

Helen Watkins starb am 10. Januar 2002 in Missoula, Montana, USA. Sie wurde am 19. Juli 1921 in Augsburg, Bayern, als "Helyanthe Maria Wagner" geboren. Ihr Vater war kurz vor ihrer Geburt gestorben und so zog Ihre Mutter mit ihr zu den Großeltern. 1932 wanderten sie nach Amerika aus zu Onkel und Tante in Pittsburg, Pennsylvania. Anlässlich ihrer Einbürgerung in die USA änderte sie ihren Namen von Helyanthe zu Helen. Sie heiratete früh und wurde bald schon, mit 20, Witwe.

Nach dem B.A. machte sie ihren M.A. an der Universität von Denver, und war dann 30 Jahre lang als Psychologin am Beratungszentrum der Universität von Montana angestellt.

Nach einer weiteren Ehe heiratete sie 1971 John G. Watkins, der als Professor für klinische Psychologie tätig war. Zusammen mit ihm entwickelte und verbreitete sie den therapeutischen Ansatz, der heute unter dem Namen "Ego State Therapy" bekannt ist. Sie erhielt 1999 den "Pierre Janet Award for Clinical Excellence" der International Society of Hypnosis (ISH), der ihr auf dem 15. Internationalen Kongress für Hypnose in München im Jahre 2000 überreicht wurde. Davor, 1995, war sie schon auf dem 2. Europäischen Kongress für Hypnose und Psychotherapie nach Milton H. Erickson in München. Einige deutschsprachige Kolleginnen und Kollegen kennen sie also, manche sehr gut. Es ist schade, dass sie nicht mehr die internationale Tagung über Ego-State-Therapie erleben kann, den die M.E.G. zusammen mit ihrer Jahrestagung nächstes Jahr, 20.-23.3.2003, in Bad Orb organisieren wird.

Helen Watkins hat (teilweise zusammen mit ihrem Mann, John G. Watkins) ein Buch und mehr als 40 Fachartikel veröffentlicht.

In ihrer Praxis war sie vor allem für Kolleginnen und Kollegen eine gesuchte Therapeutin und Supervisorin. Sie war bekannt für ihre natürliche, warme Zuwendung und ihr therapeutisches Talent. Ein Buch, "The Therapeutic Self", ist ihr gewidmet. Die sie kannten, lernten sie nicht nur in ihrer Professionalität schätzen, sondern in ihrer warmen Art lieben.

Burkhard Peter

Richtlinien für die Zusatzausbildung in psychologischer Schmerztherapie

Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF)

Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)

■ Zur Verbesserung der interdisziplinären Behandlung von Schmerzpatienten erarbeiten DGPSF und DGSS die dritte Anpassung der Richtlinien für eine Zusatzausbildung in psychologischer Schmerztherapie (Zertifikat: "Spezielle Schmerz-Psychotherapie DGSS, DGPSF"). Sie soll zum 1. 1. 2003 in Kraft treten und u.a. auch die Kooperation zwischen den in der Schmerzpatientenversorgung tätigen Berufsgruppen fördern. Aufgrund der Approbationsmöglichkeit für Diplom-Psychologen/innen ist die Zusatzausbildung "Schmerztherapie" vom Umfang den ärztlichen Ausbildungsrichtlinien angepasst worden. Damit wird dem gesteigerten Eingangswissen approbierter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu Beginn der Zusatzausbildung entsprochen. Das Curriculum besteht z.Z. aus 8 Zweitageskursen (Fr/Sa oder Sa/So) und weiteren Einheiten, die im Folgenden beschrieben sind. Diese Zusatzausbildung wird an verschiedenen Orten angeboten, u.a. auch in München; siehe www.MEG-Muenchen.de

Allgemeine Informationen:

Prof. Dr. Hardo Sorgatz, Präsident DGPSF
Technische Universität, Steubenplatz 12
64293 Darmstadt, www.dgpsf.de

§ 1 Präambel

1) Psychologische Verfahren der Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie haben sich in zahlreichen wissenschaftlich kontrollierten Studien als effektiv erwiesen, so dass sie ihren festen Platz in der Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen gefunden haben. Zur Verbesserung der Versorgung von Schmerzpatienten durch Psychotherapeuten haben die Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) und die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) die nachfolgenden Richtlinien für die Zusatzausbildung in psychologischer Schmerztherapie erarbeitet.

2) Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzzustände können nur interdisziplinär erfolgen. Aus diesem Grunde wird bereits in der Ausbildung eine enge Kooperation zwischen den an der Schmerzbehandlung beteiligten Berufsgruppen angestrebt.

3) Die hier beschriebene Zusatzausbildung basiert auf Ausbildungen nach dem PsyThG oder vergleichbaren Facharztausbildungen. Der curriculare Kenntniserwerb nach § 3 (1) kann auf begründeten Antrag (z. B. Tätigkeit in Klinik mit Schmerzpatienten) schon vor Abschluss der Psychotherapieausbildung begonnen werden, setzt aber den Erwerb grundlegender theoretischer und praktischer Kenntnisse über psychotherapeutisches Handeln bei anderen Störungsbildern voraus.

4) Die Bestätigung der Zusatzausbildung durch ein DGSS/DGPSF-Zertifikat kann jedoch erst nach Abschluss der Psychotherapie- bzw. Facharztausbildung erfolgen.

§ 2 Ausbildungsziel

1) Ziel der Zusatzausbildung ist die Erlangung der psychotherapeutischen Fachkompetenz in der Anwendung von psychologisch fundierten schmerztherapeutischen Maßnahmen. Dies setzt die Teilnahme an einem zertifizierten Curriculum und die Ableistung einer praktischen Weiterbildungszeit in einer anerkannten Weiterbildungsstätte voraus.

2) Die Zusatzausbildung soll Kenntnisse und Kompetenzen für eine wissenschaftlich fundierte psychologische Diagnostik und Therapie bei Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten vermitteln. Weiter soll sie die Bereitschaft und Fähigkeit zur Kommunikation und Kooperation mit anderen in der Versorgung tätigen Berufsgruppen (z.B. Ärzten, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern) fördern. Die Zusatzausbildung soll für unterschiedliche therapeutische Richtungen offen sein, die einer kontinuierlichen evidenz-basierten Evaluation unterliegen.

§ 3 Ausbildungsstruktur

1) Die Zusatzausbildung in psychologischer Schmerztherapie umfasst den Erwerb von Kenntnissen über

- die bio-psycho-sozialen Grundlagen des Schmerzes, insbesondere des chronischen Schmerzes einschließlich Nozizeption, Schmerzinformationsverarbeitung, Chronifizierungsmechanismen und Pharmakotherapie im Umfang von 8 Unterrichtsstunden,
- die Fallkonzeption einschließlich Anamnese, Diagnostik, Klassifikation und Dokumentation, Therapieplanung und -evaluation im Umfang von 16 Unterrichtsstunden,
- psychologische Interventionskonzepte und -verfahren einschließlich Edukation, psychophysiologischen, kognitiven, verhaltensbezogenen sowie emotions- und konfliktbezogenen Interventionen im Umfang von 32 Unterrichtsstunden,
- chronische Schmerzsyndrome und ihre spezifischen Behandlungsmethoden einschließlich Kopf-, Gesichts- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen, viszeralen Schmerzen, Schmerzen bei rheumatischen Erkrankungen, somatoformen Störungen und altersabhängigen Schmerzsyndromen im Umfang von 24 Unterrichtsstunden.

Die Kenntnisse werden innerhalb eines Curriculums "psychologische Schmerztherapie" angeboten. Alle Teilnehmer müssen die Voraussetzungen nach § 1 (3) erfüllen.

2) Sie umfasst ferner die praktisch klinische Tätigkeit in der Versorgung von Schmerzpatienten. Diese Tätigkeit kann entweder durch Mitarbeit in oder durch enge Kooperation mit Institutionen erfolgen, die in die Versorgung von solchen Patienten eingebunden sind, deren Erkrankungsbild durch chronische Schmerzen bestimmt ist oder bei deren Erkrankung der Schmerz als Folge- oder Begleiterscheinung eine wesentliche Rolle spielt. In diesen Einrichtungen soll bereits ein zur Schmerztherapie qualifizierter Psychotherapeut tätig sein. Im Rahmen der Zusatzausbildung ist die regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen erforderlich.

3) Und sie umfasst die Durchführung und Dokumentation von klinisch-psychologischer Anamnese, Diagnostik und Behandlung chronischer Schmerzpatienten unter Supervision.

§ 4 Ausbildungsinhalte

Folgende Inhalte sollen vermittelt werden:

1) Interdisziplinäre Grundlagen

- neuroanatomische, physiologische und biochemische Grundlagen des Schmerzes und des Schmerzerlebens,
- kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Grundlagen der Schmerzreaktion und Schmerzmodulation sowie deren Interaktion
- funktionelle Aspekte von Schmerzempfindung, -verhalten sowie von Schmerzausdruck und -kommunikation
- individuelle Entwicklungsverläufe, die das spätere Auftreten von Schmerzstörungen fördern können
- ätiologische und funktionelle Einflüsse psychischer und somatischer Komorbiditäten
- soziale und interkulturelle Grundlagen des Schmerzes und des Umgangs mit Schmerz, Erkrankungen, die zu chronischen Schmerzen führen können
- medizinische Diagnostik und medizinische Interventionsverfahren bei Schmerzen einschließlich Pharmakotherapie des Schmerzes,
- Physiotherapie des Schmerzes,
- Verfahren der Qualitätssicherung.

Deutscher Schmerzkongress

25.-29.9.2002 in Aachen / 8.-12.10.03 in Münster / 6.-10.10.04 in Leipzig

Auskunft: P & R Kongress, Bleibtreustr. 12A, 10623 Berlin, www.pr-kongresse.de/dgss

2) Psychologische Schmerzdiagnostik

Hierzu zählen insbesondere Verfahren zur Selbstbeobachtung schmerzrelevanten Verhaltens und Erlebens, schmerzanamnestische und biographische Verfahren (Interview), Fragebögen zur Erfassung subjektiver Schmerz- und Krankheitsüberzeugungen, quantitative und qualitative Verfahren zur Schmerzmessung, Fragebögen und Beobachtungsverfahren zum Ausmaß der Beeinträchtigung durch Schmerzen, Verfahren zur Erfassung der Schmerzbewältigung, Befindensmessung, psychophysiologische Meßmethoden usw., und fremddiagnostische Verfahren (z. B., Einbezug von Angehörigen).

Die Diagnostik sollte entsprechend MASK (Multiaxiale Schmerzklassifikation), ICD-10 und DSM-IV sowie der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD) erfolgen und den Stellenwert des Schmerzes bei der Störungsentwicklung differentialdiagnostisch berücksichtigen.

3) Behandlungsziele

Geeignet für die Zusatzausbildung sind wissenschaftlich evaluierte Verfahren, die nachweislich folgende Ziele erreichen:

- Sie sollen das Verständnis eines biopsychosozialen Krankheitsmodells fördern und durch Edukation für eine psychologische Therapie öffnen und motivieren.
- Sie sollen zu einer Dämpfung schmerzbedingter physiologischer Hyperaktivierung beitragen. Geeignet sind autosuggestive und heterosuggestive Verfahren sowie Kombinationen derselben auch unter Einsatz technischer Hilfsmittel.
- Sie sollen die Aufmerksamkeitslenkung beeinflussen. Hierzu gehören z.B. Übungen zur Schmerzfokussierung und Schmerzdefokussierung, imaginative Übungen und hypnotische Verfahren.
- Sie sollen zur Veränderung schmerz- und stressrelevanter Kognitionen führen. Hierzu gehören u.a. Verfahren zur Schmerzzimmernisierung und kognitiven Umstrukturierung, suggestive Verfahren, Verfahren zur Förderung von Kontrollüberzeugungen und positiven Kognitionen.
- Sie sollen zur Förderung des emotionalen Wohlbefindens und der positiven Bewältigungsstrategien der Patienten beitragen. Hierzu gehören die emotionale Stützung bei chronischen Schmerzerleiden, schmerzverstärkenden Komorbiditäten (z. B., Angst, Depression, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit) sowie Hilfen bei der Bewältigung lebensbedrohender Krankheiten, die mit Schmerz einhergehen.
- Sie sollen der Lösung von schmerzrelevanten Problemen dienen, die sich durch äußere Bedingungen wie Partnerschaftskonflikte, Überlastung am Arbeitsplatz usw. ergeben.
- Sie sollen Gesundheitsverhalten fördern, Aktivitäten aufbauen und ein ausgewogenes Verhältnis von Aktivität und Regeneration ermöglichen.
- Sie sollen zur Verarbeitung intrapsychischer, auch unbewusster, Konflikte und dadurch ausgelöster Ängste, Selbstsicherheits- und Selbstwertprobleme beitragen.

4) Behandlungsmethoden

Hierunter sind alle Ansätze zu fassen,

- die der Verarbeitung des durch psychologische Faktoren (z. B. Lernmechanismen, kognitive Prozesse, intrapsychische Konflikte) entstandenen oder aufrechterhaltenen Schmerzverhaltens dienen,
- die Aktivitäten fördern und den Patienten bei einem trotz der Behinderung ausgefüllten und aktiven Leben unterstützen,
- die zur Rehabilitation motivieren und der Integration eines veränderten Körperbildes in das Selbstkonzept des Patienten dienen,
- die Kompetenzen vermitteln und schmerzverstärkende Handlungen in der sozialen Umwelt beeinflussen,
- die unter Berücksichtigung der Risikofaktoren für eine Suchterkrankung Hilfen bei der Schmerzmittelreduktion einschließlich Entzugsbehandlung vermitteln,
- die ergo- und physiotherapeutische Verfahren berücksichtigen,
- die Fähigkeiten der Patienten zur Selbsthilfe und Kommunikation fördern.

§ 5 Organisation der Zusatzausbildung

Zuständig für die Organisation und Durchführung der Zusatzausbildung, die Anerkennung von Curricula und schmerztherapeutischen Weiterbildungsstätten sowie für die Bestellung von Prüfern für das Prüfungskolloquium ist die "Prüfungskommission für Psychologische Schmerztherapie DGSS/DGPSF", die von der Ausbildungskommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung und der Subkommission für Psychologische Schmerztherapie der Ausbildungskommission der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes gebildet wird.

- 1) Die für die Arbeit des Schmerztherapeuten erforderlichen Kenntnisse können nur von Institutionen vermittelt werden, die ein qualifiziertes, einjähriges curriculares Angebot zur psychologischen Schmerztherapie nach § 3 gewährleisten und sich einer diesbezüglichen Evaluation unterziehen.
- 2) Es soll eine enge Kooperation mit den Einrichtungen der Universität stattfinden, die eine Ausbildung in den Fächern Klinische bzw. Medizinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie durchführen.
- 3) Die Anerkennung des Curriculums ist jeweils sechs Monate vor Beginn bei der Prüfungskommission für Psychologische Schmerztherapie DGSS/DGPSF zu beantragen.
- 4) Ein Wechsel zwischen den Curricula verschiedener Ausbildungsinstitutionen ist nur nach Genehmigung durch die Prüfungskommission möglich.
- 5) Die Zulassung zur Zusatzausbildung setzt den Nachweis einer psychologischen, bzw. fachärztlichen Psychotherapieausbildung voraus; vgl. § 1 (3).
- 6) Die theoretischen Kenntnisse sollen bereits vor der praktischen Tätigkeit erworben werden.

7) Die notwendigen praktischen Kenntnisse können nur in solchen Einrichtungen erworben werden, die in die Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen einbezogen sind und diese Richtlinien anerkennen. In diesen Institutionen sollen von den Fachgesellschaften anerkannte ärztliche oder psychologische Schmerztherapeuten mitarbeiten.

§ 6 Bestätigung erfolgreicher Zusatzausbildung

Der erfolgreiche Abschluss der Zusatzausbildung in psychologischer Schmerztherapie wird bescheinigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt werden:

- 1) Nachweis über den Abschluss der Psychotherapieausbildung entsprechend § 1 (3).
- 2) Nachweis über die Teilnahme an Lehrveranstaltungen eines anerkannten Curriculums zur psychologischen Schmerztherapie in einem Umfang von 80 Stunden.
- 3) Dokumentation von zehn klinisch-psychologischen Fällen mit Schmerz als Behandlungsschwerpunkt (von denen zwei Fälle ausschließlich Diagnostik betreffen können) unter Supervision. Maximal drei Fallbeschreibungen können ersetzt werden durch die Dokumentation von drei Gruppenbehandlungen.
- 4) Nachweis über die regelmäßige Mitarbeit in einer interdisziplinären Schmerzkonferenz über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren mit einer Frequenz von durchschnittlich einmal pro Monat sowie über die mindestens halbjährige Mitarbeit in oder die zweijährige enge Kooperation mit einer schmerztherapeutischen Einrichtung.
- 5) Nachweis über mindestens 25 Stunden Einzelsupervision im Rahmen klinisch-psychologischer Tätigkeit mit Schmerzpatienten. Bei Gruppensupervision wird nur der auf die Einzelperson angefallene Zeitaufwand berücksichtigt. Supervisoren müssen im Rahmen der jeweiligen Richtlinien zum Psychologischen Psychotherapeuten oder ärztlichen Psychotherapeuten anerkannt sein, über schmerztherapeutische Erfahrung verfügen und von der "Prüfungskommission für Psychologische Schmerztherapie DGSS/DGPSF" bestätigt werden.
- 6) Nachweis über die Einzahlung der Begutachtungs- und Prüfungsgebühren.
- 7) Teilnahme an einem Prüfungskolloquium, das sich auf die eigene praktische schmerztherapeutische Arbeit und deren wissenschaftliche Begründung konzentriert. Bei nicht ausreichender fachlicher Qualität können den Bewerbern Auflagen erteilt werden (z.B. Fallkorrekturen, Einreichen neuer Fälle). Bei guten Leistungen kann die Kommission den Verzicht auf das Abschlusskolloquium beschließen.
- 8) Mit dem Aushändigen der Bescheinigung verpflichtet sich die Person dazu,
 - regelmäßig interdisziplinäre Schmerzkonferenzen/Schmerzkolloquien durchschnittlich einmal monatlich zu besuchen.
 - sich ständig auch weiterhin interdisziplinär in einem Umfang von mindestens 30 Stunden pro Jahr fortzubilden zusätzlich zur Teilnahme an Schmerzkonferenzen/Schmerzkolloquien.
 - praktisch-klinische Tätigkeit in der Versorgung von Schmerzpatienten auszuführen und sich hierbei einer fortlaufenden standardisierten Dokumentation zu bedienen.

Hypnose und Kognition

Zeitschrift für die Grundlagen und klinische Anwendung von Hypnose und kognitiver Therapie

Herausgeber: Burkhard Peter und Christoph Kraiker
Schriftführerin: Alida Iost-Peter

Inhaltsverzeichnis der bisherigen Hefte

Hypnotherapie bei Krebserkrankungen

Okt. 1984 (82 S)

Newton, B.W.: Hypnose in der Behandlung von Krebsspatienten
Rosen, S.: Hypnose als begleitende Maßnahme bei der chemotherapeutischen Behandlung von Krebs
Meares, A.: Eine Form intensiver, mit dem Rückgang von Krebs verbundener Meditation
Gerl, W.: Persönl. Merkmale effektiver Krebstherapeuten
Finkelstein, S. & Greenleaf Howard, M.: Krebsverhütung - Eine Drei-Jahres-Pilotstudie
Peter, B. & Gerl, W.: Hypnotherapie in der psychologischen Krebsbehandlung

Hypnose und Familientherapie

2(1), April 1985 (93 S)

Trenkle, B. & Schmidt, G.: Ericksonische Psychotherapie und Familientherapie - Möglichkeiten der Integration
Ritterman, M.K.: Hypno-strukturelle Familientherapie
Lankton, C.H.: Generative Veränderung - Über die bloße Symptombesserung hinaus
Calof, D.L.: Hypnose in der Paartherapie - Auf dem Weg zu einem Mehrgenerationenansatz
Lankton, S.R.: Klientenspezifische Formulierung therapeutischer Metaphern

Sprechen, Denken, Fühlen 2(2), Okt. 1985 (88 S)

Kraiker, C.: Affekte und Kognitionen - Eine Untersuchung über die Funktion von Kognitionen und Affekten in der frühen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie
Revenstorf, D.: Nonverbale und verbale Informationsverarbeitung als Grundlage psychotherapeutischer Interventionen
Danzer-Kahan, U.: Psycholinguistik oder Pseudolinguistik als theoretische Grundlage des Neuro-Linguistic-Programming
Riebensahm, H.: Anwendung Ericksonischer Sprachmuster als rhetorische Strategien in Lerngruppen
Eschenröder, C.: Wie rational ist die rational-emotive Therapie? - Eine kritische Diskussion

Schmerzkontrolle

3(1), April 1986 (63 S)

Cheorghiu, V.A.: Suggestierte Analgesie bei Intoleranz von Anästhetika - Zahnimplantation unter Hypnose
Hoppe, F. & Winderl, E.: Hypnotische Schmerzlinderung - Erklärungsansätze, Vorgehensweisen und Befunde
Peter, B.: Hypnoth. Schmerzkontrolle - Ein Überblick
Birbaumer, N.: Schmerz als psychophysiologisches Problem
Mayer, E.: Physiologie des Schmerzes
Kraiker, C.: Der besondere Artikel: Quarks und Superquarks - Grundprinzipien der neuen Psychotherapie

Hypnotherapie - Reflexionen und Aktuelles aus der Praxis 3(2), Okt. 1986 (75 S)

Madelung, E.: Ein Gespenst geht um in Europa - das Gespenst der Hypnose
Häuser, W.: Hypnose und Autopoiese
Schmidt, G.: Motivationsaufbau durch Utilisierung des Wertsystems mittels therapeutischer double binds
Gerl, W.: Zwei-Sprachen-Ansatz in der Hypnotherapie
Trenkle, B.: Ansätze zur Fokussierung therapeutischer Interventionen und Stärkung der Therapiemotivation
Freund, U.: Nutzung dissoziierter Körperhaltungen zur Konfliktsymbolisierung und Entscheidungsfindung
Wolf, F. & Rössler, E.: Über die Anwendbarkeit des Ericksonischen Utilisationsprinzips bei der therapeutischen Arbeit in Institutionen
Hummitzsch, H.: Das Bild des Menschen in der Psychotherapie - Eine Betrachtung aus der Frosch-perspektive
Joart, J. & Revenstorf, D.: Zur theoretischen Grundlage des sprachlichen Metamodells von Bandler & Grinder
Wippich, J.: Hypnotherapie, Neurolinguistische Selbstorganisation, Provokative Klientenzentrierte Therapie, Biologie der Kognition
Hartmann, M.: Jeder Abschied ist auch ein neuer Anfang
Simonton-Arbeit und Hypnotherapie
Klippstein, H.: Hypnotische und luzide Träume

Hypnose und Verhaltenstherapie

4(1), April 1987 (86 S)

Kraiker, C.: Die Geburt der Verhaltenstherapie aus dem Geist der Hypnose