

Integrative Bewegungstherapie bei chronischem Schmerz

SPECIAL: Somatoforme Schmerzstörungen

von Hanna Kysely

Zusammenfassung: Chronische Schmerzpatienten fordern Physiotherapeuten heraus. Am Beispiel der somatoformen Schmerzstörung wird die Wechselwirkung zwischen Psyche und Körper beschrieben. Die Integrative Bewegungstherapie bietet gerade durch ihren „leibbezogenen“ Ansatz für Physiotherapeuten eine erweiterte therapeutische Dimension, um dem Patienten zu helfen.

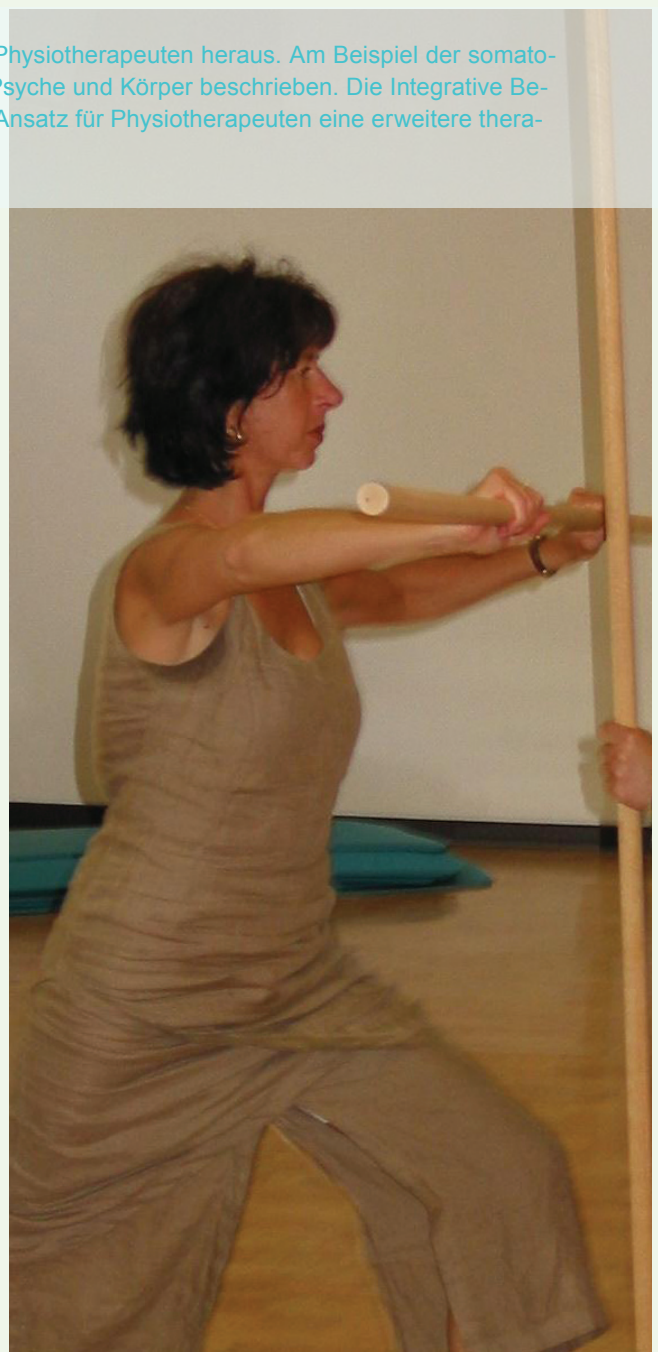
Einführung

Das Verhalten und Erleben von Patienten in Wechselwirkung zum Verhalten und Erleben des Physiotherapeuten trägt wesentlich zum Erfolg der physiotherapeutischen Behandlung bei. Die Erfahrung lehrt, dass chronische Schmerzpatienten bei ihrem Gegenüber oft Gefühle von Betroffenheit, Hilflosigkeit und Ärger auslösen. Nicht zuletzt aus diesem Grunde werden viele Patienten zur Physiotherapie überwiesen.

In der Physiotherapie wird deshalb der Behandler mit einer hohen Erwartung konfrontiert. Versorgungswünsche, auch regressive Wünsche werden angemeldet. Fordert der Behandler von Seiten des Patienten Verantwortungsübernahme für seinen Gesundungsprozess, blockt dieser häufig ab. Die Patienten scheinen nicht motiviert. Oft wurde schon ein Rentenantrag gestellt. Würde sich jetzt etwas Wesentliches ändern, wäre der Rentenantrag in Frage gestellt. Der Behandler ist in der Gefahr, in seinem Gegenübertragungsgefühl verhaftet zu bleiben, wenn er glaubt, dass der Patient sich die Rente erschleichen will und dabei übersieht, was mit einem Patienten geschieht, der früher eine sehr hohe Leistungserwartung und Anforderung an sich selber hatte und nun ganz in die Passivität einbricht. Unter anderem kann dahinter stehen, dass der Patient sich selbst aufgibt.

Somatoforme Schmerzstörungen

Von einer chronischen Schmerzkrankheit – einer somatoformen Schmerzstörung – spricht man, wenn das vorherrschende Symptom ein mindestens seit sechs Monaten andauernder und sich als quälender Schmerz darstellt, der



durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht erklärt werden kann (ICD 10 F 45).

Der Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf. Diese sollten schwerwiegend genug sein, um als eigentliche, ursächliche Einflüsse zu gelten. Differenzialdiagnostisch muss dabei unterschieden werden zwischen Belastungen und Konflikten, die erst sekundär im Verlauf der Schmerzkrankung entstanden sind.

Ein weiteres Problem der Diagnostik ist die Unterscheidung von der histrionischen (englisch: histrionic „schauspielerisch; theatralisch, affektiert“) Verarbeitung organisch verursachter Schmerzen. Es wird geschätzt, dass mindestens 20% der Patienten, die einen Hausarzt aufsuchen, an somatoformen Störungen leiden. Aus stationären Abteilungen wird von einer Häufigkeit von 10 – 40 % der Patienten mit somatoformen Störungen berichtet (AWMF/Leitlinien 1999).



Abb. 1:

Patienten mit somatoformen Störungen gelten beim Hausarzt häufig als „schwierig“, beim Psychotherapeuten als „unmotiviert“. Darüber hinaus werden diese Patienten als wenig introspektiv beschrieben und weisen eine hohe Abbruchstendenz auf. In der Praxis bieten die Patienten wiederholt körperliche Symptome verschiedenster Art in Verbindung mit Forderungen nach medizinischer Untersuchungen, auch wenn es wiederholt Versicherungen gibt, dass die Symptome nicht ausreichend körperlich begründbar sind. Am häufigsten wird von Schmerzen und Allgemeinsymptomen, Müdigkeit und Erschöpfung berichtet. Die sehr unterschied-

lichen lokalisierten körperlichen Beschwerden werden von den Patienten auf alle Organsysteme bezogen. Wenn für den Beobachter eine enge Beziehung zu den körperlichen Symptomen und belastenden Lebensereignissen sichtbar sind, widersetzt sich der Patient gehäuft dem Versuch, die Möglichkeit einer psychischen Ursache zu diskutieren. Anamnestisch liegen jedoch gehäuft frühere oder auch aktuell vorhandene depressive Störungen oder Angststörungen vor.

Oft wird diesen Patienten Simulation unterstellt. Aufgrund der empfundenen mangelnden Akzeptanz wechseln die Patienten im Laufe der Zeit häufig den Arzt. Ein Behandlungsansatz, der ausschließlich auf die Linderung der körperlichen Beschwerden ausgerichtet ist, führt in der Regel nicht zum Erfolg (AWMF, Leitlinie 1999, 4). Unprofessionelle Konfrontation des Patienten mit z. B. „das ist psychisch und nicht organisch begründbar“, weisen eher auf die Hilflosigkeit des Arztes hin (Nickel, Egle 1999, S. 35). Insbesondere bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung muss daher die Interaktion zwischen Patient und Therapeut zur Diagnostik mitbetrachtet werden. Ohne biographische Anamnese ist eine sichere Diagnosenstellung nicht möglich. Die Patientengruppe zeigt eine erhöhte physiologische Reaktionsbereitschaft (Shaw et al. 1996). Die Bedeutung dieser physiologischen Prozesse wird von dem Patienten fehlbewertet. Dadurch werden normale körperliche Empfindungen intensiver wahrgenommen und als Zeichen einer Erkrankung interpretiert. Diese Aufmerksamkeitsfokussierung führt wiederum zur Verstärkung der Beschwerden. Es gibt auch Belege dafür, dass chronisch kranke Eltern oder Geschwister in Kindheit und Jugend als Krankheitsmodelle vorhanden waren (Hoffman, Egle 1996).

Belegt wurde weiterhin eine biographische Vulnerabilität, die vor allem durch regelmäßige körperliche Misshandlungen sowie sexuellen Missbrauch, emotionale Vernachlässigung und frühe Elternverluste hervorgerufen wurde (Nickel, Egle 1999, S. 10). Als Folge von frühen Traumatisierungen wird häufig ein unsicheres Bindungsmuster entwickelt. Ein sicheres Bindungsverhalten wird normalerweise zu Verhaltensweisen, die die Gesundheit erhalten, führen (Rotschild 1995). Dagegen prädisponiert ein unsicher vermeidendes Bindungsverhalten für verstärkte körperliche Symptomklagen (Kotler et al. 1994).

Nach klinischen Beobachtungen zeigen viele Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen ein unsicher-ambivalentes Bindungsmuster (Egle, Nickel 1999). Dies bedeutet, dass diese Patienten dazu neigen, ihre körperlichen Beschwerden ängstlich-katastrophisierend zu verarbeiten. Als eine Bewältigungsstrategie wird in mehreren Studien (Hasenbrink 1992, 1996) der Typ **Durchhalter** versus **Schoner bzw. Vermeider** aufgeführt.

Unter dem Typ „Durchhalter“ wird verstanden, dass der Patient bereits bei dem Versuch der Wahrnehmung eines Schmerzes blockiert ist. Schmerzen werden ignoriert, der Patient erträgt sie klaglos und bürdet sich oft zusätzliche, besondere Leistungen auf, bis er zu einem Punkt kommt, an dem er fast zusammenbricht.

Unter dem Typ „Vermeider“ versteht man eine Person, die bei auftauchenden Schmerzen versucht, die auslösende Bewegung zu vermeiden, gerade auch körperliche Anstrengungen aus dem Wege zu gehen, sich körperlich zu schonen. Dies führt unweigerlich zu weiteren Schmerzen am Bewegungsapparat durch Inaktivität und Schonverhalten.

Gelegentlich hat der Schmerz für den Kranken auch eine psychoprotektive Funktion. Der Schmerz substituiert dabei oft einen erlittenen Verlust (z. B. Arbeitsplatz oder Ehepartner) und schützt den Patienten so vor einer drohenden psychischen Dekompensation. Weiter wird davon ausgegangen, dass innere Konflikte sich körpersprachlich und symbolisch in einem Schmerzsymbol darstellen und dadurch eine psychische Entlastung finden. Alle schmerzhaft traumatisierenden Erfahrungen können so ausgedrückt werden.

Auch Schuldgefühle werden über Schmerzen abgemildert. Die nicht verarbeiteten, depressiven und ängstlichen Affekte somatisieren sich funktionell in muskulären Spannungen mit Schmerzentwicklung. Dazugehörige Affekte können vom Patienten nicht angemessen wahrgenommen werden, er konzentriert sich auf den somatischen Aspekt (Egle 1994).

Integrative Bewegungstherapie

Die Integrative Bewegungstherapie (IBT) ist eine Methode der „Integrativen Therapie“, die von Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold u. a. entwickelt wurde. Die Integrative Therapie vereint unter anderem Elemente der klassischen Gestalttherapie nach F. Perls, Elemente des Tanztheaters und des Psychodramas nach Moreno sowie der modernen Entwicklungspsychologie. Grundlegend kann die IBT als ein humanistisches Psychotherapieverfahren bezeichnet werden. Mit ihr arbeitet man prozessorientiert in drei Arbeitsmodalitäten:

1. funktional/übend,
2. erlebnisorientiert/imaginativ und
3. konfliktzentriert/aufdeckend.

Die IBT spricht vom „Leib“ statt vom „Körper“, um der Spaltung von Körper, Geist und Seele bereits in der Therapetheorie vorzubeugen. Sie setzt auf:

- bewegungstherapeutische Angebote, wie die Arbeit mit Objekten (Bälle, Seile usw.),
- der Körperwahrnehmung durch Spannungsübungen oder dem Dehnen,
- der authentischen Bewegung bis hin zum Theaterspielen.



Abb. 2:

Der Wechsels zwischen den Ebenen ermöglicht eine prozessorientierte Arbeit mit den in den Leib/Körper verschobenen, inneren psychischen Konflikten und sozialen Problemen. Sie wird in Einzel- und oder in Gruppenbehandlung ausgeführt.

IBT-Therapeuten haben eine mindestens fünfjährige berufsbegleitende Weiterbildung in Leib/Körperpsychotherapie mit hohem Selbsterfahrungsanteil zu absolvieren. Wie die Integration und Nutzung von Ansätzen der Integrativen Bewegungstherapie die physiotherapeutische Behandlung ergänzt, wird mit dem folgenden Therapiebeispiel illustriert.

Therapie-Fallbeispiel aus der Praxis für die Praxis

Frau M., 54 J., kam mit der Diagnose Schulter-Arm-Syndrom in die physiotherapeutische Behandlung einer psychosomatischen Klinik. Zur ersten Behandlungsstunde erschien Fr. M. mit tief gesenktem Kopf und schwarz gekleidet. Bei der Beschreibung ihrer Beschwerden gab sie unter anderem an, beladene schwere Schultern zu haben. Die Schmerzen waren im letzten Jahr so stark, dass die physiotherapeutische Behandlung ins Haus verlegt werden musste. Sie sprudelte sofort los, ihr Ehemann sei vor einem Jahr tödlich verunglückt, ihr Glück sei zerbrochen. Ihr Partner habe sein Haus an sie vererbt, die Kinder aus seiner ersten Ehe stritten nun mit ihr um das Erbe. Zur Zeit lebe sie bei ihrer Tochter. Während der ersten Sitzung weinte die Patientin beim Erzählen über das ihr erlittene Unrecht so stark, dass das vorgesehene Zeitlimit überschritten wurde.

Bei der Physiotherapeutin löste die Patientin ein starkes Mitgefühl aus, die die Behandlung zunächst auf rein funktionale Übungen konzentrierte. Im Zuge dessen erhielt die Patientin

tin eine Igelballmassage, manuelle Behandlung und eine heiße Rolle. Die Beschwerden verbesserten sich nicht – im Gegenteil, sie nahmen zu. Im Widerspruch dazu stand das vehementes Einfordern von Massagen der Patientin bei der sie behandelnden Ärztin. Offensichtlich genoss sie die Behandlungen, wohingegen konfliktzentrierte Angebote der Ärztin, die einen Zusammenhang mit ihrer persönlichen Situation und ihren Schmerzen herstellen sollten, rigoros abgelehnt wurden. Auch Spannungsübungen brach die Patientin wegen Zunahme der Schmerzen gleich ab. Des weiteren klagte sie über Schlafprobleme.

Auch von der Physiotherapeutin wurde Frau M. damit konfrontiert, dass die Massagen ja nicht geholfen hätten. Dem stimmte die Patientin zunächst zu. In dem folgenden Gespräch wurde deutlich, dass sie sich durch die Anforderungen ihrer Umwelt überfordert fühlte. Zum einen dränge ihr Arbeitgeber auf Kündigung, zum anderen würden die familiären Auseinandersetzungen mit den Stiefkindern sie belasten. Die Zeit mit ihrem verstorbenen Ehemann hingegen beschrieb sie ausführlich und als harmonisch. Sie hätte sich umgebracht, wenn ihre Tochter sie nicht davon abgehalten hätte.

Mit diesem Gespräch konnte die Physiotherapeutin den Beginn des Wechsels von dem funktionalen zu dem konfliktzentrierten Arbeitsbereich einleiten. Auf die Frage, was ihr momentaner Wunsch sei, antwortete Frau M., sie wolle fliehen, nur noch in Ruhe gelassen werden. Die Physiotherapeutin nutzte diesen neuen Zugang für die folgende Übung: Mit dem geäußerten Wunsch im Sinn sollte sich die Patientin in die Mitte des Behandlungsraumes stellen und dabei mit ihren Händen den Raum, um ihrem Körper abstecken. Statt zu fliehen, sollte sie jetzt einen Moment lang stehen bleiben und „Stopp“ sagen. Die Patientin erklärte diese Situation selbst: Sie könne nicht fliehen; die Anforderungen würden sie verfolgen. Zur Stärkung ihres Ichs erhielt sie einen Stab in die Hand. Sie wurde zusätzlich von der Physiotherapeutin unterstützt immer wieder laut und deutlich „Stopp“ zu sagen.

Unmittelbar nach dieser Einheit waren die Schmerzen deutlich reduziert. Die Patientin erklärte, sie habe ein gutes Körpergefühl. Frau M. erkannte auch einen Zusammenhang zwischen ihren Schmerzen und ihrer Lebenssituation. Gleichzeitig übte sie mit therapeutischer Unterstützung mögliche Formen der Abgrenzung. Diesen Schritt übte sie auch zunächst innerhalb ihres stationären Alltags, z. B. durch die Abgrenzung von Mitpatienten.

Im weiteren Behandlungsverlauf übertrug die Patientin das Erlernte auf weitere Lebensbereiche. Frau M. erkannte, dass sie eine unerledigte Aufgabe des verstorbenen Ehemannes übernommen habe. Dieser hatte die Auseinandersetzung mit seinen Kindern immer vermieden und unter der schwierigen Beziehung zu ihnen still gelitten. Auch an ihrem Arbeitsplatz hätte sie bei zusätzlichen Arbeitsanforderungen nicht „Nein“ sagen können, was häufig zu Überforderung geführt habe. Sich auseinandersetzen und einen eigenen Standpunkt vertreten, habe sie nie gelernt.

Frau M. übte anschließend die Abgrenzung gegenüber ihrem Arbeitgeber und erlernte während der physiotherapeutischen Behandlung eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und sie in realistischen Verhältnissen zu befriedigen.

Wie Frau M. haben einige Schmerzpatienten ein hohes Leistungsideal, verfügen dabei aber über ein geringes Abgrenzungspotential. Sie müssen erst einmal lernen, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und für sich selbst zu sorgen. Wichtig ist es auch, dass Selbstwertgefühl zu stärken, denn die Umwelt wird auf das neue Abgrenzungsverhalten nicht unbedingt gleich positiv reagieren. Familie, Freunde und Arbeitskollegen müssen deshalb in den Lern- und Entwicklungsprozess einbezogen werden. Die erforderliche Rückenstärkung bekommt der Betroffene durch therapeutische Hilfe und/oder einer Selbsthilfegruppe.

Literatur

- AWMF online: Leitlinie psychotherapeutischer Medizin – Somatoforme Störung; 1999, <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF>
- Egle, Hoffmann: Der Schmerzkranken; 1993, Schattauer, Stuttgart
- Hasenbring M.: Kognitive Verhaltenstherapie chronischer und prächronischer Schmerzen; In: Psychotherapeut 1996, 313-325
- Hasenbring M.: Chronifizierung bandscheibenbedingter Schmerzen; 1992, Schattauer, Stuttgart
- Hausmann B., Neddermeyer R.: Bewegt sein, Integrative Bewegung und Leibtherapie in der Praxis; 1996, Junfermann, Paderborn
- Heinl, H. Heinl P.: Körperschmerz – Seelenschmerz; 2004 Kösel, München
- ICD (Internationale Klassifikation psychischer Störungen): 10 Kapitel 5 F 2000; Hans Huber, Göttingen
- Kysely H.: Integrative Bewegungstherapie – Schmerz als Lebensinhalt; 2003, Thieme, Stuttgart
- Nickel R., Egle U.T.: Therapie somatoformer Schmerzstörungen – Manual zur psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie; 1999, Schattauer, Stuttgart
- Petzold H.: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie – ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie; Band 1 und 2, 1988, Junfermann, Paderborn

Autorin

Hanna Kysely
Integrative Bewegungs- und Tanztherapeutin
Heilpraktikerin (Psychotherapie)
Physiotherapeutin Traumatologie und Traumatherapie,
Dipl. Religionspädagogin
IBT-Therapeutin an der psychosomatischen
Klinik Schlangenbad
Wigbertstr. 9a, 36251 Bad Hersfeld
E-Mail. hannakysely@tiscali.de