

# Personzentrierte Therapie von Schmerzsyndromen

Daniela Leithner

Wien, Österreich

Jobst Finke

Universität Duisburg-Essen, Deutschland

Bei chronischen Schmerzen, bekanntlich ein überaus verbreitetes Phänomen, sind fast immer auch psychosoziale Bedingungsfaktoren beteiligt. Wegen dieser Verschränkung von somatischen mit psychosozialen Faktoren bei chronischen Schmerzsyndromen stellen diese eine besondere Herausforderung für die Psychotherapie im Allgemeinen und die Personzentrierte Psychotherapie im Besonderen dar. Im Folgenden soll das personzentrierte Vorgehen bei diesem Störungsbild auf dem Hintergrund der Phaseinteilung der Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie nach Swildens beschrieben werden. Dabei sollen die konsequente Berücksichtigung der personzentrierten Störungstheorie, das Erörtern der Besonderheiten der therapeutischen Beziehung bei diesen Klienten<sup>1</sup> wie eine ausgeprägte Praxisnähe wesentliche Darstellungsmerkmale sein.

*Schlüsselwörter:* Chronisches Schmerzsyndrom, bio-psycho-soziales Störungsmodell, therapeutische Beziehung, prozessphasenorientiertes Vorgehen

**Person-Centered Therapy for Pain Syndromes.** Chronic pain, recognized as a widespread phenomenon, almost always involves psychosocial determining factors. Due to this interlinkage of somatic and psychosocial factors in chronic pain syndromes, such syndromes present a particular challenge to the field of psychotherapy in general, and person-centered therapy in particular. The following describes the person-centered approach to this disorder, against the backdrop of Swildens's process-oriented model. Thus, the consistent consideration of person-centered disorder theory, the discussion of features of the therapeutic relationship with these clients, and a distinctly hands-on nature of practice shall be important characteristics.

*Keywords:* chronic pain syndrome, bio-psycho-social model of disorder, therapeutic relationship, process oriented approach

Die psychotherapeutische Beschäftigung mit körperlich empfundenen Schmerzen ist deshalb so wichtig, weil vor allem chronische Schmerzzustände ein bedeutsames und weit verbreitetes Phänomen darstellen. Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden betreffen 4–10 % der Bevölkerung (Schaefer et al., 2012). Hochrechnungen zufolge sind ca. 5–8 Millionen deutsche Bürger von chronischen Schmerzen betroffen, die sie in ihrem Alltag, Beruf und in ihrer Freizeit einschränken (Kappesser & Hermann, 2013; Schmidt, Fahland & Kohlmann, 2011). Für Österreich geben nach einer Erhebung von Statistik Austria (2012) aus der Gruppe berufstätiger Personen 23,9 % der Frauen und 22,0 % der Männer als dauerhaft vorliegende Gesundheitsbeschwerden „Schmerz-Probleme mit Rücken oder Nacken“ an.

---

**Mag.<sup>a</sup> Daniela Leithner**, MSc, Klientenzentrierte Psychotherapeutin, Klinische und Gesundheitspsychologin; tätig im Zentrum für Ambulante Rehabilitation der Pensionsversicherungsanstalt in Wien sowie in freier Praxis. Kontakt: praxis@danielaleithner.at

**Dr. Jobst Finke**, Facharzt für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin sowie Neurologie/Psychiatrie. Ausbilder in der GwG und ÄGG. Kontakt: jobst.finke@uni-due.de

Die starke Verbreitung chronischer Schmerzzustände führt sowohl für die Gesellschaft wie vor allem natürlich für die Betroffenen selbst zu gravierenden Folgeproblemen, körperlich (z. B. chronische Fehlhaltungen, chronischer Schmerzmittelmissbrauch), psychosozial und ökonomisch (Schmidt, Fahland & Kohlmann, 2011). Schon insofern stellen diese Schmerzerkrankungen eine große Herausforderung für die Gesundheitsdienste einer Gesellschaft und die in der Heilkunde Tätigen dar.

Die Psychotherapie als ein Element einer multimodalen Behandlung chronischer Schmerzen ist in den entsprechenden Leitlinien längst empfohlen, erneut in der jüngsten S3-Leitlinie (Schaefer et al., 2012). Grundlage ist eine ganzheitliche Versteherweise chronischer Schmerzzustände. „Aktuelle ätiopathologische Modelle gehen von einer komplexen Wechselwirkung psychosozialer, biologischer, iatrogen/medizinsystemischer und soziokultureller Faktoren aus, die zu neurobiologischen Veränderungen führen können und bei Disposition, Auslösung und Chronifizierung der Schmerzen zusammenspielen.“

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird im Sinne der leichteren Lesbarkeit die männliche Form als reine Funktionsbezeichnung verwendet, gemeint sind selbstverständlich immer beide Geschlechter.

(Schaefer et al., 2012, S. 804) Gefordert ist hier natürlich auch die Personenzentrierte Psychotherapie, für die es leider nur wenige Arbeiten gibt, die sich mit diesem Thema beschäftigen (Leithner, 2013). Hier sind zu nennen die Artikel von Geiser (2010) und Leithner (2013) sowie einige Arbeiten, die sich mit focusingorientiertem Vorgehen beschäftigen (Müller & Feuerstein, 2000; Kopp, 2008; Hinterkopf, 2010) bzw. spezifische Aspekte thematisieren (Eggendorf, 1995; Macke-Bruck, 2006).

### Diagnostische und pathogenetische Überlegungen

Da das Schmerzerleben selbst ein psychisches Phänomen ist, sind besonders bei chronischem Schmerz auch dann psychologische Faktoren beteiligt, wenn man die primäre Ursache des Schmerzes in somatischen Schädigungen sehen kann. Die „Schmerzbereitschaft“ wie die Schmerzverarbeitung bzw. -bewältigung kann eben bei verschiedenen Personen wie jeweils auch in verschiedenen Lebenssituationen sehr unterschiedlich sein. Da man andererseits bei funktionell bzw. psychogen anmutenden Schmerzen selten auch kleinste organische „Unregelmäßigkeiten“ und ihre mögliche ursächliche Beteiligung am Schmerzerleben ganz ausschließen kann, wird zunehmend die Trennung zwischen psychogen bedingten Schmerzen und organisch bedingten Schmerzsyndromen relativiert (Schors & Ahrens, 2002). Dies wird durch die Einführung der F45.41-Diagnose in der revidierten Fassung der ICD-10 (aktuell: ICD-10-GM Version 2014; vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI, 2014; Nilges & Rief, 2010; Nickel, Hardt, Kappis, Schwab & Egle, 2009) wie auch in der Neuklassifizierung des DSM-V (Lau, Löwe, Langs & Voigt, 2013) sichtbar. So können wir sagen, dass körperliche und psychische Faktoren immer verwoben sind, wobei im Einzelfall primär die psychischen oder aber die somatischen Bedingungsfaktoren überwiegen können. Ein primär körperlich bedingter Schmerz kann durch eine psychische „Fehlverarbeitung“ chronifizieren. Umgekehrt kann ein psychogen ausgelöster Schmerz schon dadurch chronisch werden, dass über das Schmerzgedächtnis neuronale Bahnungen eingeschliffen werden, die dann gewissermaßen ein organisches Korrelat dieser Chronifizierungsprozesse darstellen. Längerdauernder Schmerz führt nämlich in jedem Fall „zu Gedächtnisspuren und damit einhergehenden Veränderungen auf allen Ebenen des nozizeptiven Systems.“ (Flor, 2011, S. 91)

Als das Schmerzsyndrom modulierende Einflussgrößen, die im ungünstigen Fall auch für seine Chronifizierung verantwortlich sind, sieht man heute unter anderem folgende, auch durch empirische Studien gesicherte und als „Yellow Flags“ zusammenfassend benannte Faktoren an (Egle & Kröner-Herwig, 2000; Pflingsten, Korb & Hasenbring, 2011):

- Erwartungshaltung  
Schmerzen kann man durch Ablenkung positiv beeinflussen, aber man kann sie auch durch die Fixierung der Aufmerksamkeit auf sie verstärken. Eine ständig angespannte Erwartung gegenüber ihrem Auftreten oder die Befürchtung ihrer Verschlimmerung kann zu ihrer Chronifizierung beitragen.
  - Komorbidität Angst und Depression  
Eine Angst- oder eine depressive Erkrankung kann das Schmerzerleben verstärken.
  - Krankheitsgewinn  
Soziale Zuwendung und Beachtung, die in einem entsprechenden Zusammenhang mit dem Schmerzerleben stehen, können zu dessen Aufrechterhaltung und Verstärkung führen.
  - Bewältigungshaltung  
Eine passive Hilfserwartung und vor allem eine resignativ-fatalistische Haltung mit der Überzeugung, dem Schicksal ausgeliefert zu sein, erhöhen das Risiko zur Schmerzchronifizierung.
  - Frühe Schmerzerfahrungen  
Frühe Schmerzerfahrungen können die Empfindlichkeit für Schmerzreize erhöhen. Auch Traumatisierungen in der Kindheit oder Jugendzeit, etwa durch körperliche Misshandlung oder durch sexuellen Missbrauch, können, vor allem wenn sie mit der Ausbildung einer resignativ-fatalistischen Bewältigungshaltung verbunden sind, die Bereitschaft zur Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms erhöhen.
  - Kulturell geprägte Erwartungen  
Transkulturelle Untersuchungen machten deutlich, dass die Bereitschaft zur Ausbildung eines Schmerzsyndroms auch durch Erwartungshaltungen gefördert wird, die durch bestimmte, für eine Kultur typische Weltdeutungen und Krankheitskonzepte vorgegeben sind und charakteristischen Rollenzuschreibungen der Mitglieder einer jeweiligen Gesellschaft entsprechen. So scheint z. B. in eher noch vormodernen Gesellschaften die Neigung zum „Somatisieren“, also die Tendenz, seelische Befindlichkeitsstörungen in Gestalt von körperlichen Beschwerden, eben oft auch Schmerzen, auszudrücken, größer zu sein als in den modernen Industriegesellschaften (Reisch, 1994).
- Aus diesen Darstellungen dürfte deutlich werden, dass neben somatisch-biologischen Faktoren auch psychologische und soziologische sowohl bei der Entwicklung wie aber auch bei der Aufrechterhaltung eines Schmerzsyndroms immer eine Rolle spielen. Das meint die oft zu hörende Parole, dass die Beurteilung von Schmerzsyndromen aus einer bio-psycho-sozialen Perspektive erfolgen sollte.

## Das personenzentrierte Verständnis funktioneller Schmerzstörungen

Bei der Frage nach dem Grundverständnis der psychischen Faktoren von chronischen Schmerzstörungen, das der personenzentrierten Störungstheorie entspricht, wird natürlich zunächst der Bezug auf das Inkongruenzmodell nahegelegt. Nach diesem Modell werden bekanntlich die Aspekte des organismischen Erlebens, die mit dem Selbstkonzept einer Person nicht vereinbar sind, gar nicht oder verzerrt symbolisiert (Rogers, 1959/1987, S. 29ff). Danach wäre der Schmerz als eine verzerrte Symbolisierung bestimmter Erlebensinhalte zu verstehen. Hier ist zu denken etwa an ausgeprägt aggressive Gefühle gegenüber nahen Bezugspersonen, die aber, wenn sie exakt symbolisiert, also voll und in ganzer Klarheit bewusst würden, quälende Schuldgefühle auslösen würden (Leithner, 2013), so dass das aggressive Erleben vom Gewähr- bzw. vom Bewusstsein ausgeschlossen und in Form von Schmerzen verzerrt symbolisiert wird. Aber auch Schuldgefühle selber können sich in der Verkleidung bzw. in der verzerrten Symbolisierung von Schmerzen zeigen. Die seelischen Schmerzen, die Schuldgefühle oft bedeuten, würden dann als körperlich empfundene Schmerzen auftreten. Die körperlich empfundenen Schmerzen könnte man dann gewissermaßen auch als ein Sinnbild für eine Art von Sühne und Selbstbestrafung verstehen, zu denen sich der Klient wegen der Schuldgefühle genötigt fühlt. Diese körperlichen Schmerzen sollen dabei, so könnte man vermuten, insofern auch von den Schuldgefühlen entlasten, als eben nun der Klient sich gewissermaßen einer Buße durch das Erleiden körperlicher Schmerzen unterzieht.

Auch Trauer und Depression im Rahmen eines „schmerzhaften“ Verlustes, etwa eines nahen Angehörigen, können in Form von körperlichen Schmerzen symbolisiert werden. Dabei kann der verstehende Zugang zu dieser Form der Symbolisierungsverzerrung ergeben, dass für den Klienten der körperliche Schmerz gegenüber dem seelischen Schmerz das kleinere Übel ist. Der Körper-Schmerz stünde hier also im Dienst der Abwehr (Rogers, 1959/1987, S. 32) bzw. der Bewältigung des schmerzhaften Verlustes, also des „Seelen-Schmerzes“.

Rogers sieht bekanntlich in dem Bedürfnis nach positiver Beachtung ein für den Menschen sehr zentrales Motiv (Rogers 1959/1987, S. 34). Bei nicht wenigen Klienten mit einem chronischen Schmerzsyndrom ist dieses Bedürfnis sehr frustriert worden. Das dadurch bewirkte Erleben von Demütigung und Scham ist für sie so unerträglich, dass sie es nicht exakt symbolisieren können. Die verzerrte Symbolisierung dieses Erlebens als körperlicher Schmerz hat dabei auch eine interpersonale Bedeutung. Es schützt die Klienten vor der befürchteten Möglichkeit, bei der forcierten Suche nach Beachtung als „geltungssüchtig“, „narzisstisch anspruchsvoll“ oder überhaupt

psychisch überempfindlich gesehen zu werden. Das körperliche Leiden dagegen stellt in gewissermaßen unverfänglicher Weise die Beachtung seitens der Umgebung sicher. Genau diese Konstellation kann aber auch eine erhebliche Erschwernis für den therapeutischen Prozess darstellen, in dem ja die Symbolisierungsverzerrung geklärt werden, d. h. der Klient seine ursprünglichen Gefühle von Kränkung und Beschämung aufgrund der ihm versagten Beachtung „exakt symbolisieren“ soll (Rogers, a. a. O.). Der Klient muss sich dabei aber nicht nur mit negativen und quälenden Gefühlen konfrontieren, sondern er befürchtet auch eine weitere Beschämung durch seine wesentlichen Bezugspersonen, die ihn nun als „Simulanten“ ansehen könnten, der bisher Beachtung und Zuwendung durch unlautere Mittel „eingeheimst“ hat.

## Das personenzentrierte Therapiekonzept bei Schmerzstörungen

Aus didaktischen, aber auch therapeutisch-sachlichen Gründen möchten wir vorschlagen, bei der Beschreibung des therapeutischen Vorgehens uns an der Phaseneinteilung des Prozessmodells von Swildens (2015) zu orientieren. Denn dadurch wird eine klare Gliederung der Darstellung der Behandlungspraxis vorgegeben. Dabei sehen wir in diesem Zusammenhang aber hierin nicht die Anwendung einer spezifischen Methode der Personenzentrierten Psychotherapie, vielmehr soll uns hier dieses Modell als Beschreibungsfolie dienen, die eine ebenso kohärente wie systematische Darstellung des therapeutischen Vorgehens ermöglichen soll. So wird hierdurch auch auf die ausdrückliche Beschäftigung mit der Symptomatik des Klienten hingewiesen, was gerade bei Klienten mit einem chronischen Schmerzsyndrom wichtig ist, da diese Klienten sich bei einem zu frühen Ansprechen anderer Themen leicht unverstanden und zurückgewiesen fühlen würden. Die Orientierung an den einzelnen Therapiephasen fördert die Achtsamkeit für die jeweilige Thematik und besonders eben auch für die des Schmerzsymptoms. Swildens (2015) hat in seiner „Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie“ bekanntlich vier Phasen unterschieden, die Prämotivations-, die Symptom-, die Problem- und die existenzielle Phase. Mit diesen Phasen werden auch die Schlüsselthemen beschrieben, die im Verlauf der Therapie jeweils maßgeblich werden können (Finke, 2006).

### *Die Prämotivationsphase*

Klienten mit einem chronischen Schmerzsyndrom sind häufig „geschickte“ Patienten, d. h. sie haben das Aufsuchen eines Psychotherapeuten nicht von sich aus intendiert, sondern wurden eben von anderen, z. B. dem Hausarzt, dazu angehalten. Oft

scheint der zuweisende Arzt gesagt zu haben, „alle Untersuchungen haben gezeigt, dass Sie nichts haben. Gehen Sie mal zum Psychotherapeuten.“ Selbst wenn der Arzt den Mangel an organisch-pathologischen Befunden, die bisher fehlende Wirksamkeit medizinisch-somatischer Behandlungsmaßnahmen und die sich daraus ergebenden Erwägungen tatsächlich um einiges differenzierter erläutert hat, hat der Klient oft nur das oben Genannte verstanden. Wenn der Klient dann trotzdem „folgsam“ ist und einen Psychotherapeuten aufsucht (und nicht gleich den nächsten oder übernächsten Arzt), dann wird er diesem Psychotherapeuten mit Skepsis begegnen. Er fühlt sich vermutlich an der „falschen Adresse“, betrachtet die Konsultation als „Sackgasse“ und kommt ohne Erwartung auf wirkliche Unterstützung. Möglicherweise hat er sogar die Befürchtung, der Therapeut wolle ihn, da er ja sein körperliches Leiden nicht ernst nähme, sondern davon ausgehe, dass „alles nur seelisch“ oder gar „nur eingebildet“ sei, bloßstellen, entlarven und beschämen. Deshalb kommt es, um den Klienten zu einer Psychotherapie zu motivieren, zunächst darauf an, eine Begegnung und ein Verstehen anzubieten, die Vertrauen ermöglichen.

So wird der Therapeut dem Klienten versichern, dass er das Schmerzerleben des Klienten durchaus ernst nehme und als eine reale Gegebenheit ansehe. Dabei wird er gegebenenfalls auch ziemlich bald direkt das Misstrauen und die Skepsis des Klienten über den Weg des *Beziehungsklärens* (Finke, 2004) ansprechen.

K: *Aber ich habe doch diese dauernden Schmerzen, auch wenn der Arzt sagt, ich hätte nichts.*

T: *Sie fühlen sich da sehr unverstanden und wissen gar nicht, wem Sie noch trauen sollen.*

K: *Ja, ich bilde mir die Schmerzen doch nicht einfach ein oder will etwas vortäuschen.*

T: *Sie befürchten vielleicht, dass auch ich so denken könnte, dass auch ich Sie für einen Simulanten halten könnte.*

Um Vertrauen und Therapie-Bereitschaft des Klienten aufzubauen, sollte der Klient erfahren, was in der Therapie passieren wird. Der Therapeut wird dem Klienten erläutern, worum es in den Gesprächen gehen könnte. Er wird vielleicht sagen, dass ausführlich die Schmerzen thematisiert werden sollten und dem Thema bereits im Erstgespräch gebührenden Raum geben. Der Therapeut wird eventuell sogar explizit aussprechen, dass er dem Klienten in seiner Darstellung „glaubt“ und damit auch die Schmerzen als real vorhanden annehmen kann. Ansatzweise könnte schon besprochen werden, was dann ausführlich in der Symptomphase thematisiert werden sollte, nämlich wie der Klient die Schmerzen im Einzelnen erlebt, wie er damit jeweils umgeht, ob er für sich selbst schon Techniken gefunden

hat, sie abzumildern und welche Unterstützung und welches Verständnis er hier in seiner Familie und auf seinem Arbeitsplatz findet. Der Therapeut wird damit dem Klienten die Besorgnis nehmen, dass er nur auf seine „Probleme“, seine inneren Schwierigkeiten und „Charaktermängel“ als vermeintliche Ursachen der Schmerzen angesprochen werden soll. Es soll dem Klienten vermittelt werden, dass es nicht um eine befürchtete Bloßstellung (etwa im Sinne von „all diese Schmerzen sind ja doch nur die Folge Ihrer schlechten Ehe und Ihres schlechten Durchsetzungsvermögens“), sondern um eine ernsthafte Auseinandersetzung mit seinem Leiden geht, um so sein Zutrauen zum therapeutischen Prozess zu gewinnen.

Eventuell ist es hilfreich, dem Klienten ein ganzheitliches Verstehensmodell chronischer Schmerzen anzubieten. Dabei können Inhalte aufgegriffen werden, die der Klient davor selbst in seine Darstellung eingebracht hat. Basierend auf dem empathisch Verstandenen wird ein Blick angeboten, der die Situation des Klienten umfassender betrachtet. Dem Schmerzpatienten wird ermöglicht, chronische Schmerzen als ein bio-psycho-sozio-kulturelles Geschehen zu verstehen. Schmerzen, auch körperlich verursacht, ziehen bei längerem Bestehenbleiben unabdinglich Folgen auf psychischer und sozialer Ebene nach sich (Leidensdruck, sozialen Rückzug, Verlust des Arbeitsplatzes, Irritationen in den familiären Beziehungen). Einem solchen Verstehensmodell chronischer Schmerzen können die betroffenen Klienten oftmals nicht nur leicht zustimmen, sondern es ist häufig gleichsam ein „Türöffner“, so dass der Klient selbst erstmals die umfassenderen Aspekte seines Betroffenseins und Leidens thematisiert. Klienten erleben sich hier oft wirklich ernst genommen und können erstes Vertrauen fassen.

T: *Sie haben vorhin ja erwähnt, wie belastend die Situation für Sie Ihrer Frau gegenüber ist, dass Sie da ein schlechtes Gewissen haben, weil Ihre Frau die gesamte Arbeit übernimmt, die schweren Einkäufe erledigt und im Haushalt alles übernehmen muss. Sie haben erzählt, wie schmerzhaft es für Sie ist, dass Sie nicht mit ihrer Tochter herumtollen können und das Gefühl haben, als Vater ganz zu versagen. Und Sie haben beschrieben, wie hohen Druck es Ihnen macht, wieder arbeitsfähig zu werden.*

K: *Ja, genau. Das macht mich alles psychisch fertig.*

T: *Da ist dann durch den Schmerz auch so vieles andere in Ihrem Leben betroffen.*

K: *Ja, eigentlich hat der alles kaputt gemacht. Wir haben jetzt die Sorgen wegen dem Geld. Und ich bin schuld!*

T: *Da haben Sie Ihrer Familie gegenüber regelrecht ein schlechtes Gewissen. Neben diesen schlimmen körperlichen Schmerzen gibt es jetzt noch diese belastenden Schuldgefühle.*



Hier werden schon Themen kurz benannt, die in den folgenden Phasen zu vertiefen sind. In der Prämotivationsphase dürfen sie fürs Erste so stehen bleiben bzw. fallweise kann es günstig sein, dem Klienten zu vermitteln, dass bio-psycho-soziale Zusammenhänge bei längerdauernden Schmerzen „normal“ sind und weder eine besonders schlechte Situation noch ein Versagen bedeuten. Wesentlich scheint auch, wie es Swildens (2015) für die Prämotivationsphase mit depressiven Klienten vorschlägt, neben der Information auch Hoffnung auf eine Verbesserung zu wecken. Bei Schmerzpatienten ist oft eine stark spürbare Stagnation und Resignation gegeben. Die Änderungshoffnung ist gering, dennoch ergreifen viele gern den „Strohalm“ einer Besserungsperspektive, wenn auch zu diesem Zeitpunkt für sie nicht erkennbar ist, wie es zu einer Veränderung kommen könnte.

*K: Ich kann mir nicht vorstellen, wie sich das ändern soll, ich weiß nicht, wie Gespräche meine körperliche Situation ändern sollen. Eigentlich kann ich es nicht wirklich glauben, dass es gut wird, bisher hat nichts geholfen, aber ich nehme jetzt einfach Ihr Angebot an, irgendetwas muss ich ja tun.*

*T: Das finde ich gut. Es kann ja auch manchmal sogar spannend sein, einfach mal etwas ganz Neues auszuprobieren.*

Der Therapeut versucht hier, Gefühle von Neugier und Experimentierfreude zu stimulieren. Er darf dabei eine aktiv ermutigende Rolle einnehmen und ein Stück weit seine Expertise einbringen, um einem Klienten ein alternatives Erwartungsmodell aufzuzeigen.

*T: Ich kann gut verstehen, dass das im Moment schwer vorstellbar ist für Sie, wie sich durch psychotherapeutische Gespräche Ihre Schmerzen verringern sollen. Doch ich sehe viele Klientinnen, die sich in einer ganz ähnlichen Situation wie Sie befinden und erlebe, wie auch nach langer Schmerzdauer spürbare Verbesserungen möglich sind.*

### Die Symptomphase

Das geduldige Arbeiten auf der Ebene dieser Phase ist für Schmerzpatienten besonders wichtig. Dabei könnte der Begriff „Phase“ hier suggerieren, dass es sich um eine „Durchgangsphase“ handelt, deren Thematik nach einer bestimmten Zeit als erledigt gelten kann. Es ist jedoch die Schmerzproblematik oft außergewöhnlich lange noch ein zentrales Thema, auch in späteren Phasen.

- Die positive und geduldige Beachtung des Schmerzsymptoms Bei vielen Klienten mit anderen Störungen, etwa solchen mit einer mittelgradigen depressiven Symptomatik infolge von

Beziehungskonflikten, spielt die Symptomphase insofern nur eine untergeordnete Rolle, als die Klienten ihre depressiven Beschwerden nur sehr kurz erwähnen, um dann von sich aus sehr bald auf ihre zentralen Beziehungsprobleme zu sprechen zu kommen. Schmerzpatienten hingegen haben ein starkes Bedürfnis, von ihren Beschwerden zu sprechen und fühlen sich nur angenommen und positiv beachtet, wenn der Therapeut ebenso geduldig wie einfühlsam auf ihre Symptomschilderung eingeht. Der Schmerz ist hier nicht selten zu einem zentralen Lebensthema geworden und dementsprechend muss der Therapeut dieses Thema immer wieder in seinen verschiedenen Facetten aufgreifen. Dabei sollte der Therapeut damit rechnen, dass viele Schmerzpatienten, wie Klienten mit anderen psychosomatischen bzw. somatoformen Störungen auch (Sachse, 1995, 142ff), eine „alexithyme“, also die Verbalisierung betreffende, verminderte Fähigkeit zeigen, ihr schmerzabhängiges Erleben und ihre Gefühle differenziert wahrzunehmen und zu explorieren. Deutlich wird dies sowohl im Gespräch über das innere Erleben als auch über körperliche Empfindungen. Die Einladung, andere Körperbereiche als das Schmerzareal bewusst wahrzunehmen, ist für Betroffene oft schwierig umzusetzen. Andere Körperregionen oder andere Empfindungen als Schmerz können oftmals nur erschwert, manchmal zunächst gar nicht gespürt werden (Leithner, 2013). Die Wahrnehmung und die verbale Schilderung der Schmerz-Beschwerden und der dadurch bedingten Beeinträchtigung sind dagegen oft sehr ausgeprägt und ausführlich.

*Bei Herrn G., einem 44-jährigen Verwaltungsangestellten, nimmt die Beschäftigung mit dem Schmerz, mit den vorliegenden Einschränkungen und Therapiemaßnahmen nicht nur den überwiegenden Teil des Alltags ein, sondern auch große Teile der Therapiesitzungen. Dem Klienten ist es äußerst wichtig, detailliert davon zu berichten. Dazu zählt die teils wiederholte Nacherzählung von Gesprächen mit anderen Behandlern bzw. von schmerzbezogenen Erlebnissen. Es ist kaum möglich, zu den berichteten Fakten erlebensbezogene Wahrnehmungen zu ergründen. Der Patient reagiert fast ein wenig ungehalten auf Unterbrechungen, auf Versuche des Nachfragens zu persönlichen Aspekten. Später im Behandlungsverlauf wird deutlich, dass Herr G. in der Tat wenig Zugang zu seinem Erleben hat, wenig über seine „innere Welt“ (Rogers, 1977, S. 184) zu wissen scheint, sich kaum spüren kann außerhalb des konkreten Rückenschmerzes.*

Bei vielen dieser Klienten werden offene Fragen oft eng umgrenzt verstanden und auf die Schmerzthematik bezogen und so mit einer erneuten Beschwerdeschilderung beantwortet. Viel Raum nimmt die Erläuterung äußerer Lebensbereiche und konkreter Tätigkeiten ein, die durch den Schmerz „nicht mehr möglich sind“. Dabei mutet die Schilderung der Beschwerden

in ihrer Qualität häufig an wie eine Anklage. Das „Schicksal“ des Geschlagenseins mit Schmerzen wird oft als „ungerecht“ erlebt, vor allem aber auch als „selbst-fremd“, nicht zur eigenen Person gehörig. Damit schreibt der Klient auch die Möglichkeit zu einer Veränderbarkeit der Situation nicht sich selbst zu. Es besteht eine passive Hilfserwartung. Die Lösung wird im Außen gesucht. Dabei schwanken die Klienten oftmals zwischen geringer Änderungserwartung und scheinbar hoher Hoffnung bzw. intensivem Appell, dass der Behandler die Situation löst (Binder & Binder, 1991). Hier muss der Letztere natürlich darauf hinarbeiten, dass der Klient zunehmend seine eigene Expertise wahrnehmen, an seine Selbstwirksamkeit glauben und Freude an „schmerzfernen“ Aktivitäten, etwa sportlicher Art, entwickeln kann (Finke, 2004).

Wesentlich ist, dass der Therapeut die Symptomatik ernst nimmt und nicht zu rasch versucht ist, psychologische Deutungen anzubieten. Besonders bei diesen Klienten geht es darum zu versuchen, sich in die komplexe Welt des Klienten einzufühlen und das Symptom in seiner Erlebnisqualität zu verstehen.

Einem so geduldigen, achtsamen und strikt das Prinzip des *bedingungsfreien Akzeptierens und Wertschätzens* berücksichtigendes Vorgehen können aber auf Seiten des Therapeuten erhebliche „innere“ Schwierigkeiten entgegenstehen. Einerseits kann ihm die zunächst mangelnde Fähigkeit des Klienten zu vertiefter Selbstexploration wie ein trotziges Abwehren und verbissenes Ausweichen erscheinen, was im Therapeuten Ärger und eine zunehmende Gereiztheit auslösen kann. Andererseits kann das scheinbar ebenso unbeirrbar wie anscheinend gar auftrumpfende introspektive Sich-Verweigern des Klienten im Therapeuten Kompetenz Zweifel und starke Verunsicherung hervorrufen. Wenn sich etwa nach Monaten therapeutischen Bemühens aus der Sicht des Therapeuten die Abwehr des Klienten gegenüber seinen Verstehensangeboten noch kaum geändert hat, können Ungeduld, Ärger, Ohnmachtsgefühle und Inkompetenzscham den Therapeuten dazu verführen, einen „Fortschritt“ des Klienten erzwingen zu wollen und diesen mit „lösungsorientierten“ Ratschlägen oder „weiterführenden“ Deutungsangeboten zu überschütten. Auch kann im Therapeuten das Bedürfnis aufkommen, den Klienten „loszuwerden“ und ihn an eine „geeignete“ Stelle, etwa eine Klinik, zu verweisen. Da solche Gefühle und Bedürfnisse im krassen Gegensatz zu den hohen Idealbildungen des Personenzentrierten Ansatzes stehen, kann der Therapeut dazu neigen, diese Gefühle und Bedürfnisse zu verleugnen. Durch den so bedingten Mangel an Kongruenz würde der Therapieverlauf eventuell weiter erschwert. Ein klares Wissen um solche Gefahren bei der Begegnung mit dem chronischen Schmerzsyndrom, kann diese Gefahren schon etwas mildern (Macke-Bruck, 2006).

- Vergegenwärtigen des Schmerzerlebens

Der Therapeut gibt hier dem Klienten die Gelegenheit und ausreichend Raum, seine Beschwerden in den subjektiv wichtigen Facetten ausführlich zu schildern, was meist ein starkes Bedürfnis dieser Klienten ist, weil sie sich dadurch in ihrem Leiden an- und ernst genommen fühlen und so auch zunehmend Vertrauen zum Therapeuten fassen können. Der Therapeut wird dann aber auch den Klienten bitten, sein Erleben gegenüber den Schmerzen darzustellen. Erlebt er sich angesichts der Schmerzen hilflos, machtlos, ihnen total ausgeliefert? Erlebt er sie als wildes, reißendes Tier oder als unbarmherzigen, düsteren, ihn absolut beherrschenden Despoten? Oder erlebt er vielmehr Gefühle von Ärger auf den Schmerz, auf den eigenen Körper? Oder gibt es auch Momente, in denen er das Gefühl hat, sich vom Schmerz etwas lösen oder sich gar ein wenig mit ihm versöhnen zu können?

Dieses bewusste Wahrnehmen und Verbalisieren muss durch den Therapeuten geduldig immer wieder angeregt werden. Klienten mit chronischen Schmerzen nehmen zunächst oftmals keine anderen Erfahrungen mehr wahr als den Schmerz an sich. Die emotionale Distanz zwischen der eigenen Person und dem Schmerz scheint verloren gegangen. Gleichzeitig wird in eher kognitiver Hinsicht der Schmerz dabei als etwas Fremdes, nicht zur Person Gehörendes gesehen. Es ist, als würde die gesamte Person vom Schmerz dominiert im Sinn von „ich bin Gefangener des Schmerzes“ statt einem Erleben von „ich habe Schmerzen“. Durch die oben genannten Eingaben soll der Klient angeregt werden, gegenüber dem Schmerzerleben zunehmend Abstand zu gewinnen. Mit dieser veränderten Perspektive kann allmählich ein Wahrnehmen der eigenen Person als Fühlende und Handelnde wieder etabliert werden.

Bei den nicht selten erlebens- und ausdrucksgehemmten Klienten empfiehlt es sich dabei, eine bildhafte, metaphorreiche Sprache zu verwenden, um so die Klienten zu einem phantasievollen, emotionsbezogenen Denken zu ermutigen und anzuregen und so ihren Erlebenshorizont über das Schmerzthema hinaus zu erweitern (Leithner, 2013).

Dem Klienten eine gewisse Distanz zum Symptom zu ermöglichen, damit er so sein Erlebensspektrum wieder erweiterter zur Verfügung hat und sich auch wieder für Aspekte außerhalb der Schmerzerfahrung öffnen kann, wird das Ziel nicht nur in der Symptom-, sondern auch noch in der Problemphase sein müssen.

- Arbeit am subjektiven Krankheitskonzept des Klienten

Ziel ist das Klären des Modells, nach dem der Klient seine Schmerz- und Beschwerdesituation versteht, sowie ein zunehmendes Erweitern und Verändern dieses Modells.

Sein Interesse an der Person, am Erleben und Denken des Klienten zeigt der Therapeut hier dadurch, dass er ihn

nach dessen Vorstellungen über Ursachen und Entstehen der Schmerzen fragt. Der Klient soll dabei angeregt werden, das Erleben seines gesundheitlichen Zustandes auch in Verbindung mit seiner sozialen und beruflichen Situation präzise zu vergegenwärtigen

Im Folgenden ein Ausschnitt vom Beginn der Therapie des o. g. Klienten, des Herrn G.:

T: *Was vermuten denn Sie selbst, wodurch diese Beschwerden bei Ihnen zustande gekommen sind?*

K: *Ich weiß nicht. Durch das viele Sitzen vielleicht? Das ist eigentlich das Einzige, was mir einfällt. Ich sitze seit der Schulzeit. In meinem Beruf sitze ich, bei meinem Hobby sitze ich auch. Da haben manche Therapeuten gesagt, dass vielleicht das viele Sitzen schuld ist. Ja, das ist das einzige, was einem einfällt.*

T: *Da könnte das viele Sitzen anstrengend gewesen sein für Ihren Rücken, aber da ist vielleicht auch so ein Teil, der bisher noch gar nicht klar ist, warum Sie da so große Beschwerden bekommen haben?*

K: *Vielleicht ist es ja auch ganz was anderes. Einmal hat auch ein Therapeut gemeint, dass ich Stress habe. Aber ich habe keinen Stress.*

T: *Da war schon einmal die Frage, ob es da Stress oder eine andere Form von Belastung gibt, die mit den Schmerzen zu tun haben könnte.*

K: *Ja, aber zu Stress fällt mir nichts ein. Was ist schon Stress? Man arbeitet halt so normal. Also ich finde das normal. Ich glaube nicht, dass ich Stress habe.*

T: *Also, wenn Sie so an Ihre Arbeitssituation denken, dann haben Sie dort nicht das Gefühl, dass Sie besonderen Stress haben. Das fühlt sich auch nicht wie die richtige Erklärung für Ihre Schmerzen an. Ist das mehr so, dass Sie da noch gar nicht so eine konkrete Vermutung haben, wodurch diese Schmerzen verursacht wurden?*

K: *Eigentlich kann ich sie mir nicht erklären.*

T: *Sie selbst haben noch keine konkrete Idee, was diese Schmerzen verursacht haben könnte. Und auch die Erklärungen, die Sie von außen gehört haben, scheinen nicht alles abdecken zu können. Da befinden Sie sich also in einer Situation, wo niemand so richtig erklären kann, was los ist?*

K: *Ja, niemand kennt sich aus. Und dann stehe ich wieder ganz allein da.*

T: *Ich lade Sie ein, dass wir beide uns nun gemeinsam mit all den Fragen beschäftigen, die mit Ihren Schmerzen im Zusammenhang stehen, und dabei ganz auf Ihre persönliche Situation einzugehen.*

Manche Klienten haben wenige Erklärungen für ihre Symptomatik, scheinen diesbezüglich wie orientierungslos. Andere Klienten haben sehr klare, oft aber eben im weiteren Sinne

somatische Ursachenvorstellungen. Auch wenn manche Vorstellungen dann dem Therapeuten etwas abwegig erscheinen mögen, wird er das natürlich nicht brüsk äußern, sondern behutsam weiterfragen und dabei eventuell vorsichtig versuchen, bestimmte Widersprüche dieser Krankheitstheorie mit bestimmten realen Gegebenheiten aufzuzeigen. Wie beiläufig wird er dann gelegentlich auch sagen, dass seelische Belastungen zur Verschlimmerung von Schmerzen beitragen können und dass umgekehrt eine positiv gefärbte Stimmungslage und eine gute psychische Situation die Schmerzwahrnehmung positiv beeinflussen können. Wenn hier der Therapeut im behutsamen Aufzeigen von möglichen psychischen Einflussfaktoren nicht drängend ist, wird dies den Klienten für die Psychotherapie aufschließen.

Manchmal ist es zunächst ganz unklar, welche Faktoren mit den Schmerzen in Zusammenhang stehen könnten. In anderen Fällen scheinen Zusammenhänge mit bestimmten Ereignissen oder Lebenssituationen für Außenstehende offensichtlich, die aber vom Klienten noch nicht in Beziehung zu seinem Leiden gebracht werden. Gerade auch hier ist es wichtig, nicht zu rasch einen bestimmten Sinnzusammenhang nahe zu legen, sondern sich am Erleben bzw. am inneren Bezugsrahmen des Klienten zu orientieren und sich zunächst nur sehr behutsam im Ansprechen möglicher Bezüge auf noch kaum symbolisierte Sinngehalte am Rande des Bewusstseins des Klienten zu bewegen (Leithner, 2013).

Wie schon mehrfach angedeutet, benötigt der Versuch, beim Klienten die Reflexion der Schmerzkonzepte anzuregen, ein hohes Ausmaß an Geduld (Leithner, 2013). Der scheinbar oft geringe Fortschritt hierbei mag den Ehrgeiz des Therapeuten frustrieren, dennoch muss er sich bemühen, Erleben und inneren Bezugsrahmen der Person ernst zu nehmen und ebenso das „Tempo“, mit dem der Klient sich im Weiteren wichtigen Themen nähern kann, zu akzeptieren.

Der Therapeut sollte den Klienten nicht nur nach dem Krankheits- sondern auch nach seinem Therapiekonzept fragen. Was glaubt der Klient, könne ihm helfen? Mit welchen Maßnahmen hat er bisher schon positive Erfahrungen gemacht? Hier zeigt der Therapeut sein Interesse für die „innere Welt“ des Klienten (Rogers, 1977, S. 20), über die diese Klienten, wie oben schon angedeutet, oft nur schwer reden können. Außerdem kann der Therapeut eventuell manche Aspekte dieses Konzeptes in nur etwas modifizierter Form positiv aufgreifen, was für den Klienten natürlich sehr motivierend sein dürfte.

- Der Schmerz im sozialen Kontext

Um die Möglichkeit zu eröffnen, zunehmend über die mehr psychischen Dimensionen der Schmerzen zu sprechen (und so dem Klienten zu helfen, seine Schmerzen zunehmend „exakter“

zu symbolisieren), kann man vorsichtig die Beziehung des Klienten zu seinem sozialen Umfeld thematisieren. Der Therapeut fragt hier nicht nach Beziehungskonflikten „an sich“, sondern nur nach günstigen oder weniger günstigen Einflussnahmen auf seine Beschwerden, er stellt also Letztere zunächst weder in ihrem faktischen Bestehen noch hinsichtlich ihrer vermeintlich körperlichen Verursachung infrage (Reisch, 1994). Der Therapeut könnte den Klienten z. B. einfühlsam fragen, ob er sich durch seine Angehörigen gestützt fühle, ob seine Berufskollegen für sein Leiden Verständnis hätten, wie es ihm durch sein Umfeld erleichtert würde, seine Schmerzen zu ertragen. Wann sind seine Schmerzen quälender, wenn er allein oder in Gesellschaft ist? Welche Art von Gesellschaft ist hier besonders hilfreich für ihn? Was könnten seine Angehörigen unternehmen, um ihm noch besser zu helfen? Wie wäre seine berufliche Situation zu verbessern, um das Ertragen der Schmerzen zu erleichtern?

Häufig von Klienten genannt werden Gefühle der Schuld den Familienmitgliedern gegenüber. Schmerzpatienten sind nicht selten geplagt von schlechtem Gewissen und hoher Scham, dass Nahestehende wegen ihnen Mehrarbeit haben oder emotional belastet sind. Diese Klienten leiden, wenn ihre Partner erforderliche Tätigkeiten im Haushalt zur Gänze übernehmen müssen (schwere Einkäufe tragen, Putzen, Reparaturarbeiten erledigen). Dies führt bei diesen Klienten zu einem Gefühl von Wertlosigkeit. Gleichzeitig ist hoher innerer Druck gegeben, wieder zu „funktionieren“. Dass sich manche Klienten andererseits genau eine solche Zuwendung ihrer Angehörigen als eine Art „Liebesbeweis“ wünschen, liegt dann meist völlig außerhalb ihrer Gewährwerdung. Hier gilt es natürlich, diese Inkongruenz zwischen den Schuldgefühlen einerseits und dem kaum symbolisierten Bedürfnis nach positiver Beachtung andererseits sehr behutsam zu verdeutlichen.

Von einem Teil der Betroffenen gibt es das Bestreben, möglichst „tapfer“ zu sein und sich im familiären Alltag die Belastung nicht anmerken zu lassen. Ebenso verhält es sich teils bei Angehörigen. Mittels Rückzug und unter dem inneren Anspruch, das Schwierige alleine zu bewältigen, sind beide Seiten um gegenseitige Schonung bemüht, was zu innerer Anspannung, eventuell unterschwellig zu gegenseitigen, unausgesprochenen Schuldvorwürfen und Aggressionen und damit zu einer starken Belastung der familiären Beziehungen führen kann, die sich dann wiederum verstärkend auf das Schmerzerleben auswirken, so dass die Betroffenen in einen Teufelskreis kommen können. Auch diese Beziehungskonflikte sind natürlich im Laufe der Therapie zu klären mit dem Ziel, das Interaktionsverhalten der Beteiligten auch in dem Sinne zu ändern, dass das Bedürfnis nach positiver Beachtung des Klienten unabhängig vom Schmerzerleben befriedigt wird.

- Mangel an Änderungsoptimismus und die Frage nach dem Krankheitsgewinn

Die Ausgangssituation in der Psychotherapie ist oftmals davon bestimmt, dass der Klient schon eine große Anzahl an somatischen Therapiemaßnahmen erhalten hat, die aber bisher zu keiner nachhaltigen Besserung geführt haben. Häufig gibt es bereits negative Konsequenzen im beruflichen und sozialen Kontext. Aufgrund der langen erfolglosen Behandlungskarriere wird die gesundheitliche Situation als „unveränderlich“ erlebt. Hier könnte der Therapeut versuchen, einen Änderungsoptimismus zu initiieren. Dazu gehört auch, den Klienten zu unterstützen, wieder vielfältigere Aspekte der eigenen Person wahrzunehmen, die zuvor hinter das Schmerzerleben getreten sind. Wichtig hier scheint eine von ehrlichem Interesse und Kongruenz geprägte Begegnung mit dem Klienten. Gleichzeitig sollte der Therapeut sich fragen, was den Klienten von einer Gesundung vielleicht abhalten könnte, was er eventuell mehr fürchtet, als die Schmerzen. Sein möglicher Krankheitsgewinn könnte etwa im Vermeiden des Austragens von schweren familiären oder ehelichen Konflikten bestehen. Die Bearbeitung einer solchen Konstellation wäre dann allerdings schon die Aufgabe in der Problemphase (s. u.).

- Therapeut-Klient-Beziehung

Bei vielen Schmerzpatienten wurde das Bedürfnis nach positiver Beachtung der eigenen Person im Laufe ihres Lebens öfter verletzt. In der psychotherapeutischen Arbeit entsteht der Eindruck, dass für Schmerzklienten die Beziehungsebene ganz vorrangig bedeutsam ist. Diese Klienten scheinen das „Ernstgenommenwerden“ durch das Gegenüber genau zu überprüfen. Nur wenn sie das Gefühl haben, mit ihren Schmerzen anerkannt und verstanden zu werden, lassen sie sich auf das therapeutische Angebot ein. Es ist also wichtig, dass der Therapeut schon in der ersten Begegnung sein aufrichtiges Interesse und seine positive Beachtung deutlich werden lässt. Dennoch werden viele Klienten immer wieder einmal das misstrauische Gefühl haben, der Therapeut nehme ihre Schmerzen nicht wirklich ernst, könne sie in ihrem Schmerzleben eigentlich nicht verstehen. Hier ist es, wie schon oben gezeigt, wichtig, die Klienten über das *Beziehungsklären* anzuregen, solche Beziehungsbefürchtungen möglichst offen zu äußern (Finke, 2004).

### *Die Problemphase*

Mit dem Erörtern der obigen Punkte wird bereits zur Thematik der Problemphase übergeleitet. Es sollte deutlich geworden sein, dass dieses Überleiten besonders behutsam zu gestalten ist, um bei den Klienten keine Schamängste und damit stärkere Abwehr zu provozieren. Ein Gefühl der Scham kann sich bei diesen Klienten schon durch die intensivere Thematisierung ihres



Beziehungserlebens einstellen, wodurch ja indirekt ihr bisheriges, körperbezogenes Krankheitskonzept falsifiziert werden könnte. Zudem ist das Selbstkonzept, insbesondere das Selbstideal, vieler dieser Klienten in oft etwas rigider Weise darauf ausgerichtet, dass bei ihnen in psychischer Hinsicht „alles in Ordnung“ ist und sie insofern „keine Probleme“ haben. Die Schwierigkeiten, die sich hier einer vertieften Selbstexploration entgegenstellen, sind bei diesen Klienten einerseits wohl abwehrbedingt (Reisch, 1994), scheinen bei einem Teil der Klienten aber auch mit einem Defizit an Fertigkeiten zusammenzuhängen, das eigene Erleben, die eigene „innere Welt“ wahrzunehmen (Sachse, 1995). Die Klienten müssen so im Laufe der Therapie oft erst mühsam lernen, sich mit ihren eigenen Gefühlen zu beschäftigen und diese präzise zu identifizieren und zu differenzieren.

- Problembewusstsein schaffen

Mit „Problembewusstsein“ ist hier das oben schon Angedeutete gemeint, nämlich dass der Klient es als bedeutungsvoll erleben kann, sich mit seiner „inneren Welt“ (Rogers, 1977, S. 184) zu beschäftigen, auf seine Empfindungen zu lauschen, seine Gefühle wahrzunehmen und präzise zu benennen. Dies ist der erste Schritt, um dann bei sich u. U. auch widerstreitende Gefühle und unvereinbare Bedürfnisse als mögliche Bedingungsfaktoren von Schmerzen entdecken zu können.

*Der Klient, Herr B., ein 53-jähriger Elektroinstallateur, erzählt in gereiztem Tonfall eine Episode vom Herweg, schlussfolgernd meint er: „In der Stadt ist sowieso jeder rücksichtslos.“ Ein Nachfragen des Therapeuten wehrt er wiederholt ab.*

*K: So ist es halt in dieser Welt. Da denke ich nicht weiter darüber nach.*

*T: Doch es scheint Sie gestört zu haben.*

*K: So sind Menschen halt. Wozu sich Gedanken machen? Es ändert ja sowieso nichts.*

*T: Sie können das nicht ändern, dass andere da wenig rücksichtsvoll sind, auch Ihnen gegenüber. Aber es hat Sie getroffen, ich höre, wie eigentlich unangenehm Ihnen das ist, wenn jemand so achtlos Ihnen gegenüber ist.*

*K: Das ist so eine kleine Geschichte, das ist ja ganz unwichtig.*

*T: Ja, natürlich, das ist eine kleine Episode. Aber auch kleine Erlebnisse können und dürfen berühren.*

*K: Wie soll mich das berühren? Mit so etwas muss man doch einfach zurechtkommen. Das interessiert doch niemanden, wie es mir dabei geht.*

*T: Sie haben den Eindruck, das ist so ganz unwichtig, nicht nur für andere, sondern auch für Sie selbst, dem länger nachzugehen. Und doch hat dieses kleine Erlebnis Sie bis hierher beschäftigt. Natürlich kommen Sie damit zurecht, aber es scheint Sie doch berührt zu haben. Können Sie spüren, in welcher Weise Sie das berührt hat?*

*K: Es nervt mich. Und ich erlebe so etwas so oft.*

*T: Macht es Sie dann mehr ärgerlich oder traurig oder auch ein bisschen hilflos?*

*K: Ärgerlich macht es mich sicher. Das andere hätte ich bis jetzt nicht gespürt. Aber wenn Sie das so sagen, ja, es macht mich auch traurig. Das passiert ja oft auch in Situationen mit meinen Freunden oder meiner Partnerin. Die sind auch in gewisser Weise rücksichtslos. Und das verstehe ich eigentlich nicht. Andere Menschen, die wissen ja nicht, was mir wichtig ist und denen bin ich gleichgültig, aber meine Freunde, die sollten es wissen und die sollten mich kennen. Und ich sage ja ganz deutlich, was ich will oder was ich nicht will. Und es verletzt mich, wenn sie es dann einfach nicht respektieren.*

*T: Das widerfährt Ihnen öfters, dass Freunde da nicht gut wahrnehmen oder nicht anerkennen, was Ihre Anliegen sind?*

*K: Ja, ganz oft passiert das. Und ich verstehe es wirklich nicht. (Klient beginnt zu weinen.)*

*T: Das berührt Sie, dass Sie da öfters nicht ernst genommen werden. (Pause) Ich kann das verstehen, dass es etwas Schmerzliches hat, wenn Sie sich durch Ihre Freunde, die Sie mir immer als so positiv geschildert haben und die Ihnen sehr wichtig sind, nicht ausreichend wahrgenommen erleben.*

Der Therapeut greift hier eine auf den ersten Blick scheinbar belanglose Episode des Klienten recht ausführlich auf, weil er den Eindruck hat, dass sich hier ein schwerwiegendes Persönlichkeitsproblem des Klienten andeutet. Dieses, nämlich eine überaus leichte Verletzbarkeit seines Selbstwerterlebens, könnte auch im Zusammenhang mit seiner Schmerzsymptomatik stehen. Die körperlich empfundenen Schmerzen wären dann als verzerrte Symbolisierung eines „Seelenschmerzes“ zu verstehen, der ihm durch die offenbar häufigen Kränkungen seiner Selbstachtung seitens seiner Umgebung zugefügt werden. Durch das oben stehende Gespräch scheint eine Einsicht in diese Problemlage für den Klienten schon recht gut vorbereitet zu sein.

- Beziehungserfahrungen und Beziehungserwartungen des Klienten

Durch die vorhergegangene Abklärung des sozialen Umfelds sind Beziehungssituationen des Klienten schon ansatzweise thematisiert worden. Der Klient kann nun angeregt werden, diese Situation und vor allem auch das Verhalten der Beziehungspartner ihm gegenüber näher zu schildern. Dabei kann der Therapeut damit rechnen, dass es dem Klienten zunächst leichter fällt, sich mit anderen auseinanderzusetzen und diese zu bewerten als solches gegenüber sich selbst zu tun. Insofern bestünden hier Parallelen zu psychosomatisch gestörten Klienten (Sachse, 1995). Ein weiterer Schritt zu einer tieferen

Selbstexploration ist es, wenn der Klient sodann seine Erwartungen an diese anderen in möglichst differenzierender Weise schildert. Dabei ist es für die nötige Erlebensaktivierung sinnvoll, solches anhand der intensiven Vergegenwärtigung einer ganz konkreten Beziehungsepisode zu tun.

In einem nächsten Schritt könnte dann der Klient gebeten werden, seine eigenen Beziehungserwartungen zu bewerten, d. h. sie etwa auf ihre Angemessenheit hin einzuschätzen. Da sich hierbei der Klient mit seinem eigenen normativen Bezugssystem und seinem Selbstideal auseinandersetzen muss, wäre dies ein gravierender Schritt zur vertieften Selbstexploration, was aber gerade deswegen für den Klienten zunächst mit Schwierigkeiten verbunden sein könnte. Sobald dies aber dem Klienten in dem akzeptierenden, wertschätzenden Klima der therapeutischen Beziehung zunehmend besser gelingt, kann dieses Bezugssystem und das Selbstkonzept behutsam infrage gestellt und so modifiziert werden. Dazu kann es auch hilfreich sein, dass sich der Klient mit früheren Beziehungserfahrungen und den entsprechenden „Bewertungsbedingungen“ seitens relevanter Bezugspersonen, denen er etwa in seiner Kindheit und Jugendzeit ausgesetzt war (Rogers, 1959/1987, S. 36), auseinandersetzt.

*Frau K., eine 39-jährige städtische Angestellte, fühlt sich aufgrund der Rückenschmerzproblematik außerstande, ihre berufliche sitzende Bürotätigkeit auszuüben und ist seit mehreren Monaten im Krankenstand. In den therapeutischen Gesprächen zeigt sich, dass sich in der aktuellen Lebenssituation biographische Erfahrungen aus der Kindheit sowie aus dem jungen Erwachsenenalter wiederholen. Grenzverletzungen in Beziehungen und Überforderung auf Seiten der Klientin, der sie sich ohnmächtig ausgeliefert fühlte, kamen anamnestic immer wieder in ähnlicher Art vor. Die Klientin litt unter den Demütigungen einer emotional kühlen, herrischen Mutter, die jegliche Autonomiebestrebungen untergrub. Ähnliches wiederholte sich in der Ehe der Klientin. Diese gravierenden Beziehungserfahrungen führen zu gegenwärtig negativen Beziehungserwartungen, die sich zu Beginn der Therapie manchmal andeutungsweise auch gegenüber dem Therapeuten zeigten. Im beruflichen Kontext erwartet die Klientin von Kollegen und Vorgesetzten leicht Kritik und Missachtung ihrer eigenen Bedürfnisse. Diese Erwartungen scheinen in der Realität ihrer beruflichen Situation nur ansatzweise gerechtfertigt zu sein, dennoch fühlt sich die Klientin ständig bedroht und wehrlos. Auf Basis dieser Rückschau kann die Klientin dem Gedanken zustimmen, dass der Rückenschmerz ihr einen Ausweg aus einer stark ängstigenden beruflichen Situation ermöglicht. Im Vordergrund steht die Angst, bei Rückkehr in den Beruf, erneut keine Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung zu haben, sich bei Druck, Überforderung, und Grenzverletzungen zu schützen. Im weiteren Therapieverlauf gelingt eine vertiefende*

*Auseinandersetzung mit diesen Ängsten, anderen wehrlos ausgeliefert zu sein, sich nicht abgrenzen, sich nicht behaupten zu können. Das Gefühl der Belastung durch die Schmerzen tritt im Rahmen der intensiven Auseinandersetzung mit diesen Erlebnissen rasch in den Hintergrund. Dies ist ein Beispiel für den bei „Schmerzklienten“ leider nicht sehr häufigen Fall einer relativ zügigen Neubewertung der Schmerzsymptomatik unter einer vertieften Selbstexploration.*

- Das Beziehungserleben von Klient und Therapeut

In den oben stehenden Erörterungen und Fallskizzen wurden schon die eher negativen Beziehungserwartungen vieler Schmerzklienten angesprochen. In der therapeutischen Situation werden Ängstlichkeit, Rückzugsneigung und Misstrauen gegenüber jener Person aktiviert, gegenüber der sie sich mit der Kundgabe ihres innersten Erlebens in besonderer Weise ausliefern sollen. Andererseits sehnen sich grade Schmerzklienten nach Menschen, die ihr Leiden anerkennen und bereit sind, es nachzuempfinden. Die Klienten befinden sich ihrem Therapeuten gegenüber zunächst in einem Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt. Dies muss der Therapeut wissen, um manche, den Therapieprozess „störende“ Verhaltensweisen verstehen und schließlich diesen Konflikt auch über das *Beziehungsklären* (Finke, 2004) bearbeiten zu können.

Der Therapeut soll also über das Beziehungsklären dem Klienten die Gelegenheit geben, sein Erleben der Beziehung zum Therapeuten zu verbalisieren. So kann der Klient in einer aktuellen Situation, also ganz im Hier und Jetzt und insofern mit der entsprechenden Erlebensaktivierung, über sein Beziehungserleben und seine Beziehungserwartungen sprechen. Dies kann für den Klienten eine wichtige Erfahrung sein, wie man Beziehungskonflikte unmittelbar klären und modifizieren kann, ohne dass die Beziehung als ganze dadurch bedroht, sondern im Gegenteil eventuell vertieft wird. Sodann kann der Klient die entscheidende Erfahrung machen, wie er durch solch ein Beziehungsklären seine im Falle von Schmerzpatienten häufigen Beziehungsbefürchtungen korrigieren kann, der Therapeut würde ihn insgeheim verachten und nur darauf aus sein, ihn bloß stellen, ihn entlarven und ihn der Unwahrhaftigkeit überführen zu wollen. So kann der Klient auch sein eigenes, von Misstrauen, Ängstlichkeit und Abwehr geprägtes Beziehungsangebot ändern.

*Herr N., ein 23-jähriger technischer Zeichner, leidet seit gut einem Jahr unter häufigen Rückenschmerzen. Der zunächst um ein sicheres Auftreten bemühte Mann ist im Gespräch immer wieder gerührt und weint, anschließend wirkt er gereizt, ungeduldig mit sich selbst.*

*K: Ich muss das endlich hinbekommen! So war ich nie! Und dann heule ich noch wie ein kleines Kind.*

T: *Da sind Sie jetzt fast ein bisschen ärgerlich auf sich. Das fühlt sich für Sie unangenehm an, dass ich Sie weinen sehe?*

K: *Ich war immer stark. Mich hat vorher noch nie jemand weinen gesehen. Und bei Ihnen passiert mir das jede Stunde. Das ist unnötig.*

T: *Sie sagen „unnötig“. Das kommt Ihnen so wie „lächerlich“ vor oder übertrieben? So, als wäre das peinlich mir gegenüber?*

K: *„Lächerlich, peinlich“ trifft es genau.*

T: *Haben Sie da die Sorge, dass ich Sie lächerlich finden könnte?*

K: *Ich schäme mich so vor Ihnen.*

T: *Weil Sie befürchten, ich könnte Sie jetzt verachten?*

K: *Ja, natürlich. Einen weinenden Mann verachtet man doch!*

T: *„Ein Mann weint nicht“ – das ist so Ihr Idealbild und Sie befürchten, dass auch ich insgeheim diesem Ideal anhänge.*

K: *Na, alle haben doch dieses Ideal. Das ist halt in unserer Gesellschaft so.*

T: *Und deshalb glauben Sie, auch ich würde Sie als irgendwie unmännlich und schwächlich ansehen?*

Durch dieses ausführliche Eingehen auf die Beziehungsbefürchtungen des Klienten können diese in Bezug auf den Therapeuten korrigiert werden. Im Weiteren können aber auch die generellen Beziehungsängste des Klienten besprochen und relevante Aspekte des Selbstkonzepts, speziell seines Selbstideals thematisiert und werden. Durch das beharrliche Aufgreifen dieser spezifischen Aspekte seines Selbstkonzeptes soll der Klient angeregt werden, diese Projektion seiner Befürchtungen zurückzunehmen und sein Selbstkonzept modifizieren zu können.

Die Beziehungsproblematik, die sich auf der anderen Seite für den Therapeuten in der Begegnung mit Schmerzklienten ergeben kann, wurde schon im Kapitel „Die Symptomphase“ beschrieben.

### *Die existenzielle Phase*

Die Thematik dieser Phase ist für Schmerzklienten insofern wichtig, als hier die Schmerzthematik in Konkurrenz zu anderen Themen relativiert werden kann. Das Problem bei diesen Klienten besteht ja oft darin, dass der Schmerz zum einzigen Lebensthema geworden ist und schon dadurch die weitere Chronifizierung verstärkt wird (s. o.). Da erwiesen ist, dass eine Änderung der Erwartungshaltung und damit auch gezielte Ablenkung sich auf eine Minderung des Schmerzerlebens auswirkt, ist es wichtig, das Augenmerk des Klienten auf andere Themen zu lenken. Dabei muss es auch darum gehen, alte Interessen zu reaktivieren und neue anzuregen. Auch ist es wichtig, jene Lebensbereiche zu fokussieren, mit denen der Klient eigentlich zufrieden ist. „Wenn ich die Schmerzen nicht hätte, wäre alles gut“, sagen viele dieser Klienten häufig. Hier muss der

Therapeut ansetzen: Was wäre besonders gut, worauf würde er sich freuen? Oder was würde er vielleicht doch gerne verändern? Wie würde er dann seine Ehe und die Beziehung zu seinen Kindern gestalten? Welche anderen Beziehungen würde er dann mehr pflegen? Welche Lieblingsbeschäftigungen von früher würde er wieder aufnehmen? Was würde er dann vom Leben erwarten? Was würde ihm eine besondere Erfüllung und ein entscheidendes Sinn-Erleben geben? Was würde er an seinem Leben ändern?

### Schlussbetrachtung

Klienten mit einem chronischen Schmerzsyndrom werden von vielen Therapeuten als „schwierige“ Klienten erlebt. Sie sind gerade auch im Sinne und unter den üblichen Voraussetzungen der Personzentrierten Psychotherapie keine „idealen“ Klienten. Denn dieses Verfahren setzt ja in seiner Therapietheorie mit ihren eher non-direktiven, nicht forciert zielsetzenden und nicht strukturgebenden Aspekten eine primär zur Selbstexploration motivierte, änderungswillige (in psychischer Hinsicht) und bei aller möglichen Selbstunsicherheit doch zielbewusste und auch weitgehend autonome, jedenfalls nicht völlig abhängige Persönlichkeit voraus. Solchen Vorstellungen entsprechen viele Schmerz-Klienten gerade nicht. Welche Konsequenzen sich daraus für das therapeutische Vorgehen ergeben, sollte hier dargestellt werden. Zwei Aspekte, die sich hier zeigten, seien noch einmal besonders hervorgehoben. Die Vermeidungshaltung dieser Klienten gegenüber einer Selbstreflexion, also die oft starke Abwehr gegenüber so etwas wie Selbstexploration, erfordert die Bereitschaft des Therapeuten, diese Haltung zunächst einmal bedingungslos zu akzeptieren, was keinesfalls immer leicht fällt. Sie erfordert weiterhin ein geduldiges wie aber auch ein durch eine besondere Schrittfolge nicht ganz unstrukturiertes Vorgehen. Denn diese Schrittfolge kann es dem Therapeuten erleichtern, die Klienten in ihren Schutzmechanismen nicht zu überfordern und sehr darauf zu achten, ihre Abwehr aufzulösen, ohne die Klienten in ihrer Selbstachtung zu beschädigen.

Gegenüber dem „klassischen“ Vorgehen in der Personzentrierten Psychotherapie besteht so ein Unterschied auch darin, dass der Therapeut in seinen Verbalisierungen zunächst kaum auf die Sphäre des Gefühlshaften, des spontanen Erlebens und der aktuellen Stimmung seines Klienten fokussiert. Vielmehr werden seine anfänglichen Kontaktnahmen natürlich das Erleben der Beschwerden, der Symptome, im Fokus haben, aber so, dass zunächst nur wenig unmittelbar Emotionales, sondern eher etwas Kognitives thematisiert wird. Der Therapeut wird sich mit dem Krankheitskonzept seines Klienten beschäftigen, mit dessen Stellungnahmen und Meinungen bezüglich



der Ursachen der Symptome, aber auch ihrer Konsequenzen im beruflichen und privaten Bereich usw. Ein „klassisches“, strikt konzeptkonformes Vorgehen mit seinem stark erlebensaktivierenden Moment würde bei diesen Klienten im Anfangsstadium der Therapie zu viele Näheängste auslösen (Reisch, 1994). Hier ist einmal die zwischenmenschliche Nähe zum Therapeuten gemeint, sodann aber auch so etwas wie Selbstnähe, d. h. die Nähe zur eigenen inneren Welt, die der Klient bisher angstvoll vor jeder Gewährleistung abgeschottet hatte und in der sich zu bewegen er bisher auch völlig ungeübt ist. So ist erst eine längere Zeit der Vertrauensbildung nötig, bevor der Klient, gewissermaßen an der Hand des Therapeuten, die ersten Schritte in diese innere Welt unternimmt, d. h. so etwas wie personzentrierte Selbstexploration seiner Gefühle und Bedürfnisse in all ihrer irritierenden Vielfältigkeit, Ambivalenz und Widersprüchlichkeit vollziehen kann.

Im Zusammenhang mit der Frage, wie konzeptkonform unser Vorgehen ist, wird auch das Thema der Non-Direktivität berührt. Haben wir in diesem Punkt mit dem oben Erörterten gegen eine Leitlinie unseres Ansatzes verstoßen, da wir öfters therapeutische Zielsetzungen formuliert haben? Wenn wir diese Frage verneinen, so wollen wir damit zeigen, dass diese Leitlinie gelegentlich missverstanden wird und zwar in dem Sinne, dass der Therapeut für die Arbeit mit dem Klienten vermeintlich keinerlei Intentionen haben dürfte, dass er ihm durchgehend ohne jede umschriebene Absicht, ohne jede Zwecksetzung für die gemeinsame Arbeit begegnen müsse. Dem Buch *Die nicht-direktive Beratung* (Rogers, 1942/1992) jedoch ist zu entnehmen, dass es Rogers in diesem Zusammenhang zunächst vor allem darum geht, dass der Therapeut dem Klienten keine inhaltlichen Ziele für dessen Lebensentscheidungen vorgibt, dass er bei Konfliktsituationen keine inhaltlichen Lösungsvorschläge macht. Insofern sind ihm auch alle Techniken wie Beraten, Empfehlen, suggestives Überreden und Ermahnen obsolet (a. a. O. S. 29ff). Das Prinzip des Non-Direktiven gilt also zunächst für das auf außertherapeutische Situationen, also auf den Lebensalltag, gerichtete Planen, Entscheiden und Handeln des Klienten, auf welches der Therapeut eben keinen inhaltlichen Einfluss nehmen soll. Das Ziel in der therapeutischen Situation ist es sodann, den Klienten für sich selbst frei zu machen. Aus diesem obersten Ziel ergeben sich verschiedene Subziele, Rogers nennt hier u. a. (a. a. O. S. 42ff) das Ermutigen zum freien Ausdruck der Gefühle, die Fähigkeit zum Erkennen und Anerkennen auch von negativen Gefühlen und Strebungen, die Entwicklung von Einsicht in die eigenen Bedürfnisse und Handlungsmotive, das Klären von Wahlmöglichkeiten bei anstehenden Entscheidungen. Rogers geht also davon aus, dass der Therapeut natürlich bestimmte, jeweils konzeptkonforme Intentionen verfolgt. Aber schon die Art dieser Intentionen dürfte ein nicht-direktives Vorgehen nahelegen, wenn man darunter

versteht, wie Rogers dies im Weiteren deutlich macht, dass der Therapeut die hiermit verbundenen Ziele natürlich nicht gewissermaßen über den Kopf (und das Erleben) des Klienten hinweg und völlig losgelöst von jedem Aufeinander-Bezogen-Sein zu verfolgen versucht. Vielmehr wird der Therapeut die sich aus diesen Zielen ergebenden Vorgehensweisen subtil und ständig mit dem jeweils aktuellen Erleben und Befinden des Klienten abzugleichen suchen. Zwischen therapeutischer Intentionalität und der ständigen Ausrichtung auf das Erleben des Klienten ist so eine konstruktive Synthese herzustellen, eine Synthese, die eine thematische wie auch emotionale Korrespondenz zwischen Klientenäußerung und therapeutischer Intervention gewährleistet. Ganz in diesem Sinne seien unsere Zielvorstellungen bei der Therapie von Schmerz-Klienten hier noch einmal zusammengefasst:

- Die „alexithymen“ Klienten zu vertiefter Selbstexploration anregen, d. h. sie darin zu unterstützen, ihr implizites Erleben zu „mentalalisieren“ (Fonagy et al., 2011), es also durch „Verwörtern“, durch Verbalisieren zu explizieren bzw. „exakt zu symbolisieren“ (Rogers, 1959/1987).
- Den Schmerz auch in seinem Zusammenhang mit anderem Erleben wahrnehmen.
- Den Schmerz als eine eventuell sinnvolle Antwort des Organismus anerkennen.
- Zu verhindern, dass der Schmerz das einzige Lebens-thema des Klienten wird, diesen vielmehr zu motivieren, sich auch anderen Erlebensbereichen wieder zu öffnen, früheren Interessen und Neigungen wieder nachzugehen usw.

Abschließend sei, um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen, im Sinne des bereits oben Ausgeführten die hier erfolgte Bezugnahme auf das Phasenmodell von Swildens nochmals erläutert. Zunächst ist hier dieses Modell nur gemeint als Beschreibungs- und Ordnungsraster für die vorliegende Darstellung, um bei der Fülle der relevanten Themen eine gewisse Systematik eben dieser Darstellung zu gewährleisten. Für den praktizierenden Therapeuten ist sodann die mit diesem Phasenmodell implizierte Schrittfolge des therapeutischen Vorgehens hier nur im Sinne einer Orientierungsfunktion gemeint. Keinesfalls soll damit die Erwartung verbunden sein, dass der Therapeut im Sinne etwa einer manualgeleiteten Therapie sich immer streng an die thematische Abfolge dieser Phasen hält und das therapeutische Gespräch entsprechend dieser Abfolge direktiv lenkt. Dieses Modell soll vielmehr als Reflexionsfolie fungieren, auf deren Hintergrund der Therapeut seine thematischen Fokussierungen und seine Verstehensangebote betrachten und z. B. hinsichtlich Umfang und angemessenem Zeitpunkt bewerten kann.



## Literatur

- Binder, U. & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen Klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn: Dietmar Klotz.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI. (2014). *ICD-10-GM 2014. Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – German Modification Version 2014*. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014> [Mai 2015].
- Egendorf, A. (1995). Hearing people through their pain. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 5–28.
- Egle, U. T. & Kröner-Herwig, B. (2000). Schmerz. In W. Senf, M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S. 524–536). Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2006). Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie der Depression. *Person*, 10(1), 29–42.
- Flor, H. (2011). Neurobiologische und psychobiologische Faktoren der Chronifizierung und Plastizität. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie*. 7. Auflage (S. 89–104). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2011). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Geiser, Ch. (2010). Moments of Movement: Carrying Forward Structure-Bound Processes in Work with Clients Suffering from Chronic Pain. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies PCEP Journal*, 9(2), 95–106. <http://christianegeiser.ch/texte/fachtexte/aktuelle-artikel> [Januar 2013].
- Hinterkopf, E. (2010). An integrated approach to processing aging and pain. *The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy*, 22(1), 130–138.
- Kappesser, J., Hermann, Ch. (2013). Entstehung und Aufrechterhaltung von chronischen Schmerzen. *Psychotherapeut*, 58(5), 503–517.
- Kopp, D. (2008). *Der Einfluß von Focusing auf das Schmerzerleben von chronischen Schmerzpatienten: Eine Evaluationsstudie in Zusammenarbeit mit der Deutschen Focusing Gesellschaft und der AOK Gesundheitskasse*. Diplomarbeit Universität Koblenz-Landau. Grin Verlag.
- Lau, K., Löwe, B., Langs, G. & Voigt, K. (2013). Aus zwei mach vier. Neuklassifikation der Somatisierungsstörung, undifferenzierter somatoformer Störung, Schmerzstörung und Hypochondrie im DSM-5. *Psychotherapeut*, 58(6), 545–551.
- Leithner, D. (2013). Körperorientierte Gruppentherapie – ein klientenzentrierter Therapieansatz bei chronischem Schmerz. Preliminary Study. *Person*, 17(1), 1–17.
- Macke-Bruck, B. (2006). Nicht-enden-wollender Schmerz. Personenzentriertes Verstehen im interdisziplinären Palliativ Care Team. *Person*, 10(1), 43–54.
- Müller, D. & Feuerstein, H. J. (2000). Chronische körperliche Schmerzen: dein Körper weiß die Antwort? In H. J. Feuerstein, D. Müller, & A. Weiser Cornell (Hrsg.), *Focusing im Prozess* (S. 265–287). Köln: GwG-Verlag.
- Nickel, R., Hardt, J., Kappis, B., Schwab, R. & Egle, U. T. (2009). Somatoforme Störungen mit Leitsymptom Schmerz. Ergebnisse zur Differenzierung einer häufigen Krankheitsgruppe. *Schmerz*, 23(4), 392–398.
- Nilges, P. & Rief, W. (2010). F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Eine Kodierhilfe. *Schmerz*, 24, 209–212.
- Pfingsten, M., Korb, J. & Hasenbring, M. (2011). Psychologische Mechanismen der Chronifizierung – Konsequenzen für die Prävention. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie*. 7. Auflage (S. 115–134). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer.
- Reisch, E. (1994). *Verletzbar Nähe – Ein klientenzentrierter Weg zum psychosomatischen Patienten*. München: Pfeiffer.
- Rogers, C. R. (1942/1992). *Die nicht-direktive Beratung*. Frankfurt: Fischer. (Orig. ersch. 1942: *Counseling and Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG. (Orig. ersch. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of a science*. Vol. III. New York: McGraw Hill, 184–256).
- Rogers, C. R. (1977). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler; ab 1983 Frankfurt/M.: Fischer Tb.
- Sachse, R. (1995). *Der psychosomatische Patient in der Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schaefer, R., Hausteiner-Wiehle, C., Häuser, W., Ronel, J., Herrmann, M. & Henningsen, P. (2012). Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. Klinische Leitlinie. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(47), 803–813.
- Schmidt, C. O., Fahland, R. A. & Kohlmann, T. (2011). Epidemiologie und gesundheitsökonomische Aspekte des chronischen Schmerzes. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie*. 7. Auflage (S. 15–28). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer.
- Schors, R. & Ahrens, S. (2002). Schmerzsyndrome. In S. Ahrens & W. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin* (S. 387–398). Stuttgart: Schattauer.
- Swildens, H. (2015). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG. (Orig. ersch. 1997: *Procesgerichte gesprekstherapie*. Utrecht: de Tijdstroom).
- Statistik Austria (2012). *Beschäftigung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Mikrozensus-Arbeitskräfte-Erhebung Ad-hoc-Modul 2011*. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/gesundheitsliche\\_beeintraechtigungen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/gesundheitsliche_beeintraechtigungen/index.html) [22. 1. 2014].