

INTEGRATIVE STATIONÄRE SCHMERZTHERAPIE

INTEGRATED DIFFERENT THEORETICAL APPROACHES OF TREATING IN-PATIENTS WITH CHRONIC PAIN

Rudolf J. Knickenberg

Zusammenfassung

Bei der stationären Therapie schwerer, komplexer Schmerzerkrankungen gibt es gewichtige Gründe für eine Integration verschiedener theoriegeleiteter Zugangswege. Im Einzelfall ist das Verständnis für den Patienten umfassender, wenn tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Theorien zur Schmerzendstehung und -aufrechterhaltung Berücksichtigung finden. Es werden die wesentlichsten tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Theorieansätze referiert – Beziehungsarbeit, Bindungstheorien, narzisstischer Mechanismus, Schmerzpersönlichkeit, Alexithymiekonzept, kognitive Umstrukturierung und Aktivitätsaufbau – und die Behandlungsbausteine beschrieben. Dabei werden neben der Schmerzbewältigungsgruppe vor allen Dingen das Vorgehen in der Körperpsychotherapie und die Beziehungsarbeit hervorgehoben.

Schlüsselwörter Integrative Therapie – Bindungstheorie – Schmerzpersönlichkeit – Alexithymiekonzept – kognitive Umstrukturierung – tiefenpsychologische Traumarbeit

Summary

There are numerous important reasons to integrate different theoretical approaches of treating in-patients with severe pain symptoms. For the understanding of individual cases it is very useful to apply both a psychodynamic and a behavioral-cognitive view. The article gives a summary of the most important psychodynamic and behavioral-cognitive approaches referring to the relationship between therapist and patient, attachment theory, narcissistic coping, personality of pain patients, construct of alexithymia, cognitive restructuring and shaping of activity. The article focuses on pain coping groups, body therapy and the alliance between therapist and pain patients.

Keywords integrative therapy – attachment theory – personality of pain patients – construct of alexithymia – cognitive restructuring and psychodynamic dream work

Kommt ein chronischer Schmerzpatient in eine stationäre Rehabilitationsbehandlung, so sind nach einer exakten körperlichen Untersuchung und einer ausführlichen Exploration mithilfe standardisierter Schmerzerhebungsbögen und unter Berücksichtigung des in den mitgereichten Unterlagen sich abzeichnenden Krankheitsverlaufs zunächst die differentialdiagnostischen Erwägungen vorzunehmen. Unter dem unausgewählten Patientengut finden sich sowohl chronische Schmerzpatienten vor dem Hintergrund orthopädischer, neurologischer und internistischer Erkrankungen, bei denen die inadäquate Schmerzverarbeitung, einhergehend mit einem chronischen Krankheitsverhalten, beschrieben werden kann, als auch Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung und solche mit einem psychogenen Schmerzzustand im Sinne einer Konversion (Schattenburg, Beutel et al. in diesem Heft). Grundsätzlich müssen verschiedene Funktionsebenen eines Schmerzgeschehens betrachtet werden. Daraus lassen sich besonders die für die Planung einer psychosomatischen Rehabilitation wesentlichen Fähigkeitsstörungen mit den Auswirkungen auf den beruflichen Alltag ableiten. Dies gilt auch, wenn im Folgenden überwiegend psychotherapeutische Vorgehensweisen beschrieben werden und somit die emotional-evaluative, kognitive und Verhaltensebene im Vordergrund steht.

Die Ebenen des Schmerzes

1. physiologisch-biologische Ebene
2. motorische Verhaltensebene
3. emotional-evaluative Ebene

Psychotherapeutische Zugangswege zum Schmerzverständnis

Tiefenpsychologisch-analytische Modelle

1. der narzisstische Mechanismus
2. der Konversionsmechanismus
3. das Alexithymiekonzept
4. die Bindungstheorien
5. die „pain prone personality“ nach Engel (1959)

Verhaltenstherapeutische Modelle

1. klassische und operante Konditionierung
2. Modelllernen
3. kognitive Therapie

Die Beschreibung der psychotherapeutischen Zugangswege setzt die Beschreibung der physiologisch-biologischen und der motorischen Verhaltensebene voraus. Die motivational-evaluative Ebene legt den Vergleich mit der aus der Psychoanalyse bekannten Triebebene nahe. Wie auch bei Hunger und Durst tut das betroffene Individuum alles, um den unange-

nehmen Stimulus zu vermeiden oder die Schmerzempfindung zu reduzieren. Die empfundene Intensität des Reizes ist aber in hohem Maße von den Fähigkeiten zur Modulation des nozizeptiven Inputs auf der biologischen, der kognitiv-emotionalen und der psychischen Ebene abhängig. Das Reizvolle der psychosomatischen Herangehensweise an jede Art der Schmerzentstehung und -empfindung ist die Berücksichtigung der Wechselwirkung zwischen den drei Ebenen, die in ihren Auswirkungen aufeinander gleichwertig sind.

Auf der psychischen Ebene sind die psychodynamischen und die lerntheoretischen Betrachtungsweisen ebenfalls nur künstlich und der Vereinfachung halber voneinander zu trennen. Das Individuum reagiert auf der Verhaltens-, der emotionalen und der kognitiven Ebene nicht „schulenspezifisch“ und gemäß der gerade in den Fokus genommenen Betrachtungsebene. Das Kennzeichnende der biologisch-anatomischen Ebene ist die gleichzeitige Projektion und Verarbeitung des einlaufenden nozizeptiven Reizes in den primären sensomotorischen Hirnarealen, den somatosensorischen Assoziationsfeldern, dem Eintritt in das limbische System über den Gyrus cinguli ant., die kognitive Verarbeitung im anterioren Cortex und dem Eintritt in den Inselcortex als einem unter anderem bei der Verarbeitung aversiver Affekte assoziierten Areal.

In keiner Phase der Schmerzempfindung lassen sich psychische Reaktionen auf den Schmerz und zur Verarbeitung des Schmerzes von der Schmerzentstehung trennen. Die psychische Ausgangslage und die jeweilige Bewertung der Situation sind für die Schmerzwahrnehmung und -empfindung von Bedeutung. Evaluative Prozesse setzen bei Eintritt einer Schmerzwahrnehmung sofort ein, tragen zur Intensität der Schmerzentstehung bei oder sind die Ursache für die Schmerzentstehung (psychogener Schmerz). Sie modulieren die Schmerzwahrnehmung und den Ausdruck des Schmerzes und sind mitverantwortlich für seine Chronifizierung. Da diese intuitive Gesamtbetrachtung des Schmerzgeschehens unserer deduktiv-kognitiven Betrachtung zuwiderläuft, sollten diese Betrachtungsweisen eingedenk der Gefahren einer isolierten und verkürzten Vorgehensweise vorangestellt werden, bevor im Folgenden die theoretischen psychotherapeutischen Verfahren beschrieben werden.

Tiefenpsychologisch-analytische Modelle

Der narzisstische Mechanismus

Psychodynamisch betrachtet kann eine Schmerzentstehung in einer subjektiv empfundenen existentiellen Krise mit deutlicher Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls auftreten. Der Schmerz übernimmt dann im Sinn einer „psychoprothetischen Funktion“ für den intrapsychisch empfundenen Verlust eine Stützung des Selbstwertgefühls (Egle et al., 1998; Hoffmann, 2003). An einem Beispiel sei dieser primäre Krankheitsgewinn verdeutlicht.

Schon als Kind war die Patientin eine talentierte Bodenturnerin, die ihre Lebensspanne vom neunten bis zum achtzehnten Jahr mit einem fast täglichen Training zubrachte. Das Turnen vermittelte ihr Bestätigung und war ihr Lebensinhalt, bis sie bei einer schwierigen Übung stürzte und sich einen

Lendenwirbel brach. Nun musste sie ihre Leidenschaft aufgeben und war nicht bereit, auf einem niedrigeren Trainingsniveau ihre Übungen wieder aufzunehmen. Sie beendete ihre turnerische Karriere und begann nach dem Abitur mit 19 Jahren ein Linguistikstudium. Nach einem sehr guten Examen fand sie eine Anstellung bei einer renommierten Zeitung und übernahm vornehmlich Internet-Recherchen für Autoren und Redakteure. Dies erfüllte sie bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie sich in einen der Redakteure verliebte und mit einer Kollegin in einen Konkurrenzkampf um diesen Mann geriet. Neben der intellektuellen Herausforderung ging es bei den jungen Leuten auch um ihre sportlichen Freizeitaktivitäten wie Skilaufen und Gymnastik. Sie entwickelte ein Schmerzsyndrom im Bereich der LWS und trennte sich schließlich aus dieser wenig glücklich verlaufenden Beziehung. Vor sich selbst und anderen bestand ihre Begründung für die Trennung in dem Schmerzsyndrom, das von ihrem Freund zu wenig respektiert worden sei und die gemeinsamen Freizeitaktivitäten zu sehr eingeschränkt hätte, da ihr Freund nicht bereit gewesen sei, auf seinen Sport zu verzichten. Enttäuscht zog sie sich aus vielen Kontakten zurück und widmete sich neben ihrer Arbeit vornehmlich verschiedenen physiotherapeutischen, krankengymnastischen und aus der traditionellen chinesischen Medizin entlehnten Behandlungsmethoden, allerdings ohne eine durchgreifende Besserung zu erfahren. So chronifizierte die Schmerzsymptomatik über viele Jahre, die Patientin kam erst 31-jährig in die stationäre psychosomatische Behandlung.

Aus psychodynamischer Sicht kann im Sinne des oben beschriebenen narzisstischen Mechanismus ein Zugang zum Verständnis des Schmerzes die Auffassung sein, den Schmerz als Ausdruck eines frühen Verlustes zu sehen (Jordt, 1988). Der Schmerz drückt das Verlusterleben aus, oder durch die Introjektion des Schmerzes wird der Verlust innerlich verhindert.

Berücksichtigt man die narzisstische Schutzfunktion des Schmerzes, so wird bei manchen individuellen Krankheitsverläufen deutlich, dass es bei für narzisstische Krisen anfälligen Personen in der Regression als Antwort auf eine Verlust- oder Versagenssituation über ein körperliches Schmerzerlebnis zu einem Gefühl der mangelnden körperlichen Integrität und damit zu einem Hilflosigkeitserleben kommt, um das sich dann in der Auseinandersetzung mit dem Schmerz ein neues Unterstützungssystem für das Selbstwertgefühl aufbaut, in dem der Patient zum „Dulder“ oder zum „hilflosen Opfer“ wird.

Wenn es nicht gelingt, dem Patienten seine im Schmerz neutralisierten Gefühle zugänglich zu machen und in einer zuwartenden, akzeptierenden Atmosphäre den Raum zum Wiedererinnern zu öffnen, kann gerade bei den leistungsorientierten Schmerzpatienten der leistungsbezogene Behandlungsweg vom Patienten durch eine Intensivierung der Beschwerden unmöglich gemacht werden.

Das Alexithymiekonzept

Empirische Untersuchungen weisen auf ein Vorkommen alexithymer Persönlichkeitszüge bei chronifizierten Schmerz-

syndromen hin (Cox et al., 1994; Bach et al., 1994; Lumley, 1997; Ebel, 1997). Das Alexithymiekonzept beschreibt eine eingeschränkte Fähigkeit, adäquat mit Emotionen umzugehen. Die folgende Trias gilt als typisch:

1. eingeschränkte Möglichkeiten, Gefühle wahrzunehmen,
2. Gefühle zu differenzieren und auszudrücken. Daraus resultiert ein
3. operationaler, kognitiv logischer und an äußeren Normen orientierter Denkstil.

Nach Lane et al. (1997) werden komplexe neurobiologische Störungen angenommen, die, ursächlich aus defizitären frühkindlichen Erfahrungen resultierend, zu funktionellen Veränderungen im Gehirn führen sollen. Es wird vermutet, dass diese Patienten in konflikthafter Situationen direkt mit einer Somatisierung reagieren, ohne dass eine kognitiv-emotionale Verarbeitung stattgefunden hat (TenHouten et al. 1987). Entsprechend wird bei zu einem alexithymen Verarbeitungstil neigenden Personen eine vermehrte Erregbarkeit des autonomen Nervensystems beobachtet. Das erhöhte sympathikotone Arousal bei Hoch- im Gegensatz zu Niedrigalexithymen zeigt sich in einer erhöhten tonischen elektrodermalen Reaktion als auch in einer erhöhten Hautleitfähigkeitsreaktion auf akustische Reize (Rabavilas, 1987), jedoch nicht in reizbezogenen Empfindlichkeitsratings (Papciack et al., 1985). Diese intensivierte psychophysiologische Reagibilität wirkt sich z. B. durch eine dysfunktionale Zunahme der Muskelspannung als Chronifizierungsfaktor aus. Die Entkopplungshypothese der Alexithymie wurde auch von Franz et al. (1999) weiter untersucht. Postuliert wird für alexithyme Menschen eine Dissoziation von psychophysiologischer Aktivierungsprozessen und des damit im Normalfall verknüpften subjektiven Affekterlebens. So kam es unter affektinduktiver Belastung durch Anschauen eines Videos nur bei den Niedrigalexithymen zu einer signifikanten autonomen Aktivierung. In der Bewertung des subjektiven reizbezogenen Affekterlebens unterschieden sich die Hoch- nicht von den Niedrigalexithymen.

Die Bindungstheorie

Bowlby (1969) definiert in seiner „attachment theory“ das Bindungssystem als ein angeborenes Verhaltenssystem mit der Funktion, sich in Situationen von Kummer und Not, Bedrohung, Müdigkeit und Krankheit der Unterstützung einer umschriebenen Anzahl von Personen zu versichern. Mit dem Säuglingsalter adaptiert das Individuum sein Verhalten und Erleben in bindungsrelevanten Situationen an die gegebenen Bedingungen und erwerbe somit einen speziellen Bindungsstil bzw. nach Bowlby ein inneres Arbeitsmodell der Beziehungserfahrung. Die vier verschiedenen Bindungsstile wurden entsprechend ihrer Forschungsergebnisse von Ainsworth et al. 1978 definiert, Übersicht bei Strauß (2006):

- sicher
- unsicher vermeidend
- unsicher ambivalent
- desorganisierter Bindungsstil

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass eine gestörte Bindung in der Kindheit die Vulnerabilität für eine psychische Störung durch affektive und auch kognitive Entwicklungsdefizite erhöht (Esser et al., 1993). Die Relevanz von Kindheitsbelastungen für die Entwicklung somatoformer Störungen, und hier im Besonderen chronischer Schmerzzustände, ist belegt (Eckhardt und Hoffmann, 1997; Scheidt und Hoffmann, 1997). Die Kenntnis dieser Bindungsstile in Verbindung mit dem Alexithymiekonzept und der schon auf der behavioralen Ebene fixierten Signalwirkung des Schmerzes im psychosozialen Kontext erleichtert den professionellen Umgang mit den oft als anspruchsvoll, skeptisch und hintergründig aggressiv erlebten chronischen Schmerzpatienten.

Überschneidend mit der Bindungstheorie findet sich das Konzept der Schmerzpersönlichkeit von Engel (1959). Auch wenn die Annahme einer Schmerzpersönlichkeit widerlegt wurde, wurden vor dem Hintergrund dieses Ansatzes viele Untersuchungen vorgenommen, die die Rolle biographischer Risikofaktoren für die spätere Entwicklung einer Schmerzkrankheit beschreiben (Adler et al., 1989; Leibing et al., 1999). Zu den Risikofaktoren gehören:

Tabelle 1: Risikofaktoren

1. eine emotional nicht tragfähige Beziehung zu einem oder beiden Elternteilen
2. ein geringes Geborgenheitsgefühl in der Kindheit
3. Prügel und Misshandlungen durch die Eltern
4. häufiger Streit zwischen den Eltern
5. Zuwendung der Eltern wird über Materielles ausgedrückt
6. das Lieblingsspielzeug als Ersatz für emotionale elterliche Zuwendung

Dieser kurze Abriss zeigt, welche vielfältigen Zugangswege zu einem vertieften Verständnis des chronisch schmerzkranken Patienten gegangen wurden, wobei die Aufzählung noch nicht vollzählig ist, sondern nur die klinisch relevantesten Theorien aufnimmt. Der Stellenwert der psychodynamischen Beziehungsarbeit unter Beachtung der sich in der Interaktion mit dem Patienten abzeichnenden Übertragung wird unterstrichen. Die Forderung, sich in der psychotherapeutischen Begegnung mit dem Patienten der Aufgabe bewusst zu sein, ihm eine korrigierende emotionale Beziehungserfahrung zu ermöglichen, ist nicht übertrieben.

Verhaltenstherapeutische Herangehensweise

Der Verhaltenstherapeut erschließt für sich die komplexe Problematik des Patienten auf der Folie der Verhaltens- und Bedingungsanalyse. Dabei werden für die Behandlungsplanung vor dem Hintergrund der Zielvorstellungen des Patienten die auslösenden Situationen für das Auftreten oder die Veränderung eines Schmerzzustandes sowie die aufrechterhaltenden Konsequenzen besonders gewichtet. Die auslösenden Situationen können über Selbstbeobachtungsprotokolle beschrieben werden. Aufrechterhaltende Konsequenzen lassen sich an den Veränderungen der Arbeits- und familiären Situation ablesen. Auch kann eine Bestätigung der Oberpläne,

wie sie sich unter der O-Variablen abbilden lassen, aufrechterhaltend für die Symptomatik wirken. Ebenso unter den O-Variablen findet aus der vertikalen Lerngeschichte die Beschreibung einschneidender Lebensereignisse und Modelle für den Umgang mit Schmerzen ihren Platz. In der Regel werden unmittelbar aufrechterhaltende Konsequenzen unter der Bewältigungsperspektive besonders berücksichtigt. Ein oft hilfreiches Vorgehen ist das Erfragen des subjektiven Krankheitsmodells und seine Berücksichtigung in den therapeutischen Zielsetzungen. Dieses zweifellos häufig erfolgreiche Vorgehen birgt einige Fallstricke, die einem positiven Behandlungsverlauf entgegenstehen können.

Tabelle 2:
Mögliche Fallstricke therapeutischer Vorgehensweisen

1. die Vernachlässigung der kommunikativen Ebene (siehe Beutel, dieses Heft)
2. die Unterschätzung der vertikalen Lerngeschichte
3. die fehlende Berücksichtigung traumatischer Kindheits-erlebnisse, die im chronischen Schmerz ihren Ausdruck finden können
4. die im Schmerz gebundenen und vom Schmerz dominierten anderen emotionalen Empfindungen, in erster Linie aggressive Gefühle und Deprivationsempfindungen

Hilfen zur Überführung der gewonnenen Einsichten und der erarbeiteten günstigeren Bewältigungsmodi in den beruflichen und privaten Alltag

Selbst bei sorgfältiger Beachtung der Zielvorgaben kann der zu stringentem, veränderungsinduzierendem Vorgehen verpflichtete therapeutische Prozess ins Stocken geraten. Dies ist insbesondere bei den somatoformen Schmerzzuständen und dem reinen psychogenen Schmerz möglich, wenn die Hintergründe des Schmerzerlebens nicht auch nach psychodynamischen Aspekten ausgeleuchtet wurden und die Auswirkung der über den Schmerz ausgedrückten frühkindlichen Verlust-erlebnisse nicht gesehen oder berücksichtigt wurde. Der verhaltenstherapeutische Ansatz verfolgt ein stringentes, erfahrungs- und zielgeleitetes Vorgehen. Der mit einer introspektiven Betrachtungsweise seiner Beschwerden nicht vertraute Patient fühlt sich ernst genommen und kann über Selbstbeobachtungsaufgaben und die Einschätzung seiner subjektiven Schmerzintensität direkt mit dem Schmerz zu arbeiten beginnen. Dieses effektive therapeutische Angebot zu einem pragmatischen Arbeitsbündnis ist für viele Schmerzpatienten der einzige akzeptable Zugang zu einer Psychotherapie. Wie intensiv im weiteren Therapieverlauf psychodynamische Behandlungsansätze explizit eingeführt werden, ist abhängig von

- der Diagnose,
- den biographischen Belastungen und sowohl der Bereitschaft als auch der therapeutischen Sinnhaftigkeit, sich damit auseinanderzusetzen,
- der Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung.

Es gibt eine gestaffelte Notwendigkeit zur zunehmenden Berücksichtigung auch psychodynamischer Therapieangebote im Sinne einer Aufarbeitung der Beziehungserfahrung im therapeutischen Prozess, die von der diagnostisch beschreibbaren inadäquaten Schmerzverarbeitung vor dem Hintergrund eines in erster Linie somatisch begründeten Schmerzes über das chronische Schmerzsyndrom zu der somatoformen Schmerzstörung und dem konversionsneurotischen Schmerz reicht.

Unabhängig von der somatischen und psychotherapeutischen Diagnose erfordert eine tief greifendere Störung früherer Beziehungen eine besondere Berücksichtigung. Sie kann im verhaltenstherapeutischen Setting mit der Beschreibung und Veränderung kognitiver Schemata erfolgen, doch wird für diese Beziehungsarbeit das Wissen um kindliche Beziehungskonstellationen und ihre Auswirkungen auf das Verhalten als Erwachsener immer wichtiger. Die Verhaltenstherapie hat dies erkannt und beginnt die Begrifflichkeit der Tiefenpsychologie und Analyse in das eigene Therapiekonzept zu überführen. So wird etwa aus der Übertragung ein Schematransfer, doch erscheint es sinnvoller, statt der Assimilation den Stellenwert der psychodynamischen Betrachtungsweise an dieser Stelle anzuerkennen. Auch im Umgang mit Träumen kann die psychodynamische Vorgehensweise ihren Erfahrungsschatz beisteuern. Dies gilt weiterhin für die gesamte Arbeit mit vor- oder unbewussten Inhalten, nachdem, etwas ironisiert ausgedrückt, die Neurowissenschaften das Unbewusste mit dem Nachweis der subliminalen Wahrnehmung nach dem erbitterten Streit in den 80er Jahren wieder "salonfähig" gemacht haben. Eine weitere kurze Fallschilderung soll den Stellenwert dieser Arbeit verdeutlichen.

In die Klinik kommt eine 38-jährige Patientin zur Schmerztherapie, die nach einem nicht verschuldeten Unfall mit dem Motorrad ein Caudasyndrom erlitten hat. Das Versagen des Blasen- und Mastdarmschließmuskels erfordert das ständige Tragen einer Einmalwindel und ruft bei der Patientin heftige Schamgefühle, insbesondere wegen einer befürchteten Geruchsbelästigung der Umgebung, hervor. In der Vorwegnahme der gefürchteten sozialen Ausgrenzung zieht die Patientin vollständig von ihrer Außenwelt zurück. Die komplette Anästhesie im Bereich der "Reithose", also im Bereich der Oberschenkelinnenseiten mit der Genitalregion, lässt sie sexuell empfindungsunfähig werden. Ihr Freund verlässt sie, ihr Selbstverständnis als Frau ist tief greifend gestört. Sie ist schwer depressiv und von einem brennenden Schmerz in der unteren LWS geplagt. Eine erste psychosomatische Behandlung ist erfolglos verlaufen, da sich die Patientin, wie sie selbst schilderte, aus Scham "nicht öffnen" konnte und sich dem Therapieangebot verweigerte. Am dritten Tag der stationären Behandlung schildert sie gequält und bitter, dass sie jetzt neben einem ihr schon bekannten Alptraum einen weiteren, noch grausameren Traum geträumt habe und sich frage, warum ihr Gehirn sie so quäle und ob sie denn nicht schon genug gelitten habe. Der immer wiederkehrende Alptrauminhalt sei, dass sie den Unfallhergang nacherlebe, den Wagen auf sich zurasen sehe, sich durch die Luft gewirbelt fühle und mit einem auch damals schockartig gedachten „Das war's" aufwache. Nun habe sie in der vergangenen Nacht erstmals von

einem an allen vier Extremitäten amputierten und blutenden Torso geträumt, der in einem großen Abflussrohr gestanden habe. Sie war vollständig konsterniert und verzweifelt. Das therapeutische Bündnis und ihre Bereitschaft zur Mitarbeit machten einen großen Fortschritt, als mit ihr herausgearbeitet werden konnte, dass sich ihre Hilflosigkeit und ihr Schmerz in dem Torso vor dem Hintergrund eines Abflussrohres, also ihrer sphinkterlosen Blasen- und Mastdarmöffnung, gleichsam also als Kloake darstellte. Ihre bisherige spröde und vorwurfsvolle Verweigerung in der Schmerzbewältigungsgruppe schwand, nachdem sie realisierte, dass ihr Unbewusstes ihr deutlich und krass ihre Verweigerung und die damit selbst mit herbeigeführte Hilflosigkeit eines Torsos vor Augen führte, der nicht selbstbestimmt gestalten und sich bewegen kann. Diesen Initialtraum mit ihr durchzusprechen, die damit verbundene Akzeptanz und das dadurch hergestellte Vertrauen erleichterten ihr den schambesetzten Eintritt in die Therapie.

Hypnotische Verfahren

Der Einfluss von hypnotischen Verfahren auf die körperliche Ebene umfasst nicht nur die Erfahrung von Entspannung, Leichtigkeit oder Stärke, sondern schon Kiermann et al. (1995) belegten die Wirkung analgetischer Suggestion auf Rückenmarksebene. Da eine stärkere Sensibilisierung von Nozizeptoren über eine erhöhte Sympathikuserregung angenommen werden kann, führt eine Einengung der Aufmerksamkeit auf innere positive Erfahrungen zu einer Verringerung der Schmerzempfindung einerseits und über eine Abschwächung des sympathischen Tonus andererseits zu einer Schmerzreduktion über zwei sich ergänzende und gegenseitig determinierende Mechanismen (Bongartz und Bongartz, 1998). Die Vorbereitung einer hypnotischen Schmerzbehandlung beginnt mit einer Exploration der Ressourcen für die Schmerzlinderung. Aus der Lebensgeschichte werden gelungene Umgangsweisen mit Schmerzzuständen exploriert. Dann werden die Erwartungen an die Hypnose besprochen und irrationale oder überzogene Erwartungen korrigiert. Über Test-suggestionen wird die Hypnotisierbarkeit erprobt und ein vertrauensvolles Arbeitsbündnis etabliert. Als günstig gewertet wird dabei, wenn während der Probesitzungen eine Schmerzreduktion als Spontaneffekt auftritt, der in den gezielten Sitzungen zur Schmerzreduktion ausgebaut werden kann.

Symptombezogene Strategien beziehen sich auf kognitive Verfahren, die mit Aufmerksamkeitsfokussierung auf die Körperempfindung arbeiten. Die in der Hypnose herbeigeführte Analgesie kann ebenso benutzt werden wie die Verschiebung des Schmerzes auf andere Körperregionen, die Umdeutung des Schmerzes, die partielle oder vollständige Dissoziation. Es kann damit begonnen werden, mit dem Patienten Schmerzbilder zu entwerfen und dann einzelne Sinnesmodalitäten dieses Schmerzbildes zu variieren. Im Schmerzbild können die Ausdehnung des Schmerzes, seine Farbe, die taktilen Sinnesempfindungen und vielleicht auch die imaginierte Konsistenz des Schmerzes verändert werden.

Problembezogene Strategien zielen mehr auf die Exploration und nachfolgenden Veränderungen früherer negativer Erfahrungen ab, die im Schmerz ihren Ausdruck finden. Es kann über problembezogene Anekdoten versucht werden, eine Distanzierung von problematischen Erfahrungen zu erreichen oder ein „Reframing“ einzuführen (siehe auch Hoppe, 2001).

Körperpsychotherapeutische Vorgehensweisen

Die Erfahrung mit dem eigenen Körper ist für viele Patienten, die ihren Körper nur noch als Ort der Pein erleben, eine bereichernde, aber auch ambivalent erlebte Erfahrung. Die Erfahrung anderer Sinneswahrnehmungen im Kontrast zu Schmerz lässt sich zur Wahrnehmungslenkung und zur erneuten zu lernenden Differenzierung taktiler Erfahrungen vielfältig nutzen. Die Arbeit mit dem schmerzenden Körper, die Verstärkung der Schmerzen über ein übendes Vorgehen bewirken eine ganz spezielle Auseinandersetzung mit dem Schmerz. Die therapeutische Anregung, den Schmerz nicht gleich über eine Lageveränderung „wegmachen“ zu wollen, führt immer wieder zu einer intensiven Auseinandersetzung mit der Schmerzwahrnehmung, den Modulationsmöglichkeiten der Wahrnehmung in Abhängigkeit von der Aufmerksamkeitslenkung. Der Versuch, während der Übungsstunden die Haltung „Mein Schmerz, der Feind“ in die einer Koexistenz zu verändern, gibt viele Anstöße, die in der Schmerzgruppe bei dem Thema der Aufmerksamkeitslenkung wieder aufgenommen werden können. Bereichernd wirken kann auch die Erfahrung einer anderen sensiblen Qualität im schmerzenden Areal, also etwa einer zarten Berührung. Damit eröffnet sich auch vor dem Hintergrund der Theorien zum Schmerzgedächtnis eine erneute Ausdifferenzierung der Wahrnehmung verschiedener sensibler Reizqualitäten.

Der nächste Schritt ist die therapeutengeleitete Erfahrung des eigenen Körpers im dreidimensionalen wirklichen Raum, den Patienten für sich allein und dann in der Begegnung mit anderen erleben. Wie wird meine körperliche Haltung, meine Mimik und Gestik von anderen erlebt und interpretiert? Welche Einstellungen vermittele ich, und wie reagiere ich auf die nonverbalen Botschaften der anderen? Mit der Anleitung zu solchen Beobachtungen werden die Patienten für das „Senden“ der eigenen und dem „Empfangen“ der anderen Botschaften vertraut gemacht. Diese Übungen können weiter überführt werden in die Beobachtung, wie sich über Haltungsänderung und andere mimische Reaktionen die innere emotionale Einstellung und die Atmosphäre bei der Begegnung ändern können.

Eine dritte psychodynamische Dimension ist die Begegnung mit den Traumatisierungen in Kindheit, Jugend oder Erwachsenenalter und ihrer Repräsentation im Körpergedächtnis. In der Körperpsychotherapie besteht die Möglichkeit, durch die Körperarbeit die Konflikte zu aktualisieren, sich wieder an sie zu erinnern und damit einen Teil ihrer Somatisierung aufzuheben. Die weitere Aufgabe besteht dann in dem Durcharbeiten der gewonnenen Einsichten.

Stationäre integrative Psychotherapie

Übergeordnete Ziele einer stationären psychosomatischen Behandlung sind:

Tabelle 3: Wirkfaktoren stationärer Psychotherapie

1. die Entaktualisierung einer akuten Konfliktsituation durch die Herausnahme des Patienten aus der belastenden und die individuellen Kompensationsmöglichkeiten überfordernden Situation
2. Abschwächung der aufrechterhaltenden Bedingungen einer Chronifizierung im privaten und beruflichen Umfeld
3. Identifikation der ungünstigen Erlebens- und Verhaltensweisen (dysfunktionale kognitive Verzerrungen, emotionale Defizite, inadäquate Kommunikation)
4. Beschreibung der beobachtbaren, für den therapeutischen Prozess nutzbar zu machenden Ressourcen
5. adäquate medikamentöse Behandlung
6. Verbesserung von Flexibilität, Durchhaltefähigkeit, Kompetenz im Umgang mit der eigenen Erkrankung
7. Förderung von Entspannungsfähigkeit und hedonistischem Erleben
8. Berücksichtigung und Mitbehandlung körperlicher und psychischer komorbider Störungen
9. gezielte Verbesserung des Selbstwirksamkeitserlebens als einem zentralen Wirkfaktor (Flor, 1999; Seemann und Zimmermann, 1999)

Der Zugang zum Patienten mit einer chronischen Schmerzkrankheit kann nur bei Kenntnis und Berücksichtigung der verschiedenen Verständnisebenen gelingen. Die Symptomatik ist dabei als eine Kompromissbildung zwischen Konflikten zu verstehen, die sich innerpsychisch oder infolge von nicht erfüllbar erlebten Forderungen von außen ergeben haben oder hält bewusste und unbewusste Motive und Bestrebungen in einem labilen Gleichgewicht.

Motivationsphase

Chronische Schmerzpatienten kommen mit einer sehr unterschiedlichen Vorkenntnis und Vorbereitung in die stationäre psychosomatische Behandlung. Entsprechend ist ihre Motivationslage. Sie reicht von „Der Rentenversicherungsträger hat mich geschickt“ bis zu einer gut definierten und auch realistischen Zielvorstellung, die mit dem Patienten schon in der ambulanten Behandlung erarbeitet wurde. Während der Eingangsuntersuchung sind die mitgebrachten Befunde ebenso ausführlich zu berücksichtigen wie auch das subjektive Krankheitskonzept. Nur die Kenntnis der Vorstellungen des Patienten zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Schmerzerkrankung ermöglichen es, ihn an der für ihn adäquaten Stelle „anzutreffen“ und „abzuholen“. Die frühzeitige Einbeziehung der somatischen Fachärzte stärkt das Arzt-Patient-Verhältnis, signalisiert es dem Patienten doch, in seinen Beschwerden ernst genommen zu werden und nicht auf die „Psychoschiene“ abgeschoben zu sein. In den psychotherapeutischen Prozess ist die frühzeitige somatische Abklärung auch deutlich besser zu integrieren als zu einem

späteren Zeitpunkt. In diesem Zusammenhang wird auch die analgetische Medikation angepasst und auf eine zeitkontingente Einnahme umgestellt.

Die weitere Motivationsphase ist gekennzeichnet durch gezielte Informationen zu dem vorliegenden Krankheitsbild und die gemeinsame Erarbeitung eines psychosomatischen Grundverständnisses. Wenn es gelingt, dem Patienten einen Begriff zu vermitteln von der Untrennbarkeit psychischer und körperlicher Abläufe und ihrer gegenseitigen Beeinflussung im Sinne von Kreisprozessen, ist die Voraussetzung dafür geschaffen, dass der Patient von seiner dichtomen Betrachtungsweise abrücken kann. Wenn ihm in einem weiteren Schritt die Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften zur Wahrnehmung und Benennung von Schmerz vermittelt werden können, beginnt er meist schon etwas zugänglicher und bereitwilliger mitzudenken.

Nun ist bei der Zielplanung darauf zu achten, dass es möglicherweise realistisch ist, mit dem Patienten keine Reduktion des Schmerzzustandes, sondern „nur“ eine Bewältigungsperspektive zu erarbeiten und ihn dazu zu bewegen, seinen Heilungswunsch angemessen umzuformulieren. Die noch fragile Therapeut-Patient-Beziehung wird einer ersten Belastung unterzogen, der sie meist standhält, da bei den Patienten meist auch im Laufe der zunehmenden Chronifizierung die Hoffnung auf eine Heilung insgeheim schwindet.

Die Haltung des Therapeuten sollte in diesen ersten Begegnungen offen, interessiert und aktiv sein. In der Reflexion der Gegenübertragung werden die interaktionellen Angebote und die sich einstellende Übertragung analysiert. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse über den psychodynamischen Hintergrund der Beschwerden werden für eine erste Hypothesenbildung genutzt, die im Verlauf der stationären Therapie anhand der Beziehungsaufnahme und -gestaltung des Patienten schließlich zum Fokus formuliert wird.

Die Phase der Selbstbeobachtung

Einen weiteren hilfreichen Zugang zum vertieften Krankheitsverständnis bieten dann Aufgaben zur Selbstbeobachtung der Schmerzintensität mithilfe der visuellen Analogskala (VAS) und einer allmählichen Erweiterung des somatisch ausgerichteten Krankheitsmodells um die Dimension der situativen Anspannung/Entspannung und der damit verbundenen Emotionen und Kognitionen. Ein Schmerztagebuch kann in dieser Phase sehr nützlich sein. Zu diesem Zeitpunkt sind die Patienten meist schon mindestens eine Woche auf der Station und haben erste Kontakte mit anderen Patienten geknüpft. Sie nehmen inzwischen bereits an einer Schmerzbewältigungsgruppe teil und beginnen, die Erkenntnisse therapieerfahrener Patienten in ihr eigenes Krankheitsverständnis zu übernehmen. Unterstützt werden kann dieser Erkenntnisprozess durch die Vermittlung psychophysiologischer Zusammenhänge über den Einsatz des Biofeedbacks. Die Intensivierung der zwischenmenschlichen Kontakte in der Stationsgemeinschaft kann für die Selbstbeobachtungsaufgaben genutzt werden. Die Patienten werden aufgefordert, ihre emotionale Reaktion auf Mitpatienten zu beobachten und mit der Schmerzintensität zu korrelieren.

Die Schmerzbewältigungsgruppe

Im Rahmen einer Schmerzgruppe lernen Patienten von Patienten am intensivsten. Die Akzeptanz psychologischer Methoden wird dadurch erhöht, dass andere Patienten schon über positive Erfahrungen berichten können. Dies hilft auch bei dem noch sehr auf ein somatisches Krankheitsmodell fixierten Patienten, sich anderen Methoden etwas mehr zu öffnen. Im stationären Rahmen nehmen 8-10 Patienten 2-mal wöchentlich über 90 Minuten an einer Gruppe teil. Es werden 8 Termine absolviert, dieser Behandlungsabschnitt dauert also ca. 4 Wochen und zeigt ermutigende Ergebnisse. Verändern lassen sich besonders gut katastrophisierende Gedanken, das Gesundheitsverhalten wird verbessert, das Körpergefühl und die Körperakzeptanz werden gestärkt. Die Patienten lernen auch das Aufeinanderbeziehen von Lebensumständen, Situation und Schmerz. Inhalte der Schmerzbewältigungsgruppe sind:

1. Informationsvermittlung zum Verständnis der Schmerzwahrnehmung und Verarbeitung:
 - (a) Erlernen von Schmerzbewältigungsstrategien
 - (b) Schmerzakzeptanz
 - (c) Abbau von Gefühlen wie Ohnmacht und Hilflosigkeit
2. Schulung der Wahrnehmung von Gefühlen, von Anspannungs- und Entspannungszuständen
3. Erkennen von Warnsignalen für eine Schmerzstörung
4. dysfunktionale Gedanken zum Schmerz herausarbeiten
5. Umgang mit Fehlschlägen in der Schmerzbewältigung

Alle Gruppenteilnehmer nehmen parallel an einer krankengymnastischen Übungsgruppe teil, in der neben einer krankengymnastischen Grundbehandlung auch in einer Stunde Informationen zum anatomischen Aufbau der Gelenke und der Wirbelsäule gegeben und zum durch Bewegung zu aktivierenden körpereigenen Schmerzhemmsystem gegeben werden. In diesem Zusammenhang wird mit den Patienten ebenso wie in der Körperpsychotherapie oder in der Schmerzbewältigungsgruppe darauf hingearbeitet, das Ziel einer völligen Schmerzfreiheit zugunsten von Bewältigungsmöglichkeiten und einer verbesserten Wahrnehmungslenkung aufzugeben. Es soll die bestmögliche Lebensqualität mit einer abgeschwächten Symptomatik erreicht werden.

Je nach der Funktionalität der Symptomatik können weitere Gruppenangebote eingeführt werden. Dazu gehört das Training sozialer Kompetenz, die Verbesserung der Körperwahrnehmung über die Körperpsychotherapie und das Erlernen eines Entspannungstrainings, die Verbesserung der Genussfähigkeit mit einem Aufheben des Genussverbots.

Tiefenpsychologische Aspekte

Chronische Schmerzzustände sind ein mehrdimensionales Geschehen, so dass es in jedem Fall zu kurz gegriffen ist, sich allein mit den körperlichen Schmerzaspekten zu beschäftigen. Je intensiver die psychogenen Komponenten auch schon zur Schmerzentstehung und Chronifizierung beigetragen haben, um so wesentlicher wird die psychotherapeutische Betreuung. Im Rahmen eines integrativen Settings finden die psychogenen Komponenten des Schmerzes durch die ver-

schiedenen Betrachtungsdimensionen Berücksichtigung. Auf der interaktionellen Ebene bestimmt das Schmerzgeschehen die Übertragung und Gegenübertragung. Daraus lassen sich vor dem Hintergrund der Biographie viele der Kommunikationsprobleme verstehen, die die Patienten beklagen. In den Gruppen- und Einzelgesprächen hilft eine vertiefte Betrachtung dieser Kommunikationskonstellationen zu einer Reflexion und nachfolgenden Verhaltensänderung. In einer zweiten Dimension hilft die Kenntnis der frühkindlichen Konflikte, die aktuellen Konfliktkonstellationen besser zu verstehen und durch eine Bearbeitung der konfliktbedingten Haltungen eine neue oder veränderte emotionale Antwort zu induzieren. Das verbesserte und differenziertere emotionale Ausdrucksverhalten verhilft zu einer anderen Begegnungserwartung, reduziert die regressiven Tendenzen, verbessert die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, und verstärkt das Selbsteffizienzerleben. Die Notwendigkeit einer psychodynamischen Betrachtungsweise steigt weiter mit dem Anteil narzisstischer, dissoziativer oder konversionsneurotischer Verarbeitung der zugrunde liegenden Konflikte oder Traumatisierungen.

Der Gesamtbehandlungsplan wird komplettiert durch Krankengymnastik, Sport und Bewegungstherapie, ergotherapeutische Gruppenangebote, Entspannungstraining und Biofeedback sowie ein differenziertes Angebot berufsbezogener Gruppentherapien und gestufter beruflicher Belastungs-erprobungsmöglichkeiten.

Literatur

- Adler RH, Zlot S, Hürny C, Minder C (1989): Engels "Psychogener Schmerz und der zu Schmerz neigende Patient": Eine retrospektive, kontrollierte klinische Studie. *Psychother Med Psychol* 39: 209-218
- Ainsworth MD, Blehar M, Waters E, Wall S (1978): *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, New York: Lawrence, Erlbaum
- Bach M, de Zwaan M, Ackard D (1994): Alexithymia: Relationships to personality disorders. *Comp Psychiatry* 35:239-243
- Bongartz W, Bongartz B (1998): *Hypnosetherapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S. 255-266
- Bowlby J (1969): *Attachment*. New York: Basic Books
- Cox BJ, Kuch K, Parker JDA, Shulman DE, Evans JE (1994): Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. *J Psychosom Res* 38:523-527
- Ebel H (1997): *Somatoforme Störungen. Empirische Untersuchungen zu Psychopathologie, Persönlichkeit und Krankheitsverhalten*. Habilitationsschrift, RWTH Aachen
- Eckhardt A, Hoffmann SO (1997): Dissoziative Störungen in der Folge von Misshandlungen und Missbrauch. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung der psychischen und psychosomatischen Folgen früher Traumatisierungen*. Stuttgart: Schattauer
- Egle UT, Rudolf M-L, Hoffmann SO, König K, Schöfer M, Schwab R v, Wilmowsky H (1998): Persönlichkeitsmerkmale, Abwehrverhalten und Krankheitserleben bei Patienten mit primärer Fibromyalgie. *Z Rheumatol* 48:73-78
- Engel GL (1959): "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. *Am J Med* 26:899-918

- Esser G, Dinter R, Jörg M, Rose F, Villalba P, Laucht M, Schmidt M (1993): Bedeutung und Determinanten der frühen Mutter-Kind-Beziehung. *Z Psychosom Psychoanal* 39:246-264
- Flor H, Herrmann C (1999): Schmerz. In: Birbaumer H, Flor H, Hahlweg K (Hrsg.): *Encyklopädie der Psychologie. Bd. Verhaltensmedizin*. Göttingen: Hogrefe, S. 249-330
- Franz M, Olbrich R, Croissant B, Kirsch P, Schmitz N, Schneider C (1999): Gefühl ohne Sprache oder Sprache ohne Gefühl? Weitere Hinweise auf die Validität der Entkopplungshypothese der Alexithymie. *Nervenarzt* 70:216-224
- Hoffmann SO (2003): Psychodynamisches Verständnis von Schmerz. In: Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA (Hrsg.): *Handbuch chronischer Schmerz*, Stuttgart, New York: Schattauer
- Hoppe F (2001): Chronischer Schmerz. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg.): *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 556-565
- Kiermann BD, Dane JR, Phillips LH, Price DD (1995): Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflex: further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. *Pain* 60:39-47
- Lane RD, Ahem GL, Schwartz GE, Kaszniak AW (1997): Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biol Psychiatry* 42:834-844
- Leibing E, Rüger U, Schüßler G (1999): Biographische Risikofaktoren und psychische Störungen bei Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom. *Z Psychosom Med Psychother* 45:42-156
- Lumley MA, Stettner L, Wehmer F (1996): How are alexithymia and physical illness linked. A review and critique of pathways. *J Psychosom Res* 41:505-518
- Lumley MA (1997): Alexithymia in chronic pain patients. *Comp Psychiatry* 38:160-165
- Papciack AS, Feierstein M, Spiegel JA (1985): Stress reactivity in alexithymie: Decoupling or physiological and cognitive responses. *J Human Stress* 11:135-142
- Rabavilas AD (1987): Electrodermal activity in low and high alexithymia neurotic patients. *Psychother Psychosom* 47:101-194
- Scheidt SE, Hoffmann SO (1997): Konversionsstörungen in der Folge von Misshandlung und Missbrauch. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung der psychischen und psychosomatischen Folgen früher Traumatisierungen*. Stuttgart: Schattauer
- Seemann H, Zimmermann M (1999): Regulationsmodell des Schmerzes aus systemtheoretischer Sicht - Eine Standortbestimmung. In: Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfish HP, Seemann H (Hrsg.): *Psychologische Schmerztherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung*. Berlin: Springer, S. 23-58
- Strauß B (2006): Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut* 1:5-14
- TenHouten WD, Walter DO, Hoppe KD, Bogen JE (1987): Alexithymia and the split brain: V. EEG Alpha-Band Interhemispheric Coherence Analysis. *Psychother Psychosom* 47:1-10

Dr. med. Rudolf J. Knickenberg

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für
 Psychotherapeutische Medizin, Sozialmedizin – Spezielle
 Schmerztherapie, Chefarzt Rehabilitation
 Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
 Salzburger Leite 1 • 97616 Bad Neustadt/Saale
 Telefon +49(09771) 67-3204
 knickenberg.ca@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de