

Psychologische Therapie chronischer Schmerzen: Patientenschulung und -motivierung

Birgit Kröner-Herwig

1 Chronischer Schmerz und seine Behandlung

Chronischer Schmerz, mit seinen Hauptsyndromen Kopf- und Rückenschmerz, gehört zu den Störungen, die in den industrialisierten Ländern eine der höchsten Morbiditätsraten aufweisen. Ungefähr 11 bis 17 % der Bevölkerung leidet unter persistierenden Schmerzen, die als behandlungsbedürftig gelten (Brattberg, Thorslund & Wikman, 1989). Neuere Studien zeigen, daß das Sozialsystem dieser Länder durch die kontinuierlich steigende Zahl von Arbeitsausfallzeiten, insbesondere aufgrund von muskulo-skeletalen Schmerzen, extrem belastet wird (Fordyce, 1995). Chronischer Schmerz gehört somit sowohl unter dem subjektiven Aspekt des Leidens als auch in sozioökonomischer Sicht (Krankheitskosten, Arbeitsfehltag, frühzeitige Berentung) zu den bedeutendsten Problemen innerhalb des Gesundheitssystems.

Die Behandlung von chronischen Schmerzen wurde über Jahrzehnte hinweg aus dem Modell des akuten Schmerzes abgeleitet, der als Symptom eines Traumas oder einer Krankheit betrachtet wurde. Als mögliche Ursachen wurden allein medizinische Faktoren in Rechnung gestellt. Die eingesetzten therapeutischen Mittel orientierten sich entsprechend an einem somatischen Krankheitsmodell (Kröner-Herwig, 1996 a). Das vorherrschende biologische und dazu noch recht simple Modell des chronischen Schmerzes mußte - so zeigte es sich spätestens nach der Publikation der Gate-Control-Theorie von Melzack und Wall (1965) - abgelöst werden, da es weder wissenschaftlich fruchtbar noch praktisch erfolgreich war.

Vor nun etwa 20 Jahren begann sich unter Forschern und Praxisexperten ein neues Konzept durchzusetzen, das von einer Multidimensionalität des chronischen Schmerzes ausgeht. Prinzipiell wurden besonders für die Ausformung und Aufrechterhaltung des Schmerzsyndroms komplexere biologische und psychosoziale Faktoren als Einflußgrößen erkannt (Bonica, 1990; Turk, Meichenbaum & Genest, 1983); dementsprechend ist auch das Therapiekonzept verändert worden. Die traditionellen medizinischen Interventionen im Sinne einer

„Kausalthherapie“ sind um systemisch orientierte Verfahren und „alternative“ Methoden erweitert worden (Zenz & Jurna, 1993). Einen besonderen Aufschwung in der Schmerztherapie erbrachte jedoch die Erweiterung der therapeutischen Verfahren um psychologisch fundierte Methoden, wie sie zuerst in den multimodalen Programmen amerikanischer „Pain Clinics“ eingesetzt worden sind (Kröner-Herwig, 1996 b). Ziel dieser Schmerzmanagement-Programme, die sich im wesentlichen kognitiv-behavioraler Methoden bedienen, ist generell die Verminderung der Beeinträchtigung durch den Schmerz. Angestrebt werden des weiteren die Steigerung des defizitären Aktivitätsniveaus der Patienten auf der physischen und insbesondere auch auf der psychosozialen Ebene, die Verbesserung der Schmerzbewältigungskompetenz, die Optimierung des Medikamentenverhaltens und der Abbau von Faktoren, die den Schmerz verstärken (internale und externale Faktoren). Die Minderung der Schmerzintensität ist ein eher untergeordnetes Ziel der Behandlung.

Dieser Ansatz hat sich als erfolgreiches Konzept in der Therapie chronischer Schmerzen erwiesen (Flor, Fydrich & Turk, 1992). Mittlerweile gibt es auch in Deutschland Studien, die zeigen, daß insbesondere bei den Hauptsyndromen des Kopf- und Rückenschmerzes durch psychologische Interventionstechniken, die die medizinischen Verfahren ergänzen, die Lebensqualität der Patienten erheblich verbessert werden kann (Jäkle et al., 1995; Pfingsten, Hildebrandt, Franz, Schwibbe & Ensink, 1993). Aber eben gerade dieser Behandlungsansatz stößt bei vielen Schmerzpatienten auf Unverständnis und teilweise auch auf latenten oder manifesten Widerstand (DeGood, 1983). Somit ist manchmal eine Therapie schon gescheitert, bevor sie richtig beginnen konnte.

2 Determinanten der mangelnden Akzeptanz psychologisch fundierter schmerztherapeutischer Maßnahmen

2.1 *Unklare Erwartungen und allgemeine Vorurteile gegenüber Psychologen*

Bis heute herrscht große Unklarheit, teilweise auch Mißtrauen in der allgemeinen Bevölkerung hinsichtlich der Rolle und der Tätigkeiten eines Psychologen. Die Vorstellungen vieler Menschen sind vage und unscharf. Sie schwanken zwischen dem Bild eines Psychiaters, der es mit „Verrückten“, das heißt schwerst psychisch Gestörten zu tun hat und dem Bild des mit magischen Kräften ausgestatteten Psychotherapeuten, der die Seele seiner Patienten auf der Couch durchleuchtet. Zwischen den verschiedenen Richtungen psychologischer Interventionen, etwa der tiefenpsychologisch orientierten Therapie und der Verhaltenstherapie, vermögen die wenigsten Patienten zu unterscheiden.

Keine der geschilderten Vorstellungen sind geeignet, einen Patienten für eine psychologische Behandlung zu motivieren. Schon gar nicht dann, wenn er,

wie der Schmerzpatient, ein „wirkliches“ körperliches Leiden aufweist. So erwarten mehr als 50 % einer Stichprobe von befragten Schmerzpatienten (n = 41), die zum ersten Mal eine Schmerzambulanz aufsuchen, „gar keine“ Hilfe von einem Psychologen (Schreiber, 1993). Dieser Sachverhalt wird auch von einer Untersuchung von Willweber-Strumpf, Strumpf, Zenz und Tryba (1996) gestärkt. Nur 23,5 % der Patienten einer Schmerzambulanz können sich vorstellen, daß eine psychologische Therapie hilfreich sein könnte.

2.2 Die Krankenrolle des Schmerzpatienten

Fast alle Schmerzpatienten haben die traditionelle Krankenrolle, die ihnen auch vom Gesundheitssystem zugewiesen wird, übernommen. Ihr Anspruch auf Schonung und Entlastung wird in der Regel von allen akzeptiert, ja gefördert. Heilung oder Linderung des Leidens kann - so meinen die Schmerzpatienten und ihre Behandler - nur vom Arzt erwartet werden. So nennen Schmerzpatienten, die nach der Bedeutung von Einflußfaktoren auf eine Krankheit befragt werden, vor allem anderen „Fortschritte der Medizin“, das „Können“ und das „Engagement“ der Ärzte (Schreiber, 1993). Diesem Anspruch werden die behandelnden Ärzte durch einen in der Regel extrem hohen Diagnostikaufwand und multiple Therapieversuche gerecht. Die Patienten selbst warten den Erfolg dieser Maßnahmen ab, sie sehen sich selbst als hilfloses Opfer des Schmerzes. Das eigene Verhalten halten sie im Zusammenhang mit der Schmerzstörung für wenig bedeutsam. Typischerweise suchen sie immer neue Ärzte auf, sobald eine Diagnostik ohne Befund, ein Therapieversuch ohne Erfolg war. Diese Rollenausfüllung, die von einem unidimensionalen Krankheitsmodell mit medizinischen Kausal- und Kontrollattributionen bestimmt ist, ist nicht mit einer multimodalen psychologischen Therapie vereinbar, die hohe Anforderungen an die Aktivität, das Engagement und die Eigenverantwortlichkeit des Patienten stellt.

2.3 Ängste und Unsicherheiten auf seiten des Patienten

Das eingangs geschilderte Bild vom Psychologen kann den Schmerzpatienten bereits hinlänglich verunsichern. Verstärkt wird dieses Gefühl durch spezielle Aspekte des chronischen Schmerzes selbst. Anders als der Krebs- oder Diabetespatient befindet oder glaubt sich der Schmerzpatient häufiger in der Position, die „Echtheit“ seines Leidens „beweisen“ zu müssen. Da das klinische Schmerzerleben grundsätzlich subjektiv und nicht durch objektive Mittel erfaßbar ist, ist der Patient darauf angewiesen, daß man ihm Glauben schenkt.

Oft läßt sich beim chronischen Schmerz kein oder kein als hinreichend verstandener „objektiver“ medizinischer Befund ermitteln. Die behandelnden Ärzte, frustriert über die diagnostische und therapeutische Unzulänglichkeit ihrer Mittel, werfen möglicherweise dem Patienten (mehr oder weniger explizit) vor, zu „übertreiben“ oder gar zu „simulieren“ (DeGood, 1983). Manche

teilen ihm mit, daß alles wahrscheinlich „nur psychisch“ sei. Durch dieses Verhalten wird Unsicherheit -ja, das Gefühl der Bedrohung - beim Patienten verstärkt. Aus dieser Erfahrung heraus kann auch Arger entstehen, der sich häufig in latenter Feindseligkeit gegenüber allen Experten, insbesondere aber gegenüber dem psychologischen Therapeuten, zeigt. Der Patient glaubt, um seine psychische und moralische Integrität kämpfen zu müssen. Dies geht einher mit der Ablehnung einer Therapie, die für Hypochonder, eingebildete Kranke oder psychisch Gestörte gedacht scheint. Es ist überflüssig zu sagen, daß der typische Schmerzpatient aufgrund vieler erfolgloser Behandlungsversuche enttäuscht, ja oft verzweifelt ist, so daß seine Ressentiments daher gut nachvollziehbar sind. Nicht selten ist sogar zu beobachten, daß die Behandlungsversuche zu weiteren Schädigungen einschließlich einer Schmerzverstärkung geführt haben.

2.4 Dysfunktionale Ziele des Patienten

Die Zielerwartung vieler Patienten läßt sich auf den Wunsch nach Schmerzfreiheit reduzieren. So finden Willweber-Strumpf et al. (1996), daß immerhin 38 % der befragten Patienten nur mit einer völligen Schmerzfreiheit infolge der Behandlung zufrieden wären, 71 % erwarten eine Reduktion der Schmerzbelastung um mindestens 70 %. Diese Ziele sind allerdings auch bei optimalen Behandlungsmethoden meist nicht zu erreichen (Shutty & DeGood, 1990). Besonders problematisch ist zudem die Überzeugung vieler Patienten, alle Schwierigkeiten in ihrem Leben seien automatisch behoben, wenn das Hauptproblem, der Schmerz, erst einmal „weg“ sei. Der Schmerz hat zum Teil für sie die Funktion eines multifunktionalen Erklärungskonzepts für Probleme erhalten, für die eine eigene Lösung gar nicht mehr gesucht wird. Eine multimodale Therapie rückt dagegen in bestimmten Phasen des Behandlungsprozesses den Schmerz selbst möglicherweise eher in den Hintergrund und die von Patienten als Folgen betrachteten Prozesse in den Vordergrund.

2.5 Operante Faktoren und die mögliche Funktionalität des Schmerzes

Die meisten psychologischen Schmerzforscher sind überzeugt, daß chronischer Schmerz unter unmittelbare Kontrolle von Verstärkern aus der Umwelt (Zuwendung durch den Partner, Rente) oder von „endogenen“ Verstärkern (Vermeidung aversiver Ereignisse) geraten kann (Fordyce, 1976; Flor, 1996). In diesem Fall hat die Beibehaltung des Schmerzes für den Patienten einen besonderen Wert: Er kann aus Mangel an adaptiven Problembewältigungskompetenzen bzw. wegen ungünstiger Umweltkonstellationen nicht „aufgegeben“ werden. Es scheint, daß manche Patienten ein, wenn auch vages und möglicherweise nicht verbalisierbares, „Wissen“ um diesen Sachverhalt besitzen und sich aus diesem Grund von Anfang an einer Therapie widersetzen. Gelingt es

dem Therapeuten nicht, durch die frühe Erzeugung eines besonderen Vertrauensverhältnisses (vgl. Petermann, 1996) und die Stärkung der Zuversicht des Patienten diesen zu einem aus seiner Sicht „Risikoverhalten“ zu motivieren, das heißt sich erst einmal auf die Therapie einzulassen, ist für diesen Patienten kein Weg aus dem Schmerz mehr möglich.

3 Patientenschulung: Ziele, Mittel und Wege

Wie die Analyse typischer Hindernisse für die Akzeptanz psychologisch fundierter Maßnahmen zeigt, sollte eine Patientenschulung sowohl eine Veränderung relativ stabiler Krankheitsüberzeugungen bewirken als auch Veränderungen auf der motivationalen und emotionalen Ebene anstoßen. Der Informationsstand ist zu verändern, aber auch wertbesetzte Einstellungen sind zu modifizieren. Die Patientenschulung soll ein Störungs- und Therapierational vermitteln, das eine hohe Glaubwürdigkeit und innere Logik für den Patienten besitzt. Dabei soll es gerade die Chancen der „neuen“ Therapie verdeutlichen. Dies bedeutet, daß dem Patienten Mut gemacht werden soll, einen neuen Schritt zu wagen und trotz negativer Vorerfahrungen noch einmal Hoffnung und Engagement zu investieren. Zumindest global sollen die einsetzbaren psychologischen Verfahren erklärt und ihre möglichen Wirkungen verdeutlicht werden. Weiter soll die Schulung den Patienten auf die Anforderungen, die eine psychologische Therapie an ihn stellt, vorbereiten.

Wie kann dies nun geschehen? Selbstverständlich kann die Schulung kein isolierter Interventionsbaustein sein, sondern sie ist ein Bestandteil - zumindest implizit - jeder therapeutischen Maßnahme. An dieser Stelle soll aber nur die Patientenschulung als neue Weichenstellung zu Beginn einer Behandlung diskutiert werden. Verschiedene Möglichkeiten zur Patientenschulung erscheinen einzeln und kombiniert sinnvoll:

- Schulung durch den Therapeuten,
- Schulung anhand schriftlicher Materialien und
- Einsatz von audiovisuellen Medien.

3.1 Schulung durch den Therapeuten

Die explizite Durchführung einer Schulungssitzung durch den Therapeuten zu Beginn der Interaktion scheint uns eine gute und teilweise auch ökonomische Lösung zu sein, wenn zum Beispiel mehrere Patienten gleichzeitig einbezogen werden können. Die Schulung sollte aus Phasen der Informationsvermittlung durch den Therapeuten und Phasen aktiver Beteiligung der Patienten bestehen. Der Einsatz von Graphiken, Tabellen und Bildern ist wünschenswert (vgl. Frettlöh et al., 1995). Der Therapeut sollte offensiv die psychologisch fundierten Konzepte der Schmerztherapie vertreten, aber nicht die Patienten überreden. Das Konzept einer multimodalen Therapie sollte eindeutig als eine Chan-

ce für den Patienten dargestellt werden. Ob der Patient diese Chance wahrnimmt, sollte klar in die Verantwortung des Patienten gestellt werden. Die Schulung sollte also zu einer deutlich ausgesprochenen (u.U. in einem Kontrakt fixierten) Entscheidung des Patienten für die Therapie bzw. gegen die Therapie führen.

Es scheint uns besonders nützlich zu sein, eine Hauptbezugsperson des Patienten in die Schulung einzubeziehen, denn es ist zu erwarten, daß die Kenntnis des Therapierationalen die Bezugsperson des Schmerzpatienten motiviert, die Bewältigungsbemühungen des Patienten während der Therapie zu unterstützen und ihn in der Entscheidung für die Therapie zu stärken.

3.2 Schulung anhand schriftlicher Materialien

Mittlerweile gibt es eine Reihe von Broschüren zur Schmerztherapie, die unter fachlicher Anleitung von Schmerzexperten von Pharmafirmen oder Krankenkassen für die Patientenschulung herausgegeben wurden. Sie sind für den Patienten direkt bei diesen Institutionen erhältlich oder liegen zum Teil in den Praxen niedergelassener Ärzte oder Klinik-Ambulanzen aus. Sie decken aber in der Regel allenfalls einen Teil des Informationsbedarfs der Patienten ab, insbesondere hinsichtlich der psychologischen Aspekte sind sie zumeist recht oberflächlich. Positiv ist die qualitativ hochstehende aber relativ anspruchsvolle Broschüre der Techniker-Krankenkasse hervorzuheben, die aus diesem Grund auch nur für ein spezifisches Klientel geeignet scheint.

Bücher zur Selbsthilfe (z.B. Bresler & Trubo, 1979; Peck, 1990; Svoboda, 1987) haben diese Mängel nicht; sie sind aber - da auf umfassende Selbsthilfe angelegt - in der Regel sehr umfangreich, so daß ein gezielter und den Patienten im Umfang nicht abschreckender Einsatz als Einführung in die Therapie eher schwierig ist. Im Augenblick erscheint uns das in deutscher Sprache erschienene Buch einer australischen Psychologin (Peck, 1990) als einziges Material für Schulungszwecke gut geeignet zu sein. Es fußt auf der zuvor dargestellten kognitiv-behavioralen Sicht des Schmerzproblems und ist didaktisch außerordentlich gut aufgebaut.

Die Effektivität schriftlicher Medien leidet sicher meist unter dem wesentlichen Manko, daß sie von Patienten nicht ausreichend genutzt werden. Es ist also darauf hinzuweisen, daß der Therapeut den Patienten zum Lesen ernsthaft motivieren muß. Dies geschieht sicher am besten damit, daß mit dem Patienten das Gelesene besprochen wird. Günstig scheint uns beim Einsatz von schriftlichen Medien zu sein, daß der Therapeut zu Beginn der Therapie nicht in die Rolle des „Vertreters“ gerät, der eine bestimmte Behandlung „verkaufen“ will. Durch die „Objektivierung“ der übermittelten Sachverhalte in den Medien entsteht möglicherweise weniger Reaktanz. Eine weitere Funktion schriftlicher Medien sollte hervorgehoben werden: Sie stellen eine gute Hilfe zur Nachbereitung bestimmter Sachverhalte dar. So ermöglichen sie zum Beispiel nach

Ende der Therapie einen Rückgriff auf gelernte und anfänglich eingeübte Techniken der Schmerzkontrolle.

3.3 Einsatz von audiovisuellen Medien

Der Einsatz audiovisueller Medien in der Patientenschulung scheint besonders überdenkenswert. Sicher ist hierbei eine höhere Nutzungscompliance als bei schriftlichen Medien zu erreichen. Wir selbst haben eine audiovisuelle Medieneinheit für Schmerzpatienten entwickelt und evaluiert (Kröner-Herwig & Lucht, 1991). Der Videofilm (Gesamtlänge 42 Minuten) besteht aus drei Abschnitten. Im ersten Abschnitt wird der Unterschied zwischen akutem und chronischem Schmerz verdeutlicht. Ausgehend von den Erfahrungen der meisten Patienten, wird die Multidimensionalität chronischen Schmerzes und seiner Folgen dargestellt, dabei werden insbesondere die psychologischen Aspekte hervorgehoben. Die Themenaufarbeitung geschieht in einem Gespräch bzw. Interview zwischen einem Moderator und einer „Schmerzexpertin“, wobei wesentliche Aussagen durch Texteinblendungen hervorgehoben werden.

Kasten 1: Aufbau und Inhalt des Videofilms

Teil	Form	Inhalte
I	Interview zwischen Moderator und Schmerzexpertin, Texttafeln ca. 14 Min.	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiede zwischen akutem und chronischem Schmerz • die Schmerzkrankheit • die ‚Echtheit‘ erlebten Schmerzes • Verstärkung des Leidens durch Schonung und Rückzug • völlige Schmerzfreiheit, ein nicht erreichbares Ziel • aktive Mitarbeit des Patienten
II	bewegte Graphiken, Off-Kommentar, Texttafeln ca. 14 Min.	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzleitungssystem • Schmerzverarbeitung im Zentralnervensystem • der Einfluß von Gefühlen, Gedanken und Verhalten auf das Schmerzerleben (das Gate-Control-Modell)
III	Interview, Dokumentarszenen, Texttafeln ca. 14 Min.	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsmethoden • die Überlegenheit interdisziplinärer, multimodaler Therapie • schmerzmedizinische Interventionsverfahren • psychologische Therapie

Der zweite Teil des Films arbeitet im wesentlichen mit Graphiken, Texteinblendungen und Off-Kommentaren. Es wird das Gate-Control-Paradigma von Melzack und Wall (1965) genutzt, um das Schmerz wahrnehmungs- und -verarbeitungssystem darzustellen. Wesentlicher Stellenwert wird den Einflüssen von Verhalten und Erleben auf den Schmerz gegeben sowie der Möglichkeit, über Veränderung von Verhalten und Erleben auf den Schmerz einzuwirken.

Im dritten Abschnitt wird das Gespräch zwischen Moderator und Schmerzexpertin wieder aufgenommen und zum Teil durch Szenen- und Texteinblendungen ergänzt. Hier geht es im wesentlichen um die multimodale Therapie, in der medizinische, aber besonders eben auch psychologische Interventionen einen Platz haben. Es werden sowohl TENS und Akupunktur als medizinische

Verfahren der Schmerztherapie als auch Entspannung oder kognitive Bewältigungsmöglichkeiten von Schmerz als psychologische Verfahren beschrieben.

Insgesamt wird versucht, folgende Einstellungen durch den Film zu erzielen und dabei dysfunktionale Überzeugungen abzubauen:

- Eine Dichotomisierung des Schmerzes in psychogen und somatogen ist unangemessen. Schmerz ist ein somatisches und psychisches Phänomen.
- Chronischer und akuter Schmerz sind auseinanderzuhalten; das Akutmodell trifft für chronischen Schmerz nicht zu.
- Der Patient ist Experte für seinen Schmerz. Es gibt keine objektiven Methoden, die „echten“ Schmerz messen können.
- Die wissenschaftliche Erkenntnis, daß psychologische Prozesse beim Schmerz eine bedeutsame Rolle spielen, heißt nicht, daß der Schmerzpatient psychisch gestört ist, simuliert oder übertreibt.
- Eine Therapie, die psychologische und medizinische Interventionen enthält, ist der heute umfassendste und beste Ansatz zum Umgang mit Schmerz (Psychologische Therapie ist nicht der „letzte Versuch“, wenn sonst nichts hilft).
- Schmerztherapie führt nur in wenigen Fällen zur totalen „Heilung“. Ziel einer Therapie ist damit eher eine bessere Bewältigung des Schmerzes.
- Der langfristige Erfolg einer Therapie beruht in großem Ausmaß auf der Eigenaktivität des Patienten; psychologische Interventionen stärken diese Kompetenz.
- Eine analgetische oder eine andere symptomatische Pharmakotherapie ist meist auf Dauer kein geeignetes Mittel zur Schmerzbekämpfung; ihr Einsatz sollte soweit wie möglich begrenzt werden.

Bevor der Film in einem experimentellen Design auf seine Wirkung überprüft wurde, haben wir die Kritik von verschiedenen Filmbeobachtern (Studenten, Schmerzpatienten in VHS-Kursen, wissenschaftlichen Mitarbeitern im Schmerzbereich) zur Überarbeitung und Korrektur genutzt. Der Film wurde dann bei Patienten einer Schmerzzambulanz und Patienten einer stationären Einrichtung evaluiert. Es wurde eine Kontrollbedingung geschaffen, in der eine ungefähr gleich große Zahl von Patienten einen anderen, für chronische Patienten gesundheitsrelevanten Film zu sehen bekam (Film über gesunde Ernährung).

Im Vergleich beider Patientengruppen zeigten sich nach Ansehen der Filme Unterschiede in der Kausal- und besonders der Kontrollattribution hinsichtlich des Schmerzproblems (Kröner-Herwig & Lucht, 1991). Die Patienten, die das schmerzrelevante Video gesehen hatten, äußerten weniger rigide Annahmen über die biologisch-medizinische Verursachung des Schmerzes und akzeptierten eher psychosoziale Einflüsse auf das Schmerzgeschehen. Stärker ausgeprägt waren die Unterschiede in der Kontrollattribution; die Patienten, die die Schulung erhielten, konnten besser akzeptieren, daß Schmerz über psychologische Maßnahmen und Strategien beeinflusst und gemildert werden kann, und daß psychologische Bewältigungsstrategien bedeutsam für den Umgang mit chronischem Schmerz sind. Bei dieser Gruppe ist auch die emotionale Ein-

Stellung gegenüber dem Schmerz, die per Fragebogen erfaßt wurde, nach dem Ansehen des Films weniger negativ als in der Kontrollgruppe. Insgesamt zeigte die Studie, daß der Film die angestrebten Konzeptveränderungen zumindest im Bereich der Annahmen über die Kontrollierbarkeit des Schmerzes in Gang setzt. Zudem scheinen die Patienten nach dem Film zuversichtlicher hinsichtlich des eigenen Schmerzproblems zu sein.

Das Video wird mittlerweile von unterschiedlichen Therapeuten in unterschiedlichen Settings eingesetzt. Eine Befragung von 40 Therapeuten, die den Film erworben haben, ergab, daß 77,5 % den Film als Schulungsmedium einsetzen. Für besonders nützlich hielten 89 % die Verwendung des Teils 2 (Gate-Control-Modell), nahezu ebenso viele (71 %) setzen Teil 1 regelmäßig ein. Besonders häufig wird der Film in Gruppen eingesetzt (‘immer‘ bis ‘häufiger‘ 67 %). Deutlich weniger häufig verwendeten die Therapeuten das Schulungsmedium für Einzelpatienten (28 %), und noch sehr viel weniger wurde der Film für die Schulung von Angehörigen der Schmerzpatienten benutzt (5 %). Wir halten diesen Sachverhalt für sehr bedauerlich, weil sich das Medium gerade für die Angehörigenarbeit gut eignet, da der Film ausgeliehen oder für wenig Geld käuflich erworben werden kann.

Die Annahmen der Anwender zeigen sich in folgenden Zustimmungsraten hinsichtlich verschiedener Aussagen über die Nützlichkeit des Films (‘0‘ Aussage stimmt gar nicht, ‘4‘ Aussage stimmt vollkommen). Nahezu alle Therapeuten stimmen der folgenden Aussage zu: „*Das Medium ist als Information und Motivation besser geeignet als ein Text*“ (Mittelwert (m) = 3.32, Streuung (s) = 0.81). Eine hohe Zustimmung findet auch die Aussage: „*Der Film kann die Diskussion zwischen Patienten anregen*“ (m = 3.13, s = 1.09).

Die Nützlichkeit der Anwendung sehen die Befragten auch in der folgenden Aussage: „*Der Film übernimmt die Rolle des Experten und ist sehr glaubwürdig*“ (m = 3.0, s = 0.97). Ebenso hilft der Film dem Therapeuten „*den Patienten vom biopsychosozialen Modell zu überzeugen bzw. sich weniger skeptisch zu verhalten*“ (m = 2.83, s = 1.00). In der Regel, so berichten die Nutzer des Videos, wird dieses mit den Patienten 30 bis 60 Minuten lang in Diskussionen aufgearbeitet.

Negative Bewertungen sind eher selten. Nur drei von acht Negativ-Äußerungen stimmen die Therapeuten in einem deutlicherem Ausmaß zu. „*Ich finde den Film handwerklich und didaktisch schlecht*“ (m = 2.0, s = 1.31). „*In dem Film sind Dinge nicht so dargestellt, wie ich sie mir für Patienten wünsche*“ (m = 1.61, s = 1.40). „*Der Film hat einige bedeutsame Fehler*“ (m = 1.30, s = 1.37). Bei den Negativbewertungen sind sich allerdings die Beurteiler wesentlich uneiniger als bei den Positivurteilen. Zu 50 % plädieren die Befragten dafür, daß der Film überarbeitet werden sollte. Dies gilt besonders in medien-didaktischer und -technischer Hinsicht. So fordern die meisten der Befragten die Einbindung von Patienteninterviews, mehr beispielhafte Darstellungen aus Therapien und eine insgesamt lebendigere Kameraführung mit einer Reduzierung der Interview- und Redeanteile der Hauptpersonen.

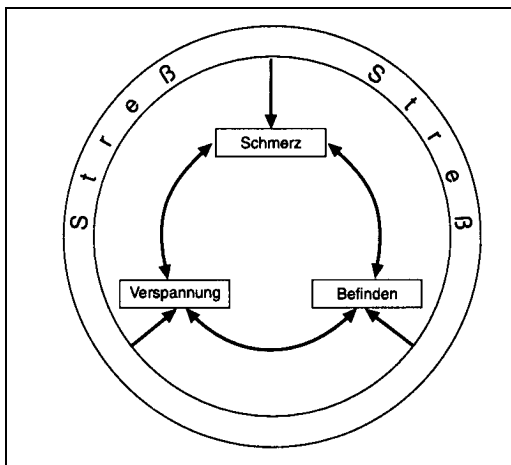


Abbildung 1:

Der Streiß-Kreis (vgl. Basler & Kröner-Herwig, 1995)

Zusammenfassend ist zu sagen, daß der Film trotz seiner Schwächen besonders für die Arbeit mit Gruppen geeignet scheint, wobei in überwiegender Maße die Therapeuten, die ihn nutzen, stationär arbeiteten (55 % der Stichprobe). Eine professionelle Überarbeitung ist, so zeigen auch die Urteile der Nutzer, absolut wünschenswert, stößt aber auf Grenzen der Finanzierbarkeit und einen Mangel an in der wissenschaftlichen Medienproduktion kompetenten Institutionen. Der vorliegende Film war innerhalb einer Diplomarbeit ohne jede professionelle Unterstützung entstanden.

In dem von uns entwickelten Schmerzbewältigungstraining (Basler & Kröner-Herwig, 1995) ergänzen wir die eben beschriebene allgemeine Schulung zum biopsychosozialen Schmerzmodell mittels Video durch Informationen zu spezifischen Schmerzstörungen (Kopf- oder Rückenschmerz). Dabei wird besonderer Wert auf die Erklärung des Zusammenhangs zwischen physiologischen und psychologischen Prozessen gelegt, wobei hier das Streißkonzept eine besondere Rolle spielt (vgl. Abb. 1). Es ist unsere Erfahrung, daß trotz jahrelangen Leidens die Migräne- oder Spannungskopfschmerzpatienten zu einem beträchtlichen Anteil nicht einmal über die körperlichen Abläufe, die dem Schmerz zugrunde liegen, informiert sind und schon gar nicht über die psychophysiologischen Verbindungen; das zeigen auch die Befunde von Schreiber (1993). Schmerzpatienten, die zum ersten Mal eine Schmerzambulanz aufsuchen, haben zu 80,5 % einen ‚sehr großen‘ bzw. ‚ziemlich großen‘ Bedarf an weiterer Information über ihre Krankheit. Dies gilt ebenso für den Rückenschmerzpatienten. Diese Informationen werden nach der allgemeinen Schulung per Video vom Therapeuten mittels Abbildungen und Graphiken vermittelt (Frettlöh et al., 1995).

Besonders nötig erscheint uns in diesem Zusammenhang gerade für Kopfschmerzpatienten eine spezielle Schulung im Umgang mit der Medikation zu sein, da sie häufig Medikamente wie Analgetika oder Psychopharmaka dysfunktional bzw. mißbräuchlich handhaben. Sie wird innerhalb unseres Trainings in der Regel durch einen Arzt erbracht und durch eine schriftliche Anleitung ergänzt (vgl. Kasten 2).

Kasten 2:

Ausschnitt aus der Medikamentenschulung für Kopfschmerzpatienten
(vgl. Basler & Kröner-Herwig, 1995)

Empfehlung zur Veränderung des bisherigen Medikamentengebrauchs

Wenn *Ihr Medikamentengebrauch* nicht den obengenannten Richtlinien entspricht, z. B.:

- Sie nehmen Kombinationspräparate!
- Sie nehmen mehrfach wöchentlich verschiedene Medikamente!
- Sie überschreiten die Monatsdosis besonders bei Ergotaminpräparaten!
- Sie nehmen vorbeugende Medikamente ohne Tagebuchkontrolle!

***In diesen Fällen ändern Sie unbedingt Ihre Gewohnheiten
im Gebrauch von Medikamenten!***

Auch hier gilt, Selbstbewältigungsmaßnahmen, wie Sie sie in unserem Training lernen, sind die beste Vorbeugung:

- Sie können damit Ihre Kopfschmerzen verringern!
- Sie benötigen weniger Medikamente!
- Sie verringern damit die Gefahr schädlicher Nebenwirkungen!
- Sie verringern damit die Gefahr des Mißbrauchs!

Gehen Sie zu Ihrem Arzt und besprechen Sie Ihren Wunsch, Ihre *Medikamente nach unseren Empfehlungen umzustellen*.

4 Ausblick

Für die Zukunft scheint uns die Entwicklung von Multimediakzepten der Schulung sinnvoll. Der Einsatz rechnergestützter interaktiver Medien, die sowohl komplexe Sachverhalte anschaulich wie individuell angepaßt vermitteln können, wird zunehmen (Hasebrook, 1995). Diese Medien werden vielleicht zunächst erst eine jüngere Adressatengruppe erreichen können, die keine grundsätzliche Distanz zur Nutzung solcher Medien hat. So wäre denkbar, daß im Sinne der primären und sekundären Prävention bei Jugendlichen diese Art Schulungsmedien eingesetzt werden könnte, um gesundheitsförderliche und chronifizierungsverhindernde Strategien, etwa im Umgang mit häufigen Kopfschmerzen, zu erlernen. Es ist zu hoffen, daß sich die Kluft zwischen dem Potential des multimedialen Einsatzes von Schulungsprogrammen und der begrenzten Finanzierbarkeit nicht weiter vergrößert.

Literatur

- Basler, H. D. & Kröner-Herwig, B. (Hrsg.). (1995). *Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen. Ein Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppen- und Einzeltherapie*. München: Quintessenz.
- Bonica, J. J. (Ed.). (1990). *The management of pain*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Brattberg, G., Thorslund, M. & Wikman, A. (1989). The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain*, 37, 211-222.
- Bresler, D. E. & Trubo, R. (1979). *Free yourself from pain*. New York: Simon & Schuster.

- DeGood, D. E. (1983). Reducing medical patients' reluctance to participate in psychological therapies: The initial Session. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 570-579.
- Flor, H. (1996). Verhaltensmedizinische Grundlagen chronischer Schmerzen. In H. D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig, H.P. Rehfisch & H. Seemann (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder Behandlung* (123-139). Berlin: Springer, 3. Auflage.
- Flor, H., Fydrich, T. & Turk, D. C. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment Centers: A meta-analytic review. *Pain*, 49, 221-230.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis: Mosby.
- Fordyce, W. E. (1995). *Back pain in the workplace. Management of disability in nonspecific conditions*. Seattle: IASP Press.
- Frettlöh, J., Franz, C., Kröner-Herwig, B., Peters-Knäbel, K., Rehtisch, H.P., Sander, H., Seemann, H., Unnewehr, S. & Basler, H. D. (1995). Das Manual. In H. D. Basler & B. Kröner-Herwig (Hrsg.), *Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen* (51-186). München: Quintessenz.
- Hasebrook, J. (1995). *Multimedia-Psychologie*. Heidelberg: Spektrum.
- Jäkle, C., Frettlöh, J., Kröner-Herwig, B., Franz, C., Peters-Knäbel, K., Rehfisch, H.P., Seemann, H., Unnewehr, S. & Basler, H. D. (1995). Evaluation des Behandlungsprogramms im Gruppen-Setting. In H. D. Basler & B. Kröner-Herwig (Hrsg.), *Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen* (198-209). München: Quintessenz.
- Kröner-Herwig, B. (1996 a). Chronischer Schmerz - Eine Gegenstandsbestimmung. In H. D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig, H.P. Rehfisch & H. Seemann (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie: Grundlagen, Krankheitsbilder Behandlung* (1-21). Heidelberg: Springer, 3. Auflage.
- Kröner-Herwig, B. (1996 b). Schmerzbehandlungszentren in den USA: Organisation, Therapie-Programme und ihre Effizienz. In H. D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig, H. P. Rehfisch & H. Seemann (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie: Grundlagen, Krankheitsbilder Behandlung* (631-654). Heidelberg: Springer, 3. Auflage.
- Kröner-Herwig, B. & Lucht, S. (1991). Veränderung des Schmerzkonzepts bei chronischen Schmerzpatienten durch Einsatz eines edukativen Videofilms. *Der Schmerz*, 5, 70-77.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 50, 971-979.
- Peck, C. (1990). *Schmerz laß nach! Selbsthilfe bei chronischen Schmerzen*. Reinbek: Rowohlt.
- Petermann, F. (1996). *Psychologie des Vertrauens*. Göttingen: Hogrefe, 3. Auflage.
- Pfingsten, M., Hildebrandt, J., Franz, C., Schwibbe, G. & Ensink, F. B. (1993). Ergebnisse eines standardisierten multidimensionalen Gruppenbehandlungsprogrammes für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Gesundheitswesen*, 54, 224-244.
- Schreiber, U. (1993). *Chronische Schmerzpatienten: Erfassung des Wissens über psychologische Zusammenhänge der Erkrankung unter besonderer Berücksichtigung der krankheitsbezogenen Kausalattribution und Kontrollüberzeugung sowie ihre Einstellung zu Psychologen*. Freiburg: Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Shutty, M. S. & DeGood, D. E. (1990). Patients' knowledge and beliefs about pain and its treatment. *Rehabilitation Psychology*, 35, 32-54.
- Svoboda, T. (1987). *Schmerzen psychologisch überwinden*. München: Schönberger Verlag.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D. & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive behavioral perspective*. New York: Guilford.
- Willweber-Strumpf, A., Strumpf, M., Zenz, M. & Tryba, M. (1996). *Therapie chronischer Schmerzen: Hoffnung und Realität*. Bochum: Unveröffentlichtes Manuskript. Klinik für Anaesthesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil, Universitätsklinik.
- Zenz, M. & Jurna, I. (1993). *Lehrbuch der Schmerztherapie - Grundlagen, Theorie und Praxis für Aus- und Weiterbildung*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.