

beeinträchtigt ist und Hilfe annehmen muss. Zu seinen Stärken zählen Intelligenz, Ausdrucksfähigkeit und Durchhaltevermögen. Er ist bereit, sich mit den Möglichkeiten des Selbstmanagements von Schmerz auseinanderzusetzen.

### Mehr Lebensqualität

Zu Beginn der Therapie wählt Heinz unter anderem kognitive Kontrolltechniken, Entspannung und körperliche Bewegung als Maßnahmen aus, die er selbst erlernen und durchführen soll, um sein körperliches und psychisches Wohlbefinden zu verbessern. In den ersten Sitzungen zeigt es sich, dass Heinz sich über kleine Erfolge nicht freuen kann und sich immer wieder kritisiert. Körperliche Übungen vernachlässigt er mit der Zeit, weil sie nicht schnell genug zum erhofften Erfolg führen. Mithilfe des Therapeuten erkennt er jedoch, dass sein übertriebener Perfektionismus kontraproduktiv für sein Selbstwertgefühl ist. Der Therapeut ermuntert ihn, die körperlichen Übungen wieder aufzunehmen, aber nicht aus Pflichtgefühl, sondern um sich Spaß und Abwechslung zu verschaffen. Daraufhin macht Heinz mehrere, beliebig lange Spaziergänge pro Woche, zu denen er seinen Fotoapparat mitnimmt. Auf diese Art reduziert Heinz den Leistungsdruck und lernt, das Nützliche mit dem Angenehmen

zu verbinden. Am Ende der Therapie kann Heinz damit leben, in manchen Bereichen nicht perfekt zu sein. Er kann mittlerweile auch kleine Fortschritte würdigen. Er geht täglich spazieren und praktiziert seine Übungen. Heinz hat subjektiv an Lebensqualität gewonnen. Seine Rückenschmerzen sind zwar nicht verschwunden, aber er weiß jetzt, dass er sich selbst helfen kann, um sich von den Schmerzen seelisch nicht niederdrücken zu lassen.

Dieses Fallbeispiel regt zu der Überlegung an, dass der Erfolg einer kognitiv-behavioralen Schmerztherapie mit Selbsthilfeelementen nicht ausschließlich danach beurteilt werden sollte, ob der Patient schmerzfrei geworden ist oder nicht, denn völlige Schmerzfreiheit wird oft nicht erreicht. Vielmehr sollten auch gesundheitsbezogene Lebensqualität, psychisches Wohlbefinden, Sozialverhalten, Zufriedenheit mit der Behandlung und allgemeine Verbesserungen berücksichtigt werden. Ein Patient kann in diesen Bereichen erhebliche Fortschritte erzielen, obwohl er nach wie vor unter Schmerzen leidet.

Psychotherapeuten können das Selbstmanagement von Schmerzpatienten zusätzlich fördern durch eine bestimmte Gesprächstechnik, die als „motivationale Interview“ bezeichnet wird. Grundlage des motivationalen Interviews ist die Annahme,

dass ein Patient eher sein Verhalten ändern wird, wenn er den Therapeuten als kooperativ und gleichrangig wahrnimmt. Belehrt oder konfrontiert ein Therapeut hingegen den Patienten, so entwickelt der Patient innerliche Widerstände, und eine Verhaltensänderung wird verhindert. Die Gesprächstechnik besteht darin, durch reflektierendes Zuhören und Fragen den Patienten dahin zu bringen, dass er seine Gründe für eine gesundheitsförderliche Verhaltensänderung findet und daran glaubt, dass eine Verhaltensänderung möglich ist. In einfühlsamer Weise wird die Sichtweise des Patienten dargestellt, ohne sie jedoch zu hinterfragen oder den Patienten zu belehren. Zudem zeigt der Therapeut Diskrepanzen zwischen bedeutsamen Zielen und dem aktuellen Verhalten des Patienten auf und ermuntert ihn, Lösungen zu entwickeln, um diese Diskrepanzen zu reduzieren. ■

*Dr. phil. Marion Sonnemoser*

### LITERATUR

1. Heapy A, Stroud M, Higgins D, Sellinger J: Tailoring cognitively-behavioral therapy for chronic pain. *Journal of Clinical Psychology* 2006; 62 (11): 1345–54.
2. Kerns RD, Rosenberg R: Predicting responses to self-management treatments for chronic pain: Application of the Pain Stages of Change model. *Pain* 2000; 84: 49–55.
3. Miller WR, Rollnick S: *Motivational interviewing: Preparing people to change*. New York: Guilford Press 2002.

## REFERIERT

### POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

#### Persistierende Dissoziation kann verstärken

Persistierende Dissoziation kann als Parzellierung von Erleben nach einem traumatischen Ereignis verstanden werden. Traumatische Erfahrungen werden dabei nicht als Ganzes, sondern als isolierte Fragmente im Gedächtnis gespeichert und existieren in Form von intrusiven Erinnerungen oder Alpträumen weiter. Der Autor hat jetzt in einer prospektiven Längsschnittstudie untersucht, welche Rolle persistierende Dissoziation für die Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach Großschadensereignissen spielt. Dazu untersuchte er sechs Wochen und sechs Monate nach dem Gletscherbahnunglück von Kaprun (im Jahr 2000) 69 männliche und 66 weibliche Einsatzkräfte (Notfallpsychologen, -seelsorger, Psychotherapeuten, Kriseninterventionsteams et cetera). Zum ersten Messzeitpunkt waren 8,9 Prozent der Einsatzkräfte von akuter PTBS betroffen. Zum zweiten Messzeitpunkt wurde bei 4,9

Prozent eine chronische PTBS festgestellt. Die am häufigsten genannten Symptome persistierender Dissoziation waren „einfach nur dazusitzen und ins Leere starren, an nichts denken und nicht bemerken, wie die Zeit vergeht“ (37,7 Prozent), „sich nicht erinnern können, ob man etwas wirklich getan hat oder lediglich darüber nachgedacht hat, es zu tun“ (31,1 Prozent) und „ein Gefühl haben, als betrachte man die Welt durch einen Schleier, sodass Personen und Gegenstände weit entfernt, unendlich und unwirklich erscheinen“ (28,4 Prozent). Der Autor schließt aus den Ergebnissen der Studie: „Persistierende Dissoziation ist ein wesentlicher Faktor für die Entwicklung und Chronifizierung der PTBS.“ *ms*

Brauchle G: Persistierende Dissoziation als Prädiktor posttraumatischer Belastungsstörungen bei psychosozialen Fachkräften. *Psychother Psych Med* 2006; 56: 342–6.

PD Dr. Gernot Brauchle, Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Sozialmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Sonnenburgstraße 16, A-6020 Innsbruck (Österreich), E-Mail: Gernot.Brauchle@uibk.ac.at