



Multimodaler, biopsychosozialer Ansatz

Screening psychosozialer Faktoren in der Schmerzmedizin

Psychosoziale Faktoren beeinflussen in Interaktion mit biologischen Faktoren die Entstehung, Chronifizierung und Aufrechterhaltung von Schmerzen und sollten deshalb frühzeitig erfasst werden, um eine Therapie gezielt planen zu können

Relevante psychosoziale Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen interagieren auf vielfältige Weise mit biologischen Faktoren, sodass diese möglichst früh nach Auftreten der Schmerzen zusammen mit biologischen Risikofaktoren erfasst werden sollten, um sie für die differenzielle Indikation und Therapieplanung verwenden zu können.¹ Psychosoziale Risikofaktoren begünstigen die Entstehung und Chronifizierung von Schmerzen und werden in der Literatur allgemein als Yellow Flags bezeichnet.² In der Schmerztherapie sollten aber nicht nur Risikofaktoren, sondern auch individuelle Ressourcen zur Bewältigung der Schmerzen erfasst werden. Generell lassen sich relevante psychosoziale Faktoren in schmerzspezifische Faktoren, generell gesundheits- und krankheitsspezifische Faktoren sowie allgemeine psychologische und soziale Faktoren unterteilen.³

Als psychologische Ressourcen verstehen wir alle Aspekte des Verhaltens, Erlebens und der Lebenssituation, die Patient:innen nutzen können, um ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen,⁴ und somit mit Wohlbefinden und Gesundheit im Zusammenhang stehen. Davon ausgehend, dass chronische Schmerzen die Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse auf vielfältige Weise bedrohen,⁵ wird also alles relevant, das Patient:innen bei der Bewältigung chronischer Schmerzen unterstützen kann. Beispiele für solche psychosozialen Ressourcen sind Fähigkeiten, Wissen, körperliche Stärken, Gewohnheiten, Umgangsformen, Interessen, Wünsche, Ziele, zwischenmenschliche Beziehungen und natürlich auch Geld und Besitz.⁶ Oftmals kann auch die geringe Ausprägung eines Risikofaktors als Ressource betrachtet wer-

den beziehungsweise das Fehlen von Ressourcen als Risikofaktor. Im Kontext der Schmerzbewältigung häufig genannte Ressourcen und Schutzfaktoren sind Schmerzakzeptanz, schmerzspezifische Selbstwirksamkeit oder auch generell eine stark ausgeprägte soziale Unterstützung (s. u.).

Im Folgenden werden wir gängige Instrumente zur effizienten Erfassung dieser psychosozialen Faktoren aufführen (Tab. 1). Abschliessend werden wir drei multidimensionale Screeninginstrumente nennen, die mehrere Konstrukte innerhalb eines Fragebogens erfassen. Die Auswahl der Instrumente war durch den Einfluss effizienter Instrumente und Screening-Tools zur Identifikation von Risikofaktoren und Ressourcen in der klinischen Praxis motiviert und soll eine personalisierte Indikation und Therapieplanung (IMST) unterstützen.

Schmerzspezifische Faktoren

Schmerzspezifische psychosoziale Faktoren können generell unterteilt werden in Schmerzwahrnehmung, Schmerzverständnis, Schmerzverarbeitung, Schmerzbewältigung und soziale Dimension von Schmerzen.

- **Schmerzwahrnehmung** umfasst verschiedene Beschreibungsdimensionen der erlebten Schmerzen wie Lokalisation (wo?), Häufigkeit (wie oft?), Intensität (wie stark?), Qualität (wie?) und Beeinträchtigung (wie einschränkend?) sowie die generelle Schmerzempfindlichkeit (Schmerzsensitivität).
- **Schmerzverständnis** erfasst, als wie bedrohlich und überwältigend Patient:innen den Schmerz empfinden (*Katastrophisieren*), wie sehr sie bereit sind, den Schmerz zuzulassen (*Schmerz-*

zeptanz), und wie sehr sie glauben, das Leben trotz Schmerzen meistern zu können (*schmerzbezogene Selbstwirksamkeit*). Ein *katastrophisierendes Schmerzverständnis* kann sich in Grübeln, Vergrösserung der Schmerzen und Gefühlen der Hilflosigkeit gegenüber den Schmerzen äussern.⁷ In empirischen Studien ist Schmerzkatastrophisieren konsistent mit höherer Schmerzintensität, mehr Beeinträchtigung sowie psychischer Belastung wie Angst und Depressionen assoziiert.^{8,9} *Schmerzakzeptanz* beschreibt die «Bereitschaft, Schmerzen zuzulassen, ohne ständig zu versuchen, sie zu kontrollieren oder zu vermeiden, und sich weiterhin an wichtigen Lebensaktivitäten zu beteiligen».¹⁰ Metaanalysen zeigen, dass eine höhere Schmerzakzeptanz geringere Einschränkungen im Alltag, weniger erlebte Beeinträchtigung, eine geringere Depressivität sowie ein besseres Wohlbefinden vorhersagt.^{11–13} Dazu passend sind Verbesserungen in der Schmerzakzeptanz in einer Therapie mit besseren Ergebnissen verbunden.¹⁴ *Schmerzbezogene Selbstwirksamkeit* bezeichnet die erlebte Gewissheit, Herausforderungen im Umgang mit den Schmerzen aus eigenen Kräften meistern zu können.¹⁵ Eine hohe schmerzspezifische Selbstwirksamkeit kann als Schutzfaktor für die psychische Gesundheit verstanden werden.^{16,17}

- Eine ungünstige **Schmerzverarbeitung** kann sich in einer übersteigerten Aufmerksamkeit für Schmerzreize äussern (*Schmerzwigilanz*), in einer Angst vor erneuten oder verstärkten Schmerzen (*Schmerzangst*) und in der Vermeidung von schmerzauslösenden Bewegungen und Aktivitäten (*Kinesiophobie*). Eine

solche schmerzspezifische Angst und Vermeidung kann zu körperlicher Inaktivität führen und ist mit stärkerer Schmerzempfindlichkeit (s.u.) sowie zunehmenden funktionellen Einschränkungen verbunden.¹⁸

- Patient:innen entwickeln verschiedene Methoden, um mit ihren Schmerzen zurechtzukommen (**Schmerzbewältigung**). Strategien zur Bewältigung von Schmerzen und deren Folgen können kognitiv, emotional und/oder verhaltensbezogen sein. Diese Strategien decken sich teilweise mit Arten der Schmerzverarbeitung (s.o.). Hilfreiche (adaptive) Strategien zielen darauf ab, den Schmerz zu beeinflussen oder trotz Schmerzen handlungsfähig zu bleiben,¹⁹ was zum Beispiel durch regelmässige Bewegung¹⁹ oder eine kognitive Neubewertung erreicht werden kann.²⁰ Adaptive Strategien gehen in der Regel mit geringerer Depressivität, besserem körperlichem Funktionieren und höherem psychischem Wohlbefinden einher.²⁰ Passive bzw. maladaptive Strategien, wie Katastrophisieren, Vermeiden, Ignorieren, oder ein selbstberuhigendes, aber nicht problemlösendes Denken (*«comforting thinking»*) gehen mit einem Kontrollverlust und einer stärkeren Dominanz der Schmerzen im Alltag einher.¹⁹ Entsprechend sind sie mit höherer Schmerzintensität, stärkerer psychischer Belastung und einer geringeren Anpassungsfähigkeit verbunden.²⁰

- Auch die Wahrnehmung, wie andere Personen (Partner:innen, andere Personen aus dem sozialen Umfeld) mit den eigenen Schmerzen umgehen, bestimmt die Befindlichkeit von Schmerzpatient:innen (**soziale Dimension von Schmerzen**). Dieser Umgang betrifft sowohl die generelle Unterstützung des Patienten/der Patientin als auch möglicherweise die Verstärkung problematischen Schmerzverhaltens. Reaktionen von Partner:innen auf die eigenen Schmerzen können sehr unterschiedliche Folgen haben. Beispielsweise fühlen sich auch Partner:innen stärker belastet, wenn Patient:innen ihr Schmerzerleben häufiger zeigen, was die Beziehungsqualität beeinträchtigen kann und mit weniger unterstützenden sowie mehr negativen Reaktionen verbunden ist.²¹ Entsprechend zeigen Angehörige

mehr unterstützendes Verhalten wie Empathie tendenziell bei geringerer Schmerzintensität und besserer psychischer Belastbarkeit des Patienten/der Patientin, während stärkere Schmerzen und stärkere Belastung der Betroffenen mit übermässiger oder gar invalidierender Fürsorge verbunden sind.²² Welche Wirkung eine bestimmte Reaktion letztlich hat, hängt jedoch entscheidend davon ab, wie Patient:innen das Verhalten ihrer Partner:innen interpretieren.²³

Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit

Auch allgemeinere Konzepte von Gesundheit und Krankheit wie zum Beispiel die Wahrnehmung des eigenen Körpers, von Krankheit generell oder die Überzeugung, selbst Kontrolle über Gesundheit und Krankheit zu haben, spielen eine Rolle für den Umgang mit chronischen Schmerzen.

Körperwahrnehmung: Die Fähigkeit, innere Körperzustände wie Herzfrequenz oder gastrointestinale Veränderungen wahrzunehmen und zu verarbeiten, wird als Interozeption definiert, was wir hier als Körperwahrnehmung definieren. Menschen mit chronischen Schmerzen scheinen insgesamt innere Körpersignale weniger genau wahrnehmen zu können, geben aber zugleich an, ihre Aufmerksamkeit stärker auf körperliche Empfindungen zu richten.²⁴ Dieses Muster scheint sich jedoch nicht bei allen Betroffenen in gleicher Weise zu zeigen. Oliveira et al. identifizierten in einer Clusteranalyse drei verschiedene Typen der Schmerzwahrnehmung mit unterschiedlich ausgeprägten interozeptiven Fertigkeiten – ein Profil mit ausgeprägten, eines mit geringen und eines mit gemischten (teils guten, teils mangelhaften) Fertigkeiten.²⁵ Diese Gruppen unterschieden sich unter anderem in depressiven Symptomen sowie in schmerzbezogenen psychologischen Faktoren wie Selbstwirksamkeit, Katastrophisieren und Kinesiophobie voneinander.²⁵

Krankheitswahrnehmung beschreibt die Art, wie eine Person ihre Schmerzerkrankung versteht bzw. erklärt, und gilt dann als ungünstig, wenn die Person sich durch die Krankheit als sehr bedroht empfindet, sie erwartet, dass die Krankheit lange andauern wird, sie starke emotionale Reaktionen zeigt und sie sich als sehr machtlos gegenüber der Krankheit erlebt.²⁶ Entspre-

chend nehmen Menschen mit chronischen Schmerzen ihre Erkrankung häufig als lang anhaltend, schwer kontrollierbar und mit erheblichen negativen Konsequenzen für ihr Leben verbunden wahr, was mit emotionaler Belastung, Angst und depressiven Symptomen einhergeht.^{27,28}

Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen beziehen sich darauf, wie stark eine Person glaubt, die eigene Gesundheit beeinflussen zu können. Es kann zwischen internen und externen Überzeugungen unterschieden werden.²⁹ Patient:innen mit hohen internalen Kontrollüberzeugungen zu Behandlungsbeginn zeigten im Verlauf einer multidisziplinären Therapie grössere Reduktionen der Schmerzintensität.³⁰ Hingegen waren der Glaube, dass andere oder der Zufall die Gesundheit bestimmen (externe Kontrollüberzeugungen), mit passiveren Bewältigungsstrategien und einer stärkeren psychischen Belastung assoziiert.³¹

Allgemeine psychologische und soziale Faktoren

Einige nicht schmerzspezifische psychologische Faktoren spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen, wie zum Beispiel traumatische Vorerfahrungen, aktueller und chronischer Stress, verschiedene Aspekte des Umgangs mit sich selbst, Umgang mit Emotionen sowie die soziale Unterstützung.

Stress und psychologische Traumata

Stress wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert als «ein Zustand von Sorge oder geistiger Anspannung, der durch eine schwierige Situation verursacht wird».³² Die Beziehung zwischen Schmerz und Stress ist komplex, bidirektional und umfasst sowohl physiologische als auch psychologische Mechanismen.³³ Während akuter Stress kurzfristig sogar eine analgetische Wirkung entfalten kann,³⁴ beeinträchtigt chronischer psychologischer Stress die Schmerzverarbeitung und begünstigt zusammen mit traumatischen Kindheitserfahrungen die Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen.^{35,36} Entsprechend leiden über die Hälfte der Patient:innen mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) auch unter chronischen Schmerzen, bis zur Hälfte der Patient:innen mit chronischen

Schmerzen erfüllen auch die Kriterien für eine PTBS, und Betroffene mit dieser Komorbidität berichten über höhere Schmerzintensität, grössere funktionelle Beeinträchtigung und stärkere emotionale Belastung als Patient:innen mit nur einer der beiden Störungen.^{37,38}

Umgang mit sich selbst – Selbstfreundlichkeit und Selbstkritik

Starke Selbstkritik und übermässiger Perfektionismus gelten in der klinischen Psychologie als transdiagnostische Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen.^{39,40} Auch bei Patient:innen mit chronischen Schmerzen sind übersteigerte Selbstkritik und Perfektionismus verbunden mit höherer Schmerzintensität, grösserer Funktionsbeeinträchtigung sowie einem schlechteren psychischen Wohlbefinden bzw. einem höheren Risiko für Depressionen⁴¹ und stehen mit schlechteren Erfolgen multidisziplinärer Behandlung im Zusammenhang.⁴²

Ein Beispiel für einen positiven Umgang mit sich selbst ist die Freundlichkeit zu sich selbst (*Selbstfreundlichkeit*), die besonders in für die Person schwierigen Momenten wichtig werden kann.⁴³ Selbstfreundlichkeit ist bei Menschen mit chronischen Schmerzen mit geringerer depressiver Symptomatik, weniger psychischer Belastung, geringerer Schmerzbeeinträchtigung und höherer Selbstwirksamkeit verbunden, während ein sehr kritischer Umgang mit sich selbst mit ungünstigeren psychischen Outcomes einhergeht.^{44,45}

Emotionsregulation

Emotionsregulation betrifft «die Prozesse, durch die Individuen beeinflussen, welche Emotionen sie haben, wann sie diese haben und wie sie diese Emotionen erleben und ausdrücken».⁴⁶ Zwei Strategien zum Umgang mit der Schmerzerfahrung wurden bei Patient:innen mit chronischen Schmerzen besonders häufig untersucht: kognitive Neubewertung («*reappraisal*») und emotionale Unterdrückung («*suppression*»). Während kognitive Neubewertung allgemein als adaptiv gilt und empirisch mit Behandlungsergebnissen zusammenhängt, gilt emotionale Unterdrückung als ungünstige Strategie mit schlechteren Therapieergebnissen.^{47–49} Neuere Perspektiven betonen aber, dass keine Strategie per se adaptiv oder maladaptiv ist, sondern es darauf an-

kommt, wie flexibel und situationsangemessen Strategien eingesetzt werden.⁵⁰

Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung betrifft die Überzeugung einer Person, geliebt und geschätzt zu werden, und umfasst sowohl die subjektive Wahrnehmung, dass bei Bedarf Unterstützung verfügbar ist, als auch die tatsächlich erhaltene Hilfe.⁵¹ Entsprechend berichten Patient:innen bei mehr subjektiver sozialer Unterstützung eine bessere Lebensqualität und weniger emotionale Belastung.^{52,53} Im Umgang mit Stressoren wie chronischen Schmerzen zeigt sich soziale Unterstützung als Schutzpuffer, der Patient:innen dabei unterstützen kann, belastende Situationen neu zu bewerten und aktiv zu bewältigen.⁵⁴ Andere soziale Faktoren wie z.B. die selbst wahrgenommene Fähigkeit, an üblichen sozialen Rollen teilnehmen zu können, sagen ebenfalls eine geringere Beeinträchtigung durch Schmerzen vorher.⁵⁵

Motivbefriedigung

Als transdiagnostischer Risikofaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Probleme und Störungen kann eine mangelnde Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse nach Bindung, Kontrolle, Wert und damit zusammenhängenden Motiven (*motivationale Inkongruenz*) verstanden werden.^{56,57} Chronische Schmerzen können die Bedürfnisbefriedigung erschweren. So zeigten Patient:innen mit chronischem primärem Schmerz zu Beginn einer stationären multimodalen Schmerztherapie höhere Inkongruenzwerte als Gesunde, was mit höherer Schmerzintensität, Schmerzbeeinträchtigung und psychischer Belastung assoziiert ist.⁵

Therapiemotivation

Therapiemotivation kann definiert werden als die Motivation des/der Betroffenen, sich in seine/ihre psychologische Behandlung einzubringen.⁵⁸ Generell zeigt sich, dass eine höhere psychotherapeutische Motivation vor einer Schmerzbehandlung mit geringerer Schmerzintensität, weniger depressiven Symptomen und niedrigerer psychischer Gesamtbelastung nach der Therapie verbunden ist.⁵⁹ Besonders die Komponente der Hoffnung, also geringe Hoffnungslosigkeit, und weniger Behandlungsskepsis sagten Verbesserungen in psychischer Belastung und Schmerzbe-

einträchtigung zuverlässig vorher. Andere Aspekte der Motivation wie Eigeninitiative oder Wissen über psychologische Behandlung zeigten keinen prädiktiven Wert für Therapieergebnisse, und keine Motivationskomponente sagte die Schmerzintensität nach der Behandlung voraus.⁶⁰

Schmerzspezifische psychologische Muster/Persönlichkeit

In der Praxis der Schmerzbehandlung werden häufig zwei verschiedene schmerzspezifische Persönlichkeiten diskutiert, zu denen differenzielle Behandlungsempfehlungen gegeben werden: die *Pain-Prone Personality* und die *Action-Prone Personality*. Danach beschreibt die *Pain-Prone Personality* ein Muster von Selbstkritik, emotionaler Unterdrückung, Hilflosigkeit, passiven Bewältigungsstrategien (Rückzug, Schonung), starkem Katastrophisieren und höherer Depressivität.⁶¹ Die *Action-Prone Personality* bezeichnet hingegen ein psychologisches Muster von übermässiger Aktivität, starken Kontrollwünschen, starker Leistungsorientierung, Schwierigkeiten, eigene Grenzen wahrzunehmen bzw. Erholung zuzulassen, und überaktiven Bewältigungsanstrengungen, was mit chronischer Überlastung und Erschöpfung verbunden sei.⁶² Während die Behandlungsfoci bei *Pain-Prone Personality* häufig eine Kombination von Aktivierung, emotionaler Exposition sowie Förderung von Achtsamkeit, Selbstwirksamkeit und Emotionsausdruck sind, fokussiert die Behandlung von Personen mit einem *Action-Prone-Muster* auf Entspannung, Entschleunigung und Förderung von Körperwahrnehmung, Stressregulation, Selbstfürsorge und Erholungskompetenz. Für die Erfassung dieser Muster bzw. Persönlichkeitstypen existiert aber kein eigenes psychometrisches Instrument, sondern sie ergibt sich aus der Zusammenführung verschiedener Einzelmessungen. Neuere Studien zur Persönlichkeit von Patient:innen mit chronischem Schmerz finden eine Kombination von höherer Schadensvermeidung («*harm avoidance*»; Tendenz zu Ängstlichkeit, Pessimismus, Kritikempfindlichkeit und hohem Bedürfnis nach Bestätigung) und geringerer Selbststeuerung («*low self-directedness*»; Schwierigkeiten bei Definition und Festlegung sinnvoller Ziele, geringe Motivation und Probleme bei adaptiver Bewältigung) als auffälligste Persönlichkeitsmerkmale von Menschen, die unter verschiedenen Arten chronischer

Instrumente zur Erfassung psychosozialer Risikofaktoren	
A) Schmerzspezifische Faktoren	
Schmerzwahrnehmung	
Schmerzlokalisierung	• Körpersilhouetten im DSF⁷⁵ • Pain Drawings⁷⁶
Schmerzhäufigkeit	DSF (Frequenzskala) ⁷⁵
Schmerzintensität	• Visuelle Analogskala (VAS)⁷⁷, Numerische Rating-Skala (NRS)⁷⁸, Verbale Rating-Skala (VRS)⁷⁹ • Brief Pain Inventory (BPI)⁸⁰ – Subskala Intensität • Widespread Pain Index (WPI)⁸¹
Schmerzqualität	• Schmerzempfindungsskala (SES)⁸² • Schmerzbeschreibungsliste (SBL)⁷⁵
Schmerzbeeinträchtigung	Brief Pain Inventory (BPI) ⁸⁰ , Subskala Beeinträchtigung
Schmerzempfindlichkeit	• Pain Sensitivity Questionnaire (PSQ)⁸³ • ALGOPEG («clothespin algometer»)⁸⁴
Schmerzverständnis	
Katastrophisieren	Pain Catastrophizing Scale (PCS) ⁸⁵
Schmerzakzeptanz	Chronic Pain Acceptance Questionnaire-8 (CPAQ-8) ⁸⁶
Schmerzbezogene Selbstwirksamkeit	Fragebogen zur Erfassung der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit (FESS) ¹⁵
Schmerzverarbeitung	
Schmerzvigilanz	Pain Vigilance and Awareness Questionnaire (PVAQ-D) ⁸⁷
Schmerzangst	Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS20-D) ⁸⁸
Vermeidung	Tampa Scale for Kinesiophobia - 11 (TSK-GV-11) ⁸⁹
Schmerzbewältigung	
Schmerzbewältigung	Brief-COPE ⁹⁰
Strategien der Schmerzbewältigung	Coping Strategies Questionnaire (CSQ-D) ⁹¹ Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung, Subskala Bewältigung (FESV-BW) ⁹²
Soziale Dimension von Schmerzen	
Soziale Schmerzverstärkung/Partnerreaktionen	West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory; auch: MPI-D (Multidimensional Pain Inventory) ⁹³
B) Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit	
Körperwahrnehmung	Body Perception Questionnaire very short form (BPQ-VSF-D) ⁹⁴
Krankheitswahrnehmung	Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) ⁹⁵
Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen	Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG) ⁹⁶
Therapiemotivation	Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM-23) ⁹⁷
C) Allgemeine psychologische und soziale Faktoren	
Traumata und Stress	
Wahrgenommener Stress	Perceived Stress Scale (PSS-10-D) ⁹⁸
Psychologische Traumata	• Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE-D)⁹⁹ • Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)¹⁰⁰
Umgang mit sich selbst	
Selbstkritik	Unterskala des Depressive Experiences Questionnaire Self-Criticism 4 (DEQ-SC4) ¹⁰¹
Perfektionsstreben (arbeitspezifisch)	Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmusters, Unterskala Perfektionismus (AVEM-3D) ¹⁰²
Selbstfreundlichkeit	Self-Compassion Scale (SCS-D) ¹⁰³
Emotionsregulation	Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) ¹⁰⁴
Soziale Unterstützung	ENRICH Social Support Instrument (ESSI) ¹⁰⁵
Motivbefriedigung & Therapiemotivation	• Inkongruenzfragebogen Kurzversion (K-INK)⁵⁷ • Fragebogen zur Therapiemotivation (FPTM-23)⁹⁷

D) Psychologische Therapieergebnisse	
Wohlbefinden und Lebensqualität	
Wohlbefinden	• Kurzform der Health Survey SF-36 (SF-12)¹⁰⁶ • EQ-5D-5L¹⁰⁷
Psychologische Gesundheit und Krankheit	• Mental Health Inventory – 5 (MHI-5)¹⁰⁸ • Symptom Checklist Kurzversion (SCL-9)¹⁰⁹ • Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)¹¹⁰
E) Multidimensionale Screeninginstrumente	
STarT-MSK-Tool für muskuloskelettale Schmerzen ⁷³	
Ultra-Kurz-Screening-Fragebogen (UKS) ¹¹¹	
Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire ⁷⁴	

Tab. 1: Gängige Instrumente zur effizienten Erfassung psychosozialer Risikofaktoren

Schmerzzustände leiden (Fibromyalgie, Kopfschmerzen/Migräne, Erkrankungen des Bewegungsapparats etc.).

Psychologische Therapieergebnisse

Um der Heterogenität in der Schmerzfor- schung und den Anforderungen des biopsychosozialen Modells gerecht zu werden, wurden internationale Initiativen ins Leben gerufen, die sogenannte Core Outcome Sets (COS) definieren, also einen Mindestsatz relevanter Ergebnisbereiche. Die Empfehlungen der Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials (IMMPACT) sowie insbesondere die neueren Konsensempfehlungen der VAPAIN-Initiative (Validation and Application of a Patient Relevant Core Set of Outcome Domains to Assess Multimodal Pain Therapy) gelten als Goldstandard für die multidimensionale Ergebnisbewertung in der Schmerzfor- schung. Diese COS stellen sicher, dass wesentliche Aspekte des Lebens von Schmerzpatient:innen erfasst werden, und tragen dadurch wesentlich zur Vergleich- barkeit klinischer Studien bei. Als zentralen Bezugsrahmen empfehlen sie die Erfassung von Zustand und Veränderung in folgenden Kernbereichen: Schmerz (Intensität, Häu- figkeit, Beeinträchtigung), körperliches Funktionieren, psychische Symptome, Wohlbefinden, (gesundheitsbezogene) Le- bensqualität, emotionales Funktionieren, Zufriedenheit mit sozialen Rollen und Akti- vitäten und Produktivität. Als Masse der Veränderung und des Therapieerfolges im engeren Sinne werden globale Verbesse- rung, Zufriedenheit mit der Behandlung, unerwünschte Nebeneffekte der Behand- lung sowie Therapieabbruch genannt.^{63,64} Wir präsentieren im folgenden eine Aus-

wahl verschiedener psychologischer Thera- pieergebnisse, die sich in unserer klinischen Praxis bewährt hat.

Wohlbefinden und Lebensqualität

Wohlbefinden und Lebensqualität kön- nen sowohl körperlich als auch psychisch empfunden und gemessen werden. Körper- lich betrifft dies Bereiche wie die allgemei- ne körperliche Funktionsfähigkeit oder die allgemeine Gesundheitswahrnehmung und psychisch die allgemeine Vitalität oder das allgemeine psychische Wohlbefinden, was sich darin äussert, ob die Person sich selbst- ständig bewegen, für sich selbst sorgen, verschiedene Aktivitäten in Arbeit, Familie oder Freizeit wahrnehmen kann oder Missempfindungen hat wie körperliche Schmerzen oder Niedergeschlagenheit er- lebt. Menschen mit chronischen Schmerzen berichten über eine stark reduzierte ge- sundheitsbezogene Lebensqualität (HR- QoL), die vergleichbar mit der von Pati- ent:innen mit fortgeschrittenem Krebs in der Palliativversorgung ist.⁶⁵ Die Ein- schränkungen betreffen sowohl körperliche als auch psychische und soziale Lebensbe- reiche.⁶⁶

Psychologische Gesundheit und Krankheit

Wahrscheinliche psychische Erkrän- kungen bzw. entsprechende psychische Symptome können mehr oder weniger de- tailliert als generelle Wahrscheinlichkeit, als Screening einer weiten Palette psychi- scher Symptome oder gezielt für einzelne Symptombereiche wie Ängstlichkeit oder Depressivität erfasst werden. Zwischen chronischen Schmerzen und psychischen Symptomen wie Angst oder Depressionen besteht wie bei Stress ein komplexer, bidi-

rektionaler Zusammenhang.^{67,68} Dement- sprechend sind etwa 40% aller chroni- schen Schmerzpatient:innen komorbid von Depressions- und Angststörungen betrof- fen.⁶⁹ Epidemiologische Daten zeigen, dass früh einsetzende und multiple komorbide psychische Störungen das Risiko, später chronische Rücken- oder Nackenschmer- zen zu entwickeln, deutlich erhöhen.⁷⁰ Umgekehrt steigern chronische Schmerzen das Risiko, später Depressionen oder Angststörungen zu entwickeln.⁷¹ Diese Ef- fekte sind dabei dosisabhängig: Je mehr Körperstellen von chronischen Schmerzen betroffen sind, desto höher ist die Wahr- scheinlichkeit für psychische Folgeerkrän- kungen.⁷²

Multidimensionale Screeninginstrumente

Multidimensionale Screeninginstru- mente eignen sich besonders gut dafür, möglichst früh in der Behandlung nieder- schwellig und mit wenigen Fragen (Items) eine Vielzahl wichtiger Risikofaktoren der Chronifizierung von Schmerzen gleichzei- tig zu erfassen. Dazu gehören das bereits bei Streitberger¹ erwähnte STarT-MSK-Tool für muskuloskelettale Schmerzen, welches neben Schmerzintensität und funktionel- len Beeinträchtigungen auch psychologi- sche Faktoren wie Depressivität, Angst-Ver- meidung oder Erwartungen bezüglich der Beschwerdedauer sowie Fragen zur Chro- nizität und Komorbiditäten erfasst.⁷³ An- schliessend erlaubt das Tool eine Einteil- lung der Patient:innen in drei prognosti- sche Kategorien: ein niedriges, mittleres oder hohes Risiko für einen ungünstigen Krankheitsverlauf, womit sichergestellt werden kann, dass Patient:innen frühzeitig

MEHR ZUM THEMA

Streitberger K: Neue Wege in der Prävention chronischer Schmerzen. *Leading Opinions Innere Medizin* 2025; 13(7): 20-3



Friedli T, Steinmann G: Soziale Arbeit als integraler Bestandteil der Prävention und Behandlung chronischer Schmerzen. *Leading Opinions Innere Medizin* 2025; 13(8): 9-11



die für sie bestgeeignete Behandlung erhalten. Mit dem *Ultra-Kurz-Screening-Fragebogen*, einem weiteren multidimensionalen Screeninginstrument, können neben Schmerzstärke und Beeinträchtigung auch psychische Komorbiditäten wie Angst und Depressivität sowie soziale, berufliche Belastungen und die Therapiemotivation erhoben werden. Der *Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire* erfasst schliesslich Schmerzlokalisierung, Schmerzintensität, funktionale Fähigkeiten und Beeinträchtigungen, Angstvermeidungsüberzeugungen und Depressivität.⁷⁴ Welches dieser Instrumente genutzt wird, sollte individuell unter Einbeziehung des klinischen Kontextes, der spezifischen Situation der Patient:innen sowie des diagnostischen Interesses der behandelnden Person abgewogen werden. ■

Autoren:

Prof. Dr. Martin grosse Holtforth^{1,2}

Tobias Oliver Boschung, MSc¹

¹Universitätsklinik für Neurologie
Inselspital, Universitätsspital Bern

²Abteilung für Klinische Psychologie und
Psychotherapie, Universität Bern
E-Mail: martin.grosse@unibe.ch

■200319

Literatur:

- 1 Streitberger K: *Leading Opinions Innere Medizin* 2025; 13(7): 20-3
- 2 Kaiser U et al.: *Schmerz* 2021; 35: 45-52
- 3 Edwards RR et al.: *J Pain* 2016; 17: 170-92
- 4 Grawe K, Grawe-Gerber M: *Psychotherapeut* 1999; 44: 63-73
- 5 Scheidegger A et al.: *J Clin Psychol Med Settings* 2023; 30: 893-908
- 6 Wilutzki U, Teismann T: *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, 2013
- 7 Sullivan MJL et al.: *The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation*. *Psychol Assess* 1995; 7(4): 524-32
- 8 Quartana PJ et al.: *Expert Rev Neurother* 2009; 9: 745-58
- 9 Rogers AH, Farris SG et al.: *Eur J Pain* 2022; 26: 1611-35
- 10 McCracken L, Vowles K: *Curr Pain Headache Rep* 2006; 10: 90-4
- 11 Craner JR et al.: *Int J Behav Med* 2017; 24: 542-51
- 12 Viane I et al.: *Pain* 2003; 106: 65-72
- 13 White KM et al.: *J Clin Psychol Med Settings* 2024; 32: 448-59
- 14 Probst T et al.: *J Clin Med* 2019; 8: 1373
- 15 Mangels M et al.: *Diagnostica* 2009; 55: 84-93
- 16 Cheng S et al.: *PLoS One* 2018; 13: e0203964
- 17 Li J et al.: *J Pain Res* 2025; 18: 1361-73
- 18 Gatchel R et al.: *J Orthop Sports Phys Ther* 2016; 46: 38-43
- 19 Brown GK, Nicassio PM: *Pain* 1987; 31: 53-64
- 20 Peres MFP, Lucchetti G: *Curr Pain Headache Rep* 2010; 14: 331-8
- 21 Mohammadi S et al.: *Clin J Pain* 2018; 34: 927-35
- 22 Akram H et al.: *Res J Psychol* 2025; 3: 622-35
- 23 Akbari F et al.: *Br J Health Psychol* 2020; 26: 401-18
- 24 Horsburgh A et al.: *J Pain* 2014; 25: 104476
- 25 Oliveira I et al.: *Pain* 2023; 165: 412-22
- 26 Broadbent E et al.: *J Psychosom Res* 2006; 60: 631-7
- 27 Costa E et al.: *Psychol Health Med* 2016; 21: 483-95
- 28 Järemo P et al.: *BMC Psychol* 2017; 5: 24
- 29 Wallston KA, Wallston BS: Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In: Wallston KA, Wallston BS (eds.): *Social Psychology of Health and Illness*. New York: Psychology Press, 2013. 65-95
- 30 Zuercher-Huerlimann E et al.: *J Pain Res* 2019; 12: 2095-9
- 31 Crisson JE, Keefe FJ: *Pain* 1988; 35: 147-54
- 32 World Health Organization: *Stress*. 2023: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>; zuletzt aufgerufen am 27.1.2026
- 33 Abdallah CG, Geha P: *Chronic stress* 2017; 2470547017704763
- 34 Butler RK, Finn DP: *Prog Neurobiol* 2009; 88: 184-202
- 35 Antoniou G et al.: *Br J Anaesth* 2023; 130: 729-46
- 36 Jennings EM et al.: *Prog Neurobiol* 2014; 121: 1-18
- 37 Andersen TE, Ravn SL: *Curr Opin Psychol* 2025; 62: 101990
- 38 Brennstuhl MJ et al.: *Perspect Psychiatr Care* 2015; 51: 295-304
- 39 Shafaran R et al.: *Behav Res Ther* 2002; 40: 773-91
- 40 Egan SJ et al.: *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 203-12
- 41 Ditchburn GJ et al.: *Psychol Health* 2025; 1-16
- 42 Kempke S et al.: *Pain Pract* 2014; 14: 309-14
- 43 Neff KD: *Self and Identity* 2003; 2: 223-50
- 44 Carvalho SA et al.: *Mindfulness* 2019; 11: 709-19
- 45 Gillett J et al.: *Br J Pain* 2025; 19: 239-56
- 46 Goss JJ: *Review of General Psychology* 1998; 2: 271-99
- 47 van Middendorp H et al.: *J Psychosom Res* 2008; 64: 159-67
- 48 Güney ZEO et al.: *PLoS One* 2019; 14: e0217277
- 49 Schnabel K et al.: *Clin Psychol Rev* 2022; 97: 102196
- 50 Aldao A et al.: *Cognitive Therapy and Research* 2015; 39: 263-78
- 51 Barrera M Jr: *Am J Commun Psychol* 1986; 14: 413-45
- 52 Franqueiro AR et al.: *Psychol Res Behav Manag* 2023; 16: 4389-99
- 53 Rinaudo CM et al.: *PLoS One* 2025; 20: e0321750
- 54 Che X et al.: *Clin J Pain* 2018; 34: 1061-76
- 55 Solé E et al.: *Clin J Pain* 2020; 36: 371-8
- 56 Grawe K: *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe, 1998
- 57 grosse Holtforth M, Grawe K: *Z Klin Psychol Psychother* 2003; 32: 315-23
- 58 Drieschner KH et al.: *Clin Psychol Rev* 2004; 23: 1115-37
- 59 Stewart JA et al.: *Psychother Psychosom* 2027; 86: 60-1
- 60 Scheidegger A et al.: *J Clin Psychol Med Settings* 2024; 31: 48-57
- 61 Engel GL: *Am J Med* 1959; 26: 899-918
- 62 Ursin H, Eriksen HR: *Psychoneuroendocrinology* 2004; 29: 567-92
- 63 Kaiser U et al.: *Pain* 2018; 159: 673-83
- 64 Turk DC et al.: *Pain* 2003; 106: 337-45
- 65 Vartiainen P et al.: *Pain* 2016; 157: 2269-76
- 66 Agnus Tom A et al.: *Health Psychol Behav Med* 2022; 10: 124-44
- 67 Vadivelu N et al.: *Ochsner J* 2017; 17: 173-80
- 68 Zheng CJ et al.: *Transl Psychiatry* 2022; 12: 196
- 69 Aaron RV et al.: *JAMA Netw Open* 2025; 8: e250268
- 70 Viana CM et al.: *J Pain* 2018; 19: 99-110
- 71 Tsang A et al.: *J Pain* 2008; 9: 883-91
- 72 Zeng J et al.: *J Psychiatr Res* 2025; 183: 212-8
- 73 Karstens S et al.: *PLoS One* 2022; 17: e0269694
- 74 Schmidt CO et al.: *Eur Spine J* 2016; 25: 325-32
- 75 Pfingsten M et al.: *Deutscher Schmerzfragebogen (DSF): Handbuch*. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. 2020
- 76 Egloff N et al.: *BMC Musculoskeletal Disord* 2012; 13: 257
- 77 Huskisson E: *Lancet* 1974; 304: 1127-31
- 78 Downie WW et al.: *Ann Rheum Dis* 1978; 37: 378-81
- 79 Keele K: *Lancet* 1948; 252: 6-8
- 80 Radbruch L et al.: *J Pain Symptom Manage* 1999; 18: 180-7
- 81 Häuser W et al.: *PLoS One* 2012; 7: e37504
- 82 Geissner E: *Die Schmerzempfindungsskala (SES)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe, 1996
- 83 Ruscheweyh R et al.: *Journal Club Schmerzmedizin* 2012; 1: 28
- 84 Egloff N et al.: *BMC Musculoskeletal Disord* 2011; 12: 174
- 85 Meyer K et al.: *J Psychosom Res* 2008; 64: 469-78
- 86 Nilges P et al.: *Schmerz* 2007; 21: 57-67
- 87 Kunz M et al.: *Int J Behav Med* 2016; 24: 260-71
- 88 Walter B et al.: *Schmerz* 2002; 16: 89
- 89 Pagels L et al.: *Schmerz* 2022; 38: 198-204
- 90 Knoll N et al.: *Eur J Personality* 2005; 19: 229-47
- 91 Stoffel M et al.: *Rehabil Psychol* 2013; 58: 386-95
- 92 Geissner E: *Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV) – Manual und Testkit*. Göttingen: Hogrefe, 2001
- 93 Flor H et al.: *Schmerz* 1990; 4: 82-7
- 94 Brand S et al.: *PLoS Mental Health* 2024; 1: e0000038
- 95 Kuiper H et al.: *Clin Rehabil* 2021; 36: 550-7
- 96 Lohaus A, Schmitt GM: *Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)*. Göttingen: Hogrefe, 1989
- 97 Schulz H et al.: *Diagnostica* 2003; 49: 83-93
- 98 Klein EM et al.: *BMC Psychiatry* 2016; 16: 159
- 99 Schäfer I et al.: *ACE-D. Deutsche Version des Adverse Childhood Experiences Questionnaire*. In: Richter D, Brähler E, Strauß B (Hrsg.): *Diagnostische Verfahren in der Sexualwissenschaft*. Göttingen: Hogrefe, 2014. 11-5
- 100 Klinitzke G et al.: *Psychother Psychosom Med Psychol* 2011; 62: 47-51
- 101 Tibubos AN et al.: *J Pers Assess* 2023; 105: 74-86
- 102 Beierlein V et al.: *Rehabilitation* 2016; 55: 348-56
- 103 Hupfeld J, Ruffieux N: *Z Klin Psychol Psychother* 2011; 40: 115-23
- 104 Abler B, Kessler H: *Diagnostica* 2009; 55: 144-52
- 105 Kendel F et al.: *Diagnostica* 2011; 57: 99-106
- 106 Drixler K et al.: *Z Psychosom Med Psychother* 2020; 66: 272-86
- 107 Boczor S et al.: *BMC Public Health* 2019; 19: 1464
- 108 Savic B et al.: *BMC Psychiatry* 2025; 25: 917
- 109 Petrowski K et al.: *PLoS One* 2019; 14: e0213490
- 110 Hinz A, Brähler E: *J Psychosom Res* 2011; 71: 74-8
- 111 Schmidt S et al.: *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin* 2019; 29: 206-14