

CHRONOS



SCHMERZ



Georg Schönbacher (Hg.)

# SCHMERZ

Perspektiven auf eine menschliche Grunderfahrung

CHRONOS



## Inhaltsverzeichnis

- 9 **Vorwort** //  
*Georg Schönbächler*
- 19 **Schmerzbuch. Vorwort der Künstlerin** //  
*Regula Vollenweider Wepfer*
- 23 **Schmerz. Aspekte der Physiologie und Therapie** //  
*Gerd Folkers*
- 45 **Interdisziplinäre Behandlung von Schmerzpatienten** //  
*Monika Jaquenod*
- 51 **Zur Kulturgeschichte des Schmerzes** //  
*Jakob Tanner*
- 77 **«Schmerz liegt so in unserem Leben drin ...». Wittgenstein über  
den Begriff «Schmerz»** //  
*Andreas Hunziker*
- 95 **«Mein Hund». Reden von Schmerz** //  
*Johannes Fehr*
- 109 **Vom Recht auf Schmerz** //  
*Adolf Muschg*
- 125 **Sensibilisierung, Ausbreitung und Chronifizierung von Schmerz**  
//  
*Dominik Ettl*
- 131 **Der Wiederhall von Nervenschädigungen und Schuldgefühl im  
Elektroenzephalogramm. Eine neurochirurgische Fallstudie zu  
Gehirn-Oszillationen bei chronischen Schmerzen** //  
*Jair Stern, Christoph Aufenberg, Daniel Jeanmonod*

Lektorat: Barbara Handwerker Küchenhoff  
Gestaltung: Thea Sautter, Zürich  
Schrift: Collis, The Enschedé Font Foundry  
© 2007 Chronos Verlag, Zürich und Collegium Helveticum,  
ETH Zürich und Universität Zürich  
ISBN 978-3-0340-0872-3  
ISBN 978-3-0340-0890-7 (Sonderausgabe mit Original-Linoldruck)



|     |  |
|-----|--|
| 161 | Die Möglichkeiten der Physiotherapie in der Schmerztherapie // //                            |
|     | <i>Elly Hengeveld</i>  |
| 171 | Schmerzpsychotherapie. Primäre chronische Schmerzsyndrome<br>und Körperschemastörungen // // |
|     | <i>Daniel Bärlocher</i>  |
| 187 | Schmerz und Leiden – Körper und Seele // //  |
|     | <i>Daniel Hell</i>   |
| 197 | «Ätherrausch». Narkotisierter Schmerz und narkotische Lust um<br>1850 // //                  |
|     | <i>Roland Borgards</i>   |
| 215 | Haben Schmerzen einen Wert? // //  |
|     | <i>Peter Schaber</i>   |
| 229 | Schmerz und Kunst. Frida Kahlo – Malerin der Schmerzen // //                                 |
|     | <i>Madeleine Panchaud</i>  |
| 247 | Schmerzperspektiven // //  |
|     | <i>Georg Schönbacher</i>   |
| 255 | Autorinnen und Autoren // //   |
| 258 | Verzeichnis der Illustrationen von Regula Vollenweider // //                                 |





## Schmerzpsychotherapie von primären chronischen Schmerzsyndromen und Körperschemastörungen

DANIEL BÄRLOCHER

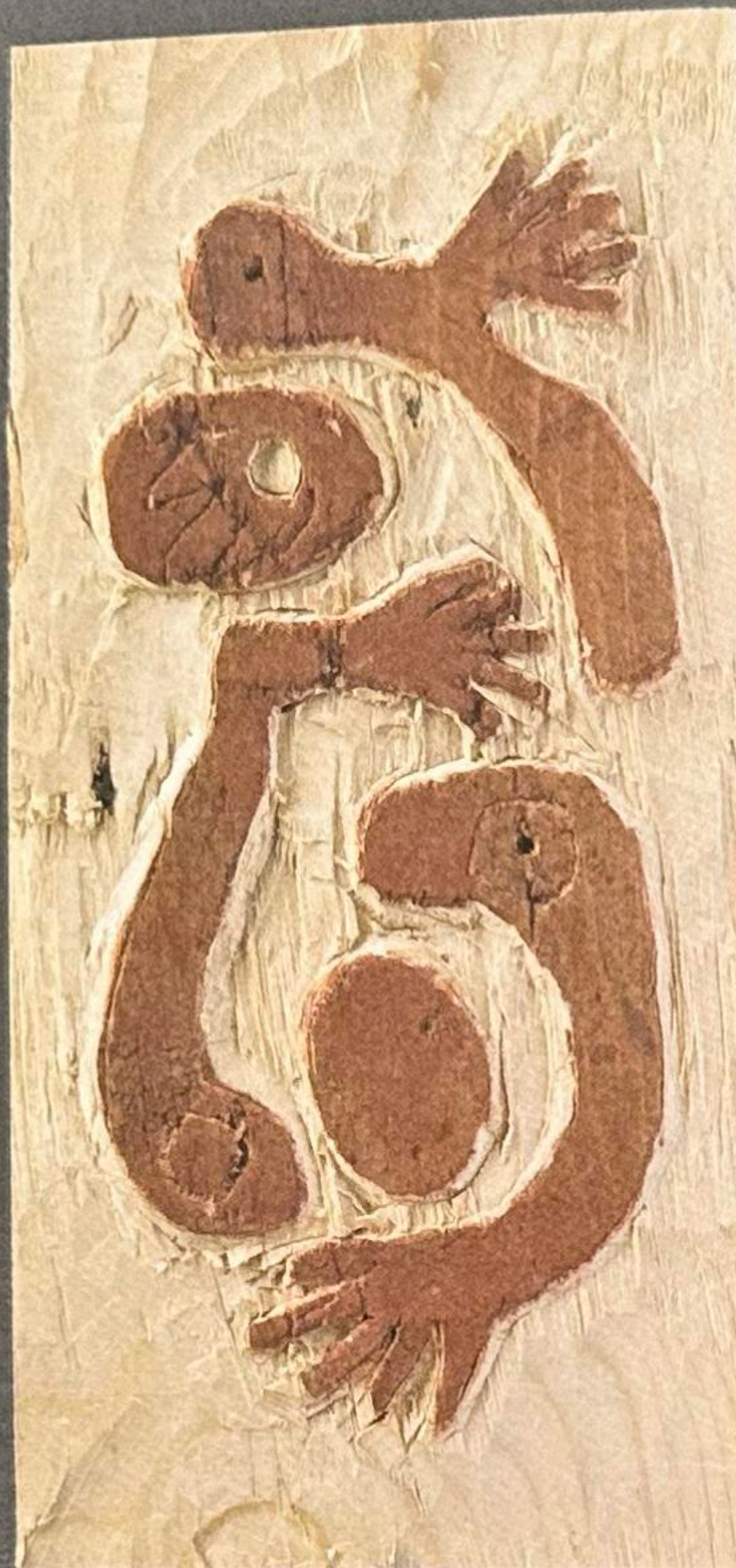
### Einführung

Das soll ein Praxistext sein, in dreifacher Hinsicht. Wenn Sie selbst unter den beschriebenen Schmerzen und Störungen leiden, dann haben Sie hier einen Leitfaden – in eigener Sache und zur allfälligen Wahl einer Therapeutin. Wenn Sie beruflich mit Schmerzleidenden arbeiten, dann mag Ihnen diese Skizze zum Abgleich dienen mit Ihrer Art des Zugangs zum Thema. Wenn Sie schliesslich als Aussenstehender vom Schmerzerleben eines nahen Menschen betroffen sind, dann kann der Text zu einem weiterführenden Verstehen beitragen. Sie finden hier allenfalls für Sie persönlich wichtige Schlüsselworte, aber keine Fallbeispiele. Auf Fussnoten und Anmerkungen will ich verzichten. Eine Liste mit kommentierter Lektüre, eine Übersicht des Inhalts und Weiteres finden Sie im Anhang.

**ZU DEN BEGRIFFEN IM TITEL** Im hierzulande üppigen Feld des Angebots an Psychotherapien ist die Schmerzpsychotherapie eine bisher weitgehend unbekannte, häufig missverstandene und recht brachliegende Nische. Die erste Fachveranstaltung unter diesem Begriff wurde im Spätsommer 2005 in Nottwil durchgeführt. Innerhalb der Nische sind die im Folgenden beschriebenen primären, chronischen Schmerzsyndrome und Körperschemastörungen eine weitere Untergruppe. Doch das ist lediglich eine aktuelle, berufspolitische Feststellung. Zum realen Vorkommen und zu den Auswirkungen dieser Art Leiden in der Bevölkerung sagt sie nichts aus.

Ein Schmerzsyndrom meint einen Schmerz, der im Körper und im damit betroffenen Leben vieles in Mitleidenschaft zieht, über die Stellen hinaus, wo es weh tut. Chronisch wird das bei einer ständigen Schmerzhaftigkeit bereits nach drei bis vier Monaten und bei immer wiederkehrenden Attacken nach etwa einem halben Jahr. Primär nennen wir Schmerzen, wo die Medizin nichts findet, das dem Leiden erklärend gerecht würde: nichts Organisches, nichts im Blut, nichts, was derzeit abgebildet werden könnte. Körperschema bedeutet die Art und Weise, wie Sie sich wahrnehmen, jetzt, zum Beispiel auf Ihrem Stuhl,





im Raum, der Sie gerade umgibt. Eine – harmlose – Störung des Körperschemas erleben Sie, wenn Ihnen wegen einer harten Sitzfläche zum Beispiel eine Pobacke eingeschlafen ist. So viel vorläufig dazu.

**ZUR STRUKTUR DES TEXTS** Im Folgenden werden die fünf Dimensionen dieser Schmerzpsychotherapie beschrieben: *Diagnosen, Erleben, Muster, Geschichten, Perspektiven*. In der Praxis besteht keine vorgegebene Reihenfolge der Dimensionen. Auch ist die inhaltliche Gewichtung individuell, der jeweils relevante Mix patientenbezogen. Jede der Dimensionen wird durch fortlaufend nummerierte Schlüsselbegriffe für Patienten oder Interessierte erhellt und für Therapeuten griffig werden.

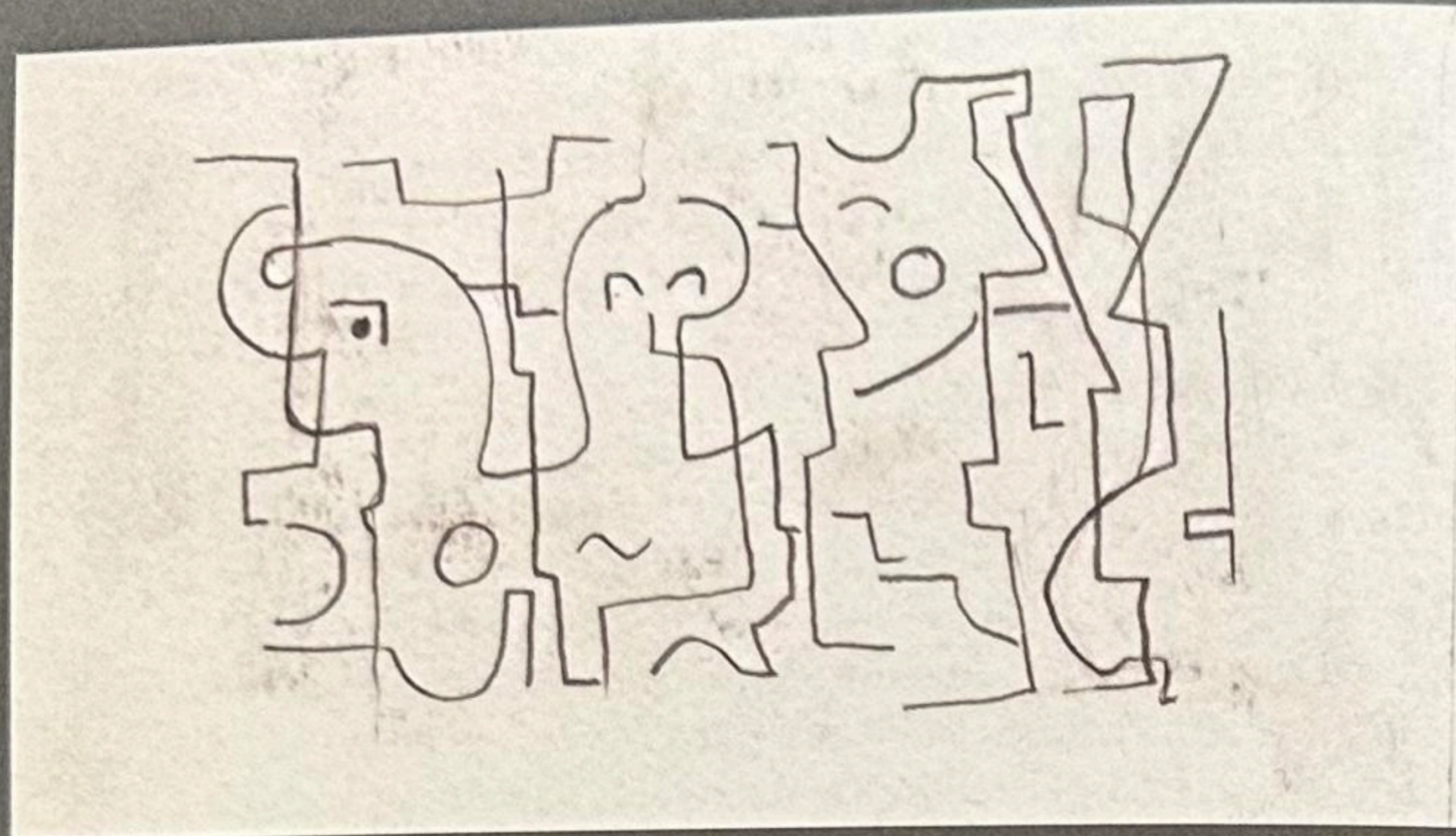
### Diagnosen in medizinischer Partnerschaft

*Diagnose* meint eine Aussenansicht und zeigt die unerlässliche Verbindung mit der Medizin. Die Partnerschaft mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ist dabei deutlich mehr als eine Zuweisung oder das Weiterleiten von Berichtkopien und Gutachten.

**1. VOM POLYDISZIPLINÄREN ZUM INTERDISZIPLINÄREN AUSTAUSCH** Diese Art Zusammenarbeit ist keineswegs die Regel in der ausserklinischen, nichtinstitutionellen Szene. Allzu oft erleben wir, wie die verschiedenen Behandelnden vereinzelt zum Einsatz gelangen. Kaum einer weiss, was die andere Therapeutin mit einem Patienten unternommen hat und schon gar nicht warum. Und ein direkter, kontinuierlicher Austausch wird aus vielerlei Gründen nicht selten infrage gestellt. Wie die Praxis zeigt, profitiert eine Patientin, ein Patient von den unterschiedlichsten Therapeuten, wenn deren Einsatz transparent und koordiniert ist. Der Aufwand wird dabei letztlich nicht grösser, sondern kleiner und das heisst auch: kostengünstiger.

**2. MÖGLICHE DIAGNOSEKORREKTUREN IM THERAPIEVERLAUF** Diagnosen aus verschiedenen Fachrichtungen können abgestimmt, angepasst werden. Der Patient soll im Sinn einer motivierenden *Psychoedukation* so in die Behandlung einbezogen werden, dass er oder sie ein Verständnis hat für das, was ihm/ihr geschieht, was angeboten oder verschrieben wird. Damit kann auch dem Phänomen begegnet werden, das manchmal als *doctor shopping* oder Ähnliches abgewertet wird und für alle Beteiligten unbefriedigend bleibt. Nachvollziehbar bleibt der Anspruch einer Patientin, für ihr bisher nicht nachvollziehbares Schmerzleiden eine angemessene, körperliche Erklärung zu erhalten. Das sogenannte biopsychosoziale Modell ist immerhin





zum Standard der Schmerztherapien geworden. Wenn sinnvoll, soll es um eine interkulturelle und eine religiös-spirituelle Dimension erweitert werden können.

**3. VERTRAUENSVOLLERE COMPLIANCE** Dieser partnerschaftliche Umgang bringt allen Beteiligten viel. *Compliance* meint das aktive Beteiligtsein einer Patientin, die ihrer Ärztin traut. Vertrauensvoller wird das Mitgehen des Patienten, wenn das unvermeidliche Gefälle in der Beziehung zum Arzt zum Beispiel nicht einschüchternd ist. Und weil es in diesem Rahmen meist auch um Medikamente geht, spielt die *Verhaltenspharmakologie* wesentlich mit. Das ist eine noch weitgehend unterforschte Disziplin. Verhaltenspharmakologie bezieht sich auf die Haltung und Einstellung, mit der jemand seine Medikamente einnimmt – und auf die konkreten Wirkfolgen daraus. Es ist überaus günstig, wenn die unvermeidlichen, dringend benötigten Medikamente ohne inneren Kampf und Krampf eingenommen werden. Hier kann manches geübt und zum Guten verändert werden. Die Schmerzpsychotherapie arbeitet individuell und intensiv an diesem Wirkfaktor.

#### Erleben aus der Körperwahrnehmung.

Das ist eine Schlüsseldimension dieser Schmerzpsychotherapie. Es ist, im Kontrast zur Diagnose, eine Ansicht von Innen. Hier vor allem kommt die Methode des *Focusing* zum Tragen: der erlebensbezogene Ansatz nach Professor E. Gendlin von der Universität Chicago. Es geht um das Erschliessen von Bedeutung und Informationen aus dem bewusst wahrgenommenen Körper. Das ist lernbar, das kann man üben.

**4. DIFFERENZIERTERE ISTZUSTAND-WAHRNEHMUNG**  
In Abgrenzung zu den meisten bekannten, körperzentrierten therapeutischen Ansätzen heisst das vor allem einmal: zur Kenntnis nehmen, im Detail, was da ist. Ohne Vorgaben und ohne Sollwerte und ohne Therapieziele. Verweilen können bei dem, was ist. Und wenn nach einer Weile das eigene Ganze deutlicher wird, wächst erfahrungsgemäss auch die Eigenkompetenz. *Istzustand-Wahrnehmung* bedeutet ein Zurücktreten vom anamnestisch Vermeintlichen, vom diagnostisch Augenscheinlichen, von eigenen therapeutischen Erfahrungswerten. Es ist, konkret, eine freundliche, behutsame Zuwendung zum individuellen Erleben, wie es sich im Moment von innen her anfühlt, bemerkt und zur Kenntnis genommen werden kann. So wird für die Patientin der persönliche Stil deutlich: Sie oder er versteht mehr von den eigenen Schmerzen.



**5. BESSER INTEGRIERTE KÖRPERSHEMA-WAHRNEHMUNG** Der slowenische Neurologe Arnold Pick hat den Begriff vom Körperschema 1908 eingeführt. Körperschema: wie erwähnt, Ihre physisch bestimmte Art, in der Sie sich wahrnehmen. Und was meint hier integriert? Dr. Dominik Ettl hat das eindruckliche Beispiel von der dicken Lippe erwähnt, die im Hirn entsteht, wenn der Zahnarzt einen leitenden Nerv im Unterkiefer anästhesiert, um zum Beispiel in einen Backenzahn zu bohren. Wenn Sie nun – mit dem deutlichen Gefühl der dicken Lippe von innen – einen Spiegel zur Hand nehmen, die Lippe betrachten und allenfalls befangen, dann pendeln Sie mit Ihrer Wahrnehmung hin und her. Von der inneren Missempfindung zur äusseren Ansicht. So bieten Sie Ihrem vorübergehend irritierten Selbstverständnis ein neues Gleichgewicht. So wird die dicke Lippe besser integriert.

Typisch für chronische Schmerzleidende ist eine fragmentierte Körperschema-Wahrnehmung. Die Schmerzgebiete sind sozusagen überdimensioniert, weil überdeutlich, und der Rest des Körpers kaum vorhanden, nur vage wahrnehmbar, durch die ständigen Schmerzen wie ausgeblendet. Eine sinnvolle, immer neu zu stellende Frage ist dann diese: Wo im Körper ist mir gerade wohl? Damit mag man ein Weilchen sitzen, bis sich eine Stelle vielleicht zögerlich meldet oder aus einem Körperteil deutlich wird, dass es dort gerade nicht weh tut. Auch dabei hilft ein Pendeln mit der Aufmerksamkeit zwischen innerem Erleben und äusserer Wahrnehmung: etwas, was wir ohne Not fast nie bewusst tun. Hier meint *äussere Wahrnehmung*, dass ich zum Beispiel bemerke, wie bequem ich gerade sitze. Auf Dauer kann sich dergestalt der eigene Körper wieder als ein deutlicheres, also integrierteres Ganzes bemerken lassen. Und das kann die chronischen Schmerzen und den Umgang mit ihnen günstig beeinflussen.

**6. DEUTLICHERE AUTONOMIE: RESSOURCEN UND SELBSTHEILUNGSKRÄFTE** Schon nach einigen Wochen Training erleben Sie Folgendes: Die *Autonomie*, eine Eigenständigkeit im Umgang mit den Schmerzen wird ab und zu möglich. Das wiederum mobilisiert *Ressourcen*, innere und äussere Kräfte. Vieles bleibt derzeit rätselhaft, wenn wir von *Selbstheilungskraft* sprechen. Und es ist nicht allzu verwunderlich, dass sich esoterische Kreise das unbekannte Wesen zur Brust nehmen. Schmerzpatienten kennen sich da häufig notgedrungen bestens aus.

An dieser Stelle eine wichtige Erfahrungstatsache aus der Praxis: Die primären chronischen Schmerzsyndrome sind beileibe nicht nur für die Medizin derzeit recht unfassbar. Sie entziehen sich gleichermassen psychologischen Deutungen und Therapien. Und es bringt den Patientinnen vertieftes Unge-mach, wenn sie auf Seiten der Psychotherapie praktisch nur die Wahl haben zwischen brutaler Versimpelung (Beispiel: «Migräne ist nicht gelebte Aggres-

sion») und quälender Komplexität (Beispiel: «Wenn Sie verstanden haben, was in Ihrem Leben alles falsch läuft, dann brauchen Sie die Migräne nicht mehr»). Schon das bloss Hörensagen, dass es so laufen könnte, schreckt Schmerzleidende zu Recht davon ab, sich psychologische Hilfe zu holen.

Eines wird in dieser Schmerzpsychotherapie immer wieder deutlich: matchentscheidend, ob es zu einer Verschlimmerung oder einer Linderung kommt, sind die Emotionen. Unsere Gefühle können ungeahnte Kräfte auf-tauchen lassen. Das scheint uns seit Urzeiten vertraut zu sein. Wenn Sie Filme mögen: Die Verfilmungen von «King Kong» zum Beispiel lassen sich präzise in diesem Sinn sehen. Machtvolle Emotionen und deren Unerträglichkeit für Aussenstehende. Das scheinbar unvermeidlich tragische Ende gibt auch einen Hinweis über unsere Sprachlosigkeit gegenüber dem, was uns wirklich auf-wühlt. Das gilt für Emotionen und das gilt für den Schmerz.

### Muster in Verhalten und Austausch

Hier geht es um die derzeit dominante psychotherapeutische Di-mension, auch in den verschiedenen Schmerztherapien: Denken und Verhal-ten im jeweiligen Kontext. Der Patient in seinem Alltag, in seiner Familie, in seinem Beruf. Die meisten Schmerzleidenden fragen sich nämlich nach einer gewissen Zeit beunruhigt: Bin ich, ist das noch normal? In dieser Schmerzpsy-chotherapie fragen wir gezielt und nachvollziehbar: Was ist für mich eigent-lich normal?

**7. EIN PERSÖNLICHES FRÜHWARNSYSTEM ENTWICKELN.** «SELF EFFICACY» Zum wichtigen Begriff der *Selbstwirksamkeit*: Ein zeitiges Erfolgserlebnis hat, wer rechtzeitig bemerken lernt, wann es kritisch wird. Das gilt nicht nur bei wiederkehrenden Schmerzattacken, wie sie Mig-räneleidende kennen. Die schmerzkritischen Veränderungen finden sich im Körperinnern ebenso wie in der Aussenwelt. Auf die für Nichtbetroffene eher schrullige Überlegung: «Wo sind meine chronifizierten Schmerzen, wenn ich sie vorübergehend nicht spüre?», berichten die Patienten von genauen Vorstellungen. Zwei unmittelbar einsichtige, eher kollektive Versionen kön-nen Sie sich wiederum auf DVD anschauen: «Twister» (1996/2003) zeigt den Umgang mit Wirbelstürmen in der amerikanischen *tornado alley*. Die Analogie von spezifischem Klima und spezifischem Gehirn ist für Migräniker und Kopf-wehleidende frappant. Eine ebenso überwältigende Metapher bietet «Jaws» («Der weisse Hai») aus den 1970er-Jahren. Der ständig in der körpereigenen, undurchdringlichen Tiefe lauernde Schmerz, der jederzeit und immer wieder attackieren kann, macht eine freundliche Normalität zur Hölle.



#### 8. GENIESSEN VERSUS ERLEIDEN. «COPING STRATEGIES»

*Coping* wird immer noch meist als *Bewältigung* übersetzt und verstanden. In der Öffentlichkeit werden Patienten in kriegerischer Sprache gegen den Feind Schmerz mobilisiert. Die psychologischen Schmerzfachleute sind sich inzwischen aber einig, dass chronischer Schmerz keinesfalls bekämpft werden soll. Man kann nicht etwas, was zwar fremd und abartig erscheint und doch zu einem gehört, bekämpfen. Es droht dann eine zusätzliche Entfremdung vom Leib. Als wirksame Strategie, sich selbst auch jenseits des eigenen Wehs zu erleben, hat sich das bewusste Geniessen erwiesen. Die chronifizierte Tapferkeit führt Schmerzpatientinnen ebenfalls in die Sackgasse. Die Erfahrung zeigt: chronische Schmerzen über lange Zeit aushalten macht Sie nicht härter im Nehmen. Es macht Sie im Gegenteil anfälliger, vulnerabler, empfindsamer. Man beisst die Zähne so lange zusammen, dass sich der ganze Mensch verkrampft, mit Körper, Gefühlen und dem Denken. Mit der Zeit geht dann jeder Respekt verloren, der von anderen und der vor sich selbst. Für erfahrene Patienten gilt also viel mehr, ganz ungehemmt die Grenzen dessen zu testen, was einem unmöglich und begehrenswert erscheint. Ohne Ermutigung und Unterstützung Ihrer Lieben ist das aber ein waghalsiges Unterfangen.

9. VERLUSTE UND KRÄNKUNG. ADAPTATION. «SENSE OF COHERENCE» Dem für Tiefenpsychologie und Salutogenese gleichermassen wichtigen Thema der *Adaptation* begegnen wir in der Praxis immer wieder. *Adaptation*, eigentlich Anpassung, meint hier ein bewusstes, aktives Annehmen – nicht etwa der Schmerzen, sondern ihrer manchmal irreversiblen Auswirkungen. Wir erleben oft, wie hart das ist und wie Schmerzpatienten andere Patienten ausgesprochen beneiden, bei denen zum Beispiel von aussen etwas zu sehen ist. Der *Kohärenzsinn*, das Gefühl einer Stimmigkeit für das eigene Leben, ist und bleibt ein weiteres, hehres Ziel. Dazu mite ich Ihnen ein hochkomplexes Bild zu: die Kopfwehanekdote vom ägyptischen Gott Horus, der einen Falkenkopf hat. Es gibt eine Darstellung, die ihn mit seiner Gattin Nefertari zeigt, die hinter ihm sitzt. Ihre Körper sind menschlich, bis auf seinen Falkenkopf. Überliefert ist, dass Horus dermassen unter Kopfschmerzen litt, dass er die Göttin Isis, seine Mutter, um einen neuen Kopf bat. Diesen Wunsch kann jeder, der an chronischem Kopfweh leidet, ohne Weiteres nachvollziehen. Zu jenem Zeitpunkt jedoch steckte Isis in einem Engpass, was passende männliche Götterköpfe betraf. Einzig der Vogelkopf war abrufbar. Und die Schmerzen waren so überwältigend, dass Horus von dem Tag an aus Falken-Augen schaute. Es wird gezeigt: Anpassung und sinnvolles Weiterleben mit guten zwischenmenschlichen Beziehungen sind auch in aussergewöhnlicher Gestalt möglich. Unter günstigen Bedingungen, wie den hier skizzierten.

10. VERBÜNDETE AKTIV FINDEN: SOZIALE ISOLATION ENTSCHÄRFEN Lebensqualität beruht für Menschen primär auf Beziehungen. Anhaltende Schmerzen beeinträchtigen Lebensqualität nachhaltig. Darum gehört das Thema der Verbündeten in die Schmerzpsychotherapie. Die soziale Isolation, die allmähliche Vereinsamung ist eine der tragischen Gefahren für chronisch Schmerzleidende. Die Behandelnden, die Ärztin, der Therapeut, gehören idealerweise zu den temporären Verbündeten. Ermutigt werden im Alltag des Patienten alle Arten von Beziehungen – und Gleichgesinnte tun sich logischerweise leichter miteinander. In dieser Hinsicht sind auch Schmerzgruppen oft ein guter Beginn auf der Suche nach Verbündeten.

#### Geschichten aus Biografie und Herkunft

Das ist die andere Schlüsseldimension dieser Schmerzpsychotherapie. Es bedeutet für die Therapeutin, *systemisch fit* und *dem Narrativen geneigt* zu sein. Dieser Ansatz basiert auf einer Maxime meines Lehrers, des Neurologen Hansruedi Isler, der sinngemäss sagt: Der Hilflosigkeit, der eigenen wie jener des Patienten, begegnet man mit der individuellen Geschichte. Wir kommen also von der Standardtherapie zur Einzelfalltherapie, von der *evidence-based medicine* zur *narrative-based medicine*. Und das gilt analog für Psychologie und Psychotherapie. *Systemisch fit* meint hier ein theoretisches und praktisches Verständnis für komplexere Bedingungen und Prozesse, die über die individuelle Person, den aktuellen Lebensraum und die Lebenszeit eines Patienten hinausgehen.

11. FAMILIE, HERKUNFT, KULTUR: TRADITIONEN, ÜBERZEUGUNGEN Zur Anamnese wie zum prospektiven Vorgehen brauchen wir bei Schmerzleidenden mehr als die sonst üblichen Daten. Wir brauchen Geschichte. Dabei ist es wichtig, den soziokulturellen Kontext zu kennen, in dem sich ein Schmerzsyndrom zeigt und in dem es behandelt wird. Den Autor Pascal Mercier («Nachtzug nach Lissabon») kennen vermutlich etliche – und manche mögen dem Mann, der als Peter Bieri an der Freien Universität Berlin zeitgenössische Philosophie lehrte, als Gast des Collegium Helveticum begegnet sein. Er hat letzthin öffentlich Folgendes bemerkt: «Wir leben jetzt in einer Welt, in der Schweiz oder auch in Deutschland, die eigentlich kulturell eine ziemlich primitive Welt ist. Nämlich, was gilt, ist: man muss gut ausgebildet sein, man muss gut funktionieren, man muss Geld verdienen können, man muss wissen, wie die Elektronik funktioniert, man muss «tough» sein. Die ganze Sprache, in der über die Menschen und ihre Entwicklung geredet wird, ist rein instrumentalistisch, funktionalistisch. Ich finde das eine Karikatur einer



Kultur.» Vor einem solchen Hintergrund spielen sich das Leiden und die Behandlungen unserer Patientinnen und Patienten ab.

**12. BIOGRAFISCHE UND SYSTEMISCHE ANAMNESE. «MAJOR LIFE EVENTS»** Noch mehr zählt und erzählt dann das je Eigene. Im lose strukturierten Gespräch – und nicht mit Fragebogen – erfahren wir auch von Tragischem, von Unfällen und Verbrechen und deren Bewältigung. Was für Mühsal und Ungemach jemand als selbstverständlich hinnimmt oder klaglos erträgt, ist ebenso bedeutsam für die Therapie wie erlebter, überlebter Horror, den es zu würdigen gilt. Zu den grossen Ereignissen eines Lebens gehören andererseits die Glückstage, die persönlichen Erfolge, Wundersames. Es lohnt sich in jedem Fall, die Perspektive über das Schmerzerleben hinaus zu weiten.

Dem Narrativen geneigt sein meint mehr als Geschichten erzählen lassen. Die Patientin erlebt in ihrer Erzählung mit einem kompetenten Gegenüber «Die allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Reden» (Heinrich von Kleist, 1805). Wenn solches nun in einem zunehmend vertrauten eigenen Körpererleben geschieht, wenn Erkenntnisse und Zusammenhänge unmittelbar auch physisch wahrgenommen werden – dann kann dem Schmerzleiden auf neue, selbstkompetente Weise begegnet werden.

**13. VERSTÄNDNIS VON KRANKHEIT, LEIDEN, SCHMERZ. «LOCUS OF CONTROL»** Zu einem derartigen Verständnis hilft uns ein verständliches und effizientes Modell. *Locus of control* bedeutet auf Deutsch: Wo orte ich die Verantwortung für das, was mir geschieht? Das wird üblicherweise in drei ineinanderliegenden Kreisen dargestellt (im Anhang finden Sie die Skizze dazu). Ein erster, innerster Kreis steht für ein individuelles Ich, das sich, vielleicht auf unangemessene Weise, selbst verantwortlich macht für die Schmerzen: «Es ist alles meine Schuld!» Es steht sich damit buchstäblich selbst im Weg. Ein zweiter Kreis, um den ersten, steht für Drittpersonen. Dort können Verantwortungen geortet werden, die ebenso unangebracht wie verzweifelt sind: «Sie sind meine (letzte) Rettung, Herr Doktor!» Im letzten, grossen Kreis ist das Thema des Schicksals enthalten. Von dort her kommen, wenn es hoffnungslos ausschaut, das Verderben, das Unvermeidliche, ein Fluch womöglich: «Egal, was meine Ärzte unternehmen und gleichgültig, was ich mache, es nützt alles nichts!» In dieser Schmerzpsychotherapie versuchen wir, auf ein neues, mögliches Gleichgewicht der drei Kreise im Positiven hinzuwirken: Vertrauen ins Schicksal, Verbündete, Selbstwirksamkeit.

## Perspektiven auf das weitere Lebensbild

Damit sind wir bei einer fünften Dimension, die sich in der Praxis manchmal auch am Anfang auftut, wenn die unmittelbaren Nöte Vorrang haben.

**14. NICHTALLTÄGLICHE BELASTUNGEN IM ALLTAG** Das sogenannte Stress-Schiff (das Sie im Anhang skizziert finden) ist eine kleine Eigenentwicklung, selbstverständlich zum Kopieren, wenn sinnvoll. In dieser Therapie erhalten die Patientinnen und Patienten Kopien von allem, was notiert und aufgezeichnet wird. Sie sollen über die gleiche Dokumentation in eigener Sache verfügen wie ihr Therapeut. Die Aufzeichnung ihrer nichtalltäglichen Belastungen im momentanen Alltag soll auch für Dritte selbsterklärend und in einer veränderten Situation ohne Weiteres selbständig reproduzierbar sein. Mit wenig Übung kann ein Patient auf die ernsthafte Frage, wie es ihm gerade geht, seine aktuell als aussergewöhnlich empfundenen Belastungsfaktoren zum Beispiel auf einer Papierserviette nachvollziehbar festhalten.

Die Skizze zeigt im Rund des Alltags das Schiff. Sein Rumpf steht für den Körper, die Person. Eines der drei Segel enthält das Thema Job, Aktivitäten, inklusive Einkommen, Finanzen. Ein weiteres Segel gilt dem Daheim-Sein, dem möglichen Unbehagen in den Räumen zu Hause. Das dritte Segel enthält eventuelle Belastungen durch nahe Beziehungen oder das Vermissen einer Partnerschaft.

**15. AKTUELLE EINSCHÄTZUNG UND GEWICHTUNG DER STRESSOREN** Wir verweilen in der Therapie häufig eine weitere Sitzung bei dieser Skizze und fragen: Welche Belastungen drücken derzeit am meisten, welcher Bereich ist im Vordergrund? Diese Gewichtung, im Dialog, erweist sich zudem als wirksame Technik der Distanzierung, auch der *Schmerzdistanzierung*. So ergibt sich die aktuell relevante Aufstellung der Faktoren in den für den Patienten besonders mühevollen Bereichen. Recht oft sind nicht alle vier – Körper, Job, Daheim, Partner – zur selben Zeit gleichermassen belastet. Es wird im Gespräch auch klar, wie weit ein Stressor *hausgemacht* ist und vom Patienten selbst, direkt angegangen werden könnte – und wie weit eine Belastung durch Kräfte von aussen verursacht ist, im Umfeld der Patientin angegangen werden muss. Schon diese Innen-Aussen-Unterscheidung kann entlasten.

**16. REALISTISCHE NÄCHSTE SCHRITTE. DAS GRÖSSERE BILD** Im Sinn einer Krisenintervention kann die Schmerzpsychotherapie ohne Umschweife an diesem Punkt beginnen. Durch ein *reframing* kann eine aufwändige Schmerzgeschichte so auch in einem neuen Rahmen gewürdigt werden. Nach unserer Erfahrung wird mit solchem *Raum-für-Geschichte-Schaffen* dem



sogenannten Katastrophisieren auf Seiten der Patienten wirksamer begegnet als durch stereotype Vorgaben zu positivem Denken.

Die konkrete Frage, immer neu, lautet: Was braucht der Patient aus seinem Schmerzleiden heraus als Nächstes? Ist es eine Form von Fürsorglichkeit, *palliative care*? Sind es andere Medikamente, eine medizinische Behandlung? Dann zählt natürlich wieder die therapeutische *Triage-Kompetenz* und die Vernetzung mit Ärzten. Oder geht es um ein energisches, kämpferisches Tun: Will sich jemand für etwas Eigenes stark machen? Oder steht die kontinuierliche, kunstreiche Arbeit an der eigenen Entwicklung an? Geht es um mehr Autonomie, das, was jemand selbst zustande gebracht hat?

Abschliessend eine kurze *take home message*. Es ist eine zentrale Antwort auf die Frage, was eine solche Schmerzpsychotherapie bringen kann, nämlich: einen Umgang mit alltäglicher Bedrohung für Leib und Leben.

Diese Einsichten kommen aus meiner Praxis der letzten zwölf Jahre mit Patientinnen und Patienten. Ich verdanke sie ebenso der Zusammenarbeit und dem Austausch mit befreundeten Ärztinnen und Ärzten und psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen. Die Verbindung der Kompetenzen betroffener Schmerzleidender und behandelnder Fachleute mit einer gemeinsamen Wertschätzung des Lebens: das sind ideale Voraussetzungen für Erfolg und Genugtuung in dieser Arbeit.

### Lektüre, empfohlen und kommentiert

#### SCHMERZ: THEORIE UND PRAXIS

Zenz Jurna: Lehrbuch der Schmerztherapie. Grundlagen, Theorie und Praxis für Aus- und Weiterbildung, Stuttgart 2001.

Umfassende Information für Profis. 970 Seiten zum Schmerz aus Forschung, Medizin, Pharmakologie und gesellschaftlichem Kontext. 78 Fachleute aus dem deutschsprachigen Raum präsentieren ihre Kompetenzthemen auf anschauliche Art. Zur psychologischen Schmerztherapie der Beitrag von H.-D. Basler: ganze 10 Seiten.

Egle Derra, Nix Schwab: Spezielle Schmerztherapie. Leitfaden für Weiterbildung und Praxis, Stuttgart 1999 (unveränderte Neuaufl. 2006).

Weitere Informationen auf der Basis des biopsychosozialen Krankheitsverständnisses. Immerhin 26 Seiten zu psychotherapeutischen Behandlungsverfahren. Interessant: ICD-10-basiertes Kapitel zum Thema «Psychische Störungen mit potentielltem Leitsymptom Schmerz».

#### PSYCHOTHERAPIE UND SCHMERZ: AUS DER AKTUELLEN SZENE SCHWEIZ

Psychotherapie Forum, vol. 13, Nr. 4 (2005), Themenheft: Schmerz (ISSN 0943-1950). Die Pflichtlektüre des Schweizer Psychotherapeuten Verbands SPV bietet in sechs Originalarbeiten unter anderem einen Einblick in die Behandlung chronischer Schmerzen am Universitätsspital Zürich. SPV im Internet: <http://www.psychotherapie.ch>.

Psychoscope, 1/2006, vol. 27, Dossier: Schmerztherapie, ISSN 1420-620X, Bern. Das Informationsorgan der Föderation der Schweizer PsychologInnen FSP offeriert sechs Artikel zum Thema, je drei in deutscher und französischer Sprache. FSP im Internet: <http://www.psychologie.ch>.

#### ZUM UMGANG MIT SCHMERZ: DREI PERSÖNLICHE ZEUGNISSE

Hayden Herrera: Frida Kahlo. Malerin der Schmerzen. Rebellin gegen das Unabänderliche, Frankfurt 1994 (Original: Frida – A Biography of Frida Kahlo, 1983).

Coping mit Sinnlichkeit. Bestimmend für Leben und Werk der mexikanischen Malerin (1907–1954) war ein schwerer Unfall, von dessen Folgen sie sich zeitlebens nicht mehr richtig erholen sollte. Das Buch war Vorlage für den Film «Frida» mit Salma Hayek.

Maura O'Halloran: Im Herzen der Stille. Aufzeichnungen einer Zen-Schülerin, Frankfurt 2002 (Original: Pure Heart – Enlightened Mind, 1994).

Coping mit Sinnhaftigkeit. Anhaltende, monatelange und tägliche Schmerzen vor Kälte in ungeheizten Räumen im winterlichen Japan, Schmerzen vor Hungerfasten, vor Erschöpfung wegen Schlafentzug, Schmerzen beim Sitzen in Meditation. 1979 begann die 24-jährige bei Roshi Tetsugyu Ban eine dreijährige Zen-Schulung, die sie mit der Lehrerlaubnis abschloss.

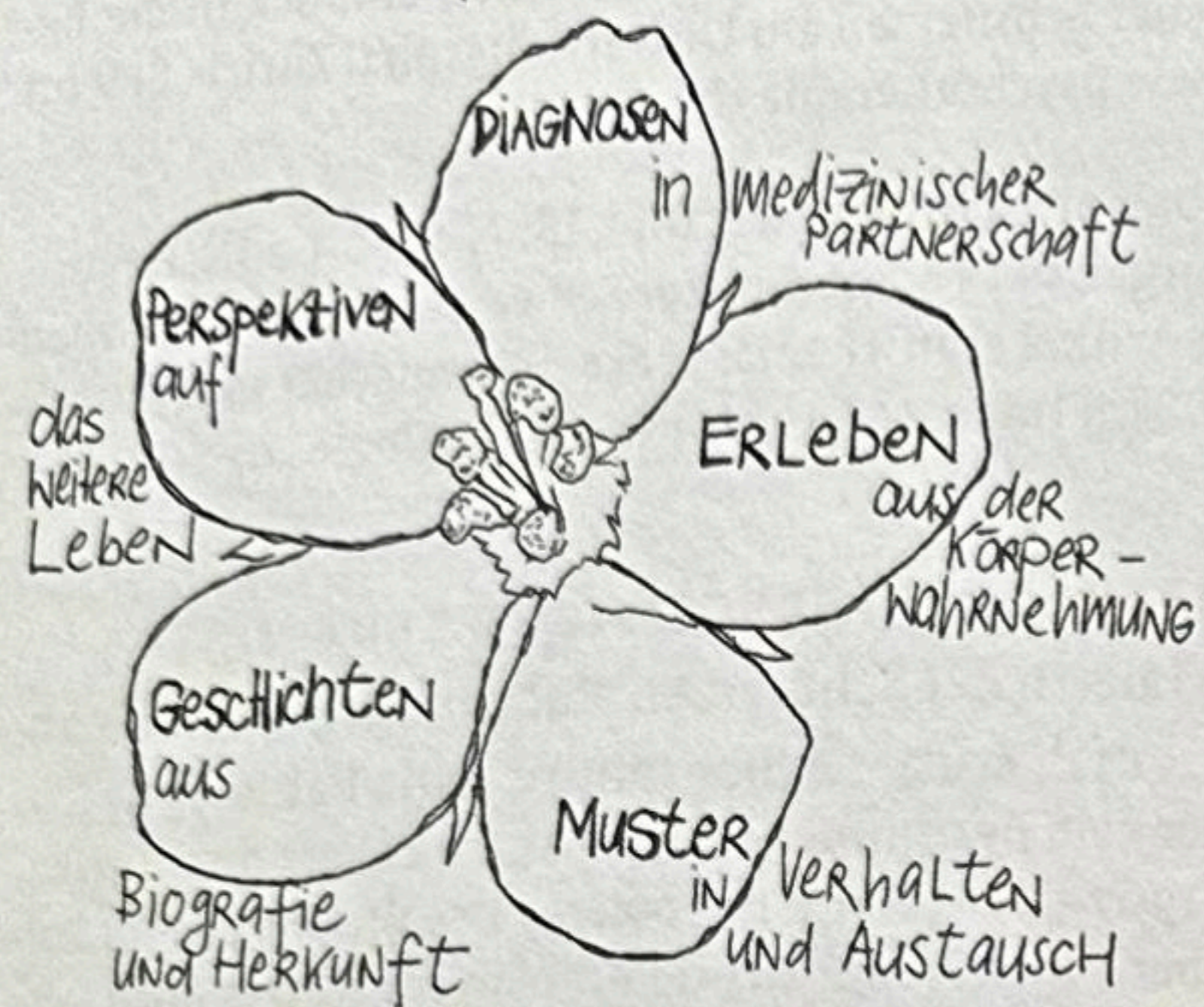
Schulman Audrey: Die Farben des Eises. Roman, Frankfurt 2001, (Original: The Cage, 1994).

Coping mit Sinnsuche. Eine Fotografin bei den Eisbären um die Stadt Churchill am nördlichen Polarkreis. Schmerzen erleiden – und die Angst davor. Über unvorstellbare Kälte, fremdartige Menschen, lebensbedrohliche Bären und das Überleben von Abenteuern.



## FÜNF DIMENSIONEN EINER SCHMERZPSYCHOTHERAPIE

### 5 Dimensionen der Schmerzpsychotherapie



© 2007 ~~Barlocher~~ Barlocher

#### Diagnosedimension:

1. vom polydisziplinären zum interdisziplinären Austausch
2. mögliche Diagnosekorrekturen im Therapieverlauf
3. vertrauensvollere Compliance (Verhaltenspharmakologie)

#### Erlebensdimension:

4. differenziertere Istzustand-Wahrnehmung
5. besser integrierte Körperschema-Wahrnehmung
6. deutlichere Autonomie (Ressourcen, Selbstheilungskräfte)

#### Musterdimension:

7. persönliches Frühwarnsystem entwickeln (*self efficacy*)
8. Geniessen vs Erleiden (*coping strategies*)
9. Verluste und Kränkung (*adaptation, sense of coherence*)
10. Verbündete aktiv finden: soziale Isolation entschärfen

#### Geschichtendimension:

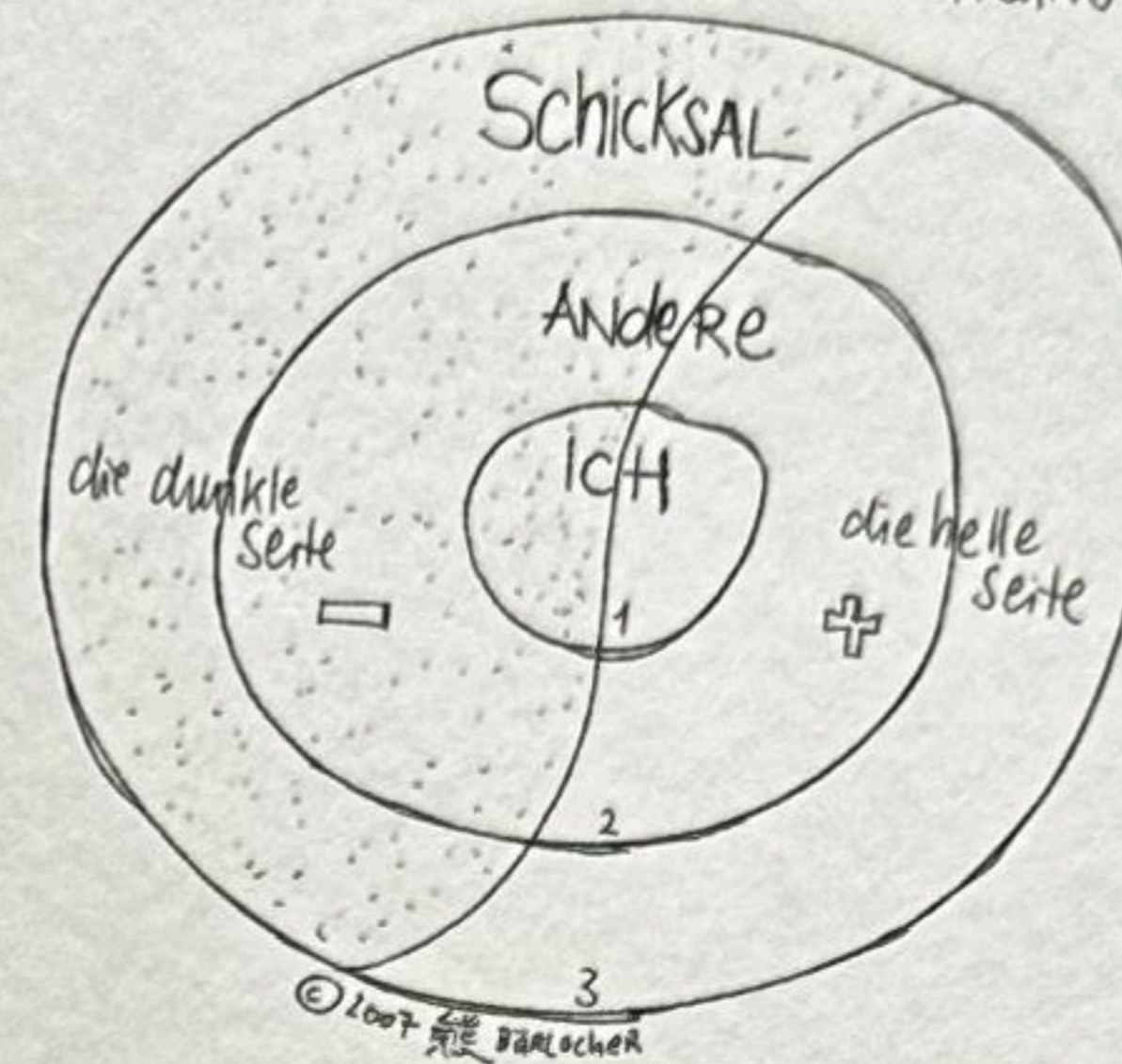
11. Familie, Herkunft, Kultur: Traditionen, Überzeugungen
12. biografische und systemische Anamnese (*major life events*)
13. Verständnis von Krankheit, Leiden, Schmerz (*locus of control*)

#### Perspektivendimension:

14. Stress-Schiff-Modell: nichtalltägliche Belastungen im Alltag
15. aktuelle Einschätzung und Gewichtung der Stressoren
16. realistische nächste Schritte: das grössere Bild

## DAS LOCUS OF CONTROL-MODELL

### 3 Kreise der Verantwortung



Wo orte ich die Verantwortung für Gutes und Übles, das mir geschieht, für eine Situation, ein Leiden, eine Linderung?

Martin N. J. et al: The Headache-Specific Locus of Control Scale, in: *Headache* (1990)30, S. 729-734.

Das hier skizzierte Modell ist eine Weiterentwicklung durch den Autor in einem interdisziplinären Team an der Neurologischen Klinik des Universitätsspitals Zürich innerhalb der schmerzpsychotherapeutischen Arbeit mit Patientinnen und Patienten.

## DAS STRESS-SCHIFF-MODELL

### Nicht-alltägliche Belastungen im Alltag

