

Bewegung hellt die Psyche auf

Beate Kürz-Weis

Die richtige physiotherapeutische Strategie unterstützt depressive Schmerzpatienten auf ihrem Weg zu mehr Eigenaktivität, Selbstfürsorge und einem besseren Schmerzmanagement. Zur Stärkung von physischen und psychosozialen Ressourcen liegt der Fokus auf aktiven Interventionen. Passive Therapiemaßnahmen dienen nur als „Appetithappen“, um Motivation, Compliance und Therapieadhärenz zu fördern. Zwei Fallbeispiele zeigen das therapeutische Procedere bei somatoformer Schmerzstörung sowie Somatisierungsstörung.

Depressive Erkrankungen beeinträchtigen nicht nur die Gemütslage eines Menschen und seinen Antrieb. Die meisten Betroffenen zeigen auch körperliche Symptome und leiden v.a. unter muskuloskelettalen Schmerzen oder diffusen Kopfschmerzen [1,2]. Diese körperlichen Krankheitszeichen verkomplizieren anfangs die Diagnostik. Aber selbst wenn die psychische Erkrankung erkannt und therapiert wird, sind es häufig die physischen Symptome, die einer Krankheitsremission im Wege stehen.

„Oftmals zeigt sich der Schmerz als Wolf im Schafspelz.“

Die im Folgenden vorgestellten Patientenfallbeispiele sind aus dem klinischen Alltag und wurden vom ‚Arbeitskreis Physiotherapie‘ der ‚Interdisziplinären Gesellschaft für Psychosomatische Schmerztherapie‘ (IGPS) ausgearbeitet [3].

Fall 1: Somatoforme Schmerzstörung

Anna P. war 52 Jahre alt, verheiratet und hatte zwei erwachsene Kinder. Beide Elternteile waren pflegebedürftig: Nachdem ihr Vater einen Apoplex erlitt, zeigte ihre Mutter vor einem halben Jahr erste Anzeichen einer Demenz. Frau P. arbeitete 20 Stunden wöchentlich als Sekretärin in einem Büro und wurde dort als Springerin eingesetzt.

Befund

Beim Erstkontakt berichtete die Patientin von seit fünf Monaten anhaltenden starken Schmerzen im ganzen Körper und wechselnden Schmerzlokalisationen vom Schulter-Nacken-Bereich über die BWS bis hin zum unteren Rücken. Die Schmerzintensität schwankte. Die von Frau P. auf der Visuellen Analogskala (VAS) angegebenen Werte lagen meist über 6/10. Demgemäß war die 52-jährige nie gänzlich schmerzfrei und konnte sich häufig kaum noch bewegen.

Dieses Fallbeispiel lief konform mit der aktuellen Beschreibung der ‚Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten der WHO‘ (ICD 10) zur somatoformen Schmerzstörung.

Merke

Somatoforme Schmerzstörung

Die somatoforme Schmerzstörung ist – orientiert an der ICD 10 – durch folgende Merkmale gekennzeichnet [4]:

- stark belastende Dauerschmerzen bzw. Ganzkörperschmerzen v. a. des muskuloskelettalen Systems
- sehr hohe wechselnde Schmerzintensität (i. A. VAS-Werte > 6)
- Schmerzlokalisierung im ganzen Körper möglich
- Schmerzen über mehr als drei Monate anhaltend
- Begleitsymptome:
 - Müdigkeit
 - Erschöpfung
 - Taubheit
 - Schwindel
 - Herzrasen
 - Beeinträchtigung von Gang- und Bewegungsmustern
- Auslösemechanismus: häufig enge Beziehung zwischen dem Beginn der Schmerzstörung und einer abgrenzbaren psycho-sozialen Belastung
 - frühkindliche Stressbelastung im Vorfeld (bspw. emotionale Vernachlässigung, Opfer oder Zeuge von Gewalt etc.)
 - jahrelange Kompensation und Beschwerdefreiheit
 - Lebensereignis (bspw. erneutes Erleben von Verlust oder Gewalt, emotionale Konflikte, Kündigung, Mobbing, Verbitterung etc.) führt zur Dekompensation und dadurch zum Beginn oder zur wesentlichen Verstärkung der Schmerzen
- zumeist somatisch orientiertes Krankheits- und Schmerzverständnis der Betroffenen
- hohe Komorbidität mit Angst und Depression

Therapie

Erstkontakt

Bei der Aufnahme in die Physiotherapie wirkte die Patientin erschöpft und ihre Mimik und Körperhaltung völlig emotionslos. Durch den Austausch im interdisziplinären Team war im Vorfeld bekannt, dass eine hohe Komorbidität der Depression bestand. Zu ihren früheren Erfahrungen mit Physiotherapie befragt, gab Frau P. an, dass ihr eine Physiotherapeutin nach einem HWS-Bandscheibenprolaps vor 15 Jahren sehr geholfen habe.

Therapie

Anna P. war sehr auf passive Maßnahmen fixiert. Passive Interventionen wurden bei der Patientin jedoch nur zurückhaltend, gewissermaßen als „Appetithäppchen“, genutzt. Auf diesem Weg konnte sie zunächst Vertrauen zur Physiotherapeutin aufbauen. Gleichzeitig steigerte dies ihre anfangs verhaltene Motivation und Compliance im weiteren Behandlungsverlauf.

„Eine Entspannungsmassage wurde zum ‚Amuse Gueule‘.“

Der Einstieg in aktive physiotherapeutische Interventionen erfolgte sehr behutsam und in enger Abstimmung mit Ärzten und Psychotherapeuten.

PHYSIOTHERAPIE

Bei Patienten mit somatoformer Schmerzstörung sind passive Techniken im physiotherapeutischen Behandlungsprozedere wenig oder nicht indiziert [3]. Sie dienen allenfalls als „Vorspeise“ oder als „Nachtisch“ zur Physiotherapie und sollen v. a. die Motivation, Compliance und Therapieadhärenz der Patienten fördern.

Fall 2: Somatisierungsstörung

Erika M. arbeitete als Kinderkrankenschwester. Angesichts ihrer diffusen seit drei Monaten persistierenden Schmerzsymptomatik war die 34-jährige arbeitsunfähig und hatte bereits Internisten, Kardiologen, Neurologen und Orthopäden konsultiert sowie alternative Heilmethoden ausprobiert.

Die unter schweren Depressionen leidende junge Frau zog sich zusehends in sich selbst zurück und igelte sich in ihrer Wohnung ein. Zum damaligen Zeitpunkt hatte Erika M. keine feste Beziehung. In ihrer Vorgeschichte wurde sie sexuell missbraucht.

Befund

Die Schmerzproblematik bestand seit mehreren Jahren. Zeitweise litt die Patientin unter Herzrasen, gastrointestinalen Beschwerden oder unter in den Gluteal- und Adduktorenbereich ausstrahlenden Schmerzen. Verschiedenste Fachärzte und Therapeuten konnten Erika M. nicht helfen.

*„Wenn die Seele schmerzt,
dann hilft auch kein Skalpell.“*

Ulrich Egle

Der Fall wurde der ICD-10-Beschreibung der Somatisierungsstörung zugeordnet.

Merke

Somatisierungsstörung

Die Somatisierungsstörung ist – orientiert an der ICD 10 – durch folgende Merkmale gekennzeichnet [4]:

- Schmerz als Leitsymptom
- kein Dauerschmerz
- Polysymptomatik: häufig wechselnde körperliche Symptome neben dem Schmerzgeschehen
- Beteiligung von zwei oder mehr Organsystemen:
 - gastrointestinale Symptome
 - urogenitale Symptome
 - kardiovaskuläre Symptome
 - Haut- und Schmerzsymptome
- hohe Komorbidität mit Angst und Depression
- häufiges Wechseln von Ärzten und Therapeuten

Therapie

Einstieg in eine neue Körperwahrnehmung

Als sanfter Einstieg in eine andere Körperwahrnehmung wurden bei der 34-jährigen Patientin anfangs verstärkt auch passive physiotherapeutische Techniken eingesetzt. Der Grund hierfür liegt darin, dass Menschen mit einer Somatisierungsstörung – so auch Erika M. – im Allgemeinen weniger Selbstfürsorge und -achtsamkeit walten lassen können.

Physiotherapeutische Aktivierung

Bei Patienten mit Somatisierungsstörung ist ein äußerst behutsames Vorgehen in der Physiotherapie erforderlich. Bestenfalls erfolgt die Abstimmung aller Behandler im interdisziplinären Team.

Für die Behandlung eignen sich vielfältige Interventionen in Einzel- und/oder Gruppentherapie unter der Leitung speziell ausgebildeter Therapeuten. Einige Optionen lassen sich gut im klinischen Rahmen interdisziplinärer Behandlungskonzepte realisieren.

THERAPIEOPTIONEN

Als geeignete Behandlungsmaßnahmen bei Somatisierungsstörung dienen u. a.:

- aktivierende Therapieformen jeglicher Art
- Entspannungsverfahren
- Konzentrierte Bewegungstherapie
- Musiktherapie als „Schlüssel ins limbische System“

Beckenbodengymnastik

Angesichts des sexuellen Missbrauchs der Patientin in ihrer Vorgeschichte flossen Aspekte der Beckenbodengymnastik bei chronischem Unterbauchschmerz mit in die Therapie ein. Als Therapiematerialien für die Körperwahrnehmungsübungen dienten Luftballons, Kirschkernsäckchen, Moosgummiringe, Tücher, Handtuchrollen, Soft-, Woll- oder Pilates-Bälle etc. Gegebenenfalls wurden die Behandlungseinheiten musikalisch unterstützt.

„Die Patientin durfte auf keinen Fall überfordert werden.“

Die Beckenbewegungen wurden anfangs von oben eingeleitet; eine ‚Beckenarbeit‘ wurde bewusst nicht beschrieben. So sollte die an der Wand stehende Patientin mit ihrem Kopf nicken und dabei ihre „Bewegungswelle“ wahrnehmen. Kleine Bälle zwischen Wand und lumbosakralem Bereich unterstützten die Körperwahrnehmung. Im aufrechten Sitz sollte Frau M. eine „liegende Acht“ mit ihrem Becken ausführen, sich im „Schlingengang“ bewegen oder sich mit geradem Rücken zur Seite neigen. Die Interventionen erfolgten anfangs in Einzel-, später in Gruppentherapie

Psychosomatische Schmerzphysiotherapie

Ziele

Die beiden vorgestellten Fälle aus der klinischen Praxis verdeutlichen die Ziele einer psychosomatischen Schmerzphysiotherapie:

- Reduktion von Fear-Avoidance- bzw. Fear-Endurance-Verhalten
- Wiedergewinnen des Vertrauens in Bewegung und Haltung
- Förderung der Körperwahrnehmung und Differenzierung zur Selbstwahrnehmung

- aktives Durchbrechen des Schmerz-Teufelskreises und Abbau der damit verbundenen Angst und Passivität
- Ablenkung und Distanzierung vom Schmerz
- Umgang mit Schmerzsituationen
- Wiederherstellung/Verbesserung mangelnder Bewegung
- Wiedergewinnen der Balance zwischen Spannung und Entspannung zur Förderung der psycho-physischen Regulation
- Motivation zur aktiven Freizeit- und Alltagsgestaltung
- Förderung der persönlichen Kompetenz
- Förderung der sozialen Kompetenz

Aufbau

Der Aufbau der Therapie in Warm-Up, Haupt- und Entspannungsteil hat sich in der Praxis bewährt. Anfangs werden dem Patienten die Behandlungsabläufe vorgestellt und hinsichtlich ihrer Wirkung erklärt. Nach dem Pacing-Prinzip, also der kleinstufigen Belastungssteigerung, soll der Patient dann über den Tagesablauf gleichmäßig in kleinere Teilabschnitte aufgeteilte Aktivitäten mit mehreren kurzen Pausen durchführen. Die strukturierte Belastungssteigerung erfolgt langsam und kontinuierlich. Unter Umständen empfiehlt sich das Führen eines „Aktivitäten-Tagebuchs“.

Therapieelemente

Begrüßungsrituale

Als Begrüßungsrituale zum Beginn einer Behandlungseinheit eignen sich diverse Formen wie die asiatische Variante mit Verbeugung, der Bergsteiger- oder Seemanns-Gruß oder das „Give me Five!“ in allen nur erdenklichen Varianten. Hier können sich die Patienten mit Vorschlägen gerne selbst einbringen.

Übungen

Pezziball Wichtig ist, die ‚Beckenarbeit‘ auf dem Pezziball zunächst nonverbal durchzuführen. Die Bälle werden von den Patienten anfangs gerollt, geprellt, getragen oder umarmt. Im weiteren Therapieverlauf sollen die Patienten in allen Ausgangsstellungen mit dem Ball arbeiten, auf ihm liegen, sitzen, dabei Fuß- und Armaktivitäten oder PNF-Muster ausführen, über den Ball mit Bauch oder Rücken rollen etc.

Luftballons und Tücher Die durch den Therapieraum gehenden Patienten transportieren Luftballons auf Handrücken und Fingerspitzen oder boxen die Bälle durch die Luft. Zur Steigerung werden Schrittkombinationen mit Fokus auf die Fußarbeit eingebaut. Der Einsatz von bunten Tüchern, ähnlich einem Pareo, ist besonders für Patientinnen mit Migrationshintergrund geeignet.

Körperwahrnehmung

Für das propriozeptive Training zur Körperwahrnehmung eignen sich Matten, Balancepads oder ein Minitrampolin. Beim Training sollen die Patienten ihre Position zunächst statisch halten und dann dynamisch verändern – durch Bewegen von Kopf, Rumpf oder Extremitäten. Auf diesem Weg können sie der veränderten Gewichtsverteilung nachspüren und die Änderung ihrer Kontaktpunkte erleben.

„Die Macht und Kraft der Phantasie fördert die Therapie.“

Phantasie und Musik

Für alle Behandlungseinheiten eignen sich Vorstellungsbilder wie bspw. der Spaziergang über eine Frühling-, Sommer- oder Herbstwiese, das Flanieren im Stadtgarten oder das Wandern an einem Hain oder Bergsee. Die passende musikalische Untermalung wird zum „Schlüssel ins limbische System“ und fördert Motivation, Eigenaktivität und Selbstfürsorge der Patienten.

Körperwahrnehmungsübung

Zum Abschluss jeder Therapieeinheit empfiehlt sich eine Übung zur Körperwahrnehmung. Eine Körper- oder Phantasieübung wird von den meisten Patienten begrüßt. Passende Anregungen finden sich bspw. bei Else Müller [5–7].

Begleitende Interventionen

Die angeführten Beispiele zu begleitenden Therapiemaßnahmen stammen aus dem Arbeitskreis ‚Physiotherapie‘ der ‚Interdisziplinären Gesellschaft für Psychosomatische Schmerztherapie‘ (IGPS) zum Curriculum „Psychosomatische Schmerzphysiotherapie“ [3].

Nordic Walking

Die Nordic-Walking-Technik ist relativ schnell und einfach erlernbar. Um nachhaltigen Erfolg mit dem Training zu haben, ist eine Einweisung durch einen lizenzierten Trainer erforderlich. Nordic Walking fordert ca. 600 Muskeln in unserem Körper. Durch die Sportwissenschaft ist bekannt, dass Muskeln optimal durch sanfte aber regelmäßige Einheiten trainiert werden. Sanfter Ausdauersport in freier Natur stärkt nicht nur Geist und Seele, sondern auch körpereigene Abwehrkräfte. Als Ausgleich bietet Nordic Walking die angemessene Dosierung an Bewegung und lockert Muskelpartien in den typischen Verspannungsregionen.

‚Drums Alive‘

‚Drums Alive‘ ist ein durch ausgebildete Physio- oder Sporttherapeuten angeleitetes senso-motorisches Trommel-Programm, das lediglich den Einsatz passender Sticks, eines großen Gymnastik-Balls und geeigneter Musik erfordert. Das Programm verbindet einfache, dyna-

mische Bewegungsabläufe mit einem außergewöhnlichen Rhythmus. ‚Drums Alive‘ eignet sich sowohl für die Einzel- als auch für die Gruppentherapie. Ziel ist die Verbesserung der physischen und psychischen Lebensqualität.

Terrain-Training

Terrain-Training fokussiert auf das gezielte Training des Gehens und Laufens. Das Bewegen im freien Gelände fördert die erwünschte Ausdauerleistungsfähigkeit, testet die momentane Belastbarkeit und stärkt das Selbstbewusstsein. Gehstrecke und Zeitrahmen werden in sanfte, geringe, mittlere und höhere Stufen unterteilt.

Medizinische Trainingstherapie

Die durch ausgebildete Physiotherapeuten angeleitete gerätegestützte Medizinische Trainingstherapie zielt ab auf die Normalisierung und Steigerung von Muskelkraft, Kraftausdauer, funktionellen Bewegungsabläufen und der alltagsspezifischen Belastungstoleranz v.a. bei unspezifischen schmerzhaften Bewegungsstörungen sowie allgemeiner Dekonditionierung.

Atemtherapie

Eine Atemtherapie kann der Schlüssel zu innerer Ausgeglichenheit und verbessertem Wohlbefinden sein. Das Ausschöpfen des vollen Atempotentials bringt nicht nur mehr Energie und eine höhere Leistungsfähigkeit, sondern stimuliert auch Stoffwechsel und Immunsystem, kräftigt die Stimme, löst Spannungszustände der Muskulatur und beeinflusst das Schmerzgeschehen positiv.

„Atmung ist die Grundlage unseres Lebens.“

Kombination Eine gezielte Kombination von Atem-, Haltungs- und Bewegungstherapie kann und soll die Patienten beschwerdeärmer bzw. schmerzfreier machen. In der Physiotherapie stehen hierzu unterschiedliche Ansätze und Methoden zur Auswahl.

Qi Gong – Tai Chi – Yoga

Als begleitende Interventionen können Qi Gong, Tai Chi und Yoga nur von Therapeuten mit Expertise genutzt werden. Die drei Verfahren werden v.a. in klinischen Behandlungskonzepten oder ambulanten Therapiezentren genutzt. In Physiotherapie-Praxen oder ähnlichen Einrichtungen werden sie eher in Form von Kursen angeboten.

Qi Gong Qi Gong ist der Oberbegriff für zahlreiche Atemübungen, welche oftmals zu einem Set zusammengefasst werden. Die mehrfach zu wiederholenden Übungen werden v.a. im Stehen ausgeführt. Dabei verbindet die Person die Bewegung mit seinem Bewusstsein und einer bestimmten Atmung.

Tai Chi Tai Chi ist ein vielfältiges und umfangreiches Kampfkunstsystem. Es besteht aus meditativen Anteilen, stillem und bewegtem Qi Gong sowie Partnerübungen. Zentrales Element ist die „Handform“ als Folge langsam ausgeführter und harmonisch ineinander übergehender Bewegungen, die sich zu einem wahren Fluss von Bewegungen verbinden.

Yoga Yoga ist eine jahrtausendealte indische Übungspraxis. Sie besteht aus Atemtechniken, körperlichen Übungen und meditativen Anteilen. Zentrales Ziel ist ein besseres Körpergefühl durch mehr Flexibilität, Ausdauer und Kraft.

Autorinnen/Autoren



Beate Kürz-Weis war bis Mitte 2020 als leitende Physiotherapeutin in der Psychosomatischen Fachklinik Gengenbach GmbH in der Klinik Kinzigtal tätig. Seitdem arbeitet sie zeitweise in der klinischen Funktion der „Psychosomatischen Schmerzphysiotherapie“, trainiert andere Therapeuten und

motiviert in Abstimmung mit der ärztlichen/klinischen Leitung zu Fortbildungen. Zudem ist sie Referentin des von der IGPS entwickelten Curriculums „Psychosomatische Schmerzphysiotherapie“.

Korrespondenzadresse

Beate Kürz-Weis

Psychosomatische Fachkliniken Gengenbach GmbH
Wolfsweg 12
77723 Gengenbach
Deutschland
physiotherapie@klinik-kinzigtal.de

Literatur

- [1] von Wachter M, Kappis B. Therapie-Tools: Schmerzstörungen. Weinheim: Beltz; 2019
- [2] Ausarbeitungen zur Fortbildung „Der Schmerztherapeut“ (nach den Richtlinien der IGOST/VPT) an der VPT-Akademie in Stuttgart-Fellbach vom 20.04.2012 bis 08.07.2012
- [3] Ausarbeitungen aus dem ‚Arbeitskreis Physiotherapie‘ der ‚Interdisziplinären Gesellschaft für Psychosomatische Schmerztherapie‘ (IGPS) zum Curriculum „Psychosomatische Schmerzphysiotherapie“
- [4] Egle UT, Zentgraf B. Psychosomatische Schmerztherapie: Grundlagen, Diagnostik, Therapie und Begutachtung. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2020
- [5] Müller E. Du spürst unter deinen Füßen das Gras: Autogenes Training in Phantasie- und Märchenreisen. Frankfurt: Fischer; 1983
- [6] Müller E. Wenn der Wind über Traumwiesen weht: Die schönsten Phantasiereisen, Märchen und Meditationen. Frankfurt: Fischer; 2002
- [7] Müller E. Auf der Silberlichtstraße des Mondes: Autogenes Training mit Märchen zum Entspannen und Träumen. Frankfurt: Fischer; 1985

Bibliografie

Der Schmerzpatient 2021; 4: 197–201

DOI 10.1055/a-1551-6712

ISSN 2512-6210

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany