

Abschlussarbeit

Psychologischer Berater

Vorgelegt von

Corinne Grütter

Heilpraktikerschule LIKAMUNDI

Walzenhausen, den 07.09.2007

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Chronische Schmerzen	2
2.1. Psychologische Aspekte des Schmerzes	4
2.1.1. Psychologische Grundkonzepte	6
2.1.1.1. Lernen und Sozialisieren	6
2.1.1.2. Informationsverarbeitung und Gedächtnis	8
2.1.1.3. Subjektive Krankheitsmodelle	8
2.1.1.4. Krankheitsverhalten	9
2.1.1.5. Symptomwahrnehmung	10
2.1.1.6. Stress	11
2.1.1.7. Emotionen	12
2.1.1.8. Persönlichkeit	12
2.1.1.9. Salutogenetische Aspekte	13
2.1.1.10. Belastungs- und Krankheitsbewältigung (Coping)	14
2.2. Chronischer Kopfschmerz	16
3. Mein Konzept, Beratung und Therapie	19
3.1. Setting	19
3.2. Behandlungsaufbau	19
3.2.1. Anamnese	21
3.2.2. Information und Aufklärung	24
3.2.3. Kognitive Umstrukturierung	24
3.2.4. Funktionelle Zielsetzung	25
3.2.5. Schrittweise Belastungs- und Bewegungssteigerung (Pacing)	25
3.2.6. Entspannung	26
3.2.7. Reduktion von Medikamenten und passiven Massnahmen	27
3.2.8. Rückfallplan	27
4. Meine Person	28
5. Fallbeispiel	28
5.1. Angaben zur Person	28
5.2. Anamnese	29
5.3. Körperliche Untersuchung	30
5.4. Therapieziele	30
5.5. Therapieverlauf	31
5.6. Therapieabschluss	34
6. Literaturverzeichnis	35

1. Einleitung

Durch meine Tätigkeit als Physiotherapeutin arbeite ich seit 13 Jahren mit Patienten, welche unter akuten oder chronischen Schmerzzuständen leiden.

Viele dieser Menschen, vor allem solche mit einer Schmerzchronifizierung, haben zusätzlich auch psychische Probleme. Diese spielen eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung ihrer Symptome und zählen mitunter zu den Ursachen ihrer Krankheit.

Als psychologischer Berater möchte ich Menschen mit chronischen Schmerzzuständen dabei unterstützen, aktive Bewältigungsstrategien zu finden. Diese sollen ihnen eine Möglichkeit bieten, Kontrolle auf ihre Lebensumstände auszuüben.

Leben **MIT SCHMERZEN**

oder

LEBEN mit Schmerzen

Schmerzmanagementstrategien sind:

- I. Information & Aufklärung
- II. Kognitive Umstrukturierung
- III. Funktionelle Zielsetzung
- IV. Schrittweise Belastungssteigerung
- V. Entspannung
- VI. Reduktion von Medikamenten & passiven Massnahmen¹

Im Abschnitt 4 werde ich konkret auf die einzelnen Punkte eingehen.

Um die optimale Behandlungsstrategie auswählen zu können, ist es sehr wichtig, den jeweiligen Schmerzmechanismus zu erkennen. Bei der Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen stehen also weniger die Symptome, sondern

¹ Zusman, Max (2006),S.67

vielmehr die dahinter liegenden Mechanismen im Vordergrund. Diese Herangehensweise nennt man ein schmerzmechanistisches Behandlungsmodell.

„Eine individuelle Behandlung, ausgehend von Rückschlüssen über Mechanismen, ist auf jeden Fall sicherer und wirksamer als eine empirisch begründete Behandlung.“²

Unter Punkt 2 werde ich deshalb näher auf chronische Schmerzen und deren Mechanismen eingehen.

2. Chronische Schmerzen

Die strenge Unterteilung in psychosomatische und somatische Erkrankungen ist heute weitgehend verlassen. Krankheitsbilder sind multifaktorielle Geschehen, bei denen psychische und soziale Faktoren eine unterschiedliche Bedeutung haben und mit sehr geringem bis zu sehr hohem Gewicht in Entstehung, Verlauf und Therapie eine Rolle spielen.³

Das traditionelle biomedizinische Modell erklärt Schmerz, Leiden und Behinderung mit gestörten pathobiologischen Prozessen. Dieses Modell wird von Seiten der Psychiatrie stark kritisiert, weil es zu wenig Platz für die sozialen und psychischen Verhaltensdimensionen einer Krankheit lasse. Engel schlägt deswegen ein biopsychosoziales Modell zur Untersuchung und Behandlung von Menschen mit Schmerzen und Behinderungen vor.⁴ In den letzten Jahrzehnten wurden mehrere solcher biopsychosozialen Modelle entwickelt, jedes von ihnen integriert neben pathophysiologischen Prozessen auch kognitive, affektive, soziokulturelle Lernfaktoren und Verhaltensdimensionen im Schmerzerleben eines Menschen. Emotionale und kognitive Aspekte sind z.B.: Angst, Gefühl der Verletzlichkeit, Zorn, Niedergeschlagenheit, Depression und Schuldgefühle.

Ausschlaggebend ist es, die Begriffe Leiden, Schmerz und Behinderung

² Max, M. (2000), S.3

³ Hoffmann / Hochapfel (2004), S.214

⁴ Engel, GL.(1977)

voneinander zu trennen und zu definieren.⁵ Jeder Mensch hat seine eigene Art, mit Schmerzen umzugehen. Manche empfinden Schmerzen als sehr qualvoll und sind in ihren Alltagsaktivitäten sehr eingeschränkt, während wieder andere versuchen Schmerzen zu ignorieren und sich nicht beeinträchtigen lassen. Oft leiden Kopfschmerzpatienten sehr stark, ihre Schmerzen nehmen eine zentrale Rolle in ihrem Leben ein.

Einer Chronifizierung von Schmerz kann durch die Betrachtung der Gesamtheit des Patienten, d.h. durch Einbeziehung aller im biopsychosozialen Modell vereinten Aspekte, wirksam entgegengewirkt werden.

Die Klassifizierung von akuten und chronischen Schmerzen basiert heute nicht mehr auf der Grundlage der Zeitdauer. Ein Schmerz infolge eines noxischen Reizes (potentiell oder aktuell gewebeschädigend) wird als akuter Schmerz definiert, wenn der Schmerz die Merkmale des noxischen Reizes widerspiegelt. Wenn der Schmerz ohne noxischen Reiz auftritt oder unverhältnismässig stark ausfällt, gilt er als chronisch. Schmerz ist eine subjektive Wahrnehmung, er ist objektiv nicht messbar.⁶

Auf die umfassende Erklärung aller Schmerzmechanismen, welche zu einer Chronifizierung führen können, werde ich im Rahmen dieser Arbeit nicht eingehen. Für meine Therapie ist die Kenntnis wichtig, dass sich bei jeder Gewebeerletzung in der Peripherie die gleichen Mechanismen an den zentralen Synapsen (im Gehirn) der Schmerzbahnen abspielen, wie sie auch im Zusammenhang mit Lernen und Erinnern an den Gedächtnisstrukturen vorkommen. Das heisst, es kommt zu einer anatomischen Veränderung der Synapsen im zentralen Nervensystem. Es entsteht ein so genanntes Schmerzgedächtnis. Es wurde festgestellt, dass Patienten mit chronischen Schmerzen ein ausgeprägtes Schmerzgedächtnis besitzen.

Der Mensch selbst verfügt über Mechanismen zur körpereigenen Schmerzhemmung. Verschiedene Modelle erklären diese körpereigene Schmerzhemmung, die Gate Control Theorie (Schmerztor); die Schmerzhemmung durch nozizeptive Reize am Ort der Pathologie; die Schmerzhemmung in den Hinterhorn-Neuronen durch Reizsetzung in einem anderen Segment. Der Patient

⁵ Berg, Frans van den et al. (2003),S.47

⁶ Berg, Frans van den et al. (2003),S.32

selbst und auch der Therapeut haben die Möglichkeit, diese körpereigene Schmerzhemmung gezielt zu aktivieren.⁷ In der Physiotherapie aktiviere ich diese körpereigene Schmerzhemmung bei meinen Patienten z.B. durch Elektrotherapie, Massage oder Bewegungsübungen.

2.1. Psychologische Aspekte des Schmerzes

Zum besseren Verständnis meines Therapiekonzeptes, Behandlung von Kopfschmerzen auf psychischer und körperlicher Ebene, gehe ich jetzt näher auf die Psychologie des Schmerzes ein.

„Jedes Gefühl, jede motorische Aktion, jeder Gedanke wird in einem Organismus über elektrische Signale kodiert, welche in Nervenimpulse umgewandelt werden.“⁸ Diese Nervenimpulse werden weitergeleitet und es kommt zu einer Schmerzbewertung, welche das Schmerzverhalten und somit auch die daraus resultierenden Konsequenzen beeinflusst. Es lassen sich mehrere Schmerzbewertungskomponenten nachweisen, welche das Schmerzverhalten bestimmen.

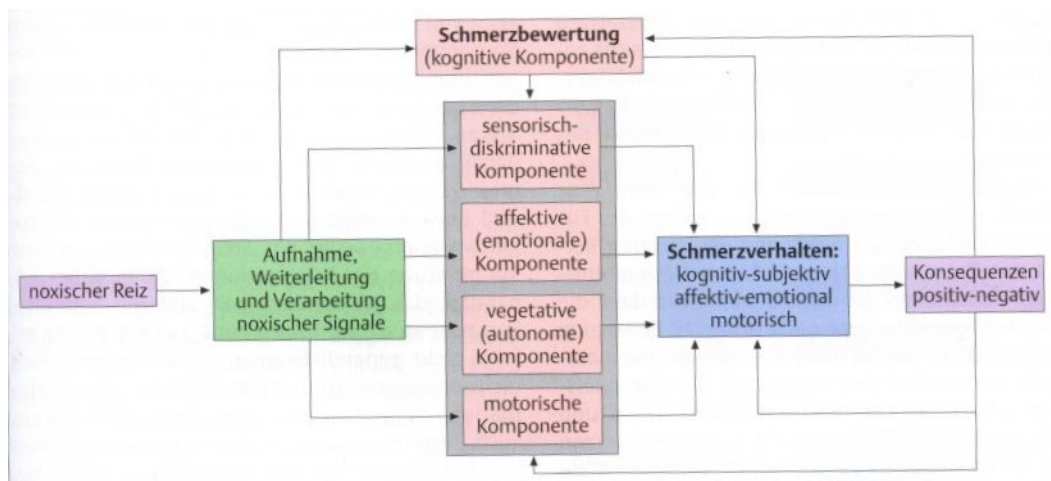


Abb. 1: Schema zur Verarbeitung noxischer Reize. Vgl. Berg, Frans van den et al. (2003), S. 27.

⁷ Zusman, Max (2006), S.45-46

⁸ Kingsley (2000), S. 102.

Die Konsequenzen des Schmerzes sind für das zukünftige Schmerzverhalten von grosser Bedeutung. Je nach dem ob positive oder negative Konsequenzen folgen, wird das Schmerzverhalten eher verstärkt oder abgeschwächt (operantes Lernen). Die Schmerz Wahrnehmung wird durch neurophysiologische und kognitive Faktoren stark beeinflusst. Der chronische Schmerzpatient zeigt eine erhöhte Aufmerksamkeit auf seine Symptomatik. Oft kommt es auch zu einer Fehlinterpretation normaler physiologischer Begleiterscheinungen. Gezielte Aufmerksamkeitslenkung hilft dem Patienten seinen Schmerzzustand zu verbessern. Ein scheinbarer Verlust der Kontrolle (Unkontrollierbarkeit des Schmerzgeschehens) führt zu meist starken Beeinträchtigungen des Alltags. Angst ist ein wesentlicher Faktor für die Schmerzchronifizierung. Angst beeinflusst die Schmerztoleranz und verschlechtert die Heilungsaussichten. Ungenügendes Wissen über Schmerzentstehung und -verarbeitung führt zu einer Verstärkung dieser Angst. Es besteht ein hoher Zusammenhang zwischen chronischen Schmerzen, Angst und Depression.⁹

Meine Aufgabe wird sein, den Patienten das nötige Wissen über Schmerzentstehung zu geben und ihnen somit ihre Angst vor den Schmerzen zu nehmen.

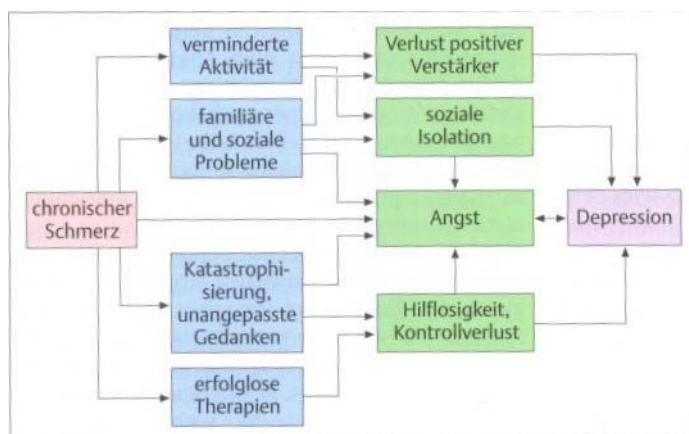


Abb.2: Wirkmechanismen chronischer Schmerzen, die zu Angst und Depression führen können. Vgl. Berg, Frans van den et al. (2003), S.112

Durch eine Aktivierung der Strukturen im limbischen System entstehen emotionale

⁹ Berg, Frans van den et al. (2003),S.110-112

Reaktionen auf Schmerz. Dieser Aktivierung kann sich durch Wechselwirkungen zwischen zentralem Nervensystem und Immunsystem sowie hormonellen Reaktionen ein allgemeines Krankheitsverhalten anschliessen. Dieses äussert sich durch Symptome wie Müdigkeit, Unwohlsein, depressive Stimmung, reduzierter Appetit usw.

Das Wissen um die Zusammenhänge zwischen Schmerzbewertung, Schmerzverhalten und Konsequenzen ist sehr nützlich bei der Therapie von Schmerzpatienten.¹⁰

2.1.1. Psychologische Grundkonzepte

Im Folgenden sollen einige Grundkonzepte der Psychologie vorgestellt werden, da diese einen engen Bezug zu der kognitiven Schmerztherapie haben. Diese Konzepte haben eine Bedeutung für das Grundverständnis von Gesundheit und Krankheit; für Krankheitsverläufe, Krankheitserleben und Krankheitsfolgen und für die Planung effektiver Interventionen.

Ich werde diese psychologischen Grundlagen für meine Beratung nutzen.

2.1.1.1. Lernen und Sozialisieren

a) Klassische Konditionierung bedeutet, dass nach mehrmaligen, gemeinsamen Auftreten eines unkonditionierten Reizes (UCS) mit einem neutralen Reiz der Proband lernt, dass der vormals neutrale Reiz ein Hinweis auf den UCS darstellt. Der neutrale Reiz wird zu einem konditionierten Reiz (CS), welcher die vorher unkonditionierte Reaktion auslösen kann.

Der Prozess der klassischen Konditionierung kann für die Entstehung und wiederholte Schmerzerfahrung von Bedeutung sein. Es bilden sich Erwartungshaltungen, welche zu einer Sensibilisierung für schmerzauslösende Reize führen. Mit wiederholten Schmerzerfahrungen geht eine plastische

¹⁰ Berg, Frans van den et al. (2003),S.29-30

kortikale Veränderung einher, welche zur Chronifizierung des Schmerzes beiträgt. Für die Patienten ist es wichtig Aktivitäten oder Bewegungen ohne Schmerz durchzuführen, dadurch kann der Entstehung eines Schmerzgedächtnisses entgegengewirkt werden.

Wichtige Informationsverarbeitungs- und Gedächtnisprozesse sind: selektive Aufmerksamkeit; selektive Memorierung; selektiver Gedächtnisabruf und kortikale Aufrechterhaltung von körperlichen Beschwerden und Erkrankungen. Besonders bei Erkrankungen, welche mit zeitlich umschriebenen Ereignissen einhergehen (Reiz-Reaktions-Kopplung) muss die klassische Konditionierung beachtet werden.

- b) Operante Verstärkung besagt, dass Verhaltensweisen häufiger auftreten, wenn diesen Reaktionen ein verstärkter Reiz folgt. Aufgrund unterschiedlicher Verstärker (negative oder positive Verhaltenskonsequenzen) ergeben sich vier Formen der operanten Konditionierung: positive Verstärkung; negative Verstärkung; Bestrafung und Löschung.

Die operante Konditionierung hat zahlreiche Einflüsse auf das Krankheitsgeschehen, so kann man z. B. emotionale Zuwendung auf Krankheitssymptome als operante Verstärkung sehen. Bei chronischen Beschwerden trägt emotionale Zuwendung auf Schmerzreize hin weniger zur Krankheitsbewältigung bei als ein aufmunterndes Unterstützen von Bewältigungsverhalten. Unter Umständen kann es von Bedeutung sein, Familienmitglieder mit in die Therapie einzubeziehen. Operante Lernprozesse können kombiniert mit klassischen Lernprozessen auftreten.

- c) Modelllernen ist Lernen durch Beobachten. Die Familienmitglieder in Kindheit und Jugend sind bedeutsam für das Modellverhalten bei der Entstehung von und bei dem Umgang mit Krankheiten.

- d) Weitere Sozialisierungsaspekte sind bei der allgemeinen Entwicklung von Einstellungen und Verhaltensweisen im Umgang mit Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten bedeutsam. Oft finden sich in Familien Überzeugungen, die regeln, ob bei bestimmten Beschwerden ein umgehender Arztbesuch erforderlich ist oder ob abgewartet wird. Es werden Einstellungen

entwickelt, wie mit Medikamenten verfahren werden soll und vieles mehr.

2.1.1.2. Informationsverarbeitung und Gedächtnis

Wahrnehmungen werden bevorzugt verarbeitet und im Gedächtnis gespeichert, wenn sie mit den bestehenden kognitiven Grundkonzepten der Person übereinstimmen. Aber auch aus verschiedenen anderen Gründen werden bestimmte Informationen selektiv wahrgenommen und als besonders intensiv erlebt. Bei Personen mit chronischen Schmerzerkrankungen spricht man von einem „Schmerzgedächtnis“. Mit wiederholten Schmerzerfahrungen kommt es zu Veränderungen im Gehirn, welche zu einer Chronifizierung des Schmerzes beitragen.¹¹

2.1.1.3. Subjektive Krankheitsmodelle

Der Verlauf einer Krankheit und die Beeinträchtigung durch diese scheint oft weniger von medizinischen Faktoren, sondern von subjektiven Vorstellungen von der Krankheit durch die betroffene Person abhängig zu sein.

Leventhal hat die kognitive Repräsentation von Krankheiten in fünf Kategorien eingeteilt:

Identität/ Symptomatik der Krankheit: persönliche Annahmen, um welche Erkrankung es sich handelt und welche Symptome dazugehören.

Angenommene Verursachung: alle Annahmen über die Entstehung der Krankheit, z.B. Zufall, biologische Ursachen, persönliche Verantwortung (Schuldgefühle) etc.

Angenommener Zeitverlauf: Annahmen der Person, ob es sich um eine kurzfristige akute oder eine langfristige Erkrankung handelt. Je nach Annahme werden sich die emotionale Reaktion und Verhaltensreaktion stark unterscheiden.

Vermutete Konsequenzen der Erkrankung: Diese Variable ist von Person zu Person sehr verschieden und stark abhängig vom Alltagsleben, Beruf etc. So wird z.B. einen Berufsmusiker eine Verletzung am Finger wesentlich mehr einschränken als z.B. einen Fußballspieler.

¹¹ Ehlert, U. (2003),S.96-100

Behandlungs- und Kontrollmöglichkeiten über die Erkrankung: beinhaltet subjektive Annahmen, wie bei der vorliegenden Erkrankung Heilung oder Linderung möglich ist.

Vor allem bei chronischen Erkrankungen ist es wichtig, das subjektive Krankheitsmodell zu berücksichtigen und gegebenenfalls zu modifizieren. Auch die Annahme eigener Einflussmöglichkeiten (Selbstwirksamkeitserwartungen) kann den Verlauf einer Krankheit beeinflussen.¹²

Für mich bedeutet das, das ich versuchen muss solche persönlichen Annahmen evt. zu korrigieren und vor allem die Selbstwirksamkeitserwartung zu steigern. Mir ist bewusst, dass dies nicht bei jedem Patient möglich sein wird.

2.1.1.4. Krankheitsverhalten

Das Krankheitsverhalten beschreibt die individuelle Reaktion auf ein Symptom bzw. eine Erkrankung, es besteht aus: Wahrnehmung des Symptoms; kognitiver und emotionaler Bewertung und handlungsbezogenen Reaktionen (z.B. Hilfesuchen).¹³

Vom Krankheitsverhalten abzugrenzen ist die Krankenrolle, welche eine Kombination aus Verpflichtungen und Privilegien, die mit einer Krankheit entstehen, beschreibt. Es wird erwartet, dass die Person ihre Krankheit als „unerwünschten“ Zustand auffasst, mit anderen kooperiert, um die Gesundheit wiederherzustellen. Dafür wird sie für ihren Zustand nicht verantwortlich gemacht und als hilfebedürftig eingeschätzt.¹⁴

Pilowsky definierte den Begriff „abnormal illness behavior“ (abnormes Krankheitsverhalten). Er beschreibt damit eine unangemessene oder maladaptive Art des Erlebens, der Bewertung und der Handlungen bezüglich des eigenen Gesundheitszustandes. Voraus gesetzt wird, dass die Person über ihren Gesundheitsstand adäquat in Kenntnis gesetzt wurde.

Personen mit chronischen Erkrankungen zeigen oftmals typische Verhaltensweisen (chronisches Krankheitsverhalten). Folgende Reaktionen charakterisieren dieses chronische Krankheitsverhalten:

¹² Leventhal, H. et al. (1984)

¹³ Mechanic, D. (1962)

¹⁴ Parsons, T. (1964)

- zunehmende Passivität und Hilflosigkeit mit einem Vertrauensverlust in eigene Bewältigungsstrategien,
- Schon- und Vermeidungsverhalten bezüglich körperlicher Aktivitäten mit Abbau des körperlichen Trainingszustandes, sozialer Aktivitäten (Rückzug) und Alltagspflichten,
- intensive Inanspruchnahme medizinischer Massnahmen,
- Medikamentenmissbrauch.¹⁵

Mit verhaltensmedizinischen Interventionen kann dieses maladaptive Krankheitsverhalten abgebaut und aktive Bewältigungsstrategien verstärkt werden, sodass die Überzeugung der subjektiven Kontrollmöglichkeiten steigt.

2.1.1.5. Symptomwahrnehmung

Viele Krankheiten stehen mit der Wahrnehmung spezifischer und unspezifischer Symptome in Verbindung. Die Genauigkeit, mit der Symptome wahrgenommen werden, ist bei allen Menschen und in verschiedenen Situationen unterschiedlich.

Verschiedene Formen einer fehlerhaften Symptomwahrnehmung sind das unvollständige oder unterschätzende Wahrnehmen von Symptomen, das Fehleinschätzen oder das Überschätzen von körperlichen Symptomen.

Die allgemeine Wahrnehmung, Weiterleitung und zentrale Verarbeitung von körperinneren Zuständen nennt man Interozeption. Diese unterliegt verschiedenen Einflussfaktoren. Es wird davon ausgegangen, dass die Interozeption prinzipiell den gleichen Mechanismen unterliegt wie die Wahrnehmung externer Signale. In zahlreichen Studien wurde gezeigt, dass die Aufmerksamkeitslenkung auf Körpervorgänge die Symptomwahrnehmung intensiviert. Die wahrgenommene Intensität eines Symptoms wird durch psychologische Prozesse, z.B. Krankheitskonzepte, kontextbedingte Erwartungen, Aufmerksamkeitsfokus, Angst und Depressivität beeinflusst.

Ich möchte ein Beispiel für die Aufmerksamkeitslenkung geben. Konzentrieren sie sich jetzt drei Minuten lang auf ihren Kehlkopf und das Gefühl beim Schlucken. Merken sie, wie mühselig dieser sonst unbewusste Vorgang wird?

¹⁵ Pilowsky, I. (1997)

2.1.1.6. Stress

Die Stressforschung hat die Zusammenhänge zwischen Belastung und Entstehung von Krankheiten gezeigt und somit die allgemeine Annahme bestätigt, dass Stress Krankheiten mitverursachen kann.

Walter Cannon (1871-1945) prägte den Begriff Homöostase. Darunter versteht man die körperinnere Stabilität, die der Organismus bei veränderten Umweltbedingungen aufrechterhält bzw. wiederherstellt. Wird diese Homöostase nicht wiederhergestellt, entstehen Krankheiten.

Hans Selye (1907-1982) führte den Begriff Stress ein und betonte, dass die körperliche Stressreaktion drei Phasen durchläuft:

1. Alarmreaktion: initiale Reaktion auf einen Stressor;
2. Widerstandsphase: Mobilisierung komplexer Anpassungsprozesse des Organismus, um das innere Gleichgewicht wiederherzustellen;
3. Erschöpfungsphase: bei langer Dauer der Stressreaktion Zusammenbruch der Anpassungsvorgänge.

Es wird zwischen Kurzzeit- und Langzeitfolgen unterschieden. Kurzzeitig wird schnell Energie mobilisiert, bei langandauernder Belastung können pathophysiologische Konsequenzen auftreten.

Die Wirkung von Stressreizen hängt von verschiedenen Faktoren ab. Die Grösse der körperlichen Stressreaktion hängt von der Intensität der belastenden Situation ab. Ob eine Situation als bedrohlich und somit stressauslösend empfunden wird, hängt von dem Bewertungssystem eines jeden ab. Je nach verfügbaren Bewältigungsstrategien wird eine Situation als bedrohlich oder harmlos eingeschätzt. Bei chronischen Krankheiten kann die Ungewissheit über den weiteren Krankheitsverlauf einen starken Stressor darstellen.

Zwischen der psychobiologischen Stressreaktion und der Entstehung spezifische Krankheiten spielen verschiedene Prozesse eine wichtige Rolle. Diese Prozesse werden unterschieden in kognitive und physiologische Mediatoren. Kognitiv-behaviorale Mediatoren beinhalten alle kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Komponenten einer Stressreaktion. Zu den physiologischen Mediatoren zählen Hyperaktivität, Immunosuppression (Reduktion der

Widerstandskraft gegen externe Faktoren) und Krankheitsverlauf.¹⁶

Patienten mit chronischen Kopfschmerzen geben oft Stress als auslösenden Faktor an, deshalb ist es für mich wichtig Stressbewältigung mit meinen Patienten zu üben.

2.1.1.7. Emotionen

Watson u. Pennebaker führten das Konzept der negativen Affektivität ein. Negative Affektivität bezieht sich darauf, in welchem Mass eine Person negative Affekte wie Nervosität, Ärger, Abscheu oder Schuld bevorzugt erlebt und ausdrückt.

Es konnte gezeigt werden, dass negative Affektivität positiv mit Gesundheitsbeschwerden sowie negativ mit der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes korreliert.¹⁷

Das Erleben von negativen Affekten ist also bedeutsam für die Genesung des Patienten.

2.1.1.8. Persönlichkeit

In frühen Modellen der Psychosomatik wurde immer wieder versucht spezifische Persönlichkeitsmerkmale mit der Entstehung spezifischer Krankheiten in Verbindung zu bringen. Diese Versuche müssen jedoch im Allgemeinen als gescheitert betrachtet werden.

Goldberg entwickelt das Modell „The big Five“, er unterscheidet dabei folgende Dimensionen:

1. Extraversion („surgency“),
2. Sozial-emotionale Orientierung („agreeableness“),
3. Aufgabenbezogenheit („conscientiousness“),
4. Emotionale Stabilität und
5. Offenheit für neue Erfahrungen.¹⁸

Jeder dieser Faktoren kann mit Krankheit und Krankheitsbewältigung in

¹⁶ Ehlert, U. (2003),S.108-111

¹⁷ Watson u. Pennebaker (1989)

¹⁸ Goldberg (1993)

Verbindung gebracht werden, die Relevanz für die Verhaltenstherapie ist jedoch gering.

Ein anderes Modell sind die „Persönlichkeitstypen“ von Friedmann und Rosenman. Es werden vier Typen unterschieden:

Typ A: angespannt, wettbewerbsorientiert, hohe Ärgerneigung und Feindseligkeit,

Typ B: Gegenteil von Typ A,

Typ C: sozial angepasst, resignativ,

Typ D: ausgeprägte „negative Affektivität“ und soziale Hemmung.¹⁹

Die Relevanz dieses Modells ist ebenfalls fraglich.

Ich erlebe Kopfschmerzpatienten oft als Menschen, welche viel denken, viel grübeln und sich selbst und ihr Handeln oft hinterfragen. Sie leben sozial meist sehr angepasst.

2.1.1.9. Salutogenetische Aspekte

Seit langer Zeit beschäftigt sich die medizinische Forschung mit Krankheitsprozessen. Antonovski stellt die Frage einmal andersherum, warum manche Menschen selbst unter widrigsten Bedingungen gesund bleiben oder schwerste Krankheiten bewältigen können. Ein wichtiges Merkmal, das zum Gesundsein und zur Krankheitsbewältigung beiträgt, ist nach Antonovski der „sense of coherence“ (Kohärenzgefühl). Das Kohärenzgefühl besteht aus den drei Komponenten: Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit und Bewältigbarkeit. Es umschreibt das Bewusstsein, dass die Lebensabläufe strukturiert vorhersagbar und erklärbar sind, dass Möglichkeiten zur Bewältigung von Problemen und zur Befriedigung von Bedürfnissen bestehen und dass Probleme Herausforderungen darstellen, für die Lösungen möglich sind und angestrebt werden sollen. Ein hohes Ausmass an Kohärenzgefühl geht mit einer besseren Bewältigung von verschiedenen Krankheitsbildern einher.²⁰

Unter „Hardiness“ versteht man psychologische Vitalität und gesteigertes Leistungsempfinden. Es wurde z.B. herausgefunden, dass Stress sowohl positiven als auch negativen Einfluss auf die Gesundheit haben kann. Wird eine Belastung

¹⁹ Friedmann und Rosenman (1974)

²⁰ Antonovski (1997)

eher als etwas Positives im Sinne von einer Herausforderung gesehen, kann diese zur Erhaltung der Gesundheit beitragen. Wird aber derselbe Stressor als eine Überforderung, also etwas Negatives gewertet, kann sich ein Gesundheitsrisiko ergeben.

Auch andere Bedingungen wie z.B. soziale Unterstützung, befriedigende Arbeits- und Familiensituation, Freizeitgestaltung und vieles mehr können zum Gesundbleiben bzw. Wiedergesundwerden beitragen.²¹ Indem der Patient versucht z.B. seine Freizeitgestaltung zu verändern, kann er positiv auf seinen Schmerzzustand einwirken.

2.1.1.10. Belastungs- und Krankheitsbewältigung (Coping)

Im Bereich der Verhaltensmedizin wurden Bewältigungsprozesse erforscht, insbesondere die Wirkung der unterschiedlichen Bewältigungsformen auf die körperliche und seelische Gesundheit.²²

Bewältigung wird definiert als „die sich verändernden kognitiven und verhaltensbezogenen Bemühungen einer Person im Umgang mit spezifischen externalen und/ oder internalen Bedingungen, welche die Person als Anforderung oder die eigenen Ressourcen übersteigend bewertet“.²³

Bewältigung erfordert also Anstrengung und Aufwand und wird von automatisierten Verhaltensweisen zur Anpassung unterschieden. Das Ziel der Bewältigung ist, mit den Anforderungen fertig zu werden. Es können zwei unterschiedliche Funktionen von Bewältigungsreaktionen unterschieden werden:

- problemorientierte Bewältigung: Versuche, die Situation selbst bzw. einige Merkmale (z.B. Ziele, Werte, Einstellungen) zu verändern;
- emotionsorientierte Bewältigung: Versuche, die unlustbetonten Emotionen wie Ärger, Angst, Schuldgefühle zu beeinflussen (z.B. Gefühle ausleben oder kontrollieren).

Coping wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Eine grosse Rolle spielen

²¹ Ehlert, U. (2003),S.114

²² Ehlert, U. (2003),S.115

²³ Lazarus u. Folkman (1984)

situationsbezogene bzw. kontextabhängige Bewertungen, z. B. die Kontrollierbarkeit der Belastungsbedingungen.

Die Wirkung ungenügender Bewältigung auf Gesundheit bzw. Krankheit:

- Bewältigung kann direkt gesundheitsschädliche Konsequenzen haben (wie z.B. durch Nikotinkonsum, Alkoholkonsum, ungesundes Ernährungsverhalten),
- bestimmte Bewältigungsreaktionen können als Krankheitsverhalten kurzfristig positive Konsequenzen haben (z.B. Schonen, Medikamente, Klagen), jedoch zur Chronifizierung beitragen,
- bei schlechter bzw. ungenügender Wirksamkeit von Bewältigungsformen kann dies wiederum Rückwirkungen haben auf die Häufigkeit, Intensität und Qualität der psychophysiologischen Stressreaktion.

Mit meiner Unterstützung soll der Patient aktive Bewältigungsstrategien finden und seine Selbstwirksamkeitserwartung steigern.

Die Selbstwirksamkeitserwartung (self-efficacy) hat grossen Einfluss auf eine Verhaltensänderung einer Person und darauf ob bzw. wie intensiv Bewältigungsverhalten gezeigt wird. Die Selbstwirksamkeitserwartung wird aus vier Quellen gespeist:

- 1) durch die Erfahrung tatsächlicher Kontrolle bzw. Bewältigung,
- 2) durch stellvertretende Erfahrung aufgrund der Beobachtung anderer Personen,
- 3) durch verbale Überzeugung, z.B. durch den Behandler oder andere Personen, und
- 4) durch die Wahrnehmung körperlicher Erregung in Belastungssituationen.^{24 25}

2.2. Chronischer Kopfschmerz

Insbesondere möchte ich Menschen mit chronischen Kopfschmerzen beraten.

²⁴ Bandura (1977)

²⁵ Ehlert, U. (2003),S.115-119

Schon die Suche nach möglichen Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmechanismen erfordert einen biopsychosozialen Ansatz. Lange stand das vaskuläre Modell von Wolff²⁶ im Vordergrund. Heute bezweifelt man diese primäre Rolle der Vasomotorik, doch gilt sie weiterhin als Bestandteil des physiologischen Geschehens.

Viele Forscher gehen von einer neuralen Entzündung aus, wieder andere von einem überhöhten Tonus der Nackenmuskulatur.

Klaus Strackharn geht von einer Fehlstellung des ersten Halswirbels als Ursache der Migräneerkrankung aus.²⁷

Psychologische Faktoren wie zum Beispiel Stress, werden oft als Auslöser für Migräneattacken beschrieben. Es kommt zu einer Stressreaktion, welche wiederum psychologische und physiologische Reaktionen (z.B. Verspannung der Muskulatur) nach sich zieht. Diese vielfältigen Angriffspunkte und die biopsychosozialen Verflechtungen zeigen die Schwierigkeiten, die sich bei der Therapie von Patienten mit chronischen Kopfschmerzen.²⁸

Ich persönlich glaube an alle Möglichkeiten der Entstehung von Kopfschmerzen, oft sind mehrere Faktoren beteiligt. So folgt auf eine Fehlstellung des Halswirbels sicher auch eine Verspannung der Muskulatur. Die psychologischen Faktoren haben für mich eine grosse Bedeutung, ich glaube, dass jeder Schmerzzustand psychisch beeinflusst ist.

Nach dem Klassifikationsmodell des „Headache Classification Committee“ der International Headache Society (IHS) wird von zwei Hauptformen primären Kopfschmerzes ausgegangen, Migräne und Spannungskopfschmerz.

	Migräne	Spannungskopfschmerz
Charakter	Anfallsartig	Episoden
Dauer	wenige Stunden bis mehrere Tage (4-72 Stunden)	30 Minuten bis zu einer Woche, sogar bis konstanter Schmerz
Unterscheidung	mit oder ohne Aura	Episodischer Kopfschmerz

²⁶ Wolff, H.G. (1948)

²⁷ Strackharn, Dr. med. Klaus (2006)

²⁸ van den Bree et al.(1990)

	(reversible, kurzzeitige neurologische Symptome, z. B. Seh-, Sprach- oder Empfindungsstörungen, welche einem Migräneanfall vorausgehen)	(Auftreten bis zu 14 Tagen pro Monat) Chronischer/ ständiger Kopfschmerz (Schmerz an mehr als 15 Tagen pro Monat)
Lokalisation	häufig einseitig	meist beidseitig
Schmerzqualität	pulsierend hohe bis mittlere Intensität verstärkt bei Aktivität	drückend -pressend gering bis mittelstark unbeeinflusst von körperliche Aktivität
Begleiterscheinungen	Übelkeit, Erbrechen, Unverträglichkeit von Licht (Photophobie) und Lärm (Phonophobie)	Keine
Differenzialdiagnose	Clusterkopfschmerz (Big Horton), stark unilateral und kurzzeitige Attacken, sympathische Begleiterscheinungen (Tränenfluss, Augenrötung, Schwitzen)	

Es wird davon ausgegangen, dass die Mehrheit der Patienten sowohl unter Migräne als auch unter Spannungskopfschmerz leidet²⁹.

An dieser Stelle möchte ich einige Fakten zum Thema Kopfschmerz in Deutschland, veröffentlicht von der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) – 25.11.1005 aufzuführen.

Demnach haben jede dritte Frau und jeder fünfte Mann in Deutschland mehr als einmal im Monat Kopfschmerzen. Auffallend sind geschlechtsspezifische sowie regionale Unterschiede. Kopfschmerz zählt zu den häufigsten Schmerzsyndromen. Am häufigsten treten Spannungskopfschmerzen auf, weniger häufig Migräne

²⁹ Zeitschrift für Nervenheilkunde (1989), S.161-203

(Frauen deutlich mehr als Männer). Die Prävalenz von Schmerzmittelkopfschmerz beträgt etwa 1-1,4%. Bei Frauen und Männern sinkt die Häufigkeit von Kopfschmerzen mit steigendem Alter (ab 45. Lebensjahr).

Die Mehrzahl der Migränepatientinnen hat eine bis drei Attacken pro Monat, männliche Patienten häufig weniger als einen Anfall.

Bei etwa 2,3 Prozent der Frauen treten Migräneattacken in Zusammenhang mit ihrer Menstruation auf. Bei Spannungskopfschmerz ist das Geschlechterverhältnis ausgeglichener. Die Lebensqualität der Kopfschmerzpatienten ist deutlich schlechter als jener Menschen, welche keine Kopfschmerzen haben.

Migräne beeinträchtigt das körperliche Wohlbefinden stärker als Spannungskopfschmerz. Kopfschmerzen beeinträchtigen die körperliche und soziale Funktionsfähigkeit, die Vitalität, die allgemeine Gesundheit, das körperliche und das psychische Wohlbefinden.³⁰

„Manchen Patienten konnte ich mit Medikamenten helfen, manchen mit dem Zauber der Zuwendung. Bei den am schwersten betroffenen Patienten jedoch war all mein therapeutisches Bemühen vergebens, bis ich anfang, eingehend und beharrlich ihr emotionales Leben zu erkunden. Mir wurde klar, dass vielen Migräneattacken eine emotionale Bedeutung zugrunde liegt...“³¹

3. Mein Konzept, Beratung und Therapie

Bei der Behandlung von chronischen Schmerzpatienten (insbesondere Kopfschmerz), werde ich neben meiner beratenden Tätigkeit auch spezielle physiotherapeutische Interventionen einsetzen. Wenn ich nachfolgend von Therapie spreche, ist damit immer diese Kombination aus Beratung und

³⁰ www.dmkg.de/presse/pres76.htm

³¹ Sacks, Oliver(2002), S. 18-19

Physiotherapie gemeint. Es gibt viele Überschneidungen der beiden Tätigkeitsfelder, wie zum Beispiel die Anwendung der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobsen (PMR). Im Rahmen dieser Arbeit werde ich meine physiotherapeutischen Behandlungsweisen etwas in den Hintergrund rücken und sie beim Fallbeispiel lediglich erwähnen.

3.1. Setting

Da meine Beratertätigkeit im Rahmen einer physiotherapeutischen Praxis stattfindet, gehe ich von einer Behandlungszeit von 30-45 Minuten aus, im Einzelfall (z.B. Erstgespräch) auch mehr. Die Behandlungsdauer ist schwer voraussagbar und wird sich zwischen 9 und 18 Behandlungen bewegen. Die Behandlungen werden anfangs ein bis zwei mal wöchentlich, später einmal in 14 Tagen stattfinden.

Einzelne Therapiepunkte, wie zum Beispiel das Erlernen der PMR oder anderer Entspannungstechniken, werde ich in einer Gruppe anbieten.

3.2. Behandlungsaufbau

Meine Behandlung von Kopfschmerzpatienten setzt sich aus vier Komponenten zusammen (siehe Abb. 3). Diese Komponenten sind: Schmerzmanagement, Physiotherapie, PMR/ Entspannung und Hausaufgaben.

Das Schmerzmanagement ist unterteilt in: Information und Aufklärung, kognitive Umstrukturierung, Schrittweise Bewegungs- und Belastungssteigerung und Reduktion von Medikamenten und passiven Massnahmen, wobei die verschiedenen Elemente des Schmerzmanagements in einander übergehen. So wird z.B. Information ein Bestandteil von mehreren Sitzungen sein.

In der Physiotherapie steht die manuelle Behandlung von Halswirbelsäule/ Brustwirbelsäule und Kiefergelenk sowie der Muskulatur im Vordergrund. Aber auch eine Behandlung des Periosts, der Haut, der Suturen, und des Lymphsystems wird integriert sein.

Die Hausaufgaben setzen sich aus Bewegungsübungen und z.B. dem Führen eines Schmerz- bzw. Wohlfühltagbuches zusammen.

Die Entspannung wird anfangs von mir angeleitet, später dann selbstständig durchgeführt.

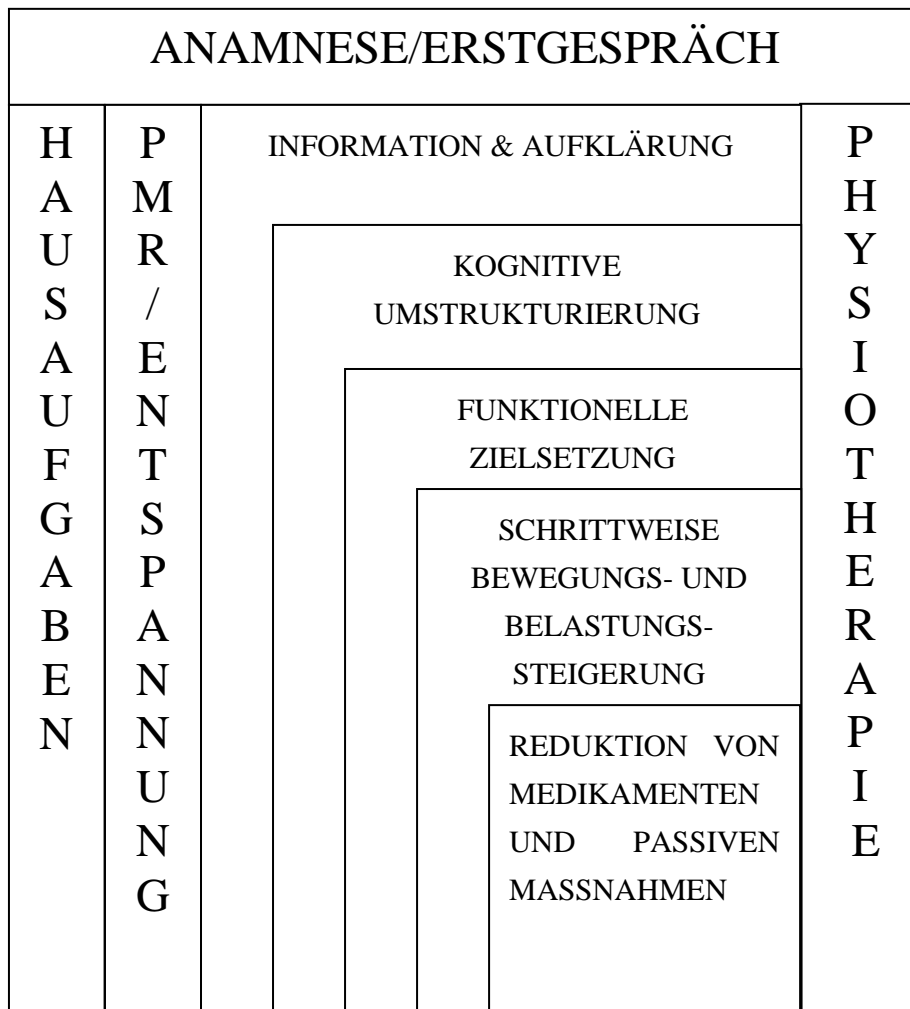


Abb.3: Übersicht über den Behandlungsaufbau

3.2.1. Anamnese

Das erste persönliche Gespräch bietet Raum für Information über die Art meiner Behandlung, das Herausstellen der Wichtigkeit einer psychologischen Beratung und dem Entkräften oft vorhandener Vorurteile gegenüber psychologischer Schmerztherapie. Bedeutend ist auch die Motivationsklärung. Dabei werde ich die Patienten darauf hinweisen, dass es sich um eine aktive

Therapie handelt, bei welcher sie selbst Verantwortung übernehmen müssen. Eventuell vorhandene irrationale Erwartungen an die Therapie können von mir wahrgenommen und korrigiert werden.

Neben Informationen zur Person (Name, Alter, Beruf, Familienstand) werden im Allgemeinen auch folgende Punkte beim Anamnesegespräch erfasst:

- Anlass des Kommens (von wem geschickt)
- Da ich eine enge Zusammenarbeit mit Ärzten anstrebe, ist die Erstdiagnose des Arztes wichtig.
- Problemanalyse: seit wann, bei welcher Gelegenheit, wann nicht...³²

Hier verwende ich u. a. einen Fragebogen zu individuellen Kopfschmerzsymptomen nach Kern.³³ Um festzustellen, ob es sich z.B. bei Bewegungseinschränkungen um funktionelle Einschränkungen oder um ein Angstvermeidungsverhalten handelt, ist eine genaue körperliche Untersuchung nötig.

- Erwartungen der Patientin/ des Patienten
- Ressourcen der Patientin/ des Patienten
- gegebenenfalls wichtige Ereignisse der Lebensgeschichte
- Was wurde bereits zur Problembewältigung unternommen

Zu diesem Punkt zählen evtl. vorangegangene und laufende Therapien, Medikamente, Operationen, Änderungen im Alltag.³⁴

Idealerweise führt ein Patient schon vor der Therapie einen Kopfschmerzkalender. Wenn dies nicht der Fall ist, wird er aufgefordert, dieses ab jetzt zu tun. Er bekommt einen entsprechenden Vordruck und eine Anleitung, wie der Kalender zu führen ist.

Das „Flag Konzept“ zeigt mögliche Faktoren auf, welche auf ein erhöhtes Risiko auf lang anhaltende Schmerzen, Funktionsverlust und Behinderung hinweisen.

„Red Flags“ sind medizinische Risikofaktoren, sie erfordern eine sofortige medizinische Intervention.

³² Weinberger, Sabine (2004), S.131

³³ Kern, Bernhard (2003), S.30-33

³⁴ Weinberger, Sabine (2004), S.131

- Signifikantes Trauma
- Gewichtsverlust
- Maligne Vorgeschichte
- Fieber
- IV- Drogenmissbrauch
- Steroide
- Cauda Equina Syndrom
- Patienten über 50 Jahre
- Starke, unaufhörliche nächtlichen Schmerzen
- Schmerzen in Ruhestellung

Eine multidisziplinäre Behandlung ist bei psychosozialen Faktoren, den so genannten „Yellow Flags“ erforderlich.

- Einstellung/ Überzeugungen über Schmerzen
- Verhalten
- Kompensation/ Schadensersatz
- Diagnostische und therapeutische Fragen
- Emotionen
- Familiensituation
- Arbeitssituation

„Yellow Flags“ in Bezug auf Verhalten sind z.B.: ausgedehnte Bettruhe; Rückzug von normalen Alltagsaktivitäten; Tendenz zu „alles oder nichts“; Beschreibung von extrem hoher Schmerzintensität; übermäßige Abhängigkeit von Hilfsmitteln; hoher Genuss von Alkohol oder anderen Substanzen (Selbstbetäubung).

In Bezug auf Kompensation/ Schadensersatz sind es z.B.: Fehlen von einem finanziellen Anreiz bei Wiederaufnahme der Arbeit; Streitfrage über Legitimität; frühere langfristige Arbeitsunfähigkeit in Verbindung mit Schmerzproblemen; frühere negative Erfahrungen mit Ärzten, Rechtsanwälten etc.

In Bezug auf Diagnose und Behandlung sind es z.B.: mangelnde Funktionsverbesserung durch medizinische Interventionen; Verunsicherung durch widersprüchliche Diagnosen; Häufigkeit von Arztbesuchen im letzten Jahr; Unzufriedenheit mit früherer Behandlung.

In Bezug auf Emotionen: Angst vor Schmerzverstärkung durch Aktivität oder Arbeit; depressive Stimmung; Hypervigilanz (erhöhte Aufmerksamkeit auf körperliche Symptome); Gefühl, unter Stress zu stehen und keine Kontrolle zu haben; soziale Angst und Desinteresse an sozialen Aktivitäten; Gefühl, unnützlich zu sein und nicht gebraucht zu werden.

In Bezug auf Familiensituation: überfürsorglicher Partner; besorgtes Verhalten vom Partner; „strafendes“ Sozialverhalten vom Partner (z.B. Ignoranz); Ausmaß an familiärer Unterstützung, um an die Arbeit zurückzukehren; fehlende Vertrauensperson, um über Probleme zu sprechen.

In Bezug auf die Situation am Arbeitsplatz: schwere körperliche Arbeit; häufiger Stellenwechsel; Stress am Arbeitsplatz; mangelnde Unterstützung durch Arbeitskollegen; unsoziale Arbeitsbedingungen; Mangel an beruflicher Perspektive.³⁵

Für die Behandlung ist es wichtig, diese Risikofaktoren gezielt abzufragen und einzuschätzen. Solche Fragen könnten sein:

- Was glauben Sie, ist der Grund für ihre Schmerzen?
- Wie reagiert ihr Arbeitgeber auf Ihre Schmerzen? ... Ihre Kollegen? ... Ihre Familie?
- Wie kommen Sie mit dem Schmerz klar?
- Was glauben Sie, würde Ihnen helfen?
- Glauben sie, dass Sie an ihre Arbeit zurückkehren können? Wann?³⁶

3.2.2. Information und Aufklärung

Wenn der Patient weiß, wie es zur Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen kommt, also Schmerzmechanismen versteht, kann er auch verstehen, weshalb psychologische Schmerztherapie sinnvoll ist und warum er selbst gezielt etwas gegen seine Schmerzen unternehmen kann. Der Unterschied zwischen

³⁵ Kendall, N.A.S., Linton, S.J. & Main, C.J.(1997)

³⁶ Zusman, Max (2006),S.77

akuten und chronischen Schmerzen, sowie schmerzfördernde und schmerzhemmende Mechanismen werden von mir dargestellt. Speziell werde ich die Entstehungsmechanismen für Kopfschmerzen und Migräne erklären und mit dem Patient mögliche Auslöser seiner Schmerzen aufdecken.

Der Patient wird auf die physischen und mentalen Folgen von Passivität/ Inaktivität und auf die Vorteile von Bewegung aufmerksam gemacht.

Diese Information dient dazu, dem Patienten seine Angst vor dem Schmerz zu nehmen und ihm ein Gefühl der Kontrolle zu vermitteln.

3.2.3. Kognitive Umstrukturierung

a) Identifizieren von nicht hilfreichen Gedanken

Mit Hilfe von Verhaltensanalysen und selbstkritischem Beobachten seitens des Patienten, können nicht hilfreiche Gedankenmuster aufgespürt werden.

„Nicht hilfreiche“ Kognitionen sind zum Beispiel:

- Katastrophisieren
- Generalisieren/ Verallgemeinern
- Niedrige Frustrationsschwelle
- Externe Kontrolle
- Somatisieren
- Selbsterniedrigung
- Sich ungerecht behandelt fühlen
- Selektives Denken, Bestätigung von vorgefassten Meinungen
- Unrealistische Erwartungen
- Schwarz-Weiß-Denken

b) Hinterfragen

- Ist es hilfreich, so zu denken?
- Ist es realistisch?
- Was ist das Schlimmste, was passieren kann?
- Was sind Alternativen?

c) Ersetzen von nicht hilfreichen Gedanken durch Information³⁷

Gezielte Informationen (siehe 4.2.2.), die der Patient erhält, tragen dazu bei, das Gefühl der Kontrolle, welche der Patient über seinen Schmerz hat, zu verstärken. Der Schmerz wird vom Patient als weniger bedrohlich erlebt. Nicht hilfreiche Kognitionen, wie zum Beispiel Katastrophisieren, Generalisieren, Schwarz–Weiß-Denken u.a., werden positiv beeinflusst. Der Patient lernt, dass er für seinen Schmerz verantwortlich ist und wie er den Schmerz selbst beeinflussen kann.

3.2.4. Funktionelle Zielsetzung

Ziele, vom Patient selbst oder von mir gesetzt, eignen sich sehr gut als Orientierung während der Therapie. Diese Ziele sollten realistisch, d.h. erreichbar, sein und an keine Heilungsversprechen von meiner Seite gebunden sein. Eventuell müssen die Zielsetzungen des Patienten korrigiert werden. Zeitlich wird zwischen kurz-, mittel- und langfristigen Zielen unterschieden. Als kurzfristige Ziele bezeichnet man Ziele, die innerhalb von 12 Monaten erreicht werden können, mittelfristige Ziele innerhalb von 1-2 Jahren und langfristige Ziele in 3-5 Jahren. Diese Ziele beeinflussen sich gegenseitig.

Es können Ziele im Familien-, Arbeits- und Freizeitbereich sein.³⁸

Durch Pacing sollen diese funktionellen Ziele erreicht werden.

3.2.5. Schrittweise Belastungs- und Bewegungssteigerung (Pacing)

Das Verhalten von Menschen mit chronischen Kopfschmerzen wird oft vom Schmerz kontrolliert. D.h. der Schmerz zwingt die Person, Aktivitäten (z.B. Arbeiten, Freizeit u.a.) abubrechen bzw. zu vermeiden. In Zusammenarbeit von Therapeut und Patient soll Vermeidungsverhalten identifiziert werden. Der Patient soll seine Aktivitätssteigerung mit Hilfe von eingebauten Ruhephasen planen und somit in seinen Aktivitäten vom Schmerz unabhängig werden.³⁹

³⁷ Zusman, Max (2006),S.71

³⁸ Zusman, Max (2006),S.70

³⁹ Zusman, Max (2006),S.68

Beispiel: Ein Patient gibt an, immer dann Kopfschmerz zu bekommen, wenn er am Computer arbeitet. Er wird aufgefordert, die Zeit von Beginn der Tätigkeit bis zum Einsetzen der Schmerzen über mehrere Tage zu messen. Von dieser Zeit nimmt man den Durchschnittswert, z.B. 40 Minuten. Davon werden mindestens 20% subtrahiert. In diesem Fall 32 Minuten, welche der Patient sicher schmerzfrei am Computer arbeiten kann. Jetzt wird der Patient aufgefordert, immer nach 30 Minuten mit der Computerarbeit aufzuhören und eine Ruhepause zu machen. Diese sollte Idealerweise kürzer sein als die Aktivitätsphase und aus einer anderen ausgleichenden Aktivität bestehen. Nun wird Schritt für Schritt die Aktivitätsphase (30 Minuten) erhöht.

Der Patient soll die Aktivitätssteigerung dokumentieren, was zu einer positiven Verstärkung führt.

Durch diese Aktivitäten innerhalb des schmerzfreien Bereichs kommt es langsam zu einer Auslöschung des Schmerzgedächtnisses.

3.2.6. Entspannung

Entspannung ist eine hilfreiche Methode, körperliche und seelische Stressreaktionen zu dämpfen.⁴⁰ Das Erlernen einer aktiven Entspannungsmethode ist für die langfristige Wirksamkeit der Therapie bei Kopfschmerzen wichtig.

Die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR) ist eine wissenschaftlich erprobte und effektive Methode. Sie ist ohne äußere Hilfsmittel durchführbar und in fast allen Alltagssituationen einsetzbar. Sie ist leicht und schnell zu erlernen. Es gibt eine Langform (25 min), eine Kurzform (12 min) und eine Schnellentspannung (1-2 min).

PMR führt zu einer Regulation des vegetativen (autonomen) Nervensystems. Das Schmerzerleben wird verringert, der Teufelskreis Schmerz – Verspannung – vermehrter Schmerz wird unterbrochen. Regelmäßiges Durchführen der PMR verbessert das Körpergefühl, d.h. Muskelverspannungen können frühzeitig wahrgenommen und beeinflusst werden.

Beim Erlernen dieser Entspannungstechnik wird immer mit der Langform begonnen. Später soll dann die Schnellentspannung in allen Alltagssituationen

⁴⁰ Basler, H.-D.(1998),S.81

durchgeführt werden können⁴¹.

3.2.7. Reduktion von Medikamenten und passiven Maßnahmen

Sobald der Patient in der Lage ist, seinen Schmerz zu kontrollieren und selbst zu beeinflussen, ist es wichtig, die Medikamenteneinnahme zu reduzieren. Einer Medikamentenabhängigkeit wird dadurch vorgebeugt und die Nebenwirkungen der Medikamente werden eingedämmt.

Wurde eine Funktionsverbesserung und eine Schmerzverringerung erreicht sollten auch passive Maßnahmen, wie z.B. Schonung, Massagen, Aktivitätsvermeidung u.a., durch aktive Maßnahmen und Aktivitätssteigerung ersetzt werden.

3.2.8. Rückfallplan

Bevor die Therapie beendet wird, werde mit dem Patient die Möglichkeit eines Rückfalls besprechen.

Der Patient soll lernen, mögliche Ursachen einer Schmerzverstärkung zu identifizieren und eventuelle Warnzeichen frühzeitig wahrnehmen. Hilfreiche Kognitionen und Emotionen tragen dazu bei, einen Therapieplan mit Übungen und Entspannungstechniken erfolgreich durchzuführen⁴².

4. Meine Person

Meine Ausbildung zur Physiotherapeutin habe ich 1993 an der Universität Halle-Wittenberg abgeschlossen. Anschliessend arbeitete ich bis 1997 in einer privaten Physiotherapie Praxis in Halle/Saale.

⁴¹ Basler, H.-D.(1998),S.81-82

⁴² Zusman, Max (2006),S.73

Die Suche nach neuen Herausforderungen führte mich in die Schweiz. In der Physiotherapiepraxis „J.N.Bolt“ in St. Margrethen arbeite ich seit über 10 Jahren. Während dieser Zeit behandelte ich vorrangig Personen mit chronischen Schmerzzuständen. Bei diesen Behandlungen stiess ich häufig an meine Grenzen als Physiotherapeutin.

Ich machte die Erfahrung, dass psychologische Faktoren bei der Krankheitsbewältigung eine grosse Rolle spielen. Aus diesem Grund beschäftigte ich mich sehr intensiv mit diesem Thema und besuchte mehrere Weiterbildungskurse, u.a. Gordon Kommunikationstraining und „Der problematische Schmerzpatient“ (Kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien in der Physiotherapie).

2004 entschied ich mich für eine Ausbildung zum Heilpraktiker für Psychotherapie an der LIKAMUNDI Schule.

In Zukunft möchte ich als Physiotherapeutin und psychologischer Berater tätig sein.

5.Fallbeispiel

5.1. Angaben zur Person

Frau B. ist 22 Jahre alt. Sie lebt allein, in einem Haus mit ihrem Vater.

Sie arbeitet als Pharmaassistentin 60-80% in einer Apotheke und hilft im Café ihres Vaters. In ihrer Freizeit trifft sie sich gern mit Freunden, liest und macht Sport.

Als Hauptproblem gibt Frau B. immer wiederkehrende Kopfschmerzen unterschiedlicher Intensität an.

Neben Medikamenten hat Frau B. bisher eine Physiotherapiebehandlung bekommen. Diese Behandlung war erfolgreich, die Symptome sind jedoch nach kurzer Zeit unverändert zurückgekehrt.

Von meiner Therapie erhofft sich Frau B. durch eine Linderung ihrer Symptome befreiter zu sein und mehr Erholungsphasen zu haben.

5.2. Anamnese

Frau B. leidet seit ca. 4 Jahren an migräneartigem Kopfschmerz, welcher regelmässig wiederkehrt. Sie beschreibt einen pochenden, drückenden, teils stechenden Schmerz hauptsächlich in der Schläfenregion. Im Bereich der Augen, der Ohren, des Kiefers und der Zähne spricht sie von ausstrahlenden Schmerzen. Der Schmerz ist vor allem an der Körperoberfläche spürbar.

Als mögliche Auslöser vermutet Frau B. Stress und Computerarbeit, vermehrt die Zeit der Menstruation, bei Wetterwechsel und am Wochenende an. Als Hauptursache für ihren Kopfschmerz gibt Frau B. Stress an.

Bei akuten Schmerzen treten Begleitscheinungen wie Lichtempfindlichkeit, Sehstörungen, Übelkeit und Schüttelfrost auf.

In ihrer Vergangenheit gab es keine Unfälle, Operationen oder sonstige Verletzungen, die in Verbindung mit ihren Schmerzen stehen.

Sie gibt eine erbliche Vorbelastung durch ihren Vater an, welcher seit langer Zeit an Migräne leidet. An das erstmalige Auftreten der Schmerzen kann sich Frau B. nicht erinnern.

Sie beschreibt das Auftreten einer Aura kurz vor einer Migräneattacke mit Sehschwierigkeiten, wie z.B. schwarzen Flecken. Die Schmerzen beginnen dann mit einem Druck auf Schläfe und Stirn, dann Übelkeit und später dann evtl. ausstrahlenden Schmerzen.

Als Selbsthilfemöglichkeiten während der Migräne gibt sie Liegen im dunklen Raum mit einem kalten Tuch über den Augen und die Einnahme von Medikamenten (Aleve; Algifor; Voltaren Dolo) an.

Nach eigenen Angaben neigt Frau B. zu Grübeleien und Unruhe, sie hat Schwierigkeiten Entscheidungen allein zu treffen.

In den letzten 6 Monaten gibt Frau B. eine durchschnittliche Schmerzstärke von 5 auf einer Skala von 0-10 an. Weiterhin konnte sie ihrer normalen

Beschäftigung an ca. 10 Tagen in den letzten 6 Monaten aufgrund ihrer Schmerzen nicht nachgehen.

5.3. Körperliche Untersuchung

Bei der Inspektion fallen eine leichte Rotationstellung der Halswirbelsäule nach rechts, sowie eine Flektion der Brustwirbelsäule auf. Die aktiven und passiven Bewegungstests sind unauffällig.

Die Palpation ergibt eine Tonuserhöhung der Nackenmuskulatur und der Kaumuskulatur vor allem rechts. Der sechste Halswirbel ist druckempfindlich.

Bei der Untersuchung des Kiefergelenks fällt ein rechtsseitiges Knacken und Reiben auf, welches jedoch schmerzfrei ist. Die maximale Mundöffnung ist eingeschränkt und ein Shift nach links ist erkennbar. An den Zähnen sind Abriebspuren erkennbar, welche auf Zähneknirschen hindeuten. Die Patientin ist sich dessen jedoch nicht bewusst. Frau B. hat das Gefühl ihre Zähne passen nicht richtig aufeinander. Sie gibt an, in Stresssituationen oft auf ihre Wangen zu beißen.

5.4. Therapieziele

Da der Kopfschmerz der Patientin hauptsächlich durch Stress kombiniert mit einer Verspannung der Nackenmuskulatur ausgelöst wird, sind die kurzfristigen Ziele:

- Verbesserung der Körperwahrnehmung,
- Stressbewältigung,
- Entspannung der Nackenmuskulatur,
- Abbau von Schmerz aufrechterhaltenden Faktoren,
- Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung.

Mittelfristig ergeben sich folgende Ziele:

- Beeinflussung des Schmerzerlebens (Intensität, Häufigkeit),

- Anwendung der Stressbewältigungstechniken,
- Kontrolle über den Schmerz,
- Reduktion von Medikamenten und passiven Massnahmen.

5.5. Therapieverlauf

Die Therapiesitzungen dauerten ca. 45 Minuten und wurden einmal in der Woche durchgeführt.

1. Sitzung

Im Zentrum der ersten Behandlung standen Informationen zu der Entstehung von Schmerz, dem Unterschied zwischen akutem und chronischem Schmerz und die möglichen Ursachen von Migräne und Kopfschmerz.

Gemeinsam mit Frau B. habe ich nach Möglichkeiten zum aktiven Bewegungsausgleich gesucht. Die Patientin nahm sich vor, wieder regelmässig Walken zu gehen und mit dem Crosstrainer zu trainieren.

Physiotherapie: Triggerpunktbehandlung vom M. sternocleidomastoideus rechts und M. Trapezius rechts.

2. Sitzung

Mit Hilfe einer Grafik des Schmerzkreises stellte ich die Schmerzentstehung und Möglichkeiten der Beeinflussung des Schmerzes dar.

Frau B. wurde mit den Prinzipien, der Wirkungsweise sowie der Ziele der PMR vertraut gemacht. Die Langversion der PMR hat sie unter meiner Anleitung anschliessend geübt. Mit Unterstützung durch eine auf CD gesprochene Anleitung, soll Frau B. die Langversion der Progressiven Muskelrelaxation zu Hause üben.

3. Sitzung

Nach Besprechung der Hausaufgaben (Durchführung der PMR), welche Frau B. jeweils vor dem Einschlafen gemacht hat, wurden durch eine

Verhaltensanalyse mögliche Auslöser der Kopfschmerzen der Patientin identifiziert. Frau B. hat mehrere Situationen beschrieben, welche zu Kopfschmerzen führen. In all den Situationen fühlt sich Frau B. überfordert. Am Arbeitsplatz sind es vor allem Situationen in denen viele Aufgaben auf die Patientin zukommen. Frau B. gibt an Schwierigkeiten zu haben, diese Aufgaben nacheinander zu bewältigen und mit dem entstehenden Stress umzugehen.

Physiotherapie: Haltungsschulung in verschiedenen Ausgangssituationen. Hautverschiebungen im Kopf-, Gesichts- und Nackenbereich.

Hausaufgaben: Kontrolle der aufrechten Körperhaltung, PMR Langversion, Verhaltensanalyse (Tabelle zum Ausfüllen – Welche Situation?; Reaktion vom Körper; Gefühle in der Situation; Verhalten).

4. Sitzung

Frau B. hat durch das Beobachten ihres Verhaltens weitere Situationen gefunden, welche ihre Kopfschmerzen auslösen. Eine davon war Skifahren, sie geriet auf eine Piste, die zu steil war für sie. Ihr Körper reagierte mit Verspannung, sie hatte Angst und Panikgefühle, durch tiefes Atmen versuchte sie sich zu beruhigen. Auch hier war die Patientin mit der Situation überfordert.

Frau B. erhielt von mir Informationen zur Aufmerksamkeitslenkung bei Schmerz. Wichtig war dabei die Rolle der Aufmerksamkeit bei Schmerzwahrnehmung und Schmerzerleben. Wir besprachen Möglichkeiten zur äusseren Ablenkung bei Schmerz, welche die Patientin ausprobieren sollte.

Die PMR Kurzform wurde geübt mit dem Einsetzen eines Ruhewortes.

Hausaufgaben: Üben der PMR Kurzform; weitere Möglichkeiten der Ablenkung in Schmerzsituationen finden.

Physiotherapie: Befund Kiefergelenk mit anschliessender Behandlung.

5. Sitzung

An einem konkreten Beispiel habe ich zusammen mit Frau B. ein Problemlösetraining durchgeführt. Als Beispiel gab die Patientin eine Stresssituation am Arbeitsplatz an, mit welcher sie am nächsten Tag rechnete. Durch möglichst genaue Beschreibung des Problems, anschliessendem

Brainstorming und Bewertung der gefundenen Lösungsmöglichkeiten des Problems konnte ein Plan erstellt werden, welchen die Patientin am nächsten Tag versuchte umzusetzen. Das Problemlösetraining nahm der Patientin die Angstgefühle, die jeweils in Erwartung einer Stresssituation auftraten. Frau B. hatte das Gefühl, gut auf die Situation am nächsten Tag vorbereitet zu sein.

Hausaufgaben: Problemlöseplan umsetzen.

Physiotherapie: Behandlung Halswirbelsäule und Nackenmuskulatur.

6. Sitzung

In dieser Sitzung ging es vor allem um die operanten Aspekte des Schmerzes. Frau B. sollte sich vorstellen, es käme eine gute Fee und würde sie sofort von all ihren Schmerzen befreien. Mit dieser Frage habe ich die Patientin auf den sekundären Krankheitsgewinn aufmerksam gemacht.

Hausaufgabe: Die Patientin wurde aufgefordert selbstkritisch über mögliche positive und negative Konsequenzen einer Schmerzlosigkeit nachzudenken.

Physiotherapie: Behandlung der Brustwirbelsäule.

Weiterer Therapieverlauf

In weiteren Sitzungen wurde die PMR weiter geübt und verkürzt zur Schnellentspannung (Ampelübung). Als weitere Form der Ablenkung und Entspannung in Stresssituationen oder Schmerzsituationen, habe ich mit Frau B. eine Phantasiereise geübt. Bewusstes Geniessen als weitere Möglichkeit der Aufmerksamkeitslenkung lernte die Patientin zu nutzen. Frau B. lernte ihr Leben weniger nach ihrem Schmerz auszurichten, sie verabredete sich wieder häufiger mit Freunden und gönnte sich zwischendurch Ruhepausen zur Entspannung. Die Medikamenteneinnahme wurde mit Frau B. besprochen, da sie Pharmaassistentin ist, wusste sie, wie die verschiedenen Medikamente angewendet werden.

5.6. Therapieabschluss

Die Therapie umfasste 12 Behandlungen in einem Zeitraum von 3 Monaten. In dieser Zeit haben sich die Kopfschmerzen der Patientin von 5-7mal monatlich auf 2-3mal reduziert. Meistens treten die Kopfschmerzen nun in Zusammenhang mit der Menstruation auf. Die Patientin benötigt keine Medikamente mehr.

Frau B. gibt an, die Therapie als sehr hilfreich empfunden zu haben. Sie gönnt sich jetzt öfter Ruhepausen und setzt diese auch nach aussen hin (Arbeit, Familie) durch. In Stresssituationen versucht sie mit Hilfe eines Problemlöseplans die anstehenden Arbeiten nacheinander abzuarbeiten oder an andere Personen weiterzugeben.

Frau B. hat sehr gut gelernt Anzeichen kommender Kopfschmerzattacken zu erkennen und kann mit Entspannung, Aufmerksamkeitslenkung u.ä. dagegen vorgehen.

Ich glaube die Patientin hat die Auslöser ihrer Schmerzen erkannt und Möglichkeiten gefunden, diese Situationen gut zu meistern.

Die Therapie ist beendet, Frau B. kann aber jederzeit zu einer Beratung kommen.

Literaturverzeichnis

Antonovski (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dgvt, Tübingen

Basler, H.-D.(1998):Psychologische Therapie bei Kopf und Rückenschmerzen.

Quintessenz, München. 2.Auflage

Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Towarda unifying theory of behavioural change. Psychol Rev 84:191-215

Berg, Frans van den et al. (2003): Angewandte Physiologie 4. Schmerzen verstehen und beeinflussen. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Bree, M.B.M. van den et al. (1990): Influence of quality of life and stress coping behavior on headaches in adolescent male students: an explorative study. Headache 30, 165-167.

Ehlert, U. (2003):Verhaltensmedizin. Springer Verlag

Engel, GL.(1977):The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine. Science. S.176

Friedmann, M. und Rosenman, RH. (1974): Type A behavior and your heart. Knopf, New York

Goldberg, LR (1993): The structure of phenotypic personality traits. Am Psychol 48: 26-34

Hoffmann / Hochapfel (2004): Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. Eine Einführung in Psychodiagnostik und Psychotherapie. 7.Auflage. SchattauerGmbH

Kendall, N.A.S., Linton, S.J. & Main, C.J.(1997), Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back pain: Risk Faktors for Long-term Disability and Work Loss, Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee, Wellington, NZ

Kern, Bernhard (2003): Migränetherapie nach Kern. Wie der Körper Schmerzfreiheit lernt. Das Lehrbuch. Freiburg, VAK Verlags GmbH

Lazarus, RS. u. Folkman, S. (1984): Stress, appraisal and coping. Springer, New York

Leventhal, H. et al. (1984): Illness representations and coping with health threats. In: Baum, A., Taylor, SE., Singer, JE. (eds) Handbook of psychology and health, vol 4. Hillsdale, Erlbaum, pp 219-252

Max, M. (2000): Is mechanism-based pain treatment attainable? Clinical trial issues. J.Pain

Mechanic, D. (1962): The concept of illness behavior. J. Chron Dis 25:189-194

Parsons, T. (1964): Social structure and personality. The Free press, London

Pilowsky, I. (1997): Abnormal illness behavior. Wiley, Chichester

Sacks, Oliver (2002): Migräne. Rowohlt Verlag

Strackharn, Dr. med. Klaus (2006): Nie wieder Migräne. München: Herbig Verlag

Watson u. Pennebaker (1989): Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. Psychol rev 96:234-254

Weinberger, Sabine (2004): Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. Juventa Verlag Weinheim und München

Wolff, H.G. (1948), Headache and other headpain. Oxford: Oxford University

Press.

Zeitschrift für Nervenheilkunde (1989), deutsche Fassung, S.161-203

Zusman, Max (2006), Kursskript, Der problematische Schmerzpatient, Schmerzphysiologie/Schmerzmechanismen, Kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien in der Physiotherapie, School of Physiotherapy Curtin University of Technology- Perth