



Kognitive Verhaltenstherapie (IKV) und verhaltensmedizinische Erkenntnisse bei chronischen Schmerzen

Vortrag am 04.02.1996 in Würzburg gehalten;

Zusammenfassung: Neue bio-psycho-soziale Schmerzkonzepte der Verhaltensmedizin berücksichtigen sowohl Multikausalität als auch komplexe Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Ebenen des Schmerzgeschehens. Es wird beispielhaft an der verhaltenstherapeutischen Therapiearbeit (Integrative Kognitive Verhaltenstherapie = IKV) verdeutlicht, wie dieser dreidimensionalen Pathogenese eines Schmerzkonzeptes zu entsprechen ist. Schmerz wird als Ausdruck einer Systemstörung verstanden. Beim akuten Schmerz wird durch gegensteuernde Reaktion auf der betroffenen Schmerzebene meist in kurzer Zeit eine Heilung herbeigeführt. Bei chronischen Schmerzen entstehen demgegenüber auf mehreren Systemebenen Fehlregulationen, die durch positive Feedback-Prozesse aufrechterhalten u./o. verstärkt werden und zu dauerhaften Dysbalancen führen. Patienten lernen in der IKV über Einstellungs- und Verhaltensänderungen aber auch durch den Erwerb von Selbstmanaging Methoden sowie Stressbewältigungsstrategien und diversen Relaxationsverfahren, die Ursachen für ihre chronische Schmerzerkrankung weitgehend zu be-

seitigen oder zu heilen, aber auch einer bio-psycho-sozial-Pathogenese eines Schmerzgeschehens a priori vorzubeugen.

Schlüsselwörter:

Chronischer Schmerz, Regulationsmodell, Integrative Kognitive Verhaltenstherapie (IKV), Regulationstherapie, bio-psycho-soziales Schmerzkonzept resp. Krankheitskonzept, Schmerzmanagement.

Als klinisch-psychologischer Verhaltenstherapeut arbeite ich seit 1980 mit einem ganzheitsorientierten, also holistischen Therapie- u. Forschungsansatz auf verhaltensmedizinischer Basis. Dabei gehe ich so vor, daß ich empirisch gesicherte Erkenntnisse u. Behandlungsverfahren auch mit eigenen neuen oder bekannten (modifizierten) Verfahren zu individuellen Therapie-Settings integriere i. S. e. positiven Eklektizismus. Daraus ist zu schlußfolgern, daß es keine genau gleichen Verhaltenstherapie-Settings gibt, da auch jedes Krankheitsbild in seiner Bio-psycho-Pathogenese einmalig und jeder auch leidende Mensch mit seelischen und körperlichen Schmerzen ein Individuum ist. Die Frage nach der Differentialdiagnose ist eine zentrale und sollte zwingend einer Behandlung vorausgehen. Um eine relativ gesicherte Differentialdiagnose stellen zu können, bedarf es eines anderen kognitiven Zuganges, als dies bisher im ärztlichen Denken der Schulmedizin (somatischen Medizin) aber auch der psycho-somatischen Medizin der Fall ist. Dieser neue Zugang, um Krankheit oder Gesundheit

semantisch rational und medizinisch-psychotherapeutisch sinnvoll umsetzen zu können; ist ein dreidimensionaler, Krankheit oder Gesundheit als komplexe, interdependente bio-psycho-sozial Prozesse begreifender; also eine systemtheoretische Konzeption für Krankheit und deren Therapie.

Bisher wurde Krankheit definiert als eine Störung der Lebensvorgänge, die den Gesamtorganismus oder Teile davon derart verändert, daß der Mensch subjektiv, ärztlich oder sozial hilfebedürftig wird. Diese Krankheitsdefinition erfolgt in Analogie zur Definition der Gesundheit durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Demnach wird Gesundheit als ein Zustand "vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens" bezeichnet, was objektiv nicht möglich ist, da diese Aussage aus Sicht der rational-emotiven Psychotherapeuten irrational ist (vgl. absolutes, perfektionistisches Denken als eine kognitive Distorsion, hier "vollkommen").

So sind in den Wissenschaften, der Politik, im Sport auch irrationale Anteile Standard, die als solche nicht von Politikern, Ärzten, Wissenschaftlern erkannt werden, blinden Flecken gleichkommen und einen Großteil der systemimmanenten Fehler bei Menschen und ihren Organisationsformen bereits "a priori" ausmachen. Biologisch-somatisch gesehen ist Krankheit lediglich als eine "Antwort" des Organismus auf eine Schädigung (Noxe) zu verstehen. Sowie der Organismus mit der schädigenden Noxe (z.B. Virus) zusammentrifft, antworten die betroffenen Zellen, das Gewebe oder die Organe mit einer begrenzten Anzahl von Reaktionen (z.B. Entzündung der Na-



senschleimhäute), die erst in dem für die betreffende Krankheit typischen Zusammenspiel zu charakteristischen Struktur- und Funktionsveränderungen führen (Schleimhautschwellung, Nasenlaufen u.s.w.) Diese biologische Interpretation von Krankheit ist zu einseitig, zu oberflächlich und geht an dem tatsächlich **prozessualen Entwicklungsgeschehen von Krankheit als dynamische Größe** (wie Gesundheit auch) weit vorbei.

Heute wird in der verhaltensmedizinischen und psychotherapeutischen Fachwelt Krankheit anders definiert und erst dadurch können sich **rationale Diagnosen und Behandlungs-Settings** ergeben. Es wird noch ein weiter langer Weg sein, bis in Deutschland (aber auch weltweit) in der Mediziner Ausbildung die gesicherten Erkenntnisse der Verhaltensmedizin und kognitiven Verhaltenstherapie Anwendung finden und den Patienten diese humanen, fortschrittlichen, heilenden Behandlungsmethoden nützen können.

Krankheitsbilder (heute sind rd. 20.000 in den herkömmlichen Lehrbüchern zu finden) sind in weit größerer Zahl anzutreffen, als in der somatischen u./o. psychosomatischen Medizin bisher bekannt sind. Diese realistische Einschätzung ergibt sich aus der Tatsache, daß Krankheit heute verhaltenstherapeutisch und verhaltensmedizinisch grundsätzlich **bio-psycho-sozial** analysiert wird; wobei eine bloß biologisch mechanische Sichtweise, also eine monokausale Sichtweise, irrational und nicht zeitgemäß ist. Klar ist aber auch, daß jede Krankheit unterschiedliche Wirkzusammenhänge aber auch unterschiedliche Präferenzen und Anteile bzw. Kumulationspunkte (Fokusse) hat. So kann bei einem Beinbruch einmal der **biologisch-mechanische** Anteil größer als der **psychosoziale** oder es kann beim Beinbruch der psychosoziale Anteil (meist unbewußt) größer sein als der biomechanische. Wohin möchte der Mensch unbewußt in nächster Zeit nicht hingehen (z.B. nicht mehr zu seinem Arbeitsplatz).

Welche automatischen Gedanken bewirken, daß der Mensch sich unbewußt einen Bruch zufügt? Diese Fragestellung ist für somatisch medizinisch denkende Menschen so fremd, daß sie gleich wieder irrational, als unsinnig, abwegig, weitergeheolt mißinterpretiert wird. Dadurch verwehren sich solche rigid denkenden Menschen den Zugang zum rationalen, humanen, disponiblen Denken und nehmen sich bedauerlicherweise die Chance, im Lebensfluß, im Erkenntnis- und Veränderungsstrom bereichernd teilhaben und mitwirken zu können.

Welche Sicht- und Verhaltensweisen führen zur vorzeitigen Abnützung der Bandscheiben, der Gelenke, zur Hirnatrophie (durch Alkoholismus), zum Verlust der Zähne (Bulimie), zum schwachen Muskeltonus und Übergewicht und dadurch zu Rücken- u./o. Gelenkschmerzen etc.? Wie werden soziale Rahmenbedingungen als unabänderlich erklärt und deshalb nicht geändert? (z.B. neurotische Paarbeziehungen oder Dauer-

mobbing am Arbeitsplatz und in Familien oder selbst nicht erkannte Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen wie Profilneurosen, histrionische, dependente Persönlichkeitsstörungen wie sie auch von der WHO durch die Internationale Klassifikation "psychischer Störungen" (biopsychosozialer Störungen) ICD-10 beschrieben sind (vgl. WHO: Tenth Revision of the International Classification of Diseases, 1992) (2).

Aufgrund von falschen Diagnosen kommt es dann häufig zu falschen Therapien. Es ist nicht ausreichend, anhand von somatischen Symptomen wie Schmerz, Fieber oder Hautaffektion eine Diagnose stellen zu wollen vgl. Focus (12, 1994) (3).

In Deutschland leidet z.B. jeder dritte Mensch an einer Allergie, aber nur 33 Prozent der Pat. wird "optimal" versorgt. "Es gibt viele gute Allergologen, aber eine Masse von allergologischen Tätern" nach Frau Dr. C. Thiel, Wiesbaden.

Verhaltensmedizinisches und Verhaltenstherapeutisches Krankheitsmodell Krankheit biopsychosozial definiert:

Psycho: Kognitionen u.-daraus resultierende körperliche, seelische Gefühle u. physiologische Reaktionen vgl.(REBT)*; Pränatale Psychologie und Klinische Psychologie/Verhaltensmedizin

REBT = Theorie u. Praxis der "Rational-Emotive Behavior Therapy"

Bio: Somatische Medizin (Schulmedizin) v.a. als Apparate- u. Reparaturmedizin und allmählich sich entwickelnde Präventivmedizin, Psycho-Neurophysiologie, Psycho-Neuroendokrinologie, Psycho-Neuroimmunologie u. Pränatale Medizin.

Sozial: Rahmenbedingungen, Interaktionen; Beruf, Familie, Freizeit, Partnerschaft etc. (vgl. Sozialmedizin, Sozialpsychologie und andere Sozialwissenschaften wie Humanethnologie u.a.).



Genauso wie es bei der Behandlung von Atopikern mit Asthma und Neurodermitis eines vernünftigen **"Allergiemanagement"** bedarf, damit die Betroffenen besser mit ihrer Erkrankung leben und umgehen können, ist es sinnvoll, bei anderen Krankheitsbildern ebenso multifaktoriell und verhaltensmedizinisch vorzugehen.

Beispiel eines Allergiemanagement ist:

1. Richtige Diagnose

(mit Krankengeschichte, Verhaltensanalyse, Allergietest, Blutuntersuchung, Nahrungstagebuch, Provokationstest)

2. Vermeidung des Allergens

3. Immuntherapie (effektiv bei Insektengiftallergie, Heuschnupfen, Hausstaub)

4. Medikamente

(antientzündliche Therapie für die Atemwege, neue Antihistaminika, die nicht so müde machen, Phytotherapeutika, als immunstimulierende Mittel wie Echinazin, Eupatorium oder Mistelpräparate)

5. Patientenschulung

(Atemtraining, Hautpflege, Hygiene)

6. Wohnraumsanierung

(z.B. keinen Teppichboden, milbengeschützte Matratzen, Ökogifte in Baustoffen, Farben, Lacken und Kontakt- bzw. Umweltgifte minimieren)

7. Keine Haustiere

8. Nicht Rauchen; nicht zuviel

Alkohol und nicht täglich trinken

9. Gering belastete Baumwollkleidung

10. Gesunde Ernährung

(z.B. entsprechende Diät)

11. Relaxationen u. Feedback

(Lernen und tägliches Anwenden von Entspannungstechniken wie Atemtraining, Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung n. Jacobson, Yoga und fokuszentrierten Visualisationen sowie Durchführung von Biofeedbackverfahren (Respiratorisches-, Skin-Response-Level-, Elektromyogramm- oder Temperatur-Feedback).

12. Kognitive Verhaltenstherapeutische Methoden wie Kognitive Umstrukturierungen durch Reframing, Gedanken-Stop, Rationale Selbstanalysen oder Stress- und Konfliktbewältigung, Systematische Desensibilisierung und Selbstmanagingmethoden.

"Zur Behandlung gehört auch die Psychotherapie, denn Stress fördert Allergien", meint auch Prof. Johannes Ring, Universität Hamburg, Focus, ebda S. 136 (3).

Entscheidend ist die Vorbeugung und die ausgeklügelte Kombination dieser Therapiemaßnahmen zu einem individuellen Behandlungssetting. Analog wäre auch bei Schmerzpatienten zu verfahren. Es bedarf einer interdisziplinären gut organisierten Zusammenarbeit u./o. Ambulatorien, in denen die verschiedenen Fachärzte u. Psychotherapeuten gleichberechtigt, auch bei gleicher Honorierung ihrer Arbeit, zusammenarbeiten.

Ein **Schmerz-Management** würde so aussehen:

1. Richtige Diagnose

(Differentialdiagnose z.B. in einer Schmerzambulanz wie bspw. Universitätsklinik Tübingen (Prof. Dr. Birbaumer, Prof. Dr. Larbig et. al.) oder Schmerzambulanz der Universitätsklinik Würzburg (Prof. Dr. G. Sprutte) vgl. Übersicht im Anhang (4) u. auch Schmerz-Fragebogen (13).

2. Vermeidung oder Reduzieren von Handlungen, Tätigkeiten,

(die diesen Schmerz provozieren, aufrechterhalten u./o. verstärken, z.B. nicht mehr stundenlanges Schreiben am PC bei Schmerzen im Handgelenk oder HWS-Bereich vgl. RMI-Syndrom (repeated muscles injury syndrom); aber auch das oftmals unbewußte Einnehmen einer Schonhaltung, die wiederum pathologische Determinante für eine Schmerzgenese sein kann vgl. auch Muskelverhärtungen (Myogelosen).

3. Kognitive Verhaltenstherapie

(schmerz-u./o. angstreduzierende Kognitionen lernen und engrammieren, Suggestionen u. Visualisationen zur Schmerzbewältigung durchführen auch mit Subliminals resp. Tiefenentspannung, Stressbewältigungstraining und visueller Schmerzbewältigung sowie Methoden von Kognitiver Umstrukturierung (s.o.)

4. Medikamentöse Mitbehandlung

(i.S. einer palliativen (lindernde) und entzündungsbeseitigende Behandlung, also sowohl mit Schmerzmitteln wie Ibuprofen (oder Aktren, Optalidon u.v.a.) gegen Schwellungen, Entzündungen, Verletzungen, Zahnschmerzen, Monatsschmerzen, Verbrennungen oder Acetylsalicylsäure (Aspirin, ASS-ratiopharm) bei Kopfschmerzen, Aufregung, Überanstrengung, Fieber oder Phenazon (Eu-Medmono, Spondylon Zäpfchen, Dentigan, Spasmodalgin gegen Krampfschmerzen wie Darm- u. Blasenkoliken, Kopfschmerzen, Migräne, Fieber oder Paracetamol (ben-u-ron, Tylenol u.a.) gegen Erkältung, grippaler Infekt, leichtes Fieber aber auch biologische Mittel wie z.B. Hevert-Migräne, Migräne-Gastreu R 16, Multiplex No. 1, Phönix Phönemigrä, Presselin, Schwoneural u.a.m. gegen Kopfschmerzen u. Migräne. Außerdem gibt es noch biochemische und homöopathische Mittel (5) die gegen chronische und akute Schmerzen helfen können z.B. Colocynthis D4 Dil. (Tabl.), Magnesium Carbonicum D6 Tabl., Digilatis D6 Tabl. (Dil.), Mercurius virus D1 Tabl., Valeriana etc.

5. Patientenschulung

(Atemtraining, Zahnhygiene, Körperhygiene, Wundhygiene etc.)

6. Milieusanierung

(geänderte Rahmenbedingungen schaffen in Familie, Partnerschaft, Beruf, Freizeit, die objektiv betrachtet nicht pathogen, belastend, deprimiert machend sind).



7. Kein Suchtverhalten weder

- a) Stoffsüchte wie Alkohol, Nikotin oder Medikamentensucht
- b) Persönlichkeitssüchte wie Profilierungssucht, Hörigkeit, Ichsucht (pathogener Narzißmus, oder Altruismus sogen. Helfersyndrom); Cinderella Komplex, Beziehungssucht etc.
- c) Verhaltenssüchte wie Grübel-, Tratsch-, Spiel-, Kaufsucht, Workaholic, etc.

8. Gesundheitsbewußte Ernährung

(Vollwertnahrung, phosphatreduzierte, kalorien-, fettarme und vitamin- sowie ballaststoffreiche Ernährung - i.d.R. (Iß das Richtige); Einstellungsänderung.

9. Regelmäßige Bewegung

(Kreislauftätigkeiten - Abwehr steigern bzw. kräftigen), Ausdauertraining, Gymnastik, Wirbelsäulentraining, Mototherapie, Schwimmen u.a.m.

10. Entspannungstechniken

(in Alltag integrieren wie Zähneputzen) mit Feedbacktherapie (s.o.) aber auch Feldenkrais, Heileurhythmie oder Tai-Chi.

Die Integrative Kognitive Verhaltenstherapie (IKV) kombiniert, je nach Krankheitsbild mit Schmerzart, Schmerzintensität (Schmerzgrad), Schmerzdauer, die unterschiedlichsten Behandlungsmaßnahmen zu einem patienten- und fokuszentrierten Setting mit verhaltenstherapeutischen und verhaltensmedizinischen Interventionen, die ätiologisch sowohl biologisch/somatisch, psychisch (kognitiv, emotional, physiologisch) als auch sozialmedizinisch orientiert und kombiniert werden.

Die IKV arbeitet nicht nur aufdeckend wie die Tiefenpsychologie oder die Psychoanalyse, sondern auch verarbeitend, anwendend, sichernd und auch Lernergebnisse (in Einstellung sowie im Verhalten) transportierend. In meinem letzten Buch habe ich z.B. meine Standardmethoden und bereits empirisch verifizierte Integrationsmethoden zusammengestellt, um eine integrative holistisch-

orientierte Vorgehensweise zu veranschaulichen. In einer Effektivitätsstudie konnte ich die Wirksamkeit der IKV nachweisen (1).

Grundsätzlich ist die Rational-Emotive Verhaltenstherapie (REBT, von Dr. Albert Ellis, New York City) (7), meine Hauptmethode innerhalb meiner IKV, als Wort-, Präventiv- und Begegnungsmedizin. Zu dieser REBT kommen grundsätzlich Entspannungsmethoden und Körperarbeit hinzu (PME, Yoga, Gymnastikprogramme, Sport u. Mototherapie, Massagen, Akupressur (n. Dr. med. Frank Bahr) (8), Bioenergetik (n. Dr. A. Lowen) (9); Biofeedbackübungen (Respiratorisches Feedback, Elektromyographie-Fb., Thermo-Fb. u. Hautwiderstands-Fb.) vgl. Die Biofeedbacktherapie, Huber S. 240-277 (1) aber auch psychohygienische Integrationsmethoden (ebda., S. 74) (1) sowie Methoden der Milieusanierung bspw. auch Familienmeditation (10) oder Einleitung von Reha-Maßnahmen.

Es gibt noch eine Reihe von Heilmethoden, die sich kombinieren ließen; auch einige sog. Außenseitermethoden wie Musik-, Tanz-, Kunsttherapie, Bachblütentherapie oder Chakra-Yoga, aber auch Dermalpunkturen mit Muskel- und Nervenstimulator sowie die medizinisch gesicherten Methoden der Neuraltherapie oder Segmenttherapie zur Funktionsverbesserung im Störfeld (Entblockung) wie Bindegewebsmassage, Segmentmassage, Periostbehandlung (Knochenhaut), subkutane Injektion, Wärmeanwendung (Heizkissen, Diathermie (Hochfrequenzwärmetherapie), Kurz- welle, Ultrakurzwelle, Ultraschall) vgl. Übersicht: Indikationen und Behandlungsmöglichkeit in der Schmerzklinik im Anhang (12).

In der Psychotherapeutischen Praxis ist es so, daß über 90 % der kognitiven Psychotherapeuten eklektistisch arbeiten, und daß oftmals die wissenschaftliche Effektivitätskontrolle nachzureichen ist; erfreulicherweise auch oftmals nachgereicht wird. Früher wurde auf-

grund der Empirie und der phänomenologischen Erfassung der Befunde/ Beschwerden resp. der Statusverbesserung des Pat. die Wirksamkeit der Methoden beobachtet und durch Selbst-rating ermittelt. Wichtig ist für den Pat. ein Manual an Selbsthilfestrategien vom psychologischen/ärztlichen Psychotherapeuten an die Hand zu bekommen mit Anleitungen, wie der Pat. sich selbst bei chronischen Schmerzen helfen kann vgl. auch T. Svoboda mit seinem entwickelten Regulationstraining bestehend aus:

- Stretching
- Fitnesstraining
- Streßbewältigungstraining
- Mentale Schmerzbeeinflussung (Wege aus dem Kopfschmerz, Mannheim, 1994) (6).

Von chronischen Schmerzen wird nach der ICD-10 dann gesprochen

(Chronische, anhaltende, somatoforme Schmerzstörung vgl. ICD-10, F45.4/F45.8/9), wenn die vorherrschende Beschwerde eine andauernde ist, also ein schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozeß oder eine körperliche Störung nicht (vollständig) erklärt werden kann. "Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten u./o. psychosozialen Problemen auf. Diese sollten schwerwiegend genug sein, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten. Die Folge ist gewöhnlich eine beträchtliche persönliche oder medizinische Betreuung oder Zuwendung." (ebda S. 178) (2).

Bei dieser Definition von chronischem Schmerz ist ein **psychogener Schmerz** im Verlauf einer depressiven Störung oder einer **Schizophrenie** noch nicht berücksichtigt. "Schmerzen aufgrund bekannter oder psychophysiologischer Mechanismen wie **Muskelspannungsschmerzen** oder **Migräne**, die wahrscheinlich auch psychogen sind", sollten unter Verwendung von psychischen Faktoren u./o. Verhaltenseinflüssen andernorts klassifiziert werden; vgl. psychogener Rückenschmerz (F54).



“Das Hauptproblem ist die Differenzierung dieser Störung von der historischen Verarbeitung organisch verursachter Schmerzen. Patienten mit körperlichem Schmerz, bei denen eine eindeutige körperliche Diagnose noch nicht zu stellen ist, können leicht verängstigt oder vorwurfsvoll werden und schließlich ein **aufmerksamkeitssuchendes Verhalten** entwickeln. Bei den Somatisierungsstörungen treten vielerlei Schmerzen auf, die aber, verglichen mit den anderen Beschwerden, nicht so anhaltend und so vorrangig sind” (ebda S. 178f) (2).

Schmerzen können primär emotional (=kognitiv) oder primär psychosozial (Folter, Vergewaltigung, Unfallopfer sog. Katastrophenerlebnisse oder primär somatisch (Bruch, Verletzung, Entzündung, Dauerreizung eines Nerves)) entstehen. Grundsätzlich sind die jeweiligen anderen Faktoren verstärkend u./o. aufrechterhaltend beteiligt. Mit einem Schmerz gehen Funktionseinbußen, Läsionen und emotionale Befindlichkeitsänderungen ein her; je nach Schmerzätiologie und kognitiven Interpretationen eines Menschen unterschiedlich.

Die Leitungsbahnen des Rhombencephalon (Rautenhirn) sind wichtige Bahnen des ZNS. Diese verbinden das Rückenmark auf vielfältige Weise mit den verschiedenen Abschnitten des Gehirns. Diese wichtigen Bahnen, die durch das Rhombencephalon ziehen, sind die **Pyramidenbahn**, die **Schmerzbahn**, die **Tastbahn** und die Bahn der **Tiefensensibilität**. Die **Schmerzbahn** leitet Schmerz- und Temperaturempfindungen aus der Körperperipherie zum Gehirn. Dabei verläuft sie aufsteigend innerhalb des Rückenmarkes, des Rautenhirns, des Mittelhirns und an der Hirnabschnitte bis sie beim Endhirn, dem sog. **sensiblen Rindenfeld**, endet. Bereits im Rückenmark kreuzen ihre Fasern auf die gegenüberliegende Seite.

Anhand eines Beispiels möchte ich die neuro-physiologische Arbeitsweise verdeutlichen:

Sie haben sich in einen Finger geschnitten, eine harmlose Verletzung, die aber in Bruchteilen von Sekunden eine hochkomplizierte biologische «Nachrichtenstaffette» auslöst. Freie Nervenenden in der Haut (sogn. Nozizeptoren, d.h. Schmerzempfänger) registrieren die Verletzung und leiten diese Information über verschiedene Nervenbahnen weiter. Die schnelleren «A-Delta-Fasern» übertragen den ersten stechenden Schmerz, die langsameren «C-Fasern» sorgen wenig später für eine dumpfe Empfindung.

1. Station: Das Rückenmark. Hier enden die Nervenbahnen in bestimmten Umschaltstellen (Synapsen); in denen die elektrischen Impulse chemische Prozesse auslösen:

Überträgersubstanzen (Neurotransmitter) erregen nun blitzschnell die nächste Nervenfasern, die den Hinweis «Finger verletzt» unverzüglich weiterleitet. Doch bevor das Bewußtsein überhaupt wahrnimmt, was passiert ist, werden vom Rückenmark aus motorische Schutzreflexe gesteuert, durch die der Finger – wenn auch vergeblich – noch versucht, der scharfen Schneide des Messers zu entkommen. Gleichzeitig werden die Schmerzimpulse vom Rückenmark zum Gehirn weitergeleitet, und zwar zunächst zum Zwischenhirn (Diencephalon).

Weitere Stationen, die parallel angesteuert werden: Das sogn. Weckzentrum, wodurch die Aufmerksamkeit erhöht wird; die Großhirnrinde, wo der Schmerzreiz in Bruchteilen von Sekunden nach der Verletzung bewußt wird. Die subjektive Bewertung (erworben, gelernt), der mit diesem Mißgeschick verknüpften Empfindungen (kognitiv-emotional; also psychisch) erfolgt dann in einer Hirnregion, die für Gefühlswahrnehmungen zuständig ist. Der sozial-medizinische Aspekt, der wiederum einen engen psychosomatischen Wirkzusammenhang aufweist, kann verstärkend oder abschwächend sein.

Aus diesen kurzen Ausführungen der Physiologie des Schmerzes wird klar, daß die Differentialdiagnose bei einer Schmerzstörung wichtig und vorrangig ist, und daß sich dadurch erst gezielte integrative Behandlungs-Settings ergeben können.

Für uns kognitive ärztliche oder psychologische Verhaltenstherapeuten ist es wichtig, Gesundheit und Krankheit als zwei zunächst unabhängige Dimensionen zu beschreiben: “Im Unabhängigkeitsmodell werden gesunderhaltende und krankmachende Bedingungen als unabhängige Faktoren gegenübergestellt. Diese beiden Meta-Faktoren werden definiert durch einzelne Variablen wie z.B. Noxen, belastende oder krankmachende Bedingungen, Traumata, schädigende Einflüsse, negative life events, Negative etc. einerseits und andererseits durch Ressourcen, gesunderhaltende oder entlastende Bedingungen, heilsame Einflüsse, Widerstandsquellen, positive life events, Positive etc.” (vgl. Lutz/Mark, 1995) (11).

“Durch die beiden Parameter, nämlich gesunderhaltende und krankmachende Faktoren, wird ein Quadrant aufgespannt, der durch eine Diagonale geteilt wird. Dadurch wird ein Feld für die verschiedenen Varianten von Gesundheit und ein anderes für Krankheit abgesteckt”. “Man ist dann subjektiv krank oder behandlungsbedürftig, wenn die Balance zwischen gesunderhaltenden und krankmachenden Bedingungen zu Ungunsten von Gesundheit verschoben ist”.

Das Unabhängigkeitsmodell von Gesundheit und Krankheit zwingt zu einer Trennung der gesund- u. krankmachenden Faktoren und somit zu einer komplexen dynamischen Einstellung, in der Krankheit oder Gesundheit als Prozeß von somatischen Befunden (bio); kognitiven Interpretationen sowie emotionalen Reaktionen (psycho) und sozialer, familiärer Einbettung (sozio) analysiert und therapiert wird (ebda S.12f) (11).



Ziel einer kognitiven Psychotherapie/Verhaltenstherapie ist es, einen Menschen so weit in die Eigenverantwortung zu stellen, sich relativ autonom zu machen (**Autonomie**) und die gelernten, für ihn relevanten Maßnahmen gerne regelmäßig selbst durchzuführen (**Selbstbehandlung**).

Dazu bedarf es eines permanenten Selbstreflektierens (**Selbstreflexion**) eines Ausdifferenzierens seiner Introspektionsfähigkeit, einer Realitäts- und Faktenkontrolle als originäre und wichtigste Orientierungsgröße, also einer Charakterbildung über **Kopf** (rationales Denken), **Herz** (echtes, situationsgemäßes Fühlen) und **Hand** (fairen, humanes, würdevolles und liebevolles Handeln) im Heute oder im Hier und Jetzt!

Abschließend möchte ich Ihnen noch ein praktisches Beispiel eines **ABC's** bei einem Angstpatienten geben und die Vorgehensweise einer Rationalen Selbstanalyse erläutern; wobei (**A**) der Anlaß ist, also "Besuch beim Zahnarzt" und (**C**) die gefühls- und verhaltensmäßigen Konsequenzen; also Angst, Panik und Vermeidungs- oder Fluchtverhalten.

Meine Erste Rationale Selbstanalyse (RSA) - ABC zum Thema:

"Besuch beim Zahnarzt"

Pat. Christian, 16.J., Azubi, Jan., 1996

iB1: Ich denke nur über den Zahnarzt nach, und wie ich mich verhalten sollte:
a) Ich hoffe, daß er die ganzen Sachen nicht macht, z.B. Zähne ziehen.

b) Ich mich so verhalte, daß der Zahnarzt machen kann, was er vorhat.

iB2: Ich könnte wieder Panik kriegen, wenn ich beim Zahnarzt bin, und Dinge machen, bis er nichts mehr macht (Mund zulassen, verkrampfen). Ich frage mich anschließend, warum ich das gemacht habe.

iB3: Ich meine einerseits, daß ich es aushalten kann, andererseits glaube ich es wieder nicht, weil ich nicht weiß, wie lange die Behandlung geht, wieviel Schmerzen ich aushalten habe, und ob es noch zusätzliche Komplikationen gibt.

iB4: Es wäre schlimm, wenn die Behandlung länger geht, aufgrund von zusätzlichen Komplikationen und den damit verbundenen Schmerzen.

iB5: Ich habe bisher die Erfahrung beim Zahnarzt gemacht, daß es länger gedauert hat, als versprochen, und daß die Schmerzen größer waren, als vermutet, durch Komplikationen wie abgebrochene Zähne, Plombe ausgefallen, Spritze wirkte nicht immer (ich spürte was er tat) u.a.m.

Umformulierungen

rB1: Ich möchte es mir selbst wert sein, gesunde und gepflegte Zähne zu haben, da ich weiß, daß kranke Zähne Krankheitsursachen darstellen z.B. Kiefervereiterung oder Hirnhautentzündung. Ich vereinbare mit dem Zahnarzt was und wieviel pro Behandlung gemacht wird und konzentriere mich jeweils auf die gegenwärtige aktuelle Behandlung; wohlwissend, daß mehr Behandlungen erforderlich sind, bis mein "verschleppter Zahnstatus" saniert ist. Diese schmerzarmen Behandlungen will und kann ich aushalten, zumal ich neue Selbsthilfen gelernt habe:

a) Vernünftige Sichtweisen, die ich mir vor, während und nach dem Zahnarztbesuch bewußt mache.

b) Meine regelmäßige, tiefe Bauchatmung auch während der Behandlung.

c) Anwendung des gelernten Autogenen Trainings auch mit meinen individuellen Schlüsselsätzen.

rB2: Ich gehe zum Zahnarzt, um meine Zähne sanieren u./o. um Schmerzen durch fachliche Behandlung beseitigen zu lassen. Ich mache mich nicht mehr selbst zu einem Angstopfer durch nega-

tives, mir selbsterfüllendes Vorhersagedenken. Ich mache mir eine realistische positive Prophezeiung wie: Ich will und kann meine Zähne behandeln lassen, das Zahnfleisch, die Zahnwurzeln, weil ich gerne gesund sein möchte, weil ich die möglichen Störquellen wie Vereiterungen beseitigen lassen will damit sich keineschwerwiegenden Krankheitsbilder wie z.B. Meningitis entwickeln können. Außerdem kann ich die Schmerzen während der Behandlung aushalten wie auch die Rahmenbedingungen (auf einem Stuhl liegen, Sauger im Mund, helles Licht und Instrumente im Mund ...). Ich bin dem Zahnarzt nicht ausgeliefert, sondern wir haben beide einen Behandlungstermin verabredet, er darf arbeiten, ich darf fragen, mitentscheiden, aushalten, darf mir erklären lassen und mich freuen über den Erfolg der Behandlung. Ich will es mir wert sein, so vernünftig mit mir umzugehen und mit mir umgehen zu lassen, deshalb gehe ich regelmäßig zum Zahnarzt und lasse vorbeugend Maßnahmen durchführen. Ich werde dann in der Regel künftig schmerzarme Behandlungen beim Zahnarzt erleben.

rB3: Es trifft zu, daß ich eine Zahnarztbehandlung, objektiv betrachtet, aushalten kann wie Millionen Menschen vor, während meiner Behandlung und danach. Es gibt für mich Hier und Jetzt keine Komplikationen solange hierfür kein Beweis vorliegt. Sollte es einmal zu Komplikationen kommen, so kann ich die weitere notwendige Behandlung auch aushalten, entweder lasse ich sie sogleich vornehmen oder zu einem neuen, gemeinsam vereinbarten Termin.

rB4: Es ist keine Katastrophe, wenn ich zum Zahnarzt gehe, sondern eine Herausforderung, die ich gerne annehme, um meine Zähne behandeln zu lassen. Die damit einhergehenden Schmerzen will und kann ich aushalten, ihm sagen oder zeigen (kleinen Finger heben), damit er mich vorsichtiger und sorgsamer weiterbehandelt, sollte der Schmerz stärker werden.



rB5: Ich habe bisher die Erfahrung gemacht, daß ich bei 90% meiner Zahnarztbesuche nicht länger behandelt wurde und nicht mehr Schmerzen als vermutet hatte. Ich will nicht weiterhin, wegen 2 mal anders erlebt, künftig auf 100% schließen, sondern die Realität sehen, und risikofreudig, mutig zum Zahnarzt gehen. Da ich mich heute mitverantwortlich, mitdenkend behandeln lasse, wird es noch seltener vorkommen, daß ich länger als vermutet behandelt werde, oder mehr Schmerzen haben werde.

rB6: Ich kann außerdem eine mentale Schmerzlinderung vor und während der Behandlung durchführen z.B. ich konzentriere mich genau auf die Stelle am Kopf, wo ich die Schmerzen am stärksten spüre. Ich stelle mir an dieser Stelle des Kopfes eine Öffnung vor durch die mein Atem regelmäßig hinein und herausströmt. Ich stelle mir dieses Bild so plastisch, lebhaft und bunt wie nur möglich vor. Nun spreche ich im Rhythmus meines Atems leise zu mir:

“Kühl und leicht” (beim Einatmen)

“Vom Schmerz befreit” (beim Ausatmen).

Diese Übung mache ich täglich 2-3 Min., damit sie im Realfall deutlich wirken kann.

Zielanalyse:

Ich möchte so weit kommen, daß ich innerlich ruhig und gelassen zum Zahnarzt gehe; es dort ausgeglichen aushalten kann und mich darüber freue, wenn er mit der notwendigen Behandlung fertig ist. Ich mache mich felsenfest davon überzeugt, daß ich das schaffe und beweise mir diese rationalen Sichtweisen, indem ich auch risikofreudig danach handle (challenging; Risikoübungen und einen Termin wahrnehme).

i.B. = irrational Belief

r.B. = rational Belief

Literatur:

(Literaturangabe im Text (1), (2), etc.)

1) Fred Huber: *Vernünftig Leben - Aber wie? Psychosomatische Krankheitsbilder, Suchtverhalten, Persönlichkeitsstörungen in der modernen klinischen Verhaltenstherapie*. Info-Verlag Karlsruhe, 1994 (1. u. 2. Auflage), 356 S.

2) World Health Organisation: *Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F): Mental and Behavioural Disorders (including disorders of psychological development). Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, 1991 deutsch: ICD-10*, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, 1992 (2. Aufl.).

3) *Ztschr. Focus-Medizin: Allergien - Falsche Diagnosen - Falsche Therapien*. H. 12, 1994 vom 21. März, 1994.

4) *Schmerzambulanzen mit großer Erfahrung in Deutschland*

5) a) Ursula Spahn: *Astromedizin mit Spagyrischen Heilmitteln, Phytomed.* (CH - 3415 Hasle, Tel. 034 / 614 545).

b) Hartwig Gäbler: *Wesen und Anwendung der Biochemie*, DHU, Karlsruhe, 1991

c) DHU (Hg.): *Homöopathisches Repetitorium*, Karlsruhe 1993 wissenschaftl. Anfrage: 0721 / 4093198. DHU (Hg.): *Die Homöopathie in der Apotheke - Bewährte Indikationen*, Karlsruhe, 1989.

6) Tomas Svoboda: *Wege aus dem Kopfschmerz*, Pal Verlag, Mannheim, 1994.

7) Albert Ellis: *Praxis der rational-emotiven Therapie*. Urban & Schwarzenberg, München, 1979. Original: *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. Springer Publishing, New York, 1977.

8) Frank Bahr: *Akupressur. Erfolgreiche Selbstbehandlung bei Schmerzen und Beschwerden*. Mosaik Verlag, München, 1976.

9) Alexander und Leslie Lowen: *Bioenergetik für Jeden (Übungsbuch)*. Peter Kirchheim Verlag, Grauting, 1983 (6. Auflage). Englisch: *The Way to Vibrant Health*. Harper & Row, Publishers, New York, 1977.

10) Ministerium für Familie, Frauen Weiterbildung und Kunst, Baden Württemb. (Hg.): *Familien-Mediation. Neue Wege in der Scheidungsvermittlung und bei anderen Familienkonflikten*. Hauptstätter Straße 67, in 70178 Stuttgart, 1995.

11) Rainer Lutz, Norbert Mark (Hg.): *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker*. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1995.

12) *Übersicht: Indikationen und Behandlungsmöglichkeiten in der Schmerzambulanz*.

13) *Therapeutische Arbeitsblätter:*

- Respiratorisches Feedback
- Zur Theorie des rationalen Denkens
- Mit Stress verbundene Erkrankungen
- Schmerzfragebogen

Weiterführende Literatur:

14) N. Birbaumer, W. Miltner, W. D. Gerber: *Verhaltensmedizin*. Springer Verlag, Berlin, 1986.

15) *Ztsch. Spektrum der Wissenschaft: Gehirn, muskuläre Arbeit u. Psyche*, Aug. 1994, S. 25-27.

16) Larbig: *Schmerz*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 1982.

17) H. Seemann, M. Hartmann: *Therapiearbeit mit Kopfschmerzpatienten aus systemtheoretischer Sicht*. *Verhaltensmedizin*, 14. Jg. (1993), 1/2, 121-131.

18) G. Schiepek u. H. Spörkel (Hg.): *Verhaltensmedizin als angewandte Systemwissenschaft*. Mackinger Verlag, Bergheim b. Salzburg, 1993.

19) E. Geissner & G. Jungnitsch (Hg.): *Psychologie des Schmerzes: Diagnose und Therapie*. Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1992. Darin (Geissner, E.: *Psychologische Modelle des Schmerzes u. der Schmerzverarbeitung*).

20) H. D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig, H. P. Rehfsch & H. Seemann (Hg.): *Psychologische Schmerztherapie*. Springer Verlag, Heidelberg, 1990.

21) W. D. Gerber, W. Miltner & K. Mayer (Hg.): *Verhaltensmedizin*. Verlag Chemie- Edition Medizin, Weinheim, 1988. Darin auch: "Ein Diathese-Streß-Modell chronischer Rückenschmerzen": *Empirische Befunde u. therapeutische Implikationen*. Flor, H., Birbaumer, N. & Turk, D. C.

✍ Fred Huber, Karlsruhe

ICCMO-Brief Impressum

Der ICCMO-Brief ist das offizielle Mitteilungsblatt des Internationalen College of Cranio-Mandibular Orthopedics Sektion Deutschland e.V. (ICCMO)

Herausgeber: ICCMO - Deutschland
Schuhstr. 35 in 91052 Erlangen

Redaktion Druck und Vertrieb dieser Ausgabe: Hans J. Schindler,
Hirschstr. 105, 76137 Karlsruhe

Auflage: 500 Exemplare

Die Redaktion behält sich das Recht vor, Manuskripte gekürzt aufzunehmen und übernimmt für Fotos, Beiträge und Zeichnungen keine Haftung.

Erscheinungsweise: vierteljährlich