

O. Frischenschlager, V. Fialka, G. Ebenbichler, G. Vacariu,
I. Pucher, B. Millonig und S. Nassan-Agha

Ein integriertes Lehr-, Therapie- und Forschungsprojekt zur Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule

Zusammenfassung Es wird über die Verbindung von universitärer Lehre, der Untersuchung und Behandlung/Betreuung von Patienten mit chronischen Schmerzen sowie begleitender Forschung berichtet. Patienten mit chronischen Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule werden unter Verwendung eines umfassenden strukturierten Anamneseinstruments untersucht. Im Rahmen des Unterrichtsprogrammes, das u.a. bio-psycho-soziale Aspekte des Schmerzes sowie Gesprächsführung beinhaltet besteht anfangs Gelegenheit die Erstgespräche zu beobachten, die dabei entstandenen Eindrücke in der Fallbesprechung zu reflektieren und mit fortschreitender Erfahrung auch selbst zu führen. Nach dem Erstgespräch wird den Patienten, bei entsprechenden motivationalen Voraussetzungen die Teilnahme an Einzel- oder Gruppengesprächen (jeweils 10 Sitzungen) ermöglicht. Die Einzelgespräche werden weitgehend von erfahreneren Studierenden unter Supervision durchgeführt. Die Gruppentherapie wird vom Erstautor geleitet. Im Rahmen von Diplomarbeiten und Dissertationen wird das Projekt begleitend beforscht.

Die bisherige Pilotphase ergab eine hohe Akzeptanz der Patienten, eine überraschend hohe Motiviertheit für weitere Betreuungs- oder Therapieangebote. Erste Daten (die allerdings noch nicht ausreichend statistisch abgesichert sind) weisen auf einen nachhaltigen Profit durch das Erstgespräch hin, das somit die Qualität einer therapeutischen Mini-Intervention bekäme. Auch die nachfolgenden Kurzinterventionen scheinen meßbare Verbesserungen in der Symptomatik selbst, den psychosozialen Befindlichkeitsvariablen und in der Einstellung und Haltung gegenüber den Schmerzen zu bringen.

Schlüsselwörter: Chronischer Schmerz, Medizinische Didaktik, biopsychosoziales Paradigma, Psychotherapie.

Project Report: An integrated teaching, therapy and research project for the treatment of patients with chronic pain in the region of the spinal column

Abstract This report presents a project combining university level teaching, the examination and treatment of patients with chronic back pain and an accompanying research programme. Patients were examined with the assistance of a comprehensive, structured anamnesis instrument according to specified criteria. In the course of the teaching programme, which included bio-psycho-social aspects of pain and painful diseases as well as structured interviews, students were given the opportunity to observe initial interviews, review impressions gathered in case discussions, and, with greater experience, to conduct interviews themselves. After initial interviews, patients indicating appropriate motivation were offered the opportunity to take part in an extended single or group therapy. Individual therapies were largely conducted by experienced students working under supervision. Group therapy sessions were conducted by the first author. The project was simultaneously subject to research by doctoral and diploma students. To date, the pilot phase has exhibited a surprisingly high motivation on the part of patients to avail themselves of extended therapy. First data (for which however no statistical base can yet be offered) suggest that the patients profit from initial interviews on. Consequently, the possibility that initial interviews themselves can be viewed as short therapeutic interventions is now under examination. Additionally, successive short therapy sessions appear to offer measurable symptomatic relief, and to be effective in terms of psychosocial variables of health and in the approach and attitude to pain. A short protocol covering 10 individual interviews illustrates the opportunities for student to be of assistance.

Keywords: Chronic pain, medical training, bio-psycho-social paradigm, psychotherapy.

Un projet intégré d'enseignement, de thérapie et de recherche concernant le traitement de patients souffrant de douleurs chroniques au niveau de la colonne vertébrale

Résumé L'article présente une tentative entreprise pour associer enseignement à l'Université et formation en psychothérapie, d'une part, et soins ainsi que traitement psychothérapeutique offerts à des patients souffrant de douleurs chroniques, d'autre part. En vue de garantir la qualité dans ces deux domaines, une évaluation des enseignements est menée et les éventuels effets de l'offre aux patients sont étudiés en parallèle avec cette dernière.

Structure de l'enseignement: les cours sont ouverts d'abord à des étudiants en médecine, mais aussi à des étudiants en psychologie ainsi qu'à des personnes qui doivent faire un stage pratique dans le cadre de leur formation en psychothérapie (avant ou après les examens propédeutiques). Ils consistent en un cours ex cathedra (contenu: théories psychologiques de la douleur, gestion des entretiens, concepts d'offre intégrale, etc.). Les étudiants ont également la possibilité d'être présents pour une matinée lors de premiers entretiens avec des patients et plus tard, s'ils manifestent des aptitudes, de mener eux-mêmes de telles interviews. Ils doivent obligatoirement participer aux discussions de cas durant lesquelles on réfléchit aux observations et impressions provoquées par les entretiens.

Évaluation de l'enseignement: un questionnaire développé pour évaluer des cours universitaires est utilisé; il permet de contrôler la qualité de ces derniers (disponible sur Internet: <http://www.akh-wien.ac.at/psy/>).

Offre aux patients: des patients souffrant de douleurs chroniques au niveau de la colonne vertébrale sont envoyés par une Clinique universitaire (Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, PMR) à un service spécialisé (le Medizinspsychologischer Liaisondienst für Schmerzpatienten). En présence de deux étudiants au maximum, un premier entretien très détaillé est mené avec le patient; en règle générale il dure une heure et demi. On utilise la SBAS IV (Egle et Hoffmann, 1993), soit une procédure d'anamnèse structurée conçue spécialement pour les

patients souffrant de douleurs; pour plusieurs raisons, celle-ci s'est révélée particulièrement adéquate. Les questions concernent d'abord les troubles physiques qui ont incité les patients à consulter la clinique, puis se centrent progressivement sur des aspects biographiques, des facteurs de stress éventuels, la relation avec un/e partenaire, etc. Une deuxième raison nous a incités à choisir cet instrument: il est très structuré, ce qui permet à des personnes qui ont peu l'habitude de mener des interviews (les étudiants, par ex.) de simplement poser les questions indiquées.

Après ce premier entretien, on demande aux patients si cela les intéresserait de participer à dix séances (en individuel ou en groupe) qui leur permettraient d'approfondir les questions ou facteurs de stress mentionnés lors de l'interview. Jusqu'à maintenant, on tiers environ des personnes concernées ont accepté cette offre – nous pouvons donc déjà fournir quelques indications quant aux expériences que nous avons faites au niveau d'interventions psychothérapeutiques et de suivis individuels de brève durée.

Recherche menée en parallèle: les patients concernés passent pour être des cas difficiles; ils ont pourtant réagi de manière étonnamment positive aux interviews, ce qui nous a incités à examiner la question de savoir si ce premier entretien a déjà la qualité d'une mini-intervention psychothérapeutique – bien que cela n'ait pas été notre visée. Un second projet est consacré aux éventuels effets des interventions de type psychothérapie brève.

Nous présentons les données dont nous disposons actuellement concernant les deux projets, ceci bien qu'elles n'aient pas encore valeur statistique. Elles manifestent une tendance globale à l'homogénéité, dans le sens où il semble que soit le premier entretien, soit la thérapie brève sont clairement utiles aux patients. En plus de ces données, nous présentons un procès-verbal concernant neuf séances en individuel, rédigé par l'un des étudiants.

Einführung

Wie in fast allen anderen Sektoren der Medizin wird auch bei der Schmerzkrankheit eine bio-psycho-soziale Faktoren integrierende Behandlung zunehmend zu einem internationalen Standard. Konnte es in der Vergangenheit vorkommen, daß Schmerzzustände, für die eine plausible körperliche Erklärungsgrundlage nicht gefunden werden konnte, als „Einbildung“ abgetan wurden, so verfügen wir mittlerweile über ein ansehnliches neurophysiologisches und psychologisches Wissen, das den Schmerz als ein komplexes bio-psycho-soziales Geschehen aufzeigt und nach einer all diese Faktoren einbeziehenden Behandlung verlangt (Überblick in Egle

und Hoffmann, 1993 eher psychoanalytisch orientiert, Flor, 1991; Basler und Kröner-Herwig, 1995, eher verhaltensmedizinisch orientiert, sowie Wörz, 1990; Zenz und Jurna, 1993 und der Klassiker Melzack, 1978).

Das hier dargestellte Projekt entspringt daher sowohl dem Bestreben, dieses komplexe Verständnis der Schmerzkrankheit für die Behandlung nutzbar zu machen, als auch dem Anliegen, in der Ausbildung zu den einschlägigen Berufen (Medizin, Psychologie, Psychotherapie) diese ganzheitliche Sichtweise erfahrbar zu machen. Alle aktuellen Reformkonzepte für das Medizinstudium heben besonders die kommunikativen Fähigkeiten (opinions und skills) sowie die frühzeitige Praxisorientiertheit hervor.

Projektbeschreibung

Im Wintersemester 1997/1998 wurde an der Universität Wien der Versuch gestartet, die Patientenbehandlung an einer Klinik mit der universitären Lehre (und der Psychotherapieausbildung) sowie der Forschung zu verbinden. Im folgenden wird über die Erfahrungen der ersten zwei Semester berichtet. Inzwischen wurden einige kleinere Adaptierungen vorgenommen, wesentliche Elemente des Projektes sind jedoch unverändert in das zweite Jahr übernommen worden (siehe Abb. 1).

Die institutionelle Grundlage des Projekts stellte die Einrichtung eines „medizinpsychologischen Liaisondienstes für Schmerzpatienten an der Universitätsklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation“ (im folgenden kurz PMR) in Kooperation mit dem Institut für Medizinische Psychologie (im folgenden kurz IMP) dar. Einmal pro Woche sollten, zugewiesen aus der allgemeinen Ambulanz der PMR, Patienten mit chronischen Schmerzen, die bestimmten Kriterien entsprachen (siehe Abb. 2), mit Hilfe einer ausführlichen Anamnese und Exploration psychologisch untersucht werden. Aus Kapazitätsgründen und aufgrund der Dauer der Anamnesegespräche wurde die Zahl der Patienten mit 2 pro Woche limitiert.

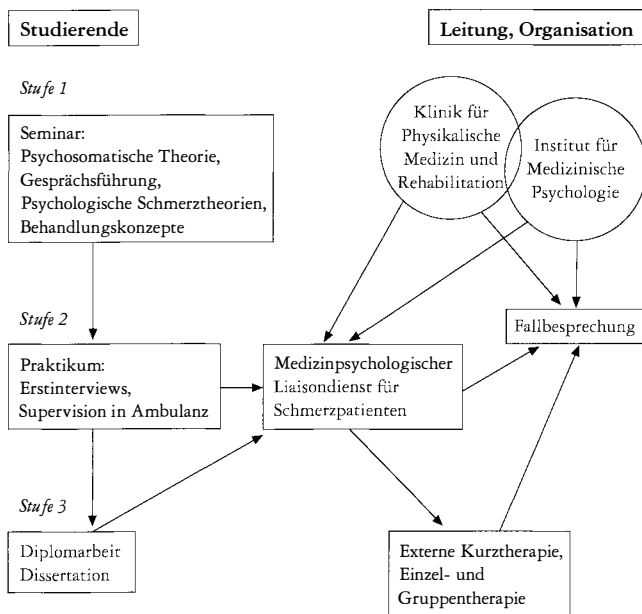


Abb. 1

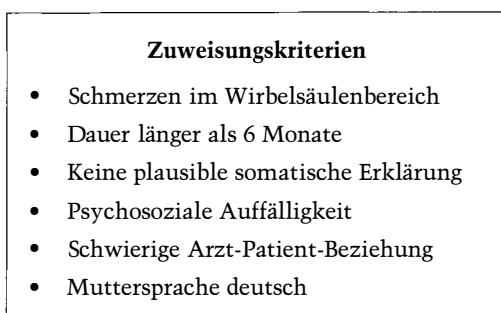


Abb. 2

In weiterer Folge war vorgesehen, abhängig vom Ergebnis dieser Untersuchung und von der Motivation der Patienten, diesen ein weiterführendes kurzpsychotherapeutisches Behandlungsangebot zu machen, das mit 10 Einzel- oder Gruppengesprächen limitiert wurde.

An dem Anamnesegespräch, das anfangs vom Erstauteur geführt wurde, konnten jeweils bis zu 3 Studierende als Beobachter teilnehmen, sofern die Patienten dazu ihr Einverständnis gegeben hatten. Diese Voraussetzung war allerdings fast ohne Ausnahme gegeben. Um die Gespräche auch den nicht direkt anwesenden Studierenden sowie den zuweisenden ärztlichen KollegInnen zugänglich zu machen, wurden zum Teil, ebenfalls mit dem Einverständnis der Patienten, Videoaufzeichnungen von den Gesprächen gemacht.

Universitäre Lehre

Studierende der Medizin, der Psychologie sowie PraktikantInnen des psychotherapeutischen Propädeutikums und des psychotherapeutischen Fachspezifikums nehmen an einer Reihe von Lehrveranstaltungen teil:

- an einer Vorlesung zu den psychologischen Schmerztheorien und psychologisch-psychotherapeutischen Behandlungsansätzen, in der auch eine Einführung in die therapeutische Gesprächsführung und in das Befragungsinstrument SBAS IV gegeben wird.
- Wie erwähnt, haben jeweils maximal 3 Studierende die Gelegenheit, bei den Anamnesegesprächen in der PMR als Zuhörer teilzunehmen.
- Am Nachmittag desselben Tages findet eine Fallbesprechung statt, bei der Eindrücke und Beobachtungen zur Sprache gebracht und ausgetauscht werden können. Auf diesem Wege können die Studierenden mit fortschreitendem Semester eine zunehmend konkretere Vorstellung von der Gesprächsführung sowie den spezifischen Problemen, die mit der Schmerzkrankheit einhergehen, gewinnen, sodaß einzelnen Teilnehmern auch die eigenständige Führung eines Anamnesegesprächs zugetraut werden kann. Die teilnehmenden ärztlichen KollegInnen haben Gelegenheit, ihre medizinische Sicht bzw. die Beweggründe für die Zuweisung zu erläutern, sodaß es auf diesem Wege zu einem Austausch der fachspezifischen Zugänge kommt. Es stellt diese Vorgangsweise zugegebenermaßen einen Kompromiß auf dem Wege zu der angestrebten interdisziplinären Behandlung dar.

Die Methodik der Patientenuntersuchung

Die Schmerzkrankheit tendiert sehr zur Chronifizierung, insbesondere wenn es nicht gelingt, die Faktoren, die zur Auslösung und Aufrechterhaltung der Schmerzen beitragen zu identifizieren. Ab einem bestimmten Chronifizierungsausmaß schwinden zudem die Behandlungschancen drastisch, weshalb es geboten ist, diejenigen Patienten rechtzeitig zu erfassen, bei denen psychosoziale Faktoren eine maßgebliche Rolle spielen. Ein Instrument, das sich aus einer Reihe von Gründen für den Einsatz bei diesem Projekt empfiehlt

SBAS IV

Strukturierte Biographische Anamnese für Schmerzpatienten (Egle und Hoffmann, 1993)

- a) **Beschwerdeentwicklung** (Dauer, bisherige Behandlungen)
- b) **Symptomabklärung** (Qualität, Quantität, Dynamik, Analgetikakonsum)
- c) **Altanamnese** (andere bisherige Erkrankungen)
- d) **Familienanamnese** (Belastungen, Erkrankungen in der Herkunftsfamilie, Persönlichkeit der Eltern, Kindheitssituation)
- e) **Jetzige Lebenssituation** (Partnerbeziehung, soziale Unterstützung)
- f) **Berufliche Situation** (Belastungen im Beruf, Beeinträchtigung durch Schmerzen)
- g) **Zusammenfassung** (subjektive Krankheitstheorie)
- h) **Belastende Lebensereignisse** (konkrete life events werden aufgezählt)
- i) **Einschätzung des Patienten durch den Interviewer** (Verhalten, Stimmung, Kooperation)

Abb. 3

ist die „Strukturierte biographische Anamnese für Schmerzpatienten“ (SBAS IV von Egle und Hoffmann, 1993). Es werden Fragen zu zahlreichen Aspekten der Schmerzkrankheit gestellt (siehe Abb. 3).

Das Interview ist bewusst so aufgebaut, daß bei den körperlichen Beschwerden begonnen wird, sodaß die Patienten, obwohl sie zwar wissen, daß sie zu einer psychologischen Zusatzuntersuchung überwiesen werden, sich mit *den* Beschwerden ernstgenommen fühlen, wegen derer sie eine medizinische Einrichtung konsultiert hatten. Erst in weiterer Folge werden zunehmend die ganze Person mit ihrer Geschichte, etwaige Belastungen und deren Bewältigung, auffällige Sozialisationsbedingungen usw. untersucht.

Die strukturierte Form der Befragung verhindert, wie sich darüber hinaus zeigte, daß die Patienten sich zu sehr ausgefragt fühlen. Für viele der Patienten war es das erste Mal oder zumindest ziemlich ungewohnt, über Persönliches zu sprechen und trotzdem taten sie es mit großer Bereitwilligkeit und teils sogar offen geäußert Dankbarkeit. Wir führten dies auf die Form der Befragung zurück; es macht offensichtlich einen Unterschied, ob nach etwas gefragt wird, weil es der Fragebogen so erfordert, oder weil es der Interviewer für wichtig hält. Ersteres wird, wie wir vermuten, weniger als ein persönliches Nahetreten empfunden, sondern vielmehr als in Fragen gekleidete Sorgfalt und Wertschätzung.

Für die Studierenden hat die strukturierte Frageform den immensen Vorteil, daß sie sich an vorgegebenen Fragen orientieren können und gewissermaßen im Schutze dieser Fragen auf das Beziehungsgeschehen achten können.

Die SBAS IV enthält eine Reihe von Fragen, mit deren Hilfe die Autoren eine relativ gute Unterscheidung psychogener Schmerzen von organischen erzielen konnten. Wir machen in diesem Projekt von dieser Möglichkeit allerdings kaum Gebrauch, da uns nicht primär an dieser Unterscheidung liegt, sondern die Befragung die Vielschichtigkeit des Schmerzgeschehens „zur Sprache bringen“ soll, um von der häufig anzutref-

fenden Eingengtheit und dem Selbstmißverständnis der Patienten betreffend ihre Krankheit etwas abrücken zu können.

Erfahrungen mit der universitären Lehre

Seit einigen Jahren werden Lehrveranstaltungen am IMP regelmäßig evaluiert, sodaß auf diesem Wege ein feedback an die Lehrenden erfolgen kann und darüber hinaus abgeschätzt werden kann, wovon die Studierenden in welchem Ausmaß profitieren (siehe Abb. 3).¹

Die Studierenden des 2. Semesters (n = 18) geben eine durchwegs hohe Zufriedenheit mit dem Lehrveranstaltungspaket an (Note 1,33 auf einer den Schulnoten nachempfundenen fünfstufigen Skala). Der persönliche Nutzen für den späteren Beruf wird mit 1,27 benotet, der Nutzen für die persönliche Entwicklung mit 1,66.

Die Wichtigkeit dieses Lehrangebotes, unabhängig von der Qualität der besuchten Lehrveranstaltung wird ausnahmslos mit „sehr wichtig“ bewertet, ebenso die Wichtigkeit des Lehrangebotes für die persönliche Entwicklung. Die persönliche Beurteilung des Vortragenden fiel ebenfalls durchwegs sehr gut aus.

Die Studierenden hatten auch die Möglichkeit, ergänzende Bemerkungen zu formulieren. Einige machten davon Gebrauch und deren Rückmeldungen seien hier zur Illustration wiedergegeben.

„Theorie und Praxis ideal verbunden“, „für Mediziner ist der theoretische Teil manchmal überfordernd“, „noch besseres Eingehen auf das kaum vorhandene Vorwissen der Mediziner wäre wünschenswert“, „es hat mich gefreut hierher zu kommen (und das ist auf der Uni nicht selbstverständlich)“, „durch die Verbindung von Theorie mit praktischer Erfahrung an der PMR ist die Vertiefung des Lehrstoffs, die Reflexion der Erfahrung

¹ Der hier verwendete Fragebogen zur Lehrveranstaltungsevaluation kann im Internet unter der Homepage des IMP als Word-Dokument heruntergeladen werden. Adresse: <http://www.akh-wien.ac.at/psy/>.

und die Integration neuen Wissens optimal gegeben. Komplexität des Themas ‚Psychologie des Schmerzes‘ wurde gut deutlich, Arbeit in der Gruppe (Supervision) war wirklich teamwork und daher befriedigend“, „interessant, wie locker man eine Projekt angehen kann, und es wird trotzdem etwas aus dem Chaos“, „Atmosphäre sehr angenehm“, „manchmal zu ausschweifend“.

Erfahrungen mit der Patientenbetreuung

Wie schon bei der Beschreibung des Befragungsinstruments SBAS IV erwähnt, fanden wir, entgegen unserer von der diesbezüglichen Fachliteratur beeinflussten Erwartung, daß der überwiegende Teil der PatientInnen sich während des Interviews, nach einer nur kurze Zeit währenden prüfenden Skepsis, zunehmend öffnete. Ein nicht unbeträchtlicher Teil der PatientInnen artikuliert diese Haltung bereits während des Interviews mit Äußerungen wie: „endlich bin ich an der richtigen Stelle“. Wir schreiben diese überraschend hohe Akzeptanz in erster Linie der SBAS IV zu, aber auch dem hohen Engagement der Studierenden, die für ein Interview nötigenfalls auch eineinhalb oder mehr Stunden aufzuwenden bereit waren. In keinem einzigen Fall bekamen wir die Klage eines Patienten zu hören, daß das Interview zu viel Zeit in Anspruch genommen habe oder daß er/sie die Fragen als zu persönlich empfunden habe. Zu diskutieren bleibt sicherlich, ob ein so zeitaufwendiges Verfahren in der Alltagsroutine anwendbar bleibt.

Wir machten nicht selten die Erfahrung, daß im Verlaufe des sich vertiefenden Gesprächs Patienten erst den Zugang zu inneren Vorgängen fanden. So wurden z.B. zu Beginn des Gesprächs bestimmte Belastungsfaktoren glaubhaft verneint, jedoch gegen Ende des Interviews dann hervorgehoben. An solchen Beispielen wurde den Studierenden deutlich erlebbar, daß relevante Informationen erst auf der Grundlage einer entsprechenden Atmosphäre erhalten werden können, die herzustellen Aufgabe des Interviewers ist. Der Zeitfaktor spielt dabei eine nicht unerhebliche Rolle.

Aufgrund der Erfahrungen mit der Akzeptanz der SBAS IV und Kontrolluntersuchungen nach 2 bis 6 Wochen, in denen die Patienten von geringerer Schmerzquantität, größerer Öffnung gegenüber der Umwelt u.a. berichteten, entwickelten wir die Hypothese, daß die SBAS IV neben der explorativen Funktion möglicherweise im Sinne einer therapeutischen Mini-Intervention zu meßbaren Verbesserungen der Befindlichkeit und anderer Parameter führen könnte. Dieser Frage wird nun im Rahmen einer Diplomarbeit nachgegangen.

Ein Großteil der Patienten wünschte sich eine Fortsetzung dieser Gespräche oder war dazu bereit, als sie dieses Angebot erhielten. Wir richteten daher im Laufe des zweiten Semesters zwei Fortsetzungsangebote ein, Einzelgespräche und therapeutische Gruppensitzungen. Beide wurden, im Sinne einer Kurzzeit-Psychotherapie mit 10 Sitzungen limitiert.

Einzelbetreuung

Die Einzelbetreuungen wurden von fortgeschrittenen PraktikantInnen bzw. Studierenden durchgeführt, die

Gruppentherapie wurde vom Erstautor geleitet. Die Betreuungsgespräche wurden wie die Erstinterviews in der wöchentlichen Fallbesprechung laufend supervidiert. Der Auftrag an die Studierenden war, die Gespräche nicht als therapeutische anzulegen, wozu sie weder befähigt noch befugt sind, sondern vielmehr dem Erleben der Patienten einfühlsam zu folgen. Das Lehrziel bleibt auf Zuhören, sich in das subjektive Erleben eines leidenden Menschen empathisch versetzen und das Beachten der eigenen emotionalen Reaktion beschränkt. Diese therapeutischen Basisvariablen haben wohl einen kurativen Effekt, doch wurde Wert darauf gelegt, daß es nicht zu Therapieexperimenten kommt, sondern zu sorgfältig reflektiertem Erfahren einer Betreuungsbeziehung.

Anstelle eines kursorischen Berichts wird im folgenden eine kurze Falldarstellung unkommentiert, wie sie eine Studierende (die letztgenannte Autorin) verfaßt hat.

Ende Jänner 1998 war die Patientin, Frau K. erstmalig in der Schmerzambulanz der Universitätsklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation vorstellig. Anamnestisch bestünden seit mehreren Jahren wiederholt Kreuzschmerzen mit Schmerzausstrahlung in abwechselnd beide Beine bis in die Füße. Weiters klagte die Patientin über seit etwa drei Jahren andauernde Unterbauchschmerzen. Eingehende internistische, gynäkologische und neurologisch-radiologische Untersuchungen blieben weitgehend ergebnislos. Es konnte lediglich ein Reizmagen diagnostiziert werden. Nur im Lendenwirbelsäulenröntgen waren minimal degenerative Veränderungen im Segment L5/S1 und im linken Kreuz-Darmbeingelenk nachweisbar.²

Mehrere Serien mit aktiven und passiven physikalischen Therapien und auch medikamentöse Therapie vermochten die klinischen Beschwerden der Patientin nicht zu lindern.

Die physikalische Erstuntersuchung war bis auf eine verstärkte Krümmung der Lendenwirbelsäule sowie eine Funktionsstörung des linken Kreuz-Darmbeingelenks, das sich auf Manipulationstherapie hin besserte, unauffällig. Insbesondere waren keine Muskelverkürzungen in der Lenden-, Becken-, Hüftregion und den unteren Extremitäten als Hinweis auf eine muskuloskelettale Ursache der Schmerzen nachweisbar.

Die Patientin wurde zur psychologischen Begutachtung zugewiesen, und einer heilgymnastischen Behandlung (Gruppentherapie) zugeführt.

Frau K., 48 Jahre alt, wurde von ihrem Hausarzt u.a. wegen chronischer Schmerzen des Bewegungsapparates an die Universitätsklinik für physikalische Medizin überwiesen. Der behandelnden Fachärztin erschien die Patientin nach eingehender Untersuchung (s.o.) geeignet, an dem Projekt teilzunehmen und so wird ein Termin für die das Erstgespräch (SBAS wie dargestellt) vereinbart. Dieser erste Kontakt, bei dem der

² Oberbauchsonographie, Irrigiskopie, Gastroskopie, Ultraschall der Schilddrüse und Halsorgane, radiologische Schluckaktuntersuchung, Röntgen, Computertomographie und Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule und des Kreuzdarmbeingelenks, ausführliche gynäkologische Untersuchung inklusive Ultraschall, farbkodierte Duplexsonographie der hirnversorgenden Arterien, Sonographie der Bauchorta, Oesophagusröntgen, Magenröntgen und Duodenalröntgen, Hormonstatus.

gesprächsführende Professor, die Patientin und einschließlich mir drei Studenten anwesend sind, ergibt folgendes Bild:

Frau K. leidet seit 3 Jahren an verschiedenen Beschwerden, die zum Verlust ihrer Stellung als Schuhverkäuferin führten: Kribbeln in den Beinen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Nackenschmerzen, Kopfschmerzen. Die Beschwerden beschränken sich ausschließlich auf die linke Körperhälfte und sind besonders in der Früh und in Ruhe sehr quälend. Frau K. bricht während des Gesprächs immer wieder in Tränen aus worüber sie sich selbst wundert, gibt als Erklärung jedoch die Verzweiflung über ihre Situation an, die ihr völlig hoffnungslos erscheint. Als besonders belastend schildert sie ihre Unfähigkeit, seit sie arbeitslos ist. Sie gibt an, über den Beruf Selbstbestätigung bezogen zu haben, da sie nun Zuhause ist, nimmt ihr Selbstwertgefühl immer mehr ab: „So tief unten war ich noch nie.“

Sie berichtet von Schwierigkeiten mit ihrem letzten Vorgesetzten, mit dem sie einfach nicht zurecht gekommen war. Er hatte im Gegensatz zur Patientin Matura, lief stets in Hemd und Krawatte herum, war keineswegs eingebildet, aber trotzdem hatte Frau K. sich ihm unterlegen gefühlt.

Die Familienanamnese scheint auf den ersten Blick unauffällig, bei genauerem Nachfragen berichtet die Patientin jedoch von Mißhandlungen durch den jähzornigen Vater, der ebenso ein „Häferl“ gewesen sei wie sie selbst. Sie beschreibt detailliert, wie er sie mit dem Hosengürtel geschlagen hat und sagt: „Ich weiß es noch, als ob es gestern war.“ Trotzdem stellt sie den Vater als gütigen, gerechten Menschen dar, der für die Familie nur das Beste wollte. Die Mutter war zurückhaltend gewesen und hatte geschlichtet, wenn Vater und Tochter aneinandergeraten waren. Weiters berichtet die Patientin von ihrer Zwillingsschwester, die der Mutter ähnelt und nie Schwierigkeiten mit dem Vater hatte.

Als Frau K. vom Tod des Vaters erzählt, bricht sie wieder in heftiges Weinen aus und gibt an, daß der Vater ihr an allen Ecken und Enden fehle. Sie geht 8 Jahre nach seinem Tod immer noch jede Woche auf den Friedhof, bringt ihm eine Rose mit und bittet ihn um Schutz und Hilfe. Sie erzählt, daß der Vater kurz vor seinem Tod ihre Hände genommen und sie eindringlich angesehen habe, was sie nicht verstanden habe, „denn das war nicht mein Vater“. Gefühlsäußerungen dieser Art hatte sie vorher noch nie bei ihm erlebt, und sie weiß bis heute nicht, was er ihr damit sagen wollte.

Zum Schluß des Gesprächs erklärt die Patientin, daß sie gerne eine Einzelbetreuung in Anspruch nehmen möchte und ich mache mir mit ihr einen ersten Gesprächstermin aus.

1. Gespräch

Nachdem wir beide es uns bequem gemacht haben, fordere ich die Patientin auf zu beschreiben, wo ihr der Vater fehle. Sie berichtet, daß es sie magisch auf den Friedhof – und übrigens auch auf Flughäfen – ziehe, und daß sie ihren Vater um Hilfe gegen die Schmerzen bitte. Gefragt, was sie gefühlt hat, als er ihre Schulsachen aus dem Fenster geworfen hat, erzählt sie sehr zaghaft von Zorn, „aber was hätte ich denn tun sollen, ich mußte ihn schlucken“. Wenn ihr Vater etwas befohlen habe, und sie darauf nach einer Begründung gefragte habe, habe er sie sofort gehorft. Das sei ihr jedoch, wie sie sagt nicht seltsam vorgekommen, da sie es ja nie anders erlebt habe.

Die Patientin erzählt ausgiebig von ihrem Mann, der wegen eines ärztlichen Kunstfehlers auf dem rechten Auge erblindet sei, deswegen habe sie absolut kein Vertrauen zu Ärzten. Gegen Ende des Gesprächs schlage ich der Patientin vor, ein „Gefühlstagebuch“ zu beginnen. Wenn sie ein Gefühl verspürt, z.B. Zorn oder Freude, möge sie es aufschreiben. Sie kontert sofort: „Das kann ich nicht.“

2. Gespräch

Frau K. zeigt mir nicht ohne Stolz das begonnene Gefühlsstagebuch. Es stellt sich heraus, daß die Schmerzen geringer

sind, wenn sie beschäftigt oder abgelenkt ist. Ihr ist beim Schreiben aufgefallen, daß sie sich sehr freut, wenn sie z.B. wegen ihrer Kochkünste gelobt wird, sie betont ausdrücklich, daß ihr Anerkennung sehr wichtig ist. Als ich sie frage, weshalb ihr das so wichtig ist, antwortet sie: „Weil ich kein Selbstbewußtsein habe, ich hatte nie eines, und es wird immer schlimmer.“ Auf die Frage, was die Ursache für ihr mangelndes Selbstbewußtsein sein könnte, macht sie ihre Erziehung dafür verantwortlich: Sie durfte nie ihre Meinung sagen oder selbständig sein. Dann beeilt sie sich zu betonen, daß sie das nie als ungerecht empfunden habe, da sie es ja nicht anders kannte.

3. Gespräch

Frau K. erzählt, daß sie als Kind vor Schularbeiten immer Bauchschmerzen gehabt habe. Wir besprechen das als Beispiel dafür, daß eine seelische Belastung offenbar zu körperlichen Beschwerden führen kann, was sie bislang kategorisch abgelehnt hat. Mittendrin wendet sich die Patientin aber dem Lärm im Hof zu.

Auf meine Frage, woher diese Bauchschmerzen kommen könnten, berichtet sie von Versagensängsten und Vergleichen mit ihrer Zwillingsschwester, die sich im Lernen immer viel leichter getan habe. Ihr sei öfters der Gedanke gekommen: „Wieso kann ich das nicht?“ Die Frage nach Ärger oder Neid verneint sie vehement, sie gibt aber an, Bewunderung für ihre Schwester verspürt zu haben.

Frau K. erklärt mir außerdem, daß ihr die Gespräche gut gefallen, endlich höre ihr jemand zu. Ihr Mann tue das kaum, und sie sagt kurz und bündig: „Das ärgert mich sehr.“

4. Gespräch

Danach gefragt, wie sie mit den physikalischen Übungen zurecht komme, gibt Frau K. an, daß sie dabei „angenehme Schmerzen“ habe. Als ich erstaunt nachfrage, erklärt sie mir, daß die Schmerzen, die sie immer habe, durch Druckschmerz, den sie selbst hervorrufe, besser würden, deshalb drücke sie dauernd an sich selbst herum. Die physikalischen Übungen „wirken“ ähnlich, z.B. führe Dehnungsschmerz in einem Gelenk dazu, daß sie die ursprünglichen Schmerzen nicht mehr spüre.

Sie denkt laut über ihre Unzufriedenheit mit ihrem Leben nach, die sich zwar durch Beschäftigung wegdrängen lasse, aber Zufriedenheit stelle sich nur dann ein, wenn sie etwas leiste.

5. Gespräch

Frau K. erzählt, daß sie in letzter Zeit oft Angst und Ungewißheit verspüre, sie wisse nicht so recht, wovor. Sie berichtet von einem oft geträumten Traum: Sie läuft vor einer Person weg, die sie zwar nicht sieht, von der sie aber weiß, daß sie männlich ist. Sie hat große Angst und wacht oft weinend auf. Ich bitte sie, näher zu erklären, woher sie weiß, daß der Verfolger ein Mann ist und sie antwortet: „Es muß ein Mann sein, denn er ist brutal.“

6. Gespräch

Frau K. berichtet von zwei Situationen mit Bekannten, in denen sie sich ungerecht behandelt fühlte, aber nichts dagegen tun konnte. Es stellt sich heraus, daß sie große Angst davor hat, in einem Streit häßliche Dinge zu sagen und ihr Gegenüber damit zu kränken und vielleicht sogar zu verlieren. Diese Angst vor einem Beziehungsverlust scheint daher zu rühren, daß v.a. ihre Mutter sie mit Liebesentzug strafte: „Du brauchst gar nicht mit mir reden“ oder „Wenn du nicht parierst, kommst du in ein Heim“. Der Gedanke daran ist ihr heute noch sehr bedrohlich.

Wir sprechen auch wieder über ihre Schwester und Frau K. sagt zum ersten Mal: „Ich beneide meine Schwester für manche Eigenschaften“.

Dann will sie von mir wissen, ob die Menschen immer das tun, was gut für sie sei. Ich antworte ihr, daß jedes Verhalten Ursache und Sinn hat, auch wenn es auf den ersten Blick nicht so aussieht. Frau K. schließt das Gespräch mit dem Satz: „Was mir guttut, mache ich – meistens nicht.“

7. Gespräch

Frau K. erscheint freudestrahlend und berichtet, daß sie überraschend Arbeit gefunden habe. Sie sei bereits mehrmals gelobt worden, was sie sehr freut.

Ich spreche sie noch einmal auf die „angenehmen Schmerzen“ an, von denen sie mir berichtet hat, und frage sie, was Schmerz ganz allgemein für sie bedeute. Sie antwortet nach einer Nachdenkpause, daß sie oft stärkere Schmerzen hat, wenn sie etwas nicht aussprechen kann. Ich bitte sie um ein Beispiel und sie erklärt mir, daß sie oft Kopfschmerzen bekomme, wenn sie sich ärgere und diesem Ärger nicht genügend Ausdruck verleihen könne

Zum Schluß erklärt mir Frau K. so nebenbei, daß sie sich an den Gedanken gewöhnt habe, organisch gesund zu sein.

8. Gespräch

Wir sprechen über Entspannung, weil die Patientin sich sehr nach diesem Zustand sehnt, gleichzeitig aber meint, ihn nie erreichen zu können. Ich frage sie, was Entspannung für sie heiße, und nach einigem Überlegen meint sie: „Entspannung heißt, machen, was ich will, ohne auf andere Rücksicht nehmen zu müssen.“ Sobald sie auf andere Rücksicht nehmen müsse, verkrampfe sie sich.

Frau K. beschreibt dieses Mal sehr genau das Konkurrenzverhältnis zwischen der gleichaltrigen Schwester und ihr, v.a. die Mutter spiele die beiden Schwestern oft gegeneinander aus, was sie sehr störe. Beim Hinausgehen erwähnt sie, daß sie nach den Gesprächen immer einen Teil des Weges zu Fuß gehe, „weil ich nachher Luft brauche“.

Das letzte Gespräch (aufgrund des Semesterendes)

Der Abschied ist für uns beide schwierig. Frau K. meint bereits beim Hereinkommen: „Dieses Zimmer wird mir fehlen.“ Dann lobt sie mich überschwänglich und betont, froh zu sein, für diese Gespräche mich gewählt zu haben. Sie überreicht mir feierlich ein Geschenk, sagt mehrmals, daß sie es mit viel Liebe eingepackt hat und sieht mir gespannt beim Auspacken zu. Es handelt sich dabei um eine Kaffeetasse, auf der steht: „Wenn ich groß bin, werde ich Chef.“ Ich freue mich sehr und spüre etwas Erwartungsdruck: Was, wenn ich nicht Chef werde? Die Patientin erwähnt ihr eigenes Lieblingshäferl mit der Aufschrift: „Besser verrückt als alt“.

Sie füllt ein letztes Mal Teile der SBAS aus, und es stellt sich heraus, daß ihre Beschwerden sowohl qualitativ als auch quantitativ abgenommen haben. Frau K. hat nur noch selten Kopfschmerzen und nimmt nicht mehr ständig Schmerzmittel, sondern nur noch bei Bedarf. Wir sind beide sehr zufrieden.

Gruppentherapeutische Sitzungen

Ziel der Gruppengespräche war zum einen eine Sensibilisierung der Patienten für innere Vorgänge insbesondere die Gefühlswahrnehmung und die Erhöhung regulatorischer Kompetenz. Die meisten Patienten konnten sich auf die im Erstgespräch zutage getretenen unbewältigten Probleme beziehen und brachten diese nun in die Gruppe ein. Nur in den ersten beiden Stunden war die Schmerzthematik ein Thema, ab diesem Zeitpunkt wurden körperliche Schmerzen nicht mehr erwähnt. Die manifeste Thematik hatte sich gänzlich auf zwischenmenschliche Probleme und Belastungen bzw. deren Bewältigung verlagert.

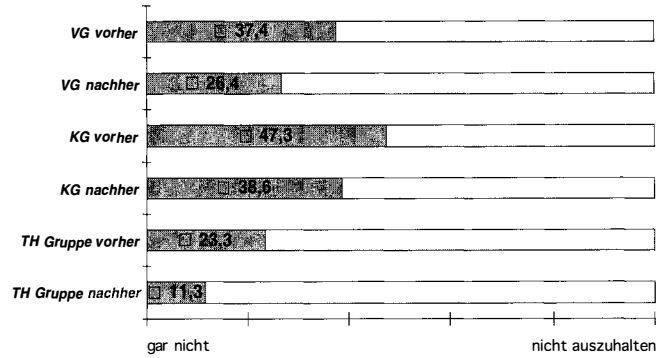


Abb. 4. Wie stark sind die Schmerzen im Augenblick?

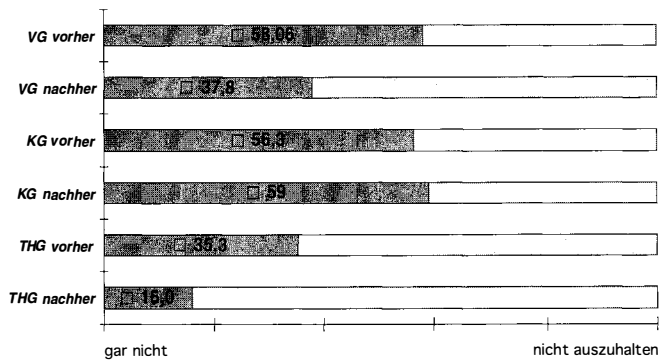


Abb. 5. Wie stark würden Sie insgesamt Ihre Schmerzen einschätzen?

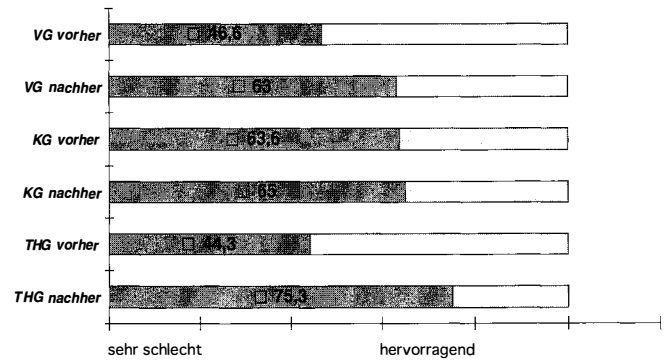


Abb. 6. Wie fühlten Sie sich stimmungsmäßig in den letzten Wochen?

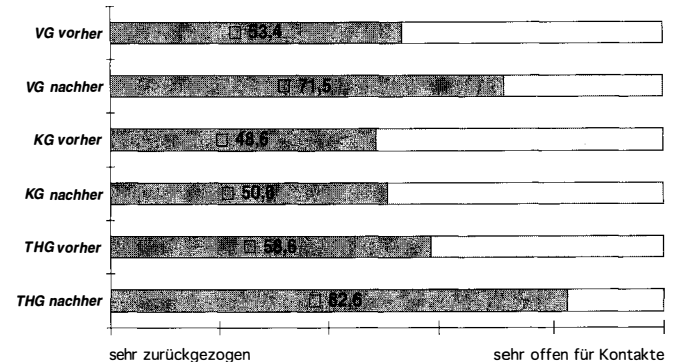


Abb. 7. Wie erlebten Sie sich in den letzten Wochen im Kontakt mit Ihrer Umwelt?

	FSR-K	FSR-I	FSR-A	FSR-D	FSR-V	FSR-R	FSR-AB
VG vorher	31,7	33,5	41	31,8	31	34,26	31,5
VG nachher	33	31,9	35,7	30,4	24,7	32	33,2
KG vorher	32	36,6	41	30	29	36,6	33,3
KG nachher	33,3	33	39,3	33,3	34	35,6	30,6
THG vorher	32	38,6	41	30	25,3	31,6	35,3
THG nachher	38	33,6	35,3	23,6	22,3	25,6	41,3

Abb. 8. FSR 1) Kompetenz *FSR-K* Vertrauen in die eigene Fähigkeit zur Schmerzbewältigung; 2) Schmerzintensität *FSR-I* Einschätzung zur Stärke der Schmerzen und zu physiologischen Begleiterscheinungen; 3) Angst *FSR-A* Physiologische und psychische Anspannung sowie Ruhelosigkeit; 4) Depressivität *FSR-D* Gefühle der Hilflosigkeit und Niedergeschlagenheit; 5) Vermeidung *FSR-V* Vermeidung von potent. schmerzauslösenden Bewegungen und Anstrengungen; 6) Resignation *FSR-R* Verhaltensweisen des sozialen Rückzugs und der Inaktivität; 7) Ablehnung *FSR-AB* kognitive und behaviorale Ablenkungsstrategien

Ergebnisse der begleitenden Forschung

Im folgenden werden vorläufige Ergebnisse berichtet, die aufgrund der derzeit noch zu geringen Stichprobengröße (teilweise deutlich unter 10, max. jedoch 15 Patienten) noch nicht statistisch geprüft wurden. Die Daten sind also derzeit nur als Trends zu betrachten. Sie sind jedoch durchgängig im Sinne einer Gesamtverbesserung der erhobenen Meßwerte ausgefallen, so daß sie, bei aller interpretatorischen Einschränkung, diesem Projektbericht beigelegt werden.

	KKG-I	KKG-P	KKG-C
VG vorher	23,4	25,4	21,4
VG nachher	25,8	25,8	21,6
KG vorher	23,6	24,6	20,3
KG nachher	24,6	24,6	21,3
THG vorher	28	25,6	14
THG nachher	26,3	22,3	14,3

Abb. 9. KKG *KKG-I* Gesundheit und Krankheit sind durch die eigene Person kontrollierbar; *KKG-P* Gesundheit und Krankheit sind durch andere Personen kontrollierbar; *KKG-C* Gesundheit und Krankheit sind nicht kontrollierbar vom Zufall und Schicksal abhängig

	state X1	trait X2
VG vorher	46,9	45,2
VG nachher	38,7	41,6
KG vorher	41,3	48,6
KG nachher	43	45,6
THG vorher	43,3	51,3
THG nachher	31,6	36,3

Abb. 10. STAI *X1* State Angst, variiert über Zeit und Situationen; *X2* Trait Angst, relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal

Zur Erklärung der Daten sei noch angemerkt, daß Versuchsgruppe (VG) die Gruppe meint, die mittels SBAS IV erstinterviewt wurde. Die Veränderungen von Vorher auf Nachher sind daher als Effekte dieses Erstgesprächs zu verstehen. Die Kontrollgruppe (KG) ist jene, bei der kein solches Interview durchgeführt wurde. Und die Therapiegruppe (THG) ist jene Gruppe von Patienten, die einige Wochen nach der SBASIV 10 Einzel- oder Gruppensitzungen absolvierte.

Visuelle Analogskalen (0–100 mm) zur Erfassung der aktuellen Schmerzintensität (Abb. 4–7)

1) Die Frage „Wie stark sind die Schmerzen im Augenblick?“, ergab eine generelle Abnahme der Werte, wobei auffällt, daß die Therapiegruppe eine weitere Verminderung der Schmerzen angibt.

VG vorher 37,4 KG vorher 47,3 THG vorher 23,3
 VG nachher 26,4 KG nachher 38,6 THG nachher 11,3

2) Bezogen auf die Frage „Wie stark würden Sie insgesamt Ihre Schmerzen einschätzen?“ zeigte sich, daß das Schmerzausmaß in den beiden Interventionsgruppen geringer wurde, in der Kontrollgruppe hingegen gleich blieb.

VG vorher 58,06 KG vorher 56,3 THG vorher 35,3
 VG nachher 37,8 KG nachher 59 THG nachher 16

VG vorher	11,73
VG nachher	10,1
KG vorher	12,3
KG nachher	7
THG vorher	11
THG nachher	4,6

Abb. 11. BDI unter 11 unauffällig und normal; 11–17 mäßige Ausprägung depressiver Symptome; 18 und mehr klinisch relevant

3) Bezogen auf die Frage „Wie fühlten Sie sich stimmungsmäßig in den letzten Wochen?“ sind ebenfalls bei den beiden Interventionsgruppen Anstiege zu vermerken, die beachtlich sind, was bei der Kontrollgruppe nicht der Fall ist.

VG vorher	46,6	KG vorher	63,6	THG vorher	44,3
VG nachher	63	KG nachher	65	THG nachher	75,3

4) Ein ähnliches Bild ergab sich bei der Frage „Wie erlebten Sie sich in den letzten Wochen im Kontakt mit Ihrer Umwelt?“. Auch hier konnten deutliche Verbesserungen bei den Interventionsgruppen, nicht aber bei der Kontrollgruppe beobachtet werden.

VG vorher	53,4	KG vorher	48,6	THG vorher	58,6
VG nachher	71,5	KG nachher	50,6	THG nachher	82,6

Fragebogen zur Schmerzregulation FSR (Abb. 8)

Zwischen VG und KG ist die Einschätzung der eigenen Kompetenz ähnlich niedrig (< 35), bei der KG erhöhen sich jedoch die Werte für Depressivität, für Vermeidung während die Ablenkung sich verringert. In der PTHG geht mit gestiegener Kompetenz nach den Sitzungen die Verringerung der Schmerzintensität, der Angst, der Depressivität, der Vermeidung, der Resignation und die Erhöhung der Ablenkung Hand in Hand.

Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit KKG (Abb. 9)

In der KG und VG gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen und Veränderungen in den beiden Gruppen. Es fällt lediglich auf, daß die Interne Kontrollüberzeugung bei der PTHG vor der Intervention höher

und die Zufall-Kontrollüberzeugung geringer ist als bei den beiden anderen Gruppen.

Fragebogen zur Erfassung von Angst und Ängstlichkeit STAI (Abb. 10)

In der VG verringert sich die State-Angst, in der KG steigt sie. In beiden Gruppen verringert sich die Trait-Angst. In der PTHG reduziert sich die State-Angst und die Trait-Angst.

Beck-Depressions-Inventar BDI (Abb. 11)

Die Depressionswerte liegen im unauffälligen Bereich.

Literatur

- Basler H-D, Kröner-Herwig B (1995) Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerz. Quintessenz, München
- Egle UT, Hoffmann SO (1993) Der Schmerzkranken, Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht. Schattauer, Stuttgart
- Flor H (1991) Psychobiologie des Schmerzes. Huber, Bern
- Göttingen Toronto
- Geissner E, Jungnitsch G (1992) Psychologie des Schmerzes-Diagnose und Therapie. Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Meltzack R (1978) Das Rätsel des Schmerzes. Hippokrates, Stuttgart
- Wörz R (1990) Chronischer Schmerz und Psyche. Fischer, Stuttgart
- Zenz M, Jurna I (1993) Lehrbuch der Schmerztherapie. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart

Korrespondenz: a.o. Univ.-Prof. Dr. phil. Oskar Frischenschlager, Institut für Medizinische Psychologie der Universität Wien, Severingasse 9, A-1090 Wien, Österreich.

Oskar Frischenschlager, Dr. phil., ao. Univ.-Prof. am Institut für Medizinische Psychologie der Universität Wien, Psychotherapeut (Psychoanalyse), klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Supervisor, Lehranalytiker im Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie.

Veronika Fialka, Dr. med., o. Prof., Vorstand der Universitätsklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation der Universität Wien.

Gerold Ebenbichler, Dr. med., Oberarzt an der Universitätsklinik für Physikalische Medizin der Universität Wien.

Gerda Vacariu, Dr. med., Ärztin an der Universitätsklinik für Physikalische Medizin der Universität Wien.

Ingeborg Pucher, Mag., Psychotherapeutin (VT), Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Universitätsassistentin am Institut für Medizinische Psychologie der Universität Wien.

Barbara Millonig, Studierende der Psychologie an der Universität Wien.

Selma Nassan-Agha, Studierende der Medizin an der Universität Wien.