

P. Albert¹, D. Tuffner¹, P. Mattenklodt¹

10 Gebote für eine gelingende Kommunikation mit chronischen Schmerzpatienten

10 commandments to facilitate successful communication with patients suffering from chronic pain

Zusammenfassung: Die Behandlung chronischer Schmerzen kann sowohl für den Patienten als auch für den Behandler eine frustrierende Erfahrung darstellen. Ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis und eine gelingende Kommunikation sind daher entscheidend für einen erfolgreichen Behandlungsprozess. Die Basis für eine zufriedenstellende Beziehung stellt die wertschätzende, empathische Grundhaltung und ein klares Rollenverständnis des Behandlers dem Patienten gegenüber dar, sowie der Einsatz unterstützender Kommunikationsstrategien aus den Bereichen der „Motivierenden Gesprächsführung (MI)“, der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF)“ sowie der Achtsamkeit.

Schlüsselwörter: chronischer Schmerz, Arzt-Patienten-Kommunikation, motivierende Gesprächsführung, Partizipative Entscheidungsfindung, Achtsamkeit

Zitierweise

Albert P, Tuffner D, Mattenklodt P. 10 Gebote für eine gelingende Kommunikation mit chronischen Schmerzpatienten. OUP 2014; 12: 576–580 DOI 10.3238/oup.2014.0576–0580

Summary: The treatment of chronic pain can be a frustrating experience for both, doctors and patients. A trusting doctor-patient-relationship and a beneficial communication therefore can be crucial for a successful treatment process. An empathetic, appreciative attitude and clarity regarding the personal role perception in relationship to the patient as well as supportive communication strategies from the areas of motivational interviewing, shared decision making and mindfulness constitute the foundation for a gratifying relationship.

Keywords: chronic pain, doctor-patient-relationship, motivational interviewing, shared decision making, mindfulness

Citation

Albert P, Tuffner D, Mattenklodt P. 10 commandments to facilitate successful communication with patients suffering from chronic pain OUP 2014; 12: 576–580 DOI 10.3238/oup.2014.0576–0580

Der Behandlungserfolg bei chronischen Krankheiten kann auch von einer gelungenen Arzt-Patienten-Kommunikation abhängen [1, 2]. Häufig endet jedoch die Arzt-Patient-Interaktion im Fall von nicht-spezifischen, funktionellen oder somatoformen Körperbeschwerden in einem negativen Teufelskreis aus Hoffnung, Enttäuschung und dem Gefühl, nicht verstanden zu werden aufseiten des Patienten sowie den daraus resultierenden negativen Konsequenzen („sich ausgesaugt fühlen“, Druck durch große Erwartungen, Stress und negative Gefühle) für den Behandler [3]. Nicht

selten führt die zunehmende emotionale Distanz schließlich zum Abbruch der Behandlungsbeziehung und dem Wechsel des Behandlers („doctor hopping“).

Die im Folgenden ausgeführten „10 Gebote“ für eine gelingende Kommunikation mit Menschen, die unter einer chronischen Schmerzstörung leiden, erheben keinen Anspruch auf Ausschließlichkeit oder Vollständigkeit, sondern möchten Anregungen bieten, die eigenen Erfahrungen mit Kommunikationsprozessen zu reflektieren und zu hinterfragen.

1. Zweifle nicht an den Schmerzangaben deines Patienten

Wertschätzung und Empathie sind die Grundlagen der gemeinsamen Arbeit. Gerade wenn die Beschwerdepräsentation des Patienten sehr emotional, dramatisierend und bildlich erfolgt, kann dies zunächst Skepsis und Widerstand beim Behandler hervorrufen. Häufig wird jedoch übersehen, dass es sich hierbei um Verdeutlichungstendenzen handeln kann, die daraus entstanden sind, dass sich der Patient in früheren Behandlungssituationen nicht gehört, verstanden und wahrgenommen fühlte [4]. In der Hoffnung, sein Leid verständlich zu

¹ Schmerzzentrum, Universitätsklinikum Erlangen

Waagemodell der inneren Ambivalenz

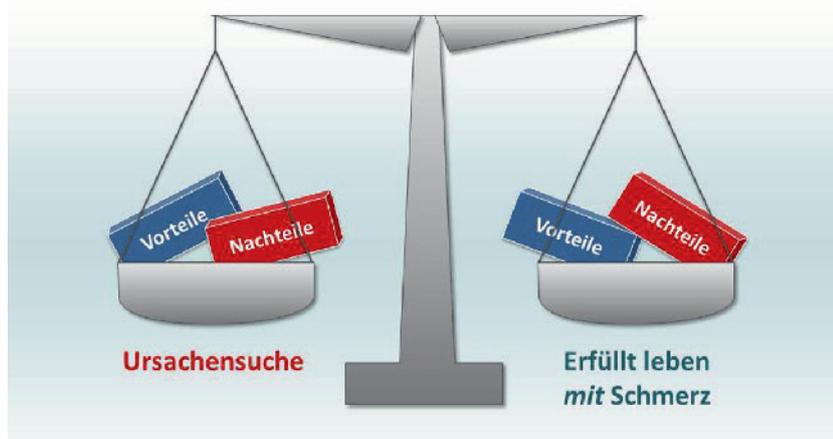


Abbildung 1

machen, versucht der Patient, es immer deutlicher und demonstrativer zu schildern, wodurch die Skepsis beim Behandler entsprechend wächst. Dieser negative Aufschaukelungsprozess [5] kann zuletzt zum Abbruch der Arzt-Patienten-Interaktion sowie zu Frustration und Enttäuschung auf beiden Seiten führen. Hilfreicher kann es sein, die Beschwerdeschilderung des Patienten als Ausdruck seines Leidens in seiner Gesamtheit und nicht allein der Schmerzwahrnehmung zu sehen und den Patienten in diesem Leid ernst zu nehmen.

2. Beachte: Patienten sind nicht unmotiviert, sondern ambivalent

Immer wieder erscheinen Patienten vermeintlich nicht willens, die zu einer Verbesserung ihrer Schmerzproblematik nötigen Lebensstilveränderungen (z.B. regelmäßiges körperliches Training, Stressreduktion, Durchführung von Entspannungsübungen etc.) umzusetzen. Vorschläge zu Lebensstilveränderungen werden häufig mit „ja, aber ...“ Argumenten abgewehrt oder schlicht nicht umgesetzt. Eine pauschale Interpretation eines solchen Verhaltens als mangelnde Motivation oder sekundären Krankheitsgewinn droht die Motivation des Behandlers zu schwächen und kann in eine therapeutische Sackgasse führen. Hilfreicher ist es, sich bewusst zu machen, dass Menschen in aller Regel sowohl Argumente für als auch gegen eine Veränderung in sich tragen, also eine innere Ambivalenz aufweisen. Ändert

eine Person Risikoverhaltensweisen nicht, bedeutet dies nicht, dass derjenige per se unmotiviert ist, sondern lediglich, dass aktuell die Anteile überwiegen, die gegen eine Veränderung sprechen. Beratungskonzepte wie die „Motivierende Gesprächsführung“ nach Miller und Rollnick, die sich mit der Stärkung von Veränderungsmotivation beschäftigt, bieten Strategien an, diese Ambivalenz zugunsten einer Veränderung zu beeinflussen. [6, 7]. Dies kann dadurch geschehen, dass Patienten angeregt werden, selbst über die Vorteile einer Veränderung oder über die Nachteile des Status quo zu sprechen. Das Aufzählen der Vorteile einer Verhaltensänderung durch den Behandler erhöht hingegen oft den Widerstand. Erst wenn wir wissen, welche Kräfte und Motive dem Veränderungswunsch entgegenstehen, können wir dem Patienten helfen, diese Hürde zu überwinden. (Abb. 1).

3. Betrachte das Verhalten des chronischen Schmerzpatienten als eine normale Reaktion auf eine unnormale Situation

Eccleston [8] plädiert dafür, das Verhalten chronischer Schmerzpatienten zu entpathologisieren. Das Verhalten von Menschen mit chronischen Schmerzen ist zwar möglicherweise dysfunktional, jedoch in der Regel kein Ausdruck einer psychischen Störung. Statt eines „anormalen Verhaltens in einer normalen Situation“ ist es vielmehr als normale und subjektiv logisch nachvollziehbare Re-

aktion auf eine außergewöhnliche Situation zu verstehen. Auch wenn der chronische Schmerz seine Warnfunktion verloren hat, werden die in uns Menschen evolutionsbiologisch angelegten Denk- und Handlungsmuster zur Schadensbekämpfung bei Schmerzen jedes Mal aufs Neue aktiviert, was den Patienten in seinem Wunsch nach Diagnostik und Ursachenbehebung verharren lässt.

4. Kläre dein eigenes

Rollenverständnis

Um als Behandler das eigene Rollenverständnis in der Beziehung zu Patienten mit chronischen Schmerzen zu definieren, ist es sinnvoll sich folgende Fragen zu stellen: „Wer will ich für diesen Patienten sein: Heiler? Berater? Begleiter?“ Häufig besteht die Schwierigkeit darin, die richtige Balance zwischen Autonomie und Fürsorge zu finden. Patienten mit einem hohen Autonomiebedürfnis vermitteln Behandlern oft das Gefühl, nur „Erfüllungsgehilfen“ zu sein. Patienten mit einem ausgeprägten Fürsorge-Bedürfnis werden häufig hingegen als passiv und wenig eigenverantwortlich erlebt. Umgekehrt kann auch das eigene Rollenverständnis Einfluss auf das Verhalten des Patienten haben. Hier bewähren sich die Grundsätze der „Partizipativen Entscheidungsfindung“ [9], deren Grundprinzip lautet, dem Patienten alle wichtigen Informationen zur Verfügung zu stellen, Empfehlungen auszusprechen und ihn dann dabei zu unterstützen, eine eigene Entscheidung zu treffen.

5. Sei dir deiner eigenen Standpunkte bewusst und stehe zu ihnen

Unnötig ausgedehnte oder wiederholte somatische Diagnostik kann das Chronifizierungsrisiko bei chronischen Schmerzen ebenso erhöhen wie die Anwendung invasiver oder passiver Therapien. Dennoch werden solche Maßnahmen immer wieder veranlasst – nicht selten entgegen den eigenen Grundüberzeugungen des Behandlers. Der erlebte Druck vonseiten des Patienten [10], die gefühlte Hilflosigkeit im Angesicht einer schwer zu behandelnden chronischen Krankheit [11], die Angst davor, eine behandelbare somatische Erkrankung zu übersehen, oder auch der Wunsch nach rechtlicher Absicherung [12] können Gründe hierfür sein. Es kann Druck in Behandlungssituationen reduzieren, wenn der Be-

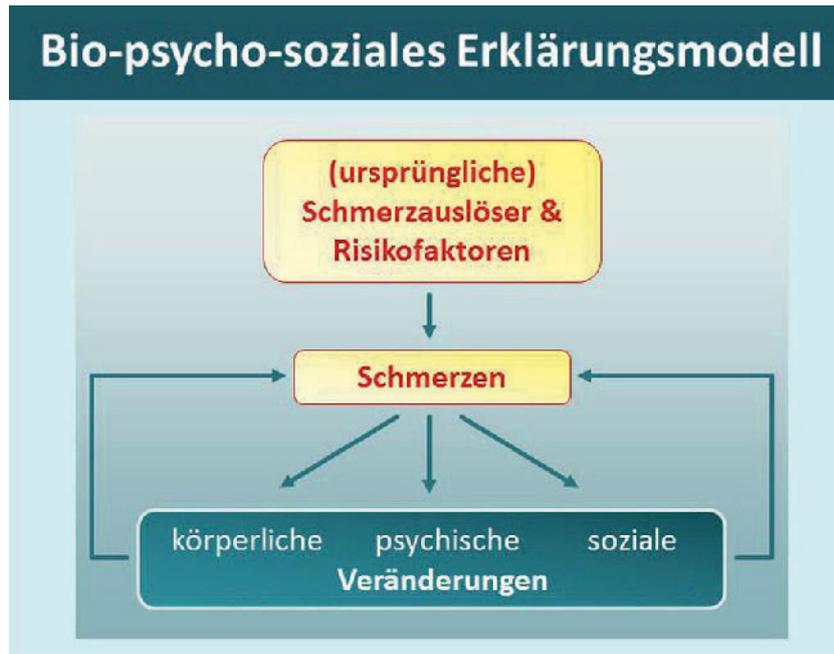


Abbildung 2: Unveröffentlichte Abbildung, P. Mattenklodt

handler über eine klare Entscheidungsmatrix verfügt (Beispiel: „Unter welchen Bedingungen verordne ich Massagen?“, „Unter welchen Voraussetzungen veranlasse ich ein MRT?“). Hier ist es wichtig, sich die eigenen Standpunkte bezüglich der Behandlung bewusst zu machen und diese dem Patienten klar zu kommunizieren. Auch wenn Patienten, die eine bildgebende Diagnostik erhalten, mit dem Behandler zunächst zufriedener sind [13], so wünschen sich Patienten jedoch vorrangig, dass Ihr Arzt ihnen auch unangenehme Dinge, die ihre Erkrankung betreffen, direkt mitteilt [14]. Ziel sollte es also primär sein, ein hohes Maß an Transparenz in Bezug auf diagnostische und therapeutische Entscheidungen anzustreben.

6. Verwende frühzeitig das bio-psycho-soziale Schmerzmodell

Ein plausibles bio-psycho-soziales Erklärungsmodell ist hilfreich für einen eigenverantwortlichen Umgang mit den Schmerzen und sollte möglichst frühzeitig im Behandlungsverlauf mit dem Patienten erarbeitet werden. Ein Paradigmenwechsel von der Organzur Psychopathologie erst „wenn nichts mehr geht“ ist für den Patienten oft nicht nachvollziehbar [15] und kann dazu führen, dass beim Patienten das Gefühl entsteht, man unterstelle

ihm, er bilde sich die Schmerzen nur ein. Dies kann zu einem Bruch in der Arzt-Patienten-Beziehung führen. Daher bietet es sich an, schon frühzeitig und regelhaft auch psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse sowie Einflussfaktoren aus dem Umfeld zu erfragen und die Sichtweise des Patienten dadurch entsprechend zu erweitern. Dabei sind nicht nur Risikofaktoren und Auslöser (z.B. psychosoziale Stressoren in zeitlicher Nähe zum Schmerzbeginn) für das Schmerzgeschehen relevant. Gerade auch psychosoziale Schmerzfolgen (z.B. sozialer Rückzug, übermäßiges Schonverhalten durch Bewegungsangst, Depressivität) sind oft von wesentlicher Bedeutung für die Aufrechterhaltung der Schmerzen („Teufelskreis chronischer Schmerzen“). In der Behandlung sollten dann sowohl somatische als auch psychosoziale Faktoren parallel berücksichtigt und mögliche Handlungskonsequenzen aus beiden Bereichen abgeleitet werden. (Abb. 2)

7. Vereinbare explizite, realistische Ziele und erarbeite mit deinem Patienten zusammen einen Therapieplan

Im Behandlungsverlauf ist es wichtig, explizit über Ziele zu sprechen und diese konkret zu vereinbaren. Was wünscht der Patient? Was kann ich an-

bieten? Was ist realistisch (z.B. Schmerzlinderung statt Schmerzfreiheit)? Bei der gemeinsamen Erarbeitung von Zielen ist darauf zu achten, dass diese mit dem Alltagsleben des Patienten vereinbar sind. Sollte sich herausstellen, dass Ziele nicht wie vereinbart vom Patienten umgesetzt werden konnten, ist es sinnvoll, zunächst nach Hürden und Hindernissen bzw. möglichen Ambivalenzen zu fragen und gemeinsam nach Lösungen dafür zu suchen. Als Alternative können erste kleine Schritte in Richtung des angestrebten Ziels angeboten werden, die zunächst zwar nicht den maximalen Effekt erzielen, dem Patienten aber helfen, eine neue Gewohnheit im Sinne der erforderlichen Lebensstilveränderung aufzubauen [16] (z.B. 10 Minuten Spazieren gehen statt mehrmaligem Gerätetraining pro Woche, ggf. unterstützt durch einen Schrittzähler). Eine weitere Möglichkeit besteht darin, den Patienten darin zu unterstützen, passendere Varianten der erforderlichen Lebensstilveränderung zu finden („In welcher Form könnten Sie sich vorstellen, mehr Bewegung in Ihr Leben zu bringen?“)

8. Sieh emotionale Reaktionen des Patienten als Chance, nicht als Störung

Emotionale Reaktionen des Patienten können bei Behandlern Stress und Überforderungsgefühle auslösen. Tatsächlich sind Emotionen aber ein Chance, die Beziehung zu verbessern und in der Behandlung auf bedeutsame Themen zu kommen. Sie können sich im Gespräch verbal und nonverbal äußern. In diesem Fall bietet sich die Chance, mögliche Ängste, Widerstände oder Unzufriedenheit des Patienten zu erforschen und damit Schwierigkeiten im Behandlungsverlauf vorzubeugen. Das NURSE-Modell, ein Akronym für Naming/Understanding/Respecting/Supporting/Exploring, benennt einige einfache Strategien, um Gefühlsreaktionen eines Patienten aufzugreifen und therapeutisch nutzbar zu machen [17]. Die einfachste Strategie stellt dabei das Benennen (naming) der beim Patienten wahrgenommenen Gefühle dar („Sie sind jetzt enttäuscht.“). Auch das Erkunden („Exploring“) ist eine gute Möglichkeit, für den Patienten bedeutsame Themen und Aspekte anzusprechen („Was macht Sie gerade traurig?“). (Abb. 3)

9. Stelle bei Misserfolgen nicht die Schuldfrage und wende dich nicht ab

Gerade weil der Behandlungsverlauf bei nicht-spezifischen, funktionellen oder somatoformen Körperbeschwerden häufig langwierig und z.T. frustrierend sein kann, ist es für die Patienten besonders wichtig, in ihrem Behandler einen zuverlässigen Begleiter an ihrer Seite zu haben, der ihnen Zuversicht vermittelt und gleichzeitig zu hohe Ansprüche und Erwartungen relativiert. Um dem Patienten zu helfen, Misserfolge im Behandlungsverlauf richtig einordnen zu können, sollte der Behandler dem Patienten vermitteln, dass solche Rückschläge zum Wesen einer so schwierig zu behandelnden und komplexen Krankheit gehören. Es kann auch bedeuten, dem Patienten offen mitzuteilen, dass man nun selbst am Ende seiner therapeutischen Möglichkeiten angekommen ist, für den Patienten aber Ansprechpartner bleibt und ggf. auch weitere Behandlungsoptionen (z.B. eine multimodale Schmerztherapie im stationären oder teilstationären Setting) begleitet.

NURSE-Schema zum Umgang mit Emotionen im Gespräch

Grundelemente, die im Umgang mit Emotionen hilfreich sind, aber selten alle gemeinsam eingesetzt werden:

- Naming:** Emotionen ansprechen („Geschockt...“)
- Understanding:** „Das kann ich verstehen, dass...“
- Respecting:** „Ich finde, Sie gehen gut damit um.“
- Supportin:** „Ich kann Ihnen anbieten, dass ich...“
- Exploring:** „Was beschäftigt Sie jetzt am meisten/noch?“

Abbildung 3

10. Achte auf dein eigenes Wohlbefinden

Gerade Menschen in helfenden Berufen gehen leicht über ihre eigenen Grenzen. Die Betreuung von Menschen mit chroni-

schen, nichts-spezifischen, funktionellen oder somatoformen Körperbeschwerden kann aufgrund ihres zum Teil schwierigen Behandlungsverlaufs auch beim Behandler zu Stress, innerer Anspannung und ne-

Xyloneural® 1% Ampullen. Wirkstoff: Lidocainhydrochlorid. **Zus.:** 1 ml Injektionslösung enthält 10,7 mg Lidocainhydrochlorid 1 H₂O, entspricht 10 mg/ml Lidocainhydrochlorid. **Sonstige Bestandteile:** Natriumchlorid, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Lokale und regionale Nervenblockade zur Schmerztherapie. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Lokalanästhetika vom Säureamid-Typ (falls nicht eine schrittweise Testung unter optimalen Sicherheitsbedingungen durchgeführt wird). Schwere Störungen des Herz-Reizleitungssystems. Akut dekompensierte Herzinsuffizienz. Kardiogener oder hypovolämischer Schock. Zusätzlich bei 2%iger Lsg.: Geburtshilfe. Zusätzlich sind die spezielle Gegenanzeigen für Periduralanästhesie zu beachten z.B.: nicht korrigierter Mangel an Blutvolumen, erhebliche Störungen der Blutgerinnung, erhöhter Hirndruck. **Wechselwirkungen:** Xyloneural wird beeinflusst von: Gefäßverengenden Arzneimitteln. Secale-Alkaloiden (z. B. Ergotamin) oder Epinephrin. Sedativa mit Einfluss auf das ZNS. Aprindin, Propranolol, Diltiazem und Verapamil. Weiteren Lokalanästhetika wg. additiver Wirkung auf kardiovaskuläres System und ZNS. Cimetidin. Xyloneural verlängert Wirkung nicht depolarisierender Muskelrelaxantien. **Nebenwirkungen:** entsprechen denen anderer Lokalanästhetika vom Säureamid-Typ. Möglich: Bei über 5 bis 10 µg Lidocain/ml Blutplasma unerwünschte systemische Wirkungen, die das ZNS und Herzkreislaufsystem betreffen. Bei regelrechten Plasmakonzentrationen nur geringgradige Beeinflussung des Blutdrucks. Ein Blutdruckabfall kann Zeichen einer relativen Überdosierung sein. Auslösung einer malignen Hyperthermie nicht auszuschließen. Gelegentlich: allergische Reaktionen (z. B. Urtikaria, Ödem, Bronchospasmus, Atemnotsyndrom), Kreislaufreaktionen. Packungsbeilage beachten. Stand: 11.2013. **Verschreibungspflichtig.**

Xyloneural® 1% Durchstechflasche. Wirkstoff: Lidocainhydrochlorid. **Zus.:** 1 ml Injektionslösung enthält 10,7 mg Lidocainhydrochlorid 1 H₂O, entspricht 10 mg/ml Lidocainhydrochlorid. **Sonstige Bestandteile:** Methyl-4-hydroxybenzoat, Natriumchlorid, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Lokale und regionale Nervenblockade zur Schmerztherapie. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Lokalanästhetika vom Säureamid-Typ (falls nicht eine schrittweise Testung unter optimalen Sicherheitsbedingungen durchgeführt wird). Überempfindlichkeit gegenüber Methyl-4-hydroxybenzoat (Paraben) oder einem der sonstigen Bestandteile. Schwere Störungen des Herz-Reizleitungssystems. Akut dekompensierte Herzinsuffizienz. Kardiogener oder hypovolämischer Schock. Zusätzlich bei 2%iger Lsg.: Geburtshilfe. Zusätzlich sind die spezielle Gegenanzeigen für Periduralanästhesie zu beachten z.B.: nicht korrigierter Mangel an Blutvolumen, erhebliche Störungen der Blutgerinnung, erhöhter Hirndruck. **Wechselwirkungen:** Xyloneural wird beeinflusst von: Gefäßverengenden Arzneimitteln. Secale-Alkaloiden (z. B. Ergotamin) oder Epinephrin. Sedativa mit Einfluss auf das ZNS. Aprindin, Propranolol, Diltiazem und Verapamil. Weiteren Lokalanästhetika wg. additiver Wirkung auf kardiovaskuläres System und ZNS. Cimetidin. Xyloneural verlängert Wirkung nicht depolarisierender Muskelrelaxantien. **Nebenwirkungen:** entsprechen denen anderer Lokalanästhetika vom Säureamid-Typ. Möglich: Bei über 5 bis 10 µg Lidocain/ml Blutplasma unerwünschte systemische Wirkungen, die das ZNS und Herzkreislaufsystem betreffen. Bei regelrechten Plasmakonzentrationen nur geringgradige Beeinflussung des Blutdrucks. Ein Blutdruckabfall kann Zeichen einer relativen Überdosierung sein. Auslösung einer malignen Hyperthermie nicht auszuschließen. Methyl-4-hydroxybenzoat kann Überempfindlichkeitsreaktionen, auch Spätreaktionen, und selten einen Bronchospasmus hervorrufen. Gelegentlich: allergische Reaktionen (z. B. Urtikaria, Ödem, Bronchospasmus, Atemnotsyndrom), Kreislaufreaktionen. **Warnhinweis:** enthält Paraben. Packungsbeilage beachten. Stand: 11.2013. **Verschreibungspflichtig.**
 Strathmann GmbH & Co. KG, Postfach 610425, 22424 Hamburg

BEHANDELN – Statt verordnen

Xyloneural®

Therapeutische Lokalanästhesie in der Schmerztherapie

- ▶ Nervenschmerzen
- ▶ Nacken-, Rücken- und
- ▶ Kreuzschmerzen
- ▶ Störfelder

gativen Emotionen führen. Hier ist es besonders wichtig, auf die eigenen Grenzen und Bedürfnisse zu achten. Zum einen kann hier die Praxisorganisation Erleichterung schaffen. So kann es z.B. sinnvoll sein, sich Patienten mit entsprechenden Beschwerden am Ende des Tages und mit ausreichend Zeit einzubestellen, um den Zeitdruck eines vollen Wartezimmers zu reduzieren. Auch empfiehlt es sich bei dieser Patientengruppe, regelmäßige, beschwerdeunabhängige Termine zu vereinbaren. Zum einen verschafft man sich so die Chance, den Patienten auch in beschwerdeärmeren Phasen zu sehen und mit ihm gemeinsam die „Erfolge feiern“ zu können. Zum anderen vermeidet man es auf diese Weise, durch ausschließlich beschwerdeabhängige Termine und die damit verbundene Zuwendung das Schmerzverhalten zu verstärken. Darüber hinaus ist auch Selbstfürsorge im Sinne von Achtung der eigenen Grundbedürfnisse (ausreichend Schlaf, Bewegung, gesunde Ernährung, Ruhe und Ausgleichsaktivitäten etc.) wichtig. Ein Achtsamkeitstraining kann helfen, die eigene innere Balance zu erhalten, einen achtsamen Umgang mit sich selbst zu pflegen und auch den Stress in schwierigen Behand-

lungssituationen zu reduzieren. Hierzu gehört, die eigenen Grenzen achten, nicht alles perfekt machen zu müssen, es nicht allen recht machen zu wollen etc. Inzwischen wurde ein Achtsamkeitsprogramm speziell für Menschen in helfenden Berufen entwickelt (Mindfulness Basics for Helping Professions, MBHP). Vor allem in Literatur wie „Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater“ von G. Zarbock [18] und „Achtsamkeit in der Kunst des (nicht) Helfens“ von U. Pfeifer-Schaupp [19] finden sich Anregungen für einen achtsamen Umgang mit sich selbst und den Patienten in schwierigen Interaktionen. Dies kann nicht nur helfen, den beruflichen Stress zu reduzieren, sondern auch die Therapieergebnisse verbessern [20].

Fazit für die Praxis

Die Gestaltung einer gelingenden Arzt-Patienten-Beziehung auf der Basis wertschätzender und empathischer Kommunikation kann gerade in der oft schwierigen Behandlung von Menschen mit chronischen, nicht-spezifischen, funktionellen oder somatoformen Beschwerden auf beiden Seiten für mehr

Zufriedenheit und weniger Anspannung sorgen. Aufseiten des Behandlers ist es hilfreich, die Grundhaltung gegenüber dem Patienten und das eigene Rollenverständnis zu reflektieren, die eigene Position in Bezug auf Diagnostik und therapeutischen Maßnahmen klar zu kommunizieren und Kommunikationsstrategien zu nutzen, die es dem Patienten ermöglichen, sich besser auf den Behandlungsprozess einzulassen. Neben Fortbildungen in Gesprächsführung (z.B. Motivierende Gesprächsführung n. Miller und Rollnick) können Behandler auch im Rahmen von Balint-Gruppen und Supervision Unterstützung erhalten. 

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Korrespondenzadresse

Dipl. Psych. Patricia Albert
Schmerzzentrum
Universitätsklinikum Erlangen
Krankenhausstraße 12
91054 Erlangen
Patricia.Albert@uk-erlangen.de

Literatur

- Dibbelt S, Schaidhammer M, Fleischer C, Greitmann B. Patient-Arzt-Interaktion in der Rehabilitation: Gibt es einen Zusammenhang zwischen wahrgenommener Interaktionsqualität und langfristigen Behandlungsergebnissen? *Rehabilitation*, 2010; 49: 315–325
- Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol* 2005; 17: 351–354
- Sauer N, Eich W. Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen (Somatoform and Functional Disorders). *Dtsch Arztebl* 2007; 104: 45–54
- S3-Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ (051/001): Langfassung
- Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber Verlag, 2011
- Rau J, Petermann F (2008) Motivationsförderung bei chronischen Schmerzpatienten. *Schmerz* 2008; 2: 209–217
- Miller W R, Rollnick S. *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus Verlag, 2009
- Eccleston C. A normal psychology of chronic pain. *The Psychologist* 2011; 6: 422–425
- Böcken J. et al.. *Der Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht der Bevölkerung und Ärzteschaft*, Bertelsmann Stiftung, 2004
- Little P, Dorward M, Warner G, et al. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* 2004; 328: 444–447
- Heger S. Zur Psychosomatik des Failed-Back-Syndroms: warum Rückenschmerzen chronifizieren. Plädoyer für einen zeitgemäßen Umgang mit den Lumbago-Ischialgie-Syndromen. *Nervenarzt* 1999; 70: 225–232
- Fink P, Toft T, Rosendal M. Assessment and treatment of functional disorders in general practice: The extended reattribution and management model – An advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics* 2002; 43: 93–131
- Kendrick D, Fielding K, Bentley E et al.. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *BMJ* 2001; 322: 400–405
- Schmidt E, Gramm L, Farin E. Kommunikationspräferenzen chronischer Rückenschmerzpatienten in der medizinischen Rehabilitation. *Schmerz* 2012; 26: 69–76
- Gask L, Dowrick C, Salmon P et al.. Re-attribution reconsidered: narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. *J Psychosom Res.* 2011; 71: 325–334
- Maurer R. *Kleine Schritte, die Ihr Leben verändern: KAIZEN für die persönliche Entwicklung*. Kirchzarten bei Freiburg: VAK Verlag, 2011
- Langewitz W: *Patientenzentrierte Kommunikation*. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W (Hrsg.). *Uexküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis*. München: Urban & Fischer Verlag/ Elsevier GmbH, 2011: 338–347
- Zarbock G, Ammann A, Ringer S. *Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater*. Weinheim: Beltz Verlag, 2012
- Pfeifer-Schaupp U. *Achtsamkeit in der Kunst des (nicht) Helfens*. Freiburg: Arbor Verlag, 2010
- Grepmaier L, Mitterlehner F, Loew T, Bachler E, Rother W, Nickel M. Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: a randomized, double-blind, controlled study. *Psychother. Psychosom*, 2007; 76: 332–338