



Kognitive Verhaltenstherapie bei türkischsprachigen Patienten mit chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates

Brigitta Wössmer, Marina Sleptsova

Abteilung für Psychosomatik, Universitätsspital Basel

Kognitive Verhaltenstherapie bei türkischsprachigen Patienten mit chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates

Thérapie cognitivo-comportementale avec des patients turcs souffrant de douleurs chroniques de l'appareil locomoteur

Cognitive behavioral therapy in Turkish-speaking male and female patients with chronic pain of the locomotor system

Quintessenz

● Herkömmliche Verhaltenstherapien zur aktiven Schmerzbewältigung richten sich an Menschen mit mindestens durchschnittlicher bis guter Schulbildung und unterscheiden sich in ihrer Auslegung kaum für Männer und Frauen. Was für Patienten aus der westlich-urbanen Welt angemessen ist, erweist sich mitunter für solche aus anderen Kulturkreisen als untauglich. Besonders deutlich hat sich dies in Basel gezeigt, der zweitgrössten Stadt der Schweiz, industriell geprägt und mit einer überdurchschnittlich hohen Zahl von Zuwanderern aus der Türkei. Aufbauend auf bestehende Konzepte wurde deshalb versucht, für solche Menschen Lösungen für eine adäquate Psychotherapie zur Bewältigung chronischer Schmerzen zu finden.

Quintessence

● *Les thérapies comportementales visant à maîtriser activement la douleur s'adressent à des personnes ayant une formation scolaire moyenne à bonne, et il n'y a aucune différence entre hommes et femmes dans leur conception. Ce qui est adapté au monde occidental urbain se révèle inadéquat pour les personnes d'autres cercles culturels. Cela s'est vérifié particulièrement nettement à Bâle, la seconde ville de Suisse, très industrialisée et comptant un nombre de migrants turcs supérieur à la moyenne. Nous avons tenté sur la base des concepts existants de trouver pour de telles personnes des solutions de psychothérapie adéquates pour maîtriser leurs douleurs chroniques.*

Traduction Dr G.-A. Berger

Summary

● Traditional behavioral therapies for active pain management are aimed at people with at least average to good schooling and, in interpreting their results, do not differentiate to any great extent between males and females. What is appropriate for patients from Western-urban cultures is found to be unsuitable for less educated people from other cultures. This has emerged with particular clarity in Basel, Switzerland's second largest city, an industrial centre with an above-average number of immigrants from Turkey. We have therefore attempted, on the basis of existing concepts, to devise an appropriate psychotherapy for the management of chronic pain in these patients.

Translation R. Turnill, MA

Einleitung

Eine westliche Seele in einem westlichen Körper – darauf sind alle herkömmlichen CBT-Programme (Cognitive Behavioral Therapy, kognitive Verhaltenstherapie) ausgerichtet. Sie gehen davon aus, dass Patienten lesen und schreiben können, dass sie Denken und Fühlen voneinander zu trennen vermögen, dass eine Vorstellung existiert, der zufolge das Verhalten individuell kontrollierbar ist, und dass jeder Mensch seine Rolle in der Gesellschaft selber bestimmen kann. Zudem gelten diese Voraussetzungen in mehr oder weniger gleicher Weise für Männer und Frauen.

Was sich bei Menschen westlicher Herkunft bewährt hat, funktioniert aber offensichtlich bei bestimmten Gruppen von Patienten aus anderen Kulturen wesentlich schlechter. In Basel trat dieses Problem besonders klar bei der Arbeit mit Personen aus der relativ grossen türkischsprachigen Bevölkerungsgruppe zutage. Die Basler Wohnbevölkerung besteht zu 28% aus Nichtschweizern. Die meisten davon sind italienische Staatsangehörige, die oft schon in zweiter und dritter Generation in der Schweiz leben, zweisprachig aufgewachsen und somit quasi «helvetisiert» sind. Etwa 4,4% (8155 Personen im Jahr 2001) der Gesamtbevölkerung Basels

* CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 838 oder im Internet unter www.smf-cme.ch.

* Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 839 ou sur internet sous www.smf-cme.ch.

oder 15,5% der ausländischen Wohnbevölkerung sind türkischsprachig. Die meisten von ihnen beherrschen die deutsche Sprache, inklusive des Schweizerdialektes, nicht oder kaum. Die Arbeitslosigkeit innerhalb der türkischen Bevölkerung beträgt 20% gegenüber 3,1% im schweizerischen Durchschnitt. Fast 9% aller Patienten im schweizerischen Gesundheitswesen sind türkischsprachig, das ist die zweitgrösste Gruppe hinter den Schweizern. Es drängt sich deshalb auf, sich gezielter um diesen Personenkreis zu kümmern.

Patienten, Material und Methode

Türkische Patienten mit chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates

Den typischen türkischen Patienten mit chronischen Schmerzen gibt es nicht, genauso wie es keinen typischen schweizerischen oder deutschen Schmerzpatienten gibt. Es kann meist nicht genau definiert werden, auf welche einzelnen Ursachen die momentane gesundheitliche Situation zurückzuführen ist. Oft lassen sich mehrere Faktoren identifizieren, die auf unterschiedlichen Zeitachsen wirksam sind. Diese sind geringes Einkommen (Stichwort «working poor»), mangelnde Schulbildung, schlechte Sprachkenntnisse und oft schwere physische Arbeiten, die ohne genaue Anleitung und Instruktion verrichtet werden müssen. Insofern ist es für diese Patientengruppe typisch, dass mehrere Belastungen zusammenkommen, unter deren Gewicht dann irgendwann einmal der einzelne oder das Familiengefüge zusammenbrechen. Gerade die chronisch wirksamen sprachlichen und psychosozialen Probleme der Migranten aus der Türkei bergen ein hohes Chronifizierungsrisiko für muskuloskeletale Schmerzen, die oftmals von psychiatrischen Folgekrankheiten wie etwa Depressionen oder Angststörungen begleitet werden.

Unter den langfristig wirksamen Risikofaktoren spielt der Analphabetismus eine wesentliche Rolle: Der Anteil analphabetischer Patienten (30% Frauen, 14% Männer) ist im Vergleich zum Rest der Schweizerbevölkerung sehr hoch. Analphabetismus und das Fehlen selbst rudimentärster Deutschkenntnisse führen dazu, dass Einwanderer aus der Türkei in der Schweiz häufig in einer sehr abgeschlossenen kleinen Welt leben, hermetischer noch als in ihrer Heimat und nicht zu vergleichen mit dem Leben in den westlich orientierten türkischen Grossstädten wie etwa Istanbul, Izmir oder Ankara.

Wesentliches Element der meisten Therapieansätze bei Patienten mit chronischen Schmerzen ist die Wiederherstellung der Überzeugung, dass eigenes Verhalten die Schmerzen beeinflussen kann (Selbsteffizienz). Wie soll dieses Ziel erreicht werden, wenn Patienten entweder nicht

schreiben können oder aber völlig perplex reagieren, wenn man sie bittet, Aussagen zu sich selbst, zu ihrer körperlichen oder emotionalen Befindlichkeit zu machen?

Typische verhaltenstherapeutische Interventionen beruhen auf dem Prinzip der Steigerung von Selbsteffizienz. Ein wesentlicher Teil solcher Interventionen besteht in der Vermittlung von Informationen. Gerade dieser Teil richtet sich an Menschen, die eine westliche Schulbildung genossen haben, die mit den hiesigen didaktischen Mitteln vertraut sind und Nutzen daraus ziehen können. Sie haben auch gelernt, von einem generellen Beispiel auf eine individuelle Situation zu schliessen. Die Therapie setzt induktive und deduktive Denkmuster voraus. Diese sind bei Patienten aus der Türkei aber oft nicht gegeben, nicht etwa aufgrund mangelnder Intelligenz, sondern – nach unserer Überzeugung – durch weitgehend fehlende Schulbildung.

Herkömmliche Schmerzbewältigungstherapien mit Migranten aus der Türkei zeigten deshalb bisher kaum Erfolg. Der Enthusiasmus vieler Therapeuten kühlte wegen der schlechten Erfahrungen sehr schnell ab, Therapieangebote wurden nicht fortgesetzt oder nicht konsequent evaluiert.

Unterschiedliche Voraussetzung für Frauen und Männer

Da viele Menschen aus der Türkei in der Schweiz in sehr traditionellen Gesellschafts- und Rollenstrukturen – sozusagen «türkischer als türkisch» – leben, bestehen bei Männern und Frauen sehr unterschiedliche Bedingungen. Dem muss in der Konzeption der Therapie Rechnung getragen werden. Frauen waren, wenn überhaupt, selten mehr als fünf Jahre in der Schule, sie neigen dadurch kaum zu Selbstreflexion oder abstraktem Denken, sie sind ausserhalb ihrer von der Gesellschaft zugeteilten Rolle sehr unsicher und zeigen oft eine sogenannte «erlernte Hilflosigkeit». Wenn dieses rollentypische Verhalten mit einer klinischen Depression zusammentrifft, resultiert daraus ein extrem passives Verhalten, in dem sich praktisch keine aktiven Bewältigungsstrategien finden lassen.

Männer dagegen sind seltener Analphabeten, haben in der Regel acht bis zehn Jahre die Schule besucht, zeigen eine gewisse Fähigkeit zur Selbstreflexion, sie kennen die «Welt da draussen» besser und sind empfänglicher für kognitive Konzepte. Sie haben genauere Kenntnisse der modernen Medizin, sprechen auf intellektuelle Herausforderungen besser an, etwa wenn man mit einem Anatomiebuch arbeitet, und definieren ihren Status über die eigene Arbeitskompetenz.

Kultursensitives CBT-Programm

Nach Abwägung all dieser Faktoren und aufgrund unserer klinischen Erfahrung wurde klar, dass herkömmlich gestaltete, übliche Psycho-

edukation und kognitive Verhaltenstherapie bei vielen türkischsprachigen Patienten mit chronischen Schmerzen nur bedingt Wirkung zeigen. Als Konsequenz dieser Beobachtungen setzten wir uns zum Ziel, ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Konzept zu entwickeln, von dem Patienten besser profitieren könnten.

Grundlage für unser Konzept einer kognitiven Verhaltenstherapie bei türkischsprachigen Personen war das Modell der «Psychologischen Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen» von Heinz-Dieter Basler et al. [1]. Dieses Programm erfuhr aber eine erhebliche Modifikation, da in den bisher veröffentlichten Untersuchungen nie mit Analphabeten gearbeitet wurde (Tab. 1 ↩).

Innovative Interventionselemente der CBT

Inhaltlich haben wir wesentliche Teile der CBT von Basler et al. [1] übernommen, diese aber didaktisch und inhaltlich an die Voraussetzungen und Bedürfnisse der Patienten angepasst. Angewendet werden klassische Elemente wie etwa die Patienteninformation über Schmerzmechanismen, Schmerzbewältigungsstrategien, die Rolle psychosozialer Faktoren oder depressiver Entwicklungen bei der Chronifizierung der Schmerzen sowie das Muskelrelaxationstraining nach Jacobson. Es wird auf kulturspezifische Themen wie Fremdsein und Migration eingegangen, wobei der Gesichtspunkt des Ausländerseins als sozialer Stress und dessen Bewältigung im Zentrum steht. Die Themen werden vor allem mit Hilfe kognitiver Umstrukturierung, mit Verhaltensexperimenten und Rollenspielen angegangen.

Eine wichtige innovative Rolle in jeder Sitzung spielt der physiotherapeutische Teil, der von Fachleuten geführt wird.

Psychoedukation

Während man in einem standardisierten CBT-Programm in der Psychoedukation davon ausgeht, dass die Patienten die vermittelte Information automatisch auf sich selbst übertragen und anwenden, muss man in der türkischen Gruppe verstärkt auf den Einzelpatienten eingehen und die Informationen anhand konkreter Beispiele erläutern.

Ein Fallbeispiel zum Thema Schonverhalten, Bewegungslosigkeit und Schmerz: Herr Haci K. klagte über Arm- und Schulterschmerzen. Die medizinischen Untersuchungen ergaben keine dem Leidensdruck entsprechenden Befunde. Der Patient hielt den Arm bewegungslos an seinem Oberkörper und bewegte ihn auch während des physiotherapeutischen Teils nicht. Nach einigen aufklärenden Interventionen betreffend Schonverhalten und Verspannungen, die sich über mehrere Sitzungen hinweg erstreckten, getraute sich der Patient, seinen Arm etwas zu bewegen. Dies vermittelte ihm die positive Erfahrung, «wieder mit beiden Armen essen und sich anziehen» zu können, die das psychotherapeutisch gesehen erwünschte Verhalten verstärkte. Auf der emotionalen Ebene wurde die hypochondrische Angst abgebaut, auf der physiologischen Ebene konnte der Arm durch ein konsequentes Training gestärkt und eine bessere Durchblutung erzielt werden, was wiederum eine Reduktion der Verspannungen und Parästhesien bewirkte. Analphabetismus, der vor allem bei jüngeren Frauen aus ländlichen Gegenden noch sehr verbreitet ist, führt dazu, dass Fragebogen, Folienpräsentationen oder Lehrbücher nutzlos sind, dass die Patientinnen keine Schmerztagebücher führen oder sich auch während der Therapie keine Notizen machen können. Lesen bedeutet aber noch viel mehr als nur einzelne Buchstaben zu einem Wort zusammenzufügen. Es bedeutet, in abstrakten Dimensionen denken und agieren

Tabelle. Vergleich verschiedener Studienpopulationen in bezug auf wesentliche soziodemographische Angaben.

	Basler et al. [1]	Williams et al. [2]	Turner, Jensen [3]	Wössmer, Sleptsova
Anzahl der Patienten	220*	45**	102	45
Alter	44,6	50,4	42	42,4
Geschlecht (% weiblich)	77,5	49	55	67
Durchschnittliche Schmerzdauer in Jahren	12,5	7,7	5,0	5,8
Analphabeten in %	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	29
Grundschule (5 Jahre) in %	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	51
Mittelstufe in %	43,9	60	keine Angaben	11
Gymnasium in %	29,1	13	80	7
Abitur in %	11,4	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben
Hochschulabschluss in %	16	keine Angaben	keine Angaben	2
Kein Arbeitsverhältnis in %	45	60	22	75,2

Die Angaben der türkischen Patienten in unserer Untersuchung bedeuten im Basler Schulsystem folgendes: Die Mittelstufe entspricht der Hauptschule (9 Jahre). Das Gymnasium gleicht der mittleren Reife in Deutschland.

* Die Zahlen in der Beschreibung der Stichprobe sind getrennt für Rückenschmerz- und Kopfschmerzpatienten angegeben. Wir haben für unseren Studienvergleich diese zwei Gruppen summiert.

** Hier wurden nur die Angaben der ambulanten Patienten (Outpatients) berücksichtigt.

zu können und schriftlich oder bildlich fixierte Inhalte zu verstehen. In der Frauengruppe führte zum Beispiel das Auflegen von Folien mit Abbildungen der Muskulatur des Rückens oder der Nervenbahnen im Zusammenhang mit Schmerzentsstehung regelmässig dazu, dass Frauen auf den Boden schauten und nicht auf die Leinwand, zu sehr scheint die Lernerfahrung des «Nichtverstehens» verankert. Vor der Wissensvermittlung muss also daran gearbeitet werden, dass türkische Frauen in unseren Gruppen sich überhaupt für fähig halten, abstraktes Allgemeinwissen aufzunehmen bzw. auf sich anzuwenden.

Wunderfrage

Zur Erarbeitung konstruktiver Copingstrategien bei Schmerzen führen die Patienten in den Standardprogrammen eine Verhaltensanalyse durch. Dies ist, wie bereits oben beschrieben, bei Analphabeten oder Patienten mit ungenügender Schulbildung kaum möglich. Dass jedem Verhalten eine kognitive und emotionale Verarbeitung der Situation vorausgeht und dass mit dem Erkennen und Verändern dieser Gedanken und Gefühle auch das Verhalten verändert werden kann, ist vielen türkischen Patienten zu abstrakt und schwer nachvollziehbar. Für unsere türkischsprachigen Patienten ist es meist eine absolut abwegige Idee, sich Gedanken über Gedanken zu machen. Auf die Frage: «Was denken Sie, wenn es schmerzt?», lautet die Antwort oft ziemlich ratlos: «Nichts». Schon das allein ist nicht möglich, da wir nie nicht(s) denken können. Um an die kognitiven Konstrukte der Patienten zu gelangen, arbeiten wir daher mit konkreten Situationen. Hierzu wird als eine einfache und nachvollziehbare Technik die sogenannte «Wunderfrage» angewendet. Die Patienten sollen sagen, was sie gerne tun würden, jetzt aber wegen der Schmerzen nicht mehr tun können. Die Patienten erarbeiteten somit persönliche Ziele, zu deren Erreichung sie lösungsorientiert vorgehen müssen. So sollen sie beispielsweise Tätigkeiten wieder aufnehmen, welche sie früher gerne ausgeübt haben, die heute aber durch die Krankheit verunmöglicht werden. Sie sollen Wege finden, diese Tätigkeiten trotz der Schmerzen wieder realisieren zu können. Dazu gehörte beispielsweise bei einer Patientin das Brotbacken, das sie aufgegeben hatte, weil das Kneten des Teigs ihr Schmerzen bereitete. Hierfür wurde gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten gesucht, etwa jemanden zum Kaffee einzuladen, der beim Kneten hilft. Die Ziele werden in Form von Bildern festgehalten, z.B. mit Ansichtskarten, welche die Patienten an bestimmten Orten wie etwa in der Küche aufhängen.

Rolle der Familie

Nun folgt die Frage: «Weshalb möchten Sie das wieder tun können?» Die Antworten können verschieden sein, wiederholen sich jedoch häufig:

«Um eine vollwertige Ehefrau/Mutter zu sein», «Um in der (türkischen) Gesellschaft nicht als faul oder unnützlich zu gelten» und auch, aber bei weitem nicht nur, «Weil es Spass macht». Diesem Umstand Rechnung zu tragen ist von entscheidender Bedeutung. Denn während Patienten aus unserem Kulturkreis ein relativ egozentrisches Weltbild haben und ihr Wohlbefinden vor allem über die sie direkt betreffenden Faktoren definieren, geschieht dies bei türkischen Patientinnen sehr oft über ihre Rolle in der Familie oder der Gesellschaft. Will heissen: «Die anderen denken, ich sei eine schlechte Mutter/Ehefrau, und deshalb geht es mir erst recht schlecht». Es ist deshalb nicht nur wichtig, direkt auf eine Linderung der Schmerzen hinzuarbeiten. Erleichterung erfährt die Patientin auch, wenn Wege gesucht und gefunden werden, die ihr das Gefühl vermitteln, dass sie den ihr zustehenden (oder oft auch zuteilten) Platz in der Gesellschaft wieder ausfüllen kann, ohne sich schämen zu müssen. Die lösungsorientierte Gruppenarbeit soll den Patientinnen auch zeigen, dass es verschiedene Wege und Umwege gibt, um dieses Ziel zu erreichen, oder, wenn das Ziel nicht mehr erreichbar ist, man die eigene Einstellung dazu ändern kann. In dieser Gruppenarbeit werden Ressourcen aktiviert, indem man gemeinsam nach Lösungen sucht, was für die Patientinnen ebenfalls eine positive Verstärkung ist. Zum Beispiel erörtert die Gruppe, was man denn tun könne, wenn das Teigkneten schmerze, oder das Heben der Pfannen den Rücken belastet. Besprochen wird aber auch, ob es denn wirklich nötig sei, alle Fenster alle zwei Wochen zu putzen. Die Patientinnen werden dadurch zu «Co-Therapeutinnen». Sie erarbeiten gemeinsam für jede Patientin konkrete Lösungsmöglichkeiten und erzählen sich in den folgenden Sitzungen, ob und wie sie funktioniert haben. Durch diese Gespräche und Vergleiche untereinander erarbeiten die Patientinnen Möglichkeiten, sich durch Ablenkung und Aktivität mehr Lebensqualität zu verschaffen. Sie lernen aber auch, um ein Beispiel zu nennen, dass man in den Augen der Schwiegermutter nicht unbedingt eine schlechte Mutter ist, wenn man den Kindern nicht zweimal täglich ein dreigängiges Menü kocht und daneben noch eine Vollzeitstelle als Putzfrau hat.

Integration

Als einer der belastendsten Faktoren für unsere Patientengruppe ist die schlechte Integration in die schweizerische Gesellschaft zu nennen, was sie häufig sehr stark isoliert und ihnen ein Gefühl von Hilflosigkeit gibt. Die grosse türkische Gemeinschaft in Basel mit ihren Läden, Kleingewerben und Fussballklubs, aber auch das oft sehr enge Eingebundensein vieler Frauen in ihre Familien gibt vielen Immigrantinnen die Möglichkeit, jahrelang in der Schweiz zu leben, ohne

auch nur ein paar Sätze deutsch zu lernen. Das geht gut, solange sie keinen Kontakt mit dem Arzt oder den Behörden haben müssen und solange in ihrem Leben nichts schief läuft. Teil der Therapie ist es daher, den türkischen Frauen die enorme Wichtigkeit der Integration bewusst zu machen und in ihnen den Wunsch zu wecken, die deutsche Sprache in Wort und Schrift zu erlernen und nicht nur in der «türkischen Welt» zu verkehren. Auch dies wird spielerisch getan. Man stellt sich in der Gruppe vor, dass eine Schweizer Familie in ein kleines, entlegenes Dorf in der Türkei ziehen würde. Was müssten diese Leute lernen? Welche Regeln müssten sie beachten? Was wird von ihnen erwartet? Anhand dieses Spiels vermögen Patienten nachher besser zu beurteilen, welche Kriterien und Ansprüche sie an Immigranten in ihrem Kulturkreis stellen würden und inwiefern sie diese Kriterien selber erfüllen. Des weiteren wird die Kommunikation mit den Ärzten thematisiert, anschliessend wird eine Checkliste zusammengestellt. Ein Fallbeispiel: Hasan O. leidet seit zwölf Jahren an chronischen Rückenschmerzen. Während dieser langen Zeit ärgerte er sich immer wieder über seinen Hausarzt, der ihm für die Sprechstunde keinen Dolmetscher zur Verfügung stellte. Die Idee, dass er selber dafür sorgen könnte, war ihm fremd. Anhand einer Parallelsituation – «ein Schweizer Patient in der Türkei, der kein Türkisch kann und zum Arzt geht» – wird ihm seine Stellung um einiges klarer. Vor seinem nächsten Arztbesuch rief er uns auf der Abteilung an und fragte nach einem Dolmetscher.

Hierarchie

Westeuropäische Patienten haben in der Regel in ihrem Selbstverständnis ihre eigene kleine Welt, in der sie Herr und Meister sind. Natürlich gibt es da Kinder, Partner, Schwiegereltern oder Arbeitgeber, daneben besteht aber immer noch das eigene, private Reich. Therapeuten können mit solchen Patienten sehr partnerschaftlich arbeiten, ja dies wird sogar gefordert. Bei türkischen Patienten ist das anders. Sie reihen sich automatisch in eine bestehende oder imaginäre Hierarchie ein, die nicht nur das Arbeitsleben, sondern selbst die allerprivatesten Bereiche beeinflusst. Frauen stehen in dieser Hierarchie von Anfang an schon relativ weit unten und sinken, wenn sie krank werden, noch tiefer, zumindest in ihrem eigenen subjektiven Selbstverständnis. Es wird deshalb von Therapeuten implizit erwartet, dass sie eine sehr klare Führungsrolle übernehmen, da sie in der Hierarchie viel weiter oben stehen. Ob einem das persönlich sympathisch ist oder nicht, als Therapeut kommt man nicht umhin, sich in das Wertesystem der Patienten einzuordnen.

Physiotherapie

Ein relativ grosser Teil der Intervention besteht aus Physiotherapie und aktiven Spielen, was das Körperbewusstsein steigern und von den Schmerzen ablenken soll. Mit unserem Dehnungs- und Lockerungsprogramm erzielen wir eine leichte Steigerung der allgemeinen körperlichen Kondition. Die interaktiven Spiele dienen dem Abbau der Ängstlichkeit in bezug auf Bewegung und Körper. Bestimmte Übungen werden gezielt nach den Bedürfnissen der Patienten vermittelt. So beklagen sich beispielsweise viele Frauen über mangelnde Durchblutung der Extremitäten, weshalb sich Hände und Füsse unangenehm kalt anfühlen. Dafür werden ihnen dann spezielle Übungen gezeigt, die sie auch zu Hause jederzeit anwenden können. Weiter berichten sowohl Frauen wie Männer oft von einer Schwäche in den Händen, so dass Frauen zu wenig Kraft für manuelle Tätigkeiten hätten oder Männer nicht einmal eine Dose öffnen könnten. Hierzu lernen die Patientinnen und Patienten Übungen zur Kräftigung der Hände. So klagte Frau Fatima S. dauernd über eine Schwäche in den Händen, so dass sie keinen Tee mehr kochen könne. Die Teekanne sei für sie zu schwer. Mit Hilfe gezielter Handübungen mit einem Tennisball und einem Gummiband sowie durch Aufklärung wurde die Patientin zu konsequentem Training der Hände motiviert. Ein einfaches, für die Patienten nachvollziehbares Beispiel für die Schwächung der Muskulatur ist, wenn man ein Bein oder einen Arm bricht und deswegen den betreffenden Körperteil eine Weile nicht bewegen darf. Nachdem man den Gipsverband entfernt hat, ist die Muskulatur deutlich kleiner und schwächer. Dank der physiotherapeutischen Übungen und der kognitiven Intervention konnte Frau Fatima S. gegen Ende der Therapie ihre Hände besser bewegen. Sie berichtete stolz, dass sie wieder Tee kochen könne. Der aufklärende Aspekt wird als besonders wichtig angesehen und findet bei den Patienten grossen Anklang.

Interventionszeit

Gegenüber anderen Therapiekonzepten wurde die Interventionsphase massiv verlängert, so dass sich dadurch auch soziale Kontakte bilden können, welche der Isolation der Menschen im Alltag entgegenwirken. Dabei wird zugleich betont, dass eine starke soziale Vernetzung das beste Mittel gegen Einsamkeit ist.

Dolmetscher

Wichtig ist ebenfalls die Zusammenarbeit mit sehr gut ausgebildeten Simultanübersetzern, die ihre eigene Person völlig aus der Therapie herauszuhalten vermögen und nicht familiär involviert sind.

Patientenunterlagen

Die Unterlagen zum Kurs werden ausschliesslich in türkischer Sprache abgegeben. Dies geschieht auch bei analphabetischen Patienten mit der expliziten Aufforderung, die Unterlagen zusammen mit Familienangehörigen, die lesen können, nochmals durchzugehen.

Evaluation von Interventionen mit türkischen Schmerzpatienten

Generell sind verlässliche Daten sehr schwierig zu erheben. Häufig sind Patienten selbst mit einfachsten Auswertungsverfahren überfordert. Mitteleuropäische Schmerzfragebogen enthalten oft Punkte, die für eine Mittelklassebevölke-

rung relevant sein mögen, nicht aber für einen grossen Teil der türkischsprachigen Schmerzpatienten. Eine Frage wie: «Wann waren sie das letzte Mal im Kino?», mag bei Schweizern berechtigt sein, unsere türkischsprachigen Patienten gehen aber auch dann nicht ins Kino, wenn sie gesund sind, weil sie ohnehin nichts verstehen. Statistische Verfahren aus der Türkei sind ebenfalls nur bedingt anwendbar, da der Bildungsstand der Türken in der Schweiz tiefer ist als derjenige der entsprechenden Kontrollgruppen in der Türkei. Dazu kommt der überall stark wirksame Hemmschuh des Analphabetismus, der jede schriftliche Datenerhebung massiv erschwert.

Korrespondenz:

Dr. phil. Brigitta Wössmer
lic. phil. Marina Sleptsova
Abteilung für Psychosomatik
Universitätsspital Basel
Hebelstrasse 2
CH-4031 Basel
Tel. 061 265 20 47
bwössmer@uhbs.ch
msleptsova@uhbs.ch

Literatur

- 1 Basler H-D, Beisenherz-Hahn B, Frank A, Gessler M. Chronische Kopf- und Rückenschmerzen. Psychologisches Trainingsprogramm. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 2001.
- 2 Williams AC, Richardson PH, Nicholas MK, Pither CE, Harding VR, Ridout KL, et al. Inpatient vs. outpatient pain management. Results of a randomised controlled trial. *Pain* 1996;66:13–22.
- 3 Turner JA, Jensen MP. Efficacy of cognitive therapy for chronic low back pain. *Pain* 1993;52:169–77.