

Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und
Medizinische Psychologie
der Technischen Universität München
Klinikum rechts der Isar
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. M. von Rad)

**Pilotstudie zur Bestimmung von Komorbidität,
Persönlichkeit und Psychotherapiemotivation von
Patienten mit chronischen Schmerzen
und Evaluation von Schmerzbewältigungsgruppen**

Birgit Krüger

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier
Prüfer der Dissertation: 1. Priv.-Doz. Dr. O. H. Gündel
2. Univ.-Prof. Dr. M. von Rad

Die Dissertation wurde am 25.05.2004 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 20.10.2004 angenommen.

Gliederung

1. Einleitung
 - 1.1. **Motivation**
 - 1.2. **Definitionen**
 - 1.3. **Epidemiologie**
 - 1.4. **Darstellung der ersten Zielsetzung der Arbeit**
 - 1.4.1. Schmerz und Persönlichkeit
 - 1.4.2. Schmerz und Komorbidität
 - 1.4.3. Schmerz und Therapiemotivation
 - 1.5. **Darstellung der zweiten Zielsetzung der Arbeit -
Evaluation der Gruppen**
2. Material und Methoden
 - 2.1. **die repräsentative Stichprobe der chronischen Schmerzpatienten**
 - 2.1.1. Verfahren
 - 2.1.2. Einschlusskriterien der repräsentativen Stichprobe
 - 2.1.3. Ausschlusskriterien der repräsentativen Stichprobe
 - 2.1.4. Patienten der repräsentativen Stichprobe
 - 2.2. **die Pilotstudie**
 - 2.2.1. Einschlusskriterien
 - 2.2.2. Ausschlusskriterien
 - 2.3. **die Patienten der Pilotstudie**
 - 2.4. **Inhalte der Interventionsgruppen**
 - 2.4.1. Aufbau psychoedukativer Therapieangebote
 - 2.4.2. Allgemeine Prinzipien psychoedukativer Motivations-
und Behandlungsverfahren
 - 2.5. **Einteilung der Gruppen**
 - 2.6. **die Fragebögen**
 - 2.6.1. **Fragebögen zur Erfassung der Störungstiefe**
 - 2.6.1.1. *Erfassung der Komorbidität*
 - 2.6.1.1.1. strukturiertes klinisches Interview (SKID)
 - 2.6.1.1.2. Deutscher Schmerzfragebogen (DSF)
 - 2.6.1.1.3. Somatisierung und somatoforme Störungen (SCSS)
 - 2.6.1.1.4. Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)
 - 2.6.1.2. *Erfassung der Persönlichkeit*

- 2.6.1.2.1. Narzissmusinventar (NI)
- 2.6.1.2.2. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)
- 2.6.1.2.3. Borderline – Persönlichkeitsinventar (BPI)
- 2.6.1.2.4. Toronto-Alexithymie-Skala (TAS)
- 2.6.1.2.5. Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

2.6.1.3. *Erfassung der Therapiemotivation*

- 2.6.1.3.1. Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)
- 2.6.1.3.2. Fragebogen zur Informiertheit (I)

2.6.2. die Fragebögen zur Erfassung der Veränderungen infolge des Kurses

2.7. angewandete Statistische Methoden

3. Ergebnisse und Diskussion der Ergebnisse

3.1. Auswertung der Fragebögen zur Erfassung der Störungstiefe

3.1.1. Erfassung der Komorbidität

3.1.1.1. strukturiertes klinisches Interview (SKID)

- 3.1.1.1.1. Resultate der repräsentativen Stichprobe
- 3.1.1.1.2. Resultate der Kursgruppe
- 3.1.1.1.3. Vergleich der Kursgruppe und der repräsentativen Stichprobe
- 3.1.1.1.4. Vergleich der Interventions- und der randomisierten Kontrollgruppe
- 3.1.1.1.5. Diskussion der Ergebnisse des strukturierten klinischen Interviews

3.1.1.2. Deutscher Schmerzfragebogen (DSF)

- 3.1.1.2.1. Resultate der repräsentativen Stichprobe
- 3.1.1.2.2. Resultate der Kursgruppe
- 3.1.1.2.3. Vergleich der Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe
- 3.1.1.2.4. Diskussion der Ergebnisse des Deutschen Schmerzfragebogens

3.1.1.3. Somatisierung und somatoforme Störungen (SCSS)

- 3.1.1.3.1. Resultate der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe
- 3.1.1.3.2. Vergleich der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

3.1.1.3.3. Vergleich der Interventions- und der Kontrollgruppe

3.1.1.3.4. Diskussion der Ergebnisse des SCSS

3.1.1.4. Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)

3.1.1.4.1. Resultate der repräsentativen Stichprobe

3.1.1.4.2. Resultate der Kursgruppe

3.1.1.4.3. Vergleich der Ergebnisse der Interventions- und Kontrollgruppe

3.1.1.4.4. Diskussion der Ergebnisse des SF-36

3.1.2. Erfassung der Persönlichkeit

3.1.2.1. Narzissmusinventar (NI)

3.1.2.1.1. Resultate der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

3.1.2.1.2. Vergleich der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

3.1.2.1.3. Vergleich der Interventions- und der Kontrollgruppe

3.1.2.1.4. Diskussion der Ergebnisse des Narzissmusinventars

3.1.2.2. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)

3.1.2.2.1. Besonderheiten bei der Auswertung

3.1.2.2.2. Resultate der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

3.1.2.2.3. Vergleich der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

3.1.2.2.4. Vergleich der Interventions- und der Kontrollgruppe

3.1.2.2.5. Diskussion der Ergebnisse des IIP

3.1.2.3. Borderline – Persönlichkeitsinventar (BPI)

3.1.2.3.1. Resultate der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

3.1.2.3.2. Vergleich der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

3.1.2.3.3. Vergleich der Interventions- und der Kontrollgruppe

3.1.2.3.4. Diskussion der Ergebnisse des Borderline-Persönlichkeitsinventars

3.1.2.4. Toronto-Alexithymie-Skala (TAS)

3.1.2.4.1. Resultate der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

3.1.2.4.2. Vergleich der Interventions- und der Kontrollgruppe

3.1.2.4.3. Vergleich der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

3.1.2.4.4. Diskussion der Ergebnisse der Toronto-Alexithymie-Skala

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

- 3.1.2.5.1. Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe
- 3.1.2.5.2. Vergleich der Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe mit weiteren Vergleichsstichproben
- 3.1.2.5.3. Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe
- 3.1.2.5.4. Diskussion der Ergebnisse des KKG

3.1.3. Erfassung der Therapiemotivation

- 3.1.3.1. *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)*
 - 3.1.3.1.1. Resultate der repräsentativen Stichprobe
 - 3.1.3.1.2. Vergleich der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe
 - 3.1.3.1.3. Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe
 - 3.1.3.1.4. Diskussion der Ergebnisse des FMP
- 3.1.3.2. *Fragebogen zur Informiertheit (I)*
 - 3.1.3.2.1. Resultate der Kursgruppe
 - 3.1.3.2.2. Diskussion der Ergebnisse des Fragebogens zur Informiertheit

3.1.4. Charakterisierung der Patienten der Kursgruppe

- 3.1.4.1. Vergleich der Interventions- und der Kontrollgruppe auf Homogenität

3.2. Auswertung der Fragebögen zur Erfassung der Veränderungen infolge des Kurses

3.2.1. Erfassung der Veränderung der Komorbidität

- 3.2.1.1. *Deutscher Schmerzfragebogen*
 - 3.2.1.1.1. Resultate der Kursgruppe
 - 3.2.1.1.2. Diskussion der Veränderung der Ergebnisse des DSF
- 3.2.1.2. *Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)*
 - 3.2.1.2.1. Resultate der Kursgruppe
 - 3.2.1.2.2. Diskussion der Veränderung der Ergebnisse des SF-36

3.2.2. Erfassung der Veränderung der Persönlichkeit

- 3.2.2.1. *Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)*
 - 3.2.2.1.1. Entwicklung der Ergebnisse der Kursgruppe (t1 →t2)
 - 3.2.2.1.2. Vergleich der Interventions- und der Kontrollgruppe
 - 3.2.2.1.3. Diskussion der Veränderung der Ergebnisse des KKG

3.2.3. Erfassung der Veränderung der Therapiemotivation

3.2.3.1. Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)

3.2.3.1.1. Entwicklung der Ergebnisse der Kursgruppe ($t_1 \rightarrow t_2$)

3.2.3.1.2. Diskussion der Veränderung der Ergebnisse des FMP

3.2.3.2. Fragebogen zur Informiertheit (I)

3.2.3.2.1. Resultate der Kursgruppe

3.2.3.2.2. Diskussion der Veränderung der Ergebnisse des Fragebogens zur Informiertheit

4. Vergleich der Ergebnisse der Kursgruppe mit den Ergebnissen der Kopf- und Gesichtsschmerzgruppe

- 4.1. Vergleich der Ergebnisse des **DSF** der Kursgruppe und der Kopf- und Gesichtsschmerzgruppe
- 4.2. Vergleich der Ergebnisse des **SCSS** der Kursgruppe und Kopf- und Gesichtsschmerzgruppe
- 4.3. Vergleich der Ergebnisse des **SF 36** der Kursgruppe und Kopf- und Gesichtsschmerzgruppen
- 4.4. Vergleich der Ergebnisse des **IIP** der Kursgruppe mit der Kopf- und Gesichtsschmerzgruppe

5. Zusammenfassung

6. Literaturverzeichnis

7. Lebenslauf

8. Danksagung

9. Anlagen

Verzeichnis der Abkürzungen:

ADS	Allgemeine Depressionsskala
BPI	Borderline-Persönlichkeitsinventar
DSF	Deutscher Schmerzfragebogen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FMP	Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation
ICD	International Classification of Diseases
IIP	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme
KKG	Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit
NI	Narzissmusfragebogen
SCSS	Somatisierung und Somatoforme Störungen
SES	Schmerzempfindungsskala
SF-36	Fragebogen zum Gesundheitszustand
SKID	Strukturiertes klinische Interview
TAS 20	Toronto-Alexithymie-Skala

1. Einleitung

1.1. Motivation

Chronischer Schmerz ist multidimensional [Kröner-Herwig 1996, S.520]. Biologische, psychologische und soziale Faktoren sind gleichermaßen an der Entstehung und Ausprägung chronischer Schmerzen beteiligt.

Ziel dieser Promotion ist es, im Rahmen einer Pilotstudie chronische Schmerzpatienten auf ausgewählte Persönlichkeitsstrukturen, Komorbidität und Therapiemotivation hin zu untersuchen. Dazu werden zwei unterschiedliche Gruppen chronischer Schmerzpatienten untersucht:

1. unselektierte chronische Schmerzpatienten einer neurologischen Ambulanz.
2. Patienten des psychosomatischen Konsiliardienstes mit einer somatoformen Störung oder einem psychischen Einflussfaktor bei einer somatischen Erkrankung (ICD-10 F45/ 54).

Basierend auf den Ergebnissen werden ambulante Schmerzbewältigungsgruppen evaluiert und mit Maßnahmen weiter optimiert, welche auf die spezifischen Bedürfnisse von psychisch besonders belasteten Schmerzpatienten ausgerichtet sind.

1.2. Definitionen

Unter Schmerz versteht man gemäß einer Festlegung der „International Association for the Study of Pain“ (2002) ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird. Unter chronischen Schmerzen versteht man persistierende oder wiederholt auftretende Schmerzen von sechs und mehr Monaten Dauer [Masuhr und Neumann 1998, S.16]. Eine Untergruppe der chronischen Schmerzen stellen *somatoforme Schmerzstörungen* dar. Somatisierung meint die Erfahrung und den Bericht von körperlichen Beschwerden, für die kein hinreichender medizinischer Befund vorliegt, verbunden mit einem hohen Ausmaß von organmedizinischer Hilfesuche [Kriebel et al. 1996, S.201]. In Ergänzung zu dieser Definition betonen Bass und Benjamin (1993), dass die inadäquate Fokussierung auf körperliche Symptome dazu dient, psychosoziale Probleme zu verleugnen [Nickel und Egle 1999, S.6].

Die Somatisierung enthält drei Komponenten:

1. auf der Wahrnehmungsebene eine erhöhte Sensibilität gegenüber Körpersensationen („somatosensorische Amplifikation“),

2. auf der Erlebnisebene negative Affekte in Form von psychischem und somatischem Distreß-Erleben,
3. auf der Verhaltensebene eine inadäquate Inanspruchnahme der Gesundheitsressourcen („abnormes Krankheitsverhalten“) [Kriebel et al. 1996, S.201].

Diejenigen Störungen, die heute als somatoforme Störungen klassifiziert werden, finden sich in älteren diagnostischen Konzepten und nosologischen Systemen unter sehr unterschiedlichen Bezeichnungen. Im alten Griechenland bestanden enge Beziehungen zum Begriff Hysterie. Der Begriff der Hypochondrie basierte auf der Vermutung ab, dass es sich hierbei um Störungen von Organen „unter den Rippen“ handelte. Beide Krankheitsbilder wurden von Sydenham im 17. Jahrhundert miteinander in Verbindung gebracht. In der Mitte des 19. Jahrhunderts wurde die Hysterie von Paul Briquet als polysymptomatische Störung beschrieben. Beziehungen bestehen auch zu Krankheitsbezeichnungen wie „psychovegetatives Syndrom“, „vegetative Dystonie“, „psychosomatischer Beschwerdekomples“ und ähnlichen Bezeichnungen, die in den letzten Jahrzehnten mit unterschiedlichen Bedeutungen verwendet wurden [Möller et al. 1996, S.231].

In den diagnostischen Glossaren sind die darunter zu subsumierenden Störungsbilder etwas unterschiedlich definiert und klassifiziert. Nach der Definition des ICD 10 ist für die Gruppe der somatoformen Störungen (F45) die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome meist in Verbindung mit hartnäckig vorgetragenen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter Negativergebnisse und der Versicherung des Arztes, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind, charakteristisch. Nicht selten werden bei wiederholten sorgfältigen Untersuchungen Zufallsbefunde und Normvarianten kausal mit den Beschwerden des Patienten in Verbindung gebracht; dann, wenn sie weder die Art noch das Ausmaß der Beschwerden des Patienten erklären können. Obwohl beim Beginn der Symptome ein enger zeitlicher Zusammenhang zu unangenehmen Lebensereignissen, Schwierigkeiten oder Konflikten nachweisbar ist, widersetzen sich diese Patienten üblicherweise dem Versuch, einen solchen Zusammenhang in Betracht zu ziehen. Im Unterschied zu den neurotischen Störungen, bei denen die Symptomatik vielmehr auf die Affektivität, auf Vorstellungsinhalte und den Antrieb bezogen ist, handelt es sich bei den somatoformen Störungen um körperbezogene psychische Störungen, bei denen sich die Symptomatik als körperliches Leiden darstellt [Nickel und Egle 1999, S.6].

Unterschieden werden nach ICD-10 bei den somatoformen Störungen im Wesentlichen drei Störungsbilder:

1. *die Somatisierungsstörung* (F45.0, F45.1)

Charakteristisch für die Somatisierungsstörung sind multiple, wiederholt meist über viele Jahre auftretende und meist fluktuierende körperliche Symptome, die, obwohl ohne ausreichenden Organbefund, umfangreiche diagnostische und therapeutische Maßnahmen bewirken [Möller et al. 1996, S.235].

2. *die Hypochondrie* (F45.2)

Typisch für die hypochondrische Störung ist die übermäßige Angst oder Befürchtung, an einer schweren körperlichen Erkrankung zu leiden, obwohl für die weitgehend unspezifischen körperlichen Symptome keine organische Ursache gefunden werden kann [Möller et al. 1996, S.234].

3. *die anhaltende somatoforme Schmerzstörung* (F45.4)

Andauernde, schwere und quälende Schmerzen, die durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden können, bilden das Hauptmerkmal der somatoformen Schmerzstörung. Es handelt sich um ein chronisches Syndrom mit vielfältigen rezidivierenden und fluktuierenden Beschwerden von mehrjähriger Dauer, das sich nicht mit einer bekannten medizinischen Erkrankung erklären lässt. Meist besteht eine komplizierte medizinische Vorgeschichte mit vielen körperlichen Diagnosen und einer Vielzahl von behandelnden Ärzten [Möller et al. 1996, S.239].

1.3. Epidemiologie

Die Einjahresprävalenz des Schmerzes beträgt ohne Berücksichtigung des Schweregrades 60% bis 80%, die Einjahresprävalenz chronisch-persistierender oder chronisch-rekurrierender Schmerzen etwa 30% bis 40% Prozent [Kohlmann und Raspe 1992, S.12]. Anhand dieser Zahlen werden drei Gesichtspunkte deutlich:

1. Erleben von Schmerzen ist ein in der Bevölkerung weit verbreitetes Phänomen. Fast jeder leidet im Laufe eines Jahres ein- oder mehrmals an Schmerzen.
2. ein hoher Anteil der Schmerzen ist als chronisch einzustufen und stellt damit ein gravierendes Gesundheitsproblem dar.
3. es wird offensichtlich, dass derartig globale und undifferenzierte Prävalenzangaben keineswegs in der Lage sind, ein aussagekräftiges Bild der schmerzbe-

dingten körperlichen und psychosozialen Beeinträchtigungen zu liefern.
[Kohlmann und Raspe 1992, S.12]

Unter den Lokalisationen chronischer Schmerzen nehmen rheumatische Beschwerden der Gelenke, der Muskeln und des Rückens die führende Position ein. Die Wirbelsäule und ihre Nachbarorgane sind dabei außerordentlich häufig (mit-)betroffen; die Wirbelsäule ist vermutlich das am häufigsten durch chronische Schmerzen beeinträchtigte „Organ“ [Kohlmann und Raspe 1992, S.17, Nickel und Raspe 2001, S.898ff]. Kopf- und Gesichtsschmerzen erweisen sich als ebenfalls weit verbreitete Beschwerden. In ihren chronischen bzw. chronisch-rekurrenten Formen erreicht ihre Häufigkeit etwa die Hälfte der Prävalenz chronischer Rückenschmerzen.

Alle übrigen Arten chronischer Schmerzen (z.B. Schmerzen im Bereich von Brust und Bauch, Schmerzen infolge von Krebserkrankungen etc.) treten bevölkerungsepidemiologisch gesehen noch immer mindestens so häufig auf wie vielbeachtete „Volkskrankheiten“ (z.B. koronare Herzerkrankungen), ihre Bedeutung tritt jedoch gegenüber den beiden führenden Schmerzarten in den Hintergrund [Kohlmann und Raspe 1992, S.17].

Einen nicht unerheblichen Teil der Schmerzdiagnosen machen Patienten mit somatoformen Störungen - insbesondere in der Praxis von Allgemeinmedizinerinnen und Internisten - aus, während sie von Psychiatern eher selten gesehen werden. Eine genaue Einschätzung der Prävalenzraten ist schwierig, da teilweise sehr unterschiedliche Kriterien verwendet werden [Möller et al. 1996, S.231]. Es muss heute aber von einer Punktprävalenz von etwa 12% somatoformer Störungen ausgegangen werden [Simon und v. Korff 1991, Nickel und Egle 1999, S.8]. Nach Schappert (1992) leidet etwa ein Drittel aller Patienten, die mit körperlichen Beschwerden zum Arzt kommen, unter somatoformen Störungen. Nach Schwab und Egle (1996) leiden mehr als 25% aller Patienten einer universitären Schmerzambulanz unter einer somatoformen Schmerzstörung [Nickel und Egle 1999, S.1]. Die Somatisierungsstörung wird fast ausschließlich bei Frauen klassifiziert (etwa 95%). Epidemiologische Studien in der Normalbevölkerung zeigen, dass 1 bis 2% der weiblichen Bevölkerung die Kriterien erfüllen; in Praxen von Hausärzten wäre eine solche Diagnose bei etwa 5 bis 10% der Patienten zu stellen. Auch die somatoforme Schmerzstörung findet sich häufiger bei Frauen als bei Männern (Verhältnis 2:1); es zeigt sich dabei eine deutliche familiäre Häufung [Möller et al. 1996, S.232].

1.4. Darstellung der ersten Zielsetzung der Arbeit

Vor diesem allgemeinen Hintergrund besteht die erste Zielsetzung dieser Arbeit in der Bestimmung der Persönlichkeit, Komorbidität und Psychotherapiemotivation chronischer Schmerzpatienten

1.4.1. Schmerz und Persönlichkeit

Die Frage, ob es eine Schmerzpersönlichkeit gibt soll näher untersucht werden. Schwerpunkte bilden dabei die Untersuchung im Hinblick auf narzisstische Persönlichkeitsstrukturen, die Borderline Persönlichkeit, interpersonale Probleme und die Alexithymie. Schmerzpatienten wurden insbesondere selten systematisch hinsichtlich der Borderline Persönlichkeit untersucht. Ein Beispiel ist die Studie von Sansone et al. 2001. Ebenso gibt es wenige Untersuchungen (z.B. Blazer 1980) hinsichtlich der narzisstischen Persönlichkeitsstrukturen.

Auf dem Gebiet Schmerz und Persönlichkeit wurden schon seit über 200 Jahren Untersuchungen durchgeführt, die im Folgenden in einem kurzen Überblick dargestellt werden sollen.

Die Migränepersönlichkeit nach Junkerius ist eine der ältesten Kreationen (1734) einer „Schmerzpersönlichkeit“. Sie ist durch „ira, imprimis tacita et supressa“ gekennzeichnet („Wut, besonders stille, unterdrückte“; zitiert nach [Jonckheere 1971]) [Kröner-Herwig 1990, S.125].

Das Konzept einer allgemeinen Schmerzpersönlichkeit wurde 1959 von Engel in seinem berühmten Artikel „Psychogenic pain and the pain-prone patient“ aus der Taufe gehoben [Kröner-Herwig 1990, S.125]. Engel ging von der Beobachtung aus, dass manche Individuen anfälliger sind, Schmerz als psychischen Regulator zu verwenden als andere, unabhängig davon, ob der Schmerz ursprünglich von einer peripheren Reizquelle ausging (also organisch verursacht war) oder nicht. [Engel 1959, Hoffmann und Egle 1990, S.104f].

Dieses komplexe Bild des zum chronischen Schmerzpatienten erzogenen Menschen, wie es Engel beschreibt, hatte großen Einfluss auf die Konzepte von Medizinern und Psychiatern gehabt, deren Vorstellungen über psychosomatische Zusammenhänge beim chronischen Schmerz auch heute noch, oft mehr implizit als explizit, auf den Vorstellungen von Engel basieren. Dass seine Schmerzpersönlichkeit unvergessen ist, zeigt der 1985 erschiene Artikel von Roy „Engel`s pain-prone patient: 25 years thereafter“ [Kröner-Herwig 1990, S.126].

Die Persönlichkeit des Schmerzpatienten als schmerzauslösender und aufrechterhaltender Mechanismus wurde weiter eingehend diskutiert [Flor 1990, S.91]. In der letzten Zeit geht die Entwicklung hin zu der These, dass eine schmerztypische Persönlichkeit sich empirisch nicht belegen lässt, da Unterschiede in Persönlichkeitsfragebögen von Schmerzpatienten und Gesunden meist durch die chronische Erkrankung und damit einhergehende Symptome bedingt sind [Love und Peck 1987, Pincus et al. 1986, Flor 1990, S.91]. Einige Autoren sprechen hier von einem allgemeinen Chronizitätssyndrom [Hildebrandt et al. 1990, S.315, Krüskemper, S.146].

1.4.2. Schmerz und Komorbidität

Neben der Frage nach ausgewählten Persönlichkeitsstrukturen, steht die Frage nach Schmerz und Komorbidität im Mittelpunkt. Dies geschieht vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Beobachtung, dass kognitive und affektive Beeinträchtigungen wie Hilflosigkeit, Angst und Depression in engem Zusammenhang mit chronischen Schmerzen auftreten können. Die empirischen Befunde zum tatsächlichen Ausmaß derartiger Beeinträchtigungen, zu den Entstehungsbedingungen und zu ihrer Rolle als „Ursache“ oder „Wirkung“ chronischer Schmerzen sind sehr unterschiedlich, teils inkonsistent und mit erheblichen Methodenproblemen belastet [Kohlmann und Raspe 1992, S.22]. Da gerade die Frage, ob die kognitiven und affektiven Beeinträchtigungen Folge oder Ursache chronischer Schmerzen sind, für die Behandlung der Patienten wichtige Konsequenzen nach sich zieht, soll in dieser Arbeit in einem standardisierten Ansatz das Patientenkollektiv auf Komorbidität getestet werden.

1.4.3. Schmerz und Therapiemotivation

Die Motivation chronisch erkrankter Schmerzpatienten eine therapeutische Behandlung aufzusuchen ist weiteres Ziel dieser Arbeit. Die Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe durch die chronischen Schmerzpatienten weist die Besonderheit auf, dass etwa die Hälfte aller Schmerzbelasteten keine Hilfe im medizinischen System sucht. Selbst bei sehr ausgeprägten Schmerzen findet etwa ein Viertel der Betroffenen nicht den Weg zum Arzt. So soll geklärt werden, was den chronischen Schmerzkranken zusätzlich zu seinen Schmerzen veranlasst, sich um Hilfe zu bemühen oder dies trotz seiner Schmerzen nicht zu tun. Merkmale der somatischen Situation oder der sensorischen Schmerzerfahrung allein dürften für diese Facette des Krankheitsverhaltens keine ausreichende Erklärung bieten [Kohlmann und Raspe 1992, S.22].

Bei der Untersuchung der Therapiemotivation sollen die Untersuchung der Kontrollüberzeugungen der Patienten und ausgewählte Aspekte der Psychotherapiemotivation im Mittelpunkt stehen.

1.5. Darstellung der zweiten Zielsetzung der Arbeit – Evaluation der Gruppen

Vor dem Hintergrund dieser grundsätzlichen Erfassung der Persönlichkeit, Komorbidität und Psychotherapiemotivation chronischer Schmerzpatienten, sollen als zweite Zielsetzung modifizierte psychoedukativ-verhaltenstherapeutisch aufgebaute Schmerzbewältigungsgruppen evaluiert werden. Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, inwieweit im Rahmen eines solchen niedrighwelligen ambulanten Angebots, Einfluss auf die Psychotherapiemotivation, die Lebensqualität, die Schmerzintensität, die Depressivität und auf Kontrollüberzeugungen ausgeübt werden kann.

Die Schmerzbewältigungsgruppen sind die Konsequenz einer Revolution des allgemeinen Schmerzverständnisses. Auf die Entwicklung, die diesen Gruppen vorausgegangen ist, soll nun kurz eingegangen werden.

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

Vor nun etwa 20 Jahren begann sich unter Forschern und Praxisexperten ein neues Konzept durchzusetzen, das von einer Multidimensionalität des chronischen Schmerzes ausgeht [Kröner-Herwig 1997, S.335]: das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell. Gemäß dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell sind biologische, psychologische und soziale Faktoren gleichermaßen an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Erkrankungen beteiligt [Nickel und Egle 1999, S.16 f, Pflingsten et al. 1996, S.328, Gralow et al. 1996, S.242]. So ist vor allem relevant, in welchem – im Einzelfall jeweils neu zu bestimmenden – Umfang biologische und psychosoziale Faktoren zur Entstehung und vor allem zur Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen beitragen. So werden als beeinflussende Faktoren in Genese und Aufrechterhal-

tung von chronischen Schmerzen neben emotionalen Faktoren (insbesondere Depression) [Blumer und Heilbronn 1982, Hautzinger 1990, Hendler 1984, Kröner-Herwig 1990,] und Lernprozessen [Linton 1985, Waddell et al. 1993] bestimmten, in der Auseinandersetzung mit dem Schmerz verfestigten kognitiv-emotionalen und behavioralen Merkmalen der Patienten eine wesentliche Bedeutung zugesprochen [Pfungsten et al. 1996, S.328]. Derartige Einstellungen und Verhaltensweisen lassen sich weit gefasst unter dem Begriff der Krankheitsbewältigung subsumieren. Schmerz- und Krankheitsbewältigung werden als entscheidende Determinanten für das Ausmaß der Beeinträchtigung durch Schmerzen angesehen, deren Veränderung in signifikantem Zusammenhang mit dem Erfolg von Behandlungsmaßnahmen steht [Pfungsten et al. 1996, S.328, Glier 1995, Kröner-Herwig et al. 1993].

Vor dem Hintergrund dieser Theorie wurden im letzten Jahrzehnt interdisziplinäre Behandlungsprogramme entwickelt. Trotz dieser interdisziplinären Behandlungsansätze werden im medizinischen Alltag die meisten Patienten zu spät psychologisch betreut [vgl. auch Basler 2002, S.215]. Im Durchschnitt finden sie sich erst nach zehn Jahren in einer Schmerzambulanz ein, wo sich ein Psychologe um sie kümmert [Redaktion der Apothekenumschau 2002, S.15, Nilges und Wichmann-Dorn 1992, S.49]. Die dann erfolgende Behandlung trifft häufig auf einen überwiegend somatisch fixierten, nur schwer für psychosoziale Therapiestrategien zu motivierenden Patienten. Vorrangiges Ziel muss daher die frühzeitige interdisziplinäre Behandlung der Schmerzpatienten sein. Im Rahmen dieser Zielsetzung muss auch berücksichtigt werden, dass Patienten mit psychisch bedingten körperlichen Beschwerden häufig eine somatomedizinische Behandlung aufsuchen und psychosomatische Behandlungsvorschläge aufgrund eines somatischen Krankheitsmodells zurückweisen [Lupke et al. 1995, S.3]. Im Rahmen unseres Projekts haben wir aus diesem Grund ein niedrigschwelliges Angebot modifizierter ambulanter Schmerzbewältigungsprogramme geschaffen, das bei Patienten mit Somatisierungsverhalten eine Umbildung der somatischen Krankheitssicht und den Aufbau von Psychotherapiemotivation zur Einleitung einer geeigneten psychosomatischen Behandlung bewirken soll [Lupke et al. 1995, S.3].

2. Material und Methoden

Im Folgenden werden zuerst die Kenndaten einer repräsentativen Stichprobe chronischer Schmerzpatienten vorgestellt. Anhand der repräsentativen Stichprobe wird die Prävalenz ausgewählter psychischer Störungen in diesem Kollektiv bestimmt. Daran schließt sich die Darstellung eines neuen Therapiekonzeptes an, das als Pilotprojekt ausgelegt ist.

2.1. die repräsentative Stichprobe chronischer Schmerzpatienten

2.1.1. Verfahren

Die Rekrutierung der Patienten zur repräsentativen Stichprobe fand in der neurologischen Schmerzambulanz des Universitätsklinikums rechts der Isar statt. Die teilnehmenden Patienten wurden anhand des folgenden Randomisierungsschemas ermittelt: über einen Zeitraum von 6 Wochen wurde täglich und anschließend über ca. 12 Wochen an einem zufällig ausgewählten Wochentag jeder ambulante Schmerzpatient, der die Einschlusskriterien erfüllte, gebeten an der Studie teilzunehmen.

Die Teilnahme umfasste

- ☞ das strukturierte klinische Interview (SKID)
- ☞ Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)
- ☞ Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)
- ☞ Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)
- ☞ Borderline-Persönlichkeitsinventar (BPI)
- ☞ Narzissmusfragebogen (NI)
- ☞ Toronto-Alexithymie-Skala (TAS 20)
- ☞ Somatisierung und Somatoforme Störungen (SCSS)
- ☞ Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)

Zusätzlich wurde der Deutsche Schmerzfragebogen (DSF) ausgewertet, der bereits vor dem ersten Besuch der Schmerzambulanz ausgefüllt worden war.

Von den insgesamt 38 Patienten, die dem Randomisierungsschema folgend, auf die Teilnahme hin angesprochen wurden, lehnten 7 Patienten die Teilnahme ab: 3 Patienten aufgrund momentan zu schlechten Befindens und 4 Patienten aus Zeitmangel.

2.1.2. Einschlusskriterien der repräsentativen Stichprobe

- + Alter zwischen 18 und 85 Jahren
- + eine Schmerzdauer, die 6 Monate übersteigt

2.1.3. Ausschlusskriterien der repräsentativen Stichprobe

- eine Schmerzdauer von weniger als 6 Monaten
- psychotische Störungen (phasenhafte Depressionen, Schizophrenien..)
- Hirnorganische Störungen
- Minderbegabung
- hypochondrische Störungen

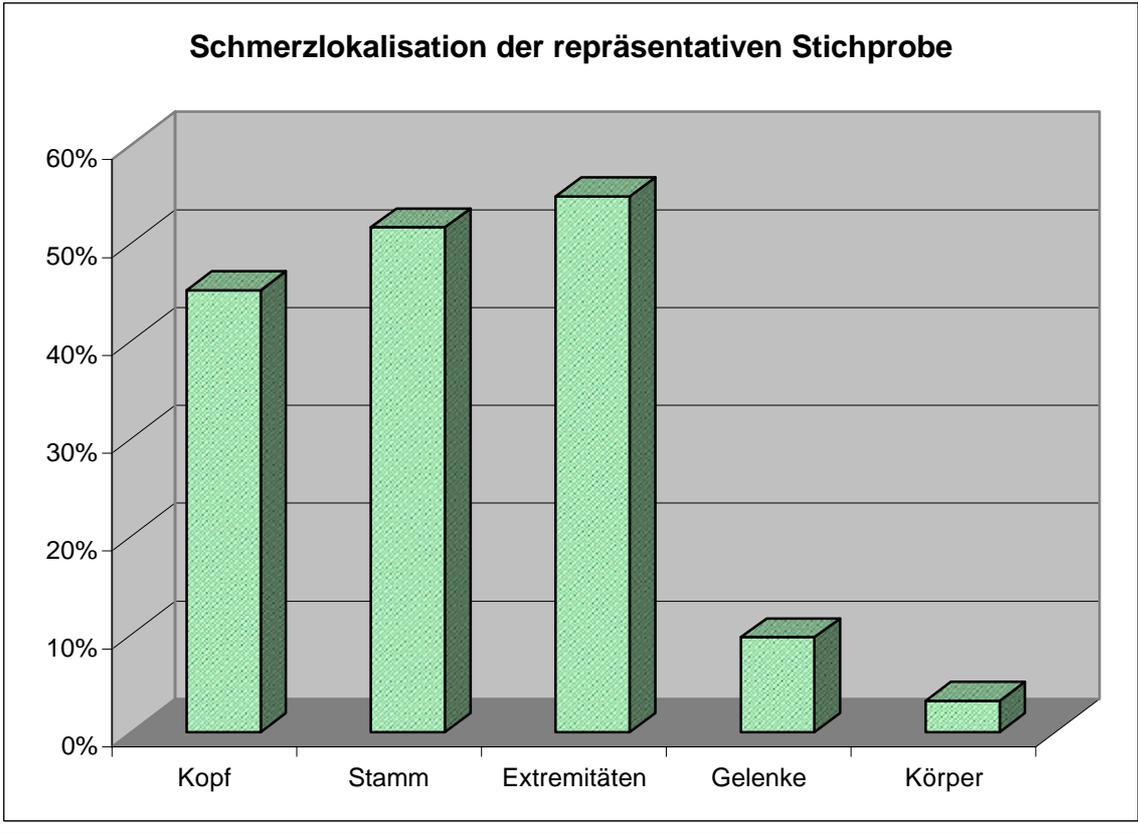
2.1.4. Patienten der repräsentativen Stichprobe

Die repräsentative Stichprobe umfasst 31 Patienten, Mehrfachnennungen bezüglich der Schmerzlokalisationen treten auf. Die Lokalisation der Hauptschmerzen wird unter Anwendung des Items 4 des DSF (Lokalisation der Hauptschmerzen) und der anamnestischen Angaben bestimmt. Abb. 1 veranschaulicht, dass die häufigsten Beschwerden im Bereich der Extremitäten (54,8%) auftreten. Die zweithäufigsten Beschwerden treten im Bereich des Körperstammes (51,2%), der sich in: Hals, - Nackenbereich, Brustkorb, oberer Rücken, Bauchbereich, unterer Rücken, Gesäß und Beckenbereich gliedert, auf. Darüber hinaus treten häufig Beschwerden im Kopfbereich (45,2%) auf. Seltener sind Beschwerden der Gelenke (9,7%) und des gesamten Körpers (3,2%). Die durchschnittliche Beschwerdedauer beträgt $10,89 \pm 12,38$ Jahre.

Die Altersspanne der Patienten reicht von 22 bis 81 Jahren. Der Mittelwert beträgt 52,00 Jahre ($52,00 \pm 16,27$). 58,1% der Patienten sind Frauen und 41,9% Männer. 57,9% der Patienten sind verheiratet, 21,1% ledig, 5,3% geschieden, 15,8% verwitwet. 27,8% kinderlos, 22,2% haben ein Kind und 50% haben mehr als ein Kind. Die Schulbildung verteilt sich folgendermaßen: 55,0% der Patienten haben Hauptschulabschluss, 30,0% mittlere Reife und 15% Abitur.

Zum sozialen Status im Arbeitsleben: 31,6% sind Beamte, 5,3% Selbstständige, 5,3% Arbeiter, 10,5% Hausfrauen, 31,6% Rentner, 5,3% ohne Beruf, 5,3% arbeitslos und 5,3% üben einen freien Beruf aus.

Abb.1:



2.2. die Pilotstudie

In der neurologischen Schmerzambulanz rechts der Isar wurde chronischen Schmerzpatienten, bei denen im psychologisch / psychosomatischen Erstgespräch die Diagnose einer zusätzlich bestehenden psychischen Komorbidität gestellt wurde, das Angebot gemacht, im Rahmen eines Forschungsprojektes an einer ambulant durchgeführten Schmerzbewältigungsgruppe teilzunehmen. Das Projekt beinhaltete die randomisierte Zuteilung in eine psychoedukativ-verhaltenstherapeutisch aufgebaute Interventionsgruppe mit 10 Doppelstunden (=Interventionsgruppe) oder in eine interdisziplinäre Schmerztherapie mit 2 Doppelstunden (= Kontrollgruppe). Vor dem Kursbeginn (t_1) wurde ein strukturiertes klinisches Interview (SKID) durchgeführt und Fragebögen gemäß Tab.1 ausgegeben. Ergänzend zu diesen Fragebögen wurde der Deutsche Schmerzfragebogen (DSF) ausgewertet, der von den Patienten beim ersten Besuch der Schmerzambulanz ausgefüllt worden war. Dieser Zeitpunkt entspricht im Folgenden t_0 .

4 Monate nach Kursbeginn (t_2) wurde den Patienten eine Auswahl der Fragebögen auf dem Postweg zugesandt. (vgl. Tab. 2)

Tab 1: ausgegebene Fragebögen vor Kursbeginn zur Zeit t_1	Tab 2 ausgegebene Fragebögen 4 Monate nach Kursbeginn zur Zeit t_2
☞ Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)	☞ Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)
☞ Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)	☞ Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)
☞ Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)	☞ Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)
☞ Fragebogen zur Informiertheit	☞ ausgewähltes Item 3 des Fragebogens zur Informiertheit
	☞ ausgewählte Items des Deutschen Schmerzfragebogens (DSF),
☞ Toronto-Alexithymie-Skala (TAS 20)	
☞ Somatisierung und Somatoforme Störungen (SCSS)	
☞ Narzissmusfragebogen (NI)	
☞ Borderline-Persönlichkeitsinventar (BPI)	
☞ Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)	

Im Rahmen des dargestellten Projektes teilten wir die Patienten in Abhängigkeit der Lokalisation der Schmerzen entweder in die Gruppen für Patienten mit Schmerzen im Bereich des Stammes und der Gliedmassen oder in die Gruppe für Patienten mit

Kopf- und Gesichtsschmerzen ein. Der Gruppenablauf war für die beiden Gruppen identisch. Die Ergebnisse der Gruppe für Patienten mit Schmerzen im Bereich des Kopfes sind in der Promotionsarbeit von Herrn Arnold aufgeführt. In dieser Arbeit stehen die Ergebnisse der Gruppe für Patienten mit Schmerzen im Bereich des Stammes und der Gliedmaßen im Vordergrund.

2.2.1. Einschlusskriterien:

- + Alter zwischen 18 und 70 Jahren
- + eine Schmerzdauer, die 6 Monate übersteigt
- + keine weitere Besserung durch Medikamente erreichbar

2.2.2 Ausschlusskriterien:

- eine entzündliche Schmerzursache
- eine Schmerzdauer weniger als 6 Monaten
- psychotische Störungen (phasenhafte Depressionen, Schizophrenien..)
- hirnorganische Störungen
- Minderbegabung
- hypochondrische Störungen.

2.3. die Patienten der Pilotstudie

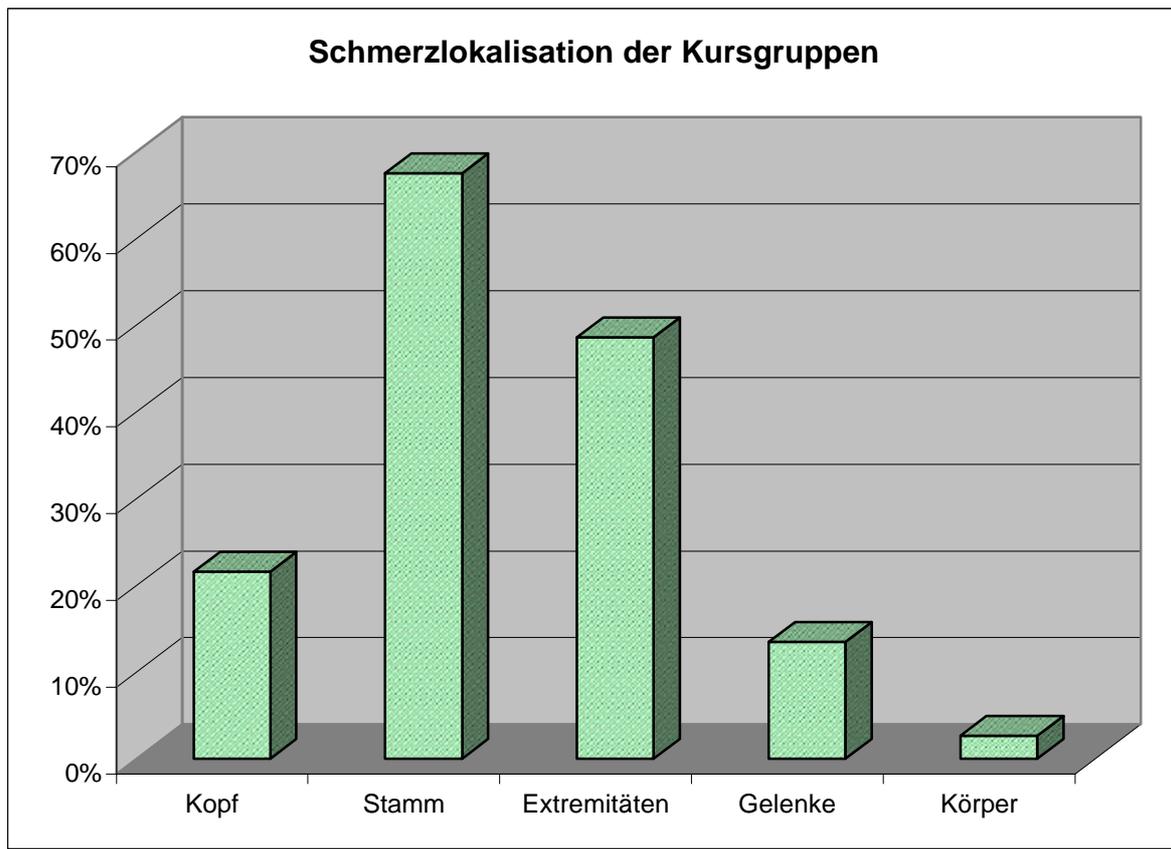
An der Pilotstudie nahmen 37 Patienten teil. Dabei handelte es sich um chronische Schmerzpatienten, die in den psychosomatischen Konsiliardienst überwiesen worden waren.

Mehrfachnennungen bezüglich der Schmerzlokalisationen treten auf. Die Lokalisation der Hauptschmerzen wird unter Anwendung des Items 4 des DSF (Lokalisation der Hauptschmerzen) und der anamnestischen Angaben bestimmt. Abb. 2 veranschaulicht, dass die häufigsten Beschwerden (67,57%) im Bereich des Körperstammes auftraten. Der Körperstamm gliedert sich auf in: Halsbereich, Nackenbereich, Brustkorb, oberer Rücken, Bauchbereich, unterer Rücken, Gesäß und Beckenbereich. Am zweithäufigsten (48,65%) leiden die Patienten unter Beschwerden in den Extremitäten. Dazu kommen Beschwerden des Kopfbereichs (21,6%), der Gelenke (13,5%) und des gesamten Körpers (2,7%). Die durchschnittliche Beschwerdedauer beträgt 8,27 Jahre.

Die Altersspanne der Patienten reicht von 19 bis 69 Jahren. Der Mittelwert beträgt 48,3 Jahren ($48,27 \pm 13,57$). 64,9% der Patienten sind Frauen und 35,1% Männer. 50% der Patienten ist verheiratet, 23,5% leben getrennt und 26,5% sind ledig. Die Hälfte (50%) sind kinderlos, 11,8% haben ein Kind, 38,2% haben mehr als ein Kind. Die Schulbildung verteilt sich folgendermaßen: 44,1% der Patienten haben einen Hauptschulabschluss, 26,5% einen Realschulabschluss, 23,5% Abitur und 5,9% keinen Abschluss.

Zum sozialen Status im Arbeitsleben: 32,4% sind Beamte, 2,9% Selbstständige, 2,9% Facharbeiter, 5,9% Arbeiter, 8,8% Hausfrauen, 5,9% Studenten, 32,4% Rentner, 2,9% ohne Beruf, 2,9% arbeitslos und 2,9% üben andere Tätigkeiten aus.

Abb. 2:



2.4. Inhalte der Interventionsgruppen

Die 8-10 Doppelstunden umfassenden Patientenschulungen oder „Stress“- bzw. Krankheitsbewältigungsprogramme (häufig als „psychoedukatives“ Therapieangebot bezeichnet), greifen das organische Krankheitsverständnis der betroffenen Patienten auf und bieten „Hilfe zur Selbsthilfe“ im Umgang mit einer chronifizierten körperlichen Beschwerdesymptomatik an [Gündel und Schüßler 2001, S.2].

2.4.1. Aufbau psychoedukativer Therapieangebote

Der inhaltliche, im Folgenden nur orientierend dargestellte Aufbau unserer Schmerzbewältigungskurse orientiert sich an schon gängigen Behandlungsprogrammen [z.B. Flor 1991, Basler und Kröner-Herwig 1998] und wird vielerorts individuell variiert. Nach unseren Erfahrungen hat es sich als günstig erwiesen, vermehrt Elemente der Entspannungs-, Atem- und Körpertherapie (Ziel: Sensibilisierung für die Wahrnehmung oft gerade körperlich-muskulär spürbarer „innerer“ Anspannung) zu integrieren, um den Patienten ein besseres Verständnis für den Ausdrucksgehalt körperlicher Symptome im Hinblick auf „psychische Anspannung“ und ggf. innerpsychische Konflikte zu ermöglichen: [Gündel und Schüßler 2001, S.2]

Informations- und Kurzbehandlungskurs Kopf- bzw. Rückenschmerz

Aufbau:

Vorgespräch:

Gruppensitzung 1-5 : Informationsphase;
Einführung in Entspannungs-, Wahrnehmungsübungen

Gruppensitzung 3, 5, 6 Überleitung Information →
Gespräch über die individuelle Situation der Patienten
(Trainingsphase);
Ausbau der Entspannungs-, Wahrnehmungsübungen.

Gruppensitzung 7-10:

1. Weitere Sensibilisierung und Kompetenzaufbau für Umgang mit Stress / Interaktionellen Faktoren (Selbstregulationsfähigkeiten)
2. Anwendung erlernter Selbstregulationsfähigkeiten im Alltag (Übungsphase)

parallel: Fortführung der Entspannungs-, Wahrnehmungsübungen

Inhaltliche Gestaltung der einzelnen Sitzungen:

1. Sitzung (Einführung, allg. Information)

Information über

- a) das Krankheitsbild chronische Kopfschmerztypen / chronische Rückenschmerzen etc.
- b) Unterschiede im Umgang mit akutem / chronischen Schmerz allg.
- c) erste Einführung in die Gate-Control-Theorie
- d) Einführung in kombinierte Schmerz-/ Stresstagebücher (Auslöser für Schmerzexazerbationen werden festgehalten)

Hausaufgaben: Schmerz-/ Stresstagebuch führen

2. Sitzung: (Schmerzmedikamente / Progressive Muskelrelaxation (PMR))

Epidemiologie, Sinn bzw. Unsinn häufiger Arztkonsultationen

Information und Erfahrungsaustausch über spezielle Schmerzmedikamente (Wirkung, Nebenwirkung, Risiken),

Einführung PMR (16 Muskelgruppen), 45 bis 60 min Kassetten (mit nach Hause)

Hausaufgaben: Schmerz- / Stresstagebuch führen, PMR

3. Sitzung (Stress I)

Ausführliche Wiederholung „Gate-Control“ - Theorie.

Informationen über stressbedingte Auswirkungen auf körperliche Vorgänge und psychophysiologische Regelmechanismen bei Stressbelastung

„Fallen Ihnen dazu eigene Erfahrungen ein?“:

Patienten berichten anschließend über bisherige Erfahrungen mit Methoden der Schmerzbeeinflussung. (Beginn der Besprechung der Tagebuchaufzeichnungen)

Überleitung => Wiederholung PMR (16 MG; ca. 20-30 min). Zunehmender diesbezüglicher Erfahrungsaustausch.

4. Sitzung: (Krankengymnastik)

Information über Folgen körperlicher Aktivität vs. körperlicher Passivität.

Einführung in Möglichkeiten und Grenzen körperlicher Aktivität durch die *Krankengymnastik* mit spezifischer Vorerfahrung: Praktizieren einzelner Übungselemente, die z.T. der Dehnung und Kräftigung, z.T. der **verbesserten Wahrnehmung muskulärer Anspannung** und anderer körperlicher Vorgänge dienen: Isometrische Wahrnehmungs- und Belastungsübungen (ca. 60 min)

Hausaufgaben: Schmerz- / Stresstagebuch führen, PMR, schrittweises Durchführen körperlicher Übungen / Aktivitäten

5. Sitzung (Aufmerksamkeitslenkung - Imagination, Kognitionen)

Information: Rolle der Gedanken („Katastrophisieren“ etc.) bei Schmerz,

Methoden der äußeren und inneren Aufmerksamkeitslenkung („Jeder ist sein eigener Fakir“)

-> Vertiefung der Zusammenhänge aus der 4. Sitzung

Pat. berichten diesbezügliche eigene Erfahrungen:

Fortführung der Besprechung der Aufzeichnungen aus den Schmerz-/Stresstagebüchern.

=> Gruppenkohäsion wird stärker.

Praktische Anwendung: **Wiederholung PMR mit Imagination** (Phantasieort); (7 MG; ca. 20-30 min)

Hausaufgaben: Schmerz-/ Stresstagebuch führen, PMR, Steigerung der körperlichen Aktivität, mind. 1 Anwendung der Aufmerksamkeitslenkung

6. Sitzung (Stress II)

Wiederholung PMR mit spezieller Schmerzimagination (Kopf) (4 MG, 20-30 min)

Fortführung der Besprechung der Aufzeichnungen aus den Schmerz- und Stresstagebüchern (Verhaltensanalyse; Pat. zeichnen möglichst eine Situation pro Tag auf, in der Schmerz verstärkt wahrgenommen wird und/oder subjektiv „Stress“ entsteht.): Gruppenmitglieder kommen miteinander ins Gespräch / Aufmerksamkeitsfokus geht von der reinen Symptomatik auf die Umgebungsbedingungen und deren Interaktion mit der Schmerzwahrnehmung.

Hausaufgaben: Schmerz- /Stresstagebuch führen, PMR, KG-Übungen

7. Sitzung (Schmerzbewältigung I)

PMR mit fortgeschrittener Imagination (Schmerz als Gegenstand/Ball; 15 min)

Besprechung der ersten individuellen Erfahrungen mit Aufmerksamkeitslenkungs- - „Hausaufgaben“

Fortführung der Besprechung der Aufzeichnungen aus dem Schmerztagebuch mit Fokus auf Zusammenhängen der Schmerzwahrnehmung mit subjektivem „Stress“ empfinden.

=> Sensibilität für Umgebungsbedingungen / Gruppenkohäsion wird stärker.

Punktuelle Entwicklung alternativer Verhaltensstrategien bei Auftreten / zur Bewältigung der Beschwerden (evtl. Selbstsicherheitstraining im Rollenspiel, Ablenkungstechniken)

Hausaufgaben: Schmerz- /Stresstagebuch führen, PMR, KG-Übungen

8. Sitzung (Schmerzbewältigung II)

Weiter Besprechung der ersten individuellen Erfahrung mit Aufmerksamkeitslenkungs- und Selbstsicherheits- „Hausaufgaben“. Fortführung der Besprechung der Aufzeichnungen aus den Schmerz- und Stresstagebüchern.

(Fokus: Interaktionelle Stressoren auf dem Boden der Tagebuchaufzeichnungen)

Rolle negativer Kognitionen; Formulierung eigener negativer Kognitionen

9. Sitzung (Schmerzbewältigung III)

PMR mit Auftauchen „freien“ inneren Bildern (Schmerz und Gedanken)

Exemplarische Hilfe bei der Umformulierung negativer Kognitionen

Fortführung der Besprechung der Aufzeichnungen aus den Schmerz-/Stresstagebüchern.

Punktuelle Entwicklung alternativer Verhaltensstrategien bei Auftreten / zur Bewältigung der Beschwerden am Beispiel einer ind. Aufzeichnung. (evtl. Selbstsicherheits-training im Rollenspiel, Ablenkungstechniken).

10. Sitzung (Abschluss)

Abschlussbesprechung; individuelle Überlegungen bzgl. einer evtl. weiterführenden / vertiefenden psychosomatischen Behandlung

Vereinbarung eines Termins für ein späteres Treffen (ca. 3 Monate später)

[Gündel und Schüßler 2001, S.2-8]

2.4.2. Allgemeine Prinzipien psychoedukativer Motivations- und Behandlungsverfahren

Zusammengefasst beinhalten psychoedukative Kurzbehandlungsverfahren (z.B. für Patienten mit Somatisierungsverhalten) oder Krankheitsbewältigungsprogramme (z.B. chronischer Schmerz; in der Praxis fließende Übergänge zu Somatisierungsstörungen) im Wesentlichen die folgenden Bausteine [Schüßler, G. 1998]:

Edukative Komponenten:

Informations- und Wissensvermittlung über die verschiedenen Aspekte eines chronischen Störungsbildes (z.B. Schmerz), über die pathophysiologisch-vermittelten Zusammenhänge zwischen Stress und körperlichen Vorgängen, über das Wirkungs- und Nebenwirkungsspektrum relevanter Medikamente, etc.. .

Veränderung der Einstellung zur Beschwerdesymptomatik / Erkrankung:

z.B. Abbau sog. dysfunktionaler Gedanken (z.B. „Katastrophisieren“) und Verhaltensweisen, Aufbau und Erprobung (oft im Rollenspiel) alternativer, individuell „passender“ Denk- und Handlungsabfolgen

Vermittlung sozialer Unterstützung

durch andere Gruppenmitglieder („Kohäsionseffekt“) und die Einbeziehung (und Schulung) von nahen Angehörigen.

Entspannungsübungen

(Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Autogenes Training) mit Übergang in (zum Teil störungsspezifisch adaptierte) vertiefende Imaginationsübungen als meist essentieller Bestandteil

Störungsspezifischere Übungen

wie Krankengymnastik, sporttherapeutische Elemente, Atemübungen etc.
[Gündel und Schüßler 2001, S.8f]

2.5. Einteilung der Gruppen

Insgesamt fanden 2 Durchläufe des Projektes im Abstand von einem halben Jahr statt, so dass im ersten Durchlauf 19 Patienten, im 2. Durchlauf 18 Patienten nach dem Randomisierungsschema (Anlage 1) auf die beiden Gruppen aufgeteilt wurden. Insgesamt wurden von den 37 Patienten 18 Patienten in eine interdisziplinäre Schmerztherapie mit 2 Doppelstunden (= *Kontrollgruppe*) und 19 Patienten in eine psychoedukativ-verhaltenstherapeutisch aufgebaute Schmerzbewältigungsgruppe mit 10 Doppelstunden (= *Interventionsgruppe*) eingeteilt.

Von den 18 Patienten, die in die Kontrollgruppe eingeteilt waren traten 12 Patienten den Kurs an. In der Interventionsgruppe traten von den 19 Patienten 17 Patienten den Kurs an, von 2 Patienten wurde der Kurs abgebrochen.

25 Patienten nahmen an der Messerhebung zum Zeitpunkt t_2 teil. Eine Zusammenfassung der Teilnehmerzahlen zu den beiden Untersuchungszeitpunkten in den verschiedenen Gruppen findet sich in Abb.3

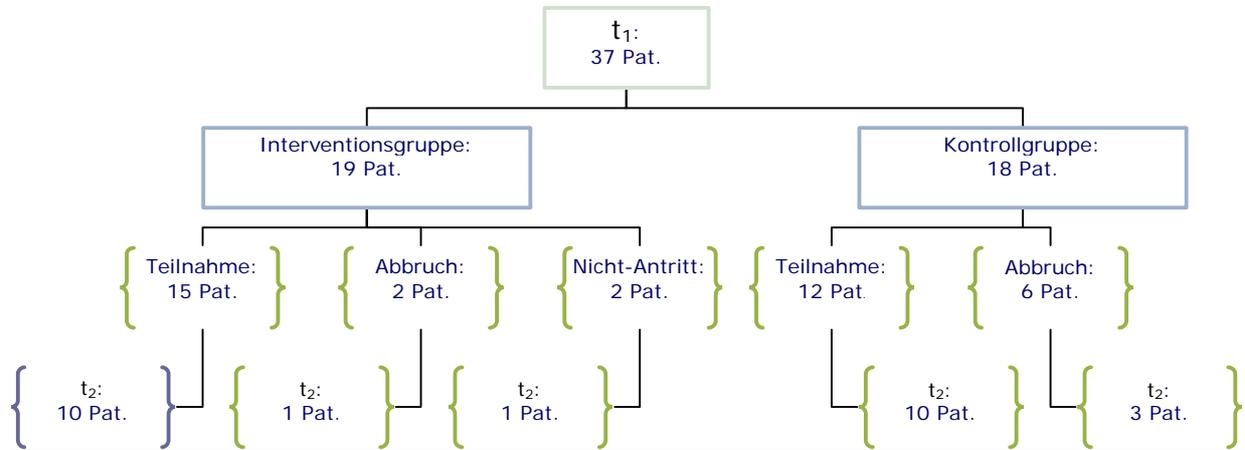
Ein Problem, das Abbildung 3 deutlich aufzeigt, ist die geringe Fallzahl, vor allem bei dem Untersuchungszeitpunkt t_2 .

Zu Beginn der Studie hatten wir eine höhere Fallzahl und noch einen zusätzlichen Durchlauf der beiden Gruppen angestrebt, aber die Zahl der Patienten, die bereit waren, an dem Projekt teilzunehmen, war trotz der verlängerten Rekrutierungszeit geringer, als erwartet. Abgesehen davon, wurden alle Patienten, die primär zu einer Psychotherapie motiviert waren, direkt weitervermittelt.

Bei Nachbefragungen gilt eine Rücklaufquote von über 80% als ideal [Williams et al. 1996, S. 20, Evans 1991]. Dieser Wert wird in der Nachbefragung bei den an der Kontrollgruppe teilnehmenden Patienten erreicht (83,3%), allerdings nicht von den teilnehmenden Patienten der Interventionsgruppe (66,7%). Auch wird er nicht erreicht, wenn man zusätzlich zu den teilnehmenden Patienten, die Patienten einschließt, die nicht zum Kurs angetreten sind oder diesen abgebrochen haben.

Abb.3:

Einteilung der Gruppen



2.6. die Fragebögen

2.6.1 Fragebögen zur Erfassung der Störungstiefe

2.6.1.1. Erfassung der Komorbidität

2.6.1.1.1. Strukturiertes klinisches Interview (SKID)

Das strukturierte klinische Interview ist ein ökonomisches, effizientes und reliables Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen nach DSM-IV. Das SKID erfordert ein Training sowie die sorgfältige Lektüre des Manuals [Saß et al. 1996, S.XIX]. Das Training wurde im Rahmen des Projekts über mehrere Einheiten von dem geschulten Trainer Herrn Dr. H. Gündel durchgeführt. Im Verlauf erfolgte eine Supervision, ebenso war Herr Dr. Gündel stets Ansprechpartner in aktuellen Problemfällen.

2.6.1.1.2. Deutscher Schmerzfragebogen

Der deutsche Schmerzfragebogen der DGSS wurde von dem DGSS-Arbeitskreis „Standardisierung und Ökonomisierung in der Schmerztherapie“ seit 1993 auf der Grundlage von Fragebogen verschiedener deutscher Arbeitsgruppen entwickelt. Die Konzeption des gemeinsamen Fragebogens für Schmerzpatienten bildete den Ausgangspunkt aller Bemühungen zur Standardisierung und Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzerkrankungen.

Ausgegangen wurde von einem bio-psycho-sozialen Modell des Schmerzes. Der Fragebogen erfasst daher neben biographischen Daten Angaben über relevante somatische, psychische und soziale Aspekte der Schmerzkrankheit. Neben einer ausführlichen Schmerzbeschreibung werden auslösende oder das Erleben und Verhalten des Schmerzpatienten modulierende bzw. aufrechterhaltende psychologische und soziale Bedingungen durch den Fragebogen im Sinne eines Screenings erfasst. Die psychosoziale Diagnostik erfolgt dabei parallel zur somatischen, und beide ergänzen sich zu einem Gesamtbild der Störung.

Im Einzelnen erfasst der Fragebogen in einer modularen Konzeption folgende wesentliche Komponenten des Schmerzes:

- ☞ Identifizierende Daten zur Person; Krankenversicherung, Hausarzt
- ☞ Eine ausführliche subjektive Schmerzbeschreibung (Lokalisation, Charakteristik, zeitlicher Verlauf, Intensität, etc.)
- ☞ Schmerzlindernde und –verstärkende Bedingungen, Begleitsymptomatik
- ☞ Die subjektive Schmerzempfindung durch die Schmerzempfindungsskala (SES) von Geissner

- ☞ Krankheitsverlauf inkl. bisherige Behandlungen, Medikamenteneinnahme und behandelnde Institutionen
- ☞ Medizinische Komorbidität
- ☞ Ausmaß depressiver Symptomatik durch die Allgemeine Depressionsskala (ADS) von Hautzinger und Bailer
- ☞ Erfassung der schmerzbedingten Beeinträchtigung durch den Pain Disability Index (PDI) von Dillmann et al.
- ☞ Schul-/Berufsausbildung, derzeitige Arbeitssituation und Rentenstatus, privater sozialer Status
- ☞ Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Short-Form-36); ab der revidierten Version des Fragebogens 1996.

[DGSS, 2002]

2.6.1.1.3. Somatisierung und somatoforme Störungen (SCSS)

Dieser Fragebogen ist als diagnostisches Screeninginstrument (Trait-Version für die Beurteilung der letzten 2 Jahre) geeignet und selektiert Personen, bei denen der Verdacht auf das Vorliegen einer somatoformen Störung (Somatisierungsstörung nach ICD-10 und DSM-IV, einer undifferenzierten somatoformen Störung bzw. undifferenzierten Somatisierungsstörung, (anhaltenden somatoformen) Schmerzstörung, somatoformen autonomen Funktionsstörung) bzw. einer Neurasthenie besteht [Peterzell 1998, S.95].

Der Fragebogen besteht aus insgesamt 85 Items in der Trait Version. Im Mittelpunkt steht eine Liste von 75 körperlichen Symptomen, die nur dann positiv (>0) angekreuzt werden sollen, wenn noch keine genaue Ursache gefunden wurde, auf die sie zurückzuführen sind. Diese Symptomliste wurde aus der Übersetzung des englischen Fragebogens „Somatoform Disorders Symptom Checklist. Version 1.0“, der im Rahmen einer internationalen WHO-Studie von Dr. A. Janca, Dr. M. Isaac und Dr. G. Tacchini entwickelt wurde, rekrutiert und durch die darin unberücksichtigten körperlichen Beschwerden der Symptomchecklisten des DSM-III-R, DSM IV und ICD-10, auf denen die Diagnose Somatisierungsstörung basiert, ergänzt. Weiters sind auch Symptome inkludiert, die laut ICD-10 der Neurasthenie und der somatoformen autonomen Funktionsstörung zugrunde liegen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Symptom - Checkliste für Somatisierung den Kriterien der inhaltlichen Validität entspricht, denn die Annäherung an das Konstrukt Somatisierung erfolgte sehr

umfassend und darüber hinaus wurden bei der Fragebogenkonstruktion aktuelle, wissenschaftliche Forschungsergebnisse berücksichtigt. [Peternell 1998, S.94].

Es können fünf Gesamtwerte ermittelt werden: Summenwert, Beschwerdeindex für Somatisierung für Männer und Frauen, Beschwerdeindex ohne geschlechtsspezifische Symptome, Positiver Summenscore, Intensitätsindex [Peternell 1998, S.101 f.]

2.6.1.1.4. SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand

Der SF-36 Gesundheitsfragebogen erfasst allgemeine Gesundheitskonzepte, die für Menschen unterschiedlicher Alters-, Krankheits- oder Behandlungsgruppen wichtig sind. Er gibt die Möglichkeit, den Gesundheitszustand vom Blickpunkt des Patienten aus in umfassender, psychometrisch zufrieden stellender und effizienter Weise zu messen, indem standardisierte Antworten zu standardisierten Fragen ausgewertet werden. Der SF-36 beinhaltet acht der wichtigsten Gesundheitskonzepte aus der Medical Outcomes Study und anderen weit verbreiteten Gesundheitsfragebögen. Die Auswertung des SF-36 ergibt ein Profil von acht Skalen:

- 1) Körperliche Funktionsfähigkeit
- 2) Körperliche Rollenfunktion
- 3) Körperliche Schmerzen
- 4) Allgemeine Gesundheit
- 5) Vitalität
- 6) Soziale Funktionsfähigkeit
- 7) Emotionale Rollenfunktion
- 8) Psychisches Wohlbefinden

Diese Skalen bestehen aus zwei bis zehn Items und einem Einzelitem, das die Veränderung der Gesundheit betrifft und kein Bestandteil der acht Skalen ist [Bullinger und Kirchberger 1995, S.6f].

2.6.1.2. Erfassung der Persönlichkeit

2.6.1.2.1. Narzissmusinventar (NI)

Das Narzissmusinventar wurde unter Berücksichtigung neuerer narzissmustheoretischer Vorstellungen entwickelt. Es erfasst verschiedene theoretisch und klinisch relevante Aspekte der Organisation und Regulation des narzisstischen Persönlichkeitssystems, soweit diese der Selbstbeobachtung zugänglich sind. Die 163 Items des

Inventars lassen sich zu 18 Skalen zusammenfassen, die faktorenanalytisch vier Bereichen zugeordnet sind: bedrohtes Selbst, „klassisch“ narzisstisches Selbst, Ideal-Selbst und hypochondrisches Selbst. Die einzelnen Skalen sind inhaltlich relativ homogen und prägnant. Sie können zusätzlich als Ratingmerkmale verwendet werden, um klinische Beobachtungen, Interviewbefunde usw. systematisch und nach einheitlichen Gesichtspunkten zu dokumentieren. [Hans Huber AG – Testzentrale der Schweizer Psychologen]

2.6.1.2.2. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Deutsche Version) (IIP)

Das IIP, das nun in der 2., überarbeiteten und neunormierten Auflage vorliegt, ist ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung interpersonaler Probleme, d.h. zu Problemen im Umgang mit anderen Menschen. Erfragt werden interpersonale Verhaltensweisen, die (a) dem Probanden schwer fallen und die (b) ein Proband im Übermaß zeigt. Der Fragebogen erlaubt eine differenzierte Diagnostik interpersonaler Probleme primär im klinischen Kontext. Er liegt in einer Lang- und in einer Kurzform vor. In der Studie wurde die Kurzform verwendet. Die Auswertung kann über 8 faktorenanalytisch gebildete Skalen erfolgen, die den Oktanten des interpersonalen Kreismodells entsprechen. Daneben wird ein Gesamtwert gebildet, der das Ausmaß an interpersonaler Problematik charakterisiert [Testzentrale Online (a)].

2.6.1.2.3. Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI)

Das BPI ist der erste deutschsprachige Fragebogen zur Erfassung der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Erwachsenen. Dem BPI liegt das Konzept der Borderline-Persönlichkeitsorganisation von Kernberg zugrunde. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 53 Items, aus denen vier Skalen abgeleitet werden können:

1. Entfremdungserlebnisse und Identitäts-Diffusion (ID)
2. Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen (AB),
3. Mangelhafte Realitätsprüfung (R)
4. Angst vor Nähe (N).

Außerdem wird ein Cut-Off-Wert zur Unterscheidung der Borderline-Störung von Neurosen einerseits und Schizophrenien andererseits ermittelt [Testzentrale Online (b)].

2.6.1.2.4. Toronto-Alexithymie-Skala (TAS)

Die Toronto-Alexithymie-Skala stellt das einzige Selbstbeurteilungsverfahren für das Konstrukt der Alexithymie dar, das nach testtheoretischen Überlegungen konzipiert und validiert wurde [Taylor et al. 1990]. Die aktuellste Version setzt sich aus 20 Items zusammen, die eine 3-Faktoren-Struktur aufweisen. Die drei Faktoren sind inhaltlich den Hauptmerkmalen des Alexithymiekonstruktes zuzuordnen:

- ☞ Faktor 1: Schwierigkeit bei der Identifikation von Gefühlen und Diskrimination von körperlichen Sensationen
- ☞ Faktor 2: Schwierigkeit bei der Beschreibung von Gefühlen,
- ☞ Faktor 3: Extern orientierter Denkstil bzw. „pensée opératoire“ [Bach et al. 1996, S.24].

2.6.1.2.5. Fragebogen zur Erhebungen von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit

Der KKG dient der Erhebung von Kontrollüberzeugungen über Krankheit und Gesundheit. Das zugrunde gelegte Kontrollüberzeugungskonzept basiert ursprünglich auf der sozialen Lerntheorie Rotters. Aufbauend auf bereits vorliegenden angloamerikanischen Fragebögen zu dieser Thematik werden drei wesentliche gesundheits- bzw. krankheitsbezogene Kontrollüberzeugungen unterschieden:

- (1) Internalität (Überzeugung, dass Gesundheit und Krankheit durch die eigene Person kontrollierbar sind),
- (2) Soziale Externalität (Überzeugung, dass Gesundheit und Krankheit durch andere Personen, z.B. Ärzte, Pflegepersonal, Bezugspersonen, kontrollierbar sind) und
- (3) Fatalistische Externalität (Überzeugung, dass Gesundheit und Krankheit nicht kontrollierbar, das heißt zufalls- oder schicksalsabhängig sind).

Jede der drei Dimensionen wird mit 7 Items erfasst, die mit Hilfe der sechsstufigen Likert-Skalen zu beantworten sind [Testzentrale Online (c)].

2.6.1.3. Erfassung der Therapiemotivation

2.6.1.3.1. Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)

Der FMP basiert auf der Theorie, dass sich die Psychotherapiemotivation über den Prozess des Krankheitserlebens und der Krankheitsverarbeitung konstituiert. Krankheitserleben wird operationalisiert über den Leidensdruck und den Krankheitsgewinn, die als primär affektive Komponenten der Motivation angesehen werden. Die Krank-

heitsverarbeitung wird operationalisiert über die Laienätiologie, die psychotherapeutischen Vorerfahrungen und die Behandlungserwartung als primär kognitive Komponenten der Motivation. Die verschiedenen Aspekte der Psychotherapiemotivation werden im FMP über vier Subskalen operationalisiert:

- ✚ Krankheitserleben (Leidensdruck und Krankheitsgewinn),
- ✚ Laienätiologie,
- ✚ allgemeine Behandlungserwartungen und –einstellungen,
- ✚ Erfahrungen mit psychotherapeutischen Behandlungsmodellen.

Diese ergeben ein Testprofil. [Testzentrale Online (d)]

2.6.1.3.2. Fragebogen zur Informiertheit

Bei diesem Fragebogen handelt es sich um ein selbstentworfenes Erhebungsinstrument, in dem folgende Parameter erfasst werden:

- ☞ Wissen über ausgewählte Themenbereiche
- ☞ social support
- ☞ Häufigkeit der Einnahme ausgewählter Medikamentengruppen
- ☞ Einschätzung der derzeitigen Behandlung

(vgl. Anlage).

2.6.2. die Fragebögen zur Erfassung der Veränderungen infolge des Kurses

Eine Auswahl der bereits unter 2.5.1. beschriebenen Fragebögen wurde den Patienten zum Untersuchungszeitpunkt t_2 erneut vorgelegt (vgl. Tab. 2). Es kommen keine neuen Erhebungsinstrumente hinzu.

2.7. angewandte statistische Methoden

Die Daten wurden nach der Erhebung in SPSS eingegeben, auf Vollständigkeit und Korrektheit geprüft. Das Signifikanzniveau wurde für alle folgenden Berechnungen, wie allgemein üblich auf $p < 0,05$ festgelegt

Der erste Auswertungsschritt umfasste die Auswertung zum Untersuchungszeitpunkt t_1 . Dazu wurden zuerst die Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe für Patienten mit Schmerzen im Bereich des Stammes und der Gliedmaßen miteinander verglichen, um zu überprüfen, ob Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bestanden. Für qualitative Merkmale geschah dies mit dem Chi-Quadrat Test und mit dem exakten Test nach Fisher. Der Chi-Quadrat Test hat zur Voraussetzung, dass nur in maximal 25% der Felder der Kreuztabelle erwartete Häufigkeiten < 5 auftreten dürfen. In den Fällen, in denen dies nicht gewährleistet war, wurde der exakte Test nach Fisher angewandt. Die quantitativen Merkmale wurden zuerst mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung überprüft. Wenn diese gegeben war wurde der t-Test, sonst der Mann-Whitney-Test angewandt.

Anschließend wurden die Ergebnisse der beiden Untergruppen der Kursgruppe für Patienten mit Schmerzen im Bereich des Stammes und der Gliedmaßen, die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe, ebenfalls mit den oben genannten Methoden verglichen.

In einem zweiten Auswertungsschritt wurden die Vergleiche zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe für den Untersuchungszeitpunkt t_2 wiederholt, um zu überprüfen, ob sich infolge der Kurse signifikante Veränderungen zwischen den beiden Gruppen entwickelt haben. Zusätzlich wurden die Ergebnisse der beiden Untersuchungszeitpunkte einem Längsschnittvergleich unterworfen. Dieser wurde für die normalverteilten Merkmale mit dem t-Test für verbundene Stichproben, für nicht normalverteilte Merkmale mit dem Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben durchgeführt.

Der dritte Auswertungsschritt bestand darin die Ergebnisse der Kursgruppe für Patienten mit Schmerzen im Bereich des Stammes und der Gliedmaßen mit den Ergebnissen der Patienten, deren Schmerzen im Bereich des Kopfes und des Gesichtes lokalisiert waren, zu beiden Untersuchungszeitpunkten zu vergleichen. Dazu wurden die qualitativen Merkmale mit dem Chi-Quadrat Test und dem exakten Test nach Fisher und die quantitativen Merkmale mit dem t-Test, im Falle einer Normalverteilung,

und die nicht normalverteilten quantitativen Merkmale mit dem Mann-Whitney-Test verglichen.

3. Ergebnisse und Diskussion der Ergebnisse

3.1. Auswertung der Fragebögen zur Erfassung der Störungstiefe

3.1.1. Erfassung der Komorbidität

3.1.1.1. strukturiertes klinisches Interview (SKID)

3.1.1.1.1. Resultate der repräsentativen Stichprobe

Bei den Diagnosen wird zwischen derzeitigen und Lebenszeit-Diagnosen unterschieden. Mehrfachnennungen gibt es sowohl bei den derzeitigen als auch bei den Lebenszeit-Diagnosen. Unter den derzeitigen Diagnosen treten die affektiven Störungen (F3) (32,3%) und die Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F54) (32,3%) am häufigsten auf. Die affektiven Störungen (F3) dominieren ebenfalls unter den Lebenszeit-Diagnosen (54,8%). Alle Ergebnisse des Interviews sind in der Tab.3 zusammengefasst; in Tab. 4 sind die Angststörungen näher aufgeschlüsselt, die grafische Darstellung der Ergebnisse ist in den Abb. 4 und 5 zu sehen.

Tab 3: Ergebnisse des strukturierten klinischen Interviews der repräsentativen Stichprobe		
Diagnose	aktuell	lifetime
	N (%)	N (%)
Keine Diagnose	6 (19,4%)	9 (29,0%)
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1 (3,2%)	2 (6,5%)
F10 Störungen durch Alkohol	-	1 (3,2%)
Störungen durch Schmerzmittelabhängigkeit	1 (3,2%)	1 (3,2%)
Störungen durch Tranquilizerabhängigkeit	-	1 (3,2%)
F3 Affektive Störungen	10 (32,3%)	17 (54,8%)
F30 manische Episoden	-	1 (3,2%)
F32 depressive Episode	10 (32,3%)	17 (54,8%)
F4 Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen	11 (35,5%)	9 (29,0%)
Angststörung	7 (22,6%)	9 (29,0%)
F45 somatoforme Störungen	7 (22,6%)	
F45.0 Somatisierungsstörung	1 (3,2%)	
F45.1 unspezifische somatoforme Störung	1 (3,2%)	
F45.4 anhaltende somatoforme Schmerzstörung	5 (16,1%)	
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	10 (32,3%)	-
F50 Essstörungen	-	-
F54 psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andersorts klassifizierten Krankheiten	10 (32,3%)	

Tab 4: Aufschlüsselung der Angststörung der repräsentativen Stichprobe

Diagnose	aktuell	lifetime
	N (%)	N (%)
Angststörung	7 (22,6%)	9 (29,0%)
F40.00 Agoraphobie ohne Panikstörung	2 (6,5%)	4 (12,9%)
F41.0 Panikstörung	3(9,7%)	4 (12,9%)
F41.9 nicht näher bezeichnete Angststörung	1 (3,2%)	1(3,2%)
F41.1. generalisierte Angststörung	2 (6,5%)	

3.1.1.1.2. Resultate der Kursgruppe

(Interventionsgruppe und randomisierte Kontrollgruppe)

Die Ergebnisse des strukturierten klinischen Interviews der Interventionsgruppe und der randomisierten Kontrollgruppe sind in Tab.5 zusammengefasst. Die Angststörungen sind zudem separat in der Tab.6 aufgeschlüsselt. Mehrfachnennungen treten sowohl bei den derzeitigen als auch bei den Lebenszeit-Diagnosen auf.

Bei den derzeitigen Diagnosen leiden die meisten Patienten unter den somatoformen Störungen (F45) (81,1%). Darüber hinaus treten die Diagnosen affektive Störungen (F3) (48,6%) und Angststörungen (F40, F41, F42, F43) (48,6%) am häufigsten auf (vgl. Abb. 4).

Unter den Lebenszeit-Diagnosen dominieren die affektiven Störungen (F3) (64,9%) und die Angststörungen (F40, F41, F42, F43) (51,4%) (vgl. Abb.5)

Tab.5: Ergebnisse des strukturierten klinischen Interviews der Kursgruppe

Diagnose	aktuell	lifetime
	N (%)	N (%)
Keine Diagnose	-	8 (21,6%)
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	4 (10,8%)	11 (29,7%)
F10 Störungen durch Alkohol	1 (2,7%)	4 (10,8%)
Störungen durch Schmerzmittelabhängigkeit	3 (8,1%)	9 (24,3%)
F3 Affektive Störungen	18 (48,6%)	24 (64,9%)
F30 manische Episoden	-	3 (8,1%)
F32 depressive Episode	18 (48,6%)	24 (64,9%)
F4 Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen	32 (86,5%)	19 (51,4%)
Angststörung	18 (48,6%)	19 (51,4%)
F45 somatoforme Störungen	30 (81,1%)	
F45.0 Somatisierungsstörung	10 (27,0%)	
F45.4 anhaltende somatoforme Schmerzstörung	20 (54,1%)	

F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	9 (24,3%)	3 (8,1%)
F50 Essstörungen	2 (5,4%)	3 (8,1%)
F54 psychische Faktoren und Verhaltensweisen bei andernorts klassifizierten Krankheiten	7 (18,9%)	

Tab 6: Aufschlüsselung der Angststörung der Kursgruppe

Diagnose	aktuell	lifetime
	N (%)	N (%)
Angststörung	18 (48,6%)	19 (51,4%)
F40.00 Agoraphobie ohne Panikstörung	3 (8,1%)	4 (10,8%)
F40.01 Agoraphobie mit Panikstörung	2 (5,4%)	2 (5,4%)
F40.1 soziale Phobien	6 (16,2%)	7 (18,9%)
F40.2 spezifische Phobien	1 (2,7%)	1 (2,7%)
F41.0 Panikstörung	4 (10,8%)	4 (10,8%)
F41.9 nicht näher bezeichnete Angststörung	2 (5,4%)	2 (5,4%)
F42 Zwangsstörung	1 (2,7%)	1 (2,7%)
F43.1 posttraumatische Belastungsstörung	4 (10,8%)	

Abb.4:

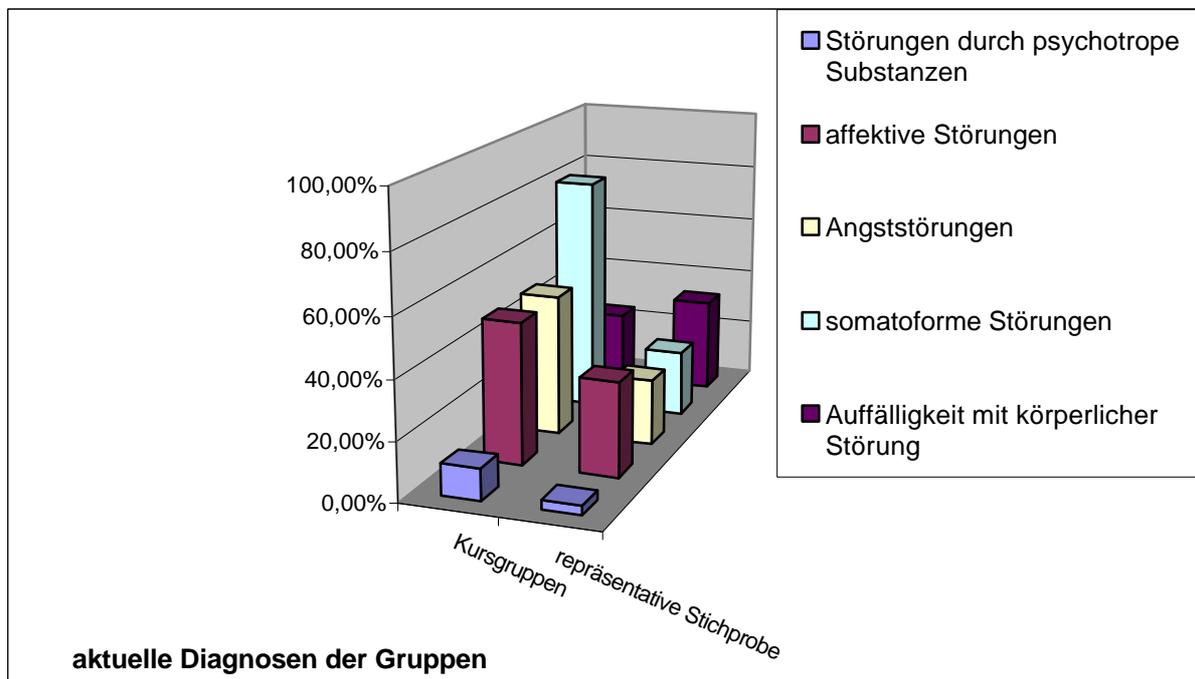
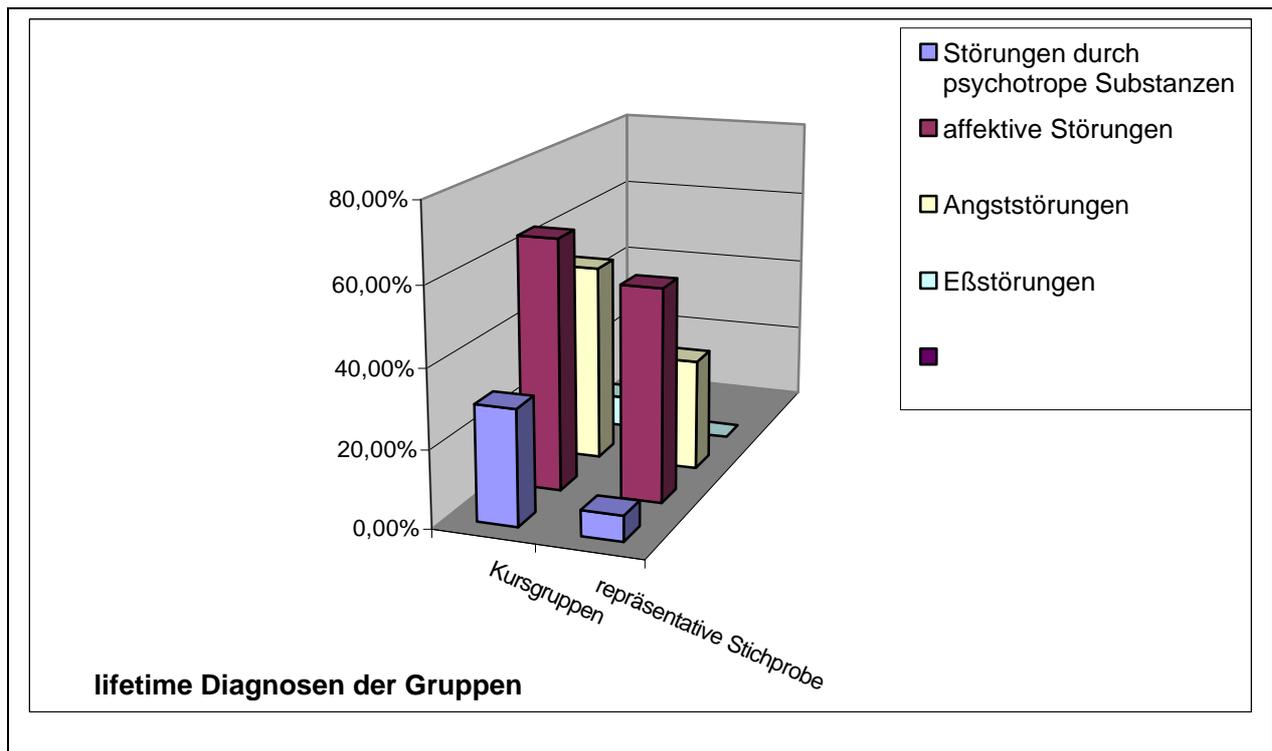


Abb.5:



3.1.1.1.3. Vergleich der Kursgruppe und der repräsentativen Stichprobe

Zwischen den Patienten der Kursgruppe und der repräsentativen Stichprobe treten folgende signifikante Unterschiede auf.

- 1) Die Patienten der Kursgruppe weisen sehr signifikant ($p=0,005$) häufiger eine derzeitige Diagnose auf.
- 2) In der Kategorie des ICD 10 F1 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ leiden die Patienten der Kursgruppe signifikant häufiger ($p=0,014$) unter Störungen durch Schmerzmittelabhängigkeit, bezogen auf die Lebenszeit und auch insgesamt signifikant häufiger ($p=0,015$) unter lebenszeitlichen Diagnosen der Kategorie F1.
- 3) Die Patienten der Kursgruppe leiden ebenfalls höchst signifikant häufiger ($p<0,001$) unter aktuellen Diagnosen der Kategorie F4 „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“. So leiden sie signifikant häufiger ($p=0,026$) unter derzeitigen Angststörungen, besonders unter sozialen Phobien ($p(\text{derzeitig})=0,028$; $p(\text{lebenszeitlich})=0,013$) und somatoformen Störungen ($p<0,001$).

Dies verdeutlicht, dass die selektierten Patienten der Kursgruppe stärker von seelischen Störungen betroffen sind, als die unselektierten chronischen Schmerzpatienten der repräsentativen Stichprobe.

3.1.1.1.4. Vergleich der Interventions- und der randomisierten Kontrollgruppe

Bei dem strukturierten klinischen Interview gibt es zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe folgende signifikante Unterschiede. Die Patienten der Kontrollgruppe leiden signifikant häufiger ($p=0,033$) unter aktuellen affektiven Störungen, nämlich den depressiven Episoden. Dieser Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist vor dem Hintergrund der Randomisierung beider Gruppen bei relativ geringer Fallzahl als zufallsbedingt anzusehen.

3.1.1.1.5. Diskussion der Ergebnisse des strukturierten klinischen Interviews

Die Ergebnisse zeigen, dass häufig Achse - I Komorbiditäten, vor allem depressive Störungen und Angststörungen im Rahmen der chronischen Schmerzerkrankungen auftreten und bestätigen somit vorausgegangene Studien mit ähnlichem Ergebnis. [Fishbain 1999, S. 739ff, Kriebel et al. 1996, S.204, Majou 1993]. Die Häufigkeit der einzelnen Achse -I Störungen muss in Relation zur Häufigkeit der Störungen in der Bevölkerung und bei anderen Patienten gesetzt werden. So wurden in der Bevölkerung bei 5,9% der Personen erhöhte Werte bezüglich Angst und bei 15,8% erhöhte Werte bezüglich Depressionen festgestellt [Hinz und Schwarz 2001, S.197f]. Bei Patienten ohne körperliche Erkrankungen und Beschwerden werden seelische Störungen in einer Häufigkeit von 15-25% erwartet [Hautzinger und Janssen 1998 S.384]. Dagegen weisen alle Kurspatienten und 80,6% der Patienten der repräsentativen Stichprobe eine aktuelle seelische Störung auf.

Sehr häufig werden depressive Störungen diagnostiziert. So leiden von den Patienten der Kursgruppe 48,6% derzeit unter einer depressiven Episode, im Laufe ihres Lebens haben 64,9% eine depressive Episode durchgemacht. Damit ist die Depression bei den Kurspatienten unter den derzeitigen Diagnosen die zweithäufigste und unter den Lebenszeit-Diagnosen die häufigste Diagnose. Bei den Patienten der repräsentativen Stichprobe sind die Depressionen sowohl bei den derzeitigen (32,3%) und als auch unter den Lebenszeit-Diagnosen (54,8%) die häufigste Diagnose. Die Prävalenzen der Kursgruppe und der repräsentativen Stichprobe entsprechen in etwa den Prävalenzeinschätzungen der Literatur von 30% bis 60% bei Anlegung des

DSM III/IV [Dumat und Nutzinger 2000, S.708]; bei Anlegung nicht so strenger Diagnosekriterien reicht die Häufigkeit von Depressionen bei chronischen Schmerzpatienten von 31% bis zu 100% [Hautzinger 1990, S.571, Dumat und Nutzinger 2000, S.708, Romano und Turner 1985, Stuart und Eisendrath 1995, S.31]. Über den Zusammenhang von chronischen Schmerzen und Depression, deren vegetative und behaviorale Symptome oft ganz im Vordergrund des klinischen Bildes der Rückenschmerzpatienten stehen, sind ausführliche Überlegungen angestellt worden [vgl. auch Knorrning 1975, Knorrning et al. 1983, Romano und Turner 1985, Fordyce 1976, Rodin und Voskart 1986, Schulberg et al. 1987, Hasenbring et al. 2001, S.444]. Zurzeit werden in der klinischen Forschung drei Erklärungsmodelle diskutiert [Dumat und Nutzinger 2000, S.708f].

 **Modell I – Somatisierte, maskierte oder lavierte Depression** [Dumat und Nutzinger 2000, S.709]

Chronische Schmerzen ohne organische Pathologie sind ein Störungsbild des depressiven Spektrums [Hautzinger 1990, S.570, Blumer und Heilbronn 1982]. So sind die Schmerzen als Randsymptom einer primären Depression anzusehen, wenn der depressive Aspekt durch die Beschwerden überdeckt, so spricht man von einer maskierten oder lavierten Depression. Auf lavierte Depression weist das oft phasische Auftreten mit völlig beschwerdefreien Intervallen hin [Schmidt 2000, S.707].

 **Modell II: - Depression und Schmerz bedingen sich gegenseitig** [Dumat und Nutzinger 2000, S.709]

Eine Mehrheit der Studien zeigt sehr deutlich, dass Schmerz und Depression miteinander korrelieren. Dabei wird die Depression eher als Folge der chronischen Schmerzstörung gesehen. [Dumat und Nutzinger 2000, S.709].

 **Modell III: - Die Einstellungen und Bewertungen des Patienten sind entscheidend** [Dumat und Nutzinger 2000, S.709].

Es besteht keine direkte Beziehung zwischen Schmerz und Depression. Vielmehr wird der Zusammenhang zwischen beiden über kognitive Bewertungsprozesse hergestellt. Depressive Verstimmungen entstehen nach Modell III dann, wenn der Patient die durch den Schmerz antizipierte körperliche Schädigung als Bedrohung seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit – seinen wichtigsten Quellen positiver Verstärkung – erfährt und zugleich seine eigenen

Kontrollmöglichkeiten als gering bewertet. Die Erfahrung von Verstärkerverlust im Sinne von Lewinsohn (1974) und von Kontrollverlust im Sinne von Seligmann (1986) stellen somit die Mediatoren zwischen Schmerz und Depression dar [Hildebrandt et al. 1990, S. 317]. Besonders Personen mit Schmerzen, die zuvor bereits ein eingeschränktes Verstärker- und Aktivitätsrepertoire, wenige soziale Fertigkeiten und Kontakte hatten und unter ungünstigen (belastenden) Umweltbedingungen lebten, werden nun „entrapped in a cycle of depression and pain behavior“ [Fordyce 1976, Hautzinger 1990, S. 573]. Die unmittelbaren Reaktionen der Sozialpartner auf Depression bzw. Schmerzen wurden ebenfalls ähnlich beschrieben, nämlich als Verstärkung des Schmerzverhaltens bzw. depressiven Verhaltens durch die erfolgende Zuwendung, Sympathiebekundung und Unterstützung. Diese Zuwendung führt kurzfristig zu positiven Konsequenzen. Diese unmittelbare positive Verstärkung kann vor allem bei Personen, die in der zuvor dargestellten Weise als Personen mit einem eingeschränkten Verstärkerrepertoire, mit wenigen Aktivitäten und Defiziten in den sozialen Fertigkeiten zu beschreiben sind, zur Verfestigung des Schmerzverhaltens bzw. depressiven Verhaltens führen [Hautzinger 1990, S.573, Hautzinger 1979 und 1981]. Diese Depressionen sind jedoch eher von Resignation, Antriebsminderung und Schlafstörung geprägt. Klassische Zeichen der so genannten melancholischen Depressionen (wie Schuldgefühle, Selbstvorwürfe) fehlen meist. Personen deren Schmerzen mit einer schweren Depression einhergehen oder einer unheilbaren Krankheit in Verbindung stehen, weisen zudem ein erhöhtes Suizidrisiko auf [Schmidt 2000, S.707].

Obwohl es empirische Belege speziell für Modell II und III gibt [Basler 1994, S.399, Pfingsten et al. 1996, S.336], wäre es verfrüht, von kausalen Zusammenhängen zu sprechen. Hinweise für eine effektive Therapie können jedoch abgeleitet werden [Dumat und Nutzinger 2000, S.708f]

Die Angststörungen sind unter den aktuellen und Lebenszeit-Diagnosen der Kursgruppe und der repräsentativen Stichprobe jeweils die zweithäufigste Diagnose, wobei die Patienten der Kursgruppe signifikant häufiger unter aktuellen Angststörungen leiden. Bei der Kursgruppe leiden 48,6% der Patienten unter einer aktuellen Angststörung und 51,4% unter einer Lebenszeit-Angststörung. In der repräsentativen Stichprobe dagegen leiden 22,6% unter einer aktuellen und 29,0% unter einer Lebenszeit-Angststörung. In Bezug auf die Angststörungen ist sehr interessant, dass

die sozialen Phobien in der Kursgruppe mit einem Anteil von 16,2% (aktuell) und 18,9% (Lebenszeit) signifikant häufiger als in der repräsentativen Stichprobe vertreten sind. Die hohe Ausprägung der Angst stellt ein großes Problem für die Patienten dar. So wird das Leiden unter dem Schmerz durch Angst verstärkt [Stuart und Eisdorath 1995, S.31]. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit in jeder Therapie auf die Angst einzugehen.

Im Hinblick auf die übrigen Komorbiditäten möchte ich noch die Störungen durch Schmerzmittelabhängigkeit und Alkohol hervorheben. Ähnlich wie die sozialen Phobien stellen diese ein größeres Problem für die Kursgruppe als für die repräsentative Stichproben dar. So hatten 10,8% der Kurspatienten und nur 3,2% der Patienten der repräsentative Stichprobe im Laufe ihres Lebens Störungen durch Alkohol. Bei Störungen durch Medikamente im Laufe des Lebens verhält es sich ähnlich: bei 24,3% der Kurspatienten und bei 3,2% der Patienten der repräsentativen Stichprobe traten Probleme auf ($p=0,014$).

Zusammenfassend kann man es als gesichert ansehen, dass chronische körperliche Erkrankungen zu einer erhöhten Häufigkeit seelischer Störungen führen [Hautzinger und Janssen 1998, S.384]. Die Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe decken sich sehr stark mit einer anderen Untersuchung konsekutiver Schmerzpatienten von Bouckoms, Litman, Baer (1985). In ihrer Untersuchung erhielten 30% die Diagnose Körperlicher Zustand, bei dem psychische Faktoren eine Rolle spielen, 24 % Major Depression, 11% Persönlichkeitsstörung, 5% somatoforme Störung und 26% keine Diagnose. Die Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe zeigen, dass sich die Belastungen der Patienten mit chronischen Schmerzen, unabhängig davon, ob die Schmerzen psychisch oder physisch verursacht sind, stark ähneln, wobei man allerdings die Abweichungen in einigen Details, wie z.B. die sozialen Phobien und die Störungen durch Alkohol und Medikamente berücksichtigen muss.

3.1.1.2. Deutscher Schmerzfragebogen (DSF)

3.1.1.2.1. Resultate der repräsentativen Stichprobe

Der DSF sollte von allen Patienten im Rahmen der Behandlung in der Schmerzbambulanz ausgefüllt werden. Aus organisatorischen und anderen Gründen hatten lediglich 16 der 31 Patienten den DSF ausgefüllt. Bei den Skalen Lokalisation der Hauptschmerzen und Beschwerdedauer wurden die 15 fehlenden Angaben aus den Schmerzfragebögen durch anamnestische Angaben ergänzt.

Beschwerdedauer:

Die durchschnittliche Beschwerdedauer beträgt $10,89 \pm 12,38$ Jahre.

Familienanamnese

Die Familienanamnese bezüglich Schmerzen ist bei 64,3% der Patienten negativ.

die subjektive Schmerzqualität

In der affektiven Dimension des Schmerzerlebens weist die repräsentative Stichprobe einen überdurchschnittlichen Wert auf. So liegt der T-Wert der repräsentativen Stichprobe, der durch eine Transformation der Rohwerte anhand der Daten der Haupterprobungsstichprobe (N=1048) ermittelt wurde, bei 61.

In der sensorischen Form des Schmerzerlebens beträgt der T-Wert ebenfalls 61, woraus sich eine überdurchschnittliche Ausprägung der sensorischen Form des Schmerzerlebens ergibt.

Stärke der Hauptschmerzen

Für die Bestimmung des Schweregrades der Schmerzen wird eine Skala von 0 bis 10 zugrunde gelegt. Auf der Schmerzskala bedeutet der Wert 0, dass der Patient schmerzfrei ist, der Wert von 10 bedeutet, dass der Patient unter maximalen Schmerzen leidet. Tabelle 7 zeigt, dass die Patienten unter sehr starken Schmerzen zum Zeitpunkt der Untersuchung leiden.

Tab. 7: Stärke der Hauptschmerzen	repräsentative Stichprobe (N=13)
<i>durchschnittliche Schmerzstärke</i> 🚩 während der letzten 4 Wochen bevor der DSF ausgefüllt wurde	8,04 ± 1,80
<i>maximale Schmerzstärke</i> 🚩 während der letzten 4 Wochen bevor der DSF ausgefüllt wurde	8,71 ± 2,32
<i>momentane Schmerzstärke</i> 🚩 beim Ausfüllen des Fragebogens	5,42 ± 3,32
<i>erträgliche Schmerzstärke</i>	2,50 ± 2,27

Allgemeine Depressivitätsskala

62,5% der Patienten der repräsentativen Stichprobe litten beim Ausfüllen des Fragebogens an einer Depression.

Beeinträchtigung in Lebensbereichen

Dem Item Beeinträchtigung in Lebensbereichen wird eine Skala von 0 bis 10 zugrunde gelegt. Der Wert 0 bedeutet, dass keine Behinderung im entsprechenden Lebensbereich besteht, der Wert 10 gibt eine vollkommene Beeinträchtigung im Lebensbereich an. Bei den chronischen Schmerzpatienten der Ambulanz sind die Bereiche Beruf, Erholung, familiäre und häusliche Verpflichtungen, soziale Aktivitäten und Sexualleben fast vollständig durch die Schmerzen beeinträchtigt (vgl. Tab. 8).

Tab.8: Beeinträchtigung in Lebensbereichen (0-10)	repräsentative Stichprobe (N=13)
Familiäre und häusliche Verpflichtungen	7,35 (2,73)
Erholung	8,04 (2,68)
Soziale Aktivitäten	7,73 (3,33)
Beruf	8,92 (2,06)
Sexualleben	7,38 (3,32)
Selbstversorgung	5,31 (3,75)

Lebensnotwendige Tätigkeiten	4,73 (3,90)
------------------------------	-------------

Themengebiet Arbeitsplatz:

Voraussetzung für die Beantwortung der Fragen rund um den Arbeitsplatz war, dass die Patienten einen Arbeitsplatz hatten bzw. selbstständig tätig waren. Weil das nicht immer der Fall war, wurden die Fragen von nur 9 Patienten ausgefüllt, bei einigen Fragen liegen noch weniger Angaben vor.

Eine Gefährdung des Arbeitsplatzes bestand bei 16,7% der Patienten (n=6). 77,8% der Patienten waren beim Ausfüllen des Fragebogens arbeitsunfähig. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit betrug $15,75 \pm 18,59$ (n=8) Wochen.

Rentantrag

Die meisten Patienten (69,2%) hatten keine Absicht einen Rentenantrag zu stellen. 23,1% der Patienten befanden sich bereits im Rentenstand, 7,7% hatten zum Zeitpunkt t_0 bereits einen Rentenantrag gestellt.

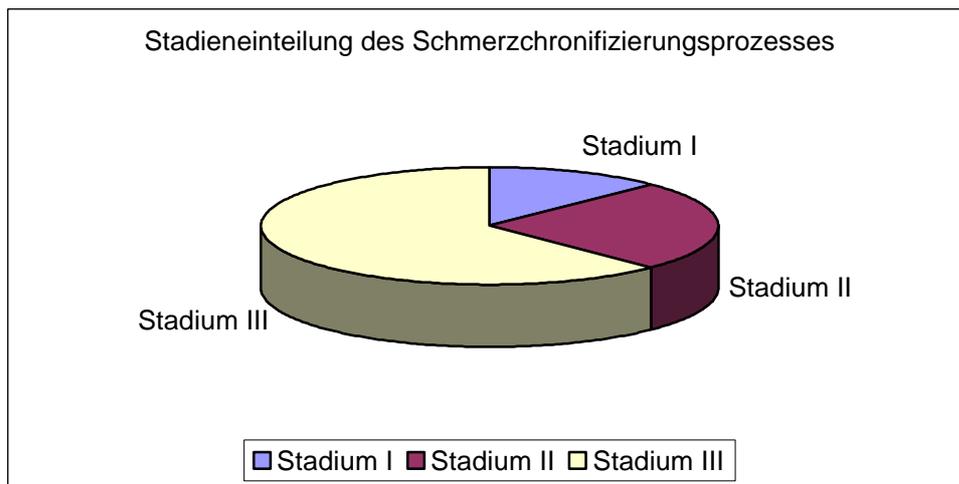
Arztwechsel

Die durchschnittliche Häufigkeit des Arztwechsels liegt bei 2,08.

Stadieneinteilung des Schmerzchronifizierungsprozesses

Am häufigsten (62,5%) tritt bei den Patienten das Schmerzstadium III auf. 25,0% der Patienten befinden sich im Schmerzstadium II. Am wenigsten häufig tritt das Schmerzstadium I (12,5%) auf (vgl. Abb.6).

Abb. 6:



3.1.1.2.2. Resultate der Kursgruppe

Der DSF sollte schon vor dem Erhebungszeitpunkt t_1 im Rahmen der Behandlung in der Schmerzambulanz ausgefüllt (t_0) werden. Von 31 der 37 Patienten liegt ein Fragebogen vor. Bei den Skalen Lokalisation der Hauptschmerzen und Beschwerdedauer wurden die Angaben der 6 fehlenden Patienten aus den Schmerzfragebögen durch anamnestische Angaben ergänzt

Beschwerdedauer:

Die durchschnittliche Beschwerdedauer beträgt $8,27 \pm 7,42$ Jahre.

Familienanamnese

Die Familienanamnese bezüglich Schmerzen ist bei 73,3% der Patienten negativ.

die subjektive Schmerzqualität

In der affektiven Dimension des Schmerzerlebens weisen beide Gruppen durchschnittliche T-Werte auf. Die Interventionsgruppe weist einen T-Wert von 55, die Kontrollgruppe einen T-Wert von 60 auf. Die T-Werte wurden durch Transformation der Rohwerte anhand der Daten der Haupterprobungsstichprobe (N=1048) ermittelt. In der sensorischen Form des Schmerzerlebens unterscheiden sich beide Gruppen. So weist die Interventionsgruppe einen T-Wert von 49, die Kontrollgruppe dagegen einen T-Wert von 66 auf. Die Patienten der Kontrollgruppe weisen also überdurchschnittliche Werte auf.

Stärke der Hauptschmerzen:

Für die Bestimmung des Schweregrades der Schmerzen wird eine Skala von 0 bis 10 zugrunde gelegt. Auf der Schmerzskala bedeutet der Wert 0, dass der Patient schmerzfrei ist, der Wert von 10 bedeutet, dass der Patient unter maximalen Schmerzen leidet. Tabelle 9 verdeutlicht die Ausprägung des Schweregrades der Schmerzen.

Tab.9: Stärke der Hauptschmerzen	Kursgruppe (N=31)
durchschnittliche Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen, bevor der Fragebogen ausgefüllt wurde	6,91 ± 1,83.
maximale Schmerzstärke	8,65 ± 1,64
momentane Schmerzstärke, die beim Ausfüllen des Fragebogens auftrat	5,83 ± 2,36
tolerable Schmerzstärke	2,76 ± 1,33

Medikamente:

Die meisten Patienten (41,9%) nahmen zum Zeitpunkt t_0 regelmäßig mehr als 2 periphere Analgetika oder mindestens 1 zentrales Analgetikum ein. Jeweils 29,0 % der Patienten nahmen maximal 2 periphere Analgetika nach Bedarf oder maximal 3 periphere Analgetika, wovon sie maximal 2 regelmäßig einnahmen.

Allgemeine Depressivitätsskala

50,0% der Patienten der Kursgruppe leiden unter Depressionen. Die Aufschlüsselung in die beiden Gruppen zeigt, dass 31,3% der Patienten der Interventionsgruppe und 75,0% der Kontrollgruppe darunter leiden. Die Patienten der Kontrollgruppe sind also stärker affektiv belastet ($p=0,022$) als die Patienten der Interventionsgruppe.

Beeinträchtigung in Lebensbereichen:

Dem Item Beeinträchtigung in Lebensbereichen wird eine Skala von 0 bis 10 zugrunde gelegt. Der Wert 0 bedeutet, dass keine Behinderung im entsprechenden Lebensbereich besteht; der Wert 10 gibt eine vollkommene Beeinträchtigung im Lebensbereich an.

Bei diesem Item gab es signifikante Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe. So ist die Interventionsgruppe in den Lebensbereichen soziale

Aktivitäten ($p=0,029$), Selbstversorgung ($p=0,036$) und lebensnotwendige Tätigkeiten ($p=0,031$) signifikant stärker beeinträchtigt.

Die Lebensbereiche Erholung und Beruf sind bei beiden Gruppen gleichermaßen stark beeinträchtigt wie aus der Zusammenfassung der Ergebnisse in der Tabelle 10 ersichtlich.

Tab 10: Beeinträchtigung in Lebensbereichen (0-10)	Kursgruppe (N=29)
Familiäre und häusliche Verpflichtungen	6,34 (2,24)
Erholung	7,52 (2,39)
Soziale Aktivitäten	6,07 (2,98)
Beruf	7,11 (2,36)
Sexualleben	5,41 (3,73)
Selbstversorgung	3,14 (3,01)
Lebensnotwendige Tätigkeiten	3,34 (3,07)

Themengebiet Arbeitsplatz:

Voraussetzung für die Beantwortung der Fragen rund um den Arbeitsplatz war, dass die Patienten einen Arbeitsplatz hatten bzw. selbstständig tätig waren. Weil das nicht immer der Fall war, wurden die Fragen von nur 16 Patienten ausgefüllt.

Eine Gefährdung des Arbeitsplatzes bestand bei 23,1% der Patienten. 43,8% waren zu dem Zeitpunkt t_0 arbeitsunfähig. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit betrug $16,06 \pm 14,70$ Wochen.

Rentenantrag

Die meisten der Patienten (56,7%) hatten keine Absicht, einen Rentenantrag zu stellen. 26,7% waren bereits endgültig berentet. 6,7% bezogen Rente. 10,0 % hatten die Absicht einen Rentenantrag zu stellen, bzw. hatten ihn schon gestellt.

Arztwechsel

Die durchschnittliche Häufigkeit des Arztwechsels liegt bei 1,97 Mal.

Stadieneinteilung des Schmerzchronifizierungsprozesses

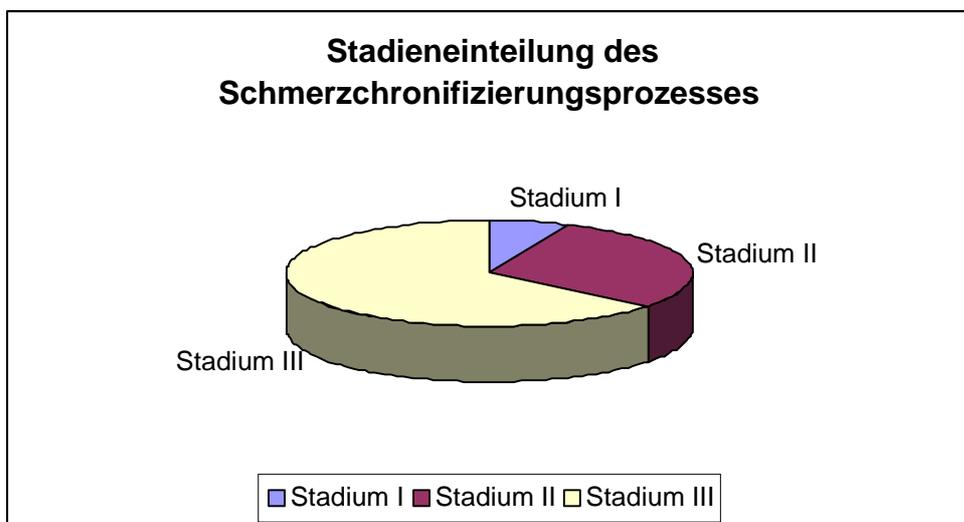
Das Gesamtstadium des Schmerzchronifizierungsprozesses errechnet sich aus vier Dimensionen:

1. zeitliche Aspekte
2. räumliche Aspekte
3. Medikamenteneinnahmeverhalten
4. Patientienkarriere.

Es gibt die Stadien I –III.

Auf häufigsten (64,5%) tritt bei den Patienten das Schmerzstadium III auf. 29,0% der Patienten befinden sich im Schmerzstadium II und am wenigsten häufig (6,5%) tritt das Stadium I auf (vgl. Abb. 7).

Abb.7:



3.1.1.2.3. Vergleich der Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

Die Kursgruppe und die repräsentative Stichprobe unterscheiden sich lediglich in der Skala Beeinträchtigung in Lebensbereichen in dem Unterpunkt Beruf. In diesem Punkt erweist sich die repräsentative Stichprobe sehr signifikant stärker belastet als die Kursgruppe ($p=0,009$). Abgesehen von diesem Unterpunkt bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

3.1.1.2.4. Diskussion der Ergebnisse des Deutschen Schmerzfragebogens

Die Patienten der Kursgruppe erweisen sich hinsichtlich des Chronifizierungsstadiums als hochbelastet. So befinden sich 64,5% der Patienten im Chronifizierungsstadium III; sie leiden also unter Dauerschmerz mit seltenem Intensitätswechsel, einer multilokulären oder diffus wechselnden Schmerzsymptomatik, langjährigem Medikamentenmissbrauch und „doctor shopping“. 29,0% der Patienten sind im Stadium II, das lang anhaltende Schmerzen mit seltenem Intensitätswechsel, unangemessen gesteigerte Medikation und einen häufigen Wechsel medizinischer Institutionen umfasst [Gralow et al. 1996, S.244f].

Diese hohe Belastung der Patienten der Kursgruppe spiegelt sich in der Stärke der Hauptschmerzen wieder. Sowohl die Stärke der durchschnittlichen Schmerzen ($6,91\pm 1,83$), als auch die Stärke der momentanen ($5,83\pm 2,36$) und der maximalen Schmerzen ($8,65\pm 1,64$) ist sehr hoch. Ebenso ist das Medikamenteneinnahmeverhalten charakteristisch für den Grad der Chronifizierung. So nehmen 41,9% der Patienten regelmäßig mehr als zwei periphere Analgetika oder ein zentrales Analgetikum ein.

Erkrankungen der Bewegungsorgane können Funktionsbehinderungen bei Tätigkeiten des Alltagslebens („activities of daily living“) verursachen, die von den Betroffenen als belastendes Moment ihres Leidens erlebt werden [Kohlmann et al. 1992, S.109]. So sind die Patienten durch die Schmerzen in ihren familiären und häuslichen Verpflichtungen, der Erholung, ihren sozialen Aktivitäten, im Beruf und im Sexualleben stark beeinträchtigt (5-7). Die Beeinträchtigung der Selbstversorgung und lebensnotwendiger Tätigkeiten ist weniger stark ausgeprägt (ca. 3).

Der Grad der Behinderung ist einerseits an den Schweregrad und das Fortschreiten der Krankheit gebunden, andererseits ist diese Bindung in vielen Fällen nicht so eng,

dass körperliche Krankheitsmerkmale und Funktionsbehinderungen gleichgesetzt werden könnten [Kohlmann et al. 1992, S.109].

In einem prozessualen Schmerzmodell erhält die Funktionsbehinderung den Status einer Mediatorvariable. Während sie auf der einen Seite als (körpernahe) Folge der Schmerzempfindung zu sehen ist, bildet sie im weiteren Verlauf selbst den Ausgangspunkt für Schmerzfolgen auf der Ebene der psychischen Reaktionen. Mit wachsender Funktionsbehinderung wird eine Erhöhung der psychischen Beeinträchtigung und es werden stärkere emotionale und verhaltensbezogene Reaktionen erwartet. Die Funktionsbehinderung vermittelt in diesem Sinne die Effekte der Schmerzempfindung auf die emotionalen/ behavioralen Beeinträchtigungen [Kohlmann et al. 1992, S.113].

Mit stärkeren Schmerzen erwarten wir eine geringere Funktionskapazität, eine verstärkt wahrgenommene Hilflosigkeit und eine größere emotionale Beeinträchtigung [Kohlmann et al. 1992, S.118]. Im Rahmen einer psychologischen Therapie ist es dringend erforderlich, die schmerzbedingten Beeinträchtigungen auf der somatischen Ebene kognitiv-emotionaler Reaktionen zu berücksichtigen. Auch wenn diese Beeinträchtigungen in unseren Modellen nur in der Funktion von Mediatoren oder Schmerzfolgen auftraten, können von ihnen im zeitlichen Verlauf auch Rückwirkungen auf die primäre Schmerzempfindung ausgehen [Kohlmann et al. 1992, S.120].

Bei den Fragen zu Themen rund um den Arbeitsplatz liegen uns nur von knapp der Hälfte der Patienten Angaben vor. Dies liegt vor allem am hohen Anteil der Rentner, dazu kommen noch die Hausfrauen, Studenten u.a., also alle Personen, für welche das Thema Arbeitsplatz nicht relevant ist. So müssen die Ergebnisse in diesem Themengebiet unter Vorbehalt gedeutet werden. Insgesamt zeigt sich aber, dass die Arbeitnehmer stark durch die chronische Schmerzerkrankung beeinträchtigt sind. So waren 43,8% der Patienten zum Zeitpunkt t_0 arbeitsunfähig. Darüber hinaus war die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit mit guten 4 Monaten sehr lang.

Die Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe unterscheiden sich von den Ergebnissen der Kursgruppe nicht signifikant, wenn man von der stärkeren Beeinträchtigung der Patienten der repräsentativen Stichprobe im Berufsleben absieht. So wird, -wie im strukturierten klinischen Interview- deutlich, dass die Belastungen durch die Schmerzen und auch die Empfindung der Schmerzen nicht von der Ursache der Schmerzen abhängig sind, sondern von den beiden Gruppen gleichermaßen empfunden werden.

3.1.1.3. Somatisierung und somatoforme Störungen (SCSS)

3.1.1.3.1. Resultate der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

Die Bestimmung der Kennwerte der Trait-Version des SCSS erfolgt mit einer Stichprobe von 96 Patienten der Schmerzambulanzen der Verhaltenstherapiestation und der Anästhesie und Allgemeinen Intensivmedizin. Die Stichprobe der Schmerzambulanzen erfüllt die Anforderungen einer repräsentativen Eichstichprobe [Peternell 1998, S.124]. Der Vergleich der Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe mit den Kennwerten der repräsentativen Eichstichprobe (vgl. Tab.11) ergibt höchst signifikant erhöhte Werte der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe in den Skalen:

- 🚦 „Beschwerdeindex für Somatisierung für Männer und Frauen“
($p(\text{Kursgruppe}) < 0,001$, $p(\text{repräsentative Stichprobe}) = 0,005$) und
- 🚦 „Positiver Summenscore“
($p(\text{Kursgruppe}) < 0,001$, $p(\text{repräsentative Stichprobe}) = 0,005$) .

In der Skala „Intensitätsindex“, hingegen, liegt kein signifikanter Unterschied vor. Die statistischen Kennwerte der State-Version der Checkliste wurden in zwei Stichproben ermittelt, in einer studentischen und einer klinischen Stichprobe. Die Scores der Patienten der Verhaltenstherapiestation sind im Vergleich zu den Scores der Studenten deutlich zu höheren Skalenwerten hin verschoben. Sie erreichen aber nur in der Skala Beschwerdeindex annähernd die Scores der Schmerzpatienten (vgl. Tab. 12). Abgesehen davon, wird erneut die hohe Belastung der Schmerzpatienten deutlich.

3.1.1.3.2. Vergleich der repräsentativen Stichprobe und den Kursgruppe

Es bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen der repräsentativen Stichprobe und den Kursgruppe.

3.1.1.3.3. Vergleich der Interventions- und der Kontrollgruppe

Zwischen den beiden Gruppen bestehen keine signifikanten Unterschiede.

Tab. 11: Gegenüberstellung der Ergebnisse des SCSS:	Kursgruppe (N=34)	repräsentative Stich- probe (N=20)	Stichprobe der Schmerzambu- lanzen (N=96)
Summenwert	94,41 (56,36)	91,80 (54,01)	
Beschwerdeindex für Somatisierung für Män- ner und Frauen	1,30 (0,77)	1,27 (0,74)	0,74 (0,63)
Beschwerdeindex ohne geschlechtsspezifische Symptome	1,31 (0,77)	1,31 (0,77)	
Positiver Summenscore	32,32 (15,47)	31,30 (13,77)	17,49 (14,54)
Intensitätsindex	2,75 (1,05)	2,79 (0,79)	2,98 (1,19)

Tab. 12: stat. Kennwerte des SCSS der:	Studentischen Stichpro- be (N=303)	Stichprobe der Verhal- tenstherapiestation (n=90)
Beschwerdeindex für So- matisierung für Männer und Frauen	0,48 (0,40)	1,22 (0,81)
Positiver Summenscore	15,92 (10,16)	30,29 (16,22)
Intensitätsindex	2,03 (0,77)	2,67 (0,87)

3.1.1.3.4. Diskussion der Ergebnisse des SCSS

Der Fragebogen wurde mit der Intention entworfen, ein diagnostisches Screening - Instrument für somatoforme Störungen bzw. Neurasthenie zu erhalten. Die Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe, zeigen, dass der Fragebogen in unserem Falle die Funktion eines Screenings auf somatoforme Störungen nicht erfüllen kann. Im strukturierten klinischen Interview tritt ein höchst signifikanter Unterschied zwischen der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe bezüglich der Diagnose somatoforme Störungen auf ($p < 0,001$), wohingegen im SCSS alle Skalen keinen signifikanten Unterschied zwischen den Kursgruppe und der repräsentativen

Stichprobe aufweisen. Dadurch stellt sich die Frage, welches der beiden Untersuchungsinstrumente die validen Ergebnisse liefert.

Zur objektiven Beantwortung dieser Frage ist vor allem die Zusammenstellung der beiden Gruppen relevant. Voraussetzung für die Teilnahme an der Kursgruppe war das Vorliegen einer somatoformen Störung bzw. eines körperlichen Zustands, bei dem psychische Faktoren eine Rolle spielen. Es handelt sich also um eine selektierte Gruppe von Patienten, bei der die Ursache der Beschwerden oft unklar war. Diese Gruppe weist also berechtigt hohe Werte, die für eine somatoforme Störung sprechen, in den Skalen des SCSS auf. Bei der repräsentativen Stichprobe hingegen handelt es sich um eine unselektierte Stichprobe von Patienten einer neurologischen Schmerzambulanz. Diese Stichprobe müsste eher den Kennwerten der Stichprobe von 96 Patienten der Schmerzambulanzen der Verhaltenstherapiestation und der Anästhesie und Allgemeinen Intensivmedizin entsprechen, von der sie sich signifikant unterscheidet, als den Ergebnissen der Kursgruppe, von denen sie sich signifikant nicht unterscheidet.

Die Ursache für dieses Problem liegt wahrscheinlich in dem Layout und der Anleitung des Fragebogens. In der Anleitung wird im 2. Satz deutlich darauf hingewiesen, dass „nur solche Beschwerden angegeben werden sollen, für die von Ärzten keine genauen Ursachen gefunden wurden und die ihr Wohlbefinden stark beeinträchtigt haben“. Bei der Auswertung der Fragebögen, vor allem der repräsentativen Stichprobe, wurde deutlich, dass die Patienten alle Beschwerden angekreuzt hatten, unter denen sie schon einmal gelitten hatten. Die Ergebnisse bestätigen diese Neigung der repräsentativen Stichprobe nach diesem Muster anzukreuzen. Die wahrscheinlichste Ursache für dieses Verhalten ist, dass die Anleitung zu dem SCSS von den Patienten nicht ausreichend beachtet bzw. gelesen wurde, oder auch von einigen Patienten nicht genau verstanden wurde. Inwieweit dieses Problem auch in der Kursgruppe aufgetreten ist, lässt sich nur schwer rekonstruieren. Aus diesen Gründen verzichte ich auf eine weitere Auswertung des SCSS.

3.1.1.4. Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)

3.1.1.4.1. Resultate der repräsentativen Stichprobe

Zur Interpretation der Ergebnisse bietet das Handbuch eine Normstichprobe an, die sich aus 2941 Probanden aus der ost- und westdeutschen Bevölkerung zusammensetzt (vgl. Tab.13). Bei dieser Stichprobe handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe.

So werden die Ergebnisse des Untersuchungszeitpunktes t_1 mit den im Manual ermittelten Ergebnissen [Bullinger und Kirchberger 1995, Tab. 3.3.] der Normstichprobe verglichen. Das Ergebnis ist, dass die repräsentative Stichprobe der chronischen Schmerzpatienten in allen Items unter einem höchst signifikant schlechteren Gesundheitszustand leidet. Der Vergleich der Schmerzpatienten mit chronisch erkrankten Untergruppen der Normstichprobe, Patienten mit Diabetes und Patienten mit Arthritis, Rheuma, Arthrose), verdeutlicht ebenfalls die extrem starke Einschränkung der Lebensqualität der Schmerzpatienten (vgl. Tab.13).

3.1.1.4.2. Resultate der Kursgruppe

Die Ergebnisse der Kursgruppe unterscheiden sich nicht signifikant von den Ergebnissen der repräsentativen Stichprobe, abgesehen von der Skala Vitalität. In dieser Skala liegt ein signifikanter Unterschied ($p=0,024$) zwischen den beiden Gruppen vor (vgl. Tab.13). So fühlen sich die Patienten der repräsentativen Stichprobe vitaler als die Patienten der Kursgruppe.

Tab. 13: Gegenüberstellung der Ergebnisse des SF-36:	Kursgruppe (N=34/33)	repräsentative Stichprobe (N=21/20)	Normstichprobe (n=2914)	Diabetes (N=172)	Arthritis/ Rheuma/ Arthrose (N=519)
Körperliche Funktionsfähigkeit	44,12 (23,98)	45,48 (25,73)	83,8 (23,6)	71,70 (27,86)	77,60 (22,17)
Körperliche Rollenfunktion	18,94 (33,09)	13,10 (28,08)	81,2 (33,8)	73,86 (38,49)	80,24 (33,92)
Körperliche Schmerzen	23,41 (17,71)	23,24 (22,22)	77,2 (28,5)	69,18 (31,39)	69,52 (25,79)
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	37,75 (17,41)	46,05 (19,75)	66,2 (21,0)	57,21 (19,70)	67,90 (15,24)
Vitalität	30,61 (18,95)	40,48 (13,87)	61,8 (19,2)	62,16 (17,30)	61,23 (17,95)
Soziale Funktionsfähigkeit	47,06 (33,44)	54,76 (29,97)	87,7 (19,5)	86,67 (18,92)	90,28 (16,87)

Emotionale Rollenfunktion	39,39 (45,23)	41,67 (43,09)	88,2 (28,3)	90,37 (25,25)	90,71 (23,67)
Psychisches Wohlbefinden	48,85 (21,44)	50,29 (20,18)	72,8 (17,3)	76,64 (16,18)	76,48 (15,90)
Veränderung des Gesundheitszustandes	3,68 (1,17)	3,71 (1,10)	-	-	-

3.1.1.4.3. Vergleich der Ergebnisse der Interventions- und Kontrollgruppe

Zwischen Teilnehmern der beiden Gruppen bestehen zum Untersuchungszeitpunkt t_1 signifikante Unterschiede. Diese liegen bei folgenden Items vor:

- Vitalität und
- psychisches Wohlbefinden

In beiden Fällen ist die Kontrollgruppe stärker belastet als die Interventionsgruppe.

3.1.1.4.4. Diskussion der Ergebnisse des SF-36

Der Vergleich der Patienten der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe mit der repräsentativen Stichprobe des Fragebogens zeigt, dass die Patienten durch die chronische Erkrankung unter einer sehr signifikanten Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität leiden. Diese Beeinträchtigung erstreckt sich auf alle vier Komponenten ihrer Lebensqualität: psychisches Befinden, körperliche Verfassung, soziale Beziehungen, funktionale Kompetenz. Einige andere Studien, darunter [Becker et al. 2000, S.210] haben bereits bestätigt, dass chronische Schmerzen zu einer Verschlechterung der Lebensqualität der Patienten führen.

Schlussfolgerung Komorbidität

Im Rahmen der Schmerzerkrankung tritt sowohl bei den Patienten der Kursgruppe, als auch bei den Patienten der repräsentativen Stichprobe eine hohe Belastung auf (vgl. Ergebnisse Strukturiertes Klinisches Interview, Deutscher Schmerzfragebogen, Fragebogen zum Gesundheitszustand). Die Belastungen sind weitgehend unabhängig davon, ob der Schmerz vorwiegend physisch oder psychisch verursacht ist.

3.1.2. Erfassung der Persönlichkeit

3.1.2.1. Narzissmusinventar (NI)

3.1.2.1.1. Resultate der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

Den Stichproben der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe ist in der Tab.14 eine Auswahl der Referenzstichproben aus dem Manual des Narzissmusinventars gegenübergestellt. Die beiden hier aufgeführten Referenzstichproben, narzisstische Charakterstörung und Borderline Syndrom, gehen aus einer Gesamtstichprobe von 1277 Patienten mit psy-neurotischen bzw. psychosomatischen Störungen aus psychosomatischen, psychiatrischen Kliniken und Abteilungen für Psychotherapie und Psychosomatik hervor. Die dritte Referenzstichprobe – Gesunde - setzt sich aus Personen zusammen, die sich aufgrund von Zeitungsanzeigen für den Test zur Verfügung gestellt hatten und die - als Voraussetzung für die Teilnahme an dem Test- in den letzten 5 Jahren weder körperlich noch seelisch krank gewesen waren.

Tab.14: Gegenüberstellung der Ergebnisse des Narzissmusinventar	Kurs- gruppen (N=34)	repräsen- tative Stich- probe (N=20)	Gesunde (N=38)	Borderline- Syndrom (N=39)	Narziss- tische Cha- rakter- störung (N=59)
<i>Dimension I : das bedrohte Selbst</i>					
Ohnmächtiges Selbst	19,14 (10,03)	19,47 (7,91)	12,7 (3,0)	30,1 (10,7)	26,2 (11,0)
Affekt- /Impulskontrollverlust	21,12 (9,60)	25,60 (12,42)	18,1 (7,8)	28,9 (10,7)	27,3 (9,6)
Derealisation/ Depersonalisation	14,02 (6,82)	18,75 (10,77)	13,1 (4,6)	28,0 (12,4)	23,3 (11,9)
Basales Hoffnungs- potential	33,53 (9,32)	36,09 (7,06)	40,2 (7,3)	27,7 (10,5)	29,8 (8,8)
Kleinheitsselbst	21,68 (9,41)	23,10 (6,94)	16,7 (6,0)	30,0 (9,0)	26,2 (10,6)
Negatives Körper- selbst	15,29 (8,53)	13,20 (4,05)	11,6 (5,4)	19,9 (8,6)	17,8 (10,0)
Soziale Isolierung	21,88 (8,91)	24,11 (6,56)	21,5 (7,3)	30,5 (8,0)	28,9 (9,4)
archaischer Rückzug	26,03 (8,89)	29,18 (10,41)	22,6 (7,1)	32,4 (8,9)	30,5 (8,2)
<i>Dimension II: das klassisch narzisstische Selbst</i>					
Größenselbst	25,79 (6,88)	25,70 (5,62)	28,3 (6,7)	24,9 (7,1)	27,8 (8,0)
Sehnsucht nach dem idealen Selbstobjekt	24,23 (8,00)	26,20 (5,34)	26,9 (6,7)	29,0 (7,7)	28,6 (7,7)

Gier nach Lob und Bestätigung	22,00 (7,00)	21,44 (6,79)	24,3 (7,3)	28,2 (9,2)	28,0 (8,3)
narzisstische Wut	22,82 (7,95)	25,10 (7,36)	20,9 (7,2)	27,3 (7,7)	28,3 (8,6)
<i>Dimension III: das idealistische Selbst</i>					
Autarkie-Ideal	32,18 (7,18)	33,41 (8,70)	34,7 (7,4)	27,0 (6,7)	30,9 (7,0)
Objektabwertung	27,35 (9,02)	29,70 (8,18)	22,6 (7,6)	25,6 (6,2)	29,0 (7,8)
Werte-Ideal	32,82 (8,21)	33,36 (8,55)	33,0 (8,7)	29,9 (7,1)	30,0 (8,3)
Symbiotischer Selbstschutz	39,60 (5,39)	40,05 (5,04)	35,8 (6,3)	34,6 (6,3)	36,3 (8,0)
<i>Dimension IV: das hypochondrische Selbst</i>					
hypochondrische Angstbindung	25,53 (8,02)	27,70 (10,67)	16,9 (6,0)	25,3 (10,0)	25,1 (10,4)
narzisstischer Krankheitsgewinn	34,94 (8,39)	33,10 (11,69)	13,2 (3,6)	21,7 (9,4)	23,0 (11,3)
Summenscore	27,13 (4,56)	28,21 (5,49)			

Dimension I: das bedrohte Selbst

Das Kollektiv der chronischen Schmerzpatienten neigt dazu, Defizite in der Selbstorganisation bzw. in der Selbstregulation zu erleben (*Skala Ohnmächtiges Selbst*), allerdings nicht in einem Ausmaß wie z.B. die Vergleichsstichproben der narzisstischen Charakterstörung oder dem Borderline-Syndrom.

Aspekte der defizitären Selbstregulation sind das Gefühl der allgemeinen Leere, das eine gewisse Konkretisierung durch die Zweifel am Wert der eigenen Person erfährt (*Skala Kleinheitsselbst*). Die Patienten neigen hierbei dazu, den Wert der Person auf die körperlichen Repräsentanzen einzugrenzen (*Skala Negatives Körper selbst*).

Ein weiterer Aspekt der defizitären Selbstregulation ist der immer wieder drohende Affekt- und Impulsverlust (*Skala Affekt- / Impulskontrollverlust*).

Durch das Erleben der Schwächen in der Selbstorganisation- bzw. -regulation geht in einem gewissen Ausmaß die vertrauensvoll-positive Erwartung verloren, dass das Selbst noch errettbar ist (*Skala Basales Hoffnungspotential*).

Das Kollektiv der chronischen Schmerzpatienten zeigt keine Tendenz, sich aus der Gesellschaft zurückzuziehen (*Skala Soziale Isolierung*); allerdings besteht ein starker Wunsch sich mit Objekten zu vereinigen, die dauerhaft und zuverlässig verfügbar sind (*Skala Archaischer Rückzug*).

Störungen in der Selbstorganisation, wie zum Beispiel das Erleben von Derealisation oder Depersonalisation, sind bei der Stichprobe der chronischen Schmerzpatienten nicht stark ausgeprägt (*Skala Derealisation / Depersonalisation*).

Dimension II:

Bei den Bereichen, die wesentliche Aspekte der narzisstischen Persönlichkeit erkennen lassen, zeigt sich das Kollektiv der chronischen Schmerzpatienten eher unauffällig. Die Patienten neigen nicht dazu, sich anderen gegenüber überlegen, unwiderstehlich oder sieghaft zu fühlen (*Skala Größenselbst*). Die Patienten suchen zwar nach dauerhaften und zuverlässigen Objekten, aber nicht nach bedeutenden Persönlichkeiten, mit deren Macht und Glanz sie sich identifizieren könnten (*Skala Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt*). Auch der Wunsch nach grandioser Selbstdarstellung ist ihnen eher fremd (*Skala Gier nach Lob und Bestätigung*). Die Wuterregung, mit der Funktion der Mobilisierung der Reaktions- und Verteidigungsbereitschaft wird, ein wenig öfter als bei Gesunden, als Schutz gegen die Gefahr der Desintegration bzw. des Verlustes der Kohärenz genutzt (*Skala Narzisstische Wut*).

Dimension III:

Sehr ausgeprägt in dem Kollektiv der chronischen Schmerzpatienten ist die Sehnsucht nach konfliktfreier, zwischenmenschlicher Nähe und bedingungslosem Vertrauen, wodurch das Selbst getröstet werden soll, wenn es verletzt wurde, oder wodurch das Selbst geschützt werden soll, wenn es realistischere menschliche Enttäuschungen erwartet. Es besteht also der ausgeprägte Wunsch, dass eigene Defizite durch ein Objekt substituiert, und die stets gegenwärtige Gefahr eines Objektverlustes – und damit die schmerzvolle Erfahrung von Einsamkeit, Hilflosigkeit und Verzweiflung gebannt werden können (*Skala Symbiotischer Selbstschutz*).

Trotz dieser starken Sehnsucht nach einem Objekt, das diese Erwartungen erfüllt, besteht Angst vor Zurückweisung, Kränkung oder auch Erniedrigung durch ein eigentlich liebenswertes Objekt, die dazu führt, dass das Objekt entwertet wird (*Skala Objektbewertung*).

Zugleich stellen die Patienten relativ hohe Leistungsanforderungen an sich, womit sich versuchen, sich ihre Autarkie zu sichern und Insuffizienzgefühle oder –erfahrungen zu kompensieren (*Skala Autarkie-Ideal*). Die Grundsätze, nach denen sie ihr Leben gestalten, werden von ihnen nicht in Frage gestellt (*Skala Werte-Ideal*).

Dimension IV:

Die chronischen Schmerzpatienten erleben sich in hypochondrisch-ängstlicher Sorge um ihre körperliche Gesundheit und Integrität, mit der Folge, dass die körperlichen Funktionen aufmerksam und misstrauisch überwacht werden. Nach Mentzos (1984) ist die Eingrenzung auf körperliche Vorstellungsinhalte ein Versuch, die grenzenlose Angst, dass die autoregulativen Funktionen zusammenbrechen könnten, einzugrenzen. Diese körperbezogene Angstbindung eröffnet dem Selbst weitere Möglichkeiten der Stabilisierung, da es sich jetzt von den bedrohten Teilbereichen wie von einem Objekt distanzieren kann, indem es die Verantwortung für die Selbstdefekte an medizinische Helfer delegieren kann und somit Rettungsphantasien mobilisieren kann, die Defekte seien korrigierbar und heilbar (*Skala hypochondrisches Angstbindung*).

Weiterhin retten sich die chronischen Schmerzpatienten sehr stark in die Phantasie, eigentlich leistungsfähig, tatkräftig und heil zu sein, wenn nicht der Körper versagen würde (*Skala narzisstischer Krankheitsgewinn*).

3.1.2.1.2. Vergleich der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

Zwischen den Kursgruppe und der repräsentativen Stichprobe bestehen keine signifikanten Unterschiede.

3.1.2.1.3. Vergleich der Interventions- und der Kontrollgruppe

In den einzelnen Skalen bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe.

3.1.2.1.4. Diskussion der Ergebnisse des Narzissmusinventars

Das Selbst wird als ein System aufgefasst, das stets eine Organisationsform anstrebt, die der inneren und äußeren Situation, in der sich ein Mensch befindet, angemessen ist – indem nämlich das Selbstsystem im Spannungsfeld zwischen Strebungen, die auf das Erreichen eines Ruhe-Gleichgewichts ausgerichtet sind (sinnliche Befriedigung, Erleben von Sicherheit, Selbstwertstabilität, Sinnerfahrung) und den antagonistischen Strebungen (nach Spannung, Unruhe, Veränderung) jederzeit optimal ausbalanciert ist. Dieser positiv-intentionalen Zielbestimmung aller Regulationsvorgänge im Selbstsystem ist eine defensiv-intentionale komplementär zur Seite zu stellen: das Selbstsystem versucht, Organisationsweisen zu vermeiden, die Bestand und Funktion dieses Systems grundsätzlich gefährden [Deneke et al. 1989, S.28].

Chronische Erkrankungen können das Selbstsystem zum Wanken bringen. Die subjektive Verarbeitung des chronischen Schmerzes führt zu einer erheblichen Diskrepanz zwischen den psychischen Repräsentanzen des aktuellen und idealen Selbst. Diese Diskrepanz kann die Selbstwert- und Abhängigkeitsprobleme der Patienten begründen. Sie kann sehr schmerzhaft erlebt werden und löst Anpassungs- und Abwehrmechanismen (narzisstische Regulationsmodi) mit dem Ziel aus, ein Gefühl von Wohlbefinden und Sicherheit zu erlangen. Somit ist das System ständig in Bewegung und balanciert sich aus. Für die Schmerzpatienten gibt es mannigfache Belastungen und somit Ursachen der Destabilisierung: die körperliche Erkrankung selbst, die Abhängigkeit von Ärzten und die Einschränkungen in der Lebensqualität bzw. selbstständigen Lebensführung. Es ist zu vermuten, dass die Form, in der die Patienten ihr narzisstisches Gleichgewicht ausbalancieren, Einfluss auf das Krankheitsverhalten der Patienten ausübt [Kruse et al. 2000, S. 64].

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die Ergebnisse der einzelnen Dimensionen dargestellt:

In der Dimension I, die besonders gut eine hochgradige Instabilität des Selbst erkennen lässt, zeigt sich, dass die repräsentative Stichprobe und die Kursgruppe dazu neigen, Defizite in der Selbstorganisation bzw. in der Selbstregulation im begrenzten Ausmaß zu erleben. Im Vordergrund stehen

- ✚ der Affekt- und Impulsverlust,
bei dem vorrangig destruktive Impulse durchzubrechen drohen;
- ✚ das Kleinheitsselbst,
der Zweifel am Wert der eigenen Person, die tiefe Selbstunsicherheit bestimmt;
- ✚ der archaische Rückzug,
der die Sehnsüchte nach unendlicher Ruhe umgreift;
- ✚ das basale Hoffnungspotential,
das sich in der Abnahme des Vermögens, trotz aller persönlichen Not noch ein fundamentales Vertrauen auf eine Wendung zum Besseren wahren zu können.

In dieser Dimension fällt auf, dass die Werte für Derealisation / Depersonalisation in der repräsentativen Stichprobe deutlich über denen der Kursgruppe liegen.

In der Dimension II, die Regulationsmuster repräsentiert, die wesentliche Aspekte der narzisstischen Persönlichkeit erkennen lassen, ist das Regulationsmuster

der narzisstischen Wut, durch die das Selbst einen Schutz vor der Gefahr der Desintegration bzw. des Verlustes seiner Kohärenz erfährt, und sich so zielgerichteter und weniger ohnmächtig erlebt, für die chronischen Schmerzpatienten bedeutsam.

Bezüglich der anderen Regulationsmuster weisen die Schmerzpatienten keine Auffälligkeiten auf.

Die Dimension III, „das idealistische Selbst“, erfasst Regulationsmuster, die latente oder manifeste Angst davor erkennen lassen, in Objektbeziehungen enttäuscht und verletzt zu werden. Gerade in den Skalen:

- ✚ Objektabwertung und
- ✚ Symbiotischer Selbstschutz,

die hochnormale Werte aufweisen werden die ambivalenten Tendenzen der Patienten deutlich. Auf der einen Seite steht die Sehnsucht nach einem absolut guten Objekt und einer harmonischen Beziehung zu ihm; auf der anderen Seite steht die Entwertung des Objektes. Die Ausprägung der Skalenwerte zeigt, dass die Sehnsucht nach dem Objekt überwiegt.

Die Dimension IV, „das hypochondrische Selbst“, erfasst Regulationsmuster, denen gemeinsam ist, dass die Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper fokussiert wird, der wie ein Objekt erlebt und benutzt wird. Dabei muss immer berücksichtigt, dass die Dimension IV auch bei Patienten anspringt, deren Krankheitsgefühl mit einem objektiven körperlichen Befund einhergeht. [Deneke et al. 1989, S. 38]. Vor diesem Hintergrund lässt sich teilweise das erhöhte Ergebnis in der Skala narzisstischer Krankheitsgewinn erklären. In einer durch die Schmerzen stark eingeschränkten Lebenssituation ist es verständlich, dass sich die Patienten in Phantasien retten, eigentlich leistungsfähig, tatkräftig und heil zu sein. Ebenso kann man vor dem Hintergrund der chronischen Erkrankung gut verstehen, warum die Patienten in der Skala „Hypochondrische Angstbindung“ erhöhte Werte aufweisen. Die Schmerzpatienten sind tagtäglich mit der Sorge um ihre körperliche Gesundheit und Integrität konfrontiert.

3.1.2.2. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)

3.1.2.2.1. Besonderheiten bei der Auswertung

Es gibt mehrere Möglichkeiten für die Darstellung der Ergebnisse. Eine davon sind die ipsativen Skalenwerte. Die ipsativen Werte können als individuelle Standardscores aufgefasst werden. Die Standardisierung nimmt Bezug zu dem Durchschnittswert der Person im Gesamtfragebogen.

Die ipsativen Werte folgen der Tradition der interpersonalen Theorie, sie liegen auch der Konstruktion der Skalen zugrunde, die für dieses Manual im Mittelpunkt stehen.

3.1.2.2.2. Resultate der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

Der IIP ist primär ein Fragebogeninstrument zur individuellen Status- und Veränderungsdiagnostik in der klinischen bzw. Persönlichkeitspsychologie. Dementsprechend ergeben die gebildeten Skalenwerte zunächst Aufschluss darüber, unter welchen interpersonalen Schwierigkeiten eine Person in welchem Maße leidet, wobei das Bezugsmodell das interpersonale Kreismodell darstellt [Horowitz et al., S.25], Abb. 8.

In Tabelle 15 sind die ipsativen Werte der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe denen der Normstichprobe des Tests gegenübergestellt. Die Normstichprobe besteht aus 1335 Personen und setzt sich aus 3 verschiedenen Gruppen: Psychotherapiepatienten (n=506), Rehabilitanden nach Herzerkrankung (n=368) und Studenten (n=461).

Tab.15: Gegenüberstellung der ipsativen Werte des IIP	Kurspatienten (N=34)	repräsentative Stichprobe (N=18)	Normstichprobe (n=1333)
zu autokratisch/dominant	-3,42 (4,56)	-3,79 (4,19)	-3,60 (4,06)
zu streitsüchtig/ konkurrierend	-2,57 (2,78)	-1,96 (3,56)	-2,37 (3,60)
zu abweisend/ kalt	-1,36 (3,69)	-1,68 (3,73)	-1,35 (3,80)
zu introvertiert/ sozial vermeidend	-1,04 (4,31)	-6,94 10^{-2} (2,48)	0,88 (4,36)
zu selbstunsicher/ unterwürfig	2,17 (5,47)	2,10 (3,79)	2,44 (4,38)
zu ausnutzbar /nachgiebig	2,84 (3,99)	3,15 (3,55)	2,71 (3,90)
zu fürsorglich/ freundlich	3,72 (3,61)	3,88 (2,75)	2,40 (3,56)
zu expressiv/ aufdringlich	-0,33 (4,72)	-1,63 (3,38)	-1,11 (4,39)

Abb. 8: interpersonales Kreismodell



Die interpersonale Problematik, die das gesamte Kollektiv (Kursgruppe und die repräsentative Stichprobe) der chronischen Schmerzpatienten betrifft und signifikant ($p(\text{Kursgruppe})=0,040$; $p(\text{repräsentative Stichprobe})=0,036$) von der Normstichprobe unterscheidet, ist das Gefühl „zu fürsorglich/ freundlich“ zu sein. So berichten die Patienten, dass sie ihre eigenen Interessen und Wünsche gegenüber den Bedürfnissen anderer vernachlässigen, dass sie zu großzügig sind oder sich zu sehr durch die Not anderer anrühren lassen; es fällt ihnen schwer, anderen Grenzen zu setzen.

Weiterhin zeigt der Vergleich der Normstichprobe mit der Kursgruppe, dass keine spezielle interpersonale Problematik der Kurspatienten darin besteht, dass sie „zu introvertiert/ sozial vermeidend“ sind. In der Skala „zu introvertiert/sozial vermeidend“ besteht ein sehr signifikanter Unterschied zur Normstichprobe ($p=0,014$). So berichten die Patienten weniger über Probleme, Kontakte zu knüpfen, auf andere zuzuge-

hen oder mit anderen etwas zu unternehmen; sie beschreiben vorwiegend keine Schwierigkeiten, ihre Gefühle zu zeigen.

Neben dem Vergleich der ipsativen Werte mit der Normstichprobe, werden in der Tabelle 16 die Rohwerte der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe einer Auswahl von 3 verschiedenen Diagnosegruppen gegenübergestellt. Die 3 Diagnosegruppen sind Teilgruppen eines Kollektivs von 712 Psychotherapiepatienten, die im Rahmen einer Verbundstudie in der Bundesrepublik zur Prognose des Behandlungserfolgs nach stationärer Gruppenpsychotherapie untersucht wurden. Bei den 3 Diagnosegruppen stehen im Vordergrund Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatische Erkrankungen. Es zeigt sich, dass die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen das größte Ausmaß an interpersonalem Leiden beschreiben; psychosomatische Patienten erwartungsgemäß das geringste. Der Vergleich der Gesamtheit der Kurspatienten und der Patienten der repräsentativen Stichprobe mit den 3 Diagnosegruppen zeigt, dass die Schmerzpatienten die geringsten interpersonalen Probleme aufweisen, also in etwa wie die psychosomatischen Patienten einzustufen sind.

Tab. 16: Gegenüberstellung der Ergebnisse des IIP	Kurs- patienten (N=34)	repräsen- tative Stichprobe (N=19)	Diagnosegruppen		
			Neurosen (N=303)	Persön- lichkeits- störun- gen (N=84)	Psycho- somati- sche Erkran- kungen (N=111)
zu autokra- tisch/dominant	5,59 (5,17)	7,47 (5,16)	8,84 (5,4)	10,88 (5,8)	6,64 (4,4)
zu streitsüchtig/ konkurrierend	6,44 (5,11)	9,16 (4,05)	10,16 (5,5)	13,84 (5,7)	7,92 (4,7)
zu abweisend/ kalt	7,65 (5,96)	10,20 (6,44)	11,76 (6,3)	15,52 (6,6)	8,88 (6,0)

zu introvertiert/ sozial vermeidend	7,97 (7,09)	10,58 (5,66)	15,52 (7,2)	17,52 (7,1)	12,72 (7,3)
zu selbstunsicher/ unterwürfig	11,18 (8,28)	12,84 (6,74)	18,56 (7,0)	18,48 (6,9)	14,88 (7,2)
zu ausnutzbar /nachgiebig	11,85 (6,56)	13,30 (6,68)	16,72 (6,1)	16,48 (6,2)	14,24 (6,1)
zu fürsorglich/ freundlich	12,74 (5,71)	14,90 (5,22)	16,56 (5,5)	16,40 (5,8)	13,68 (5,5)
zu expressiv/ aufdringlich	8,68 (5,54)	9,11 (5,40) (N=18)	12,00 (5,5)	13,20 (6,4)	9,44 (5,1)
Gesamtwert	9,01 (4,63)	11,18 (4,38)	14,3 (4,3)	16,08 (4,3)	11,20 (4,1)

3.1.2.2.3. Vergleich der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

Es bestehen keine signifikanten Unterschiede bezüglich der ipsativen Werte zwischen den beiden Gruppen. Bezüglich der Rohwerte besteht ein signifikanter Unterschied in der Skala „zu streitsüchtig/ konkurrierend“. So neigen die Patienten der repräsentativen Stichprobe stärker zu dieser interpersonalen Problematik.

3.1.2.2.4. Vergleich der Interventions- und der Kontrollgruppe

Es bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

3.1.2.2.5. Diskussion der Ergebnisse des IIP

Die zentrale interpersonale Problematik der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe ist das Gefühl „zu fürsorglich / freundlich“ zu sein. Dieses Ergebnis deckt sich mit Untersuchungen von Hildebrandt und Franz (1988, S.11) in der Göttinger Schmerzambulanz. Sie haben bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen 3 zentrale Verhaltensmuster eruiert: leisten, helfen, Auseinandersetzung vermeiden. [Hildebrandt et al. 1990, S.315].

Die Hilfsbereitschaft liegt bei 80% der Patienten mit Rückenschmerzen auf der Werte- und Normenskala an erster Stelle und in vielen Fällen nimmt sie die Form einer das Leben bestimmenden Helferrolle an [Hildebrandt et al. 1990, S.315]. Darüber hinaus sehen sich die „zu fürsorglichen / freundlichen“ Patienten in dem beständigen

– positiv empfundenen- Bestreben, Auseinandersetzungen mit anderen Menschen zu vermeiden, sei es durch überangepasstes Verhalten oder durch die beschriebene Helferrolle. Zu diesen beiden Aspekten kommt noch der Leistungsaspekt hinzu: Die Patienten schildern sich als harte Arbeiter mit hohen Leistungsansprüchen und erhalten ihre Identität nahezu ausschließlich durch die Arbeit. Die Fixierung auf die Arbeit als Mittelpunkt des Lebens hindert sie daran, die Früchte ihrer Arbeit zu genießen und sich zu entspannen [Hildebrandt et al. 1990, S.315f, Pfingsten et al. 1988, S.331].

Die in den Eigencharakterisierungen der Patienten deutlich werdenden Einstellungen und Verhaltensweisen haben potentiellen Krankheitswert, insbesondere können sie bei dem Prozess der Chronifizierung der Beschwerden entscheidende Bedeutung erlangen: Sowohl die Konfliktvermeidung als auch der hohe Leistungsanspruch und die ausgeprägte Hilfsbereitschaft bergen die Gefahr einer chronischen (Selbst)überforderung des Patienten, wobei Entspannungsbedürfnisse und psychophysische Warnsignale nicht wahr- oder Ernst genommen werden. Im Sinne des „Diathese-Stress-Modells“ [Hildebrandt et al. 1990, S.316, Flor 1984] kann eine solche Situation chronischer Überforderung zum Aufbau persistierender, letztlich schmerzhafter Muskelverspannungen beitragen und einen Teufelskreis von Schmerz und Verspannung etablieren und / oder unterhalten. Aufgrund ihrer eingeschränkten Möglichkeiten, Hilfe anzunehmen und Forderungen zu stellen, können die Patienten der Überforderung nur durch die Übernahme der Krankenrolle „legitim“ ausweichen. In der Folge wird das Krankheitsverhalten im Sinne des operanten Modells z.B. durch Entlastung, soziale Aufmerksamkeit und Unterstützung verfestigt. [Hildebrandt et al. 1990, S.316].

3.1.2.3. Borderline – Persönlichkeitsinventar (BPI)

3.1.2.3.1. Resultate der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

In Tabelle 17 ist die Stichprobe der Kurspatienten und der repräsentativen Stichprobe aus der Studie einer Auswahl der Referenzstichproben aus dem Manual des Borderline-Persönlichkeits-Inventars gegenübergestellt. Die Referenzstichprobe der „Normalen“ (N=200) besteht überwiegend aus Studenten. Insofern ist die Repräsentativität für die Allgemeinbevölkerung eingeschränkt.

Tab.17: Gegenüberstellung der Ergebnisse des BPI	Neurotische Patienten (N=23) u. stat. behandelte Psy- chotherapie- patienten (N=193) (N=216)	alle Borderli- ne Patienten (N=67)	„Normale“ (N=200)	Kurs- gruppen (N=34)	repräsentati- ve Stichpro- be (N=20)
BPI –51 Gesamtwert	12,54	27,55	10,54	9,06	10,75
Identitätsdiffusion und Entfremdungserlebnisse	3,24	7,61	2,88	1,94	3,10
Angst vor Nähe	2,12	5,16	2,02	1,56	1,70
primitive Abwehrme- chanismen und Ob- jektbeziehungen	3,01	5,66	1,31	1,64	2,05
mangelhafte Realitäts- prüfung (psychotisch)	0,38	1,34	0,26	0,21	0,25

Der Vergleich zwischen den in der Tabelle aufgeführten Gruppen zeigt, dass die Teilnehmer an den Stichproben der chronischen Schmerzpatienten ein kohärentes Bild von sich selbst entwickelt haben. Die Patienten tendieren stark dazu, Gegensätze in sich auszuhalten und zu integrieren, ohne unerträgliche Angst zu bekommen. (*Identitätsdiffusion und Entfremdungserlebnisse*). Darüber hinaus stehen sie anderen Menschen eher vertrauensvoll gegenüber, wobei sie nicht stark dazu neigen, bei geringen Enttäuschungen in ihren Gefühle gegenüber anderen Menschen ins Gegenteil umzuschlagen. Auch für sich selbst können sie einen zumindest durchschnittlichen Wert empfinden, (*primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen*).

Weiterhin wird deutlich, dass sich diese Patienten auf nahe und enge Beziehungen einlassen können. Sie haben also die Fähigkeit, sich von anderen abzugrenzen, (*Angst vor Nähe*)

Ähnlich wie der Durchschnitt der Stichprobe der „Normalen“ können die chronischen Schmerzpatienten zwischen Realität und Phantasie unterscheiden, (*mangelhafte Realitätsprüfung - psychotisch*)

3.1.2.3.2. Vergleich der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

Zwischen den repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe treten keine signifikanten Unterschiede auf.

3.1.2.3.3. Vergleich der Interventions- und der Kontrollgruppe

Zwischen den beiden Gruppen treten keine signifikanten Unterschiede auf.

3.1.2.3.4. Diskussion der Ergebnisse der Borderline-Persönlichkeitsinventars

Die Patienten der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe zeigen keine ausgeprägte Tendenz zu spezifischen Eigenschaften der Borderline-Störung.

3.1.2.4. Toronto-Alexithymie-Skala

3.1.2.4.1. Resultate der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

In Tabelle 18 werden die Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe denen der Stichproben der deutschen Version [Bach et al. 1996] gegenübergestellt. Die nichtklinische Stichprobe der Normalpersonen (N=306) setzt sich zusammen aus Mitarbeitern einer Universitätsklinik und eines Allgemeinkrankenhauses (N=85) und Personen, die zur Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen an ein Allgemeinkrankenhaus gelangten (N=221). Das Ausschlusskriterium für diese Stichprobe war das Vorliegen einer aktuellen psychischen Störung oder einer kognitiven Leistungsstörung. Die klinische Stichprobe setzt sich aus stationären psychiatrischen Patienten der Universität Wien (N=101) zusammen, die an einem verhaltenstherapeutisch ausgerichteten stationären Behandlungsprogramm über 8 Wochen teilnahmen.

Tab.18: Gegenüberstellung der Ergebnisse der TAS	Kursgruppe (N=34)	repräsentative Stichprobe (N=17)	Normalpersonen (N=306)	psychiatrische Patienten (N=101)
Gesamtsummenwert	46,85 (13,26)	48,41 (7,30)	39,88 (8,43)	50,39 (11,09)

Die Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe unterscheiden sich sehr signifikant von den Resultaten ($p(\text{Kursgruppen})=0,004$; $p(\text{repräsentative Stichprobe})<0,001$) der Normalpersonen. Sie entsprechen also eher den Resultaten der psychiatrischen Patienten. Bei diesem Ergebnis muss man allerdings immer berücksichtigen, dass das Merkmal Alexithymie vorliegt, wenn der Gesamtsummenwert = 60 ist. Dies ist bei 5 (14,71%) Patienten der Kursgruppe und bei 1 (5,88%) Patient der repräsentativen Stichprobe gegeben. Das Merkmal Alexithymie impliziert das folgende Persönlichkeitsprofil:

- ☞ die Schwierigkeit, Gefühle zu identifizieren und von körperlichen Sensationen zu unterscheiden;
- ☞ die Schwierigkeit, Gefühle auszudrücken;
- ☞ eine konkretisierte, extern orientierte Denk- und Sprechweise, die nur geringe Verbindungen zu affektiven Komponenten sowie einen Mangel an Phantasie aufweist.

3.1.2.4.2. Vergleich der Interventions- und der Kontrollgruppe

Es tritt kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen auf.

3.1.2.4.3. Vergleich der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

Es tritt kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen auf.

3.1.2.4.4. Diskussion der Ergebnisse der Toronto-Alexithymie-Skala

Alexithymie gilt als „Lesestörung“ von Gefühlen bei psychosomatischen Erkrankungen [Frank 1997, S.215]. Das Alexithymiekonstrukt hat als diagnosenunspezifisches Erklärungsmodell für Störungen der kognitiven Verarbeitung emotionaler Vorgänge [Bach et al. 1996, S.23, Lane und Schwartz 1987, Taylor et al. 1991] Bedeutung erlangt. Diese Störungen werden gegenwärtig unter dem Aspekt der emotionalen Hilflosigkeit, als Defizit an adäquaten Bewältigungsstrategien, diskutiert [Keltikangas-Järvinen 1992, S.410f]. Es ließe sich folglich postulieren, dass im Rahmen psychosozialer Belastungssituationen – wie beispielsweise im Verlauf psychischer oder körperlicher Erkrankungen - alexithyme Merkmale als Ausdruck dysfunktionaler Coping-Prozesse auftreten [Bach et al. 1996, S.23, Keltikangas-Järvinen 1992, Taylor et al. 1991]. Dies kann durch die Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe bestätigt werden. In beiden Gruppen sind die Alexithymiewerte signifikant gegenüber der Normalbevölkerung erhöht. Die Patienten mit somatoformen Störungsbildern können auch in ihrer Selbstbeschreibung Affekte weniger wahrnehmen und ausdrücken als Vergleichsgruppen körperlich Kranker, und es besteht eine inverse Beziehung zwischen vermindertem Affektausdruck und erhöhter psychophysiologischer Erregung in Belastungssituationen [Nickel und Egle 1999, S.9]

Darüber hinaus korrelieren hohe Alexithymiewerte mit einem subjektiven Krankheitsgefühl sowie mit einem hohen Krankheitsgewinn [Keltikangas-Järvinen 1992, S.410], was sich ebenfalls mit unseren Ergebnissen im Einklang steht.

Im Hinblick auf die Therapiemotivation weisen mehrere Autoren darauf hin, dass alexithyme Patienten einer psychotherapeutischen Behandlung weniger zugänglich scheinen als nicht-alexithyme [Bach et al. 1996, S.23, Sifneos 1983]. Das Vorliegen alexithymer Merkmale könnte daher als Indikator für einen ungünstigen Therapieverlauf mit nachfolgender Chronifizierung psychischer Störungen angesehen werden [Bach et al. 1996, S.23]

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

3.1.2.5.1. Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

Der Vergleich der Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe mit den Normierungsdaten, die auf einer repräsentativen Stichprobe von insgesamt 1512 Jugendlichen und Erwachsenen beruhen, zeigt, dass die Internalität unterdurchschnittlich, die soziale und fatalistische Externalität durchschnittlich ausgeprägt sind. Daraus folgt, dass die Patienten eher in der Erwartung leben, dass ihre Lebensereignisse vom Schicksal bzw. vom Zufall abhängen oder durch einflussreiche und mächtige Personen bestimmt werden, als dass sie ihre Probleme selbst lösen könnten

3.1.2.5.2. Vergleich der Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe mit weiteren Vergleichsstichproben

In Tabelle 19 werden die Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe zwei Vergleichsgruppen gegenübergestellt. Bei den beiden Vergleichsgruppen handelt es sich ebenfalls um chronisch Erkrankte, nämlich Arthrose und Polyarthritiden-Patienten. Die Polyarthritiden-Patienten weisen ein den Schmerzpatienten ähnliches Attributionsmuster auf. Bei den Arthrose-Patienten überwiegt dagegen die Internalität gegenüber der sozialen und fatalistischen Externalität. Dieses Ergebnis deutet auf eine zunehmende Anpassung an die Arthrose hin, die dem Patienten im Laufe der Zeit Einflussmöglichkeiten eröffnet hat, so dass das Gefühl des Ausgeliefertseins an die Krankheit vermindert ist.

Tab.19: Gegenüberstellung der Ergebnisse des KKG	Kursgruppe (N=34)	repräsentative Stichprobe (N=21)	Arthrose (N=41)	Polyarthritiden (N=67)
Internalität	20,06	19,52	25,22	22,87
Externalität	21,03	22,48	23,17	23,12
fatalistische Exter- nalität	20,91	22,95	22,02	23,01

3.1.2.5.3. Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe

Eine Betrachtung der beiden Gruppen macht deutlich, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bestehen.

3.1.2.5.4. Diskussion der Ergebnisse des KKG

Kontrollüberzeugungen haben sich in der psychosomatischen Forschung als wichtige Determinanten der Krankheitsbewältigung herausgestellt [Bräuer et al. 2001, S.320]. Internale Kontrolle wird erlebt, wenn Aktivitäten die beabsichtigte Wirkung zeigen und Möglichkeiten der Einflussnahme bestehen. Die externalen Kontrollüberzeugung beschreibt dagegen eine Einstellung, bei der Ereignisse als im Wesentlichen durch Faktoren außerhalb der eigenen Person gesteuert erfahren werden. Dieses ursprünglich eindimensionale Konzept Rotters (1966) erfuhr eine Erweiterung durch Levenson (1972): Externale Kontrolle lässt sich danach in zwei weitere Dimensionen unterteilen: External Social als Einfluss anderer Personen und External Zufall als fatalistische Haltung, bei der Ereignisse als sowohl auch außerhalb der eigenen Kontrolle als auch der Kontrolle durch andere Personen liegend und somit als zufallsabhängig erlebt werden [Nilges 1992, S.125].

Man kann davon ausgehen, dass die Bewältigung der Krankheit, d.h. ein gutes Arrangement mit der Symptomatik, dann am ehesten gegeben ist, wenn das Bewältigungsmuster eine hohe interne Kontrollüberzeugung bei ausgeglichener externer sozialer Inanspruchnahme von Unterstützung und bei einer geringen Ausprägung des Fatalismus darstellt [Bräuer et al. 2001, S.326]. Das Interesse der psychologischen Schmerzforschung am Konstrukt Kontrollüberzeugungen entstand aufgrund der klinischen Beobachtung, dass die ansonsten sehr inhomogene Gruppe chronischer Schmerzpatienten offenbar über eine eher niedrig ausgeprägte internale Kontrollüberzeugung verfügt. Sie hat jedoch eine sehr fatalistische Grundüberzeugung und überhöhte Erwartungen an Ärzte und deren Möglichkeiten Schmerzen zu beeinflussen [Nilges 1992, S.125]. Unsere Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe sind entsprechend. Daran kann man erkennen, dass bei unserem Patientenkollektiv kein adäquates Bewältigungsmuster vorliegt. Bei den Arthrose - Patienten der Vergleichsgruppen besteht im Gegensatz zu den Schmerzpatienten ein hoher Internalitätswert. Dieser deutet auf eine zunehmende Anpassung an die Arthrose hin, die dem Patienten im Laufe der Zeit Einflussmöglichkeiten eröffnet hat, so dass das Gefühl des Ausgeliefertsein an die Krankheit vermindert ist. Diese Inter-

pretation beruht auf einer Untersuchung von Volle & Wiedebusch, wonach bei längeren Erkrankungen im Rahmen der Anpassung die Internalität zu- und die fatalistische Externalität abnimmt. Diese Entwicklung von ursprünglich hohen Werten der fatalistischen Externalität zu einer deutlichen Abnahme der fatalistischen Externalität und von niedrigen Werten der Internalität zu einer Zunahme der Internalität im Laufe der Erkrankung tritt nicht bei Schwerkranken ein, da bei entsprechender Schwere der Erkrankung die Einfluss- und Kontrollmöglichkeiten der Patienten stark reduziert werden. Daher kann man aus den unterdurchschnittlichen Werten in der Skala Internalität der Schmerzpatienten schließen, dass es sich um schwer beeinträchtigte Patienten handelt, die keine Möglichkeit sehen, ihre Schmerzen zu beeinflussen [Lohaus und Schmitt 1989, S.15].

Darüber hinaus gefährdet die geringe Ausprägung der Internalität eine erfolgreiche Teilnahme an Kursen. Jene basiert wesentlich auf Eigeninitiative der Patienten [Lohaus und Schmitt 1989, S.16].

Schlussfolgerung Persönlichkeit

Aus den relativ homogenen Ergebnissen der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe in den Tests, Narzissmusinventar, Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, Boderline-Persönlichkeitsinventar, Toronto-Alexithymie-Skala und Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit, wird deutlich, dass die Chronizität der Erkrankung eine wesentliche Rolle für die Ausprägung der spezifischen Regulationsmuster spielt. Es kann also nicht von prämorbidem spezifischen Persönlichkeitseigenschaften ausgegangen werden.

3.1.3. Erfassung der Therapiemotivation

3.1.3.1. Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation

3.1.3.1.1. Resultate der repräsentativen Stichprobe

Zuerst werden die in T-Werte transformierten Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe mit denen der Hauptanalysenstichprobe verglichen. Die Hauptanalysenstichprobe setzt sich aus 464 Patienten, 215 (46%) Männern und 249 (54%) Frauen, aus 15 bundesdeutschen psychosomatischen Fachkliniken zusammen. Die Patienten befanden sich in der ersten Woche ihres stationären Aufenthaltes. Vor dem Erhebungszeitpunkt hatten bereits 86,5% der Patienten an psychologischer Behandlung teilgenommen.

Krankheitserleben

Das Krankheitserleben wird operationalisiert über den Leidensdruck und den Krankheitsgewinn, die als primär affektive Komponenten der Motivation angesehen werden. Der T-Wert von 49 der repräsentativen Stichprobe zum Untersuchungszeitpunkt t_1 weist auf einen im Vergleich zur Hauptanalysenprobe durchschnittlichen Wert hin.

Krankheitsverarbeitung

Laienätiologie, als eine Form der Krankheitsverarbeitung, thematisiert die Annahmen der Patienten über die ihre Krankheit auslösenden Faktoren. Zu dem Untersuchungszeitpunkt t_1 ist der Wert der Gesamtstichprobe im Vergleich zur Hauptanalysenstichprobe unterdurchschnittlich. Ein niedriger Wert spricht gegen eine Attribution, die psychische Verursachungsfaktoren berücksichtigt und internale Anteile des Individuums akzeptiert.

Die *allgemeine Behandlungserwartung* als ein weiterer Aspekt der Krankheitsverarbeitung misst die allgemeinen Erwartungen und Einstellungen gegenüber verschiedenen Behandlungsansätzen. Die Werte der Patienten liegen im durchschnittlichen Bereich der Werte der Hauptanalysenstichprobe.

Die Erfahrungen mit psychotherapeutischen Behandlungsmodellen stellen den dritten und letzten Aspekt der Krankheitsverarbeitung dar. Es werden in dieser Skala die Vorerfahrungen und differenzierten Einstellungen der Patienten gegenüber psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen erhoben. Die Werte der Patienten der repräsentativen Stichprobe liegen im durchschnittlichen Bereich der Werte der Hauptanalysenstichprobe.

Gesamtskala Psychotherapiemotivation:

Im Vergleich zur Hauptanalysenstichprobe liegen die Werte der repräsentativen Stichprobe im durchschnittlichen Bereich.

In Tabelle 20 werden die Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe, als Rohwerte denen der Hauptanalysenstichprobe und darüber hinaus weiteren differentiellen Stichproben gegenübergestellt. Als differentielle Stichproben haben wir zum einen 165 Patienten einer dermatologischen Poliklinik und zum anderen 45 Patienten mit funktionellen Störungen aus 10 allgemeinärztlichen Praxen, die sich in Vorgesprächen aufgeschlossen gegenüber psychotherapeutischen Methoden geäußert hatten, ausgewählt. Aus dem Vergleich der unterschiedlichen Gruppen ergibt sich folgender interessante Aspekt:

- ☛ die Schmerzpatienten weisen die niedrigsten Werte in der Skala Laienätiologie von allen untersuchten Gruppen auf,

Tab 20: Gegenüberstellung der Ergebnisse des FMP	Erwartungen bzgl. Psychotherapie	Krankheits-erleben	Laienätiologie	Allg. Behandlungserwartungen	Gesamtskala
Hauptanalysestichprobe	71,2	33,5	28,4	29,2	162,5
dermatologische Krankheitsbilder	53,1	25,1	25,6	20,1	124,9
Patienten mit funktionellen Störungen	62,5	30,5	24,9	21,8	139,7
Kursgruppe	66,42	34,94	22,76	23,97	148,56
repräsentative Stichprobe	66,25	33,20	20,39	25,00	148,82

3.1.3.1.2. Vergleich der repräsentativen Stichprobe und der Kursgruppe

Die Ergebnisse der Kursgruppe, vgl. auch Tab.20, entsprechen denen der repräsentativen Stichprobe, es gibt keine signifikanten Unterschiede. Im Vergleich zur Normpopulation ist das Ergebnis der Kursgruppe in der Skala Laienätiologie durchschnittlich, das Ergebnis der repräsentativen Stichprobe ist hingegen unterdurchschnittlich.

3.1.3.1.3. Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe

Der Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe weist in der Skala Krankheitserleben einen sehr signifikanten Unterschied ($p = 0,010$) auf. So ist das Krankheitserleben der Kontrollgruppe durch den erhöhten Leidensdruck stärker ausgeprägt. In den anderen Skalen bestehen zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede.

3.1.3.1.4. Diskussion der Ergebnisse des FMP

Bei den Patienten der Kursgruppe sind der Leidensdruck und der Krankheitsgewinn relativ ausgeglichen. Die Patienten tendieren eher dazu, eine körperliche und nicht eine psychische Ursache für ihre Beschwerden zu suchen. Die Betonung der Externalität, bestätigt das Ergebnis des KKG. Die allgemeine Behandlungserwartung ist auf einem mittleren Erwartungsniveau, was für den Erfolg des Kurses günstig ist. Auch die Erfahrungen mit psychotherapeutischen Behandlungsmodellen sind durchschnittlich.

Die Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe entsprechen denen der Kursgruppe mit Ausnahme der Tatsache, dass diese Patienten stärker die körperliche Ursache ihrer Schmerzen betonen.

3.1.3.2. Fragebogen zur Informiertheit

3.1.3.2.1. Resultate der Kursgruppe

aktive Informationssuche

Ein Großteil (71,4%) der Patienten zeichnet sich durch die Bereitschaft aus, sich aktiv um Informationen zur Erkrankung oder deren Behandlung zu bemühen. Vor allem die Interventionsgruppe zeigt sich diesbezüglich hochmotiviert und unterscheidet sich signifikant von der Kontrollgruppe, in der die Bereitschaft neutral ist.

Zufriedenheit mit aktueller Therapie

Die Frage, wie gut die Patienten mit ihrer Erkrankung und deren Behandlung zu- rechtgekommen sind, wird mit mittel – schlecht beantwortet.

Soziales Umfeld

Bei dem überwiegenden Teil der Patienten (72,4%) sind die meisten, wenn nicht alle Freunde und Bekannten über die Erkrankung informiert.

Das Gefühl der Einsamkeit tritt bei 17,2% der Patienten häufig bis sehr häufig auf.

Bei einem knappen Drittel der Patienten tritt es nie, bei einem guten Drittel manchmal auf.

Soziale Unterstützung in den verschiedensten Lebenslagen erfahren:

6,9 % der Patienten durch keine Person;

24,1% der Patienten durch eine Person;

41,4% der Patienten durch zwei bis fünf Personen;

27,6% der Patienten durch mehr als sechs Personen.

Medikamente

Knapp die Hälfte (48,3%) der Patienten nimmt mehrmals täglich Schmerzmittel ein.

Ein Drittel der Patienten nimmt einmal täglich Antidepressiva ein; 10,7 % mehrmals täglich; 53,6% nahmen keine Antidepressiva ein.

80% der Patienten nehmen nie Schlafmittel ein; 8,0% gelegentlich und 12,0% einmal täglich.

74,1% der Patienten nehmen keine Beruhigungsmittel ein.

Know-how

Das Wissen der Patienten zu den Schwerpunkten des Kurses wird auf einer Skala von 1 – 5 gemessen. (1 sehr gut; 2 gut; 3 mittel; 4 schlecht; 5 sehr schlecht).

Das Wissen der Patienten vor Kursbeginn ist eher schlecht bis mittel (vgl. Tab. 21).

Tab. 21: Wissen der Patienten zu den Schwerpunkten des Kurses (t ₁)	Kursgruppe (N=28)
psychologische Schmerzbewältigungstechniken	3,46 ± 1,04
Zusammenhang von Stress und Schmerzen	3,18 ± 1,12
Einfluss seelischer Faktoren auf Schmerz	3,10 ± 1,21
Umgang mit Schmerzen	3,14 ± 0,85
Genusstraining	3,68 ± 1,06
medikamentöse Schmerzmittelbehandlung	2,74 ± 1,02
Wirksamkeit von Entspannungsverfahren	2,89 ± 1,03

3.1.3.2.2. Diskussion der Ergebnisse des Fragebogens zur Informiertheit

Ziel der Interventionsgruppe ist die Veränderung einer als maladaptiv angesehenen Krankheitsbewältigung, durch Vermittlung eines psychophysiologischen Verständnisses der Störung und das Erlernen von Selbstkontrollstrategien, die es den Patienten ermöglichen, Häufigkeit, Dauer und Frequenz ihrer Störung zu minimieren [Pfungsten et al. 1996, S.329]. Zu Beginn des Kurses wurden die Patienten zu Inhalten dieser Punkte befragt; dabei stufen sie ihr Wissen hierzu als schlecht bis mittel ein. Um dies zu verbessern, umfasst die Interventionsgruppe die folgenden sechs zentralen Komponenten:

 **Aufklärung:**

es soll spezifisches Krankheits- und Behandlungswissen vermittelt und ein angemessenes Krankheitsmodell erläutert werden.

 **Aufbau einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung und ihrer Bewältigung:**

vermehrte Krankheits- und Behandlungseinsicht, Erhöhung der Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit der Krankheit, Verbesserung der Therapiemotivation und –mitarbeit (Compliance).

- ✚ Sensibilisierung der Körperwahrnehmung:
Frühzeitiges Erkennen von Warnsignalen, Vorboten, Überlastungsanzeichen und der Verschlimmerung des Krankheitszustandes.
- ✚ Vermittlung von Selbstmanagement-Kompetenzen:
Fertigkeiten bezüglich der Medikation (Entscheidungskompetenz bei der Applikation und Dosierung von Medikamenten, Verbesserung der Einnahmetechnik von Arzneimitteln und der Anwendung von Hilfsmitteln), spezielle Atemtechniken, Sitzhaltungen und Entspannungsübungen.
- ✚ Maßnahmen zur Anfallsprophylaxe und Sekundärprävention:
Aufbau einer gesundheitsförderlichen Lebensweise (Gymnastik), Vermeidung von Stress und spezifischen Auslösern sowie Erfahrungen im Rahmen der Notfallprophylaxe
- ✚ Erwerb sozialer Kompetenzen und Mobilisierung sozialer Unterstützungsressourcen:
Kommunikationsfähigkeit über die Erkrankung und ihre Auswirkungen, Artikulation von behandlungsbezogenen Befürchtungen und Bedürfnissen gegenüber Arzt oder Apotheker, Einbeziehung der Angehörigen und Bezugspersonen [Petermann 1997, 3f].

Zusätzlich zu diesem theoretischen Konstrukt der Interventionsgruppe, ist die Motivation der Teilnehmer von entscheidender Bedeutung für einen erfolgreichen Abschluss des Kurses. So zeichnen sich die Patienten der Interventionsgruppe durch die Bereitschaft aus, sich aktiv um Informationen zu ihrer Erkrankung und Behandlung zu bemühen. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe können also als hochmotivierte, sehr interessierte Patienten charakterisiert werden.

3.1.4. Charakterisierung der Patienten der Kursgruppe

Es handelt sich bei chronischen Schmerzen um ein multidimensionales Phänomen mit physiologisch-somatischen, aber auch kognitiv emotionalen und behavioralen Aspekten. Erweitert man das Blickfeld auf das Umfeld des Patienten, so sind auch soziale Implikationen unverkennbar. Nur die gemeinsame Betrachtungsweise aller Komponenten führt zu einer angemessenen Erfassung des Schmerzproblems [Kröner-Herwig 1996, S.520]. So werden im Folgenden Angaben zu den Lebensbedingungen und dem sozialen Umfeld der Patienten aus den verschiedenen Fragebögen in diesem Punkt zusammengefasst.

Bei 20% der Patienten der Kursgruppe treten Probleme in ihrem sozialen Umfeld auf. Vor allem Einsamkeit bereitet 17,2% der Patienten häufig Probleme. Ursachen dafür können die Arbeitsunfähigkeit sein, wovon 43,8% der Patienten der Kursgruppe und 77,8% der Patienten der repräsentativen Stichprobe betroffen waren. Arbeitsunfähigkeit führt neben finanziellen Problemen auch zur beruflichen Isolierung [Kröner-Herwig 1996, S.521]. Außerdem verändern sich die Beziehungen innerhalb der Familie häufig zum Negativen. Bei einer durchschnittlichen Beschwerdedauer von 8,27 Jahren in der Kursgruppe und 10,89 Jahren in der repräsentativen Stichprobe wird deutlich, dass diese zeitliche Dimension der chronischen Schmerzen für die beteiligten Familienmitglieder eine erhebliche Belastung darstellt. Die chronische Erkrankung verändert die vorhandene Rollenstruktur in einer Familie, was mit erheblichen Problemen für den Erkrankten aufgrund einer Einschränkung der häuslichen Aktivitäten einhergeht [Flor und Fydrich 1996, S.187, Kröner-Herwig 1996, S.521]. Die sexuellen Beziehungen der Patienten werden schlechter (vgl. Ergebnisse DSF). Insgesamt verkleinert sich das soziale Netzwerk der Patienten. So erfahren knapp 7% der Patienten durch keine einzige Person Unterstützung [Kröner-Herwig 1996, S.521].

Bei epidemiologischen Daten ist zu berücksichtigen, dass Parameter wie der Bildungsstand, Geschlecht und der Familienstand keinen Einfluss auf das Ergebnis der Behandlung haben [Becker et al. 1998, S. 284]. Deshalb wird nicht weiter auf diese Daten eingegangen. Interessant ist allerdings der hohe Anteil von Rentnern (32,4%) unter den Kursteilnehmern. Ein hoher Anteil von Rentnern, wie in unserer Kursgruppe, gilt als eine günstige Voraussetzung für das positive Ansprechen der Patienten auf eine interdisziplinäre Therapie [Becker et al. 1998, S.285].

3.1.4.1. Vergleich der Interventions- und der Kontrollgruppe auf Homogenität

Die Patienten der Kontrollgruppe sind zu dem Untersuchungszeitpunkt t_1 in einigen Bereichen signifikant stärker belastet als die Patienten der Interventionsgruppe:

- ✚ bezüglich der Lebensqualität in den Bereichen Vitalität und psychisches Wohlbefinden (SF-36)
- ✚ in ihren sozialen Aktivitäten, der Selbstversorgung und in lebensnotwendigen Tätigkeiten (DSF)
- ✚ sie leiden häufiger unter depressiven Episoden (SKID)
- ✚ bezüglich der sensorischen Dimension des Schmerzerlebens

Diese stärkere Belastung der repräsentativen Stichprobe drückt sich in der Skala Krankheitserleben, des FMP aus, so ist das Krankheitserleben der Kontrollgruppe durch den erhöhten Leidensdruck stärker ausgeprägt.

Darüber hinaus sind die Patienten der Kontrollgruppe weniger bereit, ($p=0,044$) sich aktiv um Informationen rund um ihre Krankheit zu bemühen.

Insgesamt muss diese erhöhte Belastung und verminderte Motivation der Kontrollgruppe bei der Interpretation der Ergebnisse der beiden Kurse zum Zeitpunkt t_2 immer beachtet werden, da eine erhöhte Belastung mit einem schlechteren Therapieerfolg einhergehen kann.

3.2. Auswertung der Fragebögen zur Erfassung der Veränderungen infolge des Kurses

In der folgenden Auswertung werden in den Diagrammen zur Vereinfachung und besseren Übersichtlichkeit folgende Abkürzungen verwendet:

Der Untersuchungszeitpunkt t_1 ist immer in roter Farbe dargestellt, der Untersuchungszeitpunkt t_2 in blauer Farbe.

3.2.1. Erfassung der Veränderung der Komorbidität

3.2.1.1. Deutscher Schmerzfragebogen

3.2.1.1.1. Resultate der Kursgruppe

Zum Erhebungszeitpunkt t_2 beantworteten 25 Patienten eine zuvor getroffene Auswahl der Fragen zu den Themenbereichen Auftreten der Schmerzen, Stärke der Schmerzen und Medikamente.

Stärke der Hauptschmerzen:

Für die Bestimmung des Schweregrades der Schmerzen wird eine Skala von 0 bis 10 zugrunde gelegt. Auf der Schmerzskala bedeutet der Wert 0, dass der Patient schmerzfrei ist, der Wert von 10 bedeutet, dass der Patient unter maximalen Schmerzen leidet.

durchschnittliche Schmerzstärke

Der Längsschnittvergleich der gesamten Kurspatienten der durchschnittlichen Stärke der Schmerzen während der letzten 4 Wochen, bevor der DSF ausgefüllt wurde, zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen dem Untersuchungszeitpunkt t_2 ($5,75 \pm 2,20$) und dem Zeitpunkt der ersten Untersuchung ($6,91 \pm 1,83$) ($p=0,033$). Die Aufschlüsselung der gesamten Patienten in die beiden Gruppen zeigt im Längsschnittvergleich innerhalb der Gruppen in keiner der beiden Gruppen einen signifikanten Unterschied. Allerdings wird bei dem Vergleich der beiden Gruppen untereinander zu den beiden Untersuchungszeitpunkten deutlich, dass bei dem Untersuchungszeitpunkt t_2 ein signifikanter Unterschied ($p=0,010$) besteht, der bei dem Untersuchungszeitpunkt t_0 noch nicht bestanden hat. Die Diagramme (Abb. 9 und 10) veranschaulichen, dass die durchschnittliche Schmerzstärke bei der Interventionsgruppe bedeutsam gesunken ist, während sie bei der Kontrollgruppe relativ konstant geblieben ist.

Abb.9 Untersuchungszeitpunkt t_0

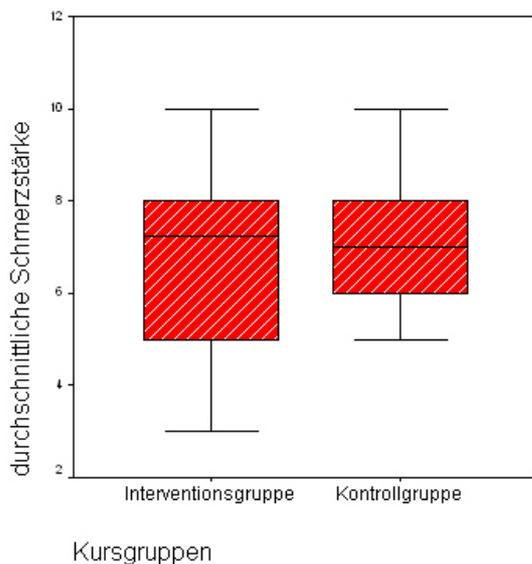
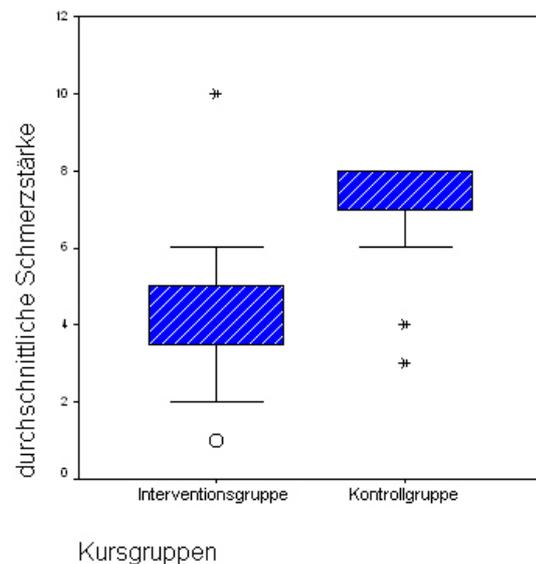


Abb.10 Untersuchungszeitpunkt t_2



maximale Schmerzstärke

Der Mittelwert der maximalen Schmerzstärke der gesamten Gruppe verschiebt sich vom Zeitpunkt t_0 bis zum Zeitpunkt t_2 bedeutsam, wenn auch nicht signifikant, von $8,65 \pm 1,64$ zu $7,88 \pm 2,17$. Bei den beiden Gruppen besteht zum Zeitpunkt t_2 der Trend, dass die maximale Schmerzstärke der Patienten der Interventionsgruppe gesunken ist (vgl. Abb. 11 und 12). Allerdings weist weder der Vergleich der beiden Gruppen zu den beiden Untersuchungszeitpunkten, noch der Längsschnittvergleich jeder Gruppe ein signifikantes Ergebnis auf.

Abb.11 Untersuchungszeitpunkt t_0

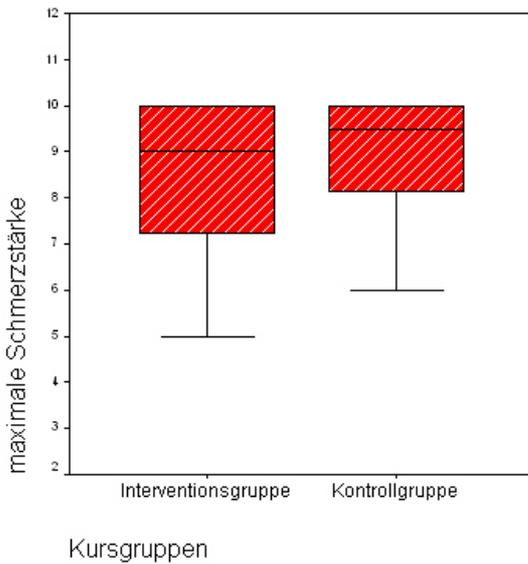
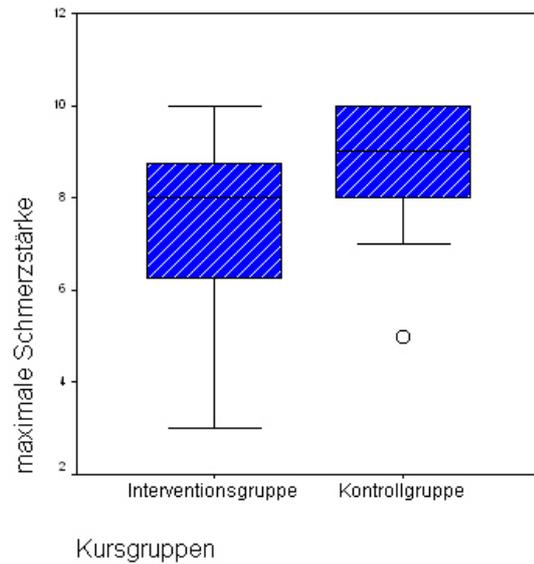


Abb.12 Untersuchungszeitpunkt t_2



momentane Schmerzstärke

Die momentane Schmerzstärke, die beim Ausfüllen des Fragebogens auftrat, tendiert ebenfalls nach unten, die Mittelwerte der gesamten Stichprobe nehmen von t_0 ($5,83 \pm 2,36$) zu t_2 ($4,88 \pm 2,76$) ab. Der Vergleich der beiden Gruppen zum Untersuchungszeitpunkt t_2 , zeigt einen sehr signifikanten Unterschied ($p=0,007$) zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe, der zum Untersuchungszeitpunkt t_0 noch nicht bestanden hat. So haben die aktuellen Schmerzen zum Zeitpunkt t_2 bei der Interventionsgruppe nachgelassen, während sie bei der Kontrollgruppe nahezu unverändert bleiben (vgl. Abb. 13 und Abb.14). Der Längsschnittvergleich keiner der Gruppen liefert ein signifikantes Ergebnis.

Abb.13 Untersuchungszeitpunkt t_0

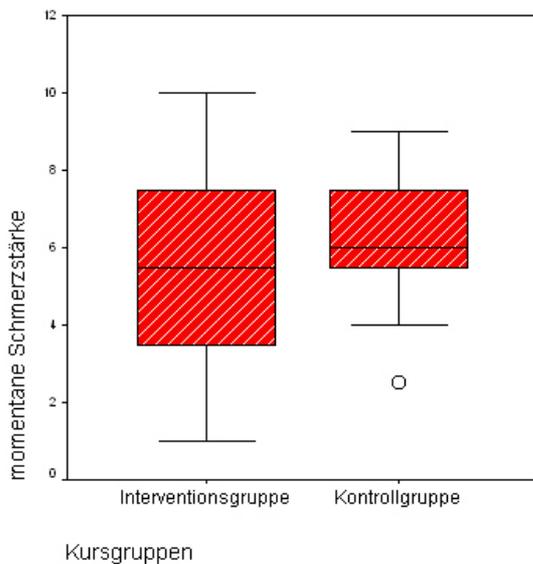
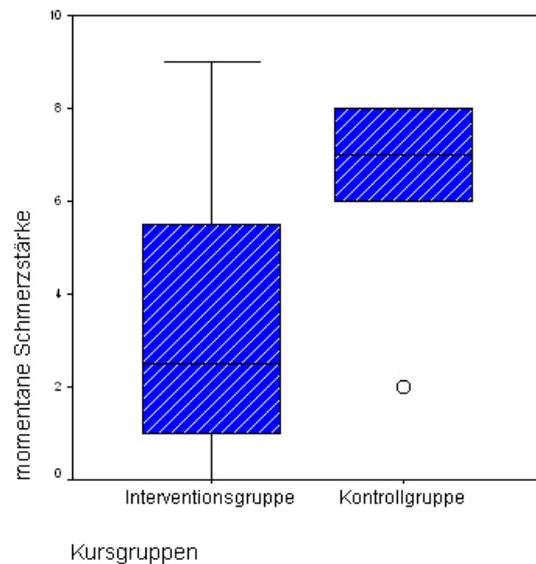


Abb.14 Untersuchungszeitpunkt t_2



tolerable Schmerzstärke

Die Schmerzstärke, die für die Patienten gerade noch erträglich ist, nimmt vom Untersuchungszeitpunkt t_0 ($2,76 \pm 1,33$) zu t_2 ($3,00 \pm 1,26$) zu. Der Vergleich der beiden Gruppen zu den zwei Untersuchungszeitpunkten zeigt, dass von anfangs etwa gleichem Ausgangsniveau die Toleranz der Patienten der Interventionsgruppe signifikant ($p=0,048$) gegenüber der Patienten der Kontrollgruppe abgenommen hat (vgl. Abb. 15 und 16). Der Längsschnittvergleich keiner der Gruppen weist ein signifikantes Ergebnis auf.

Abb.15 Untersuchungszeitpunkt t_0

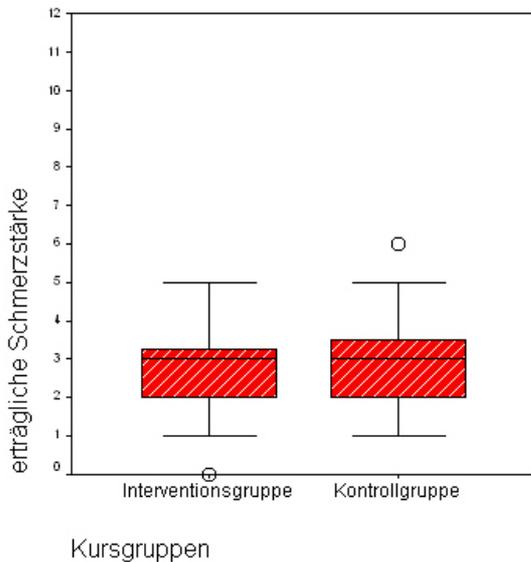
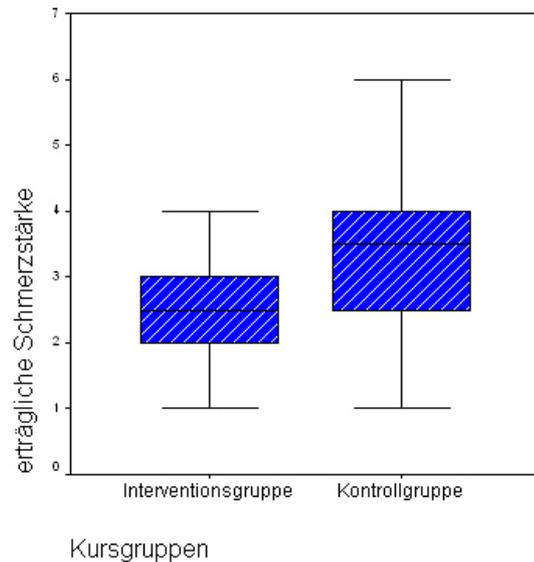


Abb.16 Untersuchungszeitpunkt t_2



Medikamente:

Beim Zeitpunkt t_2 hatte sich der Anteil derjenigen Patienten, die regelmäßig mehr als 2 periphere oder mindestens 1 zentrales Analgetikum nahmen auf 62,5% erhöht, wobei auch zum Untersuchungszeitpunkt t_2 keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bestanden.

Allgemeine Depressivitätsskala

Die allgemeine Depressivität wurde auch beim 2. Untersuchungszeitpunkt erfasst. Zu dem Untersuchungszeitpunkt t_2 ist der Anteil der Depressionen bezogen auf das gesamte Kollektiv von 50,0% auf 47,8% leicht abgesunken, wobei der Anteil von Patienten mit Depressionen in der Interventionsgruppe von 31,3% auf 9,1% gesunken (vgl. Abb. 17) und in der Kontrollgruppe von 75,0% auf 83,3% gestiegen ist (vgl. Abb. 18). So sind nach Abschluss des Kurses die Patienten der Kontrollgruppe höchst

signifikant stärker mit Depressionen belastet ($p < 0,001$) als die Patienten der Interventionsgruppe.

Abb.17 Darstellung der Abnahme der Depressivität in der Interventionsgruppe

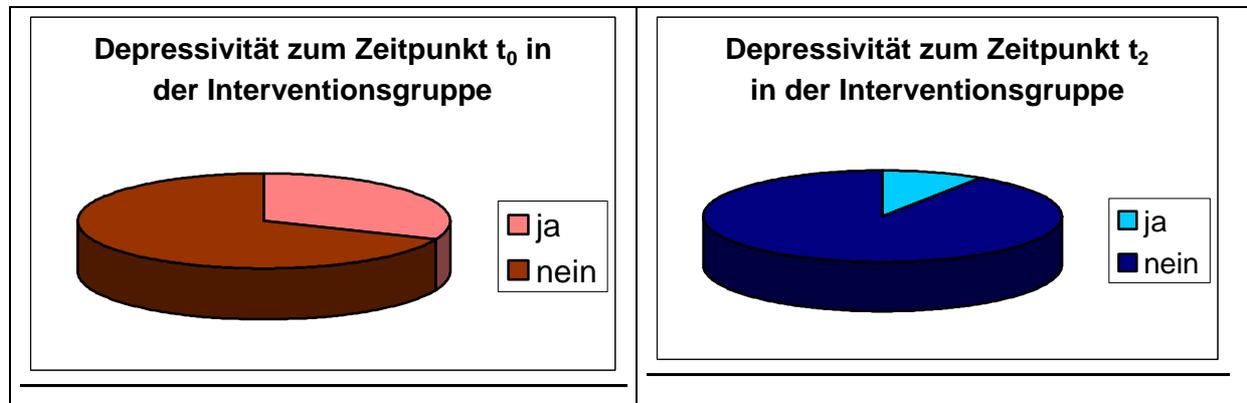
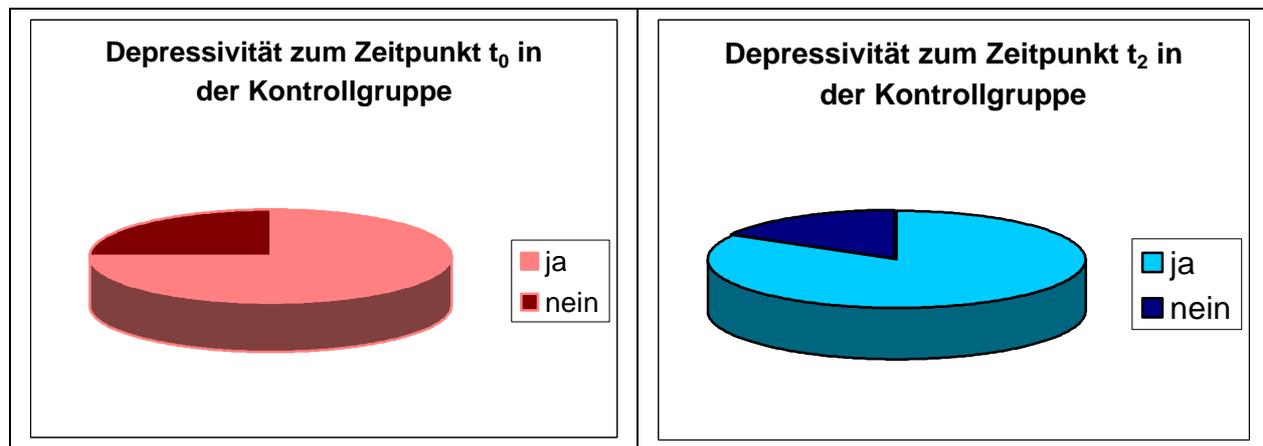


Abb.18 Darstellung der Entwicklung der Depressivität in der Kontrollgruppe



3.2.1.1.2. Diskussion der Veränderung der Ergebnisse des DSF

Durch die Interventionsgruppe konnten wir die Stärke der Hauptschmerzen positiv beeinflussen. So zeigt der Vergleich der Kursgruppe, dass die durchschnittliche und momentane Schmerzstärke der Teilnehmer der Interventionsgruppe signifikant stärker als bei den Teilnehmern der Kontrollgruppe absinkt. Dies zeigt deutlich, dass Nozizeption und Schmerzwahrnehmung bzw. Schmerzerleben (pain) wesensverschieden sind [Nickel und Raspe 2001, S. 897] und dass im Rahmen einer Interventionsgruppe die Schmerzwahrnehmung beeinflusst werden kann. Hinsichtlich der erträglichen Schmerzstärke erweisen sich die Teilnehmer der Kontrollgruppe nach Abschluss des Kurses wesentlich toleranter. So können wir durch die Interventionsgruppe zwar Einfluss auf die empfundene Schmerzstärke ausüben, es ist uns aber nicht möglich, die erträgliche Schmerzstärke zu beeinflussen.

Weiterhin konnten wir durch die Interventionsgruppe die Depressivität sehr günstig beeinflussen. Während in der Kontrollgruppe der Anteil der depressiven Patienten zunimmt, nimmt er bei den Teilnehmern der Interventionsgruppe bis auf 9,1% ab. Dies zeigt nochmals deutlich, dass den Patienten im Rahmen der Interventionsgruppe Kontrollmöglichkeiten vermittelt wurden, mit deren Hilfe sie die durch den Schmerz antizipierte körperliche Schädigung als Bedrohung ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit abwenden konnten. Die Reduktion der Depressivität ist vermutlich unabhängig von der Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit und damit im wesentlichen das Ergebnis des komplexen Behandlungsansatzes, der in der Mehrzahl der Fälle zu einer subjektiv erfahrbaren Reduktion des Beeinträchtigungserlebens geführt hat [Pfingsten et al. 1996, S.336].

Die Einnahme von regelmäßig mehr als zwei peripheren Analgetika oder mindestens einem zentralen Analgetikum hat sich nach Abschluss des Kurses von 41,9% auf 62,5% erhöht.

Eine Verbesserung der Schmerzstärke durch einen erhöhten Konsum von Medikamenten kann man in diesem Zusammenhang klar verneinen, da eine unserer Bedingungen für die Teilnahme an den Kurses darin bestand, dass bei den Patienten medikamentös keine weitere Verbesserung der Schmerzen zu erzielen war.

3.2.1.2. Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)

3.2.1.2.1. Resultate der Kursgruppe

Zuerst werden anhand der Skalen die tendenziellen Entwicklungen der beiden Gruppen zwischen den Untersuchungszeitpunkten t_1 und t_2 überprüft

- Skalen, bei denen eine *Verbesserung in beiden Gruppen* auftritt bezüglich:
 - Veränderung des Gesundheitszustandes
 - Psychisches Wohlbefinden
 - Emotionale Rollenfunktion
 - Vitalität
- Skalen, bei denen eine *Verbesserung ausschließlich in der Interventionsgruppe* auftritt bezüglich:
 - Körperliche Schmerzen
 - Körperliche Rollenfunktion
 - Allgemeine Gesundheitswahrnehmung
 - Soziale Funktionsfähigkeit
- Skalen, bei denen eine *Verschlechterung in beiden Gruppen* auftritt bezüglich:
 - Körperliche Funktionsfähigkeit

In einem zweiten Schritt wird überprüft, ob die Teilnehmer der Interventionsgruppe eine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustandes im Vergleich zur Kontrollgruppe erfahren haben. Dies geschieht über den Vergleich der Gruppen zu den beiden Untersuchungszeitpunkten.

Diese Entwicklung liegt bei folgenden Items vor:

- Körperliche Schmerzen (t_1 $p=0,089$; t_2 $p=0,006$)
- Körperliche Rollenfunktion (t_1 $p=0,880$; t_2 $p=0,006$)
- Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (t_1 $p=0,052$; t_2 $p=0,044$)
- Soziale Funktionsfähigkeit (t_1 $p=0,108$; t_2 $p=0,016$)
- Emotionale Rollenfunktion (t_1 $p=0,213$; t_2 $p=0,028$)
- Psychisches Wohlbefinden (t_1 $p=0,008$; t_2 $p=0,005$)

Der Längsschnittvergleich der Gesamtgruppe ist in der Skala Emotionale Rollenfunktion signifikant ($p=0,033$). Eine Betrachtung der beiden Gruppen im Längsschnittvergleich zeigt, dass er in der Interventionsgruppe in keiner der Skalen signifikant ist und in der Kontrollgruppe allein in der Skala Vitalität, im Sinne einer Verbesserung der Vitalität zum zweiten Untersuchungszeitpunkt hin, signifikant ist.

In den folgenden Abbildungen 19 – 27 werden diese Ergebnisse grafisch dargestellt.

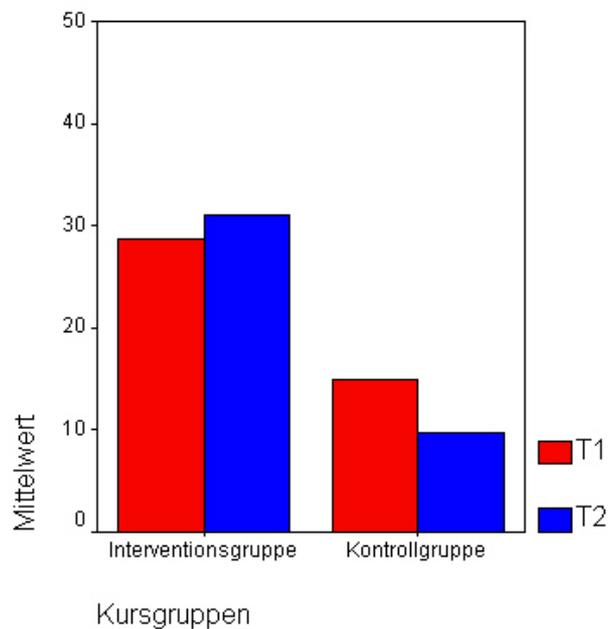
Gegenüberstellung der spezifischen Entwicklungen in der Interventions- und Kontrollgruppe über die beiden Untersuchungszeitpunkte und Definition der Items:

(zu beachten ist, dass hohe Werte einem guten Gesundheitszustand entsprechen, abgesehen von der Ausnahme Veränderung des Gesundheitszustandes)

Körperliche Schmerzen

-Ausmaß an Schmerzen und der Einfluss der Schmerzen auf die normale Arbeit, sowohl im als auch außerhalb des Hauses

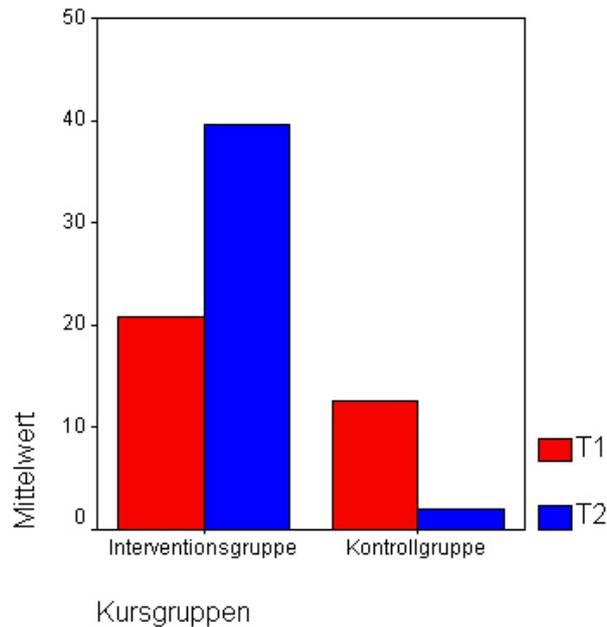
Abb.19: Körperliche Schmerzen



Körperliche Rollenfunktion

Ausmaß, in dem der körperliche Gesundheitszustand die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigt, z.B. weniger schaffen als gewöhnlich, Einschränkungen in der Art der Aktivitäten oder Schwierigkeiten bestimmte Aktivitäten auszuführen

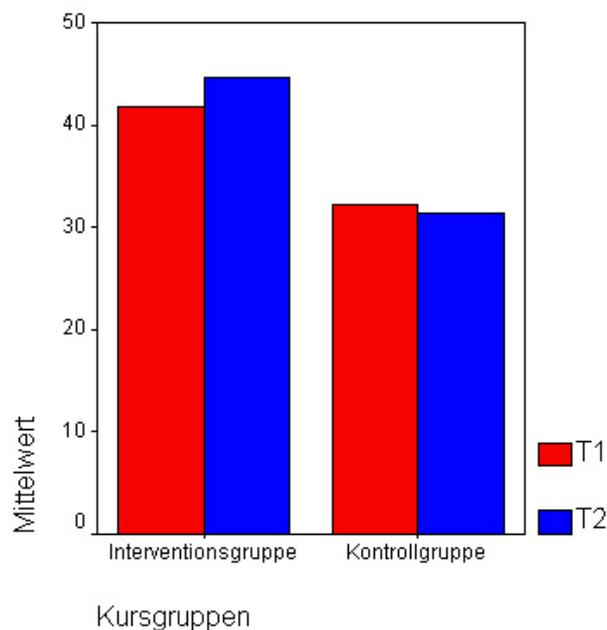
Abb.20: Körperliche Rollenfunktion



Allgemeine Gesundheitswahrnehmung

-persönliche Beurteilung der Gesundheit, einschließlich aktueller Gesundheitszustand, zukünftige Erwartungen und Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen

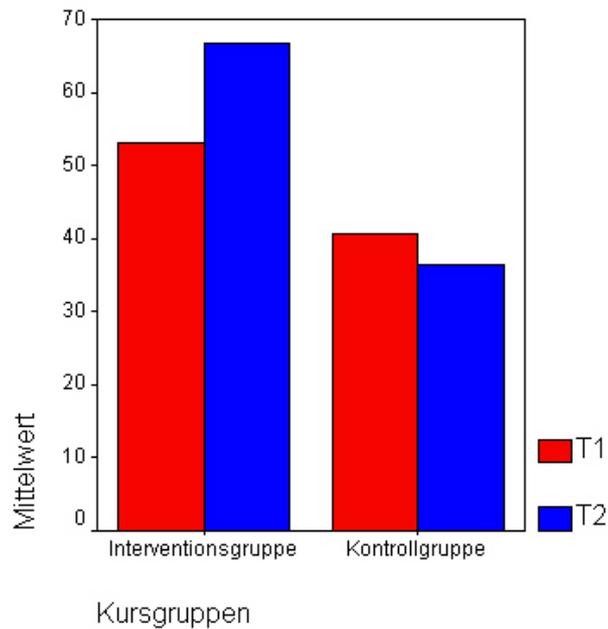
Abb.21: Allgemeine Gesundheitswahrnehmung



soziale Funktionsfähigkeit

-Ausmaß, in dem die körperliche Gesundheit oder emotionale Probleme normale soziale Aktivitäten beeinträchtigen

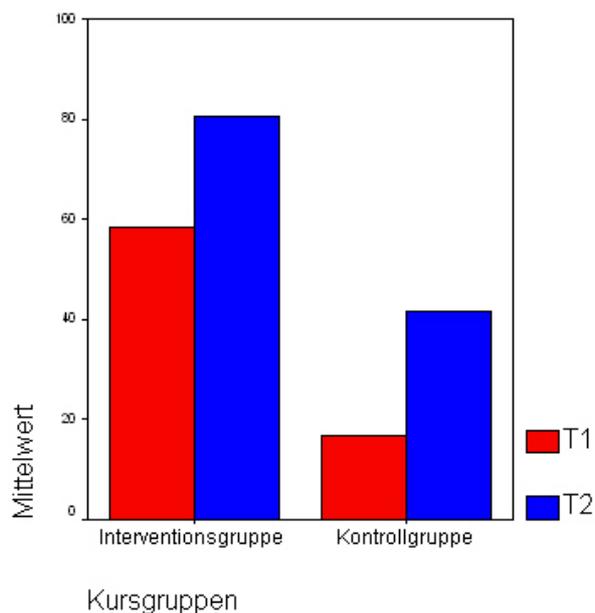
Abb.22: soziale Funktionsfähigkeit



emotionale Rollenfunktion

-Ausmaß, in dem emotionale Probleme die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigen; u.a. weniger Zeit aufbringen, weniger schaffen und nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten

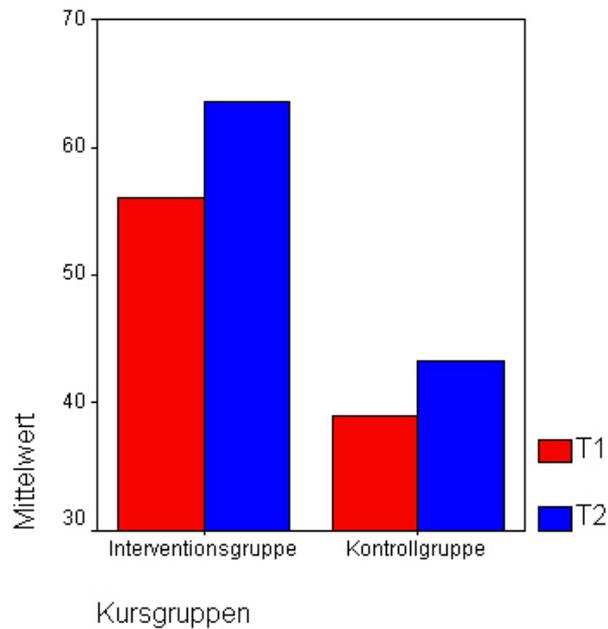
Abb.23: emotionale Rollenfunktionen



psychisches Wohlbefinden

-allgemeine psychische Gesundheit, einschließlich Depression, Angst, emotionale und verhaltensbezogene Kontrolle, allgemeine positive Gestimmtheit

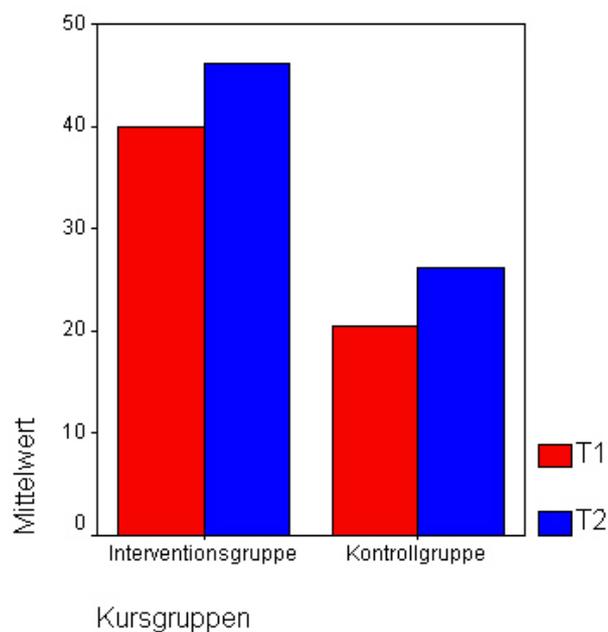
Abb.24: psychisches Wohlbefinden



Vitalität

-sich energiegeladener und voller Schwung fühlen versus müde und erschöpft

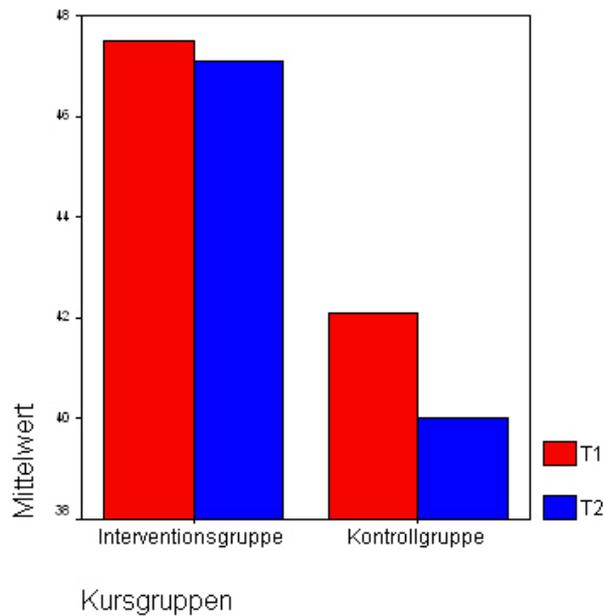
Abb.25: Vitalität



körperlichen Funktionsfähigkeit

-Ausmaß, in dem der Gesundheitszustand körperliche Aktivitäten wie Selbstversorgung, Gehen, Treppen steigen, bücken, heben und mittelschwere oder anstrengende Tätigkeiten beeinflusst.

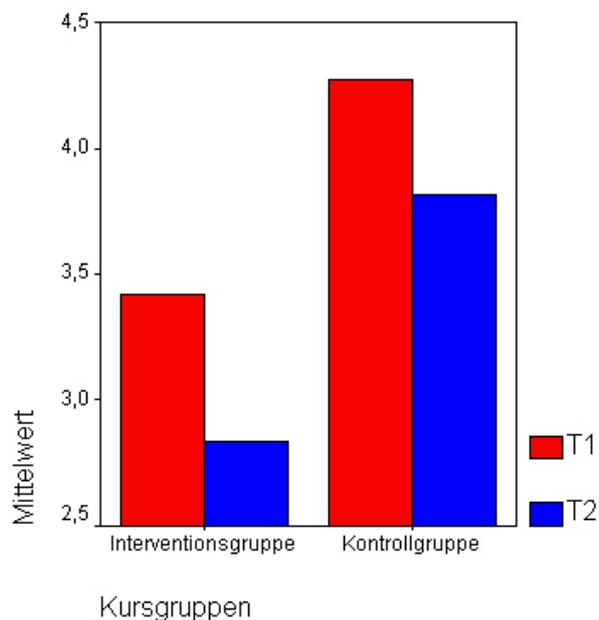
Abb. 26: körperliche Funktionsfähigkeit



Veränderung der Gesundheit

-Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes im Vergleich zum vergangenen Jahr

Abb.27: Veränderung der Gesundheit



3.2.1.2.2. Diskussion der Veränderung der Ergebnisse des SF36

Der Vergleich der beiden Gruppen zu den beiden Untersuchungszeitpunkten t_1 und t_2 zeigt, dass eine signifikante Verbesserung, die ausschließlich die Patienten der Interventionsgruppe betrifft, auftritt in den Bereichen: Körperliche Schmerzen, körperliche Rollenfunktion, allgemeine Gesundheitswahrnehmung und soziale Funktionsfähigkeit.

Beide Gruppen können eine tendenzielle Verbesserung in den Bereichen, emotionale Rollenfunktion, psychisches Wohlbefinden und Vitalität verzeichnen.

Keine signifikante Verbesserung bei beiden Gruppen tritt in der Skala „körperliche Funktionsfähigkeit“ auf.

Dieses Ergebnis ist sehr interessant. So verbessert sich bei den Patienten der Interventionsgruppe, das Ausmaß der Schmerzen, der allgemeine Gesundheitszustand und darüber hinaus haben die Schmerzen weniger Einfluss auf alltägliche Aktivitäten, die Arbeit und soziale Aktivitäten, obwohl sich der Gesundheitszustand, der körperliche Aktivitäten wie Gehen, Treppen steigen umfasst, nicht verändert. Dieses Ergebnis ist konsistent mit früheren Studien nach Kurzzeitintervention über Arthritis Patienten, bei denen sich das psychische Befinden und das Ausmaß der Schmerzen verbesserten, die körperliche Funktionsfähigkeit allerdings nicht [Keefe et al. 1990, S.59]. Dagegen gibt es auch Studien in denen auch eine Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit erzielt werden konnte [Becker et al. 2000, S.205ff, Kashner et al., S.467 ff].

Aus unseren Ergebnissen wird deutlich, dass die subjektive Beeinträchtigung nur zu einem relativ geringen Teil mit objektiven Befunden im Zusammenhang steht, sondern vielmehr überwiegend von psychologischen Variablen beeinflusst wird [Pfingsten et al. 1996, S.337]. Von den Kursen geht ein großes Potential aus, auf die Einstellungen der Patienten Einfluss zu nehmen und durch eine Modifikation dieser Einstellungen die Lebensqualität entscheidend zu verbessern. So wurden beispielsweise durch die Vermittlung von Bewältigungsfertigkeiten, wie der progressive Muskelentspannung nach Jakobson, Gefühle von Hilflosigkeit abgebaut und Kompetenzvertrauen aufgebaut. Ein ähnliches Ziel wird mit dem Einüben von Ablenkungsmanövern verfolgt. Bei diesen werden Situationen der Wärme und Geborgenheit - wie zum Beispiel am sommerlichen Strand zu liegen oder vor einem knisterndem Kaminfeuer zu sitzen - dem Schmerz gegenübergestellt. Darüber hinaus lernen die Patienten, in

ihrem inneren Monolog während Schmerzattacken nicht in Selbstmitleid und der Erwartung künftiger Leiden zu verharren, sondern ihren Sinn darauf zu richten das Problem aktiv anzugehen, selber dafür neue Möglichkeiten zu finden und sich danach zu richten [Birnbaumer und Flor 1993, S.97]. Durch diese neue Kompetenzen ist es den Patienten möglich, sich wieder aktiver zu bewegen und so eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität zu erleben, anstatt sich ständig aus der Angst vor neuen Schmerzen zurückziehen zu müssen.

Die Verbesserung der emotionalen Stabilität, die in beiden Gruppen gleichermaßen zu verzeichnen ist, könnte auf die Gruppendynamik zurückzuführen sein. Die Patienten erleben sich mit ihrer Erkrankung und ihren Problemen nicht isoliert, sondern können mit anderen „Leidensgenossen“ in Austausch treten und stellen fest, dass sie nicht allein diese Probleme haben. Darüber hinaus konnte auch eine andere Studie bestätigen, dass schon allein die Einladung an einer Gruppe teilzunehmen einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität hat [Kashner et al. 1995, S.468].

3.2.2. Erfassung der Veränderung der Persönlichkeit

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

3.2.2.1.1. Entwicklung der Ergebnisse der Kursgruppe ($t_1 \rightarrow t_2$)

Zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten gibt es keine signifikanten Veränderungen des Ergebnisses, dass die Internalität unterdurchschnittlich, die soziale und fatalistische Externalität durchschnittlich ausgeprägt sind. Ein Blick auf die Trends in Abb. 28 zeigt, eine bedeutende Zunahme der Internalität ($p=0,076$), eine leichte Zunahme der Externalität ($p=0,255$) und eine bedeutende Abnahme der fatalistischen Externalität ($p=0,082$).

Abb.28:

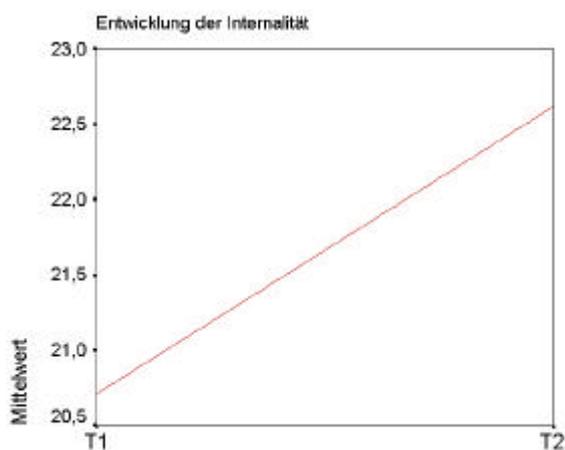


Abb.29:

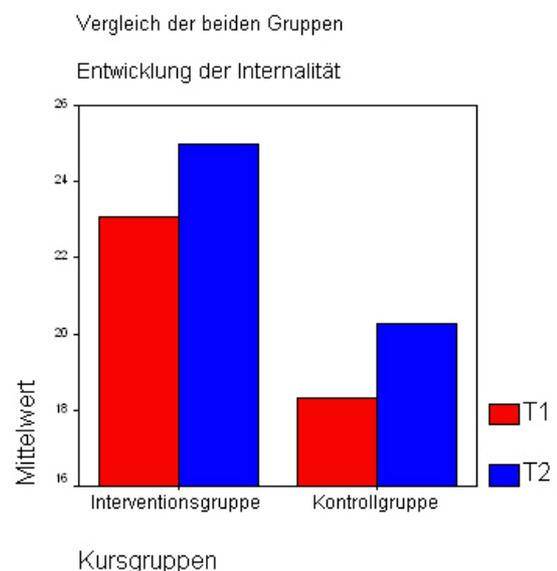


Abb.30:

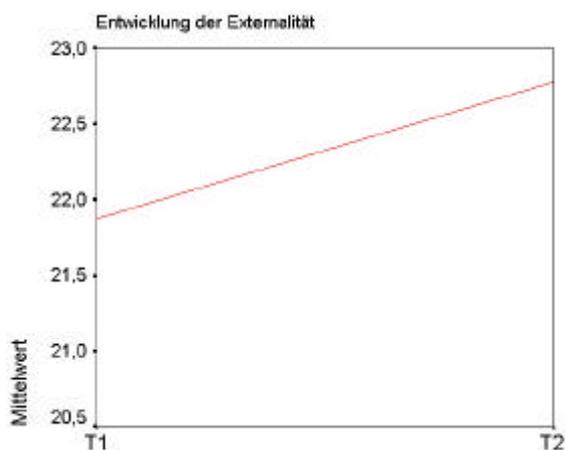


Abb.31:

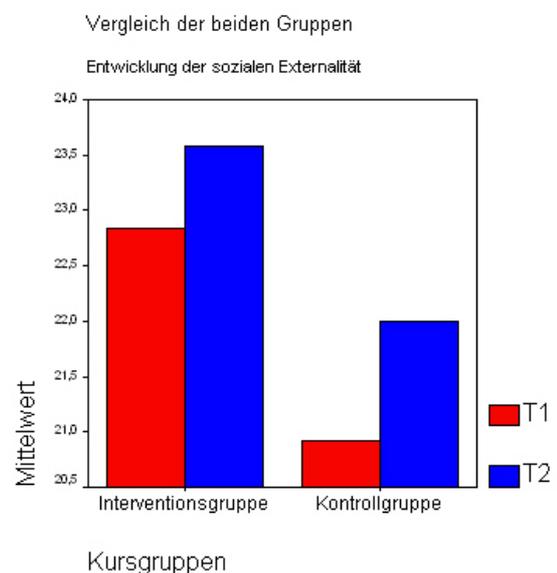


Abb.32:

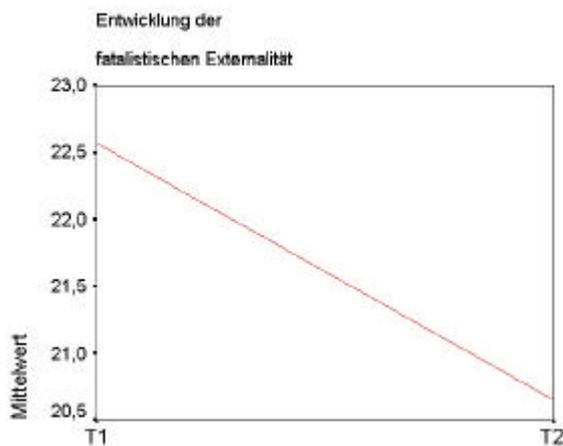
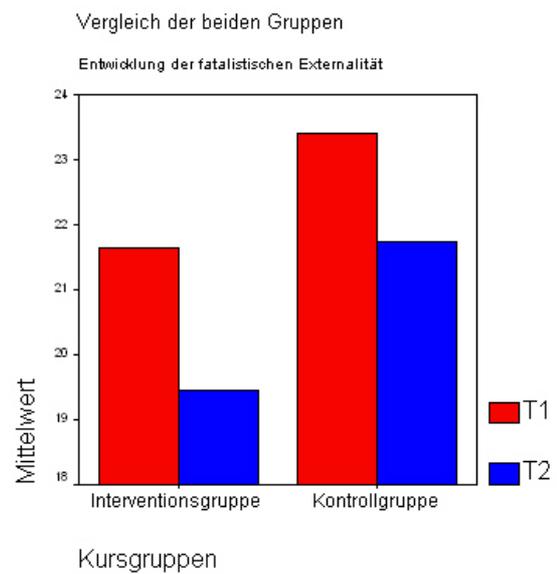


Abb.33:



Der Längsschnittvergleich der einzelnen Gruppen über die beiden Untersuchungszeitpunkte ist in keiner der Skalen signifikant.

3.2.2.1.2. Vergleich der Interventions- und der Kontrollgruppe

Eine Betrachtung der beiden Gruppen zeigt, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bestehen.

3.2.2.1.3. Diskussion der Veränderung der Ergebnisse des KKG

Die Kontrollüberzeugungen sind im Wesentlichen davon abhängig, welches Wissen über Beeinflussungsmöglichkeiten von Gesundheit und Krankheit beim Einzelnen besteht [Bräuer et al. 2001, S.320]. Die Vermittlung dieses Wissens war eine Intention der psychoedukativ-verhaltenstherapeutisch aufgebauten Interventionsgruppe. Eine weitere Möglichkeit, Kontrollüberzeugungen zu verändern, ist die Vermittlung von Entspannungstechniken, wie sie in der Interventionsgruppe praktiziert wurde. Durch die Entspannungstechniken steht den Patienten eine schnell erlernbare und rasch effiziente Bewältigungsstrategie zur Verfügung, gezielt die erhöhte Muskelaktivität zu reduzieren und damit eine reflektorische Abnahme der Schmerzintensität zu erleben [Pfungsten et al. 1996, S.330]. Trotz dieser Ansätze zeigen die Ergebnisse, dass bei den Teilnehmern an dieser Gruppe keine Verbesserungen, im Sinne einer signifikanten Steigerung der Internalität und einer signifikanten Abnahme der fatalistischen Externalität. Allerdings zeigt sich ein deutlicher Trend in diese Richtung. Zu

berücksichtigen ist insgesamt auch der Zeitfaktor. Die Bewältigungs- und Anpassungsprozesse benötigen je nach Schweregrad, Art der Erkrankung und Persönlichkeit des Individuums unterschiedliche Zeitspannen. Manche dieser Prozesse erstrecken sich über Monate oder Jahre oder können das Individuum lebenslang begleiten [Bräuer et al. 2001, S. 320; Weis und Koch 1998]. So wird deutlich, dass die Interventionsgruppe die Teilnehmer in die richtige Richtung weist, die Kursdauer von 10 Doppelstunden aber nicht ausreicht, um eine signifikante Veränderung der Kontrollüberzeugungen zu erzielen.

3.2.3. Erfassung der Veränderung der Therapiemotivation

3.2.3.1. Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)

3.2.3.1.1. Entwicklung der Ergebnisse der Kursgruppe ($t_1 \rightarrow t_2$)

Bei der Betrachtung der Entwicklung der vier Skalen über die beiden Untersuchungszeitpunkte wird zuerst der Schwerpunkt auf den Querschnittsvergleich der Ergebnisse der Interventions- und Kontrollgruppe gelegt. So hat sich in der Skala Krankheits erleben der signifikante Unterschied zwischen den beiden Gruppen durch einen abnehmenden Leidensdruck bzw. einen größeren sekundären Krankheitsgewinn der Kontrollgruppe zum Untersuchungszeitpunkt t_2 relativiert.

In den Skalen Laienätiologie, Behandlungserwartung und Erwartungen und Erfahrungen bezüglich Psychotherapie, also den Skalen, die zur Krankheitsverarbeitung zusammengefasst werden, hat sich kein signifikanter Unterschied ergeben, ebenfalls nicht in der Gesamtskala des FMP.

Der im Anschluss an diesen Vergleich durchgeführte Längsschnittvergleich jeder einzelnen Gruppe über beide Untersuchungszeitpunkte weist in der Interventionsgruppe keinen signifikanten Unterschied auf. In der Kontrollgruppe besteht eine signifikante Zunahme der Erwartungen und Erfahrungen bezüglich Psychotherapie ($p=0,021$) zum Untersuchungszeitpunkt t_2 hin. Bei der Betrachtung der Gesamtheit der Patienten zeigt sich ebenfalls dieser signifikante Unterschied ($p=0,020$).

3.2.3.1.2. Diskussion der Veränderung der Ergebnisse des FMP

Nach Abschluss des Kurses weist die Kontrollgruppe, im Gegensatz zur Interventionsgruppe, eine signifikant höhere Psychotherapiemotivation auf. Abgesehen von diesem Resultat tritt keine Veränderung in den einzelnen Skalen auf.

Der FMP wurde bereits in zahlreichen Untersuchungen eingesetzt u.a. Lupke et al., (1996, 1995). In den beiden genannten Studien wurde die Tätigkeit eines psychologischen Konsiliar- und Liasonsdiens (PKLD) an einem Allgemeinkrankenhaus evaluiert. Ziel dieses PKLD war die Modifikation der somatischen Krankheitseinsicht und der Aufbau von Psychotherapiemotivation bei Patienten mit psychisch bedingten körperlichen Beschwerden, die psychosomatische Behandlungsvorschläge aufgrund eines somatischen Krankheitsmodells zurückwiesen [Lupke et al. 1995, S.1]. Um eine Reaktanz der Patienten gegenüber einer Betreuung durch den PKLD zu vermeiden, wurde der Fragebogen ausschließlich zum Entlassungszeitpunkt eingesetzt [Lupke et al. 1995, S.11]. In keiner der beiden Studien konnte bei dem Vergleich der

Patienten des Therapie- und Kontrollkrankenhauses eine Veränderung des Leidensdrucks erzielt werden. Die verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten berichteten jedoch über stärker psychosomatisch ausgerichtete Annahmen zur Krankheitsgenese, auch erwarteten sie sich von einer psychotherapeutischen Behandlung eine erhebliche Verbesserung ihrer Beschwerden und wiesen eine höhere Psychotherapiemotivation auf. Daraus ergibt sich, dass im Rahmen dieser beiden Untersuchungen Bedingungen durch den PKLD geschaffen wurden, die günstiger für eine Verbesserung der Psychotherapiemotivation sind. So möchte ich die Unterschiede zwischen den beiden Verfahren herausarbeiten: Bei der vom PKLD behandelten Gruppe handelte es sich um stationäre Patienten. Das Schwergewicht der Exploration der Kurzzeitintervention lag auf der somatischen Seite. Insgesamt wurde immer versucht der somatischen Behandlungserwartung der Patienten entgegenzukommen und dann durch Provokationstests den Zusammenhang von psychischen Belastungen und körperlichen Beschwerden herauszuarbeiten. So ist der Schwerpunkt im Vergleich zu unserer Interventionsgruppe anders gesetzt, dazu kommt dass die Bezugspersonen der Patienten ebenfalls in die Behandlung miteinbezogen wurden.

3.2.3.2. Fragebogen zur Informiertheit

3.2.3.2.1. Resultate der Kursgruppe

Know-how

Wie aus der Tabelle 22 ersichtlich, ist das Wissen zu Kursinhalten, das auf einer Skala von 1 – 5 gemessen wird (1 sehr gut; 2 gut; 3 mittel; 4 schlecht; 5 sehr schlecht), nach Abschluss des Kurses mittel bis gut.

Der Querschnittsvergleich der Interventions- und der Kontrollgruppe über die beiden Untersuchungszeitpunkte weist in keiner Skala zum Thema Know how ein signifikantes Ergebnis auf. Der Längsschnittvergleich der einzelnen Gruppen hingegen weist einige signifikante Ergebnisse auf. Vor allem in den Bereichen psychologische Schmerzbewältigungstechniken, Zusammenhang von Stress und Schmerzen, Einfluss seelischer Faktoren auf Schmerzen und im Umgang mit Schmerzen zeigt sich eine sehr signifikante Verbesserung des entsprechenden Wissens der gesamten Gruppen, vgl. Tab. 22.

	t ₁	t ₂	
psychologische Schmerzbewältigungstechniken	3,46 ± 1,04	2,63 ± 0,92	p = 0,007
Zusammenhang von Stress und Schmerzen	3,18 ± 1,12	2,38 ± 0,97	p = 0,007
Einfluss seelischer Faktoren auf Schmerz	3,10 ± 1,21	2,52 ± 1,04	p = 0,008
Umgang mit Schmerzen	3,14 ± 0,85	2,50 ± 1,06	p = 0,010
Genusstraining	3,68 ± 1,06	3,38 ± 1,20	n.s.
medikamentöse Schmerzmittelbehandlung	2,74 ± 1,02	2,39 ± 1,12	n.s.
Wirksamkeit von Entspannungsverfahren	2,89 ± 1,03	2,39 ± 1,03	n.s.

Die Aufschlüsselung der Gesamtgruppe in die Interventions- und Kontrollgruppe (Tab 23). zeigt, dass in der Interventionsgruppe im Gegensatz zur Kontrollgruppe eine signifikante Verbesserung des Wissens in allen Bereichen, abgesehen von dem Bereich des Genusstrainings, aufgetreten ist.

Tab 23: Vergleich der beiden Gruppen bzgl. der Themen:	Interventions- gruppe	Kontrollgruppe
psychologische Schmerzbewältigungstechniken	p = 0,020	n.s.
Zusammenhang von Stress und Schmerzen	p = 0,015	n.s.
Einfluss seelischer Faktoren auf Schmerz	p = 0,023	n.s.
Umgang mit Schmerzen	p = 0,016	n.s.
Genusstraining	n.s.	n.s.
medikamentöse Schmerzmittelbehandlung	p = 0,034	n.s.
Wirksamkeit von Entspannungsverfahren	p = 0,034	n.s.

3.2.3.2.2. Diskussion der Veränderung der Ergebnisse des Fragebogens zur Informiertheit

Die Vermittlung dieser Wissensinhalte gelingt sehr erfolgreich mit dem Konzept der Interventionsgruppe, wie die signifikante Verbesserung des Wissens der Teilnehmer zu den Themengebieten: psychologische Schmerzbewältigungstechniken, Zusammenhang von Stress und Schmerzen, Einfluss seelischer Faktoren auf Schmerz, Umgang mit Schmerzen, medikamentöse Schmerzmittelbehandlung und Wirksamkeit von Entspannungsverfahren zeigt.

Bei der Kontrollgruppe tritt keine signifikante Verbesserung des Wissens der Patienten auf. So wird deutlich, dass das Konzept der Kontrollgruppe, das gesamte Wissen der Interventionsgruppe in 2x2, anstatt 10x2 h, ohne praktische Übungen zu vermitteln, nicht ausreichend ist. Auch muss man bei Betrachtung dieser Ergebnisse berücksichtigen, dass die Patienten der Kontrollgruppe signifikant weniger motiviert sind, als die Patienten der Interventionsgruppe.

4. Vergleich der Ergebnisse der Kursgruppe mit den Ergebnissen der Kopf- und Gesichtsschmerzgruppe

An der Pilotstudie der psychoedukativ-verhaltenstherapeutisch aufgebauten Interventionsgruppen nahmen insgesamt 80 Patienten teil. Der Hauptlokalisierung der Schmerzen entsprechend wurden die Patienten entweder in die Interventionsgruppe mit dem Schwerpunkt Schmerzen im Bereich des Stammes und der Extremitäten (=Kursgruppe) oder in die Interventionsgruppe mit dem Schwerpunkt Schmerzen im Bereich des Gesichts und des Kopfes eingeteilt. Im folgenden sollen die Ergebnisse ausgewählter Fragebögen (Deutscher Schmerzfragebogen, SCSS, SF36, IIP) verglichen werden.

4.1. Vergleich der Ergebnisse des DSF der Kursgruppe und der Kopf- und Gesichtsschmerzgruppe

Die beiden Gruppen unterscheiden sich in einigen Punkten signifikant:

- ✚ Gesamtstadium des Schmerzchronifizierungsprozesses
Von den Patienten der Kursgruppe sind mehr Patienten in dem Chronifizierungsstadium III (64,5%) als bei der Kopf- und Gesichtsschmerzgruppe (27,3%) ($p=0,012$).
- ✚ Häufigkeit der Hauptschmerzen
Vor allem bei dem Untersuchungszeitpunkt t_2 unterschieden sich die beiden Kollektive in Häufigkeit der Hauptschmerzen. So traten die Schmerzen der Kursgruppe eher andauernd, die der Kopfschmerzgruppe hingegen eher anfallsweise auf ($p=0,014$).
- ✚ Stärke der Hauptschmerzen
Bei dem Untersuchungszeitpunkt t_0 treten keine signifikanten Unterschiede in den einzelnen Skalen auf.
Die momentane Schmerzstärke unterscheidet sich allerdings bedeutend, $5,83 \pm 2,36$ bei den Patienten der Kursgruppe von $4,14 \pm 3,04$ der Kopfschmerzgruppe ($p=0,053$). Zum Untersuchungszeitpunkt t_2 hat sich dieser Unterschied weiter verstärkt ($p=0,047$), bei abnehmender momentaner Schmerzstärke in beiden Gruppen.
Bezüglich der erträglichen Schmerzstärke erweisen sich die Patienten der Kopfschmerzgruppe bei dem Untersuchungszeitpunkt t_2 wesentlich toleranter ($p=0,033$) als die Patienten der Kursgruppe.
- ✚ Medikamente
Die Patienten der Kopf- und Gesichtsschmerzgruppe neigen dazu bis zu zwei periphere Analgetika nach Bedarf einzunehmen. Die Patienten der Kursgruppe hingegen nehmen eher regelmäßig mehr als zwei periphere Analgetika oder mindestens ein zentrales Analgetikum ein. Dieser Trend vom Untersuchungszeitpunkt t_0 verstärkt sich zum Untersuchungszeitpunkt t_2 höchst signifikant ($p<0,001$).
- ✚ Beeinträchtigung in familiären und häuslichen Verpflichtungen
Die Patienten der Kopf- und Gesichtsschmerzgruppe fühlten sich in dieser Skala infolge ihrer Schmerzen stärker eingeschränkt ($p=0,046$)

✚ Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Die Patienten der Kursgruppe waren infolge ihrer Schmerzen länger ($p < 0,001$) arbeitsunfähig als die Patienten der Kopfschmerzgruppe.

4.2. Vergleich der Ergebnisse des SCSS der Kursgruppe und Kopf- und Gesichtsschmerzgruppe

Die Patienten der Kursgruppe sind bezüglich der Anzahl der körperlichen Symptome signifikant stärker belastet, als die Patienten der Kopf- und Gesichtsschmerzgruppe. Dies zeigt die Vergleichsstatistik der folgenden Skalen:

- ✚ Summenwert ($p = 0,020$)
- ✚ Beschwerdeindex für Somatisierung für Männer und Frauen ($p = 0,016$)
- ✚ Beschwerdeindex ohne geschlechtsspezifische Symptome ($p = 0,022$)
- ✚ positiver Summenscore ($p = 0,042$)

In der Intensität (Skala Intensitätsindex), in der die Symptome erlebt werden, besteht zwischen den beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied (vgl. Tab 24).

Tab.24: Gegenüberstellung der Ergebnisse des SCSS	Kursgruppe (N=34)	repräsentative Stichprobe (N=20)	Kopfschmerzgruppe (N=36)	Stichprobe der Schmerzambulanzen (N=96)
Summenwert	94,41 (56,36)	91,80 (54,01)	64,47 (47,20)	
Beschwerdeindex für Somatisierung für Männer und Frauen	1,30 (0,77)	1,27 (0,74)	0,88 (0,64)	0,74 (0,63)
Beschwerdeindex ohne geschlechtsspezifische Symptome	1,31 (0,77)	1,31 (0,77)	0,90 (0,66)	
Positiver Summenscore	32,32 (15,47)	31,30 (13,77)	24,61 (15,66)	17,49 (14,54)
Intensitätsindex	2,75 (1,05)	2,79 (0,79)	2,55 (0,86)	2,98 (1,19)

4.3. Vergleich der Ergebnisse des SF 36 der Kursgruppe und Kopf- und Gesichtsschmerzgruppen

Der Vergleich der Kursgruppe und der Kopf- und Gesichtsschmerzgruppe zeigt, dass die Patienten der Kursgruppe signifikant stärker, als die Patienten der Kopfschmerzgruppe in folgenden Skalen beeinträchtigt sind:

- ✚ körperliche Funktionsfähigkeit ($p < 0,001$)
- ✚ körperliche Rollenfunktion ($p = 0,007$)
- ✚ allgemeine Gesundheitserwartungen ($p = 0,010$)
- ✚ emotionale Rollenfunktion

Keine signifikante, aber eine deutlich stärkere Beeinträchtigung besteht in den folgenden Bereichen:

- ✚ körperliche Schmerzen
- ✚ Vitalität
- ✚ soziale Funktionsfähigkeit
- ✚ psychisches Wohlbefinden

Zusammenfassend wird deutlich, dass die Patienten der Kursgruppe stärker als die Patienten der Kopfschmerzgruppen in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sind.

4.4. Vergleich der Ergebnisse des IIP der Kursgruppe mit der Kopf- und Gesichtsschmerzgruppe

Es besteht ein signifikanter Unterschied ($p = 0,011$) in der Skala „zu introvertiert / sozial vermeidend“. So sind die Patienten der Kopfschmerzgruppe introvertierter und sozial vermeidender als die Patienten der Kursgruppe. Absehen von diesem Unterschied bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

5. Zusammenfassung

Im Rahmen einer Pilotstudie der psychosomatischen Poliklinik und der interdisziplinären neurologischen Schmerzambulanz des Klinikums rechts der Isar wurden zentrale Themenkomplexe der chronischen Schmerzforschung untersucht. An chronischen Schmerzpatienten wurden an Hand von Fragebögen (FMP; KKG; SF-36; BPI; IIP, NI; TAS 20; SCSS, DSF und eigenes Instrument) und dem strukturierten klinischen Interview nach DSM IV (SKID I) das Ausmaß von Komorbidität, Persönlichkeitsstrukturen und die Therapiemotivation ermittelt.

Dazu wurden eine Stichprobe von Patienten des psychosomatischen Konsiliardienstes (Kursgruppe **KG**; N=37), deren Schmerzen psychisch mitbegründet sind (ICD-10 F45/ 54), und eine unselektierte Stichprobe von chronischen Schmerzpatienten der neurologischen Schmerzambulanz (repräsentative Stichprobe **RS**; N=31) miteinander verglichen.

Die Patienten beider Kollektive zeigen im Vergleich zur Normalpopulation eine ausgeprägte Komorbidität hinsichtlich psychischer Störungen. Im Vordergrund stehen (vgl. Tab.25) somatoforme Störungen (F45) (KG = 81,1%; RS = 22,6%), affektive Störungen (F3) (KG = 48,6%; RS = 32,3%) und Angststörungen (F40.00, F41.0, F41.9, F41.1) (KG = 48,6%; RS = 22,6%).

Hinsichtlich der aktuellen psychischen Komorbidität zeigen sich die Patienten des psychosomatischen Konsiliardienstes signifikant ($p=0,005$) stärker belastet als die Patienten der neurologischen Schmerzambulanz. Sie leiden auch höchst signifikant häufiger ($p<0,001$) unter aktuellen Diagnosen der Kategorie F4. Das Schmerzempfinden wird durch Angst signifikant verstärkt. Die sozialen Phobien in der Kursgruppe sind mit $p=0,028$ signifikant häufiger als in der repräsentativen Stichprobe. Ebenso weisen sie in den auf die Lebenszeit bezogenen Diagnosen signifikant häufiger ($p=0,015$) psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1) auf. Weiterhin ist die Vitalität gemäß SF36 wesentlich reduziert ($p= 0,024$).

64,5% der Patienten der Kursgruppen und 62,3% der Patienten der repräsentativen Stichprobe befinden sich im Chronifizierungsstadium III der Schmerzen (nach Gershagen).

Die Lebensqualität beider Kollektive ist in den Lebensbereichen psychisches Befinden, körperliche Verfassung, soziale Beziehungen und funktionale Kompetenz im Vergleich zur Normalpopulation höchst signifikant eingeschränkt.

Ebenso sind die Alexithymiewerte beider Kollektive im Vergleich zu Normalpersonen signifikant erhöht. Das ist ein Indikator für einen ungünstigen Therapieverlauf mit nachfolgender Chronifizierung psychischer Schmerzen.

Als Folge der Erkrankung wurden bei beiden Gruppen gleichermaßen narzisstische Regulationsmodi aktiviert. Die Patienten empfinden sich selbst als zu fürsorglich / freundlich und sehen keine Eingriffsmöglichkeit in die Entwicklung ihrer Krankheit.

Ihre Psychotherapiemotivation ist durchschnittlich (vgl. Tab25).

Basierend auf den Ergebnissen an chronischen Schmerzpatienten wurden ambulante Schmerzbewältigungsgruppen evaluiert und mit Maßnahmen weiter optimiert, die auf die speziellen Bedürfnisse von psychisch besonders belasteten Schmerzpatienten ausgerichtet sind. Die Patienten des psychosomatischen Konsiliardienstes, die Kursgruppe, wurden randomisiert einer psychoedukativ-verhaltenstherapeutisch aufgebauten Interventionsgruppe mit 10 Doppelstunden oder einer Kontrollgruppe mit einer interdisziplinären Schmerztherapie in 2 Doppelstunden zugeteilt. Es wurde untersucht, in welchem Ausmaß im Rahmen eines niederschweligen ambulanten Angebots Einfluss auf Psychotherapiemotivation, die Lebensqualität, die Schmerzintensität, die Depressivität und auf Kontrollüberzeugungen genommen werden kann.

Bei der interdisziplinären Interventionsgruppe konnte ein signifikant positiver Einfluss auf die Schmerzstärke, die Depressivität und die Lebensqualität erzielt werden. Weiterhin verbesserte sich das Wissen Patienten der Interventionsgruppe zu den inhaltlichen Schwerpunkten des Kurses signifikant. Die Psychotherapiemotivation und die Kontrollüberzeugungen konnten durch die Kurzzeitintervention nicht signifikant beeinflusst werden (vgl. Tab.26).

Die Ergebnisse der Pilotstudie zeigen, dass durch das Training von Schmerzbewältigungsstrategien im Rahmen der interdisziplinären Interventionsgruppe, selbst im Rahmen von 10 Doppelstunden, Selbstregulationsfähigkeiten im Umgang mit einer chronifizierten Beschwerdesymptomatik aktiviert werden, die höchst effektiv das Schmerzempfinden reduzieren und mit deren Hilfe die Patienten die durch den Schmerz antizipierte körperliche Schädigung als Bedrohung ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit abwenden können. Signifikante Verbesserungen treten gemäß SF36 in den Bereichen: Körperliche Schmerzen ($p_{t1} \rightarrow p_{t2}: 0,089 \rightarrow 0,006$) ; körperliche Rollenfunktion ($p_{t1} \rightarrow p_{t2}: 0,880 \rightarrow 0,006$) , allgemeine Gesundheitswahrnehmung (p_{t1}

→ p_{t_2} : 0,052 → 0,044), soziale Funktionsfähigkeit (p_{t_1} → p_{t_2} : 0,108 → 0,016) und emotionale Rollenfunktion (p_{t_1} → p_{t_2} : 0,213 → 0,028) ausschließlich bei der Interventionsgruppe auf. Die durchschnittlichen Schmerzen nach Abschluss des Kurses haben sehr signifikant (p_{t_0} → p_{t_2} : 0,734 → 0,010) abgenommen ebenso die momentanen Schmerzen (p_{t_0} → p_{t_2} : 0,344 → 0,007), und die Depressionen ($p_{t_2} < 0,001$). Die Bereitschaft zur Informationssuche ist bei dieser Gruppe signifikant erhöht.

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit können für die zukünftige Therapie chronischer Schmerzpatienten folgende Schlussfolgerungen gezogen werden:

Patienten mit chronischen Schmerzen leiden unabhängig von der Ursache ihrer Schmerzen unter sehr ähnlichen Belastungen. Ein sehr deutliches Beispiel hierfür ist die signifikante Einschränkung der Lebensqualität im Vergleich zur Normalbevölkerung.

Schmerzbewältigungsgruppen sind im Hinblick auf die Verbesserung der Lebensqualität und des psychischen Wohlbefindens sehr viel versprechend. Daher muss es vorrangiges Ziel werden, allen chronischen Schmerzpatienten die Möglichkeit zu geben, an Interventionsgruppen nach diesem Modell teilzunehmen.

Wesentlich ist es darüber hinaus ambulante Schmerzbewältigungsgruppen weiter zu entwickeln. Diese Arbeit lässt folgern, dass es dabei vorrangig sein wird, die Dauer der Kurse zu verlängern, um auch Einfluss auf schwer zu beeinflussende Variablen, wie zum Beispiel die Kontrollüberzeugungen und die Psychotherapiemotivation ausüben zu können.

Tab. 25: Erfassung der Störungstiefe der selektierten Patienten der psychosomatischen Ambulanz und der konsekutiven Patienten der neurologischen Ambulanz

	selektierte Patienten der psychosomatischen Ambulanz (N=37)	konsekutive Patienten der neurologischen Schmerzambulanz (N=31)	Vergleich der beiden Schmerzpatientengruppen	Normalpopulation
Erfassung der Komorbidität				
Strukturiertes klinisches Interview (SKID)				
derzeitige Diagnosen	100,0%	80,6%	p=0,005	15,0-25,0%
affektive Störungen (F3)	48,6%	32,3%	n.s.	15,8%
neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	86,5%	35,5%	p<0,001	
somatoforme Störungen (F45)	81,1%	22,6%	p<0,001	
Angststörungen	48,6%	22,6%	p=0,026	5,9%
Lebenszeit-Diagnosen				
psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)	29,7%	6,5%	p=0,015	
Deutscher Schmerzfragebogen (DSF)				
Stadium I	6,5%	12,5%	n.s.	
Stadium II	29,0%	25,0%		
Stadium III	64,5%	62,5%		
Somatisierung und somatoforme Störungen (SCSS)				
Beschwerdeindex	1,3	1,3	n.s.	0,5
positiver Summenscore	32,3	31,3	n.s.	15,9
Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)				
Körperliche Funktionsfähigkeit	44,1 (24,0)	45,5 (25,7)	n.s.	83,8 (23,6)
Körperliche Rollenfunktion	18,9 (33,1)	13,1 (28,8)	n.s.	81,2 (33,8)
Körperliche Schmerzen	23,4 (17,7)	23,2 (22,2)	n.s.	77,2 (28,5)
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	37,8 (17,4)	46,1 (19,8)	n.s.	66,2 (21,0)
Vitalität	30,6 (19,0)	40,5 (13,9)	p=0,024	61,8 (19,2)
Soziale Funktionsfähigkeit	47,1 (33,4)	54,8 (30,0)	n.s.	87,7 (19,5)
Emotionale Rollenfunktion	39,4 (45,2)	41,7 (43,1)	n.s.	88,2 (28,3)
Psychisches Wohlbefinden	48,9 (21,4)	50,3 (20,2)	n.s.	72,8 (17,3)
Veränderung des Gesundheitszustandes	3,7 (1,2)	3,7 (1,1)	n.s.	-
Erfassung der Persönlichkeit				
Narzissmusinventar- ausgewählte Items-				
Dimension I - das bedrohte Selbst - Instabilität des Selbst				
Affekt- und Impulskontrollverlust	21,1 (9,6)	25,6 (12,4)	n.s.	18,1 (7,8)
Kleinheitsself	21,7 (9,4)	23,1 (6,9)	n.s.	16,7 (6,0)
archaischer Rückzug	26,0 (8,9)	29,2 (10,4)	n.s.	22,6 (7,1)
basales Hoffnungspotential	33,5 (9,3)	36,1 (7,1)	n.s.	40,2 (7,3)
Dimension II - wesentliche Aspekte der narzisstischen Persönlichkeit				
narzisstische Wut	22,8 (8,0)	25,1 (7,4)	n.s.	20,9 (7,2)
Dimension III - das idealistische Selbst				
Objektbewertung	27,4 (9,0)	29,7 (8,2)	n.s.	22,6 (7,6)
Symbiotischer Selbstschutz	39,6 (5,4)	40,1 (5,0)	n.s.	35,8 (6,3)
Dimension IV - „das hypochondrische Selbst“				
hypochondrische Angstbindung	25,5 (8,0)	27,7 (10,7)	n.s.	16,9 (6,0)
narzisstischer Krankheitsgewinn	34,9 (8,4)	33,1 (11,7)	n.s.	13,2 (3,6)
Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – ausgewählte Items-				
zu streitsüchtig/ konkurrierend	6,4 (5,1)	9,2 (4,2)	p=0,022	
zu fürsorglich/ freundlich	12,7 (5,7)	14,9 (5,2)	n.s.	
zu introvertiert/ sozial vermeidend	8,0 (7,1)	10,6 (5,7)	p=0,067	
Borderline – Persönlichkeitsinventar				
Gesamtwert	9,06 (8,3)	10,8 (9,3)	n.s.	10,5
Toronto-Alexithymie-Skala				
Gesamtsummenwert	46,85	48,41	n.s.	39,88
Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit				
Internalität	unterdurchschnittlich	unterdurchschnittlich	n.s.	Ergebnisse in Bezug zu repräsentativer Stichprobe
soziale Externalität	durchschnittlich	durchschnittlich	n.s.	
fatalistische Externalität	durchschnittlich	durchschnittlich	n.s.	

Erfassung der Therapiemotivation				
Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation				
Krankheitserleben	durchschnittlich	durchschnittlich	n.s.	<i>Ergebnisse in Bezug zu Hauptanalysen-stichprobe</i>
Krankheitsverarbeitung	durchschnittlich	durchschnittlich	n.s.	
Psychotherapiemotivation	durchschnittlich	durchschnittlich	n.s.	

Tab. 26: Evaluation der Kurzzeitintervention

	Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe		Anmerkungen
	Untersuchungszeitpunkt t ₁	Untersuchungszeitpunkt t ₂	
Veränderung der Komorbidität			
Deutscher Schmerzfragebogen			
durchschnittliche Schmerzstärke	n.s.	p = 0,010	
maximale Schmerzstärke	n.s.	n.s.	
momentane Schmerzstärke	n.s.	p = 0,007	
tolerable Schmerzstärke	n.s.	p = 0,048	Toleranz der Interventionsgruppe hat abgenommen
ADS	.022	p < 0,001	Kontrollgruppe stärker belastet
Fragebogen zum Gesundheitszustand			
körperliche Schmerzen	n.s.	p = 0,006	
körperliche Rollenfunktion	n.s.	p = 0,006	
allg. Gesundheitswahrnehmung	n.s.	p = 0,044	
soziale Funktionsfähigkeit	n.s.	p = 0,016	
emotionale Rollenfunktion	n.s.	p = 0,028	
psychisches Wohlbefinden	.008	p = 0,005	
Veränderung der Persönlichkeit			
Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit			
Internalität	n.s.	n.s.	
soziale Externalität	n.s.	n.s.	
fatalistische Externalität	n.s.	n.s.	
Veränderung der Psychotherapiemotivation			
Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation			
Gesamtskala	n.s.	n.s.	

6. Literaturverzeichnis:

- Bach, M., Bach, D., de Zwaan, M., Serim, M., Böhmer, F.,
Validierung der deutschen Version der 20-Item Toronto-Alexithymie-Skala bei
Normalpersonen und psychiatrischen Patienten
PPmP Psychosom. med. Psychol. 46 (1996) 23-28
- Basler, H. D.,
Chronifizierungsprozesse von Rückenschmerzen.
Therapeutische Umschau 51 (1994), 395-401
- Basler, H. D., Kröner-Herwig, B (Hrsg).,
Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen. Ein Schmerzbwäl-
tigungsprogramm zur Gruppen- und Einzeltherapie.
Quintessenz-Verlag 1998, 2. akt. Auflage
- Basler, H. D.,
Zur psychologischen Unterversorgung von Kreuzschmerzpatienten
Stellungnahme zu dem Gutachten des Sachverständigenrates für das Ge-
sundheitswesen zum Thema Rückenleiden
Schmerz 16 (2002), 215 – 220
- Bass, C., Benjamin, S.,
The management of chronic somatisation.
Br J Psychiatry 162 (1993), 472-480
- Becker, N., Hojsted, J., Sjogren, P., Eriksen, J.,
Sociodemographic predictors of treatment outcome in chronic non-malignant
pain patients. Do patients receiving or applying for Disability Pension benefit
from multidisciplinary pain treatment?
Pain 77 (1998), 279-287
- Becker, N., Sjogren, P., Olsen, A. K., Eriksen, J.,
Treatment outcome of chronic non-malignant pain patients managed in a Dan-
ish multidisciplinary pain centre compared to general practice: a randomised
controlled trial
Pain 84 (2000), 203-211
- Birbaumer, N., Flor, H.,
Psychobiologie chronischer Schmerzen.
Spektrum der Wissenschaft 10 (1993), 92-98 (online-Ausgabe)
- Blazer, D. G. 2nd.

Narcissism and the development of chronic pain.

Int J Psychiatry Med 10(1) (1980), 69 – 77

Blumer, D., Heilbronn, M.,

Chronic pain as a variant of depressive disease: the pain prone disorder.

J Nerv Ment Dis 170 (1982), 381- 406

Bouckoms, A. J., Litman, R. E., Baer, L.,

Denial in the depressive and pain-prone disorder of chronic pain (Vol.9)

In: Advances in pain research and therapy

Field, H. L., Dubner, R., Cervero, F.,

New York, Raven Press, 1985, 879-888

Bräuer, W., Merkesdal, S., Mau, W.,

Der Zusammenhang zwischen Krankheitsschwere und Kontrollüberzeugung
im Verlauf der frühen chronischen Polyarthritits.

PPmP 51 (2001) 320 – 327

Bschor, T.

Wenn der Körper unter der Seele leidet; So demaskieren Sie eine „lavierte“
Depression

Psychiatrie für die Praxis; Vom Komitee für Psychologie und Therapie der De-
pression P.T.D.

MMW-Fortschritte der Medizin 38 (2000), 710-712

Bullinger, M., Kirchberger, I:

Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand, Handbuch der deutsch-
sprachigen Fragebogenversion,

Medical Outcomes Trust, Boston 1995

Deneke, F.-W., Hilgenstock, B., Müller, R.

Das Narzissmusinventar – Handbuch

Verlag Hans Huber, Bern 1989

DGSS

Zusammenfassung der Entwicklung des Deutschen Schmerzfragebogens der
DGSS

www.medizin.uni-koeln.de/projekte/dgss.html

Dumat, W., Nutzinger, D. O.

Jeder zweite Patient mit chronischen Schmerzen ist auch depressiv. Dann
sind Trizyklika plus kognitive Verhaltenstherapie indiziert.

Psychiatrie für die Praxis; Vom Komitee für Psychologie und Therapie der Depression P.T.D.

MMW-Fortschritte der Medizin 38 (2000), 708-709

Engel, G. L.,

"Psychogenic pain and the pain-prone patient"

Amer J Med 26 (1959), 899-918

Evans, S. J. W.,

Good surveys guide.

Br. Med. J., 302 (1991), 302 – 303

Fishbain, D. A.,

Approaches to treatment decisions for psychiatric comorbidity in the management of the chronic pain patient

Medical Clinics of North America 83 (1999) 737 - 760

Flor, H.,

Psychobiologie des Schmerzes.

Huber-Verlag, Bern-Göttingen-Toronto, 1991

Flor, H., Fydrich, T.,

Die Rolle der Familie bei chronischen Schmerzen.

In: "Psychologische Schmerztherapie",

Basler, H.-D., Franz, C., Kröner-Herwig, B., Rehfisch, H. P., Seemann, H.

(Hrsg.), Springer-Verlag, Berlin; Heidelberg; New-York; London; Paris; Tokyo;

Hong-Kong, 1996, 3. erw. Auflage, 183-191

Flor, H.,

Empirical evaluation of a diathesis-stress-model of chronic low-back pain.

Dissertation, Fakultät für Sozialwissenschaften der Universität Tübingen, 1984

Flor, H.,

Verhaltensmedizinische Grundlagen chronischer Schmerzen

In: "Psychologische Schmerztherapie",

Basler, H.-D., Franz, C., Kröner-Herwig, B., Rehfisch, H. P., Seemann, H.

(Hrsg.), Springer-Verlag, Berlin; Heidelberg; New-York; London; Paris; Tokyo;

Hong-Kong, 1990, 1. Auflage, 89-103

Fordyce, W.E.,

Behavior methods for control of chronic pain and illness.

Mosby, St. Louis (1976)

Frank, W.,

Psychiatrie, Kurzlehrbuch GK3

Gustav Fischer Verlag, Ulm, Stuttgart, Jena, Lübeck, 13. überarbeitete Auflage, 1997

Glier, B.,

Qualitätssicherung in der Therapie chronischer Schmerzen, Teil V. Verfahren zur Erfassung kognitiver Schmerzverarbeitung und Schmerzbewältigung.

Der Schmerz 9 (1995), 206 –

Gralow, I., Hürter, A., Schwerdt, C., Hannich, H. J., Meyer, B., Voss, S.,

Konzept einer Schmerzambulanz; erste klinische Erfahrungen.

Psychotherapeut 41 (1996), 242-249

Gündel, H., Schüßler, J.,

Psychoedukative Schmerzbewältigungsprogramme zur Förderung der weiteren Psychotherapieakzeptanz.

In: Psychotherapie der Somatisierungsstörung

Kapfhammer, H. P., Gündel, H.,

Thieme Verlag 6 /2001; 1-13

Hans Huber AG – Testzentrale der Schweizer Psychologen

Narzissmusinventar (NI);

<http://www.testzentrale.ch>

Hasenbring, M., Hallner, D., Klasen, B.,

Psychologische Mechanismen im Prozess der Schmerzchronifizierung Unter- oder überbewertet?

Schmerz 15 (2001) 442-447

Hautzinger, M.,

Behandlung von Depression und Angst bei Schmerzzuständen.

In: "Psychologische Schmerztherapie",

Basler, H.-D., Franz, C., Kröner-Herwig, B., Rehfisch, H. P., Seemann, H.

(Hrsg.), Springer-Verlag, Berlin; Heidelberg; New-York; London; Paris; Tokyo;

Hong-Kong, 1990, 1. Auflage, 570-577

- Hautzinger, M.,
Depressive Reaktionen aus psychologischer Sicht.
In: Depressionen und Umwelt.
Hautzinger, M., Hoffmann, N. (Hrsg),
Otto Müller, Salzburg, 1979
- Hautzinger, M., Janssen, P. L.,
Krankheitsbewältigung und Psychotherapie bei körperlichen und chronischen
Erkrankungen
Psychotherapeut, 43 (1998), 382-390
- Hautzinger, M.,
Kognition und Depression.
In: Kognitionspsychologie der Depression.
Hautzinger, M., Greif, S. (Hrsg)
Kohlhammer, Stuttgart (1981)
- Hendler, N.,
Depression caused by chronic pain.
J. Clin Psychiat 45 (1984), 30-36
- Hildebrandt, J., Franz, C.,
Kreuzschmerz – Zur Pathophysiologie des sog. „idiopathischen“ Rücken-
schmerzes.
In: Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Kreuzschmerzes.
Sehathi-Chafai, G. H. (Hrsg.),
Winkler, Bochum, 1988, S. 11
- Hildebrandt, J., Kaluza, G., Pfingsten, M.,
Rückenschmerzen
In: „Psychologische Schmerztherapie“,
Basler, H.-D., Franz, C., Kröner-Herwig, B., Rehfisch, H. P., Seemann, H.
(Hrsg.), Springer-Verlag, Berlin; Heidelberg; New-York; London; Paris; Tokyo;
Hong-Kong, 1990, 1. Auflage, 302-327
- Hinz, A., Schwarz, R.,
Angst und Depression in der Allgemeinbevölkerung, Eine Normierungsstudie
zur Hospital Anxiety and Depression Skale
PPmP Psychother Psychosom med Psychol 51 (2001), 193-200

Hoffmann, S. O., Egle, U. T.,

Psychodynamische Konzepte bei psychogenen und psychosomatischen
Schmerzzuständen,

In: "Psychologische Schmerztherapie",

Basler, H.-D., Franz, C., Kröner-Herwig, B., Rehfisch, H. P., Seemann, H.
(Hrsg.), Springer-Verlag, Berlin; Heidelberg; New-York; London; Paris; Tokyo;
Hong-Kong, 1990, 1. Auflage, 104 - 116

Horowitz, L.M., Strauß, B., Kordy, H. unter Mitarbeit von Alden, L.E., Wiggins,
J.S., Pincus A.L.

Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme –Deutsche Version- Manual
Beltz Test GmbH, Weinheim 1994

International Association for the Study of Pain

IASP Pain Terminology

www.iasp-pain.org

Jonckheere, P.

The chronic headache patient: A psychodynamic study of 30 cases compared
with cardiovascular patients.

Psychother Psychosom 19 (1971), 53-61

Kashner, T., M., Rost, K., Cohen, B., Anderson, M., Smith, G. R.,

Enhancing the Health of Somatization Disorder Patients, Effectiveness of
Short-Term Group Therapy.

Psychosomatics 36 (1995), 462-470

Keefe, F. J., Caldwell, D. S., Williams, D. A., Gil, K. M., Mitchell, D., Robertson,
C., Martinez, S., Nunley, J., Beckham, J. C., Crisson, J. E., Helms, M.,

Pain Coping Skills Training in the Management of Osteoarthritic Knee Pain: A
Comparative Study.

Behavior Therapy 21 (1990), 49-62

Keltikangas-Järvinen, L.,

Emotionale Hilflosigkeit-ein Risikofaktor für somatische Krankheiten.

Psychother. Psychosom. med. Psychol. 42 (1992), 409-413

Knorring, L. v

The experience of pain in depressed patients. A clinical and experimental
study.

Neuropsychobiology 1 (1975), 155-165

- Knorring, L. v, Perris C., Eisemann, M., Eriksson, U., Perris, H.,
Pain as a symptom in depressive disorders.
Pain 15 (1983), 19-26
- Kohlmann, T., Nuding, B., Raspe, H. H.,
Funktionsbehinderung, schmerzbezogene Kognitionen und emotionale Beeinträchtigung bei Rückenschmerzen
In: Psychologie des Schmerzes, Diagnose und Therapie
Geissner, E. (Hrsg), Jungnitsch, G.,
Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1992, 107-121
- Kohlmann, T., Raspe, H. H.
Deskriptive Epidemiologie chronischer Schmerzen
In: Psychologie des Schmerzes, Diagnose und Therapie
Geissner, E. (Hrsg), Jungnitsch, G.,
Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1992, 11-23
- Kriebel, R., Paar, G. H., Stäcker, K.-H.,
Somatisierung
Psychotherapeut 41 (1996), 201-214
- Kröner-Herwig, B, Jäkle, C., Basler, H. G., Peters, K., Seemann, H., Franz, C.,
Frettlöh, J.,
Der Stellenwert von Bewältigungsstrategien in der Therapie chronischer Schmerzpatienten.
Der Schmerz 7 (1993) Suppl, 50-
- Kröner-Herwig, B.,
Die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome: Plädoyer für einen integrativen Therapieansatz
In: "Psychologische Schmerztherapie",
Basler, H.-D., Franz, C., Kröner-Herwig, B., Rehfisch, H. P., Seemann, H.
(Hrsg.), Springer-Verlag, Berlin; Heidelberg; New-York; London; Paris; Tokyo; Hong-Kong, 1996, 3. erw. Auflage, 519-530
- Kröner-Herwig, B.,
Die Schmerzpersönlichkeit-Eine Fiktion?
In: "Psychologische Schmerztherapie",
Basler, H.-D., Franz, C., Kröner-Herwig, B., Rehfisch, H. P., Seemann, H.

(Hrsg.), Springer-Verlag, Berlin; Heidelberg; New-York; London; Paris; Tokyo; Hong-Kong, 1990, 1. Auflage, 125-134

Kröner-Herwig, B.,

Psychologische Therapie chronischer Schmerzen: Patientenschulung und-motivierung

In: Patientenschulung und Patientenberatung.

Petermann, F. (Hrsg.)

Hogrefe, Göttingen 1997, 335-346

Kruse, J., Wöller, W., Schmitz, N., Pollmann, H.,

Narzisstische Regulation und diabetische Stoffwechseleinstellung bei Typ-II-Diabetikern

PPmP Psychother Psychosom med Psychol 50 (2000), 63-71

Krüskenper, G. M.,

Patienten mit rheumatischen Beschwerden.

In: Klinische Psychologie und körperliche Krankheit

Basler, H. D., Florin, I. (Hrsg.)

Kohlhammer, Stuttgart, S. 146

Lane, R. D., Schwartz, G. E.,

Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology.

Am J. Psychiatry 144 (1987), 133-143

Leichsenring, F.,

Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI), Handanweisung

Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen 1997

Levenson, H.,

Distinctions within the concept of internal-external locus of control.

Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association, 7 (1972), 261-262

Lewinsohn, P. M.,

Clinical and theoretical aspects of depression.

In: Innovative treatment methods in psychopathology.

Calhoun, K.S., Adams, H. E., Mitchell, K. M.,

Wiley, New York (1974)

Linton, S. J.,

- The relationship between activity and chronic back pain.
Pain 21 (1985) , 289
- Lohaus, A., Schmitt G. M.,
Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG), Handanweisung,
Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen 1989
- Love, A. W., Peck, C. L.,
The MMPI and psychological factors in chronic low back pain. A review.
Pain 28 (1987) 1-12
- Lupke, U., Ehlert, U., Hellhammer, D.,
Verhaltensmedizin im Allgemeinkrankenhaus: Verlaufsuntersuchung an Patienten mit Somatoformen Störungen
Verhaltenstherapie 6 (1996), 22-32
- Lupke, U., Ehlert, U., Hellhammer, D.,
Verhaltensmedizin im Allgemeinkrankenhaus: II. Behandlung des Somatisierungsverhaltens
Verhaltenstherapie 16 (1995), 3-35
- Majou, R.,
Somatization.
Psychother Psychosom 59 (1993), 69 – 83
- Masuhr, K. F., Neumann, M.
Neurologie
MLP Duale Reihe, Hippokrates Verlag, Stuttgart 1998, 1. Auflage, S.16
- Melzack, R., Wall, P. D.,
Schmerzmechanismen: eine neue Theorie.
Institut für Medizinische Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität, Texte für den Kursus Medizinische Psychologie II, 1998,
- Mentzos, S.,
Neurotische Konfliktverarbeitung.
Fischer, Frankfurt am Main, 1984
- Möller, H. J., Laux, G., Deister, A.,
Psychiatrie
MLP Duale Reihe, Hippokrates Verlag, Stuttgart 1996
- Nickel, R., Egle, U. T.,

Therapie somatoformer Schmerzstörungen – Manual zur psychodynamischen Gruppentherapie

Schattauer, Stuttgart, 1999

Nickel, R., Raspe, H. H.,

Chronischer Schmerz: Epidemiologie und Inanspruchnahme.

Nervenarzt 72 (2001), 897-906

Nilges, P., Wichmann-Dorn, E.,

Anamneseerhebung bei chronischen Schmerzpatienten

In: Psychologie des Schmerzes, Diagnose und Therapie

Geissner, E. (Hrsg), Jungnitsch, G.,

Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1992, 45-78

Nilges, Paul

Schmerz und Kontrollüberzeugungen

In: Psychologie des Schmerzes, Diagnose und Therapie

Geissner, E. (Hrsg), Jungnitsch, G.,

Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1992, 123-131

Petermann, Franz,

Patientenschulung und Patientenberatung – Ziele, Grundlagen und Perspektiven

In: Patientenschulung und Patientenberatung: Ein Lehrbuch

Petermann, Franz (Hrsg.),

Hogrefe Verlag Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1997, 3-21

Peternell, A.,

Somatisierung und somatoforme Störungen, Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung körperlicher Beschwerden ohne (ausreichende) organische Ursache

Wien, April 1998

Pfingsten, M., Bautz, M., Eggebrecht, D., Hildebrandt, J.,

Soziale Interaktion bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen.

Psychother med Psychol 38 (1988), 328-332

Pfingsten, M., Franz, C., Hildebrandt, J., Saur, P., Seeger, D.,

Das Göttinger Rücken Intensiv Programm (GRIP) – ein multimodales Behandlungsprogramm für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, Teil 3. Psy-

- chosoziale Aspekte
Der Schmerz 10 (1996), 326-344
- Pincus, T., Callahan, L. F., Bradley, L. A., Vaughn, W. K., Wolfe, F.,
Elevated MMPI scores for hypochondriasis, depression and hysteria in pa-
tients with rheumatoid arthritis reflect disease rather than psychological status.
Arthritis and Rheumatism 29 (1986), 1456 – 1466
- Redaktion der Apothekenumschau
Vom Schmerz gefesselt, Schluß mit der Qual
Rat und Hilfe, Apothekenumschau 2002, 11-18
- Rodin, G., Voshart, K.,
Depression in the medically ill. an overview.
American Journal of Psychiatry 143 (1986), 696-705
- Romano, J. M., Turner, J. A.,
Chronic pain and depression. Does the evidence support a relationship?
Psychol Bull 97 (1985), 18-37
- Rotter, J. B
Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement.
Psychological Monographs, 80 (1966), 1-28
- Roy, R.,
Engel's pain-prone patient: 25 years thereafter.
Psychother Psychosom 43 (1985), 126-135
- Sansone, R. A., Whitecar, P., Meier, B. P., Murry, A.,
The prevalence of borderline personality among primary care patients with
chronic pain.
Gen Hosp Psychiatry 23(4) (2001), 193 – 197
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M.,
Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV
Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1996
- Schappert, S. M.,
National Medical Care Survey: 1989 summary.
Vital Health Stat 13 (1992), 2-11

- Schmidt, L. G.,
Korbidität Schmerz und Depression; Was ist Henne, was ist Ei? Und wie bekommt man beides in den griff?
Psychiatrie für die Praxis; Vom Komitee für Psychologie und Therapie der Depression P.T.D.
MMW-Fortschritte der Medizin 38 (2000), S. 707
- Schneider, W., Basler, H.-D., Beisenherz, B.,
Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation, Manual,
Beltz Test,
- Schreiber, U.,
Chronische Schmerzpatienten: Erfassung des Wissens über psychologische Zusammenhänge der Erkrankung unter besonderer Berücksichtigung der krankheitsbezogenen Kausalattributionen und Kontrollüberzeugungen sowie ihre Einstellung zu Psychologen.
Unveröffentlichte Diplomarbeit, Freiburg, 1993
- Schulberg, H. C., McClelland, M., Burns, B. J.,
Depression and physical illness: The prevalenz, causation and diagnosis of comorbidity.
Clinical Psychology Review 7 (1987), 167-187
- Schüßler, G.,
Krankheitsbewältigung und Psychotherapie bei körperlichen und chronischen Erkrankungen.
Psychotherapeut 43 (1998), 382 – 390
- Schüßler, G.,
Bewältigung chronischer Erkrankungen.
Vandenhook & Ruprecht, Göttingen, 1993
- Schwab, R., Egle, U. T.,
Diagnostische Subgruppen benigner chronischer Schmerzstörungen.
Vortrag 1. Kongreß der DIVS, Nürnber, März 1996
- Seligman, M. E. P.,
Erlernte Hilflosigkeit
Urban & Schwarzenberg, München, 1986
- Sifneos, P. E.,

- Psychotherapies for psychosomatic and alexithymic patients.
Psychother. Psychosom. 40 (1983), 66-73
- Simon, G. E., v. Korff, M.,
Somatization and psychiatric disorder in the NIH Epidemiologic Catchment Area study.
Am J Psychiatry 148 (1991), 1494 – 500
- Stuart, J., Eisendrath, M D.,
Psychiatric aspects of chronic pain.
Neurology, 45 (1995), 26-36
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A.
Validation of the alexithymia construct: a measurement-based approach.
Can J. Psychiatry 35 (1990), 290-296
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A.,
The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine.
Psychosomatics 32 (1991), 153-164
- Testzentrale Online, Klinische Verfahren – Erwachsene → Fragebogen
Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Deutsche Version) (IIP-D),
<http://www.testzentrale.de/tests.html> (a)
- Testzentrale Online, Klinische Verfahren – Erwachsene → Fragebogen
Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI)
<http://www.testzentrale.de/tests.html> (b)
- Testzentrale Online, Medizinpsychologische Verfahren –
Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG), <http://www.testzentrale.de/tests.html> (c)
- Testzentrale Online; Medizinpsychologische Verfahren –
Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP),
<http://www.testzentrale.de/tests.html> (d)
- Volle, B., Wiedebusch, S.,
Kontrollüberzeugungen bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises:
Bezüge zu Krankheitsbild, Compliance und Selbsthilfegruppenzugehörigkeit,
Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Münster

- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., Main, C. J.,
A fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance
beliefs in chronic low-back pain and disability.
Pain 52 (1993), 157
- Weis J., Koch, U.,
Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung
Schattauer Verlag, 1998: 6
- Weltgesundheitsorganisation,
Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H.,
Internationale Klassifikation psychischer Störungen – Klinisch diagnostische
Leitlinien
Verlag Hans Huber , Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 4. Auflage 2000
- Williams, A. C. de C., Richardson, P. H., Nicholas, M. K., Pither, C. E., Harding,
V. R., Ridout, K. L., Ralphs, J. A., Richardson, I. H., Justins, D. M., Chamberlain,
J. H.,
Inpatient vs. outpatient pain management: results of a randomised controlled
trial.
Pain 66 (1996), 13 – 22

7. Lebenslauf:

Persönliche Daten:

Name:	Krüger
Vorname:	Birgit Irene
Geburtsdatum	27.12.1977
Geburtsort	München
Anschrift:	Peralohstr.13 81737 München
Familienstand:	ledig

Schulbildung:

1984-1988	Grundschule am Pfanzeltplatz, München
1988-1997	Heinrich-Heine Gymnasium, München Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

Hochschulbildung:

1997-1999	Medizinstudium an der Ludwig-Maximilian-Universität München
1999	Ärztliche Vorprüfung (Note: 2,66)
1999 - 2004	Medizinstudium an der Technischen Universität München
2000	erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Note: 2)
2003	zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Note: 2)
2003 - 2004	Praktisches Jahr: Innere Medizin im Klinikum Passau Chirurgie im St. Elisabeth Krankenhaus Straubing Psychiatrie in der Klinik St. Pirminsberg Pfäfers, St. Gallen Schweiz
2004	dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Note: 1)

Praktische Tätigkeiten:

Juli – Oktober 1997	Krankenpflegepraktikum im Kreiskrankenhaus Altperlach, München
März 2000	Famulatur in der Inneren Medizin im Kreiskrankenhaus Altperlach, München

Februar/ März 2001	Famulatur in der Psychiatrie auf einer offenen Station mit Schwerpunkt Depression in der Klinik für Psychiatrie der Universität München
März/ April 2001	Famulatur in der Neurologie im Städtischen Krankenhaus Harlaching, München
August 2001	Famulatur in der Neurologie in der Spezialambulanz für Patienten mit chronischen Schmerzsyndromen in der Neurologischen Klinik der Technischen Universität München
März 2003	Famulatur in der Arbeitsmedizin bei der Firma Siemens

Promotion:

ab 1999	Pilotstudie zur Bestimmung von Komorbidität, Persönlichkeit und Psychotherapiemotivation von Patienten mit chronischen Schmerzen und Evaluation von Schmerzbewältigungsgruppen im Institut für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und medizinische Psychologie der Technischen Universität München
---------	--

Berufliche Nebentätigkeiten:

2002 - 2003	statistische Betreuung einer Studie als studentische Hilfskraft im Klinikum Rechts der Isar
-------------	---

Sonstige Kenntnisse:

EDV	Anwendungsorientierte Kenntnisse im Office Paket, SPSS 11.0
Sprachen	Fremdsprachenkurse für Englisch und Französisch
Jugendarbeit:	Jugendleiterkurse in Benediktbeuern und beim CVJM

8. Danksagung

Für die Überlassung des Themas und die intensive und sehr gute Betreuung aller Abschnitte der Arbeit möchte ich mich bei Herrn PD Dr. Gündel bedanken.

Herrn Dr. Brunner danke ich für die sehr gute und sehr hilfreiche Zusammenarbeit bei der Vorbereitung und Durchführung der Evaluation der Interventionsgruppen.

Bei Herrn PD Dr. Tölle möchte ich mich dafür bedanken, dass er die Erhebung der repräsentativen Stichprobe in der Ambulanz der neurologischen Klinik ermöglicht hat.

Weiterhin möchte ich mich bei Herrn Dr. Hammes für die Unterstützung bei der Rekrutierung der repräsentativen Stichprobe bedanken.

Frau Busch, Frau Marten-Mittag und Herrn Henning möchte ich für die gute statistische Betreuung danken.

Herrn Arnold danke ich für die gute Zusammenarbeit und die Überlassung der Ergebnisse der Kopf- und Gesichtsschmerzgruppe.

Frau Stricker danke ich für die Vorarbeit in der Betreuung und Erhebung der repräsentativen Stichprobe.

9. Anlagen

- ✚ Randomisierungsschema der Gruppen
- ✚ Fragebogen zur Informiertheit (eigenes Instrument)

**Sample Size Tables for Clinical Studies
Randomization**

**Random allocation of patients 1 to 20 to 2 groups.
Random allocation of patients to groups is shown in subject order,
followed by a list of subjects by group.**

Subject No.	Group No. / Label
1	Group 1 :
2	Group 1 :
3	Group 2 :
4	Group 1 :
5	Group 1 :
6	Group 2 :
7	Group 2 :
8	Group 2 :
9	Group 2 :
10	Group 1 :
11	Group 2 :
12	Group 1 :
13	Group 1 :
14	Group 2 :
15	Group 2 :
16	Group 1 :
17	Group 2 :
18	Group 2 :
19	Group 1 :
20	Group 1 :

Anhang 1a Randomisierungsschema der Gruppen

**Sample Size Tables for Clinical Studies
Randomization**

**Random allocation of patients 1 to 20 to 2 groups.
Random allocation of patients to groups is shown in subject order,
followed by a list of subjects by group.**

List of Subjects by Group	
Group	Subject Numbers
<hr/>	<hr/>
1	1, 2, 4, 5, 10, 12, 13, 16, 19, 20
2	3, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 17, 18

- 1) *Als die Schmerzen das erste Mal auftraten, hatten Sie da das Gefühl, ausreichend informiert zu sein oder hätten Sie sich noch mehr Informationen gewünscht?*
 Ja
 Nein
- 2) *Haben Sie sich aktiv um Informationen zu Ihrer Erkrankung oder deren Behandlung bemüht oder haben Sie abgewartet, was man Ihnen sagt?*
 Aktiv
 Abgewartet

3) *Wie gut fühlten Sie sich über folgende Themen informiert?*

Bitte jeweils ankreuzen.

1 sehr gut 2 gut 3 mittel 4 schlecht 5 sehr schlecht

Psychologische Schmerzbewältigungstechniken	1	2	3	4	5
Zusammenhang Streß-Schmerz	1	2	3	4	5
Einfluß seelischer Faktoren auf Streß	1	2	3	4	5
Umgang mit Schmerzen	1	2	3	4	5
Genußtraining	1	2	3	4	5
Medikamentöse Schmerzbehandlung	1	2	3	4	5
Wirksamkeit von Entspannungsverfahren	1	2	3	4	5

4) *Wie gut sind Sie in den letzten 1-2 Wochen mit Ihrer Erkrankung und deren Behandlung zurechtgekommen*

1 sehr gut 2 gut 3 mittel 4 schlecht 5 sehr schlecht

5) *Wie oft nahmen Sie in letzter Zeit folgende Medikamente ein?*

1 nie 2 gelegentlich 3 einmal die Woche 4 einmal täglich 5 mehrmals täglich

Schmerzmittel	1	2	3	4	5
Schlafmittel	1	2	3	4	5
Beruhigungsmittel	1	2	3	4	5
Mittel gegen Depressionen	1	2	3	4	5
Sonstige _____	1	2	3	4	5

6) *Sind Ihre Freunde und Bekannte über Ihre Erkrankung informiert?*

1 nein keiner 2 wenige 3 die meisten 4 ja alle

7) *Wie oft fühlen Sie sich einsam oder alleine gelassen?*

1 nie 2 selten 3 manchmal 4 häufig 5 sehr häufig

8) *Wie viele Menschen haben Sie in Ihrem Umfeld, auf die Sie ohne weiteres zählen können, wenn Sie Schwierigkeiten oder Sorgen haben, wie z. B. auf die Kinder oder Haustier aufzupassen, oder Sie in ein Krankenhaus oder Kaufhaus fahren?*

1 keinen 2 einen 3 zwei bis fünf 4 sechs bis neun 5 zehn oder mehr

Anlage 2 Fragebogen zur Informiertheit (eigenes Instrument)