

Psychologische Gesundheitsförderung im Rahmen der Rückenschule

Frank Hänsel

1. Einleitung

Insgesamt ist bei gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Prävention von Rückenschmerzen die explizite Berücksichtigung *psychologisch orientierter Zielsetzungen und Inhalte* unumgänglich. Für die präventive Rückenschule ist sowohl aus Sicht der Risikoprophylaxe als auch der Ressourcenstärkung die Einbindung psychosozialer Aspekte ein Qualitätskriterium.

2. Psychosoziale Risikofaktoren für die Entstehung unspezifischer Rückenschmerzen

Für die *Entstehung unspezifischer Rückenschmerzen* sind psychosoziale Faktoren von zentraler Bedeutung (Lühmann, 2005; Nachemson & Jonsson, 2000; Pfeifer, 2005). Der Status als „Risikofaktor“ ist für die folgenden psychosozialen Risikofaktoren nachgewiesen (Lühmann, 2005):

- Depression,
- Allgemeine psychische Belastung (Distress),
- Stressbewältigung (Copingstrategien),
- Schmerzverarbeitungsstrategien negativer Art (Coping, Katastrophisieren) und
- Schmerzvermeidungsverhalten (Angst-Vermeidungsverhalten).

3. Förderung der psychischen Gesundheit

Über diesen spezifischen Zusammenhang hinaus ist die Berücksichtigung *psychologischer Ressourcen* für die Gesundheit eine wichtige Prämisse aktueller Auseinandersetzungen zur Gesundheit. So orientiert sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) explizit an einem biopsychosozialen Modell der Gesundheit und definiert in der *Ottawa-Charta* (1986) den Begriff „Gesundheitsförderung“ wie folgt: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen,

ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können“. Gesundheit bezieht sich also nicht nur auf die Abwesenheit von Störungen und Risikofaktoren, sondern sie betont solche psychischen Aspekte, die als Ressourcen oder Protektoren notwendige Voraussetzungen zur Realisierung der vitalen Bedürfnisse des Einzelnen und der Gemeinschaft darstellen. Als psychische Ressourcen werden beispielsweise Wohlbefinden, ein positives Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeits- und Konsequenzerwartungen genannt (Hänsel, 2007).

Gesundheitsförderung umfasst alle Maßnahmen und Aktivitäten, die sowohl Risikofaktoren reduzieren als auch Protektoren und Ressourcen berücksichtigen und so zur Erhaltung, Stabilisierung und Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität beitragen (Jerusalem & Weber, 2003). Die Förderung psychischer Gesundheit ist dabei nicht nur auf psychologische Interventionen wie etwa dem Training von Selbstsicherheit, Stressbewältigung oder systematischer Entspannungsverfahren beschränkt, sondern elementarer Bestandteil vielfältiger Ansätze zur Reduktion von Risikoverhaltensweisen in den Bereichen Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum oder Bewegung. So ist es nur konsequent, auch in der bewegungsorientierten Gesundheitsförderung über funktional-somatische Effekte hinaus psychische Aspekte von Gesundheit explizit zu berücksichtigen. Für den *Gesundheitssport* führen beispielsweise Brehm & Sygusch (2003) die folgenden *psychologisch orientierten Ziele* an:

- Die Verbesserung des Wohlbefindens (Stimmungsmanagement),
- die Vermittlung von Handlungs- und Effektwissen für die Durchführung gesundheitssportlicher Aktivitäten,
- die Verbesserung von Kompetenzerwartungen (Selbstwirksamkeitserwartungen) im Hinblick auf die Ausübung gesundheitssportlicher Aktivitäten,
- die Herausbildung von realistischen und erreichbaren Zielen für die Durchführung gesundheitssportlicher Aktivitäten, also die Konkretisierung und Differenzierung von Konsequenzerwartungen sowie
- die Positivierung des Selbst- und Körperkonzepts (positive emotionale Beziehung zum eigenen Körper).

4. Psychologisch orientierte Zielsetzungen in der präventiven Rückenschule

Folgerichtig wird im Curriculum zur Weiterbildung „Rückenschullehrer/in“ der Konföderation der deutschen Rückenschulen (KddR) auf *psychosoziale Faktoren des Rückenschmerzes* eingegangen. Unter dem Punkt „Bewegungsbezogene psychosoziale Aspekte (Strategien zur Schmerzbewältigung, kognitiv-behaviorale)“ werden die folgenden Inhalte spezifiziert:

- Schmerzverarbeitungsstrategien (Coping, Katastrophisieren),
- Beeinflussung des Angst- und Schmerzvermeidungsverhaltens,
- Beeinflussung der Bewertung von Stress und deren Bewältigung.

Pfeifer (2007) erweitert diese an den Risikofaktoren orientierten Zielsetzungen um *gesundheitsbezogene psychologische Ressourcen*. Er nennt für die präventive Rückenschule die folgenden *Ziele und Inhalte* (Pfeifer, 2007, S. 12):

- Verbesserung des aktuellen und habituellen Wohlbefindens und dadurch die Reduktion von psychischen Belastungen (Distress, Angst) sowie Wirkungen entgegen einer Depression.
- Vermittlung von Hintergrundwissen über die Entstehung und Bedeutung von Rückenschmerzen mit dem Ziel der Beeinflussung von schmerz- bzw. krankheitsbezogenen subjektiven Theorien und des korrespondierenden Verhaltens (Furcht-Vermeidungsverhalten, passive Coping-Strategien, Schmerzwahrnehmung (Katastrophisieren)).
- Vermittlung von Hintergrundwissen und Selbsthilfemöglichkeiten zum Aufbau von aktiven Coping-Strategien.

Diese Ziele und Inhalte erweitern das Curriculum vieler bisheriger Konzeptionen präventiver Rückenschulen. Der traditionelle Kanon von (1) Informationen zum Aufbau, Funktion und Pathologie der Wirbelsäule, (2) der Vermittlung rückengerechter Bewegungstechniken und Alltagsbewegungen sowie (3) der Durchführung von kräftigenden und die Beweglichkeit fördernden Übungsformen (Funktionsgymnastik) wird ergänzt durch (4) die gezielte Vermittlung von psychologisch orientiertem Wissen und Verhaltensstrategien zur Prävention von und dem Umgang mit Rückenschmerzen (siehe dazu auch die Europäischen Leitlinien zur Prävention von Rückenschmerzen, www.backpaineurope.org). Zu betonen ist aber auch, dass die gezielte Vermittlung von psychologisch orientiertem Wissen teilweise nicht nur ergänzender Natur ist, sondern auch bisherige Inhalte ersetzt. Insbesondere die Darstellung der Pathologie der Wirbelsäule entfällt,

da sie mit den oben genannten Zielen und Inhalten nicht vereinbar ist. Die Vermittlung der genannten „psychologischen Kompetenzen“ im Rahmen präventiver Rückenschule stellt eine neue Herausforderung dar.

5. Kognitionen als ein Ansatzpunkt und Ziel psychologischer Interventionen

Psychologische Gesundheitsförderung findet in unterschiedlichen Lebensbereichen, wie z.B. Arbeitsplatz, Schule, Wohnort etc. statt, wendet sich an ganz unterschiedliche Zielgruppen und verfolgt vielfältige Zielsetzungen in der Prävention von Risikoverhaltensweisen (Jerusalem & Weber, 2003). Ein grundsätzlicher Ansatzpunkt für die Förderung von Gesundheit – auch und insbesondere im Hinblick auf die Prävention von Rückenschmerzen – ist die *gezielte Veränderung von Kognitionen*. Denn Kognitionen spielen nicht nur aus Sicht einiger psychologischer Ansätze eine wesentliche Rolle bei der Förderung von Gesundheit, sondern sind bei der Prävention von Rückenschmerzen von großem Interesse. Die bereits erwähnten Einflussfaktoren auf den Rückenschmerz sind Ausdruck spezifischer Kognitionen. Ganz allgemein umfasst der Begriff der „Kognition“ in Abgrenzung zu Emotion oder Motivation alle Prozesse, die dem Erwerb, der Organisation und dem Gebrauch von Wissen dienen, also etwa Wahrnehmung, Gedächtnis oder Urteilen sowie die Wissensinhalte selbst, also die Erkenntnisse über die Umwelt, über andere und die eigene Person. Kognitionen stellen sozusagen „die Rede mit sich selbst“, also bewusst oder unbewusst geführte Selbstgespräche, dar.

6. Bedeutung der Kognitionen für die individuelle Stress- und Schmerzverarbeitung

Die Rolle von Kognitionen bei der Prävention von Rückenschmerzen soll für einige der oben genannten psychischen Faktoren kurz veranschaulicht werden. Stress entsteht üblicherweise im Zusammenhang mit bestimmten *Belastungen* bzw. *Beanspruchungen*. Als Beanspruchungen oder *Stressreize* bezeichnet man unangenehme Alltagsereignisse (daily hassles), z. B. Termindruck, Konflikte mit Kollegen, mit dem Partner, Ärger mit dem Chef, Trennung von der Familie, Lärm, Autofahren, Haushalt, Bewegungsmangel und Schmerz oder sogenannte kritische Lebensereignisse, z. B. Krankheiten oder Todesfälle in der Familie, Arbeitsplatzverlust. *Stress* umschreibt aus psychologischer Sicht die *subjektive Wahrnehmung und Interpretation* von Beanspruchungen als andauernde Belastungen. Im Mittelpunkt steht die subjektive Wahrnehmung, dass sich die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten und die situativen

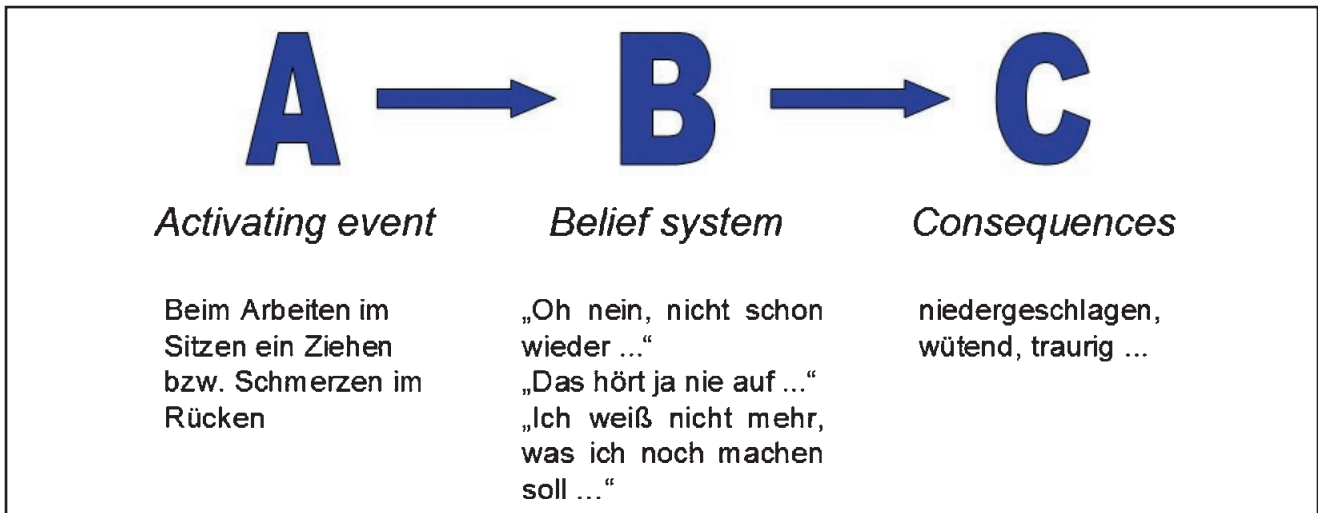


Abb. 1: Das ABC-Modell

Anforderungen nicht mehr im Gleichgewicht befinden. Dieser subjektive Gehalt erlebter Belastungen wird beispielsweise bei Watzlawick (1998) in seiner Veröffentlichung „Anleitung zum Unglücklichsein“ prägnant beschrieben. Die subjektive Wahrnehmung von Belastungen hat unter Umständen auch *somatische* Konsequenzen, beispielsweise im sogenannten Schmerz-Spannungszirkel. So können Alltagsbelastungen mit einer Anspannung der lumbalen Rückenstrecker einhergehen. Ist diese Anspannung länger anhaltend oder tritt sie häufiger auf, so kann es zu überdauernden Veränderungen kommen, etwa zu einer chronischen Irritation der Schmerzrezeptoren und einem erhöhten Muskeltonus. Die Folge sind Rückenschmerzen, die wiederum - und hier schließt sich der Kreis - zu einer Verschärfung der Anspannung wie auch der Alltagsbelastungen führen (Flor, 1992; Hasenbring, 1992).

Dass Personen bei einer ähnlichen Konstellation von Anforderung und Bewältigungsmöglichkeit in unterschiedlichem Ausmaß Stress oder Schmerzen erleben, wird auch auf die *individuelle Schmerz- bzw. Stressverarbeitung* zurückgeführt (Geissner, 1991, 1992; Geissner & Jungnitsch, 1992). Damit ist im Anschluss an die vorigen Überlegungen gemeint, dass nicht bestimmte Ereignisse von sich aus schmerz- oder Stress auslösend sind, sondern erst die Umgehensweise bei der Verarbeitung der Ereignisse ihre Wirkung ausmacht. Dabei kann man verschiedene Strategien der Verarbeitung unterscheiden.

7. Katastrophisieren und Furcht-Vermeidungsdenken

Für die Schmerzverarbeitung hat sich das *Katastrophisieren / Hilflosigkeit* („Was ist, wenn es schlimmer wird“, „Ich weiß nicht, wie ich das aushalten soll“) als ungünstiger erwiesen als das Bagatellisieren („Ach, das ist ja völlig harmlos“). Am günstigsten ist


das aktive Bewältigen („Wenn ich ruhig bleibe, wird es besser“). In diesem Zusammenhang spielt auch das *Furcht-Vermeidungsdenken* bzw. das Schmerzvermeidungsverhalten eine wesentliche Rolle. Dabei steht die Überzeugung im Mittelpunkt, dass körperliche Aktivitäten und Belastungen zu vermeiden sind. Diese Überzeugung entsteht dadurch, dass Aktivitäten oftmals mehr Schmerzen auslösen und durch eine erhöhte Aufmerksamkeit diese überinterpretiert und überbewertet werden. Das hat ein Schon- und Vermeidungsverhalten zur Folge, welches wiederum in einer Art „Teufelskreislauf“ zur Chronifizierung körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen beiträgt (Pfungsten, 2005).

Zusammengefasst lautet die wesentliche Aussage, dass Erlebens- und Verhaltenweisen nicht primär von äußeren Bedingungen, sondern von der subjektiven Sicht, ihrer Interpretation und Bewertung, gesteuert werden.

8. Das ABC-Modell zur Darstellung der Wirkungsweise von Kognitionen

Die Wirkungsweise von Kognitionen auf Erlebens- und Verhaltensweisen ganz allgemein hat Ellis (1962, 1977) im ABC-Modell dargestellt (Abb. 1). Danach sind bestimmte situative *Bedingungen* (A) mit *Kognitionen* (B) verbunden, die wiederum bestimmte *Reaktionen* (C) zum Beispiel emotionaler Natur auslösen. Situative Bedingungen sind für eine Person bedeutsame Ereignisse, etwa die oben genannten Stressreize. Diese bedeutsamen Ereignisse ziehen körperliche und/oder emotionale Reaktionen sowie Veränderungen im Verhalten nach sich, zum Beispiel die bereits erwähnte Anspannung der lumbalen Muskulatur als Stressreaktion. Allerdings werden die Konsequenzen eben nicht direkt durch die bedeutsamen Ereignisse ausgelöst, sondern durch die subjektive Wahrnehmung und Bewertung dieser

Abb. 2: Modul zur Beeinflussung rüchenschmerzbezogener subjektiver Theorien (aus Pfeifer, K. (2007). Rückengesundheit. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag).

Einstellung und Verhalten	
Ziel I.a: Beeinflussung rüchenschmerzbezogener subjektiver Theorien	
	
Subjektive Theorien – Modul 3 (ST 3)	
Modulziel	Vermittlung von Wissen zu Zusammenhängen zwischen Rückenschmerz und Wirbelsäulenerkrankungen
Inhalt	Erläuterung der Zusammenhänge zwischen Rückenschmerz und Wirbelsäulenerkrankungen: Unspezifischer Rückenschmerz ↔ Abgrenzung zu spezifischen Störungen → Botschaft: <i>Rückenschmerz ist in der Regel keine schwerwiegende Erkrankung!</i>
Methode	Wissensvermittlung durch den Kursleiter, Diskussion in der Gruppe
Hinweise zur Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> – Wie ist der Stand der Wissenschaft? – Klärung „unspezifischer Rückenschmerz“ vs. „spezifischer Rückenschmerz“ – Vorstellung der aktuellen Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen Rückenschmerz und Wirbelsäulenerkrankung: „Die Wissenschaft hat festgestellt ...“ – Vor diesem Hintergrund Vermittlung folgender Kernaussagen: <ul style="list-style-type: none"> – Rückenschmerzen sind in der Regel keine schwerwiegende Erkrankung – Rückenschmerzen haben meist keine Erkrankung der Wirbelsäule als Ursache – Ursache der Rückenschmerzen sind meist nur einfache Überlastungen der Muskulatur = Verspannungen, kleine Verstauchungen in den Gelenken etc. – Rückenschmerz bedeutet, dass der Rücken nicht „in Form“ ist – Frage an die Gruppe: Welche Ursachen mag es noch für die Verschlimmerung oder den Verbleib von Rückenschmerzen geben? – Erläuterung des bio-psycho-sozialen Modells von Rückenschmerz – Darstellung der Risikofaktoren für die Wiederkehr, die Persistenz von Rückenschmerz – Unterbrechung durch aktivierende und motivierende Bewegungspausen; jeweils nach den Bewegungspausen kurze Nachfrage nach den erzeugten Körperempfindungen (Verbalisierung durch die Teilnehmer), Wahrnehmungslenkung auf positive Empfindungen (s. Modul EKA 2–EKA 4)
Dauer	Ca. 15–20 min
Medien	<ul style="list-style-type: none"> – MST 2, 4 und 6: unspezifischer vs. spezifischer Rückenschmerz – Teilnehmerkarten mit entsprechenden Informationen – Broschüre „Locker bleiben“ – „Das Rückenbuch“ [Nilges 2000]
Verknüpfung	Alle ST-Module

Ereignisse, also den mit ihnen verbundenen Kognitionen. Ellis betont, dass bestimmte Kognitionen eher hinderlich im Umgang und der Bewältigung von Belastungen sind. Diese dysfunktionalen Kognitionen sind häufig negative und irrationale Überzeugungen wie Schwarzmalerei/Katastrophendenken (Übertreiben der negativen Konsequenzen einer Situation), irrationale, dogmatische Forderungen („Mussturbationen“, „Sollte-Müsste“- Feststellungen, unrealistische Erwartungen an sich selbst, andere oder die Welt, willkürliche Forderungen an Glück oder Überleben), globale Bewertungen (umfassende negative Urteile über den Wert der eigenen oder anderer Personen, Schuldzuschreibungen) und eine niedrige Frustrationstoleranz (Glaube, Unangenehmes nicht aushalten zu können oder zu wollen).

Beispiele für irrationale Forderungen sind:

- o „Ich muss perfekt sein, alles unter Kontrolle haben und die Anerkennung mir wichtiger Mitmenschen gewinnen“,
- o „Mir wichtige Menschen müssen mich freundlich und rüchtsichtsvoll behandeln“,
- o „Die Bedingungen, unter denen ich lebe, müssen günstig, sicher, nicht mühselig und rasch zu genießen sein“.

Ein Beispiel für das Katastrophendenken ist die folgende „Gedankenlawine“ (Basler & Kröner-Herwig, 1998, S. 169): „... mein Rücken tut schon wieder weh! ich komme mit meiner Arbeit nicht zurecht! wenn das so weitergeht, werde ich den Arbeitsplatz verlieren!ich werde anderen zur Last fallen! wie soll es nur weitergehen?“.


Einstellung und Verhalten		
Ziel I.b: Aufbau aktiver Coping-Strategien für den Umgang mit Rückenschmerz		
Aktive Coping-Strategien – Modul 5 (ACS 5)		
Modulziel	Beeinflussung des Risikofaktors „Furchtvermeidungsdenken“; Stärkung der Selbstwirksamkeit; Lernen, Ziele zu setzen.	
Inhalt	Übungsformen zur Aufmerksamkeitslenkung auf Selbstwirksamkeit	
Methode	Selbstwirksamkeitstraining	
Hinweise zur Durchführung	<p>– Einführung in das Thema, z.B. „Was unterscheidet Wunsch und Wille?“; Meinungen der Teilnehmer sammeln; „Wünsche sind wie Traumschlösser, sie haben mit unseren Bedürfnissen zu tun, ob sie tatsächlich umzusetzen sind, interessiert dabei erst einmal nicht so sehr; meist sind sie aber so realitätsfern (die gute Fee) oder nicht von uns beeinflussbar (Lottogewinn), dass wir uns gar nicht bemühen oder nicht wissen, wie wir das anstellen sollen, uns den Traum zu erfüllen. Dagegen meint Wille das tatsächliche Bestreben, ein Ziel zu erreichen; dann strenge ich mich an, auch weil ich vielleicht die Überzeugung habe, dass ich das Ziel erreiche, dass ich es schaffe, wenn ich mich jetzt anstrengte. Ein gutes Beispiel, wie man gut Wunsch und Wille verwechseln kann, ist der „Mexikanische Schütze“; Cartoon (s. nachfolgend und auf CD) zeigen; der „Mexikanische Schütze“ will einmal mehr seine Schuss-Stärke unter Beweis stellen und überprüfen; er sucht sich ein Scheunentor aus und schießt auf die Wand; danach malt er um das Schussloch eine Zielscheibe herum...“ (Der garantierte Erfolg!... Ich weiß aber nichts über mein tatsächliches Können ...)</p> <p>– a) Bewegungsübung aus dem Bereich Kraft vorstellen (Partnerübung); ausführen lassen, Partner zählt die Wiederholungen; b) weitere Bewegungsübung aus dem Bereich Kraft vorstellen (Partnerübung); dem Partner die zu erreichende Anzahl vorher ansagen (Prognose); ausführen lassen, Partner zählt die Wiederholungen.</p> <p>– Fragen an die Gruppe, z.B.: War es einfach, eine Prognose abzugeben? Wie sind Sie zur Prognose gekommen? War die Prognose realistisch, vorsichtig, mutig oder übertrieben? Welche Unterschiede gab es zwischen der 1. und 2. Übung? etc.</p> <p>– Sammlung von Teilnehmermeinungen, ggf. schriftliche Sammlung auf Flipchart oder Folie</p> <p>– Gesprächsführung in Richtung „Selbstwirksamkeit“ → Botschaft: Durch das Setzen von optimistisch-realistischen Zielen erfahre ich, was ich leisten und lernen kann.</p>	
Dauer	Ca. 20–25 min	
Medien	MACS 5: „Mexikanischer Schütze“	
Verknüpfung	Alle R- und ST-Module	

Abb. 3: Modul zur Beeinflussung der Selbstwirksamkeit (aus Pfeifer, K. (2007). Rückengesundheit. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag).

Zusammengefasst ist die Beeinflussung von Kognitionen entscheidend bei der Veränderung negativer Erlebens- und Verhaltensweisen, beispielsweise im Umgang mit Belastungen, und stellt einen wichtigen Ansatzpunkt gesundheitsfördernder Interventionen dar.

9. Die Beeinflussung von Kognitionen in der Rückenschule: Arbeitshilfen

Die gezielte Beeinflussung von Kognitionen ist nicht nur Inhalt psychotherapeutischer Ansätze (z.B. Kanfer et al., 2006), sondern wird auch in der Erwachse-

nenbildung unter den Themen „Verhaltensmodifikation und Selbstmanagement“ (Liebel, 1992), „im Gesundheitssport“ (Deutscher Turner-Bund, Brehm et al., 2002) oder bei der „stationären Behandlung chronifizierter Rückenschmerzen“ (Basler & Kröner-Herwig, 1998; Hildebrandt et al., 2003) thematisiert. Für die genannten Bereiche existieren mehr oder weniger zahlreiche Manuale, Praxisanleitungen und Arbeitshilfen, die die Beeinflussung von Kognitionen unter den jeweils gegebenen Randbedingungen behandeln. Für die präventive Rückenschule sind neuerdings von Pfeifer und Hänsel (2007) im modularen Kurskonzept „Rückengesundheit“ (Pfeifer, 2007) konkrete Arbeitshilfen entwickelt

worden. Dabei sind *drei didaktische Ansatzpunkte* zu unterscheiden: informations-, bewegungs- und ge- sprächsorientierte Interventionen.

o *Informationsorientierte Interventionen* sprechen auf dem Weg der Wissensvermittlung die Inhalte von Kognitionen direkt an. Beispielsweise werden zur Beeinflussung rüchenschmerzbezogener subjektiver Theorien mögliche irrationale Kognitionen zum Zusammenhang von Wirbelsäulenerkrankungen und Rückenschmerz durch die Darstellung rationaler Bewertungen ersetzt (Abb. 2).

o *Bewegungsorientierte Interventionen* vermitteln auf dem Weg der Bewegungsübung (Funktionsgymnastik, kleine Spiele etc.) gezielt, aber eher indirekt kognitive Aspekte und sind vornehmlich ressourcenorientiert. Beispielsweise werden Kognitionen zur Selbstwirksamkeit durch die Aufmerksamkeitslenkung der Teilnehmer während der Durchführung einer kräftigenden Übung gefördert (Abb. 3).

o *Gesprächsorientierte Interventionen* zielen auf dem Weg des Gruppengesprächs direkt auf spezifische

Kognitionsformen. Sie beziehen sich dabei nicht nur auf die für den Rückenschmerz bekannten Risikofaktoren und Ressourcen, sondern dienen auch der Vermittlung des ABC-Modells. Beispielsweise wird zur Beeinflussung des Risikofaktors Katastrophisieren eine metaphorische Geschichte vorgetragen und in der Gruppe diskutiert. (Abb. 4 und 5).

10. Vermittlungsstrategien zur Beeinflussung von Kognitionen

Bei der Durchführung dieser Interventionen zur Beeinflussung von Kognitionen ist ein Aspekt der Vermittlung besonders wichtig, da der *Änderungswiderstand von Kognitionen* zu berücksichtigen ist. Denn gerade in subjektiv bedeutsamen Lebensbereichen, bei besonders bedrohlichen Ereignissen, bei zentralen oder selbstwertdienlichen Überzeugungen wird der Vorschlag „anders zu denken“ eher als Missachtung und Unverständnis aufgefasst und den Veränderungsprozess behindern, als zu einer Lösung und


Einstellung und Verhalten	
Ziel I.b: Aufbau aktiver Coping-Strategien für den Umgang mit Rückenschmerz	
	
Aktive Coping-Strategien – Modul 1 (ACS 1)	
Modulziel	Beeinflussung des Risikofaktors „Katastrophisieren“
Inhalt	Informationen zur Bewertung und Beeinflussbarkeit von Schmerz: – Schmerzwahrnehmung ist von den subjektiven Bewertungen der Umstände, in denen der Schmerz auftritt, abhängig; hier: die Situation wird als „bedrohlich bzw. nicht bedrohlich“ bewertet. – Schmerzwahrnehmung geht mit starken Gefühlen einher. – Schmerzwahrnehmung ist aktiv beeinflussbar.
Methode	Metaphorische Geschichte, die ein erlebnisorientiertes Nachvollziehen und Verstehen fördert
Hinweise zur Durchführung	– Einführung in das Thema, z.B. „Rückenschmerzen sind nur eine mögliche Art von Schmerzen, Schmerzen treten ja bspw. auch bei Verletzungen aller Art auf, bei kleinen oder großen Verletzungen; so wie Sie sie ja auch kennen; und natürlich sind die Schmerzen umso größer, je größer die Verletzung ist; und nicht nur das ... Hören Sie dazu die folgende Geschichte ...“ – Die metaphorische Geschichte „Pilzsammler“ im Erzählstil vortragen [Jungnitsch 1992] – Fragen an die Gruppe, z.B.: Was haben Sie schon Ähnliches selbst erlebt oder kennen das bei anderen? Was heißt das für das Erleben von Rückenschmerz? Wie kann man damit anders umgehen? etc. – Sammlung von Teilnehmermeinungen, ggf. schriftliche Sammlung auf Flipchart oder Folie – Gesprächsführung in Richtung „aktives Umgehen mit Schmerz“ → Botschaft: Die Wahrnehmung von Schmerz ist subjektiv, ist an die Bewertung der Umstände gebunden (je bedrohlicher, desto schmerzhafter) und deshalb auch aktiv beeinflussbar.
Dauer	Ca. 15–20 min
Medien	MACS 1: Makrosuggestion „Pilzsammler“
Verknüpfung	Alle ACS und ST-Module

Abb. 4: Modul zur Beeinflussung des Risikofaktors „Katastrophisieren“ (aus Pfeifer, K. (2007). Rückengesundheit. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag).

MACS I - Kognitionen und Schmerz

„Pilzsammler“

(Jungnickel, 1992)

Der Vater einer Freundin von mir, der leidenschaftlich gern in den Wald geht und Pilze sammelt, erzählte mir einmal folgende Begebenheit:

„Ich kenne mich ja unheimlich gut im Wald mit all seinen Gefahren und Überraschungen, die er so zu bieten hat, aus. So macht es mir wirklich nichts aus, wenn ich auf der Suche nach meinen Pilzen durch das Unterholz streife und dabei immer wieder Schläge ins Gesicht kriege, an den Armen, an den Füßen aufgekratzt und zerstoichen werde. Ja, häufig wundere ich mich sogar hinterher, wo es überall blutet und wo überall Kratzer zutage treten, ohne dass ich überhaupt irgendwann einmal bemerkt hätte, dass ich mich verletzt habe.

Einmal jedoch habe ich, ich weiß nicht einmal mehr, ob im Radio oder in der Zeitung, davon erfahren, dass seit neuestem in unserer Gegend auch wieder Giftschlangen beobachtet worden sind. Man hatte gerade wieder einen Pilzsammler ins Krankenhaus eingeliefert und ihn nur mit Mühe gerettet.

Als ich am nächsten Morgen in den Wald ging, um wie gewohnt Pilze zu sammeln, habe ich an diese Meldung überhaupt nicht mehr gedacht. Zunächst war auch alles wie sonst immer. Doch irgendwann, es war inzwischen auch etwas wärmer geworden, spürte ich plötzlich einen scharfen, stechenden Schmerz über meinem linken Knöchel. Da ich mich gerade in der Nähe eines Himbeergestrüpps aufhielt, schenkte ich ihm im ersten Augenblick auch gar keine Beachtung. Aber plötzlich überfiel mich der Gedanke: „Mein Gott! War das vielleicht eine Schlange?“ Und ich sah sofort hinunter an mein Bein und bemerkte Blut und in der Nähe ein Rascheln. Und fast im gleichen Augenblick wurde der Schmerz so scharf und schneidend und giftig, dass mir direkt der Schweiß auf die Stirn kam. Es war so schlimm, dass ich auf diesem Fuß gar nicht mehr stehen konnte, ja mich setzen musste trotz aller möglichen Gefahren, und mit einer wahnsinnigen inneren Hektik und Anspannung die Hose hochriss und dort einen kurzen, tiefen und blutenden Schnitt sah, in dem noch der Dorn einer Himbeerranke steckte. Und im gleichen Augenblick war der Schmerz, dieses glühende, brennende, giftige, vor allem aber lebensbedrohliche und überwältigende wie weggeblasen. Es war nur noch ein Ritz in meiner Haut, der nach wenigen Sekunden gar nicht mehr zu spüren war“.

Veränderung von Kognitionen beizutragen. Deshalb wird auch in der Beratung, sei es in Form von stützenden Gesprächen, der gezielten Anleitung zur Selbsthilfe oder psychoedukativen Maßnahmen, eine bestimmte Gesprächshaltung empfohlen. Neben allgemeinen Werthaltungen wie Empathie, Wertschätzung und Echtheit (Rogers, 1973) bei der Durchführung von Einzel- und Gruppengesprächen soll vermieden werden, dozierend und auf Gegenargumente hin erklärend („gegenargumentierend“) aufzutreten. Vielmehr stehen das *geleitete Entdecken* von Zusammenhängen und bei Fehlinterpretationen die gemeinsame Erarbeitung von Alternativerklärungen im Vordergrund. Dieser so genannte *sokratische Dialog* wird durch eine fragend-verstehende Gesprächstendenz (Hänsel, 2002; Schlippe & Schweitzer, 2003; Stavemann, 2005) unterstützt, die sich unter anderem durch die Verwendung von Prozentfragen (Wie viele von 100 Menschen wären am Boden zerstört, wenn sie ihre Arbeit verlieren?), Möglichkeitsfragen (Wie könnte man noch reagieren? Wie kann es sein, dass es nicht 100% sind?) und Analogiebildungen (Sie hören nachts ein Geräusch und meinen, es ist ein Dieb. Wie würden Sie sich fühlen? Wie würden Sie sich fühlen, wenn Sie dächten, es sei ein klappernder Fensterladen?) auszeichnet.

11. Schlussbetrachtung

Die aktuellen Forschungsergebnisse zeigen, dass die explizite *Berücksichtigung psychosozialer Risikofaktoren und Ressourcen im Rahmen der präventiven Rückenschule ein zentrales Qualitätsmerkmal darstellt*. Das führt zu einer Neukonzeption der Ziele und Inhalte präventiver Rückenschule. Dabei ist die Beeinflussung von stress- und schmerzbezogenen Kognitionen ein wesentlicher Aspekt. Dieses Ziel wird über verschiedene informations-, bewegungs- und gesprächsorientierte Interventionen und unter Berücksichtigung entsprechender Gesprächshaltungen in die präventive Rückenschule integriert.

Die Literaturliste ist per E-Mail abzurufen: haensel@ifs-tud.de



Kontaktadresse

Prof. Dr. Frank Hänsel
Psychologie & Ökonomie des Sports
Institut für Sportwissenschaft
Technische Universität Darmstadt
Magdalenenstr. 27
64289 Darmstadt

**Platzhalter
Anzeige Dr. Wolff
180 x 133 mm**