

Körperorientierte Gruppentherapie – ein klientenzentrierter Therapieansatz bei chronischem Schmerz Preliminary study

An der Organisation der Therapiegruppe und Studie waren beteiligt:
Daniela Leithner, Edith Benkoe, Ingrid Kraus, Waltraud Dörrscheid, Thomas Landauer,
Rudolf Müller, Robert Kurz.

Daniela Leithner
Wien, Österreich

In der Behandlung chronischer Schmerzen ist ein interdisziplinäres therapeutisches Vorgehen mit Integration psychologisch-psychotherapeutischer Betreuung mittlerweile State of the Art. Entsprechende Therapieangebote sind im österreichischen Raum allerdings noch wenig etabliert. In der vorliegenden Arbeit wird ein multimodales Schmerztherapieprojekt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt vorgestellt, das chronischen Schmerzpatientinnen¹ in der ambulanten orthopädischen Rehabilitation angeboten und begleitend evaluiert wurde. Hervorzuheben sind das Vorgehen nach dem klientenzentrierten Ansatz sowie eine durchgängige interdisziplinäre Gruppenleitung durch eine Psychotherapeutin und eine Physiotherapeutin. Nach einer Einführung in die aktuelle klinische Situation im Bereich der Behandlung chronischer Rückenschmerzen soll mit besonderer Berücksichtigung des klientenzentrierten Ansatzes das Vorgehen im vorliegenden Schmerztherapieprogramm beschrieben werden. Abschließend werden die Ergebnisse der Evaluierung dargestellt, die auf Basis einer umfassenden Fragebogenstudie begleitend durchgeführt wurde. Es zeigen sich erfreuliche Veränderungen hinsichtlich Schmerz und schmerzbezogener bio-psycho-sozialer Faktoren.

Schlüsselwörter: chronischer Schmerz, strukturgebundenenes Erleben, Rehabilitation, körperorientierte Gruppentherapie, Veränderung im Schmerzgeschehen, Evaluation.

Körperorientierte Gruppentherapie – A Client-Centered Therapy Approach to Chronic Pain. In the treatment of chronic pain, an interdisciplinary therapeutic approach integrating both psychological and psychotherapeutic support has become state of the art. The availability of appropriate therapy in Austria, however, is still not fully established. In this work, a multimodal pain therapy project with an emphasis on psychotherapy will be presented, in which patients suffering chronic pain were provided accompanying evaluation in orthopedic outpatient rehabilitation. Of particular note are the implementation of the client-centered approach, and a continuous interdisciplinary group leadership by a psychotherapist and a physiotherapist. After an introduction presenting the current clinical situation in the field of chronic back pain treatment, the procedure of this pain therapy program will be discussed with particular focus on the client-centered approach. In conclusion, this work will present the results of evaluation, based upon a comprehensive study of accompanying questionnaires. These results reflect encouraging changes with regard to pain and pain-related biopsychosocial factors.

Keywords: chronic pain, structure-bound experience, rehabilitation, body-oriented group therapy, changes in pain processes, evaluation.

Mag^a. Daniela Leithner, MSc, Klientenzentrierte Psychotherapeutin, Klinische und Gesundheitspsychologin; tätig im Zentrum für Ambulante Rehabilitation der PVA in Wien sowie in freier Praxis. daniela.leithner@pensionsversicherung.at

1 Im Folgenden wird zur leichteren Lesbarkeit die weibliche Form verwendet, da dies die reale Geschlechterverteilung in der beschriebenen klinischen Stichprobe sowie auch im Behandlungsteam besser repräsentiert. Gemeint sind selbstverständlich immer beide Geschlechter.

Im Verständnis und der Behandlung chronisch orthopädischer Schmerzerkrankungen, insbesondere hinsichtlich des „unspezifischen Rückenschmerzes“ (Rückenschmerz, bei dem pathologische körperliche Befunde das Ausmaß der Schmerzproblematik nicht zwingend erklären können)², hat sich in den letzten Jahren ein Wechsel vollzogen. Ein bio-psycho-soziales Verstehensmodell ersetzt frühere somatische Konzepte. Der Behandlungsschwerpunkt hat sich weg von passiv-reaktiven Interventionen hin zu umfassenden multimodalen³ Behandlungsprogrammen entwickelt, die aktivierende physiotherapeutische Therapiemaßnahmen und psychologisch-psychotherapeutische Behandlung in den Mittelpunkt stellen (NVL, 2011; Pfingsten, 2001; Kröner-Herwig & Frettlöh, 2007; Kröner-Herwig et al., 2007; Waddell, 2004). Es gilt als mittlerweile evident, dass in der Behandlung des chronischen Rückenschmerzes diese interdisziplinär physiotherapeutisch-psychologischen Programme das Behandlungskonzept der Wahl sind (ebd.; Hüppe, Scharfenstein & Fritsche, 2007). Körperliche, soziale und psychische Faktoren werden dabei in der Behandlung parallel berücksichtigt (Wachter, 2012). Das konkrete Behandlungsvorgehen ist im optimalen Fall individualisiert und richtet sich dabei nach den jeweiligen Ursachen, verstärkenden Faktoren und psychosozialen Folgen der Schmerzproblematik.

Die Effektivität derartiger Programme und eine deutliche Überlegenheit gegenüber älteren unimodalen Modellen ist mittlerweile gut belegt (Pfingsten, 2001; Hildebrandt et al., 2004). Es können über derartige Ansätze Verbesserungen in der körperlichen Funktionsfähigkeit und (in geringerem Ausmaß) eine Schmerzreduktion erreicht werden (Huge et al., 2006). Zahlreiche Studien und Metaanalysen weisen auf sowohl kurz- als auch langfristige Wirksamkeit multimodaler Therapien hin (Schütze et al., 2009; Neubauer et al., 2006; Kröner-Herwig et al., 2007; Hildebrandt et al., 1996). Die Forschungsdaten aus dem deutschsprachigen Raum beziehen sich dabei meist auf verhaltenstherapeutisch orientierte Therapieprogramme. Darauf basierend wird in Deutschland seit vielen Jahren eine Nationale Versorgungsleitlinie als offizielle Richtlinie für die

Behandlung chronischer Schmerzen herausgegeben und regelmäßig überarbeitet, die Standards der Behandlung definiert (NVL, neueste Fassung 2011). Vom Arbeitskreis für psychodynamisch-interpersonelle Therapie wurden Störungstheorien und Therapieprinzipien bei somatoformen (Schmerz-)Störungen publiziert, die ebenfalls im Rahmen einer Studie überprüft wurden (Arbeitskreis PISO, 2011). Darüber hinaus liegen von den Fachrichtungen Integrative Bewegungstherapie und Konzentrierte Bewegungstherapie konzeptuelle sowie therapeutische Überlegungen zum Thema chronischer Schmerz vor (Jan-son, 2009; Breitenborn, 2006).

Das Angebot an spezifischen und multimodalen Programmen im deutschsprachigen Raum ist bisher nicht ausreichend (Hüppe & Raspe, 2004; 2005). „Während sich in anderen vergleichbaren Ländern (Skandinavien, England, Schweiz) bereits ein Erfolg versprechender Konzeptwechsel vollzogen hat, sind die Therapiekonzepte für Betroffene [...] in Deutschland häufig noch unbefriedigend. Zu den neuen Konzepten liegen noch nicht genügend kontrollierte Studien vor. Weitere Untersuchungen zur optimierten Gestaltung derartiger Programme, auch im Vergleich zu gegenwärtigen Behandlungskonzepten und insbesondere auch zur Kosten-Nutzen-Analyse und möglichen Nebenwirkungen einer Behandlung erscheinen daher dringend erforderlich“ (NVL, 2011, S. 110). Ähnlich ungünstig scheint die Versorgungslage im österreichischen Raum. Trotz hoher Prävalenzraten in der Bevölkerung und hoher Gesundheitskosten im Bereich Schmerzerkrankungen ist diese Art von umfassenden Therapieprogrammen noch kaum etabliert. Dementsprechend liegen auch keine Evaluierungen vor.

Dem gegenüber steht die wachsende Anzahl an Betroffenen, die unter chronischen orthopädischen Beschwerden leidet. Behandlungsrealität für die Betroffenen ist oft ein jahrelanges Aufsuchen verschiedener Ärzte, langzeitige medikamentöse Behandlung sowie das wiederholte Absolvieren konservativer nicht-medikamentöser Therapiemaßnahmen (physikalische Therapien, Heilgymnastik), wobei diese Maßnahmen vielfach jedoch zu keiner nachhaltigen Verbesserung der Situation führen.

Dies stellt die Ausgangsbasis für die Etablierung des hier vorgestellten Therapiekonzepts im Zentrum für Ambulante Rehabilitation Wien, einer Rehabilitationseinrichtung der Pensionsversicherung, dar.

Entsprechend dem State of the Art wurde ein interdisziplinäres Rehabilitationsangebot gestaltet, das auf einer ganzheitlichen, multimodalen Sichtweise basiert. Da ein spezifisches Angebot für chronische Rückenschmerzpatientinnen eine Neuerung in der Therapiepalette des Zentrums darstellte, wurde zunächst ein „Pilotprojekt“ mit geringem Therapieumfang bewilligt und

2 Bestimmte Pathologien der Wirbelsäule (degenerative Veränderungen, Bandscheibenvorwölbungen) liegen bei zahlreichen Menschen vor, ohne jedoch Beschwerden zu verursachen. Bei einzelnen Patientinnen ist bei vergleichbarer Bildgebung die Schmerzsymptomatik jedoch äußerst hoch. Der Schmerz lässt sich hier nicht zur Gänze durch den pathologischen Befund erklären. Man spricht vom „unspezifischen“ bzw. „nicht-spezifischen“ Rückenschmerz (vgl. Kröner-Herwig et al., 2007).

3 Unter der Bezeichnung „multimodaler“ Behandlung werden multidisziplinäre bzw. interdisziplinäre Behandlungsansätze verstanden, die möglichst im integrativen Setting in Kleingruppen stattfinden. Behandlungsrealität ist jedoch häufig die multidisziplinäre Behandlung, in der die einzelnen Fachrichtungen getrennt ihr jeweiliges Gruppenprogramm anbieten.

ein dementsprechendes Rehabilitationsprogramm konzipiert. Dies wurde über einen Zeitraum von zwei Jahren durchgeführt. Im Rahmen einer begleitenden Studie sollte die Effektivität dieser Behandlung erfasst werden. Die Ergebnisse liegen nun vor und scheinen vielversprechend.

Klientenzentrierte Therapie als Ansatz in der Behandlung chronischer Schmerzen – ein Literaturüberblick

Eine Herangehensweise aus einer humanistischen Richtung der Psychotherapie in der institutionellen Schmerzbehandlung ist im deutschsprachigen Raum bisher wenig präsent. Vorliegende Forschungsergebnisse beziehen sich, wie erwähnt, überwiegend auf Programme nach der kognitiven Verhaltenstherapie. In der klienten- bzw. personenzentrierten Literatur findet die Thematik „chronischer Schmerz“ nur vereinzelt Erwähnung. Im Folgenden sind diese Arbeiten kurz dargestellt.

In personenzentriertem Verständnis stellen Geiser (2010) sowie Müller & Feuerstein (1999; 2000) die Situation chronischer Schmerzpatientinnen dar und schlagen fachspezifische Interventionsmöglichkeiten vor. Auf diese beiden Arbeiten wird bei der Vorstellung des vorliegenden Programms immer wieder Bezug genommen.

Geiser (2010) beschreibt, unterlegt mit konkreten Beispielen, das stark strukturgebundene Erleben von chronischen Schmerzpatientinnen. Zunehmend geht im Verlauf der Erkrankung der Abstand zwischen Person und Schmerz verloren, es ist keine Distanzierung mehr möglich. Die Körperwahrnehmung wird auf eine dichotomische Ebene eingengt. Es wird „Schmerz“ oder „kein Schmerz“ erlebt, während das gesamte Repertoire an sonstigen Erlebensebenen nicht mehr vorkommt. Geiser erinnert an die „bipolar structure of frozen wholes: there is – there is not. Pain – no pain. Feeling bad – feeling fine. Nothing in between“ (Geiser, 2010, S. 5). Statt wahren Erlebens ist strukturgebundenes „Wissen“ über den Körper vorherrschend. Geiser spricht von einer Art „Schmerzkörper“, zu dem Erfahrungen abgespeichert sind und sofort abgerufen werden können.

Zusätzlich werden Verstehensmodelle von Patientinnen durch Behandlungserfahrungen im Lauf der Schmerzgeschichte geprägt. Auf Basis der Erfahrung, sich im medizinischen Behandlungskontext aufgrund der Nicht-Besserung der Beschwerden zurückgewiesen zu fühlen, entwickeln Klientinnen ihre eigenen Vorstellungen von Ursachen und Zusammenhängen hinsichtlich der Schmerzsymptomatik (vgl. Geiser, 2010, S. 6). Auch diese individuellen Konzepte nehmen meist sehr starren Charakter an. Klientinnen reagieren teils

mit Aggression, wenn diese Vorstellungen von anderen hinterfragt werden. Umgekehrt widmen Betroffene in sozialen Begegnungen den Ausführungen dieser persönlichen Konzepte oftmals viel Raum. Im Gegenüber lösen derartige Beschreibungen durch die Strukturgebundenheit und das fehlende Erleben häufig unangenehme Gefühle wie Hilflosigkeit, Ärger, Ungeduld, Langeweile oder Bedrücktheit aus.

Für das therapeutische Arbeiten legt Geiser auf einen körper- und bewegungsorientierten Zugang starken Wert. Über Körper- und Bewegungserfahrung, auch gemeinsames Bewegen kann eine Lösung aus der Erstarrung initiiert werden.

Innerhalb des personenzentrierten Kontexts präsentieren Müller und Feuerstein (1999; 2000) eine konkret focusingorientierte Herangehensweise an eine chronische Schmerzproblematik. Für die Autoren stellt Focusing in diesem Kontext als „inneres Behandlungsprogramm“, das die Ganzheitlichkeit eines chronischen Schmerzgeschehens erfassen kann, ein zielführendes Pendant zu den üblichen multimodalen „äußeren“ Therapieansätzen dar. Die Vorgehensweise über Focusing erfasst die Komplexität eines Schmerzproblems besser, indem „die Lösung nicht mittels logischer oder empirischer Konzepte (allein) gesucht wird, sondern im Erleben der Person“ (Müller & Feuerstein, 2000, S. 268). Im Hintergrund werden als wesentliche Einflussfaktoren für Schmerzerleben, Chronifizierungsursachen und Heilungsprozesse der aktuelle Umgang der Patientin mit dem Schmerz (Schmerzmedikation, Verhalten bei Schmerz), der aktuelle Umgang der Patientin mit ihrem Körper (Beziehung zum Körper, Fürsorglichkeit, Beachtung des Körpers), die subjektive Bedeutung des Schmerzes für die Klientin und daraus resultierende Verhaltensweisen (Schmerz als Strafe, Erwartung der Unheilbarkeit, Umgang mit Aggressionen, Gestaltung von familiären Beziehungen) gesehen. Aktuelles Erleben bei Schmerz ist oftmals mit geprägt von Angst, Aggression, negativen Zukunftsperspektiven und einem niedrigen Selbstwert. Müller & Feuerstein sehen als wesentlich bei Schmerzpatientinnen an, „[...] deren Beziehung zum Schmerz und zum Körper zu reflektieren und in Richtung von mehr Achtsamkeit und Freundlichkeit zu verändern“ (2000, S. 273).

Die weiteren vorhandenen personenzentrierten Arbeiten betrachten spezifische Fragestellungen bzw. Focusing als unterstützenden Behandlungsansatz in der Schmerztherapie. Als speziellen Schwerpunkt betrachtet Macke-Bruck (2006) die Situation des Betreuungsteams im palliativen Kontext und bringt Schmerzerfahrungen mit lebensgeschichtlichen Bindungserfahrungen in Zusammenhang. Hinterkopf (2010) beschreibt zu Beginn ihres Artikels einen persönlichen Schmerzbewältigungsprozess durch Focusing. Egendorf (1995) widmet sich den Verstehensmöglichkeiten von Botschaften von Schmerzpatientinnen. Im Rahmen ihrer Diplomarbeit widmet sich Kopp (2008)

dem Einfluss von Focusing auf das Schmerzerleben chronischer Schmerzpatientinnen.

Die einzige personenzentrierte klinische Studie ist von einer brasilianischen Gruppe zu finden (Machado et al, 2007): Im ambulanten Gruppensetting wurden ein reines Bewegungsprogramm und klientenzentrierte Therapie als Therapieformen bei Patientinnen mit chronischem unspezifischem Rückenschmerz verglichen. In dieser Studie konnte bei 9-wöchiger Behandlung das klientenzentrierte Angebot die Verbesserungen der Trainingsgruppe nicht erreichen (gemessen wurden die Faktoren Schmerz, subjektive Beeinträchtigung durch den Schmerz und Depression). Bisher sind keine weiteren Untersuchungen in diese Richtung bekannt.

Für multimodale Rehabilitationsprogramme in einer klinischen Einrichtung ist nach unserem Wissensstand eine klientenzentrierte Herangehensweise neuartig. In diesem Sinne stellt die Körperorientierte Gruppentherapie (KOG) neben etablierten Therapieprogrammen erstmalig ein Angebot mit klientenzentrierter Ausrichtung dar.

KOG-Rehabilitationsprogramm

Das KOG-Konzept wurde von Mitarbeiterinnen des Zentrums für Ambulante Rehabilitation aus den Bereichen Medizin, Psychologie/Psychotherapie und Physiotherapie erarbeitet. Die Kolleginnen und Kollegen sind als Autorinnen der Studie namentlich angeführt.

Die in unserem klinischen Alltag verwendete Abkürzung „KOG“ steht für „Körperorientierte Gruppentherapie“. Dieser Titel sowie die unten genannten Rahmenbedingungen waren von der Institution vorgegeben. Inhaltlich war es möglich, das gesamte Programm auf Basis des klientenzentrierten Konzepts zu entwerfen.

Es handelt sich bei der KOG um ein psychotherapeutisches Behandlungsprogramm für chronische Schmerzpatientinnen, das als klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie konzipiert und angeboten wurde. Für die psychotherapeutischen Einheiten waren dementsprechend keine vordefinierten Module oder konkreten Inhalte vorgesehen, sondern der Prozess richtete sich gänzlich nach den Bedürfnissen der Gruppe. Das Wesen der klientenzentrierten Gruppenpsychotherapie darf an dieser Stelle als bekannt vorausgesetzt werden. Vorgestellt im Weiteren sollen Elemente, die – auf den Gruppenprozess abgestimmt – als störungsspezifische Unterstützungsmöglichkeiten zusätzlich in die Therapie integriert wurden. Auch wenn es sich um eine psychotherapeutische Gruppe mit semistrukturiertem Programm handelte, bildete ein klientenzentriertes Vorgehen bei sämtlichen Therapiebausteinen die Basis.

Gerade Schmerzpatientinnen scheinen von der Integration körperorientierter Elemente in die klientenzentrierte Therapie besonders zu profitieren. Geiser betont dies in ihrem Artikel über die psychotherapeutische Arbeit mit chronischen Schmerzpatientinnen: „These clients [...] benefit not only from careful verbal work at the edge of understanding, but particularly from including the bodily presence of both, therapist and client“ (2010, S.1). Der Miteinbezug der körperlichen Ebene findet über unterschiedliche Behandlungselemente statt, die ebenfalls im Weiteren beschrieben werden. Auch das Vorgehen beim körperlichen Training basiert auf der klientenzentrierten Haltung. Auf allen Ebenen sollten Klientinnen unterstützt werden, sich selbst zu erleben und neue Erfahrungen zu machen. Die Art der Umsetzung war stets am klientenzentrierten Beziehungsangebot orientiert.

Neben der Vorstellung der inhaltlichen Vorgangsweise sollen schmerzspezifische Überlegungen andiskutiert werden, die sich in der Durchführung des Projekts zeigten.

Rahmenbedingungen

Die multimodale Behandlung wurde in Form eines 12-wöchigen Gruppentherapieprogramms für je maximal 10 Teilnehmerinnen angeboten. Die Gruppe wurde als geschlossene Therapiegruppe geführt. Das Gruppensetting scheint in diesem Indikationsbereich förderlich und zielführend. Auch wenn die Frage nach dem optimalen Setting (Einzel versus Gruppe) in der Schmerzbehandlung bisher nur wenig in Studien erforscht wurde und bisher keine Überlegenheit einer Art nachgewiesen wurde (Kröner-Herwig, Frettlöh, Klinger & Nilges, 2007), bleibt doch der Eindruck, dass das Gruppensetting gute Wirkmechanismen aufweist (ebd.).

Wöchentlich fanden jeweils eine Stunde aktives körperliches Training in der medizinischen Trainingstherapie sowie eine einstündige psychotherapeutische Gruppe statt. Passive Behandlungen wurden bewusst nicht einbezogen. Insgesamt umfasste damit das Rehabilitationsprogramm nur 24 einstündige Therapieeinheiten. Den aktuellen Standards, die aktive Bewegungstherapie und psychologische Schmerztherapie als Behandlungsrichtlinien nennen und geschlossene Therapiegruppen empfehlen, wurde im KOG-Modell inhaltlich somit zur Gänze Rechnung getragen, der Therapieumfang ist hingegen als sehr gering anzusehen. Zu begründen ist die geringe Therapieintensität mit organisatorischen Möglichkeiten für ein Pilotprojekt, das einen neuen Behandlungsschwerpunkt in der durchführenden Institution darstellt.

Beachtenswert in diesem Zusammenhang ist die Realisierung einer tatsächlich interdisziplinären Betreuung: Die Patientinnengruppe wurde durchgängig in allen Behandlungselementen von einem interdisziplinären Zweierteam betreut.

Nach Hüppe, Scharfenstein & Fritsche (2007) kooperieren in der Behandlung im optimalen Fall Ärztinnen, Psychologische Psychotherapeutinnen und Physiotherapeutinnen. Interdisziplinär geleitete Programme unter Beteiligung von Psychologinnen erwiesen sich in Untersuchungen als deutlich effektiver als unimodale medizinische Ansätze (Kröner-Herwig & Frettlöh, 2007; Flor, Fydrich & Turk, 1992; Basler & Kröner-Herwig, 1998). Behandlungsrealität ist jedoch häufig die multidisziplinäre Behandlung, eine wirklich interdisziplinäre gemeinsame Gruppenführung ist uns sowohl aus der Literatur als auch aus klinischen Angeboten im österreichischen Raum nicht bekannt.

In der KOG wurde die als ideal empfohlene Betreuungsvariante umgesetzt, jeweils eine Klientenzentrierte Psychotherapeutin (auch Klinische Psychologin) sowie eine Physiotherapeutin leiteten die Gruppe gemeinsam. Das betreuende Therapeutinnenteam blieb dabei über die Gruppendauer konstant. Diese Art des Arbeitens erwies sich in der Praxis als äußerst hilfreich und effektiv. Es ermöglichte sehr unmittelbar, Erfahrungen der Patientinnen aus Bewegungstherapie und psychologischer Therapieeinheit zu verknüpfen. Zahlreiche Rückmeldungen der Patientinnen zeigen auf, dass diese integrative Betreuung als qualitativ äußerst wertvoll und hilfreich erlebt wurde. Die Teilnehmerinnen fühlten sich in ihrer Gesamtheit wahrgenommen und besser verstanden.

Die ärztliche Betreuung der Patientinnen erfolgte im Rahmen begleitender Einzeltermine. In den Teambesprechungen bestand durchgängig die Möglichkeit zur interdisziplinären Patientinnenbesprechung.

Kröner-Herwig & Frettlöh (2007) beleuchten die Frage nach Vor- und Nachteilen von ambulanter bzw. stationärer Schmerztherapie. Sie sprechen sich dabei stark für das ambulante Setting aus, sofern nicht spezifische Notwendigkeiten eine intensivere Überwachung erfordern. Als Vorteile der ambulanten Therapie nennen sie die Aufrechterhaltung von Aktivität, die Vermeidung der Verstärkung eines Krankheitsverhaltens, den erleichterten Transfer des Neugelerten in den Alltag und bei Bedarf auch das Miteinbeziehen von Angehörigen. Die KOG wurde als ambulantes Therapieprogramm angeboten und speziell so gestaltet, dass sie auch aktiv berufstätigen Patientinnen zur Verfügung stand.

Inhaltliche Konzeptionierung und Erfahrungen aus der praktischen Durchführung

Psychotherapeutisches Erstgespräch: Ziel des psychotherapeutischen Erstgesprächs ist begleitend zur Anamneseerhebung das Erkennen des Verstehensmodells der Klientin über ihre Schmerz- und Beschwerdesituation. Das beinhaltet ihr subjektives Erleben der aktuellen gesundheitlichen und persönlichen

Situation sowie die subjektive Entwicklungsgeschichte. Durch das empathische Eingehen und das Explorieren des inneren Erlebens der Klientin soll eine zumindest ansatzweise Offenheit für ein ganzheitliches Verstehen der eigenen Situation ermöglicht werden. Je nach Ausgangssituation soll in größerem oder kleinerem Umfang eine Idee zur Schmerzproblematik hergestellt werden, die nicht rein somatisch, isoliert, nicht zur Person gehörig ist, sondern die Beschwerden als Teil eines prozessualen Geschehens in einem bio-psycho-sozialen Kontext sieht. Dabei ist es unerlässlich, sich im Bezugsrahmen der Klientin und am Rand ihres Gewahrseins zu bewegen.

Die Ausgangssituation zahlreicher Klientinnen ist dergestalt, dass sie sich gleichsam an einem Endpunkt fühlen. Schwierig sind das Erleben chronischen Schmerzes an sich sowie belastende Behandlungserfahrungen, letztlich liegt oft eine komplexe Problematik vor. Hier entsprechen unsere Erfahrungen denjenigen, die von Müller & Feuerstein (1999; 2000) geschildert werden. Zahlreiche therapeutische Maßnahmen konnten an den körperlichen Beschwerden der Patientinnen keine positive Änderung bewirken, häufig gibt es bereits negative Konsequenzen und einschneidende Verluste im beruflichen und sozialen Eingebundensein, eine starke Eingeschränktheit in subjektiven Handlungsmöglichkeiten und das Empfinden einer Unveränderlichkeit der Situation. Weder von der eigenen Person ausgehend noch von anderen wird noch die Möglichkeit einer „Lösung“ erwartet. Genau dieses Gestopptsein von Erlebensprozessen beschreibt auch Geiser (2010). Im Sinn einer starken Strukturgebundenheit ist hier „frustration, bodily discomfort, and a dead end“ (S. 2).

In dieser Situation eröffnet ein klientenzentriertes Beziehungsangebot „etwas Neues“, die Klientinnen erleben am Ende des Erstgesprächs oft ein noch nicht näher benennbares und nicht zuordenbares, aber angenehmes Empfinden.

Indem die klientenzentrierte Therapeutin ganz beim Erleben der Klientin bleibt und deren Erleben bedingungslos anerkennt, wird die Klientin zur Expertin. Implizit wird die „Verantwortlichkeit“ für den eigenen Körper damit wieder von der Klientin selbst übernommen. Statt einer reinen Hinwendung zum Arzt, der etwas gut machen soll, wird der eigene Körper wieder als der Person „zugehörig“ erlebt und die Klientin sich ihrer Rolle als Expertin, als Zuständige, als Handlungsmögliche bewusst. Für viele Klientinnen ist das eine neuartige Erfahrung nach langer medizinischer Behandlungskarriere. Im Gegensatz zu Behandlungserfahrungen, in denen es darum geht, das eigene Empfinden angesichts von Befunden, Therapieerfolgen zu „verteidigen“, in denen externe Hilfe etwas reparieren soll, erlebt die Klientin Angenommensein und Ernstgenommenwerden. Auf diesem Boden kommt es auch in der Klientin zu einer gefühlten Veränderung – wie wir es aus der klientenzentrierten Arbeit gut kennen.

Umgang mit schmerzfokussiertem Erleben: Chronische Schmerzpatientinnen haben oftmals keine anderen Erfahrungen mehr als den Schmerz an sich. Das Schmerzgeschehen ist stark bestimmend und überlagert einen großen Teil des Selbstkonzepts, andere Aspekte der Person und des Lebens treten stark in den Hintergrund. Im therapeutischen Kontakt ist zu bemerken, dass bei der betroffenen Person die Distanz zwischen sich und dem Schmerz verloren gegangen ist und eine Identifikation mit dem Schmerzerleben stattgefunden hat. Zentrales Anliegen zu Therapiebeginn war es, die „ganze Person“ in die Gruppe einzuladen. Eine Erweiterung des Blicks auf die eigene Person sollte initiiert werden, ein Partialisieren im Sinn von: nicht „ich bin Schmerz“ sondern „ich habe Schmerzen, aber ich bin mehr als der Schmerz“. Persönliche Züge, Fähigkeiten, Interessen, Ressourcen usw. wurden in den Fokus der Aufmerksamkeit geholt. Punktuell wurden im Rahmen des Prozesses dafür Bilder oder körperorientiertes Vorgehen angeboten. Vergleichbar beschreibt Geiser (2010, S. 7) den Einsatz von „modalities“ als eine konkrete Möglichkeit, um die innere Welt von Schmerzpatientinnen wieder reicher und größer zu machen.

Zunächst liegt jedoch ein stark strukturgebundenes Erleben mit einer hohen Fokussierung auf den Schmerz vor. Beispielsweise nannten Patientinnen in der KOG auf die Frage nach der momentanen Befindlichkeit häufig kein aktuelles Erleben, sondern führten eine stereotype Reihe von häufigen Beschwerdesymptomen an. Bei unterschiedlichsten Übungen in der Gruppe waren Körperempfindungen zunächst auf die Wahrnehmung von Schmerz begrenzt. Konkrete Entspannungs-, Atem- oder Körperwahrnehmungsübungen, die im Allgemeinen von Personen als angenehm erlebt werden, führen bei Schmerzpatientinnen oftmals zur erneuten direkten Konfrontation mit dem unangenehmen Schmerzerleben. Es war für viele Klientinnen schwierig, im Körper eine Stelle zu finden, die sich „angenehm“ anfühlt. Der Körper wurde nur mehr in einem ganz eng umschriebenen Bedeutungszusammenhang wahrgenommen. Der Aufmerksamkeitsfokus war eng begrenzt auf den Bereich des Schmerzes, das Verhalten der Klientinnen schien zunächst eher dem eines Scheinwerfers zu gleichen, der den Körper spezifisch nach Schmerzerfahrungen scannt.

Im Laufe der Therapie ergab sich hier eine deutliche Veränderung. Erfahrungen wurden breiter und vielfältiger, sowohl auf körperlicher, emotionaler als auch sozialer Ebene. Aspekte außerhalb der Schmerzerfahrung traten wieder in den Vordergrund. Konkret zeigte sich dies in einer Veränderung der emotionalen Stimmungslage, mehr freudvollem Empfinden und einer zuversichtlicheren Haltung, dem Wiederaufnehmen von Hobbies, einer Zunahme sozialer Aktivitäten und nicht zuletzt einem Ausbau von Bewegung auch außerhalb der Therapie.

Um eine derartige Entwicklung zu ermöglichen, gilt es, wieder Abstand zwischen Schmerz und Person zu schaffen. Dazu

benötigt es nicht nur Verstehen im Sinne einer „moment to moment empathy“ (Lietaer, 2002, zit. nach Geiser, 2010), sondern Arbeit am Rande des Gewährseins. Konkrete Unterstützung für die Klientinnen sollte dabei in den einzelnen Therapiebausteinen der KOG über die weiter unten ausgeführten Zugangswege gegeben werden.

Ziel der Therapie ist es, Veränderung der Haltung sich selbst und dem Schmerz gegenüber zu erreichen:

1. eine verständnisvolle Haltung der Klientin gegenüber ihrer eigenen Person und Situation: Selbstempathie und Selbstfürsorglichkeit (statt Aggression, Resignation, Dissoziation),
2. eine (erneute) Verantwortungsübernahme der Klientin für den eigenen Körper: die körperlichen Prozesse sind „Teil von mir“, Veränderungsmöglichkeiten liegen in der Person (statt reiner Fokussierung auf externe Unterstützung),
3. eine neue Haltung dem Schmerz gegenüber: achtsames Hinschauen (statt Versuch des Ignorierens, des Loswerden-Wollens),
4. den Schmerz als Teil der eigenen Person betrachten, aber sich auch davon distanzieren zu können.

Hinführen zu korrektem Schmerzkonzept: Wissensvermittlung über physiologische Schmerzprozesse dient als Impulsgeber für neues, „frisches“ Erleben. Wissen über körpereigene Prozesse kann eine Möglichkeit darstellen, aus strukturgebundenem Erleben herauszukommen. Es ist ein Impuls, Neues denken zu können, es kann zu einem Felt Shift verhelfen. Wesentlich für Schmerzpatientinnen ist es, zu wissen, welche physiologischen Prozesse bei längerdauerndem Schmerz ablaufen und dass chronischer Schmerz in der Person auf vielen Ebenen Veränderungen bewirkt. Weder rein somatische, noch rein psychologische Modelle repräsentieren ein chronisches Schmerzgeschehen korrekt. Für das Herstellen eines korrekten Selbstkonzepts ist es wesentlich, ein stimmiges Schmerzkonzept zu haben.

Gerade auch in der Reflexion der Schmerzkonzepte erwies sich ein hohes Ausmaß an Geduld mit einzelnen Gruppenmitgliedern als ausschlaggebend. Erleben und innerer Bezugsrahmen der Person sind ernst zu nehmen, gleichzeitig gilt es – auch im Sinn der klientenzentrierten Haltung – Wissen zur Verfügung zu stellen. Schmerzpatientinnen kommen oftmals mit aus der Behandlungserfahrung resultierenden eigenen Konstrukten und Vorstellungen über das eigene Schmerzgeschehen. Beispiele sind engumgrenzte somatische Erklärungsmodelle, inkorrekte Vorstellungen über die Physiologie (z. B. Angst, die Wirbelsäule reißt bei einer Rotationsbewegung ab), die Vorstellung, dass jede Bewegung schädlich ist, das Negieren des Einflusses psychischer und psychosozialer Faktoren oder das alleinige Befürworten von Vermeidungsverhalten. Es ist zwingend erforderlich, gemeinsam im Zwiegespräch mit der Klientin und

in ihrem Tempo zu versuchen, (physiologisch) inkorrekte Vorstellungen zu korrigieren. Ein reines Dagegenhalten mit der medizinischen und psychologischen Theorie führt oftmals zu Widerstand oder zu Rückzug bei der Klientin, die sich nicht als Person angesprochen fühlt. Vielmehr benötigt es eine Begleitung im Sinne des klientenzentrierten Beziehungsangebots.

Biographie als Einflussfaktor auf Schmerzerleben und -verhalten: Miteinbezogen wurden ansatzweise (aufgrund des begrenzten zeitlichen Rahmens) biographische Erfahrungen, die mit Aspekten rund um den Schmerz in Zusammenhang stehen. Verdeutlicht werden sollte, dass das Gewordensein der Person, frühere Erfahrungen Einfluss haben auf das aktuelle Sein, Erleben und Verhalten – auch im Bereich des Schmerzes.

Macke-Bruck (2006) beschreibt den Entwicklungsweg von Schmerzerleben ab frühesten Erfahrungen und die Abhängigkeit von erlebten Bindungserfahrungen. In Abhängigkeit von früheren Antworten bedeutsamer Anderer auf die Person und im Konkreten auf Schmerzerfahrungen werden Wahrnehmung, Bewertung, Umgangsweise, die eigene Beziehung zu sich selbst auch im Bereich des Schmerzerlebens geformt.

In der Therapiegruppe zeigte sich beispielsweise bei einer Klientin ein Schmerzverhalten, das stark geprägt war von sehr hoher Not, fast panikartiger Suche nach dem Loswerden des Schmerzes, hohem appellativen Ausdruck, starkem Schwanken zwischen Momenten der riesigen Hoffnung in die Behandlerinnen und – im Gegensatz – der Überzeugung einer Unveränderlichkeit. Dabei war die Klientin trotz Angabe der höchsten Schmerzintensität nie in der Lage, im körperlichen Training, in der Gruppentherapie, im Alltag achtsam mit sich umzugehen, sondern ihr Umgang war stark geprägt von ständiger Selbstüberforderung, grenzenlosem Ehrgeiz, einer für die Umgebung fast schmerzhaft anmutenden Aktivität. Bei dieser Klientin schien eine deutliche Parallele zum Beziehungsgeschehen in der Herkunftsfamilie gegeben. Bei anderen Klientinnen war es immer wieder eindrücklich zu sehen, wie der Beginn der Schmerzsymptomatik mit wichtigen Ereignissen im Lebenszyklus gelagert war.

Nicht immer ist ein Zusammenhang in dieser Weise so plakativ gegeben. Es wird von den Behandlerinnen auch nicht davon ausgegangen, dass bei jedem Schmerzgeschehen im Hintergrund eine konflikthafte Familien- oder Lebenssituation verursachend vorhanden ist. Doch scheint es wesentlich, dass Klientinnen verstehen, dass die Qualität des Schmerzerlebens auch mit ihrer eigenen Person zu tun hat, mit ihrer Persönlichkeit, ihrer Art, mit Belastungen umzugehen usw.

Körperwahrnehmung: Geiser (2010) betont die Bedeutsamkeit des Miteinbezugs der körperlichen Ebene in die Schmerzbehandlung. Der Körper steht im Zentrum der Wahrnehmung

der betroffenen Klientin und wird dabei als problematisch erlebt. Obwohl die körperliche Ebene so im Fokus der Aufmerksamkeit steht, ist die Wahrnehmung doch stark eingeschränkt. Über angeleitete körperorientierte Wahrnehmung, wie weiter unten für unsere Gruppe beispielhaft angeführt, sollen Klientinnen ermutigt werden, auf andere Weise ihren Körper wieder zu erfahren. Geiser beschreibt sehr ausführlich: „So we can encourage them to be aware of sensations in the body, which do not belong to the bipolar pattern ‚hurting – non hurting‘. Whole areas of the body are often abandoned, without awareness, without language, without a life of their own. Patients can learn to draw their attention – not an easy task, but an important movement! – and leave the usual places where they are in contact with their pain and go to these ‚non-hurting‘ places, be aware of their quality, and find language or images for them [...]“ (S. 7).

Schmerzpatientinnen verändern ihr Erleben zunächst nicht, weil sie es in der hohen Strukturgebundenheit nicht vermögen. „Bezogen auf die Praxis ist festzustellen, dass Schmerzpatienten vieles tun, um ihren Schmerz loszuwerden. Nur eines machen sie selten: Sie wenden sich nicht direkt ihrem Körper zu“ (Müller & Feuerstein, 2000, S. 268). Diese Erfahrung machten auch wir mit unseren Klientinnen. Trotz scheinbar ständigem Spüren von Schmerz ist echtes körperliches Wahrnehmen stark vernachlässigt. Schmerzpatientinnen befinden sich oftmals vielmehr im Kopf, in Bildern über sich und ihre (Schmerz-)Situation. Sie haben Wissen um ihren Schmerz und verwechseln dieses mit Erleben. Es ist ihnen auch unter Anleitung kaum möglich, wirklich im Körper zu verweilen. Um diese Fähigkeit zu schulen, wurden körperbezogene Interventionen angeboten. Übungen zur Wahrnehmung einzelner Körperregionen, dem Bewusstmachen von Körperstellen abseits der Schmerzregion, Einladung zum Auffinden einer „guten Stelle“ über einen Focusing-Prozess sowie unterschiedliche Ansätze zu entspannenden Körperübungen wurden mit den Klientinnen durchgeführt. Ziel dieser Übungen war, die Fähigkeit zur (veränderten) inneren Bezugnahme anzustoßen und statt dem reinen Schmerzerleben andere, angenehme körperliche Erfahrungen zugänglich zu machen. In sachter Weise gilt es hier, Impulse zu setzen und sorgsam Anleitung zu Veränderungsmöglichkeiten anzubieten. Alternative Konzepte sollen mit der Zeit die Erlebensfähigkeit bei der Klientin (wieder) steigern.

Auch wenn das Ziel hier eine Veränderung in Richtung mehr Flexibilität und Experiencing auf Seiten der Klientinnen ist, so gilt es dennoch, das Erleben jeweils so zu nehmen, wie Klientinnen es empfinden. Als Therapeutin gilt es auszuhalten, wenn eine Klientin ein Angebot, auch wenn es im Allgemeinen von Menschen als „angenehm“ empfunden wird, nicht gut empfindet.

Vorteil der körperorientierten Übungen ist, die Komplexität von Schmerzerleben nicht auf der kognitiven Ebene

„aufzudröseln“, sondern in ihrer ganzen Komplexität über den Körper zu erfassen und darüber eine Form der Komplexitätsreduzierung zu erreichen (vgl. Müller & Feuerstein, 1999; 2000). Ergänzend wurde neben dem konkreten körperlichen Tun auf verbaler Ebene die Reflexion über den eigenen Körper angestoßen: Welche Beziehung hat die Klientin zu ihrem eigenen Körper? Wie war bzw. ist ihr Umgang mit dem Körper vor und seit dem Schmerzerleben?

Sachte wurde nach Emotionen und deren körperlicher Verortung bei den Klientinnen gefragt. Emotionen sind bei Klientinnen mit chronischem Schmerzleiden oftmals nur mehr rudimentär präsent (vgl. Geiser, 2010). Anleitungen in diese Richtung führten in unserer Gruppe bei Klientinnen oftmals zu einem Erstaunen, zum Bemerken, wie schwer manche Gefühlsqualitäten zugänglich sind, wie unterschiedlich einzelne emotionale Qualitäten im Körper lokalisiert werden konnten. Klientinnen erlebten diese Erfahrung oftmals als anregend für eine weitere Auseinandersetzung mit sich selbst.

Neben dem körperlichen Training ging es auch darum, Klientinnen wieder in die Welt der „kleinen, sachten Bewegungen“ einzuführen. Klientinnen sollten differenzieren lernen, dass nicht jede Bewegung sich gleich anfühlt, nicht jede Bewegung Schmerz verursacht. Auf diesem Weg soll dem „Gehirn“ wieder schmerzfreie Bewegungserfahrung ermöglicht werden. Ziel war weiters, über das gemeinsame Üben bei den Klientinnen selbst mehr achtsame Haltung sich selber gegenüber zu erreichen und beispielhaft ein sorgsames Bewegen im Gegensatz zu unkontrolliertem Bewegen vorzustellen. Für Patientinnen mit ausgeprägtem Schonverhalten war es der Versuch, Bewegung überhaupt wieder möglich zu machen.

Geiser (2010) schlägt für die „little movements“ als Beginn beispielsweise Atemübungen vor oder bewusstes Stehen und Spüren des Bodenkontakts. In der KOG wurden darüber hinaus oben erläuterte Übungen vorgeschlagen, bei denen es darum ging, einfache Bewegungen im schmerzfreien Bereich durchzuführen und diese Bewegung dann immer kleiner und kleiner werden zu lassen, bis hin zur vorgestellten Bewegung, und auf die gefühlte Wahrnehmung zu fokussieren.

Aktives Training: Körperliches Training ist ein zentrales und zwingendes Therapieelement in der Behandlung chronischer Schmerzen. Kräftigung, Koordination, Ausdauer sind essenziell für die Gesundheit. Neben den körperlichen Effekten können umfassende positive Veränderungen erreicht werden. Über neue körperliche Bewegung kann es gelingen, wieder Beweglichkeit in eine erstarrte (strukturegebundene) Situation zu bringen. Oftmals deutlich gestärkt wird das Ausmaß an Selbstwirksamkeit.

Eine Stunde pro Woche trainierten die Klientinnen in der Medizinischen Trainingstherapie. Die Aufgabe der Psycho-

therapeutin dabei war es, eine klientenzentrierte Haltung auch in der physiotherapeutischen Begleitung zu etablieren. In enger Zusammenarbeit mit den betreuenden Physiotherapeutinnen wurde der Umgang mit den Klientinnen (z. B. in der Reaktion auf Schmerz, Angst, Vermeidungsverhalten, Überforderung) gestaltet. Die physiotherapeutischen Kolleginnen konnten neben der eigenen Expertise die Klientin als Expertin für sich und die eigene Situation ernst nehmen und wertschätzend verstehen versuchen. Dies galt beispielsweise für die Entscheidung hinsichtlich Gewicht(-ssteigerung) bei Trainingsgeräten oder die Pausengestaltung im Training. Bei gefestigter Beziehung wurde das eigene therapeutische Erleben zunehmend als kongruente Offenlegung der eigenen Sicht angeboten und in freundlicher Weise die Klientin ermutigt, Schritte zu versuchen, die ihr zugetraut wurden.

Handlungsimpulse in Richtung Selbstachtsamkeit und Selbstfürsorge wurden den Klientinnen bei Bedarf von der Psychotherapeutin angeboten.

Das Klima in der Trainingstherapie entsprach für die Klientinnen stark einem gemeinsamen Prozess im Sinne eines „Wir“ statt einer Atmosphäre von behandlungsbedürftiger Patientin versus wissender Behandlerin. Klientinnen fühlten sich auch im Training auf diese Art ernst genommen in ihrem körperlichen Erleben, interessiert und sorgsam begleitet. Rasch stellte sich in den Trainingsgruppen eine lustvolle Gestimmtheit anstelle von ängstlicher Zurückhaltung ein.

Punktuell wurde durch ein Mittun der Therapeutin bei Übungen der Klientin eine Art Spiegel für die eigene Bewegung angeboten und über diesen Weg des Sehens der Bewegung zusätzlich Ermutigung gegeben. Gemeinsames Bewegen findet sich auch bei Geiser (2010) als förderliche Intervention wieder. Sie erlebt dies als wesentlich zielführender als ein reines Gespräch über den Körper oder ein alleiniges Bewegen auf Seiten der Klientin: „I think that only when bodily accompanied, can new movements be embodied by the client and grow in him“ (S. 8). – Auch wenn Geiser dabei vermutlich nicht an physiotherapeutisches Körpertraining denkt, so scheint uns die „Übersetzung“ auch in diesen Bereich ebenfalls wertvoll und für die Klientinnen ermutigend.

Durch das aktive Training im Rahmen der Physiotherapie in Kombination mit Psychoedukation sollen Vermeidungsverhalten verringert, Zutrauen in den eigenen Körper wieder gestärkt und Beweglichkeit verbessert werden. Kräftigung und aktives Tun stehen gleichrangig neben Sensibilisierung der Körperwahrnehmung, Differenzierung von Körperempfindungen, dem Erlernen einer guten Dosierung von Anspannung versus Entspannung und dem Aufbau von Vertrauen in den Körper und dem Ausprobieren neuer Bewegungen. Durch sämtliche Körperübungen sollen aktive Gestaltungsmöglichkeiten bewusst gemacht und gestärkt werden.

Therapeutisches Beziehungsangebot: Wir haben den Eindruck, dass in unserem Therapieangebot das personenzentrierte Beziehungsangebot ein wesentlicher Wirkfaktor für eine positive Entwicklung auf Seiten der Klientinnen war. Positiv von den Teilnehmerinnen erlebt wurde insbesondere, dass Therapeutinnen und Klientinnen auf gleichrangiger Ebene den Prozess gemeinsam und miteinander gestalten. Wertschätzung und Ernstnehmen des Erlebens der Klientin ermöglichten rasch eine vertrauensvolle Atmosphäre, in der Klientinnen sich öffnen konnten. Die Klientinnen schätzten das Bemühen der Therapeutinnen, sich in ihre Welt einzufühlen und sie als Expertinnen ernst zu nehmen. Dort, wo Selbstempathie auf Seiten der Klientin nicht ausreichend gegeben war, wurde versucht, „stellvertretend“ Erleben zur Verfügung zu stellen. Für viele Klientinnen neu war die Weise, in der die Therapeutinnen von einer Entwicklungsmöglichkeit – im Sinne der Aktualisierungstendenz – überzeugt waren. Die klare Zuversicht der Therapeutinnen wirkte unserem Eindruck nach für die Klientinnen haltgebend und erzeugte auch bei ihnen eine Form von Vertrauen in Entwicklung. Gleichzeitig war wesentlich, das – nach langer Erstarrung oftmals zögerliche und langsame – Tempo der Klientin zu begleiten. Auf diese Weise waren viele berührende Entwicklungsschritte sichtbar.

Methodik

Studiendesign

Im Rahmen einer prospektiven Längsschnittuntersuchung wurden über einen Zeitraum von zwei Jahren alle konsekutiven Patientinnen, für die eine entsprechende Indikation vorlag und die am Pilotprojekt „Körperorientierte Gruppentherapie“ teilnahmen, erfasst. Von allen Patientinnen konnte im Rahmen der Voruntersuchung ein informed consent zur Studienteilnahme eingeholt werden. Sämtliche Daten wurden mittels Fragebogen erfasst und flossen anonymisiert in die Studie ein. Es wurde keine Approbation einer Ethikkommission eingeholt, da die vorliegende Evaluierung der Wahrnehmung einer gesetzlichen Vorgabe entsprach (gemäß §31, Allgemeines Sozialversicherungsgesetz), alle Daten anonymisiert waren und es sich um eine reine Fragebogenstudie handelte, wodurch Patientinnen zur Gänze Kontrolle über ihre Teilnahme hatten.

Indikationen: Aufgenommen in das Programm wurden orthopädische Patientinnen mit chronischer Schmerzsymptomatik, speziell mit der Problematik „unspezifischer Rückenschmerz“. Die Überweisung der Patientinnen in das Zentrum für Ambulante Rehabilitation erfolgte durch niedergelassene Ärztinnen sowie durch stationäre Rehabilitations-einrichtungen.

Eine spezifische Besonderheit des vorliegenden Therapieangebotes ist die Aufnahme von Patientinnen, die einen Antrag auf Pensionierung gestellt hatten. Diese Personengruppe wird meist aus derartigen Rehabilitationsprogrammen ausgeschlossen, da Therapieerfolge bei Annahme einer zugrunde liegenden Ambivalenz hinsichtlich Gesundheit nicht erwartet werden. Uns war es ein wesentliches Anliegen, gerade auch dieser stark belasteten Gruppe von Schmerzpatientinnen die Therapie anzubieten und begleitend zu überprüfen, ob sich Therapieerfolge erreichen lassen.

Studienteilnahme: Es konnten alle 48 Patientinnen in die Studie eingeschlossen werden, die das 3-monatige Therapieprogramm absolvierten. Therapieabbrüche gab es in 4 Fällen, Gründe waren (schmerzunabhängige) Erkrankung, Unfallereignis bzw. berufliche Unvereinbarkeit. Tab. 1 zeigt soziodemographische Daten der Studienteilnehmerinnen im Überblick.

Tab. 1: Soziodemographische Basisdaten

Geschlecht	Frauen	42
	Männer	6
Alter (Jahre)	Altersspanne	37–80
	Alter – Mittelwert	55
Beruflicher Hintergrund	berufstätig	22
	in Pension	14
	aktuelles Pensionsbegehren	12

Auf somatischer Ebene waren degenerative Wirbelsäulen-, vereinzelt degenerative Gelenkerkrankungen verschiedener Lokalisation die Hauptdiagnosen (Tab. 2).

Tab. 2: Diagnosen + Chronifizierung

	Anz.	in %
Chronifizierung		
Stadium I	5	10,4
Stadium II	10	20,8
Stadium III	33	68,8
therapierelevante somatische Diagnose		
degeneratives WS-Leiden	43	89,6
Diskusprolaps	28	58,3
Gelenkerkrankung	8	16,7
psychische Komorbidität		
F45.40 somatoforme Störung	23	47,9
F45.41 Chron. Schmerzstörung mit somat. u. psych. Faktoren	21	43,8
F32 Depression	36	75,0
sonstige	13	27,1
Anzahl Psychologischer Diagnosen		
eine Diagnose	15	31,2
zwei Diagnosen	32	66,7

Fast immer war begleitend zur körperlichen Beschwerdeproblematik eine deutliche psychische Symptomatik erkennbar

bzw. der Verdacht auf relevante beteiligte psychische Faktoren an Entwicklung, Chronifizierung und Aufrechterhaltung der Schmerzen gegeben. Überwiegend handelte es sich um Patientinnen mit ICD-10-Diagnosen der Kategorie F45 (F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung und F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren). Sehr häufige Komorbidität war erwartungsgemäß eine depressive Symptomatik (F32 Depression), die teils als vorausgehend, teils als Konsequenz der körperlichen Beschwerden anzusehen war.

Die Schmerzdauer betrug nach Angaben der Patientinnen 2–20 Jahre, im Mittel 8 Jahre. Hinsichtlich Lokalisation wurden meist ausgedehnte Schmerzareale angegeben. Sämtliche Patientinnen hatten in der Vergangenheit bereits zahlreiche, letztlich nicht nachhaltig erfolgreiche somatische Therapien absolviert, manche Patientinnen über Jahre durchgängig (Infiltrationen, Infusionen, physikalische Therapien, Massage, Physiotherapie). Es bestanden langjährige ärztliche Anbindungen. Medikamentöse Therapie wurde mit einer Ausnahme immer in Anspruch genommen, teils in umfangreichem Ausmaß. Dies zeigt sich in hohen Scores auf der Chronifizierungsskala nach Gerbershagen et al. (2012). Zu Therapiebeginn wies die überwiegende Anzahl der Patientinnen das höchste Chronifizierungsniveau Stadium III auf (Abb.1), das auch prognostisch ungünstigste Ausgangsniveau. Betrachtet man Patientinnen mit Pensionsbegehren (PB) und solche ohne dieses Anliegen (NonPB) getrennt, ist dieser Überhang in der PB-Gruppe noch deutlicher (Abb. 2). PB-Patientinnen geben noch mehr Belastetheit bzw. Therapiebedarf an und befinden sich hinsichtlich der Chronifizierung fast ausschließlich in Stadium III.

Abb. 1: Chronifizierungsstadien in Gesamtgruppe

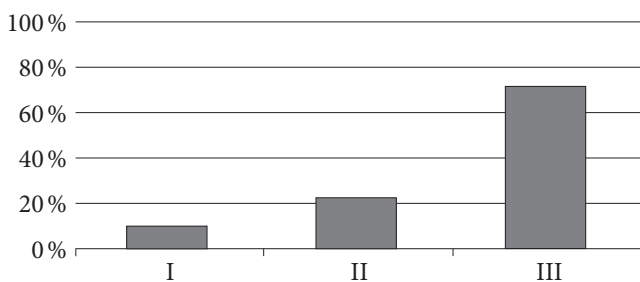
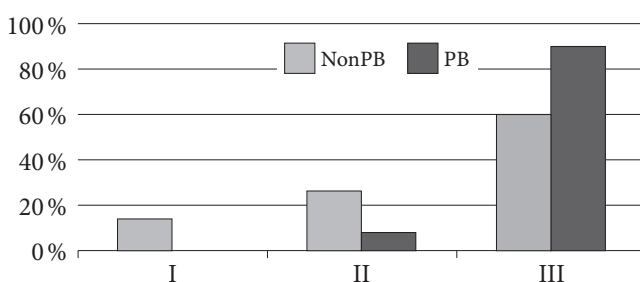


Abb. 2: Chronifizierung getrennt nach Vorliegen eines Pensionsbegehrens



Messzeitpunkte: Die Erhebungen mittels Fragebogenbatterie fanden zu 4 Zeitpunkten statt: vor Beginn und am Ende des 3-monatigen Gruppenprogramms und als Nachuntersuchungen 6 Monate und 12 Monate nach Ende der Gruppe.

Zum Zeitpunkt T₁ (Therapiebeginn) wurden die Testinstrumente im Rahmen des persönlichen Erstgesprächs vorgegeben. Die Ergebnisse stellen die Ausgangswerte dar. Um Veränderungen in der Rehabilitationsphase zu erfassen, wurde die Fragebogenbatterie am Ende der Gruppentherapie erneut vorgegeben (T₂). Bis zu diesem Zeitpunkt bestand im Rahmen des Therapieprogramms regelmäßiger persönlicher Kontakt mit den Patientinnen, danach endete das Rehabilitationsprogramm und somit die Betreuung hierorts.

Die Nachhaltigkeit der Ergebnisse wurde mit erneuter Vorgabe der Testbatterie zu den Zeitpunkten 6 Monate nach Trainingsende (T₃) sowie 12 Monate nach Trainingsende (T₄) evaluiert. Die Testunterlagen wurden den Teilnehmerinnen per Post geschickt, ein Begleitbrief sowie die Einladung zu einer persönlichen Ergebnisbesprechung sollten die Motivation zur weiteren Mitarbeit erhöhen. Weiters wurde einmalig telefonisch kontaktiert, wenn Testungen nicht innerhalb eines bestimmten Zeitraums retourniert wurden. Die Nachuntersuchung für T₄ ist noch nicht abgeschlossen. Es zeigt sich eine zufriedenstellende Rücklaufquote bei den Folgetestungen (58,3 % bei T₃, bisher 59,5 % bei T₄), dennoch kam es erwartungsgemäß zu einigen Ausfällen. Dies erklärt die unterschiedliche Stichprobengröße zu unterschiedlichen Testzeitpunkten.

Zielkriterien und Testverfahren:

Die Untersuchungsinstrumente für die Studie wurden so gewählt, dass die Ergebnisse vergleichbar sind mit üblichen verhaltenstherapeutischen Studien. Als Messinstrumente wurden die gängigen psychologischen Fragebogeninstrumente verwendet, auch wenn diese sich in Sprache und Blickwinkel von klientenzentriertem Vokabular und Perspektive unterscheiden. Die Verwendung von Fragebogen zur Erfassung eines subjektiven Erlebens ergibt sich aus der Thematik: Schmerz ist nicht objektiv messbar, relevant als Kriterium ist daher rein das subjektive Empfinden der Situation auf Seiten der Betroffenen.

In Tab. 3 werden die ausgewählten Zielkriterien für die Erfassung des Behandlungserfolgs sowie die zugehörigen Messinstrumente dargestellt. Die Zielkriterien leiten sich dabei von den Vorgaben der NVL (Nationale Versorgungsleitlinien, 2011) ab. Die umfassende Testbatterie beinhaltet schmerzspezifische Instrumente, Fragebögen zur allgemeinen gesundheitlichen und psychischen Situation sowie zur Lebensqualität. Eine Vergleichsmöglichkeit mit bereits vorliegender Literatur und validen umfassenden Erhebungsinstrumenten, wie z. B. dem Schmerzfragebogen der Deutschen Schmerzgesellschaft (Stand 2011), ist gegeben.

Tab. 3: Zielkriterien und Messinstrumente

Zielkriterium	Messinstrument
subjektive Schmerzintensität	Numerische Rating-Skala, NRS
schmerzbedingte Beeinträchtigung	Numerische Rating-Skala, NRS
Funktionsfähigkeit	Funktionsfragebogen Hannover bei Rückenschmerz, FFbH-R
funktionelle Einschränkung im Alltag	Pain Disability Index, PDI
schmerzbezogene kognitive Haltung	Fragebogen zu Schmerzselbstinstruktionen, FSS
Schmerzbewältigungsstrategien	Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung, FESV
Angst und Depression	Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS
gesundheitsbezogene Lebensqualität	Kurzform der Health Survey, SF-36, SF-12
allgemeine Beschwerdesymptomatik	Gießener Beschwerdebogen, GBB-24

Die Auswertung erfolgte anhand folgender Fragestellungen:

1. Therapiewirksamkeit: Veränderung in den Zielkriterien während der Therapiephase
2. Längerfristige Therapieeffektivität: Veränderung der Zielkriterien von Therapiebeginn bis 1 Jahr nach Therapieende
3. Therapieerfolg bei Vorliegen eines Pensionsbegehrens

Ergebnisse

Schmerz- und Beeinträchtigungserleben

Im Vordergrund der Erhebung stand die Analyse des subjektiven Schmerz- und Beeinträchtigungserlebens auf Seiten der Patientinnen als zwei wesentliche subjektive Parameter des Befindens in Bezug auf Schmerz. Beide Parameter verbessern sich über die 3-monatige Therapiedauer stark. Diese Veränderung ist laut 2 t-Tests für abhängige Stichproben signifikant ($df=47$; $p=0,000$) (Tab. 4).

Tab. 4: Ergebnisse Therapiezeitraum, n = 48

	T1	T2	Sign.
subjektive Schmerzintensität (NRS)	7,63 (1,7)	5,63 (2,2)	0,000
schmerzbedingte Beeinträchtigung (NRS)	7,35 (1,7)	5,6 (2,0)	0,000

Eine Reduktion um 2 Punkte auf der NRS ist laut Literatur als klinisch bedeutsame Verbesserung anzusehen (Brandstätter, 2009). In den beiden zentralen Parametern Schmerzerleben bzw. subjektives Beeinträchtigungserleben sind die Ergebnisse somit als sehr zufriedenstellend anzusehen.

Ergebnisse in den weiteren Testverfahren

Die erfreulichen Ergebnisse hinsichtlich Therapiewirksamkeit zeigen sich ebenso in den weiteren Fragebogen- bzw. Testinstrumenten (Tab. 5).

Tab. 5: Ergebnisse Therapiezeitraum, n=48

	Ziel	T1	T2	Sign.
funktionelle Einschränkung (PDI)	↑	5,7 (2,1)	4,7 (2,1)	0,000
Funktionskapazität (FFbH-R)	↑	46,7 (20,9)	52,3 (24,8)	0,017
günstige Selbstinstruktion (FSS)	↑	27,7 (9,4)	32,7 (8,1)	0,001
ungünstige Selbstinstruktion (FSS)	↓	30,2 (13,4)	27,4 (12,7)	0,036
Handlungsplanung (FESV)	↑	12,7 (5,2)	16,9 (4,9)	0,000
Kognitive Umstrukturierung (FESV)	↑	11,7 (4,3)	14,7 (4,8)	0,001
Kompetenzerleben (FESV)	↑	12,6 (4,9)	15,3 (5,3)	0,002
Mentale Ablenkung (FESV)	↑	9,9 (4,8)	10,9 (4,8)	0,158
Gegensteuernde Aktivitäten (FESV)	↑	9,0 (4,9)	11,3 (4,3)	0,011
Ruhe/Entspannungstechniken (FESV)	↑	10,4 (4,0)	14,2 (5,3)	0,001
körperliche Lebensqualität (SF-12)	↑	30,7 (7,3)	33,9 (8,2)	0,003
psychische Lebensqualität (SF-12)	↑	33,6 (10,3)	39,4 (12,2)	0,000
Angst (HADS-D)	↓	10,8 (3,8)	9,8 (4,6)	0,027
Depression (HADS-D)	↓	10,7 (4,6)	9,8 (5,2)	0,040
allg. körperliche Beschwerden (GBB-24)	↓	45,8 (15,0)	42,9 (18,0)	0,200

Körperliche und funktionelle Beeinträchtigung im Alltag: Alltagsbewältigung bzw. Zurechtkommen in unterschiedlichen Lebensbereichen gelingen zu Therapieende besser. Schmerzassoziierte Einschränkung bei Alltagsverrichtungen nehmen ab. Im *Funktionsfragebogen Hannover bei Rückenschmerz* FFbH-R zeigt sich dies in einer höheren „Funktionskapazität“. Einfache Tätigkeiten im Alltag können häufiger wieder durchgeführt werden (Heben, Tragen, bestimmte Körperbewegungen). Nicht nur persönliche Versorgung gelingt etwas besser (z. B. Körperpflege, Haushalt), Auswirkungen zeigen sich auch in der Teilhabe an assoziierten Lebensbereichen (z. B. berufliche Leistungsfähigkeit, Teilnahme an sozialen Aktivitäten). Diese Verminderung der funktionellen Einschränkung in Alltagsbereichen wird im *Pain Disability Index (PDI)* sichtbar, die subjektiv erlebte Beeinträchtigung sinkt signifikant.

Schmerzbezogene kognitive Haltung: Im *Fragebogen zu schmerzbedingten Selbstinstruktionen* FSS zeigen sich inhaltliche Verschiebungen in den schmerzbezogenen Gedanken. Zuversichtlichere innere Sätze, optimistische Haltung und Kompetenzgefühl (z. B. Gefühl von Kontrolle und Veränderbarkeit) sind zu Therapieende signifikant vermehrt vorhanden, für die Schmerzbewältigung ungünstige Gedanken (z. B. Hilflosigkeit, Resignation) weniger häufig. Der eigene Bezug zum Schmerz hat sich verändert. Dies deutet ein Stück auf eine gewonnene Distanzierung vom Schmerz hin.

Schmerzbewältigungsstrategien: Im *Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung* FESV werden gedankliche und handlungsbezogene Umgangsweisen mit dem Schmerz erfasst. Nach Ende des Therapieprogramms werden von den Patientinnen mehr aktive Kompetenzen angegeben. In 5 von 6 Subdimensionen liegen signifikante Ergebnisse vor.

Es steht ein höheres Ausmaß an Ressourcen und aktiven Handlungsmöglichkeiten (Wissen, welche Aktivitäten hilfreich sind und zur Schmerzreduktion beitragen) zur Verfügung, auf die zugegriffen werden kann. Nach der Skala „Kognitive Umstrukturierung“ gelingen Veränderungen auch auf gedanklicher Ebene, die sich im Umgang mit dem Schmerz im Alltag positiv auswirken. Das Gefühl der eigenen Kontrolle bzw. das subjektive Kompetenzerleben sind signifikant höher. Dies beschreiben Teilnehmerinnen auch häufig in ihren Rückmeldungen. Sie erleben sich dem Schmerz weniger ausgeliefert, haben konkrete Ideen, was ihnen gut tun könnte. Obwohl unserem Ansatz entsprechend keine „Techniken“ in diese Richtung geübt wurden, vergrößert sich das Repertoire an „Mentaler Ablenkung“. Die Ergebnisse sind (bei zu berücksichtigender relativ kleiner Stichprobe) nicht signifikant, jedoch ist eine Tendenz in die gewünschte Richtung ersichtlich. Gemeint ist die Verbreiterung des Blickwinkels, die ursprüngliche Fokussierung rein auf den Schmerz ist nicht mehr so starr. Bei ebenso sehr begrenzter Einführung in Entspannungstechniken stiegen die Kompetenzen im Bereich „Ruhe und Erholung“ (z. B. Entspannung, wohltuende Aktivitäten).

Gesundheitsbezogene Lebensqualität: Die gesundheitsbezogene Lebensqualität erhöht sich laut Ergebnissen im *Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Befindlichkeit* SF-12 ebenfalls signifikant. Das körperbezogene gesundheitliche Wohlbefinden steigt. Noch deutlicher verbessert sich das psychische gesundheitliche Wohlbefinden. Erfragt wird, wie sehr Alltagsaktivitäten oder soziale Aktivitäten durch die körperliche oder psychische Belastetheit eingeschränkt sind. In beiden Bereichen wird eine Abnahme der Einschränkung angegeben, es können auf Basis der vorliegenden körperlichen bzw. psychischen Situation praktische und soziale Aktivitäten vermehrt durchgeführt werden und es wird ein höheres Ausmaß an Lebensqualität erlebt.

Psychische Situation: Die positive Veränderung der psychischen Situation bzw. emotionalen Stimmungslage wird durch die *Hospital Anxiety and Depression Scale* HADS-D wiedergegeben. Ängstlichkeit und Depressivität sinken. Die Reduktion ist zwar begrenzt, aber angesichts der Ausgangssituation, der kleinen Stichprobe und der kurzen Therapiedauer als sehr erfreuliches Ergebnis zu werten, zumal hier Veränderungen bei den Teilnehmerinnen im Gruppengeschehen stark spürbar wurden und laut Folgetestungen die Verbesserung anhält bzw. teils sogar weiter fortschreitet (s. u.).

Allgemeine gesundheitliche Situation: Tendenzen in Richtung einer allgemeinen Beschwerdefreiheit, aber keine Signifikanz in der vorliegenden kleinen Stichprobe werden im *Gießener Beschwerdebogen* GBB-24 ersichtlich. Die allgemeine körperliche Beschwerdesymptomatik wird hier aus subjektiven Beschwerden in mehreren Bereichen (z. B. Kopfschmerz, Erschöpfung, Verdauungsprobleme) errechnet. Der Einsatz des Tests diente einer Einschätzung der generellen körperlichen Befindlichkeit auf Seiten der Studienteilnehmerinnen während der therapeutischen Begleitung in unserem Zentrum. Im Vergleich zur altersspezifischen Normstichprobe zeigt sich dabei häufig eine überdurchschnittlich hohe Belastetheit. Aufgrund der Fokussierung auf konkrete schmerzassoziierte Inhalte im Rahmen des Therapieprogramms wurden diese allgemeinen Beeinträchtigungen nicht spezifisch thematisiert. Eine Verminderung der allgemeinen körperlichen Beschwerdesymptomatik wäre angesichts der Kürze des Therapieprogramms daher nicht zu erwarten gewesen. Dementsprechend ist angesichts der Rahmenbedingungen die Reduktion der Belastung um einige Testpunkte erfreulich.

Nachhaltigkeit

Ein Blick auf die Daten, die ein Jahr nach Therapieende erhoben wurden, lässt eine positive Langzeitwirkung des Therapieprogramms in zahlreichen Bereichen erkennen. Erhoben wurden alle schmerzbezogenen Dimensionen sowie Lebensqualität und psychische Befindlichkeit. Zum Zeitpunkt der Auswertung standen die kompletten Verlaufsdaten von 22 Patientinnen zur Verfügung, die bisher an beiden Nachuntersuchungen (6 und 12 Monate nach Therapieende) teilgenommen haben. Von größtem inhaltlichen Interesse hinsichtlich Nachhaltigkeit war für unsere Institution der späteste Nachuntersuchungszeitpunkt (T₄, 1 Jahr nach Therapieende). Hier waren zum Zeitpunkt der Auswertung bereits 25 Datensätze vorliegend. Die Ergebnisse sind als richtungweisende Tendenzen zu sehen. Die vorliegenden Daten für den Zeitpunkt T₄ sind hinsichtlich medizinischer als auch soziodemographischer Kriterien repräsentativ für die Gesamtstichprobe, sie beinhalten auch Personen mit

Pensionsbegehren. Umso erfreulicher ist zu werten, dass in sämtlichen Testverfahren Veränderungen in die gewünschte Richtung vorliegen und zahlreiche Veränderungen bereits bei dieser kleinen Gruppe signifikant sind (Tab. 6–8).

Hinsichtlich der beiden zentralen Parameter subjektives Schmerz- bzw. Beeinträchtigungserleben bleibt die Verbesserung über den Zeitraum der Therapie hinaus erhalten. In den Ergebnissen ist sichtbar, dass auch 6 bzw. 12 Monate nach Therapieende (T3 bzw. T4) die Mittelwerte unter den Ausgangswerten zu Therapiebeginn liegen (Tab. 6). Trotz der relativ kleinen Stichprobe zeigen sich bereits klar signifikante Ergebnisse.

Tab. 6: Gesamtverlauf über alle Zeitpunkte, n = 22

	T1	T2	T3	T4	Sign.
subjektive Schmerzintensität (NRS)	7,14 (2,0)	4,59 (1,8)	5,45 (1,7)	5,36 (2,1)	0,000
schmerzbedingte Beeinträchtigung (NRS)	6,95 (1,7)	5,09 (1,7)	6,18 (1,6)	5,68 (2,0)	0,000

Im Verlauf der Mittelwerte über alle Zeitpunkte zeigt sich eine leichte Reduktion des Therapieeffekts zum Zeitpunkt T3. Auf Basis der vorliegenden Daten kann diese kleine Bewegung nicht zuverlässig interpretiert werden. Auf Basis der Patientinnengespräche nach T3 entstand die Vermutung, dass Patientinnen mit diesen Angaben betonen wollten, dass ein längerer Therapiezeitraum erwünscht gewesen wäre. Bei den 1-Jahresuntersuchungen war diese Thematik nicht mehr vordergründig.

Da üblicherweise bei chronischem Schmerz die jahrelang bestehende Problematik sich nicht einfach von selbst bessert, wird das Fortbestehen einer signifikanten Verbesserung vorwiegend der Therapie zugeordnet. In den Nachgesprächen war ersichtlich, dass dieser Zusammenhang von den Patientinnen selbst ebenfalls in dieser Weise erlebt wurde.

Tab. 7: Nachhaltigkeit 1 Jahr nach Therapieende, n = 25

	T1	T4	Sign.
subjektive Schmerzintensität (NRS)	7,36 (1,9)	5,48 (2,1)	0,000
schmerzbedingte Beeinträchtigung (NRS)	7,12 (1,8)	5,72 (2,0)	0,001

Mittels zweier t-Tests für abhängige Stichproben wurden die Werte für T4 mit der Ausgangssituation verglichen (Tab. 7). Die Verbesserung ist nachhaltig signifikant, sowohl hinsichtlich Schmerzintensität (df = 24; p = 0,000) als auch hinsichtlich schmerzbedingter Beeinträchtigung (df = 24; p = 0,000).

Im Langzeitverlauf zeigt sich auch für die weiteren Parameter, dass 1 Jahr nach Therapieende positive Therapieeffekte noch anhalten. Sämtliche Testwerte haben sich in die gewünschte Richtung bewegt (Tab. 8).

Tab. 8: Nachhaltigkeit 1 Jahr nach Therapieende, n=25

	Ziel	T1	T2	Sign.
funktionelle Einschränkung (PDI)	↓	5,2 (2,1)	4,6 (1,9)	0,084
Funktionskapazität (FFbH-R)	↑	50,0 (19,4)	50,8 (25,1)	0,821
günstige Selbstinstruktion (FSS)	↑	31,7 (8,3)	35,7 (10,7)	0,012
ungünstige Selbstinstruktion (FSS)	↓	29,5 (14,1)	25,9 (13,4)	0,023
Handlungsplanung (FESV)	↑	13,3 (5,7)	17,5 (4,6)	0,001
Kognitive Umstrukturierung (FESV)	↑	11,5 (4,3)	15,0 (4,6)	0,031
Kompetenzerleben (FESV)	↑	12,7 (5,3)	16,1 (4,5)	0,030
Mentale Ablenkung (FESV)	↑	11,7 (5,4)	13,2 (6,1)	0,327
Gegensteuernde Aktivitäten (FESV)	↑	10,2 (5,9)	12,2 (4,6)	0,021
Ruhe / Entspannungstechniken (FESV)	↑	10,4 (2,9)	15,2 (4,6)	0,000
körperliche Lebensqualität (SF-12)	↑	32,7 (10,8)	33,1 (11,9)	0,657
psychische Lebensqualität (SF-12)	↑	34,5 (11,4)	39,9 (12,0)	0,046
Angst (HADS-D)	↓	10,8 (3,8)	9,14 (4,4)	0,024
Depression (HADS-D)	↓	10,6 (5,0)	8,9 (5,4)	0,011

Nachhaltig signifikante Änderungen zeigen sich im Bereich der gedanklichen Einstellung (Selbstinstruktionen zum Schmerz, FSS) und in aktiven Schmerzbewältigungsstrategien (FESV). Wie oben beschrieben kann dies verstanden werden als veränderte Haltung dem Schmerz gegenüber und eine Zunahme an persönlichen Möglichkeiten, gestaltend die eigene Situation zu beeinflussen. Weiters ist die psychische Situation der Patientinnen zum Zeitpunkt T4 stabil verbessert, die Patientinnen geben geringere Ängstlichkeit und geringere depressive Stimmungslage an (HADS-D) sowie eine im Gegenzug erhöhte psychische Lebensqualität (SF-12). Kein ausreichend großer Langzeiteffekt konnte bisher im Bereich der körperlichen Einschränkungen im Alltagskontext (PDI, FFbH-R) erreicht werden. Hier bedarf es vermutlich etwas umfassenderer Therapiemaßnahmen und eines längerdauernden Trainings.

Insgesamt ist nochmals zu betonen, dass die Ergebnisse zur Nachhaltigkeit bisher als erste Hinweise zu verstehen sind, die sicher noch weiterführend zu überprüfen sind. Im vorliegenden Pilotprojekt dienten diese ersten Daten der Orientierung für eine weitere Ausgestaltung des Therapieangebotes.

Tab. 9: Unterschiede kein Pensionsbegehren (NonPB) – Pensionsbegehren (PB)

KEIN Pensionsbegehren (NonPB) n=36	Pensionsbegehren (PB) n=12								
	Ziel	T1	T2	Sign.					
Schmerzintensität (NRS)	↓	7,69 (1,8)	5,14 (2,1)	0,000	Schmerzintensität (NRS)	↓	7,4 (1,4)	7,08 (1,8)	0,551
Beeinträchtigung (NRS)	↓	7,19 (1,6)	5,17 (1,8)	0,000	Beeinträchtigung (NRS)	↓	7,83 (1,8)	6,92 (1,8)	0,243
funktionelle Einschränkung (PDI)	↓	5,0 (1,8)	4,0 (1,9)	0,000	funktionelle Einschränkung (PDI)	↓	7,3 (1,8)	6,3 (1,6)	0,074
Funktionskapazität (FFbH-R)	↑	52,8 (19,1)	60,4 (23,0)	0,003	Funktionskapazität (FFbH-R)	↑	30,8 (17,2)	31,2 (15,4)	0,914
günstige Selbstinstruktion (FSS)	↑	30,0 (8,2)	34,1 (8,6)	0,012	günstige Selbstinstruktion (FSS)	↑	21,8 (10,0)	29,2 (5,7)	0,022
ungünstige Selbstinstruktion (FSS)	↓	28,4 (13,2)	23,8 (12,5)	0,001	ungünstige Selbstinstruktion (FSS)	↓	35,0 (13,1)	36,6 (9,1)	0,626
körperliche Lebensqualität (SF-12)	↑	32,8 (7,4)	36,1 (8,0)	0,017	körperliche Lebensqualität (SF-12)	↑	25,8 (4,11)	28,6 (6,0)	0,056
psychische Lebensqualität (SF-12)	↑	34,8 (10,7)	42,4 (12,3)	0,000	psychische Lebensqualität (SF-12)	↑	30,8 (8,9)	32,5 (9,0)	0,531
Angst (HADS-D)	↓	10,3 (3,9)	8,8 (4,7)	0,003	Angst (HADS-D)	↓	12,3 (3,4)	12,4 (3,4)	0,933
Depression (HADS-D)	↓	9,9 (4,6)	8,5 (5,1)	0,012	Depression (HADS-D)	↓	12,9 (3,8)	13,0 (3,9)	0,917
allg. körperliche Beschwerden (Gbb-24)	↓	45,6 (14,5)	38,2 (17,1)	0,001	allg. körperliche Beschwerden (Gbb-24)	↓	46,1 (16,7)	53,4 (16,1)	0,143

Unterschiede bei vorliegendem Pensionsbegehren

Die Daten wurden in weiterer Folge getrennt für Personen mit einem Pensionierungsanliegen und solchen ohne ein derartiges Anliegen analysiert.

Ausgangssituation: Betrachtet man die Ausgangssituation in den Fragebogendaten, so zeigt sich unseres Erachtens eine Situation, die für eine weitere Betreuung dieser Gruppe relevant scheint und die noch weiter untersucht werden sollte: Patientinnen, die einen Pensionsantrag gestellt hatten, geben zwar auf den Schmerz bezogen vergleichbar hohe Schmerzintensität und Beeinträchtigung durch den Schmerz an, in allen anderen Faktoren jedoch ist die Ausgangslage sichtbar ungünstiger. Körperliche Fähigkeiten, Ressourcen, psychische Stimmungslage, Allgemeinsymptomatik und Lebensqualität sind deutlich schlechter. Wirft man einen Blick auf die Anamnesen, so lässt sich vermuten, dass ein deutlich höheres Stress- und Belastungsniveau auf psychosozialer Ebene gegeben ist. Die Sorge um die existenzielle Grundlage ist durchgehend äußerst hoch. Zudem zeigt sich in den Gesprächen, dass der Wunsch nach Pensionierung oftmals nicht von den Personen selbst kommt, sondern bei Langzeitarbeitslosigkeit hoher Druck gegeben ist, einen Pensionierungsantrag einzubringen. Für eine korrekte Interpretation ist weitere Forschung nötig.

Ergebnisse: Über alle Testverfahren zeigt sich ein eindeutiges Bild (Tab. 9). Patientinnen ohne Pensionierungswunsch verbessern sich in sehr deutlichem Ausmaß im Lauf der Therapie. Die Gruppe der Patientinnen mit Pensionsbegehren können hingegen kaum vom Therapieangebot profitieren. Es zeigen sich nur minimalste Änderungen, die nicht signifikant sind, die Mittelwerte verschieben sich meist in die gewünschte, in bestimmten Fällen aber auch in die nicht gewünschte Richtung. Zu berücksichtigen in der Interpretation der Ergebnisse ist sicher die kleine Stichprobengröße.

In der Patientinnengruppe ohne Pensionsbegehren (NonPB) kann im Mittel die ursprünglich doch sehr hohe Schmerzintensität um mehr als 2 Punkte reduziert werden. Gerechnet wurde ein t-Test für abhängige Stichproben ($df = 35$; $p = 0,000$). Bei Patientinnen der PB-Gruppe hingegen liegt keine signifikante Verbesserung vor ($df = 11$; $p = 0,551$). In paralleler Weise verändert sich in beiden Gruppen die schmerzbedingte Beeinträchtigung ($df = 35$; $p = 0,000$ bei NonPB bzw. $df = 11$; $p = 0,243$ bei PB). Da eine Nichtsignifikanz bei kleiner Stichprobe wenig Aussagekraft besitzt, wurde als zusätzliche Absicherung dieser Ergebnisse eine Varianzanalyse mit Messwiederholung mit dem Kriterium PB als Zwischensubjektfaktor gerechnet. Hinsichtlich des Faktors „Schmerzintensität“ zeigt sich dabei über alle Personen ($n = 48$) eine signifikante Wechselwirkung zwischen der Therapie (= Innersubjektfaktor) und dem Zwischensubjektfaktor

PB ($df = 46; p = 0,001$). Das Kriterium PB-Antrag hat somit Einfluss auf die Wirksamkeit der Behandlung, trotz der relativ kleinen Stichprobe ist dieser Effekt bereits eindeutig. Beim Faktor „erlebte Beeinträchtigung“ liegt bei dieser Auswertung keine statistische Signifikanz vor, es kann jedoch mit $p = 0,090$ eine Tendenz zur Signifikanz ausgemacht werden.

Mit Vorbehalt aufgrund der kleinen Stichprobengröße verhalten sich die Ergebnisse in den anderen Testverfahren in ähnlicher Weise wie in diesen beiden zentralen Untersuchungsparametern (Tab. 9). Deutlich wird sichtbar, dass die für die Gesamtgruppe festgestellte Wirksamkeit des Therapieprogramms den beiden Gruppen sehr unterschiedlich zugutekommt. Während NonPB-Patientinnen in allen Bereichen eindeutig und signifikant profitieren, erzielen PB-Patientinnen diesen Gewinn nicht. Es gibt mit Ausnahme einer Veränderung in den positiven Selbstinstruktionen keine signifikanten Verbesserungen. Es gilt zwar besonders in diesem Bereich die kleine Größe der PB-Gruppe in der Interpretation zu berücksichtigen, doch können die Ergebnisse als Indiz dafür genommen werden, dass für Patientinnen, die – bei besonders ungünstiger Ausgangslage – eine Pensionierung anstreben, das vorliegende Therapieprogramm noch keine ausreichende Unterstützung bieten kann.

Interpretation: Rein phänomenologisch zeigt sich damit ein geringeres Ansprechen auf die Therapie bei Patientinnen mit Pensionsbegehren. Inhaltlich zu schlussfolgern, dies wäre auf eine ambivalente Genesungshaltung zurückzuführen, ist auf Basis der vorliegenden Daten nicht zulässig und bildet auch nicht die primäre Annahme der Autorinnen. Vielmehr möchten wir die Hypothese in den Raum stellen, dass der geringe Therapieumfang für diese Klientel sicher zu begrenzt ist. Zunächst ist die besondere Schwere der Ausgangssituation, die in der Chronifizierungsstärke zum Ausdruck kommt, zu berücksichtigen. Wie eingangs ausgeführt, ist nach der Skala von Gerbershagen et al. (2012) die Chronifizierung fast ausschließlich auf Stufe III zu klassifizieren, was für eine langdauernde und schwere Problematik spricht. Dies zeigt sich in gleicher Weise in der Angabe höherer Beeinträchtigung in weiteren schmerzspezifischen Fragebogeninstrumenten. Weiters war bei allen PB-Patientinnen eine psychische Komorbidität gegeben. Der gegebene Therapieumfang im Rahmen des KOG-Pilotprojektes scheint wesentlich zu gering, um hier eine nachhaltige Änderung herbeiführen zu können. Auf Basis der Daten scheint als Konsequenz nicht ein Ausschluss der Patientinnen von den Therapieprogrammen wünschenswert, sondern eine umfassendere Betreuung, die auch die spezifischen Bedürfnisse von Personen, die sich aufgrund ihrer Situation zu einem Pensionsantrag entscheiden, erfassen kann. Weiterführende Forschungsarbeiten sind jedoch sicher erforderlich, um hier genauere Aussagen treffen zu können.

Diskussion

Beim vorgestellten Rehabilitationsangebot für chronische Schmerzpatientinnen handelt es sich um ein multimodales Gruppenprogramm mit psychotherapeutischem Schwerpunkt. Die psychotherapeutische Ausrichtung ist klientenzentriert. Die vorliegende Arbeit ist ein Praxisbericht über Erfahrungen und Ergebnisse eines 2-jährigen Pilotprojekts.

Der Auftrag zur Implementierung eines Schmerztherapieprogramms sowie die Rahmenbedingungen waren von der Institution vorgegeben. Es war ein Anliegen, die Möglichkeit zu nutzen, inhaltlich in Anlehnung an die klientenzentrierte Gruppentradition zu arbeiten. Kern des Therapieangebots bildete die geschlossene psychotherapeutische Gruppe. Auch wenn es sich um eine themenzentrierte Gruppe mit Integration semistrukturierter Elemente handelte, bildete ein klientenzentriertes Vorgehen bei sämtlichen Therapiebausteinen die Basis.

Die Praxiserfahrungen gestalteten sich sehr positiv. Veränderungsprozesse konnten in vielen Aspekten sichtbar angestoßen und von den Patientinnen deutlich wahrgenommen werden.

Das Ergebnis der vorliegenden Evaluation zeigt, dass die „Körperorientierte Gruppentherapie KOG“ über alle schmerzbezogenen Fragebogenverfahren hinweg zu statistisch signifikanten Verbesserungen hinsichtlich des Schmerzgeschehens führt. Das Andauern der Erfolge über die Nachuntersuchungszeit bei den untersuchten Daten lässt von einer kurz- als auch längerfristig positiven Wirksamkeit des nur 3-monatigen Therapieprogramms ausgehen. Die Kombination aus klientenzentrierter Psychotherapie und klientenzentriert begleitetem aktivem körperlichen Training stellt demnach vergleichbar mit etablierten multimodalen Ansätzen eine vielversprechende Therapieoption dar.

In Summe lassen diese Ergebnisse den Schluss zu, dass das Therapieprogramm bei chronischen Schmerzpatientinnen wirksam ist und nachhaltige Verbesserungen initiieren kann. Die inhaltliche Konzeptionierung der KOG ist damit als sinnhafte therapeutische Maßnahme anzusehen. Aufgrund des eng limitierten Therapieumfangs bleiben die Effekte in begrenztem Rahmen. Das Ausmaß der Veränderungen hat jedoch bei zahlreichen Kriterien klinische Relevanz (vgl. Brandstätter, 2009). Deutlichere Veränderungen in den einzelnen Parametern wären wünschenswert. Dies scheint durch einen Ausbau der KOG zu einem umfassenderen Therapieangebot durchaus realistisch erreichbar.

Ein erster wesentlicher Schritt in diese Richtung wurde bereits in unserer Institution gesetzt. Auf Basis der positiven Ergebnisse des Pilotprojekts wurde das Therapieangebot bereits zu einem umfassenden Phase-II-Rehabilitationsangebot ausgebaut und mit Jänner 2013 implementiert. Chronischen

Schmerzpatientinnen kann damit eine deutlich erweiterte Rehabilitationsmaßnahme mit humanistischer Ausrichtung angeboten werden. Eine begleitende Evaluierung ist vorgesehen.

Eine erste Etablierung eines klientenzentrierten Behandlungsangebotes im medizinischen Rehabilitationsbereich ist damit gut gelungen.

Literatur

- Arbeitskreis PISO (Hrsg.) (2011). *Somatoforme Störungen: Psychodynamisch-Interpersonelle Therapie (PISO)*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Basler, H. D. & Kröner-Herwig, B. (Hrsg.) (1998). *Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen*. München: Quintessenz.
- Brähler, E., Hinz, E. & Scheer, J. W. (2008). *GBB-24. Der Gießener Beschwerdebogen GBB24* (3. überarb., neu normierte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber
- Brandstätter, S. (2009). *Rückenleiden. Gesund werden – Gesund bleiben*. Band 2. Buchreihe des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger: Holzhausen-Verlag.
- Breitenborn, C. (2006). Chronischer Schmerz. In Schmidt, E. (Hrsg.), *Lehrbuch Konzentrierte Bewegungstherapie* (S.179–195). Stuttgart: Schattauer.
- Deutsche Schmerzgesellschaft (2011). *Deutscher Schmerzfragebogen DSF. Version 2011*. Verfügbar unter: http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/März_2011.
- Deutsche Schmerzgesellschaft (2012). *Deutscher Schmerzfragebogen DSF. Version 2012.2 – April 2012*. Verfügbar unter: http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/12_DSf_Anamnese_Muster_2012.2.pdf [Juli 2012].
- Dillmann U., Nilges P., Saile H., Gerbershagen H. U. (1994). Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten. *Der Schmerz* 8, 100–110.
- Egendorf, A. (1995). Hearing people through their pain. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 5–28.
- Flor, H. (1991). *Fragebogen zu Schmerzselbstinstruktionen FSS*. In: Psychobiologie des Schmerzes. Bern: Verlag Hans Huber.
- Flor, H., Fydrich, T. & Turk, D. C. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain*, 49, 221–230.
- Geiser, Ch. (2010). Moments of Movement: Carrying Forward Structure-Bound Processes in Work with Clients Suffering from Chronic Pain. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies PCEP Journal*, Vol. 9 (2), 95–106. Verfügbar unter: <http://christianegeiser.ch/texte/fachtexte/aktuelle-artikel> [Jänner 2013].
- Geissner, E. (2001). *Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung FESV*. Göttingen: Hogrefe.
- Gerbershagen, H. U., Korb, J., Nagel, B. & Nilges, P., DRK-Schmerz Zentrum Mainz (2012). *Mainzer Chronifizierungsstadium – Mainz Pain Staging Scale*, MPSS. Verfügbar unter: http://www.drk-schmerz-zentrum.de/drktg.de/mz/pdf/downloads/mpss_testanweisungen.pdf [August 2012].
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U., Snaith, R. P. (1995). *Hospital Anxiety and Depression Scale HADS-D*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hildebrandt, J., Müller, G. & Pflugsten, M. (2004). Gesamtmanagement. In Hildebrandt, J., Müller, G., Pflugsten, M. (Hrsg.), *Die Lendenwirbelsäule* (S.691–708). München: Urban & Fischer.
- Hildebrandt, J., Pflugsten & M., Franz, C., Saur, P. & Seeger, D. (1996). Das Göttinger Rücken Intensiv Programm (GRIP) – ein multimodales Behandlungsprogramm für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, Teil 1. *Schmerz*, 10, 190–203.
- Hinterkopf, E. (2010). An integrated approach to processing aging and pain. *The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy*, Vol. 22 (1), 130–138.
- Huge, V., Schloderer, U., Steinberger, M., Wuenschmann, B., Schöps, P., Beyer, A., Shahnaz, C. (2006). Impact of a Functional Restoration Program on Pain and Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Low Back Pain. *Pain Med*, 7 (6), 501–508.
- Hüppe, A. & Raspe, H. (2004). Konzepte und Modelle zur Chronifizierung von Rückenschmerzen. In Hildebrandt J., Müller G., Pflugsten M. (Hrsg.), *Lendenwirbelsäule. Ursachen, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen* (S.328–40). München: Urban & Fischer.
- Hüppe, A & Raspe, H. (2005). Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. *Rehabilitation*, 44 (1), 24–33.
- Hüppe, M., Scharfenstein, A. & Fritsche, G. (2007). Fort- und Weiterbildung: Spezielle Schmerzpsychotherapie. In Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie – Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung* (S.703–708). Heidelberg: Springer.
- Janson, E. E. (2009). Chronische Rückenschmerzen. In Waibel, M. J. & Jacob-Krieger, C. (Hrsg.), *Integrative Bewegungstherapie: Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis* (S.203–214). Stuttgart: Schattauer.
- Kohlmann T. & Raspe H.H. (1994). Funktionsfragebogen Hannover bei Rückenschmerz FFBH-R. Die patientennahe Diagnostik von Funktionseinschränkungen im Alltag. *Psychomed* 6, 21–17. Verfügbar unter: <http://www.schmerz-zentrum.de/eqa/scales/scales.htm> [Jänner 2010].
- Kopp, D. (2008). *Der Einfluß von Focusing auf das Schmerzerleben von chronischen Schmerzpatienten: Eine Evaluationsstudie in Zusammenarbeit mit der Deutschen Focusing Gesellschaft und der AOK Gesundheitskasse*. Diplomarbeit: Grin Verlag.
- Kröner-Herwig, B. & Frettlöh, J. (2007). Behandlung chronischer Schmerzsyndrome: Plädoyer für einen multiprofessionellen Therapieansatz. In Kröner-Herwig B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie – Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung* (S.541–564). Heidelberg: Springer.
- Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. (2007). *Schmerzpsychotherapie – Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung* (6.Auflage). Heidelberg: Springer.
- Lang, E., Eisele, R., Jankowsky, H., Kastner, S., Liebig, K., Martus, P. & Neundörfer, B. (2000). Ergebnisqualität in der ambulanten Versorgung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Der Schmerz*, 3, 146–160.
- Lietaer, G. (2002). The United Colours of Person-Centered and Experiential Psychotherapies, *PCEP* 1, 4–13.
- Machado, L., Azevedo, D., Capanema, M., Neto, T., Cerceau, D. (2007). Client-Centered Therapy vs Exercise Therapy for Chronic Low Back Pain: A Pilot Randomized Controlled Trial in Brazil. *Pain Medicine*, 8 (3), 251–258.
- Macke-Bruck, B. (2006). Nicht-enden-wollender Schmerz. Personzentriertes Verstehen im interdisziplinären Palliativ Care Team. *Person*, 10 (1), 43–54.
- Morfeld M., Kirchberger I., Bullinger M. (2011). SF-36 – *Fragebogen zum Gesundheitszustand* (2. erg. überarb. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Müller, D & Feuerstein, H. J. (1999). Chronic physical pain. Your body knows the answer? *The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy*, 18 (1), 96–107.
- Müller, D. & Feuerstein, H. J (2000). Chronische körperliche Schmerzen: dein Körper weiß die Antwort? In Feuerstein, H. J., Müller, D. & Weiser Cornell, A. (Hrsg.), *Focusing im Prozess* (S.265–287). Köln: GwG-Verlag.
- Neubauer, E., Zahlten-Hinguranage, A., Schiltenswolf, M. & Buchner, M. (2006). Multimodale Therapie bei chronischem HWS- und LWS-Schmerz. *Schmerz*, 20, 210–218.
- Nilges, P. & Rief, W. (2010). F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Eine Kodierhilfe. *Der Schmerz*, 3, 209–212.

- NVL – Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (August 2011, Version 1.2). In Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.), *Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz – Langfassung*. AWMF-Register: nvl/007. Verfügbar unter: <http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de>
- Pfingsten, M. (2001). Multimodale Verfahren – auf die Mischung kommt es an! *Schmerz*, 15, 492–498.
- Schickel, S. & Henningsen, P. (2010). Begutachtung von somatoformen Störungen. *Psychotherapeut*, 5, 409–414.
- Schütze, A., Kaiser, U., Ettrich, U., Große, K., Goßrau, G., Schiller, M., Pöhlmann, K., Brannasch, K., Scharnagel, R. & Sabatowski, R. (2009). Evaluation einer multimodalen Schmerztherapie am Universitäts-SchmerzCentrum Dresden. *Schmerz*, 6, 609–617.
- Wachter, M. (2012). *Chronische Schmerzen*. Berlin: Springer.
- Waddell, G. (2004). *The back pain revolution* (2nd edition). United Kingdom: Churchill Livingstone.