

INTEGRATIVE KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE SOWIE VERHALTENSMEDIZINISCHE ERKENNTNISSE IN DER BEWÄLTIGUNG CHRONISCHER SCHMERZEN UND SCHMERZSYNDROME

**Fred Huber
Freie Praxis
Karlsruhe**

ZUSAMMENFASSUNG: Neue biopsychosoziale Schmerzkonzepte der Verhaltensmedizin berücksichtigen sowohl Multikausalität als auch komplexe Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Ebenen des Schmerzgeschehens. Es wird mit Hilfe der Integrativen Kognitiven Verhaltenstherapie (IKV) versucht, dieser dreidimensionalen Pathogenese eines Schmerzkonzeptes zu entsprechen. Dabei wird Schmerz als Ausdruck einer Systemstörung verstanden. Bei chronischen Schmerzen oder chronischen Schmerzsyndromen entstehen in der Regel auf mehreren Systemebenen Fehlregulationen, die durch positive Feedback-Prozesse aufrechterhalten u./o. verstärkt werden. Dadurch kommt es zu dauerhaften Dysbalancen. Patienten lernen in der IKV über Einstellungs- und Verhaltensänderung sowie durch die Vermittlung und das Training von Rational-Emotiv-Behavioralen Methoden (REVT), wie Selbstmanaging, Stressbewältigung, Kognitive Umstrukturierung aber auch Relaxationsverfahren und Regulationstherapie sowohl die Ursachen ihrer chronischen Schmerzkrankung zu bearbeiten um eine Linderung herbeizuführen als auch einer Bio-,Psycho-,Sozialpathogenese eines chronischen Schmerzgeschehens a priori vorzubeugen.

SCHLÜSSELWÖRTER:

Chronische Schmerzen, Regulationsmodell, bio-psycho-soziales Schmerzkonzept resp. Krankheitsmodell, Schmerzmanagement, Integrative Rational-Emotive und Kognitiv-Behaviorale Therapie oder (I K V / R E V T), integrative Methodenanwendung, integratives wissenschaftliches Erklärungsmodell.

ABSTRACT:

New bio-social concepts of behavior medicine take into account multicausality as well as the intricate interplay between the various levels of pain occurrences. With the aid of Integrative Cognitive Behavior Therapy (ICBT) attempts are made to meet this tridimensional pathogenesis of a pain concept. In so doing we consider pain as an expression of a disturbance within the system. Alongside with chronic pain or chronic pain syndromes dysregulations usually occur on various levels and these dysregulations are being kept up and/or intensified by of positive feed-back processes. This leads to constant dysbalances. In the Integrative Cognitive Therapy patients learn about changes in their attitudes and behavior and the training of Rational-Emotive Behavior Therapy (REBT) methods are imparted to them. These are e.g. self-managing, coping with stress situations, cognitive restructuring but also methods of relaxation and regulation therapy. Thus patients are led towards working on the causes of their chronic pains as well as towards bringing about an alleviation. Moreover, a bio-psycho-social pathogenesis of a chronic pain occurrence can a priori be precluded.

KEYWORDS:

Chronic pain, regulation model, bio-social pain concept, i.e. illness model, coping with pain, Rational-Emotive Behavior Therapy (REBT) and Integrative Cognitive Behavior Therapy (ICBT); integrative application of methods, integrative scientific explanatory model.

Fred Huber, Ph.D., Dr. in Psychologie (USA); Psychologischer Verhaltenstherapeut, Orthopädagoge. D-76131 Karlsruhe, Markgrafenstraße 8. Überarbeitete und gekürzte Fassung eines Vortrages auf dem 1. Deutschen Kongress für Rational-Emotive und Kognitiv-Behaviorale Therapie. Bad Salzschlirf 15.-16.11.1996 .Ungekürztes Original bei Autor erhältlich.

WIRKSAMKEITSKONTROLLE IN DER PSYCHOTHERAPIE

Als Verhaltenstherapeut arbeite ich seit 1980 mit einem holistischen Therapie- und Forschungsansatz auf verhaltensmedizinischer Basis. Dabei gehe ich so vor, daß ich empirisch gesicherte Erkenntnisse und Behandlungsverfahren mit zuverlässiger Effizienz in der therapeutischen Alltagsarbeit zu individuellen Therapie-Settings integriere i.S.e. positiven Eklektizismus. Diese Arbeitsweise setzt voraus, daß ein Psychotherapeut innerhalb der Therapiemethoden, die praxisrelevant und effektiv sind, ausgebildet ist. Heute liegen erfreulicherweise umfangreiche Wirksamkeitsuntersuchungen in der Psychotherapieforschung vor vgl. Grawe et al. (1994 bzw. 1996). Davor war die Methodenauswahl im wesentlichen noch eine Pionierarbeit. Die Psychotherapieverfahren, denen eine Wirksamkeit bescheinigt wurde, wenn auch mit großen Unterschieden in ihrer Effektivität, sind noch Präferenz:

- Kognitiv-behaviorale Therapien
- Humanistische Therapie (nur Gesprächspsychotherapie u. Psychodrama)
- Entspannungstherapie und Hypnose
- Psychoanalyse mit deutlich unterschiedlichen Wirksamkeitsergebnissen.

Beim direkten Wirkungsvergleich zwischen den verschiedenen Therapieformen, zeigt sich, daß die VT klar der Gesprächspsychotherapie überlegen ist, sowohl bei der Symptomreduktion als auch bei signifikanten Veränderungen im Persönlichkeits- und Interaktionsbereich.

In meiner psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen habe ich unterschiedliche effektive Therapiemethoden angewendet, mein Tun auch einer empirischen Effektivitätskontrolle unterzogen und sowohl lernanalytisch als auch tiefenpsychologisch integrativ gearbeitet vgl. Huber (1982 und 1994). Aus diesen Ergebnissen und Erkenntnissen hat sich die Integrative Kognitive Verhaltenstherapie entwickelt, die synonym zur Integrativen Rational-Emotiven u. Kognitiv-Behavioralen Therapie gesehen werden kann. Da jede Bio-psycho-sozial-Pathogenese bei einem Krankheitsbild einmalig ist und jeder Mensch ein Individuum, ist es nicht sinnvoll genau gleiche Therapiesettings zu konzipieren. Vielmehr bedarf es der Gegenwärtigkeit, Disponibilität des Therapeuten bei seinem Faktenwissen sowie einer Ethik des Therapeuten von Liebe, Würde getragen und einer Vorbildwirkung, damit Vertrauen, Selbstachtung, Selbstakzeptanz, Selbstverantwortung, Selbstwertigkeit etc. also das SELBST sich zur Autonomie entwickeln kann. Die Frage nach der Differentialdiagnose ist dabei eine zentrale und hat zwingend einer integrativen Analyse und Behandlung vorauszugehen.

Um eine gesicherte Differentialdiagnose stellen zu können, bedarf es eines anderen kognitiven Zuganges als dies bisher im ärztlichen Denken der Schulmedizin (Somatischen Medizin) der Fall ist. Dieser neue Zugang ist ein dreidimensionaler:

Krankheit oder Gesundheit als komplexe, interdependente bio-psycho-soziale Prozesse begreifen; also eine systemtheoretische Konzeption für Krankheit und deren Therapie vgl. Schwartz (1978).

DEFINITION VON SCHMERZ KRANKHEIT KRANKHEITSBILDERN

Schmerz wird in der Verhaltensmedizin nach Miltner et al. (1986) als Reaktionsmuster auf drei Verhaltensebenen definiert, nämlich

- Subjektiv-psychologische Ebene (vgl. offene Reaktionen wie Klagen, Stöhnen und verdeckte Reaktionen wie Gedanken, Gefühle, bildhafte Vorstellungen).
- Motorisch-verhaltensmäßige Ebene z.B. reflektorisches Zurückziehen eines Gliedes oder Veränderung der Ausdrucksmotorik als muskuläre Reaktion bei Schmerzen.

- Physiologisch-organische Ebene in der sich Schmerz in Erregung des nozizeptiven Systems äußert z.B. werden durch die Erregung der Nozizeptoren im ZNS oder ANS bestimmbare chemische Schmerzstoffe wie Substanz P, Bradykinin, Serotonin u.a. freigesetzt.

Krankheit wird definiert als eine Störung der Lebensvorgänge, die den Gesamtorganismus oder Teile davon derart verändern, daß der Mensch subjektiv, ärztlich oder sozial hilfebedürftig wird. Gesundheit wird durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO,1991)in Analogie zur Krankheit als ein Zustand „vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ bezeichnet. Das ist objektiv betrachtet eine irrationale Aussage, da dieser Denkfehler „absolutes, perfektionistisches Denken“ vorliegt.

Biologisch 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 Nasenschleimhäute), die erst in dem für die betreffende Krankheit typischen Zusammenspiel zu charakteristischen Struktur- und Funktionsveränderungen führen (Schleimhautschwellung, Nasenlaufen usw.). Diese biologische Interpretation von Krankheit ist zu einseitig, zu oberflächlich und geht an dem tatsächlich prozessualen Entwicklungsgeschehen von Krankheit als dynamische Größe weit vorbei. In der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) wird der Begriff „Störung (disorder) in der gesamten Klassifikation verwendet, um den problematischen Gebrauch von Ausdrücken wie „Krankheit“ oder „Erkrankung“ weitgehend zu vermeiden ebenso Begriffe wie psychogen oder psychosomatisch. Diese Begriffe werden zu unterschiedlich in den medizinischen Schulen verwendet und stellen eine Einengung dar, während der Begriff Störung „einen erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten anzeigt, der ... auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- und sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden ist (ebda S.19).

Heute sind rd. 20.000 Krankheitsbilder in den medizinischen Lehrbüchern zu finden. In Wirklichkeit sind unterschiedliche Krankheitsbilder in weit größerer Zahl anzutreffen. Diese realistische Einschätzung ergibt sich aus der Tatsache, daß Störungen heute verhaltensmedizinisch grundsätzlich biopsychosozial analysiert, diagnostiziert und therapiert werden sollten. Klar ist dabei auch, daß jede Störung unterschiedliche Wirkzusammenhänge, Präferenzen, Kumulationspunkte (Fokusse) hat in bezug auf ihre biopsychosozialen Faktoren (Determinanten). So spielen bei einem Beinbruch nicht nur biomechanische Ursachen eine Rolle, sondern auch psychosoziale, meist unbewußt ablaufend, welche sogar einen größeren Anteil bei einem Bruch, einer Entzündung im Auge oder bei akuten Schmerzen bei einer Handarthrose haben können. Welche automatischen Kognitionen bewirken, daß ein Mensch sich unbewußt einen Bruch zufügt, Entzündungen oder Schmerzen macht? Diese Fragestellung ist für somatisch medizinisch denkende Menschen recht fremd, daß sie gleich wieder diese Betrachtungsweise als unsinnig, abwegig, weithergeholt mißinterpretieren könnten. Dadurch würden solch unflexibel denkende Menschen sich den fortschrittlichen Zugang zum rationalen, humanen, disponiblen Denken verwehren und sich bedauerlicherweise die Chance nehmen, im Erkenntnis- und Veränderungsstrom bereichernd teilhaben und mitwirken zu können. Welche Sicht- und infolge Verhaltensweisen führen zur vorzeitigen Abnützung der Bandscheiben, der Gelenke, zur Hirnatrophie (Alkoholismus), zum Verlust der Zähne (Bulimie), zum schwachen Muskeltonus und zum Übergewicht und dadurch zu Rücken- u/o. Gelenkschmerzen etc.? Zu denken wäre auch in diesem Zusammenhang an das Fibromyalgie-Syndrom (FMS), wo sich keine somatischen Ursachen auffinden lassen und die Patienten dennoch unter chronischen Schmerzen am ganzen Körper leiden.

Wie werden soziale Rahmenbedingungen oder kulturelle Normen als unabänderlich erklärt und deshalb nicht geändert wie z.B. Systemstörungen in Beziehungen, Familien oder Dauer-

mobbing am Arbeitsplatz und in Familien oder selbst nicht erkannte Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen wie sie auch von WHO (1991) in der ICD-10 beschrieben sind. In Deutschland leiden ca. 640 000 Patienten an chronischen Schmerzen nach Aussage des Kölner Professors für Immunbiologie Gerhard Uhlenbruck anlässlich des Deutschen Schmerztages im März (1996) in Frankfurt. Der Frankfurter Schmerzspezialist Thomas Flüter berichtet auf dieser Fachtagung daß „ein chronischer Schmerzpatient im Durchschnitt acht verschiedene Fachgebiete konsultiert und elf Therapieverfahren nacheinander ausprobiert, ehe er in eine spezialisierte Schmerztherapie kommt. Gerade einmal 10% der chronisch Kranken stehe diese Betreuung zur Verfügung“.

Vor diesem Hintergrund stehen die psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten, wenn sie mit chronischen Schmerzpatienten zu arbeiten haben. Hinzu kommt, daß nach wie vor viele Ärzte bezweifeln, daß es dauerhaft Schmerzranke gibt; deshalb besteht auch heute noch keine Anerkennung für die Zunft der Schmerzranke (Algesiologie) als eigene Fachdisziplin. Nach Angabe der Bundesärztekammer (Februar 1996) leiden rd. 10% aller Erwachsenen, meist Frauen an Migräne oder chronischen Kopfschmerzen, Viele hätten schon resigniert und suchen keinen Arzt mehr auf. Sie verlassen sich auf Schmerzmittel. Experten schätzen aber, daß mehr als 90% aller Schmerzmittel nicht helfen und „häufig machen Schmerzmittel den Schmerz noch schlimmer“ meint der wissenschaftliche Leiter des 1.Kongresses der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie, Prof.Zenz (01.03.96, Nürnberg).

Vor allem Mischpräparate aus den Wirkstoffen Acetylsalicylsäure, Paracetamol, Coffein und Codein müßten wegen ihres hohen Suchtpotentials und geringer spezifischer Wirksamkeit nach Meinung von Prof. Zenz umgehend vom Markt genommen werden.

Auf dem Deutschen Schmerztage (1997) in Frankfurt wurde die Zahl von sieben Millionen Patienten mit Schmerzsymptomen genannt, die sich pro Quartal einem Arzt zur Behandlung vorstellen. Dabei geht es um chronische Schmerzen wie Kopf- und Rückenschmerzen, Nervenschmerzen, quälenden Gelenkschmerzen bei Polyarthritis, Karzinomschmerzen, Phantom- und Bandscheibenvorfallschmerzen oder Schmerzen bei Fibromyalgie und beim myofasziellen Schmerzsyndrom. Die Schmerzen werden nach dem Schmerzort benannt z.B. Brust-,Flanken-,Kopf-,Bauch-,Halsschmerzen oder nach einem Vorgang wie Schmerzen beim Koitus oder Schmerzen beim Wasserlassen. Von chronischen Bauchschmerzen beispielsweise wird dann gesprochen, wenn die Beschwerden lange anhalten oder immer wiederkommen (rezidivierende Bauchschmerzen). Ursache dieser chronischen Schmerzen können primär Störungen von Organen sein (Magen, Dünndarm, Dickdarm, Bauchspeicheldrüse und Gallenblase) oder primär funktionelle Beschwerden, also Beschwerden (ohne krankhafte Befunde und ohne Organveränderungen) mit primär psychosozialen Ursachen, die sich somatisierten. Da unser Gehirn kein „Schmerzranke“ hat, gehen die Schmerzen von der Hirnhaut aus, die unser Gehirn umschließt. Wenn sich die Gefäße dieser Hirnhaut erweitern, dann verspüren wir einen Kopfschmerz. Wir haben heute anzunehmen, daß Schmerz auf dem Zusammenwirken vieler Hirnsysteme beruht. Schmerz ist das Ergebnis des Zusammenwirkens vielfältiger Erscheinungsformen mit sensorischen, motorischen, vegetativen, affektiven und kognitiven Komponenten nach M. Zimmermann in Basler et al. (1996).

Jeder Mensch hat in seinem Körper Schmerzranke (Endorphine), welche die Schmerzempfindung lindern, uns quasi betäuben. In der Schmerztherapie werden einerseits körpereigene Morphine aktiviert, das Gesamtbefinden versucht zu verbessern und die Trigger (Auslöser von Kopfschmerzen) identifiziert und weitgehend neutralisiert. Da das seelische Befinden darüber entscheidet wie stark ein Schmerz empfunden wird, ist es wichtig gezielte psychotherapeutische Interventionen einzusetzen, da depressive, unsicher-gehemmte oder ängstliche Menschen tatsächlich viel stärker Schmerzen empfinden als selbstbewußte, selbstsichere, lebensstüchtige, ausgeglichene Menschen. Deshalb wird auch bei Schmerzexperten von einem „Teufelskreis Angst-Schmerz-Depression“ gesprochen. Die Verknüpfung von Angst, Schmerz und Depres-

sion läßt sich bei einer großen Anzahl von Patienten nachweisen. Bei dieser Trias steht oftmals die Schmerzbehandlung im Vordergrund, obwohl sie die mit verursachenden Probleme (Angst oder Depression) wenig zu beeinflussen vermag. nach Prof. Gerbershagen von der DRK-Schmerzklinik Mainz treten bei 20-30% der Schmerzpatienten Depressionen oder Ängste auf vgl. Konferenz zum Thema „Angst-Schmerz-Depression“ in Königswinter bei Bonn am 26./27.Juli, 1996.

Von chronischen Schmerzen wird nach ICD-10 also dann gesprochen, wenn die vorherrschende Beschwerde ausdauernd ein schwerer und quälender Schmerz ist, der durch einen physiologischen Prozeß oder eine körperliche Störung nicht (vollständig) erklärt werden kann vgl. chronische, anhaltende, somatoforme Schmerzstörung, ICD-10; F45.4/F45.8/9,S.178f. „Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten u./o. psychosozialen Problemen auf. Diese sollten schwerwiegend genug sein, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten.“ Bei dieser Definition von chronischen Schmerzen ist ein psychogener Schmerz im Verlauf einer depressiven Störung oder einer Schizophrenie noch nicht berücksichtigt. Das Hauptproblem ist die Differenzierung der Schmerzstörung von der histrionischen Verarbeitung primär organisch verursachter Schmerzen. Patienten mit körperlichem Schmerz, bei denen eine klare körperliche Diagnose noch nicht zu stellen ist, können leicht verängstigt oder vorwurfsvoll werden und schließlich ein aufmerksamkeitsuchendes Verhalten entwickeln (ebda.S.178f). Schmerzen können somit primär kognitiv-emotional oder primär psycho-sozial oder primär somatisch (Verletzung, Entzündung, Dauerreizung eines Nerves) entstehen. Grundsätzlich sind Faktoren aus den jeweils anderen Sekundär- u. Tertiärfeldern mitverursachend, verstärkend, aufrechterhaltend oder generalisierend beteiligt. Mit einem chronischen Schmerz gehen Funktionseinbußen, Läsionen und emotionale Befindlichkeitsstörungen einher; je nach Schmerzätiologie und kognitiven bewußten sowie oft unbewußten Interpretationen eines Menschen unterschiedlich.

INTEGRATIVE KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE (IKV)

Es ist zunächst wichtig, eine gezielte fundierte biopsychosoziale Differentialdiagnose zu stellen bevor ein integratives Therapiesetting sich effizient erweisen kann. Nur 15% der Angstpatienten werden nach Einschätzung der WHO richtig behandelt. Die Trias von Angst-Schmerz-Depressionen wird oft nicht erkannt oder fehlgedeutet oder zu spät erkannt. Dabei wäre bei einer richtigen Diagnose (biopsychosoziale Differentialdiagnose) eine oft sehr gut wirksame Behandlung durch psychotherapeutische Verfahren und Medikamente (Monopräparate) möglich.

Schmerzexperten weisen auf Erfolge bei Dauerschmerzpatienten hin, die mit leichter Sporttherapie, Gymnastik, Entspannungstechniken, Stressbewältigung und anderen wirksamen psychotherapeutischen Methoden erzielt werden konnten. Dauernder Schmerz ist selbst wiederum ein Stressor, der das Immunsystem schwächt, so daß die psychische Abwehr immer schwächer wird. Außerdem können schmerzstillende Medikamente, aber auch Arzneimittel zur Depressions- und Angstbehandlung zu einer deutlichen Schmerzlinderung führen. Ein Regulationstraining hat Svoboda (1994) entwickelt, welches aus

- . Stretching
- . Streßbewältigungstraining
- . Fitnesstraining
- . Mentaler Schmerzbeeinflussung besteht.

Meine in den Achtziger Jahren entwickelte und (1988) beschriebene Integrative Kognitive Verhaltenstherapie setzt sich zusammen aus Standard- und Integrativmethoden. Standardmethoden (z.B. REVT) werden überwiegend bei jedem Patienten angewendet; Integrationsmethoden fokus- und patientenzentriert kombiniert; so daß kein Patient exakt die gleiche **IKV** durchführt. Das ist so individuell erforderlich, weil es auch weder zwei gleiche Menschen (Persönlichkeiten) noch stringent betrachtet zwei gleiche biopsychosoziale Krankheitsbilder

gibt. Die moderne Integrative Kognitive Psychotherapie/Verhaltenstherapie ist auch integrativ in der wissenschaftlichen Orientierung und nicht nur in der Integration effektiver Therapiemethoden. Bei der Pathogenese des Krankheitsbildes sind ebenso tiefenpsychologische Aspekte (vgl. therapeutisches Interview, projektive Tests, Traumanalysen, Sublimationstendenzen u. innere Widerstände etc.), wie auch verhaltensanalytisch Lernparadigmata, Imitations- und Modellernen, Gedankenmuster, klassische u./o. operante Konditionierungsprozesse, Kompensations- und Verstärkermechanismen zu klären und zu hinterfragen, damit die gewonnenen Erkenntnisse (auch Ursachen) be- und verarbeitet werden können. Multifaktorielle Determinanten aus diesen drei Bedingungsfeldern **Soma, Psyche** und **Sozialisation** wirken interdependent, unterschiedlich gewichtet und chronische Schmerzen bieten auch die Möglichkeit, sich mit dem eigenen Körper prozessual flexibel, kumulierend in der Entstehung, Aufrechterhaltung, Chronifizierung wie auch Generalisierung bei Krankheitsbildern auseinanderzusetzen. Viele Menschen sind heute nicht mehr in der Lage, Körpersignale zu verwerten, bestimmte Muskeln zu beherrschen und sich rational gedanklich mit Schmerzen auseinanderzusetzen. Schmerz ist der Wachhund unserer Gesundheit. Er hat viele Ursachen, viele Gesichter und wirft viele Fragen auf. Es gibt erfreulicherweise für Patienten auch fundierte Ratgeber z.B. Techniker Krankenkasse, (1996) oder Praxis Ratgeber „Schmerz“, Hamburg, (1996), die über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten informieren.

Hier möchte ich ein **Schmerzmanagement** vorstellen, welches in der **IKV** entwickelt wurde:

10 PUNKTE SCHMERZMANAGEMENT

1. **Richtige Diagnose/Differentialdiagnose** z.B. in einer Schmerzambulanz mit Schmerzfragebogen, Schmerzprotokoll (Patient), Analogieskalen, multiaxiale Schmerzklassifikationen (MASK-S/P) sowie diverse medizinische Check up's.
2. **Vermeidung oder Reduzieren von Handlungen, Tätigkeiten**, die diesen Schmerz provozieren, aufrechterhalten u./o. verstärken vgl. RMI-Syndrom (repeated muscles injury syndrom) wie stundenlanges Schreiben am PC; aber auch das oftmals unbewußte Einnehmen einer Schonhaltung, was wiederum Gift für ein schmerzendes Gelenk oder für Rückenschmerzen sein kann und erneut Muskelverspannungen (Myogelosen) provoziert. Zuerst hat sich ein Patient durch Arthroskopie oder Kernspintomographie (heute auch offene Geräte) Gewißheit über den Zustand bspw. seines Knies zu verschaffen bevor er feindosiert den Streckmuskel an der Oberschenkelvorderseite beginnt zu trainieren. Es gilt nicht das Knie zu schonen, sondern es so flexibel wie möglich zu halten, ohne über die Schmerzgrenze hinaus zu trainieren.
3. **Kognitive Verhaltenstherapie** mit schmerz- u./o. angstreduzierenden Kognitionen, Suggestionen und Visualisationen zur Schmerzbewältigung (Empfindungshandschuh; vier Elemente, Spiegelgestalt u.a.m.), Tiefenentspannung, Stressbewältigungstraining, sowie Methoden von Kognitiver Umstrukturierung wie Rationale Selbstanalysen (z.B. Trias einer reaktiven Depression oder A B C's zur Konfliktbewältigung), Reframing, Coaching, Selbstmanagement-Therapie, Reizkonfrontation, multimodale VT, Systematische (Selbst-) Desensibilisierung u.a. Verfahren der **IKV** u./o. der **REBT**.
4. **Medikamentöse Mitbehandlung** i.S. einer palliativen und entzündungs-rsp. krampfbeseitigenden Behandlung; also zunächst sowohl mit Schmerzmitteln, die einen Wirkstoff enthalten wie Aspirin, Spalt, Alka Selzer, Tegal u. keine Kombinationspräparate, die wiederum Kopfschmerzen verursachen können, als auch mit pflanzlichen, biologischen Mitteln wie Presselin, Phönomigral, vgl. Petra Wenzel (1996) oder Hartwig Gäbler (1991). Sollten quälende Schmerzen sich ergeben, so können auch kurzzeitig Schmerzmittel wie Ibuprofen, Voltaren, Diclo-Divido, Aktren, Optalidon bei Entzündungen, Verletzungen oder

Dentigan, Spasibocibalgine gegen Krampfschmerzen eingenommen werden. Mittelfristig sind nur noch Phytotherapeutika einzunehmen.

5. **Patientenschulung** in Bezug auf Zahn-, Körper- u. Wundhygiene, Atemtraining, gesundheitsbewußte Ernährung (Vollwertkost, phosphatreduzierte, kalorien-, fettarme und vitamin- sowie ballaststoffreiche Ernährung nach dem Motto: I.d.R. (Iß das Richtige)). Wichtig ist eine Einstellungsänderung hin zum gesundheitsbewußten Eßverhalten.
6. **Milieusanierung**, also geänderte Rahmenbedingungen schaffen in Familie, Partnerschaft, Beruf, Freizeit, die objektiv betrachtet nicht pathogen, belastend, angst- oder stressinduzierend sind.
7. **Kein Suchtverhalten** weder
 - Stoffsuchte wie Alkohol, Nikotin, Heroin, Medikamentensucht etc.
 - Persönlichkeitssüchte wie Profilierungssucht, Hörigkeit, Ichsucht (pathogener Nazißmus, oder pathogener Altruismus sogn. Helfersyndrom); Cinderella Komplex, Nixon-Syndrom oder Solipsismus (Lehre, Welt nur ichbezogen zu interpretieren; nur eigene Standpunkte gelten lassen), Autofetischismus (sich u. seinen eigenen Körper auf magische Weise zu vergöttern) etc.
 - Verhaltenssüchte wie Grübel-, Tratsch-, Spiel-, Kaufsucht, Workaholic etc.
8. **Mototherapie**, also kreislaufaktivierende, abwehrsteigernde Übungen wie Ausdauertraining, Gymnastik, Wirbelsäulentraining, Schwimmen, Stretching etc.
9. **Entspannungstechniken** Autogenes Training (AT) mit patienten- und fokuszentrierten Sätzeln, symptomorientierte Kurzform des AT; Progressive Muskelentspannung, Atemtraining (z.B. n.Prof.Tausch), Tiefenentspannung durch Visualisationen mit oder ohne Subliminals sowie auch Konzentrative Integrative Bewegungstherapie (KIB), Heileurythmie, Körper-, Hatha-Yoga, Za-Zen Meditation, Tai-Chi, Feldenkrais oder Selbstmassage (Stirn und Nacken).
10. **Biofeedbacktherapie** Biofeedbackkontrolle als intrinsische Motivationshilfe (Backreinforcement); Schmerzkontrolle und Schmerzreduktion durch Respiratorisches (RFB); Temperatur- (Thermo-FB); Hautwiderstand- (SRL), Muskeltonus- (EMG), Vasokonstriktions- und EEG-Feedback). Die Auswahl dieser Biofeedback-Verfahren ergibt sich „einmal aus ihrer technischen Realisierbarkeit und zum anderen aus der Symptomatik bzw. Teilsymptomatik der damit behandelten Schmerzzustände“ (Vaitl & Knapp, 1981).

Es gibt außerdem noch eine Reihe von Heilmethoden bei der Behandlung von chronischen Schmerzen, die sich integrativ anwenden lassen. Einerseits medizinisch kurative Methoden wie Krankengymnastik, Akupunktur, Fango, Schlingentisch, Neutraltherapie oder Segmenttherapie, Bindegewebsmassagen, Periostrbehandlung, subkutane Injektionen, Wärme- oder Kälteanwendungen, Interferenzstrom-Therapie, Bionator-Therapie u.a.m. Andererseits gibt es noch sog. Außenseitermethoden wie Musik-, Mal-, Tanztherapie, Dermalpressur, Chakra-Yoga, die auch unterstützend angewendet werden können.

In meiner empirischen Effektivitätskontrolle mit klinischer Population (1994) konnte ich ebenfalls eine signifikante Kausalwirkung zwischen Schmerzzustand mit Begleiterscheinungen und Biofeedbacktherapie (EMG, SRL, RFB u. Thermo-FB) verifizieren, die sich nicht durch bloßen Placebo- oder Suggestiveffekt erklären oder belegen lassen.

Eine integrative Anwendung mit Relaxationsverfahren, mentaler Schmerzlinderung, Stressbewältigung, Konditionstraining, Selbstmanagement-Therapie nach Kanfer et al. (1995), REVT und Kognitive Verhaltenstherapie führt dazu, daß chronische Schmerzen, passagere Schmerzempfindungen der Patienten sich zumindest auf ein erträgliches Niveau senken lassen. Das 10 Punkte Schmerzmanagement kommt zu diesen erfreulichen Ergebnissen gerade auch bei Patienten, die seit Jahren unter unerträglichen Schmerzen litten, die weder operativ, medikamentös noch physiotherapeutisch unter Kontrolle zu bringen waren. Sowohl innerhalb

der IKV als auch des 10-Punkte Schmerzmanagements stellen die verschiedenen Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie (REVT) v.a. Methoden der kognitiven Umstrukturierung nach A. Ellis (1977, 1985, und 1997) die Hauptmethoden dar, mit denen bestimmte patienten- und fokuzentrierte Methoden integrativ angewendet werden. Solche effektiven REVT-Methoden zur kognitiven Umstrukturierung sind Selbstverbalisationen, Selbstmonitoring, Rationale Selbstanalysen, Reframing, Coaching, Gedanken-Stop, Rationale-emotive Imaginationsübung (REI), Risikoübungen bzw. Konfrontationsübungen und posttraumatische Stressbewältigung (Post Traumatic Stress Disorder; PTSD). Analog der hier beschriebenen Vorgehensweise beim Schmerzmanagement ließen sich auch ein 10 Punkte Allergie- oder 10 Punkte Gesundheitsmanagement u.a.m. entwickeln (Fokus-Medizin, 1994).

LITERATUR:

- Ellis, A. & Grieger, R. (1977). Handbook of Rational-Emotive Therapy - New York: Springer Publishing Company.
- Ellis, A. & Bernard, E. (ed.) (1985). Clinical Applications of Rational-Emotive Therapy - New York: Plenum Press.
- Ellis, A. & Hoellen, B. (1997). Die Rational-Emotive Verhaltenstherapie - Reflexionen und Neubestimmungen. München: J. Pfeiffer Vlg.
- Gäbler, H. (1991). Wesen und Anwendung der Biochemie- Karlsruhe: DHU .
- Grawe, K. & Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel - Von der Konfession zur Profession. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe (4.Aufl.1996).
- Huber, F. (1982). Pätopathologie der Verhaltensauffälligkeit. Genese, Diagnose, Therapie und Prophylaxe. IKV mit Kindern und Jugendlichen. Heidelberg: Edition Schindele
- Huber, F. (1988). Advanced Cognitive Psychotherapy - Integrative Cognitive Psychotherapy (ICP) with Adolescents and Adults. Dissertation, Century University, Los Angeles, CA and Albuquerque, NM, USA:
- Huber, F. (1994). Vernünftig Leben - Aber wie? Psychosomatische Krankheitsbilder, Suchtverhalten, Persönlichkeitsstörungen. IKV mit Adoleszenten und Erwachsenen Karlsruhe: Info Verlag (2.Auflage 1994).
- Huber, F. (1996). Integrative Kognitive Verhaltenstherapie (IKV) und verhaltensmedizinische Erkenntnisse bei chronischen Schmerzen. Erlangen(Hg.): ICCMO-Deutschland, Schulstraße 35, im ICCMO-Brief, April 1996, Jg.3,Ausg.1 S.8-14. (Vortrag vom 04.02.96 in Würzburg hier wesentlich überarbeitet und aktualisiert).
- Kanfer, F.H. & Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1995). Selbstmanagement-Therapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag. (2. erweiterte Aufl.).
- Miltner, W. & Birbaumer, N. & Gerber, W.-D. (1986). Verhaltensmedizin. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer Verlag S. 113-134.
- Praxisratgeber (1996). „Schmerz“. Reinbek b.Hamburg: Einhorn-Press-Verlag.
- Svoboda, T. (1994). Wege aus dem Kopfschmerz. Mannheim: Pal Verlag. (darin auch ein Fragebogen und Anschriften von „Schmerzorganisationen“ z.B. Pain Watchers oder Schmerztherapeutisches Kollegium e.V. Deutschland) und K.Schermelleh-Engel: FSR: Fragebogen zur Schmerzregulation. Swets Test Services, Frankfurt, 1996.

Schmerzbrochüre der Techniker Krankenkasse, Rheinstraße 29 in 65185 Wiesbaden
Tel. 0611/ 17030 (kostenlos).

Schwartz, G.E.(1978). Psychobiological foundations of psychotherapy and behavior change.
In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. (2nd ed.) (pp 63-99), New York: Wiley.

Stein, A. (1987). Den Schmerz bewältigen mit Stereo-Tiefensuggestion. (ACP-Audiocas. mit Begleitheft).

Vaith, D. & Knapp, T.W. Biofeedback in der Schmerzlinderung (Vortrag: Schmerz-Symposium in Münster am 30./31. Mai, 1981) Sonderdruck aus „Schmerz 3“, 1982, S.67-75.

Wenzel, P. Pflanzliche Arzneimittel Ratgeber in Apotheken erhältlich.

World Health Organization: Tenth Revision of the International Classification of Diseases. Chapter V (f.): Mental and Behavioral Disorders (including of psychological development). Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, Genf, 1991. Deutsch: Dilling, H. et al. (Hg.): Internationale Klassifikation psychischer („biopsychosozialer“- Verf.) Störungen (ICD-10) - (1991). Bern, Göttingen, Toronto: Huber Vlg.

Zimmermann, M.: Physiologie von Nozizeptoren und Schmerz. In: Basler, H.D. & Franz, C. & Kröner-Herwig, B. & Rehfisch, H.P. & Seemann, H. (HG.) (1990). Psychologische Schmerztherapie. Heidelberg: Springer Verlag (Neuaufgabe, 1996 - erweitert um das Thema: Psychoimmunologie bei chronischen Schmerzen).

Zeitschrift Fokus-Medizin (1994).Allergien-Falsche Diagnosen - Falsche Therapien.H.12.