


Optimisten haben's leichter

PSYCHOLOGISCHE ASPEKTE BEI RHEUMA Der Bewältigungsstil einer Person hat bei Rheuma einen weitaus größeren Effekt auf die körperlichen Beschwerden als bisher angenommen. Die richtigen Copingstrategien helfen Betroffenen, konstruktiv mit der Erkrankung umzugehen. So können sie 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 Physiotherapeuten daher ihr Augenmerk auf das Bewältigungsverhalten des Patienten legen und mit ihm passende Strategien trainieren ( „Copingstrategien“, S. 40).

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 Krankheitsbeginn 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“, die weniger Konfliktpotenzial in der Familie hat, langsamer voran.

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, reduziertem 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 Patient 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 belastet die

 **ZU GEWINNEN**

Drei Wohlfühl-Sets

Wer sich mit einem von drei Wohlfühl-Sets, gesponsert von der Firma meliada, verwöhnen möchte, klickt bis zum 19.7.2012 unter www.thieme.de/physioonline > „physiopraxis-exklusiv“ > „Gewinnspiel“ auf „Rheuma“. Sie erwartet je eine Teebox mit zehn motivierenden Teesorten, eine Kneipp Arnika Salbe S und das Kneipp Aroma-Pflegeschaumbad „Lebensfreude“.




geschädigten Gelenke und provoziere Verschlechterungen [7]. Damit erreichen sie 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 einhergehenden Beeinträchtigungen, kommt bei ihnen besonders häufig vor. Sie beschreiben diese Gedanken als übermächtig [9, 10]. Die Intensität der Progredienzangst hängt vermutlich mit der sozioökonomischen Gesamtsituation der Patienten 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

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 Jacobson, Biofeedback und kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapien. Damit der Patient 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

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



➔ **COPINGSTRATEGIEN**

- Gegen unproduktives Grübeln über das eigene Schicksal kann die „**Gedanken-Stopp-Technik**“ helfen. Der Patient übt, die Gedankenspirale zu durchbrechen, indem er laut „Stopp“ sagt. Anschließend soll er bewusst eine andere Tätigkeit durchführen, zum Beispiel an einem Parfüm riechen, sich bewegen oder seine Gedanken auf etwas Positives wie den letzten Urlaub oder seine Enkelkinder richten.
- Forscher haben festgestellt, dass die Schmerzwahrnehmung von Personen sinkt, sobald sie sich aktiv ablenken [31]. Beim „**Aufmerksamkeitsscheinwerfer**“ übt der Patient, seine Aufmerksamkeit voll auf eine Aufgabe zu konzentrieren und dadurch den Schmerz in den Hintergrund zu drängen: Der Patient 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 dem Therapeuten oder mit den Gruppenmitgliedern.
- **Selbstgespräche** sind Teil der Selbstregulation von Menschen. Patienten 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 Patient 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.

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.

Im Fall chronischer Schmerzen können positive Reaktionen aus der Umwelt, also auch vom Physiotherapeuten, Schmerzäußerungen des Patienten verstärken [12, 13]. Besonders dem Partner des Betroffenen sollte bewusst sein, dass er dessen Schmerzverhalten verstärkt, wenn er mit positiver Zuwendung reagiert [13] (☞ physio-praxis 9/11, S. 26, „Partner von Patienten mit chronischen Schmerzen“). Sogar die reine Anwesenheit des Partners kann die Schmerzwahrnehmungsschwelle des Patienten 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].

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

Glaube an den Erfolg der Therapie aktiviert Opiatsystem ➤ Mit einer individuell aus verschiedenen Disziplinen zusammengestellten Schmerztherapie inklusive kognitiver Verhaltenstherapie erzielen Patienten deutlich bessere Ergebnisse als mit funktionaler Therapie allein [18, 19, 20]. In der „maßgeschneiderten“ Therapie kommen dem Therapeuten drei Hauptaufgaben zu. Erstens, den Patienten über die Schmerzprozesse und die Wirkungen der Physiotherapie aufzuklären. Zweitens, ihn bei Bedarf mit weiteren Informationen beispielsweise 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 der Therapeut empathisch ist und die Sicht des Patienten voll anerkennt. Menschen tendieren dazu, Situationen vereinfacht anstatt umfassend zu betrachten. So können Therapeuten dazu neigen, dem Patienten die alleinige Schuld an seiner Erkrankung zu geben, anstatt die psychosozialen Zusammenhänge zu berücksichtigen. Bemerkt der Patient 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 schüt-

zen, indem er die Leistungen der Therapie beziehungsweise den Therapeuten abwertet oder gar ablehnt [21].

Hat der Therapeut jedoch eine gute Beziehung zum Patienten aufgebaut, kann er ihn motivieren und einen Placeboeffekt erzeugen. Er kann die Bedeutung beeinflussen, die der Patient der Erkrankung beimisst [22], wenn er

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

Drückt der Therapeut verbal und nonverbal aus, dass er von der Wirkung der Intervention überzeugt ist, steigert dies die Erwartungen des Patienten an die Therapie. Diese positiven Erwartungen wiederum aktivieren das endogene Opiatsystem des Patienten, woraufhin es ihm tatsächlich besser geht. Der Therapeut könnte zum Beispiel sagen: „Ich habe bei mehreren Patienten, die ähnliche Symptome wie Sie haben, sehr gute Erfahrungen mit dieser Vorgehensweise gemacht. Ich bin sicher, dass sie auch Ihnen hilft.“ Abgesehen davon spielt auch die Umgebung – Wartezeiten, Parkmöglichkeiten, 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 Patienten 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 Physiotherapie. 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 der Therapeut dem Patienten Erfolg verspricht: „Sie schaffen das!“

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

Neben einer empathischen Grundeinstellung ist es wichtig, dass der Therapeut bedacht mit dem Patienten interagiert: Geht er auf alle Schmerzäußerungen des Patienten ein, kann er den Schmerzprozess im Sinne einer positiven Verstärkung begünstigen. Um nicht in dieses Reaktionsmuster zu rutschen, hilft es, Situationen, in denen der Patient 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 der Physiotherapeut den Reiz natürlich anpassen. Ansonsten reagiert er richtig, wenn er die Schmerzäuße-

rung nicht weiter beachtet und die Aufmerksamkeit des Patienten zurück auf die Therapie lenkt. Jedes Mal sein Vorgehen zu ändern, weil man denkt, die Intervention sei unangemessen, verstärkt beim Patienten den Stellenwert des Schmerzes. Um die Entscheidung zu erleichtern, kann die Schmerzbeschreibungsliste (SBL) von Korb und Pflingsten nützlich sein [25]. Sie unterteilt Schmerzempfindungen in sensorische und affektive Komponenten. So könnte der Therapeut 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.

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

Gertrud Erhardt-Raum

Die Literaturangaben finden Sie unter www.thieme-connect.de/ejournals/toc/physiopraxis > „Ausgabe 6/2012“.



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