

Schmerz 2024 · 38:132–138
<https://doi.org/10.1007/s00482-023-00728-3>
 Eingegangen: 31. März 2023
 Überarbeitet: 28. April 2023
 Angenommen: 2. Mai 2023
 Online publiziert: 11. Juni 2023
 © The Author(s), under exclusive licence to
 Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2023



Selbstwirksamkeitserwartung als zentrales Konzept in der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie

Begriffshorizont, Umsetzung, Erfassung und Grenzen

Benjamin Schönbach¹ · Lena Weniger¹ · Rainer Sabatowski^{1,2}

¹ UniversitätsSchmerzCentrum, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“, TU Dresden, Dresden, Deutschland

² Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“, TU Dresden, Dresden, Deutschland

In diesem Beitrag

- **Selbstwirksamkeitserwartung: Begriffsbestimmung und verwandte Konstrukte**
- **Selbstwirksamkeitserwartung in der Behandlung chronischer Schmerzen**
- **Selbstwirksamkeitserwartung in der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie**
- **Erfassung von Selbstwirksamkeitserwartungen allgemein und schmerzspezifisch**
- **Offene Fragen**
Begriffsdefinition und Übertragung auf die IMST · Erfassung
- **Ausblick**

Zusammenfassung

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung hat aufgrund seiner theoretischen Einbettung und empirischen Zusammenhänge zum Schmerzerleben eine hohe Relevanz für die auf Aktivität und Selbstregulation ausgerichtete interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMST). Dieses Potenzial wird auf Ebene der Konstruktdefinition durch Unschärfen und Überlappungen mit weiteren Konzepten begrenzt. Eine explizite Übertragung auf die Inhalte der IMST wurde bislang nicht vorgenommen. Mithilfe vorhandener Erfassungsinstrumente scheint nur ein geringer Teil dessen abbildbar, was eine IMST im Hinblick auf die Erhöhung schmerzspezifischer Kompetenzerlebens leisten kann. Perspektivisch sind eine Begriffsklärung durch den Einbezug von Patientinnen und Patienten und die Konzeption eines darauf aufbauenden Fragebogens angezeigt.

Schlüsselwörter

Selbstwirksamkeitserwartung/Konstruktdefinition · Interdisziplinäre Schmerztherapie · Chronischer Schmerz · Fragebogen · Selbstregulation

Selbstwirksamkeitserwartung: Begriffsbestimmung und verwandte Konstrukte

Die Konzeptualisierung des Begriffs „Selbstwirksamkeitserwartung“ entstammt dem Bereich der kognitiven Psychologie und geht auf Bandura zurück [1]. Im Kern ist sie die *Überzeugung, eine Situation durch eigene Kompetenzen bewältigen bzw. die dafür notwendigen Schritte einleiten zu können*.

In der sozial-kognitiven Theorie Banduras wird Selbstwirksamkeitserwartung maßgeblich durch vier Komponenten beeinflusst. Eigene positive Performanz-erfahrungen stärken als wichtigster und stabilster Faktor das Kompetenzerleben.

Weiterhin sind Modelllernen, Überzeugungen in Form von Selbst- und Fremdsuggestion und die Attribution emotionaler Zustände Einflussfaktoren. Selbstwirksamkeitserwartung ist entsprechend veränderbar und variiert hinsichtlich Ausmaß, Stärke und Generalisierbarkeit [1]. Selbstwirksamkeitserwartungen mediiieren, ob ein Verhalten initiiert wird, wie viel Anstrengung dafür aufgewendet wird und wie lange es trotz Hindernissen oder Rückschlägen aufrechterhalten wird [1, 2].

Bandura unterschied zwischen der beschriebenen Selbstwirksamkeits- und der Ergebniserwartung, also der Erwartung, dass ein bestimmtes Verhalten *theoretisch* zum gewünschten Ergebnis führen würde [1]. Ist die Ergebniserwartung hoch, die



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Selbstwirksamkeitserwartung zur erfolgreichen Ausübung des Verhaltens jedoch gering, kommt es nicht zum Verhalten bzw. einer Verhaltensänderung und umgekehrt. Eine wichtige Ergänzung erfährt diese Konzeption durch die Attributions-theorien [3, 4], die eine Aussage darüber treffen, inwieweit Ereignisse eigenem Handeln oder externen Gegebenheiten zugeschrieben werden.

» Selbstwirksamkeitserwartungen mediieren, ob ein Verhalten initiiert wird

Während Bandura Selbstwirksamkeitserwartungen als situationsspezifisch betonte, fassen Jerusalem u. Schwarzer [5] sie generalisierter auf und beschreiben sie als *Überzeugung, Herausforderungen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können*. Die Autoren gehen davon aus, dass Personen Erfolgs- und Misserfolgserlebnisse in spezifischen Situationen internal attribuieren. Über induktive und deduktive Prozesse hängen spezifische und allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungen zusammen. Die generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung kann hier im Sinne eines Persönlichkeitsmerkmals verstanden werden [5].

Überlappend zur Selbstwirksamkeitserwartung finden sich weitere verwandte Konstrukte, die wiederum teilweise wenig trennscharf voneinander formuliert sind. Diese betreffen unter anderem Optimismus und als Gegenpol erlernte Hilflosigkeit. Eine ausführliche Darstellung dieser und weiterer Überschneidungen findet sich bei Egger [2]. Außerdem wird auf eine Nähe zum Begriff Coping verwiesen, worunter alle kognitiven und verhaltensbezogenen Versuche der Bewältigung belastender Situationen verstanden werden [6].

Selbstwirksamkeitserwartung in der Behandlung chronischer Schmerzen

Das Verständnis chronischer Schmerzen und demzufolge die darauf gerichteten Behandlungsansätze waren bis in das 20. Jahrhundert an biomedizinischen Vorstellungen orientiert. Die wesentliche Zielstellung bestand in der Behandlung

der Grunderkrankung im Sinne einer organischen Störung mithilfe unimodaler, hauptsächlich passiver Ansätze [7]. Die Weiterentwicklungen in Richtung eines biopsychosozialen Modells von Gesundheit und Krankheit allgemein betonten selbstregulative Prozesse und Kompetenzen [2]. In der Auseinandersetzung mit chronischen Schmerzen waren insbesondere die Arbeiten Bonicas und Engels von zentraler Bedeutung [8, 9]. In neuen Behandlungspfaden wie der „functional restoration“ und dem Göttinger Rücken Intensiv Programm fanden aktivierende und auch psychotherapeutische Maßnahmen zunehmend Berücksichtigung [7].

Auf Grundlage dieses zunehmenden Verständnisses von Schmerzen als komplexes Wechselspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren haben die Untersuchung psychischer Einflussgrößen bezüglich der Chronifizierung und deren Beeinflussung in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung gewonnen [10, 11].

Selbstwirksamkeitserwartungen erwiesen sich als ein wesentlicher, das Schmerzerleben verringernder Faktor [12, 13]. In einer Metaanalyse berichteten Jackson et al. [14] negative Korrelationen der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeitserwartung mit Beeinträchtigung, Distress und Schmerzstärke. Die Arbeitsgruppe sah deshalb in diesem Konzept eine Schlüsselrolle hinsichtlich der Schmerzregulation.

Selbstwirksamkeitserwartung in der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie

Die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMST) wurde unter anderem durch die Arbeiten der gleichnamigen Ad-hoc-Kommission der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. auf den eben beschriebenen Grundlagen in den letzten Jahren zunehmend differenziert und gilt heute als Goldstandard der Behandlung chronischer Schmerzen [7, 15–17].

In den Therapiezielen der IMST konsentrierte die Ad-hoc-Kommission verschiedene Aspekte, die unter anderem die Selbstwirksamkeitserwartung betreffen. Sie sind als „Steigerung der Kontrollfähigkeit und des Kompetenzgefühls“ formuliert [16]. Eine Erhöhung des Kompetenzgewinns bezüglich der Schmerzer-

krankung und ein verbesserter Zugang zu eigenen Ressourcen sollten gemäß den bei Bandura und bei Jerusalem u. Schwarzer beschriebenen Rückkopplungsprozessen (Abb. 1) mit einer Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung einhergehen [1, 5]. In der weiteren Konkretisierung berufsprüfungsspezifischer Inhalte und Ziele der IMST wurden „die Motivation zu einem selbstverantwortlichen Krankheitsmanagement“ und „die Förderung von Selbstwirksamkeit durch aktive Schmerzbewältigung als Ersatz für eine medikamentenzentrierte Behandlung“ herauskristallisiert [15]. Im Rahmen dieser Zielstellungen sollen selbstregulative Prozesse durch Eigenaktivität gefördert werden.

Diese Ansatzpunkte finden sich nach klinischer Erfahrung aufseiten der Patientinnen und Patienten interdisziplinärer Einrichtungen im Wunsch nach *Hilfe zur Selbsthilfe* wieder. Dies umfasst die Vermittlung konkreter physiotherapeutischer oder Entspannungsübungen, die möglichst ohne Hilfsmittel oder andere Personen umsetzbar sind. Darüber hinaus sind damit Strategien im Umgang mit alltäglichen bzw. belastenden Herausforderungen gemeint. Ein großer Teil der zu Behandelnden resümiert zum Therapieende, vom Austausch mit anderen Betroffenen profitiert zu haben. Als hilfreich werden dabei insbesondere gegenseitige Anregungen zum Umgang mit den Schmerzen und der Austausch von Perspektiven beschrieben.

In der konkreten Behandlungsgestaltung sind alle Berufsgruppen an der Vermittlung von Möglichkeiten der Einflussnahme auf das Schmerzgeschehen beteiligt. Mithilfe von Übungen nimmt die Physiotherapie Einfluss auf funktionelle Aspekte. Außerdem wird unter Berücksichtigung der aktuellen Belastbarkeit die Kondition sukzessiv gesteigert. Sensus der Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura bedeutet dies, dass relativ kurzfristig positive Effekte körperlicher Aktivität im Sinne eines Performanzerfolgs spürbar werden [1]. Parallel dazu können emotional aversive Zustände, beispielsweise Bewegungsängste, abgebaut werden. In Abb. 1 sind die naheliegenden Zusammenhänge mit der Theorie Banduras illustriert. Psychotherapeutisch stehen Ansatz-

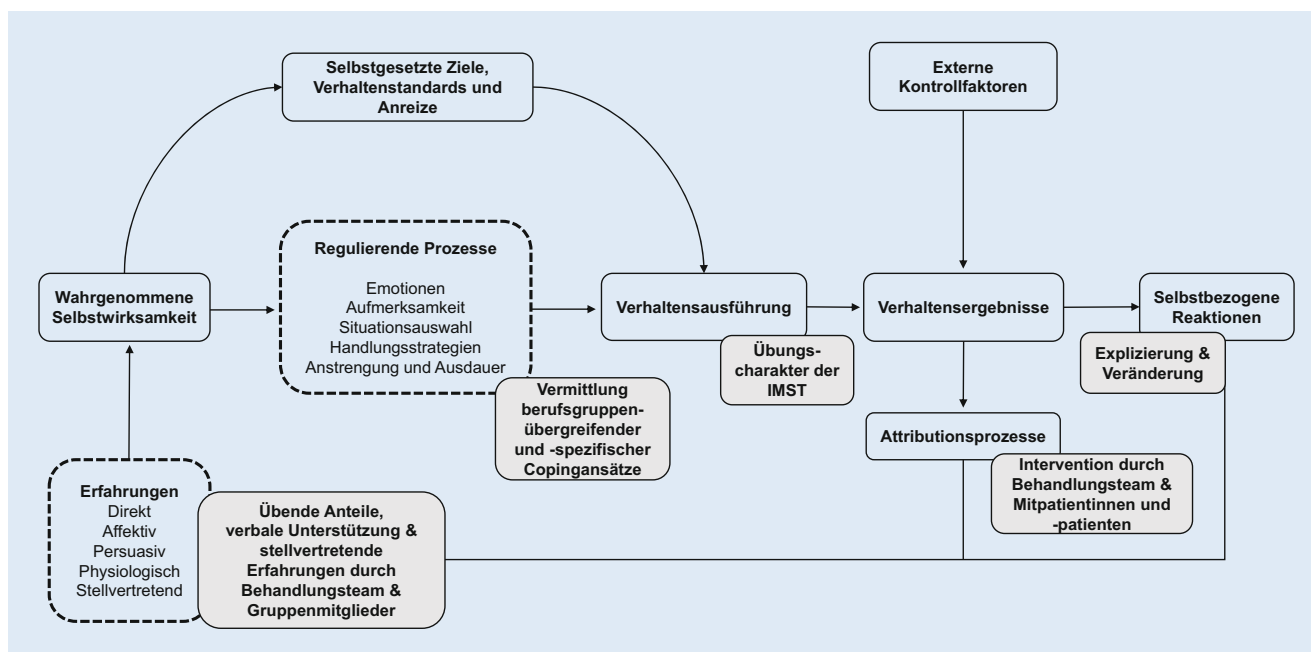


Abb. 1 Die sozial-kognitive Theorie von Bandura (blaue Felder) und ihre Übertragung auf die IMST (graue Felder). IMST=interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie. (Modifiziert nach Egger [2])

punkte der Stress- und Emotionsregulation im Mittelpunkt. Daneben werden Verhaltensmuster bewusster und damit der Veränderung zugänglich. Zudem spielen gerade vor dem Hintergrund der gruppentherapeutischen IMST-Umsetzung stellvertretende Erfahrungen eine wesentliche Rolle. Im ärztlichen Bereich findet eine Einordnung somatischer Befunde im Zusammenhang mit dem Krankheitsverhalten und Kontextfaktoren statt. Die persuasive Erläuterung eines Modells, das sowohl körperliche Befunde als auch psychosoziale Aspekte beinhaltet, öffnet häufig erstmalig den Rahmen für die Möglichkeit eigener Einflussnahme. Teamübergreifend werden Attributionsprozesse herausgearbeitet und zugunsten eigener Wirksamkeitsüberzeugungen gefördert.

» Die Unschärfen auf Ebene der Konstruktdefinitionen setzen sich im klinischen Alltag fort

Wie auf Ebene der Konstruktdefinitionen Unschärfen deutlich wurden, setzen sich diese im klinischen Alltag fort. Zwar verfügen alle Mitglieder eines IMST-Teams über ein implizites Begriffsverständnis von Selbstwirksamkeitserwartung, doch werden in den berufsgruppenspezifischen Zielstellungen bestimmte Teilaspekte her-

vorgehoben [15]. Darüber hinaus variieren die therapeutischen Herangehensweisen einerseits im Hinblick auf berufsgruppenspezifische Inhalte und Methoden und andererseits in der Ausgestaltung des Therapieplans für die einzelnen Patientinnen und Patienten entlang individueller Defizite und Ressourcen. Daneben ist der Grad der Übereinstimmung mit dem Begriffsverständnis und den Therapieerwartungen aufseiten der Patientinnen und Patienten unklar. Neben diesen zeigen sich in der jeweiligen Ausgestaltung der IMST erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen. Diese betreffen Aspekte der Behandlungsinhalte und -intensität [18, 19]. Damit ist zu erwarten, dass die Art und Weise der Gestaltung einer IMST sich unterschiedlich auf die Verbesserung der mit Selbstwirksamkeitserwartung assoziierten Therapieziele auswirkt.

Erfassung von Selbstwirksamkeitserwartungen allgemein und schmerzspezifisch

Im deutschen Sprachgebrauch sind zwei Fragebögen verbreitet, die das Konstrukt Selbstwirksamkeitserwartung generalisiert bzw. schmerzspezifisch zu erfassen versuchen. Die *Skala zur Allgemeinen*

Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) von Jerusalem u. Schwarzer [5] erfasst das Konstrukt als generalisierte Erwartung, schwierige Situationen und Barrieren im Leben im Sinne eines Persönlichkeitsmerkmals bewältigen zu können. Der *Fragebogen zur Erfassung der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit (FESS)* von Mangels et al. ist eine Übersetzung des englischsprachigen *Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ)* von Nicholas [20, 21]. Schmerzspezifische Selbstwirksamkeitserwartung bedeutet im Verständnis des Instruments, inwieweit allgemeine Tätigkeiten durch die Schmerzen beeinflusst werden. Verschiedene Schmerzbilder werden vom Instrument nicht berücksichtigt. Das unterschiedliche Begriffsverständnis wird anhand der Items in **Tab. 1** illustriert.

Bei der Operationalisierung einiger Items des FESS (z.B. Item 1: „Ich kann Dinge trotz der Schmerzen genießen.“) fällt auf, dass mit den Formulierungen nicht vorrangig die Überzeugung zur Einflussnahme auf das Schmerzerleben gemeint sein muss. So wäre es auch möglich, das Leben zu genießen, ohne die Kompetenzüberzeugung zu haben, am Schmerz etwas zu verändern. Es findet sich eine inhaltliche Nähe zum Konstrukt der Schmerzakzeptanz, wie sie beispiel-

Tab. 1 Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und Fragebogen zur Erfassung der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit (FESS)		
	Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE; [5])	Fragebogen zur Erfassung der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit (FESS; [20])
Items	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen	Ich kann Dinge trotz der Schmerzen genießen
	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe	Ich kann die meisten Dinge im Haushalt tun (z. B. aufräumen, abwaschen) trotz der Schmerzen
	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen	Ich kann mich mit meinen Freunden oder Familienangehörigen trotz der Schmerzen so oft treffen, wie ich es früher getan habe/wie ich es gewohnt bin
	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll	Ich werde mit meinen Schmerzen in den meisten Situationen fertig
	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, daß ich gut mit ihnen zurecht kommen kann	Ich kann irgendeine Form von Arbeit ausüben trotz der Schmerzen („Arbeit“ beinhaltet dabei Hausarbeit, bezahlte und unbezahlte Arbeit)
	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann	Ich kann trotz der Schmerzen immer noch viele Dinge tun, die ich gerne mache, wie z. B. Hobbies oder Freizeitaktivitäten
	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen	Ich werde mit meinen Schmerzen auch ohne Medikamente fertig
	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden	Ich kann trotz der Schmerzen noch die meisten meiner Ziele im Leben erreichen
	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann	Ich kann trotz der Schmerzen noch ein normales Leben führen
	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern	Ich kann nach und nach aktiver werden trotz der Schmerzen
<p><i>SWE:</i> 10 Items (Summenscore) werden auf einer 4-stufigen Skala als Einschätzung der Erfolgserwartung beantwortet (von 1 = <i>stimmt nicht</i> bis 4 = <i>stimmt genau</i>)</p> <p><i>FESS:</i> Mit 10 Items (Summenscore) wird die Erwartung erfragt, trotz Schmerz bestimmte Aktivitäten ausführen zu können. Die Zustimmung wird in einem 7-stufigen Antwortformat (von 0 = <i>vollkommen überzeugt</i> bis 6 = <i>gar nicht überzeugt</i>) angegeben</p>		

weise mit der deutschen Fassung des Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ-D) von Nilges et al. [22] erfasst werden kann. Schmerzakzeptanz ist ebenfalls eine wesentliche, das Schmerzerleben verringende Einflussgröße, die im Rahmen der IMST adressiert werden soll [12, 13, 15]. Der FESS scheint auf Grundlage dieser Betrachtung am ehesten eine Anpassung an Schmerzen zu erfassen. Dies ist in weiteren psychometrischen Untersuchungen, insbesondere zur Konstrukt- und Inhaltsvalidität, herauszuarbeiten.

Eine Untersuchung der Gütekriterien von SWE und FESS bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen im Rahmen einer IMST wurde bislang noch nicht publiziert. Miles et al. beschrieben in ihrer Prüfung psychometrischer Qua-

litäten verschiedener englischsprachiger Fragebögen zur Erfassung schmerzspezifischer Selbstwirksamkeitserwartung Lücken [23]. Gegenstand war auch der PSEQ als englischsprachige Originalversion des FESS. Insbesondere verwiesen die Autoren auf eine problematische Interpretierbarkeit und fehlende Angaben zur Veränderungssensitivität. Konzeptionelle Hintergründe der Fragebögen wurden darüber hinaus infrage gestellt, insofern in verschiedenen Instrumenten jeweils unterschiedliche Teilaspekte von Selbstwirksamkeit operationalisiert wurden [23]. Dieser Aspekt zeigte sich auch in der Metaanalyse von Jackson et al. [14], wobei die mit den untersuchten Messinstrumenten erfassten Konstrukte eine Moderatorva-

riable hinsichtlich des Schmerzerlebens darstellten.

Offene Fragen

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung weist aufgrund der theoretischen Einbettung, empirischer Zusammenhänge zum Schmerzerleben und der Übereinstimmung mit der aktivierenden und auf selbstregulativen Ansatzpunkten ausgerichteten IMST eine hohe Relevanz für diesen Therapiebereich auf. Auf den Ebenen der Begriffsdefinition, der konkreten Übertragung auf die IMST und der Erfassung zeigen sich Unklarheiten und Problempunkte, die einer Nacharbeitung bedürfen.

Begriffsdefinition und Übertragung auf die IMST

Hinsichtlich der Begriffsdefinition besteht eine grundlegende Unterscheidung zwischen spezifischer und generalisierter Auffassung von Selbstwirksamkeitserwartung [1, 5]. Daneben findet sich eine Reihe verwandter Konstrukte. Versucht man eine Übertragung auf die IMST, bietet sich aufgrund der spezifischen Therapieausrichtung eine schmerzspezifische Konzeption der Selbstwirksamkeitserwartung an, der beispielsweise schmerzbedingte Beeinträchtigung gegenübersteht [24]. Im Hinblick auf die IMST kann das Konstrukt im Sinne der Therapieziele ausdifferenziert werden. So sind übergeordnete und berufsgruppenspezifische Therapieziele formuliert, welche die Steigerung von Kompetenzerleben in vielfältiger Form beinhalten [15]. Dies bedeutet eine Erweiterung des initial kognitiven Konstrukts im Sinne eines schmerzspezifischen Copings. Relevant ist bei einer solchen Begriffsfassung neben der Integration der Meinung von Expertinnen und Experten der Einbezug von Patientinnen und Patienten, um zu einer inhaltsvaliden Konzeptualisierung zu gelangen [25, 26]. Damit einher geht die Frage, was die zu Behandelnden unter „Hilfe zur Selbsthilfe“ konkret verstehen und was sich nach deren Erfahrung in der Therapie positiv darauf ausgewirkt hat.

Erfassung

Eine psychometrische Untersuchung bereits verfügbarer Fragebögen für Selbstwirksamkeit auf einer generalisierten (SWE) und schmerzspezifischen (FESS) Ebene im Rahmen einer IMST befindet sich im Publikationsprozess [5, 20, 27]. Augenscheinlich deuten sich in der schmerzspezifischen Operationalisierung Überlappungen mit einem verwandten Konstrukt, der Schmerzakzeptanz, an [22]. Es ist davon auszugehen, dass mithilfe der vorhandenen Erfassungsinstrumente nur ein geringer Teil dessen abbildbar ist, was eine IMST im Hinblick auf die Erhöhung schmerzspezifischen Kompetenzerlebens leisten kann.

Ausblick

Ein für die Therapieform klarer definiertes Konstrukt würde die Möglichkeit der Konzeption eines darauf aufbauenden Erfassungsinstruments bieten. Dies kann die Grundlage für die Erforschung vielfältiger Fragestellungen bilden. Relevant wäre unter anderem zu untersuchen, wie sich Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Selbstwirksamkeitserwartung im Verlauf der Chronifizierung unterscheiden und was hierfür Einflussgrößen sind. Im Kontext der Therapie ist es notwendig herauszuarbeiten, mit welchen Therapieelementen oder welcher Kombination dieser Elemente Selbstwirksamkeitserwartungen bestmöglich aufgebaut werden können. Obwohl die Therapieziele der IMST konsentiert vorliegen und die Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung Anliegen aller beteiligten Berufsgruppen ist, sind Wirkmechanismen und die optimale Therapieintensität bisher unklar.

Ferner bieten sich Untersuchungen der Wirkungsweise von Selbstwirksamkeitserwartungen bezüglich der Schmerzverarbeitung an. Bereits eine frühe Forschungsarbeit Banduras verdeutlicht, dass kognitive Mechanismen und Opioidgabe im Hinblick auf Schmerztoleranz und Kontrollieren zusammenspielen [28]. Erkenntnisse aus der Placeboforschung weisen bereits auf den Einfluss von Erwartungen durch Behandlungs- und Lernerfahrungen sowie durch Beobachtungen anderer und persuasive Botschaften auf die Schmerz-

verarbeitung und deren neurobiologisches Korrelat hin [29].

Einschränkend ist hinzuzufügen, dass Selbstwirksamkeit im Hinblick auf nachhaltige Verhaltensveränderungen nur einen Teilaspekt in einem komplexen Wechselwirkungsgefüge darstellt. So zeigt beispielsweise das Capability-opportunity-motivation-behavior (COM-B)-Modell der Verhaltensveränderung auf, dass dafür Fähigkeiten, Motivation und passende Gegebenheiten notwendig sind [30]. Demzufolge ist die Erhöhung von Selbstwirksamkeitserwartung, betrachtet als psychologische Fähigkeit, ein wichtiger Aspekt unter anderen.

Fazit für die Praxis

- Im Kern ist Selbstwirksamkeitserwartung die Überzeugung, eine Situation durch eigene Kompetenzen bewältigen bzw. die dafür notwendigen Schritte einleiten zu können.
- Selbstwirksamkeitserwartungen haben sich als ein wesentlicher das Schmerzerleben verringender Faktor erwiesen.
- Ein Therapieziel der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie (IMST) im Zusammenhang mit der Selbstwirksamkeitserwartung ist die Motivation zu einem selbstverantwortlichen Krankheitsmanagement. Dieser Ansatzpunkt findet sich nach klinischer Erfahrung im Patientenwunsch nach Hilfe zur Selbsthilfe wieder.
- Auf Ebene der Konstruktdefinitionen zur Selbstwirksamkeitserwartung bestehen Unschärfen. Daraus resultieren unterschiedliche Herangehensweisen zum Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartungen im therapeutischen Prozess.
- Die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) erfasst Selbstwirksamkeitserwartung als die generalisierte Erwartung, schwierige Situationen und Barrieren im Leben im Sinne eines Persönlichkeitsmerkmals bewältigen zu können.
- Der Fragebogen zur Erfassung der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit (FESS) erfasst, inwieweit allgemeine Tätigkeiten durch die Schmerzen beeinflusst werden. Offenbar wird mithilfe des Instrumentes Schmerzakzeptanz abgebildet.
- Es ist davon auszugehen, dass mithilfe der vorhandenen Erfassungsinstrumente nur ein geringer Teil dessen abbildbar ist, was eine IMST im Hinblick auf die Erhöhung schmerzspezifischen Kompetenzerlebens leisten kann.

Korrespondenzadresse

Benjamin Schönbach, Dipl.-Psych.

UniversitätsSchmerzCentrum, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“, TU Dresden
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, Deutschland
benjamin.schoenbach@ukdd.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. B. Schönbach, L. Weniger und R. Sabatowski geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Bandura A (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 84(2):191–215
2. Egger JW (2011) Selbstwirksamkeitserwartung – ein bedeutsames kognitives Konstrukt für gesundheitliches Verhalten. *Psychol Medizin* 22(2):43–58
3. Rotter JB (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr Gen Appl* 80(1):1
4. Weiner B (1985) An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychol Rev* 92(4):548
5. Jerusalem M, Schwarzer R (1999) Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen., in Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs selbstwirksame Schulen. Freie Universität Berlin, Berlin
6. Folkman S, Moskowitz C (2004) Pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol* 55:745–774
7. Sabatowski R, Kaiser U, Scharnagel R (2021) Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie – Grundlagen und Fallstricke. *Anästhesiologie Intensivmed* 62:334–344
8. Engel GL (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196(4286):129–136
9. Sabatowski R et al (2004) Pain treatment: a historical overview. *CPD* 10(7):701–716
10. Gatchel RJ, Turk DC (1999) Psychosocial factors in pain: Critical perspectives. Guilford, New York
11. Raja SN et al (2020) The revised IASP definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain* 161(9):1976
12. Edwards RR et al (2016) The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. *J Pain* 17(9):T70–92
13. Keefe FJ et al (2004) Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *J Pain* 5(4):195–211
14. Jackson T et al (2014) Self-efficacy and chronic pain outcomes: a meta-analytic review. *J Pain* 15(8):800–814
15. Arnold B et al (2014) Multimodale Schmerztherapie für die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. Ein Konsensuspapier der Ad-hoc-Kommission Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie

- der Deutschen Schmerzgesellschaft zu den Behandlungsinhalten. *Schmerz* 28:459–472
16. Arnold B et al (2009) Multimodale Schmerztherapie. *Schmerz* 23(2):112–120
 17. Pflingsten M et al (2019) Cross-sectoral interdisciplinary multimodal pain therapy: Recommendations on structural and process parameters of the ad hoc commission "Interdisciplinary Multimodal Pain Therapy" of the German Pain Society (Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.). *Schmerz* 33:191–203
 18. Elbers S et al (2022) Longitudinal outcome evaluations of Interdisciplinary Multimodal Pain Treatment programmes for patients with chronic primary musculoskeletal pain: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Pain* 26(2):310–335
 19. Kaiser U, Sabatowski R, Azad S (2015) Multimodale Schmerztherapie. *Schmerz* 29(5):550–556
 20. Mangels M et al (2009) Der Fragebogen zur Erfassung der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit (FESS) Eine Adaptation des Pain Self-Efficacy Questionnaire für den deutschen Sprachraum. *Diagnostica* 55(2):84–93
 21. Nicholas MK (2007) The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *Eur J Pain* 11(2):153–163
 22. Nilges P, Köster B, Schmidt C (2007) Schmerzakzeptanz – Konzept und Überprüfung einer deutschen Fassung des Chronic Pain Acceptance Questionnaire. *Schmerz* 21(1):57–67
 23. Miles CL et al (2011) Measuring pain self-efficacy. *Clin J Pain* 27(5):461–470
 24. Dillmann U et al (1994) Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten. *Schmerz* 8(2):100–110
 25. Patrick DL et al (2011) Content validity—establishing and reporting the evidence in newly developed patient-reported outcomes (PRO) instruments for medical product evaluation: ISPOR PRO good research practices task force report: part 1—eliciting concepts for a new PRO instrument. *Value Health* 14(8):967–977
 26. Patrick DL et al (2011) Content validity—establishing and reporting the evidence in newly developed patient-reported outcomes (PRO) instruments for medical product evaluation: ISPOR PRO good research practices task force report: part 2—assessing respondent understanding. *Value Health* 14(8):978–988
 27. Schönbach B, Sabatowski R, Kaiser U (2020) Potenzielle Prozessvariablen in der Interdisziplinären Multimodalen Schmerztherapie – allgemeine oder schmerzspezifische Selbstwirksamkeit oder Schmerzakzeptanz – Was messen wir eigentlich? In: Deutscher Schmerzkongress Mannheim
 28. Bandura A et al (1987) Perceived self-efficacy and pain control: opioid and nonopioid mechanisms. *J Pers Soc Psychol* 53(3):563–571
 29. Kunkel A, Bingle U (2023) Placeboeffekte in der Schmerztherapie. *Schmerz* p:1–13
 30. Michie S, van Stralen MM, West R (2011) The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci* 6(1):42

Self-efficacy expectation as a central concept in interdisciplinary multimodal pain therapy. Conceptual horizon, implementation, recording and limits

The concept of self-efficacy expectation shows high relevance for interdisciplinary multimodal pain therapy (IMST) aimed at activity and self-regulation due to its theoretical embedding and empirical correlations to the experience of pain. Several issues limit this potential: At the level of the construct definition, there are ambiguities and overlaps with other concepts. A pain-specific transfer to IMST has not yet been performed. With the help of existing instruments, only a small part of what an IMST can achieve in terms of increasing pain-specific competence seems to be detectable. In perspective, a clarification of terms by including patients and the conception of a questionnaire based on this is indicated.

Keywords

Self-efficacy expectation/construct definition · Interdisciplinary treatment/pain · Chronic pain · Questionnaire · Self-regulation

Hier steht eine Anzeige.

