

4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren

4.10.1 Schmerzstörung

PAUL NILGES UND JOACHIM KORB

1 Einleitung

In diesem Kapitel stellen wir somatische und psychologische Aspekte der häufigsten in der Praxis auftretenden Schmerzen dar, beschreiben symptomspezifische und -übergreifende diagnostische und therapeutische Aspekte sowie geeignete Vorgehensweisen bei der Behandlung von Patienten.

Einer kurzen theoretischen Einführung folgen Kapitel zu physiologischen, operanten und kognitiven Verfahren der psychologischen Schmerztherapie. Diese Trennung der Interventionsebenen haben wir aus didaktischen Gründen gewählt: In der therapeutischen Praxis bestehen weitgehende Überschneidungen und zum Teil noch nicht verstandene – und damit wenig genutzte – Transfers und Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Interventionsformen. Hinweise auf weiterführende und vertiefende Literatur schließen den Beitrag ab.

Schmerz ist in psychologischen Praxen bisher selten der primäre Behandlungsanlass. Allerdings bestehen Schmerzen häufig als Begleitsymptomatik oder als zusätzliche Belastung. Zunehmend wird aber auch Patienten mit der Hauptindikation „Schmerz“ eine psychologische Behandlung empfohlen.

„Schmerz ist eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die mit tatsächlichem oder drohendem Gewebsschaden verbunden ist, oder in Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (IASP Subcommittee on Taxonomy, 1979)

Aus dieser Definition der International Association for the Study of Pain (IASP) ergibt sich zwingend die Bedeutung von Emotionen, Kognitionen sowie Verhalten bei der Diagnose und Behandlung von Schmerz. „Chronisch“ heißen Schmerzen entsprechend einer unscharfen, aber pragmatischen Definition dann, wenn sie länger als sechs Monate anhalten.

Schmerztherapie ist traditionell die **Aufgabe des Arztes**: „Einfache“ Zahnschmerzen, chronische Schmerzen bei Erkrankungen wie Krebs oder entzündlichem Rheuma, besonders jedoch starke Akutschmerzen nach Operationen oder Unfällen mit schweren Verletzungen prägen unsere Vorstellungen. Vor allem die **Anästhesie** und insbesondere die damit eng assoziierte Notfallmedizin ist durch das Motto gekennzeichnet „nicht warten, machen“. Das Bild des Arztes, der im wehenden Kittel auf dem Weg zur Reanimation ist, prägt unsere Erwartungen an die Medizin: **Machbarkeit** und **Schnelligkeit** sind die Schlüsselbegriffe. Demgegenüber müsste das Motto der Schmerztherapie in den meisten Fällen eher lauten: „Nicht einfach machen, erst mal hinschauen und abwarten.“ Diese Haltung ist für viele Patienten irritierend, die eine sofortige und anhaltende Hilfe erwarten, die

z.T. auch von Experten als Rechtsanspruch formuliert wird: „Kein Mensch muss in Deutschland noch unter Schmerzen leiden.“ Ebenso irritierend ist die Rolle der Psychologie in der Schmerzbehandlung („Bei mir ist das aber nicht psychisch ...“).

Im Unterschied zu überwiegend asymptomatischen chronischen Erkrankungen wie Diabetes und Bluthochdruck besteht bei chronischen Schmerzen aufgrund der meist anhaltenden **aversiven Symptomatik** in der Beziehung zwischen Patient und Behandler (unabhängig von der Profession) ein besonderer und **doppelter Druck**:

- auf Patientenseite als **Leidensdruck mit hohen Erwartungen** an schnelle Lösungen,
- auf Behandlerseite als **Erfolgsdruck**.

„Und Sie können durch Gespräche meine Schmerzen wegstreichen ...?“ ist eine gelegentliche provozierende Eingangsfrage von Patienten, die zu Psychologen geschickt werden. „Na ja, ausschließen kann man das natürlich nicht – erst einmal sollten wir uns aber gemeinsam einen Überblick verschaffen“ ist eine der in diesem Fall möglichen Erwidern („augenzwinkernd“ und ohne die bei Psychotherapeuten übliche „Neigung zur Selbstverkleinerung“).

Zusammenhänge zwischen Schmerzen und Verhalten zu finden und für den Patienten nachvollziehbar herzustellen ist einer der wichtigsten Schritte in der interdisziplinären Schmerztherapie. Ziel ist es, eigene Einflussmöglichkeiten zusammen mit den Patienten zu entdecken.

Schmerz als **subjektives Phänomen** ist im Unterschied zu Hypertonie und Diabetes nicht beweisbar und auch nicht widerlegbar. Patienten erwarten aber eine „richtige“, d.h. in der Regel „beweisende“ Diagnose („Ich will ja nur endlich wissen, woher das kommt“) – und denken dabei an Krankheiten, die einen klaren Namen haben. Daher rührt auch die Faszination für gut klingende, aber schwierig zu klassifizierende und schlecht definierte Störungen (z. B. Fibromyalgie, Lumboschialgie).

Die grobe Aufteilung in gesund vs. krank ist bei der Suche nach möglichen Ursachen chronischer Schmerzen regelmäßig wenig hilfreich: „Wir fangen erst langsam an zu begreifen, dass Pathologie für die Symptome irrelevant ist und Nicht-Pathologie gelegentlich den Vorrang hat. Und was machen wir, wenn für Schmerz beides zutrifft?“ (Bilkey, 1996).

Patienten werden natürlich auch von der Familie und Kollegen gefragt: „Was ist es denn jetzt, was haben die denn gefunden?“ Fehlende „krankhafte“ Befunde, also mangelnde „richtige“ Erklärungen für die Schmerzen, sind die Ursache für das Glaubwürdigkeitsproblem, das bei der psychologischen Schmerzbe-

handlung meist ein sehr zentrales Thema ist, das die Arbeitsbeziehung sehr prägt.

Bei Behandlungsbeginn reagieren auch manche Psychologen ungünstig auf die skizzierten Besonderheiten: Die Identifikation mit dem Leiden und der Not der Patienten und damit verbundene diagnostische und therapeutische Misserfolge in Kombination mit der eigenen Unsicherheit in der somatischen Diagnostik führen gelegentlich zu somatisch-diagnostischem Aktionismus auf Psychologenseite. Die Anregung, weitere somatische Diagnostik zu suchen, ist für Schmerzpatienten am Anfang der Schmerzentwicklung ein sinnvoller Vorschlag und kann die Beziehung zum Patienten verbessern. Eine psychologische Schmerztherapie ohne sorgfältige ärztliche Untersuchung zu Beginn ist ein Kunstfehler!

Falsch und zumindest riskant ist eine erneute „Abklärung“ allerdings dann, wenn bereits eine sorgfältige Diagnostik durch einen ärztlichen Schmerztherapeuten oder eine spezialisierte Klinik abgeschlossen ist und der Patient zur psychologischen Weiterbehandlung überwiesen wurde. Diese Form der Rückdelegation „deklariert“ Psychotherapie zur „Notlösung“, bis die „eigentliche Ursache“ gefunden wird, und erhöht wiederum das Risiko einer „somatischen Fixierung“ durch die Konzentration auf irrelevante Nebenfunde.

Die andere Seite ist die Überforderung der Patienten durch „Psychologisieren“. Somatische Faktoren werden ignoriert und der Bedeutungsrahmen von Schmerzen auf psychologische Prozesse eingeeignet: „Warum hatten Sie denn gestern schon wieder Kopfschmerzen, was wollte Ihr Körper Ihnen damit sagen?“

Wenn im Verlauf der Behandlung neue bzw. andere Schmerzen auftreten, kann (in Absprache mit einem kooperierenden Arzt) eine erneute Diagnostik allerdings wiederum notwendig werden.

Ziel sollte es sein, mit den Patienten gemeinsam eine „wissenschaftliche“ Haltung zu entwickeln. Bei der Verhaltensanalyse gilt es, einfache somatische und psychologische Kausalattributionen („Sie müssen sich von Ihrem Partner trennen, dann haben Sie auch keine Kopfschmerzen mehr ...“; „Das ist halt der Verschleiß“) zu vermeiden. Stattdessen geht es darum, angemessene und differenzierte biopsychosoziale Modelle zu erarbeiten, deren Erklärung plausibler ist und die Interventionen auf verschiedenen Ebenen überzeugender begründen. Zudem wird der traditionelle Leib-Seele-Dualismus mit seinen negativen Konsequenzen dadurch umgangen, dass somatische Interventionen (z.B. Entspannungsverfahren oder die Empfehlung von Krankengymnastik und körperlichem Training) auch Themen der psychologischen Behandlung sind.

2 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

Bei fast allen Schmerzformen sind Frauen häufiger betroffen. Dies bezieht sich sowohl auf die Schmerzprävalenz selbst als auch auf die Behandlungssuche (zu Geschlechtsunterschieden bei Schmerz siehe Seemann und Nilges, 2001).

Unabhängig von der Lokalisation hat sich inzwischen ein biopsychosoziales Schmerzkonzzept durchgesetzt. In dessen Sinn werden Schmerzen nach physiologischen, kognitiv-emotionalen und Verhaltensaspekten differenziert. Es gibt kein für alle Be-

schwerden gleichermaßen zutreffendes Störungsmodell, die Bedeutung der einzelnen Dimensionen variiert innerhalb der Schmerzarten selbst stärker als zwischen den unterschiedlichen Schmerzformen.

Schmerzarten

Die häufigsten Schmerzen betreffen Kopf und Rücken mit einer Lebenszeitprävalenz von jeweils über 80%, d.h., fast jeder Mensch hat irgendwann einmal in seinem Leben diese Beschwerden.

Bei **Rückenschmerzen** werden unspezifische von somatisch weitgehend erklärbaren Schmerzen unterschieden: Bei über 85% ist es nicht möglich, spezifische Strukturen oder pathologische somatische Vorgänge mit den Schmerzen zu korrelieren. Eine Vielzahl möglicher Funktionsstörungen (Muskulatur, Bänder, Gelenke, vegetatives Nervensystem) kann starke und anhaltende Beschwerden verursachen. Mit bildgebenden Verfahren lassen sich solche Faktoren nicht ausreichend sicher identifizieren. Gleichzeitig werden bei der Diagnostik mit Computer- oder Kernspintomographie viele falsch positive Befunde erhoben und als „Pathologie“ oder Erklärung der Schmerzen den Patienten mitgeteilt. Tatsächlich gehen Experten inzwischen davon aus, dass z.B. degenerative Veränderungen der Wirbelsäule so normal sind wie die mit den Jahren zunehmende Faltenbildung im Gesicht (Alf Nachemson, schwedischer Wirbelsäulenexperte).

Die häufigste **Kopfschmerzform** ist der Spannungskopfschmerz, gefolgt von Migräne. Spannungskopfschmerz und Migräne sind „primäre“ Kopfschmerzen, d.h., sie sind keine Symptome einer zugrunde liegenden somatischen Krankheit. Die Ursachen sind – wie bei Rückenschmerzen auch – weitgehend unbekannt. Bestätigt hat sich die Bedeutung psychosozialer Faktoren für Entwicklung und Verlauf dieser Beschwerden. Die Verhaltenstherapie ist bei diesen Schmerzformen – auch im Vergleich zu den derzeit bekannten medizinischen Behandlungsformen – gut wirksam.

Werden über einen längeren Zeitraum regelmäßig Medikamente gegen Kopfschmerzen eingenommen, besteht die Gefahr, **medikamenteninduzierte** Beschwerden zu entwickeln. Der Verdacht besteht immer dann, wenn Patienten von anhaltenden Kopfschmerzen und täglicher Medikamenteneinnahme gegen Schmerzen (nicht aufgrund anderer Indikationen) berichten. In diesem Falle ist vor einer Psychotherapie ein Entzug – in der Regel stationär – durchzuführen.

Eine Klassifikation der über 150 Kopfschmerzformen hat das Kopfschmerz-Klassifikations-Komitee der International Headache Society 1989 vorgenommen.

Gesichtsschmerzen erleben bis zu 25% der Menschen im Laufe eines Jahres, wobei ein Altersgipfel zwischen dem 25. und 45. Lebensjahr liegt und eine erhebliche Abnahme nach diesem Zeitraum feststellbar ist. Gesichtsschmerzen treten im Unterschied zu anderen Schmerzformen umso öfter auf, je höher der Bildungsstand ist. Die häufigste Form stellen Myoarthropathien (wörtlich: Muskel- und Gelenkbeschwerden) dar, d.h. Beschwerden mit vermutlich primär muskulärer Ursache. Da diese Beschwerden leicht mit Zahnschmerzen verwechselt werden, besteht hier vor allem die Gefahr von iatrogenen Schädigungen.

Neuropathische Schmerzen sind Beschwerden, die auf patho-

4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren

logische Veränderungen des nozizeptiven Systems selbst zurückgeführt werden. Diese Schädigung kann auf mechanischen, stoffwechselbedingten oder krankheitsbedingten Veränderungen beruhen: Phantomschmerz, Polyneuropathien (z.B. bei Diabetes oder Alkoholmissbrauch), Schmerzen nach Herpes zoster (Gürtelrose) und das „chronic regional pain syndrome“ (CRPS; dazu zählen u.a. früher als Morbus Sudeck bezeichnete Beschwerden). Bei diesen Schmerzformen ist die Funktion des Schmerzleitungssystems selbst beeinträchtigt. In Schmerzkliniken und -ambulanzen leiden etwa 40% der Patienten unter diesen Beschwerden, die sich auch als Folge von Operationen oder anderen somatischen Traumata entwickeln können: Nach Amputationen von Gliedmaßen, nach Operationen wie Zahnextraktionen, Eingriffen im Bauch- oder Brustraum sind anhaltende chronische Schmerzen noch immer häufig (Baron und Jänig, 2001; zur möglichen Vermittlung eines zutreffenden Schmerzmodells siehe Kasten 1). Psychologische Verfahren zielen hier vor allem auf die Verarbeitung der Krankheitsfolgen.

Kasten 1: Vermittlung eines Schmerzmodells

Die Patientin leidet unter Handschmerzen nach einem Bruch des Handgelenkes und anschließender Versorgung: Diagnose M.Sudeck.

Patientin: Die sagen mir alle, da sei nichts mehr, aber das tut doch so weh, da muss doch noch was sein. Und ich muss immer aufpassen, dass ich nirgendwo dran komme.

Psychologe: Schmerz weist uns ja normalerweise darauf hin, dass eine Schädigung des Körpers vorliegt oder droht, so ein bisschen wie eine Alarmanlage. Sie kennen das doch: Bei den neuen Autos ist das ja serienmäßig eingebaut. Wenn jemand versucht, z.B. das Auto zu stehlen, geht der Alarm los.

Patientin: Ja, so was haben wir auch in unserem Auto.

Psychologe: Was machen Sie denn, wenn der Alarm abends um zehn losgeht?

Patientin: Ich laufe natürlich raus und sehe nach, ob jemand versucht, das Auto zu klauen!

Psychologe: Genau, und wenn Sie feststellen, dass alles o.k. ist, dann stellen Sie den Alarm ab – und ärgern sich erst mal über die Störung. Vielleicht warten Sie auch hinter der Haustür, vielleicht versucht ein Dieb das ja noch mal.

Patientin: Richtig, das kommt ja manchmal vor.

Psychologe: Wenn der Alarm kurz darauf wieder losgeht, werden Sie erst mal wieder rauslaufen und nachschauen. Spätestens beim dritten Mal werden Sie aber nicht mehr nach dem Dieb suchen, sondern Sie werden sich eher fragen: Was ist mit der Alarmanlage los, ist die vielleicht zu gut eingestellt? Das passiert manchmal auch bei uns. Schmerz warnt dann nicht mehr vor einem Problem, sondern ist selbst zum Problem geworden.

(Dank an Martina Moog, die uns auf diese Metapher gebracht hat!)

Spezifische pathologische Veränderungen sind bei chronischen Schmerzen selten. So ist der regelmäßig angeschuldigte Bandscheibenvorfall vermutlich für weniger als 5% der Patienten mit Rückenschmerzen von Bedeutung. Auch tumorbedingte Kopf-

schmerzen sind eine – zum Glück – rare Ausnahme. Die existierenden physiologischen Schmerzmodelle sind für chronischen Schmerz noch immer sehr unbefriedigend. Sie können anhaltende Schmerzen und Schmerzzunahme trotz fehlender Reize, Überreaktionen, muskuläre und vegetative Mitreaktionen sowie neuroplastische Veränderungen nur sehr unzureichend erklären.

Die „Zeitfenster“ physiologischer Modelle sind sehr eng und decken meist nur die ersten Sekunden eines Schmerzereignisses ab. Plausible somatische Störungsmodelle finden sich nur für wenige sehr spezifische Schmerzformen (z.B. Gürtelrose = Herpes zoster).

Ähnliches gilt auch für die Psychologie:

Merke: Die Suche nach einer spezifischen Pathologie (z.B. „die Schmerzpersönlichkeit“, „Schmerz als Depressionsäquivalent“) oder nach Typologien wie der „Migränepersönlichkeit“, dem „typischen“ Kreuzschmerzpatienten oder der „typischen“ Gesichtsschmerzpatientin sind ergebnislos geblieben.

Psychologische Klassifikation der Schmerzstörung

Die diagnostischen Kriterien im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV; Saß et al., 1996) und der International Classification of Diseases (ICD-10; Dilling und Dittmann, 1990) setzen für die Diagnose einer somatoformen Störung voraus, dass die vorhandenen körperlichen Befunde die vorhandene Symptomatik nicht oder nicht ausreichend erklären. Da Schmerzen ohne klare körperliche Befunde überwiegen, wäre dieses Eingangskriterium für fast alle Schmerzen „eigentlich“ erfüllt. Damit wird die Diagnose in wichtigen Teilen als Fremdbeurteilung durch den somatischen Untersucher gestellt – eine anhaltende Quelle von Missverständnissen, Konflikten und Belastungen für Patienten und Behandler.

Eine positive Diagnostik psychologischer Faktoren in Form einer Verhaltensanalyse mit plausiblen Zusammenhängen zwischen Schmerzentwicklung und psychosozialen Faktoren ist für eine zuverlässige Diagnose notwendig. Komplizierend wirkt sich allerdings dabei aus, dass Patienten auch dann diese Information zurückhalten, wenn nach eigener Einschätzung psychosoziale Einflüsse bedeutsam sind, um nicht die Glaubwürdigkeit der Schmerzen und damit die Sorgfalt bei somatischer Diagnostik zu riskieren. Diese Befürchtungen sind bei den noch immer anzutreffenden einfachen Schmerzmodellen vieler Behandler realistisch (Stationsarzt zum Psychologen: „Gucken Sie sich den mal an, der hat nichts Organisches ...!“)

In der klinischen Praxis wird dieses Problem dadurch gelöst, dass die Konzepte zu den relevanten somatischen Faktoren erweitert werden. Anstelle der selten diagnostizierbaren Krankheiten werden auch Funktionsstörungen ohne engere pathologische Substrate als ursächlich relevant gewertet. Damit kommt für die Klassifikation nach DSM-IV die Ziffer 316 und entsprechend aus der ICD-10 die F54 in Frage. Diese diagnostische Kategorie erfasst Schmerzformen, bei denen somatische Erkrankungen (z. B. Neuralgie nach Gürtelrose) oder Pathome-

chanismen (z.B. Migräne) zwar teilweise bekannt sind, die Varianz der Beschwerden und damit verbundene Beeinträchtigungen sowie der Behandlungserfolg jedoch wesentlich durch psychologische Faktoren beeinflusst werden.

Schmerz und psychische Störungen

Die verbreitete Meinung, dass chronische Schmerzen zu Depressionen führen müssen, ist falsch; ebenso die Ansicht, dass Schmerzen bei Patienten ohne somatischen Befund ein „depressives Äquivalent“ darstellen, also eine andere Ausdrucksform einer Depression sind.

Liegen Schmerz und weitere Störungen (somatisch, psychophysiologisch, psychisch) gleichzeitig vor, können übereilt kausale Beziehungen konstruiert werden. Tatsächlich handelt es sich häufig um Ko-Morbiditäten, erfahrungsgemäß um Erkrankungen, die den behandlungsrelevanten Schmerz zwar nicht auslösen, aber durchaus zu seiner Aufrechterhaltung beitragen können.

Die Häufigkeit psychischer Störungen (Mehrfachdiagnosen entsprechend der Achse I des DSM) ist nicht von der Zeitdauer der Schmerzen abhängig, sondern vom Ausmaß der Chronifizierung. Bei einer nicht über die Zeit definierten Klassifikation der Patienten nach drei Stadien der Chronifizierung (Merkmale sind u.a. Ausdehnung der Schmerzen, Medikamenteneinnahme, Zahl der Klinikaufenthalte etc.; vgl. www.schmerz-zentrum.de) zeigte sich eine Häufung von Störungen entsprechend Achse I des DSM-III-R. Bei den meisten Patienten in den Stadien I und II konnte keine Diagnose gestellt werden.

Bei der Mehrzahl der Patienten liegen Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation gleichzeitig vor, z.B. leidet etwa die Hälfte der Patienten mit Gesichtsschmerzen auch unter Rückenschmerzen. Es ist wichtig, dass Beschwerden ausreichend differenziert betrachtet werden. Die Prozesse, die Rückenschmerzen aufrechterhalten, können andere sein als die für die Persistenz von Gesichtsschmerzen wesentlichen Faktoren.

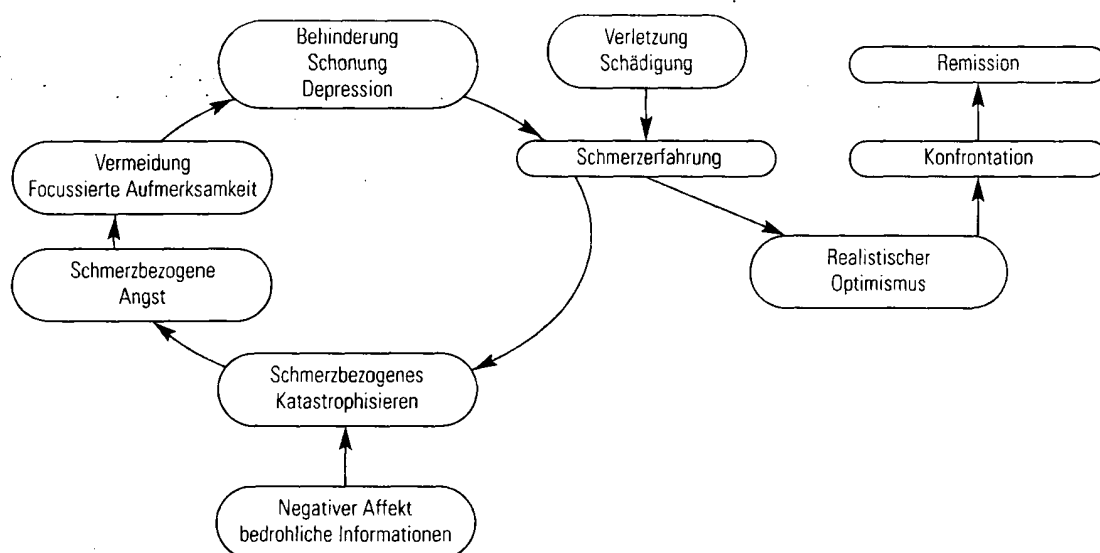
Kasten 2: Fordyce – Wie alles begann

Psychologische Schmerztherapie – Die ersten Schritte

Wilbert Fordyce, mit dessen Name die Einführung verhaltenstherapeutischer Konzepte in die Schmerzdiagnostik und -therapie verbunden ist, beschreibt den Anfang. Ein Patient mit einer in Remission befindlichen Polyarthritits war 1966 stationär in der Universitätsklinik Washington. Ziel der Behandlung war die Verbesserung der Mobilität, die durch anatomische Defekte erheblich eingeschränkt war. Wörtlich berichtet Fordyce:

„Der Patient weigerte sich donnerstags, das Bett zu verlassen, weil die Schmerzen bei Bewegungen zu stark seien. In der Fortbildung für das Team wurde freitags von einem externen Experten eine Vorlesung zum Thema Einflüsse zwischenmenschlicher Reaktionen auf Verhalten gehalten. Bei der täglichen Visite am folgenden Montag hatten wir die verrückte Idee, am Krankenbett auf jede Erwähnung von Schmerzen mit einem Blick aus dem Fenster zu reagieren als Weg, soziales Feedback zu verändern. Es war unverschämte und gefühllos, aber wir versuchten es. Zwei oder drei dieser Wortwechsel kamen an diesem ersten Morgen vor: Er sprach über Schmerz und wir drehten unsere Köpfe und schauten aus dem Fenster. Wir gingen zum nächsten Zimmer. Aus Gründen, die vielleicht nur eine höhere Macht kennt, stand der Patient auf, zog sich an, ging zur Krankengymnastik und versäumte keine Anwendung mehr. Seine Mobilität verbesserte sich erheblich. Wir ignorierten weiterhin konsequent sein Schmerzverhalten. Am Nachmittag des zweiten Tages sagte er zu einer Krankenschwester: Ich weiß, was die machen, sobald ich Schmerz erwähne, schauen die aus dem Fenster. Das Prinzip funktioniert demnach auch, wenn es dem Patienten bewusst ist“ (Fordyce, 1996). – Ausgangspunkt war nicht die Frage, ist der Schmerz psychisch oder somatisch bedingt, sondern: Wie kann ein Problemverhalten (Schonung, Vermeidung) beeinflusst werden?

Abbildung 1: Angst-Vermeidungs-Modell



4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren

Kaum vom Thema Schmerz trennbar ist die Annahme, dass eine körperliche Schädigung immer die „eigentliche“ Schmerzsache ist. Daraus resultiert die Erwartung, dass Bewegung und Belastung zur Verschlimmerung dieser Schädigung führen und dass der „Körper Ruhe braucht“, um eine erfolgreiche Heilung nicht zu gefährden. Die Konsequenz dieses weit verbreiteten Konzeptes ist Vermeidungsverhalten, das Patienten oft dann noch fortführen, wenn relevante körperliche Ursachen ausgeschlossen sind und Schmerzen bereits jahrelang bestehen. Das entsprechende Verhalten – z.B. Hinken, Schonung, häufiges Reiben oder Berührung der schmerzenden Stelle – kann bei längst ausgeheilten Verletzungen fortbestehen.

Verhaltenstherapeutische Ansätze konzentrieren sich zunehmend auf die Konfrontation – graduell, aber auch massiert, in vivo und in sensu – mit Schmerzreizen bzw. Schmerz selbst. Ziel ist der Abbau von Problemverhalten, das auch auf physiologischer sowie kognitiv-emotionaler Ebene nachteilige Konsequenzen hat.

Kasten 3: Stationsbesprechung

Thema ist eine Patientin mit Beinschmerzen, die seit zwei Wochen stationär behandelt wird und durch ein auffallendes Schonverhalten von Beginn an allen im Team bekannt ist. Eine Besserung des Gangbildes ist zwar erkennbar, der Krankengymnast berichtet, dass er nicht versteht, warum die Patientin in der Einzeltherapie eingeübte Bewegungsmuster nicht unmittelbar umsetzt und stattdessen bei Verlassen des KG-Raumes erneut in Hinken verfällt: „Warum macht die Patientin das, will die was damit erreichen, darf es der nicht besser gehen?“, äußert er mit fragendem Blick auf die Sozialarbeiterin seine Skepsis. Der Stationsarzt bemerkt: „Ich hatte bis vor 2 Wochen nach einem Bruch im Sprunggelenk einen Gipsfuß. Ich muss mich heute noch jedes Mal beim Aufstehen morgens oder auch nur vom Stuhl zwingen, normal zu gehen, obwohl ich keine Schmerzen mehr habe. Ich habe mir das über die Zeit vorher so angewöhnt und habe dadurch vermieden, beim Auftreten starke Schmerzen zu provozieren.“

Diskrepanzen zwischen Verhalten und Befund werden häufig als Hinweis auf „Psyche“, Aggravation oder Simulation interpretiert. Tatsächlich ist die Korrelation zwischen offenem Schmerzverhalten, Schmerzintensität, physiologischen Veränderungen sowie Emotionen und Kognitionen klein – eine ständige Quelle von Missverständnissen und Belastungen der Beziehung zwischen Patienten und Behandelern.

Merke: Fehlende Befunde sind normal und kein Beleg dafür, dass es sich um „psychisch“ bedingte Beschwerden handelt.

Diagnostik

Für die Diagnostik von Schmerz wurden spezifische Verfahren und Techniken für Eingangs-, Verlaufs- und Ergebnisuntersuchung entwickelt. Die Deutsche Gesellschaft zum Studium des

Schmerzes (DGSS; www.dgss.org) hat sich um Standards bemüht und überarbeitet die bisherigen Empfehlungen. Auch die Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF; www.dgpsf.de) hat als Psychologische Fachgesellschaft Empfehlungen veröffentlicht, welche Verfahren für die Schmerzdiagnostik geeignet sind.

Fragebögen

Die verschiedenen Aspekte von Schmerz wie affektives und sensorisches Erleben, Bewältigungsstrategien, Behinderung, Depression, Angst, Stress und sonstige Belastungen können mit Fragebögen zuverlässig erfasst werden. Die Selbstschilderung der Patienten ist für viele Merkmale – trotz der für diese Patientengruppe geltenden Einschränkungen – noch immer genauer als somatische Untersuchungsbefunde: Die Angst, dass Schmerzen durch den Beruf verursacht oder verstärkt werden, entscheidet wesentlich über die weitere soziale Entwicklung; das Ausmaß an Behinderung wird bei Patienten mit Rückenschmerzen über einen Zeitraum von einem Jahr durch die Ausprägung von Katastrophisieren zuverlässiger vorhergesagt als durch die somatischen Untersuchungsparameter.

Angst und Depression sollten immer auch mit Hilfe von Fragebögen erfasst werden. Zunehmende Bedeutung erlangen allerdings solche Verfahren, bei denen ein expliziter Bezug zu den Beschwerden hergestellt wird. Dazu gehören der Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV; Geissner, 2001), der u.a. schmerzbezogene Hilflosigkeit, Depression und Angst erfasst. Zunehmend verwendet wird der FABQ in der Übersetzung von Pfingsten et al. (1997).

Spezifische körperliche Angstsymptome (z. B. Herzrasen, Kloßgefühl) werden u.a. mit der Beschwerdeliste (von Zerssen, 1976) erfasst.

Zur Einschätzung des Grades der subjektiven Beeinträchtigung lässt sich der mit sieben Items kurze Pain Disability Index (PDI; Dillmann et al., 1994) als Screening-Verfahren verwenden. Er ist Bestandteil des Schmerzfragebogens der DGSS. Dieses Instrument wird auch von den Patienten gut akzeptiert. Im Vergleich zu anderen Verfahren ist der PDI weniger syndromabhängig, d.h., er ist bei Kopfschmerzpatienten ebenso verwendbar wie bei Patienten mit Rückenschmerzen.

Die beiden Dimensionen von Schmerz – sensorisch und affektiv – können zuverlässig mit der Schmerzempfindungs-Skala (SES; Geissner, 1996) erfasst werden. Die affektive Dimension beschreibt dabei den „Leidensaspekt“, enge Beziehungen zu Angst, Depression und Hilflosigkeit sind feststellbar.

Die Übersetzung von Schmerz in nachvollziehbare Schätzungen – Zahlen von 0-10, Strecken auf einer Geraden oder mit Hilfe von Gesichtsschemata („smiley“) für Kinder – ist ein wichtiger Schritt zu Kommunikation, Diagnostik und Therapieevaluation. Patienten im deutschsprachigen Raum sind den Umgang mit dieser Form der Schätzung oft nicht gewohnt und sollten sorgfältig instruiert werden: „Schmerz ist immer subjektiv! Es gibt keine richtige oder falsche Schmerzschatzung. Die einzige ‚richtige‘ Schmerzkraft ist die, die sie empfinden. Es geht auch nicht darum, Unterschiede zwischen Patienten herauszufinden, sondern um Unterschiede zum Beispiel vor und nach Behandlungen, nach krankengymnastischen Anwendungen, nach Entspannungsverfahren und im Verlaufe des Tages. Das ist wichtig, damit wir gemeinsam Ansatzpunkte für die weitere Behandlung finden.“

Um Informationen über längerfristige Verläufe zu erhalten, sollten mehrere Schätzungen täglich vorgenommen werden. Schmerztagebücher enthalten meist vier Messzeitpunkte täglich und sind von 0 (= kein Schmerz) bis 10 (= stärkster vorstellbarer Schmerz) skaliert.

Merke: Eine hohe Ausprägung auf der affektiven Schmerzdimension weist auf die Bedeutung psychischer Einflussfaktoren hin und besagt nichts über die Genese: Auch Schmerz bei einer Krebserkrankung kann stark affektiv gefärbt sein.

Bei Schmerz sind immer gleichzeitig emotionale und sensorische Aspekte beteiligt.

Anamnese und Erstkontakt – Besonderheiten im Umgang mit Schmerzpatienten

Die Anamnese ist das wichtigste Verfahren in der Diagnostik chronischer Schmerzen. Über die erhobenen Informationen hinaus ist der Verlauf des Gesprächs, die Art der sich entwickelnden Beziehung zwischen Patient und Behandler entscheidend für die weitere Therapie und damit für Erfolge und Misserfolge, speziell für Patienten mit langer Vorgeschichte und oft enttäuschten Hoffnungen.

Nur wenige Schmerzpatienten suchen aus eigenem Entschluss eine psychotherapeutische Praxis auf oder fragen während eines Klinikaufenthaltes nach einem Termin bei einem Psychologen. Meist werden sie von ärztlicher Seite „geschickt“, bevorzugt dann, wenn die medizinische Behandlung stagniert. Vor dem psychologischen Erstkontakt bestehen daher nicht selten erhebliche Vorbehalte. Die Patienten befürchten, als psychisch krank abgestempelt zu werden („Ich hab's doch im Kreuz und nicht an der Waffel!“), dass ihre Schmerzen nicht ernst genommen oder die medizinischen und physiotherapeutischen Maßnahmen reduziert oder gar eingestellt werden könnten. Psychotherapie wird oft in Verbindung gebracht mit einer langwierigen Suche nach psychischen Ursachen und Aufarbeitung ihrer Vergangenheit oder ihrer Partnerschaft („Eins sage ich Ihnen gleich, meine Ehe ist völlig in Ordnung!“). Das Krankheitsmodell der Patienten ist in der Regel stark an medizinisch-somatischen Erklärungsversuchen orientiert (Bandscheibe, Wirbelsäule usw.). Selbst wenn ein allgemeines Verständnis für psychophysiologische Zusammenhänge vorhanden ist, wird dies nicht unbedingt auf die eigene Schmerzsymptomatik angewandt.

Den Patienten als Erstes nach seinen Zielen oder Erwartungen zu fragen („Was führt Sie zu mir? Was kann ich für Sie tun?“) ist zwar üblicherweise sinnvoll, als Einstieg in ein Erstgespräch mit einem Schmerzpatienten ist dieses Vorgehen aber meist unangemessen. Bei der Ursachenzuschreibung dominieren somatische Konzepte. Für Einfluss- und Änderungsmöglichkeiten besteht dagegen bei den meisten Patienten eher eine psychosoziale Orientierung: dass Stress Einfluss auf Schmerzen hat und Verbesserungen der Lebensumstände auch zu Änderungen der Schmerzen führen können, nehmen fast alle Schmerzpatienten an, auch wenn ebenso fast alle davon ausgehen, dass einfache somatische Gründe für die ursprüngliche Genese ihre Beschwerden vorliegen. D.h., kritisch ist das Thema „Ursachenzuschreibung“, während „Veränderungserwartungen“ durchaus mit psychologischen Konzepten vereinbar sind.

Günstig ist es an dieser Stelle bereits, das Ziel „ohne Schmerzen leben“ anzusprechen: „Sie haben ja keine Behandlung begonnen, um mit den Schmerzen zu leben, sie wollen ja ohne leben. Ob und wie lange es dauert, dieses Ziel zu erreichen, wissen wir ja beide nicht. Bis es so weit ist, kann das Ziel ja lauten: besser als bisher mit den Beschwerden leben.“

Wesentlich für einen guten Erstkontakt ist es, eine mögliche somatische Grundlage der Schmerzen zu akzeptieren und dies dem Patienten auch zum Ausdruck zu bringen. Dazu gehört, sich für seine medizinischen Befunde zu interessieren und deutlich zu machen, dass – falls notwendig und vorgesehen – die medizinische Behandlung weiterläuft und eine psychologische Therapie als Ergänzung und nicht als Ersatz anzusehen ist.

Ein möglicher Einstieg ist es auch, die Ausgangssituation aufzugreifen und die momentane Stimmungslage des Patienten gezielt anzusprechen (z.B. „Ich könnte mir vorstellen, dass Sie sich jetzt fragen, was Sie eigentlich bei mir sollen“). Nebenbei erhält man auf diesem Wege oft schon gleich zu Beginn wichtige Informationen über Vorstellungen oder Vorbehalte des Patienten sowie eventuell auch über (nicht immer positive) Vorerfahrungen. Dieses Vorgehen empfiehlt sich allerdings nicht bei Patienten, die ihre Skepsis sehr deutlich – und nicht selten mit aggressivem Unterton – signalisieren.

Regeln für die Anamnese

Die folgenden „Regeln“ können als grobe Orientierung dienen. Sie können helfen, typische Fehler zu vermeiden, und dazu beitragen, eine gute Arbeitsbasis herzustellen:

- symptomatischer Zugang, d.h. Beginn mit den Schmerzen selbst
- Wechsel zwischen Exploration und Information: Schmerzkonzepte, Ziele und Methoden der Diagnostik, Sinn und Möglichkeiten der Schmerzmessung mit Zahlen
- keine Kategorisierung in psychogen vs. somatogen
Man vermeide auf jeden Fall, den Eindruck zu vermitteln, man suche nun nach „der psychischen Ursache“, der alleinigen Erklärung für die Schmerzen des Patienten.
- Integration der Vorbefunde, d.h. möglichst viele Vorinformationen nutzen
- Prozessanalyse, d.h., der Schwerpunkt liegt auf der Entwicklung und den aufrechterhaltenden Faktoren, auslösende Situation und „eigentliche“ Ursache sind oft nicht mehr rekonstruierbar oder irrelevant
- Fremdanamnese, wenn möglich
Eine unvoreingenommene Anamnese, so wird gelegentlich betont, sei nur durch den Verzicht auf Vorinformationen möglich. Nach unseren Erfahrungen spricht sehr viel mehr für ein sorgfältiges Durcharbeiten vorhandener Unterlagen und vorbereitende Notizen bereits vor dem ersten Kontakt (vgl. Nilges und Wichmann-Dorn, 2003):
- Patienten fühlen sich ernst genommen, wenn sie merken, dass man den Inhalt ihrer Akten kennt – für manche trotz jahrelanger Krankengeschichte eine neue Erfahrung.
- Patientenunterlagen enthalten meist wichtige Informationen zu psychologischen Fragestellungen, zu Vorerfahrungen im Gesundheitswesen (z.B. ärgerlicher Unterton in Arztbriefen, auffallende Häufung von Arztbefunden in bestimmten Zeiträumen).
- Frühere Krankheiten und besondere Lebensereignisse werden

4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren

vergessen. Gezieltes Nachfragen aufgrund von Vorbefunden ergibt häufig ein vollständigeres Bild.

- Informationen durch Schwestern und Ärzte können wertvolle Hinweise zur Entwicklung diagnostischer Hypothesen geben (z.B. Wer brachte den Patienten; kam der Patient liegend, mit Gehstützen, im Rollstuhl?).
- Die Patienten erwarten berechtigterweise, dass ihre Vorarbeit berücksichtigt wird. D.h., wenn Patienten, wie inzwischen Standard, bereits vor der Aufnahme einen Schmerzfragebogen mit darin enthaltenen psychologischen Fragebögen ausfüllen, ist es sinnvoll, sich bereits in der Anamnese auf diese Informationen zu beziehen.
- Vorliegende Fragebogenergebnisse können als wichtige Hilfe dienen, die Exploration wird wesentlich erleichtert, wenn im Gespräch die Vorangaben der Patienten als Anknüpfungspunkte gewählt werden.

Eine Besprechung des Ergebnisses der Schmerzempfindungsskala (SES) mit dem Patienten kann ein Ausgangspunkt für die Einführung psychologischer Aspekte sein: „Bei Durchsicht und Auswertung Ihrer Unterlagen ist mir aufgefallen, dass Sie sich – auch im Vergleich mit anderen Schmerzpatienten – besonders stark durch Ihre Beschwerden belastet fühlen, dass sie Ihnen besonders viel auszumachen scheinen. Können Sie mir mehr darüber sagen, haben Sie eine Idee, warum?“

Die Unterlagen sollten mit der nötigen Distanz gelesen werden: Die häufigsten Schmerzdiagnosen sind lediglich Beschreibungen und keine Erklärungen der Beschwerden (Nilges und Gersbarg, 1994).

Der Umgang mit Schmerz in der Herkunftsfamilie, die im Alltag gültigen Konzepte und damit Bewertungen stellen Weichen für die Reaktion auf Schmerzerfahrungen: „Krank ist man erst, wenn man im Krankenhaus liegt“ ist eine typische Aussage eher „robuster“ und tendenziell zu Überforderung neigender Patienten, während die Fehlinterpretation von alltäglichen Missempfindungen als Krankheitssymptome eher zu Unterforderung führen dürfte („Stellen Sie sich vor, in meiner Familie sind ja viele an Herzproblemen gestorben, und ich hatte heute morgen, nachdem ich 3 Stockwerke hochgegangen bin, so einen Druck auf der Brust. Und dann hat die Schwester festgestellt, dass ich einen Puls von 100 hatte, so schlecht geht es mir ...“). Die biografische Anamnese sollte Informationen zu den engeren Mitgliedern der Herkunftsfamilie enthalten, d.h. zu Gesundheit bzw. Krankheit oder Todesfällen und deren Ursachen. Empfehlenswert ist dieser Part der Anamnese auch zur Einleitung der Exploration der familiären Beziehungen. Der Einstieg über die Vorerkrankungen ist meist mit weniger Skepsis auf Patientenseite verbunden als sehr direkte Fragen zu den persönlichen Beziehungen am Anfang des Kontaktes.

Merke: Wichtige Regeln für die Anamnese sind: symptomatischer Zugang, Wechsel zwischen Exploration und Information, keine Kategorisierung in psychogen vs. somatogen

Verhaltensanalyse

Verstärkende oder lindernde Einflüsse auf Schmerzen können unmittelbar oder verzögert wirken. Die Analyse kausaler Zusammenhänge ist dadurch erschwert.

Eine hohe Stressbelastung z.B. wirkt auch im Tierversuch zu-

nächst schmerzreduzierend: Direkte Ablenkung und Unterdrückung der Schmerzwahrnehmung wirken sich auf die Schmerzintensität anfangs günstig aus. Dieser Effekt führt jedoch – falls er regelmäßig genutzt wird – zu langfristiger Stabilisierung der Beschwerden: Ignorieren und Durchhaltestrategien als dominierende Verhaltensmuster bei körperlichen Beschwerden sind mit langfristig ungünstigen Prognosen verbunden (z.B. bei der Verarbeitung operativer Eingriffe).

Mit Hilfe von Schmerztagebüchern können Tages- oder Wochenschwankungen mit möglichen Beziehungen zu Belastungen identifiziert werden. Meist sind mehrere Faktoren beteiligt: Eher selten beginnen Schmerzen pünktlich am Montag zu Beginn der Arbeitswoche und lassen am Wochenende nach. Günstig ist es, mögliche Einflüsse zunächst ohne Wertung zu sammeln und dann – z.B. in Form eines Kuchendiagramms – die Patienten die anteilige Bedeutung einzelner Faktoren einschätzen zu lassen. In einem nächsten Schritt geht es dann um die Auswahl von Zielvariablen. Hier kommt zum Kriterium Bedeutung vor allem das Merkmal Beeinflussbarkeit hinzu.

Merke: Pauschale Annahmen wie „psychisch überlagert“ oder „psychogen“ sind wenig hilfreich und stören die Beziehung zum Patienten erheblich. Damit wird die detaillierte Analyse spezifischer Einflussfaktoren eher be- und verhindert.

3 Umsetzung in die klinische Praxis: psychologische Therapie von und bei Schmerz

Entsprechend der Bedeutung verschiedener Ebenen bei Schmerz – Physiologie, Verhalten sowie Emotionen und Kognition – werden geeignete Verfahren angewandt. Es handelt sich meist um Techniken, die aus anderen Störungsbereichen bekannt und dort erprobt sind. Wir setzen diese Grundlagen voraus und wollen vor allem auf Besonderheiten eingehen, die bei Schmerzpatienten eine Rolle spielen.

Entspannungsverfahren

Das Erlernen eines Entspannungsverfahrens sollte als Baustein im Rahmen einer Schmerztherapie nie fehlen. Die in Zusammenhang mit den Schmerzen auftretenden Muskelverspannungen können im Sinne einer positiven Rückkopplung wiederum schmerzverstärkend wirken und somit wesentlichen Anteil an der Aufrechterhaltung der Beschwerden haben. Die am häufigsten angewandten Entspannungstechniken sind:

- Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
- Autogenes Training
- Biofeedbackverfahren
- Imaginationstechniken
- Hypnose

Progressive Muskelentspannung

Für Schmerzpatienten hat sich die Progressive Muskelrelaxation (PMR) gegenüber dem Autogenen Training als vorteilhaft erwiesen. Neben der schnelleren und leichteren Erlernbarkeit und der höheren Plausibilität für die Patienten aufgrund der stärkeren körperlichen Orientierung ist die Wirksamkeit empirisch besser belegt.

Besonderheiten bei der Vermittlung

Viele Patienten vermuten, dass Entspannungsverfahren lediglich dazu dienen, Stress abzubauen oder ruhiger zu werden. Sie sehen keinen direkten Zusammenhang mit ihren Beschwerden. Um die Motivation zu erhöhen, verwende man daher ausreichend Zeit zur Vermittlung eines plausiblen Modells. Günstig ist es dabei, vor allem die somatische Grundlage eines Entspannungstrainings zu betonen und die psychischen Aspekte (Stressbewältigung, besser abschalten können) zunächst eher in den Hintergrund zu stellen.

Schmerz – so ein plausibles Konzept – dient vor allem der Abwehr einer drohenden Schädigung. Wir ziehen die Hand plötzlich von der Herdplatte zurück, weil Schmerz uns warnt. Die dabei ausgelösten Reflexaktivitäten der Muskulatur haben zwar den Vorteil, dass die Reaktion schnell erfolgt. Der Körper unterscheidet jedoch nur unzureichend, ob die Schmerzquelle innerhalb oder außerhalb liegt. Das Ergebnis ist in vielen Fällen eine sinnlose Mitreaktion der Muskulatur bei Schmerzen, die innerhalb des Körpers selbst entstehen, und damit eine Reaktion, die selbst zum Problem geworden ist.

Nicht selten erwarten Schmerzpatienten von einem Entspannungsverfahren eine sofortige Wirkung und wenden es bevorzugt bei starken Schmerzen an. Um der Entmutigung durch den erlebten Misserfolg vorzubeugen, sollte man auf die langfristige Wirkung hinweisen und als Übungszeiten zu Beginn der Lernphase möglichst schmerzfreie oder eher schmerzarme Momente empfehlen. Auch eine realistische Anzahl sollte konkret vereinbart werden: In der Lernphase empfehlen wir unseren Patienten anfangs eine Langfassung (etwa 30 Minuten Dauer) einmal täglich und nach ein bis drei Wochen eine Kurzfassung von etwa zehn Minuten Dauer etwa dreimal täglich. Für die Alltagsanwendung sollte sich die Häufigkeit bei etwa einer Übung pro Tag einpendeln.

Varianten des Jacobson-Trainings, die eine starke Anspannungsphase vorschlagen („Ganz fest anspannen!“), sind für Schmerzpatienten meist ungeeignet, da sie häufig eine Schmerzverstärkung zur Folge haben. Man sollte sehr darauf achten, dass die Patienten die Muskulatur nur leicht bis mäßig anspannen, gerade so, dass sie den Unterschied wahrnehmen können.

Schmerzspezifische Schwierigkeiten

Für eine längere Zeit eine bestimmte Körperhaltung einzunehmen, fällt vielen Patienten schwer und führt oft zur Schmerzverstärkung. Von der Regel, in der ersten Zeit im Liegen, dann im Sitzen zu üben, muss daher oft abgewichen werden. Statt eine feste Körperposition vorzugeben, erscheint es besser, die Patienten zu ermutigen, anfangs zu experimentieren (Beine etwas anwinkeln oder höher legen, den Kopf mit einem zusätzlichen Polster unterstützen), bis sie die für sich optimale Lage gefunden haben. Den Hinweis, dass bei Schmerzverstärkung die Körperposition auch während der Übung verändert werden kann, sollte man vor allem in Gruppen nicht vergessen.

Ein weiterer Grund für eine Schmerzverstärkung während der Übung ist oft eine zu starke Betonung der Anspannungsphase. So kann es im Schmerzgebiet zuweilen auch notwendig sein, die Anspannung ganz wegzulassen.

„Ich spüre nichts!“ Diese Bemerkung kommt zu Beginn relativ häufig von Patienten. Zum einen kann sie Ausdruck einer beeinträchtigten Körperwahrnehmung in Bezug auf Muskelanspannung und Entspannung sein, wie sie bei Schmerzpatienten häufig ist und die sich durch das Jacobson-Training verbessern soll. Zum anderen setzen sich einige Schmerzpatienten auch beim Entspannungsverfahren unter Leistungsdruck, haben eine hohe Erwartung, dass sich eine besondere Wirkung einstellt. Entlastung schafft hier der Hinweis, dass es nicht um außergewöhnliche Körperempfindungen, sondern um die Wahrnehmung „ganz normaler“ Körpervorgänge geht. Dies kann zusätzlich noch durch eine einfache kurze Wahrnehmungsübung (z.B. rechte Hand an- und entspannen; den Unterschied gegenüber links wahrnehmen) demonstriert werden.

Transfer in den Alltag

Eine schmerzlindernde Wirkung kann sich nur mit der Zeit bei regelmäßigem Training (möglichst einmal täglich die Kurzform des PMR) einstellen. Die häuslichen Übungen unter Zuhilfenahme von CD/Tonband-Kassetten sind daher von großer Bedeutung. Längerfristiges Ziel ist es jedoch, dass die Patienten die Übung selbstständig durchführen können.

Um auch bei alltäglichen Verrichtungen auf entstehende Muskelanspannungen zu achten und diese durch gezielte Entspannung zu verringern, haben sich an gezielten Stellen platzierte aufklebbare Signalpunkte (z.B. am Telefonhörer, auf der Schublade, Bügeleisen) als Erinnerungshilfe sehr nützlich erwiesen (siehe die folgende Ampelübung).

Merke: Um Entspannungsübungen besser in den Alltag zu integrieren und ein Aufschaukeln von Anspannung zu vermeiden, bietet sich die Kurz- oder Spontanentspannung an. Hierbei werden alle Übungsteile des Jacobson-Trainings zusammengefasst und in einem Durchgang die Muskeln einmal an- und danach entspannt. Zusammen mit den Patienten lassen sich meist vielfältige Situationen finden, in denen diese Übung kurzfristig eingebaut werden kann.

Biofeedback

Aufgrund der starken Orientierung an körperlichen Prozessen findet Biofeedback bei Schmerzpatienten meist eine hohe Akzeptanz. Neben der Anwendungsmöglichkeit in Form eines mehrwöchigen Trainingsprogramms (v.a. bei Kopfschmerzpatienten) zum Erlernen der gezielten Beeinflussung von Körperreaktionen (z.B. das Vasokonstriktionstraining bei Migräne) lässt es sich auch kurzfristig zur Unterstützung einer multimodalen Schmerztherapie einsetzen.

Obwohl Biofeedback meist bei stationärer Schmerztherapie eingesetzt wird, ist es aufgrund vereinfachter Technik, reduzierter Preise und z.B. der Option, den Patienten tragbare Geräte für den Alltag mitzugeben, auch zunehmend für die ambulante Behandlung interessant.

Den Patienten, die auf einer alleinigen somatischen Grundlage der Schmerzen beharren, kann ein biopsychosoziales Schmerz-

4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren

modell auf anschauliche und glaubwürdige Weise nahe gebracht werden, indem ihnen ihre körperliche Reaktion (bevorzugt EMG, EDA) auf eine einfache Stressinduktion (z.B. Kopfrechnen, Beantworten von Wissensfragen, Erzählen eines persönlich belastenden Ereignisses) demonstriert wird.

Häufig neigen Schmerzpatienten dazu, nach einer körperlichen Belastung die Muskulatur nicht wieder vollständig zu entspannen, sondern verbleiben anschließend für längere Zeit auf einem erhöhten Anspannungsniveau. Durch dynamische EMG-Messungen (während verschiedener Bewegungsabläufe, wie z.B. Bücken, Rumpfdrehen, Heben, Nachstellen alltäglicher Arbeitsabläufe) kann man dies dem Patienten verdeutlichen und ihm die Gelegenheit zur Korrektur geben. Der Einsatz einfacher tragbarer Geräte ermöglicht auch eine Übung in Alltagssituationen.

Ein nicht zu unterschätzender Effekt des Biofeedbacks ist die gesteigerte Überzeugung des Patienten, selbst Einfluss auf die körperlichen Prozesse nehmen zu können (self-efficacy), was auch die Motivation für die Durchführung von Entspannungsübungen erhöht.

Imagination

Zur Vertiefung der Entspannung und um das Training interessant und abwechslungsreich zu halten, bietet sich die Anwendung von Imaginationsverfahren an. Als förderlich haben sich vor allem positive Vorstellungsbilder (Phantasiereisen, Urlaubserinnerungen, Naturerfahrungen) gezeigt. Viele Patienten erleben neben der Entspannung auch den Ablenkungseffekt von den Schmerzen als hilfreich.

Mit schmerztransformierenden Imaginationen (z.B. sich den Schmerz als eine Farbe vorstellen und diese dann in eine angenehme Farbe verändern) können einzelne Patienten erlernen, ihre Schmerzen zu beeinflussen, was jedoch eine längerfristige Einübungsphase erfordert.

Operante Verfahren – Aktivitätsaufbau bei/trotz Schmerz

Patienten mit ausgeprägtem Schon- und Vermeidungsverhalten (z.B. lange Bettlägerigkeit, tagsüber lange Liegezeiten, kaum körperliche Aktivität außer Haus) sollten zunächst eine Baseline der möglichen Aktivitäten erheben: Wie viele Schritte Gehen ist möglich, wie viele Treppenstufen, wie lange können sie sitzen, stehen oder wie schwer heben? Baseline bedeutet dabei die unterste Grenze für Anstrengungen, die schmerzfrei oder ohne deutliche Schmerzzunahme möglich sind. Es ist **nicht** die Grenze für Belastung überhaupt: Typisch ist die Angabe der Patienten: „Aber ich schone mich doch nicht, ich mache so viel, wie ich kann – und wenn es nicht mehr geht, muss ich aufhören!“ Ausgehend von diesen Angaben werden mit den Patienten gemeinsam Ziele festgelegt, die

- zunächst unterhalb der aktuellen Grenze liegen,
- langsam, systematisch und regelmäßig gesteigert werden

Zur Förderung der Motivation ist es wichtig, mit den Patienten zusammen möglichst konkrete Verbesserungen der Lebenssituation zu erarbeiten, was die Folgen gesteigerter Aktivität und körperlicher Belastbarkeit wären und welche einen positiven Anreiz darstellen würden (z.B. „Wenn ich wieder 300 Meter

gehen kann, erreiche ich die Bushaltestelle und kann meinen Freund besuchen“). Notwendig ist es, dass Patienten die Baseline, vereinbarte Tätigkeit, vereinbarte Steigerung, und schließlich die tatsächlichen Aktivitäten dokumentieren. Eine sorgfältige Analyse dieser Aufzeichnung von Beginn an und frühzeitige Korrekturen von Zielen und Vorgehensweise ist die Voraussetzung für die Erhaltung der Behandlungsmotivation. In der psychologischen Schmerztherapie haben Fehler mitunter sehr aversive Konsequenzen, manchmal unmittelbar, meist jedoch mit weniger klaren Kontingenzen: Aktivitäten, die sofort oder verzögert zu Schmerz führen oder die vorhandene Beschwerden verstärken, werden nicht beibehalten.

Erfahrungsgemäß bestehen zwei grundlegende Einwände bzw. Hindernisse bei dieser Vorgehensweise:

- Die Baseline liegt für viele Patienten zu niedrig: „Ich muss ja schon 15 Minuten zum Arzt gehen, was nützen mir dann 150 Schritte ohne Schmerz und täglich 5 dazu?“
- Die Steigerung von Aktivitäten wird missverstanden als Ausloten der Schmerzgrenze: „Ich habe jetzt endlich 4 Stockwerke geschafft, bin aber anschließend völlig fertig!“

Zur Vermittlung einer sehr niedrigen Ausgangsbasis kann die folgende Analogie dienen: „Ihr Ziel ist es, eine bestimmte Strecke ohne bzw. nur mit geringen Schmerzen hinter sich zu bringen. Sie wollen also vermeiden, dass der Schmerz die Regie übernimmt. Das ist nur möglich, wenn Sie vorher aufgrund Ihrer Erfahrungen entscheiden, wie weit Sie gehen können. Dass Sie im Alltag manchmal darüber hinausgehen müssen, ist selbstverständlich, hat aber mit dem langfristig angelegten Trainingsplan wenig zu tun.“

Als ungünstige Verhaltensmuster im Umgang mit Schmerzen sind sowohl eine deutliche Vermeidung von körperlichen Belastungen, oft verbunden mit sozialem Rückzug, als auch ein ausgeprägtes Durchhalteverhalten anzusehen. Die Balance zwischen Aktivität und Ruhe/Entspannung wird gestört und mündet entweder in Überforderung oder Passivität.

Bei Vermeidung ist nach Klärung schmerzspezifischer Gründe (z.B. fear avoidance beliefs) und Modellvermittlung ein stufenweiser Aktivitätsaufbau angezeigt. Wenn die Vermeidung darüber hinaus mit Defiziten bei sozialer Kompetenz einhergeht („funktionalisiertes Schmerzverhalten“), sollte dieser Bereich ebenfalls in eine genaue Planung einbezogen werden.

In der Arbeit mit Patienten mit starkem Durchhalteverhalten gilt es zunächst, die Wahrnehmung eigener Belastungsgrenzen zu verbessern: dazu gehört, sie anzuleiten, auf frühzeitige Stresssignale (z.B. Muskelverspannungen) gezielt zu achten (vgl. Ampelübung im Abschnitt Entspannungsverfahren). Eine Liste verschiedener Stressreaktionen (physiologisch, emotional, kognitiv, behavioral) ist für die Patienten als Informationsquelle hilfreich. An alltäglichen Beispielen werden Möglichkeiten erarbeitet, die Arbeiten so zu portionieren, dass lange einseitige Belastungen möglichst vermieden werden (z.B. an einem Tag nur zwei Fenster putzen statt alle auf einmal). Hierzu gehört auch, kurze Pausen einzuplanen, die zu ausgleichenden Dehnübungen und Kurzentspannung genutzt werden können. Dies sollte möglichst modellhaft auch in der Therapie praktiziert werden (z.B. kurze Entlastungsübungen im Stehen bei langem Sitzen in der Einzel- oder Gruppentherapie). Oft muss in diesem Zusammenhang auch an Einstellungen (z.B. Perfektionismus,

überhöhte Leistungsorientierung) und Mangel an Fertigkeiten (z.B. soziale Kompetenz, Abgrenzung gegenüber fremden Anforderungen) der Patienten gearbeitet werden („Ich kann doch nur eine Stunde am Stück sitzen, dann muss ich mal kurz aufstehen. Damit kann ich doch nicht ins Kino, was sollen denn die Leute denken, wenn ich da aufstehe?“).

Merke: Aktivitätsaufbau heißt nicht Überwinden der Schmerzgrenze durch „Zähne zusammenbeißen“, sondern langsame, systematische und regelmäßige Steigerung der jeweiligen Belastung.

Kognitive Verfahren: Schmerzbewältigung, Schmerzakzeptanz – „Leben mit dem Schmerz“

„Damit müssen Sie leben!“ Diesen Satz haben viele Schmerzpatienten schon gehört. Die Aussicht, die Schmerzen nicht mehr loszuwerden, löst oft Gefühle von Angst, Wut, Trauer oder Neid aus. Werden die mit dem Verlust von Lebensqualität verbundenen Emotionen in der Therapie sofort als dysfunktional eingestuft und vorschnell mit der Erarbeitung von Strategien zur Schmerzbewältigung begonnen, ist die Motivation oft noch nicht ausreichend gesichert. „Schmerzpatienten wollen nicht lernen, mit dem Schmerz zu leben, sie wollen ohne Schmerzen leben“ (Turk), eine Feststellung, die auch als Thema in die Therapie gehört. Das gemeinsame Erarbeiten von Vor- und Nachteilen, die Schmerzen zu akzeptieren, sensibilisiert für die Problematik und erhöht die Motivation, auch Methoden zu erlernen, die nicht das Ziel unmittelbarer Schmerzfürfreiheit verfolgen.

Kasten 4: Vorteile Akzeptanz

Mögliche Vorteile, Schmerzen zu akzeptieren

- Schmerz steht weniger im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit; man kann sich leichter ablenken
- Der Kopf wird frei für andere Lebensthemen („Trotz Schmerzen das Leben genießen“)
- weniger Ärger/Angst/Niedergeschlagenheit
- weniger Kampf und Auflehnung bedeuten weniger Stress und Anspannung
- größere Offenheit für neue Möglichkeiten der Schmerzbewältigung statt ständiger Suche nach Schmerzsache und wiederholter Diagnostik
- leichtere Akzeptanz von Leistungsgrenzen und dadurch Vermeiden von Überforderung („Nicht immer mit dem Kopf durch die Wand“)

Akzeptanz ist nicht mit Resignation, Inaktivität oder der Aufgabe von Behandlungsmöglichkeiten gleichzusetzen, sondern betrifft vielmehr die Einstellung, welche Wertigkeit die Schmerzen im Leben einnehmen.

Die Voraussetzung für eine wirksame Schmerzbewältigung ist die möglichst genaue Kenntnis von Auslöse- und Verstärkungsfaktoren. Aufzeichnungen im Schmerztagbuch können helfen, einzelne Situationen zu identifizieren und diese dann mit Hilfe der „Spaltentechnik“ (siehe Beispiel Verhaltensanalyse) genauer zu analysieren.

Bei einer frühzeitigen Anwendung dieser Methode in der Therapie ist es wichtig, sicherzustellen, dass die Patienten das Modell verstanden haben und die Anwendung an einem konkreten Beispiel bereits durchführen können. Anhand der Situations- und Verhaltensanalyse lassen sich leichter ungünstige Kognitionen und Verhaltensmuster erkennen und Maßnahmen einer günstigeren Schmerzbewältigung planen. Der Sinn dieser Intervention sollte zunächst sehr sorgfältig erarbeitet und mögliche Missverständnisse auf Patientenseite geklärt werden. Beispielsweise durch eine Kontrastierung: „Stellen Sie sich einmal zwei Menschen mit den gleichen Rückenschmerzen vor. Der eine denkt: ‚Na ja, wird wohl wieder vorbeigehen‘, der andere denkt sich: ‚Um Gottes willen, das ist garantiert ein Bandscheibenvorfall‘. Wem wird es vermutlich besser gehen?“

Es handelt sich um ein heikles Thema, da die Kenntnis des Unterschiedes zwischen schmerzbezogenen Kognitionen und „Einbildung“ nicht unmittelbar vorausgesetzt werden kann („Heißt das denn, dass ich mir bisher was Falsches gedacht und deshalb die Schmerzen habe?“).

Vor allem Situationen mit Schmerzverstärkung lösen bei Patienten oft eine Fülle ungünstiger Kognitionen aus. Besonders häufig sind es Gedanken mit katastrophisierendem Inhalt, die durch verstärkte Angst und Anspannung die Schmerzen zusätzlich verstärken.

Katastrophisieren scheint der wichtigste psychologische Prädiktor für die Schmerzerfahrung zu sein: Die Varianz der Schmerzintensität wird zu beträchtlichen Anteilen durch diese Coping-Strategie (besser: sekundäre Bewertung) erklärt. Für die schmerzbedingte Behinderung ist Katastrophisieren in vielen Studien auch langfristig wichtiger als Schmerz selbst oder die somatischen Befunde. Katastrophisieren ist definiert als

- anhaltendes Grübeln über Schmerz, verbunden mit einer
- Überschätzung der bedrohlichen Aspekte und einer
- Unterschätzung der eigenen Fähigkeiten zur erfolgreichen Bewältigung von Beschwerden.

Jeder dieser drei Aspekte kann Schwerpunkt in der Therapie sein: Anhaltendes Grübeln kann mit den vorhandenen Techniken

Beispiel Verhaltensanalyse

Situation

Büroarbeit am PC
ständiges Telefon
Zeitdruck
Chef hat einen neuen, unerwarteten Auftrag

Körperreaktion

Herzklopfen
Muskelfanspannung
steifer Nacken
Kopfschmerzen

Gefühle/Gedanken

„Auch das noch!“
„Das schaff ich nie!“
Ärger, Ungeduld,
Unkonzentriertheit

Verhalten

Hektik,
Versuche, möglichst schnell zu arbeiten,
keine Pause mehr,
fange 1000 Dinge auf einmal an

4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren

kontrolliert werden, stehen die befürchteten negativen Konsequenzen im Vordergrund oder Unterschätzungen eigener Kompetenzen, sind die Brennpunkte zu verlagern.

Katastrophisieren kann mit Hilfe von Fragebögen erfasst werden (z.B. Coping Strategies Questionnaire – CSQ; Luka-Krausgrill et al., 1994). Allerdings erschließt sich diese Tendenz auch im Interview recht schnell, die verschiedenen Aspekte – Grübeln, Überschätzen der Bedrohung, Unterschätzen eigener Fähigkeiten – können differenziert erfasst werden. Das therapeutische Vorgehen bei diesen und anderen dysfunktionalen Kognitionen entspricht dem üblichen Ablauf in der kognitiven Verhaltenstherapie. Von besonderer Bedeutung ist es allerdings bei dieser eher skeptischen Patientengruppe vor der Erarbeitung von Alternativen ein einfaches Modell zum Einfluss von Kognitionen auf das körperliche und psychische Befinden zu vermitteln, möglichst auch durch eine kurze Selbstbeobachtungsübung. In der Gruppe könnte beispielsweise eine Stressinduktion darin bestehen, während einer kurzen Entspannungsphase anzukündigen, dass nun ein Patient ausgewählt wird, gleich vor der Gruppe einen kurzen Vortrag zu halten. Im Anschluss daran werden die Zusammenhänge zwischen Gedanken, Körper- und Gefühlsreaktionen gemeinsam besprochen. Auch wenn der Zusammenhang für Schmerzpatienten unmittelbar einsichtig erscheint, fühlen sich einige bei diesem Thema auch leicht zusätzlich unter Druck gesetzt. Es kann der Eindruck entstehen, sie seien nun doch für ihre Schmerzen verantwortlich und könnten diese durch „richtiges, positives“ Denken beseitigen. Ausdrücklich zu betonen ist, dass das Auftreten ungünstiger Kognitionen in solchen Situationen völlig normal und oft unvermeidbar ist. Beeinflussbar – und darauf sollte die Therapie abzielen – sind eher die anschließende Dauer der Beschäftigung mit diesen Kognitionen sowie die Intensität damit verbundener Emotionen. Wichtig ist es auch, die Grenzen dieses Vorgehens zu akzeptieren. Der Anspruch (von manchen Psychotherapeuten so formuliert!), für jede Schmerzsymptomatik und Exazerbation geeignete Techniken zur Hand haben zu sollen, stellt sicherlich eine irrationale Kognition dar, die zu erheblichem Druck auf Patienten- und Therapeutenseite führt.

Kasten 5: ungünstige – hilfreiche Gedanken

Ungünstige Gedanken bei Schmerz

- Das hört ja nie mehr auf!
- Die Schmerzen werden immer schlimmer!
- Warum ausgerechnet ich?
- Wie soll das nur weitergehen?
- Bei mir hilft aber auch gar nichts!
- Ich falle meiner Familie nur noch zur Last!

Hilfreiche Gedanken bei Schmerz

- Ich werde die Schmerzen schon wieder in den Griff bekommen!
- Was hilft mir jetzt am besten?
- Ich weiß, dass dieser Schmerz auch wieder abnehmen wird.
- Ich habe solche Situationen schon öfters gemeistert.

Die Rolle der Aufmerksamkeit für unsere Wahrnehmung sollte im Rahmen kognitiver Modelle vermittelt werden. Dazu gehört, dass Ablenkung ein normales, alltägliches Phänomen ist, das die Schmerzwahrnehmung positiv beeinflussen kann. Ablenkung ist

keine „eigenständige Therapie“ und sollte nicht als anhaltende Durchhaltestrategie („überspielen“ oder „sich nichts anmerken lassen“) missverstanden werden.

! Eine Metapher, die das Ziel von besserer Schmerzbewältigung und Akzeptanz geeignet umschreibt, stammt von einem Patienten:

„Vor der Behandlung saß der Schmerz am Steuer, dann auf dem Beifahrersitz und inzwischen auf dem Rücksitz. Mein Ziel ist es, ihn noch in den Kofferraum zu bringen.“

Interdisziplinarität

Schmerztherapie wird zunehmend als Gemeinschaftsarbeit fester Teams organisiert. Dabei finden sich von der ambulanten Versorgung (niedergelassener Arzt arbeitet mit Psychologen konsiliarisch zusammen) bis hin zu tagesklinischen und stationären Einrichtungen unterschiedliche Kooperationsformen. Diese Teams haben mehr Möglichkeiten als „Einzelkämpfer“ und sind in ihrer Wirksamkeit monodisziplinären Ansätzen überlegen. Diese Behandlungsformen sind meist für sehr chronifizierte Patienten vorgesehen, für die ohnehin monodisziplinäre Konzepte nicht geeignet sind.

Interdisziplinäre Teams haben wesentliche Vorteile: Die Arbeitsbereiche sind nicht sequenziell, sondern parallel tätig. Ziel ist die schnelle Integration der Ergebnisse, die sinnvolle Gewichtung für die Behandlung und die Umsetzung in der Behandlung des einzelnen Patienten.

Die Diagnostik ist dadurch umfassender und schneller. Die Arbeit mit dem Patienten und die Befunde der verschiedenen Arbeitsgruppen werden für alle anderen nachvollziehbar dokumentiert. Die interdisziplinäre Diagnosestellung hat zur Folge, dass die Behandlungsverfahren genauer auf die Situation der Patienten abgestimmt werden können. Dadurch können Patienten sicherer sein, dass „nichts übersehen wird“ und sie eine angemessene Behandlung erhalten. Auch für die einzelnen Disziplinen wird durch das Team größere Sicherheit für die eigene Arbeit möglich: Die Informationen der verschiedenen Gruppen werden gemeinsam analysiert, Ängste, Erwartungen und Konzepte der Patienten können besprochen werden.

Diese Transparenz im Team sollte auch für den Patienten erkennbar sein.

Die Modifizierung persönlicher Schmerztheorien kann durch kombinierte Verfahren, die im Kontext eines funktionierenden Schmerzmodells des Teams eingesetzt werden, eher erreicht werden als durch Einzelverfahren, die zudem meist nicht in Beziehung zueinander gesetzt werden.

Die International Association for the Study of Pain (IASP) stellt die Frage, ob in entwickelten Nationen überhaupt noch Schmerzbehandlungseinrichtungen bestehen sollten, die nicht interdisziplinär arbeiten.

! **Merke:** Eine Vielzahl von Einzelstudien kommt zu insgesamt positiven interdisziplinären Behandlungseffekten. In Metaanalysen konnte die kurz- und langfristig stabile Wirksamkeit von Behandlungskombinationen gegenüber unbehan-

delten oder unimodal behandelten Patienten belegt werden, auch Vorteile stationärer gegenüber ambulanten Behandlungen werden berichtet.

Abschluss der Therapie

Das nahende Therapieende sehen manche Patienten wie ein Ultimatum auf sich zukommen („Ich habe nur noch eine Woche bis zur Entlassung, und es ist immer noch nicht besser geworden“). Bei stationären Behandlungen führt die Angst, den bevorstehenden Alltagsbelastungen nicht gewachsen zu sein, gegen Ende manchmal zu einer erneuten Schmerzverstärkung (das „Entlassungssyndrom“). Damit die Motivation bestehen bleibt, ist es wichtig, rechtzeitig darauf hinzuweisen, dass die schmerzverstärkenden und aufrechterhaltenden Gewohnheitsmuster (z.B. Schon- und Vermeidungsverhalten) und die damit verbundenen körperlichen Veränderungen sich meist über Jahre aufgebaut haben und die Wirkung von therapeutischen Maßnahmen daher ebenfalls Zeit brauchen. Die Veränderung der Schmerzstärke ist nur eines der möglichen Erfolgskriterien.

Beispiel

Der 57-jährige Patient litt an Schmerzen bei einem Tumor im Bauchraum und wurde liegend im DRK-Schmerzzentrum Mainz eingeliefert. Er bewegte sich kaum und verließ sein Bett anfangs nur für kurze Momente. Die besorgte Ehefrau wich die ersten Tage nicht von seiner Seite. Seine Schmerzen gab der Patient mit 95 von 100 Punkten auf der visuellen Analogskala an, nach Medikamentengabe reduzierte sich diese Angabe auf 60. Zur Behandlung gehörten Umstellung der Medikamente, Krankengymnastik sowie Entspannungsverfahren. Ebenfalls in den Behandlungsplan einbezogen wurde eine gezielte Aktivierung mit langsamer Steigerung der Gehstrecke und verlängerten Zeiten außerhalb des Bettes. Am Tag der Entlassung hielt die Ehefrau den Stationsarzt auf dem Gang an und beschwerte sich, dass ihr Mann unveränderte Schmerzen habe. Im gleichen Moment kam der Patient, links einen Koffer, rechts ein tragbares Fernsehgerät, aus seinem Krankenzimmer.

Angehörige können Patienten mit zu hohen Erwartungen an das Ergebnis der Behandlung unter Druck setzen, sie können aber auch ein ungünstiges Schonverhalten weiterhin unterstützen, indem alle Belastungen vom Patienten ferngehalten werden. Diese verschiedenen Möglichkeiten gehören in die langfristige Planung, die zusammen mit dem Patienten erarbeitet werden sollte.

Ein wesentlicher Faktor für einen längerfristigen Therapieerfolg ist die Fortführung erlernter Verfahren. Dazu erarbeite man mit dem Patienten einen konkreten und realistischen Übungsplan, unterstützt durch schriftliches Material.

Auf eine nach Abschluss der Therapie kurzfristig wieder einsetzende Schmerzverstärkung reagieren viele Patienten völlig überrascht und fassungslos. Gefühle von Hilflosigkeit und Resignation breiten sich aus („Die ganze Therapie war wieder mal umsonst!“). Daher ist es wichtig, als Rückfallprophylaxe frühzeitig mögliche kritische Situationen vorweg anzusprechen, sie als

normal zu prognostizieren und die Patienten darauf vorzubereiten. Zukünftige Schmerzepisoden sollten weniger als Rückschlag, sondern als Anlass gesehen werden, die erlernten Strategien anzuwenden. In einer Art Notfallprogramm („der persönliche Erste-Hilfe-Koffer bei Schmerz“) werden alle Maßnahmen schriftlich fixiert, die die Patienten im Sinne eines Stufenplans dann anwenden wollen (z.B. 1. Kurzentspannung, 2. Eisabreibung, 3. Dehnübung, 4. Ablenkung, Spaziergang, 5. Medikament).

Vereinbarte Booster-Sitzungen zu festen Terminen (nach 1, 3 oder 6 Monaten) geben dem Patienten die Rückversicherung, dass ein mit ihrer Situation und Problematik vertrauter Ansprechpartner weiterhin zur Verfügung steht. Außerdem kann dadurch die Motivation, das vereinbarte und geplante Übungsprogramm durchzuführen, deutlich erhöht werden. Zusätzlich gehört auch das Angebot einer kurzfristigen Terminvereinbarung bei Krisen zur Rückfallprophylaxe.

Schlussbemerkung

Bei der Behandlung von Schmerzpatienten kommt es immer wieder zu typischen „Irritationen“:

- Simuliert der Patient, schließlich haben die Untersuchungen keinen Befund ergeben?
- Der Befund ist nicht sehr bedeutsam, „stellt sich der Patient an?“, „übertreibt er bloß?“

Schmerz ist uns allen „persönlich“ vertraut, aber als somatisches Problem für uns als Profession seltsam fremd – und das können wir auch nach langer eigener Praxiserfahrung mit Schmerzpatienten noch immer behaupten. Es bleibt Unsicherheit und Ungewissheit, die Grenzen der Einfühlung werden schneller erreicht als in anderen psychologischen Arbeitsfeldern. Auf Psychologen lastet zudem ein spezifischer Erklärungsdruck: Sie sollen die Erkenntnisse liefern, die in der somatischen Diagnostik oft fehlen.

In Schmerzambulanzen und -kliniken werden kooperativ und interdisziplinär medizinische und psychologische Schwerpunkte gesetzt. Zu beobachten ist auch eine Verlagerung der diagnostischen Aspekte von der Selektion zur Integration: Es geht weniger darum, welche Patienten „psychisch überlagerte“ Schmerzen haben und deshalb für eine medizinische Behandlung weniger geeignet sind, sondern mehr um eine sinnvolle Ergänzung der Verfahren.

Auch aufgrund der erheblichen Defizite bei der medizinischen Erklärung und Therapie von Schmerzen besteht ein „Zwang“ zur Kooperation. Allerdings: Wenn Interdisziplinarität ernst genommen wird, sollte mit psychologischen Begriffen und vor allem Prozessen bei Patienten differenzierter umgegangen werden, als es aktuell meist noch geschieht. Begriffe wie „psychogen“ oder „psychisch überlagert“ gehören „auf den Index“: Sie sind (mit wenigen Ausnahmen) keine Erklärungen sondern diagnostische Generalisierungen ohne Sinn, aber mit hoher negativer Bedeutung. Sie dienen eher dem Ausdruck eigener Unsicherheit und Unzufriedenheit. Eine akzeptierende und freundliche Atmosphäre wiederum konnte als deutlich effektiver auch für eine unmittelbare Schmerzreduktion identifiziert werden.

Es ist hilfreich, für häufig wiederkehrenden Themen und Hürden

4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren

in der Diagnostik und Behandlung Interventionen einzuüben. Wir haben dazu über das Kapitel Anregungen und Beispiele verteilt, raten allerdings dringend dazu, einen „eigenen“ Fundus zu erarbeiten, der dem eigenen Stil entspricht.

4 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. Wann sind Schmerzen „psychogen“?

→ Fehlende medizinische Befunde sind bei chronischen Schmerzen häufig und kein Hinweis auf eine psychische Ursache. Statt monokausaler Modelle (somatogen vs. psychogen) geht man vielmehr von einem biopsychosozialen Krankheitsmodell aus.

2. Was kann Psychotherapie bei chronischen körperlichen Schmerzen überhaupt erreichen?

→ Auch wenn Schmerzfremheit meist ein unrealistisches Ziel bleibt, so können verschiedene Methoden (z.B. Entspannungstraining) oft eine erhebliche Linderung bewirken. Weitere Therapieschwerpunkte liegen in der Verringerung der schmerzbedingten Beeinträchtigungen und der Minimierung von verstärkenden und aufrechterhaltenden Bedingungen der Beschwerden.

3. Unterscheiden sich Schmerzpatienten in bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen?

→ Frühere Versuche der Bestimmung einer „Schmerzpersönlichkeit“ haben sich als fruchtlos erwiesen. Die Annahme allgemeiner „trait“-Merkmale als Prädisposition für die spätere Entwicklung chronischer Schmerzen (z.B. das Konzept des „pain-prone-patient“ von Engel) konnte nicht bestätigt werden.

5 Prüfungsfragen

1. Welche subjektiven Krankheitsmodelle sind bei chronischen Schmerzpatienten häufig anzutreffen?
2. Wie erklärt das Angst-Vermeidungsmodell die Aufrechterhaltung und Verstärkung des Schmerzgeschehens?
3. Was sind neuropathische Schmerzen?
4. Welche speziellen Testverfahren sind für die Diagnostik von Schmerzpatienten sinnvoll?
5. Welche Regeln gilt es, bei der Anamnese von Schmerzpatienten zu beachten?
6. Welche Entspannungsverfahren haben sich in der Schmerztherapie bewährt und wie können sie sinnvoll eingesetzt werden?
7. Mit welchem Ziel und auf welche Weise werden operative Verfahren in der Schmerztherapie eingesetzt?
8. Was ist „Katastrophisieren“ und welche Bedeutung hat es in Zusammenhang mit chronischen Schmerzen?
9. Welche Vorteile bietet ein interdisziplinäres Vorgehen in der Schmerztherapie?

6 Literatur

a) zitierte Literatur

- Baron R, Jänig W.: Neuropathische Schmerzen. In: Zenz M, Jurna I (Hrsg.): Lehrbuch der Schmerztherapie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2001, 65-87
- Bilkey WJ: confusion, fear and chauvinism: Perspectives on the medical sociology of chronic pain. Perspectives in Biology and Medicine, 1996, 39:270-280
- Dilling H, Dittmann V: Die psychiatrische Diagnostik nach der 10. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten. Nervenarzt 1990;61:259-270
- Dillmann U, Nilges P, Saile H, Gerbershagen HU: Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten. Der Schmerz 1994;8:100-110
- Fordyce WE: Chronic pain: the behavioral perspective. In M. J. M. Cohen, & J. N. Campbell (Eds.): Pain treatment centers at a crossroads (A practical and conceptual reappraisal). Seattle: IASP; 1996, 39-46
- Geissner E: Die Schmerzempfindungsskala (SES). Hogrefe: Göttingen, 1996
- Geissner E: Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV). Hogrefe: Göttingen, 2001
- IASP Subcommittee on Taxonomy: Pain Terms: A List with definitions and notes on usage. Pain 1979;6:249-252
- Kopfschmerz-Klassifikations-Komitee der International Headache Society: Klassifikation und diagnostische Kriterien für Kopfschmerzkrankungen, Kopfeuralgien und Gesichtsschmerz. Nervenheilkunde 1989;8:161-203
- Luka-Krausgrill U., Wurmthaler C, Becker T: Die Beziehung zwischen Schmerzbewältigung, Beeinträchtigung und Depression bei chronischem Schmerz. In: Wahl R, Hautzinger M (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin bei chronischem Schmerz. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 1994, 175-189
- Nilges P, Gerbershagen HU: Befund und Befinden – Probleme und Gefahren einer somatisch fixierten Diagnostik und Therapie. Report Psychologie 1994;19/8:12-25
- Nilges P, Wichmann-Dorn E: Schmerzanamnese. In: Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfish HP, Seemann H (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie. 5. Aufl. Berlin: Springer, 2003
- Pfingsten M, Leibing E, Franz C, Bansemmer D, Busch O, Hildebrandt J: Erfassung der „fear-avoidance-beliefs“ bei Patienten mit Rückenschmerzen. Dt. Version des fear-avoidance-beliefs questionnaire“ (FABQ-D). Der Schmerz 1997;11:387-395
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-IV. Vol. 1. Göttingen: Hogrefe, 1996
- Seemann H, Nilges P: Akute und chronische Schmerzen. In: Franke A, Kämmerer A (Hrsg.): Klinische Psychologie der Frau. Göttingen: Hogrefe, 2001, 1-3
- Zerssen D von: Die Beschwerdeliste. Weinheim: Beltz, 1976

b) weiterführende Literatur

- Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfish HP, Seemann H (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie. 5. Aufl. Berlin: Springer (im Druck)
- Turk D, Melzack R (eds.): Handbook of Pain Assessment. 2nd ed. New York: Guilford, 2001
- Zenz M, Jurna I (Hrsg.): Lehrbuch der Schmerztherapie. 2. Aufl. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2001

4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren

4.10.2 Verhaltenstherapie neurologischer Erkrankungen

KERSTIN PAETOW UND BERND LELOW

1 Einleitung

Es gibt eine Vielzahl neurologischer Erkrankungen, die sich in mindestens zwölf Hauptgruppen einteilen lassen (vgl. Poeck und Hacke, 2001). Jede dieser Hauptgruppen umfasst wiederum eine große Anzahl einzelner Erkrankungen; diese unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Ätiologie, der neuronalen Grundlagen, des neurologischen Erscheinungsbildes sowie der klinisch-psychologischen Besonderheiten. Es handelt sich also bei den neurologischen Erkrankungen um ausgesprochen heterogene Krankheitsbilder. Im Regelfall stehen bei deren Therapie zwar zunächst die medizinischen Interventionen und häufig auch die physio- sowie ergotherapeutischen Behandlungen im Vordergrund, doch ist die Bedeutung der Psychotherapie in diesem Bereich prinzipiell erheblich. Da die Möglichkeiten einer konkreten psychotherapeutischen Umsetzung aber nach wie vor weit unterschätzt werden, soll in diesem Kapitel das diagnostische und psychotherapeutische Vorgehen beispielhaft an drei häufig auftretenden neurologischen Krankheitsbildern veranschaulicht werden: dem Schädel-Hirn-Trauma als Beispiel für eine akute, einmalige Schädigung, der Multiplen Sklerose als chronisch-entzündliche Erkrankung des Nervensystems und die cerebrale Durchblutungsstörung als Beispiel für eine akute Schädigung mit hohem Reinfarktrisiko. Die hier genannten psychotherapeutischen Behandlungsansätze lassen sich, in jeweils spezifizierter Form, auch auf die hier nicht berücksichtigten neurologischen Patientengruppen übertragen (Lepow und Paetow, 2002a, b). Im Folgenden werden die bei den genannten neurologischen Erkrankungen zugrunde liegenden, für die Psychotherapie relevanten Problembereiche und Interventionsziele sowie die Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischer Interventionen in überblicksartiger Form beschrieben.

2 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

2.1 Grundsätzliche Gesichtspunkte

Die größte Gruppe neurologischer Erkrankungen stellen die cerebralen Durchblutungsstörungen dar. Zum Teil häufig sind die oft tödlich verlaufenden Hirnblutungen, zu denen die auch jüngere Menschen betreffenden Subarachnoidalblutungen zählen. Cerebrale und spinale Gefäßfehlbildungen, cerebrale und spinale Tumore sowie Schädel-Hirn-Traumen sind weitere wichtige diagnostische Kategorien. In neuerer Zeit erlangten auch

die infektionsbedingten und entzündlichen ZNS-Schädigungen sowie metabolische und toxische Schädigungen wieder eine größere gesundheitspolitische Bedeutung. Unverändert häufig sind dagegen die so genannten Basalganglienerkrankungen, bei denen sich in den vergangenen Jahren umfassende Behandlungsfortschritte ergeben haben, die, wie zum Beispiel bei den Parkinson-Erkrankungen, auch für das psychotherapeutische Vorgehen von essenzieller Bedeutung sind (Lepow, 2004). Erhebliche Weiterentwicklungen liegen auch in der Diagnostik sowie in der Pharmako- und Psychotherapie der Demenzerkrankungen vor. Weniger beachtet wurden von der Klinischen Psychologie bislang die peripheren Nervenschäden und Muskelerkrankungen, die jedoch aufgrund ihrer Immobilisations- und Schmerzproblematik für psychotherapeutische Indikationen ebenfalls von besonderer Bedeutung sind.

Orientiert man die Einteilung neurologischer Erkrankungen an eher psychotherapeutischen Indikationen, den klinisch-psychologischen Modellvorstellungen und ihren zugehörigen Behandlungsansätzen, so lassen sich stimulusgesteuerte Probleme, wie sie zum Beispiel bei vielen Demenzerkrankungen vorliegen, von primär operant gesteuerten Problemverhaltensweisen unterscheiden, für welche die Basalganglienerkrankungen paradigmatisch stehen (Lepow und Paetow, 2002b). Von diesen wiederum ist das Selbstregulationsdefizit der Anfalls- und Tic-Erkrankungen zu unterscheiden. Dagegen basiert das neueste Modell zu den motorischen Defiziten der Schlaganfallpatienten auf dem „learned non use“-Prinzip. Entsprechend dieser Modellvorstellungen stellen Interventionsansätze wie die Stimuluskontrolle, das Kontingenzmanagement, die Interzeptionsschulung und Selbstkontrollsteigerung sowie das Immobilisationstraining wichtige Interventionsbausteine dar. Darüber hinaus sind selbst schwere neurologische Defizite, wie sie bei Patienten mit amnestischem Syndrom oder bei Patienten mit amyotrophischer Lateralsklerose vorkommen, mit systematischen, gegebenenfalls Biofeedback-gestützten Verhaltenstrainings von psychologischer Seite mitbehandelbar. Klassische psychotherapeutische Techniken sind dagegen bei den psychischen Langzeitfolgen leichter Hirnschädigungen und bei Anpassungsproblemen indiziert, die als Reaktion auf gravierende ZNS-Erkrankungen fast regelgerecht auftreten. Zusätzlich findet sich hier ein wichtiger Indikationsbereich für die psychotherapeutische Behandlung der Angehörigen.

Die Psychotherapie neurologisch Erkrankter ist zumeist „adjutant“ angelegt. Damit handelt es sich um eine Mitbehandlung,

welche die neurologische Therapie ergänzt und unterstützt. Dabei werden die psychologischen Therapieziele an konkreten Verhaltensänderungen definiert, die gesunden Anteile, d.h. die Kompetenzen des Patienten gestärkt und die Entwicklung von der neurologischen „disability“ zum psychosozialen „handicap“ begrenzt. Erst wenn die kurativ angelegte medizinische Therapie aufgegeben wurde, wandelt sich auch der psychotherapeutisch-adjuvante Ansatz zu einem „palliativen“ Vorgehen. Im Gegensatz zu dem aktiven, auf konkrete Verhaltensziele ausgerichteten adjuvanten Ansatz liegt der Schwerpunkt beim palliativen Vorgehen eher auf der „emotionsregulierenden“ Bewältigungsform. Dabei wird der Patient in seiner Anpassung an die unumgänglichen und medizinisch nicht mehr umkehrbaren Erkrankungsfolgen unterstützt.

2.2 Schädel-Hirn-Trauma

Hauptmerkmale

Schädel-Hirn-Traumen werden danach unterschieden, ob der knöcherne Schädel, das Gehirn oder auch beides betroffen ist. Beim Kopftrauma ist die leichteste Form die Schädelprellung, die schwerste Form der offene oder gedeckte Schädelbruch. Innerhalb der Hirntraumen unterscheidet man u.a. nach dem Ausmaß der Bewusstseinsstörung in *Commotio cerebri* (Gehirnerschütterung), *Contusio cerebri* (Substanzschädigung des Gehirns) sowie *Compressio cerebri* (Gehirnquetschung). Die schwerste Folge eines Schädel-Hirn-Traumas ist die traumatische Dezerebration. Hierbei handelt es sich um eine funktionelle Trennung von Hirnmantel und Hirnstamm. Dieser Zustand führt zu einem als „apallisches Syndrom“ beziehungsweise „persistent vegetative state“ (Wachkoma) bezeichneten Syndrom.

Epidemiologie

In den Industrieländern geht man von 8000 Fällen pro eine Million Einwohner pro Jahr aus. In den USA sind traumatische Hirnschädigungen die häufigste Ursache für Behinderungen bei Personen unter 35 Jahren.

Onset und Verlauf

Aus der Natur der Sache heraus tritt ein Schädel-Hirn-Trauma plötzlich und unvorbereitet auf. Entsprechend vollständig verändert ein solches Ereignis oft sämtliche Lebenszusammenhänge. Der weitere Verlauf hängt sehr von Art und Ausmaß der Schädigung ab. Diese kann von minimalen, kaum messbaren Veränderungen bis hin zu dauerhaften motorischen und kognitiven Behinderungen jeden Schweregrades oder gar zum „persistent vegetative state“ und zum Tode führen.

2.3 Multiple Sklerose

Hauptmerkmale

Die Multiple Sklerose (MS), auch *Encephalomyelitis disseminata* genannt, ist eine Erkrankung, bei der es zur Degeneration der myelinisierten Ummantelung der markhaltigen Nervenfasern kommt. Diese Markscheidenschädigung kann die weiße Substanz des gesamten zentralen Nervensystems betreffen. Es können zahlreiche motorische Symptome und Sensibilitätsstörungen

auftreten; die emotionale Befindlichkeit kann deutlich eingeschränkt sein, und gelegentlich findet sich ein auffälliges Fehlen von Betroffenheit über die Erkrankung und deren Folgen. Ferner kann es je nach Lokalisation und Status des Entmarkungsgeschehens zu einer fortschreitenden Zahl kognitiver Veränderungen kommen; diese sind jedoch nicht zwangsläufig.

Epidemiologie

Die MS ist eine der häufigsten Erkrankungen des Nervensystems. Die Inzidenz wird in Mitteleuropa auf 3-7 Erkrankte, die Prävalenz mit 60-100 pro 100 000 Einwohner angegeben. Etwa 8% der Patienten, die in einer Neurologischen Klinik behandelt werden, leiden an MS. Frauen erkranken doppelt so häufig an der schubweisen Verlaufsform wie Männer, aber gleich häufig an chronisch progredienter MS. Das Prädispositionsalter für die Erkrankung an MS ist die Zeit zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr. Die MS kann aber auch schon in der Pubertät auftreten. Nach dem 45. Lebensjahr sinkt die Häufigkeit von Neuerkrankungen kontinuierlich ab. Die obere Grenze liegt im Bereich von 55 bis 60 Jahren. Dabei ist das tatsächliche Erkrankungsalter mit „stummen“ Herden etwa 10 Jahre früher anzunehmen.

Onset und Verlauf

Aus unbekannten Gründen („idiopathisch“) kommt es zu herdförmigen Schädigungen und Auflösungen der Markscheiden, so dass die Nervenleitung erschwert ist beziehungsweise verhindert wird. In Abhängigkeit der Hirnlokalisation führen größere Herde zu Funktionsstörungen. Kleinere Herde in „stummen Regionen“ können dagegen klinisch unerkannt bleiben. Schübe entwickeln sich akut oder subakut innerhalb von wenigen Tagen oder 1-2 Wochen. Nach einigen Tagen bis Wochen tritt im Regelfall eine partielle oder komplette Rückbildung der Symptome ein. Das Intervall zwischen zwei Schüben variiert stark und lässt sich nur selten vorhersagen. Eine MS-Erkrankung führt jedoch nicht zwangsläufig zu dem in der Bevölkerung vorherrschenden Bild des Patienten im Rollstuhl.

2.4 Schlaganfall

Hauptmerkmale

Die meisten Schlaganfälle beruhen auf so genannten ischämischen Infarkten, lediglich etwa 20% der Hirninfarkte sind auf Blutungen zurückzuführen. Bei den ischämischen Insulten handelt es sich um die Folgen von Verschlüssen einzelner Hirngefäße. Diese verhindern oder reduzieren die Blut- und damit auch die Sauerstoffversorgung des betreffenden Hirngebietes. Das wiederum führt zur nachhaltigen Schädigung und damit zum Funktionsverlust der betroffenen Neuronenensembles. Das typische Bild eines Schlaganfall-Patienten ist durch motorische Beeinträchtigungen, wie z.B. eine Halbseitenlähmung (Hemiparese), gekennzeichnet. Hinzu kommen häufig, je nach hirnlökaler Schädigung, unterschiedlich ausgebildete, kognitive und/oder emotionale Störungen.

Epidemiologie

Cerebrale Durchblutungsstörungen stehen nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie den malignen Tumoren an dritter Stelle. In Deutschland geht man von einer jährlichen Neuerkrankung

4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren

kungsrate von bis zu 150 000 Menschen aus. Derzeit leben in Deutschland 800 000 Menschen mit Zustand nach einem Schlaganfall. Davon sind zwei Drittel bleibend behindert und ein Drittel davon pflegebedürftig. Das Risiko eines Schlaganfalls verdoppelt sich ab dem 55. Lebensjahr zwar alle 10 Jahre, doch sind von dieser Erkrankung auch zunehmend die jüngeren Altersgruppen betroffen. Insofern handelt es sich nicht ausschließlich um eine Erkrankung des höheren Lebensalters.

Onset und Verlauf

Im Regelfall geht es bei der Behandlung der cerebralen Durchblutungsstörungen zunächst um das Überleben des Patienten. Im Gegensatz zu früheren Vorstellungen ist bei einem Schlaganfall eine innerhalb weniger Stunden erfolgende medizinische Sofortbehandlung indiziert. Da die neurotoxischen Folgen eines Schlaganfalls innerhalb eines kurzen Zeitfensters noch deutlich reduziert werden können, haben sich in den letzten Jahren so genannte Stroke Units etabliert. Bei der Behandlung der Patienten haben nach einer entsprechenden Stabilisierung der Vitalfunktionen die motorischen Beeinträchtigungen einen bedeutenden Stellenwert, da diese die zunächst offensichtlichsten Einschränkungen darstellen. Erst im weiteren, interindividuell sehr unterschiedlichen und teilweise auch Rückbildungen beinhaltenden Verlauf kommt der Indikation für die psychotherapeutischen und/oder neuropsychologischen Maßnahmen eine wachsende Bedeutung zu.

2.5 Klinische Merkmale und Diagnostik

Die folgende Tabelle 1 stellt eine Übersicht über häufige Auswirkungen erworbener Hirnschädigungen dar. Die genannten Folgen müssen nicht notwendigerweise alle bei ein und demselben Patienten auftreten. Stattdessen variieren die Zustände je nach Merkmalsmuster und Ausprägungsgrad der Schädigungsfolgen erheblich. Die möglichen Beeinträchtigungen sind bei Patienten nach einem Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma im Prinzip äquivalent, allerdings kommt Letzteren bei den so genannten Exekutivfunktionen eine besondere Bedeutung zu. Diese resultieren häufig aus Schädigungen präfrontaler Cortexgebiete sowie der mit ihm verbundenen kortiko-subkortikalen Regelkreise. Diese Schädigungen können nicht nur zu kognitiven, sondern im besonderen Maße auch zu ausgeprägten Verhaltens- und Persönlichkeitsänderungen führen (vgl. Matthes-von Cramon und Cramon, 2000).

Zusätzlich zu den in der Tabelle 1 genannten Folgen können entweder als primäre oder als sekundäre Resultate der Hirnschädigung auch spezifische psychische Störungen auftreten. Unter den **primären Folgen** versteht man diejenigen Beeinträchtigungen, die als unmittelbare Folge von Schädigungen spezifischer Hirnareale auftreten können. Dazu zählen alle organischen einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (ICD-10 F06 – F09). Häufig können beispielsweise die **sonstigen psychischen Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit** (ICD-10 F06) diagnostiziert werden (siehe Tabelle 2a).

! Merke: Psychische Störungen treten bei neurologischen Patienten entweder als *primäre* oder *sekundäre Syndrome* in Erscheinung.

Tabelle 1: Häufige Folgen nach erworbenen Hirnschädigungen

- **Motorische Störungen**, wie z.B. Halbseitenlähmungen, verschiedene Tremorformen, Erhöhungen des Muskeltonus in Form einer Spastik
- **Epileptische Anfälle**, die als sog. partielle oder generalisierte Anfälle auftreten können
- **Störungen der vegetativen Steuerung**, wie z.B. Schwindel, Schwitzen, erhöhte Lärm- oder Lichtempfindlichkeit, Kopfschmerzen
- **Aufmerksamkeitsdefizite**, wie z.B. Störungen der Konzentrationsfähigkeit, der Vigilanz oder der Teilung der Aufmerksamkeit
- **Probleme des Lernens und des Gedächtnisses**, wie z.B. Beeinträchtigungen in der Informationsaufnahme und in der Enkodierung neuer Inhalte oder im Abruf vorhandener Gedächtnisinhalte
- **Wahrnehmungsstörungen**, wie z.B. Gesichtsfeldbeeinträchtigungen, Agnosien (Unfähigkeit, spezifische Objekte zu erkennen), cerebrale Hörstörungen sowie Hyposmien und Anosmien
- **Störungen exekutiver Funktionen**, bei denen es sich um kognitive Prozesse höherer Ordnung handelt, bei denen beispielsweise die Planung, Handlungsinitiierung oder kognitive Flexibilität gestört sein kann, aber auch Beeinträchtigungen des Sozialverhaltens auftreten können
- **Sprach- und Sprechstörungen**, wie z.B. Störungen der Sprechmotorik in Form einer Sprechapraxie oder Dysarthrie sowie Sprachstörungen wie die globale Aphasie und die Wernicke-, Broca- und die amnestische Aphasie
- **Störungen des Lesens und Schreibens**, z.B. die Alexie und die Agraphie
- **Störungen der Bewegungsfolgen**, die im Allgemeinen unter dem Begriff der Apraxien zusammengefasst werden. Hierbei handelt es sich um motorische Fehlhandlungen, die das Imitieren oder Ausführen von Gesten sowie den realen Objektgebrauch betreffen können.
- **Affektveränderungen** wie die Affektinkontinenz bzw. -labilität, das pathologische Lachen oder Weinen, eine „unangebrachte“ Euphorie sowie vollständige Affektneivellierung
- **Störungen der Krankheitseinsicht**, auch als „awareness“ bezeichnet. Hierzu gehört die Unfähigkeit, Funktionseinschränkungen einzusehen (Anosognosie) bzw. das Ausmaß der Beeinträchtigungen korrekt abschätzen zu können (Anosodiaphorie)

Tabelle 2a: Sonstige psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (ICD-10 F06)

1. Nachweis einer cerebralen Erkrankung, Verletzung, oder Funktionsstörung oder einer systemischen körperlichen Erkrankung, von der bekannt ist, dass sie mit einem der hier aufgeführten Syndrome einhergehen kann
2. Ein zeitlicher Zusammenhang (Wochen oder einige Monate) zwischen der Entwicklung der zugrunde liegenden Krankheit und dem Auftreten des psychischen Syndroms
3. Rückbildung der psychischen Störung nach Rückbildung oder Besserung der zugrunde liegenden vermuteten Ursache
4. Kein überzeugender Beleg für eine andere Verursachung des psychischen Syndroms (wie z.B. sehr belastete Familiengeschichte oder belastende Ereignisse)

Im Folgenden ist eine Auswahl häufiger Diagnosen aufgelistet, die bei der Indikationsstellung für eine psychotherapeutische Behandlung neurologischer Erkrankungen besonders zu berücksichtigen sind.

Tabelle 2b: Häufige primäre psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

- F06.32 Organische depressive Störung
- F06.33 Organische gemischte affektive Störung
- F06.4 Organische Angststörung
- F06.6 Organische emotional labile Störung
- F06.7 Leichte kognitive Störung
- F07 Organische Persönlichkeitsstörung
- F07.2 Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma*

* Zur Problematik sowie mangelnden Differenziertheit dieser „Diagnose“ wird u a auf Hartje und Poeck (2002) verwiesen.

Sekundäre Störungen treten entweder als Anpassungsstörungen, als somatopsychische Interaktionen oder als eigenständige psychische Syndrome auf. Dabei sind die *Anpassungsstörungen* eine Folge der Erkrankung im Sinne eines reaktiven Prozesses (ICD-10 F43.2). Bei der Diagnosestellung ist die unmittelbare sowie zeitliche und kontextuelle Abhängigkeit von der Belastung, hier der Erkrankung, nachzuweisen.

Weiterhin gibt es eine Reihe von psychischen Auffälligkeiten, die weder im Rahmen einer F0-Störung (Tab. 2a und 2b) oder einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) auftreten können. Dieses sind die *somatopsychischen Interaktionen*, die in Kombination mit dem medizinischen Krankheitsbild über die ICD-10-Kategorie F54 kodiert werden.

Geht die psychische Störung über die Kriterien der F0-Kategorien, der Anpassungsstörungen oder der F54-Kategorie hinaus, sind häufig folgende *psychische Störungen* als weitere Möglichkeit sekundärer Folgen nach einer neurologischen Erkrankung zu beobachten. Das ist vor allem dann der Fall, wenn die strengen Zeitkriterien der Anpassungsstörung nicht mehr erfüllt sind. Beispiele für derartige, durch die Eigenschaft einer neurologischen Erkrankung als „kritisches Lebensereignis“ mitbedingte psychische Störungen sind in der folgenden Tabelle 2c aufgelistet:

Tabelle 2c: Häufige psychische Störungen als sekundäre Folgen einer neurologischen Erkrankung

F3 Affektive Störungen

1. F32 depressive Episode
2. F33 rezidivierende depressive Störungen
3. F34.1 Dysthymia

F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen

1. F40 phobische Störung
2. F41 sonstige Angststörungen
3. F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
4. F45 somatoforme Störungen

Natürlich können auch andere psychische Komplikationen auftreten, wie beispielsweise der Missbrauch von Alkohol und anderen Drogennutzungen. Bei der Diagnostik der psychischen Störungen neurologischer Erkrankungen kommen die für die einzelnen Diagnosen üblichen Verfahren zum Einsatz. Trotzdem muss bei dieser Patientengruppe stets berücksichtigt werden, dass sich einige Zeichen neurologischer Erkrankung zum Teil auch in den Kriterienkatalogen psychischer Störungen und in einigen Fragebogen finden. Das betrifft insbesondere die Depressivitätsabschätzung, deren Interpretation folglich immer vor dem Hintergrund der eingesetzten Instrumente gesehen werden muss.

Merke: Sekundäre psychische Störungen haben entweder den Charakter einer *Anpassungsstörung*, einer *somatopsychischen Interaktion* oder eines *eigenständigen Syndroms*, dessen Auftreten sich mit durch die neurologische Erkrankung manifestiert hat.

Wesentlich in der adäquaten Behandlung von Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen ist auch die **neuropsychologische Diagnostik** (Spreen und Strauss, 1998). Hier geht es zunächst um den Vergleich des aktuellen kognitiven Leistungsvermögens mit dem prämorbidem Niveau. Dieses ist unter anderem bei der Einschätzung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit notwendig. Die neuropsychologische Diagnostik ist jedoch nicht als ein so genanntes Screening zu verstehen, sondern erfordert zur Erfassung spezifischer Defizit- und Kompetenzmuster ein auf der Basis der funktionellen Neuroanatomie und der individuellen Schädigungstopik basierendes, hypothesengeleitetes Vorgehen, welches dezidierte Spezialkenntnisse im Bereich der Neuropsychologie

4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren

chologie, der funktionellen Neuroanatomie sowie der Neurologie beinhaltet. Diese Kompetenz ist eine wesentliche Basis für eine adäquate neuropsychologische Diagnostik und die sich daraus ableitenden Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen (Sturm et al., 2000). Hier ist bei Bedarf eine Kooperation mit klinischen Neuropsychologen indiziert.

Merke: Bei neurologischen Patienten ist fast immer auch eine neuropsychologische Befunderhebung erforderlich.

Aus der Vielfalt der möglichen Beeinträchtigungen bei neurologischen Erkrankungen wird ersichtlich, dass sich kein einheitliches, alle neurologischen Erkrankungen umfassendes Störungsmodell ableiten lässt, sondern dass die Erarbeitung des Störungsmodells immer in Abhängigkeit (i) von der zugrunde liegenden neurologischen Erkrankung und (ii) durch die Art sowie den Schweregrad der verschiedenen Beeinträchtigungen geprägt ist. Exemplarisch wird dieses anhand der folgenden Fallbeispiele erläutert.

3 Umsetzung in die klinische Praxis

3.1 Allgemeine Prinzipien

Die psychotherapeutischen Interventionsmaßnahmen unterscheiden sich bei neurologischen Erkrankungen nicht prinzipiell von denen bei psychischen Störungen. Trotzdem sind bei den Interventionen vier Aspekte von besonderer Bedeutung, nämlich (1) die medizinischen Faktoren, (2) die gegebenenfalls vorhandenen neuropsychologischen Defizite, (3) die ZNS-wirksame Medikation und (4) das Vorliegen etwaiger prämobiler psychischer Störungen. Vor dem Hintergrund dieser Faktoren wurde für neurologische Erkrankungen das folgende psychotherapeutische Diagnoseschema entwickelt (Tab. 3; von Cramon et al., 1993).

Tabelle 3: Psychotherapeutisches Diagnoseschema (von Cramon, Mai, Ziegler, 1993)

1. Medizinische Faktoren und neuropsychologische Defizite

2. Analyse des Problemverhaltens
3. Analyse der auslösenden Bedingungen
4. Analyse der aufrechterhaltenden Bedingungen
5. Analyse der Umweltbedingungen

6. Prämobile psychische Störungen und lebensgeschichtliche Lernerfahrungen

7. Selbstkontroll- und Motivationsanalyse

Merke: Die psychologische Diagnostik neurologischer Patienten schließt neben der syndromalen und neuropsychologischen Diagnostik immer auch eine verhaltensorientierte Analyse ein.

ren psychischen Störungen spezifische Rolle zu; gerade hier ist es ratsam, die Organismus-Variable im Sinne der ursprünglichen, biologisch-physiologischen Bedeutung der Verhaltensanalyse bzw. des S-O-R-C-K-Modells aufzufassen.

Merke: ORGANISMUS (O): Die Organismus-Variable umfasst im engeren Sinne alle medizinischen Faktoren, die neuropsychologischen Defizite sowie die Medikation und den aktuellen somatischen Zustand des Patienten.

Übergeordnete psychotherapeutische Behandlungsziele bei neurologischen Patienten sind immer abhängig von den jeweiligen individuellen Problembereichen. Im Folgenden wird eine Auswahl möglicher Behandlungsziele gegeben (Tab. 4); das übergeordnete Behandlungsziel ist dabei immer eine an die individuelle Situation des Patienten angepasste adäquate Krankheitsbewältigung.

Tabelle 4: Ausgewählte psychotherapeutische Behandlungsziele bei neurologischen Patienten

1. Vermittlung eines adäquaten Störungsmodells bzgl. der prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren der Problematik
2. Aufbau eines angemessenen Störungsbewusstseins
3. Vermittlung von psychologischen Interventionsmöglichkeiten bei der neurologischen Erkrankung („somatopsychisches Krankheitskonzept“)
4. Aufbau von Entspannungskompetenzen
5. Vermittlung von krankheitsspezifischen Stressbewältigungsstrategien zur Vermeidung von Überforderung
6. Realistische Lebensgestaltung unter Berücksichtigung der zugrunde liegenden Beeinträchtigungen
7. Reduktion beziehungsweise – wenn möglich – Abbau des Problemverhaltens
8. Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit
9. Abbau von Vermeidungsverhalten (als Resultat der Erkrankung)
10. Verbesserung der sozialen Kompetenzen im Umgang mit den krankheitsbedingten Beeinträchtigungen
11. Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung (bei entsprechender Indikation)
12. Verbesserung des Selbstwertgefühls
13. ggf. Unterstützung bei der Erschließung alternativer Lebensfelder und -konzepte mit Verstärkungswert

Merke: Die Behandlungsziele umfassen bei neurologischen Patienten sowohl die Akzeptanz unvermeidlicher Einschränkungen als auch die Umsetzung konkreter, „problemfokusierter“ Aufgaben.

Basierend auf den aufgeführten Behandlungszielen können die im Folgenden aufgelisteten Interventionen umgesetzt werden (Tab. 5). Hierbei handelt es sich häufig um verhaltenstherapeutische Standardinterventionen, die jedoch wiederum an das individuelle Krankheitsgeschehen angepasst werden müssen.

Im Rahmen der Erstellung der Verhaltens- und Problemanalyse kommt auch der Organismus-Variable eine im Vergleich zu ande-

Tabelle 5: Psychotherapeutische Interventionen bei neurologischen Erkrankungen

1. Aufklärung und Information über die Erkrankung
2. Wahrnehmungsschulung bezüglich individueller, krankheitsspezifischer Belastungsfaktoren im Sinne von Frühwarnsignalen
3. Gezielte Expositionsübungen (Erklären der Erkrankung, Abbau des sozialen Rückzugs durch Aufsuchen von angstauslösenden Situationen, Erwerb neuer und veränderter Kompetenzen)
4. Kognitive Interventionen beispielsweise mittels Gedankenstopp und Neubewertung von belastenden Situationen
5. Entspannung beziehungsweise Symptomblockaden von Überschusssymptomen (z.B. progressive Muskelrelaxation, Biofeedback, habit reversal)
6. Selbstverstärkung und Aufbau positiver Aktivitäten
7. Systematisches Problemlösetraining
8. Psychologische Rückfallprophylaxe
9. Nutzung operanter Mechanismen zur Verhaltensformung
10. Information, Beratung und Einbeziehen der Angehörigen

Merke: Die psychische Problematik vieler neurologischer Patienten ist durch Verstärkerverlust gekennzeichnet. Das erfordert den Aufbau alternativer Verhaltensfelder mit realem Verstärkungswert.

3.2 Schädel-Hirn-Trauma

Die im folgenden Kasten (Fallbeispiel 1) geschilderte Symptomkonstellation findet sich häufig bei Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen. Gerade wenn keine oder nur geringe körperliche Beeinträchtigungen vorliegen, besteht oft ein mangelndes Verständnis für die zugrunde liegenden Beeinträchtigungen. Ein weiterer kennzeichnender Faktor ist das zunächst bestehende Unverständnis bezüglich der Notwendigkeit beziehungsweise Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung: „Ich habe doch eigentlich nur einen Autounfall erlitten. Das ist eine Frage der Zeit, dann bin ich wieder wie vorher.“

Fallbeispiel 1: Schädel-Hirn-Trauma

Herr B., 42 Jahre, erlitt als Beifahrer bei einem Autounfall eine Kopfverletzung. Anfangs war er 10 Minuten bewusstlos und erlangte noch am Unfallort sein Bewusstsein wieder. Zunächst war er nicht orientiert, hatte eine komplette Amnesie für den Unfallhergang und beklagte deutliche Übelkeit. Die neurologischen Untersuchungen ergaben einen diskreten Kontusionsschaden beidseits frontal. Diagnostiziert wurde ein leichtgradiges Schädel-Hirn-Trauma ohne weitere körperliche Beeinträchtigungen. Nach einem dreiwöchigen Aufenthalt in einer Neurologischen Rehabilitationsklinik wurde er mit folgendem Beschwerdebild entlassen: Herr B. berichtete, sehr schnell zu ermüden. Er habe häufig Kopfschmerzen, verbunden mit Übelkeit. Beides verstärkte sich besonders bei andauernden und zunehmenden Anforderungen und Belastungen. Er sei außerdem leicht reizbar. Weiterhin bestehen leichte Beeinträchtigun-

gen im Bereich der Aufmerksamkeit sowie des Lernens und des Gedächtnisses. Herr B. hatte in den ersten zwei Wochen nach dem Unfall die Vorstellung, dass er sich nur noch einige Tage erholen müsse, um dann wieder in seinem Beruf als Arzt in einem Universitätsklinikum zu arbeiten. Am Ende der stationären Rehabilitation realisierte er allmählich, dass ein beruflicher Wiedereinstieg ihn noch überfordern würde; infolgedessen wurde er deutlich niedergeschlagen und ängstlich, besonders im Hinblick auf seine berufliche Perspektive.

Bei solchen Patienten ist gerade die Aufklärung und Information über die Erkrankung bedeutsam. Im Regelfall sind Compliance und Motivation für eine psychotherapeutische Behandlung erst dann gegeben, wenn gemeinsam mit dem Patienten ein transparentes Störungsmodell unter Berücksichtigung der medizinischen, neuropsychologischen, psychischen und sozialen Faktoren erarbeitet wurde (vgl. Kasten: Skizze eines Störungsmodells). Erst das Verständnis für diese Teufelskreis-Problematik hat bei dem Patienten aus dem Fallbeispiel 1 dazu geführt, dass er eine Bereitschaft gegenüber psychotherapeutischen Interventionen entwickelte. Hierbei waren die Befunde aus der neuropsychologischen Diagnostik sowie Therapie ebenfalls wichtig. Die geschilderten neuropsychologischen Beschwerden ließen sich testdiagnostisch verifizieren. Folgendes Störungsmodell wurde gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet:

Skizze eines Störungsmodells

Herr B. hat infolge des Schädel-Hirn-Traumas die oben genannten Beschwerden. Die Basis für die Entwicklung der Problematik des Patienten ist also die neurologische Erkrankung. Bei der Verstärkung sowie Aufrechterhaltung der Problematik spielen neben den organischen Faktoren psychologische Faktoren eine wichtige Rolle. Folgende Reizkonstellationen führen zur Auslösung sowie zur Verstärkung der Kopfschmerzen und der Übelkeit sowie der erhöhten Reizbarkeit: länger andauernde körperliche und/oder geistige Anforderungen, komplexe Anforderungen an die Aufmerksamkeit im Sinne von Mehrfachanforderungen, unregelmäßiger Tagesrhythmus, Lärm, Wetterumschwung, Schlafdefizit und Misserfolgserlebnisse. Die genannten Faktoren tragen neben den organischen Faktoren zur Aufrechterhaltung der Problematik bei. Hinzu kommt eine Erwartungsangst bzgl. des Auftretens von Kopfschmerzen und Übelkeit, eine erhöhte Tendenz zur Selbstbeobachtung, ein erhöhtes psychophysiologisches Anspannungsniveau sowie eine depressive Stimmungslage. Weitere wesentliche aufrechterhaltende Faktoren der Symptomatik des Patienten sind sein hohes Anspruchsniveau an sich selbst, eine weit überdurchschnittliche Leistungsbereitschaft sowie eine sehr ausgeprägte Erfolgs- und Karriereorientierung. Diese Faktoren führen immer wieder dazu, dass Herr B. seine – zumindest aktuell bestehende – beeinträchtigte kognitive Leistungsfähigkeit, v.a. im Bereich der länger andauernden Belastbarkeit, nicht bzw. nur ungenügend berücksichtigt und sich immer wieder in Überforderungssituationen begibt, die wiederum den oben genannten Beschwerdekomples auslösen. Das Ausbleiben der früheren Erfolge führte zu vermehrten Phasen tiefer Niedergeschlagenheit und dysfunktionaler Attributionsmuster, welche die Anfälligkeit für die genannten Stressoren weiter erhöhte.

4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren

In Ergänzung zu einer ambulanten neuropsychologischen Behandlung, in der die Therapie der Aufmerksamkeitsfunktionen im Vordergrund stand, wurde eine ambulante Psychotherapie eingeleitet, die dem Patienten bereits in der Rehabilitationsklinik empfohlen worden war. Erst nach einigem Widerwillen entschloss Herr B. sich jedoch zu dieser Behandlung, ohne dass ihm die Indikation hierfür zunächst einsichtig war. Deshalb wurden mit dem Patienten folgende Behandlungsziele erarbeitet (Kasten):

Psychotherapeutische Behandlungsziele für Herrn B.

1. Wahrnehmung von Frühwarnsignalen der Überforderung
2. Aufbau von Entspannungskompetenzen
3. Vermittlung von krankheitsspezifischen Stressbewältigungskompetenzen
4. Realistische Lebensgestaltung, v.a. im Hinblick auf die berufliche Wiedereingliederung
5. Selbstverstärkung und Aufbau positiver Aktivitäten

Bei dem Patienten führte die noch nicht wiederhergestellte Arbeitsfähigkeit und damit auch die verzögerte Berufsplanung immer wieder zu Phasen tiefer Niedergeschlagenheit und Verzweiflung. Das verdeutlichte Herrn B. die Diskrepanz zwischen seiner tatsächlichen aktuellen Leistungsfähigkeit, dem prämorbidem Fähigkeitsniveau und seinen Ansprüchen an sich selbst sowie seinem Selbstkonzept. Dieses waren Ansatzpunkte für die psychotherapeutische Behandlung, deren Verlauf im folgenden Kasten grob skizziert wird.

Therapieverlauf

Zunächst wurde Herr B. dazu angeleitet, ein Beobachtungsprotokoll über seine Kopfschmerzen und die Übelkeit zu führen. Ziel war es, spezifische auslösende und verstärkende Situationen zu eruieren sowie so genannte Frühwarnsignale für Überforderungssituationen und für die Auslösung der Beschwerden wahrzunehmen (Ziel: „Wahrnehmungsschulung bzgl. der individuellen Stressoren sowie der Frühwarnsignale“). Darauf basierend wurden spezifische Interventionen erarbeitet: Herr B. stellte seinen Alltag auf einen weitgehend regelmäßigen Tagesablauf mit fest eingeplanten Ruhepausen um. Bei unvermeidlichen länger andauernden Anforderungen versuchte er bereits im Vorwege sich nicht zu erschöpfen sowie hinterher gezielt eine Entspannungsphase einzulegen. Zur Unterstützung erlernte Herr B. die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, wobei der Schwerpunkt in der Umsetzung in den Alltag in Form von Kurzentspannung sowie der differenziellen Entspannung lag (Ziel: „Vermittlung von krankheitsspezifischen Stressmanagementstrategien einschließlich Aufbau von Entspannungskompetenzen“). Im Verlauf der Behandlung gelang es Herrn B. immer besser, diese Interventionen umzusetzen. Es gab aber auch Beschwerden, die Herr B. als unkontrollierbar erlebte. So wurde beispielsweise mittels kognitiver Interventionen wie der kognitiven Umstrukturierung versucht, das Auftreten wiederholter Kopfschmerzen nicht als Rückfall, sondern als normale Schwankung im Rehabilitationsprozess einzuordnen. Dieses

erleichterte dem Patienten den Umgang mit den regelmäßig auftretenden Beschwerden (Ziel: „Aufbau selbstwertstabilisierender Kognitionen“).

Wegen der sich im Therapieverlauf wiederholt einstellenden Phasen tiefer Niedergeschlagenheit bildeten kognitive Interventionen während der gesamten Therapiezeit einen Schwerpunkt. Zunächst wurden die bei dem Patienten bestehenden Metakognitionen erarbeitet und anhand einzelner Situationen veranschaulicht. Dann wurde mit Hilfe der kognitiven Umstrukturierung ein alternatives Selbstkonzept angestrebt und immer wieder so genannte Realitätsprüfungen durchgeführt, die schließlich zu einer veränderten Gewichtung der Wertvorstellungen des Patienten führten (Ziel: „Verbesserung des Selbstwertgefühls“). Zum Aufbau einer Kompetenz im Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen wurden Strategien erarbeitet, mit denen andere Personen seiner Umgebung adäquat über etwaige Einschränkungen aufgeklärt werden konnten. Dieses kollidierte zwar zunächst mit den Metakognitionen, ein allzeit leistungsfähiger Arzt zu sein, doch konnten durch die Bearbeitung aktueller Alltagssituationen Strategien der Umsetzung erarbeitet werden. Weiterhin wurden mit dem Patienten konkrete Maßnahmen besprochen, wie er – beispielsweise im Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten – nicht nur die noch bestehenden Beeinträchtigungen, sondern auch die wiederhergestellten Kompetenzen deutlich machen konnte. Ebenso wurde mit ihm schrittweise die situationsangemessene Fähigkeit des Neinsagens aufgebaut (Ziel: „Exposition – Erklären der Erkrankung; Aufbau von Kompetenzen im Umgang mit den krankheitsbedingten Beeinträchtigungen“).

Schließlich war Herr B. so weit stabilisiert, dass eine schrittweise Wiedereingliederung zur Arbeitserprobung angestrebt werden konnte. Auch diese wurde mit dem Patienten ausführlich vorbereitet und erfolgte in Abstimmung mit der neuropsychologischen Behandlung. Eine erneute neuropsychologische Begutachtung bezüglich der kognitiven Leistungsfähigkeit ermöglichte ein detailliertes Feedback über die aktuellen Beeinträchtigungen und Ressourcen. Dann wurde für den Prozess der Wiedereingliederung eine Tagesstruktur erarbeitet und Strategien zur Vermeidung von Überforderungssituationen ausgebaut. So stellte Herr B. für sich sog. Checklisten auf, um eine Art Selbstkontrolle seiner Tätigkeit ausüben zu können. Dabei konnte Herr B. über die Zeit hinweg seine Belastbarkeit so weit steigern, dass er einen Großteil seiner ursprünglichen Tätigkeit wieder ausüben konnte. Nachtschichten etc. konnte er jedoch nicht mehr übernehmen. Insgesamt lernte Herr B. mit zunehmendem Erfolg, sich auf seine Belastungsgrenzen einzustellen.

Zusätzlich wurden drei psychologische Beratungsgespräche mit der Lebensgefährtin des Herrn B. geführt, bei denen die Vermittlung von Informationen über die aktuell bestehenden Beeinträchtigungen sowie der Umgang damit im Vordergrund standen (Ziel: „Information und Beratung der Angehörigen“). Die psychotherapeutische Behandlung konnte nach 40 Stunden erfolgreich beendet werden; Herr B. war in der Lage, sich auf seine veränderte Leistungsfähigkeit in angemessener Form einzustellen; seine anfangs geschilderten vegetativen Beschwerden konnten deutlich reduziert sowie seine emotionale Befindlichkeit stabilisiert werden.

3.3 Multiple Sklerose

Die im folgenden Kasten geschilderte Beschwerdenkonstellation einschließlich der emotionalen Labilisierung findet sich häufig bei der Diagnose einer MS. Die meisten Patienten haben Schwierigkeiten, mit den körperlichen Einschränkungen zurechtzukommen und sich auf ihre verminderte Belastbarkeit einzustellen. Oft sind diese Beschwerden unmittelbar nach Diagnosestellung besonders ausgeprägt, da die üblichen Bewältigungsstrategien, wie beispielsweise Ablenkung durch Aktivitäten, nicht mehr eingesetzt werden können. Dieses führt in der Folge dann wiederum zu massiven Überforderungssituationen.

Fallbeispiel 2: Multiple Sklerose

Frau M., 33 Jahre, berichtet, sie habe anfangs festgestellt, dass sie zunehmend feinmotorische Schwierigkeiten hatte. Dies habe sie u.a. während ihrer Tätigkeit als Modedesignerin beim Zeichnen bemerkt. Sie habe auch unter Doppelbildern gelitten, sei deutlich schneller und stärker erschöpft gewesen, als sie es von sich kenne. Aufgrund der akuten Beschwerden sei sie in die Neurologie überwiesen worden. Dort habe man ihr nach einigen Untersuchungen mitgeteilt, dass sie an Multipler Sklerose erkrankt sei. Die Diagnose habe sie vor vier Monaten erhalten. Durch die Diagnosestellung sei sie völlig geschockt und verzweifelt gewesen. Sie habe aufgrund der Erkrankung noch nicht wieder arbeiten können, was für sie die Situation noch verschlimmert habe, da sie sich nicht ablenken konnte. Dadurch sei sie emotional deutlich verunsichert, sei traurig, deprimiert, verzweifelt und mache sich Gedanken, wie es denn weitergehe. Sie versuche, sich auf die Erkrankung einzustellen; das falle ihr aber sehr schwer, da sie ein außerordentlich leistungsbewusster und ehrgeiziger Mensch sei. Außerdem wisse sie gar nicht genau, worauf sie sich nun einstellen müsse. Natürlich habe sie Angst, in einigen Jahren im Rollstuhl zu sitzen. Freunde hätten ihr zu einer Psychotherapie geraten.

Bei dieser Patientin stehen neben der Anpassung an die körperlichen Behinderungen die emotionalen Anpassungsschwierigkeiten an die Chronizität der Erkrankung sowie deren unklarer Verlauf im Vordergrund. Dieses ist der Behandlungsfokus der psychotherapeutischen Interventionen. Dabei sind ebenfalls die Ressourcen und Kompetenzen der Patientin zu berücksichtigen. Frau M. hat insgesamt sehr gute Unterstützung durch die Familie, Freunde sowie durch ihr berufliches Umfeld. Zu Beginn der psychotherapeutischen Behandlung wurden die psychischen Beschwerden der Patientin im Sinne einer Anpassungsstörung eingeordnet mit dem Schwerpunkt einer kurzen depressiven Reaktion.

Skizze eines Störungsmodells

Die Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion von Frau M. steht eindeutig im Zusammenhang mit der Diagnosestellung der Multiplen Sklerose sowie der Konfrontation mit den aktuell bestehenden kör-

perlichen Beeinträchtigungen. Zur Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik tragen folgende Faktoren bei: die Neigung der Patientin zum Perfektionismus, eine starke Leistungsorientierung sowie ein hohes Ausmaß an Aktivität. Für die Ausprägung dieser Haltungen und Verhaltensweisen hat der Vater der Patientin Modellfunktion gehabt. Weiterhin bestehen bei der Patientin folgende Einstellungen: „Ich habe alles immer im Griff“, „Ich bin in meiner Arbeit schneller und organisierter als andere“, „Ich arbeite gern und erfolgreich“, „Ich bin immer aktiv und unterwegs“. Diese Einstellungen waren bis zur Diagnosestellung der körperlichen Erkrankung handlungsleitend für ihre konkrete Lebensführung und sind in der Vergangenheit immer mit positiven Konsequenzen verbunden gewesen, so dass von einer regelmäßigen positiven Verstärkung und somit Aufrechterhaltung dieses Verhaltens auszugehen ist. Dieses Verhalten wirkt sich jedoch bei der zunehmenden körperlichen Erschöpfung durch die MS nicht mehr im Sinne einer positiven Verstärkung aus, es kommt vielmehr zur Zunahme der Beschwerden. Eine derartige „Bestrafung“ reduziert die Auftretenswahrscheinlichkeit konstruktiver Bewältigungsversuche, ohne dass Frau M. mangels Verhaltensalternativen jedoch in der Lage gewesen wäre, ihr Leistungsstreben zu reduzieren. Die durch die körperlichen Einschränkungen resultierende Unfähigkeit, körperlich aktiv zu sein, führt zu einem Verstärkerverlust und damit zur depressiven Symptomatik. Letztlich befindet sich Frau M. in einem sich selbst aufrechterhaltenden Teufelskreis aus Aktivität und darauf folgender Erschöpfung und Überforderung, einer Phase der Regeneration, verbesserter körperlicher Befindlichkeit, erneut verstärkter Aktivität und wiederum eintretender Erschöpfung etc.

Im Gegensatz zum Fallbeispiel mit dem Schädel-Hirn-Trauma hat die Patientin nicht die Vorstellung, dass sie innerhalb kurzer Zeit wieder genesen würde, sondern sie ist mit der Diagnose einer chronischen Erkrankung konfrontiert, deren Verlauf zum Zeitpunkt des Therapiebeginns noch ungewiss ist. Folgende psychotherapeutische Behandlungsziele wurden mit der Patientin festgelegt:

Psychotherapeutische Behandlungsziele für Frau M.

Die folgenden übergeordneten *langfristigen Therapieziele* beinhalten

- a) eine emotionale Stabilisierung der Patientin im Sinne einer Verminderung der depressiven Symptomatik sowie
- b) eine verbesserte emotionale, kognitive und soziale Anpassung sowie Anpassung des Verhaltens an die MS.

Hieraus lassen sich folgende *Teilziele* ableiten:

1. Wahrnehmung von Frühwarnsignalen der körperlichen und emotionalen Überforderung
2. Aufbau von Entspannungskompetenzen
3. Aufbau positiver Aktivitäten, die mit der körperlichen Erkrankung kompatibel sind
4. Verminderung der Neigung zu Überforderung im Sinne eines krankheitsbezogenen Stressmanagements
5. Verbesserung der Problemlösefertigkeiten
6. Erarbeiten von angemessenen Zukunftsperspektiven bzgl. der privaten und beruflichen Lebenssituation
7. Strategien zur Einbeziehung ihres sozialen Umfeldes

4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren

Die Prognose hinsichtlich dieser Ziele erschien günstig, da Frau M. äußerst motiviert war und eine adäquate Krankheitseinsicht hatte. Ihre Veränderungsbereitschaft und ihr Vermögen, sich mit der aktuellen Situation in angemessener Form auseinander zu setzen, waren hoch. Aufgrund ihrer Kompetenzen konnten mit der Patientin positive Bewältigungsstrategien zur Anpassung an die Erkrankung sowie zu deren Bewältigung erarbeitet werden. Dabei kamen die in Tabelle 5 genannten Interventionen zum Einsatz. Mit Hilfe therapeutischer Unterstützung gelang es ihr, zum einen veränderte Prioritäten bezüglich ihrer Lebensführung aufzubauen, zum anderen die dazu notwendigen Einstellungs- und Verhaltensänderungen schrittweise zu vollziehen. Sie schaffte es, eine Teilzeittätigkeit in ihrem Beruf zu übernehmen, in der sie eine flexiblere Zeiteinteilung hatte, und konnte ihr hohes Aktivitätsniveau reduzieren. Sie bewertete vermehrt Phasen der Entspannung und Erholung als positiv und erstrebenswert und konnte diese in ihre alltägliche Lebensführung integrieren. Hier zeigt sich also ein positiv verlaufender Anpassungsprozess an die Erkrankung, der mit der Reduktion der depressiven Symptomatik einherging. Im Regelfall ist jedoch die Prognose zum Verlauf der psychischen Symptomatik deutlich vom Verlauf der körperlichen Erkrankung abhängig. Trotzdem ist im Sinne eines somatopsychischen Krankheitskonzepts das Ziel eines stabilen körperlichen Zustandes durch eine angemessene Krankheitsbewältigung und die damit verbundenen Verhaltensänderungen zu unterstützen.

3.4 Schlaganfall

Unter einem typischen Schlaganfall-Patienten stellt man sich im Regelfall einen männlichen Patienten vor, der bereits im Ruhestand ist. Diese Patienten finden sich in der Altersgruppe jenseits der 55 Jahre tatsächlich häufig; trotzdem können auch deutlich jüngere Menschen von einem Schlaganfall betroffen sein:

Falldarstellung 3: Schlaganfall

Frau G. ist 46 Jahre alt, halbtags als Bankangestellte berufstätig, verheiratet und hat einen 11-jährigen Sohn. Der Schlaganfall kam für sie „wie aus heiterem Himmel“. „Ich merkte, dass meine rechte Hand anfang zu kribbeln. Das Sprechen wurde schwieriger. Ich bekam nur noch Wortsalat heraus, und mein Arm sowie meine rechte Körperhälfte wurden immer steifer. Mein Mann bekam es mit der Angst zu tun und rief zum Glück den Notarzt, der mich sofort in die Klinik brachte. Ich habe das alles bewusst mitbekommen und hatte eine entsetzliche Angst. In der Klinik kam ich auf eine Spezialstation.“ Frau G. wurde entsprechend auf einer Neurologischen Intensivstation behandelt und von dort in eine Rehabilitationsklinik verlegt. Auch nach einer dreiwöchigen Rehabilitation hatte sie noch deutliche Beschwerden, die sich in einer verminderten Konzentrationsfähigkeit und reduzierten allgemeinen Belastbarkeit bemerkbar machten. Sie hatte noch leichte Wortfindungsschwierigkeiten, konnte sich aber prinzipiell wieder angemessen ausdrücken. Dagegen konnte sie sich keine Zahlenreihen oder ähnliches Material mehr merken. Damit war

auch ihre Rechenfähigkeit deutlich reduziert. Diese war jedoch für ihre Berufsausübung unumgänglich. Neben einer intensiven ambulanten neuropsychologischen Behandlung nahm sie nach mehreren Monaten zusätzlich auch eine psychotherapeutische Behandlung mit dem Ziel auf, sich auf die veränderte Lebenssituation (Unfähigkeit der Rückkehr an ihren alten Arbeitsplatz, verminderte Leistungsfähigkeit bei alltäglichen Anforderungen, veränderte Rolle innerhalb der familiären Konstellation) besser einstellen zu können sowie ihre Ängste vor einem erneuten Schlaganfall abzubauen.

Die psychotherapeutischen Behandlungsziele und die sich daraus ableitenden Interventionen ähneln denen der weiter oben aufgeführten Fallbeispiele. Insofern wird auf eine weitere Darstellung verzichtet. Gerade bei der Gruppe der Schlaganfallpatienten haben sich jedoch neben den unter 3.1 aufgeführten psychotherapeutischen Interventionen neuere Ansätze der Funktionsschulung bewährt (s. „constraint induced movement training“, Birbaumer et al., 2001), die zum einen bei Patienten mit armbetonter Hemiparese (Halbseitenlähmung) sowie zum anderen bei Patienten mit Aphasien erfolgreich umgesetzt wurden. Bei der Psychotherapie von Schlaganfallpatienten kommt es in besonderen Maße auf die Verbindung von Neuropsychologie und kognitiv-behavioraler Therapie an, da die klinisch-psychologischen Maßnahmen nicht nur an die durch den Insult veränderten kognitiven Funktionen angepasst werden müssen, sondern es darüber hinaus sehr häufig auch zu cerebral bedingten affektiven oder auch anderen psychischen Störungen kommt.

3.5 Zusammenfassung

Aus der Vielzahl neurologischer Erkrankungen wurden exemplarisch drei häufige Krankheiten herausgestellt: das Schädel-Hirn-Trauma, die Multiple Sklerose sowie die cerebralen Durchblutungsstörungen, besser bekannt als Schlaganfall. Aufgrund der Heterogenität sowohl der neurologischen Erscheinungsbilder als auch der klinisch-psychologischen Besonderheiten wurden die für die Psychotherapie relevanten Problembereiche, die Interventionsziele sowie die psychotherapeutischen Interventionen bei diesen Erkrankungen beispielhaft beschrieben. Dabei ist die psychotherapeutische Behandlung neurologischer Patienten in der Regel dadurch gekennzeichnet, dass sie die neurologische Behandlung ergänzt und unterstützt. Folgende Aspekte haben einen wesentlichen Stellenwert: die Stabilisierung der erhaltenen Kompetenzen, die Reduktion beziehungsweise der Abbau von unerwünschten Verhaltensweisen, der Aufbau von positiven Aktivitäten, die auch mit der Erkrankung zu realisieren sind, die Wahrnehmung von Frühwarnsignalen der Überforderung beziehungsweise von Stressoren sowie deren Bewältigung, das Erschließen alternativer Lebensfelder und -konzepte, die Verbesserung des Selbstwertgefühls sowie die Einstellungsmodifikation. Häufig handelt sich bei psychotherapeutischen Interventionen um Maßnahmen zur Unterbrechung eines krankheitsinduzierten Teufelskreises. Dabei haben sich folgende Interventionen in der Praxis bewährt: Psychoedukation, Wahrnehmungsschulung individueller Belastungsfaktoren, Exposi-

tionsübungen, kognitive Interventionen, Aufbau von Entspannungskompetenzen oder symptom-inkompatiblen Verhaltensweisen oder operante Mechanismen der Verhaltensformung. Auch die Einbeziehung der Angehörigen spielt eine wichtige Rolle bei der Behandlung neurologischer Patienten. Insgesamt gibt es gerade in den letzten Jahren eine Vielzahl von psychotherapeutischen Interventionen bei dieser Patientengruppe, die in gezielter Weise auf das individuelle Störungsbild und Problemverhalten der Patienten zugeschnitten sind.

4 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. Ein depressiver Patient, 57 Jahre, hat vor 2 Jahren ein Schädel-Hirn-Trauma infolge eines Arbeitsunfalls erlitten. Wann würde man von einer organisch bedingten depressiven Störung (F06.32), einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.21) oder einer depressiven Episode (F32.x) ausgehen?

→ Differenzialdiagnosen siehe Abschnitt 2.5

2. Ein Patient mit depressiver Symptomatik hat vor einem Jahr einen Schlaganfall erlitten. Im BDI erreicht er eine Punktzahl von 30. Das würde einer schwergradigen Depression entsprechen. Die Angaben aus der Exploration sowie die Verhaltensbeobachtung geben jedoch nur einen Hinweis auf eine leichtgradige Depression. Worauf ist diese Diskrepanz vermutlich zurückzuführen?

→ Das Ergebnis könnte auf „neurologiesensitive“ Items im BDI zurückzuführen sein.

3. Ein Patient mit einem Schlaganfall klagt wiederholt über Gedächtnisstörungen. Ist deshalb Gehirnjogging indiziert – oder welche anderen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen wären zusätzlich möglich?

→ Bei diesem Patienten ist zunächst eine neuropsychologische Diagnostik indiziert, die seine Defizite, aber auch seine Kompetenzen differenziert erfasst. Auf dem Befund aufbauend sollte eine neuropsychologische Behandlung erfolgen, die einen möglichst weitgehenden Alltagsbezug aufweisen sollte.

4. Ein Patient hat aufgrund eines Schädel-Hirn-Traumas starke Ängste entwickelt. Außerdem ist er kognitiv deutlich beeinträchtigt. Ist in einem solchen Fall eine Psychotherapie überhaupt möglich? Wenn ja, worauf sollte besonders geachtet werden?

→ Prinzipiell ist eine Psychotherapie sinnvoll und möglich; der Schwerpunkt sollte dabei in der Veränderung der Umgebungsbedingungen sowie im Einbeziehen des sozialen Umfeldes des Patienten liegen. Weiterhin sind bei der Therapieplanung unbedingt die neurologisch bedingten Beeinträchtigungen zu berücksichtigen.

5 Prüfungsfragen

1. Welche neuronalen Schädigungen finden sich beim Schädel-Hirn-Trauma, der Multiplen Sklerose und einem Schlaganfall?

2. Nennen Sie die bei neurologischen Erkrankungen übliche diagnostische Unterteilung in primäre (ICD-Kategorie!) und sekundäre psychische Folgen (3 ICD-Oberkategorien)!
3. Welche psychotherapeutisch relevanten diagnostischen Ebenen müssen bei neurologischen Patienten berücksichtigt werden?
4. Nennen Sie die für neurologische Patienten wichtigen psychotherapeutischen Behandlungsziele!
5. Nennen Sie wesentliche Vorgehensweisen in der Psychotherapie neurologisch Erkrankter!
6. Formulieren Sie ein Störungsmodell zur Problematik minimaler kognitiver Defizite nach einem Schädel-Hirn Trauma!
7. Skizzieren Sie ein für eine Anpassungsstörung relevantes Störungsmodell am Beispiel einer neurologischen Erkrankung!

6 Literatur

a) zitierte Literatur:

- Birbaumer N, Strehl U, Kübler A, Kotchoubey B, Flor H: Verhaltensmedizin neurologischer Erkrankungen. In: Flor H, Hahlweg K, Birbaumer N (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie. Anwendungen der Verhaltensmedizin. Klinische Psychologie. Bd 4. Göttingen: Hogrefe, 2001
- v. Cramon DY, Mai N, Ziegler W: Neuropsychologische Diagnostik. Weinheim: VCH, 1993
- Hartje W, Poeck K: Klinische Neuropsychologie. 5. Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2002
- Lepow B, Paetow K: Psychotherapie in der Neurologie. In: Strauß B, Brähler E (Hrsg.): Medizinische Psychologie chronischer Krankheiten. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe, 2002 a, 212-230
- Lepow B, Paetow K: Neurologische Erkrankungen. In: Ehrlert U (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltensmedizin. Berlin: Springer, 2002b, 571-602
- Lepow B: Parkinson-Erkrankungen. In: Schulte D, Grawe K, Hahlweg K, Vaitl D (Hrsg.): Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe, 2004, im Druck
- Matthes-v. Cramon G, v. Cramon DY: Störungen exekutiver Funktionen. In: Sturm W, Herrmann M, Wallesch C-W (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers, 2000, 392-410
- Spreen O, Strauss E: A compendium of neuropsychological tests. Administration, norms, and commentary. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1998
- Poeck K, Hacke W: Neurologie, 11. Aufl. Berlin: Springer, 2001
- Sturm W, Herrmann M, Wallesch C-W (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers, 2000

b) weiterführende Literatur

- Birbaumer N, Ghanayim N, Hinterberger T, Iversen I, Kotchoubey B, Kübler A, Perelmouter J, Taub E, Flor H: A spelling device for the paralysed. Nature 1999;398(6725): 297-298
- Ehrhardt T, Plattner A: Verhaltenstherapie bei Morbus Alzheimer. Göttingen: Hogrefe, 1998
- Guggel S, Schoof-Tams K: Psychotherapeutische Interventionen bei Patienten mit Erkrankungen oder Verletzungen des Zentralnervensystems. In: Sturm W, Herrmann M, Wallesch C-W (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2000
- Heubrock D, Petermann F: Verhaltenstherapie in der Klinischen Neuro-