

Psychologische Gesundheitsförderung

Rückenschmerz

Prof. Dr. Frank Hänsel

Gliederung

- ⇒ **Subjektivität von Rückenschmerz**
- ⇒ **Komponenten des Schmerzgeschehens**
- ⇒ **Psychosoziale Faktoren des Rückenschmerz**

Sprache als Spiegelbild psychosomatischer Zusammenhänge

ständig auf dem Sprung
die Angst sitzt im Nacken
vor Gram gebeugt
erhobenen Hauptes Probleme meistern

3

Epidemiologie des Rückenschmerzes

Punktprävalenz	ca. 30%
Lebenszeitprävalenz	ca. 70%
präzise Diagnose	akut: 15% - chronisch: 50%
Geschlecht	Frauen häufiger betroffen
Alter	bis zum 6. Lebensjahrzehnt zunehmend
Form	langanhaltende oder wieder-kehrende Episoden
„vergesellschaftet“	Nacken-, Gelenkschmerzen, Morgensteifigkeit

Geissner & Jungnitsch (1992)

4

Definition und Formen von Schmerz

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.“

International Association for the Study of Pain (dt. Schmidt & Struppler, 1982)

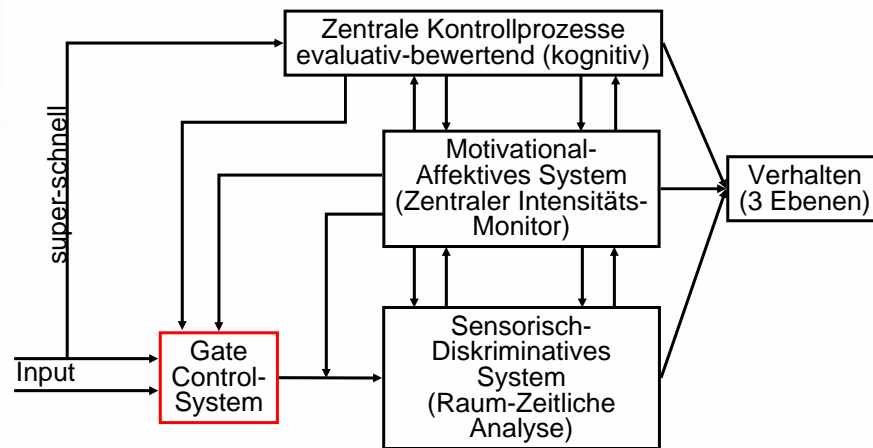
Dauer	Akuter Schmerz	zeitlich begrenzt bzw. geringe Dauer gut lokalisierbar Signal- und Warnfunktion
	Chronischer Schmerz	mind. halbes Jahr Dauer oder rezidiv diffuse Lokation
Entstehungsort	Somatischer Schmerz	Oberflächenschmerz (Haut) Tiefenschmerz (Bindegewebe, Knochen, Muskeln, Gelenke)
	Viszeraler Schmerz	Eingeweideschmerz (Eingeweide)

Schmidt & Thews (1987)

Schmerzleitung nach Descartes (1644)



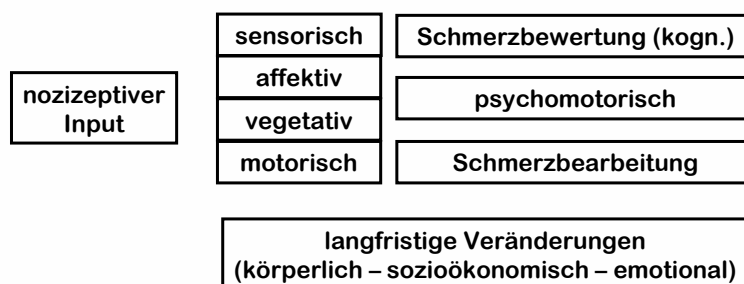
Gate-Control Theorie (Melzack & Wall, 1965)



Melzack & Dennis (1978)

7

Komponenten des Rückenschmerzes



8

SES - Bearbeitungshinweise

Die nachfolgenden Aussagen dienen der näheren Beschreibung Ihrer *Schmerzempfindung*. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, ob die vorgegebene Empfindung für *Ihre Schmerzen* stimmt. Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

- 4 = trifft genau zu
- 3 = trifft weitgehend zu
- 2 = trifft ein wenig zu
- 1 = trifft nicht zu

Bitte machen Sie ein Kreuz *auf die Zahl*, die für Sie am besten zutrifft. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz und lassen Sie bei der Beantwortung keine Aussage aus.

Gemeinsam mit dem Untersuchungsleiter / der Untersuchungsleiterin wird vorher festgelegt, auf welchen Zeitraum sich die Beurteilung Ihrer Schmerzen beziehen soll.

Beziehen Sie sich bei der Beurteilung:

- auf die typischen Schmerzen in der letzten Zeit, d. h. in den letzten 3 Monaten
- auf die typischen Schmerzen in den letzten Tagen
- auf die Schmerzen in dem Moment, in dem Sie diesen Bogen bearbeiten (*Zutreffendes bitte ankreuzen*).

Subjektive Qualität von Schmerzen

Teil A	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
1. Ich empfinde meine Schmerzen als quälend	4	3	2	1
2. Ich empfinde meine Schmerzen als grausam	4	3	2	1
3. Ich empfinde meine Schmerzen als erschöpfend	4	3	2	1
4. Ich empfinde meine Schmerzen als heftig	4	3	2	1
5. Ich empfinde meine Schmerzen als mörderisch	4	3	2	1
6. Ich empfinde meine Schmerzen als elend	4	3	2	1
7. Ich empfinde meine Schmerzen als schauderhaft	4	3	2	1
8. Ich empfinde meine Schmerzen als scheußlich	4	3	2	1
9. Ich empfinde meine Schmerzen als schwer	4	3	2	1
10. Ich empfinde meine Schmerzen als entnervend	4	3	2	1
11. Ich empfinde meine Schmerzen als martierend	4	3	2	1
12. Ich empfinde meine Schmerzen als furchtbar	4	3	2	1
13. Ich empfinde meine Schmerzen als unerträglich	4	3	2	1
14. Ich empfinde meine Schmerzen als lähmend	4	3	2	1
Teil B				
15. Ich empfinde meine Schmerzen als schneidend	4	3	2	1
16. Ich empfinde meine Schmerzen als klopfend	4	3	2	1
17. Ich empfinde meine Schmerzen als brennend	4	3	2	1
18. Ich empfinde meine Schmerzen als reißend	4	3	2	1
19. Ich empfinde meine Schmerzen als pochend	4	3	2	1
20. Ich empfinde meine Schmerzen als glühend	4	3	2	1
21. Ich empfinde meine Schmerzen als stechend	4	3	2	1
22. Ich empfinde meine Schmerzen als hämmernd	4	3	2	1
23. Ich empfinde meine Schmerzen als heiß	4	3	2	1
24. Ich empfinde meine Schmerzen als durchstoßend	4	3	2	1

Bitte überprüfen Sie nochmals, ob Sie auch nichts ausgelassen haben.

Rohwerte (nur für Auswertungszwecke)

Rohwert Teil A ___ Rohwert Teil B ___ Rohwerte Teilskalen: Rhyth. ___ L.E. ___ Temp. ___

SES - Auswertung

affektiv (= A)

Summe = 14 - 56

- Allg. Affektivität 2 / 4 / 5 / 7 / 8 / 9 / 12 / 13
- Hartnäckigkeit 1 / 3 / 6 / 10 / 11 / 14

sensorisch (= B)

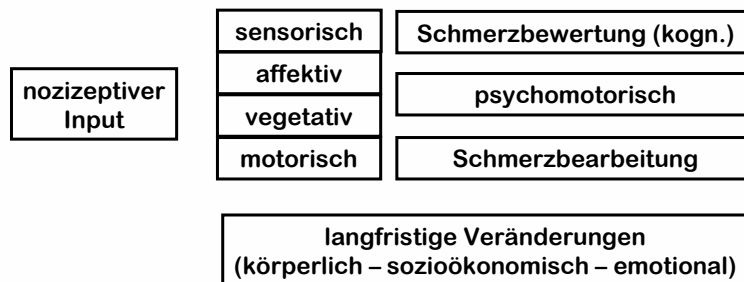
Summe = 10 - 40

- Rhythmik 16 / 19 / 22
- Lokales Eindringen 15 / 18 / 21 / 24
- Temperatur 17 / 20 / 23

Hamburger Schmerz Adjektiv Liste (HSAL) Aufbau der HSAL Items und Item-Skalen Zuordnung

Item	Item-Nr.	Primärskala	Sekundärskala (Bereich)	Gesamtskala	
1. Stark	1	Schmerzleiden (12 Items) 0-72	Affektiv (21 Items) 0-126	Gesamt (37 Items)	
2. Unerträglich	5				
3. Unangenehm	9				
4. Quälend	14				
5. Erschöpfend	19				
6. Schwer	20				
7. Mörderisch	24				
8. Durchdringend	25				
9. Zermürbend	29				
10. Schrecklich	33				
11. Unbarmherzig	35				
12. Scheußlich	37				
13. Bedrohlich	2	Schmerzangst (9 Items) 0-54	Affektiv (21 Items) 0-126		
14. Beängstigend	6				
15. Gefährlich	11				
16. Beklemmend	16				
17. Beunruhigend	21				
18. Bedrückend	26				
19. Drückend	28				
20. Lähmend	30				
21. Unheilvoll	31				
22. Schneidend	3	Schmerzscharfe (9 Items) 0-54			Sensorisch (16 Items) 0-96
23. Ziehend	7				
24. Krampfartig	10				
25. Reißend	12				
26. Durchzuckend	17				
27. Brennend	27				
28. Scharf	32				
29. Zuckend	34				
30. Stechend	36				
31. Bohrend	4	Schmerzurhythmik (7 Items) 0-42	Sensorisch (16 Items) 0-96		
32. Klopfend	8				
33. Hämmernd	13				
34. Ausstrahlend	15				
35. Pochend	18				
36. Heiß	22				
37. pulsierend	23				

Komponenten des Rückenschmerzes



13

Merke !

- ⇒ Schmerzwahrnehmung setzt keine Gewebläsion voraus
- ⇒ Schmerzwahrnehmung ist individuell unterschiedlich
- ⇒ Schmerzwahrnehmung ist aktiv beeinflussbar
- ⇒ Schmerzáußerungen und -handlungen sind abhängig von der Schmerzwahrnehmung

14

Emotionen bei Rückenschmerz

- ☹️ unsicher und ängstlich
- ☹️ enttäuscht und wütend
- ☹️ wünscht Zuneigung und Entlastung
- ☹️ fühlt sich minderwertig
- ☹️ deprimiert und hilflos

Psychologische Gesundheitsförderung

Psychosoziale Faktoren

Prof. Dr. Frank Hänsel

Psychosoziale Faktoren des Rückenschmerzes

(Risikofaktorenkonzept)

⇒ Stress

Situative Risikofaktoren

Rang	Streß-Ursache	Streß-(LVE) Punkt
1	Tod des Ehepartners	100
2	Ehescheidung	65
3	Eheliche Trennung	65
4	Haftstrafe	63
5	Tod eines nahestehende Angehörigen	63
6	Eigene Verletzung oder Krankheit	53
7	Eheschließung	50
8	Entlassung aus dem Arbeitsverhältnis	47
9	Versöhnung mit dem Ehepartner	45
10	Pensionierung	45
...		
35	Änderung kirchlicher Aktivitäten	19
36	Änderung gesellschaftlicher Aktivitäten	18
37	Hypothek oder Darlehen unter 25000 DM	17
38	Änderung der Schlafgewohnheiten	16
39	Änderung in der Zahl der Familientreffen	15
40	Änderung der Essgewohnheiten	15
41	Urlaub	13
42	Weihnachten	12
43	Geringfügige Übertretung von Gesetzen	11

Gedankenlawine

... mein Rücken tut schon wieder weh ...

... ich komme mit meiner Arbeit nicht voran ...

... wenn das so weitergeht, werde ich
den Arbeitsplatz verlieren ...

...ich werde anderen zur Last fallen ...

... wie soll es nur weitergehen ???

Psychosoziale Faktoren des Rückenschmerzes

(Risikofaktorenkonzept)

⇒ Stress

⇒ Schmerz- und Stressverarbeitung

Schmerzbezogene Kognitionen: FSK

	Das denke ich...				
	Fast nie			Fast immer	
Wenn ich ruhig bleibe und mich entspanne, geht es mir besser	0	1	2	3	4 5
Diese Schmerzen halte ich nicht mehr aus	0	1	2	3	4 5
Ich kann gegen meine Schmerzen selbst etwas tun	0	1	2	3	4 5
Egal was ich auch tue, ich kann doch nichts ändern an meinen Schmerzen	0	1	2	3	4 5
Ich muss mich jetzt entspannen	0	1	2	3	4 5
Ich werde schon damit fertig	0	1	2	3	4 5
Ich muss schnell ein Schmerzmittel nehmen	0	1	2	3	4 5
Es wird bald wieder besser werden	0	1	2	3	4 5
Das hört ja nie mehr auf	0	1	2	3	4 5
Ich bin ein hoffnungsloser Fall	0	1	2	3	4 5
Es gibt noch schlimmere Dinge als meine Schmerzen	0	1	2	3	4 5
Ich schaffe das schon wieder	0	1	2	3	4 5
Wann wird es wieder schlimmer?	0	1	2	3	4 5
Die Schmerzen machen mich fertig	0	1	2	3	4 5
Ich kann nicht mehr	0	1	2	3	4 5
Diese Schmerzen machen mich noch verrückt	0	1	2	3	4 5
Ablenkung hilft am besten	0	1	2	3	4 5
Ich kann mir selbst helfen	0	1	2	3	4 5

21

Psychosoziale Faktoren des Rückenschmerzes

(Risikofaktorenkonzept)

- ⇒ Stress
- ⇒ Schmerz- und Stressverarbeitung
- ⇒ Ursachenzuschreibung und Selbstwirksamkeit
- ⇒ Soziale Verstärkung
- ⇒ Modellernen
- ⇒ Angst und Depressivität

22

Psychologische Gesundheitsförderung

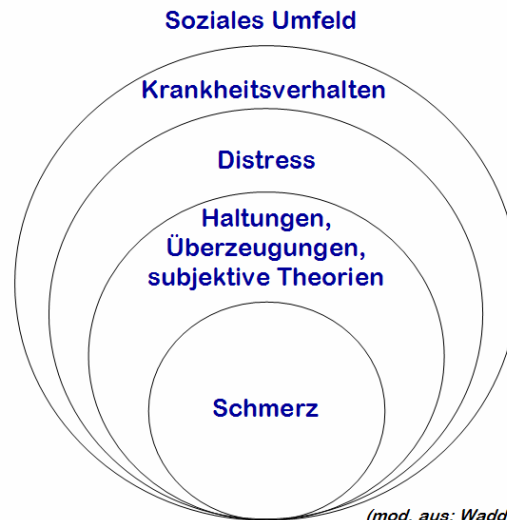
Biopsychosoziale Perspektive

Prof. Dr. Frank Hänsel

Veränderter Gesundheitsbegriff

krank	→	gesund
akut	→	chronisch
somatisch	→	bio-psycho-sozial
kurativ	→	protektiv
Risiken	→	Ressourcen

Bio-psycho-soziales Modell



(mod. aus: Waddell 1998)

Rückenschmerzen - Risikofaktoren

Physiologische Einflussgrößen, Muskelkraft, Haltung und Topographie

Risikofaktorstatus	
wahrscheinlich	unwahrscheinlich
	Körperliche Fitness (inkonsistente Ergebnisse)*
	Rumpfmuskelstärke (inkonsistente Ergebnisse)*
	Beweglichkeit der Wirbelsäule (inkonsistente Ergebnisse)*
	Ausdauer der Rumpfmuskulatur (inkonsistente Ergebnisse)*
	Sitzende Körperhaltung während der Berufsausübung
	Auffälligkeiten in der 3D-Darstellung der Rückenoberfläche

(aus: Müller/Lühmann/Raspe 2003)

Soziale Faktoren

Risikofaktorstatus	
wahrscheinlich	unwahrscheinlich
Schichtzugehörigkeit: Zusammenhang zu Ausfallzeiten am Arbeitsplatz wegen Rückenschmerzen	kultureller Hintergrund (Status unklar)
Ausbildungsniveau (geht in Schichtindex ein)	familiärer und sozialer Rückhalt (widersprüchliche Studienergebnisse)
	Arbeitslosigkeit (ggf. Zusammenhang mit Leistungsanspruchnahme)

(aus: Müller/Lühmann/Raspe 2003)

Psychologische Faktoren

Risikofaktorstatus	
wahrscheinlich	unwahrscheinlich
Depression	Intelligenz und Persönlichkeitsmerkmale ("pain personality")
Psychische Beeinträchtigung ("Distress")	
Furcht-Vermeidungsdanken, Katastrophisieren	
Sexueller und körperlicher Missbrauch	

(aus: Müller/Lühmann/Raspe 2003)

Biologische und verhaltensabhängige Faktoren

Risikofaktorstatus	
wahrscheinlich	unwahrscheinlich
Vorangegangene Episode von Rückenschmerzen	Alter, Geschlecht, Körpergröße → widersprüchliche Studienergebnisse
Beeinträchtigende Komorbidität	
Rauchen	

(aus: Müller/Lühmann/Raspe 2003)

Arbeitsbedingungen

Risikofaktorstatus	
wahrscheinlich	unwahrscheinlich
Ganzkörpervibration	
Bücken und Drehen	
Material- und Patientenbewegung: Heben, Tragen, Schieben, Ziehen	
Psychosoziale Arbeitsplatzbedingungen (Arbeitszufriedenheit, soziale Unterstützung am Arbeitsplatz)	

(aus: Müller/Lühmann/Raspe 2003)

Psychologische Gesundheitsförderung

„Neue“ psychosoziale Faktoren

Prof. Dr. Frank Hänsel

Psychosoziale Aspekte beim Rückenschmerz

Einflussfaktoren für die Chronifizierung von Rückenschmerz

- Subjektive Theorien
- Fear-Avoidance-Beliefs
- Coping-Strategien
- Waddell G.: The Back Pain Revolution. Edinburgh 1998
- Hasenbring M.: Prozesse der Chronifizierung von Schmerzen. In: Basler et al.: Psychologische Schmerztherapie. Berlin 1999
- Nachevson, A, Jonsson, E.: Neck and Back Pain. The Scientific Evidence of Causes, Diagnosis and Treatment. Philadelphia 2000
- Pflingsten M.: Multimodale Behandlungsprogramme. In: Kügelgen B., Hildebrandt J.: Leitlinien zum Rückenmanagement. München 2001
- u.a.

Subjektive Theorien

- Lagentheorien, „Beliefs“
- Komplexe Aggregate von Kognitionen
- Oft inkonsistent, widersprüchlich, schwer veränderbar
- Konstituieren die Realität
 - Ordnung der eigenen Lebenswelt
 - Erklärung und Vorhersage von Ereignissen
 - Generierung von Handlungsempfehlungen

33

Subjektive Theorien zu Krankheit

- Krankheitsbild: Symptome, die als Teil der Erkrankung betrachtet werden
- Kausalität: Annahmen zu Krankheitsursachen (Konstitution/ Disposition, Lebensweise, Umwelt, Alter/Schicksal)
- Zeitverlauf: Zukünftiger Verlauf und Dauer
- Konsequenzen: Erwartete Auswirkung der Erkrankung, Konsequenzen für das eigene Leben
- Heilung: Annahmen über Maßnahmen, die zur Überwindung der Krankheit beitragen, „cure or control“ – Umgang mit der Erkrankung, Hilfeswartung, eigene Möglichkeiten/Verantwortung

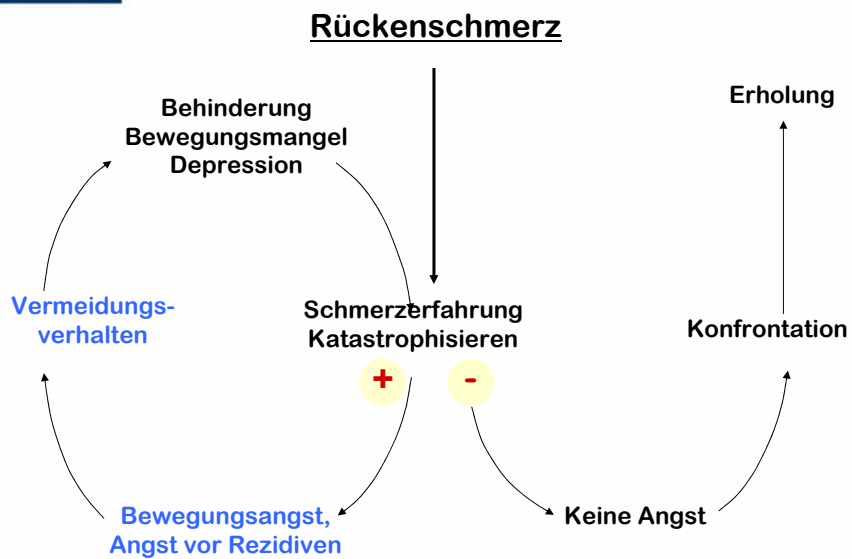
34



Subjektive Theorien zum Rückenschmerz

- Rückenschmerz ist dauerhaft
- Wiederverletzbarkeit des Rückens
- Angst vor Verschlechterung, Gefühl der Verletzbarkeit
- Personen mit vorausgegangener RS-Episode
 - fühlen sich verletzbarer
 - geringere Kontrollüberzeugung
 - geringere individuelle Verantwortung
- Personen, die glauben, zukünftig unausweichlich RS zu haben, sind hinsichtlich der Rehabilitation oder Rückkehr zum Arbeitsplatz weniger zuversichtlich
- „Beliefs“ sind gute Prädiktoren für Rückkehr zum Arbeitsplatz

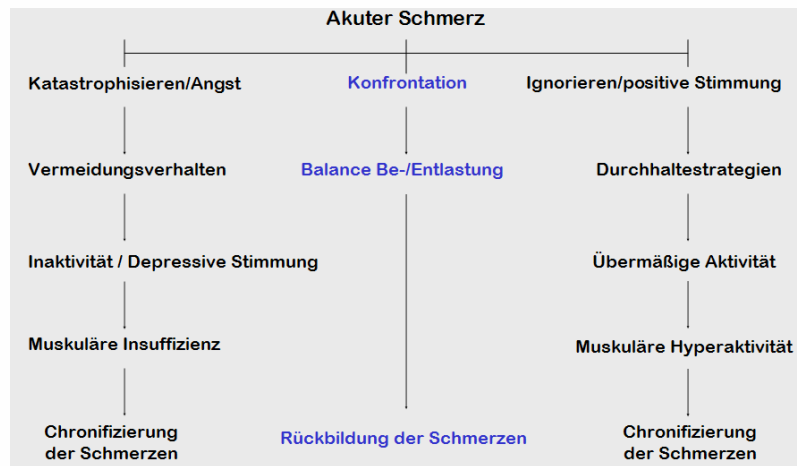
35



(mod. aus Waddell 1998)

36

Avoidance – Endurance – Modell



(n. Hasenbring, 2001)

37

Fear Avoidance Beliefs - Schmerzvermeidungsverhalten

Vermeider

- Verstärkte Angst vor Schmerz
- Vermeidung körperlicher und sozialer Aktivitäten
- Fehlinterpretation von Schmerzempfindungen, übertriebene Schmerzwahrnehmung, verstärkte Behinderung durch Schmerz
- passive Coping-Strategien
- Körperliche Konsequenzen: Verlust von Wirbelsäulenbeweglichkeit, Muskelkraft, Fitness; Gewichtszunahme

(Waddell 1998, Hasenbring 1999, Pflingsten 2001, Hasenbring 2003 u.a.)

38

Fear Avoidance Beliefs - Schmerzvermeidungsverhalten Vermeider

- Vermeider machen alles, um Schmerz zu vermeiden
- fürchten Rezidive; glauben, dass Schmerz Zeichen weiteren Schadens sei
- Vermeider sind inaktiv, warten auf Verbesserung des Schmerzes
- Vermeidungsverhalten verstärkt Furcht vor Schmerz, evtl. phobisches Verhalten
- Zusammenhang zu Katastrophisieren und Depression
- Vermeidung körperlicher Aktivität/Training als eine Hauptbarriere für die Rehabilitation

(Waddell 1998, Hasenbring 1999, Pflingsten 2001, Hasenbring 2003 u.a.)

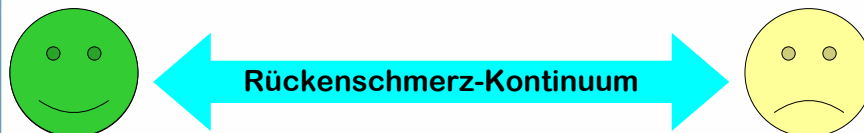
Fear Avoidance Beliefs - Schmerzvermeidungsverhalten

- Überschätzung körperlicher Anforderungen im Beruf
- Überschätzung von Schmerz bei körperlicher Aktivität
- Vermeidungsverhalten kann Schmerz im akuten Stadium reduzieren, später verbleibt Vermeidungsverhalten in Antizipation statt als Reaktion auf Schmerz
- Vermeidungsverhalten verstärkt FAB im Teufelskreis

Fear Avoidance Beliefs - Schmerzvermeidungsverhalten Konfrontierer

- Starker Wunsch zur Rückkehr zu normalen Aktivitäten/Arbeit
- Mobilisation, körperliche Aktivität/Training, Konfrontation mit der individuellen Schmerzgrenze
- Zunehmende Konfrontation mit Schmerz, vernünftige Interpretation der Schmerzempfindung, positive und aktive Coping-Strategien, minimales Kh-Verhalten
- Effektive Reha
- Konfrontierer bleiben optimistisch und zuversichtlich, steigern langsam ihre Aktivität trotz vorübergehender Schmerzzunahme
- Erfolg verstärkt Verhalten

41

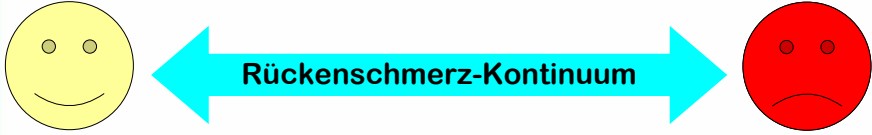


- betrachten Schmerz nicht als schwerwiegendes Problem
- haben wenig Furcht vor Schmerz und wenig Sorgen hinsichtlich langfristiger Konsequenzen
- glauben, dass sie selbst mit dem Problem umgehen können
- übernehmen Kontrolle, leben trotz Schmerz normal weiter
- nehmen wenig Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch

42

TECHNISCHE UNIVERSITÄT DARMSTADT

Arbeitsbereich Psychologie und Ökonomie des Sports



Rückenschmerz-Kontinuum

- betrachten Schmerz als schwerwiegendes Problem, welches ihre Aufmerksamkeit und ihr Leben in Anspruch nimmt
- sind davon überzeugt, dass schwerwiegende Erkrankung Ursache ist, die nur noch keiner erkannt hat
- werden durch Schmerz dominiert
- haben pessimistische Zukunftsvorstellungen, glauben an dauerhaften Schmerzzustand der letztlich unvermeidlich zu Behinderung führt
- glauben, keine eigene Einflussmöglichkeiten zu haben
- glauben, dass nur Experte diagnostizieren und helfen kann
- Vermeidungsverhalten

43

TECHNISCHE UNIVERSITÄT DARMSTADT

Arbeitsbereich Psychologie und Ökonomie des Sports

Psychologische Gesundheitsförderung

... in der Rückenschule ?

Prof. Dr. Frank Hänsel

Ausgangspunkt

Warum psychologische Gesundheitsförderung in der präventiven Rückenschule?

Insgesamt ist bei gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Prävention von Rückenschmerzen die explizite *Berücksichtigung psychologisch orientierter Zielsetzungen und Inhalte unumgänglich*. Aus Sicht der **Risikoprofylaxe** als auch der **Ressourcenstärkung** ist die Einbindung psychosozialer Aspekte ein *Qualitätskriterium*.

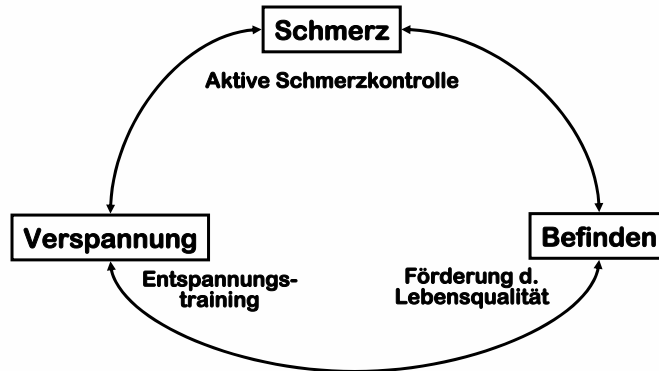
Gesundheitsorientierte Handlungsfelder

	Zielgruppen	Qualitäten von Gesundheitssport
Gesundheitsförderung	Gesamtbevölkerung (Gesunde)	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau von Bindung • Stärkung physischer Gesundheitsressourcen • Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen
Primärprävention	Risikogruppe (Merkmalsträger)	
Sekundärprävention	Patienten mit klinischen Symptomen	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderung von Risikofaktoren • Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden
Tertiärprävention	Rehabilitanden	

(in Anl. an Bös & Woll, 1999; Brehm, 1997)

Psychologische Maßnahmen der Schmerz- behandlung ...

... Ansatzpunkte



47

Psychologische Maßnahmen der Schmerz- behandlung ...

... Verfahrensgruppen

Motivierung

- edukative Verfahren
- Provokationsverfahren
- Biofeedback

Entspannungsverfahren und Biofeedback

- PMR
- AT

Imaginative Strategien

- Schmerzinkompatible I. (emotional, sensorisch)
- transformierende I. (Veränderung des Kontextes, des Schmerzstimulus, der Schmerzreaktion)

Kognitive Strategien

- Selbstanweisung (Stressimpfung)
- Umdeutende Strategien (Verleugnung, Rationalisierung)
- Aufmerksamkeitslenkung (passiv, aktiv)

Selbstbekräftigung

Fernandez (1986)
Kröner-Herwig (1999)

48

Welche Interventionen ?

Welche Formen bewegungs- oder verhaltensbezogener Interventionen sind wirksam?

Europäische Leitlinien zur Prävention von Rückenschmerz

“The most promising approaches seem to involve physical activity/exercise and appropriate (biopsychosocial) education, at least for adults.”

(Burton, A.K. (2005). How to prevent back pain? Best Pract Res Clin Rheumatol, 19,4: 541-555)

www.backpaineurope.org

Psychosoziale Risikofaktoren für Rückenschmerzen

Für die Entstehung unspezifischer Rückenschmerzen sind folgende psychosoziale Faktoren von zentraler Bedeutung:

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

Förderung der psychischen Gesundheit

Gesundheitsförderung nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „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 nötig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen, sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verwirklichen können“

Wohlbefinden
Positives Selbstwertgefühl
Selbstwirksamkeitserwartungen
Konsequenzerwartungen

51

Förderung der psychischen Gesundheit

Psychologische Interventionen:

- Training von Selbstsicherheit
- Stressbewältigung
- Systematische Entspannungsverfahren

Reduktion v. Risikoverhalten:

- Ernährung
- Rauchen
- Alkoholkonsum
- Bewegung

Psychologisch orientierte Ziele im Gesundheits- sport (Brehm & Sygusch, 2003):

- Verbesserung des Wohlbefindens
- Vermittlung von Handlungs- und Effektwissen
- Herausbildung realistischer Ziele
- Positivierung des Selbst- und Körperkonzepts

52

TECHNISCHE UNIVERSITÄT DARMSTADT Arbeitsbereich Psychologie und Ökonomie des Sports

Psychologisch orientierte Zielsetzungen in der präventiven Rückenschule

Verankerung von psychosozialen Aspekten im Curriculum der „Konföderation der deutschen Rückenschulen“ (KddR), dadurch Veränderung des traditionellen Kanons:

1	Informationen zum Aufbau, Funktion und Pathologie der Wirbelsäule	
2	Vermittlung rückengerechter Bewegungstechniken und Alltagsbewegungen	3
		Durchführung von kräftigenden und die Beweglichkeit fördernden Übungsformen (Funktionsgymnastik)

53

TECHNISCHE UNIVERSITÄT DARMSTADT Arbeitsbereich Psychologie und Ökonomie des Sports

Psychologisch orientierte Zielsetzungen in der präventiven Rückenschule

1	Informationen zum Aufbau, Funktion und Pathologie der Wirbelsäule	
2	Vermittlung rückengerechter Bewegungstechniken und Alltagsbewegungen	3
		Durchführung von kräftigenden und die Beweglichkeit fördernden Übungsformen (Funktionsgymnastik)
	Gezielte Vermittlung von psychologisch orientiertem Wissen und Verhaltensstrategien zur Prävention von Rückenschmerzen	4

54

TECHNISCHE UNIVERSITÄT DARMSTADT

Arbeitsbereich Psychologie und Ökonomie des Sports

Psychologisch orientierte Zielsetzungen in der präventiven Rückenschule

1 Informationen zum Aufbau und Funktion der Wirbelsäule

2 Vermittlung rückerogerechter Bewegungstechniken und Alltagsbewegungen

3 Durchführung von kräftigenden und die Beweglichkeit fördernden Übungsformen (Funktionsgymnastik)

4 Gezielte Vermittlung von psychologisch orientiertem Wissen und Verhaltensstrategien zur Prävention von Rückenschmerzen

Darstellung der Pathologie der WS entfällt.

55

TECHNISCHE UNIVERSITÄT DARMSTADT

Arbeitsbereich Psychologie und Ökonomie des Sports

Psychologisch orientierte Zielsetzungen in der präventiven Rückenschule

Ziele und Inhalte der präventiven Rückenschule nach Pfeifer (2007, S.12):

- Verbesserung des aktuellen & habituellen Wohlbefindens
 - Reduktion von psychischen Belastungen
 - Wirkungen entgegen einer Depression
- Vermittlung von Wissen über die Entstehung und Bedeutung von Rückenschmerzen
 - Beeinflussung von schmerz- bzw. krankheitsbezogenen subjektiven Theorien
- Vermittlung von Hintergrundwissen & Selbsthilfemöglichkeiten
 - Aufbau von aktiven Coping-Strategien

56

Kognitionen als ein Ansatzpunkt und Ziel psychologischer Intervention

Psychologische Gesundheitsförderung

- in unterschiedlichen Lebensbereichen statt, z. B. Arbeitsplatz, Schule, Wohnort etc.
- Mit unterschiedlichen Zielgruppen und Zielstellungen
- hat als einen Ansatzpunkt die *gezielte Veränderung von Kognitionen*.

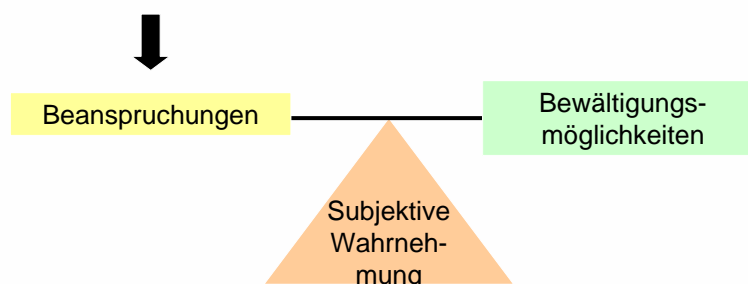
Bewusste und unbewusste Selbstgespräche („Die Rede mit sich selbst“).

Prozesse zum Erwerb, Organisation und Gebrauch von Wissen (Wahrnehmung, Gedächtnis, Urteilen und Wissensinhalte).

57

Bedeutung der Kognitionen für die individuelle Stress- und Schmerzverarbeitung

- Alltagsereignisse (Termindruck, Konflikte, Lärm...)
- kritische Lebensereignisse (Krankheiten, Todesfälle, Arbeitsplatzverlust...)



58

TECHNISCHE UNIVERSITÄT DARMSTADT Arbeitsbereich Psychologie und Ökonomie des Sports

Bedeutung der Kognitionen für die individuelle Stress- und Schmerzverarbeitung

Somatische Konsequenzen
(z. B. Schmerz-Spannungszirkel)

Belastungen Bewältigungsmöglichkeiten

Subjektive Wahrnehmung

59

TECHNISCHE UNIVERSITÄT DARMSTADT Arbeitsbereich Psychologie und Ökonomie des Sports

Katastrophisieren und Furcht-Vermeidungsdenken

günstig

↑

Aktives Bewältigen
 „Wenn ich ruhig bleibe, wird es besser!“

Bagatellisieren
 „Ach, das ist ja völlig harmlos!“

Katastrophisieren / Hilflosigkeit
 „Was ist, wenn es schlimmer wird?“

↓

ungünstig

chronifizierender Teufelskreis

60

Das ABC-Modell



Activating event

Beim Arbeiten im Sitzen ein Ziehen bzw. Schmerzen im Rücken

Belief system

„Oh nein, nicht schon wieder ...“
„Das hört ja nie auf ...“
„Ich weiß nicht mehr, was ich noch machen soll ...“

Consequences

niedergeschlagen, wütend, traurig ...

dysfunktionale Kognitionen

Das ABC-Modell

Bestimmte Kognitionen sind eher hinderlich im Umgang mit Bewältigung von Belastungen:

- Schwarzmalerei/Katastrophendenken (Übertreibungen der negativen Konsequenzen)
- Irrationale, dogmatische Forderungen („Mussturbationen“, „Sollte-Müsste“-Feststellungen...)
- Globale Bewertungen (umfassende negative Urteile über den Wert der eigenen Person, Schuldzuweisungen)
- Niedrige Frustrationstoleranz (Glaube, Unangenehmes nicht aushalten zu können oder zu wollen)

Dysfunktionale Kognitionen

**Schwarzmalerei/Katastrophendenken
(Übertreibungen der negativen Konsequenzen)**

(Gedankenlawine:) „... mein Rücken tut schon wieder weh ich komme mit meiner Arbeit nicht zurecht wenn das so weitergeht, werde ich den Arbeitsplatz verlierenich werde anderen zur Last fallen wie soll es nur weitergehen?“.

63

Dysfunktionale Kognitionen

Irrationale, dogmatische Forderungen („Muss-turbationen“, „Sollte-Müsste“-Feststellungen...)

„Ich muss perfekt sein, alles unter Kontrolle haben und die Anerkennung mir wichtiger Mitmenschen gewinnen.“

„Mir wichtige Menschen müssen mich freundlich und rücksichtsvoll behandeln.“

„Die Bedingungen, unter denen ich lebe, müssen günstig, sicher, nicht mühselig und rasch zu genießen sein.“

64

Dysfunktionale Kognitionen

Globale Bewertungen (umfassende negative Urteile über den Wert der eigenen Person, Schuldzuweisungen)

„Ich hätte es viel früher tun müssen.“

„Ich hätte es noch besser machen können.“

„Jeder andere hätte das auch gekonnt.“

„Es ist reiner Zufall, dass ich das zuwege gebracht habe.“

Dysfunktionale Kognitionen

Niedrige Frustrationstoleranz (Glaube, Unangenehmes nicht aushalten zu können oder zu wollen)

„Körperliche Aktivitäten verstärken meinen Rückenschmerz.“



Beeinflussung von Kognitionen in der Rückenschule: Arbeitshilfen

Die Beeinflussung von Kognitionen ist entscheidend bei der Veränderung negativer Erlebens- und Verhaltensweisen und stellt einen wichtigen Ansatzpunkt gesundheitsförderlicher Intervention dar.

Pfeifer und Hänsel (2007) entwickelten für die präventive Rückenschule *konkrete Arbeitshilfen* mit *drei didaktischen Ansatzpunkten*:

- Informationsorientierte Interventionen
- Bewegungsorientierte Interventionen
- Gesprächsorientierte Interventionen



Informationsorientierte Intervention

... sprechen auf dem Weg der Wissensvermittlung die Inhalte von Kognitionen direkt an.

Z. B. werden zur Beeinflussung rüchenschmerzbezogener subjektiver Theorien mögliche **irrationale Kognitionen** zum Zusammenhang von Wirbelsäulenerkrankungen und Rückenschmerz durch die **Darstellung rationaler Bewertungen** ersetzt.



Broschüre: "The Back Book" (Burton et al. 1999)

- *Rückenschmerzen sind in der Regel kein Zeichen einer schwerwiegenden Erkrankung.*
- *Die Wirbelsäule ist stark. Bleibende Schäden an der Wirbelsäule sind sehr selten. Selbst starke Schmerzen bedeuten nicht, dass ein ernsthafter Schaden eingetreten ist.*
- *Rückenschmerzen sind nur ein Zeichen dafür, dass Ihr Rücken derzeit nicht so funktioniert wie gewöhnlich. Er ist sozusagen nicht fit oder „nicht in Form“.*
- *Es gibt viele Möglichkeiten zur Behandlung von Schmerz, eine dauerhafte Schmerzreduktion hängt aber von Ihrem eigenen Verhalten ab!*

(frei übersetzt)

69



Broschüre: "The Back Book" (Burton et al. 1999)

- *Ihre Gesundheit hängt davon ab, dass Sie Ihren Rücken wieder bewegen und mit ihm arbeiten und zu normaler Funktion und Fitness zurückkehren. Je schneller Sie aktiv werden, desto eher wird Ihr Rücken wieder fit!*
- *Positive Einstellungen sind wichtig. Überlassen Sie dem Rückenschmerz nicht die Kontrolle über Ihr Leben! Menschen die aktiv mit ihrem Rückenschmerz umgehen leiden weniger, verspüren schneller Besserung und haben langfristig weniger Probleme.*

(frei übersetzt)

70

Bewegungsorientierte Interventionen

... vermitteln auf dem Weg der Bewegungs-
übung (Funktionsgymnastik, kleine Spiele
etc.) gezielt, aber eher indirekt kognitive
Aspekte und sind vornehmlich ressour-
cenorientiert.

Z. B. werden **Kognitionen zur Selbstwirksam-
keit** durch die Aufmerksamkeitslenkung der
Teilnehmer während der Durchführung einer
kräftigenden Übung **gefördert**.

71

Gesprächsorientierte Interventionen

...zielen auf dem Weg des Gruppenge-
sprächs direkt auf spezifische Kognitions-
formen. Sie beziehen sich dabei auf
bekannte Risikofaktoren und Ressourcen
und dienen der Vermittlung des ABC-
Modells.

Z. B. wird zur **Beeinflussung des Risikofak-
tors** „Katastrophisieren“ eine metaphorische
Geschichte vorgetragen und in der Gruppe
diskutiert.

72

MACS 1 Kognitionen und Schmerz

„Pilzsammler“

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 zerstochen 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 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 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 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.“

[aus: Jungnitsch 1992, S. 116]

Vermittlungsstrategien zur Beeinflussung von Kognitionen

Bei der Durchführung dieser Intervention ist der **Änderungswiderstand von Kognitionen** zu beachten, die richtige **Vermittlung** ist daher von Bedeutung:

- Empathie, Wertschätzung und Echtheit beim Auftreten (Rogers, 1973)
- dozierendes und „gegenargumentierendes“ Auftreten vermeiden
- *Geleitetes Entdecken* von Zusammenhängen („*Sokratischer Dialog*“)
- fragend-verstehende Gesprächstendenz

Fragend-verstehende Gesprächstendenz

- **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?“
- **Analogiebildung**
„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 sein klappernder Fensterladen?“

75

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



<http://haensel.ifs-tud.de>

haensel@ifs-tud.de

76