



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Martin J. Waibel

Körperpsychotherapie bei chronischen Schmerzen

Integrative Leib- und Bewegungstherapie (IBT)

Martin J. Waibel
Im Obstgarten 6
88326 Aulendorf
info@mjwaibel.de

Besonderer Hinweis

Die in diesem Buch beschriebenen Methoden sollen psychotherapeutischen Rat und medizinische Behandlung nicht ersetzen. Die vorgestellten Informationen und Anleitungen sind sorgfältig recherchiert und nach bestem Wissen und Gewissen weitergegeben. Dennoch übernehmen Autor und Verlag keinerlei Haftung für Schäden irgendeiner Art, die direkt oder indirekt aus der Anwendung oder Verwertung der Angaben in diesem Buch entstehen. Die Informationen sind für Interessierte zur Weiterbildung gedacht.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2023 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von Adobe Stock/Manu Reyes

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

Lektorat: Karla Seedorf

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40155-4

E-Book ISBN 978-3-608-12033-2

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20609-8

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar

Inhalt

1	Einführung	9
2	Ein modernes Schmerzverständnis	15
2.1	Um welche Schmerzen geht es in diesem Buch?	15
2.2	Das biomedizinische Schmerzverständnis	17
2.3	Ein psychosomatisches Schmerzverständnis	19
2.4	Das bio-psycho-soziale Schmerzverständnis	20
2.5	Ein neurobiologisches Schmerzverständnis	25
2.6	Ein philosophisch-phänomenologisches Schmerzverständnis	27
2.7	Das leibparadigmatische Schmerzverständnis in der Integrativen Therapie	32
3	Körper-, Leib- und Bewegungstherapie	34
3.1	Was ist Körperpsychotherapie?	34
3.1.1	Definition	34
3.1.2	Entstehung der Körperpsychotherapie	35
3.1.3	Moderne Entwicklungen und Institutionalisierung	36
3.1.4	Grundlagenkonzepte von Körperpsychotherapie	37
3.1.5	Körperpsychotherapie als Verfahren	40
3.1.6	Problematik der Begriffe von Körper und Leib	41
3.1.7	Weiterführende Literatur	42
3.2	Was ist die Integrative Leib- und Bewegungstherapie (IBT)?	42
3.2.1	Integrative Leib- und Bewegungstherapie (IBT)	43
3.2.2	Wie entstand die Integrative Leib und Bewegungstherapie?	43
3.2.3	Was bedeuten die Begriffe »integrativ«, »Leib« und »Bewegung«?	44
3.2.4	Hat die IBT ein Menschenbild?	50
3.2.5	Hat die IBT ein wissenschaftstheoretisches Modell?	51
3.2.6	Welche Rolle spielt die therapeutische Beziehung in der IBT?	52
3.2.7	Was versteht man unter intersubjektiver Ko-respondenz?	52
3.2.8	Gibt es eine besondere Methodik oder Technik, welche die IBT von anderen Methoden unterscheidet?	53
3.2.9	Könnte man die IBT auf einem Blatt kurz darstellen?	54
3.2.10	Gibt es eine Theorie in der IBT, die auch in anderen Verfahren bekannt geworden ist?	56
3.2.11	Welche Bedeutung hat Lernen in der IBT?	56
3.2.12	Wird in der IBT gedeutet?	58
3.2.13	Wieso sollte der Körper bei chronischen Schmerzpatientinnen überhaupt einbezogen werden?	64
3.2.14	Wird in der IBT Berührung eingesetzt?	64

4	Fünf Module einer Integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik (IPD)	67
4.1	Grundsätzliche Positionen in der Diagnostik (Theragnostik)	67
4.2	Anthropologische und klinische Krankheitslehre	68
4.3	Multifaktorielle Genese – multimethodische Therapie	68
4.4	Der Weg zur Erkenntnis: »Von den Phänomenen zu den Strukturen hin zu den Entwürfen«	69
4.5	Fünf Stufen (Module) der Integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik (IPD)	71
4.5.1	Die erste Stufe: Psychosoziale Anamnese, Motivation	73
4.5.2	Die zweite Stufe: Klassifikation nach dem neuen ICD-11 und dem bisherigen ICD-10	79
4.5.3	Die dritte Stufe: Ätiologie	83
4.5.4	Die vierte Stufe: Persönlichkeitsdiagnostik und Ressourcendiagnostik	99
4.5.5	Die fünfte Stufe: Behandlungsplanung – Motivation – Volition	107
5	Praxeologie	110
5.1	Die »vier Wege der Heilung und Förderung«	113
5.1.1	Erster Weg: Bewusstheitsfindung und Sinnfindung	115
5.1.2	Zweiter Weg: Entwicklungsförderung, Nachsozialisation und Grundvertrauen	115
5.1.3	Dritter Weg: Ressourcenstärkung und Erlebnisaktivierung	117
5.1.4	Vierter Weg: Solidaritätserfahrung in menschlicher Gemeinschaft	118
5.2	17 Wirk- und Heilfaktoren zur Linderung und Heilung bei chronischen Schmerzerkrankungen	120
5.3	Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung	127
5.3.1	Intersubjektiven Ko-respondenz und Zwischenleiblichkeit	130
5.3.2	Übertragung	133
5.3.3	Gegenübertragung	134
5.3.4	Affiliation und Reaktanz	135
5.3.5	Resonanz	136
5.3.6	Empathie	138
5.3.7	Interkulturelle Beziehungskompetenz	140
5.4	Die Bedeutung der Psychoedukation	141
5.5	»Arbeit im schwierigen Terrain« – Körperpsychotherapie in der Gruppe im stationären Setting	145
5.5.1	Was sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Gruppentherapie?	146
5.5.2	Was sind relative Ausschlusskriterien für eine erfolgreiche Gruppentherapie?	147
5.5.3	Was sollte man unbedingt vermeiden?	149
5.5.4	Was sagen die Praktikerinnen?	149
5.5.5	Lösungswege im »schwierigen Terrain«	150
5.6	Inkarnation und Dekarnation	158
5.7	Modalitäten der körperpsychotherapeutischen Behandlung	162

6	Klinische Praxis	165
6.1	Die konservativ-stützende Modalität	165
6.2	Übungszentrierte Modalität	169
6.2.1	Das Gehen: die einfachste Form der übungszentrierten Modalität	170
6.2.2	Stress, Selbstregulation und Entspannung	186
6.3	Ergebniszentrierte Modalität	205
6.3.1	Das Ressourcenpanorama (ressourcenorientierter Längsschnitt)	206
6.3.2	Fünf Säulen des Supports (ressourcenorientierte Querschnittsdiagnostik und therapeutische Ansätze)	210
6.3.3	Der Ressourcenzukunftsraum (antizipierte Diagnostik und Therapie)	213
6.3.4	»Ressourcen einleiben«	216
6.3.5	Kein Zugang zu den Ressourcen: Arbeit mit den Barrieren – ein kurzer Ausflug zur konfliktzentrierten Modalität	221
6.3.6	Embodiment: Den eigenen Körper wieder als Sicherheit erleben	224
6.3.7	Aktivierung und Förderung des vitalen Evidenzerlebens	232
6.4	Konfliktzentrierte Modalität	237
6.4.1	Die Bedeutung der Emotionen in der konfliktzentrierten Modalität	238
6.4.2	Emotionale Differenzierungsarbeit	239
6.4.3	Emotionale Entwicklungsförderung: Der eigene Raum	242
6.4.4	Emotionale Differenzierungsarbeit von Ärger: Grenzerfahrungen	246
6.4.5	Emotionale Feinspürarbeit mit impliziten Beziehungsmustern: Der Corona-Stab	256
6.4.6	Die Stressampel: Emotionales Kurzzeit-Differenzierungsmodell von Stress	259
6.4.7	Emotionale Trauer- und Trostarbeit	262
6.4.8	Weitere konfliktzentrierte Ansätze	270
6.5	Netzwerkzentrierte Modalität	271
6.5.1	Einführung	271
6.5.2	Ein Beispiel	271
6.5.3	Wie hilfreich sind soziale Netzwerke bei chronischen Schmerzen?	273
6.5.4	Netzwerke können auch belastend und ver hindernd sein	274
6.5.5	Netzwerkarbeit ist beständiger Teil der körperpsychotherapeutischen Behandlung	275
6.6	Bewegungstherapeutische/körpertherapeutische Einzeltherapie bei chronischen Schmerzerkrankungen (Leibtherapie)	277
6.6.1	Vorbemerkung	278
6.6.2	Ein Behandlungsprozess	278
6.6.3	Wege der Heilung in der Einzeltherapie	281
6.6.4	Warum eine körpertherapeutische Behandlung nicht durch eine verbale Therapie ersetzt werden kann	282
6.6.5	Leibtherapeutische Inkarnation bei schweren körperlichen Schädigungen	285
6.6.6	Berührung – Die Rolle der Leibtherapie im Team	287

6.6.7	Indikationen für die bewegungs-/körperpsychotherapeutische Einzeltherapie	289
7	Rahmenbedingungen	291
7.1	Das therapeutische Team	291
7.2	Die Rolle der Körpertherapie	293
7.3	Supervision und Intervision	294
7.4	Therapiepläne und Gruppenteilnahme	294
7.5	Kurzzeit-, Langzeit-, Intervall- und ambulante Therapie	295
7.6	Ambulante Schmerztherapie	295
8	Aus-, Fort- und Weiterbildung	296
	Literatur	298
	Sachverzeichnis	312

1 Einführung

Die Ausführungen in diesem Buch sind die Ergebnisse meiner Arbeiten und Erkenntnisse zu Schmerzen, die ich zunächst im somatischen Bereich in der Arbeit bei Wirbelsäulenerkrankungen mit Kindern und Adoleszenten (Skoliose, Kyphose etc.) in den späten 1970er-Jahren in der Arbeit mit Massage und Krankengymnastik sowie Psychomotorik kennengelernt habe, z.B. der Skliosetherapie nach Lehnert-Schroth. Sehr hilfreich waren in dieser Zeit für mich therapeutische Begleiterinnen wie die Krankengymnastin, Psychologin und Integrative Bewegungstherapeutin Gabi Rüttschi-List (1988) und Hildegund Heintz (1980/1991), die als Fachärztin für Orthopädie und Psychosomatikerin mein Denken in der orthopädischen Psychosomatik und damit bezogen auf verschiedenste Schmerzkrankungen maßgeblich beeinflusst hat. Die frühen 1990er-Jahre waren geprägt von einer lebendigen Entwicklung der »psychosomatischen Orthopädie«, die leider mit dem Kliniksterben im Reha-Bereich, ausgelöst durch die »Kurkrise« Ende der 1990er-Jahre, ein jähes Ende fand. Bei meinem Lehrer Prof. Petzold bedanke ich mich ganz besonders, denn die Ausbildungen in Leibtherapie und das Studium der Supervision waren für mich entscheidend auf meinem Weg zu einer modernen Humantherapie.

Erste Publikationen zur seelischen Bedeutung bei Wirbelsäulenerkrankungen erfolgten von meiner Seite ab 1993 in Fachzeitschriften wie »Praxis der Psychosomatik und Psychotherapie«, die inzwischen umbenannt wurde in »Psychotherapeut«, und in der »pt – Zeitschrift für Physiotherapeuten« (1995). Parallel erschienen zwei Ratgeberbücher für Betroffene (Waibel 1994), hier mehr aus einer populärwissenschaftlichen Perspektive.

In meiner Tätigkeit als Bewegungstherapeut, als Körperpsychotherapeut und Leiter von spezialtherapeutischen Fachbereichen lernte ich das Symptom Schmerz in seiner vielfältigsten Form in der klinisch-stationären Arbeit in der Psychosomatik in 41 Jahren intensiv kennen: auf den unterschiedlichsten Stationen wie auf den Allgemeinstationen (Depression, Angst u. a.), bei älteren Menschen und bei jungen Erwachsenen. Im gastroenterologisch-psychosomatischen Bereich, bei Essstörungen als auch auf der psychoonkologischen Station ging es ebenso immer wieder um die vielfältigen Formen chronischer Schmerzen. Die Begegnungen mit anderen Kolleginnen, psychosomatischen Fachärzten, systemisch-orientierten Psychologinnen, Analytikern, Verhaltenstherapeuten und Supervisoren wie Prof. Kächele waren für mich äußerst unterstützend und bereichernd auf dem Weg des Verstehens von chronischem Schmerz. Damals war es nicht immer ganz einfach, die vielfältigen chronischen Schmerzen einem entsprechenden Krankheitsbild differentialdiagnostisch genau zuzuordnen.

Die Literatur hierzu war breit mit z. T. sehr konträren Auffassungen, zumeist biologisch geprägt, und daher wenig differentiell. Für mich war daher das erste Modell von Egle (2003) sehr hilfreich, um in einem interdisziplinären Diagnostikverständnis ein Wissen davon zu bekommen, wie die jeweilige Schmerzsymptomatik bei den einzelnen Patienten vorläufig einzuschätzen sei. Dieses bio-psycho-soziale Modell war auch sehr hilfreich in Lehre und Praxis für die unterschiedlichen Berufsgruppen (Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenschwestern, Sozialarbeiter u. a.), die ich als Dozent in der Lehre an Fachschulen und Hochschulen unterrichtet habe. In der Publikation 2009 zur Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (Jakob-Krieger/Waibel 2009) diente es in drei Artikeln als grundlegendes Verständnismodell bei chronischen psychosomatischen Schmerzen.

Nach der Jahrtausendwende hatte ich die Möglichkeit, an der Psychosomatischen Fachklinik, an der ich arbeitete, sowohl im Reha- als auch im Akutbereich beim Aufbau einer störungsspezifischen Station für chronische-psychosomatische Schmerzerkrankungen mitzuwirken. Die körperpsychotherapeutische Gruppen- und Einzeltherapie (IBT) war neben der verbalen Psychotherapie ein wesentlicher Grundpfeiler der stationären Versorgung. Wir haben hier im Team miteinander in den folgenden Jahren nochmals viel Neues hinzugelernt.

Meine klinisch-stationäre Arbeit endete schließlich 2019, wo ich die Möglichkeit hatte, zusammen mit einem sehr professionellen Team die letzten Jahre meiner bewegungstherapeutisch-körperpsychotherapeutischen Arbeit auf einer Schmerzstation zu verbringen. Heutzutage arbeite ich sowohl in Einzelpraxis als Therapeut als auch als Supervisor und Lehrtherapeut in einem ganz anderen Setting. Auch diese Erfahrungen mit ambulanten Patienten, die unter unterschiedlichsten Schmerzsyndromen leiden, sind in dieses Buch eingeflossen.

Aus der Fülle der Erfahrungsschätze in diesen 41 Jahren klinischer Therapie habe ich versucht, die »Essenz der Erkenntnisse« zu systematisieren und zusammenzustellen, um vielleicht dadurch jüngeren Bewegungs- und Körpertherapeuten manche Klippen zu ersparen, die wir als Pioniere in diesem Arbeitsbereich überwinden mussten. All den Kolleginnen und Kollegen aus den anderen Berufsgruppen und Spezialtherapien, Dr. Rahm als Chefarzt der Schmerzstation, Dr. Matzek als Supervisor, Dr. Hölzer als Chefarzt der Klinik und Geschäftsführer sowie Dr. Kovanetz als Ärztin und Psychotherapeutin kann ich nur danken für die ko-kreativen Austauschprozesse, die eine liebevolle und lebendige Arbeit mit unseren Patientinnen ermöglichte. Wenn Sie auch mit Schmerzpatientinnen arbeiten sollten, dann verlieren Sie nie die Freude und Lust, täglich mit dem »Unbekannten« und an dem »Unmöglichen« zu arbeiten. All meinen Patientinnen danke ich für ihre Offenheit und Bereitschaft, sich auf eine intensive Therapie einzulassen, für ihre bewegenden und berührenden Schilderungen ihrer Lebenserfahrungen. Das hat mir wesentliche Erkenntnisse im Bereich der psychosomatischen Schmerztherapie vermittelt, die ohne sie nie möglich gewesen wären.

Die Komplexität der Erkrankung bei chronischen Schmerzerkrankungen ist sowohl in der Anamnese, Diagnostik, beim Krankheitsverständnis und schließlich auch bei den Interventionen sehr hoch. Ich habe versucht, hier viel zu reduzieren. Letztendlich

aber würden gewisse komplexe Zusammenhänge in ihrer Aussagekraft einiges verlieren, wenn man noch weitere Vereinfachungen vorgenommen hätte. So ist es hoffentlich gelungen, ein »einfaches, praxisnahes Buch« für viele Berufsgruppen zu schreiben über das, was wir hier in der Körperpsychotherapie und Integrativen Leib- und Bewegungstherapie bei chronischen Schmerzerkrankungen machen. Viele meiner Kolleginnen beklagen, dass es ihnen so schwer möglich sei, ihre eigene Arbeit, die von vielen Patienten als sehr hilfreich erlebt wird, den anderen Fachkolleginnen differenziert zu erläutern. Das ist, so meine Erkenntnis, auch nur schwer vermittelbar, weil letztendlich leibliches Erleben nicht nur kognitiv verstanden werden kann, sondern erfahrungsbereit »am eigenen Leib« erlebt werden muss. Meinen Patienten, die manchmal eine Einführung zur IBT nicht ganz verstanden haben, gebe ich folgenden Vergleich: Sie gehen in ein gutes Restaurant und studieren intensiv die Speisekarte. Nachdem Sie mehrere Minuten gelesen haben, sind Sie einerseits begeistert, haben jedoch auch Zweifel, ob es wirklich so gut schmeckt. Um das herauszufinden, müssen Sie eines tun: essen.

Dabei kann Ihnen dieses Buch etwas helfen. Sie können natürlich die Übungen ausprobieren. Noch besser ist es, ein Körperpsychotherapieseminar bei den zahlreichen Kolleginnen zu besuchen. Das Erleben am eigenen Leib ist durch kein kognitives Wissen zu ersetzen!

Das zentrale Anliegen dieses Buches möchte ich mit einem persönlichen Erlebnis veranschaulichen. Mein Enkel, knapp zwei Jahre alt, wollte an einem schönen Frühlingstag mit mir spazieren gehen. Also setzte ich ihn auf die Treppe, zog ihm die Schuhe an und holte seine Jacke. Er »hampelte« dann sitzend ein wenig hin und her und da passierte es: Er schlug sich den Kopf am Treppengeländer an. Auf sein Schreien hin rannte ich zu ihm, nahm ihn in den Arm und spürte deutlich, wie er sich an mich kuschelte. Bis wir beim Wasserhahn waren, hatte er sich schon etwas beruhigt. Ich nahm einen kalten Tupper, um damit seine Schläfe und Kopfseite zu kühlen. Er hatte nun aufgehört zu weinen, konnte mir aber nicht sagen, wo er sich genau angeschlagen hatte. So kühlte ich weiter seine Schläfe, bis er meine Hand wegschob. Es war gut! Mein nächstes Sedativum »Heile, heile Gänsle, heile heile Mausespeck ...« interessierte ihn gar nicht mehr. Ich setzte ihn an den Frühstückstisch und gab ihm etwas zu essen. In diesem Moment kam meine Frau von der Arbeit. Er freute sich, sagte aber sofort »Aua, bum bum« und zeigte an seinen Kopf. Hierbei wurde er wieder weinerlicher. Inzwischen bemerkte ich eine etwa ein Euro große Prellung an seiner Schläfe. Meine Frau meinte, »Nimm doch einen Löffel zum Kühlen.« Den Löffel fand er sehr interessant und der Schmerz spielte keine Rolle mehr. Er beschäftigte sich wieder mit Essen und einem Spielzeugtraktor. Jetzt sah ich die ziemlich große Beule, die sich blau gefärbt hatte, und wunderte mich ein wenig über seine geringe Schmerzreaktion.

Wie anders hätte dies mein Enkel verarbeitet, wenn ich ihn ausgeschimpft hätte, wieso er nicht aufgepasst habe. Und warum er sich jetzt so anstelle und rumheule? Wenn ich ihn am Arm gepackt hätte, ihn nach draußen gezerrt und gesagt hätte: »Wir gehen jetzt spazieren.« Oder noch schlimmer, ihm eins auf den Hintern gegeben hätte, wenn er nicht gleich aufhört zu weinen und »rumbockt«. Unvorstellbar – aber wie ich

aus zahlreichen Krankheitsgeschichten und Berichten von Patientinnen erfahren durfte, waren solche Reaktionen in deren Leben oft »ganz normal«. Sie haben selten Hilfe, Unterstützung und Verständnis, geschweige denn Zuwendung und mitmenschliche Sorge bei ihren Schmerzerlebnissen erfahren. Im Gegenteil – körperliche Schädigungen, emotionale Misshandlungen, Verachtung, Unverständnis, Gefühlskälte, Entwertungen und trostloses Leid waren Erfahrungen, die sie erleben und erleiden mussten.

Der Vorfall mit meinem Enkel enthält alle helfenden Erfahrungen, die unseren chronischen Schmerzpatientinnen oft gefehlt haben:

- Gleich nach dem ersten Schock und dem Eintreten des Schmerzes hatte mein Enkel einen sicheren Halt und Schutzraum. Ich nahm ihn sofort auf den Arm und dicht an den Körper. Ich nehme an, es kam zu einer guten schmerzdämpfenden Hormonausschüttung (Oxytozin). Unsere chronischen Schmerzpatientinnen erlebten bei ihren ursprünglichen Schmerzergebnissen (Trauma, Vernachlässigung, Ausstoßung) in der Regel weder einen Schutzraum noch Halt, sondern Kontrollverlust und tiefe Verunsicherung.
- Der Schmerz wurde sofort versorgt und in seiner biologischen Ursache gemildert. Psychologisch wären mir noch Trost und Ablenkung (Lied) zur Verfügung gestanden, das war aber gar nicht mehr nötig. Unsere chronischen Schmerzpatienten hingegen waren zumeist allein dem Schmerzergebnis ausgesetzt, es fehlte an adäquater Hilfe, Trost und Ablenkung.
- Das Schmerzergebnis war logisch und selbst verursacht. Erlebte und erlittene Schläge sind bei unseren Schmerzpatientinnen häufig fremdverursacht, völlig unverständlich, ungerecht, menschenunwürdig und nicht nachvollziehbar. Es fehlte sowohl die Kontrolle als auch die Sinnhaftigkeit bei dem Erlebten.
- Mein Enkel drückte seine Emotion aus. Danach versuchte er, das Schmerznarrativ meiner Frau gegenüber zu verbalisieren. Emotionen für den Schmerz werden bei unseren Patientinnen häufig unterdrückt, nicht mehr wahrgenommen, noch weniger differenziert oder verbalisiert.
- Zwei Wochen später saß mein Enkel auf der Treppe und wir zogen wieder die Schuhe an. Er sagte »Bum bum« und ich verstand es im ersten Moment gar nicht. Das ursprüngliche Schmerzergebnis hatte er nun als lustiges Schmerznarrativ eingeordnet. Denn er zeigte es mir und lachte. Damit hatte er eine gesunde Distanz zum ursprünglichen Schmerz geschaffen, eine wichtige Form der Bewältigung.

Das Buch ist so aufgebaut, dass ich zunächst ausgehend vom klassisch-medizinischen Schmerzmodell einen Weg zu einem modernen Schmerzverständnis aufzeige. Es folgt ein kurzer Abriss über die Körperpsychotherapie, dann der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie im Verfahren der Integrativen Therapie. Es soll hier jedoch keine schulenspezifische Verengung eintreten, vielmehr sollen die Sichtweisen zu chronischem Schmerz und zum Menschen herausgearbeitet werden an dem Ort, wo der chronische Schmerz seinen Ausdruck findet: dem Leib.

Die Diagnostik orientiert sich an den bekannten diagnostischen Kriterien, bezieht

jedoch einige kreative mediale Zugänge zum Leib ein, die es ermöglichen, implizite lebensgeschichtliche Narrative bewusst zu machen und auszudrücken. Systematisch an einem wissenschaftstheoretischen Modell orientiert folgt nun die Praxeologie, d. h. welche wichtigen Gesichtspunkte für eine erfolgreiche Praxis mit den Patientinnen zu berücksichtigen sind. Schließlich wendet sich der größte Teil des Buches an die Praktikerinnen unter Ihnen und bietet in den Modalitäten systematische Vorgehensweisen aufgrund des Entwicklungsstandes der Patientinnen an. Den Abschluss des Buches bilden die besonderen Möglichkeiten der leibtherapeutischen Einzeltherapie unter Berücksichtigung wichtiger Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Behandlung. Für die interessierte Leserin zeige ich dann zum Schluss geeignete Weiterbildungsmöglichkeiten auf.

Meine Kritik ist grundsätzlich immer wohlwollend gemeint und soll diskursive Anregungen für die Reflexion der eigenen beruflichen Praxis geben.

Vorweg sei gleich gesagt: Alle Ausführungen im Buch begrenzen sich nicht auf ein cartesianisches Weltbild, dem leider viele modernen erklärenden Ansätze in der Schmerztherapie bei chronischen Schmerzerkrankungen aus medizinischer Sicht, viele physiologistischen Theorien und leider auch die Neurobiologie größtenteils anhaften, sondern will das Phänomen Schmerz breiter als subjektive Erlebens- und Leidensform des Menschen in seiner Gesamtheit erfassen. Insofern versucht diese Publikation, einen weiten Bereich von medizinisch-naturwissenschaftlicher Perspektive bis hin zu phänomenologisch-hermeneutischen Betrachtungen abzubilden. Beginnend von der biografischen Anamnese und dem Befund, der Diagnostik bis hin zur Therapie, geleitet von intersubjektiven ko-respondierenden Interventionen, die niemals als Tools und Techniken zu verstehen sind, sondern aus einer zwischenleiblichen Bezo-genheit entstehen.

Nebst den umfangreichen Hinweisen und Zitaten verweise ich u. a. auf das Schattauer-Archiv, wo Sie Anleitungen, Filmbeispiele, farbiges Bildmaterial und erweiterte Informationen (z. B. kostenfreie Internetquellen) finden. Der Leserin erschließt sich hiermit ein reichhaltiges Archiv mit vertiefenden Quellen und vielen ergänzenden Erfahrungsangeboten. Durch diesen Service können Sie auf umfassendere Wissensbestände zugreifen. Als Käuferinnen dieses Buches erhalten Sie hierzu einen Zugangscode.

Die Integrative Therapie als übergreifendes Verfahren und die Methode der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie als eine »Entwicklungstherapie in der Lebensspanne« sieht Menschen – genderbewusst Frauen und Männer – als Körper-Seele-Geist-Wesen im sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum, als informierte Leibsubjekte in der Lebenswelt. Im klinisch-stationären Bereich sind die Betroffenen von chronischem Schmerz mehrheitlich Frauen. Aus diesem Grunde habe ich aus genderbewusster Sensibilität in Absprache mit meiner Lektorin Frau Dr. Nadja Urbani im Buch die weibliche Sprach- und Anredeform gewählt, da chronischer Schmerz nicht selten auch ein Ausdruck der Schädigung leiblicher Identität von Frauen durch Übergriffe in einem langen historischen Prozess sind. Selbstverständlich sind Männer und Therapeuten jeweils mitgemeint.

Für die Durchsicht des Manuskripts und die vielen Anregungen danke ich Peter Krieger, Robert Stefan und Andrea Michel und natürlich meiner Lektorin Karla Seedorf.

Alle Autorinnen, die ein Buch schreiben, wissen auch, wie sehr die direkte soziale Umgebung von uns Buchautoren darunter leidet. In den letzten beiden Jahren danke ich daher besonders meiner Frau Sonja Bumiller, denn sie spürte: Da war immer ein »Dritter im Bunde«: dieses Buch.

Martin J. Waibel im Oktober 2022

2 Ein modernes Schmerzverständnis

Vom biomedizinischen Modell zu einer phänomenologisch-integrativen Sichtweise

In diesem Abschnitt zeichne ich die Denklinien ausgehend von einem biomedizinischen Schmerzverständnis hin zu einem psychosomatischen Schmerzverständnis und weiterführend zu einem modernen bio-psycho-sozial-ökologischen Schmerzverständnis auf. Unser neurobiologisches Wissen hat uns aus einer materiellen Sichtweise beim Verstehen der Komplexität von Schmerzen in den letzten 20 Jahren erheblich weitergebracht. Um den Menschen jedoch in seinem Schmerz zu verstehen, ist eine philosophische und phänomenologische Sichtweise unverzichtbar. Dies führt schließlich zu einem modernen integrativen Denkansatz, in dem Materielles und Transmaterielles gleichsam berücksichtigt wird.

2.1 Um welche Schmerzen geht es in diesem Buch?

In diesem Buch geht es um chronische Schmerzen. Bei Schmerzen, die länger als drei bis sechs Monate andauern, spricht man von chronischen Schmerzen. Die Ursachen eines akuten Schmerzereignisses sind nach dieser Zeit abgeheilt. Der akute Schmerz hat eine Warnfunktion und ist biologisch sinnvoll: Er führt dazu, dass wir unsere Aufmerksamkeit auf das Schmerzereignis lenken und weitere Schädigungen damit verhindern. Diese Alarm- und Schutzfunktion des akuten Schmerzes geht beim chronischen Schmerz nahezu verloren. Chronische Schmerzen sind hochkomplex und daher gibt es auch über die Ursachen bei den verschiedenen Autorinnen aus medizinischer, psychologischer, sozialer und ökologischer Sicht unterschiedliche Auffassungen und Vermutungen. Zwar scheint sich die Fachwelt bei der Verursachung chronischer Schmerzen heutzutage im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Modells geeinigt zu haben, es gibt hierzu allerdings sehr unterschiedliche fachspezifischen Überzeugungen und Therapiestrategien. Egle et al. 2020 kritisiert, dass die Realisierung eines bio-psycho-sozialen Schmerzverständnisses nach wie vor in der Versorgungsrealität der Patientinnen meist eine leere Worthülse bleibe. Warum dies so ist, versuche ich anhand

der Modelle des Verständnisses von Schmerz in Kapitel 2.2 zu beschreiben und zu problematisieren.

Die physiologischen und neurobiologischen Zusammenhänge bei akutem und chronischem Schmerz sind in den Lehrbüchern aus Medizin, Psychologie und Neurobiologie umfangreich und eingehend nachzulesen. Um nicht gleich zu Beginn des Buches ein rein naturalistisches Weltbild zu zeichnen und damit über einen »cartesischen Fallstrick zu stolpern«, habe ich hierauf verzichtet. Dieses Wissen ist jedoch zum Gesamtverständnis für chronischen Schmerz unabdingbar, aber eben nicht ausschließlich. Ich verweise mehrfach auf diese Publikationen.

Ich versuche, mich in diesem Buch dem chronischen Schmerz aus einer phänomenologisch-hermeneutischen Sichtweise zu nähern, d.h. den chronischen Schmerz sowohl in seiner Materialität als auch in seine Transmaterialität zu begreifen. Chronischer Schmerz ist wie gesagt ein sehr komplexes Phänomen. Aus medizinischer Sicht hat er eine eindeutige physiologische Ursache und ist dementsprechend mit therapeutischen Interventionen zu behandeln. Die medizinische Perspektive ist heutzutage immer noch die bestimmende! Aus psychologischer Sicht sind hingegen seelische Ursachen vor allem für die Schmerzverursachung verantwortlich und diese belasten das Individuum und die zwischenmenschlichen Beziehungen erheblich. Die sozialökologische Perspektive zu Schmerz sieht die Ursachen von Schmerz im Beziehungsgeflecht sozialer Netzwerke und einer Mensch-Umwelt-Passung. Pädagogische Sichtweisen hingegen befassen sich damit, wie Schmerz und insbesondere chronischer Schmerz durch entsprechende Erziehung, Vermeidung von Gewalt und Vernachlässigung erst gar nicht entstehen sollte. Hier ist auch die Sozialpädagogik und Sozialarbeit aufgerufen, durch rechtzeitige Interventionen Kindesmissbrauch zu verhindern und mutige Verfechterinnen für das Kindeswohl zu sein, denn wir wissen, dass lebenslaufbezogene seelische und körperliche Vernachlässigung und Schädigung erheblich zur Entwicklung chronischer Schmerzen beitragen. Entsprechend ist auch die Politik gefragt, sich nicht nur um die eigenen Bürgerinnen und Bürger zu kümmern, denn chronische Schmerzen sind nicht selten die Spätfolgen von Migration, Vertreibung, Trauma, Gewalt, emotionaler Misshandlung und Folter.

Die philosophische Sichtweise von Schmerz ist vielfältig, unterscheidet beispielsweise zwischen Schmerz und Leid, und man könnte sie als ein »Gebrochensein der Person zu seiner Lebenswelt« umschreiben, Schmerz stellt hiermit einen Bruch des Individuums zur Welt dar. Wir erweitern damit die rein materiell-medizinische Betrachtungsweise und nähern uns dem chronischen Schmerz als transmaterielle Emergenz, wie wir ihn in einem integrativen Verständnis verstehen. Gefühle, Gedanken, Willensakte, psychische und geistige Prozesse insgesamt stellen eine transmaterielle Wirklichkeit dar. Transmaterie meint, dass das Erleben von chronischem Schmerz über das Materielle hinausgeht. Es ist rein naturwissenschaftlich nicht zu erfassen. Emergenz beschreibt die Tatsache, dass beispielsweise die im Gehirn ablaufenden und mit modernen bildgebenden Verfahren zwar darstellbare, neurophysiologischen Prozesse etwas gänzlich Neues herausbilden wie Gedanken und Gefühle. Denn die Aktivität der Amygdala ist nicht mit dem persönlichen Angstepfinden eines Menschen

gleichzusetzen. Mit dem Begriff der transmateriellen Wirklichkeit werden also subjektive Erlebnisinhalte erfasst.

Körper(psycho)therapie und die Integrative Leib- und Bewegungstherapie (Integrative Therapie) sind eine Therapie am Körper bzw. besser ausgedrückt am Leib. Das ist der Ort, wo der chronische Schmerz erlebt wird und Menschen ihr Leid erleben. Was könnte näherliegen, als sich daher mit diesem leib- und körperpsychotherapeutischen Verständnis dem Phänomen des chronischen Schmerzes zu nähern? Davon handelt dieses Buch: von interessanten Denkmodellen und lebendigen Formen in der Befundaufnahme hin zur Diagnostik und schließlich von der Praxis mit vielen leib- und körpertherapeutischen Ansätzen im Rahmen eines modernen Leibverständnisses.

2.2 Das biomedizinische Schmerzverständnis

Unsere grundsätzliche Auffassung von Schmerz ist: »Schmerz ist körperlicher Schmerz!«

Diese grundsätzliche Auffassung von Schmerz hat sich trotz vieler moderner widersprechender Publikationen in den Köpfen nicht nur von Ärzten, sondern in nahezu allen medizinischen Berufen seit der Formulierung des Körper-Seele-Dualismus von Descartes festgesetzt. Der Philosoph René Descartes (1596–1650) formulierte im 17. Jahrhundert dieses Konzept der Schmerzentstehung auf einer naturwissenschaftlichen Grundlage. Er ging davon aus, dass der Schmerzreiz über Nervenbahnen in das Gehirn geleitet und dort als Schmerz wahrgenommen wird. Zu damaliger Zeit war diese Erkenntnis bahnbrechend und äußerst sinnvoll, weil von nun an Schmerz als ein körperliches Warnsignal und nicht mehr als Strafe für Sünden galt, was die Kirche bis dahin proklamierte. Leider beeinflusste sein Denken auch die Sichtweise auf den Körper des Menschen als mit einer Maschine vergleichbar. Dieses naturalistisch-reduktive Menschenbild hat jedoch auch in unserer Gegenwart eine hohe Attraktivität, nachdem sich Vertreter der künstlichen Intelligenz (KI), Informationstechnologie und Robotik auf den Weg gemacht haben, den Menschen seinesgleichen nachzubilden (vgl. Fuchs 2020).

Geht man von Schmerz als einem akuten Geschehen aus, dann ist diese Auffassung sehr nützlich und hilfreich, weil auf mechanistisch-naturwissenschaftlichem Wege (Medikamente, physikalischen Maßnahmen und Bewegung) zumeist Abhilfe geschaffen werden kann. Es handelt sich hierbei um effektive Diagnostik und Interventionen, die sicherlich jede/r von uns schon in seinem Leben wohltuend erlebt hat. Tatsächlich hegen wir jedoch noch immer die tiefe innere Überzeugung: »Schmerzen ohne dieses organische Korrelat sind psychische Schmerzen«. Und das bedeutet nicht nur unter Patientinnen, sondern auch bei biomedizinisch orientierten Therapeutinnen: Diese Schmerzen haben keine eindeutige Ursache, sind womöglich übertrieben, eingebildet, im besten Fall halt ohne nachweisbare Ursache und daher rätselhaft. Das ist schlichtweg falsch! Obgleich wir das inzwischen längst wissen, arbeiten nach wie vor viele

Menschen in den verschiedensten medizinischen und paramedizinischen Berufen nach diesem verkürzten monokausalen Denkkonzept. Die Ursache hierfür ist, dass viele Berufsgruppen (Medizinerinnen, Physiotherapeutinnen, Krankenpflegerinnen, Ergotherapeutinnen u. v. a.) nach wie vor einseitig nach dem biomedizinischen Krankheitsmodell aus- und weitergebildet werden. Dieses geht wie schon Descartes von der Annahme eines einfachen Ursache-Wirkungs-Modells auf rein körperlicher Ebene aus (vgl. Pschyrembel 2020).

Das biomedizinische Erklärungsmodell (Siegrist 2005) basiert auf vier Punkten, nämlich

- Annahme einer bestimmten und erkennbaren Ursache für jede Erkrankung.
- Die Ursache führt zu einer Schädigung von Zellen oder Gewebe oder zu einer Dysregulation von mechanischen oder biochemischen Prozessen.
- Aufgrund der äußeren Anzeichen einer Krankheit (Symptome) können wissenschaftlich ausgebildete Ärzte eine Diagnose erstellen und eine Therapieempfehlung aussprechen.
- Die Krankheitsverläufe sind beschreibbar und vorhersagbar und verschlimmern sich ohne medizinische Intervention.

Für den akuten Schmerz ist dieses Modell absolut effektiv und hilfreich, um die verschiedensten Schmerzen erfolgreich zu behandeln. Das sei keinesfalls infrage gestellt und stellt damit auch einen Segen für die Menschheit dar, weil wir heutzutage damit nahezu die meisten organisch akut verursachten Schmerzen mit Medikamenten oder physikalischen Maßnahmen gut behandeln können.

Franzkowiak 2018 kritisiert die biomedizinische Perspektive und führt an: »Für Handlungsfelder wie Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie kann die ungefilterte Übertragung des biomedizinischen Paradigmas problematische und u. U. fatale Auswirkungen zeitigen – individuell, kulturell und ökonomisch.« Das US-amerikanische Gesundheitssystem wird auch für die Mental Health seit mehr als drei Jahrzehnten von einem biologisch fokussierten Ansatz in Wissenschaft, Politik und Praxis dominiert. Die Folgen waren ein massiver Anstieg der Verschreibung psychiatrischer Medikation und eine (professionelle und sich in das Kultur- und Alltagsverständnis einschreibende) Verengung des Verständnisses psychischer Störungen auf im Kern biochemische Fehlfunktionen des Gehirns, deren Korrektur effektiv nur mit krankheitsspezifischen Medikamenten erfolgen könne. Der neurowissenschaftliche Zugriff auf die klinischen Felder hat nach Deacon jedoch keinesfalls zu klinischer Innovation oder einer »Revolutionierung« der Mental Health Practice geführt – im Gegenteil: eher zu verschlechterten Ergebnissen in diesem Feld, zudem zu einer Spaltung zwischen Ätiologie- und Therapieforscherinnen vs. Praktikerinnen. Deacon bezweifelt daher grundsätzlich die Validität wie die Nützlichkeit des biomedizinischen Paradigmas in psychiatrischen und vergleichbaren klinischen Feldern.

Egle/Zentgraf 2021 kritisieren, dass die Behandlung von chronischen Schmerzkrankungen weiterhin stark von fachspezifischen Therapiestrategien geprägt sei. Dabei stünde die Verordnung von Analgetika – zunehmend von Opiaten – bei anästhe-

siologischen Schmerztherapeuten, aber auch bei Orthopäden, Rheumatologen und Neurologen ganz im Vordergrund, ohne dass dies durch die wissenschaftliche Studienlage legitimiert sei. Die Nebenwirkungen von Opiaten sind immens (vgl. ebd., 130), eine opiatinduzierte Hyperalgesie ist die Folge bei langzeitopiatbehandelten Schmerzpatienten und führt neben der Schmerzverstärkung häufig zur Opiatabhängigkeit sowie zur Einschränkung der Wirksamkeit psychotherapeutischer und damit auch körperpsychotherapeutischer Interventionen. Ich konnte dies im stationären Rahmen häufig beobachten, dass eine entsprechende stationäre Therapie erst nach mühsamem Opiatentzug langsam Wirkung zeigte.

Wenn Sie als Leserin biomedizinisch ausgebildet sind und daran einseitig festhalten, führt dieses Denken unausweichlich in die Sackgasse. Damit sind weder der chronische Schmerz verstehbar noch unsere Patientinnen, die darunter leiden. Um es noch einmal zu wiederholen: Eine fokussierte biomedizinische Perspektive ist für unsere chronischen Schmerzpatienten nicht nur wissenschaftlich komplett veraltet, sondern auch falsch, was die neurobiologische Forschung (vgl. Kapitel 2.5) in den letzten 20 Jahren ziemlich deutlich belegt hat.

Egle et al. 2020 kritisieren, dies bedeute letztendlich, dass die therapeutisch Tätigen bei einer Vielzahl von Patienten mit chronischem Schmerz die Komplexität von Schmerzen nicht oder nur unzureichend erfassen. Dies fördere die Chronifizierungsprozesse von Schmerzpatientinnen, die unter einer differenzierten Betrachtungsweise vermindert werden könnten.

2.3 Ein psychosomatisches Schmerzverständnis

Eigentlich müssten wir es besser wissen. Engel, dessen Studie bereits im Jahr 1959 im *American Journal of Medicine* über die Psychosomatik des Schmerzes erschien, vermittelte zu diesem Zeitpunkt schon ein sehr komplexes Verständnis von Schmerz. Engel formulierte:

1. Schmerz schützt den Körper vor Verletzungen. Er trägt entscheidend bei zur Entstehung des Körperbildes und zur Erfahrung der Umwelt. Jeder Körper hat ein eigenes »Schmerzgedächtnis«.
2. Schmerz hat eine sehr enge Beziehung zur Entstehung sozialer Beziehungen überhaupt: Schmerz führt zum Weinen, das Weinen ruft die Mutter, die Mutter tröstet und nimmt so den Schmerz. Für manchen Erwachsenen ist gewissermaßen die Hoffnung auf Tröstung den chronischen Schmerz wert.
3. Schmerz und Strafe werden ebenfalls in der frühen Entwicklung verbunden. Schmerz wird zum Signal, dass man »böse« ist, wird so zum Zeichen für Schuld und kann in der Form der Sühne die Voraussetzung zur Entlastung von Schuld werden. Auch dieser Mechanismus scheint bei vielen Schmerzpatienten von großer Wichtigkeit zu sein.

4. Schmerz hat auch eine frühe Beziehung zur Aggression und Macht. Der Schmerz der anderen befriedigt unsere Aggression. In der Wendung des Schmerzes gegen das eigene Selbst des Patienten wird viel Aggression befriedigt, nur ist er selbst jetzt das Opfer.
5. Damit hängt eng zusammen die Verbindung zwischen Schmerz und realem oder befürchtigtem Verlust einer geliebten Person. Verluste schmerzen den Menschen, der Schmerz kann aber wiederum auch die Qual des Verlustes lindern. Der Patient leidet sozusagen mehr unter dem Schmerz als unter dem Verlust. In der Umgangssprache wird dieser Zusammenhang als »schmerzhafter Verlust« beschrieben.
6. Schmerz kann eine Beziehung zu sexueller Erregung haben. Die Kombination mit Schmerz kann zu einer Verstärkung der Erregung führen. Die entsprechenden sexuellen Empfindungen werden als sadistisch und masochistisch beschrieben.

Dies war ein erster wichtiger Schritt hin zu einem modernen Schmerzverständnis.

Ogleich in der Literatur akuter und chronischer Schmerz aufgrund ihrer zeitlichen Dimension gut abzugrenzen waren, zeigte sich in der Terminologie und Klassifikation von Schmerzzuständen und Schmerzbeschreibungen insbesondere bei den chronischen Schmerzerkrankungen eine undurchsichtige Vielfalt, gekennzeichnet durch die verschiedenen Auffassungen, was Ursache und Diagnostik betraf. Stellvertretend sei hier nur das Fibromyalgie-Syndrom genannt.

2.4 Das bio-psycho-soziale Schmerzverständnis

Egle und Nickel (Egle et al. 2003) stellten ein Modell vor, das gleichermaßen biologische, psychologische und soziale Sichtweisen für die Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Therapie bereitstellte und damit den Weg für ein bio-psycho-soziales Schmerzverständnis bahnte. Ich habe dieses Modell sowohl in der Lehre benutzt, bei Kolleginnen und in psychoedukativer Form bei Schmerzpatientinnen. Es vermittelt bei allen Gruppen ein übersichtliches und zugleich transparentes Verständnis für Schmerzerkrankungen und ist für die Praxis besonders gut geeignet.

Egle teilt chronische Schmerzen im Rahmen seines bio-psycho-sozialen Schmerzverständnisses in fünf Subgruppen ein.

Er konzipiert hierbei sein Modell in drei Achsen: Die vertikale Achse (biologisch) stellt Schmerzerkrankungen dar, die vornehmlich aufgrund biologischer Ursachen zu sehen sind. Die horizontale (psychische) Achse hingegen zeigt die vornehmlich seelischen Ursachen auf. Schließlich zeichnet er eine diagonale Achse, wo soziale Schmerzverursachungen mitverantwortlich sind. Das Modell ist einfach und sehr übersichtlich konzipiert und seine fünf Subgruppen decken einen Großteil von akuten und chronischen Schmerzerkrankungen ab, ohne in der Komplexitätsreduzierung die Wirklichkeit zu verfälschen. Ein Physiotherapieschüler sagte zu mir einmal im Unter-

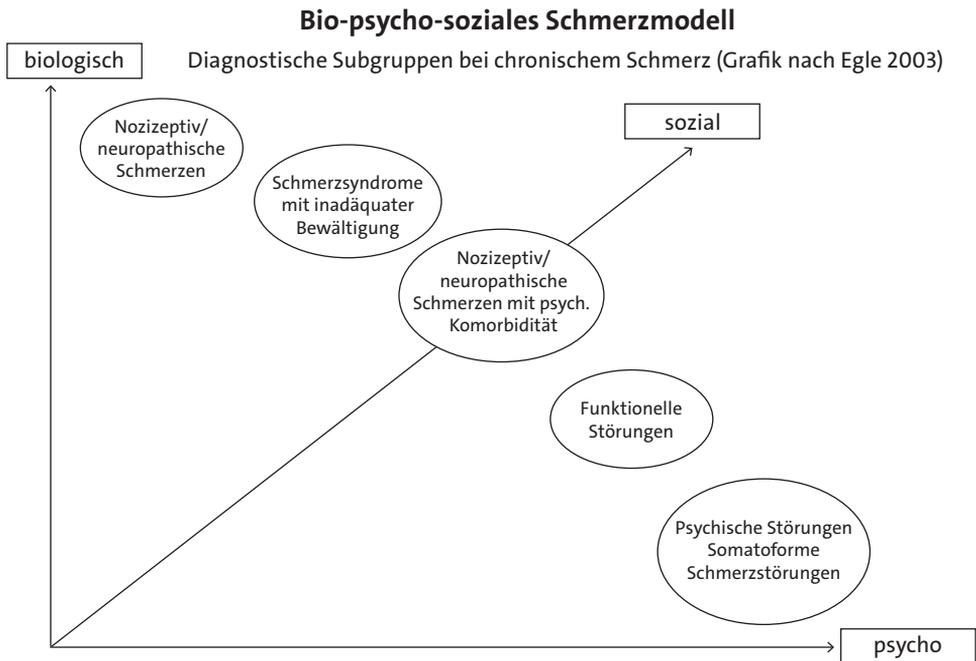


Abb. 2-1: Diagnostische Subgruppen bei chronischem Schmerz (nach Egle et al. 2003), grafisch neu erstellt von M. J. Waibel.

richt: »Jetzt habe ich endlich das bio-psycho-soziale Modell verstanden, zuvor waren das immer nur Worthülsen, die ohnehin niemand umsetzte.«

Egle spricht ausgehend von links oben bei den **primär nozizeptiven bzw. neuropathisch bedingten chronischen Schmerzzuständen** von der biomedizinischen Schmerzverursachung. Hier entspricht die Symptomatik weitestgehend den anatomischen Gegebenheiten und den physiologischen Untersuchungsbefunden. Die Schmerzschilderungen als auch die Affekte des Patienten sind adäquat. Es können jedoch sekundäre psychische Veränderungen in Form von Gereiztheit, depressiver Verstimmtheit etc. bestehen. Beim nozizeptiven Schmerz werden periphere oder viszerale Nozizeptoren durch gewebeschädigende Reizen stimuliert. Zu diesen Krankheitsbildern gehören insbesondere Arthrosen, Morbus Bechterew, rheumatoide Arthritis u. a.

Ein kleines Prozessbeispiel aus einer meiner frühesten ambulanten Arbeiten aus den 1970er-Jahren soll dies verdeutlichen.

PROZESSBEISPIEL

Ein 18-jähriger Patient mit Morbus Scheuermann kommt in die ambulante Praxis. Er klagt seit vielen Jahren über heftige Lumbalgien und teilweise auch Brachialgien. Er möchte gerne Massagen, damit der Schmerz weggehe. Ansonsten habe er sich immer vom Arzt gesund spritzen lassen. Dieser würde das jedoch jetzt verweigern und meint, er soll lieber zu »natürlichen Methoden« greifen. Ich verfügte selber

über spezifische Massagetechniken (z. B. nach Dr. Marnitz), die recht gut wirksam sind und auch reflektorisch wirken. Gerade komme ich jedoch von einem Kurs in Funktioneller Bewegungstherapie nach Klein-Vogelbach und erkläre ihm mit großer Überzeugung, dass passive Maßnahmen ihm auf die Dauer nicht helfen würden. Ich schlage ihm eine aktive körperkorrigierende krankengymnastische Arbeit vor und vermittele ihm hierzu einige grundlegende Übungen und Techniken in sechs Behandlungseinheiten. Als ich ihn drei Jahre später wiedertreffe, frage ich ihn, wie es ihm denn jetzt gehe. Er antwortet, es sei klar, dass er immer wieder leichte Kreuzschmerzen und auch Brustschmerzen habe, aber er könne inzwischen gut damit umgehen, weil er sich die einfachen und eindrücklichen Übungen gemerkt habe und jetzt weiß, worauf er achten müsse. Wenn die Schmerzen kommen, dann sei das für ihn auch logisch (z. B. falsches Heben oder bei langem Sitzen). Er sei inzwischen auch in einer anderen Krankengymnastikpraxis gewesen und habe dort weitere Übungen erlernt und jetzt wisse er ja, was er tun müsse.

Davon unterscheidet sich der **neuropathische Schmerz** infolge von Schädigungen des peripheren oder zentralen Nervensystems. Typische Erkrankungen sind hier Trigeminusneuralgie, chronische Schmerzen bei Zustand nach Schlaganfall, Rückenmarksverletzungen oder Plexusausrisse.

Bei nozizeptiven und neuropathischen Schmerzen kann man neben den medizinischen Maßnahmen gute Erfolge mit verschiedenen physiotherapeutischen und physikalischen Techniken erzielen. Hat man hier eine differenzierte Schmerzverursachung diagnostisch abgeklärt, so kann die Therapie entsprechend erfolgreich angewendet werden.

Die zweite Gruppe sind Patienten mit »organischen Schmerzen« und einer **inadäquaten Krankheitsbewältigung**. Die maladaptive Krankheitsbewältigung ist gekennzeichnet durch ungenügende Krankheitsbewältigungsmechanismen. Diese Patienten haben bezüglich des Schmerzes external-personenbezogene Kontrollüberzeugungen oder sogar external-fatalistische Kontrollüberzeugungen; ein sich schicksalhafteres Ergebnis gegenüber den Schmerzen. Weitere Formen sind Medikamentenmissbrauch, die Neigung zum Katastrophisieren sowie ein sekundärer Krankheitsgewinn (z. B. Rentenbegehren). Hintergründe der ungenügenden Copingstrategien sind fehlende soziale Unterstützung, finanzielle bzw. berufliche Existenzängste oder andere belastende Lebenssituationen.

Die dritte Gruppe sind nozizeptiv/neuropathische Schmerzen mit psychischer Komorbidität.

Aufgrund epidemiologischer Studien in Deutschland liegen seelische Grunderkrankungen bei 20 bis 25 Prozent in der Bevölkerung vor, d. h. dass rein statistisch jeder vierte bis fünfte Patient mit einer körperlichen Erkrankung auch eine psychische Komorbidität aufweist. Eine solche Miterkrankung kann das Schmerzgeschehen deutlich verstärken. Depression, Angst- und Suchterkrankungen sind die häufigsten psychischen Komorbiditäten. Leider werden die Grunderkrankungen zunächst nicht erkannt und die Diagnostik und Therapie zielt auf das auslösende Ereignis wie z. B. ein

Schleudertrauma. Doch der Schmerz bleibt nach acht bis zwölf Wochen weiterhin beständig, es gibt nur geringe oder keine Verbesserungen trotz der sonst wirksamen Behandlungen. Unsere Kommentare waren hier häufig, das können Sie sich vorstellen: »Na, das ist halt psychisch, die hat einen Krankheitsgewinn, das scheint nur eingebildet zu sein« usw. Auch fanden wir die Schmerzschilderungen eigenartig, die Schmerzintensität affektiv übertrieben, die geschilderten Zusammenhänge bzgl. des Auftretens und der Intensität des Schmerzes unlogisch und die anatomischen Gesetzmäßigkeiten nicht stimmig. Wie vielen Patientinnen haben wir aufgrund unseres mangelhaften Wissens damals Unrecht getan oder sie sogar entwertet?

Diagnostisch ist es sehr hilfreich, die Grunderkrankung der Patientin frühzeitig zu erkennen und entsprechend früh zu behandeln. Allerdings sind die Patientinnen häufig auf ihre körperlichen Symptome fixiert: »Ich hab's doch im Rücken und nicht im Kopf ...!« Es braucht viel Geduld, um ihnen psychoedukativ und leibhaftig die Zusammenhänge zwischen der seelischen und der körperlichen Erkrankung zu vermitteln. Das kann auch in einer Gruppentherapie leibhaftig geschehen, denn das Erleben von Schmerz z. B. in einer Stresssituation oder das Nachlassen von Schmerz durch Entspannung ist eine tiefere und vitalere Einsicht als nur rein kognitives Verstehen. Ich werde im Praxisteil hierfür einige Beispiele aufführen, die hilfreich zur Erarbeitung einer Therapiemotivation gerade bei dieser Patientengruppe sind.

Psychosozialer Stress ist die Hauptursache bei Patienten **mit funktionellem Schmerzsyndrom**. Estreten verschiedene Symptome wie Muskelverspannungen, Magenkrämpfe, primäre Kopfschmerzen und verschiedene psychovegetative Symptome etc. als Reaktionen auf. Vor allem eine ängstliche Grundpersönlichkeit bzw. die Neigung zu Angst verstärken das Stresserleben. Die Bewältigungsstrategien des Patienten in Bezug auf die äußeren Anforderungen sind zu gering. Vorrangige Krankheitsbilder sind die chronisch rezidivierende Lumbalgie und Kopfschmerzen.

Bei der letzten Gruppe der **somatoformen Schmerzstörungen** sind vornehmlich seelische Prozesse für das Schmerzgeschehen verantwortlich. Hierzu sind insbesondere nach ICD-10 die Ziffern F45 (somatoforme Störungen) zu berücksichtigen. Ebenso sind die posttraumatische Belastungsstörung und auch depressive Störungen als zu berücksichtigende Komorbiditäten hinzuzurechnen.

Noch bevor ich die Arbeiten von Prof. Egle kennengelernt hatte, erlernte ich im Rahmen meiner Ausbildung zum Integrativen Leib- und Bewegungstherapeuten, einen ganz anderen »Blick« auf diesen Patientinnen zu werfen. Dafür bin ich meinen Lehrern Sylvester Walch, Hilarion Petzold und insbesondere Hildegund Heintl Ende der 1980er-Jahre zu großem Dank verpflichtet. Sie öffneten die Lebensgeschichten ihrer Patientinnen hinter den Türen des Schmerzes, der Angst und der Depression. Obgleich ich damals schon fast zehn Jahre u. a. in einer psychosomatischen Klinik arbeitete, war mein Körper- und Leibverständnis immer noch sehr motorisch und funktionell orientiert. Die »erdrückende stumme Macht« komorbider Erkrankungen bei chronischen Schmerzen, die oft jahrelange Leidensgeschichte dahinter, der sprachlose Raum und die vorsichtige Suche nach dem, was »hinter den vordergründigen Schmerzen« steckt, nämlich der viel tiefer erlittene Schmerz in den Leibgeschichten der Patientinnen,

konnte ich jetzt erst langsam entdecken. Heintl beschreibt viele solcher Patientenschicksale sehr nah und lebendig nachvollziehbar in ihren Publikationen. Die folgende Prozessbeschreibung habe ich stellvertretend dafür aus ihrem Buch »Körperschmerz – Seelenschmerz« entnommen (Heintl/Heintl 2004, S. 71):

»So kam im Jahre 1991 eine 40-jährige Patientin direkt aus der orthopädischen Fachklinik, in der sie trotz fünfwöchiger physikalisch-orthopädischer Behandlung keine Besserung ihrer chronischen Rückenschmerzen erfahren hatte, in ein Rückenseminar. Sie war wegen viele Jahre anhaltender Rückenschmerzen an einem Bandscheibenvorfall L1–L2 (zwischen dem ersten und zweiten Lendenwirbel) operiert worden, aber trotz der Operation nie mehr schmerzfrei. Die ersten beiden Tage verbrachte die Patientin nur liegend in der Gruppe. Andere Gruppenmitglieder und auch ich selbst halfen ihr bei der Lagerung und beim Lagewechsel und deckten sie liebevoll zu. Es war der Patientin anzusehen, wie schmerzvoll jede Bewegung für sie war. Schmerz, Trauer, ja Verzweiflung spiegelten sich in ihrem Gesicht wider. Dennoch nahm die Patientin aufmerksam, wenn auch schweigend, am Gruppengeschehen teil.

Am dritten Tag jedoch wurde die Patientin unerwartet von starken Gefühlen der Verlassenheit und von Ängsten überfallen, ja schier überwältigt. Unter heftigem Weinen berichtete sie dann, dass sie ein Findelkind sei. Als Neugeborene sei sie auf der Treppe eines städtischen Waisenhauses abgelegt worden. Ihre Kindheit hatte sie unter körperlichen Misshandlungen und seelischer Pein in Pflegefamilien durchlitten.

Trotz dieses traurigen Schicksals war es der Patientin möglich, Vertrauen zu mir zu fassen und in eine leibtherapeutische Arbeit einzuwilligen, deren Ziel es war, zu versuchen, ihr auf diesem Wege verdrängte, psychologische Ursachen für ihre chronischen Rückenbeschwerden bewusst zu machen.

Ich legte meine Hände behutsam auf ihren schmerzenden Rücken. Während ich dies tat und dann sanft mit meinen Händen über ihren Rücken strich, wurde ihr ganzer Körper von wellenförmigen Stößen und einem tiefen Schluchzen erfasst, wie ich es nur bei Säuglingen kenne. Ich fühlte, wie sich ihre bislang seilartig angespannte Rückenmuskulatur allmählich unter der sanften Berührung meiner Hände zu lösen begann und weicher wurde. Schließlich nahm ich sie bergend in meine Arme und tröstete sie, bis ihr Weinen versiegte. Eingehüllt in Decken ruhte sich die Patientin im Schoß der Co-Therapeutin aus. Eine halbe Stunde später schlug sie die Decken zurück, öffnete die Augen und blickte, so als ob sie aus einem Traum erwacht, mit gelösten Gesichtszügen um sich. [...]

Auch fünf Jahre nach diesem ersten Seminar ging es ihr insgesamt gesehen gut: In der Regel war sie schmerzfrei. Ihre Rückenschmerzen meldeten sich immer nur dann, wenn sie unter starkem äußerem Druck stand, wie bei finanziellen Sorgen oder bei schwierigen, konflikthafter Beziehungen.«