et al. Schmerzpsychotherapie. 8. Aufl. Aufl. Berlin: Springer; 2017. McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? <i>Pain</i> , 105 (1-2), 197-204 Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: A new theory. <i>Science</i> 1965; 150: 971-979. Steingrimsdottir, O. A., Landmark, T., Macfarlane, G. J., & Nielsen, C. S. (2017). Defining chronic pain in epidemiological studies: a systematic review and meta-analysis. <i>Pain</i> , 158(11), 2092-2107 |

**Medizinische Grundlagen, spezifische Krankheitsbilder (ca. 4 Stunden)
(B. Nagel, T. Reck, D. Kindler,
zuletzt überarbeitet von T. Reck, B. Nagel)**

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie des Schmerzsystems | <p>Neurophysiologische Grundlagen</p> <p>Reizleitungssystem</p> <p>Nozizeptoren, Nozizeption</p> <p>Klassifizierung von Nervenfasern</p> <p>Periphere und zentrale Sensibilisierung</p> <p>Klassifizierung von Schmerzen</p> <p>Akut versus chronisch</p> <p>Nozizeptiver Schmerz, incl. viszeraler Schmerz und Schmerz bei Durchblutungsstörungen)</p> <p>Neuropathischer Schmerz inklusive Graduierungssystem</p> <p>Noziplastischer Schmerz</p> |
| 2 | Grundlegende medizinisch-diagnostische Verfahren | <p>Allgemeine medizinische Anamnese (u.a. Risikofaktoren, somatische Funktionskapazität)</p> <p>Spezielle medizinische Schmerzanamnese (u.a. Lokalisation - Schmerzzeichnung, Dauer, Qualität, Intensität, Auslöser, Verstärker)</p> <p>Medikamentenanamnese</p> <p>Messinstrumente, Ratingskalen</p> <p>Körperliche Untersuchung (insb. orthopädisch und neurologisch)</p> <p>Wesentliche Laborparameter</p> <p>Möglichkeiten und Grenzen der Bildgebung (Röntgen, CT, MRT, Szintigraphie)</p> |
| 3 | Akutschmerz/ Chronischer Schmerz | <p>Abgrenzung des Akutschmerzes gegen den chronischen Schmerz inklusive Prozess der Chronifizierung (Chronifizierungsmodell nach Main und Spanswick)</p> |
| 3 | Spezifische Krankheitsbilder, die nicht in einem eigenständigen | <p>Schmerzen bei Patienten mit Querschnittlähmung</p> <p>Viszerale Schmerzen</p> |

| | | |
|---|-------------------------------|--|
| | Modulblock vorgestellt werden | <p>Besonderheiten der Schmerztherapie im Alter</p> <p>Symptomatik</p> <p>Behandlungsstrategien</p> |
| 4 | Literatur | <p>Kieselbach, Wirz , Schenk (Hrsg.); 1. Auflage 3.Quartal 2021; Multimodale Schmerztherapie, ein Praxislehrbuch</p> <p>Tewes U, Schedlowski M (2017). Neuroendokrinologie und Neuroimmunologie. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. Schmerzpsychotherapie (8. Aufl.). Berlin: Springer</p> <p>Zenz M, Jurna I (2001). Lehrbuch der Schmerztherapie, 2. Auflage, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart</p> |

Medizinische Schmerztherapie (ca. 4 Stunden)
(T.Reck , D. Kindler,
zuletzt überarbeitet von T. Reck, B. Nagel)

Medikamentöse Schmerztherapie

| | | |
|---|--|--|
| 1 | Grundlagen der medikamentösen Therapie | Allgemeine Regeln im Umgang mit Analgetika und deren Risiken |
| 2 | Einteilung und Wirkweise der Medikamente | WHO – Stufenschema Nichtopioide Opioide der Stufe II Opioide der Stufe III Koanalgetika: Antidepressiva, Antikonvulsiva, Muskelrelaxantien |
| 3 | Allgemeines | Indikationen für den Einsatz der verschiedenen Medikamente und Kombinationen Kontraindikationen Nebenwirkungen Therapieplanung Therapieüberwachung AWMF Leitlinie (LONTS) |
| 4 | Spezielle Risiken der Opioide | Toleranz, physische und psychische Abhängigkeit, Sucht, Fehlgebrauch Opioinduzierte Hyperalgesie |
| 5 | Entzug | Medizinische Therapie Vorgehen/Besonderheiten bei den verschiedenen Wirkstoffgruppen bei medikamenteninduzierten Kopfschmerz, Opioidentzug etc. Abgrenzung ambulantes vs. stationäres Vorgehen |

Diagnostische und therapeutische Lokalanästhesie

| | | |
|---|------------|--|
| 6 | Einteilung | Kennen der wichtigsten Formen der TLA wie Infiltration, Injektion, Nervenblockaden, Plexusanästhesie, Rückenmarksnahe Verfahren, Sympathikusblockaden, |
|---|------------|--|

| | | |
|---|-------------------------------|---|
| | | Oberflächenanästhesien, intrathekale Anästhesie und Medikation |
| 7 | Allgemeines | Indikationen, Kontraindikationen Risiken, mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen Stellenwert in einem multimodalen Behandlungskonzept Planung, Durchführung und Nachkontrolle |
| Weitere nicht-invasive medizinische Schmerztherapien | | |
| 8 | Akupunktur | Indikationen, Kontraindikationen Behandlungskonzepte Stellenwert in der multimodalen Behandlung |
| 9 | Transcutane Nervenstimulation | Wirkweise Indikationen, Kontraindikation Stellenwert in der multimodalen Behandlung |
| Invasive Schmerztherapien | | |
| 10 | SCS | Wirkweise Indikationen, Kontraindikationen AWMF Leitlinie zu Epiduraler Rückenmarkstimulation |
| 11 | Literatur | Diener HC, Maier C (2009). Die Schmerztherapie – Interdisziplinäre Diagnose- und Behandlungsstrategien (3. Aufl.). München: Urban & Fischer Verlag. Zenz M, Jurna I (2001). Lehrbuch der Schmerztherapie, 2. Auflage, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart AWMF online. Leitlinie Langzeitanwendung von Opioiden bei nichtumorbedingten Schmerzen (LONTS) http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF AWMF online. Leitlinie Epidurale Rückenmarkstimulation zur Therapie chronischer Schmerzen http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF |

| Interdisziplinarität (ca. 2 Stunden) (R. Klinger) | | |
|--|--|--|
| 1 | Definition und Ziele | Abgrenzung von Multidisziplinarität und Konsiliarwesen Krankheits-Verständnis / bio-psycho-soziales Krankheitsmodell wissenschaftliche Evidenz |
| 2 | Beteiligte Berufsgruppen und ihre Besonderheiten | Psychologen, Ärzte versch. Fachrichtungen, Physio- und Ergotherapeuten, Pflegepersonal, Mitarbeiter v. Sozialdiensten Zeitpunkt der Kooperation (Diagnostik, Therapie) bei unterschiedlichen Schmerz-Erkrankungen |
| 3 | Rolle/ Aufgaben der Schmerzpsychotherapeuten im interdisziplinären Kontext | Diagnostik und Therapie bei komorbiden Erkrankungen Psychologische Aspekte der Betrachtung des Patienten in die Interdisziplinäre Zusammenarbeit einbringen interdisziplinäre Denkweise und Handlungskompetenz im multimodalen Behandlungs-Ansatz Vermittlung einer gegenseitigen, die jeweilige Fachdisziplin respektierenden interaktionellen Haltung |
| 4 | Formen der Zusammenarbeit | Verschiedene Settings (ambulant, tagesklinisch, stationär) und Behandlungsformen (Einzel, Gruppe) Aufgabenteilung bzw. gegenseitiger Bezug Möglichkeiten und Grenzen |
| 5 | Probleme der Zusammenarbeit | Überschneidungen der einzelnen Berufsgruppen mangelnde Bereitschaft und mangelnde Kompetenz Kompetenzüberschreitungen und Zuständigkeit unterschiedliches Krankheitsbild bzw. bio-psycho-soziales Verständnis |
| 6 | Organisationsformen | Interdisziplinäre Teamsitzungen Schmerzkonferenzen mit interdisziplinären Fallvorstellungen Klinikkonferenzen |

| | | |
|---|-----------|--|
| 7 | Literatur | Kröner-Herwig B, Frettlöh J (2016). Behandlung chronischer Schmerzsyndrome: Plädoyer für einen multiprofessioneller Therapieansatz. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. Schmerzpsychotherapie (8. Aufl.). Berlin: Springer |
|---|-----------|--|

Anamnese und Diagnostik (ca. 8 Stunden)
A. Diezemann, P. Nilges
(zuletzt überarbeitet von A. Diezemann-Pröbldorf, H. Poesthorst)

| | | |
|---|---------------------|---|
| 1 | Erstkontakt | <p>Umgang mit Motivationsproblemen</p> <p>Günstige Formen der Kontaktaufnahme</p> |
| 2 | Themen der Anamnese | <p>Wesentliche Aspekte der speziellen Schmerzanamnese wie Krankheitsentwicklung, Einflussfaktoren, Modell des Patienten, Beeinträchtigungen, vorhandenes Schmerzbewältigungsrepertoire etc.</p> <p>Diagnostik des Schmerzverhaltens und –erlebens auf emotionaler, kognitiver, behavioraler und körperlicher Ebene</p> <p>Wesentlich Aspekte der allgemeinen biographischen Anamnese, Verhaltensbeobachtung, Persönlichkeit im Zusammenhang mit dem Schmerz</p> |
| 3 | Diagnostik | <p>Kennen der wichtigsten schmerzspezifischen Fragebögen (PDI, SF36, SF 12, FABQ, FESV, CPAQ, ADS, HADS, FF-STABS)</p> <p>Anwendung von MASK P</p> <p>Anwendung der „Photos of Daily Activities“ (Phoda) zur Exploration der Angsthierarchie</p> <p>Zweck, Anwendung, Grenzen von Schmerztagebüchern</p> |
| 4 | Diagnosen | <p>Kennen der diagnostischen Kriterien und Abgrenzen der verschiedenen schmerzrelevanten F-Diagnosen</p> <p>ICD 10 – ICD 11</p> |
| 5 | Literatur | <p>Nilges P, Diezemann A (2016). Schmerzanamnese. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. Schmerzpsychotherapie (8. Aufl.). Berlin: Springer</p> <p>Kröner-Herwig B & Lautenbacher S (2016). Schmerzmessung und klinische Schmerzdiagnostik. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. Schmerzpsychotherapie (8. Aufl.). Berlin: Springer</p> <p>Klinger R et al. (2016). Die Multiaxiale Schmerzklassifikation (MASK) Band 1: Psychosoziale Dimension – MASK-P. (2. Auflage). Hamburg: Deutscher Schmerzverlag</p> |

| Verhaltenstherapeutische Methoden (ca. 8 Stunden) Diezemann, J. Frettlöh (überarbeitet von A. Diezemann-Prößdorf) | | |
|--|---|---|
| 1 | Edukation | <p>Inhalte der Edukation (bio-psycho-soziales Krankheitsmodell, Unterschiede zwischen akutem und chronischem Schmerz, Interdisziplinarität,</p> <p>Realistische Zielsetzung von Schmerztherapie, Schmerzverarbeitung – Einflussfaktoren, verstärkende und hemmende Mechanismen</p> <p>Methoden der Vermittlung</p> |
| 2 | Symptom- vs. problemorientiertes Vorgehen | <p>Unterscheidung der Vorgehensweise</p> <p>Differentielle Indikation</p> <p>Setting bedingte Begrenzungen (Limitierungen)</p> |
| 3 | Abbau von Fear Avoidance | <p>Erarbeiten eines Krankheitsmodells</p> <p>Planung und Durchführung von Expositionen</p> |
| 4 | Entspannung/ Imaginationen | <p>Vorgehen bei der Modellvermittlung</p> <p>Besonderheiten der Anwendung von Entspannungstechniken</p> <p>Einsatz verschiedener Techniken nach differentieller Indikation, Krankheitsbild z.B. AT-Übung, Atemtechniken, PMR, Imagination zur Reizabschirmung, Handerwärmung, muskuläre Entspannung und Verbesserung der Körperwahrnehmung etc.</p> <p>Vermittlung von imaginativen Techniken zur Entspannung und Schmerzdistanzierung</p> <p>Umgang mit Problemen beim Training im häuslichen Umfeld</p> |
| 6 | Biofeedback | <p>Vermittlung von Zielsetzung von Wirkmechanismen</p> <p>Anwendungsmöglichkeiten bei verschiedenen Krankheitsbildern</p> <p>Anforderungen an die technische Ausstattung</p> |

| | | |
|----|--|---|
| 7 | Balancierung bzw. Regulierung von Ruhe und Aktivität | <p>Vorgehen beim Abbau von dysfunktionalem Durchhalten</p> <p>Probleme beim Aufbau angemessener Aktivitäten</p> <p>Erstellung von Quotenpläne zur Belastungsdosierung</p> <p>Planung bzw. Gestaltung von Entlastungszeiten</p> |
| 8 | Verhaltensanalyse | <p>Schmerztherapeutische Besonderheiten bei der Durchführung der vertikalen und horizontalen Verhaltensanalyse</p> <p>Vorgehen bei der Erarbeitung von alternativen Verhaltensweisen mit dem Patienten</p> |
| 9 | Akzeptanz | <p>Aufbau von Schmerz- und Krankheitsakzeptanz</p> <p>Auseinandersetzung mit dem Selbstbild</p> <p>Aufbau von realistischen Zielen</p> <p>Aufbau von flexiblem Verhalten trotz Schmerz</p> <p>Förderung der Achtsamkeit</p> |
| 10 | Kognitive Methoden | <p>Vermittlung von kognitiven Strategien zum Umgang mit belastenden Emotionen</p> <p>Grundhaltung zu Krankheit und Gesundheit (Metakognitionen)</p> <p>Um- bzw. Ablenkungsstrategien</p> <p>Grenzen der kognitiven Methoden</p> |
| 11 | Operante Aspekte | <p>Aufrechterhaltende operante Faktoren</p> <p>Schmerzzinkontingentes Verhalten z.B. mit Quotenplan</p> <p>Grenzen des operanten Modells</p> <p>Umgang mit Zielkonflikten</p> |
| 12 | Literatur | <p>Dahl J, Wilson KG, Luciano C. (2005). Acceptance and Commitment Therapy for chronic Pain. Context Press.</p> <p>Fiedler P (1995). Verhaltenstherapie in Gruppen - Grundkonzepte und Perspektiven. Psychotherapeut, 40, 43-50.</p> <p>Frettlöh J, Hermann C (2016). Kognitiv-behaviorale Therapie. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. &</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Nilges, P. Schmerzpsychotherapie, (8. Auflage), Berlin: Springer Verlag.</p> <p>Frettlöh J (1999). Einzel- und Gruppentherapie in der Behandlung chronischer Schmerzen – Gibt es Effektivitätsunterschiede? Zeitschrift für Klinische Psychologie, 28 (4), 256-266. Göttingen: Hogrefe.</p> <p>Glier B (2002). Chronischen Schmerz bewältigen. Leben lernen 153, Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.</p> <p>Lücking M & Martin A (2016). Entspannung, Imagination und Biofeedback. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. Psychologische Schmerztherapie, (8. Auflage) Berlin: Springer Verlag.</p> <p>Nilges P & Diezemann A (2018). Chronischer Schmerz-Konzepte, Diagnostik und Behandlung. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 30 (2): 167-186.</p> |
|--|--|

| Tiefenpsychologische Methoden (ca. 8 Stunden) (C. Derra, zuletzt überarbeitet von C.Derra) | | |
|---|--|--|
| 1 | Grundkonzepte | Konzepte der psychischen, insbesondere der emotionalen Entwicklung <ul style="list-style-type: none"> - Kindheitsbelastung und Schutzfaktoren - Sicheres und unsicheres Bindungsverhalten - Abwehrmechanismen/Krankheitsbewältigung - Lebensereignisse Übertragung/Gegenübertragung |
| 2 | Psychodynamische Erklärungsprinzipien zur Entstehung von Schmerz | Pain prone personality (G.C.Engel) Modelle der Symptombildung <ul style="list-style-type: none"> - Narzistische Dynamik - Konversion - Somatisierung - Lernvorgänge |
| 3 | Diagnostik | Besonderheiten der tiefenpsychologischen biographischen Anamnese Bedeutung von Bindungsverhalten Diagnostik mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) <ul style="list-style-type: none"> - Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen - Beziehung - Konflikt - Struktur Syndromebene (ICD 10) |
| 4 | Psychodynamische Therapieansätze bei | Indikation, Kontraindikation |

| | | |
|---|-----------|--|
| | Schmerz | <p>Behandlungsprinzipien, Setting</p> <p>Notwendige Modifikationen der Einzel- und Gruppentherapie</p> <p>Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung</p> <p>Einbindung in einen interdisziplinären Therapieplan</p> |
| 5 | Literatur | <p>Egle U, Hoffmann S, Lehmann K, Nix W(2003). Handbuch Chronischer Schmerz, Schattauer Stuttgart</p> <p>Arbeitskreis OPD (2004). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – OPD Grundlagen und Manual, Huber Verlag, Bern</p> <p>Gerlach G, Senf W (2016) Psychodynamische Psychotherapie bei chronischen Schmerzen. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. Schmerzpsychotherapie (8. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer</p> |

Akuter und chronischer Rückenschmerz (ca. 8 Stunden)
(R. Klinger, B. Nagel
zuletzt überarbeitet von B. Nagel, H. Poesthorst, A. Diezemann-Pröbldorf)

Medizinische Grundlagen und Behandlung

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Epidemiologie | <p>Häufigkeit</p> <p>Soziodemographische Einflüsse</p> <p>Gesundheitsökonomische Bedeutung</p> |
| 2 | Anatomische Grundlagen / Biomechanik der WS | <p>Struktureller Aufbau der Wirbelsäule</p> <p>Nervale Strukturen</p> <p>Ligamente, Bänder, Faszien</p> <p>Globales und lokales muskuläres System</p> <p>Haltung, Stabilisation der WS</p> <p>Tiefenstabilität</p> |
| 3 | Diagnostik | <p>Spezielle Schmerzanamnese (Lokalisation, Schmerzzeichnung, Schmerzcharakteristik, Dauer, Intensität, Auslöser, Verstärker, Begleitsymptome)</p> <p>Schmerzchronifizierung (MPSS)</p> <p>Allgemeine medizinische Anamnese</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risikofaktoren - somatische Funktionskapazität <p>Medikamentenanamnese</p> <p>Körperliche Untersuchung (orthopädisch, incl. Manueller Diagnostik, neurologisch, orientierend internistisch)</p> <p>Warnhinweise für eine ernsthafte Erkrankung (Red flags)</p> <p>Stellenwert bildgebender Verfahren</p> <p>Weiterführende diagnostische Maßnahmen (Neurophysiologie, Laboruntersuchungen)</p> <p>Interdisziplinäres Assessment</p> |

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| 4 | Pathophysiologie Differentialdiagnosen | <p>Spezifische WS-Erkrankungen u.a.: Spondylolisthese, Skoliose, Osteoporose, Spondylodiszitis, Radikulopathien (diskogen, knöchern), aktivierte Osteochondrosen, Spinalkanalstenosen, extravertebrale Ursachen (Becken, Abdomen, Tumore)</p> <p>Nicht-Spezifische Rückenschmerzen u.a. muskuläre Dysbalancen, Verkürzungen, Abschwächungen, Fehlhaltung, Verspannung, Koordinationsstörungen, mangelnde (Tiefen-) Stabilität, Bänderinsuffizienz</p> |
| 5 | Therapie | <p>Edukation</p> <p>Medikamentöse Behandlung</p> <p>Physikalische Maßnahmen</p> <p>Physiotherapie / Trainingstherapie</p> <p>Manuelle Therapie</p> <p>Interventionelle Verfahren</p> <p>Operative Therapieoptionen</p> <p>Multimodale Therapieprogramme (Functional Restoration)</p> <p>Nationale Versorgungsleitlinie Rückenschmerz</p> |
| Psychologische Therapie | | |
| 6 | Besonderheiten der Diagnostik bei RS | <p>Fragebögen (insbesondere Verfahren zur Erfassung v. Angst/Vermeidung sowie Funktionsbeeinträchtigung, FABQ, FFBH-R)</p> <p>RS-Besonderheiten beim klinischen Interview (z.B. habituelle Merkmale wie 'Durchhalten')</p> <p>Patienten-Charakteristika (Subgruppen)</p> |
| 7 | Krankheitsmodelle / Risikofaktoren | <p>Risikofaktoren der Chronifizierung von RS, insb. psychosoziale Risikofaktoren (yellow flags) und ihre Erfassung (beachte: Empfehlungen der Europäischen LL für akute und chronische nicht spezifische RS, sowie der Nationalen Versorgungs-S3-LL Rückenschmerz 2. Auflage 2017)</p> <p>Risikofaktoren in ihrer Bedeutung für operative Eingriffe (Empfehlungen der AWMF-S3-LL für "Behandlung akuter</p> |

| | | |
|----|-----------|--|
| | | perioperativer und posttraumatischer Schmerzen") Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung chron. RS, insb. Fear Avoidance Modell, Endurance Modell (Evidenz) |
| 8 | Edukation | Notwendige RS-spezifische Inhalte: <ul style="list-style-type: none"> - bio-psycho-soziales Krankheitsmodell - Krankheit als Prozess - erforderliche Inhalte der ärztlichen Unterrichtseinheiten - Angst-/Vermeidungs-Konzept - Konzept Functional Restoration (Zielsetzung: Funktions-Orientierung) Beteiligte / Methoden der Vermittlung |
| 9 | Therapie | Pacing, Balancierung Graded activity und graded exposure |
| 10 | Literatur | Niemier K, Seidel W et al. (2018) Hrsg. Schmerzerkrankungen des Bewegungssystems, Multimodale interdisziplinäre Komplexbehandlung, Berlin / Boston: De Gruyter Hildebrandt J, Pfingsten M (2012) Hrsg., 2. Auflage. Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule, Interdisziplinäres Praxisbuch entsprechend der Nationalen Versorgungsleitlinie Rückenschmerz, München: Elsevier Pfingsten M, Korb J, Hasenbring M, (2016). Psychologische Mechanismen der Chronifizierung. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. Schmerzpsychotherapie, Kapitel Behandlung, (8. Auflage). Berlin: Springer Verlag. Hildebrandt J, Pfingsten M et al. (2003). GRIP – Das Manual. Conress-Verlag, Berlin. 1-183 Kröner-Herwig B (2000). Rückenschmerzen. Göttingen: Hogrefe (Reihe: Fortschritte der Psychotherapie) Pfingsten M (2005). Multimodal – Was ist das überhaupt? Man Med 43: 80-84 Pfingsten M (2005). Die Behandlung von Rückenschmerzen als Angsttherapie. Psychotherapie im Dialog (PID) 6: 52-57 Pfingsten M, Hildebrandt J (2016). Rückenschmerz. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. (Hrsg.). Schmerzpsychotherapie (8. Aufl.), Berlin: Springer. |

| | | |
|--|--|--|
| | | AWMF online. Leitlinie Rückenschmerz http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF |
|--|--|--|

Kopfschmerzen (ca. 8 Stunden)
(G. Fritsche, J. Korb, B. Nagel
zuletzt überarbeitet von C. Geber, E. Liesering-Latta, E. Steffen)

Grundlagen und Behandlung

| | | |
|---|------------------------------|--|
| 1 | Epidemiologie | Häufigkeit der wichtigsten Kopfschmerzformen (insb. Kopfschmerz vom Spannungstyp, Migräne) |
| 2 | Systematik der Kopfschmerzen | Klassifikation der Internationalen Kopfschmerz-Gesellschaft (IHS) Primäre von sekundären Kopfschmerzsyndromen abgrenzen |
| 3 | Warnsignale | Symptome für bedrohliche neurologische oder onkologische Begleiterkrankungen erkennen |
| 4 | Medizinische Diagnostik | Differenzierung primäre und sekundäre Kopfschmerzen IHS Kriterien der wichtigsten Kopfschmerzformen <ul style="list-style-type: none"> - Kopfschmerz vom Spannungstyp - Migräne - Trigemino-Autonome Kopfschmerzformen - Trigeminiusneuralgie - Anhaltend idiopathischer Gesichtsschmerz - Kopfschmerz bei craniomandibulärer Dysfunktion - Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch Apparative Diagnostik: Verfahren und Indikationen |
| 5 | Pathophysiologie | Migräne Kopfschmerz vom Spannungstyp Trigemino-Autonome Kopfschmerzformen Trigeminiusneuralgie Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch |
| 6 | Therapie | Medikamentöse Akuttherapie der wichtigsten Kopfschmerzformen Medikamentöse Prophylaxe Nicht-medikamentöse Verfahren (u.a. Physiotherapie, Ausdauertraining, Therapeutische Akupunktur, Entspannungstechniken, Biofeedback, KVT) Multimodale Schmerztherapie bei chronischen |

| | | |
|--|---|---|
| | | Kopfschmerzen |
| Migräne | | |
| 7 | Pathophysiologie | Verhalten und Empfinden psychologisch beschreiben in: Prodromalphase, Auraphase, Schmerzphase, Postdromalphase, Interiktal |
| 8 | Pathopsychologie | Kernhypothesen zu den Modellen formulieren: Migränepersönlichkeit – kritische Betrachtung Diathese-Stress-Modell Migräne als Reizverarbeitungsstörung |
| 9 | Trigger | Tatsächliche Trigger und Triggerlegenden differenzieren |
| 10 | Psychometrische Diagnostik / Psychologische Exploration | Im KS-Bereich sinnvolle Instrumente bereitstellen Indikation von KS-Tagebüchern stellen Explorationsleitfaden und –strategie vorstellen Indikation für psychologische Therapieansätze ableiten |
| 11 | Evidenz-basierte nicht- medikamentöse Therapie | Stellenwert der gängigen Verfahren benennen: Unimodal: PMR, BFB Aktivierende Verfahren Multimodal: kognitiv-behaviorale Therapie |
| 12 | Syndromspezifische psychologische Therapie | Günstige und ungünstige Lebensführung Analyse von und Umgang mit Triggern Abbau von Erwartungsängsten Modifikation einer defizitären Kräfteökonomie Stressbewältigung Bearbeitung von Werthaltungen und Glaubenssätzen |
| Kopfschmerz bei Medikamenten-Übergebrauch (MOH) | | |
| 13 | Klinik | chronische Kopfschmerzen von MOH abgrenzen Klinische Unterschiede bei Migräne und Kopfschmerz |

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| | | vom Spannungstyp (KST) |
| 14 | Pathopsychologie | Dysfunktionales Einnahmeverhalten Attackenangst Angst vor Funktionsverlust |
| 15 | Entzug | Überbrückungsmedikation Einleitung der Prophylaxe Psychologische Entzugsbegleitung Ambulanter vs. stationärer vs. tagesklinischer Entzug |
| 16 | Rückfall | Rückfall-Rate Rückfall-Prädiktoren |
| 17 | Rückfallprophylaxe bzw. Entzugsnachsorge | Edukation Einnahmeprotokolle Einnahmegrenzen der Schmerz- und Migränemittel Entlastung des Schamgefühls Identifikation von konditioniertem Einnahmeverhalten Klassifizierung der Risikosituationen Management der Risikosituationen |
| Kopfschmerz vom Spannungstyp | | |
| 18 | Psychologische Modelle für Kopfschmerz vom Spannungstyp | Lerntheoretische Modelle (pos./neg. Verstärkung; Modelllernen; Verstärkermangel für gesundes Verhalten) Muskelmehrarbeitshypothese Gehemmte emotionale Expressivität (Traue) Körperwahrnehmung (Bischoff) |
| 19 | Diagnostische Verfahren | Einsatz des Schmerztagebuchs Identifizieren von Auslösefaktoren Erkennen günstiger/ungünstiger Einflussfaktoren |

| | | |
|--|--------------------------------|--|
| 20 | Modellvermittlung/ Eduktion | Methoden der Vermittlung der spezifischen KS-Modelle |
| 21 | Psychologische Therapie | <p>Kognitive Techniken; Verringerung dysfunktionaler Kognitionen, Katastrophisieren</p> <p>Körper- und Stresswahrnehmung</p> <p>Stressbewältigung</p> <p>Soziale Kompetenz</p> <p>Problemlösetraining</p> <p>Einsatz von Entspannung / Kurzentspannung</p> <p>Anwendung von Biofeedback bei KST</p> |
| Kopfschmerztherapie bei Kindern | | |
| Inhalte und Möglichkeiten der kindgerechten Vermittlung anhand des Trainingsmanual „Stopp den Kopfschmerz“ | | |
| 22 | Literatur | <p>Bischof C, Traue H (2004). Kopfschmerzen. Göttingen: Hogrefe</p> <p>Denecke H, Kröner-Herwig B (2000). Kopfschmerztherapie mit Kindern und Jugendlichen; ein Trainingsprogramm. Göttingen: Hogrefe</p> <p>Fritsche G & Gaul C (2016). Migräne. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. Schmerzpsychotherapie (8. Aufl.). Berlin: Springer</p> <p>Fritsche G (2016). Medikamenteninduzierter Kopfschmerz. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P.. Schmerzpsychotherapie (8. Aufl.). Berlin: Springer</p> <p>Fritsche G, Gaul C. Multimodale Schmerztherapie bei chronischen Kopfschmerzen: Interdisziplinäre Behandlungskonzepte. Stuttgart: Thieme; 2013</p> <p>Gaul C, Diener H.-C. (2016). Kopfschmerzen: Pathophysiologie - Klinik - Diagnostik – Therapie. Stuttgart: Thieme</p> <p>Klan, T., Liesering-Latta, E. (2020). Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Migränemanagement</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>(MIMA).Göttingen: Hogrefe</p> <p>Kropp, P., Meyer, B., Dresler, T., et al. (2017). Relaxation techniques and behavioural therapy for the treatment of migraine: Guidelines from the German Migraine and Headache Society. <i>Schmerz</i> 31: 433-447.</p> <p>Limbrecht-Ecklundt K., Bischoff C., Traue H. (2016) Kopfschmerz vom Spannungstyp. In: Kröner-Herwig B., Frettlöh J., Klinger R., Nilges P. Schmerzpsychotherapie. (8. Aufl.). Berlin: Springer</p> <p>Martin, P. (2010). Managing headache triggers: Think coping not avoidance. <i>Cephalalgia</i>, 30, 634–637.</p> <p>Martin, P., Reece, J., Callan, M., MacLeod, C., Kaur, A., Gregg, K., & Goadsby, P. J. (2014). Behavioral management of the triggers of recurrent headache: A randomized controlled trial. <i>Behaviour Research and Therapy</i>, 61, 1–11.</p> <p>The International Classification of Headache Disorders (ICHD-3 2018) Cephalalgia: <i>An International Journal of Headache</i>, 2018, Vol. 38(1) 1–211</p> |
|--|--|--|

| Neuropathischer Schmerz inkl. CRPS (ca. 4 Stunden) Medizinische Grundlagen und Therapie (J. Frettlöh, D. Kindler & B. Nagel) (Überarbeitet von J. Frettlöh und D. Kindler) | | |
|---|---|--|
| 1 | Begriffsbestimmung und Epidemiologie | Abgrenzung neuropathische Schmerzen versus nozizeptive Schmerzen |
| 2 | Typische Krankheitsbilder und deren klinische Symptomatik | Phantomschmerzen Periphere Nervenschädigungen Trigeminusneuralgie Polyneuropathie Schmerzen nach Rückenmarkverletzungen Zerebrale Schmerzen CRPS |
| 3 | Diagnostik | Elektroneurographische Verfahren QST Bildgebung: Röntgen, 3-Phasen-Skelettszintigraphie, MRT Multimodales Assessment |
| 4 | Pathophysiologie | Periphere Sensibilisierung Zentrale Sensibilisierung Sympathisch-afferente Kopplung Sympathetically maintained pain (SMP) |
| 5 | Therapie | Therapieziele - Schmerzlinderung - Wiederherstellung der Funktion Pharmakotherapie Physio-, Ergotherapie (incl. Spiegeltherapie, sensorisch-perzeptives Training) Interventionelle Maßnahmen (GLOA; Sympathikusblockaden) |

| | | |
|--|----------------------------|--|
| | | Multimodale Therapie |
| Neuropathischer Schmerz – Psychologische Behandlung (J. Frettlöh, überarbeitet von J. Frettlöh) | | |
| 1 | Edukation | Inhalte der Edukation (Aufklärung über das Störungsbild, z.B. Was wissen wir bislang über Phantomschmerz, Polyneuropathie und CRPS,) Methoden der Informationsvermittlung vorstellen (Informationsfilme, -broschüren, Fallberichte etc.) |
| 2 | Stabilisierung | frühes Aufgreifen der krankheitsbezogenen Ängste (Invalidität, bleibende körperlich Behinderung, Alltags-handicaps) Entlastungsinterventionen zur initialen Beeinflussung der Zukunftsangst und weiterer psychischer Belastungen |
| 3 | Akzeptanz | Förderung der Krankheitseinsicht und -akzeptanz (bei CRPS besonders schwierig) Auseinandersetzung mit dem veränderten Selbstbild Erarbeitung von realistischen Zielen Aufbau von flexiblem Verhalten trotz Schmerz Förderung der Achtsamkeit |
| 4 | Selbstwahrnehmung | Techniken zur Förderung der Selbstwahrnehmung hinsichtlich der körperlichen und psychischen Belastungsgrenzen Veränderungen beim Körperbild und Körperschema bei CRPS: Einordnung und Bewältigung der „neglect-like-Symptomatik“ Analyse und Bearbeitung „innerer Barrieren“ bei der körperlichen Neuorientierung |
| 5 | Imaginationen /Entspannung | Besonderheiten der Anwendung von Entspannungstechniken bei neuropathischen Schmerzen u. CRPS Vermittlung spez. v.a. imaginativer Techniken zur Entspannung und Schmerzdistanzierung Umgang mit Problemen beim Training im häuslichen Umfeld |

| | | |
|----|-------------------------|---|
| 6 | Fear avoidance | Vermittlung des Zusammenhangs „Schmerz und Nichtgebrauch der erkrankten Extremität (disuse) Planung und Durchführung von imaginativen Techniken (gedachte Bewegungen) zur Vorbereitung auf ergo- und physiotherapeutische Interventionen |
| 7 | Aktivitäten-Regulierung | Vorgehen beim Aufbau angemessener körperlicher und sozialer Aktivitäten Erstellung von Quotenplänen zur Belastungsdosierung Planung bzw. Gestaltung von Entlastungszeiten Aufbau von sozialen Kompetenzen bei Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung in Familie und Beruf |
| 8 | Auslöseranalyse | Analyse der schmerzverstärkenden Faktoren im Alltag therap. Vorgehen bei der Erarbeitung von alternativen Reaktions- und Verhaltensweisen |
| 9 | Kognitive Methoden | Vermittlung von kognitiven Strategien zum Umgang mit belastenden Emotionen oder belastenden Interaktionen Grundhaltung zu Krankheit und Gesundheit (Metakognitionen) Techniken zur Aufmerksamkeitsverlagerung Bearbeitung von Schuldzuweisungen |
| 10 | Resozialisierung | Stufenweise (Re-)Aktivierung körperlicher, sozialer und beruflicher Aktivitäten ggf. Unterstützung bei beruflicher Neuorientierung |
| 11 | Operante Aspekte | Identifizierung Schmerz aufrechterhaltender Faktoren Umgang mit möglichen Zielkonflikten |
| 12 | Literatur | Bruehl S, Chung OY (2006) Psychological and behavioural aspects of complex regional pain syndrome management. The Clin J Pain 22: 430–437 Diers M, Flor (2013) Phantomschmerz – Psychologische Behandlungsstrategien. Schmerz 27(2):205-211 https://www.dgn.org/leitlinien/3805-II-030-114-diagnose-und-nicht-interventionelle-therapie-neuropathischer- |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>schmerzen-2019</p> <p>Flor H, Turk DC (2011) Chronic pain: an integrated bio-behavioral approach. IASP Press, Seattle/WA</p> <p>Frettlöh J, Schwarzer A, Maier C (2016) Neuropathischer Schmerz und CRPS. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hrsg.) Schmerzpsychotherapie (8. Aufl.). Kap. 29. Berlin, Heidelberg: Springer</p> <p>Maier C, Baron R, Frettlöh J et al. (2017) Neuropathischer Schmerz. In: Diener HC, Maier C, Bingel U (Hrsg.) Die Schmerztherapie (5. Aufl.) Urban & Fischer, München</p> <p>Moseley GL, Flor H (2012) Targeting cortical representations in the treatment of chronic pain: a review. Neurorehabil Neural Repair 26:646–652</p> <p>Reinersmann A et al. (2013) Complex regional pain syndrome: more than a peripheral disease – a review. Pain Management 3(6), 495–502</p> <p>Speck V, Schlereth T, Birklein F, Maihöfner C (2017) Increased prevalence of posttraumatic stress disorder in CRPS. Eur J Pain 21: 466-473</p> <p>Turk DC, Audette J, Levy RM, Mackey SC, Stanos S (2010) Assessment and treatment of psychosocial comorbidities in patients with neuropathic pain. Mayo Clin Proc 85(3): 42–50</p> |
|--|--|--|

| Fibromyalgiesyndrom (FMS) (ca. 2 Stunden) (B.Nagel, S. Hesselbart, I. Heidrich überarbeitet von I. Heidrich, B. Kappis) | | |
|--|--|--|
| 1 | Begriff, Geschichte, Beschreibung, klinische Erscheinung, Definition | Geschichte der Erkrankung Tender Points Kernsymptome und Nebensymptome |
| 2 | Klassifikation und Diagnostik | Klassifikation: Funktionelles somatisches Syndrom, F45.40, F45.41 oder etwas ganz anderes? DSM5 und ICD-11: was ist neu? biographische Anamnese |
| 3 | Häufigkeit | Männer - Frauen, Alter Wide Spread Pain Fibromyalgiesyndrom unterschiedliche Schweregrade und Beeinträchtigungen |
| 4 | Differentialdiagnosen | Myofaszielle Schmerzerkrankungen Rheumatologische Erkrankungen Psychische Störungen mit Leitsymptom Schmerz |
| 5 | Pathophysiologie | Übersicht: verschiedene Faktoren für die Krankheitsentstehung Störung der zentralen Schmerz- und Stressverarbeitung Biopsychosoziales Modell: Prädisposition (= Vulnerabilität), Auslösung, Aufrechterhaltung (= Chronifizierung) |
| 6 | Behandlung | Information über das Krankheitsbild, abgestufte Behandlung Eduktion zum biopsychosozialen Modell Therapieziele bei FMS, Entscheidungsfindung Multimodale Therapie: Kooperation mit anderen Berufsgruppen, Rolle der Psychotherapie Medikamentöse Therapie |

| | | |
|---|------------------------|--|
| | | <p>Aktive Rolle der Betroffenen</p> <p>Aktivierende Therapie: körperlich und psychosozial</p> <p>Behandlung der Schlafstörungen</p> <p>Behandlungen, von denen abgeraten wird</p> |
| 7 | Psychotherapie bei FMS | <p>Indikation für Psychotherapie</p> <p>Besonderheiten bei FMS: Welche Methode für wen?</p> |
| 8 | Literatur | <p>Thieme K, Gracely RH (2016). Fibromyalgie. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. Schmerzpsychotherapie (8. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer. (S. 607-621)</p> <p>Ulrich T. Egle und Niklaus Egloff (2020). Fibromyalgie-Syndrom. In: Egle / Heim / Strauß / von Känel (Hrsg.): Psychosomatik - neurobiologisch fundiert und evidenzbasiert. Stuttgart: Kohlhammer</p> <p>Leitlinie Fibromyalgie. AWMF online, Registernummer 145 - 004. http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF</p> <p>Häuser, W. (2019). Schmerzmedizin bei Fibromyalgiesyndrom. In: R. Baron et al. (Hrsg.), Praktische Schmerzmedizin. Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57487-4_28</p> |

| <p align="center">Rheuma (ca. 2 Stunden) (B.Nagel, S. Hesselbart, I. Heidrich überarbeitet von I. Heidrich, B. Kappis)</p> | | |
|---|---|---|
| 1 | Einteilung der Krankheitsbilder | <p>Kennen der wichtigsten Krankheitsbilder und deren Unterteilung:</p> <p>Entzündlich-rheumatische Erkrankungen wie z.B. Rheumatoide Arthritis, Spondylitis ankylosans, Psoriasis-Arthritis</p> <p>Degenerative Erkrankungen, Arthrosen</p> <p>Stoffwechselstörungen, die mit rheumatischen Beschwerden einhergehen wie Gicht, Osteoporose</p> <p>Andere Rheumatische Erkrankungen wie Polymyalgia rheumatica</p> |
| 2 | Medizinische Diagnostik | <p>Anamnese und Klinischer Befund</p> <p>Bildgebung</p> <p>Laborbefunde</p> |
| 3 | Psychologische Diagnostik und Evaluation | <p>Empfehlungen bei rheumatischen Erkrankungen hinsichtlich schmerzbezogenen Daten, Krankheitsverarbeitung, allgemeine psychische Befindlichkeit, körperliche Beeinträchtigung und psychosoziale Belastung</p> |
| 4 | Präventionsebenen | <p>Überblick über psychologische Faktoren bei rheumatischen Erkrankungen auf primärer, sekundärer und tertiärer Präventionsebene</p> |
| 5 | Medizinische Behandlung | <p>Medikamentös</p> <p>Nichtmedikamentös</p> |
| 6 | Edukation | <p>Spezifische Edukation bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen: Bewältigungsmodell und Psychoneuroimmunologie</p> |
| 7 | Psychologische Interventionen bei chronischer Polyarthrit | <p>Einführung, Aufbau und Durchführung eines Visualisierungstrainings (kognitiver Rahmen, Vorbereitung: Creative Imagination Scale (Jungnitsch G, 2003), Vermittlung spezifischer Interventionen zur Förderung der Immunabwehr</p> |

| | | |
|----|--|--|
| 8 | Evaluation des Visualisierungs- trainings | Effekte auf die Schmerzbewältigung, die Schmerzstärke, die Befindlichkeit und die Blutsenkungsgeschwindigkeit |
| 9 | Psychologische Interventionen bei Morbus Bechterew | Variation der PME in Bewegung Vertiefung des Themas Schmerzverhalten im Hinblick auf spezifische Körperhaltungen und Bewegungseinschränkungen |
| 10 | Literatur | Jungnitsch G (2003). Rheumatische Erkrankungen, Göttingen: Hogrefe DGRH (2020). Skriptum Rheumatologie. https://dgrh.de/dam/jcr:ce0397f3-5d4c-43fc-9c1e-baa5fa4c31d2/Skriptum-Rheumatologie_052021.pdf abgerufen am 03.12.2021 |

**Tumorschmerz (ca. 4 Stunden)
(A. Willweber-Strumpf, B. Nagel)**

Medizinische Grundlagen und Behandlung

| | | |
|---|--|---|
| 1 | Prävalenz und Bedeutung von Tumorschmerzen | bei Diagnosestellung im Erkrankungsverlauf |
| 2 | Schmerzformen bei Tumorerkrankungen | Schmerzen: - tumorbedingt - tumorassoziiert - therapiebedingt - tumorunabhängig |
| 3 | Schmerzmechanismen bei Tumorschmerzen | Nozizeptive Schmerzen –Weichteilschmerz –Ischämieschmerz –Knochen- und Periostschmerz –Viszeraler Schmerz Neuropathischer Schmerz - peripher (Nerv, Nervenplexus, Nervenwurzel) - zentral (Rückenmark, Gehirn) - sympathisch |
| 4 | Grundlagen der Diagnostik | Differenzierte Schmerzanamnese Umfassende körperliche Untersuchung Ergänzende apparative Verfahren |
| 5 | Therapieverfahren | Tumorreduzierende Verfahren - Palliative Chemotherapie - Radiatio - Operation Systemische Pharmakotherapie (WHO-Stufenschema) -oral, rektal, transdermal -Subcutan, intravenös (kontinuierlich, Pumpe, PCA) Rückenmarksnahe Pharmakotherapie Weitere interventionelle Verfahren |
| 6 | Systemische Pharmakotherapie | Prinzipien - oral, transdermal - nach der Uhr - nach dem Stufenplan - individuell Dauermedikation retardiert Bedarfsmedikation für Durchbruchschmerzen |

| | | |
|---|--|---|
| | | Adjuvante Therapien - Antidepressiva - Antikonvulsiva - Cortison - Anxiolytika - Hypnotika - Laxantien - Antiemetika |
| 7 | Palliativmedizin | Grundlagen |
| 8 | Finalphase | Behandlungsprinzipien |
| Psychologische Grundlagen und Therapie | | |
| 9 | Grundlagen | Prävalenz psychischer Symptome Kulturelle und religiöse Faktoren Interdisziplinäre Herangehensweise |
| 10 | Kommunikation und Gesprächsführung | Aufklärung Überbringen schlechter Nachrichten Kommunikation mit Angehörigen Kommunikation im interdisziplinären Team |
| 11 | Krankheitsverarbeitung | Modelle, Stadien Abwehrmechanismen Coping |
| 12 | Diagnostik | Grundlagen: Krankheitsgeschehen, -erleben, -folgen; Stimmung; aktuelle Probleme; soziale Beziehungen; Norm-, Wert- und Zielvorstellungen; Ressourcen, Biographie, Persönlichkeit Tumorspezifische Messinstrumente |
| 13 | Diagnostik von Angst, Depression / Trauer | Psychologische Diagnostik Somatische, medizinische, medikamentöse Einflussfaktoren Differenzierung Krankheit vs. normale Belastungsreaktion |
| 14 | Besonderheiten der psychologischen Schmerztherapie | Interventionsbedarf Differenzierung Beratung – Krisenintervention – Psychotherapie Ziele Compliance Kognitive Dissonanz |

| | | |
|----|-----------|---|
| | | <p>Akzeptanz Lebensqualität Fatigue Körperbildveränderungen Sexualität Einbezug der Angehörigen</p> |
| 15 | Literatur | <p>Eggebrecht D & Falkenberg M (2016). Tumorschmerz. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. . Schmerzpsychotherapie (8. Aufl.). Berlin: Springer</p> <p>Willweber-Strumpf A (2002). Grundlagen der symptomatischen Schmerztherapie - Psychotherapie. In: Zenz M, Donner B (Hrsg) Schmerz bei Tumorerkrankungen. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart</p> |

| Medikamentenabhängigkeit, Medikamentenentzug (ca. 2 Stunden) (A.Willweber, zuletzt überarbeitet von S. Birtel) | | |
|---|--------------------|--|
| 1 | Grundlagen | <p>Epidemiologie: Allgemeinbevölkerung, Schmerzpatienten</p> <p>Pharmakologie: Medikamente mit Abhängigkeits- bzw. Suchtpotenzial</p> |
| 2 | Diagnostik | <p>Schädlicher Gebrauch, Missbrauch, Abhängigkeit nach ICD 10 und DSM IV</p> <p>Körperliche Abhängigkeit, psychische Abhängigkeit (Sucht)</p> <p>Anzeichen und Hinweise für schädlichen oder nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch</p> |
| 3 | Risikofaktoren | <p>Patientenbezogen</p> <p>Iatrogen</p> |
| 4 | Prävention | <p>Therapieregeln (auch iatrogen)</p> <p>Edukation</p> |
| 5 | Medikamentenentzug | <p>Indikation stationär / ambulant</p> <p>Multimodaler stationärer Entzug (medizinisch, psychotherapeutisch, physiotherapeutisch, pflegerisch).</p> <p>Rückfallprophylaxe</p> |
| 6 | Literatur | <p>Lutz J, Glier B (2016) Medikamentenmissbrauch, -abhängigkeit und -entzug. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P: Schmerzpsychotherapie. (8. Auflage), Berlin: Springer</p> <p>Jage J, Willweber-Strumpf A, Maier C (2005) Risikofaktoren für Missbrauch und Abhängigkeit bei der Opioidtherapie chronischer nicht-tumorbedingter Schmerzen. Schmerz 19: 434 – 440</p> <p>https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-003I_S3_LONTS_2020-10.pdf</p> |

**Physiotherapeutische Methoden (ca. 4 Stunden)
(A. Lehmann, zuletzt überarbeitet von A. Lehmann)**

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Untersuchungsbefund | Vorgehensweise und Methoden Clinical reasoning Bedeutung von Statik und Biomechanik/ Ursachen – Folge - Ketten Befundbeispiele für HWS / Kiefer und Lendenwirbelsäule |
| 2 | Patienten-Edukation | Vermittlung des Behandlungskonzeptes Erläuterung von Anwendungsmöglichkeiten der Übungen Aufklärung über Wirkmechanismen |
| 3 | Behandlung | Vermittlung des Befundergebnisses Therapieplanung Behandlungsziele wie Funktionsverbesserung, Aufhebung von Dysbalancen Erläuterung der Behandlungsinhalte wie Dehnungen, Mobilisationstechniken, Krafttraining etc. |
| 4 | Physiotherapeutische Behandlungstechniken | Benennung unterschiedlicher PT – Technik wie Manuelle Therapie, Osteopathie, Brunkow, PNF, Faszienbehandlung, |
| 5 | Transfer in den Alltag | Hilfestellungen zum Transfer des Gelernten am Arbeitsplatz und in der Freizeit Alltagsangepasstes Übungsprogramm |
| 6 | Literatur | Denner A (1997). Muskuläre Profile der Wirbelsäule. Springer Verlag Dittel R (1992). Schmerz-Physio-Therapie. Lehr- und Handbuch des Neuromedizinkonzept. Gustav Fischer Verlag Gutenbrunner C, Weimann, G (2004). Krankengymnastische Methoden und Konzepte, Therapieprinzipien und Techniken systematisch dargestellt. Springer Verlag. Hildebrandt J et al. (2003). Göttinger Rücken-Intensiv-Programm (GRIP). Congress Compact |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>Kaltenborn F (1992). Manuelle Untersuchung und Mobilisation. Olaf Norlis Bokhandel</p> <p>Schöps P (2009) Physikalische und manuelle Therapie. In: Diener HC, Maier C. . Die Schmerztherapie – Interdisziplinäre Diagnose- und Behandlungsstrategien (3. Aufl.). München: Urban Fischer Verlag</p> <p>Butler D, Moseley L. (2016) Schmerzen verstehen. Springer Verlag, Heidelberg.</p> <p>Nicholas M. et al. (2014). Den Schmerz in den Griff Bekommen. (2. Auflage), Hans Huber Verlag, Bern.</p> <p>Nobis HG, Rolke R, Graf-Baumann T. (2020). Schmerz eine Herausforderung. (3. Auflage), Springer Verlag Berlin.</p> <p>Klemme B, Siegmann G. (2015). Clinical reasoning- Therapeutische Denkprozesse lernen. (2. Auflage), Thieme Verlag. Stuttgart.</p> |
|--|--|---|

Teil 1b: Verbindliche Lerninhalte Kinder und Jugendliche

| Chronischer Schmerz bei Kindern und Jugendlichen (32 Stunden) (T. Hechler, M. Dobe) | | |
|--|---|--|
| 1 | Adaptation des biopsychosozialen Modells auf Kinder und Jugendliche | <p>Auslösende und aufrechterhaltende biopsychosoziale Faktoren für chronische Schmerzen im Kindes- und Jugendalter</p> <p>Kind- und familiengerechte Psychoedukation des Modells</p> <p>Erarbeitung eines biopsychosozialen Modells, des diagnostischen Procedere und eines Behandlungsplans anhand von ausgearbeiteten Fallbeispielen von Kindern mit folgenden Schmerzdiagnosen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Chronischer Kopfschmerz ➤ Chronischer Muskuloskelettaler Schmerz ➤ Chronische Bauchschmerzen |
| 2 | Diagnostik | <p>Multidimensionale Diagnostik des chronischen Schmerzes im Kindes- und Jugendalters auf der Basis des biopsychosozialen Störungsmodells:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Deutscher Schmerzfragebogen für Kinder und Jugendliche (Schroeder et al., 2010) ➤ Verfahren zur Erfassung der elterlichen Kognitionen, Emotionen und Reaktionen (Hechler et al., 2011; Hermann et al., 2008) ➤ Neue Verfahren zur Schweregradeinteilung des kindlichen chronischen Schmerzes (Wager et al., 2020) ➤ Erfassung der emotionalen Belastung durch Ängste und depressive Symptome (RCADS; Stahlschmidt et al., 2019) ➤ Erfassung der emotionalen Belastung infolge traumatischer Lebensereignisse (CROPS; Stahlschmidt et al., 2020) |
| 3 | Epidemiologie | <p>Überblick über die Prävalenz chronischer Schmerzen vom Vorschul- bis zum jungen Erwachsenenalter</p> <p>Therapeutische Versorgungsstrukturen für verschiedene Schmerzstörungen</p> |
| 4 | Multimodale | Behandlungssettings für Kinder und Jugendliche mit chronischen Schmerzen (ambulant pädiatrisch, ambulant |

| | | |
|---|-----------------|--|
| | Schmerztherapie | <p>psychotherapeutisch, stationär, etc)</p> <p>Wirksamkeit von ambulanten und stationären multimodalen Schmerztherapien bei Kindern und Jugendlichen (Hechler et al., 2015; Wager et al., 2021)</p> <p>Vermittlung psychotherapeutischer Interventionen bezogen auf Kinder und Jugendliche:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kognitive Interventionen: Kindgerechte Herangehensweise und Vermittlung der kognitiv-verhaltenstherapeutischen, imaginativen und akzeptanzbasierten Strategien ➤ Emotionsbezogene Interventionen: Motivationssteigerung bei Kindern, Jugendlichen und deren Eltern, Therapie der schmerzaufrechterhaltenden- und verstärkenden komorbiden psychischen Symptome/Störungen, Reduktion schmerzspezifischer Ängste, konfrontative Verfahren ➤ Verhaltensbezogene Interventionen: Spezifische Behandlungsmodule, z.B. Expositionsverfahren, Verfahren zur aktiven Ablenkung ➤ Konfrontative Verfahren (z.B. Interozeptive Reizexposition, z.B. Flack et al., 2018; Hechler, 2021) <p>Vermittlung psychotherapeutischer Interventionen bezogen auf das familiäre System:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Elternspezifische Interventionen, wie z.B. Reduktion der somatischen Fixiertheit der Familien, Umgang mit familiären Belastungen, Eltern als Co-TherapeutInnen (Dobe & Zernikow, 2021) |
| 5 | Literatur | <p>Dobe, M. & Zernikow, B. (2021). <i>Rote Karte für den Schmerz: Wie Kinder und ihre Eltern aus dem Teufelskreislauf chronischer Schmerzen ausbrechen (6.Aufl.)</i>. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.</p> <p>Dobe, M. & Zernikow, B. (2019). <i>Therapie von Schmerzstörungen im Kindes- und Jugendalter: Ein</i></p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p><i>Manual für Psychotherapeuten, Ärzte und Pflegepersonal (2.Aufl.)</i>. Heidelberg: Springer.</p> <p>Flack, F., Stahlschmidt, L., Dobe, M., Hirschfeld, G., Strasser, A., Michalak, J., Wager, J. & Zernikow, B. (2018). Efficacy of adding interoceptive exposure to intensive interdisciplinary treatment for adolescents with chronic pain: a randomized controlled trial. <i>Pain, 159</i>, 2223-2233.</p> <p>Hechler, T. (2021). Altered interoception and its role for the co-occurrence of chronic primary pain and mental health problems in children. <i>Pain, 162</i>, 665-671.</p> <p>Hechler, T. (2020). Schmerzstörungen. In: Döpfner, M., Hautzinger, M. & Linden, M. (eds.). <i>Verhaltenstherapiemanual: Kinder und Jugendliche</i> (S. 289-294). Berlin: Springer.</p> <p>Hechler, T., Dobe, M., Kosfelder, J., Damschen, U., Hübner, B., Blankenburg, M., Sauer, C. & Zernikow, B. (2009). Effectiveness of a three-week multimodal inpatient pain treatment for adolescents suffering from chronic pain: Statistical and clinical significance. <i>The Clinical Journal of Pain, 25</i>, 156-166.</p> <p>Hechler, T., Kanstrup, M., Holley, A.L., Simons, L.E., Wicksell, R., Hirschfeld, G. & Zernikow, B. (2015). Systematic Review on Intensive Interdisciplinary Pain Treatment of Children with Chronic Pain. <i>Pediatrics, 136</i>, 115-27.</p> <p>Hechler, T., Vervoort, T., Hamann, M., Tietze, A.L., Vocks, S., Goubert, L., Hermann, C., Wager, J., Blankenburg, M., Schroeder, S. & Zernikow, B. (2011). Parental catastrophizing about their child's chronic pain: Are mothers and fathers different? <i>European Journal of Pain, 15</i>, 515.e1-515.e9.</p> <p>Hermann, C., Zohsel, K., Hohmeister, J. & Flor, H. (2008). Dimensions of pain-related parent behavior: Development and psychometric evaluation of a new measure for children and their parents. <i>Pain, 137</i>, 689-699.</p> <p>Michels, H., Gerhold, K., Häfner, R., Häuser, W., Illhardt, A., Mönkemöller, K., Richter, M. & Schuchmann, L. (2008). Fibromyalgiesyndrom bei Kindern und Jugendlichen. <i>Der Schmerz, 22</i>, 339-348.</p> |
|--|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>Schroeder, S., Hechler, T., Denecke, H., Müller-Busch, M., Martin, A., Menke, A. & Zernikow, B. (2010). Deutscher Schmerzfragebogen für Kinder, Jugendliche und deren Eltern (DSF-KJ): Ein multimodaler Fragebogen zur Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen im Kindes- und Jugendalter. <i>Der Schmerz</i>, 24, 23-37.</p> <p>Seshia, S.S., Wang, S.J., Abu-Arafeh, I., Hershey, A.D., Guidetti, V., Winner, P. & Wöber-Bingöl, C. (2010). Chronic Daily Headache in Children and Adolescents: A Multi-Faceted Syndrome. <i>The Canadian Journal of Neurological Sciences</i>, 37, 769-778.</p> <p>Stahlschmidt, L., Chorpita, B.F. & Wager, J. (2019). Validating the German version of the Revised Children's Anxiety and Depression Scale in a sample of pediatric chronic pain patients. <i>Journal of Psychosomatic Research</i>, 124, 530-541.</p> <p>Stahlschmidt, L., Grothus, S., Brown, D., Zernikow, B. & Wager, J. (2020). Readiness to Change Among Adolescents with Chronic Pain and Their Parents: Is the German Version of the Pain Stages of Change Questionnaire a Useful Tool? <i>Children</i> 2;7, 42.</p> <p>Stahlschmidt, L., Rosenkranz, F., Dobe, M. & Wager, J. (2020). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents with chronic pain. <i>Health Psychology</i>, 39, 463-470.</p> <p>Wager, J., Ruhe, A.-K., Stahlschmidt, L., Leitsch, K., Claus, B.B., Häuser, W., Brähler, E., Dinkel, A., Kocalevent, R. & Zernikow., B. (2020). Long-term outcomes of children with severe chronic pain: Comparison of former patients with a community sample. <i>European Journal of Pain</i>, 25, 1329-1341.</p> <p>Walker, L.S., Dengler-Crish, C.M., Rippel, S. & Bruehl, S. (2010). Functional abdominal pain in childhood and adolescence increases risk for chronic pain in adulthood. <i>Pain</i>, 150, 568-572.</p> |
|--|---|

Teil 2: Fakultative Lerninhalte

| Biofeedback (ca. 4 Stunden) (P. Kropp) | | |
|---|--------------|---|
| 1 | Theorie | <p>Zielsetzung und Wirkmechanismen bei Biofeedback, einschließlich unterschiedlicher Modelle (kybernetisch, lerntheoretisch, psychosomatisch)</p> <p>Aufbau und der Technik der Geräte</p> <p>Sicherheitsaspekte im Umgang mit spannungsführenden Geräten</p> <p>Unterschiedliche Sensoren bei der Ableitung von Körpersignalen</p> <p>Professionellen Umgang mit Rückmeldesignalen während der Behandlung</p> <p>Lerntheoretische Faktoren bei der Wahrnehmung von Rückmeldesignalen (positive Verstärkung, negative Verstärkung, Auswirkung von Strafreizen durch die Rückmeldung)</p> <p>Anwendungsmöglichkeiten bei unterschiedlichen Krankheitsbilder</p> <p>Mögliche Allergien durch Klebstoffe von Sensoren</p> <p>Hygienemaßnahmen, spezielle Maßnahmen zur Desinfektion patientennaher Geräteteile wie Sensoren</p> <p>Wissen über den Effekt von Biofeedback fördernden Einstellungen (Attribution, Kognition)</p> <p>Kontraindikationen bei der Anwendung von Biofeedback (Aphasie, akute Psychose, fehlende Therapiemotivation)</p> <p>Datenschutzrechtliche Bestimmungen von Patientendaten einschließlich physiologischer Daten</p> |
| 2 | Fertigkeiten | <p>Einführung von Biofeedback am Patienten (angstreduzierende Beschreibung, Erklärung der Rückmeldung am Beispiel anderer Körperfunktionen wie des Blutdrucks), Gewährung von ausreichend</p> <p>Information über Biofeedback zur Ermöglichung von Verständnisfragen</p> <p>Anwenden von Biofeedback bei unterschiedlichen Erkrankungen und Berücksichtigung derer Spezifika (Messung körperlicher Erregung, Messung, muskulärer Erregung, Messung der Durchblutung über Temperatur oder den Gefäßstatus)</p> <p>Beschreibung von Rückmeldesignalen und deren Latenz zur Kognition einschließlich Hilfen zur Interpretation und Bewertung der</p> |

| | | |
|---|-----------|---|
| | | <p>Signale</p> <p>Entscheidung über die Rückmeldemodalität (akustisch, visuell, taktil)</p> <p>Maßnahmen zur Änderung der Attribution zum Zwecke der Optimierung der Biofeedbackwirkung</p> <p>Umgang mit technischen Geräten einschließlich der Anwendung von Datenerfassungs-, Aufzeichnungs- und Rückmeldeprogrammen</p> <p>Fehlmessungen, Erkennen von fehlerhaften Mess-Signalen</p> <p>Feststellen der Adhärenz des Patienten bei der Messung physiologischer Signale, rechtzeitiger Ausstieg aus einer Biofeedbacksitzung bei fehlerhaften Rückmeldesignalen oder bei schwindender Adhärenz</p> |
| 3 | Literatur | <p>Kropp P, Niederberger U (2008). Theoretische Konzepte und Wirkmechanismen. In: A. Martin & W. Rief (Hrsg.) Wie wirksam ist Biofeedback? Bern: Huber 2008, S. 43-49.</p> <p>Kropp, P, Meyer B, Dresler T, Fritsche G, Gaul C, Niederberger U, Förderreuther S, Malzacher V, Jürgens TP, Marziniak M, Straube A. (2016). Entspannungsverfahren und verhaltenstherapeutische Interventionen zur Behandlung der Migräne. Leitlinie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft. Schmerz DOI 10.1007/s00482-017-0214-1.</p> <p>Lücking M & Martin A (2016). Entspannung, Imagination und Biofeedback. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. Psychologische Schmerztherapie, (8. Auflage) Berlin: Springer Verlag.</p> <p>Meyer B, Niederberger U, Kropp P (2016). Biofeedback. In C. Gaul & HC Diener (Hrsg.). Kopfschmerzen - Pathophysiologie - Klinik - Diagnostik - Therapie. Stuttgart: Thieme, S. 244-247.</p> |

| Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ca. 4 Stunden) (Anke Diezemann-Prößdorf, Tobias Fehlinger) | | |
|--|----------------------------|--|
| 1 | ACT Modell | ACT als störungsübergreifende Therapieform Prinzip der kontextuellen Therapie Das Zusammenspiel der sechs ACT Komponenten (Hexaflex) Schmerzspezifisches Vorgehen in der ACT Studien zur Wirksamkeit von ACT in der Schmerztherapie |
| 2 | Akzeptanz und Bereitschaft | Überwindung der Kontrollagenden |
| 3 | Defusion | Distanzierung/Entschmelzung von Kognitionen Umgang mit schwierigen, dysfunktionalen Gedanken |
| 4 | Achtsamkeit | Der Gegenwart zuwenden Eine nicht bewertende, annehmende Haltung üben |
| 5 | Selbst als Kontext | Konzeptualisiertes Selbst Selbst als Kontext |
| 6 | Werte | Werte als Richtungsgeber, um ein sinnerfülltes Leben trotz Schmerz leben zu können |
| 7 | Commitment | Engagement für ein sinnerfülltes Leben Selbstverpflichtung und Verhaltensänderung |
| 8 | Literatur | Dahl JC et al. (2004). Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain, Context Press, Reno. Dahl JC, Lundgren T. (2006) Living Beyond Your Pain, New Harbinger Publications, Oakland. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. (2004). Akzeptanz- und Commitmenttherapie, CIP-Medien, München. McCracken L. (2005). Contextual Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Pain (CCBT). Progress in |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>Pain research and Mangement, Vol. 33.</p> <p>Wengenroth M. (2017). Akzeptanz-und Commitmenttherapie (ACT)“-Therapietools, 2. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim.</p> <p>Wengenroth M. (2016) Das Leben annehmen. So hilft die Akzeptanz-und Commitmenttherapie (ACT). 3. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.</p> <p>Diezemann A, Korb J. (2016). Akzeptanz- und Commitmenttherapie In: Birgit Kröner-Herwig, Jule Frettlöh, Regine Klinger, Paul Nilges. (Hrsg.). Schmerzpsychotherapie, 8. Auflage, Springer Verlag, Berlin.</p> |
|--|--|---|

Hypnose bei chronischen Schmerzen (ca. 4 Stunden)
(A.Pielsticker, überarbeitet von A. Pielsticker und C. Derra)

| | | |
|---|--|--|
| 1 | Einführung | <p>Einbettung der Hypnose in das übergreifende therapeutische Behandlungskonzept</p> <p>Abgrenzung klinischer Hypnose von Bühnenhypnose</p> <p>Prinzipien der Tranceinduktion</p> <p>Trancephänomene</p> <p>Diskussion über Notwendigkeit von Trancevertiefung zur Schmerzkontrolle</p> <p>Physiologie der Hypnose</p> <p>VAKOG-Schema</p> |
| 2 | <p>Indikation</p> <p>Kontraindikation</p> <p>Relative Indikation</p> | <p>Indikationsbereiche für akute und chronische Schmerzen</p> <p>Kontraindikationen für Hypnose (Psychosen, schwere Persönlichkeitsstörungen, passiv-rezeptive Erwartungshaltung)</p> <p>relative Indikation (geringe Hypnotisierbarkeit, kein vertrauensvoller Rapport)</p> |
| 3 | Diagnostik | <p>hypnosespezifische Diagnostik (Suggestibilitätstests, beziehungsorientierte Aspekte)</p> <p>Auswirkungen der Hypnotisierbarkeit auf Therapieerfolg</p> |
| 4 | Wirksamkeit | <p>Metaanalysen zur Effektivität hypnotischer Schmerzkontrolle (Montgomery et al. 2000, Bongartz et al. 2002)</p> |
| 5 | Anwendung | <p>Unterscheidung von symptom- und problemorientiertem Vorgehen</p> <p>Altersregression als Beispiel für problemorientiertes Vorgehen</p> <p>Techniken hypnotischer Schmerzkontrolle /überblicksartige Vorstellung verschiedener Techniken:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dissoziative Techniken (Ganz- und Teilkörperdissoziationen, Handschuhanästhesie) 2. assoziative Techniken (Visualisierung des Symptoms) |

| | | |
|---|-----------|--|
| | | <p>3. symbolische Techniken (Personifizierung des Symptoms)</p> <p>4. Selbsthypnose</p> <p>5. therapeutische Geschichten und Metaphern (z.B. „Reisaffen“)</p> <p>vertiefende Darstellung und Einübung ausgewählter symptomorientierter Techniken</p> |
| 6 | Literatur | <p>Bongartz W, Flammer E, Schwonke R (2002) Die Effektivität der Hypnose: Eine meta-analytische Studie. Psychotherapeut 47(2): 67-76.</p> <p>Jensen, M.P. (2012) Hypnose bei chronischem Schmerz. Heidelberg: Carl Auer Verlag</p> <p>Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH (2000) A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? Int J Clin Exp Hypn 48: 138-153.</p> <p>Peter B (2009) Phantomgliedschmerzen. In: Revenstorff D & Peter B (Hrsg.) (2009) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.</p> <p>Peter B (2016) Hypnotherapie. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R & Nilges P (Hrsg.) Schmerzpsychotherapie (8. Aufl.). Berlin: Springer.</p> <p>Pielsticker A (2004) Das Würfelexperiment. In: Ebell HJ & Schukall H (Hrsg) Warum therapeutische Hypnose. München: Pflaum.</p> <p>Scholz OB (2006) Hypnotherapie bei chronischen Schmerzkrankungen. Bern: Huber.</p> <p>Stenzel A (2009) Verschmerzt! 99 hypnotische Angebote bei chronischen Schmerzen. München: CIP-Medien.</p> |

Information und Edukation (ca. 4 Stunden)
(Hans-Günter Nobis, überarbeitet von Bernd Kappis)

| | | |
|---|-----------------------|--|
| 1 | Gegenstandbestimmung | <p>Begriffsklärung: Information, Edukation, Psychoedukation</p> <p>Pflicht zur Aufklärung „Patientenrechtegesetz“</p> <p>Berücksichtigen der Ausgangssituation des Patienten</p> <p>Wissen um Evidenz von Edukation</p> <p>Stellenwert von Edukation im therapeutischen Kontext/Prozess</p> <p>Anerkennen von Edukation als interdisziplinäre Teamarbeit</p> <p>Standardisierte Edukations-Programme (Überblick)</p> |
| 2 | Ziele von Edukation | <p>Kennen von Zielen der Edukation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Betroffene sind Experten für ihre Erkrankung - Etablierung eines angemessenen Krankheitsmodells - Verbesserung von Krankheitsverständnis - Erhöhung von Eigenverantwortung und Therapiemotivation - Reduktion von Unsicherheit und Hilflosigkeit |
| 3 | Inhalte von Edukation | <p>Wissen um das breite Spektrum von Edukationsinhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informationen über Schmerzwahrnehmung und Schmerzverarbeitung (Physiologie, Neurobiologie) - Aufklärung über die Erkrankung (störungsbezogene Informationen) - biopsychosoziales Modell chronischer Schmerzen - Multimodale Behandlungsprinzipien (therapierelevante Informationen) - Selbstmanagement- und Bewältigungskompetenzen |

| | | |
|---|---|---|
| 4 | Methoden der Edukation | <p>Didaktisch angepasstes, kreatives Anwenden der vier Edukationswerkzeuge:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sprache: Erklärungen und Metaphern - Bilder: Fotos, Grafiken, Flip-Chart - Text: Flyer, Broschüren, Zeitschriften und Bücher - Medien: Ton und Film |
| 5 | Merkmale erfolgreicher Schmerzedukation | <p>Anerkennung der Informationsvermittlung als pädagogische Herausforderung (Prinzipien von Lernen und Begreifen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den richtigen Zeitpunkt finden - Die richtige Dosis finden - Individualisieren von Edukation - Objektivieren von Lernfortschritten |
| 6 | Literatur | <p>Nobis HG et al. (2020) Schmerz – eine Herausforderung, Patientenratgeber. (3. Aufl.) SpringerMedizin</p> <p>von Wachter M, Hendrichke A (2021) Psychoedukation bei chronischen Schmerzen, Manual und Materialien (2. Aufl.) Springer</p> <p>Nobis HG, Pielsticker A (2016) Information und Edukation des Patienten. In: Casser HR, Hasenbring M, Becker A, Baron R (Hrsg.): Rückenschmerzen und Nackenschmerzen. Springer</p> <p>von Wachter M, Kappis B (2019) Therapie-Tools Schmerzstörungen: Mit E-Book und Arbeitsmaterial, Beltz</p> <p>Butler D, Moseley L. (2016). Schmerzen verstehen. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer</p> <p>Butler D, Moseley L. (2017). Explain Pain Supercharged. Adelaide: Noigroup.</p> <p>Kappis, B. (2020). Ziele, Inhalte und Methoden der Schmerzedukation. Der Schmerzpatient (3), 58-64.</p> <p>Kappis, B., von Wachter, M. (2020). Schmerz(psycho)edukation zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin (41), 244-255.</p> |

