

Datum _____

Name: _____

Bitte geben Sie im folgenden die **Stärke Ihrer Hauptschmerzen** an. Kreuzen Sie bitte an, wie stark Sie Ihre Schmerzen *unter Ihrer üblichen Medikation* empfinden. Ein Wert von 0 bedeutet dabei, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind.

1. Geben Sie zunächst bitte Ihre **geringste Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an (falls Sie auch gelegentliche schmerzfreie Zeiten hatten, kreuzen Sie hier bitte die 0 an!):

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
 kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

2. Geben Sie jetzt Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
 kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

3. Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
 kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

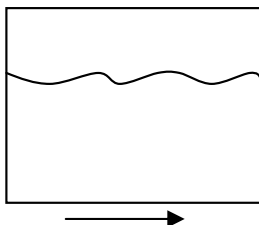
4. Geben Sie jetzt bitte Ihre **momentane Schmerzstärke** (beim Ausfüllen des Fragebogens) an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
 kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

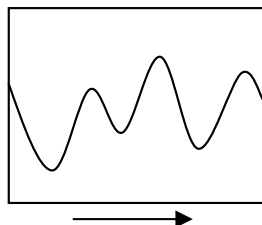
5. Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
 kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

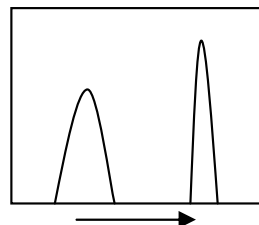
23. Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Hauptschmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu? (Bitte nur **eine** Angabe machen!)



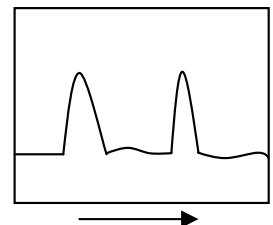
Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen



Dauerschmerzen mit starken Schwankungen



Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei



Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen

Wie lange dauerte üblicherweise eine Schmerzattacke?

Sekunden/Minuten Stunden
 Tage länger als drei Tage

An wie vielen Tagen in den letzten vier Wochen hatten Sie **überhaupt** Schmerzen? _____ Tage

An wie vielen Tagen in den letzten vier Wochen hatten Sie **sehr starke** Schmerzen? _____ Tage

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**. Für diesen Zeitraum interessieren wir uns besonders und möchten Genaueres über die Auswirkungen der Schmerzen erfahren.

1. An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Arbeit, Schule, Haushalt)?

An etwa Tagen

2. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine keine Aktivität
Beeinträchtigung mehr möglich

3. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine keine Aktivität
Beeinträchtigung mehr möglich

4. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine keine Aktivität
Beeinträchtigung mehr möglich

Datum _____

Name: _____

Liebe Patientin, lieber Patient!

Hier sind einige Gedanken über Schmerzen, wie sie von anderen Patienten geäußert wurden. Bitte kreuzen Sie für **jede Feststellung** eine Zahl zwischen 0 und 6 an, je nachdem, inwieweit körperliche Aktivitäten wie Bücken, Heben, Gehen oder Fahren Auswirkungen auf ihre Rückenschmerzen haben oder haben könnten. Einige Gedanken beziehen sich auch auf den Einfluss, den Ihre tägliche Arbeit auf Ihre Rückenschmerzen hat oder haben könnte.

Kreuzen Sie jeweils eine Zahl an, die Ihre Zustimmung zu diesen Gedanken entspricht. 0 bedeutet „stimmt gar nicht“, 3 „unsicher“ und 6 „stimmt genau“; mit den Zahlen dazwischen können Sie eine Abstufung Ihrer Zustimmung angeben.

	stimmt gar nicht		unsicher				stimmt genau	
1. Meine Rückenschmerzen wurden durch körperliche Aktivitäten verursacht.	0	1	2	3	4	5	6	
2. Körperliche Aktivitäten verstärken meine Schmerzen.	0	1	2	3	4	5	6	
3. Körperliche Aktivitäten könnten meinem Rücken schaden.	0	1	2	3	4	5	6	
4. Ich sollte körperliche Aktivitäten, die meinem Rücken schaden, unterlassen.	0	1	2	3	4	5	6	
5. Ich kann körperliche Aktivitäten, die meinem Rücken schaden, nicht ausüben.	0	1	2	3	4	5	6	
6. Meine Schmerzen wurden durch meine Arbeit oder durch eine Verletzung bei der Arbeit verursacht.	0	1	2	3	4	5	6	
7. Durch meine Arbeit wurden meine Schmerzen verstärkt.	0	1	2	3	4	5	6	
8. Ich hätte eigentlich einen Anspruch auf Entschädigung für meine Schmerzen.	0	1	2	3	4	5	6	
9. Meine Arbeit ist zu schwer für mich.	0	1	2	3	4	5	6	
10. Meine Arbeit verschlimmert meine Schmerzen oder wird sie verschlimmern.	0	1	2	3	4	5	6	
11. Meine Arbeit könnte meinen Rücken schädigen.	0	1	2	3	4	5	6	
12. Mit meinen augenblicklichen Schmerzen sollte ich meine gegenwärtige Arbeit eigentlich nicht ausüben .	0	1	2	3	4	5	6	
13. Ich kann mit meinen augenblicklichen Schmerzen meine gegenwärtige Arbeit nicht ausführen.	0	1	2	3	4	5	6	
14. Solange meine Schmerzen nicht behandelt sind, kann ich meine gegenwärtige Arbeit nicht ausführen.	0	1	2	3	4	5	6	
15. Ich glaube nicht, dass ich in den nächsten 3 Monaten an meine normale Arbeit zurückkehren kann.	0	1	2	3	4	5	6	
16. Ich glaube nicht, dass ich meine jetzige Arbeitstätigkeit überhaupt wieder aufnehmen kann.	0	1	2	3	4	5	6	

Ab hier nicht mehr ausfüllen !

FABQ1 (1-5)

FABQ2 (6-7 + 9-11)

FABQ3 (12-16)

FABQ total

Datum _____

Name: _____

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wegen der Rückenschmerzen kann es für Sie schwierig geworden sein, alltägliche Tätigkeiten auszuführen.

Kreuzen Sie bitte an, welche der Feststellungen in der nachfolgenden Liste für Sie zutrifft oder nicht.

- | | Ja | Ja, aber
mit Mühe | Nein oder nur
mit fremder
Hilfe |
|---|-----------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| 1. Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Schrank oder Regal zu holen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Können Sie einen mind. 10 kg schweren Gegenstand (z.B. vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Können Sie sich bücken, um einen leichten Gegenstand (z.B. Geldstück oder Papier) vom Fußboden aufzuheben? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Können Sie 1 Std. auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Können Sie Strümpfe an- und ausziehen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf einen Tisch stellen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Können Sie 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus noch zu erreichen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ab hier nicht mehr ausfüllen !

2
1
0

AUSWERTUNG:

Funktionskapazität =

$$\frac{\text{_____}}{24} \times 100 = \text{_____} \%$$

Testwert:

Datum _____

Name: _____

Wegen Ihrer Schmerzen kann es für Sie schwierig geworden sein, alltägliche Bewegungen und Tätigkeiten auszuführen. Kreuzen Sie bitte an, welche der Feststellungen in der nachfolgenden Liste für Sie zutrifft oder nicht.

- | | ja | nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Wegen meiner Rückenschmerzen bleibe ich die meiste Zeit zu Hause. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Ich ändere meine Körperhaltung häufig, um so für meinen Rücken eine bequeme Haltung zu finden..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Ich gehe langsamer als gewohnt wegen meiner Rückenschmerzen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Wegen meiner Rückenschmerzen kann ich die gewohnten Tätigkeiten zu Hause nicht verrichten..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Wegen meiner Rückenschmerzen benutze ich beim Treppensteigen den Handlauf. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Wegen meiner Rückenschmerzen lege ich mich vermehrt hin, um mich auszuruhen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Wegen meiner Rückenschmerzen muss ich mich beim Aufstehen aus einem Sessel an etwas festhalten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Wegen meiner Rückenschmerzen versuche ich andere Leute dazu zu bringen, Dinge für mich zu erledigen..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Wegen meiner Rückenschmerzen benötige ich mehr Zeit zum Ankleiden als sonst. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Ich stehe jeweils nur für kurze Zeit auf wegen meiner Rückenschmerzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Wegen meiner Rückenschmerzen vermeide ich wenn möglich Bücken oder Niederknien..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Wegen meiner Rückenschmerzen habe ich Mühe, vom Stuhl aufzustehen..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Mein Rücken tut fast immer weh. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Wegen meiner Rückenschmerzen habe ich Mühe, mich im Bett zu umzudrehen..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Mein Appetit ist wegen meiner Rückenschmerzen nicht mehr so gut..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Wegen meiner Rückenschmerzen habe ich Mühe, Socken oder Strümpfe anzuziehen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Ich gehe wegen meiner Rückenschmerzen meist nur kurze Strecken. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Ich schlafe wegen meiner Rückenschmerzen weniger gut. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Wegen meiner Rückenschmerzen muss mir jemand beim Ankleiden behilflich sein. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Wegen meiner Rückenschmerzen muss ich tagsüber meist sitzen..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Wegen meiner Rückenschmerzen vermeide ich zu Hause schweres Arbeiten..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Wegen meiner Rückenschmerzen bin ich im Umgang mit anderen Leuten schlecht gelaunt und mehr gereizt als sonst. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Wegen meiner Rückenschmerzen bin ich beim Treppensteigen langsamer als sonst..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Wegen meiner Rückenschmerzen bleibe ich die meiste Zeit im Bett. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Gesamtwert:

Datum _____

Name: _____

<p>Ich fühle mich angespannt oder überreizt</p> <p><input type="radio"/> meistens</p> <p><input type="radio"/> oft</p> <p><input type="radio"/> von Zeit zu Zeit / gelegentlich</p> <p><input type="radio"/> überhaupt nicht</p>	<p>Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst</p> <p><input type="radio"/> fast immer</p> <p><input type="radio"/> sehr oft</p> <p><input type="radio"/> manchmal</p> <p><input type="radio"/> überhaupt nicht</p>
<p>Ich kann mich heute noch so freuen wie früher</p> <p><input type="radio"/> ganz genau so</p> <p><input type="radio"/> nicht ganz so sehr</p> <p><input type="radio"/> nur noch ein wenig</p> <p><input type="radio"/> kaum oder gar nicht</p>	<p>Ich habe ein ängstliches Gefühl in der Magengegend</p> <p><input type="radio"/> überhaupt nicht</p> <p><input type="radio"/> gelegentlich</p> <p><input type="radio"/> ziemlich oft</p> <p><input type="radio"/> sehr oft</p>
<p>Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte</p> <p><input type="radio"/> ja, sehr stark</p> <p><input type="radio"/> ja, aber nicht allzu stark</p> <p><input type="radio"/> etwas, aber es macht mir keine Sorgen</p> <p><input type="radio"/> überhaupt nicht</p>	<p>Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren</p> <p><input type="radio"/> ja, stimmt genau</p> <p><input type="radio"/> ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte</p> <p><input type="radio"/> möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum</p> <p><input type="radio"/> ich kümmere mich so viel darum wie immer</p>
<p>Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen</p> <p><input type="radio"/> ja, so viel wie immer</p> <p><input type="radio"/> nicht mehr ganz so viel</p> <p><input type="radio"/> inzwischen viel weniger</p> <p><input type="radio"/> überhaupt nicht</p>	<p>Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein</p> <p><input type="radio"/> ja, tatsächlich sehr</p> <p><input type="radio"/> ziemlich</p> <p><input type="radio"/> nicht sehr</p> <p><input type="radio"/> überhaupt nicht</p>
<p>Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf</p> <p><input type="radio"/> einen Großteil der Zeit</p> <p><input type="radio"/> verhältnismäßig oft</p> <p><input type="radio"/> von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft</p> <p><input type="radio"/> nur gelegentlich / nie</p>	<p>Ich blicke mit Freude in die Zukunft</p> <p><input type="radio"/> ja, sehr</p> <p><input type="radio"/> eher weniger als früher</p> <p><input type="radio"/> viel weniger als früher</p> <p><input type="radio"/> kaum bis gar nicht</p>
<p>Ich fühle mich glücklich</p> <p><input type="radio"/> überhaupt nicht</p> <p><input type="radio"/> selten</p> <p><input type="radio"/> manchmal</p> <p><input type="radio"/> meistens</p>	<p>Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand</p> <p><input type="radio"/> ja, tatsächlich sehr oft</p> <p><input type="radio"/> ziemlich oft</p> <p><input type="radio"/> nicht sehr oft</p> <p><input type="radio"/> überhaupt nicht</p>
<p>Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen</p> <p><input type="radio"/> ja, natürlich</p> <p><input type="radio"/> gewöhnlich schon</p> <p><input type="radio"/> nicht oft</p> <p><input type="radio"/> überhaupt nicht</p>	<p>Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen</p> <p><input type="radio"/> oft</p> <p><input type="radio"/> manchmal</p> <p><input type="radio"/> eher selten</p> <p><input type="radio"/> sehr selten</p>

Datum _____

Name: _____

Liebe Patientin, lieber Patient!

Im folgenden geht es um Ihre Behandlungsmaßnahmen sowie um die schmerzbedingte Arbeitsunfähigkeit

Wie viele **Termine** hatten Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen **bei Ihrem/n behandelndem/n Arzt/Ärzten?**

Keine ca. Termine

Wie häufig wurden bei Ihnen in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen **physikalische Maßnahmen** (Krankengymnastik, Massagen, Fango) durchgeführt?

Niemals ca. mal

Wurden Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen **im Krankenhaus behandelt?**

Nein ja ca. Tage

Haben Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen **eine Kur (Rehabilitationsmaßnahme) durchgeführt?**

Nein ja ca. Tage

Wie viele Tage waren Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen **arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?**

Niemals ca. Tage

Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB)

(© Neuberger & Allerbeck 1991)

Liebe Patientin, lieber Patient!

Im folgenden möchten wir etwas über Ihre berufliche Situation erfahren.

Bitte gehen Sie die einzelnen Bereiche durch und kreuzen Sie an, wie zufrieden Sie jeweils mit diesem Bereich sind. Auf der Skala bedeutet ein Kreuz ganz links, dass Sie sehr zufrieden sind, wenn Sie ganz rechts ankreuzen, drücken Sie damit aus, dass Sie mit diesem Bereich sehr unzufrieden sind. In den Kreisen zwischen den beiden Endpunkten können Sie das Ausmaß Ihrer Zufriedenheit/Unzufriedenheit gestuft angeben.

1. Kollegen: Gemeint sind **Kolleginnen und Kollegen**, mit denen Sie unmittelbar zusammenarbeiten und arbeitsbezogenen Kontakt haben.

Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Kollegen ?

sehr
zufrieden

sehr
unzufrieden

2. Vorgesetzter: Gemeint ist Ihr **unmittelbarer Vorgesetzter**, der Ihnen Anweisungen geben und Sie kontrollieren kann.

Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Vorgesetzten ?

sehr
zufrieden

sehr
unzufrieden

3. Tätigkeit: Gemeint ist der **Inhalt** Ihrer Tätigkeit, die Art Ihrer Arbeitsaufgaben.

Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Tätigkeit ?

sehr
zufrieden

sehr
unzufrieden

4. Arbeitsbedingungen: Gemeint sind die **Bedingungen**, unter denen Sie arbeiten (z.B. Hilfsmittel, Arbeitsraum, Umgebung, Lärm, etc.).

Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit den Arbeitsbedingungen?

sehr
zufrieden

sehr
unzufrieden

5. Organisation und Leitung: Gemeint ist, wie Sie die **Firma als Ganzes** sehen, wie die Zusammenarbeit zwischen den Bereichen und Abteilungen funktioniert, wie Sie Vorschriften und Regeln, Planung und Information und die Leitung der Firma beurteilen.

Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit der Organisation und Leitung?

sehr
zufrieden

sehr
unzufrieden

6. Eigene Entwicklung: Gemeint ist Ihr **persönliches Vorwärtkommen** (Ihre bisherigen und zukünftigen Möglichkeiten zum Aufstieg, zur Weiterbildung und zur Übernahme von verantwortungsvolleren Aufgaben. Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Entwicklungsmöglichkeiten ?

sehr zufrieden sehr unzufrieden

7. Bezahlung: Gemeint ist die **Höhe Ihrer Bezahlung**, die Sie für Ihre Arbeit erhalten (einschließlich Zulagen, Zuschlägen, 13. Monatsgehalt). Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Bezahlung ?

sehr zufrieden sehr unzufrieden

8. Arbeitszeit: Gemeint ist **Einteilung** der Arbeitszeit. Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitszeit?

sehr zufrieden sehr unzufrieden

9. Sicherheit des Arbeitsplatzes: Wie hoch schätzen Sie die Sicherheit ein, Ihren **Arbeitsplatz zu behalten** ?

sehr hoch sehr niedrig

10. Gesamtbeurteilung: Wenn Sie nun alles bedenken, was für Ihre Arbeit eine Rolle spielt, wie zufrieden sind Sie dann **insgesamt** mit Ihrer Arbeit?

sehr zufrieden sehr unzufrieden

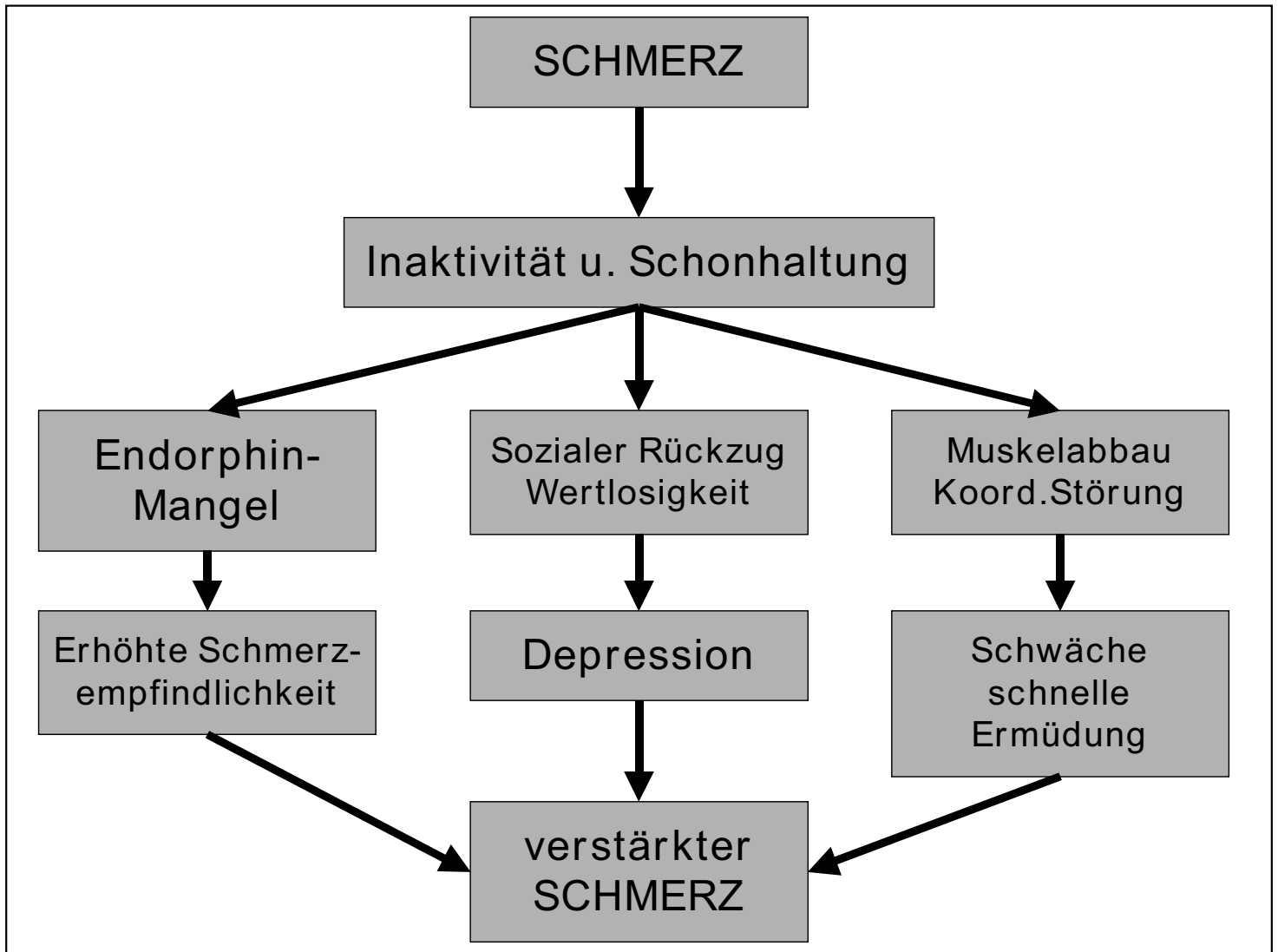
Ab hier nicht mehr ausfüllen !

Summenscore

Sicherheit

Frg. 10

Zum GRIP-Konzept



Inhalte der psychologischen Behandlung

Informationen über das Schmerzleitungs-System
Zusammenhang zwischen Schmerz und
Psychologie
Rolle der Muskelspannung
Stress und Schmerz
Suche nach Schmerz-Auslösern
Schmerz in den Hintergrund treten lassen
Lebensfreude / Genuss
eigenes Verhalten / Persönlichkeit
Krankheitsbewältigung
Lernprozesse beim Schmerz-Erleben

GRUPPENREGELN

Schweigepflicht
Den anderen ausreden lassen
Es kann nur einer reden
Zuhören (keine Missachtung)

Was ist SCHMERZ ?



**Schmerz ist eine sinnvolle
Körperreaktion,
die dem Menschen das
Überleben sichert !**

Argumente gegen das „Klingelknopf“-Modell

1. Nervendurchtrennungen (Phantomschmerzen)
2. Untersuchungen an amerikanischen Frontsoldaten
3. Stress-Analgesie
4. Aufmerksamkeit / Ablenkung
5. Fakir
6. Placebo

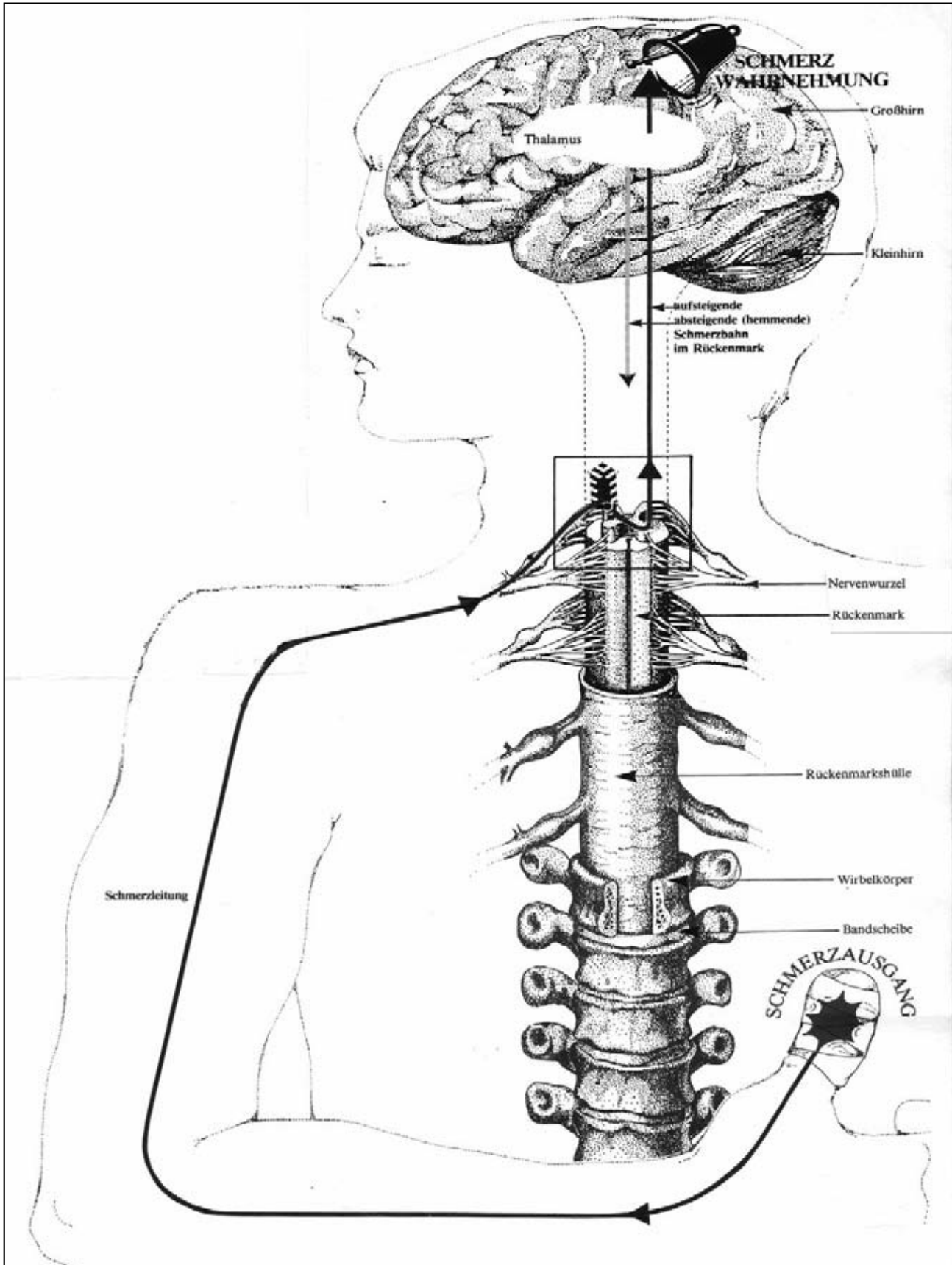
Zusammenfassung

- Das Schmerzerleben ist nicht allein von der organischen Schädigung abhängig.
- Das Schmerzerleben wird durch psychische Faktoren wie Aufmerksamkeit, Bewertung, Erfahrung, Gefühle mitbestimmt.
- Das Schmerzerleben ist abhängig von der aktuellen Situation und der übergreifenden sozialen Situation, da beides Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit hat.
- Je länger der Schmerz andauert, umso größer ist der Einfluss der genannten Faktoren.

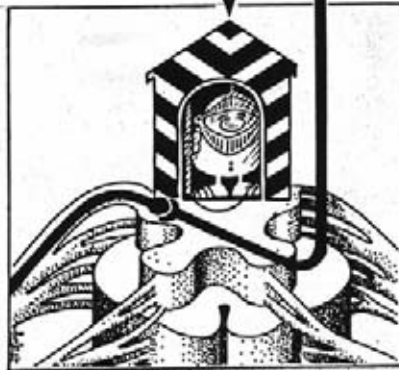
Fakir



Schmerzleitung



hemmende Bahnen
inaktiv



Schmerzleitung
aktiv

**Tor geöffnet:
Größere Schmerzempfindung**

- Angst
- Einsamkeit
- Depressivität
- Lebenskrisen
- Stress
- Inaktivität

hemmende Bahnen
aktiviert



Schmerzleitung
inaktiv

**Tor geschlossen:
Geringere Schmerzempfindung**

- extreme Angst oder Streß
- Ablenkung
- Entspannung
- Aktivität

Beispiele für schmerzverstärkende Gedankenmuster

Stellen Sie sich einen Menschen vor, dem verständlicherweise in Zeiten des Schmerzes folgende Gedanken durch den Kopf gehen:

Hoffentlich ist es bald weg!

Warum immer ich?

Verdammt noch mal, geht es schon wieder los!

Was kann ich tun, damit es nicht passiert?

Reiß Dich zusammen!

Stell Dich nicht so an!

Jetzt bloß keine Fehler!

Hoffentlich merkt das keiner!

Die anderen werden mich nie verstehen!

Hätt ich mich doch nicht wieder übernommen!

Ich bin ein Versager!

Das geht über meine Kräfte.

Mir kann sowieso keiner helfen.

Mit welchen anderen Gedanken könnte sich dieser Mensch das Leben leichter machen? Welche Vorschläge hätten Sie?

Beispiele für hilfreiche Gedanken

Das geht bestimmt weg.

Das haben andere auch.

Du bist nicht allein.

Tu was dafür

Tu dir was gutes

Komm´ langsam in Gang

Ich fang heute mit kleinen Schritten an.

Versuch, Dich zu akzeptieren.

Mit anderen Menschen reden, gerade weil ich nicht so fitt bin.

Familie und Freunde verstehen mich.

Niemand ist ein Versager

Mit halber Kraft geht es auch.

Ich mach jetzt das Beste aus der Situation.

Ich bleib aktiv.

Ablenkung, versuch, Dich auf etwas anderes zu konzentrieren.

Kein Mensch ist unfehlbar.

Ich darf auch schwach sein.

Warum soll mir keiner was anmerken, was gewinne ich dadurch?

Such Dir eine Selbsthilfegruppe oder Gleichgesinnte.

Teil Dir Deine Kräfte ein.

Es gibt immer einen Weg.

Aktiv sein und Hoffen!

Es wird schon wieder.

Ich stehe zu mir und zu meinem Rücken.

Aktivität ist gut, ich dosiere sie sorgfältig.

Ich trau mir was zu.

Ich setz mir heute kleine Ziele/ Etappenziele/ Teilerfolge.

Weniger ist mehr.

Einstellungen / Grundannahmen

Hier einige Aussagen, die Rückschlüsse auf eigene Einstellungen / Grundannahmen erlauben:

Die Leute denken schlecht über mich, wenn ich einen Fehler mache.

Wenn ich nicht ständig gut bin, werden die anderen mich nicht achten.

Es ist möglich, die Achtung einer anderen Person zu gewinnen, ohne für irgendwas talentiert zu sein.

Wenn ein Mensch um Hilfe bittet, dann ist das ein Zeichen für Schwäche.

Wenn ich nicht so gut wie die anderen Menschen bin, dann bin ich nichts wert.

Wenn man etwas nicht richtig und perfekt tun kann, dann hat es überhaupt keinen Sinn, damit anzufangen.

Wenn jemand nicht meiner Meinung ist, mag er mich wahrscheinlich nicht.

Wenn ich eine wertvolle Person sein will, muss ich in mindestens einem Gebiet herausragend sein.

Ich kann glücklich sein, ohne von anderen Personen geliebt zu werden.

STRUKTUR / STRESS - MODELL

Beschreibung der Situation:

Gedanken (Was denke ich in dem betreffenden Moment ?)

Gefühle (Was fühle ich in dem betreffenden Moment ?)

Körperreaktionen (Wie reagiert mein Körper ?)

Verhalten (Was tue ich, was tue ich nicht?, evtl. Konsequenzen ?)

Tipps für gute Tage

Ansprüche und Belastungen dosieren.

Pausen im Leistungshoch

Ermüdungsgrenzen wahrnehmen und beachten

Keulen, bis „es nicht mehr geht“, bringt nix.

Gute Tage sind prima zum Üben und trainieren.

An schlechten Tagen....

Aktiv bleiben!

In Bewegung bleiben!

Beides hilft, um sich Ablenken zu können und Verkrampfungen zu lösen



Sich den Tag in kleine Portionen aufteilen,
kleine überschaubare Arbeitsschritte planen,
„Ich erledige in Ruhe ein Ding nach dem anderen.“



Sich die Erlaubnis geben, regelmäßig Kurzpausen zu machen.
Sich Genussinseln schaffen.
Arbeiten delegieren.



Freundlicher Umgang mit sich selbst, sich ermutigen, aber nicht sich antreiben.

Gedanken wie: „Stell dich nicht so an!“, „Reiß dich zusammen!“, „Das Tagespensum muss geschafft werden!“ helfen nur kurzfristig, um sich aufzuraffen, führen dann aber zu Verkrampfung und Schmerzzunahme.

Grübeln hilft nix, macht schwer, resigniert und unbeweglich!

Thema: Rückschläge vermeiden

**Was hat sich im Verlaufe des Programms als hilfreich erwiesen?
Was sollte ich also zuhause weiter machen, wie kann das konkret
aussehen?**

Was will ich tun?

wann

wo

wie

wie oft

mit wem.....

Was könnte mich daran hindern, meine Vorsätze umzusetzen? Welche Hindernisse könnten mich aufhalten?

Wie könnte ich diese Hindernisse überwinden?

Rückschläge werden sich wahrscheinlich nicht völlig vermeiden lassen, die entscheidende Frage ist: wie überwinde ich sie möglichst gut?

Wie habe ich (im Verlaufe des GRIP) Krisen und Rückschläge überwunden?

Was sollte ich also zuhause bei Krisen und Rückschlägen ganz konkret machen:

- wie sollte ich mich verhalten?
 - was sollte ich nicht tun?
 - was sollte ich lieber nicht denken?
 - statt dessen sollte ich mir sagen.....?
- bei wieder etwas vermehrt auftretenden Schmerzen (z.B. nach langem Sitzen, langer Gartenarbeit...):

- bei wieder auftretenden starken Schmerzen:

Wann kann ich mich entspannen?

Bei einem warmen Bad?
Auf dem Sofa?
Im Fernsehen läuft ein Naturfilm?
Bei Musik?
Beim Lesen?

→ Auf jeden Fall brauche ich etwas Zeit dafür!

An welchen körperlichen Signalen kann ich Entspannung feststellen?

Die Muskeln werden locker.
Der Körper ist angenehm warm.
Ich kann mich hängen lassen,
der Körper fühlt sich etwas schwerer an.
Ich denke an nichts mehr.
Ich bekomme neue Kraft

Diese Körperreaktionen werden von einem Teil des Nervensystems gesteuert, der sich das

autonome

oder auch

vegetative Nervensystem

nennt.

Vegetatives Nervensystem

Das vegetative Nervensystem steuert viele Vorgänge im Körper, unter anderem die Organfunktionen. Es hängt eng mit dem Gefühlsleben zusammen.

Dieser Zusammenhang wird in vielen Redewendungen deutlich:

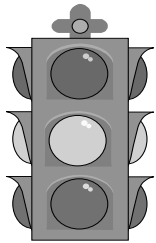
„Das ist mir aber auf den Magen geschlagen.“
„Diese Sache geht mir an die Nieren.“
„Ich war vor Schreck wie gelähmt.“
„Ich hatte vor Aufregung ganz weiche Knie.“
„Seine Antwort war wie ein Schlag ins Kreuz.“
„Er hat vor Angst geschwitzt.“
„Herzklopfen vor Freude.“
„Schmetterlinge im Bauch.“

Schmerz, anhaltende körperliche oder psychische Belastung führen dazu, dass das vegetative Nervensystem auf Daueralarm schaltet.

Daueralarm



Erschöpfungsreaktion

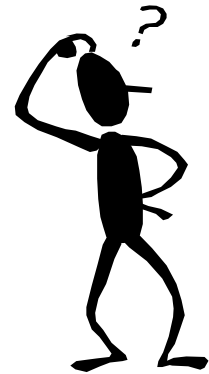
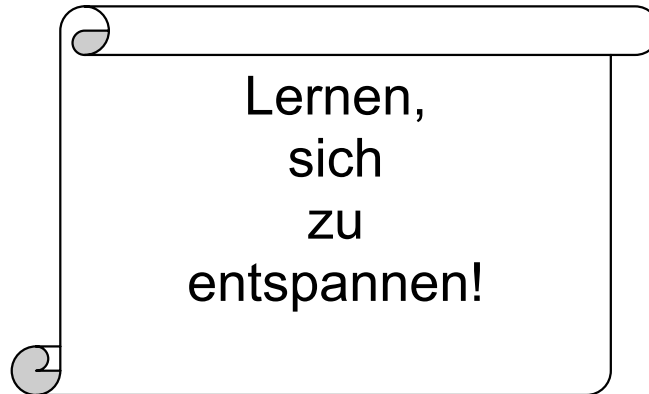


Warnsignale

allgemeine Gereiztheit
Nervosität und Unruhe
Grübeln
„nicht mehr abschalten können“
Schlafprobleme
„sich ausgelaugt fühlen“
Konzentrationsstörungen
Absinken des Selbstwertgefühls
Angst und Traurigkeit
manchmal auch vermehrte
Medikamenteneinnahme oder
zunehmender Gebrauch von Alkohol

Progressives Muskelentspannungstraining nach Jacobson

Spätestens wenn die o.g. **Warnsignale** auftauchen, ist es an der Zeit, etwas zu unternehmen, z.B. ...



Entspannen, aber wie?

Voraussetzungen !

Üben, üben, üben.....

Wie oft?

Lieber kurz und oft, als wenig, lang und verkrampt. Zu langes Üben kann zu Verkrampfungen führen („Jetzt muss es doch mal klappen“).

Wann?

Üben Sie möglichst zu einem festen Zeitpunkt innerhalb des Tagesrhythmus. Bauen Sie das Training fest in den Tagesablauf ein.

Wo?

Suchen Sie sich einen Ort, an dem Sie sich ungestört fühlen. Er sollte möglichst ruhig sein, denken Sie aber daran, dass ein gewisses Maß an Störungen normal ist.

Übungen

Übungsfolge:

Rechte Hand zur Faust ballen.

Rechten Arm anwinkeln, Oberarm ist angespannt.

Linke Hand zur Faust.

Linken Arm anwinkeln, Oberarm ist angespannt.

Stirn in Falten ziehen, Augenbrauen nach oben ziehen.

Augenlider zusammenpressen und Nase rümpfen.

Lippen anspannen.

Kiefermuskeln anspannen (Zunge gegen den Gaumen drücken).

Hals vorsichtig anspannen (Kopf einziehen und „dicken“ Hals machen).

(Kopf vorsichtig in Richtung rechte Schulter legen

Kopf vorsichtig in Richtung linke Schulter legen.)

Schultern anspannen: im Liegen Schulterblätter nach hinten wölben, im Sitzen Schultern leicht hochziehen.

Bauchmuskeln anspannen, als ob ein leichter Schlag abgefangen werden soll.

Rücken vorsichtig in Richtung Hohlkreuz bewegen.

Oberschenkel, Unterschenkel und Gesäß anspannen. Fußspitzen werden dabei zum Körper gezogen.

→ Bei jedem Ausatmen etwas mehr loslassen.

→ Spüren Sie nach, wo sich der Körper jetzt besonders angenehm anfühlt.

Wie wird's gemacht?

Vorgehen:

1. Muskeln kurz anspannen (2 Atemzüge).
Dabei der Spannung „nachspüren“.
2. Muskeln loslassen (4-6 Atemzüge) und wieder dem angenehmen Gefühl der Entspannung „nachspüren“.

Wenn es ´mal nicht klappt?

Beim Üben sind Formtiefs normal. Ärger, Aufregung und Schmerz können zeitweise den Fortgang der Übungen stören. Trotzdem nicht entmutigen lassen und dabei bleiben. Der gewünschte Entspannungszustand stellt sich häufig erst nach einer längeren Übungszeit ein.

Aufpassen!!!

Nur leicht anspannen
nie in den Schmerz hinein
anspannen
Atmung fließt auch bei
Anspannung weiter.
Entspannungsphase immer
deutlich länger als
Anspannungsphase halten.

Und danach?

Das Muskelentspannungstraining sollte mit einer willentlichen, aktiven Rücknahme abgeschlossen werden.

Das heißt: Arme und Beine etwas strecken, tief durchatmen, Augen öffnen!

Erfolgt die aktive Rücknahme nicht oder nicht stark genug, kann es zu unangenehmen Gefühlen wie Kopfschmerzen, Schwindel oder einer allgemeinen Müdigkeit nach dem Aufstehen kommen. Aber: Die Rücknahme ist nicht notwendig, wenn Sie direkt nach der Übung schlafen wollen.