

Berichte aus der Psychologie

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

**Psychologiedidaktik und Evaluation XII**

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](mailto: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!(?)“ 11  
Einstellungen zum Lehren und deren Bedeutung

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 37  
auf das Konzept evidenzbasierter Lehre im Lehramtsstudium

GESA UHDE, BARBARA THIES, HANNAH PERST UND LENA HANNEMANN

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

PAUL HINNERSMANN

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

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

## **Psychologie im Kontext der Berufs- und Allgemeinbildung**

|   |     |
|---|-----|
| GISLINDE BOVET<br>Psychologische Bildung für Schülerinnen und Schüler   | 113 |
| PAUL GEORG GEIß<br><i>Psychological literacy</i> als Ziel des Psychologiestudiums<br>und des Psychologieunterrichts   | 121 |
| NADJA BADR<br>Beiträge des Psychologieunterrichts zur allgemeinen Bildung<br>auf der Sekundarstufe II                 | 131 |
| HANS-PETER NOLTING<br>Leitlinien psychologischer Allgemeinbildung   | 139 |
| DAVID FRAISSL<br>Psychologische Bildung: Für eine autonomieorientierte<br>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 Seminarkonzept mit praktischen Übungen 227

LARS HAUTEN UND INGO JUNGCLAUSSEN

Kasuistik im Verfahrensdiallog (KiV) – Neue didaktische Wege in der  
verfahrensdialogischen Psychotherapie-Ausbildung am Institut für  
Psychologische Psychotherapie Berlin (*ppt*) 237

|  |     |
|--|-----|
| MONIKA SKLORZ-WEINER   |     |
| Die Vermittlung von Grundlagen eines professionellen<br>Therapeut-Klient-Verhältnisses im Rahmen des<br>Psychologieunterrichts an einer Berufsfachschule für<br>Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen | 245 |
| KERSTIN BRUSDEYLINS  |     |
| Psychoedukation und Schmerzbewältigung in der multimodalen<br>Schmerztherapie  | 253 |
| AILEEN WOSNIAK   |     |
| Entwicklung und Evaluation einer Intervention für Kindergartenfachkräfte<br>zur Förderung des Emotionswissens von Kindern  | 261 |
| MARKUS KNÖPFEL, TIM KÖHLER UND FRANK MUSOLESI  |     |
| Handlungsempfehlungen für die Durchführung von<br>Problem-Based Learning (PBL) auf Basis der Lehrevaluationsergebnisse   | 265 |
| ANITA KNÖFERLE UND DOROTHEA DORNHEIM   |     |
| Entwicklungsförderliche sprachliche Intervention –<br>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<br>Engagement in a Non-Traditional Graduate I/O Psychology Program   | 281 |
| ARISTI BORN  |     |
| Mit Psychologie und Praxiserfahrung ins Lernen starten:<br>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?<br>Eine Untersuchung zu Einflussfaktoren und Effekten auf<br>die metakognitive Lernleistung | 299 |
| MICHAEL KRÄMER   |     |
| Einflussfaktoren auf den Studienerfolg aus subjektiver Perspektive   | 307 |
| TIMO HERDEL UND SIEGFRIED PREISER  |     |
| Trainingskompetenzen – Validierung eines Trainer-Selbstkonzept-<br>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 BOHNDICK, 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 Lernverlaufsdiagnostik 369

ANGELIKA TAETZ-HARRER, MICHAELA ZUPANIC UND  
STEFAN J. TROCHE

Was würden Sie tun? - Generieren von Antwortoptionen in der  
Entwicklung eines *Situational-Judgement-Test* 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 (Pfingsten & 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



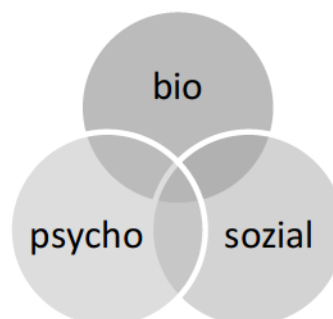
chronischer Schmerz nicht nur in der Dauer. Auch ist die Warnfunktion, die beim akuten Schmerz vorherrscht, beim chronischen Schmerz verloren gegangen. Bei akutem Schmerz ist zudem in der Regel mit einer Maßnahme schnell eine Heilung zu erzielen. Deshalb ist bei chronischem Schmerz der Kontrast bezüglich 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 erinnelter 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 analgetischer 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 Restoration“. 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](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/270166/publicationFile/50342/bewegung_chronischer_schmerz.pdf) (abgerufen am 29.07.2018).