

EMDR und Chronischer Schmerz

Anschrift der Verfasserin:
Dipl.-Psych. Claudia Erdmann
Friedrichsthaler Weg 29
13467 Berlin
Tel.: 030/4047081
cl.erdmann@web.de

Inhalt:

Einleitung	2
Schmerzsyndrome	2
EMDR und Psychologische Schmerztherapie	2
EMDR Behandlung Chronischer Schmerzen	3
Ausgangsthemen	4
Kontraindikationen	4
Der/die EMDR-SchmerztherapeutIn	4
Das EMDR-Protokoll zur Behandlung Chronischer Schmerzen	5
Der Chronische Schmerz im Fokus der Behandlung, modifiziertes Schmerz-Protokoll	6
1. Anamnese und Behandlungsplanung	6
2. Vorbereitung	6
3. Einschätzung	7
4. Desensibilisieren und Reprozessieren	7
5. Verankerung allgemein	8
Verankerung der Positiven Kognition	8
6. Körpertest	8
7. Abschluss	8
8. Überprüfung und Neubewertung	9
Literatur	10
Patienteninformation	12
Schmerz-Entspannungsübung	13
Help-Übung	14
Inneres Kind –Übung	15
Aktivitätentagebuch	16
Chronischer Schmerz-Kontaktadressen	17

Einleitung

Das in den 80er Jahren von der amerikanischen Psychologin Francine Shapiro veröffentlichte Verfahren EMDR (Eye Movement and Desensitization and Reprocessing) beinhaltet als zentrale Komponente, dass die Aufmerksamkeit des Patienten sich auf eine traumatische Erinnerung und die damit verbundenen Gedanken und Gefühle richtet, während gleichzeitig rhythmische Augenbewegungen induziert werden. (Shapiro 1998)

EMDR eignet sich signifikant gut zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Hierbei handelt es sich um ein Störungssyndrom, meistens bestehend aus vegetativer Übererregtheit, Erstarrung, Schlaflosigkeit, Angst und Depression, das häufig auftritt nach sehr belastenden Ereignissen oder starken Bedrohungen, wie z.B. schweren Unfällen, Naturkatastrophen, Folter, sexuellem Missbrauch, Vergewaltigungen, usw.

Das Störungsbild der PTBS zeigt große Ähnlichkeiten mit dem Chronischen Schmerzsyndrom. Chronischer Schmerz kann als eigenständiges Trauma gelten mit dem eigenen Körper als Opfer und Täter. Oft finden sich auch Traumata im Vorfeld oder begleitend. Chronischer Schmerz ist signifikant assoziiert mit Posttraumatischer Belastungsstörung, mit Angsterkrankungen, Depressionen und weiteren psychischen Störungen.

EMDR wird inzwischen auch mit guten Erfolgen eingesetzt bei anderen Erkrankungen, z.B. Suchterkrankungen, Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen. Überzeugende Erfolge stellen sich ein bei der Behandlung auch sehr kleiner Kinder mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen. (Tinker, Wilson 1999)

Bislang gibt es aber noch relativ wenige Forschungen über die Wirksamkeit von EMDR bei Akutschmerz, bei Chronischem Schmerz und im Bereich der Psychosomatik. Es ist allerdings bekannt, dass EMDR sich bei Akutschmerz eignet zum Abbau der den Schmerz häufig begleitenden Angst und darüber hinaus bei Chronischem Schmerz zur Erhöhung der Schmerztoleranz, zu mehr Entspannung, zu positiven kognitiven Strategien, zu Desensibilisierung und zur Ablenkung. (Groth, Rogers 1994). EMDR führt zu nachweislichen neurologischen Veränderungen und damit einhergehenden vom Patienten berichteten positiven Veränderungen im Beschwerdebild. (van der Kolk 2000)

EMDR lässt sich nach ersten Untersuchungen ebenfalls erfolgreich einsetzen zur Behandlung von Phantomschmerzen. (Wilson nach Tinker, Wilson 2000)

Schmerzsyndrome

Zu den am häufigsten vorkommenden Chronischen Schmerzsyndromen zählen Rückenschmerzen, Kopfschmerzen vom Spannungstyp, Migräne, Medikamenten induzierter Kopfschmerz, Gesichtsschmerzen, mit rheumatischen Erkrankungen einhergehende Schmerzen, Osteoporoseschmerzen, Muskuloskeletale Schmerzen, Medikamenteninduzierte Schmerzen, Polyneuropathien, Postzosterische Neuralgien, Deafferenzierungs- und Phantomschmerzen, komplexes regionales Schmerzsyndrom, Tumor- und Krebschmerzen, Postoperative Schmerzen, Posttraumatische Schmerzen, wie Unfallfolgeschmerzen, Bauchschmerzen und gynäkologische Schmerzen, Psychogene Schmerzen.

EMDR und Psychologische Schmerztherapie

Die EMDR Behandlung Chronischer Schmerzen beinhaltet viele Praktiken der Psychologischen Schmerztherapie und kann verstanden werden als Zusammenspiel verschiedener Faktoren, die von Vertretern unterschiedlicher Psychotherapieverfahren als wirksam angenommen werden, z.B. lernpsychologische Prinzipien, imaginative Exposition, freie Assoziation, non-direktive Prozesse, Auftauchen und Verändern von Emotionen, Beschäftigung mit Träumen und archetypischen Elementen, Arbeit mit Kognitionen, Entwicklung positiver Narrative, Unterbrechung stereotyper physiologischer Reaktionsmuster durch Ablenkungsstrategien, Aufmerksamkeitsfokussierung, Exposition, Entspannungsreaktionen, Regressions- und Desensibilisierungsprozesse.

Unterschiede bzw. Ergänzungen zur Psychologischen Schmerztherapie:

- In der EMDR Behandlung wird der Gedanke an ein Traumageschehen, das der Chronische Schmerz selbst darstellt, das ihm möglicherweise vorausgegangen ist und ihn begleitet, explizit aufgegriffen und bearbeitet. (Shapiro 1998)
- EMDR betont die primäre Rolle von Affekten und Gefühlen und die Modulierung von Gefühlen und hebt sie im Behandlungsprotokoll explizit hervor. Gerade die Hirnforschung regt inzwischen dazu an, Affekte und Gefühle im psychotherapeutischen Behandlungsprozess viel stärker zu beachten. (Le Doux nach van der Kolk 2000) Selbst auf Entspannung basierende Ansätze, wie z.B. Progressive Muskelrelaxation, Biofeedback und Systematische Desensibilisierung zielen primär auf eine Entspannung angesichts belastender Gedanken, verbunden mit der Hoffnung, dass sich die Emotionen daraufhin dann ebenfalls ändern werden. In der EMDR Behandlung geht es vorrangig um eine Verringerung physiologischer und emotionaler Spannungen. (Tinker, Wilson 2000)
- Das EMDR-Protokoll gibt einen klar strukturierten Behandlungsablauf vor und eine aus zwei Teilen bestehende Aufgabe: Der Patient soll gleichzeitig bilaterale Augenbewegungen ausführen und einem inneren Prozess folgen bis zum Absinken seiner emotionalen Spannungen.
- Kampfmetaphern fehlen im EMDR-Protokoll. Häufig sagt die Psychologische Schmerztherapie "dem Schmerz den Kampf an", Entspannungsmethoden werden als "unsichtbare Geschosse gegen den "Feind Schmerz" tituiert oder Behandlungsprogramme tragen Namen, wie "Schmerzzimmunisierungstraining" oder "Schmerzbekämpfung". Die Wirkung und der Einfluss 'unbewusst' gehörter Worte sind seit langem bekannt. In der Hypnotherapie und im NLP (Neurolinguistisches Programmieren) werden diese Kenntnisse gezielt genutzt. (Schiepek 2003)
- Der behandelnde Psychotherapeut folgt dem Prozess des Patienten. Durch die EMDR Arbeit ist der Psychotherapeut stärker daran gehindert, in die Gedanken- und Gefühlsprozesse des Patienten einzudringen und ihn dadurch in seiner 'natürlichen' Entwicklung und Heilung zu behindern. (Tinker, Wilson 2000)

EMDR Behandlung Chronischer Schmerzen

Shapiros Vorstellungen

Shapiro (1998) weist darauf hin, dass die psychische Belastung eines (chronisch) körperlich kranken Menschen ähnlich hoch oder sogar höher ist als die eines durch Kriegsereignisse, Vergewaltigung oder andere Katastrophen traumatisierten Menschen.

Sie betont, dass die meisten schwerkranken Menschen unter PTBS leiden und damit einhergehenden Gefühlen:

- vom eigenen Körper verraten worden zu sein,
- von Freunden / Familienangehörigen, dem medizinischen System im Stich gelassen worden zu sein,
- dem Schmerz ausgeliefert zu sein,
- von Wut, Enttäuschung, Selbsthass, Hilflosigkeit, Chancenlosigkeit.

Sie stellt die Bedeutung der psychischen Anteile an der somatischen Erkrankung dar und wie häufig sich allein durch die Bearbeitung und Reduktion der psychischen Beschwerden die körperlichen Beschwerden verbessern oder gänzlich auflösen.

Die Ziele, die Shapiro (1998) für wesentlich hält in der Arbeit mit somatisch erkrankten Menschen, werden im Folgenden erweitert dargestellt:

- Bearbeiten der drängendsten Probleme (Medikamentenabusus, Klärung von Komorbiditäten, soziale, finanzielle, berufliche Probleme, Probleme in den sozialen Beziehungen, usw.)
- Stärkung der Selbstheilungskräfte und des Immunsystems, Stärkung der Gefühle von Kompetenz und Entscheidungsmöglichkeiten, (durch Abbau von emotionalen Belastungen, Abbau von

Schuld- und Versagensgefühlen, Abbau von Aggression und Hilflosigkeit, usw., auch durch Aufbau von Imaginationsfähigkeit sowie Stress- und Schmerzreduktionstechniken)

- Im Falle des anstehenden Todes des Patienten: Aussöhnung mit der Familie, mit Freunden, Aussöhnung mit dem eigenen Schicksal
- Aufbau von Lebensqualität, (trotz der vielleicht nicht zu heilenden chronischen Erkrankung)
- Frieden schließen lernen mit der Krankheit und dem eigenen Leben.

Als mögliche zu bearbeitende Themen und Interventionstechniken schlägt Shapiro vor: Belastungen (Traumata), die der Erkrankung vorausgingen, sie begleiten oder in einer Zukunftsvision antizipiert werden und die zu hohen psychischen Belastungen führen, mittels EMDR zu bearbeiten unter Einbezug von Visualisationstechniken, z.B. nach Simonton (1998).

Shapiro betont, dass allein durch die Augenbewegungen Schmerzreduktionen zu erzielen sind. Auch Shapiro hält es für unverzichtbar, dass weitere Maßnahmen im medizinisch-psychologischen Feld angeregt werden müssen, wie z.B. Heildiäten, Massagen, usw.

Ausgangsthemen

- Vorangegangene Traumata (Unfälle, Operationen, Kindheitstraumen)
- unnötige und fehlgeschlagene medizinische Behandlungen und Eingriffe, wie z.B. unnötige operative Eingriffe, die zu weiteren Schmerzen führen
- Probleme im sozialen Feld, Partnerschaftsprobleme, Probleme am Arbeitsplatz
- Victimisierungen (Schmerzkranker als "Simulant", "doctor-shopper", "Rentenneurotiker")
- Arbeit am Schmerz selbst als Trauma

Kontraindikationen

Für die EMDR Behandlung gelten die gleichen Kontraindikationen wie für die übrige Psychologische Schmerztherapie: Sie sollte erst eingesetzt werden nach Klarheit über die Diagnose und einen möglichen Schmerzmittelabusus, nach Klarheit über ein mögliches medizinisches Missmanagement sowie vorgelagerte, bislang nicht berücksichtigte psychiatrische Erkrankungen bzw. komorbide Störungen, wie z.B. Depressionen, Ängste oder eine Posttraumatische Belastungsstörung infolge vorgelagerter traumatischer Erlebnisse. Wichtig sind auch die Beachtung von dissoziativen Störungen und die Beachtung von fortbestehenden Schmerzen, die auf eine weitere Erkrankung hinweisen können.

Der/die EMDR-SchmerztherapeutIn

Ist der Psychotherapeut im Falle von PTBS Behandlungen (gerade nach einmaligen Traumata) an oft verblüffend schnelle und nachhaltige Erfolge gewöhnt, so gestaltet sich die Behandlung der Chronisch Schmerzkranken meistens zähflüssig und fordert dem Therapeuten ein hohes Maß an Ausdauer und immer wieder erneut zu aktivierender Einsatzbereitschaft ab. Befindet sich der Psychotherapeut im ersteren Fall häufig in den verführerischen Sphären von Allmachtsphantasien, so bringt ihn die Behandlung Chronisch Schmerzkranker schnell und nachhaltig auf den Boden der Tatsachen zurück. Der Chronische Schmerzpatient hat in der Regel eine mehrjährige Karriere als Schmerzkranker durchlaufen, diverse Operationen und Eingriffe hinter sich, verschiedene Ärzte und Einrichtungen erlebt, viele Diagnosen und Medikamente erhalten. Chronisch Schmerzkranker leiden häufig unter vielfältigen zusätzlichen organischen und psychischen Beschwerden, wie z.B. hormonelle Störungen, Probleme im Urogenital- und Gastrointestinalbereich, geschwächtes Immunsystem, depressive Gefühle von Macht- und Hilflosigkeit, Ausweglosigkeit und suizidale Gedanken. Die vielen bisherigen Behandlungen haben ihnen in der Regel wenig oder gar nicht geholfen, oft sogar die Schmerzen verschlimmert. Chronische Schmerzpatienten sind daher massiv enttäuscht und oft krankheitswertig depressiv und ängstlich. Hinzu kommt die Kränkung, zu guter Letzt auch noch einen Psychotherapeuten aufsuchen zu müssen. Viel stärker als bei der Behandlung von PTBS oder den Affektiven oder Neurotischen Störungen hat man es beim Chronischen Schmerzsyndrom mit dem medizinischen System und seinen Schattenseiten zu tun.

Das bedeutet für den EMDR-Psychotherapeuten und seine Behandlungsplanung und -strategie, den diversen Traumatisierungen und ihren Begleitumständen Rechnung zu tragen. Zu den zu beachtenden Begleitumständen zählen:

- die ständige (Neu- und Um-)Gestaltung eines "sicheren Raums", der das Reden zulässt
- das Bewusstsein und die ständige Bereitschaft, auch bei Entwertungen durch den Patienten und auch bei Rückschlägen und Misserfolgen am Ball zu bleiben
- ein genaues Hinhören, auch auf die "versteckten Töne", da Schmerzpatienten u.U. gelernt haben, dass es sozial unerwünscht ist, über Schmerzen zu sprechen. Sehr oft wird Schmerz daher untertrieben und demzufolge nicht ausreichend behandelt. In der Behandlung alter Menschen müssen diese Aspekte besonders beachtet werden
- Weltsichten und Glaubenssätze der Schmerzkranken sowie ihre Coping-Stile als Schlüssel zum Verständnis der Chronischen Schmerzkrankheit müssen immer wieder beleuchtet werden. Der Schmerz kann z.B. eine zuvor vielleicht nur latent bestehende Psychopathologie verstärken. Aber auch ohne Psychopathologie können Selbstdefizite des Patienten, z.B. ein Mangel an kommunikativen Fähigkeiten, das Schmerzmanagement erschweren, und sie müssen erspürt und verändert werden.
- Die Zusammenarbeit mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen, die Teamarbeit in Schmerzkonferenzen, usw. sollte gesucht und intensiviert werden, obwohl sich die Zusammenarbeit u.U. schwierig gestaltet, da psychologische Einsichten und Know How immer noch zugunsten des etablierten medizinischen Weltbildes geopfert werden. Das gleiche gilt für die Patienten mit ihrer jahrelangen Schmerzkariere im Feld der medizinischen Sichtweisen und Verfahren. Sie fordern vom Psychotherapeuten die ständige Auseinandersetzung mit den eigenen Weltbildern und die aktive Auseinandersetzung mit ganzheitlicheren Paradigmen, wie z.B. dem "Informations-Prozess-Paradigma" als Hintergrund für EMDR
- Der Psychotherapeut muss Vorurteile erkennen und korrigieren helfen, z.B. das Vorurteil, wenn für die Erkrankung keine Ursache gefunden werden könne, dann stimme da etwas nicht mit der Zurechnungsfähigkeit des Patienten. Ein anderes gängiges Vorurteil ist der Glaube des Patienten, dass nur Medikamente helfen oder auch, dass Medikamente, egal welcher Art, süchtig machen. Der Psychotherapeut muss ggf. aufklären über den Einsatz von Morphinen, ihre gute Wirkungsweise und Unbedenklichkeit bei richtiger Vergabe, z.B. zeitkontingent, also gemäß psychologischen Lernprinzipien.
- Das vielleicht größte Hindernis bei der Behandlung von Chronischem Schmerz ist der Mangel an Achtsamkeit, sowohl beim Behandler als auch beim Patienten. Die Behandlung von Chronischem Schmerz fordert vom Psychotherapeuten (ebenso wie vom Arzt, Physiotherapeuten, Krankengymnasten) das ständige Management und den Überblick. Dies impliziert auch die ständige, kreative Suche nach Umwegen, falls da Hindernisse den Weg versperren. Der Prozess muss fließen und am Laufen gehalten werden. Und es sind die kleinen Unterschiede, die Unterschiede machen und bedeutsam sind, wie wir bereits aus der Hypnotherapie von Milton Erickson wissen.

Das EMDR-Protokoll zur Behandlung Chronischer Schmerzen

Die EMDR-Behandlung Chronischer Schmerzen kann sich auf die mit dem Schmerz einhergehenden, ihm vorausgegangenen oder antizipierten Belastungen oder Traumen beziehen. In diesem Fall kann das Standard-Protokoll zugrunde gelegt werden oder, falls erforderlich, Spezialprotokolle. (Spezialprotokolle s. Schubbe 2004)

Der Chronische Schmerz im Fokus der Behandlung, modifiziertes Schmerz-Protokoll

In diesem von der Autorin vorgestellten Protokoll wird der Schmerz selbst in den Fokus der Aufmerksamkeit gestellt. Protokolle von Francine Shapiro (1998) und von Marc Grant (2004) werden mit eigenen Überlegungen verknüpft.

Als Ausgangsbild wird der aktuell gefühlte Schmerz gewählt, nachdem er in verschiedene Qualitäten und Modalitäten zerlegt worden ist. (Zeichnung, Erfragen von Größe, Form, Gewicht, Farbe, Konsistenz, Temperatur).

In Anlehnung an David Grand (2003) ist es aus Sicht der Autorin hilfreich und prozessbeschleunigend, wenn in den Behandlungsprozess eine ständigen Ressource eingeführt wird in Form eines positiven Körpergefühls, das die gesamte Behandlung begleitet.

1. Anamnese und Behandlungsplanung

- Herstellung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und Planung konkreter Maßnahmen für die Stabilisierung der äußeren Situation des Schmerzkranken und für die Sicherung seiner grundlegenden Bedürfnisse
- Abklärung möglicher Kontraindikationen für die EMDR-Behandlung (Arzneimittelabusus, unklare Diagnose, Berentungsverfahren, komorbide Störungen)
- Abklärung, ob EMDR überhaupt hilfreich sein kann oder ob der Chronische Schmerz nicht vielleicht ökologisch und überlebenswichtig ist, z.B. auf eine weitere organische Grunderkrankung hinweist
- Vermittlung einer realistischen Zielsetzung über den Ausgang der Behandlung, z.B. dass eine vollständige Schmerzauflösung oft nicht möglich ist, aber ein besseres Schmerzmanagement, mehr Selbstvertrauen, eine Auflösung von Depression und Angst, ein Anstieg der Mobilität bzw. die Bereitschaft zu sinnvoller Aktivität sowie mehr Lebensfreude und Lebensqualität
- Vermittlung der Sichtweise, dass Gesundheit nicht die Abwesenheit von Krankheit bedeutet, sondern die Fähigkeit, die Krankheit zu meistern (Nietzsche)
- Vermittlung von Visualiationsübungen zur Anregung und Stärkung des Immunsystems, z.B. aus der Arbeit von Simonton mit Krebskranken, auch für die Arbeit des Patienten zu Hause. (Simonton1982)
- Anregung zum Führen eines Schmerztagebuchs

2. Vorbereitung

- Anleitung des Patienten, bestimmte, für ihn passende Übungen ("Sichere-Ort-Übung", "5-4-3-2-1 Methode") zu erlernen, um sich (ggf. auch zu Hause) beruhigen und entspannen zu können
- Erprobung bifokaler Stimulierung. Bei Schmerzpatienten wird eine langsame, bifokale Stimulation als wechselnder Druck in den Handinnenflächen meist als sehr angenehm erlebt (Achtung bei Chronischer Polyarthritits oder Erkrankungen der Hände)
- Vereinbarung eines Stoppsignals, Betonung ständigen Feedbacks
- Darbietung einer Metapher als Hilfe, den Prozess zu beobachten, z.B. als Wissenschaftler den Prozess zu beobachten oder z.B. im Zug sitzend alles, was geschieht, zu betrachten
- Anbietung eines Paradigmas über Informationsprozesse: Danach hat Schmerz normalerweise die Funktion eines "bellenden Wachhunds" (Ziegelgänsberger), im Falle Chronischer Schmerzen tritt jedoch ein Verselbständigungsprozess mit Veränderungen im Nervensystem ein. Diese Veränderungen halten den Schmerz aufrecht. Wie bei posttraumatischem Stress ist auch bei Chronischem Schmerz die Gefahr längst vorbei. Der Schmerz hat sich verselbständigt und wird als blockierte Information im System 'Gehirn' festgehalten. EMDR ist ein Mittel, das Nervensystem so zu stimulieren, dass sich die Schmerzreaktion verändert. Als beschleunigte Informationsverarbeitung kann dann alles Material, das nicht ökologisch ist, reprozessiert werden. Bei diesem Vorgehen "weiß" das Unbewusste, welcher Schmerz noch notwendig ist und daher

weiter bestehen muss. Somit behält der Schmerz dort, wo er gebraucht wird, weiterhin seine Warnfunktion.

- Bitte an den Patienten, eine möglichst genaue Rückmeldung zu geben, wie sich der Schmerz gerade anfühlt, egal, ob er sich verändert hat oder nicht. Aufklärung des Patienten, dass der Schmerz auch kurzfristig anwachsen kann.

3. Einschätzung

Schmerzbild

Der Patient wird aufgefordert, den Chronischen Schmerz möglichst präzise zu beschreiben, wie der Schmerz gerade zu diesem Zeitpunkt gefühlt wird, z.B. in den Kategorien "Größe", "Form", "Farbe", "Temperatur", "Beschaffenheit". Bitte an den Patienten, ein Bild vom Schmerz zu zeichnen. Frage: "Welche Wahrnehmung stellt den schlimmsten Teil der Situation dar?"

Schmerzstärke-Skala 0 - 10

„Wie stark ist der Schmerz gerade?“

Angenehme Körperempfindung (AK)

(Aufbau einer ständigen Ressource) "Wo im Körper haben Sie ein gutes/neutrales Gefühl? Wie fühlt sich das Gefühl genau an? Beschreiben Sie bitte die Größe, Form, Farbe, Temperatur, Beschaffenheit".

Negative Kognition (NK)

Formulierung einer negativen Selbstkognition in Verbindung mit der Schmerzwahrnehmung.

"Beobachten Sie irgendwelche Gedanken über sich selbst, die den Schmerz begleiten?" oder: "Welche Worte über Sie selbst passen zum Schmerz?"

Posit. Selbstkognition (PK): VOC-Sk. 1 - 7

Formulierung einer positiven Selbstkognition in Verbindung mit der Schmerzwahrnehmung. "Was möchten Sie gern/idealerweise über sich sagen, wenn Sie an Ihre Schmerzen denken?" „Wie wahr ist dies jetzt?“

Emotionen: SUD-Skala 0-10

Erhebung der emotionalen Befindlichkeit angesichts des Ausgangsthemas: " Erleben Sie gerade ein Gefühl oder mehrere Gefühle, die den Schmerz begleiten?" „Wie stark ist dieses Gefühl/sind diese Gefühle (jetzt)?"

Schmerzort

Wo fühlen Sie den Schmerz in Ihrem Körper?

Schmerzfrage

Hilfreich und prozessförderlich ist oft die Frage: "Angenommen der Schmerz kann sprechen, was sagt er zu Ihnen?"

4. Desensibilisieren und Reprozessieren

Nun wird der Patient gebeten, sich den Schmerz und die damit verbundenen negativen Empfindungen, Gefühle und Kognitionen, bei gleichzeitiger Wahrnehmung der angenehmen Körperempfindung ("so wie Ihr Atem immer mitläuft, läuft das angenehme Körpergefühl immer mit") vorzustellen, während gleichzeitig Augenbewegungsserien oder andere bifokale Stimulationsserien beginnen. Wichtig ist

hierbei, dass der Patient nicht nur die Intensität des Schmerzes, sondern insbesondere auch die Qualität rückmeldet.

Bsp.: „Nun möchte ich Sie bitten, Ihre Aufmerksamkeit auf den Schmerz zu richten, in der Art und Weise, wie Sie ihn gerade beschrieben haben und zugleich meine Finger vor Ihren Augen zu betrachten (den wechselseitigen Druck in Ihren Handinnenflächen zu spüren) und was auch geschehen mag, geschehen lassen...“.

Wichtig ist die gelegentliche Erinnerung an die angenehme Körperempfindung.

„Was beobachten Sie jetzt?“

Sich nicht zufrieden geben mit: „Es fühlt sich besser an“ oder „es ist o.k.“, immer nachfragen: „Was fühlt sich besser an, wie fühlt es sich an, beschreiben Sie es genauer, usw.“

Keine Antworten akzeptieren, wie: „nichts“ oder „es ist dasselbe wie vorhin“. Hier nachfragen: „Ja, o.k., aber ich muss genauer wissen, was sie gerade erfahren, bitte beschreiben Sie es deutlicher...“

Wenn der Patient Veränderungen berichtet, nachfragen: „Was ist da, wo der Schmerz vorher war?“

5. Verankerung allgemein

Wenn der Patient nach vielen bifokalen Stimulationsserien oder gegen Ende der Behandlung keine oder nur wenig Veränderungen berichtet, können Strategien eingewoben werden, wie z.B.: "Denken Sie an etwas, das den Schmerz lindern oder heilen könnte. Es darf auch unrealistisch und märchenhaft sein. Lassen Sie einfach Ihrer Phantasie freien Lauf." Dabei wird die bilaterale Stimulation fortgesetzt, bis der Patient eine veränderte Qualität der Schmerzwahrnehmung empfindet. Diese Qualität kann mittels eines Wortes etikettiert und durch Augenbewegungen verankert werden.

Weitere Möglichkeiten können dem Patienten angeboten werden, z.B. ein Mentales Training durchzuführen und den schmerzenden Körperteil mit Farbe, Form, Tönen zu versehen und die Modalitäten zu verändern oder ein "Wandern" von gesunder Energie im gesunden Körperteil in den kranken Teil mit vielen Modalitäten, z.B. von wo nach wo, Wärme-Kühle, leicht-schwer, wellenförmig, farbig nicht farbig, klein-groß, mit Bild, Farbe, Ton, Symbol. Veränderungsprozesse können dann ebenfalls durch Augenbewegungen (bifokale Handstimulation) verankert werden.

Danach suchen, dass sich etwas möglichst Konkretes ergibt (kleiner, sanfter, runder, angenehmer-wärmer/kühler, usw.) Wenn der Wechsel anhält nach einer weiteren Serie von Sets, fragen: „Woran erinnert Sie das?“ „Gibt es ein Wort/eine Überschrift, das/die mit diesem Gefühl, das Sie jetzt erleben, zusammenpasst?“ Bifokal ankern bis zum möglichst deutlichen Absinken der Werte.

Die bifokalen Stimulationsserien werden fortgesetzt bis zu einem möglichst deutlichen Absinken des Schmerzskala-, und SUD-Wertes und einem hohen VOC-Wert. Grant (2004) zufolge sind bei Chronisch Schmerzkranken kleine Schmerzskala - und SUD Werte bzw. große VOC-Werte oft nicht möglich.

Verankerung der Positiven Kognition

„Wenn Sie jetzt an Ihre Beschwerden/Ihren Schmerz denken, wie wahr sind diese Worte auf der Skala 1-7? (die PK benennen, erfragen, ob es inzwischen eine neue PK gibt)

Ist die PK relativ hoch, wird sie mit dem verbliebenen Schmerz oder noch bestehenden negativen Körperempfindungen zusammen durch eine kurze bifokale Stimulation geankert.

6. Körpertest

Ggf. wird der Patient gebeten, seinen Körper gedanklich durchzutasten angesichts der positiven Kognition.

Tauchen weitere negative Körpersensationen auf, werden sie in bifokalen Stimulationsserien möglichst aufgelöst.

7. Abschluss

Falls nötig, wird der Patient in einen ausgeglichenen Zustand zurückgeführt, z.B. mittels der "Sichere-Ort-Übung" oder der "Lichtstrom-Methode" (Schubbe 2004).

Der Patient wird aufgefordert aufzuschreiben, was in der Zwischenzeit bis zur nächsten Psychotherapiesitzung wie weiterarbeitet.

8. Überprüfung und Neubewertung

- Während des gesamten Behandlungsprozesses und als Vorbereitung auf das Ende der Behandlung sollten folgende Faktoren besonders beachtet werden:
- Aufrechterhalten von Achtsamkeit
- Aufrechterhalten von im Verlauf der Therapie erlernter sinnvoller Aktivität (ausgewogenes Management mit der Absage an Passivität, Ohnmacht oder Überaktivität), z.B. sinnvolle sportliche Betätigungen, stressreduzierende und das Immunsystem stabilisierende Verfahren in den Fokus der Aufmerksamkeit gestellt
- Verbindung des noch verbliebenen Schmerzes mit einer Heilbetrachtung und ein Arrangement bzw. eine Versöhnung des Patienten mit dem verbliebenen Schmerz.
- Schmerzmanagement, das zunehmend frei sein sollte von unnötigen Sorgen, Ängsten, negativen Haltungen oder falschen Informationen
- Am Ende der Therapie muss der Patient vorbereitet werden auf mögliche Rückschläge, und es muss ihm die Möglichkeit eröffnet werden, das Gelernte bei Bedarf wieder aufzufrischen.

Literatur

- Birbaumer N, Schmidt R (1996) Biologische Psychologie. Springer, Heidelberg
- Egle UT, Nickel R, Hoffmann SO (2004) Psychodynamische Psychotherapie bei chronischem Schmerz. In: Basler HD et al. (Hrsg) (2004) Psychologische Schmerztherapie. Springer, Berlin
- Fischer G, Riedesser P (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt, München
- Flor H (1991) Psychobiologie des Schmerzes. Huber, Bern
- Flor H (2003) Neuronale Plastizität. In: Schiepek G (Hrsg) (2003) Neurobiologie der Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart
- Flor H, Hermann C (2004) Kognitiv-behaviorale Therapie. In: Basler HD et al. (Hrsg) (2004) Psychologische Schmerztherapie. Springer, Berlin
- Grand D (2003) Natural Flow EMDR: Clinical, Creative&Performance Enhancement with EMDR. Unveröffentlichtes Arbeitspapier anlässlich des Hydra-EMDR-Retreats
- Grant M, Threflo C (2004) EMDR in the Treatment of Chronic Pain. EMDRIA Deutschland Rundbrief Nr.4: 37-52
- Hasenbring M, Pfingsten M (2004) Psychologische Mechanismen der Chronifizierung – Konsequenzen für die Prävention. In: Basler HD et al. (Hrsg) (2004) Psychologische Schmerztherapie. Springer, Berlin
- Kolk van der B, McFarlane A, Weisaeth L (Hrsg) (2000) Traumatic Stress Grundlagen und Behandlungsansätze. Junfermann, Paderborn
- Kröner-Herwig B (2004) Der Schmerz –eine Gegenstandsbeschreibung. In: Basler HD et al. (Hrsg) (2004) Psychologische Schmerztherapie. Springer, Berlin
- Kröner-Herwig B, Frettlöh J (2004) Behandlung chronischer Schmerzsyndrome: Plädoyer für einen multiprofessionellen Therapieansatz. In: Basler HD et al. (Hrsg) (2004) Psychologische Schmerztherapie. Springer, Berlin
- Peter B (2004) Hypnose. In: Basler HD et al. (Hrsg) (2004) Psychologische Schmerztherapie. Springer, Berlin
- Rehfish HP, Basler HD Entspannung und Imagination. In: Basler HD et al. (Hrsg) (2004) Psychologische Schmerztherapie. Springer, Berlin
- Revenstorf D, Peter B (Hrsg) (2001) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Springer, Heidelberg
- Schiepek G (Hrsg) (2003) Neurobiologie der Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart
- Schubbe O (Hrsg) (2004) Traumatherapie mit EMDR Ein Handbuch für die Ausbildung. Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen
- Shapiro F (1998) EMDR Grundlagen&Praxis. Junfermann, Paderborn
- Simonton C (1998) Auf dem Wege der Besserung. Reinbek, Hamburg
- Tinker R, Wilson S (2000) EMDR mit Kindern. Junfermann, Paderborn
- Wadell G (1998) The Back Pain Revolution. Churchill Livingstone, Edinburgh

EMDR-Protokoll zur Behandlung Chronischer Schmerzen

Dipl.-Psych. C. Erdmann, Psychotherapie, EMDR-Supervisorin, Tel.: 004930404 70 81, E-Mail: cl.erdmann@web.de

Der Chronische Schmerz als Ausgangsthema

Ausgangsbild: aktuell gefühlter Schmerz, Ständige Ressource: positives Körpergefühls, das die gesamte Behandlung begleitet.

1. Anamnese und Behandlungsplanung

s. Checkliste und Kontraindikationen (Medikation, Diagnose, Komorbiditäten, Dissoziationen)

2. Vorbereitung und Stabilisierung

Ressourcen (Innere Helfer, Grounding, Sichere-Ort-Übung, "5-4-3-2-1 Methode")

Erklärung EMDR, Informationsparadigma, Metapher, Sitzposition, Stimulierung (der Hände), Stopp-Signal, Beobachterrolle, Rückmeldung, Transfer (zu Hause üben)

3. Einschätzung

Schmerzzeichnung

Schmerzbeschreibung in den Kategorien "Größe", "Form", "Farbe", "Temperatur", "Beschaffenheit". Schmerzzeichnung. Frage: "Welche Wahrnehmung stellt den schlimmsten Teil der Situation dar?"

Schmerzskala: 0 - 10

"Wie stark ist der Schmerz gerade?"

Angenehme Körperempfindung (AK)

(Aufbau einer ständigen Ressource während der gesamten Behandlung und danach): "Wo im Körper haben Sie ein gutes/neutrales Gefühl? Beschreiben Sie bitte die Größe, Form, Farbe, Temperatur, Beschaffenheit".

Negative Kognition (NK)

Negative Selbstkognition in Verbindung mit der Schmerzwahrnehmung: "Beobachten Sie irgendwelche Gedanken über sich selbst, die den Schmerz begleiten?" oder: "Welche Worte über Sie selbst passen zum Schmerz?"

Positive Selbstkognition (PK): VOC-Skala 1 - 7

Positive Selbstkognition in Verbindung mit der Schmerzwahrnehmung: "Was möchten Sie idealerweise über sich sagen, wenn Sie an Ihre Schmerzen denken?" "Wie wahr ist dies jetzt?"

Emotionen: SUD-Skala 0-10

Emotionale Befindlichkeit angesichts des Ausgangsthemas: "Erleben Sie gerade ein Gefühl oder mehrere Gefühle, die den Schmerz begleiten?" "Wie stark ist dieses Gefühl, sind diese Gefühle?"

Schmerzort

"Wo fühlen Sie den Schmerz in Ihrem Körper?"

Evtl. Schmerzfrage

"Angenommen der Schmerz kann sprechen, was sagt er zu Ihnen?"

4. Desensibilisieren und Reprozessieren

Schmerzbild plus Emotion plus NK **plus angenehme Körperempfindung**

"Was ist zuletzt aufgetaucht?" "Gehen Sie weiter damit."

Rückmeldung insbesondere der Qualität des Schmerzes. Bei positiver Rückmeldung Qualität erfragen: "Was ist an die Stelle getreten, was ist da, wo vorher der Schmerz war?" "Können Sie diese Bild/Gefühl mit einem Wort überschreiben?" Entwicklung von **Heilbild, heilender Ressource**. Positives Befinden oder Vorstellungen werden kurz bifokal stimuliert/geankert.

Der SUD sollte möglichst gering werden, bei Chronisch Schmerzkranken liegen die Werte oft zwischen 0 und 4 bis 5.

5. Verankerung

Ist die PK (möglichst) hoch, wird sie mit dem verbliebenen Schmerz oder noch bestehenden unangenehmen Körperempfindungen zusammen durch eine kurze bifokale Stimulation geankert.

6. Körpertest

Ggf. wird der Patient gebeten, seinen Körper gedanklich durchzutasten angesichts der positiven Kognition. Tauchen (neben dem verbliebenen Schmerz) negative Körperempfindungen auf, werden sie in bifokalen Stimulationsserien möglichst aufgelöst.

7. Abschluss

Bei fortbestehenden Schmerzen: Ausgeglichenen Zustand herstellen (z.B. Sicherer- Ort-Übung)

8. Überprüfung und Neubewertung

Schmerzmanagement : Achtsamkeit, aktive Rolle, realistische Erwartungen, Üben von Heilbild, heilender Ressource. Aufrechterhalten des Prozessparadigmas, sinnvolle Aktivitäten, Rückfallprävention

Patienteninformation

Chronischer Schmerz und EMDR Paradigma über Informationsprozesse

(Akut-) Schmerz hat normalerweise die Funktion eines „bellenden Wachhundes“ (Zieglänsberger). Im Falle Chronischer Schmerzen tritt jedoch ein Verselbständigungsprozess mit Veränderungen im Nervensystem ein. Diese Veränderungen halten den Schmerz aufrecht. Wie bei posttraumatischem Stress ist auch bei Chronischem Schmerz die Gefahr längst vorbei. Der Schmerz hat sich verselbständigt und wird als blockierte Information im System „Gehirn“ festgehalten. EMDR ist ein Mittel, das Nervensystem so zu stimulieren, dass sich die Schmerzreaktion verändert. Dadurch kann dann alles Material, das nicht ökologisch ist, reprozessiert werden. Bei diesem Vorgehen „weiß“ das Unbewusste, welcher Schmerz noch notwendig ist und daher weiter bestehen muss. Somit behält der Schmerz dort, wo er gebraucht wird, weiterhin seine Warnfunktion.

Wichtig ist bei der EMDR-Behandlung immer Ihre Rückmeldung, wie sich der Schmerz gerade anfühlt.

Schmerz-Entspannungsübung

1. Legen oder setzen Sie sich so bequem wie möglich hin und lockern Sie eng ansitzende Kleidung. Hände und Arme sind locker, Beine leicht gespreizt.
2. Wählen Sie einen Punkt, auf den sie die Augen richten, bis ein Gefühl von Entspannung eintritt. Nicht anstrengen, sondern locker schauen und im normalen Atemrhythmus atmen. Vielleicht schließen Sie die Augen.
3. Atmen Sie etwas langsamer als üblich durch den ganzen Körper, von unten nach oben ein und sagen Sie ein entspanntes Wort, wie z.B. „ruhig“ oder „entspannt“ oder „geborgen“ oder „unbesorgt“ und atmen Sie dann etwas langsamer als sonst von oben nach unten aus. Spüren Sie, wie sich Ihr Körper beim Ausatmen entspannt.
4. Atmen Sie weiter ruhig und gelassen und beginnen sie, Ihre verschiedenen Muskelgruppen anzuspannen und wieder zu lockern. Es soll immer eine gute angenehme Spannung sein. Bei jeder Muskelgruppe spannen Sie die Muskeln beim Einatmen an und beim Ausatmen entspannen sie die Muskeln. Sagen Sie während Sie ausatmen und die Muskeln entspannen Ihr Wort („ruhig“ oder „entspannt“ oder „geborgen“ oder „unbesorgt“).
Gehen Sie der Reihe nach folgende Muskelgruppen durch: jede Hand, jeden Unterarm, jeden Oberarm, die Schultern, den Bauch, jedes Bein, jeden Fuß und am Schluss das Gesicht durch Grimassieren.
5. Beobachten Sie anschließend eine Zeitlang die guten Gefühle und Empfindungen, die Sie hervorgerufen haben.
6. Zählen Sie rückwärts von fünf bis eins und öffnen Sie die Augen.
7. Strecken und recken Sie sich ausgiebig (wie eine Katze) und gähnen Sie tief.

Help-Übung

HELP = Healing Light Energy Process Für Kinder, Jugendliche und Erwachsene

(nach Dipl.-Psych. Fred Gallo, Entwickler von „Energetische Psychotherapie“, s.
www.energypsych.com.)

Zur Reduktion negativer emotionaler Reaktionen, Verringerung von Ängsten, Abbau von Schuldgefühlen, Depressionen, physischen Schmerzen, zur verbesserten Funktion des Gehirns, zur Ausschaltung von Wut, Zorn, Ärger, Aggressionen, Selbsthass

1.

Problem erkennen, z.B.: wann, wo, bei wem, in welchen Situationen bin ich sauer, wütend, traurig, verzweifelt, usw.

wie sauer bin ich jetzt, wenn ich daran denke (SUD erheben 0-10)

Diese Übung mache ich, um meine negativen Gefühle, z.B. meinen Selbsthass abzubauen.

2.

Linkes über rechtes Bein in Höhe der Knöchel übereinander legen. (Linkshänder umgekehrt).
Arme nach vorn strecken, die Handflächen sind sich zugewandt. Die Handflächen nach außen drehen, die Daumen zeigen nach unten. Die rechte Hand über die linke legen, die Finger beider Hände verschränken.

Die Arme zum Körper hinbeugen, sodass die gefalteten Finger unter dem Kinn liegen, die Daumen zeigen dabei nach oben. Die Zunge hinter den Zähnen an den Gaumen legen und gleichmäßig durch die Nase ein- und ausatmen. Wenigstens dreimal ein- und ausatmen. Dabei daran denken, die negativen Gefühle auszuschalten.

4.

Bild malen (real oder in der Phantasie) vom Licht (Sonnenlicht, Mond- Sternenlicht), das die negativen Gefühle wegbrennt, auffrisst u.ä. Das Bild anschauen und mit rechts-links Stimulation ankern.

5.

Mit dem Kind, Jugendlichen oder Erwachsenen Sätze herausfinden, wie z.B. „Auch ohne meine Wut bin ich ein ganzer Kerl.“ Oder: „So wie ich bin, bin ich o.k.“

Diesen und ähnliche Sätze mit rechts-links Stimulation ankern.

6.

SUD überprüfen und die Übung beenden, wenn die negativen Gefühle aufgelöst sind.

7.

Die Übung abschließen mit Sätzen, wie: "Immer wenn ich in Zukunft die Zunge zurücklege und drei tiefe Atemzüge nehme, kann ich negative Gefühle günstig beeinflussen." Dies mit rechts-links Stimulation ankern.

Inneres Kind –Übung

Konzept des Inneren Kindes aus der Transaktionsanalyse u.a. Psychotherapieformen

Hilfe bei negativen Emotionen

Hilfreich auf dem Weg der Heilung von Krankheiten

Allgemein: Negatives in Positives verwandeln

Entwicklung von Geduld, Annahme, Verständnis

Auf dem Boden von Entspannung, Hypnose

Jeder Schritt wird verankert mit rechts-links Stimulation

1.
Negative Emotionen (z.B. Wut) aufsuchen und bewerten SUD von 0-10. Dann die Emotion im Körper als Körpergefühl aufsuchen. (z.B. als Spannung im Magen spürbar)
2.
Inneres Kind visualisieren mit ebendieser Emotion (z.B. der Wut des Kindes) in einem bestimmten Alter, an einem bestimmten Ort. Möglichst genau, bildhaft, auditiv, olfaktorisch, kinästhetisch.
3.
Dem Kind völlige Aufmerksamkeit schenken.
4.
Mit dem Kind in emotionalen Kontakt treten, z.B. die Emotion des Kindes (Wut) einatmen und das Kind mit jeder Ausatmung mit Zuneigung, Verständnis, Achtung, Liebe umhüllen oder z.B. das Kind umarmen, es trösten, ihm etwas Schönes zeigen, ihm etwas vorsingen, usw. Dies so lange wiederholen, bis sich das Kind erkennbar besser oder richtig wohl fühlt.
5.
Wenn sich das Kind wohlfühlt, seine guten Gefühle, seine Lebensfreude, seine Lebendigkeit, sein Glücksgefühl einatmen und Zuneigung ausatmen. Die eigenen guten Gefühle und die des Kindes verschmelzen lassen.
6.
Sich bei dem Kind bedanken, dass es mit uns kommunizierte und ihm sagen, dass wir gern mit ihm in Kontakt bleiben möchten und wenn es uns ruft oder wir seinen Namen sagen, es dann gleich kommen kann.
7.
SUD überprüfen, ob sich die negativen Emotionen reduziert haben. Die Übung ggf. wiederholen.

Aktivitätentagebuch

Datum Uhrzeit	Schmerz 0-5	Verspan- -nung 0-5	Wohlbe- finden 0-5	Was habe ich die letzten zwei Stunden getan, was habe ich gedacht?	Womit habe ich mich die letzten zwei Stunden gedanklich beschäftigt?	
Datum Uhrzeit	Schmerz 0-5	Verspan- -nung 0-5	Wohlbe- finden 0-5	Was habe ich die letzten zwei Stunden getan, was habe ich gedacht?	Womit habe ich mich die letzten zwei Stunden gedanklich beschäftigt?	Schmerzbehandlung z.B. Medikamente, Ablenkung, Sportliche Betätigung, Übungen
Datum Uhrzeit	Schmerz 0-5	Verspan- -nung 0-5	Wohlbe- finden 0-5	Was habe ich die letzten zwei Stunden getan, was habe ich gedacht?	Womit habe ich mich die letzten zwei Stunden gedanklich beschäftigt?	Schmerzbehandlung z.B. Medikamente, Ablenkung, Sportliche Betätigung, Übungen

Chronischer Schmerz-Kontaktadressen

Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes

<http://www.medizin.uni-koeln.de/projekte/dgss>

Deutsche Schmerzhilfe e.V.: Enthält u.a. einen Patientenfragebogen für die Suche eines Schmerztherapeuten.

Tel. (041 42)81 04-34

Internet: www.schmerzhilfe.de

E-Mail: schmerzhilfe@t-online.de

<http://www.schmerzhilfe.org/c/start.html>

Deutsches Krebsforschungszentrum: Patienten können auch unter Tel. 06221-422000 täglich von 12 bis 16 Uhr anrufen und auf der Internetseite u.a. ein Online-Schmerztagebuch führen.

<http://www.ksid.de>

Link-Sammlung zum Thema Schmerztherapie des **Schmerzforum Koblenz** (Schmerztherapeutische Einrichtungen, Selbsthilfegruppen, Zeitschriften etc.) die umfangreichste deutschsprachige Linksammlung!

<http://www.krebsinformation.de/ksid/>

Schmerzakademie: Plattform für Patienten, Angehörige und Behandler. Schmerztherapeuten Verzeichnis, Diskussionsforen, Linkliste, Literaturhinweise

<http://www.schmerzakademie.de>

Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen, Kopf und Gesichtsschmerzen und Tumorschmerzen basierend auf wissenschaftlichen Untersuchungen und Expertenkonsens der **Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft** (PDF-Dateien) sowie Links zu Broschüren von Krankenkassen zu diesem Thema (unter Therapieempfehlungen und Leitlinien zu finden)

<http://www.akdae.de>

Nützliche Informationen über alle Formen rheumatischer Erkrankungen finden Sie auf der Homepage der **Deutsche Rheumaliga** Bundesverband e.V. Tel. (02 28) 7 66 06-0

Internet: www.rheuma-liga.de

E-Mail: bv@rheuma-liga.de

<http://www.rheuma-liga.de/home/layout2/index.html>

Weitere nützliche Informationen zum Thema Fibromyalgie einschließlich einem Forum zum Erfahrungsaustausch für Betroffene

<http://www.fibromyalgie-aktuell.de>

Schmerztherapeutisches ambulantes **Netzwerk Köln** (STAN). Enthält u.a. eine kurze Therapieanleitung für Ärzte, Psychotherapeuten und Pflegepersonal für Kopf und Tumorschmerzen.

<http://www.medizin.uni-koeln.de/stan/Schmerzmanual/index.html>

c. Dipl.-Psych.C. Erdmann Handout Chronischer Schmerz und EMDR

Migräne - Migräne-Selbsttest sowie Informationsbroschüren und Kopfschmerztagebuch <http://www.migraene-online.de/>

Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS)

Fundierte, aktuelle Informationen nicht nur für Mitglieder. Ausführliche Link-Liste

Klinik für Anästhesiologie

Universität Köln

Joseph-Stelzmann-Straße 9

50931 Köln

www.dgss.org/index.asp

Deutsche Fachgesellschaft für Schmerztherapie e.V. (DGS)

Ansprechpartner: PD Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Peter Kropp

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel - Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Diesterwegstraße 10-12

24113 Kiel

www.dgschmerztherapie.de

Verband Deutscher Ärzte für Algesiologie

Berufsverband Deutscher Schmerztherapeuten e.V. (VDÄA)

Jakobikirchhof 9

20095 Hamburg

Tel.: 040 - 33 09 09

Fax: 040 - 33 57 44

E-Mail: jungck.hh@t-online.de

www.vdaea.de

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie

Sekretariat des Präsidenten

Professor Dr. med. Wolfgang L. Gross

Med. Universität Lübeck / Rheumaklinik Bad Bramstedt

Klinik für Rheumatologie

Oskar-Alexander-Straße 26

24576 Bad Bramstedt

Tel.: 04192 / 90 25 75-6

Fax: 04192 / 90 23 89

www.dgrh.de

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft

Dr. Arne May

Privatdozent

Neurologische Universitätsklinik

Universitätsstr. 84

93053 Regensburg

Tel. 09 41-941 30 70

Fax: 09 41-941 6 30 70

c. Dipl.-Psych.C. Erdmann Handout Chronischer Schmerz und EMDR
E-Mail: dmkg@bkr-regensburg.de
www.dmkg.de

American Pain Society

4700 W. Lake Ave.
Glenview, IL 60025
E-Mail: info@ampainsoc.org
www.ampainsoc.org

Center of Opioid Research & Design

Department of Medicinal Chemistry
University of Minnesota
8-101 Weaver Densford Hall
308 Harvard St. S.E.
Minneapolis, MN 55455 USA
E-Mail: medchem@umn.edu
www.opioid.umn.edu

Kommerzielles amerikanisches Angebot mit einigen nützlichen Links

PAIN NET, INC.

1680 WaterMark Drive
Columbus, Ohio 43215
E-Mail: info@painnet.com
www.painnet.com

Der Schmerz

Online-Ausgabe des deutschen Standardjournals
www.derschmerz.de

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)

Roritzerstraße 27
90419 Nürnberg
Tel.: 09 11 / 93 73 80
Fax: 09 11 / 3 93 81 95
E-Mail: dgai@dgai-ev.de
www.dgai.de

International Association for the Study of Pain

Wissenschaftlich orientiertes Informationsangebot der IASP mit aktuellen Neuigkeiten, Veranstaltungskalender u. v. m.
www.iasp-pain.org

Tumorzentrum München

Empfehlungen, Leitlinien, Standards und Daten zur Prävention, Früherkennung, Primärtherapie und Nachsorge - für alle, die sich mit dem Thema Krebs befassen
Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie

c. Dipl.-Psych.C. Erdmann Handout Chronischer Schmerz und EMDR
Ludwig-Maximilians-Universität München
Marchioninstr. 15
81377 München
Tel.: 089 7095 449
Fax: 089 7095 7491
E-Mail: tumor@www.med.uni-muenchen.de
www.krebsinfo.de

OncoLink (Univ. Pennsylvania, USA)

Viele Links und weiterführende Informationen zu Tumorschmerzen
www.oncolink.upenn.edu/coping/subsection.cfm?c=5&s=...

The Hypermedia Assistant for Cancer Pain Management

Viele gute Hinweise und gute Übersichten zum Management und zur Therapie des Tumorschmerzes
www.painresearch.utah.edu/cancerpain/