



Psychologie in Österreich

3/4

Themenschwerpunkt

Schmerz

ISSN 1025-1839

Volume 32

September 2012

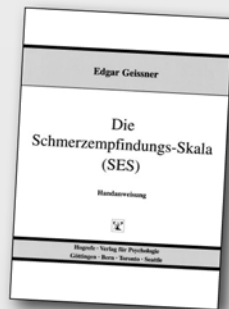
HOGREFE-Testverfahren zur Schmerzempfindung und -verarbeitung

SES

Schmerzempfindungs- Skala

Von E. Geissner.

Unter Mitarbeit von A. Schulte



EINSATZBEREICH:

16 bis 80 Jahre. Schmerzmessung und -diagnose, Evaluation medikamentöser, psychologischer, physikalisch-therapeutischer und chirurgischer Schmerzbehandlung. Aufgrund der kurzen Bearbeitungs- und Auswertungsdauer kann das Verfahren auch problemlos in umfangreichere klinische Untersuchungsbatterien aufgenommen werden.

DAS VERFAHREN:

Die SES erlaubt die Messung und differenzierte Beschreibung der subjektiv wahrgenommenen Schmerzen. Der Fragebogen besteht aus 24 Items, die sich 5 Teilskalen zuordnen lassen. Zwei Skalen beschreiben affektive Merkmale der Schmerzempfindung: »allgemeine affektive Schmerzangabe« und »Schmerzangabe der Hartnäckigkeit«. Beide Merkmale aufsummiert bilden die Globalskala »SES-affektiv«. Die drei weiteren Skalen beschreiben sensorische Aspekte der Schmerzempfindung: »sensorische Schmerzangabe der Rhythmik«, »sensorische Schmerzangabe des lokalen Eindringens« und »sensorische Schmerzangabe der Temperatur«. Die drei Merkmale aufsummiert bilden die Globalskala »SES-sensorisch«. Um die Ökonomie der Durchführung bei umfassenden Studien zu erhöhen, sind drei Survey-Versionen, getrennt nach dem jeweiligen Beurteilungszeitraum, beziehbar. Instruktion und Items sind auf nur einem DIN A4-Bogen abgebildet.

DURCHFÜHRUNGSZEIT:

Die Durchführungszeit beträgt ca. 5 Minuten.

Test komplett (Print-Version)
Best.-Nr. 01 151 01

€ 88,-

FESV

Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung

Von E. Geissner



EINSATZBEREICH:

18 bis 80 Jahre (anhand von Einzelfällen zusätzlich auch für 14-17 Jahre geprüft). Praxis der Schmerztherapie und -diagnostik bei einem breiten Spektrum von medizinischen Krankheitsdiagnosen und klinischen Gruppen, auch bei somatoformen Störungen. Explizit ist der FESV auch für Verlaufsuntersuchungen/Mehrzeitpunkterhebungen intendiert. Der Einsatz sowohl bei Einzelpersonen als auch Gruppen ist möglich.

DAS VERFAHREN:

Der FESV dient der Erfassung des Bewältigungsrepertoires sowie der in Zusammenhang mit Schmerzen stehenden psychischen Beeinträchtigungen bei Patienten mit einer länger andauernden oder häufig wiederkehrenden Schmerzproblematik. Basierend auf modernen, international gültigen Konzepten zu Schmerzerleben und -verarbeitung sowie auf einem eigenen »Mikro-/Makromodell persistenter bzw. intermittierender chronischer Schmerzen«, wurden für die Schmerzverarbeitung drei Grundkomponenten und neun Einzeldimensionen ermittelt: Kognitive Schmerzbewältigung, behaviorale Schmerzbewältigung sowie schmerzbedingte psychische Beeinträchtigung. Kognitive Schmerzbewältigung besteht aus den Dimensionen Handlungskompetenzen, kognitive Umstrukturierung und Kompetenzerleben. Behaviorale Schmerzbewältigung setzt sich aus den Dimensionen mentale Ablenkung, gegensteuernde Aktivitäten und Ruhe- und Entspannungstechniken zusammen. Schmerzbedingte psychische Beeinträchtigung umfasst die Subskalen schmerzbedingte Hilflosigkeit und Depression, schmerzbedingte Angst und schmerzbedingter Ärger.

DURCHFÜHRUNGSZEIT:

Rund 10 Minuten.

Test komplett (Print-Version)
Best.-Nr. 01 150 01

€ 99,-

Ab sofort auch **PEARSON**-Verfahren erhältlich unter
www.hogrefe.at

HOGREFE



Hogrefe Austria GmbH

Graf-Starhemberg-Gasse 26/4 · A-1040 Wien

Tel: +43 (0) 1 - 504 63 46 · Fax: -99 · E-Mail: office@hogrefe.at

Editorial aus dem Präsidium



Julia Konrad



Veronika Holzgruber



Cornelia Binder-Kriegelstein

*Sehr geehrte Damen und Herren!
Liebe BÖP-Mitglieder!*

Bericht vom „30. Internationalen Congress of Psychology“ in Südafrika

Vom 22. bis 27. Juli fand der „30. International Congress of Psychology“ der „International Union of Psychological Science“ (IUPsyS) in Südafrika statt. In der IUPsyS sind 82 Nationen und 20 assoziierte Verbände vertreten. Der BÖP ist gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie Mitglied in der IUPsyS. Die Bedeutung der IUPsyS liegt, neben der Vernetzung der weltweit tätigen Psychologenverbände, vor allem in der engen Kooperation mit der WHO und der UNO. Damit ist eine starke Vertretung der Psychologie in diesen für den Gesundheitsbereich so wichtigen Institutionen garantiert.

Mag. Veronika Holzgruber als Vizepräsidentin des BÖP und Dr. Sandra Lettner als Vorstandsmitglied nahmen sowohl am diesjährigen Kongress als auch an der darauf folgenden Generalversammlung der IUPsyS teil. Die Vertreterinnen des BÖP tauschten sich während den Veranstaltungen mit Funktionären der IUPsyS und weiteren Verbänden über neueste berufspolitisch relevante Themen aus. Darüber hinaus ist es wichtig, dass möglichst zahlreiche VertreterInnen von europäischen Verbänden anwesend sind, um bei Diskussionen und Abstimmungen neben amerikanischen, asiatischen und afrikanischen Sichtweisen auch europäische Positionen zu vertreten.

ICD-Revision erstmals unter der Leitung eines Psychologen

Eines der wichtigsten Projekte, welches die WHO verfolgt, ist die **Revision der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**. Mit Prof. Dr. Geoffrey Reed ist erstmals ein Psychologe Vorsitzender der Kommission, welche das Kapitel V (F), psychische Störungen, bearbeitet. Darauf können wir sehr stolz sein! Die Revision wird sehr umfangreich sein und sich vorwiegend an Praxis und Anwender, unter Berücksichtigung der Grundlagenwissenschaft, orientieren. Erstmals wurden also vorwiegend PsychologInnen aus der Praxis für die Revision kontaktiert.

Damit soll neben der hohen Wissenschaftlichkeit auch die Anwenderfreundlichkeit und der Praxisbezug gewährleistet werden. Als ein Beispiel der Neuerungen sei Folgendes genannt: Um Stigmatisierungen zu ver-

hindern, wird die Diagnose „Homosexualität“ im neuen ICD nicht mehr vorkommen. Das Thema „Transgender“ wird jedoch bleiben, um durch diese Diagnose die Kostenübernahme bei eventuellen Operationen durch die Gesundheitssysteme zu garantieren.

Die Vorschläge der Arbeitsgruppe, der auch österreichische ExpertInnen angehören, werden bis Ende 2012 vorliegen. 2013 werden diese begutachtet und nach Bearbeitung sollen diese dann 2014 ratifiziert werden. Wir dürfen uns also im Jahr 2015 auf die deutsche Übersetzung des neuen ICD freuen!

Wissenschaftspreise als Anhaltspunkt für Zukunftsthemen in der Psychologie

Im Rahmen der ICP 2012 wurden vier Wissenschaftspreise vergeben. Unter den weltweit eingereichten Arbeiten wurden von einer Jury Themen ausgewählt, die Bereiche der Psychologie spiegeln, die künftig noch mehr an Bedeutung in der Forschung gewinnen werden. An den preisgekrönten Arbeiten kann aber nicht nur unsere Berufsgruppe Forschungsrichtungen erkennen, sondern es können sich daran auch Stakeholder und Verhandlungspartner orientieren. Die berufspolitischen Aktivitäten helfen, die Psychologenschaft als Wissenschaft und im angewandten Bereich zu stärken. Die breit gefächerte, über alle Kontinente verteilte Vertretung zeigt die insgesamt zunehmende Wichtigkeit der Lehre vom Erleben und Verhalten.

Prof. Dr. Annette Karmiloff-Smith von der Birkbeck University of London, England, hat den Mattei Dogan Prize für ihre **Entwicklung eines Alternativmodells zum Verständnis vom Erleben und Verhalten von Kindern mit genetischen Defekten** bekommen.

Dr. William Cunningham, von der University of Toronto, Canada, bekam den Young Investigator (Basic Science) Award für seine Forschung über die **Funktionsweise des menschlichen affektiven Systems**.

Dr. Naomi I. Eisenberger von der University of California, Los Angeles, USA, wurde der Young Investigator (Applied Science) Award für ihre Forschung betreffend **Ausgrenzung, Ablehnung und sozialen Schmerz** verliehen.

Dr. Sathasivan Cooper von der University of Durban-Westville, Südafrika hat den **Achievement Against The Odds Award** für sein Überwinden von besonders widrigen Umständen unter Inkaufnahme von hohen persönlichen Risiken inklusive Inhaftierung bekommen. Er ermöglichte die Wiederherstellung und Wiedereingliederung der Psychologie in Südafrika unter extrem schwierigen Konditionen.

Themenvorschau

Psychologie in Österreich 2012 – 2013

Nr. 5 | Vol. 32 | 2012

Bildung und Schule

Verantwortlich: Mag. Regine Daniel
regine.daniel@gmx.at
Dr. Wolf-Dietrich Zuzan
wdzuzan@aon.at

Redaktionsschluss: 20.10.2012
Erscheinungsdatum: Ende Dezember 2012

Nr. 1 | Vol. 33 | 2013

Mobbing, Bullying, Bossing

Verantwortlich: Dr. Gerald Kral
g.kral@zentrum-rodaun.at
Mag. Sabine Edlinger-Starr
sabine.starr@yahoo.com

Redaktionsschluss: 20.01.2013
Erscheinungsdatum: Ende März 2013

Nr. 2 | Vol. 33 | 2013

Resilienzforschung

Verantwortlich: Mag. Regine Daniel
regine.daniel@gmx.at
Mag. Dr. Claudia Lex
cllex@iit.edu

Redaktionsschluss: 20.04.2013
Erscheinungsdatum: Ende Juni 2013

Nr. 3/4 | Vol. 33 | 2013

Geld und Ungleichheit. Auseinandersetzung mit sozialen Diskrepanzen

Verantwortlich: Dr. Wolf-Dietrich Zuzan
wdzuzan@aon.at
Mag. Birgit Hauck
b.hauck@gmx.at

Redaktionsschluss: 20.07.2013
Erscheinungsdatum: Ende September 2013

CALL FOR PAPERS – Schwerpunktthema „Mobbing, Bullying, Bossing“

Wir wenden uns mit diesem Call an KollegenInnen aus der Praxis sowie an wissenschaftlich tätige KollegInnen, die sich mit psychologischen Aspekten zu dem Thema „Mobbing, Bullying, Bossing“ beschäftigen. Die „Psychologie in Österreich“ lädt zu unterschiedlichen Ansätzen, Blickwinkeln und Herangehensweisen an dieses Thema ein. Eingereichte Artikel werden in der Redaktion und bei Bedarf mit Unterstützung des wissenschaftlichen Beirates begutachtet.

Bei Interesse nehmen Sie bitte zumindest drei Monate vor Redaktionsschluss mit Dr. Gerald Kral oder Mag. Sabine Edlinger-Starr Kontakt auf.

Den **Lifetime Career Award** bekam Prof. Emeritus Albert Bandura, Stanford University, USA, für sein Lebenswerk. Seine Arbeit im Bereich der Sozialpsychologie hat großen Einfluss auf die Psychologie als Wissenschaft. Er ist einer der meist zitierten Kollegen und er kann dieses Jahr auf 60 Jahre psychologische Arbeit zurückblicken. Wir gratulieren recht herzlich!

International Journal of Psychology

Besonders hinweisen dürfen wir auf das International Journal of Psychology, welches das offizielle Organ der IUPsyS darstellt. <http://www.psypress.com/journals/details/0020-7594/>

Die nächsten ICP-Kongresse 2016 und 2020

2016 wird der ICP in Japan unter der Federführung von Prof. Dr. Kazuo Shigemasu stattfinden. Wer nicht so weit reisen möchte, sollte die Chance nutzen und 2020 den ICP-Kongress bei unseren Nachbarn in Tschechien besuchen.

Neue Leitung der IUPsyS

Prof. Dr. Saths Cooper aus Südafrika löst den ehemaligen Vorsitzenden Prof. Dr. Rainer Silbereisen aus Deutschland als Präsident ab. Tor Levin Hofgaard aus Norwegen wurde zum Vizepräsidenten gewählt. Die Funktion der Generalsekretärin übernimmt Dr. Ann Watts, ebenfalls aus Südafrika. Als Schatzmeister wird weiterhin Prof. Dr. Michel Sabourin aus Canada fungieren. Unterstützt werden diese von einem Team aus zehn Personen, welche sich über sämtliche Kontinente verteilen.

Für Details zu bestimmten Themen besuchen Sie bitte folgende Homepage www.iupsys.net

Ihr Präsidium

Mag. Ulla Konrad
Präsidentin

Mag. Veronika Holzgruber
Vizepräsidentin

PhDr. Dr. Cornel Binder-Kriegelstein
Vizepräsident

Editorial



Richard Matuszak



Doris Seitschek

Liebe Leserinnen und Leser!

„Ein Indianer kennt keinen Schmerz!“ Eine Weisheit im Volksmund, die viele von uns schon in der Kindheit zu hören bekamen. Das Phänomen Schmerz stellt in all seinen Facetten einen der häufigsten psychischen Leidenszustände dar, der sowohl Lebensqualität als auch Arbeitsfähigkeit nachhaltig beeinträchtigt. Daher ist die Doppelnummer der vorliegende PiÖ diesem wichtigen Thema gewidmet.

Der erste Artikel beschäftigt sich mit der multidisziplinären Schmerztherapie (MDST) bei chronischen Schmerzen, in der psychologische Ansätze einen wesentlichen Platz einnehmen. Birgit Kröner-Herwig und Jule Frettlöh bieten einen Überblick über Indikation, Therapieplanung und -ziele sowie den Stand der Forschung zur MDST.

Im Beitrag von Michael Pflingsten wird auf die Bedeutung der psychologischen und psychosozialen Aspekte des Rückenschmerzes eingegangen. Der Autor betont, dass Rückenschmerzen ein komplexes Phänomen sind und geht dabei auch auf den Einfluss des Gesundheitssystems sowie gesellschaftlicher und arbeitsplatzbezogener Faktoren ein. Das Angst-/Vermeidungskonzept bietet gute Ansätze, die sowohl zum Verständnis der Chronifizierung als auch für therapeutische Prinzipien genutzt werden können.

Sarah Reitz, Christian Schmahl und Karl-Jürgen Bär bieten eine Übersicht über klinische und experimentelle Erkenntnisse zur Schmerzverarbeitung bei verschiedenen psychiatrischen Störungsbildern unter Berücksichtigung der Psychophysiologie, Neuroanatomie und Neurochemie. Es wird illustriert, dass allen genannten Störungsbildern experimentell eine Verminderung der Schmerzempfindung gemeinsam ist.

Mit zunehmendem Alter erhöht sich das Risiko für eine schmerzbedingte Funktionsbeeinträchtigung. Die Multimorbidität bei älteren und hochbetagten Schmerzpatienten bedeutet eine besondere Herausforderung für eine adäquate schmerztherapeutische Versorgung. Gerald Gatterer befasst sich, ausgehend von einem ganzheitlichen biopsychosozialen Konzept, mit den besonderen Aspekten der Schmerztherapie- und -diagnostik im fortgeschrittenen Alter.

Peter Kropp stellt in weiterer Folge die psychologische Therapie von Kopfschmerz und Migräne dar, die neben medikamentösen Therapieoptionen erfolgreich eingesetzt wird. Dabei kommen v. A. Verfahren insbesondere aus dem verhaltenstherapeutischen Methodenbereich zum Einsatz, wie Entspannungstechniken, Biofeedback-Therapien und kognitive Verfahren.

Joachim Korb widmet sich in seinen Ausführungen

dem hochinteressanten Thema der Achtsamkeit und Akzeptanz in der Schmerztherapie. Dabei haben die Mindfulness-Based Stress Reduction und die Akzeptanz- und Commitment-Therapie wertvolle Beiträge geliefert, die dabei unterstützen können, trotz der Schmerzzustände ein erfülltes Leben zu führen.

Anke Diezemann beschäftigt sich in ihrer Publikation mit Entspannungstechniken bei chronischem Schmerz, die fester Bestandteil der multimodalen Schmerztherapie sind. Es wird der Einsatz von Hypnose, progressiver Muskelentspannung, Biofeedback und autogenem Training im Detail dargestellt. Wirkung und Ziele, Evidenz, Methoden sowie praktische Umsetzung der genannten Verfahren werden beschrieben.

Im folgenden Beitrag von Claudia Overath, Stephanie Darabaneanu und Dieter Gerber wird die Wirksamkeit von Ausdauersportprogrammen bei der Migräneerkrankung dargestellt. Sowohl in der Migränetherapie als auch zur Migräneprophylaxe kann Ausdauersport einen wertvollen Beitrag leisten. Die dargestellte klinische Erfahrung wird durch Studienergebnisse auf diesem Gebiet untermauert.

Die Bedeutung kommunikativer Aspekte von Schmerz und Schmerzverhalten werden in einem weiteren Artikel von Ulrike Kaiser erörtert. Es werden Zusammenhänge zwischen Schmerzverhalten, sozialen und personeninternen Faktoren wie Schmerzangst dargestellt sowie Ansatzpunkte für verhaltenstherapeutische Interventionen in der Therapie chronischer Schmerzen skizziert.

In den Ausführungen von Nadine Schüßler, Nadja Nestler und Jürgen Osterbrink wird Bezug auf den im Dezember 2011 erschienenen Expertenstandard für Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen genommen. Es werden die Themenfelder pflegerisches Schmerzassessment und -anamnese, unerwünschte Nebenwirkungen, Maßnahmen der nicht-medikamentösen und medikamentösen Schmerztherapie sowie Schulung und Beratung diskutiert.

Wie beeinflusst der Lebensstil den Chronifizierungsprozess von Schmerz? Mit dieser Frage beschäftigen sich Gertraud Kloimstein-Saumer, Diana Meshkat und Peter Berger. Basierend auf der Lebensstiltheorie von Heather Roberts werden in dem abschließenden Beitrag die verschiedenen Lebensstilparameter chronischer Schmerzpatienten analysiert.

Eine interessante Lektüre wünschen Ihnen

Richard Matuszak und Doris Seitschek

Inhaltsverzeichnis

- 251 Editorial aus dem Präsidium
- 252 Themenvorschau
- 253 Editorial
- 255 **Birgit Kröner-Herwig & Jule Frettlöh**
Der multidisziplinäre Ansatz in der Schmerztherapie
The Multi-Disciplinary Approach in Pain Therapy
- 264 **Michael Pfingsten**
Psychologische und psychosoziale Aspekte des Rückenschmerzes
Psychological and Psychosocial Factors in Back Pain
- 272 **Sarah Reitz, Christian Schmahl & Karl-Jürgen Bär**
Psychopathologie und Schmerz
Psychopathology and Pain
- 282 **Gerald Gatterer**
Besondere Aspekte der Schmerztherapie im fortgeschrittenen Alter
Specific Aspects of Pain Management During Old Age
- 290 **Peter Kropp**
Psychologische Therapie von Kopfschmerz und Migräne
Psychological Treatment Options for Migraine and Tension-Type Headache
- 298 **Joachim Korb**
Achtsamkeit und Akzeptanz in der Schmerztherapie
Mindfulness and Acceptance in the Therapy of Chronic Pain
- 306 **Anke Diezemann**
Entspannungstechniken bei chronischem Schmerz: Ziele, Evidenz, Methoden und praktische Umsetzung
Relaxation Techniques for Chronic Pain: Goals, Evidence, Methods and Practical Use
- 314 **Claudia Helene Overath, Stephanie Darabaneanu & Wolf Dieter Gerber**
Wirksamkeit von Ausdauersportprogrammen bei der Migräneerkrankung
Effectiveness of Sports for Migraine
- 320 **Ulrike Kaiser**
Schmerz und Schmerzverhalten – die Bedeutung kommunikativer Aspekte von Schmerz
Pain and Pain Behavior – the Communicative Aspects of Pain
- 330 **Nadine Schübler, Nadja Nestler & Jürgen Osterbrink**
Der Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akutem Schmerz, 1. Aktualisierung – ein intraprofessionell abgestimmtes Leistungsniveau
National Standard for Acute Pain Management in Nursing: First update – an Intraprofessionally Consented Performance Level
- 334 **Gertraud Kloimstein-Saumer, Diana Meshkat & Peter Berger**
Lebensstile chronischer SchmerzpatientInnen
Lifestyle in Chronic Pain Patients
- 340 **Plast**
- 342 **Wir stellen vor**
- 346 **Für Sie gelesen**
- 356 **Bücherliste**
- 357 **Für Sie berichtet**
- 360 **Infomix**
- 365 **Richtigstellung**
- 366 **Leserbriefe**
- 368 **Veranstaltungskalender**
- 373 **Mediadaten**
- 374 **Hinweise für AutorInnen**

Der multidisziplinäre Ansatz in der Schmerztherapie

The Multi-Disciplinary Approach in Pain Therapy

Birgit Kröner-Herwig & Jule Frettlöh

Themenschwerpunkt Schmerz

Zusammenfassung

Schon lange werden psychotherapeutische Interventionen in der Therapie des chronischen Schmerzes eingesetzt, die wesentlich der kognitiven Verhaltenstherapie entstammen. Hintergrund dieser Behandlung sind die Erkenntnisse, dass die kognitiv-emotionale Verarbeitung des Schmerzes wesentlich zur Schwere der Schmerzerkrankung bzw. zur erlebten Beeinträchtigung des Patienten beiträgt. Dies gilt ebenso für die behaviorale Seite des Umgangs mit dem Schmerzproblem. Patienten, die einen katastrophisierenden, depressiven und hilflosen Verarbeitungsstil haben und deren Verhalten durch Rückzug und Vermeidung bestimmt ist oder in bestimmten Fällen auch durch rigide Durchhaltestrategien geprägt ist, sind durch die Schmerzstörung deutlich beeinträchtigt. Psychologische Interventionen sollten somit verändernd auf die kognitiv-emotionalen und behavioralen Prozesse einwirken und damit auch auf den Schmerz selbst Einfluss nehmen können. Indikation für die Anwendung psychotherapeutischer Interventionen ist die Identifizierung solcher maladaptiver psychischer Prozesse beim einzelnen Patienten, unabhängig davon, ob vermutlich auch biologische Prozesse am Schmerzgeschehen beteiligt sind, und die Diagnose einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität. Als multidisziplinäre Schmerztherapie (MDST), wird eine Behandlung verstanden, an der neben medizinischen Behandlern, z.T. sogar schwerpunktmäßig Psychotherapeuten, Sport- und Physiotherapeuten und ggf. auch Behandler aus anderen Disziplinen beteiligt sind. Die Autoren plädieren für einen frühzeitigen Einsatz von MDST, weil sie eine bessere Zielerreichung im Sinne der verbesserten Funktionsfähigkeit des Patienten auf verschiedenen Ebenen verspricht. Die Ziele der MDST sind vielfältig und reichen von einer Erweiterung des subjektiven Schmerzmodells des Patienten, der Umstrukturierung dysfunktionaler Kognitionen, wie dem Aufbau von Aktivitäten bis hin zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. In der Versorgungspraxis in Deutschland ist MDST nur unzureichend und meist nur in tertiären, spezialisierten

klinischen Einrichtungen realisiert, sodass der Bedarf erheblich größer ist als das Angebot. Die Wirksamkeitsforschung zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung und zur genuinen MDST belegt deren Effektivität, die aber zumeist hinsichtlich der beobachteten Effektstärke im niedrigen bis moderaten Bereich liegt. Alternative medizinische Behandlungsansätze z.B. beim chronischen Rückenschmerz haben in der Regel noch geringere oder keine Wirksamkeit belegen können, wenn man den Analyseergebnissen von Expertengruppen zur Evidenzbasierung von Schmerzbehandlungsverfahren folgt. Zur Prognose des Therapieerfolgs beim einzelnen Patienten kann bisher die Forschung noch sehr wenig leisten. Die Autoren fordern auf der Basis des biopsychosozialen Verständnisses des chronischen Schmerzes und dem Stand der Evidenz eine verstärkte Implementierung der MDST in die Versorgung chronisch kranker Schmerzpatienten.

Abstract

Cognitive-behavioral therapy looks back on a long tradition in pain treatment. Its basis is the knowledge of the influence of cognitive-emotional processing of pain on the severity of pain and the disability of the patient. In this respect, also behavioral coping with pain is of considerable importance. Patients who catastrophize and adopt a depressive, helpless coping style and whose behaviour is characterized by avoidance and withdrawal and in some cases by the unadaptive strategy of persistence, show more pain and associated interference. Thus, psychological interventions aim at the modification of cognitive – emotional and behavioral processing which is assumed to result in the amelioration of pain, and the reduction of disability indication for psychological treatment is the identification of these maladaptive features in the individual patient, while the assumption that also biological factors contribute to the pain problem, does not limit its use. Multidisciplinary pain treatment (MDPT) is defined as a treatment incorporating besides medical treatment modalities, mostly

even focusing on non-medical interventions, based on psychotherapy, sports-, or physical therapy and others with the main objective of "functional restoration". The authors plead for the early availability of MDPT, as it is assumed to be more efficacious regarding goal attainment in different areas. The cognitive- emotional and behavioral objectives of MDPT are manifold, ranging from the elaboration of a biopsychosocial subjective pain model, to cognitive restructuring, activity restoration and to enable the patient to go back to work. The healthcare system in Germany is lacking institutions which offer this specific healthcare modality for pain patients. In most cases only tertiary, specific treatment centers focus their treatment on MDPT. Research on the efficacy of cognitive-behavioral pain treatment or genuine MDPT has supported its effectivity; however, the effect sizes are small to moderate. Purely medical interventions are, however, less efficacious or with no effect at all, when relying to the results of analysis of evidence by groups of experts. The prediction of treatment effects in the single patient on the basis of research findings is not yet possible. The authors plead for an improvement in the implementation of MDPT into the healthcare system because chronic pain is understood as a biopsychosocial phenomenon which consequently should be treated by multimodal treatment including psychological interventions.

1. Wann ist multidisziplinäre Schmerztherapie indiziert?

Sind alle kausalen, d.h. die Ursache des Schmerzes betreffenden Therapieversuche des Allgemeinmediziners oder diverser Fachärzte erfolglos verlaufen, besteht die Behandlung des Patienten oft nur noch aus der Verordnung von Analgetika oder anderen palliativ wirksamen Medikamenten. Häufig werden zur Schmerzlinderung auch passive Maßnahmen der Physiotherapie oder der physikalischen Therapie eingesetzt, obwohl bekannt ist, dass diese in der Regel unwirksam sind. Wie viele Patienten mit chronischen Schmerzen letztendlich unter diesem konventionellen Behandlungsregime eine hinreichende Schmerzlinderung erfahren, ist derzeit nicht genau bekannt. Nach Lang et al. (2000) sind dies bei chronischen Rückenschmerzen, einem der häufigsten Schmerzsyndrome, nur etwa 30%.

Aber nicht nur die fehlende Besserung ist unbefriedigend, sondern auch, dass diese Behandlungen selbst schädliche Folgen haben können. Die langfristige Einnahme von Analgetika kann zu erheblichen Schädigungen führen (z.B. von Magen, Darm, Leber, Nieren). Bei Kopfschmerzpatienten kommt noch das Risiko eines sekundären medikamenteninduzierten Kopfschmerzes hinzu. Aber auch Abhängigkeitsentwicklungen sind nicht selten und werden nicht nur durch die immer häufiger werdende Verschreibung von Opioiden, sondern auch durch andere Medikamente ausgelöst. Operative und andere invasive Interventionen führen, wenn als Indikation allein auf Schmerzbeschwerden rekurriert wird, meist zu keiner Linderung sondern, eher zu einer Ver-

schlimmerung der Schmerzen.

Eine multidisziplinäre Schmerztherapie (MDST) unter Einschluss psychologischer und weiterer Maßnahmen wie z.B. Bewegungstherapie, d.h. eine über die konventionelle und einseitig somatisch ausgerichtete hinausgehende Behandlung, scheint somit indiziert, wenn

- der Patient durch die Schmerzen deutlich beeinträchtigt ist
- alle wissenschaftlich akzeptierbaren kausal und palliativ indizierten rein medizinischen Maßnahmen nicht erfolgreich waren
- keine evidenzbasierten Maßnahmen zur Verfügung stehen, welche mit ausreichender Wahrscheinlichkeit zum Erfolg führen und deren Risiken in Kauf genommen werden können.

2. Was ist eigentlich chronischer Schmerz?

Bei chronischem Schmerz handelt es sich um ein multidimensionales Phänomen mit somatischen, aber auch kognitiv-emotionalen und behavioralen Aspekten. Erweitert man den Blickwinkel auf das Umfeld des Patienten, so sind auch die sozialen Implikationen unverkennbar. Wichtig ist, festzuhalten, dass sich weder die erlebte Schmerzintensität aus dem Ausmaß der körperlichen Schädigung ableiten lässt, noch die Beeinträchtigung des Patienten durch die Stärke des Schmerzes hinreichend erklärt werden kann. Die relative Unabhängigkeit der verschiedenen Phänomene, lässt sich wesentlich durch die Moderatorfunktion psychosozialer Prozesse erklären.

Die kognitiv-emotionale Verarbeitung des Schmerzes kommt u. a. in der Wahrnehmung seiner affektiven Qualität zum Ausdruck („Der Schmerz ist mörderisch.“). Katastrophisierendes Grübeln über das ungerechte Schicksal, das einen mit unaushaltbaren Schmerzen „bestraft“ hat, führt zu Emotionen wie Verzweiflung oder Wut. Die persönlichen Überzeugungen des Patienten über die Schmerzursache sowie Annahmen über seine Beeinfluss- bzw. Kontrollierbarkeit haben deutliche emotionale und behaviorale Konsequenzen. Die Befürchtung, dass der Schmerz das Anzeichen einer „unheilbaren“ Krankheit sei oder die Erwartung „Niemand kann mir mehr helfen“ können Angst, Resignation und Depressivität zur Folge haben. Eine mangelnde Selbstwirksamkeitserwartung („Ich selbst kann gar nichts tun.“) und weitere ungünstige Bewältigungsstrategien bestimmen die erlebte Beeinträchtigung durch den Schmerz zu einem wesentlichen Anteil mit (Kröner-Herwig et al., 1996).

Die behaviorale Seite des chronischen Schmerzsyndroms stellt sich in Verhaltensweisen des Patienten, wie Schonverhalten, Medikamentenkonsument, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems dar, und betrifft im Weiteren viele Aktivitäten in Beruf, Haushalt und Freizeit. Rückzugs- und Vermeidungsverhalten, aber auch rigide

Durchhaltestrategien beeinflussen sowohl die erlebten Schmerzen als auch die Beeinträchtigung des Patienten auf ungünstige Art und Weise.

Soziale Aspekte des Schmerzsyndroms, wie Arbeitsunfähigkeit oder soziale Isolation haben einen erheblichen Einfluss auf die Bewertung und Wahrnehmung der Schmerzen und die Lebensqualität des Patienten. Das Gesundheitssystem mit dem der Patient immer wieder in Interaktion tritt, ist gekennzeichnet durch eine starke Somatisierungstendenz und den Hang zur Überdiagnostizierung und Medikalisierung des Schmerzproblems. Auch entwickelt sich oft eine ungünstige Arzt-Patienten-Beziehung, die zur Verschlechterung der Gesamtsituation des Patienten beiträgt. All dies sind Prozesse, die einen wesentlichen Beitrag zur Chronifizierung leisten (Waddell, 1998).

Somit ist evident, dass chronischer Schmerz insgesamt nicht dadurch „geheilt“ wird, dass ausschließlich auf der physiologisch-organischen Ebene interveniert wird. Gefordert sind vielmehr Behandlungsansätze, die der Multidimensionalität des Schmerzsyndroms gerecht werden.

3. Indikation und Therapieplanung

Vor der Planung einer MDST, in der psychologische Behandlungselemente eine bedeutsame Rolle spielen, steht zunächst die Erfassung der individuellen Komponenten des Schmerzsyndroms. Dazu gehört bei jedem einzelnen Patienten eine sorgfältige Analyse der aufrechterhaltenden Bedingungen der Schmerzstörung im biologisch-somatischen sowie im psychosozialen Bereich, wobei auch die funktionellen Beeinträchtigungen des Betroffenen zu berücksichtigen sind.

Auf der medizinischen Ebene ist vor allem dem Trugschluss zu begegnen, dass korrelative somatische Befunde Hinweise für Kausalität seien, was zu falschen Schlussfolgerungen hinsichtlich der Behandlung führen kann: Der diagnostizierte Bandscheibenprolaps wird automatisch als Schmerzursache verstanden und operativ bekämpft.

Die psychologische Syndrombeschreibung und -analyse erfordert die Anwendung spezifischer psychodiagnostischer Verfahren (Kröner-Herwig & Lautenbacher, 2011).

Diese Ausführungen beinhalten ein Plädoyer für eine multidisziplinäre Schmerzdiagnostik, in der Mediziner und Psychologen möglichst frühzeitig gemeinsam tätig werden – idealerweise unter Einbezug von Sport-, Physio- und Psychotherapeuten. Die von Fordyce (1995) entwickelten Empfehlungen für den Umgang mit Schmerz sehen eine relativ zügige Entscheidung für eine Einbeziehung multidisziplinärer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen vor, was einer Chronifizierung vorbeugen soll. Unangemessene medizinische Maßnahmen sollten gar nicht und psychologische und andere Interventionen frühzeitig genug eingesetzt werden.

Die wesentliche Zielgröße der Therapie ist die Min-

derung der Beeinträchtigung des Patienten durch den Schmerz, was über die Veränderung von kognitiv-emotionalen, behavioralen und sozialen Prozessen, wie sie zuvor beschrieben wurden, geschehen kann. Selbstverständlich sind auch physische Funktionseinschränkungen durch gezielte Übungsprogramme anzugehen. Auch eine gezielte schmerzspezifische Medikation kann innerhalb einer MDST indiziert sein.

Zur Minderung der schmerzbedingten Beeinträchtigung sind multidisziplinär zusammengesetzte Behandlungsteams, die auf der Grundlage eines gemeinsamen Schmerzkonzepts ihr spezifisches Fachwissen in die therapeutische Waagschale werfen und Synergieeffekte erzeugen können, nach unserer Überzeugung am besten geeignet.

4. Der Stand der Multidisziplinären Schmerztherapie

Seitens der International Association for the Study of Pain (IASP) wird von Schmerzkliniken bzw. spezialisierten schmerztherapeutischen Behandlungszentren die Multidisziplinarität in Diagnostik und Therapie als Selbstverständlichkeit gefordert:

“...There is some question as to whether any pain management facilities which are not multidisciplinary should exist in a developed nation”. (Task Force, 2012)

Eine neuere Studie ergab jedoch, dass die MDST in der deutschen Gesundheitsversorgung noch eher eine Ausnahme als die Regel darstellt (Kayser et al., 2008).

Ein notwendiger Schritt für den verstärkten Einsatz von MDST bestünde in der Sensibilisierung von Ärzten der primären und sekundären Versorgung für die Multidimensionalität des Schmerzes und in dem zur Verfügung stellen von ökonomischen und leicht handhabbaren Instrumenten zum Screening psychosozialer Risikofaktoren („yellowflags“), die auf die Notwendigkeit einer vertieften psychologischen Diagnostik und ggf. einer MDST hinweisen (vgl. Waddell, 1998).

Die Autorinnen plädieren für den möglichst frühzeitigen und parallelen Einsatz schmerzmedizinischer, psychologischer, physio- und sporttherapeutischer Therapiemethoden beim chronischen Schmerz. Diese sollten nicht als konkurrierende, sich gegenseitig ausschließende oder grundsätzlich konsekutive Maßnahmen verstanden werden, sondern als eine Möglichkeit, das Schmerzgeschehen gleichzeitig aus verschiedenen Perspektiven anzugehen. Die Empfehlung zur Aufnahme psychologischer Behandlung sollte damit nicht weiter als ein „Abschieben“ des Patienten verstanden werden, das meist aus der Hilflosigkeit des Arztes resultiert.

Wie lässt sich die Forderung für ein paralleles therapeutisches Vorgehen begründen? Die Autorinnen sind der Auffassung, dass psychologische und medizinische Verfahren – sofern sie kooperativ eingesetzt werden – deutlich effektiver sein können als ein unidisziplinäres Vorgehen. In eigenen Studien zeigten Kopf- und Rü-

ckenschmerzpatienten, die schmerzmedizinisch und -psychologisch behandelt wurden, eine deutlichere Reduzierung ihrer Beeinträchtigung und Verbesserung der Lebensqualität als ausschließlich schmerzmedizinisch behandelte Patienten (Basler et al., 1996, 1997; Frettlöh & Kröner-Herwig, 1999).

Auf längere Sicht sollte eine multidisziplinäre Vorgehensweise die Dauer intensiver Behandlungsmaßnahmen verkürzen und der Erfolg anhaltender sein, sodass auch ökonomische Aspekte für eine MDST sprechen (vgl. auch Turk, 2002).

Eine MDST setzt voraus, dass die beteiligten Fachleute unter Einbezug des Patienten ihr Vorgehen aufeinander abstimmen und sich regelmäßig über die konkreten Therapieschritte austauschen. Die Voraussetzungen dafür müssen durch spezielle Maßnahmen (Psychoedukation des Patienten, gemeinsame Weiterbildung der beteiligten Fachleute, Veränderungen von Strukturen des Versorgungssystems) aktiv gefördert werden.

Eine bedeutsame Indikation für den Einbezug psychologischer Verfahren in die Schmerzbehandlung sind Defizite und Beeinträchtigungen in psychosozial relevanten Funktionsbereichen. Dieses gilt sowohl für Patienten mit einer Schmerzerkrankung, für die der Aufbau bzw. die Verbesserung der Bewältigungsressourcen als auch für diejenigen, für die private und berufliche Re-sozialisierung im Vordergrund stehen. Zudem gilt dies für Schmerzpatienten mit vorbestehenden psychischen/psychiatrischen Komorbiditäten (z.B. Major Depression) und Patienten mit psychischer/psychiatrischer Primärerkrankung (z.B. dissoziative Bewegungsstörung), bei denen die Schmerzerkrankung nur ein Teil- oder ein nachgeordnetes Problem dieser psychischen Störung darstellt. Betroffene mit einer Schmerzstörung, bei denen keine psycho-sozialen Folgen mit hoher Beeinträchtigung aufgetreten sind, brauchen keine MDST.

5. Ziele und Verfahren der psychologischen Intervention im multidisziplinären Setting

Die „Functional Restoration“ ist ein wesentlicher Teil der MDST, die auf der körperlichen Rekonditionierung, also der Verbesserung von Kraft, Ausdauer und Mobilität im motorischen System basiert. Dies ist der Teil der Behandlung, um den sich Mediziner und Sport- sowie Physiotherapeuten in übungsbasierten Therapiemodulen intensiv bemühen. Dazu gehört auch der Neuaufbau von Kompetenzen in verschiedenen Arbeits- und Leistungs-umgebungen (Pfungsten et al., 1993). Ganz sicher haben diese Übungsprogramme auch positive psychologische Effekte (z.B. Abbau von Bewegungs- und Schmerzangst). Eine medizinische Schmerztherapie im engeren Sinne nimmt in dem rehabilitativen Umfeld einer MDST eher eine untergeordnete Rolle ein, ist aber dann indiziert, wenn sie dem primären Ziel der Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit dient.

Im Folgenden werden typische Ziele der Schmerzpsychotherapie und MDST dargestellt, wie sie in strukturierten Behandlungsprogrammen auf der Basis (kognitiver) Verhaltenstherapie (vgl. Basler & Kröner-Herwig, 1998) von Schmerzkliniken und -ambulanzen verfolgt werden.

5.1. Ziele psychologischer und multidisziplinärer schmerztherapeutischer Maßnahmen

- Erweiterung der subjektiven Schmerztheorie des Patienten (Integration psychosozialer Aspekte)
- Akzeptanz einer realistischen Zielperspektive (Minderung, nicht aber Elimination des Schmerzes)
- Erlernen von Entspannungstechniken als Schmerz- und Stressbewältigungsverfahren
- Verbesserung der Selbstwahrnehmung
- Erkennen und Ausbau eigener Ressourcen im Umgang mit dem Schmerz
- Analyse schmerz- und stressfördernder Bedingungen
- Erwerb und Einsatz systematischer Problemlösekompetenzen
- Optimierung des Aktivitätsniveaus (Balance von Ruhe und Aktivität)
- Abbau angstmotivierter Vermeidung, Aufbau von Aktivitäten sowie Verbesserung der allgemeinen Funktionsfähigkeit
- Modifikation katastrophisierender und depressiver Kognitionen
- Abbau unangemessener Durchhaltetendenzen
- Aufbau hedonistischer Aktivitäten (Lernen, zu genießen)
- Abbau inadäquater Schmerzkommunikation
- Optimierung eigener Schmerzbewältigungsfertigkeiten (z. B. Aufmerksamkeitsumlenkung, Selbsthypnose, Entspannung)
- Verbesserung der Autonomie und Kompetenzen bei der Interaktion mit dem Gesundheitssystem
- Entwicklung realistischer Zukunftsperspektiven (Beruf, Familie) und Initiierung der Handlungsplanung
- Einbezug von Bezugspersonen des Patienten zur Förderung der angestrebten Therapieziele

Im Vergleich zur (kognitiven) Verhaltenstherapie (KVT) haben andere psychotherapeutische Verfahren bis heute einen geringen Stellenwert in der psychosozialen Versorgung schmerzkranker Patienten. In den letzten Jahren hat die so genannte Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) erhebliche Aufmerksamkeit auf sich gezogen, die als ein wesentliches Ziel die Akzeptanz des Schmerzes durch den Patienten sieht (McCracken et al., 2004). Dies bedeutet das Annehmen der Perspektive, dass der chronische Schmerz nicht einfach beseitigt oder „besiegt“ werden kann. Die Anerkennung der Dauerhaftigkeit des Schmerzes soll aber nicht als resignative Anpassung an die Realität oder als innerliche Aufgabe verstanden werden, sondern vielmehr, in Verbindung mit dem geforderten Commitment, als aktiver Versuch der Bewäl-

tigung der persönlichen Problemsituation, dem Durchsetzen der eigenen Ziele und der Verfolgung der eigenen Werte trotz der Schmerzen. Damit ist die Zielrichtung dieses Ansatzes letztendlich jener der KVT in weiten Bereichen ähnlich. In der KVT wird aber die steuernde Funktion von Kognitionen betont und viel Wert auf kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Überzeugungen gelegt, was die ACT als eher kontraproduktiv ansieht. Die ACT fördert entsprechend dem so genannten Mindfulness-Ansatz (Kabat-Zinn, 1982) die Sensibilisierung für die aktuellen körperlichen und psychischen Prozesse und Zustände ohne den Versuch einer Einflussnahme.

6. MDST im deutschen Gesundheitssystem

Zuverlässige Zahlen über die Versorgungssituation in Deutschland liegen nur begrenzt vor. Offenbar gibt es eine relativ geringe Anzahl von spezifischen (oft universitären) Schmerzbehandlungsinstitutionen, die neben ambulanten auch stationäre MDST anbieten (Frettlöh et al., 2009; Willweber-Strumpf et al., 2000). Es handelt sich hier um so genannte tertiäre Versorgungseinrichtungen, in denen sich meist stark chronifizierte Patienten nach zahllosen frustrierenden Behandlungsversuchen einfinden. Das bedeutet, dass meist das Ziel eines frühzeitigen Einsatzes einer MDST nicht realisiert werden kann.

An dieser Stelle sollen die tagesklinischen Behandlungsprogramme, die von einigen Schmerzzentren angeboten werden, vorgestellt werden. Sie stellen eine Alternative zur konventionellen ambulanten Behandlung mit 1-2 Therapiesitzungen pro Woche und der stationären Therapie dar (Pfungsten et al., 2005). Dabei nehmen die Patienten über 3-5 Wochen an einem täglich bis zu 8-stündigen Programm in der Klinik teil. Vorteil dieses Ansatzes ist neben der Multidisziplinarität der Umfang und die Intensität der Behandlung, wie sie gerade für stark chronifizierte Rücken- oder Kopfschmerzpatienten günstig zu sein scheint. Weiterhin wird hier die Zuweisung einer Krankenrolle explizit vermieden. Das Programm fordert maximale Eigenaktivität des Patienten. Ein Therapieerfolg kann unter diesen Rahmenbedingungen von den Patienten eher als Ergebnis der „eigenen aktiven und konsequenten Bemühungen“ wahrgenommen werden und fördert somit in besonderem Maße die Selbstwirksamkeitsüberzeugung.

Die Behandlungskonzepte spezieller Rehabilitationskliniken (z.B. orthopädische Reha) basieren oft nicht auf einem biopsychosozialen Schmerzmodell. Somit ist eine MDST unter Einschluss speziell ausgebildeter psychologischer und ärztlicher Schmerztherapeuten und Fachleuten anderer Disziplinen hier nicht die Regel.

Die in Deutschland besonders zahlreichen so genannten psychosomatischen Kliniken, insbesondere die verhaltenstherapeutisch bzw. verhaltensmedizinisch ausgerichtete Kliniken haben häufig spezielle Angebote für Schmerzpatienten installiert. Hier dominieren naturgemäß die psychotherapeutischen Interventionen das

Behandlungsangebot, während eine spezielle schmerzmedizinische Expertise eher selten ist.

Ob sich die niedergelassenen Ärzte mit der Zusatzausbildung in „Spezieller Schmerztherapie“ dem hier vorgestellten biopsychosozialen Schmerzmodell verpflichtet fühlen und sich um die Etablierung einer MDST in der ambulanten Praxis bemühen, vermag niemand richtig zu sagen. Es haben sich in Deutschland bislang nur wenige „Praxisgemeinschaften“ etabliert, in denen niedergelassene Schmerzmediziner, schmerztherapeutisch weitergebildete Psychotherapeuten und ggf. Therapeuten anderer Fachprovenienz ein Behandlungsteam bilden.

Obwohl die Zahl der schmerztherapeutisch interessierten und ausgebildeten Psychotherapeuten wächst, ist die Gesamtzahl der in der Versorgung Tätigen noch viel zu gering, um den Bedarf nur annähernd zu decken. Insgesamt ist die Versorgungssituation in Deutschland also alles andere als zufriedenstellend. Dieser Missstand hängt eng mit den Strukturen des deutschen Gesundheitssystems zusammen, das nicht auf die Förderung kooperativer und multidisziplinärer Strukturen angelegt ist.

Informationen zur Fort- und Weiterbildung in „Spezieller Schmerzpsychotherapie (SSPT)“, an der auch deutschsprachige Kollegen aus anderen Ländern teilnehmen können, finden sich auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und Schmerzforschung (DGPSF) unter <http://www.dgpsf.de>.

7. Stand der Wirksamkeitsforschung zur MDST und psychologischen Schmerztherapie

Multidisziplinäre Therapieprogramme sind auf der Erfahrungsgrundlage des Scheiterns traditioneller Behandlungskonzepte entwickelt worden. So kommt die europäische Leitlinienkommission (COST, B13), die sich mit der Behandlung von chronischen Rückenschmerzen befasst hat, in ihren Richtlinien dazu, nur drei Behandlungsoptionen ohne Einschränkung zu empfehlen, nämlich die Bewegungstherapie (Functional Restoration), die KVT und die MDST. Andere Maßnahmen werden nur mit bestimmten Einschränkungen oder gar nicht empfohlen. Von den 14 analysierten invasiven Behandlungsverfahren werden 11 nicht empfohlen und 3 mit Einschränkungen.

Bei der Beurteilung der Effektivität soll zwischen der MDST, bei denen verschiedene Professionen in koordinierter und strukturierter Weise einen Beitrag zur Behandlung leisten und einer reinen Schmerzpsychotherapie unterschieden werden.

Guzmán et al. (2006) legten eine Review über die Wirksamkeit von MDST bei Patienten mit Rückenschmerz vor, in den 10 Studien eingingen. Eine Behandlung galt als MDST, wenn es ein körperliches Trainingsmodul und mindestens ein psychosoziales Interventionsmodul en-

thielt. Zum Vergleich wurde jede Form von Behandlung, die diesen Kriterien nicht entsprach, herangezogen. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass es deutliche Hinweise (strong evidence) dafür gibt, dass eine umfangreiche MDST erfolgreicher ist als eine monodisziplinäre Therapie. Dies gelte vor allem für die Verbesserung der Funktionsfähigkeit der Patienten.

Auch Hoffmann et al. (2007) beschreiben in ihrer Metaanalyse gesondert die Ergebnisse zur MDST unter Einschluss psychologischer Behandlungsmodule, die sich den monodisziplinär ausgerichteten Behandlungen als überlegen erwiesen. Das galt insbesondere bezogen auf die Reduktion der Beeinträchtigung im Arbeitsleben.

Van Geen et al. (2007) untersuchten explizit den Langzeiteffekt (1 bis 5 Jahre nach Ende der Therapie) von MDST in randomisierten Kontrollgruppenstudien (RCTs). In alle der zehn analysierten Studien waren psychologische Behandlungselemente eingebunden. Die Erfolgs-Parameter waren Schmerzintensität, Funktionsstatus, Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit.

In drei von zehn Studien zeigte die MDST hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit eine signifikante Überlegenheit in den Langzeiteffekten, sowie in jeweils einer Studie deutlichere Effekte bei der Schmerzintensität bzw. Der Lebensqualität als die Kontrollgruppe.

Insgesamt ist der Forschungsstand zur Wirksamkeit von MDST im Vergleich zu anderen Behandlungen nicht zufriedenstellend. Dies ist dadurch erklärbar, dass bei der Evaluation von stationären Therapien meist keine Vergleichsgruppen eingerichtet werden können, die im gleichen Setting mit einer alternativen Behandlung versorgt werden. In ambulanten Settings wird dagegen eher selten multidisziplinär behandelt. Damit ist die hier vertretene Annahme der Überlegenheit multidisziplinärer Therapie noch nicht zufriedenstellend evidenzbasiert, wenn man fordert, dass im Mittel aller Studien eine Überlegenheit abgesichert werden muss. Die klassischen Evidenzkriterien für Empfehlungen im Rahmen der Evidenzbasierten Medizin auf Stufe I fordern aber nur, dass in mindestens einem RCT die (überlegene) Wirksamkeit nachgewiesen wird. (<http://www.aerzteverein.de/media-pool/26/267250/data/evidenzgrade.pdf>, 04.07.2012).

Auch für Deutschland liegen positive Befunde zur Wirksamkeit von MDST vor. Das tagesklinisch organisierte Göttinger Rücken-Intensiv-Programm (GRIP) erzielte neben vielfältigen Verbesserungen des Befindens bei seinen Teilnehmern auch positive Veränderungen im Funktionsstatus (Pfungsten et al., 1997). Immerhin 69% der Behandelten, die vorher zu 90% arbeitsunfähig waren und somit eine hoch chronifizierte Patientengruppe darstellten, nahmen ihre Arbeitstätigkeit nach Abschluss der Therapie wieder auf.

Eine der wenigen deutschen Untersuchungen, die im ambulanten Bereich eine somatisch orientierte Schmerztherapie mit einer kombinierten (somatischen und psychologischen) Behandlung verglich, belegt den additiven Nutzen psychologischer Maßnahmen bei chronischen Kopf- und Rückenschmerzen (Basler et al., 1996, 1997; Frettlöh & Kröner-Herwig, 1999).

Aus Sicht psychologischer Schmerzexperten, die wie wir davon ausgehen, dass gerade die psychologischen Anteile von MDST von großer Bedeutung für die Wirksamkeit der Behandlung sind, kann auf eine Reihe von Metaanalysen zur psychologischen Schmerztherapie verwiesen werden, die deren Wirksamkeit bestätigen (Hoffman et al., 2007; Morley et al., 1999; Ostelo et al., 2005; van Tulder et al., 2000).

In eine neuere umfangreiche Metaanalyse zur Wirksamkeit der KVT bei nicht-kanzerogenen Schmerzen wurden von Hoffman et al. (2007) 22 RCTs einbezogen. Sie werteten die Originalstudien nach strengen, sehr konservativen Regeln aus und konnten eine moderate Wirksamkeit der Outcome-Maße Schmerzintensität, Lebensqualität und (arbeitsbezogene) Beeinträchtigung nachweisen.

Eccleston et al. (2009) kamen in einer Analyse für die Cochrane Library, in der sie RCTs zur Behandlung chronischer Schmerzen mittels KVT oder VT (mit Ausnahme von Kopfschmerzen) aufnahmen, überraschenderweise zu eher negativen Ergebnissen. Es wurden im Mittel nur sehr kleine Effektgrößen in den Outcome-Maßen Schmerzstärke, Beeinträchtigung und Affektivität gefunden. Die Autoren der Metanalyse beklagen dabei die geringe Qualität der Behandlung, d.h. den geringen zeitlichen Umfang der Behandlungen von hochchronifizierten Patienten, die zumeist im Gruppensetting appliziert werden, die fehlende Adaptivität der Behandlung auf den individuellen Patienten und vermuten bei vielen Therapeuten eine unzureichende Ausbildung und klinische Erfahrung als ungünstige Einflussgrößen.

Im Rahmen der Erstellung von Leitlinien wurde von der Erstautorin eine umfangreiche Analyse der Studien zur Behandlung chronischer Rückenschmerzen bis inkl. 2011 vorgenommen (Kröner-Herwig, in press), deren Ergebnisse sicher auch auf andere chronische Schmerzsyndrome übertragen werden können (Martin et al., in press).

Die Analyse führte zu folgenden Schlussfolgerungen, auf denen die in Tab. 1 genannten Empfehlungen beruhen:

- Psychologische Therapieverfahren, nämlich kognitiv-behaviorale Therapie unter Einschluss der Konfrontationstherapie, sowie selbstregulative Verfahren wie Entspannung und Biofeedback, sind wirksam.
- Das Ausmaß der erzielten Effekte liegt in der Regel in einem niedrigen bis mittel-großen Bereich.
- Der Nachweis der Wirksamkeit ergibt sich überwiegend aus dem Vergleich zu Wartelistenkontrollen und speist sich weniger aus der Überlegenheit gegenüber anderen nicht-psychologischen Therapien.
- Die Wirksamkeitsnachweise beziehen sich mehrheitlich auf den post-therapeutischen Zeitpunkt, eine Reihe von Studien konnte jedoch eine längerfristige Verbesserung (Ein-Jahres-Katamnesen) nachweisen.
- Statistisch bedeutsame, generelle Wirkunterschiede zwischen verschiedenen psychologischen Therapieformaten lassen sich nicht absichern.

- Es gibt Hinweise für eine größere Wirksamkeit selbstregulativer Verfahren hinsichtlich einzelner Zielparame- ter wie der Depressivität.
- Die Einbettung psychologischer Intervention in eine MDST scheint für die Patienten vorteilhaft, insbeson- dere wenn es um die Wiederherstellung der Arbeits- fähigkeit geht.
- Die schmerzbezogene funktionelle Beeinträchtigung und die gesundheitsbezogene Lebensqualität wer- den von psychologischer Behandlung positiv beein- flusst. Die Effekte sind jedoch meist eher klein und nicht einheitlich positiv.

Es ist somit festzuhalten, dass kognitive Verhaltensthe- rapie sowie selbstregulative Verfahren auf dem Evidenz- level I zur Behandlung empfohlen werden können (vgl. Tab.1). Diese Aussage kann sogar durch Metaanalysen abgesichert werden.

Zur psychodynamischen Therapie konnte kein ein- zigiges RCT identifiziert werden, ebenso wie zu Hypnose; die Gesprächspsychotherapie schnitt in der einzigen Studie, in der sie eingesetzt wurde, schlecht ab. Die Acceptance and Commitment Therapie erbrachte viel- versprechende Befunde bei der Behandlung gemisch- ter chronischer Schmerzsyndrome innerhalb eines RCT (Wetherell et al., 2011).

Tab. 1: Schmerzpsychotherapie: Empfehlungen für den chronischen Rücken- schmerz nach Martin et al. (in press)

| | |
|---|--|
| <p>Behandlungsempfehlungen auf dem Evidenzniveau „wirksam“ (mindestens 2 RCTs mit Erfolgsnachweis)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Kognitiv-Behaviorale Therapie ■ Konfrontationstherapie ■ Selbstregulative Verfahren (Biofeedback/Relaxation) ■ MDST (mit Einschluss psy- chologischer Interventionen) |
| <p>Behandlungsempfehlungen auf dem Evidenzniveau „möglicherweise wirksam“</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Operante Therapie (Graded Acitivity) ■ Acceptance and Commitment Therapie |
| <p>Behandlungen „bislang ohne ausreichende Wirknachweise“</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Klientenzentrierte Psycho- therapie (eine Studie ohne Beleg der Wirksamkeit) ■ Hypnose (kein RCT) ■ Psychodynamische Therapie (keine Studie recherchier- bar) |

Differenzierte Empfehlungen auf der Ebene von spezi- fischen Varianten der KVT bzw. der Gruppe der Selbst- regulativen Verfahren oder der optimalen Zusammen- setzung von Therapiemodulen in „Behandlungspaketen“ lassen sich evidenzbasiert nicht formulieren.

8. Prognose des Therapieerfolgs

Die Frage, welche Unterschiede zwischen Patienten be- stehen, die von einer Schmerztherapie profitieren, und denen, die dies nicht tun, kann bis heute nicht beant-

wortet werden.

Als negatives Prognosekriterium wird immer wieder – insbesondere in den stationären Behandlungsinsti- tutionen – ein anhängiges Rentenverfahren angeführt. In einer Metaanalyse konnte dies auch z.T. bestätigt werden (Rohling et al., 1995), andere Studien konnten den obigen Befund nicht immer stützen (Jamison et al., 1988).

Die Schlussfolgerung für den Einzelfall sollte somit sein, ein negatives Labeling eines Patienten mit Renten- verfahren und damit eine sich selbst erfüllende Prophe- zeieung hinsichtlich eines negativen Therapieausgangs zu vermeiden.

In einigen Studien erwiesen sich die Eigenprognosen der Patienten bezüglich der Wiedererlangung der Ar- beitsfähigkeit als bester Prädiktor für den Erfolg der The- rapie (Pfungsten et al., 1997). Eine Studie von Marhold et al. (2001) lässt den Schluss zu, dass die Länge der Ar- beitsunfähigkeit wegen der Schmerzen ein ungünstiger Prädiktor für den Therapieerfolg ist. Symptombauer, Chronifizierungsgrad, hohe Depressivität und/oder auf- fällige Befunde in Persönlichkeitstests, geringe soziale Unterstützung sowie einseitig medizinische Kausal- und Kontrollattributionen wurden immer wieder als Nega- tivkriterien für eine erfolgreiche Behandlung diskutiert, konnten aber nicht mit empirischen Befunden einheit- lich bestätigt werden.

Bei der Kopfschmerztherapie gelten sowohl eine hohe Medikamenteneinnahme als auch täglicher Schmerz von hoher Intensität als Prognosekriterium für einen nicht bzw. wenig erfolgreichen Behandlungsverlauf (Blan- chard et al., 1989).

Ein höheres Lebensalter der Patienten (> 65 Jahre) wurde lange Zeit als ungünstig bewertet. Laut einer sorgfältigen, empirisch gestützten Analyse von Kee et al. (1996) kann diese Annahme jedoch nicht aufrechterhal- ten werden.

Die wichtige Frage, ob sich syndromspezifische Un- terschiede (z.B. zwischen Rücken- und Kopfschmerzpati- enten) in der Erfolgswahrscheinlichkeit der Behandlung ergeben, kann bis heute nicht beantwortet werden.

Dass die Form der Interaktionen, wenn diese aus dem Spektrum der (K)VT und den selbstregulativen Verfahren kommt, nicht das zu erwartende Ausmaß der Besserung vorhersagen kann, wurde berichtet.

9. Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorherigen Abschnitte haben deutlich gemacht, dass viele Fragen in der multidisziplinären und auch der psy- chologischen Schmerztherapie noch offen sind. Notwen- dig ist die Überprüfung der Qualität und des Umfangs einer Schmerztherapie mit einer guten Prognose für den Patienten. Auch die spezifischen Potenziale einer Gruppentherapie sollten weiter ausgelotet werden. Um sowohl den Behandlern als auch den Behandelten im Hinblick auf die Effektivität der Therapie mehr Sicher-

heit zu verschaffen, müssen in Zukunft Studien mit differenzierten Fragestellungen zum Beispiel hinsichtlich der Bedeutung von Ausbildung und Erfahrung der Therapeuten, der institutionellen Rahmenbedingungen, der anteiligen Zusammensetzung der Therapiemodule in MDST oder der Indikation für stationäre oder ambulante Therapie durchgeführt werden.

Trotz aller offenen Fragen scheint sich jetzt die vorrangigere Aufgabe, die multidisziplinäre Schmerztherapie wie Schmerzpsychotherapie in ausreichendem Maß in der Praxis zu etablieren. Die stärkere Beachtung psychosozialer Aspekte des Schmerzes und der Wirksamkeit darauf ausgerichteter Interventionen fordert eine frühzeitige Erfassung dieser Faktoren bei der Schmerzbehandlung in der primären und sekundären Versorgung.

Die Autorinnen fordern gerade Psychotherapeuten auf, sich der herausfordernden Aufgabe der Schmerzpsychotherapie mit größerem Engagement zu stellen.

Die Etablierung multidisziplinärer Schmerztherapie unter Einbeziehung der Schmerzpsychotherapie scheint umso wichtiger, als sich augenblicklich Tendenzen zur Rückkehr zu einem einseitig medizinischen Therapieverständnis abzeichnen. So wird oft den Opioiden der Mythos der „Wunderwaffe“ in der Schmerztherapie zugeschrieben und in den expandierenden Hightech-Verfahren (z.B. Laserakupunktur, Mikrochirurgie, intrathekale Opioidpumpen etc.) das „Allheilmittel“ der Schmerztherapie gesehen. Wenn sich erneut die dahinterstehende vereinfachende Sicht des chronischen Schmerzes als ausschließlich somatisches Symptom durchsetzen würde, wäre dies nach Ansicht der Autorinnen ein gravierender Rückschritt hinsichtlich der Etablierung einer störungsadäquaten und wirksamen Schmerztherapie.

Literatur

- BASLER, H. D., JÄKLE, C. & KRÖNER-HERWIG, B. (1996). Cognitive-behavioral therapy for chronic headache at German pain centers. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 2, 235-252.
- BASLER, H. D., JÄKLE, C. & KRÖNER-HERWIG, B. (1997). Incorporation of cognitive-behavioral treatment into the medical care of chronic low back pain: a controlled randomized study in German pain treatment centers. *Patient Education and Counselling*, 31, 113-124.
- BASLER, H. D. & KRÖNER-HERWIG, B. (1998). Psychologische Schmerztherapie bei Kopf- und Rückenschmerzen. Ein Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppen- und Einzeltherapie (2. Aufl.). München: Quintessenz.
- BLANCHARD, E. B., APPELBAUM, K. A., RADNITZ, C. L., JACCARD, J. & DENTINGER, M. P. (1989). The refractory headache patient – I. Chronic, daily high intensity headache. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 403-410.
- ECCLESTON, C., WILLIAMS, A. C. & MORLEY, S. (2009). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- FORDYCE, W. E. (1995). *Back pain in the workplace. Management of disability in nonspecific conditions*. Seattle: IASP Press.
- FRETTLÖH, J., MAIER, C., GOCKEL, H., ZENZ, M. & HÜPPE, M. (2009). Patientenkollektiv deutscher schmerztherapeutischer Einrichtungen – Kerndaten von mehr als 10.000 Patienten. *Der Schmerz*, 23, 576-591.
- FRETTLÖH, J. & KRÖNER-HERWIG, B. (1999). Einzel- und Gruppentherapie in der Behandlung chronischer Schmerzen – Gibt es Effektivitätsunterschiede? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28, 256-266.
- GUZMÁN, J., ESMAIL, R., KARIJALAINEN, K., MALMIVAARA, A., IRVIN, E. & BOMBARDIER, C. (2006). Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- HOFFMAN, B. M., PAPAS, R. K., CHATKOFF, D. K. & KERNS, R. D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology*, 26, 1-9.
- JAMISON, R. N., MATT, D. A. & PARRIS, W. C. V. (1988). Effects of time-limited compensation on pain behavior and treatment outcome in low back pain patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 277-283.
- KABAT-ZINN, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- KAYSER, H., THOMA, R., MERTENS, E., SORGATZ, H., ZENZ, M. & LINDENA, G. (2008). Struktur der ambulanten Schmerztherapie in Deutschland. *Schmerz*, 22, 424-432.
- KEE, W. G., PAULICK, K. L. & MIDDAGH, S. J. (1996). Persistent pain in the older patient: evaluation and treatment. In R. J. Gatchel und D. C. Turk (Eds.), *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (pp 371-402). New York: The Guilford Press.
- KRÖNER-HERWIG, B. (2000). Rückenschmerz. Fortschritte der Psychotherapie, Manuale für die Praxis, Bd 10. Göttingen: Hogrefe.
- KRÖNER-HERWIG, B. (in press). Chronischer Rückenschmerz. In A. Martin, P. Henningsen, W. Hiller, B. Kröner-Herwig und W. Rief (Hrsg.), *Evidenzbasierte Leitlinien zur Psychotherapie somatoformer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- KRÖNER-HERWIG, B. & LAUTENBACHER, S. (2011). Schmerzmessung und klinische Diagnostik. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klingler & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (S. 295-318). Berlin: Springer.
- LANG, E., EISELE, R., JANKOWSKY, H., KASTNER, S., LIEBIG, K., MARTUS, P. et al. (2000). Ergebnisqualität in der ambulanten Versorgung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Der Schmerz*, 3, 146-160.
- MARHOLD, C., LINTON, S. J. & MELIN, L. (2001). A cognitive-behavioral return-to-work program: effects on pain patients with a history of long-term vs. short-term sick leave. *Pain*, 91, 47-53.
- MARTIN, A., HÄRTER, M., HENNINGSEN, P., HILLER, W., KRÖNER-HERWIG, B. & RIEF, W. (in press). Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome. Göttingen: Hogrefe.
- MCCRACKEN, I. M., CARSON, J. W., ECCLESTON, C. & KEEFE, F. (2004). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*, 109, 4-7.
- MORLEY, S., ECCLESTON, C. & WILLIAMS, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behavior therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
- NESTORIUC, Y. & MARTIN, A. (2007). Efficacy of biofeedback for migraine: A meta-analysis. *Pain*, 128, 111-127.
- NESTORIUC, Y., RIEF, W. & MARTIN, A. (2008). Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: Efficacy, specificity, and treatment moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 379-396.
- OSTELO, R. W., VAN TULDER, M. W., VLAEYEN J. W., LINTON, S. J., MORLEY, S. J. & ASSENDELFT, W. J. (2005). Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- PFFINGSTEN, M., HILDEBRANDT, J., LUCAN, S., LÜDER, S., PAULS, J., SEEGER, D. et al. (2005). Interdisziplinäre Konzepte – Functional Restoration. Das Göttinger-Rücken-Intensiv-Programm (GRIP). In J. Hildebrandt, G. Müller & M. Pffingsten. *Lendenwirbelsäule: Ursachen, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen* (S. 524-540). München: Urban & Fischer.

- PFINGSTEN, M., HILDEBRANDT, J., FRANZ, C., SCHWIBBE, G. & EN-SINK, F. B. (1993). Ergebnisse eines standardisierten multidimensionalen Gruppenbehandlungsprogrammes für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Gesundheitswesen*, 54, 224-244.
- PFINGSTEN, M., HILDEBRANDT, J., LEIBING, E., FRANZ, C. & SAUR, P. (1997). Effectiveness of a multimodal treatment program for chronic low-back pain. *Pain*, 73, 77-85.
- ROHLING, M. L., BINDER, L. M. & LANGHINRICHSEN-ROHLING, J. (1995). Money matters: a meta-analytic review of the association between financial compensation and the experience and treatment of chronic pain. *Health Psychology*, 14, 537-547.
- Task Force on Guidelines for Desirable Characteristics for Pain Treatment Facilities. Abruf unter: <http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=3011> (04.07.2012).
- TURK, D. C. (2002). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 18, 355-365.
- VAN GEEN, J.-W., EDELAAR, M. J. A., JANSSEN, M. & VAN EIJK J. T. M. (2007). The long-term effect of multidisciplinary back training: a systematic review. *Spine*, 32, 249-255.
- VAN TULDER, M. W., OSTELO, R. W., VLAEYEN, J. W., LINTON, S. J., MORLEY, S. J. & ASSENDELFT, W. J. (2000). Behavioural treatment for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- WADDELL, G. (1998). *The back pain revolution*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- WETHERELL, J. L., AFARI, N., RUTLEDGE, T., SORREL, J. T., STODDARD, J. A., PETKUS, A. J. et al. (2011). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152, 2098-2107.
- WILLWEBER-STRUMPF, A., ZENZ, M. & BARZT, D. (2000). Epidemiologie chronischer Schmerzen – Eine Befragung in 5 Facharztpraxen in Bochum. *Der Schmerz*, 14, 84-91.

Autorinnen

Prof. Dr. Birgit Kröner-Herwig

Georg-August-Universität Göttingen
Leiterin der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie –
Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie.
Forschungsschwerpunkte: Psychophysiologie
von chronischen Schmerzen sowie kognitive
Verhaltenstherapie.



Gosslerstraße 14
D-37073 Göttingen
Telefon: +49 (0) 551 393581
Fax: +49 (0) 551 393544
bkroene@uni-goettingen.de

Dr. rer. nat. Jule Frettlöh, Dipl.-Psych.

Psychotherapiezentrum am Bergmannsheil (PZB)



Bürkle-de-la-Camp-Platz 2
D-44789 Bochum
Telefon: +49 (0) 234-302 3340 oder
+49 (0) 234 91586500
Fax: +49 (0) 234 91586502
jule.frettlöeh@ruhr-uni-bochum.de

Hüther - Juul - Lehofer - Omer - Petermann - Petermann - Siegel

2. Kongress "Denk- und Handlungsräume der Psychologie"

Neurobiologisch und/oder psychosozial ?

Entwicklung und Veränderung in Psychologie, Therapie, Beratung und Erziehung

24.05 bis 26.05. 2013

Graz, Österreich

Ort: Akademie für Kind, Jugend und Familie, A-8020 Graz, Lagergasse 98a
Zielgruppe: PädagogInnen, PsychologInnen, TherapeutInnen, BeraterInnen, Coaches,
Lebens- und SozialberaterInnen, interessierte Personen
Preis: Prekongress: € 180,- Frühbucherbonus gültig bis 28.10.2012, danach € 220,-
Kongress: € 300,- Frühbucherbonus gültig bis 28.10.2012, danach € 380,-
Kombi: € 390,- Frühbucherbonus gültig bis 28.10.2012, danach € 490,-

Anmeldung unter : www.akjf.at oder per E-mail an akjf@akjf.at
oder per Telefon unter: +43 699 16030050
oder unter +43 699 160300040

Psychologische und psychosoziale Aspekte des Rückenschmerzes

Psychological and Psychosocial Factors in Back Pain

Michael Pfingsten

Themenschwerpunkt Schmerz

Zusammenfassung

Rückenschmerzen sind ein komplexes Phänomen, in das ganz unterschiedliche Faktoren einwirken. Dazu gehören ein hoher Anspruch an die eigene Gesundheit, Faktoren des Arbeitsplatzes, Einflüsse des Gesundheitssystems genauso wie psychologische Faktoren. Insbesondere chronische Schmerzen können durch kognitive Einflüsse, die emotionale Situation, das Verhalten der Betroffenen wie auch durch psychischen Distress u.U. stark beeinflusst sein. Um chronische Verläufe zu vermeiden, ist es sinnvoll, dass potentielle Risikofaktoren aus dem psychosozialen Bereich möglichst frühzeitig identifiziert werden. Das Angst-/Vermeidungskonzept bietet gute Ansätze, die sowohl zum Verständnis der Chronifizierung als auch für therapeutische Prinzipien genutzt werden können. Bei chronischen Schmerzen kann eine monomodale Behandlung ohne die Berücksichtigung des psychosozialen Umfeldes nicht erfolgreich sein.

Abstract

Back pain is a complex phenomenon, in which the patients' own demands for good health, the work-place situation, character of the health care system, as well as psychological factors are embedded. Especially with chronic pain, the patients' situations are deeply influenced by psychological factors like cognitions, emotional state, the patients' behaviors, and psychological distress. The model of fear-avoidance provides a thorough framework to understand the chronification process, and it also offers possibilities for subsequent therapeutic strategies. In order to prevent chronic pain, it is useful to early identify those patients at risk of developing chronic pain. In a bio-psycho-social understanding of pain, monomodal treatment cannot be effective, and psychological circumstances have to be recognized as well in a multimodal approach with functional restoration principles.

1. Einleitung

Bei Rückenschmerzen handelt es sich nicht um eine abgrenzbare Krankheitsentität, sondern um eine Ansammlung von Symptomen, die durch unterschiedliche Ursachen hervorgerufen bzw. aufrechterhalten werden können (vgl. Hildebrandt & Pfingsten, 2011). Die Pathomechanismen rangieren von (eher seltener vorkommenden) spezifischen Ursachen (wie z.B. Wirbelbrüchen, Bandscheibenvorfällen oder lokalen Entzündungen) bis zu (unbedenklichen) Belastungsschmerzen als Zeichen hoher körperlicher Beanspruchung. In den meisten Fällen (in mehr als 80%) handelt es sich um (ggf. rezidivierend auftretende) Schmerzzustände, die sich nicht auf einen einzigen spezifischen Krankheitsprozess mit definierbarer körperlicher Ursache zurückführen lassen (sog. nicht-spezifische Rückenschmerzen) (Pfingsten & Hildebrandt, 2011). Nicht-spezifische Rückenschmerzen bedeuten nicht, dass es sich – mangels ausreichendem Nachweis einer körperlichen Pathologie – um Schmerzen psychosomatischen Ursprungs handelt. Selbstverständlich können Schmerzen als Erlebensphänomen immer in einem engen Zusammenhang zu psychischen Faktoren stehen. Dies betrifft auch den direkten Einfluss von Konflikterfahrungen und vergangenen wie akuten Belastungen. Der Begriff nichtspezifischer Rückenschmerz beschreibt aber etwas anderes, nämlich dass ernsthafte körperliche Erkrankungen als Ursache ausgeschlossen sind – ohne dass über andere Ursachen damit eine Annahme getroffen wird. Dennoch gibt es i.d.R. somatische Zusammenhänge: Diese betreffen i.d.R. gutartige, aber mitunter sehr schmerzhafte Funktionsstörungen, die sehr nachhaltig zu Beeinträchtigungen der Beweglichkeit und des Verhaltensspielraumes führen können. Diese stehen in vielen Fällen unter dem Einfluss emotionaler, kognitiver und verhaltensmäßiger Faktoren, die den Verlauf nachhaltig bestimmen können. Die Bezeichnung nicht-spezifischer Schmerz hat den ent-

scheidenden Vorteil, dass dadurch die Aufmerksamkeit von der ausschließlichen Betrachtung struktureller bzw. funktioneller Veränderungen hin zu einem Verständnis einer multifaktoriellen Genese von Rückenschmerzen möglich wird. Mit diesem Begriff gelingt es besser, auf die in vielen Fällen gegebene Multikausalität des Phänomens Rückenschmerz hinzuweisen und damit die monomodale Anwendung spezifischer, i.d.R. invasiver Maßnahmen kritischer zu bewerten.

Zur Behandlung von Rückenschmerzen gibt es eine große Anzahl unterschiedlicher Therapieangebote, die bzgl. ihrer Indikation und Effizienz kaum noch überblickt werden können. Angesichts der weiten Verbreitung von Rückenschmerzen, der damit verbundenen hohen medizinischen Inanspruchnahme, der Vielfältigkeit der Verläufe und der beteiligten Krankheitsfaktoren sowie der vielen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten ist es für den behandelnden Arzt oftmals nicht einfach, eine adäquate und rationelle Behandlungsstrategie zu finden. Um diese Situation zu verbessern, wurde Ende 2010 die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz veröffentlicht, in der eine evidenz-basierte Bewertung der vielfältigen Therapieangebote erfolgte. Die wesentliche Richtung der abgegebenen Empfehlungen basiert auf der Erkenntnis, dass bei multifaktorieller Verursachung eine monomodale Behandlung i.d.R. nicht ausreicht und dass für die optimale Versorgung von Rückenschmerzen die Kompetenz einer umfassenden, multidisziplinären Behandlung erforderlich ist (Bundesärztekammer, 2010).

2. Prävalenz

Rückenschmerzen gehören in Deutschland und anderen westlichen Industrieländern seit langem zu den größten Gesundheitsproblemen. Dadurch dass Rückenschmerzen häufig auftreten, alle Bevölkerungsschichten erfassen und i.d.R. rezidivierenden Charakters sind, erzeugen sie eine enorme Krankheitslast und verursachen erhebliche Kosten für das Gesundheitssystem (Fahland et al., 2011). Anhand einer großen bevölkerungsbezogenen Studie mit Befragung von ca. 10.000 zufällig ausgewählten Bürgern aus Deutschland konnte gezeigt werden, dass die Punktprävalenz von Rückenschmerzen ca. 35% beträgt (Schmidt et al., 2007). 84% der Betroffenen hatten eher leichte bis mittlere Schmerzen, während 16% unter stark beeinträchtigenden Beschwerden (i.d.R. mit längerer Arbeitsunfähigkeit) litten. Vom Verlauf her ist es wichtig zu wissen, dass die Beschwerden bei fast 90% der von Rückenschmerzen betroffenen Menschen nach kurzer Zeit wieder abklingen (Croft et al., 1998). Die eher kleinere Gruppe von Patienten mit rezidivierend auftretenden oder chronischen Beschwerden, die neben einer starken körperlichen i.d.R. auch erhebliche psychosoziale Beeinträchtigungen aufweisen, verursacht dabei die höchsten Kosten (Wenig et al., 2009).

Bei der Betrachtung der epidemiologischen Zahlen

der letzten Jahrzehnte könnte der Eindruck entstehen, dass Rückenschmerzen immer häufiger auftreten und immer höhere Kosten verursachen. Während letzteres sicher richtig ist, aber eher mit den generell steigenden Kosten des Gesundheitssystems zu erklären ist, kann die Frage der epidemiologischen Entwicklung von Rückenschmerzen im Vergleich verschiedener Zeiträume aufgrund der sehr unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen nicht sicher beantwortet werden. Es ist aus den vorliegenden Daten aber eine Tendenz abzuleiten, dass die Auftretenshäufigkeit eher konstant bleibt. Einen Hinweis darauf lieferten zwei methodisch vergleichbaren Querschnittstudien aus Lübeck mit den betrachteten Zeiträumen 1992 und 2003 (Hüppe et al., 2007). In diesen Studien fanden sich für beide Zeiträume vergleichbare Punktprävalenzen von 39 bzw. 38% sowie Jahresprävalenzen von 73 bzw. 74%. Obwohl die Auftretenshäufigkeiten demnach nicht steigen, ist es dennoch ein auffälliges Phänomen, dass ein Krankheitsbild trotz enormer Fortschritte in der bildgebenden Diagnostik und trotz der Erleichterung der Arbeitsbedingungen bzgl. körperlich belastender Tätigkeiten im Laufe der letzten Jahrzehnte nicht seltener auftritt.

Vom schottischen Orthopäden und international renommierten Rückenschmerzexperten Gordon Waddell wird die Hypothese aufgestellt, dass man trennen sollte zwischen einer (nicht vorhandenen) „Epidemie von Rückenschmerzen“ und einer Zunahme des subjektiven Beeinträchtigungserlebens durch Rückenschmerzen, was sich insbesondere in einer Zunahme rückenschmerzbedingten Krankheitstage manifestiert (Waddell, 1998). Das Erleben von Beeinträchtigung wird stark durch psychologische Faktoren und einen hohen Anspruch an die eigene Gesundheit beeinflusst (s.u.).

3. Gesundheitssystem und gesellschaftliche Faktoren

Das Ausmaß der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit durch Rückenschmerzen wird offensichtlich auch stark durch die jeweiligen sozialen Sicherungs- und Gesundheitssysteme geprägt (Bigos & Müller, 2004). Dabei trifft für den Rückenschmerz besonders zu, was als die „Fortschrittsfalle“ beschrieben wurde: Mit zunehmender Verbesserung der diagnostischen Wirksamkeit der therapeutischen Verfahren steigt die Zahl der (chronisch) Schmerzkranken eher, anstatt abzunehmen (Raspe et al., 2008). Ein gutes Beispiel dafür ist die Bildgebung (Röntgen, Computer- und Kernspintomographie). Die Fortschritte in der Bildgebung haben die Diagnostik mancher Erkrankungen stark verbessert und es gelingt immer besser, morphologische Abweichungen von einer idealen Norm zu identifizieren (hohe Sensitivität). Bei Rückenschmerzen relativiert sich dieser Nutzen aber, da die Befunde oft kaum mit dem klinischen Bild korrelieren (geringe Spezifität). Wiederholt haben Vergleiche zwischen Menschen mit und ohne Rückenschmerzen in

der Bildgebung nur geringe bis gar keine Korrelationen zwischen klinischen und radiologischen Befunden gezeigt (Chou et al., 2009). Dazu passt, dass die in den USA beobachtete Zunahme der Bildgebung um über 300% zu keiner nachweisbaren Verbesserung der Versorgungssituation von Rückenschmerzen geführt hat (Deyo et al., 2009). Die Tendenz zur Indikation von Bildgebung hält aber weiter ununterbrochen an. Vermutlich spielen Patientenwünsche und die Sorge, dass ein anderer Kollege eine vermeintliche Ursache der Schmerzen finden könnte, dafür eine bedeutendere Rolle (Chenot et al., 2008). Wenn in erster Linie der radiologische Befund zur Bestimmung des weiteren Vorgehens herangezogen wird, besteht aber die Gefahr einer falsch angelegten Behandlung. Patient und Arzt werden für eine somatische Pathologie sensibilisiert und für ein somatisches Krankheitskonzept bestärkt. Dadurch wird wiederum das Risiko erhöht, dass relevantere, im psychosozialen Umfeld liegende Ursachen vernachlässigt werden. Wenn sich Patienten Sorgen über den „Schaden an ihrer Wirbelsäule“ machen, kann dies gravierende Konsequenzen für ihr weiteres Verhalten nach sich ziehen und die Chronifizierung nachhaltig befördern (Kendrick et al., 2001).

Die unkritische Darstellung neuer, d.h. im Regelfall nicht gut erprobter, diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen schafft bei den Betroffenen Hoffnungen und Anspruchshaltungen auf Therapieerfolge, die meist nicht erfüllt werden können. Dies führt auf Seiten der Patienten zu Unsicherheiten, schwächt ihre Fähigkeit zum Selbstmanagement und fördert Ängste. Der durch die Medien verbreitete vermeintliche Anspruch auf Schmerz-/Leidensfreiheit führen dazu, dass Schmerzen schon bei geringer Intensität als unerträglich erlebt werden und nicht mehr als normale Befindlichkeitsstörung. Damit kann die bis in die 1990er-Jahre steigende Prävalenz von Rückenschmerzen in allen Industriestaaten auch durch eine veränderte Sichtweise und ein verändertes Verhalten der betroffenen Menschen erklärt werden (Raspe et al., 2008). „Normale“ Rückenschmerzen werden zunehmend als medizinisches Problem betrachtet und man ist weniger dazu bereit, „normale“ alters- oder bewegungsbezogene Schmerzen zu tolerieren.

4. Arbeitsplatz

Oft besteht auf Seiten der betroffenen Patienten die Überzeugung, dass die Rückenschmerzen mit der Arbeitstätigkeit in Zusammenhang stehen bzw. dadurch verursacht wurden. Der Wunsch nach Krankschreibung geht in den meisten Fällen vom Patienten aus und ist häufig der wichtigste Konsultationsgrund. Dies kann vor dem Hintergrund einer fehlenden Passung zwischen körperlicher Leistungsfähigkeit und rüchenschmerzbedingter Beeinträchtigung objektiv korrekt sein. Im Rahmen des Angst-Vermeidungs-Modells (s.u.) kann er aber auch aus einer inadäquaten subjektiven Krankheitsmodellvorstellung des betroffenen Patienten resultieren,

welche objektiven Kriterien nicht standhält.

Aus naiv biomechanischer Sicht scheint ein plausibler kausaler Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzbedingungen und dem Auftreten von Rückenschmerzen zu bestehen. Frühere Studien haben dies auch für mehrere Bedingungen des Arbeitsplatzes bzw. Arbeitsbewegungen nachgewiesen (Andersson, 1997). Zu körperlichen Belastungen werden dabei unter anderem statisch einseitige Körperhaltungen, die über längere Zeit eingenommen werden, schweres Heben und Tragen sowie Vibrationen gezählt. Allerdings zeigten prospektive Längsschnittstudien zum Zusammenhang lang anhaltend eingenommener konstanter Körperpositionen und Rückenschmerzen, dass ein einfacher biomechanischer Zusammenhang so nicht vorliegt (Morlock et al., 1998). Als wichtige Einflussvariable wirken subjektive Bewertungen der Untersuchten über die Schwere ihre Arbeitstätigkeiten ein, die nicht in Kongruenz zu den objektiven Belastungen stehen müssen (Bigos & Müller, 2004).

Trotz der Erleichterung der Arbeitsplatzbedingungen in den Industrienationen in den letzten Jahrzehnten ist die Prävalenz von Rückenschmerzen nicht zurückgegangen (s.o.). Die zum Teil kostspieligen Verbesserungen der ergonomischen Arbeitsplatzbedingungen blieben häufig ohne nachweisbare Wirkung. In den Studien zu Risikofaktoren aus dem beruflichen Bereich wurden andere potenziell konfundierende Variablen, wie soziale Stellung, Qualifikation, Arbeitssicherheit, meist nicht berücksichtigt. Auch wenn nachgewiesen ist, dass Menschen mit größerer Arbeitsbelastung mehr Rückenschmerzen haben, so muss dies nicht notwendigerweise allein kausal auf die mechanischen Belastungen zurückzuführen sein. Andere nicht-mechanische Ursachen wie Unterschiede der Arbeitsorganisation, die Arbeitszufriedenheit oder die individuellen kompensatorischen Möglichkeiten können ebenfalls eine entscheidende Rolle spielen. Die bisherigen Ergebnisse legen nahe, dass Rückenschmerzen und Arbeitsunfähigkeit weniger mit der objektiven Belastung am Arbeitsplatz zu tun haben, sondern (mindestens auch) mit dem subjektiven Belastungserleben. Psychologische Variablen (Wahrnehmung hoher Arbeitsanforderungen, Zeitdruck, geringe Gruppenkohäsion, Erleben starker Kontrolle, geringes Autonomie-Erleben, geringe Unterstützung durch Vorgesetzte) spielen dabei offensichtlich eine große Rolle (Hoogendorn et al., 2000).

5. Schmerz und Psychologie

Ein anhaltendes Problem besteht darin, dass psychosoziale Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Schmerzkrankungen immer noch vernachlässigt werden (Pfingsten et al., 2011). Die Gründe dafür sind vielfältig und betreffen Motive sowohl auf Seiten des Arztes als auch auf Seiten der Patienten:

- Auf Seiten der Mediziner behindern Fachspezialisierung (einseitig somatisch oder operativ ausgerichtete Weiterbildung) und ökonomische Zwänge die Identifikation entsprechender Zusammenhänge.
- Patienten haben für die Erklärung von Rückenschmerzen i.d.R. ein eher somatisch ausgerichtetes Krankheitsmodell; oftmals wird bereits jede Andeutung psychosomatischer Zusammenhänge als Bedrohung der „Legitimität“ ihrer Erkrankung erlebt.

Für Arzt und Patient ist es damit oftmals leichter, sich auf eine somatische Diagnose und eine (ausschließlich) darauf bezogene Therapie zu einigen. Durch die Nichtbeachtung psychosozialer Faktoren entsteht aber das Risiko, dass die Behandlung in der Zielrichtung „falsch“ angelegt wird und unnötige somatische Interventionen durchgeführt werden, die den Krankheitsverlauf weiter voranschreiten lassen bzw. sogar zu weiteren Schädigungen führen. Die Erfahrung zeigt, dass oftmals erst ganz am Ende – wenn somatische Interventionen ausgereizt sind – nach psychosomatischen Zusammenhängen gesucht wird. Dann aber sind die Chancen für eine erfolgversprechende psychotherapeutische Intervention bereits deutlich gesunken; Arzt und Patient bewerten einen solchen Zusammenhang dann als „das, was übrig bleibt“, eine Restkategorie, die nicht einmal aufgrund verifizierter Befunde zustande kommt, sondern weil andere Gründe fehlen. Insofern sollten psychosoziale Zusammenhänge als etwas Normales bereits im Erstkontakt angesprochen werden (s.u.).

Schmerz ist eine subjektive Erfahrung und ein subjektives Erlebensphänomen, insofern wird er durch psychologische Faktoren beeinflusst. Dies ist bereits bei akuten Schmerzen der Fall, wobei durch experimentelle Befunde nachgewiesen ist, dass die Rahmenbedingungen, in denen Schmerz erlebt wird, entscheidend auf die Stärke und Dauer der Schmerzen Einfluss nehmen können (Turk u. Rudy, 1986). Konsequenzen ergeben sich hieraus z.B. auch für die postoperative Schmerztherapie und die Versorgung schwerer akuter Schmerzen, in die Maßnahmen aus dem psychologischen Spektrum – wie z.B. eine am emotionalen Zustand des Patienten orientierte Information oder die Vermittlung von Entspannungs- und Schmerzbewältigungs-Techniken – eingebettet sein sollten (Schön et al., 2007).

Besonders bedeutsam werden psychologische Phänomene beim chronischen Schmerz. Mit fortschreitender Chronifizierung nimmt die Bedeutung psychologischer Mechanismen für die Aufrechterhaltung der Schmerzen zu. Somatische Faktoren stehen in den meisten Fällen vor allem am Anfang der Kausalkette und verlieren aufgrund multipler Beeinflussung durch psychosoziale Faktoren zunehmend an Bedeutung. Insbesondere der individuelle Umgang mit den Schmerzen (sog. Krankheitsbewältigung) bestimmt den weiteren Verlauf. Die aus dem Symptom „Schmerz“ resultierenden Konsequenzen sind für die Aufrechterhaltung der chronischen Symptomatik – im Sinne eines *Circulus vitiosus* – schließlich mehr verantwortlich als die ursprünglich auslösende Situation.

Letztendlich entsteht ein eigenständiges Krankheitsbild, das geprägt ist durch Auswirkungen auf der körperlichen Ebene (z.B. körperliche Dekonditionierung), psychische Beeinträchtigungen (Angst, Depressivität), Veränderungen im Verhalten (Schon- und Vermeidungsverhalten, „Schmerzmanagement“-Aktivitäten), eine ungünstige Krankheitsbewältigung sowie soziale Konsequenzen (Arbeitsplatzverlust, soziale Isolation), die wiederum auf den Schmerz zurückwirken (Pflingsten et al., 2011a).

Das Ausmaß der erlebten Beeinträchtigung (als Befinden) ist offensichtlich mehr von psychischen als von körperlichen Faktoren beeinflusst. Wie sehr sich jemand beeinträchtigt fühlt – und sich entsprechend verhält – hängt nicht allein von der objektiven Schwere der Erkrankung ab, sondern zusätzlich vom Grad der erlebten Kompensationsmöglichkeiten, von der subjektiven Verfügbarkeit von Hilfsmitteln und dem Umfang, in dem ein Patient gelernt hat, Einschränkungen der Beweglichkeit durch veränderte Bewegungsabläufe auszugleichen. Der Krankheitsverlauf scheint in entscheidender Weise davon abhängig zu sein, was ein Betroffener über die Ursache seiner Beschwerden, wie sie beeinflusst werden können und welches Verhalten ihn/sie vor weiterer Schädigung bewahrt denkt (Pflingsten et al., 2011b).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass beim Prozess der Schmerz-Chronifizierung vielfältige Verursachungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen individuell komplex miteinander konfundiert sind. Neben vorrangig somatischen Mechanismen wirken in diesen Vorgang auch Prozesse der Wahrnehmung und Aufmerksamkeit, der kognitiven Bewertung und der emotionalen Befindlichkeit verhaltenssteuernd ein. Persönlichkeitsdispositionen und Lernerfahrungen können dabei sowohl Wahrnehmungsorientierungen und Bewertungen beeinflussen wie auch bestimmte Verhaltenspräferenzen nach sich ziehen (Pflingsten & Eich, 2011).

Die meisten Ergebnisse zum Verständnis der Schmerz-Chronifizierung liegen für den Rückenschmerz vor. In prospektiven Studien zeigt sich nahezu konsistent, dass

1. psychische Belastung im weitesten Sinne; auch Depressivität,
2. schmerzbezogene Angst, und
3. die Vermeidung normaler (körperlicher) Aktivitäten

wesentliche Voraussetzungen für die Chronifizierung darstellen (Boersma u. Linton, 2006). Während Punkt 1 („psychischer Distress“) eine sehr große Bandbreite individueller Konstellationen abdeckt (psychosomatische Kausalität im engeren Sinn, auch Traumatisierungen, psychische Komorbidität oder anhaltende Stresserfahrungen), lassen sich die Punkte 2 und 3 weitgehend einem übergeordneten Mechanismus zuordnen, der in dem zur Zeit elaboriertesten Modell der Entwicklung chronischer muskuloskelettaler Schmerzen zusammengefasst ist: dem Angst-Vermeidungs-Modell (Vlaeyen et al., 1995; Leeuw et al., 2007; Pflingsten, 2009).

6. Angst-/Vermeidungsmodell

Im Angst-/Vermeidungsmodell des bewegungsbezogenen Schmerzes werden Kognitionen und das daraus resultierende Verhalten der Betroffenen als entscheidend dafür angesehen, ob sich aus einem einfachen Schmerzgeschehen ein komplizierter chronischer Verlauf entwickelt.

Kognitive Überzeugungen sind für die Prognose der Krankheitsentwicklung von großer Bedeutung. Diese Einschätzungen sind stark durch Vorstellungen der Patienten über die Art der Erkrankung, ihre potenziellen Auswirkungen und ihre Behandelbarkeit sowie die psychische Beeinträchtigung und das Krankheitsverhalten beeinflusst. Viele Patienten mit Rückenschmerzen sind davon überzeugt, dass Aktivität, Belastung und Bewegung dem Rücken schaden und dadurch Schmerz verursacht oder verstärkt wird. Als Konsequenz auf diese Schmerzüberzeugung reagieren sie typischerweise mit einer (angstmotivierten) Vermeidung von Bewegung und Belastung. Die Befürchtung/Vorstellung eines sich (möglicherweise) verstärkenden Schmerzes behindert die Ausübung von körperlicher Aktivität schließlich mehr als die körperlichen Beeinträchtigungen selbst. Vermeidung von Bewegung führt langfristig zu einer fortschreitenden Deaktivierung mit körperlicher Dekonditionierung, Fehlhaltung, Koordinationsstörungen sowie erheblichen Schwächen wichtiger Muskelgruppen im Bereich des Rumpfes. Abgesehen von den Auswirkungen auf der körperlichen Ebene kommt es auch zu psychosozialen Konsequenzen (sozialer Rückzug, zunehmende Angst, depressive Symptome), und damit im Sinne eines Circulus vitiosus zu einer Verfestigung der Krankenrolle und des Beeinträchtigungserlebens. Dieses (Vermeidungs-) Verhalten ist ausgesprochen lösungsresistent, da die betreffende Person aufgrund der anhaltenden Vermeidung nicht mehr die Erfahrung machen kann, dass zwischen Reiz (Bewegung) und Schmerz keine notwendige Verbindung besteht.

Diese Laientheorien der Patienten werden im medizinischen Versorgungssystem oftmals unterstützt, indem vermittelt wird, dass Heilung durch passive Maßnahmen, Spritzen und Krankschreibung erreichbar sei. Der Diagnostik nicht-spezifischer struktureller Veränderungen in bildgebenden Verfahren wird zu große Bedeutung beigemessen. Frühes und wiederholtes Röntgen, häufige Injektionen und wiederholte chirotherapeutische Manipulationen, Verordnung passiver physikalischer Maßnahmen, Anweisungen zur Schonung und Belastungsvermeidung sowie lang anhaltende medikamentöse Behandlung verstärken das Krankheitsgefühl und fördern die weitere Aktivitätsintoleranz. Gleiches gilt für Krankschreibung über längere Zeiten.

7. Therapeutische Implikationen

Unter Berücksichtigung des Angst-/Vermeidungs-Mo-

dells sollten therapeutische Maßnahmen daraufhin geprüft werden, ob sie möglicherweise problematische Angst-/Vermeidungs-Einstellungen festigen. Diesbezüglich sind insbesondere Rückenschulen daraufhin zu prüfen, ob sie inhaltlich pauschalisierte Vermeidungs-Dogmen transportieren oder nach modernen Konzepten angelegt sind (Lühmann et al., 1999).

Bei starken Angst-/Vermeidungskognitionen und einem ausgeprägten Schon- und Vermeidungsverhalten ist es sinnvoll, Elemente der Angstbehandlung in die Behandlung von Patienten mit Rückenschmerzen einzubeziehen. Wiederholte Exposition, d.h. Konfrontation mit dem Angst-auslösenden Stimulus (spezifische individuelle Bewegungen und Belastungen) sowie die Verhinderung des Vermeidungsverhaltens sind dabei die effektivsten Therapiemethoden. In einem intensiven körperlichen Training kann eine Löschung des konditionierten Zusammenhanges zwischen Angst und Bewegung und dem resultierenden Vermeidungsverhalten erreicht werden. Dabei steht die Löschung der phobischen Reiz-Reaktions-Verbindung sowie aufrechterhaltender Kognitionen im Mittelpunkt. Die Patienten sollen unter kontrollierten Bedingungen am eigenen Verhalten erleben, dass sie sich ohne Schmerzverstärkung bewegen können. Grundlage einer derartigen Vorgehensweise ist u.a. die Durchführung von Bewegungsübungen nach Quotenplänen, sowie weitere verhaltenstherapeutische Prinzipien, wie sie ausführlich bei Hildebrandt beschrieben sind (Hildebrandt & Pfingsten, 2003, 2009).

8. Management des Rückenschmerzes

Rückenschmerzen müssen als ein rezidivierend auftretendes Symptom angesehen werden, das in Verbindung mit anderen Begleitfaktoren, vor allem psychologischer und sozialer Art, zur Chronifizierung führen kann. Der Prozess der Chronifizierung verläuft in Stadien, in dem durch das Verhalten der Betroffenen oder des Behandlungsumfeldes sowie die individuellen sozialrechtlichen und beruflichen Rahmenbedingungen Heilungschancen entweder wahrgenommen oder verpasst werden. Die unterschiedlichen Faktoren treffen bei jedem Betroffenen auf verschiedene Art und Weise zusammen und greifen in individuell unterschiedlicher Art und Weise in den Fortgang des Krankheitsprozesses ein.

In der täglichen Praxis hat sich im Umgang mit Rückenschmerzen in den vergangenen Jahren bisher noch wenig geändert (Helbing et al., 2010). Bei den verschriebenen und angewandten Maßnahmen dominieren immer noch passive Therapien, obwohl diese Therapieformen nachgewiesenermaßen wenig effektiv sind. In der nationalen Versorgungs-Leitlinie Kreuzschmerz sind die evidenzbasierten Empfehlungen für die Behandlung von Patienten mit Rückenschmerzen jüngst zusammengefasst worden (Bundesärztekammer et al., 2010, Hildebrandt et al., 2011).

Bei akuten Rückenschmerzen muss in jedem Fall eine

frühe Diagnostik für abwendbar gefährliche Verläufe (sog. red flags) durchgeführt werden, obwohl diese Ursachen selten sind. Derartige spezifische Ursachen (z.B. Infektion, Tumor, Osteoporose, Fraktur, Bandscheibenverfall) lassen sich durch eine sorgfältige körperliche Untersuchung und Anamnese i.d.R. gut identifizieren und dann einer entsprechenden Behandlung oder weitergehenden Diagnostik zuführen. Finden sich keine Hinweise für gefährliche Verläufe und andere ernstzunehmende Pathologien (wie es in der großen Mehrzahl der Betroffenen der Fall sein dürfte), sollen zunächst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden und die Schmerzen sind als „nicht-spezifisch“ zu klassifizieren. Folgende Maßnahmen sind sinnvoll:

- Durch Medikamente eine adäquate Kontrolle der Symptome erreichen, d.h. Linderung der Schmerzen, so dass die Betroffenen ihren täglichen Aktivitäten schnellstmöglich wieder nachgehen können;
- Vermeidung von unnötigen diagnostischen Maßnahmen ohne Konsequenzen, die letztlich die Gefahr einer somatischen Fixierung beinhalten.
- Prävention einer Chronifizierung, indem auf Risikohinweise für chronische Verläufe (sog. yellow flags) geprüft wird. Sollten derartige Faktoren identifizierbar sein (z.B. depressive Symptome, Probleme am Arbeitsplatz, psycho-vegetative Reaktionen, ausgeprägte Angst-/Vermeidungseinstellungen) sollte frühzeitig eine Risiko-basierte Intervention unter Hinzuziehung schmerz-psychologischer Expertise erfolgen (Schmidt et al., 2010).
- Eine ausführliche Beratung (über den normalerweise benignen Charakter von Rückenschmerzen), die Motivierung zur Beibehaltung bzw. Intensivierung der körperlichen Aktivität und die möglichst schnelle Rückkehr in die Normalität sind die wichtigsten Behandlungsprinzipien beim akuten nicht-spezifischen Rückenschmerz. Eine anschauliche Aufklärung über die Erkrankung, die gute Prognose und die Behandlungsmöglichkeiten soll dazu führen, dass die Betroffenen möglichst aktiv bleiben. Schwerpunkt der ärztlichen Aufklärung ist die Tatsache, dass körperliche Bewegung keine Schäden verursacht, sondern im Gegenteil eine Linderung der Beschwerden fördert.

Bei chronischen Rückenschmerzen reichen die oben beschriebenen Strategien nicht mehr aus. I.d.R. haben sich erhebliche Veränderungen auch im psychosozialen Bereich ergeben, die eine Gesundung nachhaltig verhindern. Folgende Strategien sollen dann eingesetzt werden (vgl. Kröner-Herwig & Pfingsten, 2011):

- Förderung eines adäquaten (bio-psycho-sozialen) Krankheitsverständnisses;
- Verständigung auf ein gemeinsames Krankheitsmodell und Förderung der aktiven Mitarbeit der Patientinnen/Patienten;
- Verhinderung von schädigendem Krankheitsverhalten;

- Einleitung einer zeitnahen effizienten Therapiestrategie und umfassende Aufklärung, sofern notwendig auch Einsatz psychotherapeutischer Intervention.
- Ziel ist möglichst eine Durchbrechung des Chronifizierungskreislaufs, der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie die Vermeidung bzw. Verminderung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit.

Am ehesten sind die o.g. Ziel erreichbar in sog. multimodalen Behandlungsprogrammen.

9. Multimodale Therapie

Die multimodale Behandlung hat das Vorgehen bei der Versorgung von Rückenschmerzen in den letzten Jahren auf internationaler Ebene dominiert. Eine der wesentlichen Prämissen des dabei zugrundeliegenden Konzepts ist die Verlagerung des Behandlungsschwerpunkts von der symptomatischen Schmerzbehandlung hin zur Behandlung gestörter körperlicher, psychischer und sozialer Funktion (daher auch die Bezeichnung „functional restoration“). Der „Functional-restoration“-Ansatz zeichnet sich durch eine klare aktivitäts-fördernde Orientierung unter kognitiv-verhaltenstherapeutischen Prinzipien aus. Das Vorgehen ist konzentriert auf die Verringerung der (subjektiv erlebten) Behinderung mittels einer Veränderung situativer Rahmenbedingungen, des Verhaltens und kognitiver Prozesse. In die Behandlung sind sporttherapeutische, ergotherapeutische, physiotherapeutische und psycho-therapeutische Interventionen in einem standardisierten Gesamtkonzept integriert (Arnold et al., 2011).

Diese Programme haben sich im nationalen wie im internationalen Schrifttum hinsichtlich Schmerzintensität, Behinderung, Depressivität, Lebensqualität und auch hinsichtlich sozialökonomischer Faktoren (z.B. Rückkehrrate in den Erwerbsprozess) gegenüber herkömmlichen Therapien, Wartegruppen oder weniger intensiven Behandlungsformen als überlegen erwiesen (Chou et al., 2007). Es wird nicht nur eine Reduzierung der Schmerzintensität und der psychischen Beeinträchtigung erreicht, sondern auch eine Steigerung der subjektiven und objektiven Funktionskapazität inkl. der Reduzierung der AU-Zeiten. Diese positiven Ergebnisse wurden übereinstimmend in mehreren Studien aus schmerz-therapeutischen Einrichtungen in Deutschland erreicht (Hildebrandt & Pfingsten, 2009; Buchner et al., 2006; Nagel & Korb, 2009; Pöhlmann et al., 2009; Schöps et al., 2000; Schütze et al., 2009).

Leider fehlen für diese modernen Behandlungskonzepte in Deutschland derzeit immer noch die entsprechenden berufspolitischen und gesetzgeberischen Voraussetzungen. Die Durchführung dieser Programme ist an hohe Anforderungen bzgl. der struktur- und prozessqualitativen Voraussetzungen gebunden, die u.a. eine Qualifizierung der beteiligten Fachdisziplinen (Ärzte,

Psychologen, Physiotherapeuten) erfordern (Arnold et al., 2009).

Literatur

- ARNOLD, B., BRINKSCHMIDT, T., CASSER, H., GRALOW, I., IRNICH, D., KLIMCZYK, K., MÜLLER, G., NAGEL, B., PFINGSTEN, M., SCHILTENWOLF, M., SITTL, R. & SÖLLNER, W. (2009). Multimodale Schmerztherapie. *Schmerz*, 23, 112-120.
- ANDERSSON, G. B. (1997). The epidemiology of spinal disorders. In J. W. Frymoyer (ed.), *The adult spine* (pp. 93-141). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- ARNOLD, B., HILDEBRANDT, J., NAGEL, B. & PFINGSTEN, M. (2011). Multimodale Therapie. In J. Hildebrandt & M. Pflingsten (Hrsg.), *Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule* (S. 415-428). München: Elsevier (Urban & Fischer).
- BIGOS, S. J. & MÜLLER, G. (2004). Spinal disorders and the workplace. In J. W. Frymoyer (ed.), *The Adult and Pediatric Spine* (pp. 27-34). Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers.
- BOERSMA, K. & LINTON, S. (2006). Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem. *Clin J Pain*, 22, 160-166.
- BUCHNER, M., ZAHLTEN-HINGURANAGE, A., SCHILTENWOLF, M. & NEUBAUER, E. (2006). Therapy outcome after multidisciplinary treatment for chronic neck and chronic low back pain. *Scand J Rheumatol*, 35, 363-367.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2010). Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz. <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz>.
- CHENOT, J. F., SCHERER, M. & BECKER, A. (2008). Acceptance and perceived barriers of implementing a guideline for managing low back in general practice. *Implement Sci*, 3, 7.
- CHOU, R. & HUFFMAN, L. H. (2007). Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain. *Ann Intern Med*, 147, 492-504.
- CHOU, R., FU, R., CARRINO, J. A., DEYO, R. A. (2009). Imaging strategies for low-back pain. *Lancet*, 373, 463-472.
- CROFT, P. R., MACFARLANE, G. J., PAPAGEORGIOU, A. C., THOMAS, E. & SILMAN, A. J. (1998). Outcome of low back pain in general practice. *BMJ*, 316, 1356-1359.
- DEYO, R. A., MIRZA, S. K., TURNER, J. A. & MARTIN, B. I. (2009). Overtreating chronic back pain? *J Am Board Fam Med*, 22, 62-68.
- FAHLAND, R., SCHMIDT, C. O., RASPE, H., FENG, Y. S. & KOHLMANN, T. (2011). Epidemiologie und sozioökonomische Bedeutung. In J. Hildebrandt & M. Pflingsten (Hrsg.), *Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule* (S. 6-21). München, Urban & Fischer (Elsevier).
- HELBING, T., STRUBE, J., PAVALAKOVIC, G., CHENOT, J. & PFINGSTEN, M. (2010). Behandlungswege von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Schmerz*, 24, 87.
- HILDEBRANDT, J. & PFINGSTEN, M. (2011). Einleitung und Vorwort. In J. Hildebrandt & M. Pflingsten (Hrsg.), *Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule* (S. 1-4). München, Elsevier (Urban & Fischer).
- HILDEBRANDT, J. & PFINGSTEN, M. (2009). Vom GRIP zur multimodalen Therapie. *Orthopäde*, 38, 885-895.
- HILDEBRANDT, J. & PFINGSTEN, M. (2003). GRIP – Das Manual. Berlin, Congress-Compact-Verlag.
- HILDEBRANDT, J., MÜLLER, G. & PFINGSTEN, M. (2011). Gesamtmanagement. In J. Hildebrandt & M. Pflingsten (Hrsg.), *Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule* (S. 441-452). München, Elsevier (Urban & Fischer).
- HOOGENDOORN, W. E., V. POPPEL, M. N., BONGERS, P. M. (2000). Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for low back pain. *Spine*, 25, 2114-2125.
- HÜPPE, A., MÜLLER, K. & RASPE, H. (2007). Is the occurrence of back pain in Germany decreasing?. *Eur J Public Health*, 17, 318-322.
- KENDRICK D, FIELDING K, BENTLEY E, et al. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain. *BMJ*, 322, 400-5.
- KRÖNER-HERWIG, B. & PFINGSTEN, M. (2011). Verhaltenstherapeutische Methoden. In J. Hildebrandt & M. Pflingsten (Hrsg.) *Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule* (S. 356-364). München, Elsevier (Urban & Fischer).
- LEEuw, M., GOOSSENS, M., LINTON, S., CROMBEZ, G., BOERSMA, K & VLAEYEN, J. (2007). The Fear-Avoidance-Model of Musculoskeletal Pain: Current state of evidence. *J Behav Med*, 30, 77-94.
- LÜHMANN, D., KOHLMANN, T. & RASPE, H. (1999). Die Wirksamkeit von Rückenschulprogrammen in kontrollierten Studien. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 93, 341-348.
- MORLOCK, M., BONIN, V., HANSEN, I. & SCHNEIDER, E. (1998). Statistische und biomechanische Untersuchung ausgewählter Aspekte der Begutachtung der BK2108. In S. Radandt, R. Grieshaber & W. Schneider (Hrsg.), *Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen* (S. 364-395). Leipzig, Monade.
- NAGEL, B. & KORB, J. (2009). Multimodale Therapie des Rückenschmerzes. *Orthopäde*, 38, 907-102.
- PFINGSTEN, M. & HILDEBRANDT, J. (2011). Rückenschmerzen. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (S. 431-452). Heidelberg, Springer.
- PFINGSTEN, M. & EICH, W. (2011). Psychosomatische und psychologische Faktoren. In J. Hildebrandt & M. Pflingsten (Hrsg.), *Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule* (S. 192-202). München, Elsevier (Urban & Fischer).
- PFINGSTEN, M., MÜLLER, G. & CHENOT, J. (2011) Vom Symptom zur Krankheit. In J. Hildebrandt & M. Pflingsten (Hrsg.), *Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule* (S. 103-110). München, Elsevier (Urban & Fischer).
- PFINGSTEN, M., KORB, J. & HASENBRING, M. (2011). Psychologische Mechanismen der Chronifizierung. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (S. 115-134). Heidelberg, Springer.
- PFINGSTEN, M. (2009). Chronischer Rückenschmerz – Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie. *AINS*, 1, 40-45.
- PÖHLMANN, K., TONHAUSER, T., JORASCHKY, P. & ARNOLD, B. (2009). The Dachau multidisciplinary treatment program for chronic pain. *Schmerz*, 23, 40-46.
- RASPE, H., HUEPPE, A. & NEUHAUSER, A. (2008). Back pain, a communicable disease? *Int J Epidemiol*, 37, 69-74.
- SCHMIDT, C. O., RASPE, H., PFINGSTEN, M., HASENBRING, M., BASLER, H. D., EICH, W. & KOHLMANN, T. (2007). Back Pain in the German Adult Population. *Spine*, 32, 2005-2011.
- SCHMIDT, C. O., CHENOT, J. F., PFINGSTEN, M., FAHLAND, R. A., LINDENA, G., MARNITZ, U., PFEIFER, K. & KOHLMANN, T. (2010) Assessing a risk tailored intervention to prevent disabling low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11(5), 1-7.
- SCHÖPS, P., AZAD, S. C., BEYER, A., FRIEDLE, A. M., LADE, B., SCHMITT, H. J. & PFINGSTEN, M. (2000). Das Münchener Rücken Intensiv Programm (MüRIP). *Rhys Med Rehab Kur*, 10, 120-126.
- SCHÖN, J., GERLACH, K. & HÜPPE, M. (2007). Influence of negative coping style on post-operative pain reporting and pain-related behaviour. *Schmerz*, 21(2), 146-153.
- SCHÜTZE, A., KAISER, U., ETTRICH, U., GROSSE, K., GOSSRAU, G. & SCHILLER, M. (2009). Evaluation of a multimodal pain therapy at the University Pain Centre Dresden. *Schmerz*, 23, 609-617.
- TURK, D. C. & RUDY, T. E. (1986). Assessment of cognitive factors in chronic pain. *J Consult Clin Psychol*, 54, 760-768.
- VLAEYEN, J. W., KOLE-SNIJDERS, A. M., BOEREN, R. G. & VANEEK, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain. *Pain*, 62, 363-372.
- WADDELL, G. (1998). *The Back Pain Revolution*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- WENIG, C. M., SCHMIDT, C. O., KOHLMANN, T. & SCHWEIKERT, B. (2009). Costs of back pain in Germany. *Eur J Pain*, 13, 280-286.

Autor

Prof. Dipl.-Psych. Dr. Michael Pfingsten
Ltd. Psychologe
Schmerztagesklinik und -Ambulanz
Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und
Intensivmedizin



Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Straße 40
D-37075 Göttingen
Telefon: +49 (0) 551 398816
Fax: +49 (0) 551 394164
michael.pfingsten@med.uni-goettingen.de



3-jährige Weiterbildung im ÖAGG

Erweitern Sie Ihre persönliche und berufliche Kompetenz durch die Integration kreativer Medien in Ihr Arbeitsfeld. Die Methode arbeitet mit Übergängen von einem Medium zum Anderen, aktiviert durch ihre Vielfältigkeit alle Sinne und eröffnet somit neue Zugänge zu persönlichen Problem- und Konfliktlösungen. Unser Curriculum im ÖAGG basiert auf Ansätzen der Kunsttherapie, der Kreativitäts-, Kognitions- und Synästhesie-, sowie der neueren Säuglingsforschung von Daniel Stern und den Erfahrungen der humanistischen und psychoanalytischen Psychotherapie.

Nähere Informationen:

Einführungsseminar: 13.-14.10.2012
Thomas Mayr, Tel.: 01/504 46 37 oder 06991/033 58 20
Kosten: Eur 220,00
e-mail: Thomas-Mayr@chello.at
Anmeldeschluß: 14 Tage vor Seminarbeginn

www.multimediale-kunsttherapie.at

Schmerz lass nach!



2011. 109 S., Kt
€ 19.95 / CHF 28.50
ISBN 978-3-456-85013-9
E-Book € 16.99 /
CHF 24.99

George L. Engel
Schmerz umfassend verstehen
Der biopsychosoziale Ansatz zeigt den Weg

Ärzte haben es nicht nur mit körperlichen Funktionsstörungen zu tun, Psychologen nicht nur mit körperlosen Vorstellungen. Das wird besonders eindrücklich beim Schmerz, dessen körperliche Realität ebenso unleugbar ist wie seine psychische Bestimmtheit.



2006. 250 S., 19 Abb.,
33 Tab., Kt inkl. CD
€ 29.95 / CHF 48.90
ISBN 978-3-456-84254-7
E-Book € 26.99 /
CHF 37.99

O. Berndt Scholz
Hypnotherapie bei chronischen Schmerzerkrankungen
Von der Planung zur Durchführung

Eine auf wissenschaftlichen Grundlagen basierende Handreichung zur Hypnotherapie chronischer Schmerzerkrankungen

www.verlag-hanshuber.com

HUBER

Psychopathologie und Schmerz

Psychopathology and Pain

Sarah Reitz, Christian Schmahl & Karl-Jürgen Bär

Themenschwerpunkt Schmerz

Zusammenfassung

Schmerz ist eine multidimensionale Empfindung, die sich aus sensorischer Information, affektiver Verarbeitung und einer kognitiv-evaluativen Komponente zusammensetzt. Weiterhin löst Schmerz Veränderungen autonomer Körperfunktionen (Blutdruck, Herzfrequenz etc.) aus. Die Schmerzempfindung kann bei verschiedenen psychiatrischen Störungsbildern durch Störungen der einzelnen Aspekte oder deren Kombination beeinflusst sein mit dem Resultat einer Über- oder Unterempfindlichkeit für Schmerzreize. Experimentelle Studien haben für verschiedene psychiatrische Erkrankungen unterschiedliche Mechanismen für veränderte Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung beschrieben. In dieser Übersichtsarbeit werden klinische und experimentelle Erkenntnisse zur Schmerzverarbeitung bei der Depression, der Schizophrenie, der Anorexie, der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der Posttraumatischen Belastungsstörung dargestellt; hierbei werden jeweils die Aspekte Psychophysiologie, Neuroanatomie und Neurochemie beleuchtet.

Abstract

Pain is a multidimensional sensation which is comprised of sensory information, affective processing and a cognitive-evaluative component. Furthermore, pain leads to changes in autonomous body functions (blood pressure, heart frequency, etc.). Pain perception can be altered in different psychiatric disorders by dysfunction of single aspects of pain or their combination resulting in either a hyper- or a hyposensitivity to pain stimuli. Experimental studies have described different mechanisms for altered pain perception and processing in several psychiatric disorders. This article reviews the relevant clinical as well as experimental knowledge regarding pain processing in depression, schizophrenia, anorexia, borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. The focus will be on changes in psychophysiology, neuroanatomy

and neurochemistry.

Schmerz ist eine komplexe Empfindung, die nicht nur eine reine Sinneswahrnehmung darstellt, sondern die durch viele verschiedene Faktoren beeinflussbar ist. So unterscheidet man beispielsweise folgende Schmerzkomponenten (Klossika et al., 2006; Price, 2000; Treede, Kenshalo, Gracely & Jones, 1999): Die sensorisch-diskriminative Komponente (im Folgenden „sensorisch“ genannt), die den „Sinneseindruck“ des Schmerzreizes darstellt und Informationen über Lokalisation, Qualität und Intensität dessen erfasst. Die affektiv-motivationale Komponente (im Folgenden „affektiv“ genannt), die die emotionale Schmerzwahrnehmung übernimmt. Und zuletzt die kognitive Komponente, die mit Schmerzantizipation, -aufmerksamkeit und -gedächtnis assoziiert wird, den Schmerzreiz mit früheren Erlebnissen vergleicht und die beiden anderen Komponenten übergeordnet steuert (Melzack & Casey, 1968). Vegetative Reaktionen (wie beispielsweise die Veränderung des Pupillendurchmessers oder des Blutdruckes) auf Schmerz bezeichnet man als autonome Schmerzkomponente. Spezifische Krankheitsbilder können anhand von Störungen einzelner oder mehrerer dieser Komponenten besser differenziert und somit charakterisiert werden.

Die „International Association for the Study of Pain“ (IASP) definiert Schmerz folgendermaßen: „Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen beschrieben wird.“ (IASP, 1979). Nicht alle Menschen jedoch empfinden Schmerz gleich, an der Verarbeitung und Bewertung von Schmerz sind verschiedene kognitive Mechanismen und zentrale Strukturen beteiligt, die unter Umständen aufgrund bestimmter psychopathologischer Auffälligkeiten gestört sind. Ein verändertes Schmerzempfinden bzw. eine veränderte Schmerzverarbeitung können somit Symptom verschiedener psychiatrischer Krankheits-

bilder sein. Teilweise ist diese Tatsache nicht unwesentlicher Bestandteil des eigentlichen Krankheitsbildes. So verletzen sich beispielsweise Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung selbst, um Anspannungszustände zu beenden. Depressive Patienten hingegen klagen häufig vermehrt über eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit.

Zu verstehen, wie Schmerzempfindung und -verarbeitung bei verschiedenen Störungsbildern beeinträchtigt sind, hilft behandelnden Psychologen und Ärzten im Umgang mit den Patienten und kann entscheidend für die Wahl der Therapieform sein. Der Zusammenhang zwischen psychopathologischen Zuständen und der gestörten Schmerzverarbeitung ist ein sowohl wissenschaftlich wie auch klinisch wichtiges Feld.

Im Folgenden sollen fünf Krankheitsbilder anhand ihrer Schmerzkomponenten näher beschrieben werden. Um das komplexe Zusammenspiel der einzelnen Schmerzkomponenten zu verdeutlichen, sollen zusätzlich aktuelle Erkenntnisse bezüglich Neurobiologie und Neurochemie bei den jeweiligen Störungsbildern erläutert werden.

1. Depression

45-75% der wegen einer depressiven Erkrankung stationären Patienten leiden unter Schmerzsymptomen, 22% der Patienten die sich in medizinischer Erstversorgung vorstellen, berichten über chronische Schmerzen und haben ein bis zu vierfach höheres Risiko für komorbide Angststörungen oder depressive Symptome im Vergleich zu Patienten ohne Schmerzen (Lepine & Briley, 2004).

Zudem beobachtet man für chronische Schmerzpatienten eine erhöhte Prävalenz an depressiven Störungen, darum findet man in spezialisierten Schmerzkliniken auch eine besonders hohe Komorbidität: Eine Britische Studie fand bei 26 von 36 (72%) Patienten mit chronischen Schmerzen eine komorbide Depression (Poole, White, Blake, Murphy & Bramwell, 2009).

1.1. Schmerzkomponenten

Für viele Patienten stellen dauernde Schmerzen eine besondere subjektive Beeinträchtigung dar und erschweren die Behandlung. Zudem beeinflusst die Schwere von gleichzeitig vorliegenden Schmerzen auch die Therapieergebnisse bei Patienten mit Depression (Bair, Robinson, Katon & Kroenke, 2003). Untersuchungen zeigten, dass auch bei Gesunden eine gesteigerte Schmerzwahrnehmung unter bestimmten Bedingungen gefunden werden kann, beispielsweise durch experimentelle Induktion trauriger Stimmung, welche ein Kernbestandteil der Depression ist (Rainville, Bao & Chretien, 2005). Auch die Suggestion von Kontrollverlust und Hilflosigkeit (Williams, Golding, Phillips & Towell, 2004), wesentlicher Bestandteil zur Aufrechterhaltung einer Depression, re-

sultiert in erhöhter Schmerzsensibilisierung.

Klinik und experimentelle Ergebnisse weichen jedoch voneinander ab: Depressive Patienten zeigen eine erniedrigte Schmerzsensitivität für Hitzeschmerz (Bär, Greiner, Letsch, Kobele & Sauer, 2003; Dickens, McGowan & Dale, 2003) bei gleichzeitig erhöhtem subjektiven Schmerzerleben. Jedoch sollte hier differenziert werden: Bei depressiven Patienten fand sich eine reduzierte Sensitivität gegenüber Oberflächenschmerz, beispielsweise Hitzeschmerz, jedoch eine erhöhte Schmerzsensitivität gegenüber ischämischem Tiefenschmerz, ausgelöst durch Aufpumpen einer Blutdruckmanschette über 200 mmHg und gleichzeitiger Muskelkontraktion (Bär et al., 2005). Ähnliche Unterschiede zwischen Muskelschmerz und Hitzeschmerz konnten auch bei Patienten mit akuter Belastungsreaktion und depressiver Symptomatik gefunden werden (Bär, Brehm, et al., 2006; Böttger & Bär, 2007).

Bei schmerzhafter Reizung eines Skelettmuskels durch elektrische Stimulation oder Laserstimulation konnte zudem eine deutlich stärkere Aktivierung im vorderen Gyrus Cinguli gezeigt werden. Dieses Areal wird mit der affektiven Schmerzkomponente und einer erhöhten Aufmerksamkeit für Schmerzreize in Verbindung gebracht. Man kann daher annehmen, dass unterschiedliche Schmerzreize wie Tiefenschmerz, beispielsweise im Muskel, oder Oberflächenschmerz auch kortikal unterschiedlich verarbeitet werden (Mense, 2003).

Da aber, wie bereits beschrieben, die Induktion von Traurigkeit sowohl bei depressiven Patienten, als auch bei gesunden Probanden zu einer erhöhten Schmerzsensibilität führt, kann angenommen werden, dass der erhöhten Schmerzschwelle bei depressiven Patienten andere kortikale Verarbeitungsmechanismen zu Grunde liegen als der kurzzeitigen erhöhten Schmerzsensibilität bei induzierter Traurigkeit.

Bezüglich einer Störung der sensorischen Schmerzkomponente konnten keine Defizite nachgewiesen werden (Klaunberg et al., 2008). Weiterhin fand sich kein Hinweis, dass die autonome Komponente zur veränderten Schmerzwahrnehmung in der Depression beiträgt (Boettger, Greiner, Rachow, Bruhl & Bar, 2010).

1.2. Neuroanatomie

Man nimmt an, dass der dorsolaterale präfrontale Kortex (DLPFC) an der kognitiven Verarbeitung von Schmerz und der Generierung der Schmerzempfindung beteiligt ist. Bei depressiven Patienten konnte eine verminderte Aktivität im DLPFC mit psychomotorischer Verlangsamung, Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen und positiver Korrelation mit Erkrankungsschwere in Verbindung gebracht werden (Mayberg, 2003). Die verminderte Aktivität und die Annahme, dass der DLPFC die Schmerzwahrnehmung unterdrücken kann, wenn gleichzeitig konkurrierende kognitive oder andere externe Aufgaben dargeboten werden (Lorenz, Minoshima & Casey, 2003), spricht dafür, dass bei Patienten mit Depression

die verminderte Schmerz Wahrnehmung an einer veränderten kognitiven Verarbeitung des Schmerzreizes liegen könnte. Es könnten gestörte Prozesse im DLPFC im Sinne einer Überaktivierung bei Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden gezeigt werden (Bär et al., 2007).

Die Vorstellung eines Schmerzreizes bewirkt bei Depressiven eine gesteigerte Amygdala-Aktivität (Strigo, Simmons, Matthews, Craig & Paulus, 2008), bei Gesunden (Petrovic, Carlsson, Petersson, Hansson & Ingvar, 2004) hingegen findet sich eine Deaktivierung.

1.3. Neurochemie

Wie auch bei anderen psychiatrischen Störungsbildern geht man bei der Pathogenese der Depression von Störungen in verschiedenen neurochemischen Systemen aus. Ein wichtiger Ansatzpunkt der medikamentösen Therapie (Serotonin-Reuptake-Inhibitoren, Noradrenalin-Serotonin-Reuptake-Inhibitoren) sind die Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin. Man weiß, dass diese auch an der Schmerzverarbeitung beteiligt sind, und zwar im Sinne von deszendierenden schmerzhemmenden Bahnen, die lateral im Hirnstamm liegen (Banister, Bee & Dickenson, 2009). Offensichtlich könnte ein Zusammenhang zwischen Pathogenese der Depression und veränderter Schmerzverarbeitung vorliegen, trotzdem gibt es bisher nur wenige Arbeiten hierzu. Die Arbeitsgruppe von Kundermann (2009) konnte einen Zusammenhang zwischen serotonerger Dysfunktion bei der Depression und einer veränderten Schmerz Wahrnehmung zeigen. Verminderte serotonerge Aktivität korrelierte hier mit verminderter Schmerzempfindung.

Therapeutisch sind Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren bei der Behandlung körperlicher Symptome (Rückenschmerz, abdominaler Schmerz, muskuloskeletale Schmerz, etc.) bei depressiven Patienten indiziert (Brannan et al., 2005), eine Behandlung durch Antidepressiva ohne noradrenergen Angriffspunkt ist nicht zu empfehlen.

Zusätzlich zu den Veränderungen im serotonergen und noradrenergen System konnten auch Veränderungen im Opiatsystem gezeigt werden (Frew & Drummond, 2009): Es wird eine erhöhte Ausschüttung endogener Opioide bei der Depression postuliert, die möglicherweise mit der verminderten Schmerzempfindung in Zusammenhang steht. Ein genauer Mechanismus ist derzeit noch nicht bekannt und obliegt weiterer Forschungstätigkeit.

1.4. Zusammenfassung

Klinisch präsentieren sich depressive Patienten mit einer erhöhten klinischen Schmerz Wahrnehmung, bzw. zeigen vermehrt körperliche Symptome wie Rückenschmerz etc. Experimentell jedoch fand man eine reduzierte Schmerzsensitivität, insbesondere gegenüber Oberflächenschmerz. Man geht vor allem von einer Störung

der affektiven und kognitiven, weniger der sensorischen Schmerzkomponenten aus. Eine erhöhte Aktivierung des DLPFC könnte mit einer reduzierten Schmerzverarbeitung externer Schmerzreize zusammenhängen.

2. Schizophrenie

Bei Patienten mit Schizophrenie geht man von einer deutlich reduzierten Schmerz Wahrnehmung aus. Patienten mit Schizophrenie klagen sehr viel seltener über Schmerzen als Gesunde (Kraepelin, 1919). So verletzen sich einige Patienten massiv selbst (z. B. Augenenuklearation, Kastration; Favazza, 1998) bzw. zeigen vermindertes Schmerzempfinden bei beispielsweise Knochenfrakturen (Murthy, Narayan & Nayagam, 2004).

Im Gegensatz zu depressiven Patienten leiden schizophrene Patienten selten an chronischen Schmerzen. Dieses scheinbar verminderte Schmerzempfinden führt auch immer wieder zu medizinischen Notfällen, wie z.B. akutem Abdomen (Peritonitis, rupturierter Appendix etc.), bei denen die Patienten keine oder nur kaum Schmerzen angeben (Geschwind, 1977; Rosenthal, Porter & Coffey, 1990).

2.1. Schmerzkomponenten

Die Studienlage ist insgesamt nicht eindeutig, einige Autoren fanden keinen Unterschied in den Schmerzschwellen zwischen schizophrenen Patienten und Gesunden (Collins & Stone, 1966; Guieu, Samuelian & Coulovrat, 1994).

Die verminderte Schmerzempfindlichkeit wird von einigen Autoren mit den Hauptsymptomen der Erkrankung in Verbindung gebracht (Singh, Giles & Nasrallah, 2006) wie beispielsweise Affektverflachung (Dworkin, 1994), Positivsymptomen (Merskey, Gillis & Marszalek, 1962) und gestörter Kognition in akuten Krankheitszuständen (Jochum et al., 2006). Patienten in akut psychotischen Zuständen sind wohl insbesondere in ihrer Kognition eingeschränkt, womit für sie die Einschätzung der Wahrnehmung „Schmerz“ schwer einschätzbar ist. Insofern kann man annehmen, dass die kognitive Komponente der Schmerzempfindung eine entscheidende Rolle spielt.

Die erniedrigte Schmerzempfindung schizophrener Patienten gegenüber Gesunden wird häufig auch mit der therapeutischen Einnahme von Antipsychotika in Verbindung gebracht (Jakubasch & Boker, 1991). Jedoch konnte gezeigt werden, dass auch schizophrene Patienten, die keine Antipsychotika einnahmen, erhöhte Schmerzschwellen gegenüber gesunden Kontrollprobanden zeigten und sich den Schmerzschwellen Gesunder unter antipsychotischer Medikation sogar annähernten (Jochum et al., 2006).

2.2 Zusammenfassung

Die kognitive Schmerzkomponente scheint maßgeblich an der Schmerzwahrnehmung schizophrener Patienten beteiligt zu sein. Eine genaue Aussage über die affektive und sensorische Schmerzkomponente kann derzeit noch nicht getroffen werden, ebenso fehlt eine befriedigende Erklärung für die neuroanatomischen und neurochemischen Ursachen der verminderten Schmerzwahrnehmung. Hier besteht demnach großer Forschungsbedarf.

3. Anorexie

Bei der Anorexia Nervosa liegen Störungen in mehreren sensorischen Systemen vor: Neben Störungen des olfaktorischen und gustatorischen Systems (Drewnowski, Halmi, Pierce, Gibbs & Smith, 1987; Sunday & Halmi, 1990) ist das Symptom der Körperschemastörung nicht nur ein Diagnosekriterium, sondern möglicherweise auch Ausdruck einer gestörten sensorischen Größenvahrnehmung (Berry, Fried & Edelstein, 1995; Skrzypek, Wehmeier & Remschmidt, 2001). Ebenso leiden einige Patienten mitunter an einer Anosognosie für ihre Erkrankung (Nunn, Frampton, Fuglset, Torzok-Sonnevend & Lask, 2011).

Auch bezüglich der Schmerzwahrnehmung bestätigte sich bei anorektischen Patientinnen eine Erhöhung der Schmerzschwelle (Bär, Berger, Schwier, Wutzler & Beisner, 2012; Bär, Böttger, et al., 2006; de Zwaan, Biener, Schneider & Stacher, 1996; Lautenbacher & Krieg, 1994; Pauls, Lautenbacher, Strian, Pirke & Krieg, 1991). Auch bei anderen Essstörungen, wie beispielsweise der Bulimia nervosa, finden sich veränderte Schmerzschwellen. Die Mechanismen der zugrundeliegenden Störung der Schmerzverarbeitung scheinen sich jedoch innerhalb der Gruppe der Essstörungen zu unterscheiden (Lautenbacher, Pauls, Strian, Pirke & Krieg, 1990).

3.1. Schmerzkomponenten

Als Ursache für die erniedrigte Schmerzsensitivität vermutete man eine subklinische Neuropathie, induziert durch Mangelernährung. Durch Pauls und Arbeitsgruppe konnte diese Hypothese jedoch widerlegt werden (Pauls et al., 1991), wobei eine neue Studie aus Israel zeigen konnte, dass die sensorische Wahrnehmung nicht gestört ist (Goldzak-Kunik, Friedman, Spitz, Sandler & Leshem, 2012).

Die reduzierte Schmerzempfindlichkeit könnte eine sympathische Dysregulation bzw. veränderte Rezeptoraktivität zur Ursache haben, bisher gibt es jedoch keine eindeutigen Befunde (Lautenbacher, Pauls, Strian, Pirke & Krieg, 1991). Bär und Mitarbeiter (2006) konnten zeigen, dass eine Mehraktivierung des parasympathischen Systems, gemessen am Pupillentonus, mit erhöhten Schmerzschwellen einhergeht.

Wie bereits im Abschnitt „Depression“ beschrieben, klagten auch anorektische Patienten häufig über körperliche Schmerzsymptome, 70% der Patientinnen beklagen Schmerzen in zwei oder mehr Körperregionen (Coughlin et al., 2008). Die Assoziation der Schwere dieser Beschwerden mit der depressiven Symptomatik unterstreicht die Bedeutung der Behandlung einer depressiven Symptomatik bei anorektischen Patienten.

3.2. Neuroanatomie

Leider existieren kaum Daten über neuroanatomische Korrelate der verminderten Schmerzwahrnehmung bei der Anorexie. Verschiedene charakteristische Merkmale der Anorexie könnten durch eine Dysfunktion der Insel verursacht sein, die einen Beitrag an der Fehlverarbeitung und Integration von autonomen, affektiven und sensorischen Stimuli leistet (Nunn, Frampton, Gordon & Lask, 2008). Eine aktuelle Studie (Bär et al., 2012) konnte erstmals einen Unterschied in der zentralen Verarbeitung von Schmerz bei anorektischen Patienten zeigen: Bei der Gabe von Hitzeschmerz-Stimuli am rechten Unterarm mittels einer Thermode zeigte sich während den Messungen mit funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) eine erhöhte Aktivität der linken posterioren Insel bei gesunden Kontrollprobanden im Vergleich zu Patienten. Aktivierung in diesem Hirnareal korreliert laut Ianetti und Mitarbeitern (2005) mit der empfundenen Schmerzintensität. Daraus ist rückzuschließen, dass eine reduzierte Aktivität der linken posterioren Insel bei Patienten für die erhöhten Schmerzschwellen ursächlich sein könnte.

Eine weitere insuläre Dysfunktion scheint die Schmerzwahrnehmung bei anorektischen Patienten zu beeinflussen: Man nimmt an, dass die rechte anteriore Insel Effekte des sympathischen Nervensystems, wie z. B. Tachykardie oder Blutdruckveränderungen, beeinflusst (Craig, 2005). Somit scheinen eine erhöhte Aktivierung der rechten anterioren Insel sowie erhöhte Aktivierung der Pons (Bär et al., 2012) bei Patienten im Vergleich zu Gesunden eine verstärkte sympathische Modulation im Sinne einer adrenergen absteigenden Schmerzhemmung zu bewirken. Dies könnte eine Erklärung des veränderten Schmerzempfinden bei anorektischen Patienten sein.

3.3. Neurochemie

Bei anorektischen Patienten findet man eine Vielzahl veränderter Hormonkonzentrationen. Die bei der Anorexie bekannte Kortisolserhöhung (Misra et al., 2004) korreliert mit der verminderten Schmerzwahrnehmung (Bär, Böttger, et al., 2006). Ebenso findet sich eine Erhöhung des „Corticotropin-Releasing-Hormon“ (CRH), welches die Ausschüttung von Kortisol induziert. CRH wird aus seinem Vorläuferhormon Proopiomelanocortin (POMC) abgespalten. Neben CRH werden aus POMC auch Opio-

idvorstufen abgespalten. Die durch Opioide verursachte zentrale Analgesie kann durch den Opioid-Antagonisten Naloxon aufgehoben werden. Lautenbacher und Mitarbeiter vermuteten eine zentrale Ursache der erhöhten Schmerzschwelle durch Dysfunktion im Opioidsystem aufgrund einer erhöhten Opiatkonzentration im Liquor anorektischer Patienten. Eine Normalisierung der Schmerzschwelle durch Naloxon konnte jedoch nicht gezeigt werden (Lautenbacher et al., 1990).

Die durch längere Fastenzustände und Mangelernährung hervorgerufenen Schilddrüsenhormonwerte rufen Symptome einer hypothyreoten Stoffwechsellage hervor: Bradykardie, Thermoregulationsstörungen, reduzierter Grundumsatz etc. Den bei Patienten mit Schilddrüsenunterfunktion beobachteten Zusammenhang zwischen freiem T3 und Erhöhung der Schmerzschwelle konnten auch Bär und Mitarbeiter (2006) zeigen.

3.4. Zusammenfassung

Bei magersüchtigen Patienten findet sich eine deutliche Erniedrigung der Schmerzempfindlichkeit. Die herabgesetzte Sensitivität ist spezifisch für Schmerz, es finden sich keine Änderungen für die Empfindungen Kälte, Wärme, Berührung und Vibration (Faris et al., 1992; Pauls et al., 1991). Je niedriger der BMI, desto höhere Schmerzschwellen finden sich bei diesen Patienten. Dieser Befund ist jedoch reversibel nach Behandlung und Erreichung eines Normalgewichtes (Bär, Böttger, et al., 2006). Neben einer Störung der sensorischen Schmerzkomponente kann auch eine Störung der kognitiven Komponente vermutet werden. Die Beteiligung einer affektiven Komponente ist nicht ausgeschlossen, sollte jedoch in zukünftigen Studien näher geklärt werden.

4. Borderline-Persönlichkeitsstörung

Ein Diagnosekriterium für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist selbstverletzendes Verhalten, häufig in Verbindung mit dissoziativen Zuständen und reduzierter Schmerz Wahrnehmung. Weitere Diagnosekriterien sind beispielsweise affektive Instabilität, Impulsivität und eine Störung des Selbstbildes. Ähnlich wie bei der Posttraumatischen Belastungsstörung finden sich häufig traumatische Ereignisse in der Anamnese. So berichten viele Patienten über frühere traumatische Erlebnisse, 62% sogar über sexuellen Missbrauch (Zanarini, Laudate, Frankenburg, Reich & Fitzmaurice, 2011).

4.1. Schmerzkomponenten

Mehrere Studien konnten die subjektiv angegebene reduzierte Schmerz Wahrnehmung bereits experimentell bestätigen. Hierzu wurden der Cold-Pressor-Test (Bohus et al., 2000; Russ et al., 1992) oder Laserreize eingesetzt

(Schmahl et al., 2004). Bei der BPS handelt es sich wohl aber nicht um eine Störung der sensorisch-diskriminativen Schmerzkomponente, da die räumliche Diskrimination von elektrischen Laserreizen gegenüber Gesunden nicht gestört scheint (Schmahl et al., 2004). Die dysfunktionale Emotionsregulation bei BPS-Patienten weist viel eher auf eine Störung der affektiven Schmerzkomponente hin, die sich in einer positiven Korrelation von Schmerzschwellen mit innerer Anspannung bei den Patienten zeigt (Ludäscher et al., 2007).

Eine neue Studie zeigte, dass eine durch ein Skalpell durchgeführte Gewebeverletzung bei BPS-Patientinnen eine Reduktion der inneren subjektiven Anspannung und Herzfrequenz nach vorheriger Stressinduktion bewirken konnte (Reitz et al., 2012). Weitere Studien hierzu sollen folgen, um die Differenzierung zwischen Schmerz und Gewebeverletzung besser verstehen zu lernen.

4.2. Neuroanatomie

Ein scheinbares Korrelat des antinozizeptiven Mechanismus bei der BPS konnte in einer Untersuchung mittels fMRT gefunden werden: Durch tonische Hitzeschmerzreize mit individuell adaptierten tonischen Hitzeschmerzreizen fand sich bei Patientinnen mit BPS eine Deaktivierung der Amygdala und des rostralen anterioren cingulären Kortex (ACC) sowie eine Aktivitätszunahme im DLPFC im Vergleich zu Gesunden (Schmahl et al., 2006). Interessanterweise konnte diese Amygdala-Deaktivierung in einer weiteren Studie jedoch nur bei denjenigen Patientinnen gezeigt werden, die komorbid auch unter einer PTBS litten (Kraus, Esposito, et al., 2009), was auf einen Zusammenhang der beiden Trauma-assoziierten Krankheitsbilder BPS und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) hinweist.

Die Erkenntnis, dass eine experimentell induzierte Amygdala-Aktivierung durch Hitze-Stimuli reduziert werden kann (Niedtfeld et al., 2010) legt die Schlussfolgerung nahe, dass eine Überaktivität der Amygdala bei BPS-Patientinnen durch starke Schmerzreize, wie beispielsweise bei Selbstverletzungen, reduziert werden kann. Als Stressinduktion dienten in dieser fMRT-Studie emotional aversive Bilder, nach deren Präsentation schmerzhaft und nicht-schmerzhaft Hitzereize appliziert wurden. Nach Hitzestimulus-Applikation fand sich, zusätzlich zur Aktivitätsminderung in der Amygdala, eine Deaktivierung des insulären Kortex. Die Aktivitätsminderung in den limbischen Bereichen war jedoch nicht spezifisch für die schmerzhaften Reize, sondern fand sich auch bei den nicht-schmerzhaften Reizen. In einer Konnektivitätsanalyse zeigte sich jedoch, dass im Gegensatz zu Gesunden eine inhibitorische Verbindung zwischen der Amygdala und präfrontalen Hirnarealen erst bei schmerzhaften Reizen auftrat (Niedtfeld et al., 2012). Zusammengenommen sprechen die Ergebnisse also für eine wesentliche Bedeutung des Schmerzes im Rahmen der gestörten Emotionsregulation bei der BPS. Dysfunktionalem Verhalten wie Selbstverletzung kommt

möglicherweise eine Ersatzfunktion zu, um die Aufmerksamkeit von negativen Affektzuständen entsprechend umzulenken und durch eine Umbewertung des Schmerzes, die sonst bei Gesunden vorhandenen kognitiven Kontrollmechanismen in solchen Stresszuständen zu kompensieren.

4.3. Neurochemie

Als Ursache für die verminderte Schmerzempfindlichkeit bei Patienten mit BPS wird auch eine Beteiligung des Endogenen Opioidsystems (EOS) vermutet. Sowohl bei der BPS als auch bei der PTBS wirkt sich die Gabe des Opioidantagonisten Naltrexon positiv auf dissoziative Symptome wie Derealisation, Depersonalisation und analgetische Zustände aus (Sharp & Harvey, 2001). Auch der therapeutische Effekt von Naltrexon auf selbstverletzendes Verhalten (Sher & Stanley, 2009) und die klinische Beobachtung, dass BPS-Patienten häufig zu Überdosierung von Opiaten tendieren, legen eine Beteiligung des EOS nahe. Hierzu gibt es verschiedene Erklärungsansätze (vergleiche: Bandelow, Schmahl, Falkai & Wedekind, 2010; Tiefenbacher, Novak, Lutz & Meyer, 2005): Zum einen die Schmerzhypothese, die postuliert, dass eine verstärkte EOS-Aktivität zu einer Hypoalgesie führt, die die Patienten durch Selbstverletzung zu beenden versuchen. Im Gegensatz dazu besagt die Abhängigkeitshypothese, dass die Betroffenen durch selbstverletzendes Verhalten das EOS stimulieren und somit eine Abhängigkeit produzieren. Insgesamt ist hier noch viel Raum für weitere Studien, denn die Erkenntnisse bzgl. des EOS könnten einen weiteren Schritt für die medikamentös-therapeutische Behandlung von selbstverletzendem Verhalten bei der BPS darstellen.

4.4. Zusammenfassung

Eine reduzierte Schmerzsensitivität konnte bei der BPS mehrfach gezeigt werden. Die Ergebnisse der einzelnen Arbeiten sind hinweisend auf eine Störung der affektiven Schmerzkomponente. Auch eine Beteiligung der kognitiven Schmerzkomponente scheint mitverantwortlich für die verminderte Schmerzwahrnehmung bei der BPS, hierfür sprechen besonders die zentralen Veränderungen in limbischen Arealen, wie beispielsweise der Amygdala. Die sensorisch-diskriminative Komponente scheint jedoch bei der BPS nicht gestört zu sein.

Schmerz spielt eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit der gestörten Emotionsregulation bei der BPS. Insbesondere scheinen Schmerzreize eine experimentell nachweisbare Reduktion der erhöhten inneren Anspannung zu bewirken.

5. Posttraumatische-Belastungsstörung

Obwohl chronische Schmerzsyndrome und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) klar voneinander abzugrenzende Krankheitsbilder sind, so besteht eine hohe Komorbidität (Asmundson, Wright & Stein, 2004; Dobie et al., 2004; Norman, Stein, Dimsdale & Hoyt, 2008). Liegt eine PTBS komorbid mit chronischem Schmerz vor, so ist sie mit stärkerer depressiver Symptomatik, weniger Lebensqualität und stärkerer psychosozialer Beeinträchtigung assoziiert (Bryant, Marosszeky, Crooks, Baguley & Gurka, 1999).

5.1. Schmerzkomponenten

Verschiedene Ansätze versuchen den Zusammenhang zwischen PTBS und chronischem Schmerz zu erklären. Die „Mutual Maintenance Theorie“ (Sharp & Harvey, 2001) beispielsweise beschreibt die Komorbidität von Schmerz und PTBS im Sinne einer gegenseitigen Beeinflussung und Aufrechterhaltung der PTBS- und Schmerzsymptome. Das Zusammenspiel von verschiedenen kognitiven, affektiven und behavioralen Mechanismen, im Sinne von Grübeln, Ruminieren, katastrophisierenden Gedanken, etc., findet sich sowohl bei chronischen Schmerz-Patienten als auch bei PTBS-Patienten und spielt eine große Rolle bei der Exazerbation und der Aufrechterhaltung der Krankheit (Liedl et al., 2010). Möglicherweise ist somit die Möglichkeit einer Entwicklung funktionaler Strategien zur Kontrolle des Schmerzes durch die dysfunktionale Kognition gestört.

In Studien zeigten sich bei männlichen Soldaten mit PTBS erhöhte Schmerzschwellen bei Hitzeschmerz-Induktion (Kraus, Geuze, et al., 2009; Pitman, van der Kolk, Orr & Greenberg, 1990), bei Frauen mit PTBS mit sexuellem Missbrauch in der Anamnese fand sich im Gegensatz zu BPS-Patientinnen eine weniger stark ausgeprägte Reduktion der Schmerzsensitivität (Schmahl et al., 2010).

5.2. Neuroanatomie

Bei Untersuchungen mittels fMRT mit tonischer Hitzeschmerzreizung und individuell adaptierten Hitzeschmerzreizen fand sich eine Aktivierung in Putamen und der bilateralen anterioren Insel sowie eine Deaktivierung in der Amygdala (Geuze et al., 2007). Eine Studie, die PTBS-Patientinnen untersuchte, die Gewalt in ihrer Partnerschaft erlitten hatten, fanden hingegen keinen Aktivierungsunterschied in der Amygdala im Vergleich von PTBS-Patientinnen und gesunden Kontrollprobandinnen (Strigo et al. 2010). Man geht davon aus, dass die Amygdala eine entscheidende Rolle sowohl bei der Schmerzverarbeitung (Neugebauer, 2007) als auch der PTBS (Etkin & Wager, 2007) spielt. Hier besteht in jedem Falle Forschungsbedarf, um veränderte Amygdala-

Aktivität zu spezifizieren und zu erkunden, inwiefern dies ein biologischer Marker für die Symptomschwere einer PTBS darstellen könnte.

5.3. Neurochemie

Bei einer Untersuchung von PTBS-Patienten (Traumatisierung: Vietnamkrieg) mit standardisierten Hitzeschmerzreizen nach Exposition Trauma-relevanter Ereignisse durch Videofilmpräsentation fand sich eine Erniedrigung der Schmerzintensität unter Placebo, bei Gabe des Opioid-Antagonisten Naloxon konnte hingegen keine erhöhte Schmerztoleranz festgestellt werden (Pitman et al., 1990). Bei gesunden Kontrollprobanden konnte keine Änderung des Schmerzempfindens nach Filmexposition beobachtet werden. Dies spricht für eine stressinduzierte, über das EOS vermittelte Hypoalgesie bei PTBS-Patienten.

5.4. Zusammenfassung

Es findet sich bei der PTBS keine Störung der sensorisch-diskriminativen Schmerzkomponente, allerdings ist – ähnlich wie bei der BPS – die deutlich reduzierte Schmerzwahrnehmung scheinbar auf eine Beteiligung der affektiven und kognitiven Schmerzkomponente zurückzuführen. Auch geht man von einer deutlich vermehrten Schmerzkontrolle aus. Die „Mutual-Maintenance Theorie“ klärt zwar zu einem gewissen Teil die gegenseitige Aufrechterhaltung von Schmerzsymptomen und PTBS, jedoch nicht die Frage der Entstehung der komorbiden Störungen. Inwieweit sich die traumatischen Lebensereignisse auf die Schmerzschwellen und zentrale Schmerzverarbeitung auswirken, sollte, ebenso wie bei der BPS, weiter untersucht werden.

6. Fazit

Es gibt Erklärungsansätze auf verschiedenen Ebenen für die unterschiedlichen Mechanismen und Strukturen, die an einer Veränderung der Schmerzwahrnehmung bei psychiatrischen Erkrankungen beteiligt sind. Den fünf beschriebenen Störungsbildern ist experimentell eine Verminderung der Schmerzwahrnehmung gemeinsam. Es finden sich jedoch immer wieder Widersprüche zwischen klinischer Schilderung und experimentellen Ergebnissen: Bei der Depression berichten Patienten gehäuft von chronischen Schmerzsymptomen, in Studien fand sich jedoch teilweise eine reduzierte Schmerzsensibilität. Bei Borderline-Patientinnen findet sich eine reduzierte Sensibilität gegenüber Schmerz, insbesondere im Zusammenhang mit Selbstverletzungen; diese reduzierte Sensibilität ist aber auch in experimentellen Studien nachweisbar. Nichtsdestotrotz haben die Patienten eine scheinbar reduzierte Schmerztoleranz gegenüber

nicht selbst zugefügten Schmerzen wie beispielsweise Kopfschmerzen. Dies spiegelt sich auch in einer vermehrten Einnahme von Schmerzmedikation wider (Saper & Lake, 2002). Weiterhin sollte unterschieden werden zwischen den einzelnen Lokalisierungen (Oberflächen-, Tiefenschmerz). Insbesondere bei Trauma-assoziierten Störungen wie der BPS und der PTBS liegt vor allem eine Störung der affektiven Schmerzkomponente vor, die sensorische Schmerzkomponente jedoch ist scheinbar intakt. Die massiven kognitiven Einschränkungen, die aufgrund der Psychopathologie bei der Schizophrenie gegeben sind, erschweren die Gewinnung von Erkenntnissen zur Beteiligung der Schmerzkomponenten. Eine Störung der kognitiven Komponente kann vermutet werden. Bei anorektischen Patienten liegen am ehesten Störungen in allen drei Schmerzkomponenten vor.

Da die veränderte Schmerzwahrnehmung und diese psychiatrischen Störungsbilder eng miteinander verknüpft sind, zum Teil komorbid vorliegen und maßgeblich das Befinden und die Prognose der Patienten beeinträchtigen, ist es um so wichtiger, in Zukunft vermehrt auf diesem Feld zu forschen. Durch besseres Verständnis dieser Zusammenhänge sollte es möglich sein, die Therapie dieser Patienten positiv zu beeinflussen.

Literatur

- ASMUNDSON, G. J., WRIGHT, K. D. & STEIN, M. B. (2004). Pain and PTSD symptoms in female veterans. *Eur J Pain*, 8(4), 345-350.
- BAIR, M. J., ROBINSON, R. L., KATON, W. & KROENKE, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med*, 163(20), 2433-2445.
- BANDELOW, B., SCHMAHL, C., FALKAI, P. & WEDEKIND, D. (2010). Borderline personality disorder: a dysregulation of the endogenous opioid system? *Psychol Rev*, 117(2), 623-636.
- BANNISTER, K., BEE, L. A. & DICKENSON, A. H. (2009). Preclinical and early clinical investigations related to monoaminergic pain modulation. *Neurotherapeutics*, 6(4), 703-712.
- BÄR, K. J., BERGER, S., SCHWIER, C., WUTZLER, U. & BEISSNER, F. (2012). Insular dysfunction and descending pain inhibition in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, in press.
- BÄR, K. J. et al. (2006). Changes of pain perception, autonomic function, and endocrine parameters during treatment of anorectic adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(9), 1068-1076.
- BÄR, K. J., BREHM, S., BÖTTGER, M. K., BÖTTGER, S., WAGNER, G. & SAUER, H. (2005). Pain perception in major depression depends on pain modality. *Pain*, 117(1-2), 97-103.
- BÄR, K. J., BREHM, S., BÖTTGER, M. K., WAGNER, G., BOETTGER, S. & SAUER, H. (2006). Decreased sensitivity to experimental pain in adjustment disorder. *Eur J Pain*, 10(5), 467-471.
- BÄR, K. J., GREINER, W., LETSCH, A., KOBELE, R. & SAUER, H. (2003). Influence of gender and hemispheric lateralization on heat pain perception in major depression. *J Psychiatr Res*, 37(4), 345-353.
- BÄR, K. J., WAGNER, G., KOSCHKE, M., BÖTTGER, S., BÖTTGER, M. K., SCHLOSSER, R. & SAUER, H. (2007). Increased prefrontal activation during pain perception in major depression. *Biol Psychiatry*, 62(11), 1281-1287.
- BERRY, E. M., FRIED, S. & EDELSTEIN, E. L. (1995). Abnormal oral sensory perception in patients with a history of anorexia nervosa and the relationship between physiological and psychological improvement in this disease. *Psychother Psychosom*, 63(1), 32-37.
- BOETTGER, M. K., GREINER, W., RACHOW, T., BRUHL, C. & BAR, K. J. (2010). Sympathetic skin response following painful electrical stimulation is increased in major depression. *Pain*, 149(1), 130-134.

- BOHUS, M., LIMBERGER, M., EBNER, U., GLOCKER, F. X., SCHWARZ, B., WERNZ, M. & LIEB, K. (2000). Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Res*, 95(3), 251-260.
- BÖTTGER, M. K. & BÄR, K. J. (2007). Perception for ischemic pain shows similarities in adjustment disorder and major depression. *Eur J Pain*, 11(7), 819-822.
- BRANNAN, S. K., MALLINCKRODT, C. H., BROWN, E. B., WOHLREICH, M. M., WATKIN, J. G. & SCHATZBERG, A. F. (2005). Duloxetine 60 mg once-daily in the treatment of painful physical symptoms in patients with major depressive disorder. *J Psychiatr Res*, 39(1), 43-53.
- BRYANT, R. A., MAROSSZEKY, J. E., CROOKS, J., BAGULEY, I. J. & GURKA, J. A. (1999). Interaction of posttraumatic stress disorder and chronic pain following traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*, 14(6), 588-594.
- COLLINS, G. L. & STONE, L. A. (1966). Pain sensitivity, age and activity level in chronic schizophrenics and normals. *The British Journal of Psychiatry*, 112, 33-35.
- COUGHLIN, J. W., EDWARDS, R., BUENAVER, L., REDGRAVE, G., GUARDA, A. S. & HAYTHORNTHWAITE, J. (2008). Pain, catastrophizing, and depressive symptomatology in eating disorders. *Clin J Pain*, 24(5), 406-414.
- CRAIG, A. D. (2005). Forebrain emotional asymmetry: a neuroanatomical basis? *Trends Cogn Sci*, 9(12), 566-571.
- DE ZWAAN, M., BIENER, D., SCHNEIDER, C. & STACHER, G. (1996). Relationship between thresholds to thermally and to mechanically induced pain in patients with eating disorders and healthy subjects. *Pain*, 67(2-3), 511-512.
- DICKENS, C., MCGOWAN, L. & DALE, S. (2003). Impact of depression on experimental pain perception: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosom Med*, 65(3), 369-375.
- DOBIE, D. J., KIVLAHAN, D. R., MAYNARD, C., BUSH, K. R., DAVIS, T. M. & BRADLEY, K. A. (2004). Posttraumatic stress disorder in female veterans: association with self-reported health problems and functional impairment. *Arch Intern Med*, 164(4), 394-400.
- DREWNOWSKI, A., HALMI, K. A., PIERCE, B., GIBBS, J. & SMITH, G. P. (1987). Taste and eating disorders. *Am J Clin Nutr*, 46(3), 442-450.
- DWORKIN, R. H. (1994). Pain insensitivity in schizophrenia: a neglected phenomenon and some implications. *Schizophr Bull*, 20(2), 235-248.
- ETKIN, A. & WAGER, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *Am J Psychiatry*, 164(10), 1476-1488.
- FARIS, P. L., RAYMOND, N. C., DE ZWAAN, M., HOWARD, L. A., ECKERT, E. D. & MITCHELL, J. E. (1992). Nociceptive, but not tactile, thresholds are elevated in bulimia nervosa. *Biol Psychiatry*, 32(5), 462-466.
- FAVAZZA, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis*, 186(5), 259-268.
- FREW, A. K. & DRUMMOND, P. D. (2009). Opposite effects of opioid blockade on the blood pressure-pain relationship in depressed and non-depressed participants. *Pain*, 142(1-2), 68-74.
- GESCHWIND, N. (1977). Insensitivity to pain in psychotic patients. *N Engl J Med*, 296(25), 1480.
- GEUZE, E., WESTENBERG, H. G., JOCHIMS, A., DE KLOET, C. S., BOHUS, M., VERMETTEN, E. & SCHMAHL, C. (2007). Altered pain processing in veterans with posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 64(1), 76-85.
- GOLDZAK-KUNIK, G., FRIEDMAN, R., SPITZ, M., SANDLER, L. & LESHEM, M. (2012). Intact sensory function in anorexia nervosa. *Am J Clin Nutr*, 95(2), 272-282.
- GUIEU, R., SAMUELIAN, J. C. & COULOUVRAT, H. (1994). Objective evaluation of pain perception in patients with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 164(2), 253-255.
- IANNETTI, G. D., ZAMBREANU, L., CRUCCU, G. & TRACEY, I. (2005). Operculoinsular cortex encodes pain intensity at the earliest stages of cortical processing as indicated by amplitude of laser-evoked potentials in humans. *Neuroscience*, 131(1), 199-208.
- IASP (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6(3), 249.
- JAKUBASCHK, J. & BOKER, W. (1991). [Disorders of pain perception in schizophrenia]. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, 142(1), 55-76.
- JOCHUM, T., LETZSCH, A., GREINER, W., WAGNER, G., SAUER, H. & BAR, K. J. (2006). Influence of antipsychotic medication on pain perception in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 142(2-3), 151-156.
- KLAUENBERG, S. et al. (2008). Depression and changed pain perception: hints for a central disinhibition mechanism. *Pain*, 140(2), 332-343.
- KLOSSIKA, I. et al. (2006). Emotional modulation of pain: a clinical perspective. *Pain*, 124(3), 264-268.
- KRAEPELIN, E. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia*. Chicago: Chicago Medical Book Co.
- KRAUS, A. et al. (2009). Amygdala deactivation as a neural correlate of pain processing in patients with borderline personality disorder and co-occurring posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*, 65(9), 819-822.
- KRAUS, A., GEUZE, E., SCHMAHL, C., GREFFRATH, W., TREEDE, R. D., BOHUS, M. & VERMETTEN, E. (2009). Differentiation of pain ratings in combat-related posttraumatic stress disorder. *Pain*, 143(3), 179-185.
- KUNDERMANN, B., HEMMETER-SPERNAL, J., STRATE, P., GEBHARDT, S., HUBER, M. T., KRIEG, J. C. & LAUTENBACHER, S. (2009). Pain sensitivity in major depression and its relationship to central serotonergic function as reflected by the neuroendocrine response to clomipramine. *J Psychiatr Res*, 43(16), 1253-1261.
- LAUTENBACHER, S. & KRIEG, J. C. (1994). Pain perception in psychiatric disorders: a review of the literature. *J Psychiatr Res*, 28(2), 109-122.
- LAUTENBACHER, S., PAULS, A. M., STRIAN, F., PIRKE, K. M. & KRIEG, J. C. (1990). Pain perception in patients with eating disorders. *Psychosom Med*, 52(6), 673-682.
- LAUTENBACHER, S., PAULS, A. M., STRIAN, F., PIRKE, K. M. & KRIEG, J. C. (1991). Pain sensitivity in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Biol Psychiatry*, 29(11), 1073-1078.
- LEPINE, J. P. & BRILEY, M. (2004). The epidemiology of pain in depression. *Hum Psychopharmacol*, 19 Suppl 1, S3-7.
- LIEDL, A., O'DONNELL, M., CREAMER, M., SILOVE, D., McFARLANE, A., KNAEVELSRUD, C. & BRYANT, R. A. (2010). Support for the mutual maintenance of pain and post-traumatic stress disorder symptoms. *Psychol Med*, 40(7), 1215-1223.
- LORENZ, J., MINOSHIMA, S. & CASEY, K. L. (2003). Keeping pain out of mind: the role of the dorsolateral prefrontal cortex in pain modulation. *Brain*, 126(Pt 5), 1079-1091.
- LUDÄSCHER, P., BOHUS, M., LIEB, K., PHILIPSEN, A., JOCHIMS, A. & SCHMAHL, C. (2007). Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Res*, 149(1-3), 291-296.
- MAYBERG, H. S. (2003). Positron emission tomography imaging in depression: a neural systems perspective. *Neuroimaging Clin N Am*, 13(4), 805-815.
- MELZACK, R. & CASEY, K. L. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain. A new conceptual model. In D. R. Kenshalo & C. T. Charles (Eds.), *The Skin Senses* (pp. 423-443). Springfield: CC Thomas.
- MENSE, S. (2003). [What is different about muscle pain?]. *Schmerz*, 17(6), 459-463.
- MERSKEY, H., GILLIS, A. & MARSZALEK, K. S. (1962). A clinical investigation of reactions to pain. *J Ment Sci*, 108, 347-355.
- MISRA, M. et al. (2004). Alterations in cortisol secretory dynamics in adolescent girls with anorexia nervosa and effects on bone metabolism. *J Clin Endocrinol Metab*, 89(10), 4972-4980.
- MURTHY, B. V., NARAYAN, B. & NAYAGAM, S. (2004). Reduced perception of pain in schizophrenia: its relevance to the clinical diagnosis of compartment syndrome. *Injury*, 35(11), 1192-1193.
- NEUGEBAUER, V. (2007). The amygdala: different pains, different mechanisms. *Pain*, 127(1-2), 1-2.
- NIEDTFELD, I., KIRSCH, P., SCHULZE, L., HERPERTZ, S. C., BOHUS, M. & SCHMAHL, C. (2012). Functional connectivity of pain-mediated affect regulation in Borderline Personality Disorder. *PLoS One*, 7(3), e33293.
- NIEDTFELD, I., SCHULZE, L., KIRSCH, P., HERPERTZ, S. C., BOHUS, M. & SCHMAHL, C. (2010). Affect regulation and pain in borderline personality disorder: a possible link to the understanding of self-injury. *Biol Psychiatry*, 68(4), 383-391.

- NORMAN, S. B., STEIN, M. B., DIMSDALE, J. E. & HOYT, D. B. (2008). Pain in the aftermath of trauma is a risk factor for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med*, 38(4), 533-542.
- NUNN, K., FRAMPTON, I., FUGLSET, T. S., TORZSOK-SONNEVEND, M. & LASK, B. (2011). Anorexia nervosa and the insula. *Med Hypotheses*, 76(3), 353-357.
- NUNN, K., FRAMPTON, I., GORDON, I. & LASK, B. (2008). The fault is not in her parents but in her insula--a neurobiological hypothesis of anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 16(5), 355-360.
- PAULS, A. M., LAUTENBACHER, S., STRIAN, F., PIRKE, K. M. & KRIEG, J. C. (1991). Assessment of somatosensory indicators of polyneuropathy in patients with eating disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 241(1), 8-12.
- PETROVIC, P., CARLSSON, K., PETERSSON, K. M., HANSSON, P. & INGVAR, M. (2004). Context-dependent deactivation of the amygdala during pain. *J Cogn Neurosci*, 16(7), 1289-1301.
- PITMAN, R. K., van der KOLK, B. A., ORR, S. P. & GREENBERG, M. S. (1990). Naloxone-reversible analgesic response to combat-related stimuli in posttraumatic stress disorder. A pilot study. *Arch Gen Psychiatry*, 47(6), 541-544.
- POOLE, H., WHITE, S., BLAKE, C., MURPHY, P. & BRAMWELL, R. (2009). Depression in chronic pain patients: prevalence and measurement. *Pain Pract*, 9(3), 173-180.
- PRICE, D. D. (2000). Psychological and neural mechanisms of the affective dimension of pain. *Science*, 288(5472), 1769-1772.
- RAINVILLE, P., BAO, Q. V. & CHRETIEN, P. (2005). Pain-related emotions modulate experimental pain perception and autonomic responses. *Pain*, 118(3), 306-318.
- REITZ, S., KRAUSE-UTZ, A., POGATZKI-ZAHN, E. M., EBNER-PRIEMER, U., BOHUS, M. & SCHMAHL, C. (2012). Stress Regulation and Incision in Borderline Personality Disorder-A Pilot Study Modeling Cutting Behavior. *J Pers Disord*.
- ROSENTHAL, S. H., PORTER, K. A. & COFFEY, B. (1990). Pain insensitivity in schizophrenia. Case report and review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry*, 12(5), 319-322.
- RUSS, M. J. et al. (1992). Pain perception in self-injurious patients with borderline personality disorder. *Biol Psychiatry*, 32(6), 501-511.
- SAPER, J. R. & LAKE, A. E. (2002). Borderline personality disorder and the chronic headache patient: review and management recommendations. *Headache*, 42(7), 663-674.
- SCHMAHL, C. et al. (2006). Neural correlates of antinociception in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63(6), 659-667.
- SCHMAHL, C. et al. (2004). Differential nociceptive deficits in patients with borderline personality disorder and self-injurious behavior: laser-evoked potentials, spatial discrimination of noxious stimuli, and pain ratings. *Pain*, 110(1-2), 470-479.
- SCHMAHL, C. et al. (2010). Pain sensitivity is reduced in borderline personality disorder, but not in posttraumatic stress disorder and bulimia nervosa. *World J Biol Psychiatry*, 11(2 Pt 2), 364-371.
- SHARP, T. J. & HARVEY, A. G. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? *Clin Psychol Rev*, 21(6), 857-877.
- SHER, L. & STANLEY, B. H. (2009). Biological models of non-suicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment and Treatment* (pp. 99-116). Washington, DC: American Psychological Association.
- SINGH, M. K., GILES, L. L. & NASRALLAH, H. A. (2006). Pain insensitivity in schizophrenia: trait or state marker? *J Psychiatr Pract*, 12(2), 90-102.
- SKRZYPEK, S., WEHMEIER, P. M. & REMSCHMIDT, H. (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 10(4), 215-221.
- STRIGO, I. A., SIMMONS, A. N., MATTHEWS, S. C., CRAIG, A. D. & PAULUS, M. P. (2008). Association of major depressive disorder with altered functional brain response during anticipation and processing of heat pain. *Arch Gen Psychiatry*, 65(11), 1275-1284.
- SUNDAY, S. R. & HALMI, K. A. (1990). Taste perceptions and hedonics in eating disorders. *Physiol Behav*, 48(5), 587-594.
- TIEFENBACHER, S., NOVAK, M. A., LUTZ, C. K. & MEYER, J. S. (2005). The physiology and neurochemistry of self-injurious behavior: a nonhuman primate model. *Front Biosci*, 10, 1-11.
- TREDE, R. D., KENSHALO, D. R., GRACEY, R. H. & JONES, A. K. (1999). The cortical representation of pain. *Pain*, 79(2-3), 105-111.
- WILLIAMS, D. C., GOLDING, J., PHILLIPS, K. & TOWELL, A. (2004). Perceived control, locus of control and preparatory information: effects on the perception of an acute pain stimulus. *Personality and Individual Differences*, 35(7), 1681-1691.
- ZANARINI, M. C., LAUDATE, C. S., FRANKENBURG, F. R., REICH, D. B. & FITZMAURICE, G. (2011). Predictors of self-mutilation in patients with borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *J Psychiatr Res*, 45(6), 823-828.

AutorInnen

Dr. Sarah Reitz

ist Ärztin in Weiterbildung in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und ist derzeit wissenschaftlich tätig in der Klinischen Forschergruppe 256 „Mechanismen der emotionalen Dysregulation bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung“ mit Forschungsschwerpunkt zum Thema Borderline-Persönlichkeitsstörung und selbstverletzendes Verhalten.



Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, 15
D-68159 Mannheim
Telefon: +49 (0) 621 1703 4402
sarah.reitz@zi-mannheim.de

Prof. (apl.) Christian Schmahl

ist Leitender Oberarzt der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin und Leiter der Klinischen Forschergruppe 256. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Störungen der Emotionsregulation und der Schmerzverarbeitung, selbstverletzendes Verhalten und Dissoziation.



Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, 15
D-68159 Mannheim
Telefon: +49 (0) 621 1703 4002
christian.schmahl@zi-mannheim.de

Prof. Karl-Jürgen Bär

ist Stellvertretender Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Schmerzverarbeitung und autonomes Nervensystem bei psychiatrischen Erkrankungen.



Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Jena
Philosophenweg 3
D-07743 Jena
Telefon: +49 (0) 3641 9 390451
Karl-Juergen.Baer@med.uni-jena.de



Universitätslehrgang Supervision und Coaching

Ausbildung zum/zur SupervisorIn – anerkannt vom ÖVS

Universitätslehrgang Supervision und Coaching mit dem Abschluss „Master of Science“ (Supervision und Coaching) in 7 Semester oder mit dem Abschluss „Akademische/r SupervisorIn“ in 6 Semester

Start: 5. April 2013

Nähere Informationen erhalten Sie unter: www.donau-uni.ac.at/psymed/supervision

Universitätslehrgang Psychotherapie

Ausbildung zum/zur PsychotherapeutIn

Universitätslehrgang Psychotherapie mit dem Abschluss „Master of Science“ in 7 Semester oder mit dem Abschluss „Akademische/r Psychotherapeut/in“ in 7 Semester

Es werden derzeit sieben psychotherapeutische Fachspezifika – sechs in Kooperation mit Ausbildungsträgervereinen – am Department angeboten:

- > Integrative Gestalttherapie (ÖAGG)
- > Integrative Therapie (Donau-Universität Krems)
- > Klientenzentrierte Psychotherapie (ÖGWG)
- > Konzentrative Bewegungstherapie (ÖAKBT)
- > Logotherapie und Existenzanalyse (ABILE)
- > Psychodrama (ÖAGG)
- > Transaktionsanalytische Psychotherapie (ÖATA)

Weitere Lehrgänge unter:
www.donau-uni.ac.at/psymed

Nähere Informationen finden Sie unter: www.donau-uni.ac.at/psymed/psychotherapie

Donau-Universität Krems

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit
ingeborg.kreibich@donau-uni.ac.at | Tel. +43 (0)2732 893-2638
margit.dirnberger@donau-uni.ac.at | Tel. +43 (0)2732 893-2639
ingrid.friedl@donau-uni.ac.at | Tel. +43 (0)2732 893-2671



Besondere Aspekte der Schmerztherapie im fortgeschrittenen Alter

Specific Aspects of Pain Management During Old Age

Gerald Gatterer

Themenschwerpunkt Schmerz

Zusammenfassung

Ältere Menschen leiden häufig unter Schmerzen, was leicht zur Annahme führt, dass Altern, Abbau und Schmerzen zusammengehören. Insofern kommt es leicht zu einem therapeutischen Nihilismus. Der vorliegende Artikel versucht die Möglichkeiten und Grenzen der Schmerztherapie im Alter hinsichtlich seiner Spezifität genauer darzustellen und praktische Lösungen anzubieten. Grundvoraussetzung ist eine gute multidisziplinäre Diagnostik, die auch verschiedenste psychologische Faktoren beinhalten muss und sich nicht nur auf den somatischen Bereich beziehen kann. Wesentlich ist auch, den Schmerz in seiner Ganzheit für das Leben des älteren Menschen zu erfassen, um funktionale Zusammenhänge aufzudecken und in die Therapie zu integrieren. Auch ältere Menschen und solche mit einer Demenzerkrankung haben Schmerzen und sollten deshalb fachkompetent behandelt werden. Psychologische Faktoren sind gerade im Alter besonders wichtig.

Abstract

Older people often suffer from pain which easily tends to the belief that aging, multi-morbidity and pain go together. This easily leads to a therapeutic nihilism. This article focuses on the possibilities and limits of pain therapy during old age in terms of its specificity and offers practical solutions. The basic requirement is a good multidisciplinary diagnoses, including a variety of psychological factors and should not only be based on somatic factors. It is also essential to capture the pain in its entirety for the life of older people to identify functional relationships and to integrate them into therapy. Older people and those with dementia and pain should be treated with professional competence. Psychological factors from this point of view are very important for quality of life in old age.

1. Einleitung

Schmerz zählt zu den häufigsten Problemen älterer Menschen. Laut der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG) leiden 43 Prozent der Über-50-Jährigen an chronischen, also drei und mehr Monate andauernden Schmerzen. In der Altersgruppe ab 65 sind bereits 50 Prozent davon betroffen, bei den Über-74-Jährigen sogar 75 Prozent. Noch dramatischer die Situation in Pflegeheimen: Hier leiden entsprechend der Internationalen Gesellschaft für Schmerzforschung (IASP) 80 Prozent der alten Menschen unter ständigen Schmerzen.

Durch die zukünftige weitere Erhöhung der Lebenserwartung der Menschen werden Zahlen wie diese weiter ansteigen. Viele ältere Menschen und auch deren Betreuer sind oft überzeugt, dass Schmerzen zum Alter gehören und dass man dagegen nichts tun kann. In dieser Hinsicht ist also das „Defizitmodell“ des Alterns (Oswald, Gatterer & Fleischmann, 2008) ein wesentlicher Faktor für einen Nihilismus in der Schmerztherapie. Noch stärker wirkt sich dieser Nihilismus bei der Behandlung von Schmerzen bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz aus. Hier ergibt sich durch die Problematik der erschwerten Kommunikation oft die Fehldiagnose einer Verhaltensstörung (BPSD) anstelle einer Schmerzproblematik, da sich Schmerzen hier oft in mangelnder Compliance, Unruhe, Aggressivität und der Abwehr von Pflegehandlungen äußert.

Betrachtet man Schmerzen und Alter in seinem Zusammenhang, so kann dieser folgendermaßen zusammengefasst werden (vgl. auch Basler et al., 2004):

- Das Alter ist kein Analgetikum. Ältere Menschen leiden genau so unter Schmerzen wie jüngere, sie klagen aber weniger
- Bis zu zwei Drittel aller Menschen über 65 Jahre leiden unter chronischen Schmerzen (Nikolaus, 1997)

- 60-80% der 60- bis 90-Jährigen haben chronische Schmerzen
- Mit steigendem Alter steigt das Risiko schmerzbedingte Funktionsbeeinträchtigungen zu erleiden. Soziale Faktoren, Einsamkeit und psychische Erkrankungen verstärken Schmerzen bzw. beeinträchtigen die Diagnostik.
- Die schmerztherapeutische Versorgung älterer Menschen ist unzureichend
- Die diagnostische Abklärung ist wegen der Multimorbidität und vor allem bei Menschen mit Demenzerkrankung (Haas & Lampl, 2006) oft erschwert
- Patienten im Pflegeheim leiden unter anhaltenden, nicht diagnostizierten und inadäquat behandelten Schmerzen (AGS-Panel, 2002)
- 83% der Pflegeheimpatienten erleben regelmäßig Schmerzen, die zu Inaktivität, Depression und Reduktion der Lebensqualität führen (Ferrell, 1995).
- Patienten ohne kognitive Schwäche erhalten 3 x mehr Analgetika, als Patienten mit Demenz (Husebø, 2002; Kojer, 2006; Pipam et al., 2009)

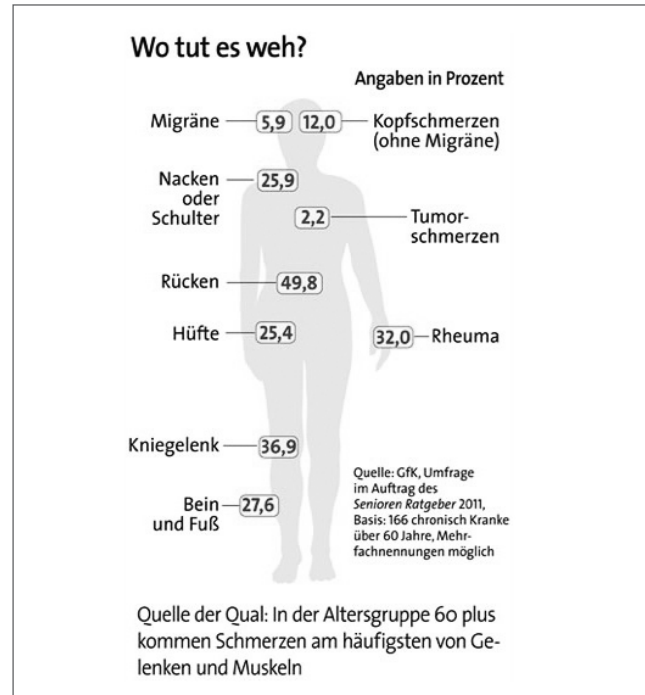
Insofern kommt der multidisziplinären Diagnostik von Schmerzen im Alter, auch bei Demenz, eine wesentliche Bedeutung zu, auf der eine adäquate Schmerztherapie aufbaut.

2. Aspekte des Alterns und deren Relevanz für die Schmerztherapie

Altern ist ein multifaktorielles Geschehen, welches für den älteren Menschen vermehrt Anpassungsprozesse an sich verändernde Gegebenheiten (körperlich, sozial, Umwelt) zur Folge hat. Im Rahmen der Schmerztherapie müssen dabei folgende Faktoren berücksichtigt werden:

Der biologische Aspekt: Krankheiten sowie körperliche Veränderungen nehmen im Alter vermehrt zu. Betrachtet man die Ergebnisse einer GfK Umfrage (2011), so stehen bei Menschen über 60 Jahre Schmerzen im Bereich der Gelenke, des Rückens und Kopfschmerzen, sowie rheumatische Schmerzen im Vordergrund (Vgl. Abb. 1; Quelle: <http://www.senioren-ratgeber.de/Therapien/Therapie-bei-chronischen-Schmerzen-108827.html>).

Abb. 1: Unterschiedliche Schmerzlokalisationen



Weiters nehmen die typischen geriatrischen Probleme „Immobilität, intellektueller Abbau, Instabilität und Inkontinenz“ zu. Daraus ergeben sich meist auch weitere medizinische und psychosoziale Folgen wie erhöhtes Sturzrisiko, Ängste, Einsamkeit, Verwahrlosung und sozialer Rückzug. Insofern müssen diese Faktoren auch bei der psychologischen Diagnostik von Schmerzen und der Schmerztherapie des älteren Menschen Berücksichtigung finden.

Der biografische Aspekt/psychologische Verarbeitungsmechanismen: Die Verarbeitung von Veränderungen und Beschwerden ist oft eng an die Biografie und die Erlebnisse des vorhergehenden Lebens gebunden. Nicht verarbeitete biografische Konfliktsituationen (Kriegserinnerungen, Traumata, Rollenbilder etc.) können im Alter wieder aktualisiert werden und dazu beitragen, dass noch vorhandene Entwicklungspotenziale nicht genutzt werden und dadurch die Auseinandersetzung mit dem Alter erschwert wird. Insofern ist die Kenntnis der Biografie ein wesentlicher Faktor, um die Verarbeitung von Schmerzen zu verstehen. Oft haben ältere Menschen gelernt, dass man „die Zähne zusammenbeißen“ muss. Dadurch wird aber leicht eine frühzeitige Schmerztherapie erschwert und Abbausyndrome wirken sich durch Fehlhaltungen bzw. Schonung und Muskeltrophie noch stärker aus.

Der situative Aspekt: Im Alter entstehen oft auch neue Konflikte und Belastungen, die sich aus der individuellen Lebenssituation ergeben. Insofern stellt die Bearbeitung der aktuellen Lebenssituation einen wesentlichen Aspekt der Schmerztherapie dar. Nicht alle Schmerzen im Alter haben eine biologische Ursache. Einsamkeit, Isolation, Depressionen aber auch örtliche Gegebenheiten (Umweltfaktoren) spielen oft eine wesentliche Rolle. Daher ist es wesentlich, Funktionalitäten zwischen den

bestehenden Schmerzen und deren Auswirkungen und dem Leben des Betroffenen genau zu erfassen. Dies setzt ein Wissen des Therapeuten über das Altern, über die darin enthaltenen Möglichkeiten (Kompetenzmodelle), aber auch über die sich ergebenden Grenzen (biologische, psychologische und soziale Faktoren) voraus.

Der personale Aspekt: Die subjektive Sicht der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft sind zentrale Dimensionen der individuell erlebten Welt, die in der Therapie zu erfassen und mit objektiven Parametern zu vergleichen sind. Oft wirken sich gelernte, in der Vergangenheit bewährte Muster negativ auf das aktuelle Leben und die Bewältigung von Veränderungen und Beschwerden aus. Denkschemata, emotionale Aspekte und die subjektive Sicht der Möglichkeiten haben wesentliche Auswirkungen auf die Therapiemotivation. Psychologische Diagnostik und Therapie kann hier bei der individuellen Bewältigung von kritischen Lebensereignissen, z. B. durch das Aufzeigen neuer Perspektiven bzw. einer Neubewertung der eigenen Person und Situation helfen.

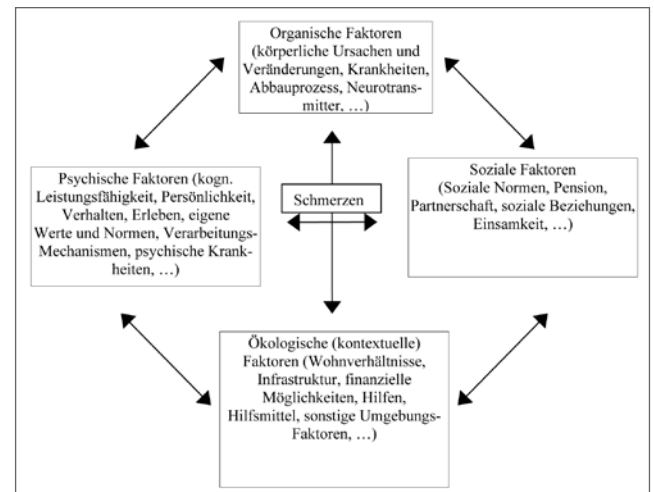
Der soziale Aspekt: Soziale Kontakte stellen einen wichtigen Aspekt bei der Auseinandersetzung mit den Aufgaben und Anforderungen des Alterns dar. Im Alter kommt es jedoch durch Verlusterlebnisse leicht zu Vereinsamung und Isolation. Dadurch erfolgt auch eine stärkere Fixierung auf den eigenen Körper. Schmerzen können hier leicht ein Kommunikationsmittel und die Möglichkeit zur sozialen Kontaktaufnahme werden (z.B. häufige Arztbesuche). Andererseits vermindern Schmerzen infolge Immobilität die Möglichkeiten zur sozialen Kontaktaufnahme und verstärken Vereinsamung und das Risiko von psychischen Erkrankungen.

Der kontextuelle Aspekt: Neben den bisher beschriebenen Faktoren kann der positive Alterungsprozess auch durch Umweltfaktoren (Wohnsituation, Hilfsmittel etc.) positiv oder negativ beeinflusst werden (Gatterer, 2007). Schmerzen können hier ebenfalls durch Umweltfaktoren (z.B. Gehhilfen, richtige Wohnungseinrichtung, ...) positiv oder negativ beeinflusst werden.

Der systemische Aspekt: Oft sind einzelne Faktoren für sich allein nicht so relevant, jedoch sehr wohl deren Zusammenspiel. Insofern muss aus einer ganzheitlichen Sicht des Lebens des älteren Menschen dieser Faktor bei der Schmerzdiagnostik und Therapie besonders berücksichtigt werden, um seine individuelle Problematik zu verstehen. So kann etwa leichte Immobilität und eine negative Wohnumwelt dazu führen, dass der ältere Mensch sich unzureichend bewegt, dadurch eine Muskelatrophie verstärkt wird, soziale Kontakte reduziert sind und eine durch eine Depression verstärkte Schmerzproblematik auftritt, die zu einer Krankenhausaufnahme führt. Eine reine Schmerztherapie ohne Berücksichtigung der psychosozialen Faktoren kann hier leicht eine Pflegeheimaufnahme zur Folge haben.

Aus ganzheitlicher und psychologischer Sicht müssen Schmerzen im Alter deshalb in einem biopsychosozialen Kontext (Gatterer, 2007) gesehen werden, der sowohl biologische, psychologische, soziale und kontextuelle Aspekte betrifft (vgl. Abbildung 2).

Abb. 2: Zusammenspiel organischer, psychischer, sozialer und ökologisch/kontextueller Faktoren bei Schmerzen älterer Menschen (nach Gatterer, 2007)



3. Schmerzmessung

3.1. Definition Schmerz

Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist, oder mit Begriffen einer solchen beschrieben wird. (International Association for the Study of Pain, IASP; 1994). Schmerz stellt deshalb ein subjektives Phänomen dar, welches eine wichtige Schutzfunktion im Körper hat. Die enge Korrelation zwischen kausaler Gewebsschädigung und Schmerzreaktion wird immer mehr aufgegeben. Die emotionale Dimension des Schmerzes wird gleichberechtigt neben die sensorische gestellt (Auvray, 2010; Price, 2000). Für die Feststellung der Genese, Lokalisation, Intensität, Beeinträchtigung und der Folgezustände und -probleme von Schmerzen stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, die auf den Ansätzen der Mehrkomponentenschmerzmessung (Flor, 2003; Schmid, 2006) beruhen.

3.2. Möglichkeiten der psychologischen Schmerzerfassung im Alter

Prinzipiell kann die Erfassung von Schmerzen auf folgenden Ebenen erfolgen:

- (Psycho)Physiologische Messungen z.B. Muskelspannung, Hautleitwert. Diese Methode wird leider selten verwendet.
- Selbsteinschätzung z.B. mittels des strukturierten Schmerzinterviews für die Geriatrie, welches die Bereiche Schmerzlokalisierung, Schmerzintensität und -häufigkeit, Beeinträchtigung durch den Schmerz, schmerzverändernde Bedingungen, erlebte Kontrolle über den Schmerz, Stimmung und ein kognitives Screening erfasst (Basler, 2002). Diese Methode ist bei kognitiv nicht beeinträchtigten älteren Menschen

vorzuziehen.

Geeignet sind auch die Erfassung der subjektiven Schmerzstärke auf einer Visuellen Analogskala (VAS) oder einer numerischen Skala z.B. von 1-10. Ebenso die Verbal-Rating-Skala (Basler, 2002), welche Schmerzen hinsichtlich der Dimensionen „Intensität und Leiden“ charakterisiert.

Ein relativ einfacher Zugang ist die Beurteilung der Intensität auf einer „Smily-Skala“. Die Gesichterskala (Faces Pain Scale, FPS, Brieri et al., 1990) misst die Schmerzintensität mit Hilfe von mehreren gezeichneten Gesichtern mit unterschiedlichem Schmerzausdruck. Der Proband wird gebeten, dasjenige Gesicht zu wählen, das seine erlebten Schmerzen am besten repräsentiert.

- Schmerzeinschätzung durch Angehörige oder Betreuer auf einer Schmerzskala. Dieser Zugang ist vor allem dort zu wählen, wo eine direkte Befragung der Person infolge Multimorbidität oder einer Demenzerkrankung nicht möglich ist und basiert auf Verhaltensmerkmalen (Mimik, Bewegung oder Weinen), die Rückschlüsse auf Schmerzen ermöglichen sollen. Hier hat sich die BESD (Skala zur Beurteilung von Schmerzen bei Demenz) bewährt, welche die deutsche Version der PAINAD-Skala (Warden et al., 2003) darstellt. Sie erfasst die Bereiche Atmung, negative Lautäußerung, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost.

Ebenfalls geeignet ist die DOLOPLUS-2 Skala (Lefebvre-Chapiro, 2001), die mittels 10 Items die Bereiche somatische, psychomotorische und psychosoziale Reaktionen erfasst.

- Beobachtung des Verhaltens in bestimmten Situationen: Ein konzeptionell neuartiges Verfahren eines verhaltensgestützten Schmerzassessments, die Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID), wurde in jüngster Zeit von Husebo und Kollegen (2007, 2009) vorgestellt. Ausgehend von der Annahme, dass ältere Menschen häufig an bewegungsinduzierten Schmerzen leiden, die beispielsweise aufgrund von Vermeidungsstrategien durch herkömmliche Verhaltensinventare in Alltagssituationen unerkannt bleiben, schlagen die Autoren die Beobachtung schmerzbezogenen Ausdrucksverhaltens bei einer Sequenz von fünf standardisierten Mobilisationen verschiedener Körperteile vor. Dabei gruppieren sie das zu beobachtende schmerzbezogene Ausdrucksverhalten in die Kategorien Schmerzlaute, Gesichtsausdruck und Abwehr, wobei für jeden Ausdrucksbereich vier beispielhafte Verhaltens- oder Ausdrucksweisen angeführt werden. Beobachtet wird der Schmerzausdruck während der Patient die Hand öffnet (beide Hände nacheinander), die Arme in Richtung Kopf ausstreckt (beide Arme nacheinander), die Beine streckt und anwinkelt (beide Beine nacheinander), sich im Bett auf beide Seiten dreht, und sich an der Bettkante aufsetzt. Ein

guter Überblick zu Verfahren zur Schmerzerfassung durch Verhaltensbeobachtung findet sich in Kaspar (2009).

- Weiters erscheint es wesentlich, auch die Funktionalität des Schmerzes mit zu erfassen. Hier bewähren sich Konzepte der Verhaltenstherapie (Gatterer, 2007), wo ein Verhalten hinsichtlich seiner Genese (Auslöser, emotional/kognitive Verarbeitung, Reaktionen und Konsequenzen) und aktuellen Wertigkeit analysiert wird. Daraus können auch differenzierte therapeutische Maßnahmen abgeleitet werden.

3.3. Probleme der Schmerzerfassung und Therapie im Alter

Die Erfassung und Therapie von Schmerzen im Alter stellt eine besondere Herausforderung für den/die Psychologen/in dar. Folgende Faktoren sind hierbei als erschwerend anzuführen:

- Einstellungen der Betroffenen und der Betreuer/innen
- Veränderung des Organschmerzes
- Underreporting of pain
- Symptomenwandel
- Multimorbidität
- Verändertes Sensorium
- Störung der Kommunikation und Lernfähigkeit durch kognitive Einschränkungen
- Protrahiertes Schmerzerleben durch Depression und Vereinsamung

Altern stellt infolge seiner Komplexität eine Herausforderung für unser Gesundheitssystem dar. Oft wird Altern sowohl von den Betroffenen als auch den Behandlern mit dem Abbau kognitiver, emotionaler, sozialer und körperlicher Funktionen gleichgesetzt, wodurch leicht ein therapeutischer Nihilismus begründet wird. Besonders problematisch ist dies bei älteren Menschen mit mehrfachen Beeinträchtigungen.

Die Multimorbidität stellt somit ein zentrales Problem beim älteren Schmerzpatienten dar. Sie erschwert als ständig vorhandener Einfluss auf die Körperfunktionen des geriatrischen Patienten einerseits die Diagnostik und andererseits die therapeutischen Möglichkeiten. Sie mindert die Belastbarkeit und Stabilität des Patienten nachhaltig. Vor allem aber ist sie der Hauptgrund dafür, dass es beim älteren Schmerzpatienten häufig nicht gelingt, einen kausalen Zusammenhang zwischen Schmerz Auslöser herzustellen.

Beim betagten Patienten kommt es zu einer Veränderung des Organschmerzes. Diese alterstypische Veränderung beruht einerseits auf der allmählichen Abnahme nozizeptiver Strukturen am Ort der Schmerzentstehung, andererseits auf der Verminderung der zentralen Präsenz der unterschiedlichen Schmerzverarbeitungszentren des Gehirns. Auch die sinkende Nervenleitgeschwindigkeit trägt zu diesem Phänomen bei. Verstärkt werden

die Schäden dann durch die Folgen chronischer Erkrankungen, wie beispielsweise des Diabetes mellitus.

Fatal ist diese Veränderung des Sensoriums auch deshalb, weil der Akutschmerz als Warnsignal nicht mehr im vollen Umfang funktioniert. Das führt soweit, dass selbst Frakturen nicht sofort registriert werden. So verschleppen ältere Patienten behandelbare Störungen oft über Monate und Jahre, solange, bis funktionell therapeutisch kaum noch Einfluss genommen werden kann. Auch der dann folgende chronische Schmerz wird oft nur vermindert präsentiert und vom Behandler deshalb als weniger behandlungsbedürftig eingestuft.

Das sogenannte „Underreporting of pain“ beruht primär wohl auf der bei Älteren verbreiteten Meinung, dass Schmerzen eben zum Alter gehörten (Defizitmodell) und folglich ertragen werden müssten. Deshalb erzählen sie diese zwar ihren Nachbarn, nicht aber den Behandlern.

In enger Beziehung zu diesem Nachlassen des Organschmerzes steht das Phänomen des Symptomenwandels. Dabei handelt es sich um eine nicht adäquate, wenn nicht sogar fehlerhafte Reizantwort. So empfinden die Patienten mit zunehmendem Alter häufig nicht mehr den Schmerz als krankhaft, sondern diffusere sekundäre Symptome wie Schlaflosigkeit, häufige Übelkeit, nächtliches Schwitzen, allgemeinen körperlichen Abbau und ähnliches. Oft werden Schmerzen auch als diffus „es geht mir nicht gut“ beschrieben, ohne genaue Lokalisation oder eindeutige Symptomatik. Ein bekanntes Beispiel stellt die Tatsache dar, dass der „typische“ Herzinfarktschmerz mit zunehmendem Alter nur noch selten auftritt. Dafür wird die Herzrhythmusstörung zum führenden Symptom des Ereignisses. Das erschwert sowohl die Diagnostik, als auch die Therapie.

Störungen der Kommunikation durch kognitive Einschränkungen, zum Beispiel bei der Demenz, spielen mit zunehmendem Alter eine immer größere Rolle. Bereits die Schmerzformulierung bereitet Probleme. Leicht können sie von den Betreuern als Verhaltensstörungen im Rahmen der Demenz interpretiert und dadurch auch falsch therapiert werden.

Auch andere psychische Erkrankungen z.B. Depressionen und Ängste erschweren oft die Diagnose von Schmerzen. Ebenso können sich soziale Probleme, wie etwa Vereinsamung, auch durch Schmerzen äußern.

Daher müssen ergänzend zur Schmerzdiagnostik auch andere Bereiche, wie etwa der kognitive Status und die Depressivität genauer abgeklärt werden. Hier haben sich zur Abklärung einer Demenz der Mini-Mental-Status und der Uhrentest als Screeningverfahren bewährt. Eine genauere Abklärung wäre etwa mittel CERAD möglich. Als Standardverfahren zur Abklärung einer Depression wären die Geriatrie Depressionsskala und der Cornell-Depressionsfragebogen zu nennen (siehe zu psychologische Diagnostik im Alter: Gatterer, 2007).

4. Psychologische Schmerztherapie

Die psychologische Schmerztherapie im Alter muss in ein multidisziplinäres Behandlungskonzept integriert sein, welches biologische, psychologische, soziale und kontextuelle (Umweltgestaltung, Hilfsmittel) Variablen umfasst.

Grundlage ist die genaue Erfassung des Schmerzes hinsichtlich seiner Genese, Stärke, Dauer, Lokalisation, Auswirkungen und psychischen Verarbeitung.

4.1. Beeinflussung biologischer Faktoren

Die Beeinflussung biologischer Faktoren erfolgt meist in Kooperation mit einer medikamentösen Schmerztherapie, Physiotherapie und Ergotherapie. Die Aufgaben des/der Psychologen/in erstrecken sich hierbei auf Gespräche zur Verbesserung der Compliance, Informationen über die psychische Komponente des Schmerzes, die Zusammenhänge zwischen Muskelverspannungen und Schmerzen und die Vermittlung von Entspannungstechniken bzw. Biofeedback-Training. Auch Ablenkung und Strategien zur Vermeidung von Schonhaltungen und Motivation zu körperlichem Training (auch Muskelaufbau) sind hier wesentlich. Wichtig erscheint es, dass der/die Psychologe/in nicht ebenfalls einem Defizitmodell des Alterns entsprechend agiert und primär an Schonung und Ruhe bei älteren Menschen denkt.

4.2. Psychische Faktoren

Die Verarbeitung von Schmerzen ist ein psychischer Prozess, der auf bisherigen Lernmustern aufbaut. Die Erfassung von kognitiven und emotionalen Prozessen in Zusammenhang mit Schmerzen, aber auch anderen psychosozialen Belastungen, steht im Zentrum der Therapie. Aktivierung, Genusstraining, Achtsamkeitstraining, das Nützen von Ressourcen, und eine Veränderung der Denkmuster und Schemata sind darauf aufbauende therapeutische Konzepte.

Hinsichtlich der Therapie kommt aus psychologischer Sicht vor allem psychosozialen Stressfaktoren eine wesentliche Bedeutung zu. Schmerzen infolge von Vereinsamung, Isolation oder als Kommunikationsmittel benötigen ein anderes therapeutisches Vorgehen (z.B. Selbstsicherheitstraining) als infolge von Fehlhaltungen oder Abnützungserscheinungen.

Bei Schmerzen infolge von biologischen Veränderungen kann das S-O-K (Selektion/Optimierung/Kompensation) Modell (Baltes, 1998) herangezogen werden. Das Modell meint, dass es für erfolgreiches Altern wichtig ist, nicht mehr alles tun zu müssen (Selektion). Das Wichtige sollte jedoch trainiert werden (Optimierung). Zur Unterstützung sind auch kompensatorische Maßnahmen wichtig (z.B. Gehhilfe).

4.3. Soziale Faktoren

Sozialer Austausch ist ein wesentlicher Faktor für Wohlbefinden im Alter. Ältere Menschen neigen jedoch oft dazu, Schmerz als Grundlage für die Kommunikation zu nutzen. Insofern ist Förderung der Kommunikation und Interaktion in Gruppen, mit einem Focus auf nicht schmerzcentrierter Kommunikation ein wesentlicher Bestandteil der psychologischen Schmerztherapie. Kreativgruppen, sportliche Betätigung in der Gruppe, Lach-Yoga, Entspannung und verschiedenste andere Aktivitäten fördern Lebensfreude und führen zu einer nicht primär schmerzorientierten Lebensgestaltung.

4.4. Kontextuelle Faktoren

Oft haben Umgebungsfaktoren, z.B. eine schlechte Brille, negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden, z.B. durch Spannungskopfschmerz. Hier kann Psychologie helfen, solche kontextuellen Zusammenhänge aufzudecken und im interdisziplinären Team zu behandeln. Wesentlichste Aufgabe der Psychologie ist hierbei die Arbeit an der Akzeptanz von Veränderungen der Umgebung. Ältere Menschen neigen oft dazu, sich negativ auswirkende Umweltfaktoren (z.B. Bett) beizubehalten, da es sich nicht mehr auszahlen würde, etwas zu verändern. Sie bleiben in ihrem Defizitmodell des Alterns und sehen keine positiven Möglichkeiten.

Positive Auswirkungen zeigen auch Umweltgestaltungsmaßnahmen durch Farben, Musik, Pflanzen und Tiere. Dadurch wird der Focus von den Schmerzen, auf andere, positive Faktoren gelenkt.

4.5. Schmerztherapie bei Menschen mit Demenz

Gerade die Erfassung und Therapie von Schmerzen bei Menschen mit Demenz erfordert ein sehr sorgfältiges Vorgehen. Die Abklärung der Demenzerkrankung, das genaue Erfassen von Verhaltensauffälligkeiten und deren Funktionalität, das Aufdecken von Ressourcen, die Möglichkeit zur Förderung positiver Aktivitäten aus dem Altgedächtnis und die Einbeziehung kontextueller Veränderungen haben sich hier bewährt. Eine die Fähigkeiten von Menschen mit Demenzerkrankung fördernde positive Umwelt (Tiere, Garten, Musik, Kinder) hat positive Auswirkungen auf die Stimmung und die Verminderung von Schmerzen. Weiters kann durch solche Ablenkungen auch ein anderer nicht primär körperzentrierter Tagesablauf geschaffen werden.

4.6. Praktisches Beispiel

Frau M., 81 Jahre alt kommt infolge ständiger Rückenschmerzen, die medikamentös nicht vollständig beseitigt werden konnten, in psychologische Behandlung. Sie war mittelgradig depressiv. Bei der Erstellung eines Fall-

konzeptes zeigte sich folgende Situation. Frau M. ist eine sehr ehrgeizige, aktive ältere Frau, die alleine lebt. Sie hat gelernt, immer alles selbst zu machen. Hilfe kann sie nicht annehmen. Dadurch kommt es auch immer wieder zu Überforderungen, z.B. durch Gartenarbeit und Hausarbeit. Sie weigert sich aber hier eine Unterstützung, die ihr Sohn ihr gerne zukommen lassen würde, zu akzeptieren. Positive Tätigkeiten kann sie kaum durchführen, da sie bereits vom Alltag erschöpft ist und Schmerzen hat. Sie legt sich dann meist hin, um sich auszuruhen.

Aus psychologischer Sicht war es hier notwendig, an den Einstellungen von Frau M. zu arbeiten. „Nur wer etwas leistet, ist etwas wert“, ist ihre Devise. Nun sollte sie lernen, Hilfe anzunehmen und damit ihre Energien auch für positive Aktivitäten nützen zu können. Weiters wurde mit ihr in Kooperation mit Arzt und Physiotherapie ein Muskelaufbautraining durchgeführt, um dadurch eine Schmerzreduktion zu erreichen. Frau M. war anfangs skeptisch, machte aber dann doch in der Gruppe mit. Zusätzlich wurden mit ihr Genussübungen durchgeführt. Durch diese psychologischen Maßnahmen konnte der Medikamentengebrauch deutlich reduziert werden. Frau M. wies auch deutlich geringere Depressionswerte auf und hatte wieder mehr Lebensfreude.

5. Conclusio

Ältere Menschen stellen hinsichtlich ihrer biopsychosozialen Situation ein Risikoklientel für das Auftreten von Schmerzen dar. Zusätzlich ergibt sich durch die Problematik der Multimorbidität ein weiterer Problembereich. Eine reine medikamentöse Schmerztherapie ist insofern bei älteren Menschen nicht effizient, weshalb vermehrt psychologische Konzepte bei der Diagnose und Therapie von Schmerzen bei älteren Menschen diskutiert werden müssen. Der Focus liegt hierbei auf einer guten Diagnostik, welche auch psychologische und soziale Faktoren hinsichtlich der Genese und Verarbeitung von Schmerzen erfasst. Darauf baut eine individuelle psychologische Schmerztherapie auf, die auf einer Veränderung der biologischen Faktoren (z.B. durch Entspannung, Ablenkung und Achtsamkeit), der psychischen Verarbeitungsmechanismen und der sozialen Komponente des Schmerzes beruht. Ergänzend können vor allem bei Menschen mit Demenzerkrankung auch Veränderungen in der Umwelt durchgeführt werden.

Wesentlich für ein solches Konzept ist aber eine positive Einstellung des/der Psychologen/in zum Altern, um Fähigkeiten und Ressourcen zu nützen und nicht einem Defizitmodell zu erliegen. Ältere Menschen, auch mit Demenz, sind primär Menschen und nicht nur ein Körper. Deshalb sollten wir sie nicht nur körperlich, sondern auch seelisch-geistig am Leben erhalten.

Literatur

- AGS PANEL ON PERSISTENT PAIN IN OLDER PERSONS (2002). The Management of Persistent Pain in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 205-224.
- AUVRAY, M., MYIN, E. & SPENCE, C. (2010). The sensory-discriminative and affective-motivational aspects of pain. *Neurosci Biobehav Rev*, 34(2), 214-223.
- BALTES, M. M., LANG, R. & WILMS, H. U. (1998). Selektive Optimierung mit Kompensation. Erfolgreiches Altern in der Alltagsgestaltung. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie, Bd. I Grundlagen. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie (188-202)*. Göttingen: Hogrefe.
- BASLER, H. D., BLOEM, R., CASSER, H. R., GERBERSHAGEN, H. U., GRIESSINGER, N., HANKEMEIER, U., HESSELBARTH, S., LAUTENBACHER, S., NIKOLAUS, T., RICHTER, W., SCHROTER, C. & WEIS, L. (2001). Ein strukturiertes Schmerzinterview für geriatrische Patienten. *Schmerz*, 15, 164-171.
- BRIERI, D., REEVE, R.A., CHAMPION, G. D. et al. (1990). The face pain scale for the self assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation, and preliminary investigation for the ratio scale properties. *Pain*, 41, 139-150.
- FERRELL, B. R. & FERRELL, B. A. (1996). *Pain in the Elderly*. Seattle: IASP Press.
- GATTERER, G. (Hrsg.). (2007). *Multiprofessionelle Altenbetreuung*, 2. Aufl., Wien: Springer.
- HASS, S. & LAMPL, C. (2006). Schmerzen bei Demenzkranken *Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie*, 7(2), 23-25.
- HUSEBO, B. S., STRAND, L. I., MOE-NILSSEN, R., HUSEBO, S. B. & LJUNGGREN, A. E. (2009). Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: Reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 180-189.
- HUSEBO, B., SANDGATHE, S., LIV, I., MOE-NILSSEN, R., HUSEBO, S. BORGE, S., ANDREA, L. & LJUNGGREN, A. E. (2007). Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): Development and validation of a nurse-administered pain assessment tool for use in dementia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1), 67-80.
- HUSEBØ, S. (2002). Was ist Schmerz. In S. Pleschberger, K. Heimerl & M. Wild (Hrsg.), *Palliativpflege*. Wien: Facultas.
- KASPAR, R. (2009). *Psychometrische Beurteilung verhaltensgestützter Schmerzassessments für Menschen mit Demenz. Potenziale von Item-Response-Theorie und Latent Variable Modellen am Beispiel der Verhaltensinventare CNPI und BESD. Inauguraldissertation zur Erlangung des Grades eines Dr. phil. an der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg*
- KOJER, M. (2006). Demenz und Palliative Care. In S. Kränzle, U. Schmid & C. Seeger (Hrsg.), *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*. Heidelberg: Springer.
- LEFEBRE-CHAPIRO, S. & THE DOLOPLUS GROUP (2001). The DOLOPLUS2 scale – Evaluating pain in the elderly. *European Journal of Palliative Care*, 8, 191-194.
- MERSKEY, H. & BOGDUCK, N. (Hrsg.). (1994). *Classification of Chronic Pain*. (2 Aufl.). Seattle, WA: IASP Press.
- NIKOLAUS, T. (1994). *Chronischer Schmerz im Alter*. Wiesbaden: Quelle & Meyer.
- OSWALD, W. D., GATTERER, G. & FLEISCHMANN, U. M. (2008). *Gerontopsychologie*. Wien: Springer.
- PIPAM, W., BERNATZKY, G. & LIKAR, R. (2009). Schmerzmessung und Dokumentation. In R. Likar, G. Bernatzky, D. Märkert & W. Ilias (Hrsg.), *Schmerztherapie in der Pflege*. Wien: Springer.
- PRICE, D. D. (2000). Psychological and neural mechanisms of the affective dimension of pain. *Science*, 288(5472), 1769-1772.
- SCHMID, N. (2006). Schmerz und Alter: Psychologische Diagnostik und Therapie bei chronischen Schmerzen im hohen Alter. *Psychologie in Österreich*, 26(3), 223-228.
- WARDEN, V., HURLEY, A. & VOLICER, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *J Am Med Dir Assoc*, 4, 9-15.

Autor

Dr. Gerald Gatterer

Leiter Psychologisch-Psychotherap. Ambulanz/
interim.Leiter Abt. Psychosoz. Rehabilitation
Akad. Health Care Manager

Geriatriezentrums am Wienerwald
Jagdschloßgasse 59
A-1130 Wien
Telefon: +43 (0)1 80110 3475
Fax: +43 (0)1 80110 3714 (Sekretariat)
gerald.gatterer@wienkav.at





SEMINARE IN NEURO-SOMATISCHER STIMULATION (NSS) nach Gallo 2013/14

Mittels neuro-somatischer Stimulation ist es möglich, emotionale Stresszustände wie Ängste, Phobien, Panikattacken, traumatische Erfahrungen, Depressionen, Essstörungen, Süchte, Selbstwertprobleme u.v.m. in meist kurzer Zeit nachhaltig zu behandeln! Da Gefühle maßgeblich mit Körperwahrnehmungen in Verbindung stehen ist es wichtig, auch den Körper bei der Behandlung emotionaler Belastungen mit einzubeziehen. Mittels multipler neuronaler Stimulation in Form von Beklopfen bestimmter Akupunkturpunkte, Augenrollbewegungen, Aktivieren des rechten und linken Frontallappens zur Dekonditionierung „falsch“ gekoppelter Stressmuster im Gehirn sowie der Arbeit mit positiven Affirmationen werden dysfunktionale Denk-, Fühl- und Verhaltensmuster in meist kurzer Zeit sanft und nachhaltig aufgelöst. Bei der Behandlung von Traumata ist dies u.E. die am schnellsten wirksame und zugleich schonendste Technik überhaupt, ebenso ist sie als Schutz vor Burn-Out bzw. sekundärer Traumatisierungen der BehandlerInnen besonders geeignet.

Zielgruppe: Ausschließlich PsychotherapeutInnen, Klinische PsychologInnen sowie ÄrztInnen mit Psy3-Diplom

Einführung: Fr. 12.4.2013 (14-18.30) + Sa. 13.4.2013 (9-18), € 290 + USt

Level 1: Fr. 21.6.2013 (14-18.30) + Sa. 22.6.2013 (9-18), € 290 + USt

Supervisions- und Praxistag: Fr. 6.9.2013 (14-19) € 170 + USt

Level 2: Fr. 18.10.2013 (14-18.30) + Sa. 19.10.2013 (9-18), € 290 + USt

Level 3: Fr. 28.3.2014 (14-18.30) + Sa. 29.3.2014 (9-18), € 370 + USt

Level 4: Fr. 25.4.2014 (14-18.30) + Sa. 26.4.2014 (9-18), € 370 + USt

Bei Bezahlung des gesamten Curriculumms ermäßigter Preis von Euro 1.680,-- + USt
Seminarwiederholer bezahlen die Hälfte!

Ort: VÖPP Vereinigung Österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
1090 Wien, Lustkandlg. 3-5 (Achtung: Eingang Ecke Achamergasse!)

Seminarleitung: Dr. Karin Neumann & Dr. Astrid Zips (Psychotherapeutinnen)

Informationen und Auskünfte: Dr. Karin Neumann 0676-7613898, neumann@e-psy.at

Ausschließlich schriftliche Anmeldung für Seminare: Dr. Astrid Zips, zips@e-psy.at

Dieses Curriculum wird vom Bundesministerium für Gesundheit in Österreich als Weiterbildung für PsychotherapeutInnen im Rahmen der verpflichtenden Fort- und Weiterbildungsverpflichtung anerkannt.

Weitere Infos und Seminarinhalte finden Sie auf www.e-psy.at

Dr. Karin Neumann
Psychotherapeutin, Supervisorin, Coach
Telefon: 0676-7613898
Mail: neumann@e-psy.at
Homepage: www.e-psy.at

Dr. Astrid Zips
Klin. Psychologin, Psychotherapeutin, Coach
Homepage: www.astrid-zips.at
Mail: zips@e-psy.at
Homepage: www.e-psy.at

Psychologische Therapie von Kopfschmerz und Migräne

Psychological Treatment Options for Migraine and Tension-Type Headache

Peter Kropp

Themenschwerpunkt Schmerz

Zusammenfassung

Zur Behandlung von primären Kopfschmerzen, insbesondere der Migräne und dem Kopfschmerz vom Spannungstyp lassen sich neben medikamentösen Therapieoptionen auch nicht-medikamentöse Verfahren erfolgreich einsetzen, die insbesondere aus dem verhaltenstherapeutischen Methodenbereich entstammen. Hierzu gehören neben der Beratung und Führung des Patienten Entspannungstechniken, Biofeedback-Therapien und kognitive Verfahren. Modernere Verfahren sind Kurzzeitprogramme mit minimalem Patientenkontakt und spezifische Desensibilisierungstechniken zur Kontrolle beispielsweise von Migräneauslösern. Alle vorgestellten Verfahren sind hocheffektiv und in ihrer Wirkung vergleichbar mit medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten.

Abstract

Non-pharmacological treatment options in migraine and headache often originate from behaviourally oriented procedures. These consist of coaching of the patient, of relaxation techniques, biofeedback strategies and cognitive-behavioural therapies. Modern treatments focus on minimal patient contact and specific desensitization techniques to cope with individual headache triggers. The cited treatment options are effective and comparable with pharmacological treatment.

1. Einleitung

Verhaltenstherapeutische Verfahren zur Behandlung von Kopfschmerzen sind in den letzten Jahren sowohl inhaltlich als auch bezüglich der Anwendbarkeit weiterentwickelt worden (Basler et al., 2004; Holroyd et al., 2010). Aktuelle Metaanalysen zufolge sind die standardisierten Verfahren effektiv und werden in einschlägigen

Leitlinien auch als Alternativen zur medikamentösen Behandlung bewertet (www.dmkg.de; Brune et al., 2005).

Am Beispiel pathophysiologischer Überlegungen zur Migräne und zum Kopfschmerz vom Spannungstyp sollen die wichtigsten leitlinienbasierten Verfahren vorgestellt werden. Außerdem sollen aktuelle Entwicklungsmöglichkeiten anhand neuerer experimenteller Ergebnisse aufgezeigt werden.

2. Zur Pathophysiologie der Migräne und des Kopfschmerz vom Spannungstyp

Migräne gilt heute nicht mehr als psychosomatische Erkrankung und auch das Modell einer Migränepersönlichkeit konnte in sorgfältig angelegten Studien nicht nachgewiesen werden. Die aktuellen Konzepte zur Pathophysiologie primärer Kopfschmerzen wie bei der Migräne oder dem Kopfschmerz vom Spannungstyp machen eine Störung der Hirnfunktion für diese Schmerzzustände verantwortlich (Schoenen et al., 2003; Goadsby et al., 2010). So kann nachgewiesen werden, dass depolarisierende neuroelektrische und neurometabolische Abläufe eine Migräneattacke triggern. Mitochondriale Störungen, Elektrolytverschiebungen und eine genetisch bedingte Störung der Kalziumkanäle sind wichtige Pathomechanismen im ZNS bei der Migräneentstehung. Die Folge ist eine immer wieder episodisch und attackenartig auftretende lokale sterile Entzündung mit neurologischen fokalen Störungen, starken Schmerzen und vegetativen Begleitsymptomen (Welch, 2003). Ein vereinfachtes Modell zur Pathophysiologie der Migräne findet sich bei Bischoff und Traue (2004).

3. Das Diathese-Stress-Modell

Der Migräneanfall wird heute als neurologische Funktionsstörung bezeichnet. Dabei wird in der neueren Literatur zur Pathophysiologie der Migräne übereinstimmend im Sinne eines Diathese-Stress – Ansatzes zwischen einer zu Grunde liegenden Migräneveranlagung und dem aktuellen Anfallsauslöser unterschieden (Welch, 2003), was weitreichende Konsequenzen in der Behandlung der Migräne zur Folge haben kann. So gilt aufgrund dieses Ansatzes nicht nur die medikamentöse Behandlung der Migräne als wirksam, sondern auch nichtmedikamentöse, insbesondere verhaltenstherapeutische Verfahren können an bestimmten Punkten der Schmerzskala effektiv angreifen und eine signifikante Linderung der Symptomatik bewirken (Bischoff & Traue, 2004; Andrasik, 2010).

4. Indikation für verhaltenstherapeutische Verfahren

Vor über 30 Jahren wurden erste kontrollierte Studien über nicht-medikamentöse, verhaltensorientierte Behandlungsansätze bei Migräne und Spannungskopfschmerzen veröffentlicht (Sargent et al., 1973; Hay & Madders, 1971). Damit wurde eine Alternative und eine Ergänzung zur medikamentösen Behandlung von Kopfschmerzkrankungen eingeleitet. Im Gegensatz zur medikamentösen Therapie ermöglichen nicht-medikamentöse Verfahren eine größere Verantwortlichkeit des Patienten bei der Bewältigung der erlebten Schmerzzustände. Der Patient ist aktiv an der Behandlung beteiligt und erlebt so eine größere Selbstwirksamkeit, die es im Gegensatz zur oft passiven medikamentösen Therapie ermöglicht, eine aktive Behandlungsstrategie aufzubauen (French et al., 2000; Andrasik, 2010). Außerdem werden emotionale, kognitive, verhaltensbezogene und soziale Faktoren zur Behandlung der Schmerzzustände mit einbezogen. Damit lassen sich ungünstige Lebensgewohnheiten und möglicherweise Schmerz-auslösende Faktoren besser in eine Behandlung integrieren.

Die aktuellen Empfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (www.dmkg.de) zur Behandlung der Migräne sowie auch zur Behandlung des Kopfschmerzes vom Spannungstyp sehen in der nicht-medikamentösen Therapie den Einbezug verhaltenstherapeutischer Maßnahmen explizit vor. Das US-Kopfschmerzkonsortium (Campbell et al., 2004) bewertet nachfolgend vorgestellte Methoden als zur medikamentösen Prophylaxe alternative Behandlungsverfahren oder als Methoden, die in Kombination mit medikamentösen Verfahren eine zusätzliche klinische Verbesserung bewirken können. Unter bestimmten Bedingungen (Tabelle 1) werden diese Verfahren als besonders geeignet bewertet. Die Indikation für eine psychologische Behandlung orientiert sich an der Indikation für eine pharmakologische Prophylaxe (Silberstein et al., 2000). Da-

nach kommen 3,8% aller Patienten, nämlich diejenigen, die unter einer häufigen Migräne leiden (mehr als zwei Attacken pro Monat), für eine psychologische Behandlung in Frage.

Tab. 1: Indikationen für eine nicht-medikamentöse Behandlung der Migräne oder des Kopfschmerzes vom Spannungstyp

- Patient bevorzugt eine nicht-medikamentöse Behandlung
- medikamentöse Behandlung kann nicht toleriert werden oder ist medizinisch kontraindiziert
- fehlende Wirksamkeit bei medikamentöser Behandlung
- Patientin ist schwanger oder plant, schwanger zu werden
- Patient mit einer Geschichte häufiger oder exzessiver Medikamenteneinnahme (Medikamentenübergebrauch)
- Vorhandensein ausgeprägter Belastungsmomente oder fehlende Fertigkeiten zur Stressbewältigung

Bei chronischen Kopfschmerzformen, insbesondere Migräne sowie Kopfschmerzen vom Spannungstyp, sind verhaltensbezogene, psychologische Faktoren für die Entstehung, aber besonders auch für die Aufrechterhaltung der Erkrankung von besonderer Bedeutung. Überhöhte Anforderungen an sich selbst, ungünstige Stressverarbeitungsweisen, Angst vor Versagen und auch Angst vor Schmerzen sind nur einige Beispiele, die bei manchen Patienten ungünstige Verhaltensgewohnheiten entwickeln lassen, die sich dann negativ auf die Kopfschmerzsymptomatik auswirken können. Ziel der verhaltenstherapeutischen Behandlung ist neben der aktiven Bewältigung des akuten Migräneanfalls bzw. der akuten Spannungskopfschmerzen vor allem auch die aktive Vorbeugung durch Veränderung von Auslösebedingungen, die zu einem Migräneanfall bzw. zur Auslösung und Aufrechterhaltung chronischer Kopfschmerzen führen können. Medikamentöse und verhaltenstherapeutische Behandlungen schließen sich dabei gegenseitig nicht aus, sondern ergänzen sich vielmehr. Allerdings ist bei Bestehen eines Medikamentenübergebrauchs vor der erfolgreichen Anwendung jedweder rationalen therapeutischen Maßnahme eine Entzugsbehandlung erforderlich. Bei der Behandlung des kindlichen Kopfschmerzes sollte die Verhaltenstherapie stets im Vordergrund stehen.

Nicht-medikamentöse, verhaltensorientierte Ansätze zur Behandlung von Kopfschmerzen können in vier Bereiche eingeteilt werden (Seng et al., 2010, siehe auch Tabelle 2), die im Folgenden näher beschrieben werden.

Tab. 2: Einteilung der nichtmedikamentösen Therapieverfahren

| Therapieverfahren | Beispiel |
|-------------------------|---|
| 1. Beratung und Führung | Tagebuch Vermittlung eines Krankheitsmodells Analyse des Medikamentenverhaltens Tagesplanung Schlafhygiene |
| 2. Entspannung | Progressive Muskelrelaxation Autogenes Training Hypnose |
| 3. Biofeedback | Elektromyographisch Hauttemperatur Elektrodermal Vasokonstriktions-Biofeedback Doppler-Biofeedback Neurofeedback |
| 4. Kognitive Therapie | Umstrukturierung Imagination |

5. Nichtmedikamentöse, verhaltenstherapeutische Verfahren

5.1. Beratung und Führung des Patienten

Jede Form erfolgreicher Behandlung (auch der medikamentösen) setzt eine eingehende Beratung und Führung des Migräne- und Kopfschmerzpatienten voraus. Besonderen Wert sollte hierbei auf die Vermittlung eines verhaltenstherapeutischen („bio-psycho-sozialen“) Krankheitsmodells gelegt werden. Dies erfolgt durch eine Verhaltensanalyse, bei der die Auslöser der Migräneattacken und der Kopfschmerzen genau untersucht werden. So müssen evtl. belastende Lebensereignisse und Alltagsbelastungen hinsichtlich ihrer möglichen Anfallsauslösung bewertet werden. Außerdem ist eine genaue Analyse des Medikamentenverhaltens (Schmerzmittelübergebrauch) wichtig, zumal sich herausgestellt hat, dass nahezu alle wirksamen Akutpräparate bei Übergebrauch eine schmerzinduzierende Wirkung haben (Katsarava, 2004). Weiterhin müssen die Auswirkungen der Beschwerden auf z.B. Familie, Beruf und Sozialkontakte bedacht werden. Obligatorisch sind die Führung eines Migräne-Kopfschmerz-Tagebuches sowie gegebenenfalls auch die zeitweilige Führung eines Aktivitätstagebuches, aus dem die Tagesplanung des Patienten hervorgeht und durch welches sich Hinweise auf Überforderungen ergeben können. Im Beratungsgespräch sollte auch auf allgemeine Aspekte der Lebensführung (Tagesplanung, Diät, Sport, Schlafhygiene, Umweltfaktoren, Überreizung, Umgang mit Stressbelastungen etc.) eingegangen werden. Ergeben sich aus der Verhaltensanalyse entsprechende Indikationsstellungen, werden weitere verhaltenstherapeutische Behandlungsformen (siehe Tabelle 2) eingesetzt. Allein durch Beratung und Führung kann ein Schmerzleiden effektiv gelindert wer-

den. Wirksam ist hier insbesondere das Führen eines Tagebuchs und die Vermittlung eines Krankheitsmodells, das der Patient im Alltag erproben kann (Bischoff & Traue, 2004).

5.2. Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren sind hoch effektive und am häufigsten angewandte Techniken der psychologischen Schmerzbehandlung. Sie können in hohem Maße eigenverantwortlich von den Patienten eingesetzt werden und kommen sowohl als Einzelverfahren, oft jedoch in Kombination mit weiteren verhaltenstherapeutischen Techniken zum Einsatz. Bei der Behandlung chronischer Kopfschmerzen hat sich in erster Linie die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR) als sinnvoll erwiesen. Dieses Verfahren ist in seiner Wirksamkeit empirisch gut belegt. Das Behandlungsrational der PMR leitet sich aus der Beobachtung ab, dass eine psychophysische Erregung (Stress, Schmerz) stets mit einer Erhöhung der Aktivierung und damit häufig auch des Muskeltonus einhergeht. Durch eine Senkung des Muskeltonus wird eine Reduktion von Aktivierung und Schmerzempfinden sowie letztlich auch eine mentale Entspannung erreicht. Trainingsziel ist das Erlernen einer konditionierten Entspannung mit raschem Abrufen der Entspannungsreaktion in allen relevanten Lebenssituationen. Die Patienten sollen befähigt werden, im Alltag Anspannungen frühzeitig zu erkennen und diesen entgegenzuwirken. Die Übungen bestehen aus sukzessiver, einfacher An- und Entspannung der wichtigsten Muskelgruppen des Körpers, die Aufmerksamkeit wird dabei auf den Unterschied zwischen Anspannung und Entspannung sowie dem Empfinden einer tiefen muskulären Entspannung gelenkt. Die PMR wird von Patienten gerne angenommen, allerdings muss über einen längeren Zeitraum (Wochen) regelmäßig täglich geübt werden, um eine konditionierte Entspannungsreaktion aufzubauen. Die PMR ist in der Behandlung von Migräne und Spannungskopfschmerzen wirksamer als das Autogene Training.

Durch Entspannungsverfahren soll das allgemeine Aktivierungsniveau reduziert werden. Hintergrund ist dabei, dass neben einer allgemeinen entspannenden Wirkung auch eine zentrale Dämpfung der Informationsverarbeitung erreicht werden soll (Andrasik, 2004; Andrasik, 2010). Entspannung bewirkt jedoch nicht nur eine Verminderung von Hypervigilanz und Aufmerksamkeit durch die Anwendung effektiver Ablenkungsstrategien. Es konnte vielmehr in neueren experimentellen Studien mit funktioneller Magnet Resonanz Tomographie (fMRT) nachgewiesen werden, dass Ablenkung bei akuter schmerzhafter Stimulation nicht nur zu reduzierten Schmerzangaben führten, sondern auch zu einer signifikanten Zunahme der Aktivierung im periaquaeduktalen Grau, einer Region, die eng mit der kortikalen Schmerzkontrolle in Zusammenhang steht (Tracey et al., 2002). Außerdem werden durch Entspannung Angstzu-

stände reduziert, was wiederum die Schmerztoleranz erhöht und zumindest den subjektiven Schmerzbericht reduziert. Den Entspannungsverfahren wird häufig eine präventive Funktion zur Verhinderung von Schmerzen zugesprochen; Patienten berichten jedoch auch über abortive Eigenschaften der Entspannung in der akuten Attacke, in dem die erwartete Anfallsdauer verkürzt wird.

5.3. Biofeedback

Durch Biofeedback werden objektive Verfahren zur Messung, Verstärkung und Rückmeldung physiologischer Signale eingesetzt. Der Patient wendet diese Signale an, um Kontrolle über die Zielgröße (z.B. Muskelspannung oder Erregungsniveau) zu erhalten und diese in die gewünschte Richtung zu verändern. Das Biofeedbacktraining hat sich als ein wesentlicher und wirkungsvoller Baustein verhaltenstherapeutischer Schmerzbehandlung erwiesen. Dabei geht es um eine Form des Lernens mit verbesserter Autoregulation. Ungeklärt ist jedoch, ob es sich dabei um eine apparativ unterstützte Entspannungsmethode oder ein Körperwahrnehmungstraining und eine dadurch induzierte kognitive Umstrukturierung handelt.

Bewährt hat sich insbesondere beim Kopfschmerz vom Spannungstyp, aber auch bei der Migräne, die Anwendung von EMG-Biofeedback des musculus frontalis, der muskuli trapezii sowie der Temporalismuskulatur, es erfolgt hierbei eine akustische und/oder optische Rückmeldung mit dem Ziel der Verminderung des aktuellen muskulären Erregungsniveaus unter verschiedenen situativen Bedingungen, auch unter Einbezug von Entspannung sowie von Belastungs- und Stresssituationen. Außerdem soll die Wahrnehmung der Anspannung in der Muskulatur gefördert werden.

Auf die Bewältigung des akuten Migräneanfalls zielt das Vasokonstriktionstraining durch willentliche Verengung der Temporalisarterie ab. Dies erfolgt durch eine kontinuierliche Infrarotmessung, die über den Blutvolumenpuls ein Maß für die Gefäßweite liefert. Durch unmittelbare Rückmeldung dieser Gefäßweite können Strategien des Patienten zur Gefäßverengung erfasst und trainiert werden (Kropp et al., 1997). Dabei wird im schmerzfreien Intervall die Gefäßverengung eingeübt, während bei ersten Anzeichen eines Migräneanfalls diese Strategien zur Gefäßverengung hervorgerufen werden müssen.

In einigen Studien, vor allem bei kindlicher Migräne, hat sich das Handerwärmungstraining (thermales Feedback) als wirkungsvoll erwiesen. Das Kind lernt dabei, die Hauttemperatur an den Händen durch Rückmeldung der Temperatur willentlich zu erhöhen, was physiologisch durch eine Blutumverteilung gelingen kann (Hermann & Blanchard, 2002).

Neuere Ansätze zur Rückmeldung hirnelektrischer Potentiale, insbesondere die der contingent negative variation (CNV) sind ebenfalls in ihrer Wirkung erfolgversprechend. Bei dieser Rückmeldeform lernen Migrä-

nepatienten, die zunächst höheren negativen kortikalen Amplituden zu reduzieren, was ihnen durch Erlernen von Habituationsstrategien gelingt. Das erfolgreiche Erlernen dieser Strategien wirkt sich auch auf die klinische Symptomatik in Form einer Verminderung der Anfallsfrequenz aus (Kropp et al., 2002).

5.4. Kognitive Therapie

Die kognitive Therapie zielt auf die Veränderung ungünstiger Einstellungen, Haltungen und Gedanken sowie dem damit verbundenen Körpererleben. Der Patient soll lernen, die Kopfschmerz-bezogene Belastung und die psychischen Begleiterscheinungen effektiver zu bewältigen (Holroyd & Andrasik, 1982). Kognitive Ansätze bieten einen direkten, symptombezogenen Zugang zum Patienten und verhelfen ihm, flexibler und effektiver mit den Schmerzen umzugehen. Dazu gehört insbesondere der Umgang mit negativen Affekten (Fernandez & Boyle, 2002).

Eine kognitive Verhaltenstherapie ist bei Patienten mit überzogener Leistungsorientierung indiziert. In entsprechenden kognitiv-behavioralen Therapieprogrammen werden als Schwerpunkte das Erlernen von Körperwahrnehmungen in Belastungssituationen, das Erkennen des Zusammenhangs zwischen Gedanken und Körperprozessen, das Erlernen von Verhaltensstrategien zur Beeinflussung der Körperprozesse sowie die aktive Änderung ungünstiger Einstellungen und Gewohnheiten angestrebt. Ein weiterer Aspekt der Anwendung kognitiver Verhaltenstherapie stellt die nicht selten zu beobachtende Komorbidität zwischen Migräne und anderen chronischen Kopfschmerzen einerseits sowie Depressionen andererseits dar. Zur Anwendung kommt hier z.B. die kognitive Verhaltenstherapie der Depression nach A. Beck. Insgesamt wird der Patient bei Anwendung kognitiver Behandlungsformen zu seinem eigenen Experten, der je nach Situation unterschiedliche Bewältigungsstrategien einzusetzen lernt.

Moderneren nicht-medikamentösen Behandlungsansätzen zufolge sollten Migränepatienten nicht mehr in erster Linie die Reize meiden, die ihre Migräne auslösen. Stattdessen sollten Patienten lernen, mit diesen Triggerfaktoren umzugehen, damit eine zentrale Sensibilisierung (und möglicherweise Generalisierung) verhindert wird (Martin et al., 2006). Dies könnte bedeuten, dass Migräneauslöser zukünftig in Form von Desensibilisierungstechniken ähnlich wie bei der Behandlung von Angst- und Panikzuständen abgestuft dargeboten werden, um beim Patienten Habituationseffekte auszulösen. Dies wird in speziellen Therapieprogrammen in Form eines „Reizverarbeitungstrainings“ bereits angewandt (Gerber, 2005).

5.5. Zur Effektivität nichtmedikamentöser, verhaltenstherapeutischer Verfahren

Es liegen zahlreiche empirische Studien zur Effektivität der Verhaltenstherapie bei chronischen Kopfschmerzen vor, die in diversen Übersichten und Metaanalysen gewichtet und zusammengefasst werden. Als Effektivitätsmaße werden dabei überwiegend die Veränderung der „Migränetage pro Monat“ bestimmt (z.B. Grazzi et al., 2002) oder komplexe Erfolgsmaße berechnet, die eine adäquatere Beurteilung der einzelnen Studien ermöglichen (Hermann et al., 1995). Generell kann als gesichert gelten, dass alle genannten verhaltenstherapeutischen Verfahren in ihrer kurz- und langfristigen Effektivität bei Migräne und Kopfschmerzen vom Spannungstyp eindeutig gegenüber einer Nichtbehandlung (Wartekontrollgruppe) sowie einer Placebobehandlung (Pseudotherapie) überlegen sind. Unter alleiniger Anwendung von Entspannung oder Biofeedback werden in entsprechenden Metaanalysen bei Migräne Besserungsraten in der Größenordnung von 45% der Patienten mitgeteilt, unter Kombination der beiden Verfahren verbessern sich die Resultate noch weiter (Andrasik, 2010; Nestoriuc et al., 2007). Analoges gilt für das Stressbewältigungstraining und die kognitive Therapie. Wird neben einer medikamentösen Migräne-Prophylaxe zusätzlich Biofeedback durchgeführt, so steigt die therapeutische Effektivität um zusätzliche 10-20 Prozentpunkte an (Andrasik, 1996).

Nur wenige Studien vergleichen nicht-medikamentöse mit medikamentösen Verfahren direkt. Der Grund hierfür liegt in der schnelleren Wirkung medikamentöser Interventionen im Vergleich zu nicht-medikamentösen Verfahren. Mit den Behandlungsmonaten holt die Verhaltenstherapie jedoch in ihrer Wirksamkeit auf, so dass nach der Behandlung die Effektgrößen in etwa vergleichbar sind. So haben Grazzi et al. (2002) bei der Behandlung von Migränepatienten mit einem Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz zeigen können, dass die Kombination von medikamentöser Therapie und Biofeedback-gestützter Entspannung am effektivsten ist. Außerdem ist die Anzahl der Patienten mit einem Rückfall bei einer Kombination aus medikamentöser und Biofeedbacktherapie am geringsten.

6. Zusammenfassung

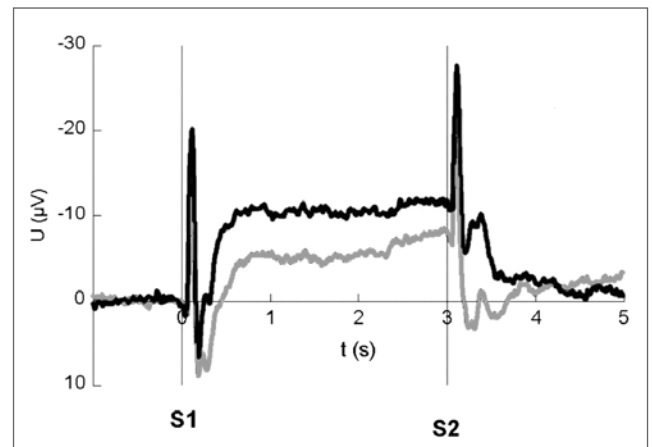
Die zuvor beschriebenen Verfahren sind effektiv und können im therapeutischen Kanon wirkungsvoll eingesetzt werden. Aus experimentellen Studien können mittlerweile weitere neue und erfolgsversprechende Therapieoptionen abgeleitet werden:

- So konnte anhand einiger jüngst publizierter Behandlungsstudien gezeigt werden, dass Kurzzeitprogramme für Kopfschmerzpatienten effektiv sind. Kurzzeitprogramme beschränken den Patientenkontakt auf maximal 5-8 Stunden und werden gewöhn-

lich als Gruppensitzung durchgeführt. Inhaltlich bestehen Kurzzeitprogramme aus edukativen Anteilen, in denen das Modell der individuellen Schmerzentstehung beschrieben ist, aus einem Beobachtungs-Anteil, in welchem individuelle Bedingungen und Auslöser des Schmerzes erkannt werden und einem niederschweligen Behandlungsangebot, in welchem grundlegende Entspannungsstrategien vermittelt werden. Der Vorteil dieser Programme besteht im streng fokussierten Einsatz zur Schmerzbehandlung; nach einer individuellen Sitzung ist der Übergang auf eine Gruppenbehandlung möglich. Dieser Ansatz wird beispielsweise als „Migräne-Patientenseminar“ (MIPAS) bei Gerber (2005) beschrieben.

- Im Gegensatz zu Biofeedbackanwendungen, bei denen in der Regel periphere Signale verändert werden sollen, werden beim Neurofeedback kortikale Signale kontrolliert. Empirisch lassen sich Unterschiede in langsamen kortikalen Gleichspannungspotentialen zwischen Migränepatienten und Gesunden beobachten (sog. contingent negative variation, CNV, Kropp et al., 2005). Dieses Potential ist bei Migränepatienten in schmerzfreen Intervallen deutlich elektrisch negativer ausgeprägt und weist auf eine höhere phasische Aufmerksamkeitszuwendung hin (Abb. 1).

Abb. 1: Contingent negative Variation (CNV) bei Migränepatienten (schwarze Linie, aufnahmen jeweils im schmerzfreen Intervall) und bei altersvergleichbaren Gesunden (graue Linie). Erfasst wurden die Werte von jeweils 16 Personen pro Gruppe. Die Teilnehmer bekamen bei S1 einen akustischen Hinweisreiz und mussten bei S2 eine Reaktionstaste drücken. Gemittelt wurde die CNV am Vertex mit elektrisch verbundenen Mastoiden (Kropp et al., 2005).



Grund hierfür ist eine fehlende Habituation in den einzelnen Messdurchgängen; Migränepatienten reagieren bei jeder Messung gleich stark, wohingegen Gesunde nach wenigen Messdurchgängen in der Reaktionsamplitude abnehmen, so dass der Mittelwert ebenfalls abnimmt. Dieses Habituationsdefizit ist bei Migränepatienten gut beschrieben (Schoenen, 2006). Mit dem CNV-Paradigma bietet sich auch eine besondere Form der Rückmeldung an. So kann die aktuelle Amplitude in Form einer Balkengraphik zurückgemeldet werden, die der Patient dann erhöhen oder (speziell bei Migränepatienten) reduzieren soll. Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine erfolg-

reiche, durch Neurofeedback verursachte Reduktion der CNV-Amplitude einen positiven Einfluss auf die Parameter Anfallshäufigkeit und Kopfschmerzintensität ausübt (Kropp et al., 2002).

- Moderneren nicht-medikamentösen Behandlungsansätzen zufolge sollten Migränapatienten nicht mehr in erster Linie die Reize meiden, die ihre Migräne auslösen. Stattdessen sollten Patienten lernen, mit diesen Triggerfaktoren umzugehen, damit eine zentrale Sensibilisierung (und möglicherweise Generalisierung) verhindert wird (Martin et al., 2006). Dies könnte bedeuten, dass Migräneauslöser zukünftig in Form von Desensibilisierungstechniken ähnlich wie bei der Behandlung von Angst- und Panikzuständen abgestuft dargeboten werden, um beim Patienten Habituationseffekte auszulösen. Dies wird in speziellen Therapieprogrammen in Form eines „Reizverarbeitungstrainings“ bereits angewandt (Gerber, 2005).

Als Fazit kann festgehalten werden, dass aktuelle verhaltenstherapeutische Verfahren zur Behandlung von primären Kopfschmerzen evidenzbasiert sind und in ihrer Wirkung effektiv und der medikamentösen Therapie als gleichwertig eingestuft werden können.

Literatur

- ANDRASIK, F. (1996). Behavioral management of migraine. *Biomedicine and Pharmacotherapy*, 50, 52-57.
- ANDRASIK, F. (2004). The essence of biofeedback, relaxation and hypnosis. In R. H. Dworkin & W. S. Breitbart (eds.), *Psychosocial aspects of pain: a Handbook for Healthcare Providers*, Progress in Pain Research and Management (Vol 27; pp. 285-305). Seattle: IASP Press.
- ANDRASIK, F. (2010). Biofeedback in headache: an overview of approaches and evidence. *Cleve Clin J Med*, 77(Suppl 3), 72-76.
- BASLER, H. D., FRANZ, C., KRÖNER-HERWIG, B. & REHFISCH, H. P. (Hrsg.). (2004). *Psychologische Schmerztherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- BISCHOFF, C., TRAU, H.C. (2004). *Kopfschmerzen*. Göttingen: Hogrefe.
- BRUNE, K., DIENER, H. C., EVERS, S., FRITSCH, G., KROPP, P., LIMMROTH, V., MAY, A., PFAFFENRATH, V. & STRAUBE, A. (2005). Leitlinien Therapie der Migräneattacke und Migräneprophylaxe. In H. C. Diener, N. Putzki & P. Berlit (Hrsg.), *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie* (S. 494-508). Stuttgart: Thieme.
- CAMPBELL, J. K., PENZIEN, D. B. & WALL, E. M. (2004). Evidence-based guidelines for migraine headaches: Behavioral and physical treatments. Zugriff unter <http://www.aan.com/public>.
- FERNANDEZ, E. & BOYLE, G. J. (2002). Affective and evaluative descriptors of pain in the McGill pain questionnaire: reduction and reorganization. *Journal of Pain*, 3(1), 70-77.
- FRENCH, D. J., HOLROYD, K. A., PINELL, C., MALINOSKI, P. T., O'DONNELL, F. & HILL, K. R. (2000). Perceived self-efficacy and headache-related disability. *Headache*, 40, 647-656.
- GERBER, W. D. (2005). Das Migräne-Patientenseminar MIPAS. *Praxis-Magazin*, 21, 8-12.
- GOADSBY, P. J. & SPRENGER, T. (2010). Current practice and future directions in the prevention and acute management of migraine. *Lancet Neurol*, 9(3), 285-298.
- GRAZZI, L., ANDRASIK, F., DÁMICO, D., LEONE, M., USAI, S., KASS, S. J. & BUSSONE, G. (2002). Behavioral and pharmacological treatment of transformed migraine with analgesic overuse: outcome at 3 years. *Headache*, 42, 483-490.
- HAY, K. M. & MADDERS, J. (1971). Migraine treated by relaxation therapy. *Journal of the Royal Collegium of General Practice*, 21, 644-649.
- HERMANN, C., KIM, M. & BLANCHARD, E. B. (1995). Behavioral and prophylactic pharmacological intervention studies of pediatric migraine: an exploratory metaanalysis. *Pain*, 60, 239-256.
- HERMANN, C. & BLANCHARD, E. B. (2002). Biofeedback in the treatment of headache and other childhood pain. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27, 143-162.
- HOLROYD, K. A. & ANDRASIK, F. (1982). A cognitive-behavioral approach to recurrent tension and migraine headache. In P. C. Kendall (ed.), *Advances in Cognitive-Behavioral Research and Therapy* (Volume 1, pp. 275-320). New York: Academic Press.
- HOLROYD, K. A., COTTRELL, C. K., O'DONNELL, F. J. et al. (2010). Effect of preventive (beta blocker) treatment, behavioural migraine management, or their combination on outcomes of optimised acute treatment in frequent migraine: randomised controlled trial. *BMJ*; 341, c4871.
- KATSARAVA, Z., SCHNEEWEISS, S., KURTH, T., KROENER, U., FRITSCH, G., EIKERMANN, A., DIENER, H. C. & LIMMROTH, V. (2004). Incidence and predictors for chronicity of headache in patients with episodic migraine. *Neurology*, 62(5), 788-790.
- KROPP, P., GERBER, W. D., KEINATH-SPECHT, A., KOPAL, T. & NIEDERBERGER, U. (1997). Behavioral treatment in migraine. Cognitive-behavioral therapy and blood-volume-pulse biofeedback: A cross-over study with a two-year follow-up. *Functional Neurology*, 12, 17-24.
- KROPP, P., SINIATCHKIN, M. & GERBER, W. D. (2002). On the pathophysiology of migraine – links for “empirically based treatment” with neurofeedback. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27, 203-213.
- KROPP, P., LINSTEDT, U. & GERBER, W. D. (2005). Die Dauer der Migräneerkrankung beeinflusst Amplitude und Habituation ereigniskorrelierter Potentiale. *Der Schmerz* 19(6), 489-496.
- KROPP, P. & GERBER, W. D. (2005). Slow cortical potentials and migraine: predictive value and possible novel therapeutic strategies to prevent an attack. *Functional Neurology*, 20(4), 193-197.
- MARTIN, P. R., REECE, J. & FORSYTH, M. (2006). Noise as a trigger for headaches: relationship between exposure and sensitivity. *Headache*, 46(6), 962-972.
- NESTORIUC, Y. & MARTIN, A. (2007). Efficacy of biofeedback for migraine: a meta-analysis. *Pain*, 128(1-2), 111-127.
- SARGENT, J. D., GREEN, E. E. & WALTERS, E. D. (1973). Preliminary report on the use of autogenic feedback training in the treatment of migraine and tension headaches. *Psychosomatic Medicine*, 35, 129-135.
- SCHOENEN, J. (2006). Neurophysiological features of the migrainous brain. *Neurological Sciences*, 27, 77-81.
- SENG, E. K. & HOLROYD, K. A. (2010). Dynamics of changes in self-efficacy and locus of control expectancies in the behavioral and drug treatment of severe migraine. *Ann Behav Med*, 40(3), 235-247.
- SILBERSTEIN, S., MATHEW, N., SAPER, J. et al. (2000). Botulinum toxin type A as a migraine preventive treatment. *Headache*, 40, 445-450.
- TRACEY, I., PLOGHAUS, A., GATI, J. S., CLARE, S., SMITH, S., MENON, R. S. & MATTHEWS P. M. (2002). Imaging attentional modulation of pain in the periaqueductal gray in humans. *Journal of Neurosciences*, 22(7), 2748-2752.
- WELCH, K. M. (2003). Contemporary concepts in migraine pathogenesis. *Neurology*, 28(61), 2-8.

Autor

Prof. Dr. Peter Kropp

Institut für Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie, Zentrum für
Nervenheilkunde, Medizinische Fakultät



Universität Rostock
Gehlsheimer Straße 20
D-18147 Rostock
Telefon: +49 (0)381 494 9530
Fax: +49 (0)381 494 9532
peter.kropp@med.uni-rostock.de



LP Lindauer
Psychotherapiewochen
14. April bis 19. April 2013 - Neuen Verunsicherungen begegnen
21. April bis 26. April 2013 - Neue Kulturen schaffen

Tel. +49 - (0) 89 - 2916 3855
Email Info@Lptw.de

www.Lptw.de

Unsere Angebote

Lehrgang „Upgrade Sozialpsychiatrie“
Start 17. - 19. September 2012

3-teiligen Seminarreihe Hirn-Krise-Trauma
Krisenfestigkeit

27. - 29. September 2012, 24 AE

DSA Mag^a (FH) Claudia Böberl

Trauma

31. Jänner - 2. Februar 2013, 24 AE

Karin Schöber

Hirn

26. - 28. September 2013, 24 AE

Mag^a Christa Renoldner

Lehrgang Systemisches Coaching
kostenloser Infotermin: 9. Oktober 2012
Start: 24. - 26. Jänner 2013

Lehrgang Lebens- und Sozialberatung mit Schwerpunkt Coaching,
Beziehungsberatung und Aufstellungsarbeit
13. - 14. Oktober 2012

Kränkungen besser verstehen - mit Kränkungen besser umgehen lernen
14. - 15. November 2012, 16 AE
Mag^a Eva Maria Lach

Motive, Glaubenssätze, innere Antreiber - und wer bin ich?
15. - 16. November 2012, 18 AE
Drⁱⁿ Gundi Mayer-Rönne

Holotropes Atmen
21. - 23. November 2012, 24 AE
Mag^a Angela Fischlmayr, DSA Barbara Traunmüller-Gegner

Helfen ohne Grenzen? - Arbeit mit suchtkranken Menschen
29. - 30. November 2012, 20 AE
DSA Sylvia Libiseller

Wenn Ziele laufen lernen - das Zürcher Ressourcenmodell nutzen
3. - 4. Dezember 2012, 18 AE
Monika Plank, MSc

Lehrgang Familien-, Organisations- und Strukturaufstellungen
Start 1. - 3. März 2013

Details dazu und weitere Angebote finden Sie auf unserer
Homepage unter www.organos.at



Achtsamkeit und Akzeptanz in der Schmerztherapie

Mindfulness and Acceptance in the Therapy of Chronic Pain

Joachim Korb

Themenschwerpunkt Schmerz

Zusammenfassung

Seit einigen Jahren haben sich Achtsamkeit und Akzeptanz in der Behandlung chronischer Schmerzpatienten als wichtige Aspekte erwiesen. Akzeptanz bedeutet dabei nicht Passivität oder Resignation. Vielmehr zeigen Schmerzpatienten mit hoher Akzeptanz eher geringere schmerzbedingte Beeinträchtigungen und höhere Lebensqualität. In enger Beziehung zu Akzeptanz steht die Praxis und Haltung der Achtsamkeit als nicht-wertendes Gewahrsein dessen, was im gegenwärtigen Moment geschieht. Zu diesem Thema haben zwei Therapieansätze konkrete und hilfreiche Beiträge geliefert: Die Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) und die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT). Ihre positiven Wirkungen sind inzwischen durch zahlreiche Studien evaluiert.

Abstract

In recent years, mindfulness and acceptance have become important aspects in the treatment of chronic pain patients. Acceptance does not mean passivity or resignation. Rather, pain patients with high acceptance show reduced pain-related disability and better quality of life. Closely related to acceptance is the attitude and practice of mindfulness as a non-judging awareness of what is happening in the present moment. On this subject, two treatment approaches have given practical and useful contributions: Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Their positive effects have been evaluated by numerous studies.

1. Einführung

„Sie müssen lernen, mit den Schmerzen zu leben!“ Diesen Satz hören Patienten mit chronischen Schmerzen häufig, aber es ist schwer zu akzeptieren. Denn sie wollen – wie wir alle – nicht mit, sondern ohne Schmerzen leben.

Wieso sollten Schmerzen auch akzeptiert werden, wenn in Medienberichten und Werbung oft etwas anderes versprochen wird (z.B. „Chronische Schmerzen müssen nicht sein“ – „Ein Recht auf Schmerzfreiheit“). Wird jedoch die geweckte Hoffnung nicht erfüllt, suchen Patienten nach immer neuen Behandlungsmöglichkeiten, oft verbunden mit überhöhten Erwartungen und weiteren Enttäuschungen.

Schmerzbewältigung im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie hat sich für die Patienten zwar als sehr hilfreich und effektiv erwiesen, um die schmerzbedingten Beeinträchtigungen zu verringern und die Lebensqualität zu verbessern. Doch laufen auch diese Gefahr, missverstanden zu werden als Möglichkeiten, die Schmerzen zu besiegen oder vollständig unter Kontrolle zu bringen. Dies wiederum kann zu einer immer stärkeren Fokussierung auf die Symptomatik führen. Die Beschäftigung mit dem Schmerz wird im Extremfall zum wesentlichen Lebensthema und der Blick für andere Lebensbereiche und die eigenen Werte geht immer stärker verloren.

2. Akzeptanz

Im Gegensatz dazu definiert McCracken (2005) Akzeptanz als die aktive Bereitschaft, vorhandene Schmerzen und damit verbundene Erfahrungen anzunehmen, ohne Versuche diese zu kontrollieren und zu vermeiden, vor allem wenn diese Versuche die Lebensqualität beeinträchtigt haben. Er konnte zeigen, dass chronische Schmerzpatienten mit höherer Akzeptanz geringere kör-

perliche und psycho-soziale Beeinträchtigungen, weniger Depressionen und schmerzbezogene Ängste zeigen, während die üblichen Copingstrategien wie Ablenkung, Umbewertung oder Ignorieren nur geringe oder sogar negative Effekte haben (McCracken & Eccleston, 2006).

Meist sind mit dem Begriff Akzeptanz jedoch negative Konnotationen wie Aushalten, Resignation, Passivität oder Rückzug verbunden, was verständlicherweise beim Patienten Ablehnung und Widerstand auslöst. Auch könnte man denken, Akzeptanz stehe im Gegensatz zu den Zielen multimodaler Schmerztherapie, die Patienten zum aktiven Umgang mit den Schmerzen anregen wollen, z.B. zur regelmäßigen Durchführung von eigenen physiotherapeutischen Übungen zur Beeinflussung der Schmerzen.

Dabei könnte jedoch gerade eine Haltung von Akzeptanz den wahrgenommenen Handlungsspielraum wieder erweitern und die internale Kontrollattribution fördern. So scheinen von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schmerzgruppen vor allem die Patienten zu profitieren, die eine gewisse Akzeptanz bereits mitbringen, die sich nicht ausschließlich auf eine mögliche Schmerzfremheit fixieren und so einen freieren Blick haben für hilfreiche Strategien im Umgang mit den Schmerzen. Patienten mit höherer Akzeptanz drängen auch weniger auf immer weitere diagnostische Untersuchungen zur Auffindung der Ursache (z.B. noch ein MRT) und erwarten weniger Hilfe durch passive Therapiemaßnahmen (z.B. Massage, Spritzen, Medikamente), sondern sind stattdessen eher bereit, selbst aktiv zu werden und etwas zu verändern.

Ein Schmerzpatient hat seine veränderte Erfahrung im Umgang mit den Schmerzen einmal mit folgender Metapher beschrieben: „Ich habe den Eindruck, dass der Schmerz mit mir zusammen im Auto durchs Leben fährt – und lange Zeit saß der Schmerz am Steuer und ich saß auf dem Beifahrersitz. Meine Versuche, ihn aus dem Wagen zu befördern waren vergeblich und kosteten viel Kraft. Als ich dieses Ziel schließlich aufgab, gelang es mir jedoch, die Plätze zu tauschen. Inzwischen habe ich das Gefühl, der Schmerz sitzt auf dem Rücksitz und mein Ziel ist es, dass er vielleicht noch in den Kofferraum kommt.“

Nun lässt sich jedoch eine Haltung von Akzeptanz nicht so einfach „verordnen“, sondern bedarf eines behutsamen Vorgehens. Unterstützung bietet dabei die Vermittlung und Übung von Achtsamkeit.

3. Achtsamkeit

Der im deutschen etwas sperrige Ausdruck Achtsamkeit (im engl. mindfulness) hat seinen Ursprung in einer 2500-jährigen buddhistischen Tradition (dort „sati“ genannt) und wird interessanterweise im Pali-Kanon, den ältesten Schriften des Buddhismus, als der einzige Weg zur Überwindung von Schmerz und Trübsal beschrieben.

Die verschiedenen Definitionsversuche von Achtsamkeit umfassen meist drei charakteristische Merkmale:

1. Bewusstheit (ein absichtliches Bemühen um Wachheit, Gewahrsein, Klarheit)
2. Gegenwärtigkeit (unmittelbare Erfahrung von Moment zu Moment)
3. Akzeptanz (offen, nicht-wertend, nicht-reagierend, kein Ergebnis erwartend)

Diese Merkmale machen deutlich, dass Achtsamkeit mehr ist als Aufmerksamkeit und grenzen sie ab von Trance, Entspannung, Imagination oder Genussübungen. Es erscheint wichtig, dies in der Praxis auch gegenüber den Patienten immer wieder klar zu trennen. Achtsamkeitsübungen können durchaus entspannend, beruhigend und angenehm sein, doch gilt es zu betonen, dass dies nicht das eigentliche Ziel ist, denn ansonsten schleicht sich der Wunsch und die Erwartung ein, mit Achtsamkeit vielleicht doch zur Schmerzfremheit gelangen zu können. Dabei scheint es besonders hilfreich, gerade bei unangenehmen Erfahrungen, diesen mit Achtsamkeit begegnen zu können.

3.1. Innere Haltung

Achtsamkeit ist weniger eine Technik als eine innere Haltung, mit der wir unseren Erfahrungen begegnen. Daher ist es wesentlich, neben den Übungen vor allem auch diese Haltung den Patienten zu vermitteln. Hier wird oft die Rolle eines unabhängigen, nicht-wertenden Beobachters vorgeschlagen. Die damit verbundene Distanzierung ist in vielen Situationen erwünscht und hilfreich und bringt schnelle Entlastung (man denke nur an die Anwendung von Achtsamkeit bei Borderline-Patienten im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie). Andererseits ist es schwierig und zu Beginn wahrscheinlich sogar unmöglich, die Position eines inneren Beobachters einzunehmen, der nicht wertet, womit wir beim Patienten eher Versagensgefühle produzieren, mit immer neuen (Ab-)Wertungen. Besonders gegenüber schmerzlichen inneren Erfahrungen wäre statt einer objektiv-kühlen Beobachtung eher eine Haltung von freundlicher Zuwendung eine angemessene Alternative. Ein schreiendes, leidendes Kind möchte schließlich auch nicht distanziert und objektiv beobachtet, sondern liebevoll in den Arm genommen werden.

3.2. Wirkmechanismen

Die positiven Wirkungen von Achtsamkeit werden unter anderem auf vier Faktoren zurückgeführt, die auch mit beobachteten neuronalen Prozessen in verschiedenen Hirnarealen in Verbindung gebracht werden können (Hölzel et al., 2011b): 1. Eine bessere bewusste Lenkung der Aufmerksamkeit, 2. ein differenzierteres Körperbewusstsein, 3. eine leichtere Regulation von Emotionen (damit verbunden auch eher Exposition von negativen Erfahrungen statt Vermeidung) sowie 4. eine Veränderung der Perspektive auf das eigene Selbst im Sinne

einer flexibleren Sichtweise. Akzeptanz wird unter anderem durch die Nicht-Identifizierung mit belastenden inneren Erfahrungen erhöht („Gedanken und Emotionen sind nicht die Realität“), womit sich der Druck verringert, auf diese sofort mit Kontrolle oder Vermeidung reagieren zu müssen.

3.3. Achtsamkeit des Therapeuten

Meist wird Achtsamkeit verkürzt zu einer Methode, die Patienten lernen und üben sollen. Dabei sind mehrere Gründe denkbar, weshalb eine Achtsamkeitspraxis auch für Therapeuten wichtig und hilfreich sein kann.

Versteht man Achtsamkeit, wie bereits erwähnt, eher als eine Haltung, so ist der Therapeut für den Patienten ein Modell und sollte diese Haltung auch ausdrücken und vermitteln. Daher wird z.B. beim MBSR von Seiten des Therapeuten eine langjährige und regelmäßige Achtsamkeits- und Meditationspraxis erwartet.

Vor allem in der Beziehungsgestaltung mit sogenannten „schwierigen“ Schmerzpatienten dürfte Achtsamkeit vielfältige positive Auswirkungen haben. Sie könnte beitragen zu einer allgemein besseren Aufmerksamkeit und Präsenz, unabhängig von situativen und persönlichen Faktoren (z.B. auch bei Langeweile oder Müdigkeit des Therapeuten), einer besseren Affekttoleranz in emotional belastenden Gesprächssituationen, einer höheren Akzeptanz mit weniger Bewertungen und Vorwürfen, einer ausgewogenen Balance von Empathie und Gleichmut sowie zu einem schnelleren Bewusstwerden eigener narzißtischer Motive und Kränkungen (vgl. Germer et al., 2009; Zarbock et al., 2012).

Eine randomisiert-kontrollierte Doppelblind-Studie (Grepmaier et al., 2007) konnte nachweisen, dass durch die Einführung einer Achtsamkeitsmeditation für Therapeuten, bei unverändertem Therapieprogramm, sich die Therapieergebnisse von Patienten mit psychosomatischen Beschwerden in erheblichem Maße verbessern. Patienten profitieren also nicht nur von eigenen Achtsamkeitsübungen, sondern auch, wenn lediglich ihr Therapeut diese praktiziert.

4. Therapeutische Ansätze

Vor allem zwei therapeutische Ansätze haben einen wesentlichen Beitrag zur Etablierung von Achtsamkeit und Akzeptanz in der Schmerztherapie geleistet. Bereits Ende der 70er-Jahre hat Jon Kabat-Zinn das Programm der Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) für chronische Schmerzpatienten entwickelt (Kabat-Zinn, 1982), die inzwischen auch in unterschiedlichsten anderen klinischen Bereichen Anwendung findet und auch für spezifische Bereiche weiterentwickelt wurde, wie z.B. die Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen (Segal et al., 2008).

Eine zweite Linie beruht auf der Akzeptanz- und Com-

mitment Therapie (ACT – Hayes et al., 1999). Auf deren Grundlage wurden auch spezifische Behandlungsprogramme für chronische Schmerzpatienten entwickelt (Dahl et al., 2005; Dahl und Lundgren, 2006; McCracken, 2005).

4.1. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

MBSR orientiert sich stark an traditionellen Meditationsübungen und erfordert von Patienten ein relativ hohes Engagement für die Umsetzung in den Alltag. Nach einem Vorgespräch finden Gruppensitzungen von 2 bis 2½ Stunden in wöchentlichem Abstand statt. Neben Edukation wird Achtsamkeit durch formelle Praxis (u.a. Sitz- und Gehmeditation) und leichte Yogaübungen erlernt. Ausgehend von den Themen der Teilnehmer werden außerdem die Anwendung der Achtsamkeit im Umgang mit schwierigen Gefühlen sowie die Möglichkeit einer achtsamen Kommunikation geübt. Besondere Bedeutung haben die informellen Achtsamkeitsübungen, die einen Transfer in den Alltag gewährleisten sollen (z.B. achtsames Spülen, Bügeln, Essen etc.). Die Patienten werden angehalten täglich etwa 45 Minuten der Praxis zu widmen. Außerdem findet gegen Ende ein gemeinsamer Achtsamkeitstag statt. Von den verschiedenen Achtsamkeitsübungen sollen hier exemplarisch einige Elemente dargestellt werden, die vor allem im Rahmen der Schmerztherapie von besonderer Bedeutung sind. Detaillierte Darstellungen mit den ausführlichen Übungsanleitungen finden sich bei Lehrhaupt und Meibert (2010) sowie Stahl und Goldstein (2010).

4.1.1. Edukation: Autopilot vs. Achtsamkeit

Die von Kabat-Zinn eingeführte Unterscheidung von Autopilot und Achtsamkeit als zwei verschiedene Bewusstseinsmodi hat sich für Patienten als gut nachvollziehbar und sehr hilfreich erwiesen, um schnell ungünstige Verstrickungen zu erkennen und in den Modus der Achtsamkeit umzuschalten (vgl. Abb. 1).

Abb. 1: Einige Kriterien zur Differenzierung von „Autopilot“ und „Achtsamkeit“



Daneben werden in der Edukation Informationen über Stress, Stressauslöser und Stressreaktionen sowie auch kognitive Strategien im Umgang mit Stress vermittelt.

4.1.2. Achtsames Atmen

Die Achtsamkeit auf den Atem stellt vielleicht die grundlegende formelle Praxis dar. Die besondere Bedeutung kann dem Patienten vermittelt werden, indem wir ihn mit Erfahrungen in Kontakt bringen, wie Atmung und emotionale Zustände sich wechselseitig beeinflussen. Außerdem hat der Atem den Vorteil, jederzeit verfügbar zu sein. Wir haben dadurch einen schnellen Zugang, um vom Autopilot in den Achtsamkeits-Modus „umzuschalten“, uns wieder in die Gegenwart zu holen und uns zu stabilisieren. Während der Übung dient die Atmung als Anker für unsere abschweifende Aufmerksamkeit, zu der wir immer wieder zurückkehren können.

Der Patient wird angeleitet, mit der Aufmerksamkeit zu der Stelle im Körper zu gehen, an der die Atmung am deutlichsten spürbar ist (z.B. Bauchdecke, Brustkorb, Nase) und mit einer Haltung von freundlichem Interesse beim Atem zu verweilen. Wichtig ist darauf hinzuweisen, dass es nicht um eine Veränderung der Atmung geht, da ansonsten einige Patienten versuchen, bewusst langsam zu atmen und sich eher verkrampfen. Auch hilfreich ist der immer wieder eingestreute Hinweis, dass es ganz natürlich ist, wenn die Gedanken und die Aufmerksamkeit ganz woanders sind, dass es aber genauso natürlich ist, dass wir die Fähigkeit haben, dies zu bemerken und immer wieder zum Atem zurückzukehren. Es hat sich bewährt, eher mit kurzen Übungsphasen (5-10 Minuten) zu beginnen und diese im weiteren Verlauf zu verlängern.

4.1.3. Gehmeditation – achtsames Gehen

Gehmeditation ist Achtsamkeit in Bewegung. Wieder wird die Aufmerksamkeit auf die gegenwärtigen Erfahrungen gelenkt, z.B. die Berührungsempfindungen der Füße beim Kontakt mit dem Boden oder die Bewegung der Beine. Das Tempo kann variieren von einer flotten Gehgeschwindigkeit bis hin zur Superzeitlupe, in der die wechselnden Empfindungen bei jedem einzelnen Schritt genau wahrgenommen werden. Für viele Patienten fällt diese Form der Achtsamkeitsübung wesentlich leichter, z.B. wenn aufgrund von Schmerzen das längere Einnehmen einer bestimmten Körperhaltung Probleme macht oder bei hoher innerer Unruhe die Stille beim Sitzen schwer fällt.

4.1.4. Body-scan

Beim Body-scan wird der gesamte Körper von den Füßen bis zum Kopf wie mit einem Aufmerksamkeits-Scheinwerfer quasi „gescannt“, Körperteil für Körperteil (Zehen, Fußsohle, Ferse, Fußrücken, ... usw.). Auch hier geht es darum, keine bestimmten Empfindungen zu erwarten

und nichts erreichen zu wollen. Die Länge der Übung variiert von 20 bis 40 Minuten, wobei für Schmerzpatienten eher kürzere Versionen vorteilhaft sind. Auch kann es, abweichend von der klassischen Vorgehensweise, zu Beginn erleichternd sein, die entsprechende Körperregion jeweils etwas zu bewegen oder wie beim Jacobson-Training leicht anzuspannen, so dass die Körperempfindung deutlicher wird.

Schmerzpatienten haben durch die Schmerzen überwiegend negative Körpererfahrungen, was dazu führt, dass sie bestrebt sind, Körperempfindungen eher zu vermeiden und zu unterdrücken. Der Body-scan kann nun neben einer allgemeinen Verbesserung der Körperwahrnehmung auch erreichen, dass die Aufmerksamkeit wieder mehr auf (angenehme oder neutrale) Körperempfindungen gerichtet wird. Allerdings können während der Übung natürlich auch die Schmerzen vermehrt wahrgenommen werden. Wenn es hierbei gelingt, den Patienten anzuleiten, sich nicht abzulenken, sondern mit Achtsamkeit im Schmerzgebiet zu bleiben, kann dieser lernen, die unterschiedlichen Aspekte der Schmerzerfahrung zu differenzieren. Er erkennt, dass neben der sensorischen Körperempfindung (z.B. ziehen, drücken, brennen) seine kognitiven Bewertungen (z.B. „Oh nein! Das halte ich nicht aus!“) und emotionalen Reaktionen (z.B. Angst, Hilflosigkeit) hinzukommen und wie diese wiederum die Schmerzerfahrung verstärken. Den Schmerzen dagegen mit der Haltung einer nicht-wertenden Achtsamkeit zu begegnen, indem er bei der „reinen“ Körperempfindung bleibt und die sekundären Prozesse wie Bewertungen und Emotionen als solche durchschaut, kann eine erhebliche Entlastung darstellen.

4.1.5. 3-Minuten-Atemraum (Breathing Space)

Der „Breathing Space“ ist zwar nicht Teil des MBSR-Programms, sondern stammt ursprünglich aus der oben erwähnten Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), stellt aber eine sehr geeignete Möglichkeit der „Mini-Meditation“ im Alltag dar (Segal et al., 2008). Die Übung gliedert sich in drei deutlich voneinander abgetrennte Phasen:

1. **Gewahrsein – Bewusstwerden der „inneren Wetterlage“**
Zunächst bewusst die Körperhaltung etwas ändern, eine aufrechte und würdevolle Körperhaltung einnehmen. Sich dann fragen: Was geht gerade in mir vor? Was ist meine Erfahrung in diesem Moment (Körperempfindungen – Gedanken – Gefühle)?
2. **Sammlung**
Die Aufmerksamkeit sanft auf den Atem richten und einige Atemzüge begleiten über die volle Länge der Einatmung und die volle Länge der Ausatmung (so wie in der Atemachtsamkeit geübt).
3. **Ausdehnen**
Das Feld des Gewahrseins wieder erweitern. Ein Gefühl für den Körper als Ganzes bekommen und sich wieder dem öffnen, was um uns herum geschieht.

Mit einiger Erfahrung kann die Übung weiter verkürzt werden und dazu dienen, im Alltag schnell aus dem Autopilot-Modus in die Achtsamkeit zu kommen, z.B. indem man an geeigneten Orten (Waschbecken, Kopierer, Bildschirmschoner etc.) entsprechende Anker platziert (z.B. Abb. 2).

Abb. 2: Drei-Minuten-Atemraum – „Kurzversion“ als Anker im Alltag



4.2. Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT)

Die Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT) geht von den Grundannahmen aus, dass für seelisches Leiden und viele psychische Störungen vor allem eine Vermeidungshaltung gegenüber unangenehmen Erfahrungen, eine typische Verstrickung in dysfunktionale Gedankenmuster sowie der Verlust der Perspektive für die eigenen Werte eine Rolle spielen. Akzeptanz und Commitment (Selbstverpflichtung zu werteorientiertem Handeln) sind dabei nur zwei von sechs aufeinander bezogenen Modulen bzw. therapeutischen Prozessen (vgl. Abb. 3).

Abb. 3: Therapieprozesse der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)



Aufgrund der Annahmen, dass vor allem die Entfernung von unseren Erfahrungen durch gedankliche Prozesse

die Schwierigkeiten erhöhen, setzt ACT in ihren Interventionen vermehrt auf erlebnisorientierte Übungen, Metaphern und Paradoxien und weniger auf rational-kognitive Strategien. Es wird eine Reihe von teils originellen Interventionen vorgeschlagen, die sich je nach Situation und Patient kreativ verändern und anwenden lassen (Wengenroth, 2008).

4.2.1. Werte

Gerade bei Schmerzpatienten empfiehlt es sich zum Einstieg nicht über Akzeptanz, sondern über deren Werte im Leben zu sprechen, vor allem wenn durch die Schmerzen der Kontakt mit diesen verloren gegangen ist und die Hauptbemühungen des Patienten sich fast ausschließlich um eine Schmerzlinderung drehen. Bei der Formulierung der Werte wird betont, dass diese letztlich rational nicht zu begründen und von Zielen zu unterscheiden sind. Ziele können erreicht werden (z.B. Haus, Heirat, Marathonlauf), Werte geben dagegen eine Ausrichtung und Orientierung, bei denen es jedoch keinen endgültigen Abschluss gibt (z.B. ein guter Vater sein, Kreativität, körperliche Fitness). Auch sollten die Werte immer so formuliert sein, dass ein Lebender diese besser verwirklichen kann als ein Toter (also z.B. nicht „Schmerzfreiheit“, „keinen Stress haben“). ACT bietet eine Reihe von Hilfsmitteln, die Therapeuten und Patienten bei der Formulierung der Werte unterstützen, wie z.B. einen Wertekompass und Wertefragebogen, auf das eigene Leben zurückblickende Übungen bis hin zu eher drastischen Vorstellungsbildungen (Rede beim eigenen Begräbnis; was soll auf meinem Grabstein stehen?). Zahlreiche Materialien und Anregungen, auch zu den übrigen Modulen von ACT finden sich bei Wengenroth (2012).

4.2.2. Akzeptanz

Durch die Verdeutlichung der eigenen Werte kann dem Patienten natürlich leidvoll bewusst werden, wie weit er sich von diesen entfernt hat. Oft werden dann die Schmerzen als der einzige Grund angeführt, weshalb sich diese nicht verwirklichen lassen („Ich würde ja gerne ins Theater gehen, aber ich kann nicht wegen der Schmerzen!“), was wiederum die Anstrengungen begründet, um jeden Preis zuerst die Schmerzen los werden zu müssen, um dann anschließend wieder mehr am Leben teilnehmen zu können. In dieser Phase gilt es, diese Versuche des Patienten zu würdigen und seine Bemühungen um Schmerzfreiheit anzuerkennen, verbunden mit dem Vorschlag, die bisherigen Strategien hinsichtlich ihres Erfolges einmal genauer zu überprüfen. Dabei werden die kurz- und langfristigen Effekte berücksichtigt, aber vor allem auch die Auswirkung auf die Lebensqualität und inwieweit er dadurch seinen Werten näher gekommen ist oder sich eventuell davon entfernt hat („Hat dies dazu beigetragen, Ihr Leben so zu leben, wie Sie es wollten?“; vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Überprüfung bisheriger Versuche, Schmerzen zu kontrollieren

| Bisherige Versuche | Kurzfristige Ergebnisse | Langfristige Ergebnisse | Auswirkungen auf die Lebensqualität |
|--|---|---|--|
| Was haben Sie schon versucht, um Ihre Schmerzen zu verringern oder zu kontrollieren? | Waren die Schmerzen kurzfristig verringert? | Waren die Schmerzen auf Dauer verringert? | Hat dies dazu beigetragen, dass Sie Ihr Leben so leben konnten, wie Sie wollten? |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Bei dieser Auflistung können sich durchaus hilfreiche Strategien zeigen, die Schmerzen positiv zu beeinflussen, ohne dass andere Lebensbereiche wesentlich darunter leiden. Aber es kann auch sein, dass dem Patienten bewusst wird, dass die meisten Anstrengungen, die er unternimmt bestenfalls vorübergehende Linderung erbringen, dabei aber mit erheblichem Zeit- und Kostenaufwand verbunden sind, seine Aufmerksamkeit sich immer mehr auf die Schmerzen richtet und er dadurch seine Lebensqualität nicht verbessert. Die dabei entstehende Verwirrung („Ja, wenn das alles nichts bringt, was soll ich denn dann machen?“) ist durchaus erwünscht und wird in ACT „Kreative Hilfs- oder Hoffnungslosigkeit“ genannt.

„Kontrolle ist das Problem!“ Es gibt Erfahrungen im Leben, die wir gut und andere, die wir nur schlecht, oder gar nicht kontrollieren können, sondern im Gegenteil sich durch unser Bemühen um Kontrolle noch verschärfen (z.B. Einschlafen, keine Angst haben, nicht so viel denken). Wie schon erwähnt, geschieht die Vermittlung dieser Einsicht in ACT nicht durch rationales Argumentieren, sondern durch erfahrungsorientierte Übungen und Metaphern. Von zahlreichen Möglichkeiten seien beispielhaft die chinesische Fingerfalle, die sich umso enger zuzieht, je stärker man zieht (Abb. 4) und die Polygraph-Metapher erwähnt: „Stellen Sie vor, Sie sind an einem hochempfindlichen Polygraphen angeschlossen, der jede kleine Anspannung und Aufregung registriert. Ihre einfache Aufgabe ist: Sie müssen ganz entspannt und ruhig bleiben! Als Hilfestellung halte ich Ihnen dabei eine Pistole an den Kopf. Wenn Sie ruhig bleiben, ist alles in Ordnung, doch bei der kleinsten Anspannung schieße ich Ihnen das Gehirn aus dem Kopf! Also, bleiben Sie einfach ganz ruhig und entspannt!“

Abb. 4: Chinesische Fingerfalle als Erfahrungsübung für „Kontrolle ist das Problem“. Je stärker die Zugkraft, desto enger zieht sie sich zu



Wenn der Patient nicht nur rational, sondern auch „mit dem Herzen“ zu verstehen beginnt, dass sein bisheriger Veränderungsplan kontraproduktiv ist, wird Akzeptanz als Alternative eingeführt. Es können dazu Beispiele aus seinem Leben gefunden werden, in denen er unangenehme Gefühle und Empfindungen akzeptiert hat, weil er ein Ziel verfolgte, das ihm wichtiger war (z.B. die Führerscheinprüfung, das erste Rendezvous, eine anstrengende Bergtour) und zeigen, welche Folgen Nicht-Akzeptanz gehabt hätte (z.B. „Ich hätte ja gerne den Führerschein gemacht, aber ich konnte nicht, weil ich davor immer so Angst hatte!“). Auch lassen sich mögliche Vorteile sammeln, die mit einer Haltung von Akzeptanz verbunden sind. Am wichtigsten dürfte jedoch sein, gemeinsam mit dem Patienten Möglichkeiten zu erarbeiten, wie es ihm wieder besser gelingen kann, sich in seinem Leben weniger an den Schmerzen und mehr an seinen Werten zu orientieren und wie er diese trotz Schmerzen verwirklichen kann. Hier wird auch die Bedeutung der Unterscheidung von Werten zu Zielen deutlich. Hat ein früher sportlich-aktiver Patient zum Beispiel das Ziel, wieder einen Marathonlauf zu absolvieren, wäre dies schmerzbedingt eventuell blockiert. Durch Erarbeitung der damit verbundenen Werte (z.B. körperlich aktiv sein, seine Leistung mit anderen messen, in der Natur sein), lassen sich eher Alternativen finden, wie diese Werte in konkretes Handeln umgesetzt werden können.

4.2.3. Kognitive Defusion

Eine besondere Berücksichtigung findet in ACT die Verstrickung mit unserem sprachlich-rationalen Denken, die uns von werteorientiertem Handeln abhalten kann, vor allem indem wir Gedanken mit der Wirklichkeit gleichsetzen (Fusion). Einschränkende Sätze wie zum Beispiel „Ich schaff' das nicht!“ oder „Ich würde ja gerne spazieren gehen, aber ich habe Schmerzen!“ werden dabei nicht wie in der kognitiven Verhaltenstherapie überprüft oder versucht durch hilfreiche Kognitionen zu ersetzen. Vielmehr zielt ACT darauf ab, dass der Patient erkennen kann, was diese Gedanken tatsächlich sind – nämlich Gedanken und nicht die Realität. Wir sind daher nicht gezwungen, unsere Handlungen nach ihnen auszurichten, sondern können uns quasi von ihnen abkoppeln (kognitive Defusion). Für die meisten Menschen widerspricht dies allerdings ihrer bisherigen intuitiven Auffassung. Auch hier setzt ACT nicht auf rationales Argumentieren, sondern auf direkte Erfahrungen, wofür

zahlreiche Übungen und Metaphern zur Verfügung stehen, von denen hier jedoch wieder nur beispielhaft einige wenige erwähnt werden können.

So zielen einige Übungen darauf ab, unsere Unabhängigkeit von unseren Gedanken zu zeigen, indem bewusst eine Diskrepanz zu unserem Handeln erzeugt wird (z.B. der Patient wiederholt laut immer wieder den Satz „Ich kann meinen rechten Arm nicht heben!“, während er genau dies tut). Andere Erfahrungsübungen demonstrieren, wie die Wirkung und Glaubwürdigkeit von Kognitionen sich ändern, wenn diese in verschiedener Weise in ihrer Äußerung verfremdet werden (z.B. indem diese Sätze mit hoher Mickey Mouse-Stimme oder ganz langsam gesprochen oder auch als Schlager, Operarie, Hip-Hop gesungen werden). Die einschränkende Macht der Sprache kann am Beispiel des Wortes „aber“ demonstriert werden, welches scheinbar logisch sofort einen Ausschluss von weiteren Möglichkeiten nahelegt, wie bei dem obigen Satz: „Ich würde ja gerne spazieren gehen, aber ich habe Schmerzen“ (dies funktioniert aber auch ohne Schmerzen! „... , aber es regnet“; „... , aber ich bin so müde“). Diese pseudologische Verknüpfung wird nun dadurch gelockert, indem das „aber“ durch ein „und“ ersetzt und dann die veränderte Wirkung des Satzes auf unser Erleben überprüft wird.

Es sei nochmals betont, dass es dabei nicht um eine rationale Auseinandersetzung mit dem Inhalt der Kognitionen geht. Sie müssen nicht verändert oder gar überwunden und ersetzt werden. Stattdessen begegnet man auch den Kognitionen mit einer Haltung von Akzeptanz. Die Distanzierung und Nicht-Identifikation schafft aber mehr Freiraum, das Handeln weniger an unseren wechselhaften Gedanken, sondern mehr an unseren dauerhaften Werten auszurichten.

4.2.4. Achtsamkeit, Selbst als Kontext und Commitment

Da eine ausführliche Darstellung von ACT in diesem Rahmen nicht möglich ist, seien die übrigen Module der Vollständigkeit halber nur kurz erwähnt.

Achtsamkeit wurde bereits ausführlich dargestellt. Innerhalb von ACT hat sie ihren besonderen Stellenwert unter anderem darin, dass dadurch immer wieder Kontakt mit der direkten Erfahrung hergestellt und ein Loslösen von den gedanklichen Verstrickungen erreicht werden kann.

So wie die kognitive Defusion die Flexibilität in Bezug auf unsere Gedanken erhöhen soll, zielt „Selbst als Konzept“ darauf ab, sich von allzu starren Identifizierungen mit einem „konzeptualisierten Selbst“ zu lösen, welche die Bandbreite von Erfahrungsmöglichkeiten einschränken.

Im Modul „Commitment (Selbstverpflichtung)“ werden Hilfestellungen gegeben, dass nach Erkennen der eigenen Werte wir uns auch wirklich danach ausrichten, uns diesen verpflichten und auch bei auftretenden Schwierigkeiten demgemäß handeln.

5. Evaluation

Zur Wirksamkeit liegen bereits eine große Anzahl kontrollierter Studien und auch Überblicksarbeiten vor. Eine Meta-Analyse von Veehof et al. (2011) zeigte für MBSR und ACT bei der Behandlung chronischer Schmerzen für die Outcome-Variablen Schmerz und Depression vergleichbare Ergebnisse wie die kognitive Verhaltenstherapie mit Effektstärken im mittleren Bereich. Positive Auswirkungen von Achtsamkeit auf die psychische Gesundheit zeigen sich auch in einem höheren subjektiven Wohlbefinden und besserer Lebensqualität, reduzierten psychischen Symptomen und geringerer emotionaler Belastung in Zusammenhang mit Stress und Burnout sowie einer verbesserten Verhaltenssteuerung (Keng et al., 2011).

Interessant sind auch Studien, die neuronale Veränderungen durch die Achtsamkeitspraxis nachweisen. So konnten Hölzel et al. (2011a) in einer Längsschnittstudie bei Teilnehmern an einem MBSR-Training bereits nach 8 Wochen im MRT nicht nur funktionelle, sondern auch strukturelle Veränderungen in der grauen Substanz nachweisen, die mit Lern- und Gedächtnisprozessen, Körperwahrnehmung, emotionaler Regulation und Perspektivenwechsel in Verbindung stehen.

6. Schlusswort

Achtsamkeit und Akzeptanz sind eher eine Haltung, weniger eine Technik. Als Therapeut sollte man der Versuchung widerstehen, dem Patienten immer neue Übungen vermitteln zu wollen, was die Erwartung wecken kann, es handele sich um eine weitere Copingstrategie, eine Möglichkeit oder einen Trick, vielleicht die Schmerzen „wegakzeptieren“ zu können.

Eine Haltung von Akzeptanz lässt sich nicht auf Schmerz beschränken (McCracken und Zhao-O'Brien, 2010), sondern steht im Zusammenhang zu dem allgemeinen Umgang mit negativen Erfahrungen, Gefühlen, Gedanken, Körperempfindungen etc. und dies sollte auch in der Therapie Berücksichtigung finden. Es ist nicht zu erwarten, dass ein Patient, der schon gegenüber leichten negativen emotionalen Erfahrungen ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten zeigt, in der Lage sein wird, ausgerechnet Schmerzen mit Akzeptanz begegnen zu können.

Akzeptanz ist ein schwieriger Begriff, der Missverständnisse, Ängste und Widerstände auslösen kann. Stellt man stattdessen die Frage „Wie kann ich ein erfülltes, sinnvolles Leben führen?“ an den Anfang und in den Fokus der Therapie, so wird sich das Thema „Leben mit/trotz Schmerzen – Akzeptanz?“ früher oder später zwangsläufig stellen, allerdings dann mit Ausblick und Ziel auf eine mögliche Verbesserung der Lebensqualität. Akzeptanz und Achtsamkeit stehen nicht im Widerspruch zur kognitiven Verhaltenstherapie, sondern stellen eine Ergänzung und hilfreiche Erweiterung dar.

Wie zu Beginn erwähnt, will niemand mit Schmerzen leben und diesen Zustand zu akzeptieren ist schwierig. Gerade bei diesem Thema dürfte in der therapeutischen Arbeit ein besonderes Eingehen auf den Patienten sowie ein entsprechend sensibles und langsames Vorgehen umzusetzen sein, vergleichbar mit der Haltung, wie es Max Frisch einmal formuliert hat: „Man sollte die Wahrheit dem anderen hinhalten wie einen Mantel, dass er hineinschlüpfen kann und nicht wie ein nasses Tuch um den Kopf schlagen!“

Literatur

- DAHL, J. C., WILSON, K. G., LUCIANO, C. & HAYES, S. C. (2005). Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain. Reno: Context Press.
- DAHL, J. C. & LUNDGREN, T. (2006). Living Beyond Your Pain. Using Acceptance and Commitment Therapy to Ease Chronic Pain. Oakland: New Harbinger Publications.
- GERMER, C., SIEGEL, R. & FULTON, P. (2009). Achtsamkeit in der Psychotherapie. Freiamt im Schwarzwald: Arbor-Verlag.
- GREPMAIR, L., MITTERLEHNER, L., LOEW, T., BACHLER, E., ROTHER, W. & NICKEL, M. (2007). Promoting Mindfulness in Psychotherapists in Training Influences the Treatment Results of Their Patients: A Randomized, Double-Blind, Controlled Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 332-338.
- HAYES, S. C., STROHSAHL, K. D. & WILSON, K. G. (1999) Acceptance and Commitment Therapy – An Experiential Approach to Behaviour Change. New York: Guilford.
- HÖLZEL, B. K., CARMODY, J., VANGEL, M., CONGLETON, C., YERRAMSETTI, S. M., GARD, T. & LAZAR, S. W. (2011a). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res.*, 191, 36-43.
- HÖLZEL, B. K., LAZAR, S. W., GARD, T., ZEV, S.-O., VAGO, D. R. & OTT, U. (2011b). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 537-559.
- KABAT-ZINN, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*, 4, 33-47.

- KENG, S.-L., SMOSKI, M. J. & ROBINS, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31, 1041-1056.
- LEHRHAUPT, L. & MEIBERT, P. (2010). Stress bewältigen mit Achtsamkeit. Zu innerer Ruhe kommen durch MBSR. München: Kösel-Verlag.
- MC CRACKEN, L. M. (2005). Contextual Cognitive-behavioral Therapy for Chronic pain. *Progress in Pain Research and Management*, 33.
- MC CRACKEN, L. M. & ECCLESTON, C. (2006). A comparison of the relative utility of coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. *European Journal of Pain*, 10, 23-29.
- MC CRACKEN, L. M. & ZHAO-O'BRIEN, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than pain itself. *European Journal of Pain*, 14, 170-175.
- SEGAL, Z. V., WILLIAMS, J. M. G. & TEASDALE, J. D. (2008). Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression. Tübingen: dgvt-Verlag.
- STAHL, B. & GOLDSTEIN, E. (2010). Stressbewältigung durch Achtsamkeit. Das MBSR-Praxisbuch. Freiburg im Breisgau: Arbor-Verlag.
- VEEHOF, M. M., OSKAM, M.-J., SCHREURS, K. M.-G. & BOHLMMEIJER, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152, 533-542.
- WENGENROTH, M. (2008). Das Leben annehmen – So hilft die Akzeptanz- und Commitmenttherapie. Bern: Huber-Verlag.
- WENGENROTH, M. (2012). Therapie-Tools. Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT). Weinheim, Basel: Beltz-Verlag.
- ZARBOCK, G., AMMANN, A. & RINGER, S. (2012). Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater. Weinheim: Beltz Verlag.

Autor

Dr. Dipl.-Psych. Joachim Korb

Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Spezielle Schmerzpsychotherapie, Klinische Hypnose (MEG), Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie, 20-jährige klinische und wissenschaftliche Tätigkeit (Gruppen- und Einzeltherapie) im DRK Schmerz-Zentrum Mainz, Dozent und Supervisor in Fort- und Weiterbildung, 30 Jahre Meditationspraxis (Zen- und Vipassana-Meditation)



DRK Schmerz-Zentrum Mainz
Auf der Steig 16
D-55131 Mainz
Telefon: +49 (0) 6131 988955
joachim.korb@drk-schmerz-zentrum.de

ÖAGG

Österreichischer Arbeitskreis
für Gruppentherapie und Gruppendynamik

ÖAGG - AKADEMIE
Psychotherapeutisches Propädeutikum
WIEN - GRAZ - LINZ

Laufender Einstieg möglich!

Lenaugasse 3, 1080 Wien
Tel.: 01 / 405 39 95, Fax: DW 20
E-Mail: propaedeutikum@oeagg.at
Internet: www.oeagg.at/propaedeutikum

Entspannungstechniken bei chronischem Schmerz: Ziele, Evidenz, Methoden und praktische Umsetzung¹⁾

Relaxation Techniques for Chronic Pain: Goals, Evidence, Methods and Practical Use

Anke Diezemann

Themenschwerpunkt Schmerz

Zusammenfassung

Entspannungsverfahren sind ein fester Bestandteil der multimodalen Schmerztherapie. Aussagen zur Evidenz können nur eingeschränkt gemacht werden, da es wenige Untersuchungen zur Monotherapie mit Entspannung gibt. Zudem verfolgen die unterschiedlichen Verfahren verschiedene Ziele. Entspannungstechniken führen zu einer muskulären und vegetativen Stabilisierung, dienen der Ablenkung vom Schmerz, dem Aufbau einer internalen Kontrollüberzeugung und damit der Verbesserung der Selbstwirksamkeit. Zusätzlich werden Körperwahrnehmung und Stressbewältigung, Reizabschirmung und Phasenprophylaxe bei Migräne als Ziele verfolgt. Entspannungstechniken sind zudem hilfreich als Ein- und Durchschlafhilfe. Die progressive Muskelentspannung ist die in der Schmerztherapie am häufigsten verwendete Methode. Sie ist leicht erlernbar und stößt aufgrund der hohen Plausibilität mit dem Ansatz an der Muskulatur für den Patienten in der Regel auf eine gute Compliance.

Abstract

Relaxation techniques are an integral part of the multimodal pain therapy. Statements about the evidence may be limited, since there are few studies of monotherapy with relaxation. In addition different techniques have different goals. Relaxation techniques lead to muscular and vegetative stabilization, serve distraction from the pain, the development of an internal locus of control beliefs and means of enhancing self-efficacy. Further on it strengthens the capability of body awareness, stress management, stimulus screening and prophylaxis for a migraine phase. Relaxation techniques are also helpful when falling asleep and as a sleeping aid. Progressive muscle relaxation is in pain therapy the most frequently used method. It is easy to learn and because of the high plausibility of the approach of and the effect on the muscles, the compliance of patients is high.

1. Wirkung und Ziele von Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren stellen einen wesentlichen Baustein eines multimodalen Schmerztherapieansatzes dar. Sie werden überwiegend adjuvant im Rahmen psychotherapeutischer Verfahren durchgeführt.

Entspannung ist ein spezifischer körperlicher Prozess, bei dem es zu einer Verminderung der sympatho-adrenergen Erregungsbereitschaft (Sympathikolyse) und zu einer Modulation zentralnervöser Prozesse kommt. Die physiologischen Kennzeichen (Vaitl, 2009) sind in Tabelle 1 aufgeführt:

Tab. 1: Physiologische Kennzeichen von Entspannung

| | |
|--------------------------------------|--|
| Neuromuskuläre Veränderungen | <ul style="list-style-type: none">■ Tonusverminderung der Skelettmuskulatur■ Verminderung der Reflextätigkeit |
| Kardiovaskuläre Veränderungen | <ul style="list-style-type: none">■ periphere Gefäßerweiterung■ geringfügige Verlangsamung der Herzrate■ Senkung des arteriellen Blutdrucks |
| Respiratorische Veränderungen | <ul style="list-style-type: none">■ Abnahme der Atemfrequenz■ Gleichmäßigkeit der einzelnen Atemzyklen■ Abnahme des Sauerstoffverbrauchs |
| Elektrodermale Veränderungen | <ul style="list-style-type: none">■ Abnahme der Hautleitfähigkeit■ Abnahme der Spontanfluktuationen |
| Zentralnervöse Veränderungen | <ul style="list-style-type: none">■ Veränderung der hirnelektrischen Aktivität■ Veränderung der neuro-muskulären Aktivität |
| Weitere Veränderungen | <ul style="list-style-type: none">■ Veränderung im Immunsystem (z.B. Killerzellen, Immunglobuline) gastrointestinale Veränderung, Veränderungen der Stoffwechsellage |

Psychologische Veränderungen (Derra, 2007) sind

- Eine veränderte Körperwahrnehmung
- Vermehrte Schläfrigkeit
- Erhöhung der Wahrnehmungsschwellen
- Distanzierteres Erleben der Umgebung

- Das Denken wird assoziativer
- Bildhafte Gedankensequenzen können zunehmen
- Flowerlebnis: Zufriedenheit, affektive Dämpfung, Gefühl des Abgeschirmtseins, Regeneration

Entspannungsverfahren bei chronischen Schmerzen verfolgen verschiedene Ziele:

Der Schmerz wirkt als Stressor und geht mit den verschiedensten vegetativen, emotionalen und kognitiven Stressreaktionen einher. Ein wichtiges Ziel der Entspannungstechnik ist die muskuläre und vegetative Stabilisierung.

Der Einsatz der progressiven Muskelentspannung verfolgte nach Edmund Jacobson zunächst vorrangig die Entwicklung eines Muskelsinns, d.h. die Verbesserung der Körperwahrnehmung. Bei einer Schmerzverstärkung ist dies bedeutsam, um frühzeitig auftretender Verspannung entgegenzuwirken. Der Patient lernt, durch eine gezielte Selbstbeobachtung einer unnötigen Anspannung oder auch einer einseitigen Haltung gegenzusteuern. Dies dient auch der besseren Stressbewältigung.

Psychologisch bedeutsam ist vor allem das Ziel, die Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten zu verbessern. Die internale Kontrollüberzeugung („ich kann etwas gegen meine Beschwerden tun“) ist ein wichtiger Aspekt zum Abbau von Gefühlen der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins gegenüber dem Schmerz.

Entspannungstechniken und Aufmerksamkeitverlagerung dienen zudem der Ablenkung vom Schmerz. Dieser Aspekt wird besonders bei Imaginationen wie dem Vorstellen eines Ruhebildes oder einer geführten Phantasie Reise verfolgt.

Kurze Entspannungstechniken im Alltag dienen vor allem Migränepatienten als Reizabschirmung, indem der Patient seine Aufmerksamkeit nach innen lenkt und sich damit gegenüber einer Reizüberflutung „abschirmt“. Darüber hinaus wirkt die regelmäßige Durchführung eines Entspannungstrainings als Phasenprophylaxe.

Ein weiteres wichtiges Ziel ist die Verbesserung der Schlafqualität, da viele Patienten mit chronischen Schmerzen Ein- oder Durchschlafstörungen beklagen. Ihre Effektivität bei Schlafstörungen ist sowohl für die Progressive Muskelentspannung als auch für das autogene Training nachgewiesen.

2. Beschreibung der verschiedenen Verfahren

Die Progressive Muskelentspannung (PMR) wurde Anfang des letzten Jahrhunderts von dem amerikanischen Arzt Edmund Jacobson entwickelt. Die Grundlagen zu dem Verfahren sind sehr gut von C.Derra (2007) beschrieben. Es ist die am weitesten verbreitete Methode.

Das Ursprungstraining verfolgte vor allem die Kultivierung eines Muskelsinnes. Neben den Muskelübungen wurden auch Visualisierungsübungen und Sprechübungen durchgeführt. Aufgrund der Umständlichkeit

wurde das Verfahren der leichteren Anwendbarkeit halber von mehreren Autoren modifiziert und gekürzt. So findet es vorwiegend seine Anwendung in der von Bernstein und Borkovec beschriebenen Fassung. Diese Fassung beinhaltet alle große Muskelgruppen außer die untere Rückenmuskulatur, die in der Schmerztherapie jedoch häufig als Übung mit eingefügt wird. 16 Muskelgruppen werden nacheinander kurz angespannt und wieder entspannt.

Mit zunehmender Übung werden zunächst die Anzahl der Muskelgruppen auf sieben und später auf vier reduziert. Mit weiterer Übung fällt dann die aktive Anspannungsphase weg und es werden nur noch vorhandene Spannungen wahrgenommen und von diesem Niveau aus weiter entspannt. Dies wird als Entspannung durch Vergegenwärtigung bezeichnet. Am Ende der Übung kann ergänzend die Ausatmung gezählt werden (von 1-10). So entsteht eine konditionierte Entspannung, welche sich schließlich im Alltag als Kurzentspannung einsetzen lässt.

Bei der cue-controlled relaxation (Hinweisreiz-gesteuerte Entspannung) wird die gelernte Entspannungsreaktion zusätzlich noch mit einem Schlüsselwort wie „ruhig“ oder „entspannt“ gekoppelt.

Die Instruktionen erfolgen neutral formuliert, Suggestionen sollten vermieden werden. Der Patient soll zu einem passiven und sorgfältigen Beobachter des auftretenden Entspannungsprozesses werden. Zur Progressiven Muskelentspannung liegen die meisten Untersuchungen in der Schmerzbehandlung vor und es ist das am häufigsten eingesetzte Verfahren bei Schmerzkrankungen.

Das Autogene Training (AT), welches der Berliner Arzt Johannes Heinrich Schultz Anfang des letzten Jahrhunderts entwickelte, ist überwiegend im deutschsprachigen Raum bekannt. Es findet weniger Anwendung in der Schmerztherapie. Diese Technik wurde aus der Selbsthypnose entwickelt und ist ein autosuggestives Verfahren. Im Gegensatz zur PMR erfolgt der Zugang über Konzentration und Vorstellung, die Muskulatur wird nur unspezifisch einbezogen. Die Einzelübungen benötigen wenig Zeit (3 Minuten), es bedarf jedoch relativ langer Zeit bis zu den Übungserfolgen. Vorteil an dem Verfahren ist der unproblematische Einsatz im Alltag im Gegensatz zur PMR, deren Transfer in den Alltag erst nach viel Übung und Entspannung durch Vergegenwärtigung gut gelingt.

Der Übende suggeriert sich mit den Unterstufenübungen selbst formelhaft physiologische Entspannungsreaktionen wie z.B. bei der Schwereübung „mein Arm ist ganz schwer“. Weitere Unterstufenübungen sind die Wärmeübung oder auch Übungen zur Atmung oder dem Herzrhythmus. Unterstützende Formeln wie „ich bin ganz ruhig“ verstärken die erreichten Effekte. Weitere Formeln können individuell erarbeitet werden (z.B. „der Schmerz bringt mich nicht aus der Ruhe“). Oberstufenübungen zur vertieften Selbsterfahrung werden in der Schmerztherapie seltener vermittelt. Hierbei handelt es sich um meditative Verfahren und eine gestufte Aktiv-

hypnose.

Imaginationen sind seit Jahrzehnten eine wichtige Technik in der Psychotherapie und werden schon sehr lange zu sehr unterschiedlichen Zwecken genutzt. Sie werden gezielt eingesetzt, um dysfunktionales Verhalten abzubauen, zur Exposition in der Verhaltenstherapie, zur Annäherung an ein Bewältigungsverhalten, zur Verbesserung von Motivation und Zielverfolgung, zur Verbesserung des Selbstbildes, um das Wohlbefinden zu verbessern (Petermann, Kusch & Natzke, 2009). Als Imaginationen bezeichnet man dynamische, psychophysiologische Prozesse, bei denen auf der Vorstellungsebene realitätsnahe Wahrnehmungen unterschiedlicher Sinnesqualitäten erzeugt werden (z.B. Bilder, Gerüche, Geräusche, Temperatur).

Folgende Formen lassen sich unterscheiden:

- angenehme Bilder: Vorstellungen bei einer geführten Imagination von einem Strand, einer Landschaft oder eine individuelle Vorstellung von einem Ruheort. Bei diesen Imaginationen geht es um Bilder, die eine Entspannung, Zufriedenheit und innere Ruhe suggerieren und damit auch als Ablenkung vom Schmerz dienen.
- Imaginationen mit physiologischen Veränderungen: z.B. die Verbesserung der Hautdurchblutung beim Handerwärmungstraining. Der Patient kann hierzu Vorstellungen nutzen wie „die Hand liegt in der Sonne“ oder er stellt sich die Blutgefäße vor, die sich immer weiter stellen.
- Beim mentalen Üben werden schwierige, häufig mit Schmerzverstärkung einhergehenden Situationen, „geprobt“ und mit einem guten Ergebnis vorgestellt: z.B. stellt sich der Patient vor, eine schmerzverstärkende Situation aufzusuchen, Copingstrategien anzuwenden und die Anforderung besser zu bewältigen.
- Rezeptive Übungen beziehen sich auf Veränderungen der wahrgenommen Körperempfindungen: so wird der Patient angeleitet, die Farbe, die Größe, die Beschaffenheit des Schmerzes zu verändern.

Häufig treten während anderer Entspannungsverfahren spontan Vorstellungsbilder auf, welche systematisch in das Training integriert werden. In der Schmerztherapie werden Imaginationen vielfältig genutzt, Untersuchungen zur spezifischen Wirksamkeit sind schwierig durchzuführen, da das Verfahren immer in Kombination mit anderen Techniken verwendet wird. Die nachfolgend beschriebenen Verfahren der Hypnose und des Biofeedbacks nutzen häufig imaginative Techniken.

Hypnose ist ein sehr altes Heilverfahren (Revensdorf, 2008). Die Hypnose stellt einen besonderen Zustand dar, der sowohl physiologisch aber auch erlebensmäßig von erhöhter Bewusstheit bis zu tiefer Entspannung reichen kann.

In Trance treten vielfältige Veränderungen (Revensdorf, 2008; Bongartz & Bongartz, 2000) auf:

- kognitive Veränderungen: das rationale kritische

Denken tritt in den Hintergrund, Auslösbarkeit von Affekten und Toleranz gegenüber logischen Inkongruenzen ist erhöht,

- erhöhte Suggestibilität, veränderte Zeitwahrnehmung, Veränderung der Körperwahrnehmung
- Erleichterung dissoziativen Erlebens
- Physiologische Veränderungen: veränderte EEG-Aktivität (erhöhte Theta-Aktivität), hämatologische, endokrine Veränderungen
- Trophotrope Umstellung des Vegetativums
- Psychosomatische Reaktionen: Verminderung des Schmerzerlebens

Die unter Trance zusammengefassten Veränderungen lassen sich auch mit anderen Methoden wie autogenem Training, Meditation oder auch Imaginationen erreichen. Bei der Hypnose wird eine bestimmte Sprache und ein bestimmtes Verfahren zur Einengung der Aufmerksamkeit genutzt, um diesen Trancezustand zu erreichen. Nicht jede Person ist gleichermaßen hypnosefähig. Die Einteilung in gering- oder hochsuggestible Personen lässt sich nicht nur am Verhalten, sondern auch an physiologischen Reaktionen nachvollziehen.

Die moderne Hypnosetherapie verfolgt neben der erhöhten Suggestibilität und dem symptomorientierten Zugang einen besseren Zugang zu emotionalen Inhalten, ein ressourcenorientiertes Arbeiten und auch ein problemorientiertes Vorgehen.

Hypnotherapeutische Techniken werden schon lange in der Schmerztherapie genutzt. Hypnotische Suggestibilität spielt sowohl für den sensorischen als auch affektiven Anteil der Schmerzwahrnehmung eine Rolle (Peter, 2010).

Es werden ebenfalls sehr unterschiedliche Ziele verfolgt:

1. Eine Änderung des Schmerzempfindens erfolgt, indem z.B. Hitze oder Wärme einen kalten, stechenden Schmerz zum „Schmelzen“ bringt. Bei der Veränderung der Schmerzumgebung wird eine Taubheit im betroffenen Gebiet suggeriert, was dann zu einer veränderten Wahrnehmung des Schmerzgebietes führt. Bei der Verschiebung wird der Schmerz in eine andere Körperregion verschoben, so dass z.B. Bewegungen möglich sind.
2. Mit entspannungsfördernden Bildern oder Suggestionen wird nicht nur die Entspannung sondern auch das Verlassen der schmerzvollen Gegenwart genutzt.
3. Dissoziation vom Schmerz durch hypnotische Abspaltung von Bewußtseinsinhalten.
4. Daneben gibt es bei psychosomatischen Beschwerden auch problemorientierte Trancen.

Biofeedback (Martin & Rief, 2009) ist eine Methode zur Selbstregulation physiologischer Prozesse. Körperliche Signale können visuell oder auch akustisch zurückgemeldet werden. Hypothesen zur Wirksamkeit beinhalten sowohl eine externe Steuerung eines intern gestörten Regelkreises, eine klassische und operante Konditionie-

rung, die physiologische Reaktionskontrolle und kognitive Prozesse wie eine gesteigert Selbsteffizienz.

Auch hier werden verschiedene Ziele verfolgt wie:

1. Vermittlung eines psycho-physiologischen Modells
2. Spezifische Körperreaktionen wie eine Vasokonstriktion der Schläfenarterie bei Migräne etc. oder eine Muskelentspannung erlernen.
3. Durch die Rückmeldung erlernt der Betroffene eine bessere Körper- und Stresswahrnehmung. Personen, die zum Durchhalten neigen, bekommen frühzeitig eine Information bezüglich einer notwendigen Pause, Lockerung oder Veränderung der Position.

Tragbare Geräte helfen hierbei beim Transfer in den Alltag.

Achtsamkeit wird als eine Methode bzw. Therapieprinzip bei verschiedenen Problembereichen wie körperlichen Beschwerden, Stress, Ängste und Depressionen angewendet. Der Ursprung der Achtsamkeit liegt in den buddhistischen Meditationswegen und entwickelte sich in den verschiedenen Buddhismusschulen seit über 2500 Jahren. Präsenz und Achtsamkeit ist aber in vielen anderen spirituellen Traditionen und Religionen ebenfalls ein wichtiges Konzept. Kabat-Zinn (2006), der bereits in den 70er-Jahren mit Schmerzpatienten (Mindfulness-based Stress Reduction, MBSR) arbeitete, verwendete das Prinzip der Achtsamkeit in seinem Therapieansatz. Er versteht unter Achtsamkeit eine Aufmerksamkeitslenkung auf die sich im aktuellen Moment vorhandenen Bewusstseinsinhalte, ohne diese zu bewerten. Die durchgeführten Achtsamkeits- und Meditationsübungen haben nicht primär das Ziel der Entspannung, können jedoch auch mit Entspannung und dem Gefühl, zur Ruhe zu kommen einhergehen. Als Einstiegsübungen werden häufig die Fokussierung der Atmung oder auch ein „body scan“ als Wahrnehmungsübung durchgeführt.

Neuere Ansätze der Schmerzpsychotherapie stellen akzeptanz- und achtsamkeitsorientierte Verfahren dar, die vor allem von Joanne Dahl und Lance Mc Cracken in der Anwendung bei chronischen Schmerzen beschrieben werden. Akzeptanzorientierte Behandlungsansätze sind mehrdimensional, sie beinhalten neben den Achtsamkeitsübungen auch andere psychotherapeutische Strategien.

3. Studien zur Wirksamkeit

Aussagen zur Wirksamkeit von Entspannungstechniken bei chronischem Schmerz als unimodales Verfahren sind nur eingeschränkt zu treffen, da die meisten Untersuchungen Entspannungsverfahren im Rahmen eines multimodalen Therapieansatzes untersuchen. Isoliert kommen Entspannungsverfahren seltener zum Einsatz. Die Studien sind zudem kaum vergleichbar, da sich die Durchführungsformen erheblich unterscheiden, meist differenzierte Angaben dazu fehlen und sich die Out-

come-Variablen erheblich unterscheiden.

Einen umfassenderen Überblick zur Wirksamkeit der verschiedenen Verfahren bieten Lüking und Martin (2010). Im Folgenden werden einige Ergebnisse und daraus resultierende Therapieempfehlungen zusammengefasst.

Aufgrund der wenigen kontrollierten Untersuchungen können Aussagen zur Evidenz des Autogenen Trainings in der Schmerztherapie nicht gemacht werden. Ein Review (Kanji, White & Ernst, 2006) zum AT bei Spannungskopfschmerz beschreibt lediglich sieben kontrollierte Untersuchungen mit geringer methodischer Qualität. Bei keiner der Studien ist das Autogene Training anderen Interventionen überlegen. Bei guten Vorerfahrungen des Patienten wird jedoch in der Praxis eine Kombination mit anderen Verfahren vorgeschlagen.

Die Anwendung von Entspannung in Kombination mit anderen psychologischen Techniken wird bei Rücken- und Nackenschmerzen empfohlen (Karjalainen, Malmivaara & van Tulder, 2001; Ostelo et al., 2005). Die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz (2010) empfiehlt bei chronischen unspezifischen Rückenschmerzen die Anwendung der Progressiven Muskelentspannung.

Zur Monotherapie mit Biofeedback liegen wenige kontrollierte Studien vor (Hermann & Flor, 2009). Auch hier entsteht das Problem der unterschiedlichen Übungsprotokolle, die nicht ausschließlich Entspannung zum Ziel haben, so dass eine Aussage zur Wirksamkeit bei isolierter Anwendung nicht möglich ist, im Rahmen einer multimodalen Behandlung jedoch als positiv bewertet wird.

Die Wirksamkeit der progressiven Muskelentspannung und des autogenen Trainings bei Fibromyalgie konnte in RCT's nicht nachgewiesen werden, geleitete Imaginationen in Kombination mit Entspannung (Menzies, Taylor & Bourguignon, 2006) und Hypnose zeigen dagegen eine Überlegenheit gegenüber den Kontrollgruppen z.B. bezüglich Funktionsstatus und der Selbstwirksamkeit. Entsprechend empfiehlt die S3 Leitlinie der AWMF zur Fibromyalgie (Thieme et al., 2008), PMR und Autogenes Training nicht als Monotherapie anzuwenden. Die Ergänzung wirksamkeitsgesicherter Verfahren durch Hypnotherapie und geleitete Imaginationen wird dagegen empfohlen. In einer Meta-Analyse (Glombiewski et al., 2010) wird allerdings darauf hingewiesen, dass sich die isolierte Anwendung von Entspannungstechniken bei Fibromyalgie im Gegensatz zu anderen Schmerzbildern zwar nur gering auf die Schmerzreduktion auswirkt, der Effekt jedoch hinsichtlich der Verbesserung der Schlafqualität bedeutsamer ist. Moderatoranalysen zeigen zudem, dass größere Effekte über die Behandlungsintensität zu erzielen sind.

Auch wenn es Hinweise für die Wirksamkeit von Hypnotherapie zur Schmerzkontrolle gibt, scheinen die hypnotherapeutischen Suggestionen zur Entspannung den Entspannungstechniken des PMR und AT weder bei Fibromyalgie (Castel et al., 2007), noch bei anderen Schmerzbildern überlegen zu sein (Jensen & Patterson, 2006).

Cohen & Fried (2007) beschreiben bei dem Einsatz von Imaginationen kombiniert mit Entspannungsinstruktionen bei Krebserkrankungen für Schlaf, Fatigue und Stresserleben eine Linderung. Bei rheumatischen Erkrankungen (Jungnitsch, 2003) werden positive Ergebnisse hinsichtlich der psychischen Belastung durch den Schmerz beschrieben. Bei den meisten Untersuchungen ist jedoch nicht eindeutig geklärt, ob der Effekt auf die Entspannung oder die Imagination oder ihre Kombination zurückzuführen ist.

In der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind Entspannungsverfahren bei Kopfschmerz, abdominalen Schmerzen und Fibromyalgie wirksam (Palermo et al., 2010, Trautmann, Lackschewitz, Kröner-Herwig, 2006). Eine Meta-Analyse (Palermo et al., 2010) zeigt post-treatment und im follow-up eine signifikante Schmerzreduktion durch Entspannungstechniken und Biofeedback, meist kombiniert mit Entspannungsverfahren.

Auch bei Erwachsenen konnten die Meta-Analysen (Nestoriuc, Rief & Martin, 2008; Nestoriuc & Martin, 2007) sowohl bei Spannungskopfschmerzen als auch Migräne Biofeedback in Kombination mit Entspannung im EMG oder auch Temperaturfeedback als wirksame Methode bestätigen. Die Wirkung zeigt sich mit mittleren bis hohen Effektstärken hinsichtlich unterschiedlicher outcome-Variablen. Allerdings ist die unimodale Behandlung mit Biofeedback und Entspannung der Kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen.

Studien zur Wirksamkeit der akzeptanz- und achtsamkeitsbasierten Behandlung (Veehof, 2011; Vowles & McCracken, 2008) lassen aufgrund der Mehrdimensionalität des Verfahrens keine Schlussfolgerung auf den spezifischen Effekt der Achtsamkeit und Meditation zu. Frühe erste Untersuchungen zur Achtsamkeit bei Schmerz von Kabat-Zinn (1986) zeigten im 4 Jahres follow up durch die Behandlung mit einem achtwöchigen Meditationsprogramm (MBSR, Mindfulness Stress Reduktion) eine bedeutsame Reduktion der psychologischen Belastung und körperlicher Symptome. Eine neuere kontrollierte Pilot-Studie (Morone, Greco & Weiner, 2008) mit älteren Schmerzpatienten, die ein achtwöchiges Mediationsprogramm absolvierten, zeigte Effekte hinsichtlich der Schmerzakzeptanz.

4. Umsetzung in der Praxis

Prinzipiell gibt es keine Kontraindikationen, Komorbiditäten sollten jedoch beachtet werden. Bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung können Unruhegefühle, ein Gefühl des Kontrollverlustes und auch vermehrte flash-backs das Training behindern. Bei Tinnitus, Atemwegs- und Herzerkrankungen oder auch einem zusätzlichen akutem Schmerz können das Training durch die vermehrte Selbstaufmerksamkeit erschwert werden. Manche Migränepatienten berichten von einer Schmerzverstärkung durch die Gefäßerweiterung beim Training. In diesem Fall empfinden die Patienten einfach Ruhe

ohne spezifische Entspannungsinduktion als wohltuend. Das Training wird aber zwischen den Attacken als Phasenprophylaxe angewandt.

In Tabelle 2 finden sich praktische Hinweise zur Durchführung der PMR als das am häufigsten verwendete Verfahren.

Die progressive Muskelentspannung erfreut sich bei Schmerzpatienten aufgrund der hohen Plausibilität mit dem direkten Ansatz der Übung an der Muskulatur einer guten Compliance. Die Modellvermittlung spielt hier eine wesentliche Rolle. Erklärungen über den Teufelskreis „Schmerz-Anspannung-Schmerzverstärkung“ sind für Schmerzpatienten sehr hilfreich. Die Anspannung hilft bei der besseren Wahrnehmung des Entspannungsreflexes, der ausgelöst wird. Die Anspannung aller Muskeln wird über den Zusammenhang der Muskeln in Ketten erklärt.

Das Training kann im Sitzen oder auch Liegen durchgeführt werden. Für Patienten mit M. Bechterew wird die PMR im Gehen beschrieben.

Manche Patienten bringen sehr hohe Erwartungen mit und setzen sich damit selbst unter Druck. Der Trainingscharakter des Verfahrens sollte betont werden („man fängt beim Klavierspiel auch erst mit Fingerübungen und nicht mit Beethovens Klavierkonzert an“).

Manche Patienten nehmen Wärme, Leichtigkeit, Schwere, Kribbeln oder auch ein Breiterwerden der Extremität bis zur Gefühllosigkeit wahr. Andere wiederum spüren wenig und sind dann schnell enttäuscht. Es sollte zur Entlastung des Patienten darauf hingewiesen werden, dass es sich bei der Entspannung um keine besondere, sondern eine sehr individuelle Körperreaktion handelt und es für den Erfolg der Technik keine Notwendigkeit der besonderen Entspannungsempfindung gibt.

Bei Konzentrationsproblemen durch Beschwerden, innere Unruhe, Gefühle, Außengeräusche oder auch Gedanken kann das Befolgen der Instruktion erschwert sein. Diese Prozesse werden als ein normales Phänomen bewertet. Der Patient kann aufgefordert werden, dies geduldig zu registrieren und dann wieder zur Übung zurückzukehren („Wie beim Mensch-ärgere-dich-nicht zurück zum Start“). Vorstellungen wie z.B. die Gedanken wie Wolken vorbei ziehen zu lassen, können dabei hilfreich sein oder einfach innerlich zu benennen, was gerade abgelenkt hat („das Flugzeug“, „eine schlagende Tür“).

Tab. 2: Probleme und Hilfestellungen bei der Übung von PMR

| Mögliche Probleme beim Üben | Hilfestellungen |
|---|--|
| Anspannung löst Verkrampfung aus (häufig bei Fibromyalgie) | Nicht mehr als 30% anspannen, Dosierung, evtl. gar nicht anspannen, sondern Anspannung vorstellen |
| Ablenkung | Zu Beginn zunächst Störquellen abschalten (Telefonstecker raus, abdunkeln, Schild „Bitte nicht stören“) |
| Starke Schmerzen | Zu Beginn einfache Situationen wählen, wenn wenig Schmerz besteht oder Medikament anfängt zu wirken |
| Verstärkte Wahrnehmung von Schmerz oder auch Unruhe | Als normales Phänomen der Aufmerksamkeitslenkung erklären, immer wieder versuchen umzulenken auf andere Muskelpartie |
| Ungeduld („das wirkt bei mir nicht“) | Auf Trainingscharakter hinweisen |
| Unruhe, Kontrollverlust, Schwindel | Augen öffnen, im Sitzen üben, Hände und Beine leicht bewegen |
| Unbequeme Position, Patient kann nicht lange eine Position halten | Bequem lagern, auffordern Position zwischendrin zu wechseln |
| „Ich spüre nichts“ | Entspannungsreaktion als normalen körperlichen Vorgang erläutern, man muss nichts besonderes dabei wahrnehmen |
| Patient schläft ein | mit offenen Augen üben lassen, Instruktion innerlich mitsprechen, weniger Anleitung „konsumieren“ |
| Ablenkung durch Geräusch, Gefühl, Gedanke | Gedanke vorbeiziehen lassen, ablenkenden Aspekt etikettieren und dann zurück zur Übung (immer und immer wieder) |
| Müdigkeit, Kreislaufprobleme nach dem Training | Aktive Rücknahme, tief durchatmen, Muskelpumpe anregen, bewegen, Aufmerksamkeit nach außen, Training im Sitzen |

Bei jeder Form der Entspannung kann es durch die Umschaltung von der ergotropen (der Leistungssteigerung dienend) zur trophotropen (Aufbau von Reserven dienend) Reaktionslage zu unangenehmen Begleiterscheinungen kommen. Diese sollten dem Patienten als ein normales Phänomen und ein gutes Zeichen für die Wirkung der Entspannungstechnik rückgemeldet werden.

Folgende Symptome können dabei auftreten: Zuckungen am Körper, Schwere oder Leichtigkeit; erhöhter Speichelfluss; innere Unruhe; ängstigende Bilder oder Gedanken; verzerrte Körperwahrnehmungen; Schweißausbrüche; Hitzewallungen, warme Haut, Kribbelgefühle; Schwindelgefühle; stärkere Wahrnehmung von Schmerzen

Tägliche Übungen sind empfehlenswert. In der Regel ist der Patient nach wenigen Wochen in der Lage, eine kürzere Fassung der PMR erfolgreich für sich zu nutzen. Zu Beginn der häuslichen Übungen ist die Unterstützung mit einer CD hilfreich, es sollte jedoch darauf geachtet werden, dass zunehmend auch ohne Instruktion geübt wird, um den Transfer zu gewährleisten. Zudem besteht die Gefahr der Konditionierung auf die Stimme des Therapeuten.

Literatur

- BONGARTZ, W. & BONGARTZ, B. (2000). Hypnosetherapie. Göttingen: Hogrefe.
- CASTEL, A., PEREZ, M., SALA, J., PADROL, A. & RULL, M. (2007). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation. *European Journal of Pain*, 11, 463-468.
- COHEN, M. & FRIED, G. (2007). Comparing relaxation training and cognitive-behavioral group therapy for women with breast cancer. *Research on Social Work Practice*, 17, 313-323.
- DERRA, C. (2007). Progressive Relaxation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- DIEZEMANN, A. (2011). Entspannungsverfahren bei chronischem Schmerz. *Der Schmerz*, 25(4), 445-453.
- GLOMBIEWSKI, J. A., SAWYER, A. T., GUTERMANN, J., KOENIG, K., RIEF, W. & HOFMANN, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain*, 151, 280-295.
- HERMANN, C. & FLOR, H. (2009). Chronische Rückenschmerzen. In A. Martin, W. RIEF (Hrsg.), *Wie wirksam ist Biofeedback?* (S. 125-126). Bern: Hans Huber.
- JENSEN, M. & PATTERSON, D. R. (2006). Hypnotic Treatment of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 95-124.
- JUNGNITSCH, G. (2003). Rheumatische Erkrankungen. Göttingen: Hogrefe.
- KABAT-ZINN, J., LIPWORTH, L., BURNEY, R. & SELLERS, W. (1986). Four-year follow-up of a meditation-based program for self-regulation of chronic pain: treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.
- KABAT-ZINN, J. (2006). *Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung*. Frankfurt: Fischer Verlag.
- KANJI, N., WHITE, A. R. & ERNST, E. (2006). Autogenic training for tension type headaches: a systematic review of controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*, 14, 144-150.
- KARJALAIEN, K., MALMIVAARA, A., van TULDER, M. et al. (2001). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working adults – a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*, 26, 174-181.

- LÜKING, M. & MARTIN, A. (2010). Entspannung, Imagination, Biofeedback und Meditation. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (S. 566-584). (6. Auflage). Berlin: Springer.
- MENZIES, V., TAYLOR, A. G. & BOURGUIGNON, C. (2006). Effects of guided imagery on outcomes of pain, functional status, and self-efficacy in persons diagnosed with fibromyalgia. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12(1), 23-30.
- MORONE, N. E., GRECO, C. M. & WEINER, D. K. (2008). Mindfulness meditation fort he treatment of chronic low back pain in older adults: A randomized controlled pilot study. *Pain*, 134, 310-319.
- NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIE KREUZSCHMERZ (2010). <http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de>
- NESTORIUC, A. Y. & MARTIN, A. (2007). Efficacy of Biofeedback for migraine: A meta-analysis. *Pain*, 128, 111-127.
- NESTORIUC, A. Y., RIEF, W. & MARTIN, A. (2008). Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: efficacy, specificity, and treatment moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 379-396.
- OSTELO, R. W., van TULDER, M. W., VLAEYEN, J. W., LINTON, S. J., MORLEY, S. J. & ASSENDELFT, W. J. (2005). Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Review*, 1, CD002014.
- PALERMO, T. M., ECCLESTON, C., LEWANDOWSKI, A. S. & WILLIAMS, A. C. (2010). Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: An updated meta-analytic review. *Pain*, 148, 387-397.
- PETER, B. (2010). Hypnose. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (S. 585-594) (7. Auflage). Berlin: Springer.
- PETERMANN, F., KUSCH, M. & NATZKE, H. (2009). Imagination. In F. Petermann & D. Vaitl (Hrsg.), *Entspannungsverfahren* (S. 116-131) 4. Auflage, Weinheim: Beltz Verlag.
- REVENSTORF, D. (2008). Trance und die Ziele und Wirkungen der Hypnotherapie. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin* (S. 13-31). Berlin: Springer Verlag.
- THIEME, K., HÄUSER, W., BATRA, A., BERNARDY, K., FELDE, E., GERMANN, M., ILLHARDT, A., SETTAN, M., WÖRZ, R. & KÖLLNER, V. (2008). Psychotherapie bei Patienten mit Fibromyalgiesyndrom. *Der Schmerz*, 22(3), 295-312.
- TRAUTMANN, E., LACKSCHEWITZ, H. & KRÖNER-HERWIG, B. (2006). Psychological treatment of recurrent headache in children and adolescents – a meta-analysis. *Cephalalgia*, 26, 1411-1426.
- VAITL, D. (2009). Neurobiologische Grundlagen der Entspannungsverfahren. In F. Petermann & D. Vaitl (Hrsg.), *Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch* (S. 18-35) (4. Auflage). Weinheim: Beltz Verlag.
- VEEHOF, M. M., OSKAM, M. J., SCHREURS, K. M. G et al. (2011). Acceptance-based intervention fort he treatment of chronic pain: A systematic review and meta analysis. *Pain*, 152, 533-542.
- VOWLES, K. E. & MC CRACKEN, L. M. (2008). Acceptance and Value-based Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 397-407.

Autorin

Dr.rer.nat. Dipl.-Psych. Anke Diezemann ist als stellvertretende leitende Psychologin im DRK Schmerz-Zentrum Mainz diagnostisch und therapeutisch tätig. Sie ist psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie, Spezielle Schmerzpsychotherapie, Klinische Hypnose) und arbeitet als Dozentin, Ausbilderin und Supervisorin in der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten.



DRK Schmerz-Zentrum Mainz
Tagesklinik für interdisziplinäre Schmerztherapie
Auf der Steig 14-16
D-55131 Mainz
Telefon: +49 (0) 6131 988 956
anke.diezemann@drk-schmerz-zentrum.de

¹⁾ Einige Textpassagen und die beiden Tabellen stammen aus der Publikation: Diezemann A. (2011). Entspannungsverfahren bei chronischem Schmerz. *Der Schmerz*, 25(4), 445-453. Mit freundlicher Genehmigung von Springer Science und Business Media.

Lehrgang „Psychotherapeutisches Propädeutikum“ Wien-Oberösterreich



**Arbeitsgemeinschaft
Personzentrierte
Psychotherapie,
Gesprächsführung
und Supervision –**
Vereinigung für Beratung,
Therapie und Gruppenarbeit

Die APG bietet in *Wien* und in *Oberösterreich* einen Lehrgang „Psychotherapeutisches Propädeutikum“ an. Der Lehrgang entspricht den Bestimmungen des Psychotherapiegesetzes und bildet den ersten Teil der Psychotherapieausbildung. Er ist somit eine Voraussetzung für die Aufnahme in eine schulenspezifische Ausbildung zur Psychotherapeutin/zum Psychotherapeuten.

Inhalt und Umfang

Das Propädeutikum besteht aus einem theoretischen Teil (765 Std.) und einem praktischen Teil (560 Std.). Der praktische Teil beinhaltet Selbsterfahrung, ein Praktikum und Supervision.

Grundsätze

Individualität und Flexibilität
betreffend Studienplanung und -dauer
Höchste Professionalität
garantiert ein Pool von vielfältig ausgebildeten
LehrveranstaltungsleiterInnen
Faire Preisgestaltung
durch sparsame und umsichtige Verwaltung
Wohltuende Zuwendung und Beratung
während der Ausbildung durch das Leitungsteam bringen
AusbildungskandidatInnen in ihren Tempo ans Ziel
Ein Einstieg in den Lehrgang ist jederzeit möglich – das
Einstiegssemester ist ein Gratissemester!

Informationsabende Wien

Therapiezentrum Gersthof: 4.9. 2012 Simonygasse 12/ Souterrain,
1180 Wien. 8.1., 7.5.2013, Genzgasse 137/Terrassenraum, 1180
Wien, jeweils 18.00-19.30 Uhr
Lehrgangsbüro: jeden ersten Dienstag im Monat von 18.00-20 Uhr
(außer Mai und September)

Linz

ZÄP (Zentrum f. ärztliche Psychotherapie): 9.10.2012, 5.3. 2013
von 18.00-19:30h, 4020 Linz, Rainerstraße 15
Praxis Ingⁱⁿ. *Andrea Satzinger*: 5.7. 2012, ab 18.30 Uhr,
4020 Linz, Bergschlößlgasse 2b
Praxis Mag.^a Barbara Wimmer: 13.9., 8.11., 6.12. 2012, 17.1., 7.2.
2013, 4020 Linz, Rainerstrasse 16

Kontakt/ Lehrgangsbüro

1090 Wien, Strudlhofgasse 3/2, Tel. 01/315 41 02.
E-Mail: prop@apg.or.at, Homepage: www.apg.or.at
Hier können Sie alles über Kosten, Dauer, Seminarangebote,
Anrechnungen etc. erfahren.



Ausbildung zur Psychotherapeutin zum Psychotherapeuten

Die Lehranstalt Psychotherapeutisches Propädeutikum bietet seit 1992 Propädeutikumslehrgänge an. 2009 haben wir das Konzept und den Lehrplan umfassend überarbeitet.

- Erreichung des Ausbildungszieles schon ab 4 Semestern möglich
- Reduzierung der Gebühren für die Lehrveranstaltungen
- Verringerung der Gesamtkosten durch Anrechnungen – bereits absolvierte Ausbildungsschritte im Rahmen der Berufsausbildung oder des Studiums werden ohne Kosten angerechnet
- Attraktive Zahlungsmöglichkeiten
- Hoher Qualitätsanspruch: In Theorie und Praxis erfahrene, kompetente ReferentInnen garantieren eine fachlich fundierte Ausbildung
- Persönliche Betreuung

Fordern Sie bitte unsere Informationsbroschüre an:

LEHRANSTALT PSYCHOTHERAPEUTISCHES PROPÄDEUTIKUM der Erzdiözese Wien

1020 Wien, Wolfgang Schmälzl Gasse 30/15
Tel.: 01/997 16 94, Fax: 01/997 16 94 - 10
E-Mail: mail@propaedeutikum.org



www.propaedeutikum.org

Wirksamkeit von Ausdauersportprogrammen bei der Migräneerkrankung

Effectiveness of Sports for Migraine

Claudia Helene Overath, Stephanie Darabaneanu & Wolf Dieter Gerber

Themenschwerpunkt Schmerz

Zusammenfassung

Migräne ist die zweithäufigste Kopfschmerzform in Deutschland. Ein zentraler Bestandteil der heutigen multimodalen Kopfschmerz- und Migränetherapie zur Migräneprophylaxe und zur Besserung der Migränesymptomatik ist Ausdauersport. Dieser Artikel versucht einen Überblick der derzeitigen Studienlage zu Sport und Migräne darzulegen.

Abstract

Migraine is the second-most form of frequent headache in Germany. The multimodal head ache and migraine therapy contains sports as a central component of migraine prophylaxis and for the improvement of the migraine symptomatology. This article tries to give an overview of the present studies to sports and migraine.

1. Einleitung

Ungefähr 54 Millionen Menschen leiden in Deutschland gelegentlich oder dauerhaft an Kopfschmerzen (Göbel, Petersen-Braun & Soyka, 1993), ungefähr 8 Millionen Patienten davon haben Migräne (Diener & Limmroth, 2005). Mit einer Prävalenz von 6-8% bei Männern und 12–15% bei Frauen ist Migräne die zweithäufigste Kopfschmerzform (Diener, Katsarava & Limmroth, 2008). In Deutschland beträgt die Lebenszeitprävalenz, d.h. die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mensch in seinem Leben einmal an Migräne erkrankt, 27,5% (Göbel, 2007).

Die Migräne gehört der Kategorie der primären Kopfschmerzerkrankungen an und ist eine von 14 Untergruppen. „Primär“ meint, dass die Kopfschmerzen die eigentliche Erkrankung darstellen. Migräne (ohne Aura) ist laut International Headache Society (IHS) definiert als eine

chronische Kopfschmerzerkrankung, bei der eine Kopfschmerzattacke zwischen 4 und 72 Stunden andauern kann. Als Symptomatik wird eine einseitige Lokalisation der Kopfschmerzen mit einer pulsierenden Qualität und einer mittleren bis schweren Intensität, die durch körperliche Aktivität verstärkt werden kann, beschrieben. Begleitende Symptome können Übelkeit, Erbrechen, Photo- und Phonophobie sein.

Tab. 1: Diagnosekriterien der Migräne ohne Aura nach der IHS (2004). Aus Overath (2012).

| Migräne ohne Aura | |
|---|---|
| Hauptkriterium | Teilkriterium |
| Attackenanzahl | Mindestens fünf Attacken |
| Kopfschmerzdauer | Unbehandelt oder erfolglos behandelt: 4 bis 72 h |
| Kopfschmerzcharakteristika (mindestens zwei) | Einseitige Lokalisation, pulsierender Charakter, mittlere oder starke Schmerzintensität (Beeinträchtigung der Tagesaktivität), Verstärkung durch körperliche Routineaktivitäten |
| Begleiterscheinungen (mindestens eine) | Übelkeit und/oder Erbrechen; Photophobie und Phonophobie |
| Nicht auf eine andere Erkrankung zurückzuführen | – |

Die Entstehungsweise und die zugrunde liegenden Ursachen sind trotz der hohen Prävalenz der Migräneerkrankung bisweilen nicht vollständig geklärt. Als Folge scheint es nicht möglich, Therapien optimal zu gestalten. Dennoch: die multimodale Kopfschmerz- und Migränetherapie beinhaltet Sport als einen zentralen Bestandteil sowohl zur Migräneprophylaxe als auch Besserung der Migränesymptomatik. Der vorliegende Artikel versucht, einen Überblick über den derzeitigen Stand von Studien zur Wirksamkeit von Ausdauersport auf die

Migräneerkrankung zu geben.

2. Ausdauersport bei Migräne – Primärstudien

Ärzte raten Migränepatienten, zur Vorbeugung der Symptomatik immer wieder regelmäßig Ausdauersport zu treiben. Doch wie effektiv ist das Betreiben von Ausdauersport zur Linderung der Migränesymptomatik? Dieser Artikel liefert einen Überblick über die bis 2012 geführten Studien zu Sport und der Migräneerkrankung. Insgesamt werden über 12 Arbeiten, bei denen der Einfluss der Trainingstherapie als Behandlungsmethode bei Patienten mit Migräne untersucht worden ist, berichtet. Sechs der erwähnten Studien (Fischer et al., 1994; Fitterling et al., 1988; Grimm et al., 1981; Koseoglu et al., 2003; Narin et al., 2003; Varkey et al., 2009) sind prospektive Studien, bei denen sich die Untersuchungen auf eine einzelne Kohorte beziehen. Sechs weitere Studien sind prospektive Kontrollstudien, bei denen entweder ein Vergleich zwischen einer Sportgruppe und einer Gruppe mit Entspannungsverfahren (Gerber et al., 1987; Totzeck et al., 2012), ein Vergleich zwischen einer Sportgruppe und einer Gruppe ohne Therapie (Darabaneanu et al., 2011; Lockett & Campbell, 1991), ein Vergleich zwischen einer Sportgruppe mit Entspannungsverfahren und einer Gruppe ohne Therapie (Dittrich et al., 2008) sowie einmal ein Vergleich zwischen einer Jogginggruppe und einer Walkinggruppe angestellt wurde (Overath, 2012).

Bei den rein prospektiven Studien zeigten sich die nachfolgenden Ergebnisse: In der Studie von Grimm et al. (1981) reduzierte sich die Attackenanzahl bei Kopfschmerzen und wahrscheinlicher Migräne bei einer zehnwöchigen Trainingseinheit (dreimal pro Woche Jogging/Walking) um 50%. Nach einem zwölfwöchigen, individuell gestalteten Sportprogramm trat bei vaskulärem Kopfschmerz und wahrscheinlicher Migräne eine 44-prozentige Reduktion der Attackenanzahl ein (Fitterling et al., 1988). Nach einem 26-wöchigen, nicht näher beschriebenen Sportprogramm (zweimal pro Woche) mit wahrscheinlicher Migräne trat eine signifikante Reduktion der Migräneintensität und -dauer ein (Fischer et al., 1994). Nach einem sechswöchigen, nicht näher beschriebenen aeroben Ausdauersportprogramm (dreimal pro Woche) sank bei der Migräne ohne Aura nach ICHD-II-Kriterien die Attackenanzahl von zwei auf eine pro Monat und die Intensität von drei auf zwei, gemessen mit einer Visual Analog Scale (Koseoglu et al., 2003). Eine Studie von Narin et al. (2003) zeigte auf, dass nach einem achtwöchigen Kombinationstraining von Kraft und Ausdauer (Jogging, Walking, Stepper, Rowing, Kraftübungen; dreimal pro Woche) bei Migränepatienten ohne Aura nach ICHD-II-Kriterien sowohl die Attackenanzahl als auch die Kopfschmerzintensität um 50 Prozent und die Kopfschmerzdauer um 60 Prozent sank. Eine neuere Studie aus dem Jahre 2009 untersuchte die Wirkung eines standardisierten Ausdauerprogrammes

anhand von Patienten mit nach den Kriterien der International Headache Society diagnostizierter Migräne (Varkey et al.). Ziel der Studie war die Entwicklung und Evaluation eines standardisierten, aeroben Ausdauerprogramms mit maximaler Sauerstoffaufnahme. 20 Migränepatienten absolvierten ein standardisiertes, zwölfwöchiges „Indoor-Cycling-Programm“. Die Ergebnisse zeigten eine signifikante Steigerung der maximalen Sauerstoffaufnahme und eine signifikante Reduktion der Migräneattackenanzahl, der Anzahl der Tage mit Migräne, der mittleren Kopfschmerzintensität sowie der Menge der verwendeten Medikamente.

1987 untersuchten Gerber et al. in einer prospektiven Kontrollstudie chronische Kopfschmerzpatienten. Verglichen wurde eine Gruppe mit einem dreizehnwöchigen, aeroben Ausdauertraining (Jogging, dreimal pro Woche) mit einer Gruppe mit kombinierten Entspannungsverfahren. In der Sportgruppe stellte sich eine Reduktion der Kopfschmerzdauer und der Kopfschmerzintensität ein. Auch Lockett und Campbell (1991) führten eine prospektive Kontrollstudie durch – mit Patienten mit wahrscheinlicher Migräne. Eine Gruppe, führte dreimal pro Woche sechs Wochen lang ein nicht näher beschriebenes Ausdauertraining durch, eine andere Gruppe erhielt keinerlei Therapie. Es zeigten sich in ihrer Untersuchung keine signifikanten Änderungen der Attackenanzahl, Kopfschmerzintensität sowie -dauer. Dittrich et al. (2008) führten eine Studie durch, welche die Auswirkung von Ausdauertraining kombiniert mit Entspannungstraining auf die Migräneerkrankung bei Frauen, untersuchte. Das Treatment bestand aus einem standardisiertem sechswöchigen „Indoor-Training“, das sowohl Gymnastikübungen als auch Progressive Muskelentspannung umfasste. Das Training wurde zweimal die Woche von 30 Teilnehmerinnen ausgeführt. Es zeigte sich eine deutliche Reduktion der Migräneintensität. Eine im letzten Jahr publizierte Pilotstudie der Kieler Arbeitsgruppe um Herrn Prof. Dr. Gerber zeigte eine signifikante Reduktion der Migränetage, der Migräneintensität und der Migränedauer. Inhalt der Studie war die Untersuchung der Wirkung eines standardisierten aeroben Ausdauerprogramms auf die Migränesymptomatik. Untersucht wurden Patienten mit nach den Kriterien der International Headache Society diagnostizierten Migräne. Dreimal die Woche führten acht Probanden ein Intervall-Joggingtraining durch, welches unter Anleitung eines Trainers im Freien stattfand. Weitere acht Probanden mit Migräne dienten als Kontrollgruppe, erhielten also keinerlei Intervention. Eine Erhöhung des Fitnesslevels zeigte sich in dieser Studie als ein Prädiktor der Migränereduktion (Darabaneanu et al., 2011). Overath (2012) verglich die Auswirkung auf die Migränesymptomatik eines zehnwöchigen Inverall-Joggingtrainings und eines zehnwöchigen Walkingtrainings, dabei stellte das Intervall-Joggingtraining eine Replikation der Studie von Darabaneanu et al. (2011) dar. Es zeigten sich in beiden Gruppen signifikante Reduktionen sowohl der Attackenanzahl als auch der Migränetage pro Monat, sodass auch ein weniger intensives Training (wie Walking) zur

Reduktion der Migränehäufigkeit geeignet ist. Overath vermutet, dass die Reduktion der Migränesymptomatik einerseits auf einen besseren Umgang mit Stress bzw. Stressreizen und andererseits auf einer allgemeinen Erhöhung der Fähigkeit, sich relevanten Reizen selektiv zuzuwenden (Aufmerksamkeitsverbesserung), beruht. Totzeck et al. (2012) planen eine Studie, welche Migränapatienten mit einem Entspannungstraining und Migränapatienten, welche ein zwölfwöchiges aerobes Ausdauertraining absolvieren, verglichen wird. Den Autoren ist es dabei wichtig, eine ausreichend große Stichprobe (von je 30 Probanden pro Gruppe) zu untersuchen.

ertraining absolvieren, verglichen wird. Den Autoren ist es dabei wichtig, eine ausreichend große Stichprobe (von je 30 Probanden pro Gruppe) zu untersuchen.

Tabelle 2 liefert einen Überblick über die erwähnten Studien. Es werden jeweils die Fragestellungen, die angewandte Methodik und die erzielten Befunde dargeboten.

Tab. 2: Überblick bisheriger Studien zum Sport bei Patienten mit Migräne. Aus Overath (2012).

| Autor | Fragestellung | Design/Intervention | Befunde |
|---------------------------|--|--|--|
| Overath (2012) | Vergleich eines Joggings- vs. Walkingprogramm bei der Migräneerkrankung | Kontrollgruppendesign, Kontrollgruppe: Migräneleidende mit einem Walkingprogramm, n = 12, Interventionsgruppe: zehnwöchiges standardisiertes Joggingprogramm (n = 16) | Reduktion Gesamtsymptomatik: Jogger 81,2%, Walker: 58,3%; Migränetage: Jogger: 18,8%, Walker: 8,3%; Attackenanzahl: Jogger: 18,8%, Walker: 25% |
| Totzeck et al. (2012) | Aerober Ausdauersport vs. Entspannungstraining | Kontrollgruppendesign, Kontrollgruppe: Migräneleidende mit einem Entspannungstraining, n = 30, Interventionsgruppe: zwölfwöchiges aerobes Ausdauertraining (n = 30) | Ende der Studie im Sommer 2012 geplant |
| Darabaneanu et al. (2011) | Aerober Ausdauersport als Therapiemöglichkeit bei Migräne | Kontrollgruppendesign, Kontrollgruppe: Migräneleidende ohne Intervention, n = 16, zehnwöchiges standardisiertes Joggingprogramm | Signifikante Reduktion der Migränetage, -dauer und -intensität; Fitnesslevelerhöhung ist Prädiktor für Migränereduktion |
| Varkey et al. (2009) | Entwicklung und Evaluation eines aeroben Ausdauerprogramms mit maximaler Sauerstoffaufnahme | Design: 1-Gruppen-Design, 20 Migränapatienten (beidgeschlechtlich) Intervention: Indoor Cycling (standardisiertes Programm), 12 Wochen | Maximale Sauerstoffaufnahme signifikant erhöht, signifikante Reduktion der Migränaparameter |
| Dittrich et al. (2008) | Einfluss aeroben Ausdauertrainings mit Entspannungstraining auf die Migräneerkrankung bei Frauen | Design: 2-Gruppen-Design, á 15 weibliche Migränapatienten, Kontrollgruppe: Infos über potentielle Effekte des physischen Trainings, Standard medizinische Behandlung Intervention: sechswöchiges Training, indoor: 60 Minuten, davon 45 Min. Gymnastik (5 Min. Warm-Up, 15-25 Min. Aerobic, 10-20 Min. Krafttraining, 5 Min. Stretching) und 15 Min. PME + Standard medizinische Behandlung | Signifikante Reduktion der Migräneintensität |
| Narin et al. (2003) | Effekte des Ausdauersports und des begleitenden Stickstoffgehalts im Blut bei Migräne | Design: 2-Gruppen; á 20 weibliche Migränapatienten (Kontrollgruppe: 8 Wochen Medikation) Intervention: achtwöchiges Kombinationstraining von Kraft und Ausdauer (1 Std. 3x/Wo., 5 Min. Warm-Up, 10 Min. Cycling, 10 Min. Walking, 5 Min. Stepper, 10 Min. Power Station, 10 Mal. Nacken- und Haltungsübungen, 10maliges Rudern, 5 Min. Cool Down) | Attackenanzahl um 51%, -intensität um 55% und -dauer um 67% gesunken, Stickstoffproduktion um 45% gestiegen |
| Koseoglu et al. (2003) | Aerobes Ausdauertraining und Plasma- β -Endorphin-Gehalt bei Migräne ohne Aura | Design: 1-Gruppen-Design, 36 Migränapatienten, (beidgeschlechtlich) Intervention: sechswöchiges aerobes Ausdauerprogramm (3x/Wo. 40 Min.; 10 Min. Warm-Up, 20 Min. aktive Übungen, 10 Min. Ruhe) | Abnahme der Attackenanzahl von 2 auf 1 pro Monat und Abnahme der Intensität von 3 auf 2 |
| Fischer et al. (1994) | Aerobes Ausdauertraining bei Migräne | Design: 1-Gruppen-Design, 16 männliche Migränapatienten Intervention: Sportprogramm, 6 Monate (2x/Wo., Steigerung bis max. 1 Std., Fahrradergometer- und Lauftraining) | Signifikante Reduktion der Migräneintensität (um ca. 58%) und -dauer (um ca. 50%) |
| Lockett & Campbell (1991) | Effektivität des aeroben Ausdauertrainings auf die Migräne | Design: 2-Gruppen-Design, 20 weibliche Patienten mit wahrscheinlicher Migräne; 11 Untersuchungspersonen, 9 Warteliste-Kontrollpersonen (keine Therapie) Intervention: Sechswöchiges, nicht näher beschriebenes Sportprogramm (3x/Wo.) | Keine signifikanten Änderungen der Attackenanzahl, Kopfschmerzintensität oder -dauer |
| Fitterling et al. (1988) | Untersuchung des Trainingsverhaltens und vaskulärem Kopfschmerz | Design: 1-Gruppen-Design, 5 weibliche, vaskuläre Kopfschmerzpatienten; Intervention: zwölfwöchiges, individuell gestaltetes Sportprogramm | 44-prozentige Reduktion der Attackenanzahl |

| Autor | Fragestellung | Design/Intervention | Befunde |
|----------------------|--|--|---|
| Gerber et al. (1987) | Bewegungs- und Sporttherapie bei chronischen Kopfschmerzen | Design: 2-Gruppen-Design, 14 gemischt geschlechtliche Migränepatienten, á 7 Personen; Kontrollgruppe: kombinierte Entspannungsverfahren Intervention: 13 Wochen Jogging, 3x/Wo. bis max. 60 Min. (vorerst Intervalltraining) | Lauftraining: signifikante Reduktion der Kopfschmerzdauer und der Kopfschmerzintensität |
| Grimm et al. (1981) | Aerobes Ausdauertraining zur Migräneprophylaxe | Design: 1-Gruppne-Design, 9 gemischt geschlechtliche Kopfschmerz- und Migränepatienten Intervention: zehnwöchige Trainingseinheit mit Jogging und Walking (3x/Wo. für 30 Min) | Die Attackenanzahl reduzierte sich um 50% |

3. Ausdauersport bei Migräne – Einschränkungen der Interpretationsfähigkeit

2008 erschien sowohl ein Überblicksartikel als auch 2009 eine Metaanalyse zu dem Thema der therapeutischen Wirkung von Ausdauersport auf die Migräneerkrankung. Busch und Gaul (2008) sehen die in ihrem Überblicksartikel erwähnten sieben Studien, die bis einschließlich 2003 deckungsgleich mit den in diesem Artikel erwähnten Studien sind (Fischer et al., 1994; Fitterling et al., 1988; Gerber et al., 1987; Grimm et al., 1981; Koseoglu et al., 2003; Lockett & Campbell, 1991; Narin et al., 2003), als mangelhaft an, da keine von ihnen die Kriterien einer RCT- (randomised controlles trial) bzw. Interventionsstudie erfüllt. Lediglich drei der Arbeiten weisen diagnostische Migränekriterien nach ICHD-II (zweite Ausgabe der Internationalen Kopfschmerz-Klassifikation) auf. Weitere Probleme sind: Kleine Gruppengrößen, meist keine Kontrollgruppen, keine klinische Beschreibung der Kopfschmerzen vor und nach der Trainingsphase und keine repräsentativen Stichproben für eine typische Migränepopulation (aufgrund eines Selektionsbias, einer hohen Drop-out-Rate und einer Überrepräsentation weiblicher Migränepatienten). Auch fand sich selten ein standardisiertes Ausdauerprogramm.

Nachfolgende Studien haben probiert diese Mängel zu beheben. Sie beziehen eine Kontrollgruppe mit in die Studie ein, wenden sowohl diagnostische Migränekriterien nach der IHS (2004) als auch standardisierte Trainingsprogramme an (u.a. Darabaneanu et al., 2011; Overath, 2012). Jedoch weisen auch die neueren Studien einen hohen Drop Out und somit kleine Stichprobengrößen von (teilweise weit) unter 30 Probanden pro Gruppe auf. Hinzuweisen ist daher auf die Autoren Totzeck et al. (2012), deren Studie eine Stichprobengröße von je 30 pro Gruppe evaluieren möchte. Die Planung der Fertigstellung der Studie ist jedoch erst für Sommer 2012 geplant, so dass derzeit weder eine Drop Out-Quote noch Ergebnisse vorliegen.

Es ist wichtig, bei der Interpretation der Ergebnisse die angesprochenen Mängel zu berücksichtigen. Daher sollten vorrangig neuere prospektive Kontrollstudien, die standardisierte Ausdauerprogramme anhand von Patienten mit nach den Kriterien der International Headache Society diagnostizierter Migräne evaluierten, bei

der Interpretation berücksichtigt werden. Diese und die Ergebnisse der Studien in ihrer Gesamtheit deuten auf eine Verbesserung der Migränesymptomatik durch Sport hin. Unterstützend gelangte auch die Arbeitsgruppe um Koch im Jahre 2009 in einer Metaanalyse vier sportmedizinischer Studien (beidgeschlechtlich) zu dem Resultat, dass die Häufigkeit, Intensität und Länge der Attacken der Migräne durch Betreiben von Ausdauersport zurück geht. Dennoch wird auch in dieser Metaanalyse auf die Inhomogenität der Studien und die zum Teil fehlenden Angaben, hingewiesen. Neuere Studien lassen die Schlussfolgerung zu, dass vor allem die Migränehäufigkeit (Attackenanzahl und Migränetage) durch aeroben Ausdauersport reduzierbar zu sein scheint.

4. Schlussfolgerung

Bis zu 86,6% der Migränepatienten empfinden Sport als hilfreich gegen die Migränesymptomatik (Dittrich et al., 2008). Aerober Ausdauersport scheint eine gute alternative Therapieform zur Behandlung der Migräneerkrankung darzustellen. Und obwohl Untersuchungen die Annahme unterstützen und die Mehrheit der bisher auf diesem Forschungsgebiet durchgeführten Studien aufzeigen konnten, dass aerobes Ausdauertraining die Migränehäufigkeit (u.a. Fitterling, Martin, Gramling, Cole & Milan, 1988; Grimm, Douglas & Hanson, 1981) sowie die Migräneintensität und -dauer (u.a. Fischer, Heller, Gieseler & Hollmann, 1994; Gerber, Miltner, Gabler, Hildenbrand & Larbig, 1987) senkt, ist die wissenschaftliche Evidenz, mit wenig publizierten empirischen Primärstudien, gering. Hauptkritikpunkt dieser Studien ist die Untersuchung der Auswirkung aeroben Ausdauertrainings auf die Migräneerkrankung an zum Teil sehr geringen Stichprobengrößen. Des Weiteren wurde der Erforschung des Mechanismus, über den Sport als Migränetherapie wirken soll, bisweilen geringe Aufmerksamkeit geschenkt. Folglich ist der Wirkmechanismus von Sport bei der Migräneerkrankung abschließend nicht geklärt.

Literatur

- BUSCH, V. & GAUL, C. (2008). Sport bei Migräne – Übersicht und Diskussion sowie Implikationen für zukünftige Studien. *Der Schmerz*, 22(2), 137-147.
- DARABANEANU, S., OVERATH, C.H., RUBIN, S., LÜTHJE, S., SYE, W., NIDERBERGE, U., GERBE, W.-D., & WEISSER, B. (2011). Aerobic Exercise as a Therapy Option for Migraine: A Pilot Study. *International Journal of Sportsmedicine*, 32(6), 455-460.
- DIENER, H.-C. & LIMMROTH, V. (2005). Migränetherapie. *Der Internist*, 46(10), 1087-1095.
- DIENER, H.-C., KATSARAVA, Z. & LIMMROTH, V. (2008). Aktuelle Diagnostik und Therapie der Migräne. *Der Schmerz*, 22(Suppl. 1), 51-60.
- DITTRICH, S.M., GÜNTHER, V., FRANZ, G., BURTSCHER, M., HOLZNER, B. & KOPP, M. (2008). Aerobic Exercise with Relocation: Influence on Pain and Psychological Well-being in Female Migraine Patients. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 18(4), 363-365.
- FISCHER, H.G., HELLER, R., GIESELER, A. & HOLLMANN, W. (1994). Aerobes Ausdauertraining bei Migräne: Eine Pilotstudie. In H. Liesen, M. Weiß, H. Baum (Hrsg.), *Regulations- und Repairmechanismen*. 33. Deutscher Sportärzte Kongress. Deutscher Ärzteverlag, Paderborn Köln, 807 – 808.
- FITTERLING, J.M., MARTIN, J.E., GRAMLING, S., COLE, P. & MILAN, M.A. (1988). Behavioral management of exercise training in vascular headache patients: an investigation of exercise adherence and headache activity. *Journal of applied behavior analysis*, 21(1), 9-19.
- GERBER, W.-D., MILTNER, W., GABLER, H., HILDENBRAND, E. & LARBIG W. (1987). Bewegungs- und Sporttherapie bei chronischen Kopfschmerzen. In W. Gerber, W. Miltner & K. Mayer (Hrsg.), *Verhaltensmedizin: Ergebnisse und Perspektiven interdisziplinärer Forschung* (S. 55 – 66). Weinheim: Verlag Chemie, Edition Medizin.
- GÖBEL, H. (2007). *Medizinische Therapie 2007/2008* (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Berlin: Springer.
- GÖBEL, H., PETERSEN-BRAUN, M. & SOYKA, D. (1993). Die Prävalenz von Kopfschmerzen in Deutschland. *Der Schmerz*, 7(4), 287-297.
- GRIMM, L., DOUGLAS, D. & HANSON, P. (1981). Aerobic training in the prophylaxis of migraine. *Medicine and science in sports and exercise*, 13, 98.
- KOCH, H.J., KERN, U. & BUSCH, V. (2009). Therapeutische Wirkung von Ausdauersport bei Migräne – Explorative Metaanalyse sportmedizinischer Studien. *MMW-Fortschritte der Medizin*, 151(2), 59-62.
- INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY (IHS) (2004). *The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition (ICHD-II)*. Cephalalgia, 24(Suppl. 1), 1-160.
- KOSEOGLU, E., AKBOYRAZ, A., SOYUER A. & ERSOY, A.O. (2003). Aerobic exercise and plasma beta endorphin levels in patients with migrainous headache without aura. *Cephalalgia*, 23(10), 972-976.
- LOCKETT, D.M. & CAMPBELL, J.F. (1992). The effects of aerobic exercise on migraine. *Headache*, 32(1), 50-54.
- NARIN, S.O., PINAR, L., ERBAS, D., OZTÜRK, V. & IDIMAN, F. (2003). The effects of exercise and exercise-related changes in blood nitric oxide level on migraine headache. *Clinical rehabilitation*, 17(6), 624-630.
- OVERATH, C. H. (2012). Einfluss eines aeroben Ausdauertrainings auf die Migräneerkrankung – Untersuchung der Wirkung eines aeroben Ausdauertrainings auf die Häufigkeit und Intensität von Migräneattacken, die kortikale Aufmerksamkeitsbereitschaft und die Informationsverarbeitung bei Migränepatienten. Unveröffentlichte Dissertation, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.
- TOTZECK, A., UNVERZAGT, S., BAK, M., AUGST, P., DIENER, H.-C. & GAUL, C. (2012). Aerobic endurance training versus relaxation training in patients with migraine (ARMIG): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*
- VARKEY, E., CIDER, A., CARLSSON, J. & LINDE, M. (2009). A Study to Evaluate the Feasibility of an Aerobic Exercise Program in Patients With Migraine. *Headache*, 49(4), 563-570.

AutorInnen

Dr. Dipl.-Psych. Claudia Helene Overath
Hauptforschungsgebiet: Migräne und Sport, Lehrveranstaltung zur medizinischen Psychologie sowie ambulante Beratung psychiatrisch erkrankter Menschen



Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie,
Diesterwegstraße 10-12
D-24113 Kiel
Telefon: +49 (0) 431 65946 42
overath@med-psych.uni-kiel.de

Dr. Dipl.-Psych. Stephanie Darabaneanu
Hauptforschungsgebiet: Migräne, Lehrveranstaltungen zur medizinischen Psychologie sowie ambulante Beratung psychiatrisch erkrankter Menschen



Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Diesterwegstraße 10-12
D-24113 Kiel
Telefon: +49 (0) 65946 32
E-mail: darabaneanu@med-psych.uni-kiel.de

Prof. Dr. Wolf Dieter Gerber

Professur für Medizinischen Psychologie und Medizinische Soziologie; Hauptforschungsgebiete: Schmerz (v.a. Ätiopathogenese der Migräne), Psychoonkologie und Psychotraumatologie; Therapeutische Behandlung psychischer Erkrankungen (u.a. Depressionen, Ängste, Zwänge, Posttraumatische Belastungsstörungen, ADHS, Schlafstörungen) sowie körperlicher Erkrankungen (Schmerzerkrankungen (z.B. Migräne, Spannungskopfschmerz, Rückenschmerz), Tinnitus, neurologische Erkrankungen (z.B. M. Parkinson), internistische Erkrankungen (z.B. Ulcus), Krankheitsbewältigung bei onkologische Erkrankungen).



Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Diesterwegstraße 10-12
D-24113 Kiel
Telefon: +49 (0) 65946 31
gerber@med-psych.uni-kiel.de



Master of Arts (MA) in Counseling Psychology

Webster University's Master of Arts (MA) in Counseling Psychology is an advanced, international program in English which has been designed to meet the growing demand for qualified professionals assisting those in emotional distress in today's intercultural society.

An MA in psychology with an emphasis in Counseling Psychology prepares students for a wide range of exciting careers. Relevant professional areas include mental health agencies, social services, private practices, human resources departments, personnel departments, and a variety of educational and organizational settings.

The degree requires completion of 48 credit hours of coursework which are offered over a 2-year period. Next starting point spring 2013.

All students with an accredited Bachelor degree are welcome to apply. With little additional work, and at a fraction of regular Propädeutikum costs, you also have the possibility to earn a Propädeutikum alongside your MA in Psychology at Webster.

More information at: www.webster.ac.at/psychology

The American University with a Global Perspective

**Bachelor, Master and MBA Degrees in Art, Business and Management,
International Relations, Media Communications and Psychology**

Accredited in the US and Austria

Webster University Vienna - Private University
Berchtoldgasse 1, 1220 Vienna, Austria
+43 1 269 92 93-0, www.webster.ac.at

Webster
UNIVERSITY

Austria • China • Switzerland • Thailand • The Netherlands • United Kingdom • USA

Schmerz und Schmerzverhalten – die Bedeutung kommunikativer Aspekte von Schmerz

Pain and Pain Behavior – the Communicative Aspects of Pain

Ulrike Kaiser

Themenschwerpunkt Schmerz

Zusammenfassung

Der Begriff des Schmerzverhaltens geht auf Fordyce (1976) zurück. Er beschrieb erstmalig die Bedeutung kontingenter Bedingungen im Rahmen chronischer Schmerzerkrankungen und führte damit die Lerntheorie sowie die sozialen Faktoren am Chronifizierungsprozess ein. Bis heute ist die Auffassung der Wichtigkeit von Reiz-Reaktionszusammenhängen in der Aufrechterhaltung von chronischen Schmerzen Kernstück der verhaltenstherapeutischen Interventionen in der Therapie chronischer Schmerzen. Der vorliegende Artikel gibt einen kurzen Überblick über Begriff und Entwicklung sowie Anwendung des Konstruktes. Es werden Zusammenhänge zwischen Schmerzverhalten, sozialen und personeninternen Faktoren wie Schmerzangst und deren Belege aus der Literatur kurz dargestellt. Am Ende werden die Ansatzpunkte für verhaltenstherapeutische Interventionen in der Therapie chronischer Schmerzen hinsichtlich der Therapie von Schmerzverhalten umrissen und Grenzen des Konstruktes aufgezeigt.

Abstract

The construct of pain behavior was introduced by Fordyce (1976). He used the paradigm of general operant conditioning mechanisms to describe processes of chronification of pain. He emphasized the importance of contingencies and therefore the role of the social environment for chronification. Until today, the pain behavior is part of the focus of the behavioral therapy in the therapy of chronic pain patients. The aim of this article is to give a short overview of definition, development of the construct and its implications today. Relationships between pain behavior, social and individual factors will be presented and accomplished with a short description of findings in literature. Finally, implications for behavioral therapy will be presented and limitations of the construct will be discussed.

1. Einleitung

Unter chronischen Schmerzen leiden viele Patienten in Deutschland. Zimmermann (2004) spricht von 5 Millionen Patienten mit chronischen Schmerzen; allein für Rückenschmerzen sind die Zahlen für die Kosten immens; direkte und indirekte Kosten von Rückenschmerzen werden mit über 4 Mrd. € jeweils veranschlagt (Wenig et al., 2009).

Die Auffassung von Schmerz hat sich in den letzten Jahrzehnten drastisch gewandelt. Schmerz wird heute als „multidimensionales, subjektiv erlebtes Phänomen“ verstanden, „das nicht Endresultat einer passiven Übertragung physikalischer Impulse ist, sondern ein von Bewertungen der Person abhängiger, dynamischer Prozess, in dem Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen auf Schmerz genauso berücksichtigt sind wie der Betrag des nozizeptiven Inputs“ (Geissner und Jungnitzsch, 1992, S.32). Die Neuroplastizität des Gehirns ermöglicht fortwährend eine Anpassung der Erfahrungsleistungen, die auch das Erlernen von Schmerz ermöglichen kann (ausführlicher zu Schmerzentstehung und -verarbeitung nach heutiger Auffassung siehe Flor, 2011; Nilges und Traue, 2007).

Ein maßgebliches Problem vor allem chronischer Schmerzen für die KlinikerIn und TherapeutIn im Alltag ist, dass Schmerzen und ihre Charakteristiken nicht objektivierbar sind; es gibt kein Messinstrument, das zuverlässig über das wahre Schmerzausmaß einer PatientIn berichten würde. Für die Einschätzung der Schmerzen stehen ausschließlich die Selbstberichte der PatientInnen über Schmerzstärke und Beeinträchtigungserleben zur Verfügung.

Die subjektive Verlässlichkeit von PatientInnen hinsichtlich ihres Schmerzerlebens wird untermauert von ihrer Kommunikation über ihre Beschwerden. Wie jegliche Kommunikation findet auch diese auf verschiedenen Kanälen statt. Wenn ein Patient fröhlich das Zimmer be-

tritt, lächelt und uns kraftvoll die Hand reicht, dann aber über Schmerzen spricht, die er andauernd habe und die unveränderlich seien, fällt es uns schwer, ihm dies zu glauben. Wir werden misstrauisch. Ähnliches ergibt sich bei einer Patientin, die schwerfällig das Zimmer betritt, dabei hinkt und auch sonst schwer belastet erscheint bei Verlassen des Zimmers aber einer Mitpatientin fröhliche Worte zruft und gleichzeitig weder das Hinken noch das Schwerfällige ihrer Bewegungen zu beobachten sind. Es gibt aber auch Patienten, die in jedem beobachtbaren Kontext belastet erscheinen, die sich kaum bewegen, bei denen alles, was sie tun und sagen, Klage ist. Uns erscheinen sie meist am überzeugendsten – aber was ist, wenn die körperlichen Befunde gar nicht erklären können, dass sie sich nicht mehr bewegen können und dass Sitzen so problematisch ist, wie sie angeben? Können wir ihnen glauben? Und wenn nicht, wonach wäre zu entscheiden, ab wann solch ein Verhalten und die Klage über Einschränkungen glaubhaft und ab wann übertrieben ist? Oder führt uns diese Annahme von angemessenem Beeinträchtigungserleben und Verhalten aufgrund bestimmter Schmerzen vielleicht in eine Sackgasse? Könnte es eventuell weiter führen zu fragen, wie die Zusammenhänge zwischen Schmerz und Beeinträchtigung bzw. gezeigtem Verhalten beschaffen sind?

2. Zum Begriff des Schmerzverhaltens

2.1. Respondentes und operantes Schmerzverhalten

Das Paradigma des operanten Lernens von Skinner (1953), das die Steuerung des Verhaltens aufgrund von Konsequenzen aus der Umwelt beschreibt, hat Fordyce (1976) auf die Erklärung chronischer Schmerzsyndrome angewendet. Er definiert Schmerzverhalten als eine „unpleasant experience which we primarily associate with tissue damage or describe by some form of visible or audible behavior (S.54)“. Demzufolge ist Schmerzverhalten die Kommunikation darüber, dass ein Mensch Schmerzen und Leiden erfährt. Fordyce beschreibt diese Kommunikation auf verschiedenen Ebenen: a) verbale Klagen über Schmerz und Leiden, b) nonverbale sowie paralinguale Signale, c) körpersprachliche und mimische/gestische, d) das Anzeigen funktioneller Grenzen oder Beeinträchtigungen sowie e) Verhaltensweisen, die eingesetzt werden, um Schmerzen zu vermeiden oder zu reduzieren. Fordyce führt aus, dass dieses Verhalten, das ursprünglich auf akute Schmerzen folgte, aufgrund seiner Sichtbarkeit und seiner längeren Dauer anfällig dafür ist, von der Umwelt verstärkt zu werden. Ursprünglich kann ein Gewebeschaden vorgelegen haben, der das Verhalten aufgrund seiner Schutzfunktion (vorsichtiges Bewegen eines geschädigten Körperteiles kann sinnvoll und hilfreich sein) für den akuten Zustand rechtfertigt. In diesem Falle spricht man von respondentem Schmerzverhalten. Im Laufe der Zeit aber koppelt sich

das ursprünglich respondente Schmerzverhalten durch die Verstärkung von außen immer mehr von den inneren Notwendigkeiten ab und wird in der Krankengeschichte einer PatientIn zu einem eigenständigen Problembereich. Auch, wenn zu einem späteren Zeitpunkt also kein Gewebeschaden mehr diagnostiziert werden kann und der Körper an sich als gesund eingeschätzt werden müsste, fühlt sich die PatientIn eingeschränkt und leidet darunter. Es entsteht ein Teufelskreislauf aus Krankheits-/Schmerzverhalten und erlebtem Insuffizienzerleben.

In der Folge können über sekundäre körperliche (z.B. Verspannungen, muskuläre Dekonditionierung) und psychische Prozesse (verstärkte Angstreaktionen, depressive Reaktionen, die für sich selbst genommen als zusätzliche Stressoren die Schmerzwahrnehmung beeinflussen können) erneut Schmerzimpulse im Krankheitsgeschehen auftreten, die von der PatientIn zwar als Folge der Urerkrankung verstanden werden, aber vor allem aus der körperlichen und psychischen Inaktivität bzw. Vermeidung resultieren (Hasenbring und Pflingsten, 2007).

Fordyce (1984) hebt hervor, dass respondentes Schmerzverhalten in seiner Vielfalt angemessen für die Erfahrung von Schmerz ist. Demzufolge ist das später operante Schmerzverhalten in seiner Funktion einmal wichtig und richtig gewesen. Allerdings hat es im Laufe der Zeit die ursprüngliche Funktion verloren und andere übernommen. Die Prozentzahl der Patienten, die primär unter operantem Schmerzverhalten leiden, ist nicht bekannt (Turk und Flor, 1987). Außerdem wird von Mischformen ausgegangen, bei denen auch PatientInnen Teile von operantem Schmerzverhalten ausweisen können, die gravierende körperliche Ursachen für ihre Schmerzen annehmen lassen. Daher sind Verhaltensanalysen für jede PatientIn sinnvoll, um dem individuellen Geflecht gerecht werden zu können (Turk und Flor, 1987).

2.2. Gesundheitsverhalten und die Bedeutung naher Angehöriger im Chronifizierungsprozess

Zwei weitere wesentliche Aspekte im Zusammenhang mit Lernfaktoren gehen in erster Linie auf Fordyce (1976) zurück: die Bedeutung des nahen Angehörigen als Träger der sozialen Verstärkung sowie der Begriff des Gesundheitsverhaltens (Wellbehavior). Letzteres beschreibt ein Aktivitätsverhalten, das dem Schmerzverhalten entgegengesetzt ist. Wird das Gesundheitsverhalten verstärkt, zeigt der Betroffene weniger Schmerzverhalten, ist also aktiver (Fordyce et al., 1973; Miller & Kratchowill, 1979). Das spezifische Verstärkungsmuster von Schmerz und Gesundheitsverhalten prädisponiert bereits Kinder für chronische Schmerzen im späteren Leben (Violon, 1985). Eltern, die mit zu viel Aufmerksamkeit auf das Klagen ihrer Kinder reagieren, legen die Grundlage dafür, dass die Kinder lebenslang dazu neigen, ihre Schmerzen offen zu zeigen.

2.3. Funktionen von Schmerzverhalten

Das responsive Schmerzverhalten, das unmittelbar auf eine Schädigung des Gewebes hin auftritt, dient in verschiedener Form dem Erhalt des Organismus: es signalisiert Gefahr für das Individuum und die Umwelt und versetzt den Organismus in ausreichend Erregung, um im Bedarfsfall für Flucht oder Verteidigung bereit zu sein. Es sorgt dafür, dass der Schädigungsreiz in seiner Wirkung unterbrochen wird und dass das geschädigte Körperteil so lange in Ruhe gehalten wird, bis es ausreichend geheilt ist (Schonen, Hinken). Darüber hinaus lernt das Individuum, ähnliche Reize in Zukunft zu vermeiden.

Zu diesen existenziellen Funktionen tritt die soziale Funktion von respondentem Schmerzverhalten, indem das Bedürfnis nach Hilfe und Zuwendung geäußert wird. Schmerzverhalten hat daher als kommunikative Funktion eine sehr hohe soziale Signalwirkung. Es lässt sich zusammenfassen, dass Schmerzverhalten an sich sowohl die Funktion der Kommunikation innehat als auch Strategie zur Schmerzreduktion, ein Resultat funktioneller Beeinträchtigung (wie Humpeln) und letztlich schützende Strategie zur Vermeidung von Schmerzauslösung oder Schmerzverstärkung ist. Der Nachteil für die PatientInnen, die chronische Schmerzen erleben, besteht darin, dass dieses an sich sinnvolle Verhalten unter den neuen Umständen und der Längerfristigkeit der Beschwerden sich in seiner Wirkung ins Gegenteil verkehrt und zu weiterem Schaden führt. Es wirkt häufig als ein aufrechterhaltender Faktor, manchmal sogar als ein auslösender Faktor im Krankheitsgeschehen der PatientIn.

2.4. Verstärker für Schmerzverhalten

Verstärker, die für die Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen von Bedeutung sein können sind Turk und Flor (1987) zufolge:

- a) direkte, positive Verstärkung wie ängstliche und besorgte Anliegen von Partnern, Aufmerksamkeiten aus dem Gesundheitswesen, analgetisch verursachte Euphorie, Ruhe, finanzieller Gewinn
- b) indirekte positive Verstärkung oder Vermeidung (negative Verstärkung), bei der Schmerz aufrechterhalten wird durch die Vermeidung oder das Entkommen von unbeliebten Verantwortlichkeiten (Lebensunterhalt verdienen; Familie gründen etc.)
- c) Vermeidung oder Beendigung verschiedener Aktionen, um sich vor Unwohlsein zu schützen oder dieses zu beenden oder das Aufweisen von Verhaltensweisen, die angezeigt sind, die Erfahrung von Schmerz zu verhindern
- d) ein ausbleibendes Verstärken von Gesundheitsverhalten durch Partner und Angehörige, die aufgrund ihrer eigenen Hintergründe ein Interesse an der Invalidität bzw. Krankenrolle des Patienten haben

Selbst im Gesundheitswesen wird häufig Krankheits- bzw. Schmerzverhalten unterstützt, indem wenig klagende PatientInnen häufig weniger Aufmerksamkeit seitens ihrer behandelnden ÄrztInnen erhalten. Viele PatientInnen suchen vermehrt medizinische Hilfe, um die physische Basis ihrer Probleme zu legitimieren. Dies führt aufgrund der häufig ausschließlich somatischen und darüber hinaus passiven Therapieansätze (Massagen, Fango, Medikamentengabe, Operationen, Spritzen etc.) oft zu iatrogenen Komplikationen und Dekonditionierungsprozessen, weil das Schonverhalten unterstützt wird. Daraus resultiert zunehmende Inaktivität, die wiederum zu mehr Inanspruchnahme von medizinischen Systemen führt und damit in einen Teufelskreislauf von Schmerz und Beeinträchtigung mündet, der sich über Jahre hinziehen kann.

2.5. Schmerzverhalten und sekundärer Krankheitsgewinn

In schmerzmedizinischen Kreisen wird die Möglichkeit von „sekundärem Gewinn“ und Schmerz durch finanzielle Kompensationsleistungen oft diskutiert und scheint nach Studienlage auch unterstützbar zu sein (Cassidy et al., 2000). Nilges (1993) warnt aber vor einem zu schnellen Gleichsetzen von Schmerzverhalten mit sekundärem Krankheitsgewinn. Er macht auf die Gefahr für die PatientInnen aufmerksam, als Schuldige an ihrem Leiden gesehen zu werden. Vielmehr sei die Komplexität dieser Lernprozesse zu beachten, die sich oftmals der willkürlichen Beeinflussung und der Wahrnehmung der PatientInnen überhaupt entzieht. Die Konnotation des Begriffes „sekundärer Krankheitsgewinn“ ist nach wie vor häufig negativ besetzt und unterstellt nicht selten intentionales Verhalten. Ein intentionales Verhalten schließt sich zwar im Rahmen einer chronischen Schmerzerkrankung nicht aus, sollte aber nur nach sorgfältiger Prüfung und unter Vorbehalt formuliert werden. Vielmehr stellt das Zusammenwirken aus Lern- und Schmerzerfahrung bei PatientInnen einen komplexen und weitvernetzten Prozess dar, der oftmals auch intentionales und auf Lernprozessen beruhendes Verhalten verbinden kann. Daher ist es sinnvoll, eine umfassende Verhaltens- und Kontingenzanalyse sowie eine Reflexion der Bedeutung des Verhaltens für die PatientIn und ihre Beziehungen zum Umfeld den Interpretationen voranzustellen. Der Begriff „Gewinn“ ist darüber hinaus für PatientInnen mit ausgeprägten Einschränkungen im Alltagsleben und erheblichen Schmerzen meist irreführend mit der Gefahr der Schuldzuschreibung und führt verständlicherweise häufig zu Reaktanz in Therapie und Diagnostik.

3. Belege für das Konstrukt Schmerzverhalten

3.1. Der Zusammenhang von Partnerreaktion und Schmerzverhalten

Der Einfluss besorgter Angehöriger auf Schmerzverhalten wurde mehrfach nachgewiesen (Block et al., 1980; Flor et al., 1995; Lousberg et al., 1992, Romano et al., 1992). Linton und Gøttestam (1985) entwickelten ein Paradigma, bei dem Schmerz experimentell induziert und die Schmerzäußerung der ansonsten gesunden Probanden verbal verstärkt wird. Trotz sinkender Intensität des Schmerzreizes berichten die Probanden von verstärkten Schmerzen. Auch bei konstanter Intensität des Schmerzreizes nahm die Schmerzäußerung nach positiver Verstärkung zu (Linton und Gøttestam, 1985).

Gezeigt hat sich im Verlauf der letzten Jahre, dass die Behandlung von Patienten in interdisziplinären Zentren erfolgreicher ist, je mehr diese Patienten von ihren Familien unterstützt wurden (Jamison & Virts, 1990). Im Beisein besonders fürsorglicher Angehöriger zeigten sich die Schmerzpatienten jedoch häufig klagsamer mit stärkeren funktionalen Einschränkungen als ohne ihre Partner (Block et al., 1980; Flor et al., 1987). Insgesamt kann man festhalten, dass besorgte, stark fürsorglich und ausschließlich physisch unterstützende Partner Schmerzverhaltensweisen in ungünstiger Weise verstärken und Patienten vom Aufbau günstiger Verhaltensweisen abhalten können.

Gerade im Rahmen der partnerschaftlichen Fragestellungen zu chronischem Schmerz untermauert sich Fordyce Definition von Schmerzverhalten als Kommunikation. Hasenbring et al. (1994) berichten, dass im Hinblick auf die Kommunikation sich das nichtverbale Ausdrucksverhalten gegenüber bedeutsamen Bezugspersonen als Risikofaktor gezeigt hat: PatientInnen, die die Tendenz hatten, Schmerzen über die Mimik, Gestik, Körperhaltung oder über paraverbale Merkmale der Umgebung mitzuteilen, entwickelten mit größerer Wahrscheinlichkeit langfristig persistierende oder rezidivierende Schmerzen. Dies fand sich ebenso bei Patienten mit geringer Fähigkeit, soziale Unterstützung einzuholen. Es erscheint plausibel, dass gerade Personen, die eine geringe Fähigkeit oder Bereitschaft haben, um Hilfe oder Unterstützung zu bitten, Gefahr laufen, dies gestisch oder mimisch zu tun.

Natürlich ist einschränkend anzumerken, dass nicht alles Schmerzverhalten sozial mediiert wird; Medikamenteneinnahme und Inaktivität können negativ verstärkt werden aufgrund der unmittelbar eintretenden Schmerzreduktion und selbst in Abwesenheit von sozialen Verstärkern aufrechterhaltend fungieren.

3.2. Der Zusammenhang zwischen kognitiven Faktoren bzw. Bewältigungsstrategien und Schmerzverhalten

Schmerzbewältigungsmaßnahmen oder Copingstrategien stellen Versuche dar, Schmerzen gezielt durch individuelle kognitive oder verhaltensbezogene Maßnahmen zu lindern bzw. zu beseitigen (Hasenbring & Pflingsten, 2007). Kritische Bewältigungsansätze finden sich dabei auch im Umgang mit körperlichen und sozialen Aktivitäten bzw. der Schmerzkommunikation. Linton et al. (1994) beschreiben ein eher passives Vermeidungsverhalten als häufig anzutreffendes Krankheitsverhalten, das sich kennzeichnet durch ein geringes Ausmaß an körperlicher und sozialer Aktivität, das oftmalige Äußern vielfältiger körperlicher Beschwerden, eher passive Bewältigungsanstrengungen, einen vermehrten Medikamentengebrauch sowie erhöhte Inanspruchnahme von Behandlungen. Dieses Verhalten ist häufig assoziiert mit Mustern maladaptiver kognitiver Schemata, wie zum Beispiel Katastrophisierung.

Der Mechanismus, der zur Chronifizierung führt, ist wiederum gekoppelt an die ursprünglich dem respondenten Schmerzverhalten entlehnte Bewältigung akuter Schmerzen. Das Verhalten wird im Verlauf aufrechterhalten durch die Reaktionen des sozialen Umfeldes, indem es Aufmerksamkeit, Zuwendung erzeugt, unangenehme Tätigkeiten verhindert sowie zu einer kurzfristigen Reduktion der Schmerzen führen kann. Aufgrund der positiven Konsequenzen kommt es zu häufigeren Ausprägungen des Schmerzverhaltens, bis es adaptive Bewältigungsansätze unterdrückt; das geschieht oft schleichend und wird von den Betroffenen in der Regel gar nicht bemerkt (Linton et al., 2000). Durch möglichen Arbeitsplatzverlust kann dieser Prozess beschleunigt werden. Dabei führt die verringerte körperliche und soziale Aktivität wiederum zu Konsequenzen im emotionalen und kognitiven Bereich.

Ein Teil des Schmerzverhaltens kann dem Vermeiden sozialer Aktivitäten dienen. Dabei werden häufig gerade die Beziehungen aufgrund von Schmerzen vermieden, die bereits vor der Erkrankung belastend waren (Hasenbring & Pflingsten, 2007). Dies wird als relevanter Risikofaktor einer Chronifizierung angesehen. Häufig fallen körperliche und psychische Faktoren in der Chronifizierung zusammen und verstärken einander, wie zum Beispiel beim Angst-Vermeidungs-Modell (Pflingsten et al., 2001; Vlaeyen et al., 1995). Aus operanter Sicht besteht bei bestimmten PatientInnen eine grundlegende Angst vor Schmerzen (Norton & Asmundson, 2004), die auf die Überzeugung zurückgeführt werden kann, dass Schmerzen bei Bewegung die Möglichkeit zu einem bedenklichen Schaden zugeschrieben wird. Die Vermeidung von Bewegung führt im Sinne einer negativen Verstärkung zur Reduktion der Angst (und auch der Schmerzen), die wiederum aufrechterhaltend für das Vermeidungsverhalten der PatientInnen wirkt. Dies führt aber zu einer immer weiter fortschreitenden Immobilisierung der Patienten mit erheblichen Konsequenzen sowohl auf der

körperlichen (Dekonditionierung) als auch psychosozialen Ebene (Verlust von Verstärkung, positiven Erlebnissen etc.). Das Vorliegen von Angst-Vermeidung ist Klenerman et al., (1995) zufolge kein Merkmal der fortgeschrittenen Chronifizierung, sondern wird bereits bei akuten Rückenschmerzen verhaltensrelevant.

Die Erweiterung der Angst-Vermeidung als Modell nimmt Hasenbring vor (Hasenbring 1992, 1994 und Hasenbring et al., 2001); sie integriert ein exzessives Überforderungsverhalten, das sich bei einer Vielzahl von PatientInnen ebenfalls beobachten lässt. Das Modell beschreibt die Tendenz, eine Arbeit trotz größter Schmerzen zu Ende zu bringen sowie die Unfähigkeit, schmerzbedingte Pausen einzulegen. Auf emotionaler Ebene gehe dies einher mit dem Bemühen um eine positive Stimmungslage. Daraus resultiert aber eine muskuläre Überaktivität, die wiederum schmerzhaft sein kann.

3.3. Der Zusammenhang von psychophysiologische Mechanismen und Schmerzverhalten

Aufmerksamkeit auf ein Symptom, das selbst bei Konzentration auf einen geringen Schmerzreiz zu beobachten sein kann, führt unter Umständen dazu, dass das Schmerzerleben tatsächlich steigt. Dies kann durch physiologische Untersuchungen belegt werden (Fields, 1994). Aufgrund längerdauernder Aufmerksamkeitsprozesse kommt es im Rahmen der Neuroplastizität zu morphologisch nachweisbaren cerebralen Veränderungen (Flor, 2011). Flor et al. (2002) stellten außerdem fest, dass sich chronische Rückenschmerzpatienten und gesunde Probanden experimentell hinsichtlich psychophysiologischer Parameter (wie EEG, EMG, Hautleitwiderstand und Herzrate) nicht unterscheiden. Bei Schmerzpatienten dauert es jedoch länger, bis die konditionierte Reaktion wieder gelöscht ist, d.h. die Muskelspannung und die verbale Schmerzäußerung hielten länger an. Sie schlussfolgerten daraus, dass chronische Rückenschmerzpatienten durch operante Konditionierungsprozesse leichter zu beeinflussen sind als gesunde Kontrollpersonen (Flor et al., 2002).

4. Veränderungen des Konstrukts Schmerzverhalten

Fordyce (1976) definierte Schmerzverhalten vor allem als offenes Konstrukt. Nur die sichtbaren Verhaltensweisen seien Schmerzverhalten. Er integrierte in seine Auffassung verbale, physiologische und motorische Komponenten; die kognitiven bezog er nicht ein.

Spätere Arbeiten fordern eine Erweiterung hinsichtlich dieser Kognitionen, weil ein Verhalten geformt sein kann aus Erwartungen und früheren Lernerfahrungen und somit nicht nur eine physische Fähigkeit darstellt. In diesem Zusammenhang gibt es verschiedene Vorschläge, bestimmte kognitive Aspekte in das Schmerz-

verhalten zu integrieren, die als verdeckt bezeichnet werden, wie zum Beispiel Gedanken und selbstevaluatorische Einschätzungen (Follik et al., 1984). Diese Kognitionen spiegeln die Wahrnehmungen der PatientInnen hinsichtlich ihrer Einschränkungen und Handlungsmöglichkeiten wider. Sie können selbst sowohl als beeinflussbar als auch beeinflussend angesehen werden.

Turk und Flor schlagen vor, ein exzessives Verhalten, das zur Schmerzverstärkung führt, als Schmerzverhalten zu definieren, auch wenn es der ursprünglichen Definition nicht nachkommt (Turk und Flor, 1987). Lohnenswert an dieser Erweiterung erscheint, dass die Erhebung von Schmerzverhalten nicht nur die Zusammenfassung von Verhaltensweisen beinhalten sollte, sondern auch eine Analyse zu deren funktionaler Beziehung.

Heute gilt die Unterscheidung von kommunikativem und protektivem Schmerzverhalten als sinnvoll (Hadjistavropoulos & Craig, 2002; Sullivan, 2008).

Aktuelle Untersuchungen beschäftigen sich mit dem Zusammenhang von Persistenz von Schmerzverhalten und Schmerz sowie psychologischen Faktoren (Sullivan et al., 2004; Asghari & Nicholas, 2001). Sullivan et al. (2004) berichteten, dass Schmerzverhalten über den Zeitraum der Untersuchung hinweg bei Schmerzpatienten ausgesprochen stabil geblieben ist und erklären dies mit neurophysiologischen Bedingungen des Lernens und sozialen Faktoren der Aufrechterhaltung. Asghari und Nicholas (2001) konnten nachweisen, dass über einen Zeitraum von 9 Monaten vor allem die Selbstwirksamkeitsüberzeugung das Schmerzverhalten vorhersagen konnte, während andere Faktoren wie Geschlecht, Alter, Schmerzstärke, Depression und Katastrophisierung dies nicht taten. Die Beobachtungen werden zum einen mit der Stabilität psychologischer Variablen wie Angst-Vermeidung und Katastrophisierung erklärt (Martel et al., 2010; Keefe et al., 2000; Main und Watson, 1996; aber auch Thibault et al., 2008). Darüber hinaus kann die Persistenz auch mit Hilfe der Berücksichtigung kontingenter Verstärkung aus dem näheren Umfeld plausibel beleuchtet werden (Fordyce, 1976).

5. Grenzen und Implikationen des Konstruktes Schmerzverhalten

5.1. Konzeptionelle Grenzen des Konstruktes Schmerzverhalten

5.1.1. Die Trennung von Schmerzstärke und Schmerzverhalten

Fordyce (1976, 1984), aber auch Turk und Flor (1987) halten Schmerzverhalten und Schmerzstärke immer wieder bewusst auseinander. Turk und Flor vertreten die Ansicht, dass es denkbar wäre, dass eine PatientIn möglicherweise gar keine starken Schmerzen hat und dennoch ein ausgeprägtes Schmerzverhalten zeigt. Es ist aber ebenso denkbar, dass eine PatientIn wenig Schmerzverhalten

äußert, obgleich sie unter großen Schmerzen leidet. Auch die Reduktion von Schmerzverhalten sagt nichts über eine Reduktion der Schmerzstärke aus. Außerdem müssen Diskrepanzen zwischen verbalem Bericht und Schmerzverhalten sich nicht gegenseitig invalidieren. Viel eher sind, Turk und Flor zufolge, die verschiedenen Aspekte, die Verhalten beeinflussen, zu identifizieren.

In einer Metaanalyse konnte gezeigt werden, dass Schmerzstärke und Schmerzverhalten vor allem dann zusammenhängen, wenn die PatientInnen unter akuten Schmerzen leiden, wenn Berichte über Schmerzstärke den Beobachtungen des Schmerzverhaltens zeitlich nah folgen, wenn sich die Selbstberichte der PatientInnen zur Schmerzstärke anhand globaler Einschätzungen vornehmen lassen und wenn die PatientInnen unter Schmerzen in der Lendenwirbelsäule klagen (Labus et al., 2003).

5.1.2. Grenzen in der Interpretation

Eine vorschnelle Interpretation und Generalisierung der Befunde zum Schmerzverhalten sollte vermieden werden, da z.B. nicht alle Schmerzstörungen gleiches Verhalten zeigen und nicht jedes Verhalten sich einheitlich auf bestimmte Konstellationen in personeninternen bzw. personenexternen Bereichen zurückführen lässt. Auch scheint es hier Unterschiede innerhalb der Patientenpopulation (Subgruppen) zu geben. Darüber hinaus werden bis heute verschiedene Schwerpunkte in der Untersuchung des Konstrukts gelegt, die zu unterschiedlichen Resultaten führen.

Die Kontextabhängigkeit (Sullivan et al., 2006; Van Damme et al., 2012) wurde gut belegt und erschwert ebenfalls Generalisierungen von einem Kontext (zum Beispiel dem der klinischen Untersuchung in das natürliche Umfeld der PatientIn) in einen anderen.

5.2. Grenzen bei der Messung des Konstrukts Schmerzverhalten

Schmerzverhalten kann zwar beobachtet, die Bedeutung jedoch kann nicht standardisiert erhoben werden. Aufgrund seiner Multidimensionalität bzw. multiplen Determination ist es unmöglich, es im Ganzen zu erfassen (Fordyce, 1976; Turk & Flor, 1987).

5.3. Begrenzungen in der Anwendung

Auch wenn die Bedeutung der Veränderung von Schmerzverhalten an vielen Stellen für einen guten Therapieerfolg belegt ist, ist die Anwendung des Konstrukts in der Therapie ebenfalls nicht unproblematisch. Cairns und Pasino (1977) zeigten, dass unterschiedliche Verstärker unterschiedlich gut verstärkten. Das führt unweigerlich zur Frage danach, welches Verhalten durch welchen Verstärker verändert wird.

In den verhaltenstherapeutisch tätigen Einrichtungen

wird heute unter dem Therapieziel des functional restoration (Pfungsten, 2001) die Wiederherstellung von körperlicher und psychischer Aktivität verfolgt. Dies steht mehr oder minder direkt in Zusammenhang mit Schmerzverhalten, das im Idealfall durch das neue, angemessene Gesundheitsverhalten ersetzt wird. Dabei stellt sich die Herausforderung, dieses neue Verhalten im Alltag umzusetzen – wohlgerne in einem System, das häufig das Schmerzverhalten verstärkt hat. Die alten operanten Prinzipien des Verstärkens wurden aufgrund ihrer kurzfristigen Wirksamkeit (Cairns und Pasino, 1977) inzwischen ersetzt durch Hinzunahme kognitiver Faktoren. Die Veränderung der Einsicht der PatientInnen in Krankheitszusammenhänge zum Beispiel soll sie befähigen, auch ohne externe Verstärker das Gesundheitsverhalten aufrechtzuerhalten.

5.4. Implikationen für die Anwendung des Konstruktes Schmerzverhalten

5.4.1. In der Diagnostik

Schmerzverhalten kann einmal selbst Ziel von Diagnostik zur Analyse maladaptiver, schmerzaufrechterhaltender Faktoren am Krankheitsgeschehen sein (Beziehungsmuster, Konfliktmuster, konkrete Bewältigungsstrategien wie Überforderung oder exzessive Schonung etc.), zum anderen dient es bei Kindern und kognitiv eingeschränkten PatientInnen zur Abschätzung der erlebten Schmerzstärke (Zernikow, 2001; Basler, 2011).

Ein ausführlicher Überblick über die Messinstrumente und deren Einschränkungen findet sich bei Turk und Flor (1987). Frühere Ansätze zur Messung von Schmerzverhalten basierten auf Selbstberichten von PatientInnen hinsichtlich Aktivität, Medikamenteneinnahme, sowie der Bedeutung von Schmerz im Leben des Patienten während strukturierter Interviews. Aufgrund der Diskrepanzen zwischen berichtetem und tatsächlichem Verhalten bewerteten Turk und Flor diese Ansätze als unzureichend.

Keefe und Block (1982) entwickelten ein Codierungssystem für die Beobachtung von fünf verschiedenen Kategorien von Schmerzverhalten bei RückenschmerzpatientInnen, das unter statischen und dynamischen Bewegungsbedingungen aufgezeichnet wird (Videoaufzeichnung während der Ausübung). Sie konnten damit zeigen, dass diese Verhaltensweisen reliabel untersucht werden können, dass sie mit den Schmerzratings von PatientIn und BeobachterIn korrelieren, dass sie sich während der Behandlung verändern und dass sie für RückenschmerzpatientInnen im Gegensatz zu Depressiven und normaler Kontrollgruppe spezifisch waren. Kerns et al. (1985) entwickelten die Pain Behavior Checklist, bei der ein Beobachter die Stärke bzw. Frequenz von 12 Verhaltensweisen auf einer 3stufigen Skala einschätzt. Diese Skala wurde ebenfalls für reliabel befunden und als Tübinger Bogen zur Erfassung des Schmerzverhaltens [TBS] (Flor, 1991) im Deutschen eingeführt. Die Autoren

berichten über eine gute Reliabilität sowie Sensitivität für behandlungsinduzierte Veränderungen und negative Korrelation zu Gesundheitsverhalten.

5.4.2. In der Therapie

Studien, die die Zusammenhänge von Schmerzverhalten und funktioneller Beeinträchtigung (McCahon et al., 2005; Sullivan et al., 2006) bzw. zu geringerer Toleranz gegenüber körperlicher Aktivität (Koho et al., 2001; Thibault et al., 2008) beschreiben, unterstützen die Annahme, dass eine Veränderung des Schmerzverhaltens das Beeinträchtigungserleben der PatientInnen verringern kann (Fordyce et al., 1981; Keefe et al., 1999, 2004; Keefe & Gil, 1986; Turk et al., 1982).

Im therapeutischen Fokus steht Schmerzverhalten im Rahmen der Verhaltenstherapie unter der Prämisse, dass es ohne identifizierbare Pathologie auftreten und fortbestehen kann. Therapeutisch hat sich daher seine direkte Beeinflussung bzw. das Erlernen funktionaler Schmerzbewältigungsstrategien herauskristallisiert (Nilges & Brinkmann, 2003).

Im tiefenpsychologischen Setting wird es vor allem zur Beziehungs- und Konfliktdiagnostik herangezogen. Die Erhebung des Schmerzverhaltens ist in jedem Fall fester Bestandteil einer jeden psychotherapeutischen Anamnese.

Die sowohl diagnostischen als auch therapeutischen Ansätze zur Integration von Schmerzverhalten beziehen sich auf die Prämissen, dass Schmerzverhalten resultiert aus a) Nozizeption oder anderen neurophysiologischen Faktoren innerhalb der Person, b) antizipierten Konsequenzen, die auf frühere Lernerfahrungen zurückgehen und c) den kontingenten Konsequenzen, auf die sie treffen, die entweder positiv oder negativ sein können. Dabei ist eine Trennung von kognitiven Strategien und Verhaltensansätzen eher künstlich und wird in der Therapie in ihrem Zusammenspiel berücksichtigt. An vielen Stellen wird die Verhaltensanalyse als fester Bestandteil neben der medizinischen Untersuchung chronischer Schmerzpatienten gefordert (Fordyce, 1985; Turk und Flor, 1987). Bereits Fordyce stellt drei Ansatzpunkte vor, die heute noch Bedeutung in der Verhaltenstherapie chronischer Schmerzen haben:

- der Ansatz der medikamentösen Anwendung: als nicht schmerzkontingent, sondern zeitkontingent
- die Optimierung von Ruhe und Übungsabläufen: das Ersetzen schmerzkontingenter Ruhepausen durch Quotenvereinbarungen (nach Erreichen des Trainingszieles wird eine Pause eingelegt; eine Steigerung der Quote erfolgt langsam anhand der Grenzen der PatientIn; siehe auch Nilges & Brinkmann, 2002)
- der Ansatz, dass Aufmerksamkeit und soziale Rückmeldungen primär auf Gesundheitsverhalten erfolgen, Schmerzverhalten dagegen sowohl durch das Klinikpersonal als auch die eingeweihten Angehörigen ignoriert werden soll. Die Bedeutung der Ver-

haltensanalyse mit positiven Verstärkern, negativen Verstärkern sowie Möglichkeiten zur Löschung von Verhalten wird erweitert um innere Variablen wie Angst-Vermeidung und Katastrophisierung bzw. maladaptive kognitive bzw. verhaltensmäßige Bewältigungsansätze. Aufgrund einer sorgfältigen Analyse können dezidiert Ziele festgelegt werden, deren Umsetzung naturgemäß, aber auch deren Aufrechterhaltung über den therapeutischen Kontext hinaus im Fokus der Therapie stehen.

Für den letzten Schritt ist der Einbezug der Angehörigen, auch im Hinblick auf deren Einfluss auf die Aufrechterhaltung von Gesundheitsverhalten nach der Therapie im Alltag, von vielen Seiten empfohlen (Fordyce, 1976; Roberts & Reinhardt, 1980).

Bedeutsam ist die Zielvereinbarung für verhaltenstherapeutische Interventionen, die nicht in der Reduktion der Schmerzstärke besteht, sondern in der Reduktion von Schmerzverhalten und dem Aufbau von Gesundheitsverhalten im Sinne des functional restoration (Pfungsten, 2001).

6. Zusammenfassung

Mit der Integration von lerntheoretischen Annahmen wurde die Betrachtung chronischer Schmerzen und ihrer Entstehung enorm bereichert. Zum einen erhielt der soziale Bereich der Krankheitsentstehung eine angemessene Aufwertung, zum anderen wurden Begriffe wie Gesundheitsverhalten und Schmerzverhalten als Arbeitskonstrukte und Bestandteile von Schmerzen formuliert, die bis heute die Forschung beschäftigen. Bedeutsam ist dabei zusätzlich die Unabhängigkeit von Schmerzstärke und Schmerzverhalten, womit eine Vielzahl an empirischen Beobachtungen erklärt werden kann. Die Bedeutung naher Angehöriger wurde gewürdigt und der Begriff des Schmerzes um genau die beschriebenen Dimensionen erweitert. Eine Vielzahl an Befunden und Ansätzen hat sich in den letzten Jahrzehnten daraus oder in Vernetzung mit diesem Konstrukt entwickelt.

Diese positive Entwicklung darf aber nicht darüber hinweg täuschen, dass das Konstrukt des Schmerzverhaltens kein eindimensionales, alleiniges Erklärungsmodell darstellt. Im Gegenteil, die aktuellen Untersuchungen finden Vernetzungen vor allem zu Variablen wie Angst-Vermeidung, Katastrophisierung und partnerschaftlichen Aspekten. Diese Untersuchungen fördern derzeit vor allem auch Befunde zutage die nahe legen, dass es keine einheitliche Auffassung von Schmerzverhalten geben kann, dass es kein einheitliches Modell von Schmerzverhalten gibt. Unterschiedliche Schmerzverhalten können bei unterschiedlichen PatientInnen aufgrund unterschiedlicher Ursache und Funktionen entstehen und in unterschiedliche Konsequenzen münden. Eine endgültige konzeptionelle Abgrenzung innerhalb des Konstrukts besteht ebenfalls nicht. Diese Situa-

tion erhöht die Gefahr, dass Schmerzverhalten sehr stark anfällig ist für die jeweiligen Ansichten und Erwartungen der medizinischen und therapeutischen KollegInnen und damit deren Interpretationen. Dies wiederum kann in der Therapie zu einseitigen Therapieansätzen führen; in konflikthafter Beziehungen, die in der Therapie chronischer Schmerzen nicht selten sind, im schlimmsten Falle zu Vorwurfshaltungen und unterschwelliger Schuldzuschreibung im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns.

Dem kann nur entgangen werden, wenn in einer Verhaltensanalyse durch die Erfassung der verschiedenen Ebenen die Komplexität und Multidimensionalität des Konstrukts ebenso berücksichtigt wird, wie die individuelle Lern- und Schmerzgeschichte des Patienten. Auch wenn so gesehen das Konstrukt des Schmerzverhaltens mehr Aufwand bereitet, besteht in seiner Anwendung die Möglichkeit, dem komplexen Geschehen chronischer Schmerzen gerechter zu werden.

Literatur

- ASGHARI, A. & NICHOLAS, M. K. (2001). Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. *Pain*, 94, 85-100.
- BASLER, H.-D. (2011). Schmerz und Alter. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (S. 209-223). Heidelberg: Springer.
- BLOCK, A. R., KREMER, E. & GAYLOR, M. (1980). Behavioral treatment of chronic Pain: The Spouse as a discriminant cue for pain behavior. *Pain*, 9, 243-252.
- CAIRNS, D. & PASINO, J. A. (1977). Comparison of verbal reinforcement and feedback in the operant treatment of disability due to chronic low back pain. *Behav Ther*, 8, 621-630.
- CASSIDY, J. D., CARROLL, L. J., COTÉ, P., LEMSTRA, M., BERGLUND, A. & NYGREN, A. (2000). Effect of eliminating compensation for pain and suffering on the outcome of insurance claims for whiplash injury. *New England J Med*, 342(16), 1179-1186.
- GEISSNER, E. & JUNGNIETZSCH, G. (1992). *Psychologie des Schmerzes*. Weinheim: Psychologie-Verlagsunion.
- HADJISTAVROPOULOS, T. & CRAIG, K. D. (2002). A theoretical framework for understanding self-report and observational measures of pain: a communications model. *Behav Res Ther*, 40, 551-570.
- HASENBRING, M. (1992). Chronifizierung bandscheibenbedingter Schmerzen. Risikofaktoren und gesundheitsförderndes Verhalten. Stuttgart: Schattauer.
- HASENBRING, M., MARIENFELD, G., KUHLENDAHL D. & SOYKA, D. (1994). Risk factors for chronicity in lumbar disc patients: a prospective investigation of biologic, psychologic and social predictors of therapy outcome. *Spine*, 19, 2759-2765.
- HASENBRING, M. HALLNER, D. & KLASSEN, B. (2001). Psychologische Mechanismen im Prozess der Schmerzchronifizierung. Unter- oder überbewertet? *Schmerz*, 15, 35-43.
- HASENBRING, M. & PFINGSTEN, M. (2007). Psychologische Mechanismen der Chronifizierung- Konsequenzen für die Prävention. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger, P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (S. 103-121). Heidelberg: Springer.
- FIELDS, H. L. & BASBAUM, A. I. (1994). Central nervous system mechanism of pain modulation. In P. D. Wall & R. Melzack (eds.), *Textbook of Pain* (pp. 243-257). Edinburgh: Churchill-Livingstone.
- FLOR, H. (2011). Neurobiologische und psychobiologische Faktoren der Chronifizierung und Plastizität. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (S. 89-104). Heidelberg: Springer.
- FLOR, H. (1991). *Psychobiologie des Schmerzes*. Bern: Hans Huber.
- FLOR, H., KNOST, B. & BIRBAUMER, N. (2002). The role of operant conditioning in chronic pain – an experimental investigation. *Pain*, 95, 111-118.
- FOLLIK, M. J., AHERN, D. K. & LASER-WOLLSTONE, N. (1984). Evaluation of a Daily Activity Diary for chronic pain patients. *Pain*, 19, 373-382.
- FORDYCE, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis: Mosby.
- FORDYCE, W. E., FOWLER, R. S., LEHMANN, J. F., DELATEUR, B. J., SAND, P. L. & TRIESCHMANN, R. B. (1973). Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Arch Physic Med Rehab*, 54, 399-408.
- FORDYCE, W. E., MCMAHON, R., RAINWATER, G., JACKINS, S., QUESTAD, K., MURPHY, T. & DELATEUR, B. (1981). Pain complaints-exercise performance relationship in chronic pain. *Pain*, 10, 311-321.
- FORDYCE, W. E. (1985). Behavioral science and chronic pain. *Postgrad Med J*, 60, 865-868.
- JAMISON, R. N. & VIRTIS, K. L. (1990). The influence of family support on chronic pain. *Behavior Research Therapy*, 28, 283-287.
- KEEFE, F. J., CALDWELL, D. S., BAUCORN, D. et al. (1999). Spouse assisted coping skills training in the management of knee pain in osteoarthritis: long-term followup results. *Arthritis Care and Research*, 12, 101-111.
- KEEFE, F. J., BLUMENTHAL, J., LEFEBVRE, J. et al. (2004). Effects of spouse-assisted coping skills training and exercise training in patients with osteoarthritic knee pain: a randomized controlled study. *Pain*, 111, 539-549.
- KEEFE, F. J., LEFEBVRE, J. C., EGERT, J. R., AFFLECK, G., SULLIVAN, M. J. & CALDWELL, D. S. (2000). The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients: the role of catastrophizing. *Pain*, 87(3), 325-334.
- KEEFE, F. J. & BLOCK, A. R. (1982). Development of an observation method for assessing pain behavior in chronic low back patients. *Behav Ther*, 13, 363-375.
- KEEFE, F. J. & GIL, K. M. (1986). Behavioral concepts in the analysis of chronic pain syndroms. *J Cons Clin Psychol*, 54, 776-783.
- KERNS, R. D., TURK, D. C. & RUDY, T. E. (1985). The West Haven-Yale multidimensional pain inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.
- KLENERMAN, L., SLADE, P. D. & STANLEY, I. M. (1995). The prediction of chronicity in patients with an acute attack of low back pain in a general practice setting. *Spine*, 20(4), 478-484.
- KOHO, P., AHO, S., WATSON, P. & HURRI, H. (2001). Assessment of chronic pain behavior: reliability of the method and its relationship with perceived disability, physical impairment and function. *J Rehabil Med*, 33, 128-132.
- LABUS, J., KEEFE, J. S. & JENSEN, M. P. (2003). Self-reports of pain intensity and direct observations of pain behavior: when are they correlated? *Pain*, 102, 109-124.
- LINTON, S. J., ALTHOFF, B. & MELIN, L. (1994). Psychological factors related to health, back pain, and dysfunction. *J Occup Rehabil*, 5, 1-10.
- LINTON, S. J. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*, 25, 1148-1156.
- LINTON, S. J. & GÖTESTAM, K. G. (1985). Controlling pain reports through operant conditioning. a laboratory demonstration. *Perceptual and Motor Skills*, 60, 427-437.
- LOUSBERG, R., SCHMIDT, A. J. & GROENMAN, N. H. (1992). The relationship between spouse solicitude and pain behavior: Searching for more experimental evidence. *Pain*, 51, 75-79.
- MAIN, C. J. & WATSON, P. J. (1996). Guarded movements: development of chronicity. *J Muskuloskel Pain*, 4, 163-170.
- MARTEL, M. O., THIBAUT, P. & SULLIVAN, M. J. L. (2010). The persistence of pain behaviors in patients with chronic back pain is independent of pain and psychological factors. *Pain*, 151, 330-336.
- MCCAHON, S., STRONG, J., SHARRY, R. & CRAMOND, T. (2005). Self-report and pain behavior among patients with chronic pain. *Clin J Pain*, 21, 223-231.
- MILLER, A. J. & KRATCHOWILL, T. R. (1979). Reduction of frequent stomachache complaints by time-out. *Behavior Therapy*, 10, 211-218.
- NILGES, P. (1993). Lerntheoretisches Verständnis von Schmerz. In U. T. Egle & S. O. Hoffmann (Hrsg.), *Der Schmerzranke. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzen aus biopsychosozialer Sicht* (S. 107-119). Stuttgart: Schattauer.

- NILGES, P. & BRINKMANN, G. (2003). Verhaltenstherapeutische und kognitive Verfahren. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann, K. A. Lehmann & W. A. Nix (Hrsg.), *Handbuch chronischer Schmerz. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie aus bio-psycho-sozialer Sicht* (S. 421-429). Stuttgart: Schattauer.
- NILGES, P. & TRAUE, H. C. (2007). Psychologische Aspekte des Schmerzes. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 28(3), 302-322.
- NORTON, P. J. & ASMUNDSON, G. J. G. (2004). Anxiety sensitivity, fear, and avoidance behavior in headache pain. *Pain*, 111, 218-223.
- ROBERTS, A. H. & REINHARDT, L. (1980). The behavioral management of chronic pain: Long-term follow-up with comparison groups. *Pain*, 8, 151-162.
- ROMANO, J. W., TURNER, J. A., WRIGHT, S. F. et al. (1992). Sequential analysis of chronic pain behaviors and spouse responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 777-782.
- PFINGSTEN, M., LEIBING, E., HARTER, W. et al. (2001). Fear avoidance behavior and anticipation of pain in patients with chronic low back pain – a randomized study. *Pain Med*, 2, 259-266.
- SKINNER, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- SULLIVAN, M. J. (2008). Toward a biomotor conceptualization of pain: implications for research and interventions. *Clin J Pain*, 24, 281-290.
- SULLIVAN, M. J., THIBAUT, P., SAVARD, A., CATCHLOVE, R., KOZEY, J. & STANISH, W. D. (2006). The influence of communication goals and physical demands on different dimensions of pain behavior. *Pain*, 125, 270-277.
- SULLIVAN, M. J., ADAMS, H. & SULLIVAN, M. E. (2004). Communicative dimensions of pain catastrophizing: social cueing effects on pain behavior and coping. *Pain*, 107(3), 220-226.
- THIBAUT, P., LOISEL, P., DURAND, M. J., CATCHLOVE, R. & SULLIVAN, M. J. (2008). Psychological predictors of pain expression and activity intolerance in chronic pain patients. *Pain*, 139, 47-54.
- TURK, D. C. & FLOR, H. (1987). Pain > pain behaviors: the utility and limitations of the pain behavior construct. *Pain*, 31, 277-295.
- TURK, D. C., KERNS, R. D. & ROSENBERG, R. (1992). Effects of marital interaction on chronic pain and disability: examining the down side of social support. *Rehabilitation Psychology*, 37, 345-356.
- VAN DAMME, S., VAN RYCKEGHEM, D. M., WYFFELS, F., VAN HULLE, L. & CROMBEZ, G. (2012). No pain no gain? Pursuing a competing goal inhibits avoidance behavior. *Pain*, 153, 800-804.
- VLAEYEN, J. W. S., KOLE-SNIJDER, A. M. J., BOEREN, R. G. B. & VAN EEK, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62, 363-372.
- VIOLON, A. (1985). Family etiology of chronic pain. *International Journal of Family Therapy*, 7, 235-246.
- WENIG, C. M., SCHMIDT, C. O., KOHLMANN, T. & SCHWEIKERT, B. (2008). Costs of back pain in Germany. *Eur J Pain*, 13, 280-286.
- ZERNIKOW, B. (Hrsg.). (2001). *Schmerztherapie bei Kindern*. Heidelberg: Springer.
- ZIMMERMANN, M. (2004). Chronic pain. *Epidemiology and management in Germany. Orthopäde*, 33, 508-514.

Autorin

Dipl.-Psych. Ulrike Kaiser

psychologische Psychotherapeutin für Verhaltenstherapie; Promotionsstipendium des ESF durch die Sächsische Aufbaubank; Thema: Evaluation einer Tagesklinischen Behandlung. Dabei interessiert mich die Abbildung des Therapieverlaufes anhand psychologischer Parameter bei Subgruppen. Ab Januar 2013 Rückkehr in die Tagesklinik als leitende Psychologin.



UniversitätsSchmerzCentrum der Universitätsklinik Dresden
Fetscherstraße 73
D-01307 Dresden
Telefon: +49 (0) 351 458 3354
ulrike.kaiser2@uniklinikum-dresden.de

KRISENINTERVENTION

2jähriges berufsbegleitendes Weiterbildungscurriculum **ÖAGG und ÖGATAP**

Zielgruppe: PsychologInnen und Angehörige anderer Berufsgruppen, die im psychosozialen bzw. psychotherapeutischen Bereich tätig sind.

Inhalte und Umfang:

Teil A: In **4 Seminaren** werden **Grundlagen für psychosoziales Krisenmanagement** vermittelt.

Teil B: Themen der **7 Seminare** sind **Interventionsmöglichkeiten bei speziellen Krisensituationen** (Verlust- und Trauerkrisen, Akuttraumatisierungen, Krisen bei Kindern und Jugendlichen etc.) sowie **spezielle Methoden**, die im Rahmen von KI angewendet werden können (Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung etc.). In den **4 Supervisionsblöcken** werden aktuelle Fallerfahrungen der TeilnehmerInnen aus dem Bereich Krisenintervention reflektiert.

Arten der Teilnahme: Teilnahme nur an **Teil A** oder am **gesamten Curriculum**

Genauere Angaben zum Curriculum und zu den aktuellen Angeboten:

Siehe: www.oegg.at unter: Weiterbildungen, Weiterbildungscurr. KI, konkrete Angebote

Beginn: März 2013

Leitung des Curriculums, Information, Anmeldung:

Dr. Claudius STEIN

&

DDr. Wolfgang TILL

Tel.: 0664/416 78 07

Tel.: 01/54 55 127

claudius.stein@kriseninterventionszentrum.at

wolfgang.till@kriseninterventionszentrum.at

Kognitive Therapie & Hirnleistungstraining

- 32 Therapieverfahren für alle Reha-Phasen
- Kostenlose Basissoftware und Updates
- Exklusiv von HASOMED

Besuchen Sie uns auf der
GNPÖ in Wien

HASOMED

RehaCom®

mehr Informationen im Web oder rufen Sie uns an:
www.hasomed.de +49.391.6107650

Der Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akutem Schmerz

1. Aktualisierung – ein intraprofessionell abgestimmtes Leistungsniveau

National Standard for Acute Pain Management in Nursing: First update – an Intraprofessionally Consented Performance Level

Nadine Schübler, Nadja Nestler & Jürgen Osterbrink

Themenschwerpunkt Schmerz

Zusammenfassung

Im Dezember 2011 erschien der Expertenstandard für Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 1. Aktualisierung (DNQP, 2011). Die Aktualisierung umfasst die Ergebnisse einer neuen internationalen Literaturstudie zu den Themenfeldern pflegerisches Schmerzassessment und -anamnese, unerwünschten Nebenwirkungen, Maßnahmen der nicht-medikamentösen und medikamentösen Schmerztherapie sowie Schulung und Beratung (Gnass et al., 2011). Der Expertenstandard stellt eine praxisorientierte Zusammenstellung von Empfehlungen und Wissensbeständen zum pflegerischen Schmerzmanagement in akuten Situationen jeglicher Genese dar. Dabei stehen alle in der Pflege relevanten Zielgruppen im Fokus, wie bspw. Kinder und Jugendliche, aber auch ältere Menschen mit kognitiven Einschränkungen.

Abstract

In December 2011, the National Standard for Acute Pain Management in Nursing, first update was published (DNQP, 2011a). This update depicts results of an international systematic literature review conducted to questions of pain assessment and pain history, negative effects, methods of medical and non-pharmacological pain therapy and patient education (Gnass et al., 2011). This National Standard for Acute Pain Management is a collection of recommendations for nursing practice and summarizes the body of knowledge regarding nurses' pain management for patients suffering from an acute pain condition of any kind of patient groups, may that be children and adolescents or the elderly with cognitive impairment.

Das Deutsche Netzwerk für Qualität in der Pflege (DNQP) ist seit 1999 damit befasst, Qualitätsentwicklung für Pflege zu fördern und durch die Entwicklung und Veröffentlichung der Expertenstandards häufige Fragestellungen pflegerischen Handelns unter den Gesichtspunkten größtmöglicher Evidenz und Expertenkonsens aufzubereiten. In den seither erschienenen Expertenstandards wurde und wird der Pflegepraxis ein Instrumentarium zur Verfügung gestellt, das dazu dient, Qualität von Leistungen zu definieren und zu bewerten. Das hier festgeschriebene monoprofessionelle Qualitätsniveau hat jedoch nicht nur zum Ziel pflegerisches Handeln und damit Versorgungsqualität zu verbessern, sondern den Pflegenden in der Praxis zugleich Umsetzungshilfen für hochwertiges professionelles Handeln zu liefern. Einen gleichermaßen bedeutsamen Themenbereich stellen Anknüpfungspunkte zwischen den Aufgabenbereichen der Pflege und anderen Berufsguppen dar.

Bei der Neuentwicklung von Expertenstandards findet in einem ca. 2-jährigen Prozess ein systematischer internationaler Literaturreview statt, der durch die Expertenarbeitsgruppe zu Empfehlungen für den Expertenstandard herangezogen wird. Die durch diese Gruppe ausgewiesener Experten für das Thema formulierten Empfehlungen werden durch die Fachöffentlichkeit begutachtet und konsentiert. In der modellhaften Implementierung zuletzt werden die Expertenstandards in unterschiedlichste Einrichtungen im gesamten deutschen Bundesgebiet eingeführt und die Akzeptanz und Praxis-tauglichkeit ermittelt. Im Jahre 2005 wurde der erste Expertenstandard zum Schmerzmanagement in der Pflege (DNQP, 2005) veröffentlicht. Darin fand erstmalig eine auch für Sachverständigengutachten heranziehbar Definition des Wissenskorpus' der Pflege statt und strukturelle Bedingungen für die Durchführung hochwertigen pflegerischen Schmerzmanagements wurden beschrieben. Die konkrete Methodik der Erstellung und Aktualisierung der Expertenstandards durch das DNQP kann unter www.dnqp.de eingesehen werden (DNQP, 2011b).

Thematisch hat sich die Expertenarbeitsgruppe für eine grundlegende Veränderung im Vergleich zum Vorgänger-Standard entschieden, indem sie die beiden Phänomene akuter und chronisch-tumorbedingter Schmerz trennte, die in der ersten Ausgabe 2005 noch gemeinsam besprochen wurden. In der Folge wird daher im Augenblick ein weiterer Expertenstandard zum pflegerischen Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen erstellt¹⁾. Ferner wurde mit der Forderung, Schmerzmanagement vermehrt zielgruppenspezifisch durchzuführen, dem modernen Schmerzmanagement eine größtmögliche Fallorientierung auferlegt. Die Anpassungsleistung pflegerischen Handelns an den jeweiligen Schmerz betroffenen wird in der Aktualisierung des Expertenstandard gefordert, da sowohl aus der Literatur, als auch durch die Expertenarbeitsgruppe bestätigt wurde, dass dies für ein erfolgreiches Schmerzmanagement von großer Bedeutung ist. So ist beispielsweise bei Menschen mit dementiell bedingten kognitiven Einschränkungen zu prüfen, inwieweit die Betroffenen durch Hilfsmittel und Kommunikationstechniken zu einer Selbstauskunft in der Lage sind.

Expertenstandards des DNQP sind im Aufbau stets in den Ebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität formuliert. Zur Strukturqualität gehört hierbei zum Beispiel die kontinuierliche Schulungsnotwendigkeit der Pflegenden, um die zahlreichen Methoden und Maßnahmen, die im Rahmen des Schmerzmanagement zum Einsatz kommen aktuell und den Indikationen und Kontraindikationen folgend zur Anwendung zu bringen. Konkrete Anwendungskompetenz, aber auch die Strukturanforderungen an die Pflegedokumentation einer Einrichtung werden hier ebenfalls benannt.

Mit der Benennung dieser Kompetenzbereiche setzte sich die Berufsgruppe der Pflegenden einen durch sich selbst ausgearbeiteten und konsentierten Maßstab. In der Prozessebene werden konkrete Handlungsschritte des Schmerzmanagements durch Pflegenden benannt. Konkrete Behandlungsziele für die Akutschmerzbehandlung beispielweise werden hier beschrieben. In den Ergebniskriterien des Expertenstandard schließlich finden sich die, für die einzelne Ebene anzustrebenden Ergebnisse pflegerischen Handelns im Sinne eines erfolgreich eingeführten und durchgeführten Schmerzmanagements.

Das Herzstück eines jeden Expertenstandards ist die Standardtabelle und die Präambel davor. Hier werden alle Aussagen auf einer Seite zusammengefasst. Die Präambel definiert die Reichweite und Zielgruppe des Standards. Das DNQP stellt diesen Teil kostenfrei unter dem Menüpunkt „Expertenstandards und Auditinstrumente“ auf seiner Webseite zur Verfügung (<http://www.dnqp.de>).

Der hohe Abstraktionsgrad der Formulierungen macht es möglich, dass die Aussagen in allen pflegerischen Arbeitsbereichen, also intra- wie auch extramural, in der Akut- wie auch in der Langzeitversorgung zur Anwendung kommen können. Dennoch ist jede Einrichtung angehalten, die Inhalte für ihre individuellen Möglichkeiten zu verändern bzw. detailliertere Angaben für

die konkrete Anwendung des Schmerzmanagements insbesondere unter multiprofessionellen Gesichtspunkten vorzunehmen.

Um Kliniken bei diesem Prozess zu unterstützen, wurde 2006 die Gesellschaft für Qualifizierte Schmerztherapie – Certkom e.V. (www.certkom.com) gegründet, um Kliniken beim Aufbau und der Optimierung eines berufsgruppenübergreifenden Schmerzmanagements zu unterstützen. Dabei steht die Festschreibung der Notwendigkeiten für Strukturen und Prozesse wie auch vor allem die Formulierung sinnvoller Ergebnisse im Vordergrund, die dann von den Kliniken in Form eines Zertifikats transportiert werden können.

Vorrangiges Ziel der Gesellschaft ist die Zertifizierung eines berufsgruppenübergreifenden Schmerzmanagements in Krankenhäusern und Einrichtungen im Gesundheitswesen. Nach erfolgreichem Abschluss des Zertifizierungsverfahrens können Krankenhäuser im deutschsprachigen Raum mit dem Zertifikat „Certkom – Qualifizierte Schmerztherapie“ für ein nach internationalen Standards empfohlenes, patientenzentriertes und auditiertes Schmerzmanagement werben.

Certkom e.V. hat die für eine Zertifizierung notwendigen Zertifizierungskriterien auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene formuliert und berät Kliniken in der Vorbereitungsphase auf die Zertifizierung. Grundlagen der Kriterien sind

- in internationalen Leitlinien dargestellte Empfehlungen zum Schmerzmanagement,
- Expertenaussagen der Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats der Gesellschaft für Qualifizierte Schmerztherapie – Certkom e.V.
- und Daten aus Befragungen von PatientInnen, Pflegenden und ÄrztInnen, die Certkom e.V. seit Gründung der Gesellschaft durchführt und auswertet.

Inzwischen wurden Daten von mehr als 18.000 PatientInnen erhoben, die Aufschluss darüber geben, welche Notwendigkeiten für eine qualifizierte Schmerztherapie vorhanden sein müssen. Dabei bescheinigen primär die PatientInnen den Kliniken ein gutes Schmerzmanagement.

Nach erfolgter Vorbereitung der Kliniken auf die Zertifizierung, indem ein systematisches berufsgruppenübergreifendes Schmerzmanagement aufgebaut wurde und die Klinik dies durch eine gezielte Patientenbefragung darstellen konnte, erfolgt die Zertifizierung selber über eine durch Certkom e.V. akkreditierte Zertifizierungsstelle.

Inhalte der Zertifizierung

Mit der Zertifizierung „Certkom – Qualifizierte Schmerztherapie“ wird einer Klinik bestätigt, dass die PatientInnen in dieser Klinik eine effektive Schmerzbehandlung erhalten haben. Dies erfolgt durch eine für die Zertifi-

zierung durchgeführte Patientenbefragung. Ebenso sind Strukturen und Prozesse in der Klinik notwendig, die ein reibungsloses Schmerzmanagement ermöglichen. Die Vernetzung von Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien ist erstmalig Voraussetzung für eine Zertifizierung und basiert auf den Erfahrungen, dass eine nachhaltige Ergebnisqualität im Schmerzmanagement nur dann erzielt werden kann, wenn zugleich bestimmte Strukturen und Prozessabläufe in der Klinik vorhanden und geregelt sind und diese so gelebt werden, dass das Ergebnis einer qualifizierten Schmerztherapie den eigentlichen Empfänger, den Patienten, auch erreicht.

Abb. 1: Zertifizierungskriterien Struktur

**Zertifizierungskriterien Strukturen
(0-3 Punkte pro Item)**

- multiprofessionelle Arbeitsgruppe Schmerz
- Regelung zur quantifizierbaren Schmerzerfassung
- Regelung zur Dokumentation von Schmerzen und Vorhalten von Dokumentationsvorlagen
- Fachübergreifende Verfahrensregelungen zur medikamentösen Schmerztherapie
- Fachübergreifende Verfahrensregelungen zur nicht-medikamentösen Schmerztherapie
- Fortbildungsveranstaltungen
- Vorhalten: Information für den Patienten
- Beteiligung operativer Fachabteilungen am Projekt QUIPS

Punkte:
0 in keiner Abteilung, 1 in wenigen, 2 in mehreren, 3 in den meisten Abteilungen einer Klinik vorhanden
Cut off : 6 Punkte (mind. 1 Punkt in 6 Kriterien)

Copyright © 2012 Certkom e.V.

Die Strukturkriterien (Abb. 1) beschreiben dabei strukturelle Voraussetzungen einer Klinik zum Schmerzmanagement, die sichergestellt und überprüft werden müssen. Die Prozesskriterien (Abb. 2) beschreiben, in welchem Umfang und auf welche Art und Weise Prozesse gesteuert und kontrolliert werden. Die Ergebniskriterien Schmerzkontrolle (ausreichende Schmerzlinderung: Ruhe-, Belastungs- und Maximalschmerz), Therapieeffekt und Therapieprozess (der Patient/die Patientin hat bei bestehenden Schmerzen ein Schmerzmedikament erhalten, hat bei Anlässen stärkerer Schmerzen zusätzliche Analgetika bekommen und die Analgetikaverabreichung ist in einer angemessenen Zeitspanne von 30 Minuten erfolgt) stellen zentrale Qualitätskriterien dar, die nach statistischen Verfahren gewichtet berechnet werden und dabei bestimmte Grenzen nicht unterschreiten dürfen.

Voraussetzung für die Zertifizierungsfähigkeit eines Krankenhauses ist ein berufsgruppenübergreifendes Schmerzmanagement, bei dem alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen ihre Aufgaben verantwortlich wahrnehmen.

Abb. 2: Zertifizierungskriterien Prozess

**Zertifizierungskriterien Prozesse
(0-3 Punkte pro Item)**

- Schmerzanamnese bei Aufnahme
- Messung und Dokumentation des Schmerzverlaufes
- Umsetzung der interprofessionellen Verfahrensregelung zur medikamentösen Schmerztherapie
- Beachtung der klinikinternen Interventionsgrenzen
- Prophylaxe von Schmerzen
- Prophylaxe und Behandlung von Nebenwirkungen
- Information und Beratung des Patienten
- Beteiligung operativer Fachabteilungen am Projekt QUIPS

Punkte:
0 in keiner Abteilung, 1 in wenigen, 2 in mehreren, 3 in den meisten Abteilungen einer Klinik umgesetzt
Cut off : 6 Punkte (mind. 1 Punkt in 6 Kriterien)

Copyright © 2012 Certkom e.V.

Neben einer multiprofessionell besetzten Arbeitsgruppe, zumindest bestehend aus ÄrztInnen, Pflegenden der verschiedenen Fachabteilungen und PhysiotherapeutInnen, sollten schriftliche Regelungen für die Zuständigkeitsverteilung zur Durchführung des Schmerzmanagements ebenso bestehen wie Verfahrensanweisungen für die perioperative Schmerztherapie und die Therapie von konservativ behandelten PatientInnen. Diese Verfahrensanweisungen enthalten Vorgaben für den Umfang und die Art der Schmerzerfassung der verschiedenen Berufsgruppen, mögliche Schmerztherapiekonzepte mit Interventionsgrenzen (Grenzwert einer Schmerzintensität in Ruhe oder Belastung, ab wann ein PatientInnen ein zusätzliches Schmerzmedikament erhalten kann), Regelungen zur Durchführung nicht-medikamentöser Maßnahmen und die Art der Information und Schulung von Patienten zum Schmerzmanagement. Diese Forderungen lehnen sich an die in der Guideline der RNAO (2007) geforderten Bedingungen für ein perioperatives Schmerzmanagement an.

Ebenso müssen sowohl Regelungen für mögliche Komplikationen und den Umgang mit Nebenwirkungen der Schmerztherapie bestehen als auch Maßnahmen der internen und ggf. externen Qualitätssicherung beschrieben sein.

Bisher gibt es solche Regelungen eher in operativen Abteilungen oder Kliniken. Von Certkom e.V. werden die Vereinbarungen ebenso für konservative Abteilungen gefordert. Dies ermöglicht ein klinikweites Schmerzmanagement, so dass PatientInnen auch bei Verlegung innerhalb des Krankenhauses keinen Einbruch in der Qualität der Schmerztherapie erfahren müssen.

Grundlage für den pflegerischen Aufgabenbereich ist dabei der oben beschriebene Nationale Expertenstandard (DNQP, 2011).

Pflegende nehmen ihre Aufgaben im Rahmen des multiprofessionellen Teams wahr. Diese Aufgaben sind im Expertenstandard geregelt. Die Auseinandersetzung mit dem Thema hat dazu geführt, dass seit der ersten Veröffentlichung des Expertenstandards 2005 über 5000 PflegeexpertInnen zum Schmerzmanagement am Klinikum Nürnberg weitergebildet wurden. Gerade diese

ExpertInnen haben dann in den Kliniken die Aufgabe, die spezifischen pflegerischen Aufgaben konzeptionell zu gestalten, andere MitarbeiterInnen der Klinik zu den Inhalten des klinikeigenen Schmerzmanagements zu schulen und die schmerztherapeutische Versorgung der PatientInnen sicher zu stellen. In vielen Krankenhäusern leiten Pflegende aufgrund von Delegationsvereinbarungen den Akutschmerzdienst, der ärztlich supervidiert wird.

Suffizientes Schmerzmanagement stellt für Gesundheitsfachberufe sowohl im intra- aber auch im extramuralen Bereich eine Herausforderung dar. Niedrige Erwartungshaltungen von Patienten, aber auch Angehörigen, intra- und interprofessionelle Kommunikationsschwächen führen zu vermeidbaren Versorgungsbrüchen.

Strukturiertem Vorgehen, wobei durch einen bundesweit gültigen Standard zunächst ein state of the art begründet wird, müssen Strukturänderungen folgen. Die nun fast zehnjährigen Erfahrungen zeigen, dass (a) Bildungsmaßnahmen auf Zertifikatsebene, (b) die Übertragung schmerzmanagementbezogener Aufgaben auf Pflegende wie auch (c) die regelmäßige Zertifizierung nach Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien eine optimierte Versorgung nach sich zieht.

Literatur

- DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (DNQP) (Hrsg.). (2005). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und tumorbedingt-chronischen Schmerzen. Osnabrück.
- DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (DNQP) (Hrsg.). (2011a). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 1. Aktualisierung 2011. Osnabrück.
- DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (DNQP). (2011b). Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück: DNQP. Abgerufen von <http://www.dnqp.de/> am 18.07.2012
- GNASS, I., SCHÜBLER, N. & OSTERBRINK, J. (2011). Literaturanalyse zum Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. In Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen (1. Aktualisierung, S. 44-134). Osnabrück: DNQP.
- REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO). (2007). Assessment and management of pain. Canada. Abgerufen von http://www.mao.org/Storage/29/2351_BPG_Pain_and_Supp.pdf

AutorInnen

Nadine Schübler, BScN, MSc, Krankenschwester

Wissenschaftliche Mitarbeiterin Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Pflegewissenschaft, Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster und im wissenschaftlichen Team zur Erstellung der Literaturanalyse des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen



Gesundheitsamt Münster
Stühmerweg 8
D-48147 Münster
Tel.: +49 (0) 251 492 5384
nadine.schuessler@pmu.ac.at
www.pmu.ac.at

Nadja Nestler, Dipl. Pflegewissenschaftlerin (FH)

Wissenschaftliche Mitarbeiterin Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Pflegewissenschaft, Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster, Koordinatorin des Zertifizierungsverfahrens bei Certkom e.V.



Gesundheitsamt Münster
Stühmerweg 8
D-48147 Münster
Telefon: +49 (0) 251 492 5382
nadja.nestler@pmu.ac.at

Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink

Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft und -praxis

Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Institut für Pflegewissenschaft und -praxis
Strubergasse 21
A-5020 Salzburg
juergen.osterbrink@pmu.ac.at



¹⁾ geplanter Erscheinungstermin: Oktober 2013

Lebensstile chronischer SchmerzpatientInnen

Lifestyle in Chronic Pain Patients

Gertraud Kloimstein-Saumer, Diana Meshkat & Peter Berger

Themenschwerpunkt Schmerz

Zusammenfassung

Die Inzidenz chronischer Schmerzen beträgt in der österreichischen Bevölkerung ca. 20% und wird sich mit Anstieg des Durchschnittsalters und der Lebenserwartung weiter erhöhen. Im bio-psycho-sozialen Modell der Schmerzgenese wird nach Möglichkeiten gesucht, eine mögliche Chronifizierung frühzeitig zu erkennen. Gesundheitsbezogene Lebensstile stellen einen wichtigen Einflussfaktor der Schmerzchronifizierung dar. Es stellt sich die Frage, ob und wie Lebensstile den Chronifizierungsprozess verstärken können. Nach einem chronologischen lebensstiltheoretischen Überblick werden anhand der Theorie nach Heather Roberts die gesundheitsbezogenen Lebensstildimensionen Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, Substanzkonsum, Religiosität und sexuelles Verhalten im Kontext chronischer SchmerzpatientInnen analysiert. Weitere Lebensstilparameter, welche eine Aussage über nicht-gesundheitsbezogene Merkmale (z. B. Freizeitverhalten, Körperinszenierung oder Mediennutzung) ermöglichen, könnten einen wesentlichen Beitrag in der a priori Identifizierung einer potenziellen Schmerzchronifizierung aber auch in Diagnostik und Therapie darstellen.

Abstract

The incidence of chronic pain among the Austrian population accounts for approximately 20 percent. Due to an increase of the average age and life expectancy further increase of that percentage is expected. Based on the bio-psycho-social model of pain genesis, early detection methods of potential chronification should be found. Health-related lifestyles seem to have an important impact on the chronification of pain. Do lifestyles enhance the process of chronification? We give a chronological overview of existing lifestyle theories concentrating on the health-related lifestyle theory of Heather Roberts. Based on Roberts' theory we analyze nutrition and physical activity, substance use, religiosity and sexual behaviour, all

known as health-related lifestyle dimensions. Further non-health-related lifestyle attributes (e.g. leisure behaviour, body staging or media use) could contribute to identify potential pain chronification a priori. Moreover, they potentially contribute to the diagnosis and therapy of chronic pain.

1. Einleitung

Die IASP (International Association for the Study of Pain, 1979) definiert Schmerz als „... ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen beschrieben wird“. Von chronischen Schmerzen spricht man per definitionem, wenn der Schmerz über die erwartete normale Heilungsdauer hinausgeht, mehr als 6 Monate andauert und keine sinnvolle Funktion mehr ausübt (Gehling & Tryba, 2000). Differenziert werden chronische SchmerzpatientInnen in „chronic non-cancer pain – CNCP“-PatientInnen und TumorschmerzpatientInnen. Weiters ist eine Abgrenzung zur, nach ICD-10 (International Classification of Diseases-10) definierten, „anhaltenden somatoformen Schmerzstörung“ notwendig, da es sich hierbei im Gegensatz zu CNCP und Tumorschmerz um das Auftreten von Schmerzen ohne hinreichend erklärbares organisches Korrelat handelt.

Als häufigste Schmerzlokalisation wird von chronischen SchmerzpatientInnen die Wirbelsäule (Rückenschmerz) angegeben, Schmerzursache bei Nicht-Rückenschmerz ist in mehr als einem Drittel der Fälle Arthritis/Osteoarthritis (www.paineurope.com). Der Anteil chronischer SchmerzpatientInnen an der österreichischen Bevölkerung beträgt ca. 20% (www.derstandard.at, Umfrage des Meinungsforschungsinstitutes IMAS, publiziert am 15.10.2007) und wird mit zunehmendem Durchschnittsalter und höherer Lebenserwartung weiter ansteigen. Chronische Schmerzen zählen bereits heute

zu den häufigsten Gründen, ÄrztInnen zu konsultieren und stellen einen der primären Gründe für kurz- und langfristige Arbeitsausfälle dar. Nur wenn Schmerz frühzeitig adäquat behandelt wird, besteht die Möglichkeit, einer Chronifizierung mit all ihren Folgen für den/die PatientIn, dessen Umfeld, die Gesellschaft und den Staat zu verhindern. Im medizinischen Kontext bedeutet dies, dass durch eine Vorbeugung der Chronifizierung bzw. Früherkennung einer potenziellen Chronifizierung unter anderem dem Anstieg der Hospitalisierungsraten, der Zunahme der Medikamentenkosten sowie einem höheren Maß an Betreuungsaufwand gegengesteuert werden könnte (Thomsen, Sorensen, Sjorgren & Eriksen, 2002). Aus diesem Grund wird nach Möglichkeiten gesucht, potenziell chronische SchmerzpatientInnen frühzeitig zu erkennen. Die Chronifizierung von Schmerz ist nicht nur eine Frage der Zeit (vgl. IASP-Definition), es handelt sich um einen bio-psycho-sozialen Prozess, dessen Grad von beteiligten psychischen und sozialen Faktoren sowie von der Ausbreitung der Beschwerden selbst abhängt (Nilges & Nagel, 2007). Neben Einflussfaktoren auf die Chronifizierung wie beispielsweise Geschlecht, Alter, psychische Komorbiditäten (z. B. Depression oder Traumatisierung), Bildungsniveau und Einkommen stellt sich die Frage, ob und wie Lebensstile den Chronifizierungsprozess zusätzlich verstärken können. Kann der Lebensstil als erklärende Variable für den spezifischen Zustand „chronischer Schmerz“ herangezogen werden?

2. Lebensstiltheorien – ein Überblick

In der Erstauflage von Max Webers „Wirtschaft und Gesellschaft“ aus dem Jahr 1922, der als Pionier der Lebensstilforschung gilt, wird Lebensstil ausschließlich auf Klassenzugehörigkeit zurückgeführt. Weber definiert unter dem Oberbegriff „Stände und Klassen“ die „Klassenlage“ als „...typische Chance der Güterversorgung, der äußeren Lebensstellung und des inneren Lebensschicksals...“ (Weber, 1980). Die Klassenlage ist abhängig von der Art und dem Ausmaß der Verfügbarkeit bzw. Nicht-Verfügbarkeit von Gütern und Leistungsqualifikationen bzw. der Möglichkeit, mit diesen Gütern und Leistungsqualifikationen Einkommen zu erzielen. Personen der gleichen Klassenlage werden unter „Klasse“ zusammengefasst, wobei Weber zwischen Besitzklasse, Erwerbsklasse und sozialer Klasse differenziert. Dieser soziostrukturelle Ansatz, der neben Weber unter anderem auch von Veblen (Veblen, 1986) oder Bourdieu (Bourdieu, 1987) verfolgt wird, und Lebensstile ausschließlich auf Klassenzugehörigkeit zurückführt, erfährt in den späten 80er-Jahren einen Paradigmenwechsel. Aufgrund der Bildungsoffensive, des gehobenen Lebensstandards und der sich ständig verändernden Lebensläufe reichten die klassischen Schichten- und Klassenkonzepte nicht mehr aus, um Fragen nach sozialer Ungleichheit oder sozialstruktureller Differenzierung ausreichend zu ana-

lysisieren. Es kam zu einer Individualisierung und Pluralisierung der Lebensstile sowie einer Entstrukturierung der Schichten- und Klassenkonzepte, was einen theoretischen Neuanfang in der Erforschung sozialer Differenzierung bedeutete (Burzan, 2005; Stroezel, 2007). Der allgemeine Aufschwung der Lebensstildiskussion fand zu dieser Zeit auch endgültig Einzug in die Medizin und führte zur Erweiterung der vorherrschenden biomedizinischen und psychologischen Konzepte um die Dimension „sozial“ (Waller, 2006). Die von diesem Zeitpunkt an entwickelten Lebensstilkonzepte umfassten Dimensionen wie beispielsweise Familienorientierung, Freizeitgestaltung, Einrichtungs- und Kleidungsstile oder Essgewohnheiten. Das in der Medizin vorherrschende theoretische Lebensstilkonzept ist jenes von Roberts, welches als Konzept zur Gesundheitsförderung entwickelt wurde (Roberts, 1999).

2.1. Gesundheitsförderung in der Lebensstiltheorie von Heather Roberts

In der Definition von Roberts (1999) wird Lebensstil als das persönliche Verhalten gesehen, das unmittelbaren Einfluss auf die individuelle Gesundheit und das Wohlbefinden hat. Lebensstil inkludiert aus der Sicht Roberts Rauchstatus, Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, Alkoholkonsum, den Umgang mit dem Benutzen von Gesundheitseinrichtungen und sexuelles Verhalten. Lebensstil beinhaltet aber auch Wissen, Glauben, Einstellungen sowie ökonomische und kulturelle Umstände. Bei Roberts ist Lebensstil als eine Vergesellschaftung von Konsumgewohnheiten, Einstellungen und Verhaltensweisen definiert – es wird die Art und Weise beschrieben, wie Menschen leben, ihre Zeit verbringen und ihr Geld ausgeben. Roberts, die selbst im Gesundheitsbereich tätig ist, sieht den Zweck in der Lebensstilforschung vor allem darin, für einzelne Individuen Basiswerte zu erheben, Veränderungen in diesen Werten über eine definierte Zeitspanne zu monitieren und Gesundheitsförderungsaktivitäten zu planen. Lebensstilforschung in diesem Kontext soll dazu beitragen, das Verhalten von Individuen zu charakterisieren bzw. den Grund für spezifisches Verhalten zu verstehen und darauf aufbauend sowohl präventiv als auch diagnostisch und therapeutisch anzusetzen.

3. Lebensstile chronischer SchmerzpatientInnen

Ein Großteil der bisher durchgeführten wissenschaftlichen Untersuchungen zum Thema „chronische SchmerzpatientInnen“ fokussiert zum einen vor allem auf soziodemographische Aspekte wie beispielsweise Geschlecht, Alter oder Familienstatus. Zum anderen wurden meist zusätzlich sozioökonomische Faktoren wie Berufsstatus und Einkommen erhoben (z. B. Saastamoinen, Leino-

Arjas, Laaksonen & Lahelma, 2005). In einer der größten europäischen Studien zur Identifizierung chronischer SchmerzpatientInnen wurden 46.000 Personen in 16 europäischen Ländern befragt, mit dem Ergebnis: „Ein typischer chronischer Schmerzpatient ist eine verheiratete Frau mittleren Alters, die keine Kinder mehr hat, die noch zu Hause leben.“ In dieser „Pain in Europe“ Studie (www.paineurope.com) zeigte sich, dass das Durchschnittsalter von chronischen SchmerzpatientInnen bei ca. 50 Jahren liegt, dass mehr Frauen (56%) als Männer (44%) an chronischen Schmerzen leiden und dass diese Unterschiede in Alter und Geschlecht unabhängig von der angegebenen Schmerzintensität sind. Ein weiterer interessanter Faktor, welcher in der „Pain in Europe“ Studie gezeigt werden konnte, ist, dass 79% der chronischen SchmerzpatientInnen mit anderen Menschen zusammenleben und 59% der chronischen SchmerzpatientInnen verheiratet sind. Bei Letzteren zeichnet sich jedoch ein Unterschied in Bezug auf die Schmerzintensität ab, wobei PatientInnen mit starken Schmerzen sich eher von ihren Partnern trennen oder sich scheiden lassen als PatientInnen mit einer niedrigeren Schmerzintensität.

Neben wissenschaftlichen Arbeiten zu soziodemographischen und sozioökonomischen Deskriptiva chronischer SchmerzpatientInnen finden sich in der Literatur auch Daten zu den in der Lebensstiltheorie nach Roberts definierten Lebensstilparametern.

3.1. Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten

Der Body-Mass-Index (BMI = Körpergewicht in kg/(Körpergröße in m)²) stellt ein klassisches Strukturmerkmal der gesundheitsbezogenen Lebensstilforschung dar, und spiegelt die Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten der PatientInnen wider. Ein BMI zwischen 18,5 – 25 gilt als normalgewichtig, über 25 spricht man von Übergewicht, über einem BMI von 30 von Adipositas. Ein BMI unter 18,5 gilt als mangelernährt (Prager, 2007).

Übergewicht trägt zu einer Vielzahl von chronischen Schmerzzuständen, hier vor allem Rückenschmerzen, bei. Vergleichszahlen zwischen akuten und chronischen SchmerzpatientInnen verdeutlichen den Stellenwert des BMI: Der BMI beträgt bei chronischen SchmerzpatientInnen (n = 143) im Durchschnitt 27.60, der Median beträgt 27.34 (BMI-range 17.47 – 42.45). Der BMI bei akuten SchmerzpatientInnen (n = 144) beträgt im Durchschnitt 25.54 bei einem Median von 24.63 (BMI-range 15,64 – 42,90). Diese Daten zeigen, dass der BMI von chronischen SchmerzpatientInnen nicht nur höher, sondern auch homogener verteilt ist als bei akuten SchmerzpatientInnen (Saumer, 2008). Eine andere Untersuchung zeigte bei chronischen SchmerzpatientInnen einen durchschnittlichen BMI von 29.5 +/- 7.12, sowie eine signifikante Korrelation zwischen BMI und Schmerzstärke. Der BMI von chronischen SchmerzpatientInnen mit einem Schmerzstärke zwischen 0-3 war signifikant niedriger als bei jenen mit einer Schmerzstärke zwischen 7-10 (Wood, Goodnight & Nasari, 2011).

Ein erhöhter BMI führt zu eingeschränkter körperlicher Aktivität, gleichermaßen erhöht eingeschränkte körperliche Aktivität den BMI und trägt in beiden Fällen zu einer Erhöhung der Schmerzsymptomatik bei.

In der Evaluierung der körperlichen Aktivität von chronischen SchmerzpatientInnen zeigt sich problematisch, dass bis dato ein Großteil der erhobenen Daten auf Selbstbeurteilung beruht und diese in den meisten Fällen deutlich vom realen individuellen Aktivitätsniveau abweicht (Verbunt, Huijnen & Seelen, 2012). Eine Möglichkeit, das physische Aktivitätsniveau zu objektivieren, stellt Bewegungsmonitoring mittels Aktigraphie dar. Ergebnisse einer kontrollierten Studie (chronische SchmerzpatientInnen n = 78, gesunde Erwachsene n = 59) zeigen, dass chronische SchmerzpatientInnen in der Selbstbeurteilung ein niedrigeres physisches Aktivitätsniveau angeben, als objektiv mit Hilfe der Aktigraphie gemessen wurde. Weiters waren die chronischen SchmerzpatientInnen in der Selbstbeurteilung betreffend das individuelle physische Aktivitätsniveau deutlich pessimistischer als die gesunde Kontrollgruppe (Wilson & Palermo, 2012).

Diese Ergebnisse zeigen, dass Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten einflussreiche Lebensstilparameter im Zusammenhang mit chronischen Schmerzen sind. Eine Erhebung des BMI im Management chronischer SchmerzpatientInnen, sowie im Falle eines erhöhten BMI eine Beeinflussung dessen über eine schrittweise Steigerung der physischen Aktivität sowie ein Monitoring dieser mittels Aktigraphie, kann dazu beitragen, eine bestehende Schmerzsymptomatik bereits vor Chronifizierung positiv zu beeinflussen (Caldwell, Hart-Johnson & Green, 2009).

3.2. Substanzkonsum

Roberts sieht als wesentlichen Bestandteil der von ihr etablierten Lebensstildefinition „Rauchstatus“ und „Alkoholkonsum“ als deskriptive Parameter an. Daten aus Dänemark zeigen, dass die Anzahl an Rauchern unter den chronischen SchmerzpatientInnen signifikant erhöht ist. Unter chronischen SchmerzpatientInnen, die mit Opioidanalgetika medikamentös therapiert werden, erhöht sich diese Signifikanz (Zvolensky, McMillan, Gonzalez & Asmundson, 2009). In den Vereinigten Staaten wird davon ausgegangen, dass zum einen unter Rauchern die Inzidenz von chronischen Schmerzen erhöht ist und zum anderen Raucher eine höhere Schmerzintensität angeben als Nichtraucher (Weingarten, Shi, Mantilla, Hooten & Warner, 2011). Die Inzidenz bei Frauen hängt jedoch nicht nur vom momentanen Nikotinkonsum ab – das Risiko, chronische Schmerzen zu entwickeln, scheint zusätzlich bei Gelegenheitsrauchern und ehemaligen Rauchern erhöht zu sein (Mitchell, Mannino, Steinke, Kryscio, Bush & Crofford, 2011). In eigenen Daten konnte im Zusammenhang mit den Rauchgewohnheiten von chronischen (n = 142) und akuten SchmerzpatientInnen (n = 148) kein Unterschied festgestellt werden. In bei-

den Gruppen beträgt der Raucheranteil ca. ein Drittel. In der Gruppe der chronischen SchmerzpatientInnen ist der Anteil an weiblichen Raucher höher, in der Gruppe der akuten SchmerzpatientInnen ist die Verteilung zwischen den Geschlechtern identisch (Saumer, 2008). Nikotinkonsum ist bei chronischen SchmerzpatientInnen nicht nur von epidemiologischem und ätiologischem Interesse. Rauchen wird von dieser Patientengruppe auch als Coping-Strategie eingesetzt, die im Umgang mit einer angegebenen erhöhten Schmerzintensität sowie mit einem reduzierten Schmerzbewältigungsmechanismus unterstützen soll (Patterson, Gritzner, Resnick, Dobscha, Turk & Morasco, 2012).

Die bereits zitierten Daten aus Dänemark zeigen weiters, dass chronische SchmerzpatientInnen weniger wahrscheinlich Alkohol konsumieren. Bei chronischen SchmerzpatientInnen unter Opioidanalgetikatherapie zeigt sich eine weitere Abnahme des Alkoholkonsums (Zvolensky, McMillan, Gonzalez & Asmundson, 2009). Wenn Alkoholkonsum ähnlich dem Nikotinkonsum als Coping-Strategie eingesetzt wird, kann es bei Männern, welche an einer erhöhten Schmerzwahrnehmung leiden, und keine Relaxantien einnehmen, zu einer Erhöhung des Entstehungsrisikos von Alkoholerkrankungen kommen (Lawton & Simpson, 2009). Vor allem der symptomatische Einsatz von Alkohol zur Therapie einer bestehenden Schmerzsymptomatik sollte unter Berücksichtigung psychiatrischer Komorbiditäten von klinischer Relevanz sein.

3.3. Religiosität

Roberts inkludiert in ihrer Lebensstildefinition „Glauben“ als Charakteristikum eines individuellen, operationalisierten Lebensstils. Studien zum enger gefassten Begriff „Religion“ zeigen, dass sowohl Religion als auch Religiosität Schmerz auf direkte und indirekte Weise beeinflussen können. Die direkte Art der Beeinflussung resultiert aus grundsätzlichen Aussagen bestimmter, gelebter Religionen. Diese grundsätzliche Aussage könnte am Beispiel des Buddhismus „Alles Leben ist Leiden“ lauten und durch gelebte Religiosität im Rahmen des individuellen Lebensstils Bestandteil des persönlichen Verhaltens sein. Die indirekte Beeinflussung des Schmerzes geht aus der Aufmerksamkeitslenkung durch religiöse Vertiefung hervor. Dies impliziert die Möglichkeit des Ablenkens vom bzw. die Fokussierung auf den chronischen Schmerz durch Religiosität (Appel & Murken, 2007).

Eine 2008 durchgeführte Untersuchung im Zusammenhang mit chronischen Schmerzen und Religiosität konnte des weiteren zeigen, dass ein positiver Zusammenhang zwischen Schmerzakzeptanz und dem Ausmaß der individuellen Religiosität besteht: Je höher das Religionsniveau der befragten chronischen SchmerzpatientInnen angegeben wurde, umso besser zeigte sich die gemessene, individuelle Schmerzverarbeitung (Gerbershagen, Trojan, Kuhn, Limmroth & Bewermeyer,

2008).

Zusätzlich konnten Rippentrop et al. (2005) aufzeigen, dass private religiöse Aktivitäten wie z. B. beten, meditieren oder der Konsum von religiösen Medien in indirektem Zusammenhang mit physischer Gesundheit stehen. Das heißt, je höher der Grad an physischer Gesundheit eines Individuums, desto geringer war das „Setzen“ religiöser Aktivitäten. Bezogen auf chronische SchmerzpatientInnen legen diese Ergebnisse den Schluss nahe, dass die individuelle Beeinträchtigung durch die Schmerzen und somit die Reduktion der physischen Gesundheit im direkten Zusammenhang mit erhöhten gesetzten religiösen Aktivitäten steht.

Momentan fließen im klinischen Alltag individuelle Glaubensvorstellungen weder in die Anamnese und weiterführende Diagnostik noch in die Therapie ein (Saumer, 2008). Im deutschsprachigen Raum wird jedoch aktuell gefordert, das bio-psycho-soziale Modell um die Dimension „Religiosität“ aufgrund der erwarteten Aussagekraft zu erweitern.

3.4. Sexuelles Verhalten

Chronische Schmerzen gleich anderen chronischen Erkrankungen beeinflussen das Sexualleben der Erkrankten negativ. Sexuelle Probleme sind unter chronischen SchmerzpatientInnen weit verbreitet. Die Prävalenzraten von sexuellen Schwierigkeiten in dieser Patientengruppe reichen von 50% bis 78% (Ambler, Williams, Hill, Gunary & Cratchley, 2001). Von 70 befragten chronischen SchmerzpatientInnen beschreiben sich in den 90er-Jahren 66% als interessiert an Sex, 20% erachten das momentane Sexualleben als adäquat. Nur 44% der Befragten geben an, eine Erregung während des Geschlechtsverkehrs zu erleben. Die Mehrheit der befragten chronischen SchmerzpatientInnen zeigt sich mit der Orgasmusaktivität unzufrieden. Es konnte in dieser Untersuchung jedoch kein Zusammenhang zwischen Schweregrad des Schmerzes, Schmerzdauer sowie Häufigkeit der sexuellen Aktivität und sexuellem Funktionsniveau gezeigt werden. Eine Auswirkung auf die Häufigkeit der sexuellen Aktivität sowie das sexuelle Funktionsniveau haben jedoch durch die chronische Schmerzerkrankung ausgelöste depressive Symptome sowie erlebter Distress (Monga, Tan, Ostermann, Monga & Grabojs, 1998). Eine andere Arbeit zeigt im Unterschied dazu einen Zusammenhang zwischen Schmerzdauer und sexuellem Funktionsniveau auf – je länger die Schmerzdauer, umso geringer das sexuelle Funktionsniveau. Hauptverantwortlich für eine Reduktion des sexuellen Funktionsniveaus werden auch in dieser Arbeit psychologische Faktoren wie beispielsweise depressive Symptomatik oder fehlende Coping-Strategien gemacht (Kwan, Roberts & Swalm, 2005). Ein therapeutischer Ansatz ist durch diesen Zusammenhang gegeben.

4. Ausblick

Bisher erhobene Studiendaten zum Thema „Lebensstile chronischer SchmerzpatientInnen“ konzentrieren sich vor allem auf gesundheitsbezogene Lebensstilmerkmale bzw. -dimensionen (vgl. Pkt. 3.) und geben Ansatzpunkte für die Prävention sowie für die Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen. Lebensstilparameter chronischer SchmerzpatientInnen, welche eine Aussage über nicht-gesundheitsbezogene Merkmale wie beispielsweise Freizeitverhalten, Einrichtungsstil, Kleidungsstil und Körperinszenierung oder Mediennutzung ermöglichen, sind in der bisherigen wissenschaftlichen Literatur nicht präsent. Diese zusätzlich zu erhebenden Faktoren könnten jedoch einen wesentlichen Beitrag in der a priori Identifizierung einer potenziellen Schmerzchronifizierung darstellen, da diese Lebensstilmerkmale Ausdruck für gelebtes interaktives, expressives und evaluatives Verhalten sind und damit den Chronifizierungsprozess beeinflussen (Spellerberg, 1996). Weitere prospektive Untersuchungen im Bereich der Lebensstilforschung könnten dazu beitragen, das Potenzial eines Chronifizierungsprozesses zu erkennen sowie diesem Prozess frühzeitig gegensteuern zu können. Im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext bedeutet die Arbeit mit chronischen SchmerzpatientInnen vor allem eine Etablierung von Coping-Strategien zur besseren Bewältigung und zum kompetenteren Umgang mit der bestehenden Schmerzsymptomatik. Dies wird in einer Vielzahl der chronischen SchmerzpatientInnen durch bestehende psychiatrische Komorbiditäten wie beispielsweise depressive Störungen, Angststörungen oder traumatische Belastungsstörungen erschwert (Goral, Lipsitz & Gross, 2010). Doch auch unter diesen erschwerten Bedingungen kann das Wissen über Lebensstile einen verbesserten, umfassenderen Zugang zum Patienten sowie eine Optimierung der Therapie bringen.

Literatur

- AMBLER, N., WILLIAMS, A. C., HILL, P., GUNARY, R. & CRATCHLEY, G. (2001). Sexual difficulties of chronic pain patients. *Clin J Pain*, 17, 138-145.
- APPEL, C. & MURKEN, S. (2007). Religiöses Coping & chronischer Schmerz. *Der Schmerz*, 21(1), 20.
- BOURDIEU, P. (1987). Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt: Suhrkamp.
- BURZAN, N. (2005). Soziale Ungleichheit: Eine Einführung in die zentralen Theorien. 2. Auflage (S. 164). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- CALDWELL, J., HART-JOHNSON, T. & GREEN, C. R. (2009). Body mass index and quality of life: examining blacks and whites with chronic pain. *J Pain*, 10(1), 60-67.
- GEHLING, M. & TRYBA, M. (2000). Unterschiede zwischen akutem und chronischem Schmerz. In M. Zenz & J. Ilmar (Hrsg.), *Lehrbuch der Schmerztherapie. Grundlagen, Theorie und Praxis für Aus- und Weiterbildung*. 2. Auflage. (S. 565-575). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- GERBERSHAGEN, K., TROJAN, M., KUHN, J., LIMMROTH, V. & BEWERMEYER, H. (2008). Bedeutung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Religiosität für die Akzeptanz von chronischen Schmerzen. *Der Schmerz*, 22(5), 1-7.
- GORAL, A., LIPSITZ, J. D. & GROSS, R. (2010). The relationship of chronic pain with and without comorbid psychiatric disorder to sleep disturbance and health care utilization: Results from the Israel National Health Survey. *J Psychosomatic Res*, 69, 449-57.
- KWAN, K. S., ROBERTS, L. J. & SWALM, D. M. (2005). Sexual dysfunction in chronic pain: the role of psychological variables and impact on quality of life. *Eur J Pain*, 9(6), 643-652.
- LAWTON, J. & SIMPSON, J. (2009). Predictors of alcohol use among people experiencing chronic pain. *Psychol Health Med*, 14(4), 487-501.
- MITCHELL, M. D., MANNINO, D. M., STEINKE, D. T., KRYSCIO, R. J., BUSH, H. M. & CROFFORD, L. J. (2011). Association of smoking and chronic pain syndromes in Kentucky woman. *J Pain*, 12(8), 892-899.
- MONGA, T. N., TAN, G., OSTERMANN, H. J., MONGA, U. & GRABOIS, M. (1998). Sexuality and sexual adjustment of patients with chronic pain. *Disabil Rehabil*, 20(9), 317-329.
- NILGES, P. & NAGEL, B. (2007). Was ist chronischer Schmerz? *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 132, 2133-2138.
- PATTERSON, A. L., GRITZER, S., RESNICK, M. P., DOBSCHA, S. K., TURK, D. C. & MORASCO, B. J. (2012). Smoking cigarettes as a coping strategy for chronic pain is associated with greater pain intensity and poorer pain-related function. *J Pain*, 13(3), 285-292.
- PRAGER, G. (2007). Chirurgische Therapie der Adipositas. In A. Gangl (Hrsg.), *Ernährung und Verdauung* (S. 71-76). Wien: Facultas.
- RIPPENTROP, E. A., ALTMAIER, E. M., CHEN, J. J., FOUND, E. M. & KEFFALA, V. J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116(3), 311-321.
- ROBERTS, H. (1999). Lifestyle Surveys. In E. R. Perkins, I. Simnett & L. Wrigt (eds.), *Evidence-based Health Promotion* (pp. 333-341). Chichester: John Wiley & Sons.
- SAASTAMOINEN, P., LEINO-ARJAS, P., LAAKSONEN, M. & LAHELMA, E. (2005). Socio-economic differences in the prevalence of acute, chronic and disabling chronic pain among ageing employees. *Pain*, 114, 364-371.
- SAUMER, G. (2008). Fragen nach dem Schmerz – In der Sozialanamnese erhobene Lebensstile als Möglichkeit der Früherkennung potenziell chronischer SchmerzpatientInnen. Dissertation. Johannes Kepler Universität Linz.
- SPELLERBERG, A. (1996). Lebensstile in Deutschland – Verteilung und Beitrag zur Erklärung unterschiedlichen Wohlbefindens. In O. G. Schwenk (Hrsg.), *Lebensstil zwischen Sozialstrukturanalyse und Kulturwissenschaft* (S. 237-260). Opladen: Leske + Budrich.
- STROEDEL, H. (2007). Lebensstile und Drogenkonsum: Theoretische und empirische Analysen (S. 39). Tübingen: TOBIAS-lib.
- THOMSEN, A. B., SORENSEN, J., SJORGREN, P. & ERIKSEN, J. (2002). Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences. *Eur J Pain*, 6(5), 341-352.
- VEBLEN, T. (1986). *Theorie der feinen Leute: Eine ökonomische Untersuchung der Institutionen*. Frankfurt: Fischer.
- VERBUNT, J. A., HUIJNEN I. P. & SEELEN, H. A. (2012). Assessment of physical activity by movement registration systems in chronic pain: methodological considerations. *Clin J Pain*, 28(6), 496-504.
- WALLER, H. (2006). *Gesundheitswissenschaften: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis*. 4., überarb. und erweiterte Auflage (S. 49). Stuttgart: Kohlhammer.
- WEBER, M. (1980). *Wirtschaft und Gesellschaft*. 5. Auflage (S. 177). Tübingen: J.C.B. Mohr.
- WEINGARTEN, T. N., SHI, Y., MANTILLA, C. B., HOOTEN, W. M. & WARNER, D. O. (2011). Smoking and chronic pain: a real-but-puzzling relationship. *Minn Med*, 94(3), 35-37.
- WILSON, A. C. & PALERMO, T. M. (2012). Physical activity and function in adolescents with chronic pain: a controlled study using actigraphy. *J Pain*, 13(2), 121-130.

- WOOD, D., GOODNIGHT, S., HAIG, A. J. & NASARI, T. (2011). Body mass index, but not blood pressure is related to the level of pain in persons with chronic pain. *J Back Musculoskelet Rehabil*, 24(2), 111-115. www.derstandard.at, Umfrage des Meinungsforschungsinstitutes IMAS, publiziert am 15.10.2007.
- ZVOLENSKY, M. J., MCMILLAN, K., GONZALEZ, A. & ASMUNDSON, G. J. (2009). Chronic pain and cigarette smoking and nicotine dependence among a representative sample of adults. *Nicotine Tob Res*, 11(12), 1407-1414.

AutorInnen

DDr. Gertraud Kloimstein-Saumer

Assistenzärztin in Ausbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin

Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien
Telefon: +43 (1) 40400-0
gertraud.kloimstein-saumer@meduniwien.ac.at



Dr. Diana Meshkat

Assistenzärztin in Ausbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin

Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinische Abteilung für Biologische Psychiatrie
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien
Telefon: +43 (1) 40400-0
diana.meshkat@meduniwien.ac.at



Ass.-Prof. Dr. Peter Berger

Oberarzt, Facharzt für Psychiatrie

Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien
Telefon: +43 (1) 40400-0
peter.berger@meduniwien.ac.at



Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie, Psychotherapie
und Nervenheilkunde



www.dgppn.de

DGPPN KONGRESS

21. – 24. November 2012 // ICC Berlin
mit DGPPN-Akademie für Fort- und Weiterbildung

Zukunft der Psycho-Sozialen Medizin

► Plenarvorträge und Lectures

Fabrizio Benedetti (Turin, IT)
Harald zur Hausen (Heidelberg)
Eric J. Nestler (New York, USA)
Myrna M. Weissman (New York, USA)
Manfred Lütz (Köln)
Brenda Penninx (Amsterdam, NL)
Karina W. Davidson (New York, USA)
Philippa Garety (London, UK)
Georg Winterer (Köln)
Giacomo Rizzolatti (Parma, IT)
Axel Karenberg (Köln)
Hans-Walter Schmuhl (Bielefeld)
Heinz Häfner (Mannheim)
Manfred Spitzer (Ulm)
Klaus Dörner (Hamburg)
Borwin Bandelow (Göttingen)
Stavros Mentzos (Frankfurt am Main)
Ulrich Schweiger (Lübeck)
Klaus Mathiak (Aachen)
Anna C. Schulz-Du Bois (Kiel)

CME zertifiziert · Nachwuchsprogramm · Freier Eintritt für DGPPN-Neumitglieder 2012 · Englischer Programmteil · Stipendien für Medizinstudierende in Deutschland · Kongress-App · Live-Webcasts · Kongresskindergarten



World Psychiatric
Association WPA



European Psychiatric
Association EPA

PLAST – Plattform für StudentInnen des BÖP

Das neue Leitungsteam der PLAST stellt sich vor

Liebe StudentInnen,

seit Mai 2012 besteht das neue PLAST-Leitungsteam aus den drei bereits im alten Leitungsteam aktiven Mitgliedern Raphaela Rainer, Nina Schwed und Stefanie Solbrig, die sich für eine weitere Amtsperiode bereit gestellt haben, sowie den Neuen im Team Cornelia Haun und Katharina Kaiser.

Unser Hauptanliegen in den kommenden zwei Jahren besteht darin, neben dem oftmals sehr theorielastigen Psychologiestudium einen Einblick in die Praxis zu ermöglichen, der den StudentInnen an den Universitäten nicht geboten wird. Mit Hilfe von Infoabenden, Seminaren, Exkursionen und mehr möchten wir eine Plattform schaffen, auf der sich ausgebildete PsychologInnen und StudentInnen austauschen können.

Durch Selbsterfahrung innerhalb der Seminare, den direkten Austausch mit den Vortragenden oder Ausflügen zu verschiedensten psychologisch relevanten Einrichtungen wollen wir die Möglichkeit bieten, zusätzlich zum Studium Kenntnisse zu erwerben und praxisnahe Erfahrungen sammeln zu können. Wie unterscheiden sich die Gebiete innerhalb der Psychologie, wie Klinische- und Gesundheitspsychologie, Arbeitspsychologie, Rechtspsychologie u.a. tatsächlich in der Praxis und welchen Ausbildungsweg muss man bestreiten, um in einem bestimmten Bereich später einmal arbeiten zu dürfen? Das alles und noch mehr soll in den von uns organisierten Veranstaltungen vertieft werden.

Da wir alle an der Universität Wien studieren, liegt unser Kerngebiet natürlich innerhalb der Stadt Wien, dennoch möchten wir versuchen, allen PsychologiestudentInnen in Österreich Ansprechpartner bei Fragen zu sein und ihnen Unterstützungen in ihrem Studium anzubieten.

Auch für das kommende Wintersemester 2012 sind viele Veranstaltungen bereits in Planung. Einen Schwerpunkt möchten wir in Zukunft auf die Seminare und Exkursionen legen, da dort noch deutlicher die Möglichkeit besteht, einen Einblick in das Praxisgeschehen eines Psychologen zu bekommen.

Wir hoffen in den kommenden zwei Jahren unserer Amtsperiode weiterhin ein Bindeglied zwischen euch, den StudentInnen, und dem Berufsverband österreichischer PsychologInnen darstellen zu können. Über Anregungen

und Vorschläge bezüglich Themen von euch würden wir uns auch sehr freuen.

Wir wünschen euch einen guten Start in das Wintersemester 2012!

Euer PLAST-Leitungsteam



Hinten v.l.n.r.: Katharina Kaiser, Nina Schwed, Cornelia Haun, Raphaela Rainer; Vorne: Stefanie Solbrig

European Summer School in Portugal

(verfasst von Peter Edelsbrunner, Universität Graz)

Im Juli fand in Vila Nova de Foz Coa, im Nordosten Portugals an der spanischen Grenze, die 6. European Summer School (ESS) (www.efpsa.org/events/ess) der EFPSA statt. PsychologiestudentInnen aus 26 europäischen Ländern bekamen im Rahmen dieser Woche die Möglichkeit, internationale Forschungsprojekte angelehnt an das Generalthema „The Biased Brain: Research in Decision Making“ zu planen. Hierfür bekamen sie Unterstützung von Phd-Studierenden und Postdocs, die die sechs Projektgruppen durch das folgende Jahr begleiten werden, um mit ihnen gemeinsam von ihren Heimatländern aus die geplanten Projekte durchzuführen. In diesem langen, fordernden und erfahrungsreichen Prozess werden die Gruppen im Rahmen des „Young Researcher Programme“ unterstützt. Dieses bietet den Gruppen ausreichend professionelle Unterstützung, um ihre Projekte fertig zu stellen, auf Kongressen zu präsentieren und die Ergebnisse in wissenschaftlichen Journals zu veröffentlichen. Ebenso werden sie die Möglichkeit bekommen, sich im August des darauffolgenden Jahres an der Universität Cambridge wieder zu treffen. Dort werden sie als PraktikantInnen in einem internationalen Forschungsprojekt mitarbeiten, die Ergebnisse ihrer ESS-Projekte auf einer Konferenz präsentieren und gemeinsam ihre Forschungsberichte fertig schreiben.

Von herausragender Qualität zeigten sich die diesjährigen Gastvorträge zum Thema. Vor allem Dr. Brian Little, bekannt als herausragender Professor auf dem Gebiet der Persönlichkeitspsychologie und mehrfach ausgezeichnete Dozent an der Universität Harvard, konnte sämtliche Anwesenden mit seiner herzlichen Art überzeugen. Unter Miteinbezug der StudentInnen gab er Beispiele, wie Extraversion unser Lebensglück prägen kann und welche Rolle persönliche Projekte und sogenannte „Free Traits“ im ereignisreichen Jahr haben können, das die TeilnehmerInnen nach der ESS erwartet. Einige weitere Überraschungen warteten während der Woche auf die StudentInnen, wie eine Bootsfahrt auf der Douro, Führungen durch Weinanbaugebiet und Olivenölfabrik mit anschließender Verkostung, und ein Gala-Dinner mit einem traditionellen Fado-Konzert.

Das Young Researcher Programme steht nach der diesjährigen ESS vor seinem zweiten Jahr und Dr. Kai Ruggeri, der wissenschaftliche Leiter des Programmes, ist zuversichtlich, gemeinsam mit der EFPSA eines der besten und erfahrungsreichsten Ausbildungsprogramme weltweit für junge, wissenschaftlich orientierte PsychologInnen geschaffen zu haben.

Ansprechpartner :
EFPSA Activities-Officer William Steel (Englisch)
activities@efpsa.org

Vorschau: EFPSA Kongress 2013

Der EFPSA Kongress findet vom 21.-28. April 2013 in der Türkei statt. Das Thema des kommenden Kongresses steht bereits fest: „Networking: From Neurons to Society“ bietet die Gelegenheit, ein breites Spektrum an Aspekten zum Thema Netzwerken mit KollegInnen aus ganz Europa zu diskutieren und engagierte PsychologiestudentInnen kennen zu lernen. Auch im kommenden Jahr wird es wieder die Möglichkeit geben, eigene Forschungsarbeiten zu präsentieren und Workshops zu gestalten.

Alles weitere dazu findest du auf der EFPSA-Homepage:
www.efpsa.org

Wir freuen uns auf deine Teilnahme in der österreichischen Delegation!



Cornelia Haun
Studentin der Psychologie
an der Universität Wien,
Mitglied des PLAST-Leitungsteams

ÖAGG | PD

PSYCHOTHERAPIE-AUSBILDUNG

Fachspezifikum Psychodrama

Abschluss mit Master of Science (MSc)

7 Semester, berufsbegleitend

Beginn der nächsten Lehrgänge:

30.11.2012 - MSc 10 in Wien, 16.11.2012 - MSc 11 in Salzburg,

26.04.2013 - MSc 12 in Graz/Klagenfurt

Details: www.psychodrama-austria.at

Anmeldung: psychodrama@oeaqq.at

T: 0043-1-2559988

Wir stellen vor ...

HOBBIT – The Mutual Care Robot

Diesmal stellen wir Ihnen das Projekt „HOBBIT“ vor und interviewten für Sie MMag. Dr. Tobias Körtner.

Das Projekt HOBBIT ist ein von der EU finanziertes Forschungsprojekt in Kooperation zwischen: Technische Universität Wien, Otto Bock Mobility Solutions GmbH (Deutschland), Hella Automation GmbH (Österreich), Foundation For Research And Technology Hellas (Griechenland), Universität Lund (Schweden) und der Akademie für Altersforschung am Haus der Barmherzigkeit (Österreich).

Die demographische Entwicklung der europäischen Gesellschaften zeigt, dass die Zahl älterer Menschen stetig zunimmt. Ambient Assisted Living (AAL) und Social and Service Robots sind neue Schlüsselwörter im Umgang mit dieser Entwicklung. Technische Entwicklungen in der Robotik hat es bereits gegeben, doch gerade hier spielen die Faktoren Akzeptanz, Benutzerfreundlichkeit und Leistbarkeit die entscheidende Rolle für die erfolgreiche Anwendung solcher Technologien im alltäglichen Leben der Zielgruppe. Ziel des Forschungsprojekts ist die Entwicklung eines neuen Robotersystems (HOBBIT), das älteren Menschen im Haushalt hilft, ihnen Ansprache bietet und außerdem über eine Notruffunktion verfügt, die – zum Beispiel im Falle eines Sturzes der Person – einen Alarm aussenden kann (etwa an die Rettung oder Angehörige). Dabei soll ein marktnahes Produkt entstehen, das von der Zielgruppe auch akzeptiert wird. Die Hauptfunktion von HOBBIT ist also eigentlich ein Sicherheitsaspekt. Die Technik hierfür gibt es schon länger, wurde jedoch von der Zielgruppe kaum akzeptiert. HOBBIT soll daher andere Funktionen erfüllen, die aus Sicht der User sinnvoll oder unterhaltsam sind, sodass er täglich verwendet wird und seine eigentliche Hauptaufgabe „in den Hintergrund“ rückt. Die Forschungsfrage der Studie lautet also, wodurch könnte die Akzeptanz eines solchen Robotersystems bei der Zielgruppe erhöht werden?

Das Forschungsprojekt ist daher um einen benutzerzentrierten Ansatz bemüht und partizipativ ausgerichtet. Die Bedürfnisse der User stehen im Vordergrund und werden vorab erhoben. Rückmeldungen durch die Zielgruppe fließen wiederum in die technische Entwicklung des Roboters ein.

Was heißt Mutual Care?

Das Mutual-Care-Konzept wurde an der TU Wien für das HOBBIT-Projekt entwickelt. Der Gedanke bei Mutual Care ist die Herstellung einer emotionalen Bindung vom Benutzer zu HOBBIT als Hauptfaktor zur Erhöhung der Akzeptanz. Eine Bindung soll über die Möglichkeit erreicht werden, dass die Benutzer nicht nur Unterstüt-

zung durch ihren Roboter erhalten, sondern umgekehrt auch in die Rolle des Helfers für den Roboter schlüpfen, wie wenn man sich beispielsweise um ein Haustier kümmert. Das heißt, dass HOBBIT auch Informationen vom Benutzer erfragt und „Fehler“ machen kann. Hierbei fließen Elemente der „Helper Theory“ (Riessman, 1965) ein. Das gegenseitige Helfen soll zu einer erhöhten Akzeptanz aufgrund von Selbstwirksamkeit und gestärktem Selbstwert auf Seiten des Benutzers führen. Angestrebt wird der Aufbau einer Beziehung zwischen Benutzer und Roboter durch „gegenseitige Pflege“ und Interaktion, beiderseitige Abhängigkeit und somit höherer Selbstwirksamkeit auf Seiten der User (sie sind nicht allein das hilfsbedürftige „Pflegeobjekt“ des Roboters).

Hierfür ist jedoch auch die Zuschreibung von Eigenschaften und Emotionen entscheidend. Es wird davon ausgegangen, dass die Benutzer eine Art „Theory of Mind“ bezüglich HOBBIT entwickeln. Dem Roboter werden im Sinne einer Anthropomorphisierung Motive, menschliche Eigenschaften und evtl. auch Emotionen zugeschrieben. Dieser Prozess ist einerseits essentiell für das Konzept von Mutual Care, und muss andererseits natürlich auch Bestandteil der ethischen Diskussion innerhalb des Projekts sein.



Was kann der Roboter?

Der Prototyp ist derzeit in der Entwicklung. Design und auch Funktionalitäten sollen sich auch aus dem Feedback aus Fragebögen und Interviews ergeben. Einige grundsätzliche Funktionen von HOBBIT sind jedoch schon geplant:

- Durch ein spezifisch für ältere Benutzer gestaltetes Interface soll HOBBIT in der Lage sein, dem Menschen zu folgen oder ihn auch durch die Wohnung zu leiten,
- ihn an Termine/Tätigkeiten erinnern,
- Gegenstände erlernen und diese finden/bringen
- sowie mit dem Benutzer kommunizieren.

Mit HOBBIT soll es ermöglicht werden, länger selbstän-

dig im eigenen Zuhause zu leben.

Methodischer Aufbau und Ablauf des Projekts

Zielgruppe: Möglichst alleinlebende ältere Menschen ab 70 Jahren (Primary Users).

- Schritt 1: Am Anfang (bzw. parallel zur technischen Entwicklung) steht die Erhebung der Bedürfnisse und Akzeptanz der Zielgruppe (User Requirements). Hierzu werden als erster Schritt kreative Workshops in Kleinstgruppen geplant, zuerst mit älteren Menschen (sog. Primary User) aus einer Ergotherapiegruppe am Haus der Barmherzigkeit, und dann mit Angehörigen/Pflegekräften und Menschen, die Bezug zur Problematik haben (sog. Secondary Users). Dabei sollen die Teilnehmer einen „Helfer für den Haushalt“ aus Materialien ihrer Wahl kreieren; beschreiben, welche Eigenschaften er haben soll, und ihre Assoziationen dazu angeben. Ziel ist eine erste Einschätzung, wie ein solcher „Helfer“ aussehen könnte; Design von HOBBIT, was wird als angenehm/unangenehm empfunden, und was für Funktionen werden als sinnvoll erachtet. Der Ausdruck „Roboter“ soll hier absichtlich vermieden werden, um vorgefertigte Bilder zu vermeiden und vom maschinellen Aspekt hin zu einer Art „Haustier“ oder sozialer Bindung zu kommen. Ähnliche Workshops finden auch in Schweden statt.
- Schritt 2: Fragebögen für ältere Menschen ab 70 (möglichst alleinstehend), werden aus den Ergebnissen der Workshops erstellt und in Griechenland, Schweden und Österreich ausgeteilt (n=100). Inhaltlich wird es dabei um die Lebenssituation der User, Bedürfnisse und Schwierigkeiten im Alltag, Erfahrung mit Technik/Computern, Akzeptanz eines „Helfers“ im Haushalt sowie Aspekte von Design, Funktionen und Eigenschaften von HOBBIT gehen.
- Schritt 3: Ca. 40 qualitative Interviews werden mit freiwilligen Usern (alleinstehend, 70+) zur detaillierten Erfassung der User-Perspektive und zu Akzeptanz/Möglichkeiten der Interaktion und Bindung (Mutual Care) zwischen HOBBIT und den älteren Menschen geführt.
- Schritt 4: Testung von Prototyp 1: Im Labor/künstliche aufgebaute Wohnung. Bestimmte Funktionen/Interaktion zwischen HOBBIT und User sowie gestellte Notfallsituation und Kommunikationsablauf währenddessen werden praktisch getestet.
- Schritt 5: Testung von Prototyp 2: Nach einer kurzen Phase der Adaptierung und Verbesserung des Prototyps wird PT2 in ca. 25 realen Haushalten von freiwilligen, alleinlebenden Usern zur Testung eingesetzt.

Aufgabenbereiche des Psychologen

- Methodische Mitarbeit, Erstellung und Auswertung der Fragebögen, Durchführung und Auswertung der Interviews.
- Zur Bewertung und Diskussion der einzelnen Projektschritte mit älteren Menschen als Teilnehmern wurde ein eigenes Ethik-Team durch die Akademie für Altersforschung am Haus der Barmherzigkeit eingerichtet. Hier nimmt auch ein Psychologe teil. Es geht um die ethische Einschätzung und Gestaltung der Interaktion zwischen Forschern und Teilnehmern, Informed-Consent-Formular etc. Diskussion und Stellungnahmen aus ethischer Sicht.
- Input zu psychologischen Aspekten der Interaktion zwischen User und Roboter.

PiÖ: Wie ist das Projekt entstanden?

MMag. Dr. Tobias Körtner: Durch Zufall. Über einen Zeitungsartikel zum Thema Robotik stieß Prof. Dr. Christoph Gisinger von der Akademie für Altersforschung am Haus der Barmherzigkeit (AAF) quasi beim Frühstück auf das Forschungsteam um Prof. Dr. Markus Vincze an der Technischen Universität Wien (TUW). Aus dem Interesse an Assistiver Technologie im Bereich der Pflege älterer Menschen wurde die AAF dann Partner im HOBBIT-Projekt. Die TUW wiederum entwickelte HOBBIT zusammen mit der Firma Otto Bock, die sich neben ihrem Kerngeschäft im Bereich von Rollstühlen und Prothetik zukünftig auch der Robotik widmen möchte.

PiÖ: Was war und ist die Intention des Projekts?

MMag. Dr. Tobias Körtner: Ziel ist ein leistbarer und vor allem von älteren Menschen akzeptierter Roboter für den Gebrauch zu Hause. Er soll helfen, länger eigenständig zu Hause leben zu können. Das geht zum Beispiel durch Such- und Holdienste oder auch eine Erinnerungsfunktion, aber auch durch die Verhinderung von Stürzen oder zumindest Früherkennung. Wenn dadurch der Umzug in ein Pflegeheim hinausgezögert werden kann, würde das schon allein zu enormen finanziellen Ersparnissen führen: länger zu Hause ist billiger für alle.

Gerade ältere Menschen haben oft Berührungsängste gegenüber neuen Technologien. Neben den Grundfunktionen muss ein Serviceroboter dem Menschen zusätzlich etwas bieten, das Vertrauen und Akzeptanz fördert. Hierzu wurde der Mutual-Care-Ansatz entwickelt.

PiÖ: Welche Schwierigkeiten gab und gibt es bei der Durchführung?

MMag. Dr. Tobias Körtner: Techniker und Sozialwissenschaftler „ticken“ unterschiedlich. Erstere können wenig damit anfangen, wenn Benutzer sich vorstellen, ihren Roboter zu belohnen oder zu dekorieren, wir wiederum wurden zum ersten Mal mit „Freiheitsgraden eines Roboterarms“ konfrontiert.

Eine große Herausforderung ist auch die zeitliche Abstimmung von sozialwissenschaftlichen Erhebungen auf der einen und technischer Entwicklung auf der anderen Seite. Ob Funktionen und Eigenschaften des Roboters, die sich ältere Benutzer im Interview wünschen, dann technisch auch wirklich umsetzbar sind, ist nicht immer von Anfang an abschätzbar.

Hinzu kommen auch spannende ethische Fragen betreffend Interaktion zwischen Mensch und Maschine. Wie sehr ist es zum Beispiel für ältere Menschen akzeptabel, dass ein Roboter vermeintlich emotional reagiert? Welche Daten darf er verarbeiten? Wir stehen noch am Anfang der technischen Umsetzung und der Entwicklung von HOBBIT. Derzeit wird am ersten Prototyp gearbeitet. Selbst für uns ist es sehr spannend, da sich noch nicht genau sagen lässt, wie der erste Prototyp aussehen wird. Dementsprechend schwierig ist es, Menschen im Vorfeld zu ihrer Meinung und ihren Vorstellungen über das Design zu befragen. Sie sollen immerhin über ein Produkt sprechen, das sie nicht kennen oder sich nur schwer vorstellen können.

PiÖ: Welche Ziele konnten bis jetzt erreicht werden – was sind die größten Erfolge?

MMag. Dr. Tobias Körtner: Es ist gelungen, potentielle Benutzer bereits an einem sehr frühen Zeitpunkt des Projekts in die Entwicklung des Roboters einzubeziehen. Zusammen mit Partnern aus Schweden und Griechenland wurde eine umfassende Befragung von älteren Personen durchgeführt (sog. User Requirement Assessments), um deren Bedürfnisse und Wünsche zum Thema Roboter zu erheben. Die Auswertung erster Daten ist mittlerweile abgeschlossen, sodass wir ein gutes Bild von den Funktionen haben, die wichtig sind. Das sind zum Beispiel Erinnerungen an Termine und Medikamenteneinnahme, Hilfe beim Aufheben von Gegenständen, Unterstützung bei Kommunikation mit Verwandten und der Außenwelt sowie Geh- und Stützhilfen. Wenn es gelingt, die wichtigsten Bedürfnisse technisch auch umzusetzen, sind wir einen großen Schritt weiter.

PiÖ: Welche besonderen Herausforderungen und Chancen birgt die internationale Zusammenarbeit zwischen Forschungsinstituten, Industriepartnern und dem Haus der Barmherzigkeit?

MMag. Dr. Tobias Körtner: Das Projekt bietet die einzigartige Möglichkeit, Wissenschaftler aus völlig unterschiedlichen Bereichen (Technik, Kognitionsforschung, Psychologie und Pflegewissenschaften) zusammenzubringen und einen Austausch stattfinden zu lassen. Während AAF für die Erforschung der User-Seite zuständig ist, beschäftigt sich der Partner aus Schweden besonders mit Designfragen, die TUW hingegen mit der Benutzeroberfläche des Roboters und der Implementierung diverser technischer Elemente.

Die AAF erhofft sich hierzu auch Ergebnisse, die wiederum auf längere Sicht in den Pflegealltag am Haus der Barmherzigkeit einfließen könnten. Das betrifft Fragen wie die Nutzbarkeit von Robotertechnologie an einem Pflegekrankenhaus. Außerdem können sich neue Projekte ergeben, die für die Altersforschung interessant sind. Nicht zuletzt lernen wir im Bezug auf Forschungsarbeit und -Methoden vieles dazu – so haben wir zum Beispiel für die Erhebung der Userbedürfnisse auch sehr offene, kreative Workshopmethoden angewendet (z.B. Bilderassoziationen), die für die Zukunft noch verfeinert werden können.

PiÖ: Worin unterscheidet sich dieser Haushaltsroboter von anderen Entwicklungen?

MMag. Dr. Tobias Körtner: Bisher gibt es ja die recht erfolgreichen Staubsaugerroboter, die man mittlerweile in Serie erhalten kann. Andere Roboterprojekte haben sich auf dem Markt bisher nicht durchsetzen können, weil sie viel zu teuer sind. Mit HOBBIT soll ein leistbarer Roboter entstehen, der eher klein und somit auch wohnungstauglich ist. Das Besondere an ihm wird der verstärkte Schwerpunkt auf Interaktion und gegenseitige Hilfe zwischen Mensch und Roboter sein.

PiÖ: Was zeichnet dieses Projekt bzw. den Roboter „Hobbit“ aus?

MMag. Dr. Tobias Körtner: Da es um Interaktion geht, basiert HOBBIT nicht nur auf Funktionen, sondern auch stark auf Verhalten des Roboters. In unseren Untersuchungen mit Bilderassoziationen zum Thema „Helfer“ zeigte sich zum Beispiel, dass manche eher das Bild einer Krankenschwester bevorzugen – einfühlsam, fürsorglich und immer präsent – und andere mehr zur Katze tendieren, die zwar kuschelig sein kann, aber auch für ein unabhängiges Wesen steht. HOBBIT ist also nicht ledig-

lich ein elektronischer Butler, der stumm irgendwelche Tätigkeiten erledigt, sondern man muss mit ihm kommunizieren und er soll den älteren Menschen seinerseits aktivieren.

Dieser Bereich ist natürlich auch vom psychologischen Standpunkt aus besonders spannend. Die Mutual-Care-Theorie wird erst im Laufe des Projekts immer fassbarer. Das ist für das Projektteam selbst ein Erkenntnis- und Entwicklungsprozess.

PiÖ: Auf welchen Überlegungen basiert der für dieses Projekt zentrale Ansatz der gegenseitigen Sorge bzw. „Mutual Care“?

MMag. Dr. Tobias Körtner: Dieser Ansatz wurde an der TUW entwickelt und soll im Rahmen des Projekts näher erforscht und ausgearbeitet werden. Basis bildet Die „Helper Theory“ nach Riessman (1965). Sie geht davon aus, dass sich Gruppenmitglieder innerhalb einer Gruppe wohler fühlen und eine stärkere Bindung an ihre Gruppe verspüren, wenn sich die Mitglieder untereinander gegenseitig helfen. Auf ältere Menschen übertragen heißt das, subjektives Wohlbefinden ist höher, wenn man nicht nur Hilfe empfängt, sondern auch für den anderen etwas tun kann. Darauf basiert der Mutual-Care-Gedanke: Auch der Roboter wird nicht immer gleich alles richtig machen oder verstehen. Man wird ihm beispielsweise erst einmal Objekte zeigen und beibringen müssen, er muss die Wohnung kennen lernen und benötigt Informationen vom User.

Natürlich spielen hier auch sozialpsychologische Aspekte (beispielsweise zum Kooperationsverhalten) sowie Bindungsprozesse eine entscheidende Rolle, ebenso wie die Persönlichkeit des Users, das sogenannte User-Profil. Während einer eine Art verspieltes Haustier möchte, erwartet sich jemand anderer eher einen Roboter, der sich dezent im Hintergrund bewegt.

PiÖ: Was sind Zukunftsvisionen für dieses oder folgende Projekte?

MMag. Dr. Tobias Körtner: Am Ende des Projekts sollte ein verwertbares Produkt stehen. Vielleicht fahren in ein paar Jahren schon die ersten HOBBITs zur Unterstützung in Wohnungen älterer Menschen herum. Zudem gibt es schon etliche Ideen, wie man einen solchen Mutual-Care-Roboter noch erweitern könnte. Allerdings ist der Stand der Technik noch nicht immer so weit, zum Beispiel im Bereich der Spracherkennung.

Neue Projekte werden zudem hoffentlich auch direkt im Pflegebereich anwendbar sein. Insgesamt birgt die Einbeziehung von sozialwissenschaftlichen Schwerpunkten in die technische Entwicklung noch sehr inte-

ressante Forschungsthemen. Ein Punkt wäre zum Beispiel das Erkennen bzw. Interpretieren menschlicher Emotionen durch Robotersysteme.

Literatur

RIESSMAN, F. (1965). The „helper“ therapy principle. Social Work, 10, 27-32.

Kontakt

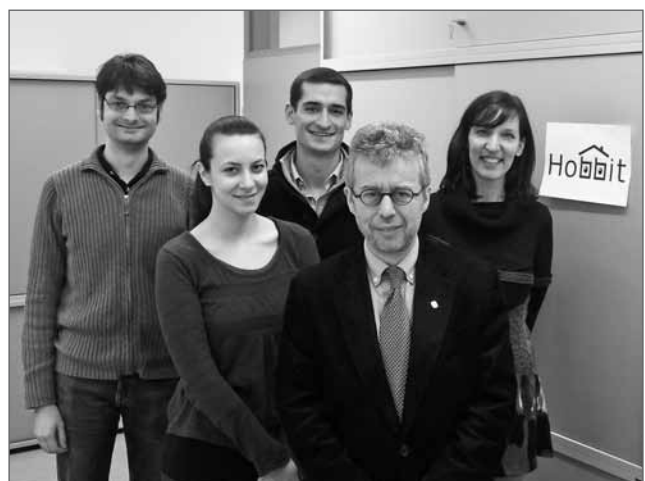
Mag.^a Alexandra Schmid
Leitung Stabsstelle Lehre und Forschung

Haus der Barmherzigkeit
Seeböckgasse 30a
A-1160 Wien
Telefon: +43 (0)1 401 99-1110
Mobil: +43 (0) 664 6101215
alexandra.schmid@hausderbarmherzigkeit.at
<http://www.hausderbarmherzigkeit.at>



MMag. Dr. Tobias Körtner
Akademie für Altersforschung
am Haus d. Barmherzigkeit

Haus der Barmherzigkeit
Seeböckgasse 30a
A-1160 Wien
Telefon: +43 (0)1 401 99-1112
tobias.koertner@hausderbarmherzigkeit.at
<http://www.hausderbarmherzigkeit.at>



Für weitere Informationen zum Projekt besuchen Sie:
<http://www.hobbit-project.eu/>

Für Sie gelesen

Riemann, Fritz

Grundformen der Angst

2011, Ernst Reinhardt Verlag, München, 40. Auflage,
ISBN 978-3-497-03749-0, 244 Seiten, € 14,90

Fritz Riemann (1901-1979) war Psychologe, Psychoanalytiker und Mitbegründer der heutigen Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie in München. Sein bekanntestes Buch „Grundformen der Angst“ wurde 1961 herausgegeben.

Das Werk geht von der Unvermeidbarkeit von Ängsten aus, die Menschen von der Wiege bis zur Bahre begleiten und zum Dasein dazugehören scheinen. Gleich in der Einleitung schreibt er „Es bleibt wohl eine unserer Illusionen, zu glauben, ein Leben ohne Angst leben zu können.“

Wenn Angst durch ein Erlebnis ausgelöst wird, kann sie jederzeit ins Bewusstsein gelangen. In der Regel ist die menschliche Reaktion darauf ein Ausweichen. „Aber wie der Tod nicht aufhört zu existieren, wenn wir nicht an ihn denken, so auch nicht die Angst“ postuliert der Autor. Das Ausweichen hemmt die persönliche Entwicklung im Gegensatz zum Annehmen und Meistern von Angstzuständen.

Der Autor führt weiter aus, daß Menschen dazu neigen, harmlosere Ersatzobjekte mit Angst zu besetzen, weil das Vermeiden leichter gelinge als bei den vier dahinter stehenden und unausweichlichen Grundformen der Angst. Gleichzeitig sollen wir unauflösbare Gegensätzlichkeiten und Widersprüchlichkeiten leben: So sollen wir sowohl Selbstbewahrung und Selbstverwirklichung leben als auch Selbsthingabe und Selbstvergessenheit. Damit verbunden sollen wir die Angst vor der Ich-Aufgabe wie auch die Angst vor der Ich-Werdung überwinden. Wir sollen Dauer anstreben mit dem Wissen, daß es jederzeit aus sein kann, und uns der Angst vor der Wandlung und des Wagnisses stellen. Zuletzt sollen wir bereit sein, uns lebendig zu halten. Damit verbunden ist die Überwindung der Angst, durch Ordnungen und Regeln im Freiheitsdrang eingeengt zu werden.

Auf dieser Grundlage der Anforderungen, die mit Leben verbunden sind, lassen sich die 4 Grundformen der Angst noch einmal zusammenfassen:

- Angst vor Selbsthingabe (als Ich-Verlust und Abhängigkeit erlebt)
- Angst vor Selbstwerdung (als Ungeborgenheit und Isolierung erlebt)
- Angst vor der Wandlung (als Vergänglichkeit und Unsicherheit erlebt)
- Angst vor der Notwendigkeit (als Endgültiges und Unfreiheit erlebt)

Alle möglichen Ängste werden als Varianten der Grundformen angenommen. „Eine lebendige Ordnung scheint nur möglich zu sein, wenn wir ein Gleichgewicht zwischen diesen antinomischen Impulsen zu leben versuchen.“ Gleichgewicht bedeutet ein immer wieder Herstellendes.

Riemann beschreibt vier Persönlichkeitsstrukturen, die er nicht fatalistisch und typologisch endgültig festgelegt verstanden haben möchte. Vielmehr würden Einstellungen und Verhaltensweisen der Persönlichkeit strukturelle Züge verleihen, die nicht hinzunehmen sind. Die vier Persönlichkeitsstrukturen sind als Grundeinstellungen und Verhaltensmöglichkeiten zu verstehen gegenüber den Bedingungen unseres Daseins. In vier Kapiteln werden die Persönlichkeiten mit schizoiden, depressiven, zwanghaften und histrionischen Einstellungen und Verhaltensweisen beschrieben vor ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund, der Erlebnisweisen und in ihrem Umgang mit Aggression, Liebe und Sexualität. „Wir können demnach sogar sagen, daß wir im gewissen Sinne umso lebendiger sind, je mehr wir in allen vier Bereichen zuhause sind bzw. keiner der vier Grundimpulse ausfällt“ schließt Riemann seine Betrachtungen ab.

Das Werk vereint theoretische Überlegungen, Verhaltensbeschreibungen und ganzheitliche Erklärungen mit philosophischen Betrachtungen. Das Buch war damals als „Lebenshilfebuch“ gedacht und ist zu einer Zeit entstanden, als es noch keine Klassifikationsordnungen wie DSM IV oder ICD 10 gab. In den letzten 50 Jahren sind zahlreiche Artikel mit Ergebnissen aus der empirischen Forschung erschienen und Manuale zum verbesserten Umgang mit Ängsten und Depressionen weiter entwickelt worden. Vielen erkrankten Menschen konnte durch lebenspraktische Vorschläge bereits konkret geholfen werden.

„Grundformen der Angst“ ist einem Leserkreis empfohlen, der einen interessanten und lehrreichen Beitrag zur besseren Verständlichkeit menschlicher Erlebnis- und Verhaltensweisen sucht fern von den Spuren der empirischen Überprüfung und einem Angebot an Bewältigungsstrategien. Aus der Ansicht der Rezensentin ist der Anspruch eines „Lebenshilfebuches“ auch 50 Jahre nach der ersten Veröffentlichung erhalten geblieben.

Für Sie gelesen von
Ulrike Richter
Linz a.d. Donau

Siegler, Robert; DeLoache, Judy & Eisenberg, Nancy

Entwicklungspsychologie im Kindes- & Jugendalter

Deutsche Auflage herausgegeben von Sabina Pauen
2011, Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg,
ISBN 978-3-8274-2878-3, 1000 Seiten, € 59,95

Das ursprünglich englischsprachige Lehrbuch, das nun durch neue Forschungsergebnisse sowie ein neues Kapitel ergänzt und aktualisiert in der 3. Auflage vorliegt, wurde von deutschen Psychologen aus Lehre und Forschung aus dem Amerikanischen übersetzt und durch aktuelle deutsche Forschungsbeiträge angereichert, in Deutschland als Standardliteratur für das Bachelorstudium ausgewählt.

Gegliedert ist das Buch in insgesamt 16 Kapitel: einleitend wird auf die historischen Wurzeln und die Methoden der Untersuchung kindlicher Entwicklung eingegangen, gefolgt von einem Kapitel zur Pränatalen Entwicklung und einem Kapitel zum Thema Biologie und Verhalten, wo unter anderem auf die Anlage-Umwelt-Problematik, die neuronale Entwicklung und Untersuchungsmethoden wie bildgebende Verfahren und elektrophysiologische Aufzeichnungen neuronaler Aktivität eingegangen wird. Es folgt ein Kapitel über die Theorien der kognitiven Entwicklung, die Entwicklung von Wahrnehmung, Motorik, Lernen und Kognition in der frühen Kindheit, die Entwicklung des Sprach- und Symbolgebrauches und von Konzepten. Im Kapitel zum Thema Intelligenz und schulische Leistung werden überblicksartig Intelligenzkonzepte diskutiert, ein Abriss zur Geschichte der Intelligenzmessung gegeben, das Maß des Intelligenzquotienten erläutert und hinsichtlich seiner Relevanz und Vorhersagekraft für späteren beruflichen Erfolg sowie seine Einflussfaktoren und alternativen Ansätze dargestellt. Der Erwerb verschiedener schulischer Fähigkeiten wird in Bezug zu übergeordneten Theorien gestellt, Fördermöglichkeiten werden aufgezeigt. Im Kapitel zur Sozialen Entwicklung werden psychoanalytische Theorien, Lerntheorien, Theorien der sozialen Kognition und ökologische Entwicklungstheorien nach ähnlichem Aufbau vorgestellt. Es folgen Kapitel zur Emotionalen Entwicklung, zu Bindung und Entwicklung des Selbst, zum Thema Familie, wo unter anderem die Bedeutung von Erziehungsstilen und die Veränderung familiärer Strukturen im Rahmen gesellschaftlicher Veränderungen diskutiert werden. Weitere Kapitel widmen sich den Beziehungen zu Gleichaltrigen, der Moralentwicklung und der Entwicklung der Geschlechter. Im Schlusskapitel wird ein auf den vorangegangenen Kapiteln aufbauendes Fazit zu sieben Grundfragen gegeben, die den roten Faden durch das gesamte Werk bilden.

Darin unterscheidet sich das vorliegende Buch auch von vergleichbaren Werken: die (Leit-)Fragen

- Wie formen Anlage und Umwelt gemeinsam die Entwicklung?
- Wie formen Kinder ihre eigene Entwicklung?
- In welcher Hinsicht verläuft Entwicklung kontinuierlich, in welcher diskontinuierlich?
- Wie ergeben sich Veränderungen?
- Wie beeinflusst der soziokulturelle Kontext die Entwicklung?
- Wie kommt es, dass Kinder sich so stark voneinander unterscheiden?
- Wie kann Forschung zur Förderung des Kindeswohles beitragen?

wurden explizit dazu herangezogen die Kernstruktur des Buches zu bilden. Wie sich wiederholende Perspektiven dienen sie dazu, die unterschiedlichen Themen zu betrachten und treten in den beschriebenen Kapiteln immer dann in den Vordergrund, wenn sie für einen Entwicklungsbereich besonders relevant sind. So wird hier eine themenbezogene Betonung und Strukturierung einer Ordnung nach Altersstufen, Entwicklungstheorien oder Funktionsbereichen vorgezogen, werden theoretische Überlegungen, empirische Beobachtungen und praktische Implikation in jedem einzelnen Kapitel verzahnt.

Die 650 Seiten umfassenden Kapitel lesen sich rasch und leicht, Fachtermini werden im allgemeinen soweit erläutert, dass der Text in seiner überwiegend alltagsnahen Sprache gewiss auch für Einsteiger gut lesbar ist – nicht unwichtig für ein Basiswerk. Der didaktische Aufbau erscheint klar und übersichtlich: zentrale Begriffe werden bei erstmaligem Gebrauch im Text hervorgehoben, in farblich hinterlegten Kästen näher erläutert und im Glossar zusammengefasst. Zusammenfassungen finden sich in Tabellen und farblich hervor gehobenen Merkkästen, weiters finden sich mehrseitige übersichtlich strukturierte Zusammenfassungen mit Fragen und Denkanstößen am Ende jedes einzelnen Kapitels. Einen Überblick über den Inhalt kann sich der Leser auf den ersten Seiten des Buches wahlweise mittels einer etwas größeren Inhaltsübersicht oder eines detaillierten Inhaltsverzeichnisses verschaffen. Am Ende findet sich ein umfangreiches Glossar, in dem auf lexikalische Weise Fachtermini erläutert werden, ihre englische Entsprechung angeführt und auf die Bezüge zum Text verwiesen wird, ebenso wie ein Namens- und ein Sachindex. Auf ein Literaturverzeichnis zur weiterführenden Vertiefung in die zitierten Studien und Forschungsbeiträge wurde verzichtet.

Insgesamt lässt sich sagen, dass hier ein sehr hochwertig gestaltetes und didaktisch gut aufbereitetes Lehr-

buch vorliegt, bei dem sich manche vielleicht einen höheren Grad an sprachlicher Verdichtung und vor allem ein Literaturverzeichnis wünschen werden. Die meisten Leser aber werden es wegen seiner Zugänglichkeit, Anschaulichkeit, Übersichtlichkeit und seiner Orientierung an den praxisrelevanten Leitfragen sehr schätzen.

Für Sie gelesen von
Reinhard Gstättner
Wien

Datler, Margit

Die Macht der Emotion im Unterricht. Eine psychoanalytisch-pädagogische Studie

2012, Gießen, Psychosozial-Verlag, ISBN 978-3-8379-2186-1,
244 Seiten, € 24,90

Emotionen beeinflussen unser Wahrnehmen, Denken, unsere Entscheidungsfindung, unser Handeln und auch unsere künftigen Handlungsintentionen, wenngleich wir uns dessen nicht immer bewusst sind. Unentwegt sind wir mit der Kontrolle unserer Gefühle beschäftigt, bemühen uns, angenehme Gefühle zu optimieren, möglichst lange aufrechtzuerhalten und unangenehme Spannungen möglichst zu vermeiden. Emotionen haben daher auch einen bedeutenden Anteil daran, ob schulische Prozesse gelingen oder misslingen. Sie beeinflussen Lernen und Lehren maßgebend und spielen daher im Unterrichtsgeschehen eine zentrale Rolle.

Margit Datler lehrt an der Kirchlichen Pädagogischen Hochschule Wien/Krems, an der Universität Wien und an der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck mit Schwerpunkt Psychoanalytische Pädagogik. Dabei sind ihre Arbeitsschwerpunkte die Aus- und Weiterbildung von LehrerInnen sowie die Professionalisierungsforschung im Bereich der frühen Kindheit und Schule. In ihrem Buch, „Die Macht der Emotion im Unterricht“, wird dargestellt, in welcher Weise sich die Psychoanalytische Pädagogik seit ihren Anfängen mit diesen Fragen auseinandergesetzt hat.

Die besondere Bedeutung, die dem Erleben in pädagogischen Situationen zukommt und die Emotionen beim Lehren und Lernen beigemessen wird, hat über Jahrzehnte hinweg in den Entwicklungsstadien der Psychoanalytischen Pädagogik Veränderungen erfahren und ist in unterschiedlicher Weise bestimmt und beschrieben worden. Seit den Anfängen der Psychoanalytischen Pädagogik gibt es eine beträchtliche Anzahl von Beiträgen, die sich mit schulpädagogischen Fragestellungen aus psychoanalytisch-pädagogischer Sicht beschäftigen.

Das Vorhaben dieses Buches ist es daher, zwei Periodika der psychoanalytisch-pädagogischen Literatur, Die Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik, 1926 bis 1937, und das Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik, das seit 1989 erscheint, auf die Fragestellung der Bedeutung der Emotionen im schulischen Bereich hin durchzuarbeiten, im Anschluss daran die Frage zu beantworten, ob es anhand der Herausarbeitung von Unterschieden oder von Ähnlichkeiten eine Weiterentwicklung gegeben hat und Überlegungen anzustellen, welche Folgerungen sich aus der Beschäftigung mit der Bedeutung von Emotionen aus psychoanalytisch-pädagogischer Sicht ergeben. Publikationen von AutorInnen, welche an der Entwicklung maßgeblich beteiligt sind, werden in diesem Buch exemplarisch referiert und diskutiert.

An vielen konkreten Beispielen aus dem Schulalltag wird gezeigt, wie mithilfe aktueller Konzepte die Dynamik schwieriger schulischer Situationen besser verstanden und die Professionalität schulischen Denkens und Handelns gesteigert werden kann.

Durch dieses Buch werden LehrerInnen in ihrer Aus- und Weiterbildung verstärkt dazu angeregt, Fähigkeiten des psychoanalytischen Verstehens zu entfalten, um in höherem Ausmaß reflektiert entscheiden und handeln zu können, damit schulische Situationen weniger belastend erlebt werden.

Für Sie gelesen von
Regine Daniel
Wien

Dinner, P.

Depression. 100 Fragen 100 Antworten. Hintergründe – Erscheinung – Therapie

2010, Verlag Hans Huber, Bern, 2. Auflage, ISBN 978-3-456-84876-1,
249 Seiten, € 19,95

Im vorliegenden Buch werden 100 Fragen zu den Hintergründen, den verschiedenen Erscheinungsformen und der Therapie der Depression gestellt und nach dem letzten Wissenstand beantwortet. Im Anhang findet der Leser die internationale Einteilung der Depression nach ICD-10 und nach DSM-IV-TR wieder sowie die derzeit im deutschsprachigen Raum verschriebenen Wirkstoffe und Präparate und ein Literaturverzeichnis zur allgemeinen Literatur, zu Lehr- und Selbsthilfebüchern.

Das Buch ist auf der Grundlage von drei Jahrzehnten therapeutischer Arbeit mit depressiv erkrankten Menschen und deren Bedürfnis nach Hilfe und Aufklärung

entstanden. Der Autor bemerkt sogleich im einführenden Kapitel, dass trotz der intensiven und langjährigen Forschungsarbeiten um die Erkrankung Depression eine noch immer unbefriedigende Behandlungssituation vorzufinden ist. Als einen der Gründe führt er das Nicht-Erkennen und Nicht-Anerkennen dieser Erkrankung an, die in weiterer Folge in nicht ausreichend bzw. unbehandelte Zustände übergeht.

Aus diesem Grund ist der Ratgeber für einen möglichst großen Personenkreis (betroffene Menschen, Angehörige, Studierende, Experten) gedacht. Der Leser erfährt Informationen zu Vorboten der Erkrankung und zu den Vorteilen einer frühzeitigen Differentialdiagnostik der verschiedenen Erscheinungsformen der Depression, zu den beobachteten Entstehungsbedingungen und den biologischen Grundlagen. Das letzte von drei Kapiteln beinhaltet Therapie- und Vorsorgemöglichkeiten sowohl für erkrankte Personen als auch für deren Angehörige.

Gut gelingt die Darstellung der edukativen Inhalte, die Betroffene befähigen, erste Erklärungen oder vorläufigen Hypothesen über ihr Krankheitsgeschehen vor allem auf der körperlichen Ebene besser zu verstehen.

Besonders einfühlsam wird auch die oft schwierige und überfordernde Situation für Angehörige, Freunde und Arbeitskollegen von erkrankten Personen beschrieben und notwendige Möglichkeiten zur Entlastung werden aufgezählt.

Gerade die Therapiemöglichkeiten sind anschaulich verfasst und geben Mut und Zuversicht, sich auf eine bis zu Jahre lang dauernde Behandlung einzulassen und eben nicht in einer wie auch immer gearteten Form abzubrechen.

Der Aufbau der 100 Fragen ermöglicht ein gezieltes Nachschlagen und Nachlesen. Trotz eines mittlerweile großen Wissenstandes aus verschiedenen Fachdisziplinen um die Erkrankung Depression ist es dem Autor gelungen, auf konkurrenzierende Aussagen und Darstellungen gerade beim Vorgehen in einer interdisziplinären Behandlung weitgehend zu verzichten. So wird die zweite überarbeitete Auflage dem Anliegen des Autors bis zum Schluss gerecht, in erster Linie ein Angebot für Aufklärung und eine erste Hilfestellung zu setzen.

Für Sie gelesen von
Ulrike Richter
Linz a.d. Donau

Brigitte Schigl

Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess?

2012, Springer VS, Wiesbaden, ISBN 978-3-531-18645-0, 214 Seiten, € 29,95

Glauben Sie, dass die Geschlechtszugehörigkeit in der Psychotherapie eine Rolle spielt und v.a. welche? Fragen Sie sich, warum jemand sich gerade an Sie als Mann oder als Frau wendet? Oder warum eine Klientin oder ein Klient gerade an Sie als Mann/Frau überwiesen wurde? Welche Phantasien erzeugt Ihr Geschlecht bei KlientInnen über Sie und welche Phantasien entwickeln sich bei Ihnen aufgrund des Geschlechts Ihres Gegenübers vor und während des Erstkontakts? Was sind typische Probleme und bevorzugte Themen bei der Arbeit mit KlientInnen des gleichen Geschlechts bzw. des anderen Geschlechts?

Diesen und vielen weiteren Fragen ist auch Brigitte Schigl in Ihrer Profession als Dozentin für Psychotherapie und biopsychosoziale Gesundheit, als Lehrsupervisorin und als Lehrtherapeutin für Integrative Therapie in Ihrem neuesten Buch wissenschaftlich fundiert und beeindruckend systematisch nachgegangen. Durch die Strukturierung des gesammelten Datenmaterials und ihres langjährigen Erfahrungswissens entlang des von Petzold entwickelten Tree of Science, gelingt es ihr, eine gewisse Ordnung in eine hoch komplexe Materie zu bringen, die durch sehr kontroverielle und sich überschneidende Diskurse und – damit verbunden – oft auch widersprüchliche und schwer fassbare Untersuchungsergebnisse gekennzeichnet ist. Beginnend mit Large Range Theories zum Frau- und Mannsein werden metatheoretische Ansätze aus der Frauen- und Geschlechterforschung referiert und mit erkenntnistheoretischen und anthropologischen Überlegungen der Integrativen Therapie in Beziehung gebracht.

Auf einer theoretischen Abstraktionsebene mittlerer Reichweite (Middle Range Theories) werden danach einerseits sozialpsychologische Theorien und Forschungsergebnisse zu Männern und Frauen, andererseits theoretische Annahmen über therapeutische Beziehungen und den Therapieprozess, im speziellen in der Integrativen Therapie, und über das Geschlecht im psychotherapeutischen Prozess im Allgemeinen zusammengefasst.

Auf der Ebene der Small Range Theories finden sich empirische Befunde und epidemiologische Daten zu geschlechtsspezifischen Unterschieden auf KlientInnenebene, v.a. aber auch Untersuchungsergebnisse zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Selbstwahrnehmung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ebenso, wie in der Wahrnehmung von Klienten

und Klientinnen durch PsychotherapeutInnen. Metaanalytisch werden auch auf dieser Ebene Ergebnisse zu genderspezifischen Aspekten der Übertragung und Gegenübertragung, zu sexuellen Übergriffen in der Therapie und zum Therapieoutcome in geschlechterhomogenen und geschlechterheterogenen Konstellationen dargestellt. Ein kritischer Blick gilt der bisherigen Forschungspraxis, die in der Therapieforschung bisher im wesentlichen differenztheoretisch orientiert und daher nach – meist quantitativ fassbaren – Unterschieden zwischen den Geschlechtern suchend zu kurz greift. Die Beschäftigung mit „Doing gender“ in der Psychotherapieforschung erfordere eher qualitatives und prozessorientiertes Vorgehen und neben einem Gender-Denken auch eine Berücksichtigung von Diversity-Faktoren.

Als besondere Zugabe hat sich Bigitte Schigl darüber hinaus der Mühe unterzogen, die verschiedenen theoretischen Impulse für die Praxis durch eine konkrete Darstellung genderkompetenter Methoden und Techniken und ein Gender-Fragen-Manual für Therapie und Beratung aufzubereiten. Der Fragenkatalog bezieht sich auf die eigene Gendersensibilität, den Überweisungskontext, die Selbstwahl der TherapeutIn/BeraterIn, den Erstkontakt, vorherrschende oder sensible Themen, den Modus des Handelns und auf spezielle Fragen zur Gruppentherapie-/beratung bzw. zur Gruppenleitung. Der Titel des Kapitels „gelungene Therapie überschreitet Gendergrenzen“ könnte dabei gleichsam auch als Zieldefinition gelesen werden.

Eine gewisse Hürde für die Rezeption stellt zwar die kleine Schrift und der dadurch eventuell zunächst trocken erscheinende Text dar. Lassen Sie sich davon aber nicht abschrecken, es lohnt sich in den Text hinein zu schnuppern. Außerdem fällt dadurch der Preis vergleichsweise moderat aus.

Fazit: Gender matters – nicht nur in Bezug auf die KlientInnen! Auch in Bezug auf uns selbst als PsychologInnen und PsychotherapeutInnen und erst recht im komplexen Interaktionsgeschehen spielen Genderaspekte im Sinne eines permanenten „doing gender“ und die Reflexion desselben eine bedeutsame und bisher in der Psychotherapie noch immer unterschätzte Rolle. Und Brigitte Schigl hat uns nicht nur eine kompakte Zusammenfassung genderspezifischer metatheoretischer Überlegungen und eine umfassende Darstellung psychotherapierelevanter geschlechtsspezifischer Untersuchungsergebnisse zur Verfügung gestellt, sondern darüber hinaus auch eine Fülle an praktischen Fragen und Beispielen in einem gut sortierten Psychotherapiewerkzeugkoffer an die Hand geliefert. Ein Lehrbuch im besten Sinn des Wortes – wir können daraus lernen, auch etwas über uns selbst!

Für Sie gelesen von
Gabriele Kastner
Gmünd und Graz

Höfner, E. Noni

Glauben Sie ja nicht, wer Sie sind!

2011, Heidelberg, Carl-Auer Verlag, 1. Auflage,
ISBN: 978-3-89670-773-4, 269 Seiten, € 24,95

Das Buch bietet einen umfassenden Einblick in die provokative Therapie und unterlegt die Theorie mit zahlreichen Beispielen. Als Therapeutin mit altbekannten Ansätzen kann es beim Lesen immer wieder zu einem Kopfschütteln kommen, einem Lächeln und zu Momenten der Erkenntnis, die eine Verwirrung bewirken, was von der Autorin auch so beabsichtigt scheint. In der Durchsicht des Buches ist es schwer, sich nicht selbst zu erkennen und nicht an manchen Eigenheiten zu zweifeln, die sich im Laufe der Jahre etabliert haben. Das Buch richtet sich an Berater, Therapeuten und Coaches, aber auch an Betroffene. Das Ziel des Buches ist die Darstellung der Grundlagen der provokativen Therapie, wobei dies vor allem durch die Darstellung zahlreicher Beispiele gut gelingt.

Aufgebaut ist das Buch auf zwei Teile. Der erste theoretische Teil bietet einen Einstieg mit der Darstellung von Wachstumsbremsen, altbekannten Mustern, die das Leben einerseits einfach machen, andererseits unsere Entwicklung hemmen. „Am Beginn eines jeden Problems steht ein fester Glaube, eine starre Überzeugung, eine fixe Idee bezüglich der eigenen Identität, die für Variationen keinen Spielraum lässt“, beschreibt Höfner die Wachstumsbremse Fixierung und schließt mit Faulheit und Feigheit an, wobei die Erläuterungen größtenteils mit Beispielen unterlegt werden. Wichtig auch die anschließende Darstellung des Einflusses von Denken, Fühlen und Verhalten auf Veränderungen. Ein weiteres Kapitel ist etwas unglücklich als „Grabenkriege der beratenden Zunft“ betitelt, beinhaltet jedoch zahlreiche Ansatzpunkte zur Haltung des „Beraters/Therapeuten“ und wie dieser dem Klienten begegnen kann, welches Menschbild notwendig ist, um die provokative Therapie einzusetzen. Im Kapitel „Ein kurzer Abriss des Provokativen Stils“ wird das Vorgehen bei der Therapie sowie die äußerst wertschätzende Grundhaltung des Ausführenden vertieft und Methoden dargestellt, wie Ressourcen durch die Provokation von Emotionen aktiviert werden. Das Erwecken bzw. Aufwühlen von Emotionen stellt sich als wesentlicher Faktor für mögliche Veränderungen dar und die provokative Therapie setzt durch ihre Methoden besonders auf dieser Ebene an. Die Wirkung des Lachens wird dem Veränderungs-Widerstand des Klienten gegenübergestellt, was eine Lösungsfindung durch den Klienten durch das provokative Angreifen alter Überzeugungen erleichtern soll. Die Erläuterungen über das Gehirn und die Psyche beinhalten Altbekanntes und wer-

den schließlich ergänzt um weitere Methoden und das Abstecken der Rahmenbedingungen der provokativen Therapie.

In den folgenden Kapiteln wird bisher Beschriebenes ergänzt und somit vertieft, was zu einigen langen Strecken beim Lesen führt und die Gedanken abschweifen lassen. Interessanter dann wieder das Kapitel mit der Darstellung einiger Werkzeuge des Provokativen Stils, wobei den Abschluss dieses Kapitels ein abrupter Themenwechsel bildet.

Für diejenigen Leser, die gern vorausschauen, was sie noch erwartet, beginnt jetzt die Vorfreude auf den zweiten Teil des Buches, in dem Gesprächsprotokolle abgebildet sind, doch davor gilt es noch, die Persönlichkeit des provokativen Beraters und die Kombination des Provokativen Stils mit anderen Verfahren zu überfliegen. Es folgen nun elf Beispiele provokativer Therapien aus den Seminaren der Autorin, die den Leser staunen lassen. Aus all jenen Themen, in denen ich mich erkannte, konnte ich profitieren, war verwirrt, doch positiv ange-regt, alle anderen Probleme und die darauf folgenden Interventionen erschienen mir schräg und anmaßend. Darin könnte man erkennen, dass die provokative Therapie sehr individuell auf den Klienten eingeht, ihn in wertschätzender Art abholt und starre Annahmen wie „so bin ich halt“ ordentlich ins Schwanken bringt, denn: „Glauben Sie ja nicht, wer Sie sind!“

Für Sie gelesen von
Schallhart Cornelia
Innsbruck

Langer, Inghard & Langer, Stefan

Jugendliche begleiten und beraten

2011, 2. Auflage, München, Ernst Reinhardt Verlag,
ISBN 3-497-01760-4, 155 Seiten, € 18,90

Prof. Dr. Inghard Langer und Dipl. Soz.-Päd. Stefan Langer, beschreiben in ihrem Buch, wie man Jugendliche in der Pubertät verständnisvoll und einfühlsam berät und begleitet und ihnen so dabei hilft, die entwicklungsbedingten Krisensituationen angemessen zu bewältigen.

Im ersten Kapitel „Pubertät – Lebensphase wichtiger Wandlungen“ geht es darum, die Lebenslage der Jugendlichen zu verstehen. Die Autoren geben dem Leser ausführliche Informationen über die körperliche Entwicklung von Jungen und Mädchen und über die damit einhergehenden hormonellen Veränderungen. Ebenfalls wird aufgezeigt, welche Entwicklungsschritte in dieser Lebensphase von den Jugendlichen zu bewältigen sind.

Können Jugendliche die entwicklungsbedingten Lebensaufgaben nicht angemessen bewältigen, kann es zu tragischen Entwicklungen wie Depressionen, schizophrene Störungen, Selbstverletzungen, Risikoverhalten und Gewalttätigkeit kommen.

„Die Wurzeln der beschriebenen Notreaktionen liegen in einem Kontaktverlust zu Kindern und Jugendlichen und in einem Im-Stich-Gelassen-Sein der an ihrem Werden- und Wachstumsprozess beteiligten Personen“ (S. 56). Diese Situation macht eine pädagogisch-psychologische Begleitung und Beratung notwendig.

Im zweiten Kapitel „Jugendliche begleiten – Was unterstützen und fördern kann“ werden Haltungen und Kräfte aufgezeigt, die bei einer gelingenden Begegnung mit Jugendlichen wirksam sind. Dabei werden die Vorgehensweisen der Familientherapeutin Virginia Satir und wirksame Gespräche und Handlungen auf Grundlage des Personzentrierten Ansatzes von Carl R. Rogers, Psychotherapie-Gründer und Reformpädagoge, beschrieben. Durch Angebote, Anregungen und altersgemäße Aufgaben kann das positive Selbstwerterleben von Jugendlichen gefördert werden. Die Beziehung von Person zu Person, die von Offenheit und Echtheit geprägt ist, findet dabei eine große Bedeutung – sie wird ausführlich beschrieben und in Beispielen aufgezeigt. „Wenn wir selbst wagen, als Person, als Mensch in Beziehung zu treten, verbindet sich mit unserer Einladung eine Chance.“

In „Ein theoretischer Ansatz für die Handlungsebene – Der sozialpädagogische Standpunkt“, dem dritten Kapitel, versuchen die Autoren einen Ansatz für ein Basiswissen bei der Erziehung von Jugendlichen zu entwickeln, im Sinne eines „Werkzeugkastens, den dann jeder nach Bedarf mit seinem pädagogischen Handwerkszeug bestücken kann“.

Das Buch ist ein theoretisch fundierter Leitfaden für die psychosoziale Arbeit mit Jugendlichen und ist durch die Vielzahl an illustrativen Fallbeispielen für die konkrete Arbeit hilfreich.

Für Sie gelesen von
Regine Daniel
Wien

Triarchi-Herrmann, Vassilia

Mehrsprachige Erziehung Wie sie ihr Kind fördern

2012, Ernst Reinhard Verlag München, Basel 3. Auflage,
ISBN 978-3-497-02272-4, 155 Seiten, € 17,40,-

Zwei- und Mehrsprachigkeit gab es schon vor mehr als 6000 Jahren. Und dennoch treten bei Paaren mit unterschiedlichem Muttersprachen immer wieder dieselben Fragen auf. Welche Sprache sollen wir sprechen? Ist es gut für unser Kind? Wie können wir unser Kind bestmöglich fördern? Dieses Buch befasst sich in fünf Kapiteln mit diesen Fragen und Sorgen.

Das erste Kapitel geht auf den Begriff Mehrsprachigkeit ein. Je nachdem, wann die Sprachen erworben werden, kann man zwischen simultanem (gleichzeitig) und sukzessivem (2. Sprache nach dem 3. Lebensjahr) Erwerb unterscheiden. Auch eine Differenzierung nach der Art des Erwerbes in natürlich und kulturell (in der Schule erworben) ist möglich, sowie eine Unterscheidung in additiv, also mit positivem Einfluss auf die Entwicklung versus substraktiv ist möglich.

Begriffe wie Muttersprache, Erst- und Zweitsprache, starke und schwache Sprache sowie Umgebungssprache und Familiensprache werden erklärt und mit Beispielen untermalt. Mehrsprachigkeit wird als besondere Art des Spracherwerbes dargestellt, der nicht in allen Punkten mit dem einsprachigen Spracherwerb gleichzusetzen ist. Besonderheiten beim mehrsprachigen Spracherwerb sind Interferenzen (Übernahme von Sprachelementen aus der anderen Sprache), Code-Switching („Umschalten“ zwischen den Sprachen) und Sprachmischungen können auftreten und sind meist kein Grund zur Besorgnis. Diese Formen der Sprachvermischung geben sich meist von alleine und sind Teil der normalen Entwicklung. Eine Differenzierung zu den Sprachstörungen wird in Kapitel drei gegeben.

Der Sprachentwicklung bei Mehrsprachigkeit widmet sich das 2. Kapitel des Buches. Simultane mehrsprachige Sprachentwicklung bzw. bilingualer Erstspracherwerb liegt dann vor, wenn das Kind von Geburt an, konstant 2 oder mehreren Sprachen ausgesetzt ist. Die Entwicklung der Sprachen erfolgt dann gleichzeitig, wobei dennoch meist eine Sprache stärker ausgeprägt ist. Von frühem Zweitspracherwerb spricht man, wenn die zweite Sprache nach dem dritten Lebensjahr aber noch vor der Pubertät dazukommt und später Zweitspracherwerb erfolgt erst nach der Pubertät und meist über die Erstsprache, hierbei spricht man auch von untergeordneter Mehrsprachigkeit. Der Erwerb der Sprachen erfolgt dann nicht mehr über dasselbe Hirnareal. Wichtig für die Sprachentwicklung sind sowohl bei Ein- als auch bei

Mehrspracherwerb die Anregungen aus der Umwelt, Kultur, die soziale Schicht, aber auch kognitive, sensomotorische und sozio-emotionale Entwicklung des Kindes sowie erbliche Anlagen.

In den ersten Lebensmonaten produzieren alle Kinder ähnliche Laute und erst im Alter von etwa 6 Monaten gleichen sich die Laute der Umgebungssprache an. Erste Wörter werden mit ca. einem Jahr gesprochen und mit 16 bis 20 Monaten entstehen viele neue Wortbildungen, wobei diese bei mehrsprachigen Kindern aus allen Sprachen stammen können. Etwa um den 2. Geburtstag sind alle, für die gesprochenen Sprachen benötigten Laute vorhanden, Zwei- bis Drei-Wort-Sätze entstehen und mit ca. 3 Jahren kann ein Interesse für die Bedeutung einzelner Wörter in der anderen Sprache festgestellt werden. Der Wortschatz in den einzelnen Sprachen kann bei Mehrsprachigkeit unter Umständen etwas geringer sein. Mit etwa 6 Jahren ist die Sprachentwicklung abgeschlossen. Alle Laute und Regeln sind angelegt, abstrakte Begriffe werden verstanden. Das bedeutet natürlich nicht, dass nichts mehr dazugelernt werden würde!

Bei mehrsprachigen Kindern ist ein Stufenmodell zur Beschreibung des Spracherwerbs anwendbar. Auf der ersten Stufe, mit 1 bis 2 Jahren benutzt das Kind einzelne Wörter aus beiden bzw. allen Sprachen. Auf der zweiten Stufe, mit 2 bis 3 Jahren, werden 2 oder mehr lexikalische Systeme, aber nur eine Grammatik verwendet und auf der dritten Stufe, ab 3 Jahren, benutzt das Kind jeweils ein lexikalisches und ein Grammatiksystem pro Sprache.

Kapitel 3 beschäftigt sich nun mit Störungen der Sprachentwicklung. Monolinguale Kinder benutzen mit ca. 18 Monaten etwa 50 Wörter. Die Sprachentwicklung bei mehrsprachigen Kindern kann als normal angesehen werden, wenn zumindest in einer Sprache dieses Niveau erreicht wird.

Mehrsprachigkeit kann nicht als Ursache für Störungen der Sprachentwicklung angesehen werden. Allerdings kann eine mehrsprachige Erziehung bestehende Entwicklungsstörungen verstärken! Sprachstörungen treten zum Beispiel im Rahmen allgemeiner Entwicklungsstörungen auf. Sie können durch schlechte akustische Differenzierungsfähigkeit und einen unterentwickelten Tastsinn bedingt sein oder ihre Ursachen in wenig Angebot und Anregung haben. Die Therapie von Sprachentwicklungsstörungen kann bei mehrsprachigen Kindern länger dauern bzw. schwieriger sein, was aber auch an einer begrenzten Menge an speziell entwickeltem Material und dem Zugang nur über eine der Sprachen liegen kann. Die beobachtbaren Störungen ähneln denen, einsprachiger Kinder. Aussprachestörungen wie Stammeln, Laute auslassen, abkürzen, Dysgrammatismus, Sprachentwicklungsstörungen wie ein geringer Wortschatz, undeutliches Sprechen und falsch angewendete Grammatik sowie Stottern treten bei bei-

den Gruppen auf. Interventionen sind nötig, wenn die Störungen über das 4. Lebensjahr hinaus bestehen oder für mehr als 6 Monate anhalten. Dann ist es anzuraten, einen Sprachtherapeuten aufzusuchen. In anderen Fällen ist allerdings die Reaktion der Bezugspersonen entscheidend für die weitere Entwicklung. Sie sollen das Kind nicht zum richtig Wiederholen zwingen, sondern nur korrekt vorsagen.

Dem Zusammenhang von Mehrsprachigkeit und kindlicher Entwicklung widmet sich das 4. Kapitel des Buches. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde Mehrsprachigkeit als Gefahr für die Entwicklung gesehen. Wendepunkt war die Längsschnittstudie von Peal und Lambert (in: Triarchi, 1983). Diese und Folgeuntersuchungen ergaben eine positive Auswirkung von Mehrsprachigkeit auf viele Bereiche der Entwicklung. Aber auch andere Ergebnisse sind bekannt.

Nun stellt sich die Frage, wann Mehrsprachigkeit positive Auswirkungen auf die Entwicklung hat und wann negative. Die Schwellenhypothese nach Cummins beschreibt 3 Entwicklungsniveaus der Sprachkompetenz, die hierbei Aufschluß geben. Die erste Schwelle – begrenzte Zweisprachigkeit oder subtraktiver Bilingualismus- bedeutet, dass in keiner der Sprachen ausreichende Kenntnisse erworben wurden. Diese Schwelle muß überschritten werden! Die 2. Schwelle – einseitige Zweisprachigkeit- beschreibt ein gutes Niveau in einer Sprache. Dies hat weder positive noch negative Auswirkungen auf die Entwicklung. Erreicht man die 3. Schwelle – additiver Bilingualismus-, hat man altersentsprechende Kenntnisse in beiden Sprachen erworben und kann auf positive Auswirkungen in vielen Bereichen hoffen.

Wichtig beim mehrsprachigen Spracherwerb ist neben ausreichender Anregung in beiden bzw. allen Sprachen auch die Einstellung gegenüber den einzelnen Sprachen, Akzeptanz der dahinterliegenden Kulturen und auch die linguistische Beziehung zwischen den Sprachen.

Im 5. und letzten Kapitel werden noch 5 Prinzipien für den Alltag der mehrsprachigen Erziehung mitgegeben und die theoretischen Grundlagen so für den täglichen Gebrauch zusammengefasst.

1. So viel wie möglich sprechen!
2. Eine Person – eine Sprache!
3. Sprachmischungen vermeiden!
4. Gleiche Zuwendung und Gründlichkeit für alle Sprachen!
5. Positive Einstellung zu Mehrsprachigkeit!

Alles in allem ist das Buch ein nützlicher Ratgeber für Menschen, die ihre Kinder zwei- oder mehrsprachig erziehen wollen. Es ist auch für Laien verständlich geschrieben und anhand vieler Beispiele gut nachvollzieh-

bar. Auch die Tipps im letzten Kapitel sind praxisnahe und gut anwendbar. Die flüssige Lesbarkeit wird allerdings eben durch die vielen Beispiele oft unterbrochen.

Für Sie gelesen von
Barbara De Sousa Teixeira
Eisenberg

Biffli, Gudrun & Dimmel, Nikolaus

Migrationsmanagement. Grundzüge des Managements von Migration und Integration

2011, omninum-Verlag, Bad Vöslau, Band 1, ISBN 978-3-9502888-4-1, 560 Seiten, € 69,00

„Migrationen prägen das Weltbild heute wie eh und je. Was unter Integration verstanden wird, ist in einem gesellschaftlichen Prozess zu erarbeiten, damit das Aufeinander-Zugehen gelernt und systematisiert wird.“(S.81). Migrationen beeinflussen die soziale, wirtschaftliche und kulturelle Zusammensetzung der Gesellschaft. Es bedarf daher einer wissenschaftlich fundierten, rationalen Auseinandersetzung mit den Herausforderungen, die sich aus den Migrationen für Wirtschaft, Gesellschaft und Politik ergeben.

Diese Fachreihe für Wissenschaftler, Praktiker und politische Entscheidungsträger deckt ein weites Spektrum an Migrations- und Integrationsthemen ab. Univ.-Prof. Mag. Dr. Gudrun Biffli, Leiterin des Departments für Migration und Globalisierung und Univ.-Prof. DDr. Nikolaus Dimmel, Rechtssoziologe und Politikwissenschaftler, konnten viele bekannte Fachleute zur Mitwirkung gewinnen. In ihren Beiträgen verdeutlichen sie aktuelle Trends, veröffentlichen und interpretieren Statistiken, zeigen „good practices“ und geben Orientierung.

Die AutorInnen berichten über die Erfahrungen in Integrationsvereinen, die Kommunikationsarbeit, „good practices“ in der Integrationsarbeit mit den betroffenen MigrantInnen, die alltäglichen Probleme und ihre Lösungen dafür. In ihren Analysen gehen sie auf soziale, kulturelle, politische, gesellschaftliche, historische und rechtliche Fragen der Integration von MigrantInnen ein, wie beispielsweise:

- Darf der Arbeitgeber religiöse Zeichen wie z. B. Kopftücher verbieten?
- Wie sehr sind MigrantInnen von Armut betroffen?
- Wo liegen die Hürden beim Zugang zum Sozialrecht?
- Belasten MigrantInnen das Sozialsystem?

Das Buch bietet konkrete Modelle und eine umfassende Information über alle Teilbereiche der Migration und Integration und stellt somit für alle im Bereich Migration und Integration tätigen Berufsgruppen ein unverzichtbares Handbuch dar.

Für Sie gelesen von
Regine Daniel
Wien

Fingerle, Michael & Grumm, Mandy

Prävention von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Programme auf dem Prüfstand

2012, Reinhardt-Verlag, München, ISBN: 978-3497022755, 194 Seiten, € 24,90

Mittlerweile existiert im internationalen und deutschsprachigen Raum ein reichhaltiges Angebot an Präventionsprogrammen. Mit dem vorliegenden Buch soll daher versucht werden, im Bereich der Prävention ein stärkeres Bewusstsein für jene Probleme zu wecken, die bei der Programmimplementierung entstehen und den Erfolg der Angebote in Frage stellen können. Dabei geht es nicht in erster Linie darum, einen umfassenden Überblick über alle evidenzbasierten Programme zu geben.

Jeder der Beiträge ist bestimmten Formen, Einsatzbereichen oder Problemen von Präventionsprogrammen zur Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen, Elterntrainings zur Förderung des Erziehungsverhaltens, familienbezogenen Frühinterventionen und multimodalen Programmen für eine entwicklungsorientierte Kriminalintervention sowie Rehabilitationsprogrammen für jugendliche Straftäter gewidmet:

Gerhard J. Suess stellt im Rahmen des Themas Prävention und Intervention im Säuglings- und Kleinkindalter das STEEP-Programm zur Förderung mütterlicher Feinfühligkeit vor.

Der Beitrag von Hannelore Reicher und Marlies Jauk fokussiert auf Potentiale und Grenzen curricularer Programme zur Förderung sozialer Kompetenzen im schulischen Setting. So wurde GO! im Original für den Gymnasialbereich entwickelt, und in der Praxis zeigte sich jedoch ein erhöhter Bedarf in Hauptschulen, was eine Anpassung des Manuals erforderlich macht. Heinz Kindler beschäftigt sich mit familienbezogenen Präventionsprogrammen, und Horst Schawohl spricht in seinem Beitrag über außerschulisches Anti-Aggressions-Training für gewaltbereite sowie gewalttätige Jugendliche

und junge Heranwachsende einen Programmtyp an, der unter Professionellen sehr kontrovers diskutiert wird.

Mechthild Schäfer und Catherine Hörmann beschäftigen sich in ihrem Artikel mit Problemen, die bei Anti-Bullying-Programmen auftreten können. Ein spezielles Programm stellen Günther Opp, Jana Teichmann und Ariane Otto vor. Sie beschäftigen sich mit schulischen Ansätzen, in denen sich Schüler mit Problemlagen in moderierten Settings gegenseitig als Berater zur Verfügung stehen, das sog. Peer-Counseling.

Im dritten Teil „Probleme und Fragen zu Anwendung und Wirksamkeit von Präventionsprogrammen“ wird ein Überblick zur Wirksamkeitsforschung von Präventionsprogrammen im Kinder- und Jugendalter gegeben. Dabei werden verschiedene Präventionsfelder diskutiert und jene Faktoren herausgearbeitet, die die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen nachhaltig beeinflussen können. „Wir vertreten die These, dass erst eine differenzierte Problemwahrnehmung und manchmal auch eine Neudefinition der bisherigen Problemsicht eine erfolgreiche Intervention ermöglichen.“ (S.177)

Die Wahl eines adäquaten Programms ist ein entscheidender Schritt und keinesfalls einfach, daher soll das vorliegende Buch Praktiker und Fachleute, die sich mit der Entwicklung von entwicklungsoptimierten Präventionsansätzen befassen oder vorhandene Programme in ihren Arbeitskontext einführen wollen, dazu anregen, sich kritisch mit jenen Punkten auseinanderzusetzen, die von entscheidender Wichtigkeit für das Gelingen von Prävention sind.

Für Sie gelesen von
Regine Daniel
Wien

Trimborn, Winfrid

Narzissmus und Melancholie. Zur Problematik blockierter Individuation

2011, Gießen, Psychosozial-Verlag, ISBN 978-3-8379-2144-1, 453 Seiten, € 39,90

In diesem Buch setzt sich der Autor mit den Phänomenen Narzissmus und Melancholie als Folge blockierter Individuation auseinander. Das Buch gliedert sich in drei Teile, denen ein theoretischer Überblick als Einführung vorangestellt ist. In dieser Einführung stellt der Autor sein psychoanalytisches Grundverständnis der Melancholie und des Narzissmus dar, das sich von den im ICD-10 deskriptiv beschriebenen Störungsbildern aufgrund der Berücksichtigung der Psychodynamik deutlich unter-

scheidet und gleichzeitig in engem Zusammenhang mit depressiver Symptomatik steht.

Im ersten Teil des Buches „Gewalt und katastrophische Veränderung“ beschreibt der Autor, zum Teil anhand von Beispielen, noch ausführlicher die Dynamik der Melancholie und des Narzissmus, die möglichen Folgen von traumatisch verlaufender Entwicklung, die wiederum zu krankheitswertigen Störungsbildern führen können, sowie der Umgang damit und mit möglicherweise auftretenden Schwierigkeiten in der psychoanalytischen Therapie.

Im zweiten Teil betrachtet der Autor anhand von vier Beispielen Darstellungen von Narzissmus und Melancholie in Literatur und Film. Auf diese Art und Weise erörtert er die Aufgabe der narzisstischen Regression in der psychoanalytischen Therapie („Prinz Friedrich von Homburg“ von Kleist), den Zusammenhang zwischen narzisstischer Abwehr und depressiven Entwicklungen („Das Jagdgewehr“ von Inoue), die Schwierigkeiten bei der Auflösung eines narzisstisch-autistischen und narzisstisch-symbiotischen Rückzugs („Faust“ von Turgenjew und „Das Piano“ von Campion) sowie identifikatorische Spaltung („Ein Geheimnis“ von Grimbert).

Im dritten Teil „Klinische Behandlungen und Fragestellungen“ beschreibt der Autor fünf Verläufe psychoanalytischer Therapie und gibt damit spannende Einblicke in die psychoanalytische Arbeit.

„Dieses Buch ist kein systematisches Lehrbuch, noch weniger ein Manual der Behandlungstechnik“ (S. 10), hält der Autor selbst im Vorwort fest. Dieses Buch setzt die Kenntnis und das Verständnis psychoanalytischer Grundbegriffe voraus, ist somit sicherlich weder ein Buch für Laien noch für StudienInnen, sondern für Menschen, die bereits psychoanalytisches Vorwissen mitbringen. Das Buch wurde offensichtlich aus einzelnen Aufsätzen zusammengesetzt. Dies hat zur Folge, dass einerseits der „rote Faden“ nicht erkennbar ist, die einzelnen Beiträge, insbesondere im dritten Teil des Buches eher lose, ohne Zusammenhang, aneinander geordnet scheinen. Dies ermöglicht einerseits, dass die einzelnen Kapitel nicht der Reihe nach gelesen werden müssen, sondern auch jedes einzelne für sich gelesen werden kann. Andererseits gibt es immer wieder inhaltliche Überschneidungen (z.B. wird der Film „Das Piano“ mehrfach als Beispiel herangezogen und fast wortwörtlich identisch eingeführt), die aufgrund der Dichte und Komplexität des Inhalts (als auch der Sprache) jedoch kaum stören.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass dieses Buch keines ist, das sich „einfach nebenbei“ lesen lässt und nur für psychoanalytisch Interessierte, die über entsprechendes Grundlagenwissen verfügen, empfohlen werden kann. Für jene bietet es jedoch sowohl eine ausführliche theoretische Auseinandersetzung mit den Phänomenen Melancholie und Narzissmus, als auch inte-

ressante Einblicke in die Praxis eines Psychoanalytikers.

Für Sie gelesen von
Maria Stippler
Telfs

Wirth V., Jan & Kleve, Heiko (Hrsg.)

Lexikon des systemischen Arbeitens – Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie

2012, 1. Auflage, Heidelberg, Carl-Auer Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH, ISBN: 978-3-89670-827-4, 507 Seiten, € 54,00

Das Lexikon des systemischen Arbeitens hat mich im Besonderen interessiert, weil ich im Zuge meiner Ausbildung und Arbeit viele systemische Interventionen und Methoden kennen gelernt habe, diese jedoch weder von mir aufbereitet noch sortiert und somit teilweise meiner Erinnerung und meinen Suchmanövern in unzähligen Unterlagen schwer zugänglich wurden. Dieses Manko schien anhand eines Lexikons ideal gelöst zu sein, daher auch meine hohe Erwartung an das Buch.

Mein erster Eindruck war Überraschung, da das Buch wirklich versucht, dem lexikalischen Anspruch gerecht zu werden. So findet man am Beginn des Buches eine Auflistung all jener Begriffe in alphabetischer Reihenfolge, die im Buch abgehandelt werden. Alleine diese Durchsicht weckte viele Erinnerungen und wirkte inspirierend. Manche Begriffe erfüllen mich jedoch mit Erstaunen, wie etwa „Kind“ oder „Haushalt“. Ich schlage nach und staune, als in authentisch lexikalischer Manier das Wort „Haushalt“ und dessen Bedeutung sowie die Übersetzungen in Englisch und Französisch am Anfang des Textes abgehandelt wird. Der Beginn jeder Begriffserläuterung zeichnet sich auch durch viele Querverweise zu weiteren Begriffen des Lexikons aus, was wiederum an Lexika im klassischen Sinn erinnert. Eine theoretische Abhandlung des Begriffes „Haushalt“ folgt. Es steht nun ein Vergleich mit methodischen Begriffen an und ich wende mich dem „Genogramm“ zu. Auch hier zu Beginn eine Begriffsdefinition und Verweise, es folgen Symbole und nun auch in Kurzfassung Möglichkeiten, die diese Technik eröffnet. Der Leser, der sich bereits mit der Methode befasst hat, diese durch eventuell neue Aspekte ergänzen will und dem dazu einige Stichwörter reichen, wird hier gut an Altbekanntes anknüpfen können.

Das Buch richtet sich somit an jene, die bereits Gelerntes auffrischen, die sich beim Durchblättern des Lexikons wieder neu inspirieren lassen wollen und auf viel

Erfahrung zurückgreifen können. Ein tieferer Einstieg in die jeweilige Methode oder Intervention ist mit diesem Lexikon nicht möglich und wahrscheinlich nicht beabsichtigt. Das Lexikon geht auch auf die Bedürfnisse von Beratern, Coaches und Therapeuten ein, so etwa im Kapitel „Auftragskarussell“, das Anwendungsmöglichkeiten für den Behandler selbst aufzeigt.

Die Auswahl der 141 Grundbegriffe erscheint mir willkürlich, erfüllt aber die im Untertitel angegebenen Dimensionen mit greifbaren Bezeichnungen. So wird auch in der Einleitung darauf hingewiesen, dass das Lexikon keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, sondern die Begriffe so gewählt wurden, dass jeweils entweder Phänomene aus der Praxis, wie etwa „Abhängigkeit“, aus dem Bereich Methodik wie etwa „Körperarbeit“ oder aus der Theorie wie etwa „Gruppe“ dargestellt werden. Einige wesentliche Begriffe fehlen leider in dieser ersten lexikalischen Annäherung an das systemische Arbeiten, wie etwa „Resilienz“, „Depression“, „Angst“ und „Telearbeit“. Die Beschreibung von Phänomenen aus der Praxis fällt meines Erachtens teilweise zu kurz aus, so wird zu „Trauma“ nur ein Abriss über die Entwicklung des Traumabegriffes in der systemischen Therapie geboten und auf einige Symptome eingegangen.

Jeder Begriff wird in 2-3 Seiten abgehandelt, der Aufbau der Begriffsbeschreibungen ist ident und beginnt mit englischen und französischen Übersetzungen, Definition und Verweisen. Jeder Begriff wird von einem der 89 Autoren beschrieben, daher folgt anschließend je nach Stil und Intention des Verfassers eine unterschiedliche Schwerpunktsetzung. Sehr bereichernd ist jedenfalls die Literaturliste nach jedem Begriff, die zu einer Vertiefung des Dargestellten einlädt. Ein umfangreiches Namens- und Sachregister ermöglicht das gezielte Nachschlagen im Lexikon. Interessant wäre noch eine Aufstellung, welcher Autor welches Kapitel verfasst hat, dh. eine Ergänzung im Verzeichnis der Autoren um deren Beiträge im Lexikon.

Für Sie gelesen von
Cornelia Schallhart
Innsbruck

Bücherliste

Bücher, die zur Rezension angefordert werden können

Adler, D. (2012). Der Antrag auf psychodynamische Psychotherapie. Ein Leitfaden zur Berichterstellung. Psychosozial-Verlag

Burr, Ch., Schulz, M., Winter, A. & Zuaboni, G. (2012). Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte. Psychiatrie-Verlag

Christ, C. & Mitterlehner, F. (2012). Männerwelten. Männer in Psychotherapie. Schattauer-Verlag.

Falkenber, I., McGhee, P. & Wild, B. (2012). Humorfähigkeit trainieren. Manual für die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis. Schattauer-Verlag

Freudinger, A. (2012). Mein großer Bruder Matti. BLANCE buch + medien verlag

Gebler, F.A. (2012) Leben mit chronischen Schmerzen: Informationen zur Entstehung, Chronifizierung und Behandlung von Schmerzen. Ein Hilfe-Buch. Quellwasser Verlag

Herrmann, Ch., Buss, U. & Snaith, R.P.(2011). Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D). Huber Verlag

Hirsch, M. (2012). Goldmine und Minenfeld. Liebe und sexueller Machtmissbrauch in der analytischen Psychotherapie und anderen Abhängigkeitsbeziehungen. Psychosozial-Verlag.

Lux, S., Hartje, C., Reich, C. & Nagel C.C. (2012). Verbaler Gedächtnistest VGT. Huber Verlag

Mauss-Hanke, A. (2012). Internationale Psychoanalyse 2012. Ausgewählte Beiträge aus dem International Journal of Psychoanalysis, Band 7. Psychosozial-Verlag

Schwickerath, J. & Holz, M. (2012). Mobbing am Arbeitsplatz. Trainingsmanual für Psychotherapie und Beratung. Beltz

Stavemann, H. (2012). KVT update. Neue Entwicklungen und Behandlungsansätze in der kognitiven Verhaltenstherapie. Beltz

Walter, H. & Hierdeis, H. (2012). Väter in der Psychotherapie. Der dritte im Bunde? Schattauer-Verlag

Wiswede, G. (2012). Einführung in die Wirtschaftspsychologie. Reinhardt-Verlag

Zentner, M. (2010). Inventar zur integrativen Erfassung des Kind-Temperaments (IKT). Huber Verlag

Sollten Sie Interesse haben, eines der Bücher für die PIÖ zu rezensieren, wenden Sie sich bitte an Frau Mag. Regine Daniel (regine.daniel@gmx.at).

Für Sie berichtet

10. Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie

12. – 14.04.2012, Karl-Franzens Universität Graz

Vom 12. bis 14. April 2012 fand die 10. Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie in der Karl-Franzens Universität in Graz statt, wobei dieses ehrwürdige Haus das zweite Mal Austragungsort für diese Tagung war. Rektorin Univ.-Prof. Dr. Christa Neuper wies bei der Begrüßung vor allem auf die Bedeutung für die Universität hin, die Jubiläumsveranstaltung ausrichten zu dürfen. Von besonderer Bedeutung war die Tagung jedoch auch für den interdisziplinären und universitären Forschungsschwerpunkt „Gehirn und Verhalten“, da über 20 Arbeitsgruppen zusammengeführt wurden.

So stellte die Tagung einerseits ein internationales Diskussionsforum dar, andererseits bot sie jungen WissenschaftlerInnen die Möglichkeit, ihre Forschungsergebnisse zu präsentieren. Dies spiegelte sich auch im Programm wider, das prall gefüllt war von Forschungsvorträgen, die EEG Untersuchungen, klinische Forschung zur Mimik und Affektregulierung, soziale Settings, aber auch Themen wie Weisheit, Karriere, Arbeit und Leadership sowie Ergebnisse aus der Entscheidungsforschung beinhalteten. Um nur eines der vielen interessanten Themen zu nennen, sprach Barbara Schober vom Institut für Angewandte Psychologie der Universität Wien über das Impostor-Phänomen, dem „Betrüger-Phänomen“, an dem 34 Prozent der Jungwissenschaftler leiden.

Schober erklärt dies so: „Das sind Personen, die sehr viel leisten, diesen Erfolg aber nicht auf ihre Fähigkeiten zurückführen. Sie haben hohe Ansprüche, können Lob schlecht akzeptieren und leben in der Angst vor der „Entlarvung“ ihrer subjektiv als nicht ausreichend eingeschätzten Fähigkeiten.“ Die Untersuchungen zeigen auch, dass vor allem Frauen stärker gefährdet sind. Ebenso führt Schober dieses Phänomen auf das universitäre System zurück, da der Druck in der Wissenschaft sehr hoch ist und die Konkurrenz um Drittmittel oder höhere Positionen ständig steigt.

Bei dem großen Angebot an Vorträgen war somit für jedes Interessensgebiet etwas dabei. Auch für das leibliche Wohl war reichlich gesorgt, und man bedenke, auch vegane Kost stand zur Auswahl.

Wer die Tagung nicht besuchen konnte oder aufgrund der Vielfalt der Vorträge vieles verpasste, muss dennoch nicht auf Einblicke in die präsentierten Forschungsergebnisse verzichten, ein detaillierter Tagungsband steht

auf der Homepage der Tagung zum Download bereit.

Für Sie berichtet von
Regine Daniel
Wien

8. Internationaler Kongress über Theorie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen: „Der optimierte Mensch. Die Illusion der Perfektionierung“

06. – 08.07.2012, München

„Dass Ikarus überhaupt fliegen kann, genügt ihm nicht. Er will höher hinaus, missachtet physikalische Grenzen und endet im Absturz“, so demonstriert das Titelbild des Kongresses die Problematik einer Optimierung des Menschen.

Die Optimierung des Menschen ist seit jeher ein gesellschaftliches Anliegen sowie die Zielsetzung aller Heilberufe im Sinne eines Versuchs. Durch Reparatur, Kompensation, Substitution, Aktivierung vorhandener Ressourcen wird immer schon versucht, das Beste aus der gegebenen Konstitution zu machen. Dieses Thema griff der 8. Internationale Kongress über Theorie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen auf und hinterfragte es gleichzeitig skeptisch.

Der erste Tag des Kongresses begann mit interessanten Vorträgen, an die sich am Nachmittag die Workshops, welche einen wesentlichen Bestandteil des Kongresses darstellten, anschlossen. Es wurden spannende neue Forschungsergebnisse beispielsweise aus dem Bereich Epigenetik und molekulare Ursachen der Posttraumatischen Belastungsstörungen vorgestellt. Ebenso wurden aber auch Themen besprochen, wie Narzissmus und Burnout sowie Burnout bei Kindern und Jugendlichen. Die Workshops boten hierbei nicht nur neue Informationen und Forschungsergebnisse, sondern auch die Möglichkeit zur Diskussion im kleinen Rahmen.

Besonders interessant war der Vortrag von Prof. Kernberg am Abend des zweiten Kongresstages. Er sprach über die Zukunft der Psychoanalyse und hinterfragte deren Probleme kritisch. Er führte aktuelle und zukünftige Schwierigkeiten der Psychoanalyse einerseits auf „externe Bedrohungen“, wie beispielsweise den Konkurrenzkampf zwischen den Schulen, aber auch auf „interne Bedrohungen“, wie die Hierarchie zwischen Lehrthera-

peuten und Auszubildenden, zurück.

Am letzten Kongresstag hielt Prof. Kernberg ebenso noch zum Abschluss des Kongresses einen spannenden Vortrag über die Unfähigkeit zur Liebe bei Narzissmus.

Allgemein zeigte sich der Kongress als sehr vielseitig und aktuell in den Themen, angenehm in der Atmosphäre durch die ländlich-begrüneten Kliniken und das liebevoll bereitete Buffet, sowie sehr besuchenswert für sowohl junge als auch erfahrene PsychologInnen und TherapeutInnen, vor allem durch die Vorträge von Prof. Kernberg.

Für Sie berichtet von
Regine Daniel
Wien

5. Tabaksymposium zur psychologischen Behandlung der Tabakabhängigkeit „Psychosoziale Störungen und Komorbiditäten“

05.05.2012, Wien

2008 wurde vom Berufsverband der Österreichischen PsychologInnen mit Unterstützung von Johnson & Johnson das erste Tabaksymposium in Wien abgehalten. Es war das Ziel, interessierte PsychologInnen mit dem aktuellen Stand hinsichtlich Diagnostik und Therapie der Tabakabhängigkeit zu konfrontieren. Das Interesse war so groß, dass man sich entschloss, in den Folgejahren ähnliche Symposien in Salzburg, Graz und Innsbruck anzubieten.

2012 ist man mit dem nunmehr 5. Tabaksymposium nach Wien zurückgekehrt – allerdings mit doch deutlich modifiziertem Programm. So wurde erstmals ein Tagungsschwerpunkt – „Psychosoziale Störungen und Komorbiditäten“ – als Untertitel festgelegt. Basisbeiträge, wie „Raucherdiagnostik“, „psychologische Raucherentwöhnung“ und „medikamentöse Unterstützung“ wurden vom Thema her beibehalten, jedoch aktualisiert.

Neue Themenbereiche bezogen sich auf folgende Inhalte

- Psychische Komorbidität bei Nikotinabhängigkeit
„Ein Zusammenhang zwischen Nikotinabhängig-

keit und psychischen Komorbiditäten lässt sich bei Psychosen, affektiven Störungen, Angst- und Belastungsstörungen, Persönlichkeits-, Verhaltens- und emotionalen Störungen sowie auch bei Kombination mit anderen Suchtmitteln nachweisen.“ (Dr. Volker Barth, Wegscheid, BRD)

- Gender und Rauchen
„Psychiatrische Komorbiditäten sind überdurchschnittlich oft bei substanzabhängigen PatientInnen zu finden, Frauen erkranken vermehrt an affektiven Störungen und zeigen doppelt so häufig depressive Erkrankungen wie Männer. Auch eine kombinierte Nikotinabhängigkeit und depressive Symptomatik ist vermehrt bei Frauen zu beobachten.“ (Univ.Prof.Dr. Gabriele Fischer, Wien)
- Rauchertherapie – social context matters
„KlientInnen, die einschlägige „soziale Unterstützung“ (social support) empfangen bzw. in soziale Unterstützungsnetze eingebunden sind, haben höhere Erfolgswahrscheinlichkeiten für ihre Rauchertherapien. Die Rauchertherapie als (professioneller) Spezialfall der sozialen Unterstützung kann mit Hilfe des Instrumentes von Netzwerkkarten systematisch die sozialen Unterstützungspotenziale ausloten und Anregungen zur Nutzung bzw. Schaffung von therapiefördernden Hilfen aus dem sozialen Umfeld bieten.“ (Prof. (FH) Dr. Heinz Karlusch, Wien)
- Motivational Interviewing in der Raucherbehandlung
„Die Methode wurde von Miller und Rollnick 1991 zur Behandlung alkoholabhängiger PatientInnen entwickelt und hat sich als eine wirksame Standardmethode in der Suchtberatung etabliert. Während die Effektgrößen bei illegalem Drogenkonsum, bei genereller Compliance und bei geringer Motivation bedeutsam sind, ist die Wirksamkeit des Motivational Interviewing im Bereich der Tabakentwöhnung laut der Metaanalyse von Lai et al. (2010) gering. Mögliche Zusammenhänge bestehen dabei mit einer mangelnden Qualitätssicherung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der AnwenderInnen und daraus resultierenden Qualitätsschwankungen vor allem bei Kurzinterventionen.“ (Mag. Herwig Thelen, Graz)
- Gewichtszunahme bei Raucherentwöhnung
„Unter Berücksichtigung einer tolerierbaren Gewichtszunahme von drei Kilogramm im Anschluss an Erzielung einer Tabakabstinenz, muss damit gerechnet werden, dass etwa die Hälfte der Nicht-Mehr-RaucherInnen über dieses Ausmaß hinaus zunehmen. Es gilt Methoden anzubieten, die es potentiell entwöhnungswilligen TabakkonsumentInnen gestatten, ihr

Risikopotential hinsichtlich Gewichtszunahme im Anschluss an eine Rauchertherapie zu erkennen und gezielt dagegen Maßnahmen zu setzen.“ (Univ.Prof. Dr. Rudolf Schoberberger, Wien)

■ **Wasserpfeife bis Elektrozigarette: weniger gefährliche Alternativen?**

„Ähnlich wie beim Zigarettenkonsum ist das Rauchen von Wasserpfeifen gesundheitsschädlich und abhängigkeitsfördernd, vor allem wegen der Inhalation von mehr Volumen und längeren Rauchsitzungen verglichen zu Zigaretten. Die E-Zigaretten sind aromatisiert. Somit wird das Rauchen attraktiv und erzeugt wiederum Abhängigkeit. Die Träger und Begleitprodukte der E-Zigarette sind genauso gesundheitsgefährdend. Die E-Zigaretten wurden bis jetzt von kleinen Firmen produziert und können nur per Internet bestellt werden. Es gibt daher wenig Kontrolle über die Produktion. Zudem fehlen derzeit Langzeituntersuchungen über die E-Zigarette.“ (OA Dr. Ali Zoghلامي, Wien)

Das Symposium war mit 120 TeilnehmerInnen ausgebucht. Wie auch schon bei den vergangenen Veranstaltungen musste eine Warteliste angelegt werden und KollegInnen, die nicht mehr zum Zug gekommen sind mussten auf das Symposium im nächsten Jahr vertröstet werden.

An einer am Ende der Veranstaltung schriftlich durchgeführten Evaluation beteiligten sich 72 PsychologInnen. Für „Organisation“, „Inhalte der Veranstaltung“, „Referenten“ und „Verständlichkeit der Vorträge“ wurde insgesamt 195 mal die Note „sehr gut“ (67,7%), 86 mal die Note „gut“ (29,9%) und 7 mal die Note „befriedigend“ (2,4%) vergeben. Hinsichtlich qualitativer Kommentare waren Verbesserungen gegenüber dem Vorjahr zu bemerken: haben 2011 noch 23% das „Zeitmanagement“ bekrittelt, sind es 2012 „nur mehr“ 19%. Dazu ist allerdings zu bemerken, dass mit Kaffeepausen und der Mittagspause im Programm genügend „Puffer“ eingebaut sind, um bei Zeitüberziehung einzelner ReferentInnen trotzdem den geplanten Zeithorizont zu realisieren. Tatsächlich konnten die TeilnehmerInnen der diesjährigen Veranstaltung zum geplanten Symposiumsende termingerecht verabschiedet werden. Weitere Kommentare zu „besserem Praxisbezug“ (9%/2011 vs. 3%/2012), „leserlicheren Unterlagen“ (12% vs. 1%) und „vermehrtem Einsatz von weiblichen Referentinnen“ (2% vs. 1%) wurden bei der diesjährigen Tagung wesentlich seltener gemacht.

Das „Tabaksymposium“ hat sich als wichtiges Fort- und Weiterbildungselement für PsychologInnen etabliert und wird dementsprechend mit 9 Fortbildungspunkten

honoriert. Das Interesse an dieser Veranstaltung ist auch nach mehreren Jahren weiterhin ungebrochen. Besonders begrüßt wurde die Aufnahme von aktuellen Inhalten (siehe oben), die nicht immer im Rahmen von Veranstaltungen zum Thema „Rauchertherapie“ angeboten werden.

In der jüngst erschienen Publikation „Ausbildungsmaßnahmen zum psychologischen Raucherentwöhnungsexperten“ (Schoberberger, 2012) konnte durch eine Online-Befragung früherer SymposiumsteilnehmerInnen gezeigt werden, worin der besondere Profit für die PsychologInnen liegt: Die Symposien werden zu einem überwiegenden Teil als Weiterbildung genützt, wobei 92% ihre Erwartungen erfüllt sehen. Die Hälfte der RespondentInnen gibt auch an, die Informationen direkt in die Praxis umsetzen zu können.

Auch für die kommenden Jahre sind „Tabaksymposien“ mit wechselnden Schwerpunkten geplant. Der Firma Johnson und Johnson sei für die freundliche Unterstützung besonders gedankt, ohne die diese Veranstaltungen in dieser Form nicht stattfinden könnten.

Für Sie berichtet von
Rudolf Schoberberger
Wien

Literatur

SCHOBERBERGER, R. (2012). Ausbildungsmaßnahmen zum psychologischen Raucherentwöhnungsexperten, *Psychologie in Österreich*, 32(2), 208-217.

Infomix

Referat für „Suchtpsychologie“ im BÖP gegründet

Die KollegInnen Senta Feselmayer, Wolfgang Beiglböck und Alfred Uhl haben im Rahmen der Fachsektion KlinGes ein „Referat für Suchtpsychologie“ gegründet. Aufgabe des Referates ist es, dem Thema Sucht mehr Aufmerksamkeit zu bieten und Informationen für PsychologInnen, die in diesem Bereich tätig sind, aufzubereiten. Dem Referat ist es gelungen, den renommierten Suchtexperten Prof. Joachim Körkel zu einem Vortrag nach Wien einzuladen, „Ist Abstinenz noch zeitgemäß?“, am 28.11.2012. Anmeldungen sind bereits unter <http://vtk.boep.at> möglich.

Das Jean Jacque Rousseau Institute in Genf ist 100 Jahre alt

Dr. Wolf-Dietrich Zuzan

Im Newsletter der IAAP Division 18 „History of Applied Psychology“ berichtete Helio Carpintero über die einhundertjährige Geschichte des Jean Jacque Rousseau Institute in Genf. Er schreibt, dass das Jahr 2012 das Jahrhundert der Existenz dieses Institutes markiere, das wesentliche Beiträge in der Erneuerung der Wissenschaft von der Erziehung ebenso gebracht habe wie zur Entwicklung der Psychologie der Erziehung. Dieses Institut sei 1912 eingerichtet worden, um eine neue Pädagogik zu formulieren, die auf der Psychologie des Kindes gründe. Das Kind sei in den Fokus aller Überlegungen gerückt worden. Das sei in diesem Feld gleichsam eine Kopernikanische Wende gewesen. Nun war das Motto „dicat a puero magister“ (es möge vom Knaben der Lehrer lernen).

Der Gründer des Jean Jacque Rousseau Instituts sei der Psychologe Edouard Claparède (1873 – 1940) gemeinsam mit dem Erzieher und Psychologen Pierre Bovet gewesen. Beide seien unter dem Einfluss der Lehren des Psychologen Theodor Flouroy gestanden, der seinerseits mit William James befreundet gewesen sei. Claparède und Flouroy hätten beide am Experimentalpsychologischen Institut der Universität Genf gearbeitet mit dem Ziel, der traditionellen Pädagogik ein Ende zu bereiten. Sie hätten beabsichtigt, die wissenschaftlich gegründete Schulpädagogik zu schaffen, welche auf der Kenntnis der

Eigenheiten des Kindes beruhe und auf experimentalpsychologischer pädagogischer Forschung.

Die Namensgebung des Instituts mit Bezug auf Jean Jacque Rousseau liege in dessen Freiheitsideen, die auch in seine pädagogischen Vorstellungen eingeflossen seien, wenn sich diese pädagogischen Ideen auch nicht vollständig mit den Zielsetzungen des Instituts deckten. Rousseau habe eine Abscheu vor der etablierten Gesellschaft und Kultur seiner Zeit gehabt. Auch wenn es eine traurige Erfahrung sei, dass die Menschen in dieser aktuellen Gesellschaft böse seien, so meint Rousseau doch, dass der Mensch in der Natur und von Natur aus gut sei. Seine pädagogischen Vorstellungen, die auf seiner Ethik basieren, habe Rousseau in seinem Werk „Emilie“ niedergelegt.

Claparède habe den Plan für das Institut entworfen, das vier grundlegende Funktionen erfüllen sollte:

- Es sollte eine wahre Schule sein, in der Hypothesen und Methoden geprüft werden sollten, bevor sie im allgemeinen Erziehungssystem angewendet würden.
- Es sollten ein Forschungsplan entwickelt werden betreffend Lehrmethoden und Lerninstrumente.
- Das Institut sollte als Informationszentrum wirken für alle Angelegenheiten der Erziehung.
- Und schließlich sollte es als Verbreitungszentrum für alle neuen Ideen und Methoden dienen, um die Gesellschaft zu informieren. Auf diese Weise sollten die neuen Ansätze und Methoden durch sozialen Druck durchgesetzt werden.

Das Institut sei bei der Gründung noch eine bescheidene Einrichtung auf privatwirtschaftlicher Basis gewesen mit einer Handvoll Lehrer, Forscher und Studenten, die in einer Wohnung am Taconnerie Boulevard in Genf Platz gefunden hätten. Die Eröffnung habe am 21. Oktober 1912 stattgefunden und das Institut sei bald in Kontakt mit der Schule für behinderte Kinder von A. Descoedres gekommen sowie mit der Universität Genf und dem Schweizer Ministerium für Erziehung. Nach dem ersten Weltkrieg sei das Institut auch in Verbindung gekommen mit dem Internationalen Büro für Arbeit und mit dem Völkerbund, dem Vorläufer der Vereinten Nationen.

1921 sei ein sehr berühmter Forscher und Psychologe in das Institut gekommen nämlich Jean Piaget (1896 – 1980), der als Forschungsleiter engagiert worden sei. Dieser habe Studien zum Spracherwerb und zur Sozialpsychologie von Kindern durchgeführt. Nach einer kurzen Periode an der Universität von Neuchâtel sei er Direktor des Instituts geworden, das nun seinen Namen geändert habe auf „Institut für die Wissenschaft von der

Erziehung“ an der geisteswissenschaftlichen Fakultät der Universität Genf. Das Institut sei daher in der Folge immer stärker in die Struktur der Universität hineingewachsen und 1975 sei es zur Fakultät für Erziehung aufgewertet worden.

Nach den Angaben der Jean Piaget Society sei Jean Piaget in Neuchatel geboren worden und 1980 in Genf gestorben. Sein im Gymnasium gewecktes Interesse für Molusken habe ihn sein Leben hindurch begleitet und er habe zunächst auch Naturwissenschaften bis zum Doktorat studiert. Nach einem Semester an der Universität Zürich habe er begonnen, sich für die Psychoanalyse zu interessieren und er sei an die Ecole de la rue de la Grange-aux Belles übersiedelt, die von Alfred Binet gegründet worden und die zu dieser Zeit von De Simon geleitet worden sei. 1921 wurde er dann Direktor des Jean Jacques Rousseau Instituts in Genf. 1923 habe er Valentine Chatenay geheiratet, mit der er drei Kinder gehabt habe, deren intellektuelle Entwicklung und deren Spracherwerb er sorgfältig studiert habe. Seine grundlegende Forschungsfrage sei gewesen, wie der Mensch Erkenntnis erwerbe. Seine Antwort sei gewesen, daß das Wachstum von Wissen eine fortschreitende Konstruktion von logischen eingebetteten Strukturen sei, die sich gegenseitig verdrängten durch einen Prozess der Einschließung weniger mächtiger Mittel in höhere, stärkere bis hin zum Erwachsenenalter. Aus diesem Grund seien die Logik der Kinder und ihre Art des Denkens völlig verschieden von denen der Erwachsenen.

Das Jean Jacques Rousseau Institute ist demnach der Kristallisationspunkt der modernen pädagogischen Psychologie.

Quellen

- IAAP DIVISION 18 HISTORY of APPLIED PSYCHOLOGY (2012). Newsletter No. 03/2012.
 WERTHEIMER, M. (2000). A brief history of Psychology (4th ed., p. 142ff). Fort Worth: Harcourt College Publishers.

Websites

- JEAN PIAGET SOCIETY/Society for the study of knowledge and development „A brief biography of Jean Piaget“ www.piaget.org/aboutPiaget.html
 FONDATION Archives INSTITUT J.-J.ROUSSEAU, <https://plone2.unige.ch/aijir/>

Ableben von Univ. Prof. Dr. Sepp Schindler

Der Tod kam für Prof. Schindler nicht unerwartet, vielmehr wusste er etwa ein halbes Jahr vorher, dass er nun sterben werde und er hat sich bewusst darauf vorbereitet. Trotzdem ist sein Tod ein herber Verlust für die Psychologie, den BÖP und die Universität Salzburg, an der er bis zu seiner Emeritierung lehrte. Wir neigen uns vor diesem Kollegen, der in vieler Hinsicht ein Vorbild für die Psychologenschaft war. Sein Name ist verbunden mit der Betreuung entlassener Gefangener und deren psychosozialer Betreuung sowie mit dem Begriff der perinatalen Psychologie. Es ist zu hoffen, dass jüngere KollegInnen diese Fackeln aufgreifen und weiter tragen.

Wir bringen beide Nachrufe von Seiten der Universität Salzburg, weil sie aus unterschiedlichen Sichtweisen die vielfältige Persönlichkeit von Prof. Schindler darstellen und beleuchten.

Nachruf gestaltet von ao.Univ.-Prof. Dr. Christian G. Allesch

„Der Tod ist groß.
 Wir sind die Seinen
 lachenden Munds.
 Wenn wir uns mitten im Leben meinen,
 wagt er zu weinen
 mitten in uns“
 (R. M. Rilke, 1906)

Sehr geehrte Trauerfamilie, liebe Freunde und Angehörige von Sepp Schindler!

Es mag Sie vielleicht verwundern, dass ich mit diesen Versen von Rainer Maria Rilke meine Gedanken zum Abschied von Sepp Schindler einleite. Nach gängigen Maßstäben steht ein Mensch, der mit 90 Jahren stirbt, nicht mehr „mitten im Leben“, sondern weit jenseits des Alters, in dem man noch Teilnahme und Engagement von ihm einfordern könnte – immerhin ein Vierteljahrhundert jenseits des heutigen Pensionsalters.

Dennoch waren es gerade diese Verse, die mir in den Sinn kamen, als Sie mir, liebe Frau Schindler, die Nachricht von seinem Tod übermittelten. Denn Sepp Schind-

ler stand, auch mit seinen 90 Jahren, immer noch mitten im Leben, er nahm Anteil an den Geschehnissen, er analysierte mit wachem Verstand und wachen Sinnen die Entwicklung der Gesellschaft und auch der Wissenschaft, und er war bereit, mit seinem Rat und seiner Erfahrung denen zur Seite zu stehen, die sein vielfältiges Werk weiterführten. Und viele von denen, an die ich die Nachricht von seinem Tod weitergab, haben ihn spontan in ähnlicher Weise beschrieben: dass sie ihn noch vor wenigen Wochen oder Monaten getroffen hätten, auf dem Fahrrad in Freisaal oder bei einer Veranstaltung, neugierig, interessiert, wach und mit einer für einen 90-Jährigen keineswegs selbstverständlichen Vitalität.

„Mitten im Leben“: Das ist aber vielleicht auch eine gute Metapher, um die Rolle zu beschreiben, die Sepp Schindler in der Wissenschaft, in der Forschung wie in der Lehre, gespielt hat. Das begann schon 1969, als sich Sepp Schindler an der Universität Salzburg habilitierte, nicht mit einem theoretischen Thema, sondern mit einer Arbeit über „Vorsätzliche Körperverletzung – Zur Psychologie der Aggressionshandlungen Jugendlicher“, erwachsen aus langjährigen Praxiserfahrungen in der Bewährungshilfe, an deren Aufbau Sepp Schindler seit 1957 maßgeblich beteiligt war. Gerade in dieser Hinsicht fand er einen verständnisvollen Freund und Mentor in Wilhelm Josef Revers, dem Gründer unseres Instituts, dessen Arbeiten über die „Frustrierte Jugend“ einem ähnlichen Erfahrungshintergrund in der Würzburger Jugendarbeit entsprangen. Als in den darauf folgenden Jahren die damalige Wissenschaftsministerin Herta Firnberg einen neuen Typus außerordentlicher Professuren einführte, um gerade erfahrenen Praktikern die Möglichkeit zu bieten, ihr Wissen an Studierende zu vermitteln und zugleich durch Forschung zu untermauern, gab es wohl wenige, die diesem Anforderungsprofil besser entsprochen hätten als Sepp Schindler. Gemeinsam mit dem geisteswissenschaftlich orientierten, katholisch geprägten Denker Wilhelm Revers, dem naturwissenschaftlich orientierten Empiriker Erwin Roth, den beiden Psychoanalytikern Igor Caruso und Eduard Grünewald und dem erfahrenen Neurologen Kurt Eckel hat Sepp Schindler als in der Praxis der Sozialarbeit verankerter Forscher ab 1973 als Extraordinarius eine Phase der Salzburger Psychologie mitrepräsentiert, die in ihrer Breite und Vielfalt einzigartig für die damalige deutschsprachige Universitätslandschaft war. Dass der Zwang zur Spezialisierung und Quantifizierung von Forschungsleistungen in der Folgezeit manches an Kreativität und Interdisziplinarität beeinträchtigt hat, bildete einen festen Kern der Gespräche, die ich mit ihm in späteren Jahren geführt habe.

Sepp Schindler hat nie einen Zweifel daran gelassen,

dass Psychologie als Wissenschaft aus seiner Sicht nicht primär der Entwicklung abstrakter Theoriengebäude zu dienen hätte, sondern der Verbesserung menschlicher Lebensbedingungen. Seine beratende Tätigkeit bei der Entwicklung von Programmen zur Unterstützung von Multiple-Sklerose-PatientInnen legt dafür ebenso be-
redetes Zeugnis ab wie seine Hilfe beim Aufbau integrativer Modelle im Rahmen des evangelischen Kindergartens und der evangelischen Volksschule.

Natürlich darf bei der Darstellung der wissenschaftlichen Verdienste Sepp Schindlers sein Engagement für die vorgeburtliche Psychologie nicht unerwähnt bleiben. Als Mitbegründer der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie hat Sepp Schindler in den frühen 1970er-Jahren entscheidende Akzente für eine interdisziplinäre Sicht und Analyse jener Phänomene gesetzt, die sich mit dem Beginn menschlichen Lebens und mit dem Beginn individuellen Bewusstseins und individueller Lebenserfahrung verknüpfen. In die Zeit seiner Präsidentschaft fallen etwa der internationale Kongress dieser Gesellschaft 1978 in Salzburg und der Aufbau eines Dokumentationsarchivs für prä- und perinatale Psychologie mit Unterstützung der Stiftungs- und Förderungsgesellschaft unserer Universität. Mit diesen Initiativen hat Sepp Schindler nicht nur das wissenschaftliche Profil unseres Fachbereichs entscheidend geprägt, sondern vor allem auch dem Anliegen der pränatalen Psychologie eine öffentliche Bühne geschaffen, die weit über den akademischen Boden hinaus reichte und vor allem auch die Aus- und Weiterbildung der mit dem geburtlichen und vorgeburtlichen Geschehen befassten Berufsgruppen einschloss. Auch hier ging es ihm ja nicht primär um theoretische Erkenntnisse, sondern darum, in welcher Weise wissenschaftliche Forschung dazu beitragen könnte, optimale Entwicklungsbedingungen für Menschen von den frühesten Phasen ihrer organischen und psychischen Existenz an zu gewährleisten.

Und nun ist Sepp Schindler also am anderen Ende seiner menschlichen Entwicklung angelangt, nach einem langen und erfüllten Leben, das ihm viel Zeit für die Umsetzung seiner Lebensziele geboten hat. Wenn man menschliches Leben als Chance begreift, Lebensziele zu setzen und umzusetzen, dann hat Sepp Schindler diese Chancen in vorbildhafter Weise genützt. Wir sind ihm dankbar für alles, was er geleistet und geschaffen hat.

Natürlich fällt uns der Abschied schwer. Am schwersten sicher der Familie, die ihn in seinem Abschied begleitet hat. Sie können sich aber mit dem Gedanken trösten, dass es nicht nur eine Begleitung im Sterben war, sondern eine Begleitung im Aufbruch zu einer größeren Freiheit, die jenseits unserer Vorstellungskraft liegt. Ich habe

mit Rilke begonnen, und ich möchte mit Rilke schließen, der 1908 das in seinem „Requiem für eine Freundin“ in sehr tröstlicher Weise zum Ausdruck gebracht hat:

*„Denn das ist Schuld, wenn irgendeines Schuld ist:
die Freiheit eines Lieben nicht vermehren
um alle Freiheit, die man in sich aufbringt.
Wir haben, wo wir lieben, ja nur dies:
einander lassen; denn dass wir uns halten,
das fällt uns leicht und ist nicht erst zu lernen.“*

Ich wünsche Ihnen, liebe Familie Schindler, ein gutes Gelingen dieses Loslassens; im Wissen darum, dass die Spuren, die Sepp Schindler in der Wissenschaft und ihren Anwendungsfeldern hinterlassen hat, Bestand haben werden. Die guten Wünsche aller, die heute zu dieser Gedenkfeier gekommen sind, werden Sie dabei begleiten.

Nachruf gestaltet von a.o.Univ. Prof. Dr. Joachim Sauer i.R.

In Erinnerung an Univ.Prof. Dr. Sepp Schindler und anlässlich seiner Verabschiedung am 4.7.2012 in der Auferstehungskirche in Salzburg

Liebe Frau Schindler, sehr geehrte Trauerfamilie, werte Trauerversammlung!

Charakteristisch für Sepp Schindler waren Zeit seines Lebens aus meiner Sicht zwei wichtige Dinge:

1. Als Mensch und Wissenschaftler hat er seine Stimme erhoben für jene, die selbst noch keine hatten oder deren Stimme zu schwach war, um gehört zu werden.
2. Sepp Schindler war es ein besonderes Anliegen, seine praktischen Erfahrungen im Kontakt mit Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen zu verbinden mit seinen sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen.

Thematisch zeigt sich das schon in seiner Dissertation (1949 an der Universität Wien bei Hubert Rohrer) mit dem Titel „Psychische Nachwirkungen des Krieges bei Jugendlichen“, was geradezu zwangsläufig zu seiner Arbeit als Psychologe mit straffällig gewordenen Jugend-

lichen in Kaiser Ebersdorf führte mit der besonderen Betonung unterstützender und stabiler Beziehungen für Jugendliche, die unter sozial schwierigen Bedingungen aufwachsen mussten.

Sepp Schindler brachte in der Tradition von August Aichhorn psychoanalytisches Gedankengut in die Sozialisationsarbeit mit Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Wiener Erziehungshilfe ein und war ab 1957 wesentlich am Aufbau der Bewährungshilfe in Österreich (heute „Neustart“) beteiligt.

1969 habilitierte sich Sepp Schindler bei W. J. Revers, dem Gründungsordinarius für das Fach Psychologie an der Universität Salzburg, mit der Arbeit „Vorsätzliche Körperverletzung – zur Psychologie der Aggressionshandlungen Jugendlicher“ und wechselte 1973 auf Einladung von W. J. Revers, der diesen Glücksfall integrierter Theorie-Praxis-Reflexion in der Person Sepp Schindlers erkannte, als Univ. Prof. an das damalige Institut für Psychologie. Sepp Schindler wurde zum Leiter der Abteilung für „Sozialisationsforschung und Entwicklungspsychologie“ ernannt, mit den Schwerpunkten der Forschung über die Sozialisation in früher Kindheit, peri- und pränataler Psychologie, averbaler Kommunikation und schweren Sozialisations- und Kommunikationsstörungen – quasi ein Extraordinariat als Maßanzug für Sepp Schindler.

Die pränatale Psychologie – damals von vielen Personen in und außerhalb der Universität manchmal belächelt – wurde unter Sepp Schindler als multidisziplinärer Forschungsansatz auf akademischem Boden etabliert mit zahlreichen internationalen Kongressen, organisiert von der „Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie (ISPP), deren Präsident Sepp Schindler 1975 wurde. Ziel von Sepp Schindler war es auch hier, wissenschaftliche Erkenntnisse des vorgeburtlichen Lebens (u.a. in Zusammenarbeit mit Ernst Falzeder und Alfons Reiter) mit Schwangerschaftsvorbereitungen, Gestaltung der Geburtssituation (sanfte Geburt, rooming in) und der Prävention von frühen Entwicklungsstörungen zu verbinden.

Sepp Schindler kam schon früh in Kontakt mit Igor A. Caruso – dem Begründer der Arbeitskreise für Tiefenpsychologie in Österreich – und hat mit seiner Sensibilität für Sozialisationsprozesse psychoanalytische Grundregeln für die Erklärung von Kommunikationsproblemen differenziert und damit wichtige Beiträge zur Entwicklung der Psychoanalyse geleistet. Sepp Schindler wurde zum Ehrenmitglied des Salzburger Arbeitskreises für Tiefenpsychologie ernannt.

Sepp Schindler war auch in vielen wissenschaftlichen

Beiräten außeruniversitärer Fonds – so z.B. im Dr. Wilfried Haslauer Fond, der Geld für die Erforschung der MS-Erkrankung und therapeutische Betreuung davon betroffener Menschen akquirierte.

Was meinen ganz persönlichen Berührungspunkt zu Sepp Schindlers „Super-Visionen“ betrifft – wie ich es anlässlich seines 80. Geburtstages bezeichnet habe – hat er zu einer Zeit, Ende der 1970er-Jahre, da für viele Menschen in und außerhalb der Wissenschaft Supervision in Österreich noch ein weitgehend unbekannter Begriff war, aus seinem psychoanalytischen Verständnis und seiner praktischen Erfahrung in der Arbeit der damaligen Bewährungshilfe die Notwendigkeit der Reflexion beruflicher Arbeit im Allgemeinen und der Beziehungsarbeit im Besonderen erkannt. 1981 hat Sepp Schindler den ersten (universitären) Ausbildungsgang für Supervision in Österreich in Form eines Allgemeinen Hochschullehrganges für Supervision an der Universität Salzburg eingerichtet und damit die Entwicklung der professionellen Supervision entscheidend mitgeprägt. Dafür wurde Sepp Schindler auch von der Österreichischen Vereinigung für Supervision (ÖVS) – kurz nach ihrer Gründung 1994 – als Ehrenmitglied aufgenommen. Für die professionelle Ausbildung in Supervision betonte Sepp Schindler von Anfang an die Interdisziplinarität und auch Internationalität supervisorischen Lernens, was sich sowohl in der Zusammensetzung der Teilnehmer/innen als auch der Lehrpersonen widerspiegelte. Dazu holte Sepp Schindler u. a. Prof. Rudolf Eckstein, der mit seiner Familie vor der nationalsozialistischen Verfolgung fliehen musste, aus den USA zu Lehrveranstaltungen in den Allgemeinen Hochschullehrgang für Supervision.

Als mich Sepp Schindler kurz vor seiner Pensionierung 1987 gebeten hat, die Leitung des Allgemeinen Hochschullehrganges für Supervision zu übernehmen, war ich mir damals – auch als „Neuösterreicher“ – zunächst unsicher, diese Herausforderung anzunehmen. In dieser Funktion – mit einem gewachsenen Team von Kollegen/innen – habe ich versucht, bis zu meinem Ende im Februar 2012 im Sinne der Tradition Sepp Schindlers sein Konzept im Universitätslehrgang für Supervision/Coaching (MSc) weiterzuentwickeln, ohne dass er sich jemals ungebeten eingemischt hätte.

Ich verneige mich vor dem toten Sepp Schindler und bedanke mich für sein Vertrauen. Das mehrdimensionale Denken Sepp Schindlers als Grenzgänger zwischen verschiedenen Disziplinen, seine Fähigkeit zur differenzierten Theorie-Praxis-Reflexion und der Mut, auch in Konfliktsituationen seine Stimme zu erheben, bleiben für mich ein besonderes Vorbild.

Ludwig Wittgenstein-Preis 2012

Die Österreichische Forschungsgemeinschaft verleiht am 5. Oktober 2012 zum 12. Mal den Ludwig Wittgenstein-Preis. Preisträger ist Walter Mischel, Robert Johnston Niven Professor of Humane Letters in the Department of Psychology at Columbia University.

Walter Mischel, 1930 in Wien geboren, ist international einer der renommiertesten Psychologen, Mitglied u.a. der National Academy of Sciences und der American Academy of Arts and Sciences. Der Schwerpunkt seiner Arbeiten liegt im Bereich der Persönlichkeitspsychologie.

Richtigstellung

Ehrenmitglieder des BÖP

Im Rahmen der letzten Generalversammlung wurde zwar nur drei Mitgliedern des BÖP die Ehrenmitgliedschaft persönlich verliehen, jedoch wurden insgesamt 7 Personen mit der Ehrenmitgliedschaft ausgezeichnet. Vier Personen waren bei der Generalversammlung nicht persönlich anwesend, wodurch in der letzten Ausgabe der PIÖ der Irrtum entstand und nur über drei Kollegen berichtet wurde.

Die neuen Ehrenmitglieder sind

Frau Dr. Anneliese Burgstaller
Herr Dr. Albin Hofer-Moser
Herr Dr. Georg Postl
Herr Dr. Rudolf Rom
Frau Univ.Lekt.Mag. Lieselotte Schmidt
Frau Dr. Bibiana Schuch
Frau Dr. Marie-Luise Zuzan

In den nächsten Ausgaben der PIÖ haben uns die KollegInnen Rom, Schmidt und Hofer-Moser Berichte zugesagt. Die Redaktion hofft, dass auch die anderen neuen Ehrenmitglieder einen Lebensbericht einsenden, damit wir die Mitglieder informieren können. Geschichte und Tradition sind auch ein wichtiger Bestandteil im Selbstbild einer Organisation. Dazu gehört die öffentliche Anerkennung der Leistungen von KollegInnen.

Wir bitten, den Irrtum zu entschuldigen und bemühen uns nach Kräften den Schaden gut zu machen.

Die Redaktion von PIÖ

Leserbriefe

Als Reaktion auf den Artikel „Psychologische Diagnostik als Grundlage für die Behandlungsplanung. Ein Plädoyer für eine enge Zusammenarbeit zwischen Diagnostikern und behandelnden/beratenden Kollegen“ in der PIÖ 2/2012 von Ulrike Kipman erreichte uns ein Leserbrief von Klaus Burtscher, der in der Folge abgedruckt ist. Wir haben der Autorin des Artikels, auf den sich der Leserbrief bezieht, natürlich Gelegenheit zu einer Antwort gegeben; diese finden Sie hier ebenfalls. Leserbriefe sind uns immer sehr willkommen, und über fachliche Diskussionen, die Themen von PIÖ-Artikeln aufgreifen, freuen wir uns. Gleichzeitig möchten wir darauf hinweisen, dass die Diskussionen umso wertvoller sind, je sachlicher sie ausgetragen werden.

Die Redaktion der PIÖ

Leserbrief von Klaus Burtscher

Wie Sie im Editorial der Zeitschrift „Psychologie in Österreich“ (Juni 2012) richtig ausführen, bildet die psychologische Diagnostik eine der Kernkompetenzen unseres Berufsstandes. In dieser Fachzeitschrift sollten wissenschaftliche Arbeiten publiziert werden, welche „wissenschaftlichen Kriterien“ entsprechen. Gestern wurde ich von einer habilitierten Kollegin angerufen, welche meine Aufmerksamkeit auf den Artikel von Kipman zur psychologischen Diagnostik als Grundlage für die Behandlungsplanung richtete.

Hierzu ist Folgendes auszuführen: Bereits im Jahre 1999 folgte der deutsche Bundesgerichtshof einem Gutachten von Prof. Dr. Max Steller (Urteil im Anhang), wonach Wartegg-Zeichentest und Baum-Zeichentest Mängel in den Gütekriterien aufweisen. Neben diesen beiden Verfahren benennt die Kollegin Kipman noch andere:

- Sterne- Wellen- Test (SWT)
- Farbpyramidentest
- TAT
- Rorschach
- Familie in Tieren
- Sonnenfamilie
- Geschichten erzählen projektiv, etc. ...

Gleichzeitig stellt sie fest: „Die verwendeten Tests im Rahmen der testpsychologischen Untersuchung sollten

selbstverständlich reliabel, valide, gut normiert und im deutschen Sprachraum bereits eingeführt sein“ (S.135). Gleichzeitig werden „mögliche Grundlagen eines gerichtlich beauftragten Obsorge- Gutachtens“ referiert.

Zufälligerweise arbeite ich mich gerade durch die 282 Seiten eines Gutachtens von Prof. Dr. Max Steller im Falle des Kollegen Dr. Egon Bachler.

Dass es inkompetente KollegInnen gibt, ist unbestritten. Dass dies auch zu Betrugsvorwürfen führt, ist ebenso Realität. Aber dass der Berufsverband österreichischer Psychologen durch Artikel wie den oben angeführten eine Anleitung zur Erstellung von Kunstfehlern mit weitreichenden Folgen für die Betroffenen gibt, macht mich relativ fassungslos.

Ich ersuche Sie somit umgehend Möglichkeiten der Schadensbegrenzung zu diskutieren. Tatsache ist leider, dass sich viele im Gutachterwesen tätige Erziehungswissenschaftlerinnen ebenso mit derartigen „Kaffeesudlereien“ befassen. Durch den von Ihnen autorisierten Artikel wurden jegliche Bemühungen um Qualitätssicherung im Gutachterwesen auf Jahre hinaus torpediert.

Hochachtungsvoll
Mag. Dr. Klaus Burtscher

Antwort von Ulrike Kipman

Dass psychologische Testverfahren objektiv, reliabel und valide sein sollen, steht außer Zweifel.

Projektive Testverfahren verwende ich im Rahmen einer erweiterten Exploration.

Diese ersetzen selbstverständlich keinesfalls die Testverfahren, die den Testgütekriterien entsprechen, können aber mE wertvolle Hinweise zur Erkenntnisgewinnung geben. Diese Thematik habe ich auch schon mit einigen Fachkollegen und -kolleginnen des BÖP, die auch am Best Practice Manual für den OGH mitgearbeitet haben, diskutiert.

Im Rahmen einer persönlichkeitspsychologischen Diagnostik finde ich sie, genauso wie viele andere Kolleginnen und -kollegen (wie gesagt zur erweiterten Expo-

ration) brauchbar und sinnvoll:

In meiner Ausführung zur Persönlichkeitspsychologie habe ich geschrieben „sollten neben dem allgemeinen Explorations- und Anamnesegespräch unter anderem projektive Verfahren zur Anwendung kommen“. Weiter hinten im Text ist explizit von der „testpsychologischen Untersuchung“ die Rede, die „selbstverständlich in diesem Fall nicht zu kurz kommen sollte“.

Damit dürfte mE klar sein, dass es sich bei den projektiven Verfahren um eine Exploration handelt und NICHT um eine testpsychologische Untersuchung.

Bei meinen Ausführungen zur gerichtlichen Begutachtung steht dies auch explizit im Text: „zusätzlich im Rahmen einer erweiterten Exploration und Erkenntnisgewinnung“.

Dieses Vorgehen wurde im Rahmen der BÖP-Ausbildung zum Gerichtsgutachter auch angeraten.

Bei Gericht habe ich auch einige Mustergutachten (Obsorge) vorgelegt, in welchen Exploration/Anamnese/Interview/erweiterte Exploration mittels projektiver Verfahren UND testpsychologische Untersuchung gemacht wurden. Diese Gutachten wurden seitens des Gerichts für sehr gut befunden.

Dass ein derartiges Vorgehen bei aussagepsychologischen Gutachten fehl am Platz wäre, steht für mich außer Frage (ich kenne das BGH Urteil sehr gut).

Ich halte es nicht für einen „Kunstfehler“, projektive Verfahren im Rahmen der Exploration (zusätzlich zu den normierten Verfahren) zu verwenden, gar nicht im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik und auch nicht im Rahmen der Erkenntnisgewinnung bei Pflegschaftssachen (Obsorge) – genausowenig wie viel andere Fachkollegen des BÖP.

Genau das wurde auch explizit im Artikel angeführt, weshalb mE die Qualitätssicherung im Gutachterwesen keinesfalls „torpediert“ wurde.

Der letzte Absatz des Kollegen Burtscher betrifft mich denke ich nicht, ich bin Psychologin und Juristin, habe sehr lange bei Gericht gearbeitet und sehe mich nicht als Erziehungswissenschaftlerin, die sich mit „Kaffeesudlersereien“ beschäftigt.

Ich bin selbstverständlich gerne bereit, in der nächsten PIÖ noch einmal meine Meinung dazu (projektive Verfahren ja, allerdings nicht als testpsychologische Unter-

suchung, sondern als erweiterte Exploration und nicht in aussagepsychologischen Gutachten und auch nicht bei Missbrauchsfällen) darzulegen.

Hochachtungsvoll,
Ulrike Kipman

Veranstungskalender

Oktober 2012

■ **03.10. – 06.10.2012** *Berlin/Deutschland*

Deutscher Suchtkongress 2012. Information: www.deutscher-suchtkongress2012.de

■ **04.10.2012** *Wien/Österreich*

Interdisziplinäres Symposium: Glücksspiel im Spannungsfeld der Interessen. Information: www.sucht-news.at

■ **04.10. – 06.10.2012** *Wien/Österreich*

22. Alzheimer Europa Konferenz. Thema: „Im Wandel – neue Betrachtungsweisen für die Praxis und Gesundheitspolitik“. Information: www.alzheimer-europe.org/conferences

■ **05.10. – 06.10.2012** *Wien/Österreich*

14. Tagung der Gesellschaft für Neuropsychologie Österreich (GNPÖ). Thema: „Verhaltensneuropsychologie. Neurobiologische Grundlagen und Behandlungsimplicationen.“ Anmeldung auf www.gnpoe.at/anmeldung oder per Post an das GNPÖ Sekretariat, Mag. Elisabeth Baumgartner, Salvatorgasse 3/29, 1010 Wien. Tagungsorganisation: Prof. Dr. Wilhelm Strubreither und Mag. Dr. Sandra M. Lettner.

■ **10.10. – 13.10.2012** *Istanbul/Türkei*

3rd International Conference on Education and Educational Psychology. Information: www.icepsy.org

■ **11.10.2012** *Linz/Österreich*

17. Informationstag zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Thema: „Zukunftstrends in der Arbeitswelt“. Ort: VOEST Alpine Stahlwelt, Linz, Voestalpine-Straße 3, 4020 Linz. Tagungsgebühr: € 55,00 inkl. Mittagsbuffet, Kaffeepausen und Führung durch die VOEST Alpine Stahlwelt (im Betrag ist keine MwSt. enthalten). Anmeldung: Pia. Oberprantacher@oegkk.at

■ **12.10. – 13.10.2012** *Innsbruck/Österreich*

25. Jahrestagung der Österreichischen Alzheimergesellschaft. Information: <http://alzheimer.mcw-portal.com/>

■ **12.10. – 14.10.2012** *Wien/Österreich*

Symposium: Psychoanalyse und Sportpsychologie im Gespräch. Information: <http://www.gerhardlang.at/Symp2012neu/SympIFrame.html>

■ **13.10.2012** *Wien/Österreich*

Tagung: Neue wissenschaftliche Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie/Förderung von Legasthenie. Tagungssekretariat sabine.baumgartner@promente-kijufa.at und teresasimon@ziaf.at. Information: www.qualitaetszirkel-legasthenie.at

■ **14.10. – 18.10.2012** *Hamburg/Deutschland*

20. World Congress of Psychiatric Genetics. Information: <http://meeting.ispg.net>

■ **18.10. – 20.10.2012** *Alpbach/Österreich*

Kongress Essstörungen 2012: Anorexia & Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder, Adipositas/Obesity. Dieser Kongress ist für Betroffene, Angehörige, ExpertInnen und Interessierte zugänglich. Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. Günther Rathner, Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie & Psychotherapie. Information: www.netzwerk-essstoerungen.at

■ **19.10.2012** *Bruck an der Mur/Österreich*

Fachtagung „Psychotrauma“ – Heilsamer Umgang in der Jugendwohlfahrt. Information: www.tg-steiermark.at/veranstaltungen/fachtagung-2012.html

■ **19.10.2012** *Wien/Österreich*

Interdisziplinäre Tagung der BÖP-Fachsektionen Mediation und Gerontopsychologie. Thema: „Elder Mediation. Konfliktbearbeitung für und mit älteren Menschen.“ Anmeldeschluss: 08.10.2012. Information: www.boep.or.at

■ **19.10.2012** *Wien/Österreich*

International Conference: Bullying and Cyberbullying: The Interface between Science and Practice. Organisatorin: Prof. Christiane Spiel. Information: <http://sites.google.com/site/costis0801/>

■ **19.10. – 20.10.2012** *Wien/Österreich*

6. internationales TAT-Symposium „Professionalisierung in der tiergestützten Therapie“. Information: www.tierelstherapie.org/symposium_2012.php

■ **22.10.2012** *Wien/Österreich*

7. Wissenschaftliches Symposium Clowntherapie – Lachen macht gesund. Freier Eintritt! Um Anmeldung wird gebeten! Tel.: 01 502 00-201 (Mo bis Fr 9.00 bis 15.00 Uhr), E-Mail: forschungsverein@cliniclowns.at

■ **24.10.2012** *München/Deutschland*

3. Bayerischer Fachkongress Glücksspiel „Pathologisches Glücksspielen & komorbide Störungen“. Information: www.bas-muenchen.de

■ **25.10. – 26.10.2012** *Hamburg/Deutschland*

II. Symposium „Empirische Forschung in der forensischen Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie“ am Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Information: Frau Dahlym Yoon (d.yoon@uke.de)

■ **27.10.2012** *Bochum/Deutschland*

Fachtagung zum Thema „Risiko und Resilienz aus interdisziplinärer Perspektive“. Information: <http://www.hs-gesundheit.de/to/fachtagung2012/>

November 2012

■ **03.11. – 05.11.2012** *Meersburg/Deutschland*

23. Internationaler Kongress der Deutschen Gesellschaft für Therapeutische Hypnose und Hypnoseforschung e.V. (GTH). Thema: „Traum – Trance – Therapie. Bewusstseins-Wandel statt Burnout“ Information: <http://www.i-gth.de/kongress.php>

■ **08.11. – 09.11.2012** *Hasselt/Belgien*

The 25th ICTCT Workshop “Road Safety In A Globalised And More Sustainable World – Current Issues And Future Challenges“. Information: www.ictct2012.org

■ **09.11.2012** *Wien/Österreich*

4. Österreichischer Verkehrspsychologiekongress: „Entwicklungen Trends“. Kontakt: vk-kongress2012@boep.or.at

■ **10.11.2012** *Wien/Österreich*

Tag der Psychologie – Gerontopsychologie im Rathaus Wien. Information: www.boep.or.at

■ **10.11. – 13.11.2012** *Krems/Österreich*

Kongress Mozart & Science 2012 – Musik in Medizin und Therapie, 4. internationaler Kongress der Musikwirkungsforschung – eine Veranstaltung der IMC Fachhochschule Krems in Kooperation mit dem Land Niederösterreich, der SRH Hochschule Heidelberg und Prof. Dr. David Aldridge, Universität Witten/Herdecke. Information: www.mozart-science.at

■ **10.11. – 13.11.2012** *Mailand/Italien*

11th World Congress of the World Association for Psychosocial Rehabilitation. The congress will address a variety of issues related to rehabilitation of mental disorders. Information: www.aimgroup.eu/2012/wapr

■ **16.11.2012** *Wien/Österreich*

checkit! wird 15! Um diesen Anlass zu feiern, veranstalten wir die Tagung ReDUse_12 – New Aspects and Developments in Recreational Drug Use. Information: www.checkyourdrugs.at

■ **16.11. – 17.11.2012** *Berlin/Deutschland*

Kongress Meditation & Wissenschaft 2012. Thema: „Neue Bewusstseinskultur in einer aus den Fugen geratenen Welt“. Information: www.meditation-wissenschaft.org

■ **16.11. – 18.11.2012** *Salzburg/Österreich*

Gemeinsame Jahrestagung für Sexualmedizin und Sexualtherapie. Thema: „Sexualität und Medizin in modernen Zeiten“. Information: www.sexualmedizin-kongress.at

■ **19.11. – 21.11.2012** *Linz/Österreich*

Congress “Building Bridges through Education” 2012 – Förderung interkultureller Kompetenzen in der Ausbildung, in Sozialen Einrichtungen und in der Wirtschaft. Interkulturell kompetente Personen sind weltweit gefragt, egal ob in Bildungseinrichtungen, Sozialen Einrichtungen oder in der Wirtschaft. Daher ist es wichtig, besser zu verstehen, wie Personen und Organisationen interkulturell kompetent werden. Information: www.fh-ooe.at/ic-conference2012

■ **21.11. – 24.11.2012** *Berlin/Deutschland*

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Information: www.dgppn.de

■ **22.11. – 23.11.2012** *Villach/Österreich*

14. Österreichische Gesundheitskonferenz. Thema: „Gemeinsam gesundheitliche Chancengerechtigkeit fördern“. Veranstaltet vom Fonds Gesundes Österreich. Information: www.fgoe.org

■ **23.11. – 25.11.2012** *Wien/Österreich*

30. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in Gynäkologie und Geburtshilfe. Thema: „Alles hat seine Zeit. Weibliche Lebenszyklen“ Information: www.psygyn.at/30jahrestagung.html

■ **24.11.2012** *Wien/Österreich*

7. Wiener Alzheimertag im Wiener Rathaus. Der Wiener Alzheimertag zählt bereits zu den erfolgreichsten und aus gesundheitspolitischer Sicht wichtigsten Gesundheitstagen im Wiener Rathaus. Information: www.alzheimertag.at

■ **28.11. – 01.12.2012** *Antalya /Türkei*

PSYSOC-2012. World Conference on Psychology and Sociology. Information: www.psysoc.net

■ **29.11.2012** *Wien/Österreich*

Tagung „Krisenintervention: Zielgruppen – Orte – Methoden“ anlässlich 35 Jahre Kriseninterventionszentrum Wien. Information: www.kriseninterventionszentrum.at

■ **30.11.2012** *Wien/Österreich*

Interdisziplinärer Fachtag Psychiatrie 2012. Information: www.fachtag-psychiatrie.at

Dezember 2012

■ **06.12. – 08.12.2012** *Berlin/Deutschland*

Jubiläumstagung der Deutschen Gesellschaft für Schlaf-forschung und Schlafmedizin (DGSM). Tagungshomepage: www.dgsm2012.de.

■ **07.12.2012** *Wien/Österreich*

19. forensisch-psychiatrische Tagung. Information: Nadja Schwarz, Sekretariat, Hauptverband der Gerichtssachverständigen, Tel. 01/405 45 46 – 14, Fax 01/406 11 56, E-mail: schwarz.office@gerichts-sv.org, www.gerichts-sv.at

Februar 2013

■ **22.02.2013** *Wien/Österreich*

Fachtag neuro.psycho.geriatrie 2013. Das Thema „ALTERN – gestern, heute, morgen spannt einen Bogen von Gehirntumoren, Immobilität und Instabilität über Sturz im Alter bis hin zu Inkontinenz und Sturzprophylaxe“. Information: www.neuro-psycho-geriatrie.at

■ **22.02. – 23.02.2013** *Würzburg/Deutschland*

Symposium: Advances in Sportsneuropsychology and Concussion Management. Information: www.koenigundmueller.de

März 2013

■ **04.03. – 07.03.2013** *Lima/Peru*

5th World Congress on Women's Mental Health. Information: www.iawmh2013.com

■ **06.03. – 09.03.2013** *Athen/Griechenland*

Crises and Disasters. Psychosocial Consequences. This Congress is organized by the World Federation for Mental Health in collaboration with the Hellenic Psychiatric Association and the Society of Preventive Psychiatry. Information: <http://psychcongress2013.gr/en/index.html>

■ **18.03. – 19.03.2013** *Graz/Österreich*

3. Studientage – Komplexe Suchtarbeit „Im Rausch der Bewegung“. Information: <http://streetwork.caritas-steiermark.at/studientage-komplexe-suchtarbeit/2013-3-studientage/>

■ **21.03. – 22.03.2013** *St. Gallen/Schweiz*

St. Gallener Tage für Verkehrspsychologie 2013. Information: www.sanktgallertage.ch

■ **22.03. – 23.03.2013** *Wien/Österreich*

Tagung der Österreichische Gesellschaft für Musik und Medizin (ÖGfMM) Thema: „Gesund Musizieren“. Information: www.muge.at

■ **24.03. – 27.03.2013** *Wien/Österreich*

55th TeaP (Tagung experimentell arbeitender Psychologen) Organisation: Ulrich Ansorge, Helmut Leder, Claus Lamm, Department of Psychological Basic Research and Research Methods, Faculty of Psychology, University of Vienna. Information: teap2013@univie.ac.at

April 2013■ **06.04. – 09.04.2013** *Nizza/Frankreich*

21st European Congress of Psychiatry (EPA 2013). Organized by Europe's largest international association of psychiatrists – the European Psychiatric Association. Information: www.epa-congress.org

■ **14.04. – 26.04.2013** *Lindau/Deutschland*

63. Lindauer Psychotherapiewochen 2013. 1. Woche: „Neuen Ängsten begegnen“, 2. Woche: „Neue Kulturen schaffen“. Information: www.lptw.de

Mai 2013■ **03.05. – 05.05.2013** *Zürich/Schweiz*

Kongress der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse. Thema: „Wer sagt, was richtig ist?“. Information: www.existenzanalyse.org

■ **09.05. – 11.05.2013** *Trier/Deutschland*

8. Workshopkongress der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs). Thema: „Wissenschaft-Praxis“ mit dem Untertitel „Forschung und Praxis im Dialog: Moderne Fortsetzungen eines alten Austauschs“. Information: Kristin Bergmann-Warnecke unter workshopkongress-2013@uni-trier.de

■ **22.05. – 25.05.2013** *Münster/Deutschland*

16. Internationaler Kongress der European Association of Work and Organizational Psychology (EAWOP). Information: www.eawop2013.org

Juni 2013■ **06.06. – 09.06.2013** *Mailand/Italien*

4th International Congress on ADHD: From Childhood to Adult Disease. Information: www.adhd-congress.org

■ **07.06. – 09.06.2013** *Salzburg/Österreich*

Kongress Neurobiologie der Psychotherapie. Information: www.neurobiologiederpsychotherapie.com

■ **11.06. – 13.06.2013** *Istanbul/Türkei*

10th World Congress on Adolescent Health. Information: www.iaah2013.org

■ **29.06. – 03.07.2013** *Lissabon/Portugal*

21st World Congress Social Psychiatry “The bio-psychosocial model: The future of psychiatry”. Information: www.wasp2013.com

Juli 2013■ **09.07. – 12.07.2013** *Stockholm/Schweden*

13th European Congress of Psychology (ECP 2013). The ECP 2013 is a scientific congress where new research is being presented and discussed among scientists and practitioners from Europe and the rest of the world. Information: www.ecp2013.se

■ **31.07. – 03.08.2013** *Prag/Tschechische Republik*

Congress of the International Psychoanalytical Association (IPA). „Facing the Pain: Clinical Experience and the Development of Psychoanalytic Knowledge“. Information: www.ipa.org.uk

September 2013■ **01.09. – 04.09.2013** *Hagen/Deutschland*

Fachgruppentagung Sozialpsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Information: www.dgps.de

■ **03.09. – 07.09.2013** *Lausanne/Schweiz*

16. Europäischen Konferenz für Entwicklungspsychologie. Information: www3.unil.ch/wpmu/ecdp2013/

■ **09.09. – 11.09.2013** *Saarbrücken/Deutschland*

Fachgruppentagung Entwicklungspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Information: www.dgps.de

■ **12.09. – 14.09.2013** *Berlin/Deutschland*

4. Kongress der Europäischen Gesellschaft für Neuropsychologie (ESN). Information: www.esn2013.org

■ **12.09. – 14.09.2013** *Lissabon/Portugal*

22nd World Congress on Psychosomatic Medicine "Psychosomatic Assessment and Integrative Care". Information: www.icpm.org

■ **22.09. – 25.09.2013** *Magdeburg/Deutschland*

Fachgruppentagung Umweltpsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie und 10th Biennial Conference on Environmental Psychology. Information: www.envpsycon.ovgu.de

Oktober 2013

■ **24.10. – 27.10.2013** *Istanbul/Türkei*

8th Congress of the European Family Therapy Association (EFTA) – organized in cooperation with the Family and Marital Therapies Association of Turkey. Information: www.efta2013.org

Juli 2014

■ **08.07 – 13.07.2014** *Paris/Frankreich*

International Association for Applied Psychology (IAAP) Kongress 2014. Information: www.icap2014.com

■ **15.07 – 19.07.2014** *Istanbul/Türkei*

21st Congress of the International Society of the Rorschach and Projective Methods. Organizing Society: Turkish Society of Rorschach and Projective Tests. Information: www.rorschachturk.org

Impressum

Psychologie in Österreich ist das offizielle Organ des Berufsverbandes Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP). ISSN 1025-1839

Herausgeber: Serviceorganisation des BÖP GmbH, A-1040 Wien, Möllwaldplatz 4/4/37, Telefon 01/407 26 71-0, Fax 01/407 26 71-30, pioe@boep.or.at, www.boep.eu

Eigentümer: Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP), ZVR: 968 109 293, A-1040 Wien, Möllwaldplatz 4/4/39

Verlag: Eigenverlag

Grafik: Gabi Schwabe – grafik design, gschwabe@a1.net

Druck: Druckerei Janetschek GmbH, UWNr. 637; Brunfeldstraße 2, 3860 Heidenreichstein, Telefon 02862/522 78 11, Fax 02862/534 79 20

Wissenschaftliche KonsulentInnen:

Diagnostik: Univ.-Prof. Dr. Uwe SCHAARSCHMIDT

Gesundheitsförderung, Psychosomatik der Frau:

Univ.-Prof. Dr. Beate WIMMER-PUCHINGER

Klinische Psychologie: Univ.-Prof. Dr. Helmut HUBER,

Univ.-Prof. Dr. Eva BÄNNINGER-HUBER

Klinische Psychologie, Psychotherapie im Internet:

PD Dr. Christiane EICHENBERG

Medizinische Psychologie: Univ.-Prof. Dr. Josef EGGER

Umweltpsychologie: Ass.-Prof. Dr. Renate CERVINKA

Redaktion: Dr. Gerald KRAL (Leiter), Mag. Sabine EDLINGER-STARR (Stellvertreterin, Anzeigenleitung), Dr. Claudia LEX (technische Druckvorbereitung), Mag. Regine DANIEL, Mag. Birgit HAUCK, Mag. Richard MATUSZAK, Dr. Wolf-Dietrich ZUZAN

Redaktionsanschrift: Psychologie in Österreich, A-1040 Wien, Möllwaldplatz 4/4/37, pioe@boep.or.at

Erscheinungsweise: 4 mal jährlich (davon eine Doppelnummer)

Bezug: Für Mitglieder des BÖP im Jahresmitgliedsbeitrag enthalten. Abonnements können über den BÖP bezogen werden. Bei Abobestellungen, die während des laufenden Kalenderjahres erfolgen, erhalten Sie die bereits erschienenen Hefte nachgeschickt. Bei Interesse senden Sie uns ein Mail an pioe@boep.or.at, Jahresabonnement € 55,- (inkl. Steuern), Jahresabonnement für Bibliotheken € 44,- (inkl. Steuern). Abonnements, die nicht bis 30. November gekündigt werden, verlängern sich automatisch für das Folgejahr.

Bankverbindung: BAWAG, BLZ 14.000, Kto.-Nr. 02 01 08 05 000

Inseratenannahme: Mag. Sabine EDLINGER-STARR, inserate.pioe@boep.or.at

© Alle Rechte vorbehalten. Die Serviceorganisation des BÖP GmbH behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Vervielfältigung, photomechanischen Wiedergabe auf Tonträgern vor. Nachdruck ist nur unter genauer Quellenangabe und mit schriftlicher Zustimmung der Serviceorganisation des BÖP gestattet. Namentlich gezeichnete Beiträge müssen nicht der Meinung der gesamten Redaktion entsprechen.



oekestrom
Aktiengesellschaft



PEFC
PEFC/06-39-03



Berufsverband
Österreichischer
PsychologInnen

Mediadaten der Zeitschrift „Psychologie in Österreich“

(Stand ab 1.1.2012, gültig für 2012)

Formate und Preise der Anzeigenschaltungen in der PiÖ

Heftseiten (Satzspiegel) Breite x Höhe mm, jeweils in schwarz-weiß

| | | |
|-------------|--------------|---------|
| 1/1 sw (A4) | 174 x 250 mm | € 447,- |
| 1/2 sw quer | 174 x 122 mm | € 266,- |
| 1/2 sw hoch | 84 x 250 mm | € 266,- |
| 1/4 sw quer | 174 x 58 mm | € 161,- |
| 1/4 sw hoch | 84 x 122 mm | € 161,- |
| 1/8 sw quer | 84 x 58 mm | € 118,- |
| 1/8 sw hoch | 39 x 122 mm | € 118,- |

Umschlagseiten (Zeitschriftformat ist A4)

| | |
|-----------------|---------|
| 1/1 sw U2-Seite | € 669,- |
| 1/1 sw U3-Seite | € 639,- |
| 1/1 sw U4-Seite | € 828,- |

Einlagen (in beliebigem Format, nach Möglichkeit)

| | |
|--|--|
| Auf Anfrage (bei Durchschnittsgröße bzw. -gewicht) | € 828,- (Einheften mit Aufpreis möglich) |
|--|--|

Alle Preise verstehen sich exkl. 5% Werbeabgabe sowie exkl. 20% MwSt. (bei Anzeigen aus anderen Ländern als Österreich wird durch Bekanntgabe der UID-Nummer ohne MwSt. verrechnet).

Druckunterlagen

pdf-Dokument an insetate.pioe@boep.or.at

Bei Zusenden als Word-Dokument können wir das Gleichbleiben des Erscheinungsbildes nicht garantieren, bzw. fallen zusätzliche Kosten für die dadurch notwendige Formatierung an. Für die Layouterstellung einer Anzeige werden mind. 20 Euro verrechnet.

Redaktionsschluss ist jeweils 2 Monate vor Erscheinungstermin. Die Zeitschrift erscheint jeweils Ende März, Juni, September und Dezember.

Belegexemplar

Im Preis des Inserates inbegriffen ist ein Belegexemplar, das Sie nach Erscheinen der Zeitschrift gemeinsam mit der Rechnung per Post zugesandt bekommen. Die Rechnung der Dezemberausgabe wird noch im Dezember ausgesandt (gesondert vom Belegexemplar), um Begleichung im selben Budgetjahr zu ermöglichen, wenn Sie dies wünschen.

Zeitschrift

Die Zeitschrift enthält Artikel aus Praxis und Wissenschaft der Psychologie und erreicht den größten Anteil der PsychologInnen in Österreich. Sie erscheint vierteljährlich, davon eine Doppelnummer. Jedes Heft hat einen Psychologie-relevanten Themenschwerpunkt. Die Auflage beträgt rund 4300 Stück, Herausgeber ist die Serviceorganisation des Berufsverbandes österreichischer PsychologInnen (BÖP), A-1040 Wien (www.boep.eu)

Gerne beraten wir Sie bezüglich Ihrer Anzeige und stehen rund um Ihre Anzeigenbuchung zur Verfügung!

Hinweise für AutorInnen (Stand: Juli 2012)

Leitbild der „Psychologie in Österreich“

Die „Psychologie in Österreich“ (PIÖ) ist die Fachzeitschrift des Berufsverbandes Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP). Publiziert werden wissenschaftliche Arbeiten, Berichte aus der Praxis, die wissenschaftlichen Kriterien entsprechen und die Vielfalt des psychologischen Tätigkeitsfeldes darstellen. Weiters werden Informationen, die für österreichische Psychologinnen und Psychologen relevant sind, veröffentlicht.

Einreichung der Manuskripte

Manuskripte (Originalarbeiten, Buchrezensionen, Leserbriefe, Mitteilungen, Ankündigungen), die zur Veröffentlichung in der PIÖ eingereicht werden, sind per E-Mail an die Hefteverantwortlichen oder an die Redaktion (pioe@boep.or.at) zu senden. Die HauptautorInnen und alle Co-AutorInnen bekommen ein Belegexemplar per Post zugesandt. Der/die HauptautorIn erhält den eigenen Artikel als pdf-file. Die Entscheidung über die Annahme von eingereichten Arbeiten obliegt ausschließlich dem Redaktionsteam. Veranstaltungsankündigungen können dabei als kostenpflichtige Einschaltung gewertet werden.

Formatierung

Manuskripte sollen so kurz und präzise wie möglich abgefasst werden (empfohlen wird ein Umfang von 8-12 DIN-A4-Seiten in Schriftgröße 12 in MS-Word bzw. 20.000 bis 40.000 Zeichen). Die Gliederung in Titel, Untertitel, etc. ist im Sinne des einheitlichen Erscheinungsbildes der Zeitschrift durch ein Zahlensystem (1., 2., 1.1., 1.2. ...) zu verdeutlichen. Die Manuskripte müssen formal und inhaltlich so durchgearbeitet sein, dass spätere Änderungen und aufwändiges Lektorat nicht notwendig sind. Die Texte sind unformatiert (Fließtext) und ohne Abteilungszeichen in MS Word abzufassen. Manuskripte müssen als „doc“ abgespeichert sein. Manuskripte, die als „docx“ abgespeichert sind, werden nicht akzeptiert. Bei Verwendung von Bezeichnungen, die Männer und Frauen einschließen (z.B. LeserIn) werden die AutorInnen ersucht, die Form des groß geschriebenen „Binnen-I“ bzw. doppelte Bezeichnungen (z.B. Leserinnen und Leser) zu wählen.

Titel und Zusammenfassung

Der Titel soll auf Deutsch und Englisch abgefasst sein. Am Anfang jedes Beitrages steht eine kurze Zusammenfassung in deutscher und englischer Sprache. Wir behalten uns vor, sprachliche Korrekturen, v. a. bei den englischen Texten vorzunehmen.

Literaturhinweise

Literaturhinweise im Text sollen den Autor und das Erscheinungsjahr – durch Beistrich getrennt – in Klammern beinhalten. Bei Zitaten soll zusätzlich die Seitenzahl angegeben werden. Mehrere Verweise (verschiedene AutorInnen) werden in alphabetischer Reihenfolge durch Strichpunkt getrennt. Zum Beispiel: (Müller, 1985,1994; Müller & Schmid, 1996).

Literaturverzeichnis

Im Literaturverzeichnis (alphabetisch) sind die bibliographischen Angaben wie folgt zu gestalten:

■ Bücher

AutorIn. (Jahr). Buchtitel. Verlagsort: Verleger. z.B.: WALLESCHE, C. W. & FÖRSTL, H. (2005). Demenzen. Stuttgart: Thieme.

■ Beitrag in Herausgeberwerken

AutorIn. (Jahr). Beitragsartikel. In Herausgebername (Hrsg.), Buchtitel (S. X-XX). Verlagsort: Verleger. z.B.: KÖHLER, T. H. (1999). Diagnostik und Evaluation in der Verhaltensmedizin. In H. Flor, N. Birbaumer und K. Hahlweg (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie, Grundlagen der Verhaltensmedizin (S. 175-207). Göttingen: Hogrefe.

■ Zeitschriftenartikel

AutorIn (Jahr). Titel des Artikels. Name der Zeitschrift, Band, Seitenangabe.

z.B.: BRANDTSTÄDTER, J., KRAMPEN, G. & WARNDORF, P. K. (1985). Entwicklungsbezogene Handlungsorientierungen und Emotionen im Erwachsenenalter. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 17, 41-52.

Darüber hinaus gelten die Richtlinien für Zitierungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie.

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen (Fotos, Diagramme, Zeichnungen, Skizzen) sind entweder als EPS-Dateien (Graustufen-Vektorgrafik) oder als JPG-Dateien (300 dpi, Originalgröße, Modus: Graustufen) zu senden. Die fortlaufende Nummerierung, die Platzierung und der Abbildungstext bzw. -titel sind im Manuskript zu vermerken. Tabellen sollen als Wordtabelle abgespeichert sein. Sie können entweder direkt im Text enthalten sein oder unter Angabe der erwünschten Platzierung als eigenes Dokument beigefügt werden.

Angaben zum/zur AutorIn

Die Angaben zum/zur AutorIn stehen am Ende des Manuskripts und sollten den Akademischen Grad, Vor- und Zuname, Anschrift (Institution), Telefonnummer und E-Mail beinhalten. Eine kurze Beschreibung der derzeitigen Tätigkeit sollte ebenfalls dabei sein. Bei mehreren AutorInnen ist ein/e federführende/r AutorIn anzugeben. Fotos (Portrait) des/der AutorIn sowie aller Co-AutorInnen werden benötigt und müssen im JPG-Format (300 dpi, Originalgröße, Modus: Graustufen) abgespeichert sein.

Rechtliche Hinweise für AutorInnen

Mit der Einreichung erklärt der/die AutorIn, dass das Manuskript noch nicht anderwärtig veröffentlicht wurde, nicht gleichzeitig bei anderen Zeitschriften eingereicht wird und alle Co-Autoren mit der Einreichung einverstanden sind. Der/die AutorIn holt, falls notwendig, die Nutzungsrechte an Texten und Bildern Dritter vor Einreichung des Manuskripts ein, eventuelle Ansprüche Dritter sind somit geklärt. Der/die AutorIn kann sein/ihr Manuskript 12 Monate nach Erscheinen der jeweiligen PIÖ Druckausgabe in anderen Print-Medien und 3 Monate nach Erscheinen der jeweiligen PIÖ Druckausgabe online publizieren, wenn darauf hingewiesen wird, dass die Originalarbeit in der PIÖ (Jahrgang, Nummer, Seiten) erschienen ist. Der/die AutorIn bestätigt mit der Einreichung, dass er/sie die Hinweise für AutorInnen zur Kenntnis genommen hat.

Dazu fällt mir eine Geschichte ein ...



Neu

268 Seiten, 59 Abb., Kt, 2012
 € (D) 29,95/€ (A) 30,80
 ISBN 978-3-89670-856-4



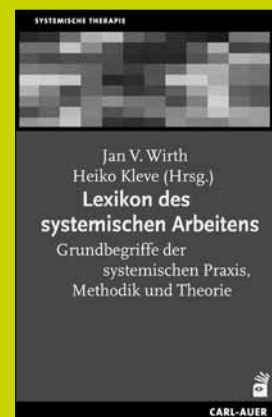
Neu

250 Seiten, Kt, 2012
 € (D) 29,95/€ (A) 30,80
 ISBN 978-3-89670-857-1



Neu

190 Seiten, Kt, 2012
 € (D) 24,95/€ (A) 25,70
 ISBN 978-3-89670-855-7



507 Seiten, Hardcover, 2012
 € (D) 54,-/€ (A) 55,60
 ISBN 978-3-89670-827-4



Neu

167 Seiten, Kt, 2012
 € (D) 21,95/€ (A) 22,60
 ISBN 978-3-89670-774-1



Neu

ca. 279 Seiten, Kt, 2012
 ca. € (D) 44,95/€ (A) 46,30
 ISBN 978-3-89670-858-8



219 Seiten, Kt, 2009
 € (D) 19,95/€ (A) 20,60
 ISBN 978-3-89670-705-5



188 Seiten, Kt, 2009
 € (D) 16,95/€ (A) 17,50
 ISBN 978-3-89670-688-1

 **Carl-Auer Verlag • www.carl-auer.de**

Im Webshop bestellt – deutschlandweit portofrei geliefert! • Unsere E-Books finden Sie hier: www.carl-auer.de/buchbar

NEU IM WIENER TESTSYSTEM NEURO!

Das Test-Set COGBAT Kognitive Basistestung

Autoren: S. Aschenbrenner, S. Kaiser, U. Pfüller, D. Roesch-Ely, M. Weisbrod

- › kann störungsübergreifend eingesetzt werden
- › klärt wichtige neuropsychologische Dimensionen ab: Aufmerksamkeit, Gedächtnis, exekutive Funktionen und Verarbeitungsgeschwindigkeit
- › beinhaltet relevante Tests: Trail Making Test (TMT-L), Tower of London (TOL-F) sowie Verfahren aus der Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsbatterie WAF
- › erfüllt alle Testgütekriterien: aktuelle Normdaten, Reliabilität, Validität, Fairness, Auswerteobjektivität und Durchführungsobjektivität
- › verweist auf weiterführende Tests und auf die passenden Trainingsverfahren aus dem Trainingsprogramm CogniPlus

In der Praxis wird COGBAT vorrangig eingesetzt:

- › für eine neuropsychologische Eingangsdiagnostik
- › für eine orientierende Prüfung postoperativer kognitiver Beeinträchtigungen
- › in der Psychiatrie für einen neuropsychologischen Check bei Patienten z. B. mit Schizophrenie, Depression oder ADHS
- › in neurologischen und psychosomatischen Kliniken für einen neuropsychologischen Check bei Patienten z. B. nach Schädel-Hirn-Traumata, nach Schlaganfall, mit Multiple Sklerose und/oder mit Alkoholmissbrauch, Essstörungen, ...

Jetzt detailliert informieren im Katalog WIENER TESTSYSTEM NEURO! Kostenfrei anfordern unter

→ E-Mail an info@schuhfried.at

Lust auf mehr? Schauen Sie unter
www.schuhfried.at

Setzen Sie auf die Nr. 1!

SCHUHFRIED ist Weltmarktführer für computergestützte psychologische Diagnostik.

SCHUHFRIED GmbH
Hyrtlstraße 45, 2340 Mödling
Österreich
Telefon +43 2236 42315
Fax +43 2236 46597
E-Mail info@schuhfried.at

**Kostenloser Rückruf:
Free Call über
www.schuhfried.at**



EN ISO 13485:2003
Zert.Nr.: E032R1



SCHUHFRIED

passion for psychology