

1. Einleitung

Die Zahl älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung nimmt stetig zu (BM f. JFFG 1986). Mehr als 70-80% der 60jährigen und Älteren leiden an einer oder mehreren chronischen Krankheiten, bei denen Schmerz eine signifikante Komponente der begleitenden Unannehmlichkeiten ausmacht (Bonica 1980). Nach dem vierten Familienbericht der Bundesregierung zur Situation der Älteren in der Familie ist es die Aufgabe des Gesundheitswesens, dem alten und kranken Menschen Hilfe zu geben und zwar durch 1. Vermeidung von Krankheiten und vorzeitigem Tod, 2. Heilung von Krankheiten, 3. Verminderung von Komplikationen und chronischen Krankheiten, 4. Rehabilitation von Behinderung, 5. **Linderung von Schmerzen und Leiden** sowie 6. pflegerische Betreuung und Beratung der Familie (BM f. JFFG 1986, S. 153).

Die durch Experten an somatischen und psychischen Merkmalen orientierte objektive Beurteilung des Gesundheitszustandes älterer Menschen, die sog. objektive Gesundheit steht nicht selten im krassen Gegensatz zur von den Patientinnen¹ referierten subjektiven Gesundheit (BM f. JFFG 1986, Lehr 1991). Vergleichbares läßt sich für die mit den Erkrankungen verbundenen Schmerzen feststellen. Obwohl in der von der International Association for the Study of Pain (IASP) aufgestellten Definition Schmerz nicht nur als rein sensorisches Ereignis sondern auch als unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis (vgl. Kap. 2.1.) betrachtet wird und der subjektiven Komponente eine höhere Gewichtung zukommt, werden Schmerzen im Alter oft als natürliche Konsequenz des Alterungsprozesses - ohne Möglichkeiten der Einflußnahme - angesehen. Darüberhinaus sind sie in ihrer sozialen Funktion von Patientinnen, Familienangehörigen und dem Gesundheitswesen besonders akzeptiert (Harkins 1988). Eine Linderung von Schmerzen zur Verbesserung des subjektiven Gesundheitserlebens wird selten in Betracht gezogen.

Frühe experimentelle Untersuchungen zur Schmerzwahrnehmung, wie sie bei Sturgis u.a. (1987) zusammengefaßt sind, zeigen, daß in akuten Schmerzsituationen ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren die Intensität ihrer Schmerzen deutlich niedriger angeben. Damit läßt

¹ Es wird in diesem Text ausschließlich die weibliche Form verwendet, da sowohl die Autorin und die Mehrzahl der Patientinnen Frauen sind. Sie steht hier zur besseren Lesbarkeit des Textes für Menschen beiderlei Geschlechts.

sich möglicherweise begründen, daß der Schmerzlinderung und -bewältigung bei älteren Patientinnen lange Zeit wenig wissenschaftliche Aufmerksamkeit galt. Die ersten experimentalpsychologischen Studien weisen auch auf die Abhängigkeit der Schmerzwahrnehmung vom sozialen Kontext hin. Experimentelle Schmerzstimuli, die älteren Probandinnen in einer für sie aversiven Umgebung (z.B. laute Raumgeräusche oder anwesende, stark agitierende Personen) appliziert werden, werden intensiver wahrgenommen, als solche, die ihnen in einem angenehmen Kontext zugefügt werden (vgl. Sturgis u.a. 1987).

Die physiologische und psychologische Schmerzforschung (vgl. Kapitel 2) hat inzwischen bedeutsame Fortschritte gemacht. Immer komplexere Modelle versuchen heute gleichsam somatische und psychologische Aspekte zu berücksichtigen.¹ Vor allem die klinische Erforschung von Behandlungsformen hat dazu geführt, daß vielfältige psychologische Interventionen im Rahmen der Schmerztherapie nicht mehr wegzudenken sind (vgl. Kapitel 2 und 4). Ebenso stellt die gerontologische Forschung eine Vielzahl von Ergebnissen zur Verfügung, die für therapeutische Interventionen bei älteren Patientinnen wichtige Implikationen aufzeigen (vgl. Kap. 3). Auch rückt psychologische Schmerztherapie für ältere Patientinnen zunehmend in die Aufmerksamkeit von Forschung und Praxis.

Untersuchungen Ende der 80er Jahre in amerikanischen Schmerzkliniken zeigen, daß ältere Patientinnen als Klientinnen dieser Einrichtungen deutlich unterrepräsentiert sind und daß die dort angebotenen Behandlungsprogramme sich auf Schmerzbilder richten, von denen überwiegend die jüngere Population betroffen ist (Harkins 1988). Einrichtungen wie die geriatrische Schmerzlinik in Melbourne (Helme 1993) sind auch heute noch eher als Ausnahme anzusehen.

Heute finden sich im anglo-amerikanischen Raum immer häufiger (vgl. Kap. 3.2.9.) Praxis- und Forschungsberichte zur psychologischen Therapie mit älteren chronischen Schmerzpatientinnen. Im deutschen Sprachraum sind zwar die Publikationen weiterhin selten anzutreffen. Bestrebungen, wie die Arbeitskreisgründung 'Schmerz im Alter' bei der

¹ Einige Leserinnen werden sich über den Versuch einer historisch-chronologischen Darstellung der Modellvorstellungen zur Erklärung von Schmerzphänomenen wundern, die auch noch ältere Ansätze enthält, denen heute außer der geschichtlichen keinerlei Bedeutung mehr zukommt. Es hat sich in der therapeutischen Arbeit gezeigt, daß jüngere Therapeutinnen für das Verständnis von Lebenskontexten älterer Menschen über geschichtliches Hintergrundwissen verfügen sollten. Vielen klagsamen Einwänden älterer Schmerzpatientinnen mit Fragen, warum sie erst heute eine solche Behandlung bekämen, obwohl sie schon "Jahrzehnte" an Schmerzen leiden u.ä., kann mit wissenschaftsgeschichtlichen Informationen gut begegnet werden.

Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (vgl. DGSS 1997) lassen vermuten, daß in naher Zukunft auch hier intensiv geforscht wird.

Die vorliegende Untersuchung will einen Beitrag dazu leisten. Es wird ein semistrukturiertes psychologisch-schmerztherapeutisches Programm vorgestellt, welches sich als ein integratives Therapieangebot versteht und welches gerontopsychologische Grundlagen explizit berücksichtigt (vgl. Kap. 7). Ziel der Studie ist, die generelle Effektivität einer zusätzlich zur medizinischen Versorgung wohnortnah und ambulant durchgeführten schmerzpsychologischen Therapie mit heterogenen Syndromen für Patientinnen ab 60 Jahren zu prüfen (vgl. Kap. 8 - 12).

Die vorliegende Studie findet ihren Abschluß in einer Zeit, in der Psychotherapie in wahre Heilkunst und Scharlatanerie gespalten wird. Bei aller Wichtigkeit, die dem neuen Psychotherapeutengesetz und den damit verbundenen Bestrebungen nach Qualität und Transparenz für den psychotherapeutischen Bereich zukommt, drängt sich der Eindruck auf, daß hier eine gute Absicht zum berufspolitischen Machtspiel degradiert wird. Bestrebungen auf wissenschaftlicher Ebene eine allgemeine Psychotherapie zu formulieren (z.B. Grawe u.a. 1994, Schulte 1995) oder Versuche Kriterien für die Wirksamkeitsprüfung von Psychotherapieverfahren zu beschreiben (z.B. Grawe u.a. 1994, Meyer u.a. 1991) werden auf berufspolitischer Ebene verkürzt und einseitig herangezogen, um die eine oder andere Psychotherapieschule als anerkennungswürdig im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes zu legitimieren. Zum jetzigen Zeitpunkt im Bereich der Psychotherapie zwischen 'Konfession und Profession' mittels Kriterien, die im wissenschaftlichen Bereich Konsenz gefunden hätten, unterscheiden zu wollen, sind deutlich verfrüht und finden innerhalb der eigenen Disziplin starke Kritik (vgl. Hargens 1994, Loth 1998).

Zum Zeitpunkt der Einreichung dieser Arbeit Anfang September 1998 sollte als wissenschaftlich anerkannt sein, die Verhaltenstherapie, die Psychoanalyse und die tiefenpsychologisch fundierte Therapie. Zum Jahresende hatte die Gesprächstherapie den Wettlauf um die Anerkennung als wissenschaftliches Therapieverfahren im Rahmen der Approbation geschafft. Was auf der Ebene der sozialrechtlichen Zulassungen zur gesetzlichen Krankenversicherung als wissenschaftlich anerkannt gilt, war eine andere Frage. Was sich mit dem inzwischen in Kraft getretenen Gesetz als wissenschaftlich anerkannt durchgesetzt hat, wurde nicht auf wissenschaftlicher Ebene sondern durch die berufspolitisch stärkere Lobby

entschieden. Die Zahl der geführten Gerichtsprozesse zur Übergangsregelung zum neuen Psychotherapeutengesetz zeigt, daß die Grenzen von dem, was Wissenschaft und was Politik ist, bis zur Unkenntlichkeit verschwinden. Eine weitere Ebene, die Juristische, wird involviert.

Als Autorin dieser Studie bin ich mir bewußt, daß ich im Kontext der aktuellen berufs- und wissenschaftspolitischen Machtkämpfe gegen den Strom des Zeitgeistes schwimme. Im Kampf darum, wer von den bisher tätigen psychologischen Psychotherapeuten eine Approbation und damit eine Berufszulassung erhält, wird gestritten, was ein wissenschaftliches Therapieverfahren ist.

Ansätze, wie Hypnotherapie oder Systemische Therapie, die hier im Rahmen der vorliegenden Arbeit gewürdigt werden, finden keine Berücksichtigung. Dieses hat zur Folge, daß unterschiedliche Ansätze und Methoden in ihrer Vielfalt kaum noch gesehen und ihre unterschiedlichen Ursprünge ausgeblendet werden. Viele psychologische Interventionen werden inzwischen als verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch fundiert deklariert (oder müssen aus Gründen des Weiterbestands der bisher geführten Praxis umbenannt werden), je nachdem, wie die persönliche Entscheidung der Therapeutin ausgefallen ist, welchem wissenschaftlichen Verfahren sie die eigene praktisch-therapeutische oder wissenschaftliche Arbeit zuordnet.

Ich habe mich mit dieser Arbeit dazu entschieden, imaginative, systemische, hypnotherapeutische, kognitive Verfahren, die zur Behandlung von chronischen Schmerzen geeignet sind, auch als solche explizit als eigenständig zu benennen, obwohl meine Phantasie und nicht meine Wissenschaftlichkeit jedes Vorgehen mal als tiefenpsychologisch fundiert und mal als verhaltenstherapeutisch begründen könnte.

Es ist mir weiterhin ein Anliegen, auch wenn ich die tiefenpsychologisch fundierten Verfahren nicht explizit im Rahmen dieses Gruppenprogramms anwende, diese in einem Exkurs (vgl. Kap. 2.3.2. u. 3.2.1.) zu streifen. Andere psychotherapeutische Zugangsweisen zu chronischen Schmerzpatientinnen finden hier keine Berücksichtigung. Auch diesen möchte ich meine Wertschätzung für ihre Beiträge in der Arbeit mit Schmerzpatientinnen aussprechen.

Die psychologische Schmerztherapie, welche sich in den letzten zehn Jahren meines Erachtens so erfolgreich zu einer Fachdisziplin innerhalb der Psychotherapie entwickelt hat, steht in der Gefahr unter die sog. Richtlinienverfahren subsummiert zu werden und damit ihr eigenes Profil zu verlieren. Ich hoffe dennoch, daß die multimodalen Bestrebungen in der Forschungs- und Praxistätigkeit von psychologischen Schmerztherapeutinnen, welche sich nicht nur auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen beschränkt, sondern auch innerhalb der eigenen Berufsgruppe die schulen- und methodenübergreifende Kooperation umfaßt, weiterhin erhalten bleiben werden. Die vorliegende Arbeit möchte zu den integrativen fachwissenschaftlichen und -praktischen Aspekten der psychologischen Therapie mit älteren Schmerzpatientinnen einen Beitrag leisten.