

Ruoß, M. (1998). Psychologie des Schmerzes.
Chronische Schmerzen aus kognitionspsychologischer Perspektive.
Hogrefe: Göttingen. Seiten: 178.
ISBN 3- 8017- 1178- 1

DM 49,80

Das vorliegende Buch stellt den Versuch dar, theoretische Überlegungen über den Zusammenhang von Schmerz und informationsverarbeitenden Prozessen aufzuzeigen und in einem kognitiven Erklärungsmodell für chronische Schmerzen zusammenzufassen.

Die inhaltliche Gliederung umfasst fünf Kapitel und beginnt mit *Schmerz aus Alltagsicht, Phänomene und Störungsbilder*: Das somatische Schmerzmodell wird dargestellt mit dem Verständnis von Schmerz als sensorisch-lineare Reaktion auf noxische Stimulation. Über Schmerzphänomene, die bei Kriegsversehrten, aus Placebostudien, bei peripher aktivierenden Schmerzbewältigungsstrategien im Alltag beobachtet werden konnten, leitet der Autor auf die Gegenstandsbestimmung von chronischen Schmerzen über, die sich mit sensorischen Inputmodellen nicht mehr erklären lassen. Mit anhaltenden Schmerzzuständen und dem Hinzukommen weiterer Verhaltensänderungen sowie fehlgeschlagenen Behandlungsversuchen spricht man von chronischen Schmerzen als eine *Erkrankung*. Ausgehend von diesen Vorstellungen erscheint es berechtigt zu überprüfen, inwiefern sich emotionale und kognitive Prozesse schmerzmodifizierend auswirken.

Das zweite Kapitel ist den *Schmerztheorien* gewidmet: Die Befürchtung, dass nun eine endlose Aneinanderreihung bekannter Schmerzmodelle folgt, wird nicht bestätigt: Vielmehr gelingt es Ruoß, physiologische und psychologische Schmerzmodelle übersichtlich anzuführen und jeweils eine stichhaltige Conclusio mit den wichtigsten empirischen Ergebnissen zu ziehen. Unter den kognitiv-behavioralen Theorien werden neben dem operanten Modell und dem klassischen Konditionierungsmodell von Schmerzen, das Modellernen und kognitionspsychologische wie verhaltensmedizinische Beiträge behandelt. Die wichtigsten psychophysiologischen Ergebnisse zeigen, dass Schmerzreize zwar zu strukturellen anatomischen Veränderungen führen, jedoch kein abgrenzbares cortikales Schmerzzentrum angenommen werden kann. Neben der Schmerzspeicherung im Gedächtnis dürften für die Chronifizierung Attributionen, Erwartungshaltungen, Selbstwirksamkeitserwartungen, Glaubensgrundsätze, persönliche Kontrollerfahrung, Aufmerksamkeitsprozesse, Problemlösefähigkeit, Bewältigungsstrategien, Selbstbeurteilungen, Imaginationen usw. verantwortlich gemacht werden.

Bei der Überprüfung von Zusammenhängen zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Schmerz kommt Ruoß zu dem Schluß, dass sich bisherige psychosomatische Kernannahmen zur Schmerzpersönlichkeit nur wenig bewährt haben. Als eine mögliche Erklärung dafür nennt er die unklare Handhabung von Diagnosen, statistisch ungenügende Absicherungen, kaum Längsschnittuntersuchungen sowie die methodische Mangelhaftigkeit von retrospektiven Erhebungen. Die differentielle Betrachtung und Überprüfung von Schmerzpatientengruppen bleibt noch offen. Hinsichtlich der Erfassung psychopathologischer Verhaltensweisen (Angst, Depression) im Zusammenhang mit Schmerzen schlägt Ruoß weiterhin das verhaltensanalytische Vorgehen vor, das sich bis jetzt am besten eignet, individuelle funktionale Zusammenhänge ausfindig zu machen und im hypothetischen Bedingungsmodell aufzustellen und zu prüfen.

Im dritten Kapitel wird auf die *Bedeutung von Kognitionen* für das Schmerzgeschehen näher eingegangen und das kognitive Erklärungsmodell vorgestellt: Während basale kognitive Prozesse schnell, automatisch und unbewußt ablaufen, sind die komplexen kognitiven Prozessen langsam, kontrolliert und bewußt abrufbar und bisher Gegenstand der Schmerzforschung gewesen. Schmerzen werden als Größen verstanden, die im Gedächtnis gespeichert sind und sich durch informationsverarbeitende Prozesse beeinflussen und kontrollieren lassen. In der Entstehungsphase können sich chronische Schmerzen sowohl als Reaktion auf *unkontrollierte informationsverarbeitende Prozesse* als auch auf den „*schmerzbezogenen kognitiven Stil*“ einer Person entwickeln, mit der sie die Kontrollierbarkeit des Zustands handhabt. In der Leidensphase ist anzunehmen, dass Schmerzchronifizierung durch *Kognitionen* an mehreren Stellen verstärkt wird. Schmerz kann in weiterer Folge als *Stressor* wirksam werden, wenn sich Patienten eingeschränkt, behindert, hilflos und/oder ängstlich fühlen.

Nachdem Schmerzerlebnisse zentralnervöse, physiologische und biochemische Veränderungen auslösen, führen sie in weiterer Folge zu *cortikalen Schmerzrepräsentationen*. Diese können aktiviert und modifiziert werden und ihrerseits zum Reiz für kognitives und behaviorales Verhalten werden. Vom Paradigma der Schmerzrepräsentationen wird das *Schmerzschema* abgegrenzt, welches das gesamte Informationsreservoir über Schmerzen inkludiert.

Chronische Schmerzpatienten zeichnen sich durch einen veränderten schmerzbezogenen kognitiven Stil aus, der dazu führt, dass sie positive und neutrale Informationen durch selektives Codieren unterdrücken und mehr Rückschaufehler aufweisen als Kontrollpersonen. Gegenwärtige Schmerzerlebnisse und zukünftige potentielle Schmerzbewältigungsstrategien werden somit negativer eingeschätzt. Wenn Einschränkungen und Behinderungen überschätzt und Bewältigungsanstrengungen und -formen unterschätzt werden, so wird Schmerz zum Stressor.

Für die *Psychologische Therapie* lassen sich verschiedene kognitive Interventionen ableiten:

- a) Schmerzrepräsentationen können durch Lernprozesse aufgebaut und auch wieder *gelöscht* werden.
- b) Schmerzen können durch bewusste und unbewusste Informationsverarbeitungsmuster aktiviert und auch *reduziert und gelindert* werden.

In dieser Konzeption erscheint mir die Berücksichtigung und Integration unbewusst ablaufender Prozesse (zum Teil bei Urteilsverzerrungen) umfassend, jedoch unerwartet und neu. Zu sehr bin ich als Leserin an dieser Stelle auf den üblichen Schul- und Methodenstreit eingestellt, der sich entweder darin zeigt, unbewusste Prozesse schlichtweg zu ignorieren und daher nicht einmal zu erwähnen, oder aber jene für das wissenschaftstheoretische Vorgehen als „nicht wahr“ und „unbrauchbar“ abzuwerten. Diese vorgeschlagene kognitionspsychologische Sichtweise erscheint mir umso wertvoller, als sie zu einem gemeinsamen Forschungsvorhaben von tiefenpsychologischen und verhaltenstheoretischen Wissenschaftlern werden könnte: Vor allem sind auf dieser Grundlage weitere psychologische Erkenntnisse in der Schmerzverarbeitung zu erwarten.

Das vierte Kapitel stellt *kognitive Aspekte psychologischer Schmerztherapie* dar: Operantes, kognitiv-behaviorales Vorgehen, Entspannungstechniken, Hypnose und Biofeedbacktherapie haben sich im Haupteffekt als wirksam erwiesen.

Aussagen über die differentielle Wirksamkeit psychologischer Schmerztherapie sind aber aufgrund der derzeit gängigen Pragmatik (Kombinationstherapien, Behandlungspakete) und der uneinheitlichen Vergleichsstudien nicht zuverlässig möglich. An zwei beispielhaften Interventionsverfahren der psychologischen Schmerztherapie (Hypnose und Biofeedbacktherapie) zeigt Ruoff, wie sehr die Erkenntnis der Selbstwirksamkeit zum Behandlungsfortschritt beizutragen scheint.

Ruoff bleibt mit seinen kognitionspsychologischen Überlegungen im Rahmen des bisher anerkannten bio-psycho-sozialen Erklärungsmodells. Es fallen das hypothesengeleitete Vorgehen und die konkreten Formulierungen zu experimentalpsychologischen Fragestellungen auf, die diesen Forschungsansatz überprüfen sollen. Die psychologische Schmerzlektüre ist ausgesprochen fundiert und anregend verfasst und für alle studentischen und professionellen Leser gedacht, die experimentalpsychologische Untersuchungen planen, differentielle testpsychologische Verfahren zum Thema Schmerz entwerfen und/oder Behandlungen mit kognitionspsychologischem Schwerpunkt für Schmerzpatienten und chronifizierte Patienten entwickeln.

Aus praxisbezogener Sicht wird mit dem Beitrag von Ruoff wieder einmal deutlich, wie begründet und notwendig das psychologische Verständnis des Schmerzgeschehens und die Ableitung und Entwicklung psychologischer Interventionen im Behandlungsverlauf von chronischen Schmerzpatienten ist.

In Anbetracht der zahlreichen Publikationen zum Thema Schmerz ist allerdings festzuhalten, wie relativ wenig abgesicherte Erkenntnisse über Diagnosen, über ätiologische Zusammenhänge, über Schmerzgruppen und über differentielle Behandlungseffizienz letztendlich existieren. Die mangelnde Vergleichbarkeit der bisherigen Daten zur chronischen Schmerzproblematik müsste viel mehr dazu anregen, langfristig interdisziplinäre Forschungsgruppen zu rekrutieren, die sich zum Ziel setzen, gemeinsam in der Entwicklung angemessener Untersuchungsdesigns und -settings vorzugehen.