Optimisten haben's leichter

PSYCHOLOGISCHE ASPEKTE BEI RHEUMA **Die richtigen Copingstrategien sind das A und O, um konstruktiv mit einer rheumatischen Erkrankung umzugehen. Das heißt: Betroffene können den Verlauf ihrer körperlichen Beschwerden aktiv beeinflussen.**

Rheumatische Erkrankungen bedeuten ein Leben mit Schmerzen und Einschränkungen, deren Ausmaß wohl nur Betroffene nachvollziehen können. Die körperlichen Symptome gehen immer mit psychischen Wechselwirkungen einher. Lernen die Menschen jedoch, adäquat mit der Krankheit umzugehen und ihre Gefühle zu managen, können sie einen Teufelskreis verhindern. Denn: Der Bewältigungsstil einer Person hat einen weitaus größeren Effekt auf den Verlauf der körperlichen Beschwerden als bisher angenommen. Ungünstige Copingstrategien wie die erlernte Hilflosigkeit und das Katastrophisieren haben einen signifikant schlechten Einfluss auf die Schmerzen und den Funktionsstatus der Gelenke [26, 27]. Konsequenterweise sollten Ergotherapeuten daher ihr Augenmerk auf das Bewältigungsverhalten des Klienten legen und mit ihm passende Strategien trainieren (**„Copingstrategien“**).

Belastende Lebensereignisse können die Krankheit auslösen > Hinsichtlich psychosomatischer Zusammenhänge haben Forscher festgestellt, dass belastende Lebensereignisse wie der Verlust einer wichtigen Bezugsperson oder Eheprobleme den Ausbruch einer rheumatoiden Erkrankung verursachen können. Im letzten Jahr vor Beginn der Erkrankung fanden sie bei den Betroffenen signifikant mehr psychologische Stressoren und familiäre Konflikte als bei anderen Erkrankungen [1]. Im Gegensatz zu solchen externen Einflüssen gibt es jedoch keine explizit psychischen Faktoren, die eine rheumatoide Erkrankung hervorrufen. Menschen mit psychischen Pathologien haben kein höheres Risiko, eine chronische, somatische Erkrankung zu erleiden. Eine spezielle Schmerzpersönlichkeit gibt es also nicht [2].

Auch der Verlauf der rheumatoiden Erkrankung hängt von äußeren Einflüssen ab. Wichtige Faktoren sind zudem die Einstellung, die der Betroffene gegenüber der Erkrankung hat, sowie sein Umgang mit der Situation. Forscher beschreiben zwei Gruppen von Rheumatikern: Zum einen die „major-conflict group“, welche deutlich häufiger psychische Konflikte aufweist und unter einer akuten, schnell-progressiven Symptomatik leidet [3]. Im Gegensatz dazu schreitet die Krankheit bei der „non-conflict group“ langsamer voran, und es gibt in der Familie weniger Konfliktpotenzial.

Rheuma fördert Depressionen > Ist jemand an rheumatoider Arthritis erkrankt, ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass er depressiv wird. 20 bis 40 Prozent der Betroffenen leiden unter den Symptomen einer klinisch manifesten Depression wie gedrückter Stimmung, vermindertem Antrieb und verminderter Konzentration [4]. Seit einiger Zeit ist bekannt: Rheuma fördert Depressionen auf dem physiologischen Weg. Die erhöhte Konzentration der Entzündungsmediatoren im Blut stört den Serotoninstoffwechsel von Betroffenen, der normalerweise für eine ausgeglichene Stimmung sorgt. Die Annahme, dass das mit der Erkrankung einhergehende Schmerzerleben automatisch in depressive Zustände münden müsse, ist dagegen falsch. Dies passiert nur dann, wenn der Klient sich inadäquater Copingstrategien bedient [5]. Besonders ungünstig ist die Prognose, wenn er davon überzeugt ist, dem Schmerz hilflos ausgeliefert zu sein, und er zusätzlich zu Katastrophenfantasien neigt [6]. Dieser Copingstil verschlechtert den gesundheitlichen Zustand: Personen mit Angst-Vermeidungsverhalten schonen sich übermäßig, da sie denken, Bewegung belaste die geschädigten Gelenke und provoziere Verschlechterungen [7]. Leider erreichen sie damit jedoch das Gegenteil: Durch die körperliche Inaktivität dekompensieren ihre Muskulatur, ihr Kreislauf und ihre Koordination. Dies schwächt wiederum den Zustand ihrer Gelenke – ein Teufelskreis entsteht [8].

20 Prozent der Rheumabetroffenen leiden zudem an diversen Angststörungen. Die Progredienzangst, also die Furcht vor den Folgen der Nebenwirkungen der Medikamente, vor dem Fortschreiten der Erkrankung und den Beeinträchtigungen, kommt besonders häufig bei ihnen vor. Sie beschreiben diese Gedanken als übermächtig [9, 10]. Die Intensität der Progredienzangst hängt vermutlich mit der sozioökonomischen Gesamtsituation der Klienten zusammen. Erkrankte junge Frauen in einer ungünstigen wirtschaftlichen Situation sowie Erwerbstätige haben häufig ausgeprägte Zukunftsängste.

Komplett gegensätzlich zu den Personen mit einem Angst-Vermeidungsverhalten handeln Menschen mit der Strategie des „Avoidance-Endurance-Modells“ [11]. Die ständig um eine positive Grundstimmung bemühten „fröhlichen Durchhalter“ tendieren

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

COPINGSTRATEGIEN

Bewältigungstechniken bei chronischen Erkrankungen

- Gegen unproduktives Grübeln über das eigene Schicksal kann die **„Gedanken-Stopp-Technik“** helfen. Der Klient übt, die Gedankenspirale zu durchbrechen, indem er laut „Stopp“ sagt. Anschließend sollte er bewusst eine andere Tätigkeit durchführen, zum Beispiel an einem Parfum riechen, sich bewegen oder seine Gedanken auf etwas Positives wie den letzten Urlaub oder die Enkelkinder richten.
- Forscher haben festgestellt, dass die Schmerzwahrnehmung von Personen sinkt, sobald sie sich aktiv ablenken [31]. Beim **„Aufmerksamkeitsscheinwerfer“** übt der Klient, seine Aufmerksamkeit voll auf eine Aufgabe zu konzentrieren und dadurch den Schmerz in den Hintergrund zu drängen: Der Klient liegt oder sitzt mit geschlossenen Augen in angenehmer Position. Zuerst lenkt er seine Wahrnehmung auf seine Körperposition, danach auf die Geräusche im Raum oder seinen Atem. Nach einigen Minuten bespricht er die Erfahrungen mit der Therapeutin oder mit den Gruppenmitgliedern.
- **Selbstgespräche** sind Teil der Selbstregulation von Menschen. Klienten mit chronischen Beschwerden sollten sich angewöhnen, positiv mit sich zu sprechen: „Einen Schritt nach dem anderen“ oder „Ich schaffe das, so wie ich es immer geschafft habe“. Sich selbst Fragen zu stellen wie „Tut mir das gerade gut?“, scheint die eigene Umsetzungskraft dabei zusätzlich zu fördern [30].
- Bei der **„Leinwandtechnik“** geht es darum, die mit dem Schmerzempfinden zusammenhängenden Emotionen zu ändern. Nach einer anfänglichen Entspannung soll sich der Klient seinen Schmerz bildhaft mit Farben, Formen und Gefühlen auf einer Leinwand vorstellen. Dann verkleinert er das Bild so lange, bis es verschwunden ist. Im Anschluss kreiert er auf einer neuen Leinwand ein schönes Bild mit ihm angenehmen Farben, Geräuschen und Gerüchen.

 Foto: istockphoto.com/laflor (nachgestellte Situation)

dazu, trotz Schmerzen weiterzuarbeiten und ihre Grenzen zu missachten. Sie gönnen sich keine Pausen und überlasten ihre Muskulatur. Experten vermuten, dass diese Strategie die Chronifizierung ebenfalls fördert.

Umwelt beeinflusst Schmerzverhalten > Eine psychologische Schmerztherapie parallel zur medikamentösen Versorgung hilft, die Schmerzempfindung zu verringern und den Betroffenen Mittel an die Hand zu geben, adäquat mit Schmerzen umzugehen. Die wichtigsten verwendeten psychotherapeutischen Methoden, die helfen, Verhaltensmuster zu verändern, sind Relaxationsverfahren wie die Progressive Muskelentspannung nach Jakobson, Biofeedback und kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapien. Damit der Klient schmerzaufrechterhaltende Verhaltensweisen, Gefühle und Gedankengänge leichter erkennen und verändern kann, klärt der Psychologe ihn über mögliche Schmerzmechanismen auf.

Verschiedene Modelle tragen dazu bei, das Schmerzverhalten von Menschen zu verstehen. Eines davon ist die operante Konditionierung nach Thorndike. Es besagt, dass das Verhalten einer Person durch die Reaktionen der Umwelt verstärkt oder reduziert wird. Das Modell unterscheidet zwischen vier Reiz-Reaktions-Mustern: Die Reaktion der Umwelt wirkt …

> in Form einer positiven Verstärkung, wenn dem Verhalten der Person ein positives Ereignis folgt,
> in Form einer negativen Verstärkung, wenn dem Verhalten das Verschwinden eines unangenehmen Ereignisses folgt,
> in Form einer Bestrafung, wenn dem Verhalten ein unangenehmes Ereignis folgt, oder
> in Form einer Löschung, wenn dem Verhalten weder ein angenehmes noch ein unangenehmes Ereignis folgt.

Jede Behandlung ist für Klienten eine Chance, Erfolgserlebnisse zu sammeln.

Im Fall chronischer Schmerzen können positive Reaktionen aus der Umwelt, also auch von der Ergotherapeutin, Schmerzäußerungen des Klienten verstärken [12, 13]. Besonders dem Partner des Betroffenen sollte bewusst sein, dass er dessen Schmerzverhalten verstärkt, wenn er mit positiver Zuwendung reagiert [13] (ergopraxis 5/12, S. 29, „Partner von Patienten mit chronischen Schmerzen“). Sogar die reine Anwesenheit des Partners kann die Schmerzwahrnehmungsschwelle des Klienten senken [14]. Ein Beispiel für eine negative Verstärkung ist die irrtümliche Annahme, Schonung sei generell gut, nur weil der Schmerz im Moment der Schonung kurzfristig abnimmt.

Sicher wird das Schmerzverhalten auch in der Familie geprägt: Je nachdem, ob Schmerz in der Familie bagatellisiert oder übertrieben wird, lernen Kinder, die Wahrnehmung des Schmerzes und dessen Intensität einzuschätzen und mit ihm umzugehen [15]. Darüber hinaus spielt natürlich die kulturelle Herkunft eine Rolle beim Schmerzverhalten [16, 17].

ZU GEWINNEN

Wellness mit Vanille

Wer sich mit diesem Vanille-Wellness-Set von der Firma Bull & Bear verwöhnen möchte, der klickt bis zum 13.7.2012 unter **www.thieme.de/ergoonline** > „ergopraxis“ > „Gewinnspiel“ auf das Stichwort „Rheuma“. Viel Glück!

Glaube an den Erfolg der Therapie aktiviert Opiatsystem > Mit einer individuell aus verschiedenen Disziplinen zusammengestellten Schmerztherapie inklusive kognitiver Verhaltenstherapie erzielen Klienten deutlich bessere Ergebnisse als mit funktioneller Therapie allein [18, 19, 20]. In der „maßgeschneiderten“ Therapie kommen der Therapeutin drei Hauptaufgaben zu. Erstens, den Klienten über die Schmerzprozesse und die Wirkungen der Ergotherapie aufzuklären. Zweitens, ihn bei Bedarf mit weiteren Informationen wie zu Ernährung und Selbsthilfegruppen zu unterstützen. Und drittens, mit ihm psychologische Techniken einzuüben, die ihm helfen, sich zu entspannen und den Schmerz besser zu ertragen. Grundvoraussetzung ist dabei, dass die Therapeutin empathisch ist und die Sicht des Klienten voll anerkennt. Menschen tendieren dazu, Situationen vereinfacht anstatt umfassend zu betrachten. So können Therapeuten dazu neigen, dem Klienten die alleinige Schuld an seiner Erkrankung zu geben, anstatt die psychosozialen Zusammenhänge zu berücksichtigen. Bemerkt der Klient diese Haltung, kann er die Freude an der Therapie und seine Motivation verlieren. Fühlt er sich außerdem in seinem Selbstwertgefühl bedroht, versucht er sich zu schützen, indem er die Leistungen der Therapie beziehungsweise die Therapeutin abwertet oder gar ablehnt [21].

Hat die Therapeutin jedoch eine gute Beziehung zum Klienten aufgebaut, kann sie ihn motivieren und einen Plazeboeffekt erzeugen. Sie kann die Bedeutung beeinflussen, die der Klient der Erkrankung beimisst [22], wenn sie

> die Erkrankung befriedigend erklärt,
> empathisch ist und der Klient sich ausreichend mit adäquater Therapie versorgt fühlt,
> dem Klienten überzeugend vermittelt, dass sie daran glaubt, dass die Symptome zu kontrollieren sind [23].

Drückt die Therapeutin verbal und nonverbal aus, dass sie von der Wirkung der Intervention überzeugt ist, steigert dies die Erwartungen des Klienten an die Therapie. Diese positiven Erwartungen wiederum aktivieren das endogene Opiatsystem des Klienten, woraufhin es ihm tatsächlich besser geht. Die Therapeutin könnte zum Beispiel sagen: „Ich habe bei mehreren Klienten, die ähnliche Symptome haben, sehr gute Erfahrungen mit dieser Vorgehensweise gemacht. Ich bin sicher, dass sie auch Ihnen hilft.“ Abgesehen davon spielt auch die Umgebung – Wartezeiten, Parkmöglichkei-

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

ten, die Einrichtung der Räume – eine Rolle hinsichtlich der positiven Erwartungen [24].

In der Therapie Erfolgserlebnisse sammeln > Bei der anfänglichen Zielfindung hilft das SMART-Modell: Die gemeinsam mit dem Klienten festgelegten Therapieziele sollten spezifisch, messbar, angemessen, realistisch und terminiert sein. Ob eine Person ihre Ziele erreicht, hängt zudem von ihrer Selbstwirksamkeit, ihrer Zielbindung, den Rückmeldungen aus der Umwelt und der Aufgabenkomplexität ab. Die Selbstwirksamkeit, also die Einschätzung einer Person, ob sie ein bestimmtes Verhalten auch in schwierigen Situationen ausführen kann, basiert auf den Erfahrungen, die sie bisher gemacht hat – zum Beispiel in der Ergotherapie. An Bewegungsgruppen teilzunehmen, kann zusätzlich motivieren, denn sogar miterlebte Erfahrungen anderer steigern die Selbstwirksamkeit: „Wenn er das kann, dann kann ich das auch!“ Den gleichen Effekt hat die symbolische Erfahrung, wenn die Ergotherapeutin dem Klienten Erfolg verspricht: „Sie schaffen das!“

Fazit: Therapeuten sollten es dem Klienten ermöglichen, in jeder Behandlung Erfolgserlebnisse zu sammeln. Ist eine Aufgabe für den Trainierenden zu schwer, passt die Therapeutin sie entsprechend an, anstatt die Übung zu wechseln.

Neben einer empathischen Grundeinstellung ist es wichtig, dass die Therapeutin bedacht mit dem Klienten interagiert: Geht sie auf alle Schmerzäußerungen des Klienten ein, kann sie den Schmerzprozess wie ein Nozebo fördern. Um nicht in dieses Reaktionsmuster zu rutschen, hilft es, Situationen, in denen der Klient das Gesicht verzieht oder stöhnt, bewusst zu reflektieren. Es ist nicht immer einfach, zu entscheiden, ob er Schmerzen äußert, weil die Dosierung des Reizes tatsächlich für ihn aufgrund der pathophysiologischen Sensitivierung zu hoch ist oder weil dies seine erlernte Art ist, Beachtung zu erlangen. Ist die Dosierung zu hoch, sollte die Behandlerin den Reiz natürlich anpassen. Ansonsten reagiert sie richtig, wenn sie die Schmerzäußerung nicht weiter beachtet und die Aufmerksamkeit des Klienten zurück auf die Therapie lenkt. Jedes Mal sein Vorgehen zu ändern, weil man denkt, die Intervention sei unangemessen, verstärkt beim Klienten den Stellenwert des Schmerzes. Um die Entscheidung zu erleichtern, kann die Schmerzbeschreibungsliste (SBL) von Korb und Pfingsten nützlich sein [25]. Sie unterteilt Schmerzempfindungen in sensorische und affektive Komponenten. So könnte die Therapeutin beispielsweise fragen: „Empfinden Sie den Schmerz im Moment als pochend, stechend oder eher als scheußlich, furchtbar?“ Bei Ersterem überwiegt vermutlich die sensorische Schmerzwahrnehmung, während die zweite Beschreibung eher auf einen affektiven Anteil hinweist.

Ein inadäquater Bewältigungsstil verschlechtert den Verlauf der körperlichen Beschwerden.

Ein starker Partner im Hintergrund, der ein gesundes Maß an Unterstützung bietet, trägt zu einer positiven Krankheitsbewältigung bei.

Falscher Bewältigungsstil verschlechtert den Gelenkzustand > Um konstruktiv mit dem Klienten zu kommunizieren, sind die Prinzipien des „motivierenden Interviews“ hilfreich [29]. Basis ist dabei auch, dass die Therapeutin den Standpunkt des Gegenübers voll anerkennt. Im Gespräch betont sie besonders die positiven Ressourcen des Klienten und erhöht so dessen Selbstwirksamkeitserwartung. Dies bedeutet allerdings nicht, ihm konstant zuzustimmen: Sie soll sogar dazu beitragen, dass der Klient Widersprüche in seiner Selbstwahrnehmung entdeckt. Zum Beispiel, wenn er wider besseren Wissens seine Greifzange nicht benutzt. Dazu gehört eine Portion Sensibilität, damit sich der Klient nicht eines Fehlers überführt und verurteilt fühlt. Auch wenn es manchmal eine Herausforderung ist – eventuelle Widerstände von Seiten des Klienten sollten Therapeuten nicht als mangelnde Motivation, sondern als unberücksichtigte, ambivalente Gefühle interpretieren, unter denen der Betroffene leidet. Bei Widerständen liegt es an der professionellen Therapeutin, ihre Vorgehensweise zu ändern, um mit dem Klienten in Kontakt zu bleiben.

Gertrud Erhardt-Raum

Die Literaturangaben finden Sie im Internet unter www.thieme-connect.de/ejournals/toc/ergopraxis.

Gertrud Erhardt-Raum ist seit 1989 in ihrer eigenen Physiotherapiepraxis tätig. Sie arbeitet als Dozentin für die Deutsche Fibromyalgie-Vereinigung Seckach e.V. und hat gerade ihr Studium in Psychologie mit dem Bachelor of Science abgeschlossen. Im Rahmen ihrer Abschlussarbeit beschäftigte sie sich mit der Visualisierung von Rückenschmerzen.

Foto: istockphoto.com/laflor (nachgestellte Situation)

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.