

Berichte aus der Psychologie

**Michael Krämer, Siegfried Preiser,
Kerstin Brusdeylins (Hrsg.)**

Psychologiedidaktik und Evaluation XII

Materialien aus der Sektion Aus-, Fort- und Weiterbildung in Psychologie (AFW)
im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)
Band 15

Dem Wunsch mehrerer Autorinnen und Autoren folgend sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, wenn in den folgenden Beiträgen entweder nur die männliche oder nur die weibliche Sprachform genutzt wird, so sind jeweils beide Geschlechter gemeint. Es geschieht ausschließlich der besseren Lesbarkeit halber.

Um den Datenschutz zu wahren, wurde auf die Veröffentlichung der Autorenadressen verzichtet. Wenn Sie Kontakt zu einer Autorin oder einem Autor aufnehmen wollen, schreiben Sie bitte eine e-mail an folgende Adresse. Der Herausgeber leitet Ihren Wunsch gerne weiter: kraemer@fh-muenster.de

Inhalt

Aus-, Fort- und Weiterbildung in Psychologie – Grundlegende Konzepte

MICHAEL KRÄMER

Novellierung des Psychotherapeutengesetzes – Anmerkungen zum
Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit 3

ELMAR SOUVIGNIER

„Aktivieren ist besser als Erklären!(?)“
Einstellungen zum Lehren und deren Bedeutung 11

JULIA MENDZHERITSKAYA, SABINE FABRIZ, MIRIAM HANSEN,
NICOLA REIMANN, JAMIE THOMPSON, MALCOLM MURRAY,
JULIE RATTRAY UND TETI DRAGAS

Förderung der Reflexion über eigene Lehre durch interkulturellen
kollegialen Austausch im Rahmen von hochschuldidaktischen
Weiterbildungsprogrammen in Deutschland und England 19

MARIA TULIS

Da ist immer noch Luft drin! Zur Notwendigkeit einer
didaktischen Konzeption kognitiver Umstrukturierungsprozesse
im Psychologieunterricht 27

JONATHAN BARENBERG UND STEPHAN DUTKE

Drei Untersuchungen zum Testeffekt – drei Perspektiven
auf das Konzept evidenzbasierter Lehre im Lehramtsstudium 37

GESA UHDE, BARBARA THIES, HANNAH PERST UND LENA HANNEMANN

Kompetenzorientierte Beratungs- und Begleitstrukturen
im Lehramtsstudium: Selbstreflexionskompetenzen und
Classroom-Management-Strategien fördern 45

PAUL HINNERSMANN

Warum mache ich das? Und warum ist diese Frage wichtig?
Ein Workshop zur Motivationspsychologie für Psychologielehrkräfte 55

ULI SANN UND FRANK UNGER

Konzeption und Weiterentwicklung einer wissenschaftlichen
Weiterbildungsveranstaltung zum „Umgang mit herausfordernden
Situationen“ in der öffentlichen Verwaltung 63

Psychologie studieren in unterschiedlichen Institutionen

UTE-REGINA ROEDER UND SARAH-INES MEUDT Psychologie studieren nach Bologna	73
MICHAELA ZUPANIC, JAN P. EHLERS, STEFAN J. TROCHE Auswahlgespräche im Gutachter-Tandem für den Bachelorstudiengang Psychologie der Universität Witten/Herdecke	79
NINA ZEUCH, LENA KEGEL, MARLENE MERTENS UND LEONIE SCHRÖDER Partizipative Elemente bei der Gestaltung von Lehre am Institut für Psychologie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster	89
ROBERT GASCHLER UND STEFAN STÜRMER Erfahren und Üben im Browserfenster – Interaktives Lernen im B.Sc. Psychologie an der FernUniversität	99
SIEGFRIED PREISER UND TIMO STORCK Die Psychologische Hochschule Berlin – ein Ort für die Diversität von Themen, Methoden und Menschen	107

Psychologie im Kontext der Berufs- und Allgemeinbildung

GISLINDE BOVET Psychologische Bildung für Schülerinnen und Schüler	113
PAUL GEORG GEIß <i>Psychological literacy</i> als Ziel des Psychologiestudiums und des Psychologieunterrichts	121
NADJA BADR Beiträge des Psychologieunterrichts zur allgemeinen Bildung auf der Sekundarstufe II	131
HANS-PETER NOLTING Leitlinien psychologischer Allgemeinbildung	139
DAVID FRAISSL Psychologische Bildung: Für eine autonomieorientierte Psychologievermittlung – ein erster Entwurf	145

Lehren und Lernen - Praxiskonzepte

MARKUS GERTEIS	
Aufbau einer wissenschaftlichen Haltung in der Ausbildung von angehenden Lehrpersonen	155
BASTIAN HODAPP	
„Weniger Referate!“ – Eine empirische Untersuchung zu Brainwalking, Thesenpapier, Forschungswerkstatt und Rollenspiel	165
GUIDO BREIDEBACH	
Eine Didaktik der differenzierten Individualisierung	173
NATALIE ENDERS	
Förderung selbstregulatorischer Fähigkeiten in einem E-Learningseminar für Lehramtsstudierende	183
SINA SCHÜRER, BEA BLOH, STEFANIE VAN OPHUYSEN UND LARS BEHRMANN	
Vermittlungsstrategien zum Forschenden Lernen in der Lehrerbildung – Was nutzt der Nutzen?	191
STEFAN ZIMMERMANN, PATRICK MÜLLER UND THOMAS BÄUMER	
Projektbasierte Methodenlehre als Plattform zur Auseinandersetzung mit gesellschaftsrelevanten Fragestellungen	201
MIRJAM BRÄBLER	
Interdisziplinäre Nachhaltigkeitsbildung – Eine große Chance für angehende Psycholog*innen	209
ULRIKE STARKER	
Nachhaltigkeitskompetenz fördern durch „Gaming“ – ein interdisziplinäres Lehr-Lern-Projekt	217
LARS BEHRMANN	
Die Förderung diagnostischer Kompetenzen von Lehrkräften – Ein theoriebasiertes Seminarconcept mit praktischen Übungen	227
LARS HAUTEN UND INGO JUNGCLAUSSEN	
Kasuistik im Verfahrensdiallog (KiV) – Neue didaktische Wege in der verfahrensdiallogischen Psychotherapie-Ausbildung am Institut für Psychologische Psychotherapie Berlin (<i>ppt</i>)	237

MONIKA SKLORZ-WEINER	
Die Vermittlung von Grundlagen eines professionellen Therapeut-Klient-Verhältnisses im Rahmen des Psychologieunterrichts an einer Berufsfachschule für Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen	245
KERSTIN BRUSDEYLINS	
Psychoedukation und Schmerzbewältigung in der multimodalen Schmerztherapie	253
AILEEN WOSNIAK	
Entwicklung und Evaluation einer Intervention für Kindergartenfachkräfte zur Förderung des Emotionswissens von Kindern	261
MARKUS KNÖPFEL, TIM KÖHLER UND FRANK MUSOLESI	
Handlungsempfehlungen für die Durchführung von Problem-Based Learning (PBL) auf Basis der Lehrevaluationsergebnisse	265
ANITA KNÖFERLE UND DOROTHEA DORNHEIM	
Entwicklungsförderliche sprachliche Intervention – ein Theorie-Praxis-Seminar für Studierende mit Unterrichtsfach Psychologie	273
BRIGITTE STEINHEIDER, VIVIAN HOFFMEISTER AND JAMES MCKENZIE	
Combining Team-based Learning with Creativity to Increase Learner Engagement in a Non-Traditional Graduate I/O Psychology Program	281
ARISTI BORN	
Mit Psychologie und Praxiserfahrung ins Lernen starten: Die Projektwerkstatt als neues Lernformat im Studiengang Soziale Arbeit	289

Evaluation der Lehre

STEPHAN DUTKE, UTE-REGINA ROEDER UND JONATHAN BARENBERG	
Findet in Psychologie-Lehrveranstaltungen verteiltes Lernen statt? Eine Untersuchung zu Einflussfaktoren und Effekten auf die metakognitive Lernleistung	299
MICHAEL KRÄMER	
Einflussfaktoren auf den Studienerfolg aus subjektiver Perspektive	307
TIMO HERDEL UND SIEGFRIED PREISER	
Trainingskompetenzen – Validierung eines Trainer-Selbstkonzept- Fragebogens und Evaluation eines Trainings	317

Evaluation des Lernens

INES DEIBL, JÖRG ZUMBACH UND VIOLA GEIGER	
Constructive Alignment im Bereich der Pädagogischen Psychologie – Entwicklung und Anwendung eines Fragebogens zur Erfassung von Constructive Alignment	327
PETIA GENKOVA UND MANUELA BÖCKENFELD	
Generation Y und Stressbewältigungsstrategien: Studiert man heute anders?	335
BASTIAN HODAPP	
Entwicklung, Erprobung und Evaluierung eines neuen Prüfungsformates beim Forschenden Lernen	343
HEIKE M. BUHL, CARLA BOHDICK, SABRINA BONANATI, CHRISTIAN GREINER, JOHANNA HILKENMEIER UND ROBERT KORDTS-FREUDINGER	
Fallbasierte Modulabschlussprüfungen zur Verzahnung von Theorie und Praxis im Master des Lehramtsstudiums	351
MICHAELA ZUPANIC, STEFAN J. TROCHE, JAN P. EHLERS	
Absolvierendenniveau im formativen Progress Test Psychologie: Anspruch oder Wirklichkeit?	359
FLORIAN KLAPPROTH	
Die Eignung von Mehrfachwahlaufgaben für die Lernverlaufdiagnostik	369
ANGELIKA TAETZ-HARRER, MICHAELA ZUPANIC UND STEFAN J. TROCHE	
Was würden Sie tun? - Generieren von Antwortoptionen in der Entwicklung eines <i>Situational-Judgement-Test</i> zur Erfassung sozialer Kompetenzen	377

Psychoedukation und Schmerzbewältigung in der multimodalen Schmerztherapie

Kerstin Brusdeylins

Schmerz begleitet uns unser ganzes Leben. In diesem Beitrag wird der theoretische Hintergrund und die Patientenschulung zur Verhinderung bzw. zum Entgegenwirken von Chronifizierung bei Schmerzen vorgestellt. Dabei wird der Anteil der psychologischen Arbeit mit Schwerpunkt orthopädischer Schmerz (Pfungsten & Hildebrandt, 2011) beschrieben. Allerdings sind Psychoedukation und die meisten Maßnahmen der Bewältigung gegen Rücken-, Knie- und Hüftschmerzen auch hilfreich gegen andere Schmerzen wie Trauer. Zudem soll mit Praxisbezug die Psychologiedidaktik dargestellt werden.

Multimodale Schmerztherapie

Im Idealfall ist eine Schmerztherapie eine interdisziplinäre multimodale Therapie, wobei verschiedene Berufsgruppen wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Diätassistenten, Ernährungswissenschaftler, Sportwissenschaftler, Ärzte, Psychologen zusammenarbeiten und sich ergänzen. Die multimodale Schmerztherapie beginnt mit den Diagnostikverfahren in den jeweiligen Disziplinen (medizinische, psychologische) um daraufhin – bezogen auf die psychologische Arbeit - mit Psychoedukation und Schmerzbewältigung neue Wege im Umgang mit Schmerz zu eröffnen.

Psychoedukation

In der systematischen und strukturierten Vermittlung von wissenschaftlich fundiertem Wissen über Schmerz soll ein Wissenszuwachs auch mehr Bewältigungsansätze erzielen. Die Patienten werden keinen Wissenstest bestehen müssen. Sie haben die Gelegenheit anhand von Modellen und Schemata für sich persönlich zu überprüfen, ob damit Impulse für Veränderungen initiiert werden.

Chronischer und akuter Schmerz

Es wird davon ausgegangen, dass nach 3-6 Monaten wiederkehrendem Schmerz Chronifizierungsprozesse stattfinden. Allerdings unterscheiden sich akuter Schmerz und

chronischer Schmerz nicht nur in der Dauer. Auch ist die Warnfunktion, die beim akuten Schmerz vorherrscht, beim chronischen Schmerz verloren gegangen. Bei akutem Schmerz ist zudem in der Regel mit einer Maßnahme schnell eine Heilung zu erzielen. Deshalb ist bei chronischem Schmerz der Kontrast bezüglich der Behandlungsart und der Behandlungsziele hervorzuheben. In der Behandlung von chronischen Schmerzen werden folgende Ziele verfolgt: Häufigkeit von Schmerzen senken und die Intensität der Schmerzen reduzieren. (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015; Kröner-Herwig, Frettlöh, 2011; Kröner-Herwig, 2000). Dies ist nicht allein durch eine Intervention zu erreichen, sondern im Entwickeln von einem Repertoire an Maßnahmen, die im Sinne von „Hilfe zur Selbsthilfe“ von den Patienten aktiv erarbeitet werden.

Schmerzdefinition

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.“ (Kröner-Herwig, Frettlöh, 2011, S. 4, Schmerzdefinition der IASP, International Association for the Study of Pain). Die Schmerzdefinition birgt die erste Gelegenheit zu überprüfen, ob die Patienten Schmerz eher als Sinneswahrnehmung oder eher als Emotion erleben.

Das biopsychosoziale Modell

Ein komplexes Verständnis von Schmerz kann über das biopsychosoziale Modell veranschaulicht, beziehungsweise angeregt werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015, Kröner-Herwig, Frettlöh, 2011, Kröner-Herwig, 2000).

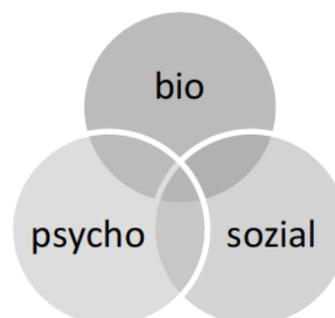


Abb. 1: Das biopsychosoziale Modell

Hierbei werden drei Perspektiven beschrieben, die Einfluss auf das Schmerzgeschehen in beide Richtungen nehmen. Die biologische Perspektive benennt den körperlichen Anteil und inkludiert den genetischen Aspekt sowie Veränderungen durch Gebrauch und/oder Verletzung. Die psychologische Perspektive beinhaltet die kognitive, emotionale und behaviorale Komponente, die ebenso auf das Schmerzgeschehen wirken. Die soziale Perspektive veranschaulicht den Aspekt, dass die Beziehung und der Kontakt zu anderen Lebewesen ebenso eine Rolle spielt. Die Patienten können für sich überprüfen, ob er eine dichotome Sichtweise von somatischem oder psychogenem Schmerz hat, oder ob die drei Einflüsse, die Schmerzen verstärken oder hemmen können, im Alltag präsent sind.

Schmerzauslöser zur Verdeutlichung des biopsychosozialen Modells

Schmerz kann ausgelöst werden durch körperliche Verletzung oder Degeneration, drohenden Schmerz, durch die Erinnerung an einen früheren Schmerz, seelischen Schmerz (Trauer, Verlust) oder Beobachtung von Schmerz bei anderen (von Wachter, 2016). Jede Art von Schmerzauslöser beinhaltet einen biologischen, einen psychologischen und einen sozialen Anteil. Das biopsychosoziale Modell betont die Abkehr der dichotomen Sichtweise. Zu 85% können beim Rückenschmerz keine eindeutigen somatischen Ursachen identifiziert werden und werden als nichtspezifische Rückenschmerzen bezeichnet (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015; Pfingsten & Hildebrandt, 2011). Dennoch, wer Schmerzen fühlt und wahrnimmt, hat Schmerzen. Sie beobachten wie ihr Kind sich in den Finger schneidet: „Das geht durch Mark und Bein“. Im Trauerfall: „Es zerreißt mir das Herz“. Sie verbrennen sich beim Grillen die Hand, weil der Grillnachbar sie geschubst hat „Ich koche vor Wut“. Die Patienten können überprüfen, welcher Anteil im Schmerzgeschehen ein aktueller, ein bedrohender zukünftiger Anteil (Angst vor Schmerz) und welcher ein erinnerter Anteil ist.

Schmerzweiterleitung und -verarbeitung im Gehirn

Ein Schmerzreiz wird in der Regel durch eine Schädigung ausgelöst. Diese kann mechanisch (Verletzung, Quetschung), thermisch (Verbrennung), chemisch oder elektrisch sein. Die Gewebeschädigung führt zur Freisetzung von biochemischen Übermittlern, die sogenannte Nozizeptoren erregen. Diese Nozizeptoren schicken daraufhin Nervenimpulse ins Rückenmark. Je stärker der Schaden ist, umso höher ist

die Frequenz der Nervenaktivierung. Schmerzerleben selbst ist damit zunächst aber noch nicht verbunden. Im Rückenmark wird reflexartig eine motorische Reaktion ausgelöst (Körperanspannung oder reflexartiges Zurückziehen der Hand). Gleichzeitig wird der Nervenimpuls weitergeleitet über Nervennetzwerke Richtung Gehirn. Der Thalamus leitet fast zeitgleich die Informationen weiter zum limbischen System und zum Neocortex, so dass Emotionen und Kognitionen ausgelöst werden. Im Gehirn erfolgt erst die bewusste Wahrnehmung des Reizes als Schmerz. In umgekehrter Richtung beeinflusst das Gehirn aber auch die ankommenden Reize. Bereits auf Rückenmarksebene werden die aufsteigenden Reize weiter verstärkt oder abgeschwächt. (Flor, 2011; Magerl & Treede, 2011; Handwerker & Schaible, 2006). Insbesondere bei wiederkehrenden und starken Schmerzen hinterlässt die Schmerzverarbeitung Spuren im Gedächtnis: das Schmerzgedächtnis. Für einen verantwortlichen Umgang mit analgetische Schmerzmedikation werden die Vorteile (Vermeidung von Schmerzgedächtnis) und Nachteile (Nebenwirkungen, schmerzmittelinduzierte Kopfschmerzen, Toleranzentwicklung, Sucht) skizziert

Nach Penman & Burch (2015) wird der Prozess der Schmerzweiterleitung von der Organschädigung bis zum Rückenmark als primärem Schmerz/Schmerz bezeichnet und die Aktivierung von limbischen System und Neocortex als sekundärem Schmerz/Leiden. Mit der detaillierten Darstellung der Schmerzverarbeitung werden auch die Bewältigungsansätze zur Schmerzhemmung (Irritation der Schmerzweiterleitung, Atmung und muskuläre Entspannung) deutlich.

Keine Korrelation von Schädigung, Schmerz und Beeinträchtigung

Die vereinfachte Formel „eine Schädigung ist nicht gleich dem Schmerz und wiederum nicht gleich einer Beeinträchtigung“ (Kröner-Herwig, 2000) entspricht selten den gängigen Vorstellungen der Patienten. Es besteht keine Korrelation zwischen dem Ausmaß eines Bandscheibenvorfalles mit der Intensität von Schmerzen. Zudem müssen vorhandene Schmerzen aufgrund einer chronischen Erkrankung nicht im gleichen Ausmaß zu Beeinträchtigungen führen. Die Patienten haben hier die Gelegenheit ihre Attributionen zu überprüfen, wenn degenerative Prozesse sichtbar werden, muss ich dann Schmerzen haben, oder kann ich bei vorhandener Erkrankung gleichzeitig Freude an sozialen Kontakten haben?



Abb. 2: Die Schmerzformel (adaptiert nach Kröner-Herwig, 2000, S.58)

Schmerzbewältigung

Das deutsche Wort Bewältigung suggeriert, dass Interventionen bei Schmerz eine Lösung oder Heilung beinhalten. Tatsächlich, angelehnt an den englischen Begriff Coping, umfasst Bewältigung alle Bemühungen um dem Schmerz zu begegnen. Ziel ist es in der Schmerzbewältigung einen Werkzeugkoffer mit Werkzeugen zu füllen, also ein Repertoire an aktiven Einflussmöglichkeiten zu entwickeln, die die Handlungskompetenz fördern.

Sofortmaßnahmen und Präventivmaßnahmen

Vergleichsweise bei Zahnproblemen ist der Gang zum Zahnarzt eine Sofortmaßnahme und das Zähneputzen, um die Wahrscheinlichkeit zu verringern, dass Karies entsteht, eine Prävention. Eine Maßnahme wie die Progressive Muskelentspannung (Jakobson, 2011, Originalausgabe 1957; Bernstein & Borkovec, 2007), muss täglich präventiv geübt werden, um Regeneration zu erzielen und kann im auftretenden Schmerzgeschehen als Sofortmaßnahme eingesetzt werden. Hier gilt zu überprüfen, was setzen die Patienten als Sofortmaßnahme ein und welche täglichen Verhaltensweisen sind bewusst als Vorsorge hilfreich.

Evidenzbasierte Interventionen oder prinzipienorientierte Schmerzbehandlung

Pfingsten et al. (2011) beschreiben eine prinzipienorientierte Schmerzbehandlung um eine Chronifizierung bei Patienten mit Akutschmerzen zu verhindern: frühzeitige Intervention, kommunikative Beziehung, Patient als Partner, klare therapeutische Ziele, negative Emotionen (Angst, Ärger) entschärfen, Bewälti-

gungsstrategien entwickeln, Nutzung von Verstärkungsmechanismen (Aufmerksamkeitszuwendung gesunden Verhaltens), Koordination, Konstanz der Betreuung.

Das Curriculum Chronischer Schmerz von der Deutsche Rentenversicherung (2015) beschreibt über das biopsychosoziale Modell gesicherte Schmerzbewältigungsstrategien.

Biologische Ebene: Entspannung, angemessene körperliche Aktivität, erholsamer Schlaf. Psychische Ebene: Ablenkung, Entspannung, Beschäftigung mit angenehmen Dingen, positive hilfreiche Gedanken und Gefühle, schmerzreduzierende Einstellungen und Verhalten, Genuss, Imagination. Soziale Einflüsse: Familiäre Unterstützung, Ablenkung, Zuwendung, soziale Aktivitäten

Kröner-Herwig & Frettlöh (2011) berichten im Überblick über wirksame evidenzbasierte Interventionsverfahren in der Schmerztherapie. Diese sind: Relaxationsverfahren, Biofeedback, Hypnose, verhaltenstherapeutische Interventionen wie operantes Konditionieren und Exposition, Funktional Restoration / sporttherapeutische Maßnahmen, Akzeptanz- und Commitment-Therapie, Multimodale KVT.

Betrachtet man den Chronifizierungsprozess bestehen zu jeder Zeit die Einflüsse über Kognitionen, Entspannung und Bewegung.

Kognitionen. Mit Aufmerksamkeitslenkung ist einerseits die Kontrolltechnik gemeint über die Aufmerksamkeit Schmerz zu fokussieren oder wegzulenken. Zudem kann diese Technik eingesetzt werden, um scheinbar selbstverständliche Annehmlichkeiten und kleine Freuden wahrzunehmen und wertzuschätzen.

Die wertfreie Entdeckung von begleitenden Gedanken ist für Patienten oft der erste Kontakt mit metakognitiven Übungen. Mit Methoden der kognitiven Umstrukturierung werden daraufhin schmerzhemmende Denkmuster entwickelt.

In Abgrenzung zu kognitiven Umstrukturierung steht die Achtsamkeit (Penman & Burch, 2015; Michalak, Heidenreich & Williams, 2012; Kabat-Zinn, 2007), die durch Meditation geübt werden kann. Hierbei wird wahrgenommen ohne zu bewerten und soll eine Akzeptanz für Schmerz als Bestandteil des Lebens entwickeln.

Entspannung. Schon Edmund Jakobson hat vor etwa 90 Jahren die Entspannung als Schmerzantagonist entdeckt (Jakobson, 2011,1957). Der Zusammenhang von willentlicher Muskelentspannung und Reduktion von Schmerzintensität ist schon lange bekannt. In den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts konnten Bernstein & Borkovec (2007) eine Systematisierung von Progressive Relaxation (PR) entwickeln, so dass die

Studien besser verglichen werden konnten und Erkenntnisse bis dahin integriert werden konnte (Langform, Kurzform, Entspannung durch Vergegenwärtigung).

Nach Lücking & Martin (2011) sind gut beforscht und wirkungsvoll gegen Schmerz: Entspannung insbesondere PR, Imagination, Biofeedback und Meditation. So ist Entspannung ein wichtiger Baustein und gleichzeitig ein großes Feld in der Schmerztherapie. Auch die Sensibilisierung von Merkmalen der Belastungsgrenzen (von Wachter & Hendrichke, 2016), kann dazu führen geplant den Kräfteaushalt über den Tag hinweg zu managen. Neben der Entspannung als Regeneration und Sensibilisierung der Körperwahrnehmung sind weitere Themen erholsamer Nachtschlaf und Pausen. Pausen sollte man nehmen, bevor man sie braucht.

Bewegung. Kröner-Herwig & Frettlöh (2011) bezeichnen sporttherapeutische Maßnahmen zur Wiederherstellung als „Funktional Restauration“. In Kooperation mit Physiotherapeuten werden mit dem Patienten zielgerichtet Übungen erarbeitet, die später täglich in den Alltag integriert werden können. Um den Teufelskreis von Schmerz, Schonhaltung, sozialem Rückzug und Antriebslosigkeit zu unterbrechen, sind Aktivierung und Hilfe zur Selbsthilfe angezeigt. Angemessene Bewegung ist auch stimmungserhellend.

Transfer

„Leichter gesagt, als getan“. Die Implementierung von kleinen täglichen Einheiten neuer Verhaltensmuster im Bereich Bewegung, Entspannung und Kognitionen wird mit Hilfe von Arbeitsblättern unterstützt. Je präziser, konkreter und angemessener (Umfang, individuell) neue Verhaltensweisen geplant werden, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese umgesetzt und beibehalten werden.

Literatur

- Bernstein, D.A. & Borkovec, T.D. (2007). *Entspannungstraining*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Flor, H. (2011). Neurobiologische und psychobiologische Faktoren der Chronifizierung und Plastizität. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung*. Berlin: Springer.
- Jakobson, E. (2011). *Entspannung als Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *Gesund durch Meditation*. Frankfurt: Fischer.

- Lücking, M. & Martin, A. (2011). Entspannung, Imagination, Biofeedback und Meditation. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung*. Berlin: Springer.
- Kröner-Herwig, B. & Frettlöh, J. (2011). Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung*. Berlin: Springer.
- Kröner-Herwig, B. (2000). *Rückenschmerz*. Göttingen: Hogrefe.
- Magerl, W & Treede, R.-D. (2011). Physiologie von Nozizeptoren und Schmerz. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung*. Berlin: Springer.
- Michalak, J., Heidenreich, T. & Williams, J.M.G (2012). *Achtsamkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Penman, D. & Burch, V. (2015). *Schmerzfrei durch Achtsamkeit*. Hamburg: Rowohlt.
- Pfingsten, M., Korb, J. & Hasenbring, M. (2011). Psychologische Mechanismen der Chronifizierung – Konsequenzen für die Prävention. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung*. Berlin: Springer.
- Pfingsten, M. & Hildebrandt, J. (2011). Rückenschmerz. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung*. Berlin: Springer.
- von Wachter, M & Hendrichke, A. (2016). *Psychoedukation bei chronischen Schmerzen*. Berlin: Springer.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2015). *Curriculum Chronischer Schmerz*. Curricula für das Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation. Verfügbar unter:
http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/270166/publicationFile/50342/bewegung_chronischer_schmerz.pdf (abgerufen am 29.07.2018).