

Schmerz



Systemische Therapie

*Schmerz als Notruf des
Organismus*

Seite 28

Fibromyalgiesyndrom

*Mehr Lebensqualität
durch Psychotherapie*

Seite 50

Schmerzbewältigung

*Soziokulturelle Besonderheiten
bei Migrantinnen*

Seite 82

*Wem eigene Schmerzen erspart bleiben, der muss sich
aufgerufen fühlen, die Schmerzen anderer zu lindern.*

Albert Schweitzer

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,



*Dr. phil. Michael Broda,
Dipl.-Psych.
Schriftleitung PiD*

und wieder neigt sich ein Jahr seinem Ende zu. Für unsere Zeitschrift und ihre Herausgeberinnen und Herausgeber war es auch spannend und herausfordernd – und ich glaube, dass wir unserem Ziel, Verständigungsbrücken zwischen Therapieorientierungen zu schlagen, auch im vergangenen Jahr näher gekommen sind.

Nach den Ausgaben zu Psychotherapie mit körperlich Kranken, Arbeitswelt und psychischer Störung sowie Bindung widmet sich das 4. Heft im Jahr 2016 einer Thematik, die zu allen 3 vorangegangenen Themenheften starke Verbindungen aufweist: Schmerz. Bemerkenswert, was sich seit unserem ersten Heft über dieses Thema im Jahr 2005 an neuen Entwicklungen für die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten ergeben hat!

Wir wünschen Ihnen allen glückliche, dabei schmerz- und beschwerdefreie Feiertage und einen guten Start ins neue Jahr, in dem wir Sie gerne wieder mit unseren Themen und Heften begleiten würden!

Herzliche Grüße, Ihr

Michael Broda

Herausbergremium



Prof. Dr. phil. Maria Borcsa, Dipl.-Psych. (*1967)

ist Professorin für Klinische Psychologie an der Hochschule Nordhausen. Nach Ausbildung und Tätigkeit an der Psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Freiburg i.Br. und einer Psychosomatischen Fachklinik war sie in eigener Praxis als approbierte Psychologische Psychotherapeutin (VT) und Familientherapeutin tätig. Sie ist Dozentin für Systemische Beratung und Therapie im In- und Ausland und Supervisorin in Verhaltens- und Systemischer Therapie. Seit 2013 ist sie Präsidentin der European Family Therapy Association (EFTA).



Dr. phil. Michael Broda, Dipl.-Psych. (*1952)
Schriftleitung

ist Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie. Nach universitärer Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich der Rehabilitationspsychologie war er leitend in einer psychosomatischen Fachklinik tätig. Seit 1997 arbeitet er niedergelassen in eigener Praxis in Dahn. Er ist Mitherausgeber der Lehrbücher „Praxis der Psychotherapie“ (mit W. Senf) und „Technik der Psychotherapie“ (mit W. Senf und B. Wilms) sowie Fachgutachter Verhaltenstherapie (KBV).



PD Dr. phil. Christoph Flückiger, Dipl.-Psych. (*1974)

ist Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Referent an Ausbildungsinstituten für kognitive Verhaltenstherapie in der Schweiz, Deutschland und den USA. Er arbeitet als Forschungsgruppenleiter und Dozent an den Universitäten Zürich und Bern mit Schwerpunkt in klinischer Interventionspsychologie / Psychotherapie.



Prof. Dr. med. Volker Köllner (*1960)

ist Facharzt für Psychosomatische Medizin. Er war u. a. Oberarzt am Universitätsklinikum Dresden und Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin in Blieskastel. Seit 2015 ist er Chefarzt der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik und ärztlicher Direktor am Rehasentrum Seehof der DRV in Teltow bei Berlin. Er ist Professor für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Medizinischen Fakultät Homburg/Saar und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR).



Prof. Dr. med. Henning Schauenburg (*1954)

ist Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse. Er arbeitet als Professor für Psychosomatik und Psychotherapie an der Universität Heidelberg sowie als stellvertretender Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg.



Dr. phil. Barbara Stein, Dipl.-Psych. (*1960)

ist Psychologische Psychotherapeutin und seit 2005 Leitende Psychologin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg/Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU). Ihre Schwerpunkte sind tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, Paar- und Familientherapie, psychologische Beratung und Behandlung von körperlich Kranken, Supervision sowie Fort- und Weiterbildungstätigkeit.



Prof. Dr. rer. nat. Silke Wiegand-Greife, Dipl.-Psych. (*1964)

ist Psychologische Psychotherapeutin (Psychoanalyse, Tiefenpsychologie), Paar- und Familientherapeutin und hat den Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der MSH Medical School Hamburg, University of Applied Sciences and Medical University, inne. Sie leitet die Forschungsgruppe für Psychotherapie- und Familienforschung am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik. Außerdem ist sie als Dozentin und Supervisorin an mehreren Ausbildungsinstituten tätig.



Dr. med. Bettina Wilms (*1964)

ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Systemische Familientherapie und Verhaltenstherapie). Nach 11-jähriger Chefarztstätigkeit am Südharz Klinikum Nordhausen ist sie seit Februar 2016 Chefarztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Carl-von-Basedow Klinikum Saalekreis am Standort Querfurt. Ihre Schwerpunkte sind die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung und berufliche Belastungssyndrome.



Dr. phil. Andrea Dinger-Broda, Dipl.-Psych. (*1957)
Leitung des Redaktionsbüros

ist Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Supervisorin, Lehrtherapeutin und Dozentin an Weiterbildungsinstituten. Nach wissenschaftlicher Mitarbeit an den Universitäten Freiburg (Rehabilitationspsychologie) und Bochum (Medizinische Psychologie) war sie als Leitende Psychologin an onkologischen, kardiologischen und psychosomatischen Rehabilitationskliniken tätig. Seit 1997 arbeitet sie niedergelassen in eigener Praxis in Dahn.

Gründungsherausgeber

Wolfgang Senf, Essen
Michael Broda, Dahn
Steffen Fliegel, Münster
Arist von Schlippe, Witten
Ulrich Streeck, Göttingen
Jochen Schweitzer, Heidelberg

Leserbeirat

Siegfried Hamm, Köln
Karl Mayer, Freren
Heinz-Peter Olm, Wuppertal
Uta Preissing, Stuttgart
Jessica Schadlu, Düsseldorf

Beirat

Cord Benecke, Kassel
Ulrike Borst, Zürich
Michael Brünger, Klingenmünster
Manfred Cierpka, Heidelberg
Stephan Doering, Wien
Ulrike Ehlert, Zürich
Michael Geyer, Erfurt
Sabine Hertz, Heidelberg
Jürgen Hoyer, Dresden
Johannes Kruse, Gießen
Hans Lieb, Edenkoben
Wolfgang Lutz, Trier
Dietrich Munz, Stuttgart
Hans Reinecker, Salzburg
Babette Renneberg, Berlin
Martin Sack, München
Silvia Schneider, Bochum
Gerhard Schüssler, Innsbruck
Bernhard Strauß, Jena
Kirsten von Sydow, Berlin
Kerstin Weidner, Dresden
Ulrike Willutzki, Witten/Herdecke

Verlag

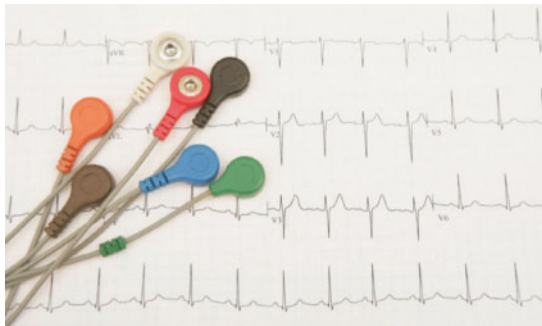
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14 · 70469 Stuttgart
Postfach 301120 · 70451 Stuttgart
www.thieme-connect.de/products
www.thieme.de/pid

Besuchen Sie die PiD im Internet!
Private Abonnenten können dort alle bisher veröffentlichten Artikel über das Online-Archiv abrufen.

Indexiert in: PSYNDEX

Inhalt

4 • 2016



Für Sie gelesen

- 6 Hypochondrie: Vermeidung ist häufig – und Vermeidern geht es schlechter
- 7 Posttraumatische Belastungsstörung: Herzfrequenz steigt in Stresssituationen überproportional
- 8 Angststörung: Motivierende Gesprächsführung als Teil der CBT verbessert Behandlungsergebnisse

Klinisch relevante Fragebögen

- 9 IMI-D – Die deutsche Version des Impact Message Inventory (IMI)

Therapiemethoden kompakt

- 10 Chronische Schmerzstörungen – Einsatz von EMDR in der Schmerztherapie



Schmerz

Schätzungen zufolge ist jeder 10. Erwachsene in seinem Alltag durch chronische Schmerzen relevant beeinträchtigt. Wie kann die Lebensqualität dieser Patienten durch Psychotherapie verbessert werden? Und wie lassen sich Schmerzpatienten zu einer Psychotherapie motivieren? Ein individueller Zugang zu den Patienten und eine multimodale Therapie sind oft die Schlüssel zum Erfolg.

Editorial

- 12 Warum behandeln Sie keine Schmerzpatienten?

Essentials

Standpunkte

- 16 Verhaltenstherapie bei Schmerz
Ulrike Kaiser
- 23 Psychodynamisch-interaktionelle Therapie bei chronischen Schmerzen
Ralf Nickel
- 28 Schmerz – Systemische Therapie und Hypnotherapie
Hanne Seemann

Aus der Praxis

- 34 Schmerzdiagnostik – Eine interdisziplinäre Aufgabe
Paul Nilges, Winfried Rief
- 39 Chronische (Kopf-)Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen
Britta Zepp, Michael Dobe
- 42 Psychologische Behandlung von Migräne und chronischen Kopfschmerzen
Günther Fritsche

- 46** Chronische Schmerzen – Das Beispiel Rückenschmerz
Michael Pfingsten
- 50** Fibromyalgiesyndrom und Psychotherapie
Volker Köllner, Katerina Anagnostakou, Michael Käfer
- 54** Morbus Sudeck (CRPS) –
Von der Psychosomatik zur Neuropsychologie
Patric Bialas
- 58** Der Beckenbodenschmerz des Mannes
Hermann J. Berberich
- 62** Sexuelle Beeinträchtigungen bei chronischem Schmerz
Anke Diezemann
- 65** Chronischer Unterbauchschmerz der Frau
Friederike Siedentopf
- 69** Chronischer Schmerz bei Traumatisierung
Nina Bischoff, Naser Morina, Niklaus Egloff
- 73** Gruppentherapie von Patienten mit
chronischen Schmerzen
Beate Gruner
- 76** Medikamentöse Therapie chronischer Schmerzen
Frank Petzke

- 80** CME-Fragen



Über den Tellerrand

- 82** Gender- und kultursensitive
Schmerzbewältigungstherapie für türkische Frauen
*Sandra Venkat, Simone A. Wolf,
Teresa Tonassi, Wolfgang Söllner*
- 89** Die Placeboantwort in der Medizin
Paul Enck, Sibylle Klosterhalfen, Katja Weimer

Interview

- 94** Versorgungsstrukturen für Patienten mit
chronischen Schmerzen in Deutschland

Dialog Links

- 97** Schmerz – Internetseiten zum Thema
Rebekka Neu

Dialog Books

- 101** Schmerz – Bücher zum Thema
Eva Meyerhöffer

Resümee

- 104** Nur Mut bei Schmerz (-patienten)!

Ein Fall – verschiedene Perspektiven

- 107** Fallbericht: sozialer Rückzug und Selbstverletzung –
„Ich fühle mich in der Gegenwart von Menschen
sehr gehemmt ...“



Lesenswert

- 110** Lydie Salvayre: Weine nicht –
Queremos vivir!

Backflash

- 111** Huh – Wir sind Island!

- 112** Vorschau

Impressum auf der letzten Seite

Hypochondrie

Vermeidung ist häufig – und Vermeidern geht es schlechter

Psychoanalytische Arbeiten und empirische Studien beschreiben Vermeidung als wichtige, wenn auch wenig verstandene Komponente von Hypochondrie. Eine US-Studie hat jetzt erstmals Hypochondriepatienten auf dieses Verhalten hin untersucht.

Zeigen Menschen mit Hypochondrie Vermeidungsverhalten? Ihren Überlegungen legten Doherty-Torstrick et al. 3 Basismodelle zugrunde:

- Ist die Eigenschaft Vermeidung gleichmäßig verteilt – gibt es also unter Hypochondriern wie in der Allgemeinbevölkerung eine Normalverteilung?
- Oder gibt es Gruppen mit stark ausgeprägtem Vermeidungsverhalten?
- Oder zeigt die Verteilung eine Mischung der beiden erstgenannten Modelle?

195 Patienten mit Hypochondrie wurden Selbsteinschätzungen und ärztlichen Untersuchungen unterzogen, um diese Fragen zu beantworten. Maladaptives Vermeidungsverhalten wurde mit der Hypochondriasis – Yale Brown Obsessive Compulsive Scale – Modified erhoben.

Ergebnis der Studie: Ein Mischmodell beschreibt die Verteilung in der untersuchten Studienklientel am besten. Es gab sowohl eine Normalverteilung als auch 2 Gruppen – eine mit ausgeprägtem Vermeidungsverhalten und eine ohne. Etwa 3 Viertel der Studienteilnehmer fielen in die Gruppe mit Vermeidungsverhalten. Sie hatten stärkere hypochondrische Züge, deutlichere Angstsymptome, größere funktionelle Einschränkungen und eine niedrigere Lebensqualität als die nicht vermeidenden Patienten. Entgegen den Erwartungen der Autoren unterschieden sich die beiden Gruppen nicht bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen. Das könnte die Folge eines Selektionsbias sein, denn um an der Studie teilzunehmen, mussten die

Probanden eine Klinik aufsuchen. Patienten mit sehr starkem Vermeidungsverhalten gegenüber medizinischen Institutionen haben deshalb vermutlich gar nicht erst an der Erhebung teilgenommen.

Ob die Vermeidung Ursache der stärkeren Symptome und der schlechteren Lebensqualität ist, vermag die Studie nicht zu sagen. Die Autoren sehen in ihr aber einen Schlüsselfaktor der Pathologie. Vermeidung ist eine Strategie, mit obsessiver Angst umzugehen. Indem sie die Möglichkeit nimmt, Fehllannahmen zu korrigieren, verfestigt sie das Grundproblem der Hypochondrie.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Literatur

Doherty-Torstrick ER et al. Avoidance in hypochondriasis. *J Psychosom Res* 2016; 89: 46–52

Fazit

Vermeidung scheint eine wichtige Komponente der Hypochondrie zu sein – diese Erkenntnis kann neue Wege zum Verständnis der Störung eröffnen. Und: Vermeidung ist therapeutisch zugänglich. Studien haben etwa gezeigt, dass kognitive Verhaltenstherapie zu einer Reduktion von Ängsten und Zwangshandlungen führt. Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie kann Vermeidungsverhalten reduzieren und Achtsamkeit fördern, und wiederholter Exposition gegenüber gefürchteten Stimuli wird eine stressreduzierende Wirkung zugeschrieben.

Beitrag online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-116708>

In eigener Sache

Neue App für die PiD – Psychotherapie im Dialog

Die Kombination von gedruckter und elektronischer Ausgabe ist seit Jahren der „Goldstandard“ für Fachzeitschriften. Wir wissen, dass unsere Leserinnen und Leser beide Medienformen intensiv nutzen – und wir wissen, dass sich v. a. die Lektüre auf Tablet oder Smartphone zum stabilen Trend entwickelt hat. Ihren Wunsch nach mobiler Fachinformation wollen wir künftig noch umfassender erfüllen. Wir freuen uns deshalb sehr, Ihnen die eRef App vorstellen zu dürfen.

Ihr mobiles Angebot erreicht damit ein neues Qualitätslevel. Die wichtigsten Vorteile für Sie im Überblick:

- Sie können die PiD bequem offline lesen – laden Sie sich einfach die Ausgaben auf Ihr Smartphone / Tablet.
- Die eRef App ist eine native App für Android und iOS – sie kann mit Smartphones / Tablets wie z. B. dem iPhone und dem iPad benutzt werden.
- Ab sofort steht Ihnen die ausgefeilte eRef-Suche zur Verfügung.
- Sämtliche Thieme Zeitschriften, die Sie abonniert haben, bündelt die eRef App für Sie an einer Stelle.

Interessiert? Dann machen Sie sich gleich Ihr eigenes Bild von der neuen App – und so erhalten Sie Zugriff:
www.thieme.de/eref-app

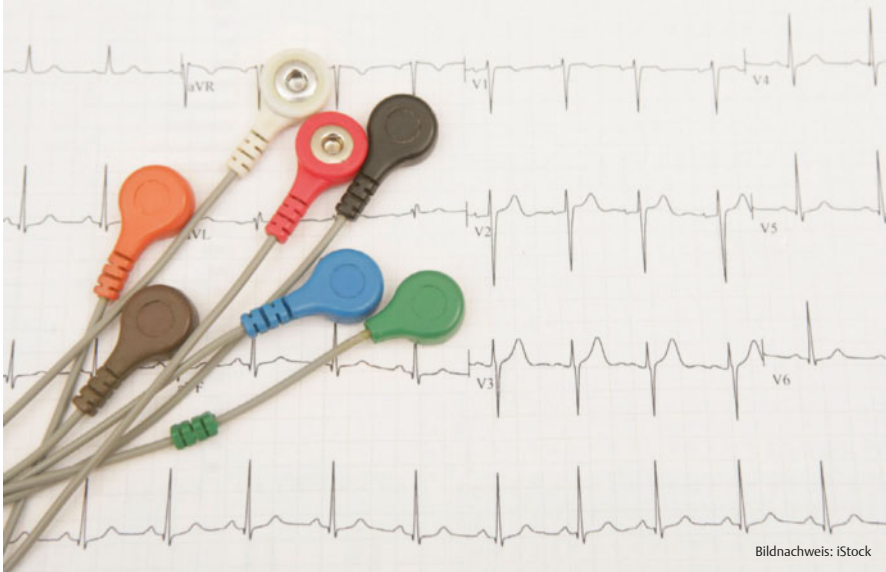
Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne:
helpdesk@thieme.de.

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim neuen Lesen – schicken Sie uns Ihr Feedback an:
pid@thieme.de.

Ihr PiD-Team

Posttraumatische Belastungsstörung

Herzfrequenz steigt in Stresssituationen überproportional



Ein Kennzeichen Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) ist eine Unausgeglichenheit des autonomen Nervensystems: Der Sympathikus ist hyperaktiv – sichtbar u. a. an einer oft höheren Herzfrequenz bei PTBS-Patienten und einer verminderten Herzfrequenzvariabilität. Eine US-Studie hat nun untersucht, wie genau PTBS und Herzfrequenzveränderungen zusammenhängen.

Ausgangsfrage war: Haben PTBS-Patienten eine höhere Stress-Baseline und deshalb durchgehend eine höhere Herzfrequenz und eine geringere Frequenzvariabilität? Oder reagieren sie empfindlicher auf Stresssituationen?

Jeweils einen Tag lang wurde bei 219 jungen Erwachsenen, davon 99 mit PTBS, ein Langzeit-EKG durchgeführt; gleichzeitig vermerkten die Probanden ihre aktuellen Stresslevel. PTBS-Patienten gaben dabei höhere Stresslevel an als die Kontrollprobanden – und sie hatten im Schnitt auch eine höhere Herzfre-

quenz (87,2 vs. 82,9 Schläge/min), mit einer geringeren Variabilität sowohl bei niedrigen (36,9 vs. 43,7 ms) als auch bei hohen Herzfrequenzen (22,6 vs. 26,4 ms).

Stärkere Erregung bei Stress, langsamere Erholung

Das höhere Stressniveau war allerdings nicht Ursache der Herzfrequenzveränderungen: Das allgemeine Stressniveau war nicht mit dem Puls oder seiner Variabilität assoziiert. Aber: Je schwerer die PTBS-Symptome,

desto stärker stieg die Herzfrequenz in Stresssituationen – und die Herzfrequenzvariabilität nahm ab.

Frühere Studien haben bereits gezeigt, dass es bei Menschen mit PTBS außerdem länger dauert, bis das erhöhte Erregungsniveau wieder sinkt. In einer vorangegangenen, noch unveröffentlichten Studie hatte das Forscherteam festgestellt, dass sich die verminderte Herzfrequenzvariabilität bei hohen Herzfrequenzen v. a. in Schlafperioden bemerkbar machte – ein Hinweis darauf, dass Schlafstörungen wie Alpträume eine ursächliche Rolle spielen.

Fazit

Das Erregungsniveau in akuten Stresssituationen steht bei PTBS-Patienten eindeutig im Vordergrund. Deshalb, so die Autoren, könnten v. a. Interventionen sinnvoll sein, die den Patienten helfen, in belastenden Situationen Kontrolle über ihre Erregung zu gewinnen. Infrage kommen z. B. Biofeedback und Achtsamkeitsübungen. Nach Ansicht der Autoren ist die Anwendung in der Praxis allerdings nicht immer einfach. Sie setzen deshalb auf Unterstützung durch Mobile-Health-Technik, die Erregungszustände schnell erkennt und Betroffenen so mitteilen könnte, wann sie die erlernten Skills anwenden sollen.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Literatur

Dennis PA, Dedert EA, Van Voorhees EE et al. Examining the crux of autonomic dysfunction in posttraumatic stress disorder: Whether chronic or situational distress underlies elevated heart rate and attenuated heart rate variability. *Psychosom Med* 2016; 78: 805–809

Beitrag online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-116694>

Angststörung

Motivierende Gesprächsführung als Teil der CBT verbessert Behandlungsergebnisse

In der Vergangenheit wurden zahlreiche Versuche unternommen, die Kognitiv-behaviorale Psychotherapie (CBT) besser an die Bedürfnisse von Angstpatienten anzupassen. Insbesondere die Ambivalenz der Patienten steht der Therapie oftmals im Wege: Die Patienten wollen zwar aus der Krankheit herausfinden, doch ihre Ängste und Vorsichtsmaßnahmen bieten ihnen auch Schutz. Die Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI) berücksichtigt die Widerstände des Patienten in besonderem Maße. Ob Elemente der MI die Behandlungsergebnisse der CBT verbessern könnten, haben H. Westra, York University, Kanada, und ihre Kollegen in einer randomisierten Studie untersucht.

Alle teilnehmenden Patienten litten an einer generalisierten Angststörung (GAS) gemäß der Achse-I-Störungen nach DSM-IV und DSM-5. Nur Patienten mit einem Cutoff von mindestens 68 von 80 möglichen Punkten im Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) wurden zur Studie zugelassen. Außerdem wurden die Patienten mithilfe der Depression Anxiety Stress Scales (DASS) und dem Change Questionnaire (CQ) befragt. Patienten, die Benzodiazepine einnahmen oder psychotische Episoden zeigten, wurden von der Studie ausgeschlossen.

13 Therapeuten behandelten die Patienten mit einer CBT, 9 Therapeuten mit einer MI-CBT. Die Patienten beider Gruppen erhielten 15 Wochen lang einmal pro Woche eine Einzelsitzung. Einen Monat und 3 Monate nach der Therapie erhielten alle Patienten Auffrischungssitzungen. Das Follow-up erfolgte 6 und 12 Monate nach Behandlungsende.

In der MI-CBT-Gruppe bestanden die ersten 4 Sitzungen allein aus der MI. Zur CBT gehörten die Psychoedukation, das Selbst-Monitoring, die Progressive Muskelrelaxation, die kognitive Restrukturierung und

verhaltensbasierte Interventionen. Auch Schlafstrategien wurden angewendet. Bei der MI-CBT wurden die Prinzipien von Miller und Rollnick (2002) angewendet.

Schließlich konnten die Wissenschaftler die Daten von 85 Patienten auswerten, die zufällig auf die Behandlungsgruppen verteilt worden waren: 43 Patienten hatten ausschließlich eine CBT, 42 Patienten die Kombination aus MI und CBT erhalten. 23% der Patienten nahmen zusätzlich Psychopharmaka ein, meist Antidepressiva.

Unterschiede spät sichtbar

Direkt nach Behandlungsende bestanden zwischen den Gruppen keine Unterschiede. Doch die möglichen Effekte der kombinierten Therapie wurden im Follow-up sichtbar: MI-CBT-Patienten zeigten eine stärkere Verringerung ihrer Sorgen ($\gamma = -0,13$; $p = 0,03$) und eine größere Stressreduktion ($\gamma = -0,12$; $p = 0,01$). Auch hatten Patienten der Kombinationsgruppe eine etwa 5-fach höhere Wahrscheinlichkeit, im 12-Monats-Follow-up nicht mehr die Diagnosekriterien der

generalisierten Angststörung zu erfüllen. In der CBT-Gruppe gab es außerdem doppelt so viele Austritte wie in der Kombinationsgruppe (23 vs. 10%; $p = 0,09$).

Fazit

Die Integration der Motivierenden Gesprächsführung (MI) in die CBT wurde von Fachleuten schon lange für die Angststörung empfohlen. Bisher fehlte es jedoch an kontrollierten Studien, die diese Empfehlung unterstützen konnten. Die vorliegende Studie liefert nun die Evidenz für diese Kombination: Im Follow-up zeigten die Patienten der Kombinationsgruppe deutlich weniger Symptome als die Patienten der reinen CBT-Gruppe. Diese Studienergebnisse könnten vielleicht auch zu einer Veränderung der CBT-Ausbildung beitragen, so die Autoren.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

Literatur

Westra HA, Constantino MJ, Antony MM. Integrating motivational interviewing with cognitive-behavioral therapy for severe generalized anxiety disorder: An allegiance-controlled randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychology* 2016; 84: 768–782

Beitrag online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-116837>

Interessante Studie gelesen?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten eine aktuelle Studie gelesen, die auch für Ihre Kollegen interessant sein könnte? Dann schicken Sie uns gerne einen Hinweis an pid@thieme.de, und wir stellen die Studie in einem der nächsten Hefte in dieser Rubrik vor. Wir freuen uns auf Ihre Tipps!

IMI-D

Die deutsche Version des Impact Message Inventory (IMI)

Originalversion / Vorversionen

Kiesler DJ, Schmidt JA. Manual for the Impact Message Inventory-Circumplex (IMI-C). Menlo Park, CA: Mind Garden, Inc.; 2006

Theoretischer Hintergrund

Hinter dem IMI (Impact Message Inventory) von Don Kiesler stecken 2 Ideen:

1. Die erste geht auf Harry Stack Sullivan zurück. Dieser hat Grundlagen des Interpersonalen Ansatzes entworfen und dem Verständnis von psychischen Störungen als Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen zugrunde gelegt. Sullivan veröffentlichte 1953 seine „Interpersonal Theory of Psychiatry“. Er stellte bei seiner Erklärung psychischer Probleme die aktuellen zwischenmenschlichen Beziehungen ganz in den Vordergrund. Dass ein zentrales Motiv aus seiner Sicht dabei die Angstreduktion ist, passt sehr gut auch zu einer modernen bindungstheoretischen Sicht zwischenmenschlicher Beziehungen.
2. Die zweite, vom interpersonalen Kreismodell unabhängige Idee stammt von Kiesler: Wenn eine Person interpersonale Eigenschaften einer zweiten Person beschreibt, tue sie das nicht wirklich aus einer Beobachterperspektive. Vielmehr stecke hinter der Beschreibung das, was die beschriebene Person bei der beschreibenden Person auslöst (Impact). Es wäre also direkter, wenn beschrieben würde, was ausgelöst wird, statt so zu tun, als würde distanziert ein Merkmal der Zielperson beschrieben.

Anwendungsbereich

- Erfassung des Interpersonalen Kreismodells durch nahe Bezugspersonen (Fremdeinschätzung),
- Einsatz bei Erwachsenen und Adoleszenten,
- breiter Anwendungsbereich in Psychotherapie, Beratung und Persönlichkeitspsychologie,
- Durchführungszeit: 4 Minuten

Testentwicklung

8 Skalen (Oktanten) die sich in einem Kreismodell abbilden lassen. Die Testentwicklung erfolgte mittels der üblichen Schritte des Übersetzens und Rückübersetzens unter Beizug eines muttersprachigen Beurteilers. Faktorenanalysen mit Messwerten an einer Stichprobe aus der Normalbevölkerung, Neuformulierungen und Anwendung in klinischen Stichproben. Die testtheoretische Auswertung erfolgt im Rahmen der klassischen Testtheorie.

Aufbau und Auswertung

- Oktanten: freundlich, freundlich-submissiv, submissiv, feindselig-submissiv, feindselig, feindselig-dominant, dominant, dominant-freundlich
- 64 Items, z. B. „Wenn ich mit ihm zusammen bin, habe ich das Gefühl ... er hat häufig etwas auszusetzen.“
- Antwortstufen: 4-stufige Likert-Skala
- Auswertungsschema: 8 Items pro Skala
- Normwerte: Normpopulation, Klinische Stichproben

Gütekriterien

- Reliabilität: Alpha > 0,68
- 2-Faktorenstruktur bestätigt
2-dimensionales Kreismodell

Franz Caspar, Thomas Berger, Helga Fingerle, Martin Werner (Universität Bern)

Links

Den Fragebogen in männlicher und weiblicher Person finden Sie auf www.mindgarden.com/IMIGerman. Weitere Informationen, auch zur Auswertung, erhalten Sie auf der Homepage des Erstautors www.imi.psy.unibe.ch.

Literatur

- Caspar F, Werner M. The „IMI“ (Impact Message Inventory by Kiesler). Some general comments on measuring interpersonal relations, and the translation/validation of an instrument. In: Huber W, ed. Progress in psychotherapy research. Selected Papers from the 2nd European Conference on Psychotherapy Research. Louvain-la-Neuve: Presses Universitaires; 1985: 496–511
- Grosse Holtforth M, Altenstein D, Ansell E et al. Impact messages of depressed outpatients as perceived by their significant others: profiles, therapeutic change, and relationship to outcome. J Clin Psychol 2012; 68: 319–333
- Schmidt JA, Wagner CC, Kiesler DJ. Psychometric and circumplex Properties of the octant scale Impact Message Inventory (IMI-C): A structural evaluation. J Couns Psychol 1999; 46: 325–334

■ Dieser Beitrag ist online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-119692>
Die Langversion dieses Beitrags mit allen Abbildungen und Tabellen sowie dem vollständigen Literaturverzeichnis ist als Open-Access-Publikation online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-105981>



Jonas Tesarz • Günter H. Seidler • Wolfgang Eich

Chronische Schmerzstörungen

Einsatz von EMDR in der Schmerztherapie

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist eine evidenzbasierte Psychotherapietechnik, die ursprünglich für die Verarbeitung von emotionalem Stress nach traumatischen Ereignissen entwickelt worden ist. Charakterisiert durch hohe Effektstärken, ist EMDR inzwischen international als evidenzbasierte Technik zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen anerkannt. Da emotionales Leid einen entscheidenden Einfluss auf die Schmerzverarbeitung hat, wird EMDR zunehmend auch in der Behandlung chronischer Schmerzen angewendet.

Klassische schmerzpsychologische Interventionen

Etwa jeder 5. Europäer leidet an chronischen Schmerzen [1]. Trotz der hohen sozioökonomischen Relevanz sind die therapeutischen Möglichkeiten bislang unbefriedigend. Die Wirksamkeit klassischer schmerzpsychologischer Interventionen auf den chronischen Schmerz ist i. d. R. gering – u. a. weil sich viele Therapien vorwiegend auf die kognitiven und behavioralen Aspekte chronischer Schmerzen fokussieren, z. B. dysfunktionale Copingstrategien und maladaptive Verhaltensmuster [2]. Dabei wird vernachlässigt, dass das mit dem Schmerz einhergehende emotionale Leid ebenfalls die Schmerzwahrnehmung gravierend beeinflusst.

Verarbeitung chronischer Schmerzen im Gehirn

Neuere Studien belegen zudem, dass es im Rahmen der Schmerzchronifizierung im Gehirn zu einem Shift weg von den klassischen schmerzverarbeitenden Gehirnregionen hin zu den emotionsverarbeitenden Regionen des Gehirns kommt [3]. Dieser „emotionale“ Shift wird dafür verantwortlich gemacht, dass sich ein Schmerz – ganz ähnlich der Wiedererlebenssymptomatik bei einer posttraumatischen Belastungsstörung – im Gedächtnis festsetzt und nicht mehr vergeht.

Die Erkenntnis, dass Schmerz durch eine maladaptive emotionale Verarbeitung chronifizieren kann, bildet die pathophysiologische Grundlage für die Anwendung von EMDR in der Behandlung chronischer Schmerzen.

Prinzip der EMDR Im Rahmen einer EMDR-Behandlung werden belastende Erinnerungen aus Vergangenheit und Gegenwart sowie die damit einhergehenden Zukunftsängste bearbeitet. In einem hochstrukturierten und manualisierten Behandlungsablauf werden gezielt eine belastende Thematik sowie alle damit einhergehenden Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen fokussiert und bearbeitet. Speziell ist dabei das Prinzip der dualen Aufmerksamkeitsfokussierung unter Einsatz alternierender bilateraler Stimuli, die i. d. R. durch geleitete Augenbewegungen erfolgen.

Wirkmechanismus Auch wenn der definitive Wirkmechanismus von EMDR nicht vollständig verstanden ist, erhärten sich die Hinweise auf einen spezifischen neurobiologischen Mechanismus [4]. Neuere Untersuchungen weisen auf eine eigenständige Bedeutung des dualen Aufmerksamkeitsfokus für die Wirksamkeit der EMDR-Methode hin. Ob es sich dabei um die Induk-

tion eines Synchronisierungsprozesses von Zeit und Affekt (sog. emotional-kognitives Neuroentrainment, [5]) oder um eine Aktivierung der sog. Orientierungsreaktion handelt, ist noch Gegenstand der Forschung [4, 6, 7]. EMDR enthält auch zahlreiche schmerztherapeutische, EMDR-unspezifische Therapieelemente (► **Infobox 1**). Aufgrund des technischen, körpernahen Charakters gelingt es selbst Psychotherapie-ambivalenten Patienten oftmals bereits binnen kürzester Zeit, sich emotional belastenden Themen und inneren Konflikten zuzuwenden. Es verwundert daher nicht, dass EMDR zunehmend Eingang in die Behandlung chronischer Schmerzpatienten findet [8, 9].

Therapeutisches Vorgehen

Ablauf der Therapie Zunächst werden in einer umfassenden Anamnese mögliche Behandlungsfoki identifiziert (z. B. traumatische und belastende schmerzassoziierte Ereignisse) und erste imaginative Techniken zur Selbststabilisierung und Entspannung eingeübt. In den folgenden eigentlichen EMDR-Sitzungen steht die Desensibilisierung und Prozessierung mittels bilateraler Stimuli im Vordergrund, und es werden emotional belastende Erinnerungen an traumatische und/oder schmerzassoziierte Ereignisse bearbeitet. Sobald der damit einhergehende emotionale Belastungsgrad aufgelöst ist, werden der Schmerz selbst und die zugehörigen Gedanken und Gefühle bearbeitet. Abschließend können mögliche Schmerztrigger und potenzielle künftige Schmerzkrisen fokussiert werden.

Aufbau einer Sitzung Entsprechend dem Standardprotokoll ist eine EMDR-Sitzung wie folgt aufgebaut:

- In einer kurzen Eröffnungsphase wird die letzte EMDR-Sitzung nachbespro-

Infobox 1**Unspezifische Effekte von EMDR in der Behandlung chronischer Schmerzen**
(nach [10])

- ▶ Psychoedukation: Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells, emotionale Entlastung des Patienten
- ▶ Steigerung der Selbstwirksamkeit: Erarbeitung eines individuellen und gestuften Notfallplans mit Schmerzkontrolltechniken zur positiven Beeinflussung des Kontrollbewusstseins
- ▶ Erlernen von Entspannungsverfahren: Imaginationsübungen und Übungen zur Aufmerksamkeitsfokussierung zur Schmerzreduktion, Förderung der Fähigkeit zur Spannungsregulation, Ablenkung vom Schmerz
- ▶ Kognitive Umstrukturierung: Verbessertes Umgang mit belastenden Gedanken, Gefühlen und Empfindungen, Entwicklung von förderlichen Gedanken- und Verhaltensmustern
- ▶ Exposition in sensu: Abbau irrationaler Ängste, die dysfunktionale Verhaltensmuster aufrechterhalten
- ▶ Emotionsbezogene Psychotherapie: Identifizierung und Fokussierung intrapsychischer Konflikte und dysfunktionaler Beziehungsmuster
- ▶ Anleitung zur Selbstbeobachtung, um den Zusammenhang von Gedanken, Emotionen, Verhalten und Schmerz erfahrbar zu machen, Entwicklung einer nicht-wertenden Haltung
- ▶ Verbesserung des Interozeptionsvermögens: Differenzierung von Schmerz und Affekt, Verbesserung der Körperwahrnehmung
- ▶ Ressourcenaktivierung: Aufbau aktiver, Schmerz ausblendender Verhaltensweisen sowie Abbau Schmerz verschlimmernder Verhaltensweisen, aktive Stressbewältigung

chen und der individuelle Verlauf seit der letzten Sitzung evaluiert.

- ▶ Dann wird der Patient instruiert, sich auf den für diese Sitzung ausgewählten

Therapiefokus zu konzentrieren (z. B. letzte Schmerzkrise). Er soll eine damit einhergehende negative Selbstaussage (z. B. „Ich habe den Schmerz nicht unter Kontrolle“) sowie eine alternative positive Selbstaussage (z. B. „Ich kann lernen, den Schmerz zu kontrollieren“) benennen und sich dann auf die mit dem gewählten Therapiefokus einhergehenden Gefühle (z. B. „Ärger“) und Körperempfindungen (z. B. „Schmerz im Rücken und Spannung in den Armen“) konzentrieren.

▶ Daraufhin wird der Patient angeleitet, seine Aufmerksamkeit in kurzen aufeinanderfolgenden Sequenzen auf die ausgewählte Szene und die damit einhergehenden negativen Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen zu richten, während er sich gleichzeitig auf einen durch den Therapeuten gegebenen bilateralen sensorischen Stimulus fokussiert: Der Therapeut bewegt auf Augenhöhe des Patienten seine Hand mit gestrecktem Zeige- und Mittelfinger horizontal hin und her und der Patient folgt, während er sich an das belastende Material zurückerinnert mit seinem Blick den Fingern des Therapeuten. So werden belastendes Vergangenes und beruhigend Gegenwärtiges wieder assoziiert.

Durch den dualen Aufmerksamkeitsfokus werden die Patienten mehr und mehr zu Beobachtern ihrer schmerzhaften Erfahrungen. Gleichzeitig lernen sie durch die geleitete Betrachtung, ihre inneren Prozesse, Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen zu differenzieren, weshalb dieses Verfahren besonders auch für alexithyme Patienten geeignet ist.

Ende der Sitzung Das Vorgehen wird fortgeführt, bis die ausgewählte Szene oder Körperempfindung als nicht mehr belastend wahrgenommen wird und der Patient sich emotional von der Thematik lösen kann. Falls sich der mit der Szene einhergehende Belastungsgrad in einer Sitzung nicht vollständig auflösen lässt, wird der Patient in den letzten 15 Minuten der Sitzung über Entspannungs- oder Selbstberuhigungstechniken

in einen ausgeglichenen und sicheren Zustand zurückgeführt. In der nächsten Sitzung kann dann mit der Bearbeitung der ausgewählten Szene fortgefahren werden.

Wissenschaftliche Evidenz

In einer umfangreichen systematischen Literaturrecherche zu EMDR bei chronischem Schmerz fanden wir 10 Beobachtungsstudien und 2 randomisierte, kontrollierte Studien, die EMDR in unterschiedlichen Schmerzpopulationen evaluierten [8]. Auch wenn die bisherigen Daten aufgrund der methodischen Mängel und der geringen Fallzahlen noch keine abschließenden Aussagen über die Wirksamkeit von EMDR bei chronischem Schmerz zulassen, erscheint der Ansatz vielversprechend. Die Studien berichten – neben einer Wirksamkeit bei der Schmerzbeeinträchtigung – von hohen Effekten hinsichtlich der Schmerzreduktion und weisen z. T. auf stabile Effekte in Nachbeobachtungszeiträumen von bis zu 24 Monaten hin.

Weitere Informationen finden sie online auf der Homepage des Arbeitskreises für EMDR in der Schmerztherapie unter www.schmerz-emdr.de.

**Dr. med. Jonas Tesarz**

Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg
jonas.tesarz@med.uni-heidelberg.de

Facharzt für Innere Medizin und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Universitätsklinikum Heidelberg; Forschungsschwerpunkte: Einfluss frühkindlicher Stresserfahrungen und traumatisierender Lebensereignisse auf das Schmerzempfinden, Entwicklung und wissenschaftlichen Evaluierung von EMDR in der Behandlung chronischer Schmerzen; Herausgeber des Praxishandbuchs „Schmerzen behandeln mit EMDR“.

Das Literaturverzeichnis zu diesem Beitrag finden Sie im Internet unter www.thieme-connect.de/products. Klicken Sie einfach beim jeweiligen Beitrag auf „Zusatzmaterial“.