

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 20/2011

Integrative Gruppentherapie bei chronischen Schmerzen - ein Konzept zur Schmerzbewältigung*

Annemieke Balk, CH-7260 Davos Dorf

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	48
Inhaltsverzeichnis	1
1 Einleitung.....	3
2 Schmerzen verstehen.....	4
2.1 Das biopsychosozialökologische Grundverständnis	5
2.2 Der biologische Erklärungsansatz für die Schmerzentstehung	5
2.3 Der informierter Leib	7
2.4 Gesundheits– und Krankheitsverständnis	8
2.5 Stress und Schmerz.....	10
2.6 Sozialökologische Überlegungen.....	10
3 Behandlungstheoretische Überlegungen.....	12
3.1 Ko-respondenz.....	12
3.2 Komplexes Lernen	12
3.3 Phänomenologie und Hermeneutik.....	13
3.4 Die Persönlichkeitstheorie	14
3.5 Die vier Wege der Heilung und Förderung	16
4 Überlegungen zum Umgang mit und Bewältigung der Schmerzen	17
4.1 Schmerzverarbeitung und Schmerzbewältigung	17
4.2 Methoden	18
4.3 Stressbewältigung.....	19
5 Gruppentherapeutische Überlegungen	20
5.1 Integrative Agogik	21
5.2 Setting und Angebot	21
5.3 Anamnese/Diagnostik	22
5.4 Ziele in der Gruppentherapie für Schmerzpatienten	22
6 Das Konzept der integrativen Gruppentherapie für Schmerzpatienten.....	23
6.1 Erste Gruppensitzung: Theorie und Integrative Differentielle Relaxation (IDR)	23
6.2 Zweite Gruppensitzung: Theorie und Integrativen Differentielle Relaxation (IDR).	25
6.3 Dritte Gruppensitzung: Experiment Eiswassertest.....	26
6.4 Vierte Gruppensitzung: Bodychart	27
6.5 Fünfte Gruppensitzung: Ressourcen	27
6.6 Sechste Gruppensitzung: Identität.....	28

6.7	Siebte Gruppensitzung: Musik	29
6.8	Achte Gruppensitzung: Veränderung.....	29
6.9	Neunte Gruppensitzung: Humor	30
6.10	Zehnte Gruppensitzung: Ein jeder gibt sich selbst den Wert	31
6.11	Elfte Gruppensitzung: Stressbewältigung	32
6.12	Zwölfte Gruppensitzung: Wo komme ich her? Wo stehe ich jetzt? Wo will ich hin?.....	32
	Anhang.....	34
	Anhang 1: Gruppenregeln.....	34
	Anhang 2: Der Schmetterling, Imagination (IDR).....	35
	Anhang 3: Die fünf Säulen der Identität, Anleitung nach Ilse Orth (Petzold 1994/4) ...	37
	Anhang 4: Autobiographie in fünf Kapiteln von Sogyal Rinpoche (1998)	38
	Anhang 5: Humorfragebogen.....	39
	Anhang 6: Selbstbild, Anleitung nach Ilse Orth (Petzold 1994/4)	41
	Anhang 7: Integrative Differentielle Relaxation (IDR)	42
	Anhang 8: Museum, Imagination (IDR).....	427
	Literaturverzeichnis	50

Hinweis: Nach meinem Verständnis beziehen sich Begriffe wie „Mensch, Patient und Klient“ auf Angehörige beiderlei Geschlechts.

1 Einleitung

Schmerzen kennt jeder. Sie sind für alle Menschen unangenehm. Dennoch gehören sie zum täglichen Leben. Oft halten sie nur Stunden, Tage, manchmal auch Wochen an. Für Schmerzen gibt es fast immer eine Ursache, beispielsweise eine Infektion oder Gewebeschädigung. Schmerzen wirken dann als Warn- oder Schutzfunktion.

Bei lang anhaltenden immer wiederkehrenden Schmerzen, werden die Schmerzen zum eigentlichen Problem. Ca.10% der westeuropäische Bevölkerung leidet an chronischen Schmerzen. Die Ursachen können physisch wie z.B. Arthrose oder psychisch wie z.B. Spannungskopfschmerz sein. Wie aber soll man diese behandeln, wenn jeder Schmerz einzigartig ist und die Ärzte nicht mehr weiterwissen?

In den neunziger Jahren begann ich in die Züricher Höhenklinik Davos meine psychologische Tätigkeit. In dieser Zeit entstanden unter anderem Programme für chronische Schmerzpatienten. Für die Schmerzbehandlung adaptierten wir einige Teile daraus für die Rehabilitationsklinik. In den letzten Jahren wurde zum Thema viel geforscht und unterschiedliche Konzepte erarbeitet, um den Patienten Linderung zu bringen. Theoretisches Wissen, Verständnis für den eigenen Körper und die eigene Geschichte sind dabei wichtige Aspekte. Schmerzen sind nicht linear kausal als Reiz - Reaktion zu verstehen sondern multifaktoriell. Es braucht Verständnis dafür, was alles in Zusammenhang mit den Schmerzen steht und sich darauf auswirkt.

Mit diesem Beitrag möchte ich versuchen anhand von integrativem theoretischem Wissen und praktischem Arbeiten ein ganzheitliches Konzept für die Gruppentherapie bei chronischen Schmerzen zu erarbeiten.

2 Schmerzen verstehen

Im Zentrum dieses Kapitels stehen Definition, Ursachen und Erklärungen für Schmerzen. Erkenntnisse aus verschiedenen Forschungen und Theorien werden kurz beleuchtet.

Schmerzen

Das Wort Schmerz erklärt viele Situationen im Erfahren und Erleben. Philosophisch ist Schmerz oft Gegenpol der Lust. Er wird in Religionen als Synonym für Strafe, Sünde und Erlösung verwendet. Sozial steht er für Strafe, Erziehung, Kommunikation und Initiationsriten. Künstlerisch ist er Ausdruck von Trauer, Abschied und Verzweiflung (vgl. Zimmermann 2004). Ontogenetisch gehört Schmerz zu den frühesten, häufigsten und eindrücklichsten Erlebnissen aller Menschen. Zu Schmerzerfahrungen gehören leibliche und mentale Komponenten. Die Internationale Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (IASP) hat 1978 folgende Definition erstellt: „Pain is an unpleasant sensory and emotional experience with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage“. Diese Definition beschreibt, dass Schmerz durch eine tatsächliche oder potentielle Schädigung entstehen kann oder mit solchen Begriffen beschrieben wird. Schmerz ist mehr als eine Verletzung. Das Schmerzerleben ist personenabhängig und subjektiv. Wie Schmerzen wahrgenommen, erfasst und verstanden werden, ist emotional gefärbt. Schmerz ist demnach das, was der Patient als solchen empfindet.

Die komplexen Vorgänge in Zellen, Nervenbahnen, im zentralen-, peripheren- und autonomen Nervensystem, Rückenmark und Gehirn sind von grosser Bedeutung bei Schmerz. Schmerzsignale werden empfangen und ans Gehirn weitergeleitet. Dort werden sie bewertet und mit früheren Erfahrungen und Bahnungen verglichen (vgl. Egle et al 1999 und Petzold 2003a). Erst dann werden sie zum Schmerz. Filterprozesse unseres Zentralnervensystems können dafür sorgen, dass eine körperliche Schädigung nicht zwangsläufig zu Schmerz führt. So werden sie oft während Stress auslösender Situationen wie einem Unfall, einem Wettkampf oder einem Gefecht gar nicht bemerkt. Umgekehrt wie z.B. bei Phantomschmerz, können Schmerzen auch ohne körperliche Schädigung bestehen.

Akuter Schmerz wird verstanden als Folge einer Verletzung, Schädigung oder Infektion. Er dauert Sekunden bis einige Wochen und hat in der Regel einen erkennbaren Auslöser. Durch eine Lokalisierung und eine Behandlung ist die Schädigung meist therapierbar. Die Schmerzen lassen mit der Heilung nach. Akute Schmerzen sind nicht nur unangenehm sondern aus biologischer Sicht lebenswichtig. Sie haben die Funktion, unsere Gesundheit zu schützen. Sie signalisieren Schädigungen und stellen somit den Erhalt und die Wiederherstellung des Körpers sicher (vgl. Egle et al 1999).

Vom Chronischen Schmerzsyndrom wird gesprochen, wenn die Beschwerden länger als drei bis sechs Monate immer wiederkehren oder anhalten (IASP, 1978). Die Befind-

lichkeit ist dadurch eingeschränkt und es gibt oft eine Reihe von Beeinträchtigungen. Der chronische Schmerz wird als eigenständige Krankheit angesehen. Chronische Schmerzen können eine Ursache haben, müssen aber nicht. Lassen sich schmerzbezogene Schädigungen identifizieren wie z.B. bei degenerativen Erkrankungen, so sind sie oft nicht wegzubringen.

Chronische somatoforme Schmerzen sind Schmerzen, die keinen ausreichenden organischen oder pathophysiologischen Befund zeigen, trotzdem schmerzen sie. Mit einer 12-Monats-Prävalenz von 7-8% (Fröhlich et al. 2006) gehören somatoforme Störungen mit Leitsymptom Schmerz neben Depressionen und Angsterkrankungen zu den häufigsten psychischen Krankheiten. Patienten werden im Durchschnitt 7 bis 9 Jahre organopathologisch behandelt. (vgl. Basler et al S. 6). Oft wird erst bei einer Abklärung z.B. durch die Krankenkasse oder Invaliden-Versicherung eine erweiterte Diagnose gestellt. Der chronische Schmerz beinhaltet mehr als das Erleben von Schmerzen. Die Fokussierung auf den Schmerz, die damit verbundene Diagnostik und Behandlung verunmöglicht grössere Zusammenhänge herauszufinden und einen Umgang zu finden.

2.1 Das biopsychosozialökologische Grundverständnis

Um Schmerzen besser zu verstehen, müssen viele Faktoren berücksichtigt werden. Heute werden Schmerzen fach- und verfahren übergreifend im biopsychosozialökologischen Kontext gesehen. Beim dauerhaften Schmerz werden komplexe Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen, sozialen und ökologischen Faktoren angenommen. Schon Ende der 60-iger Jahre formulierte Petzold ein frühanthropologisches, biopsychosoziales Modell. Heute, nur wenig angepasst, lautet die anthropologische Grundformel:

*>>Der Mensch Mann und Frau wird im Integrativen Ansatz als Körper-Seele-Geist-Wesen gesehen, d.h. als Leib, als Leibsubjekt, das eingebettet ist im ökologischen und sozialen Kontext/Kontinuum der Lebenswelt, in der es mit seinen Mitmenschen seine Hominität verwirklicht. Mensch wird man als Mitmensch<< (Petzold 2003a, 2009a). Dieses breite Spektrum in einem Zeit- und Entwicklungskontinuum (*life span developmental approach vgl. Petzold 1990) verlangt eine differenzierte und integrative Humanarbeit, wobei alle Aspekte der Grundformel berücksichtigt werden.*

2.2 Der biologische Erklärungsansatz für die Schmerzentstehung

Im Körpergewebe (ausser Hirn und Leber) befinden sich Nozisenoren (Schmerzrezeptoren), Enden von Nervenaxonen. Diese Fasern sind hauptsächlich langsam leitende C-Fasern, es gibt jedoch auch schnelle, myelinisierte A-Fasern. Bei Verletzungen wird dadurch zuerst ein schneller, heller Schmerz und danach ein dumpferer Schmerz wahrgenommen. Nach ihrer Entstehung wird Schmerzwahrnehmung durch Schmerzrezeptoren in Nervenschmerz, zentralen Schmerz und psychosomatischen Schmerz unterschieden. Schmerzrezeptoren reagieren auf thermische (Hitze, Kälte), mechanische (Durchtrennung, Druck), oder chemische Reizung. Ein dauernder Reiz führt nicht

zu einer Herabsetzung der Erregbarkeit, es kommt also nicht zu einer Schmerzadaptation.

Bei einer Verletzung bzw. Gewebeschädigung kommt es im Gewebe zur Ausschüttung diverser Substanzen. Bradykinin, Serotonin, Histamin und Kalium reizen die Nozizeptoren, wobei Prostaglandin, Substanz P und Leukotriene den Nozizeptor sensibilisieren.

Der physikalische Schmerzreiz wird in ein Sensorpotential umgewandelt. Die Sensorpotentiale werden in Aktionspotentiale transformiert mit fester Amplitude und kontinuierlichen variablen Frequenzen. Die entstandenen Aktionspotentiale werden nun in afferenten Nervenfasern weitergeleitet bis zum Hinterhorn (Ende 1. Neuron) im Rückenmark. Im Hinterhorn findet nun die Umschaltung auf das 2. Neuron statt und zwar auf das kontralaterale Vorderhorn und von da kranial weiter zum Thalamus. Parallel dazu findet eine Verschaltung durch efferente Bahnen über Interneurone auf spinaler Ebene statt. Im Thalamus werden die Reize auf das 3. Neuron umgeschaltet und an kortikale somatosensorische und an limbische Areale weitergeleitet. Der Schmerz wird lokalisierbar und bewusst (vgl. Zimmermann 2004, Matthias 2009). Erst im Gehirn wird Schmerz zum empfundenen Schmerz und gespeichert.

Vielfältige elektrophysiologische und molekularbiologische Untersuchungen geben Hinweise auf die Beteiligung zentralnervöser Strukturen an der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Sensitivierungsvorgängen. Aus heutiger Sicht führen länger anhaltende oder häufig wiederholte Schmerzreize zu Vorgängen, die zu lang andauernden Änderungen synaptischer Übertragungsvorgänge führen. Tölle und Berthele (2004 in Basler et al.) stellen Folgendes fest: „Zentrale Sensitivierung nach Schmerz stellt einen Zustand gesteigerter Erregbarkeit dar, der die geänderte Wahrnehmung schmerzhafter und nichtschmerzhafter Reize auch dann noch unterhält, wenn der ursprünglich schmerzauslösende Reiz nicht mehr einwirkt“ (S.77). Sie gehen davon aus, dass im Verlauf dieser zentralen Sensitivierung das schmerzverarbeitende Nervensystem sich dermassen weitreichend verändert (nachgewiesen durch Änderungen an Ionenkanälen, Neurorezeptoren, „secondmessengers“, Neurotransmittern, anatomischer Reorganisation), dass eigenständige Erregungskreisläufe entstehen, die weitgehend abgekoppelt sind von ursprünglich auslösenden Schmerzreizen und dass auf diese Weise ein „Circulus vitiosus des Schmerzes“ entsteht.

In den letzten 20 Jahren wurde in verschiedenen Längsschnittstudien nachgewiesen, dass zahlreiche psychologische und psychobiologische Mechanismen für Schmerzchronifizierung mitverantwortlich sind. Depressionen, ängstliche Grundstimmung und ungünstige Formen von Schmerzverarbeitung (vgl. komplexes Lernen) werden dazu gezählt. Es gibt laut Hasenbring und Pflingsten (2004 in Basler et al.) oft somatische Ursachen als Basis der Schmerzen. Diese erklären aber das Ausmass des Krankheitsverhaltens und die vermehrte Inanspruchnahme medizinischer sowie sozialer Versorgungssysteme nur unzureichend. Die schmerzbedingten Beeinträchtigungen können nur minimal durch die diagnostizierten Körperschäden erklärt werden. In einer Reihe von Untersuchungen unter Patienten mit akut lumbalem Bandscheibenvorfall, radikulärer Schmerzsymptomatik und einer depressiv getönten Stimmungslage, zeigt sich bei

über 80% der Fälle, dass eine Operation keine Heilung bringt, sondern sich ein chronisches Schmerzbild entwickelt.

Schmerzen als Affekt entstehen im Gehirn. Sie entstehen in der Schmerzmatrix des limbischen Systems. Nicht nur die akuten Schmerzen, die dem Gehirn von den peripheren Schmerzsensoren gesendet werden, werden dort verarbeitet. Die Schmerzmatrix kann auch durch Suggestion aktiviert werden. Auch wenn den Nerven, die den peripheren Schmerz leitend (C-Fasern) oder Nozizeptoren keine Schmerzen zugefügt werden. Das heisst, dass Hypnose oder Imagination somatoforme Schmerzen auslösen können. Autosuggestion, also eigene innere Bilder und schmerzhaftige Erinnerungen, sind deshalb oft Auslöser von somatoformen Schmerzen. Umgekehrt ist es mit Hypnose möglich Schmerzen auszublenden (vgl Milltner, Weiss 2007). Petzold beschreibt, dass es Verschränkungen von Mentalisierung und Verleiblichung gibt. „Erlebtes und Benanntes, also physiologisch perizepierte Information wandert gleichsam von „Außen nach Innen“ in die Gedächtnisspeicher des Leibes und führt zu einem Prozess des Wahrnehmens-Verarbeitens-Handels und des Abspeicherns von beidem, perception und action“ (Petzold, Sieper, 2007a).

Heinl (2004) erkannte in ihrer Praxis als Orthopädin in den 70-er Jahren, dass es einen Zusammenhang zwischen persönlichen leiblichen Erfahrungen und Schmerz gab. Sie versuchte die Schmerzarten in Zusammenhang mit „psychologischen Wurzeln“ zu bringen. Goldberg und Goldstein fanden in einer Untersuchung im Jahr 2000 heraus, dass etwa die Hälfte aller Schmerzpatienten in ihrer Kindheit traumatische Erfahrungen machten (in Rüegg, 2008).

Heute hat die neurobiologische Forschung gezeigt, dass Schmerz und Stressverarbeitung im Hirn in identischen Strukturen erfolgen. Seelischer Schmerz aktiviert im Gehirn, laut einer Studie von Eisenberger in 2003, die gleichen Areale wie körperlicher Schmerz. Petzold (2003a) betont, dass Gewalt- und Schmerzerfahrungen zu dysfunktionaler Genregulation führen. Die emotionale Bewertung (Valuation) von belastenden Ereignissen verursacht bei traumatisierten Menschen bei drohenden life events eher eine Übererregung (hyperarrousal). Neurobiologische Korrelate zeigen bei traumatisierten Menschen eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit.

2.3 Der informierter Leib

Petzold entwickelte das Basiskonzept des „Informierten Leibes“.

Im Leibgedächtnis werden alle Erfahrungen aus der Aussen- und Innenwelt des Menschen im Leib aufgenommen, bearbeitet und archiviert. Bestimmte Gerüche, Bewegungen oder Vorstellungen können Erinnerungen wieder hochkommen lassen oder können als (un-) angenehm empfunden werden. So ertrug z.B. ein Patient mit einer schweren Gewaltgeschichte den Geruch anderen Menschen nicht. Die neuronalen, immunologischen Speichersysteme und das genetische Gedächtnis kommen in allen Bereichen des Leibgedächtnisses zum Tragen. Das genetische Gedächtnis stellt die

Basisstrukturen bereit, in denen sich die Prozesse der neuronalen und immunologischen Gedächtnissysteme vollziehen können.

>>Der Mensch als Leibsubjekt ist durch ein differentielles und integriertes Wahrnehmen-Verarbeiten-Handeln (d.h. durch Narrationen, aktionale Lebensvollzüge) unlösbar mit der Lebenswelt verflochten: mit den Menschen in Zwischenleiblichkeit, mit den Dingen in Handhabung. Er wird von den Gegebenheiten der Lebenswelt bewegt, beeinflusst, gestaltet sie kokreativ durch sein Tun und Wirken - in konstruktiver und auch destruktiver Weise - auf der Grundlage seiner archivierten Lebenserfahrung (Narrative)<< (Petzold, 2003a).

Das Leibgedächtnis ermöglicht uns nachzuempfinden wie ein Erlebnis war. Ich frage meine Patienten immer wieder mal, ob sie wissen wie es sich anfühlt die Knie auf steinigem Asphalt aufzuschlagen. Oft gibt es Kindheitserinnerungen, die sofort aktiviert werden. Ein Beispiel von Schmerzgedächtnis im Leibgedächtnis.

Lernprozesse beeinflussen unser Schmerzverhalten massgebend. Unser Schmerzkonzept, Schmerzverhalten, Schmerzangst und Schmerzbewältigungsstrategien unterliegen nach Kröner-Herwig (2004, 169) frühen Lernprozessen. Wenn sich chronische Schmerzpatienten entwickeln wollen ist geistig/kognitives, seelisch/emotionales, körperlich/sensomotorisches, volitives und soziales/ökologisches Lernen bedeutend. Das soziale Synchronisieren, das Tun, Fühlen, Wollen und Denken anderer kokreativ mitzuvollziehen (vgl. Petzold 1970c, 2002b) hat dabei eine wichtige Rolle.

2.4 Gesundheits- und Krankheitsverständnis

Ob jemand sich als gesund oder krank bezeichnet ist stark von den eigenen normativen Werten und sozialen, kulturellen Normen der Umgebung abhängig. Frau B. wurde erfolgreich mit Chemotherapie gegen akute myeloische Leukämie behandelt. Den polyneuropathischen Schmerz an dem sie seither leidet, empfindet sie nicht als Kranksein, sondern als Beweis, dass sie leben darf. Sie genießt das Leben in vollen Zügen, trotz ständiger chronischer Schmerzen. Umgekehrt empfindet die junge Frau M., die an chronischer Verspannung im Rücken leidet, sich als schwer krank, weil sie die Schmerzen im Rücken kaum aushält. Herr P. der sich Workaholic nennt und absolut keine Rücksicht auf sich und seine leiblichen Bedürfnisse nimmt, empfindet sich nicht als krank und wird auch nicht so von seiner Umgebung wahrgenommen, weil dieses Verhalten in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert hat.

Das Kranksein als solches gibt dem Menschen einen neuen Status. Einerseits kann es zu Erholung, Erbarmen, Rücksichtnahme und Aufmerksamkeit führen, andererseits zu Stress, Entwürdigung, Einsamkeit und Abhängigkeit.

In der integrativen Therapie werden psychosomatische Krankheiten als Ausdruck pathogener Lebenszusammenhänge, kranker sozialer Netzwerke und prävalent pathogener Milieus verstanden. Petzold hat ein Modell der multifaktoriellen Genese entwickelt, das sowohl die Pathogenese (1-7) wie auch die Salutogenese (8-12) aufzeigt. Wobei die Risiko- und die Protektivfaktoren mit angegeben werden.

>>Somatoformer chronischer Schmerz kann als Resultat fehlgeleiteter Regulations- und Lernprozesse verstanden werden. Die emotionalen und kognitiven Bewertungen sind dysfunktional. Exogene Schädigungen von der frühen Kindheit bis in die Gegenwart bewirken Symptomaten im körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Bereich. Sie können Schmerzen verursachen die auch wirklich im Leib empfunden werden. Da die pathogene Einwirkung nicht beseitigt werden kann, bleibt nur die körperliche Ausdrucksmöglichkeit: „Ausdruck auf noxische Eindrücke“<< (Petzold 2003a).

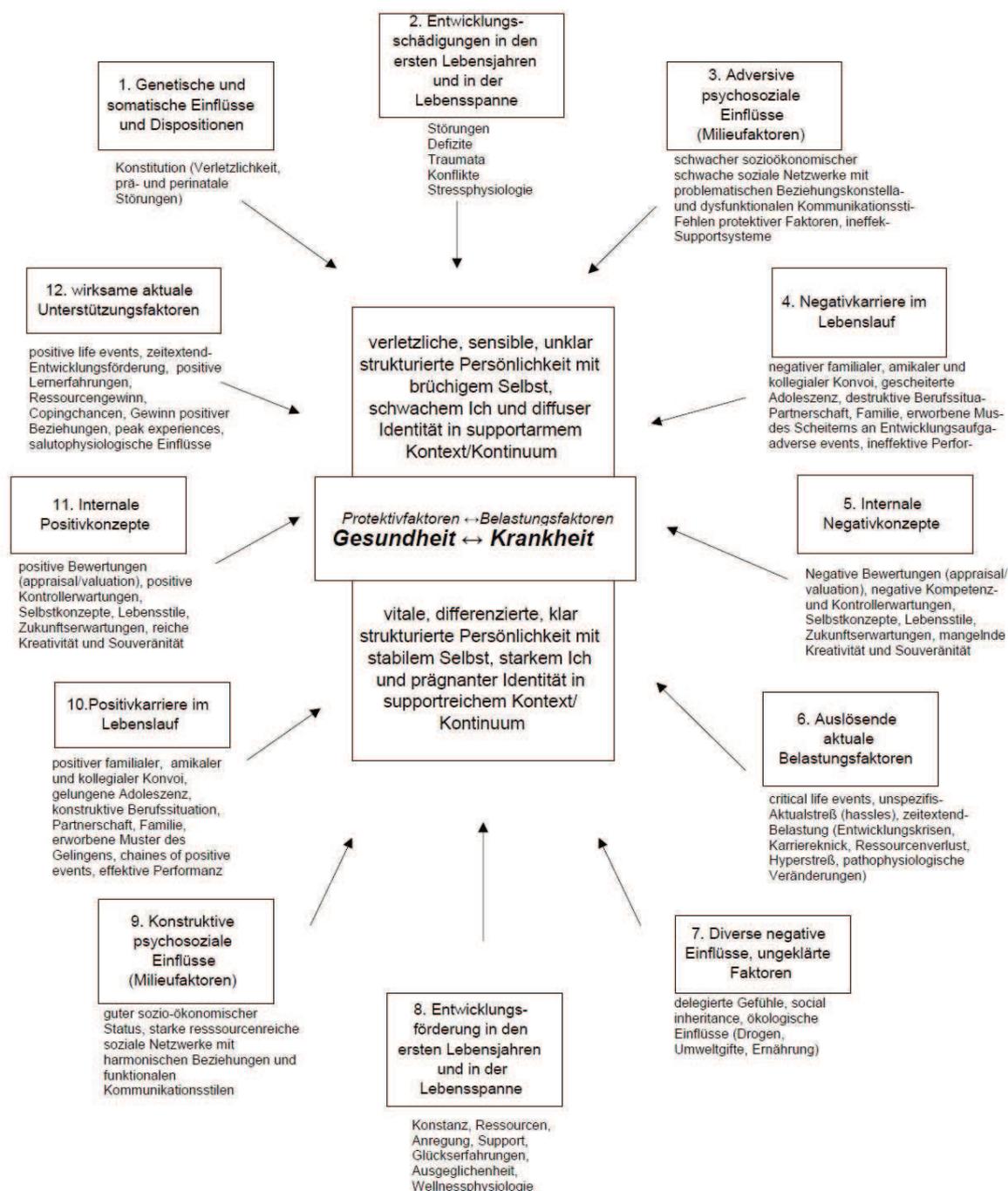


Abb. 1: Multifaktorielle Genese psychosomatischer und anderer schwerer Erkrankungen (aus Petzold 2003a, 449)

2.5 Stress und Schmerz

Man unterscheidet zwei Formen von Stress: Den positiven Eu-Stress und den negativen Dis-Stress. Im Eu-Stress befinden wir uns, wenn wir etwas mit besonderer Freude tun. Er beflügelt uns und spornt uns zu weiterem Erfolg an. Der Dis-Stress entsteht, wenn Tätigkeiten und Pflichten oder aber Lebenssituationen, sei es privat, im Berufsleben oder in Schule/Ausbildung stark und dauerhaft belasten.

Zeittextendierter Stress mit mangelnden Bewältigungsmöglichkeiten kann Schmerzen verursachen und verstärken. Stress ist der englische Ausdruck für Druck oder Anspannung. Es ist eigentlich eine körperliche Urreaktion auf akute Gefahr (fight or flight). Eine Ausschüttung von Adrenalin erregt das vegetative Nervensystem. Der Blutzuckerspiegel, der Blutdruck, die Muskelspannung und andere Vitalfunktionen werden gesteigert. Die kognitiven Verarbeitungsmöglichkeiten werden blockiert.

Stressreaktionen werden von schwierigen, nicht abwendbaren Situationen wie z.B. dem Tod einer nahe stehenden Person, Scheidung, Konflikten, Zeitmangel, Armut, grosser Verantwortung etc., hervorgerufen. Äussere Bedingungen, Handlungsmöglichkeiten und Persönlichkeitsfaktoren beeinflussen die Stressreaktion unmittelbar (vgl. Petzold 2003). Wenn Anforderungen zu hoch sind, die zur Verfügung stehende Unterstützung und Ressourcen unzureichend, Lebensumstände durch familiäre oder arbeitsbezogene Probleme erschwert sind, entsteht ein Missverhältnis zwischen Anforderung und Aufgabenerfüllung. Die psychischen und physischen Belastungen, die eigene Erwartungshaltung, Einstellungen, Befürchtungen und Ängste bestimmen, ob und wie Stress bewältigt wird. Das Selbstwertgefühl wird durch Stress oft geschwächt, die Identität labilisiert.

Als Folge von negativem Stress können Kopfschmerzen, Migräne, Herz-Kreislauf-Probleme, Störungen im vegetativen Nervensystem, Verspannungen im Nacken- und Schulterbereich, Rückenschmerzen, Verdauungs- und Hautprobleme, Depressionen etc. auftreten.

2.6 Sozialökologische Überlegungen

Wie wir uns fühlen ist unlösbar damit verbunden, wie wir unsere soziale Lebenswelt empfinden.

Wir sammeln Lebenserfahrungen, die sich leibhaft (Leibarchiv) zeigen. Sie schlagen sich in Muster und Schemata der Lebensbewältigung nieder (Selbstregulation). Wenn die Lebensbewältigung immer schwerer wird, weil im Alltag immer härtere Bedingungen herrschen, können sich Krankheiten bilden. Im Beruf gibt es immer mehr Druck durch Rationalisierungen. Viele Klienten leisten körperliche Schwerstarbeit und bekommen kaum Anerkennung dafür. Dazu kommen prekäre soziale und ökologische Lebenssituationen hervorgerufen durch Mobbing, Stress, Doppelbelastungen, schlechte Wohn- und Umgebungsbedingungen, Armut, Vereinsamung, Ausgrenzung, Isolation, Migration, Gewalt, Terror, Kriegs- und Foltererfahrungen, Umweltkatastrophen oder andere Traumata. (vgl. Loeb 2008). Solche prävalent pathogene Lebenslagen können

zusammen mit den verschiedenen schon beschriebenen Faktoren somatoforme Schmerzen verursachen.

3 Behandlungstheoretische Überlegungen

Es folgt ein Auszug einiger Kern-Konzepte der Integrativen Therapie, die für die psychotherapeutische Behandlung relevant sind. Besonders wird die Theorie mit dem Augenmerk auf die Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen ergründet.

Therapie ist Humantherapie und versucht den ganzen Menschen zu erfassen, in allen Bereichen seiner Persönlichkeit. Auch wenn wir Ganzheitlichkeit anstreben, vermögen wir immer nur ein Teil zu erkennen.

In der therapeutischen Praxis werden Leitkonzepte benötigt, um mit Menschen arbeiten zu können. Die Integrative Therapie basiert auf dem Modell des „Tree of Science“ mit seiner Metatheorie, Therapietheorien und Praxeologie (vgl. Petzold 2003a, 2009e). Neue Erkenntnisse und Forschungsergebnisse aus vielfältigen Disziplinen werden immer wieder mit einbezogen. Eine mehrperspektivische Auseinandersetzung und Sichtweise ist wichtig (Polyloge, Metahermeneutik).

3.1 Ko-respondenz

Ein zentrales Konzept ist das Ko-respondenzmodell. Wir verstehen unter Ko-respondenz einen synergetischen Prozess direkter und ganzheitlicher Begegnung und Austausch zwischen Menschen auf der Leib-, Gefühls-, und Vernunftebene. Die jeweilige sozialökologische Lebenswelt (Kontext) und zeitliche Perspektive (Kontinuum) wird mit einbezogen. Der Austausch im Konsens-Dissens-Prozess zwischen Therapeut und Klient ermöglicht die kooperative Zusammenarbeit. Ko-respondenz wird in Initial-, Aktions-, Integrations- und Neuorientierungsphasen unterteilt, die in verschiedene Zyklen stattfinden können (vgl. Petzold 2003a, 126):

1. Differenzierung (Komplexität wird erfasst). Beispiel: Ein Unfall führte zum Initialschmerz. Schwierige Lebensumstände erschwerten die Genesung. Der Schmerz wurde chronisch.
2. Strukturierung (bewirkt Prägnanz). Beispiel: Erkennen der verschiedenen erschwerenden Faktoren.
3. Integration (ermöglicht Stabilität) Beispiel: Verständnis für die eigene Situation bekommen.
4. Kreation (führt zu Überschreitung). Beispiel: Gemeinsam Lösungen erarbeiten

Der Ko-respondenzprozess kommt in der Behandlung von Schmerzpatienten wesentlich zum Tragen.

3.2 Komplexes Lernen

Grundlage aller Entwicklung und Veränderung ist das Lernen. Die Lernfähigkeit und Neuroplastizität ist bis ins hohe Alter vorhanden. Lernen bedeutet die Veränderung von Strukturen aufgrund von Erfahrungen. Lernen findet auf alle Ebenen unseres Organismus

mus und unseres persönlichen Leibes selbst statt. Der komplexe Lernbegriff versteht sich folgendermassen in der Integrativen Therapie: „Lernen ist ein Differenzieren, Konnektieren und Integrieren von Wahrnehmungs-, Erfahrungs-, Wissens- und Metawissensbeständen“ (Petzold 2002b). Wir lernen weil wir sozial und emotional beteiligt sind. Unser ganzer Leib ist im Lernprozess involviert. Wir lernen kognitiv und aus Motivation, weil wir lernen wollen. Durch Überschreitungen bestehender Grenzen und Gesetze lernen wir indem wir offen sind für Neues. Lernen wird verhindert, wenn gelernte Lebensmuster uns Sicherheit geben, aber nicht wirklich hilfreich sind. Wenn Veränderungen uns Angst machen, wir starr an Mustern festhalten, verhindern wir Neues oder auch Befremdliches zuzulassen. Der soziale Bezug zu anderen gibt die Möglichkeit, auf allen Ebenen dazu zu lernen. Korrektive und alternative Erfahrungen in der Therapie ermöglichen auf Leibebene umzulernen. Die Spiegelneuronen (vgl. Sieper, Petzold, 2002) erleichtern diesen Prozess durch Synchronisierung, Imitation und wechselseitige Empathie. Die Leib- und Bewegungstherapie nützt diese Phänomene spezifisch um therapeutische Effekte zu erzielen.

3.3 Phänomenologie und Hermeneutik

Die Integrative Therapie verpflichtet sich der phänomenologischen und hermeneutischen Methode. Von den Phänomenen kommen wir zu den Strukturen und den dahinter liegenden Entwürfen. Phänomene können sich in Atmosphären, Lauten, Reflexen, Gefühlen, aber auch durch Gedanken, Haltungen oder Überzeugungen zeigen. Phänomene der aktuellen Symptomatik können z.B. prävalent pathogene Milieus, gegenwärtige Belastungen, früher belastende Erfahrungen sein. Sie können dysfunktionale Strukturen auslösen, die bei Schmerzpatienten oft zu körperlichen Symptomen führen. Sie sind in starren, sich immer wieder wiederholenden linearen Lebensmustern gefangen. Daraus werden die zukunftsgerichteten Entwürfe (Pläne, Ziele, Hoffnungen, Befürchtungen und Ängste) konstruiert. Sätze wie: „Wenn der Arzt mich nur operieren würde, wäre alles gut“ oder „Mit solchen Schmerzen will ich nicht weiterleben“.

Beim phänomenologischen Vorgehen ist die Beobachtung zentral, im hermeneutischen Vorgehen steht das Ergründen eines Phänomens oder der Geschichte eines Menschen im Vordergrund. Die für die Integrative Therapie wichtige diagnostische und therapeutische Hermeneutik ist ein fortschreitendes, immer tiefer dringendes Verstehen und Wahrnehmen des Klienten und seiner Geschichte. Der Klient lernt im Verlauf des Prozesses sich, seine Gefühle und Symptome immer besser verstehen. Die hermeneutische Spirale ist intersubjektiv und das Gegenteil des *circulus vitiosus*. Sie wiederholt sich ständig und ist doch jedes Mal anders. Wir verstehen darunter:

Wahrnehmen: wahrgenommen werden, sich wahrnehmen, einander wahrnehmen, miteinander wahrnehmen → Fremdwahrnehmung, Selbstwahrnehmung. Z.B.: Ich nehme meine Schmerzen (Symptom) wahr. Andere können es mir ansehen, weil ich kaum aufstehen kann.

Erfassen: erfasst werden, sich erfassen, einander erfassen, miteinander erfassen □ Empathie, Selbstempathie. Z.B.: Ich erfasse, was mit mir ist: Ich habe beim Arbeiten hohe Ansprüche an mich, denen ich kaum gerecht werden kann.

Verstehen: verstanden werden, sich verstehen, einander verstehen, miteinander verstehen → Verständnis, Selbstverständnis. Z.B.: Ich verstehe, dass hohe unerreichbare Ansprüche Stress verursachen.

Erklären: etwas erklärt bekommen, sich etwas erklären, einander etwas erklären miteinander etwas erklären → Klarheit in Bezug auf sich selbst, andere und anderes (vgl. 2003a, 167). Z.B. Ich weiss, woher meine hohen Ansprüche kommen. Ich stresse mich immer wieder damit. Ich habe lange und verkrampft gearbeitet. Ich weiss, dass ich aufstehen, mich bewegen, recken oder strecken kann, um meine Schmerzen zu lindern (verändern).

3.4 Die Persönlichkeitstheorie

In der Identitätstheorie der Integrativen Therapie werden die konkreten Lebenslagen von Menschen mit einbezogen. Entwicklung wird als Sozialisationsprozess in komplexen Lebenslagen aufgefasst. Wir tauschen uns mit anderen über uns selbst, unser Selbst, über die anderen, die Welt, über unsere Lebenslage aus. Durch Selbst- und Fremdbilder entsteht unsere persönliche und kollektive Identität. Das Selbst, Ich und Identität sind Teil der Integrativen Persönlichkeitstheorie (vgl. Petzold 2003a, 2006). Das Selbst wird als Leibselbst verstanden, mit seinen Ausfaltungen ‚Ich‘ und ‚Identität‘. Das ‚Ich‘ entsteht durch Ich-Funktionen (wahrnehmen, fühlen, denken, wollen, entscheiden, erinnern, kommunizieren, Regulation, Reflexion etc.) im Prozess. Für die Arbeit mit Patienten ist es wichtig zu schauen, was fehlt oder geschwächt ist und welche Fähigkeiten, Ich-Funktionen und Ressourcen vorhanden sind. Identität besteht aus persönlicher und sozialer Identität (Selbst- und Fremdeinschätzung). Normalerweise entwickelt sie sich fortlaufend. Die Identität kann verschiedene Qualitäten haben: stabil, instabil, konsistent, inkonsistent, prägnant, diffus etc. Rollenentwicklung und Rollenübernahmen sind als Teil der Persönlichkeitsentwicklung zu verstehen.

Identitätssicherheit ist nur im Austausch möglich. Petzold unterscheidet fünf identitätstragende Bereiche. Die „Fünf Säulen der Identität“ ist ein Modell, um den Menschen im Lebensganzen zu verstehen. Es ermöglicht eine Übersicht über die eigene Person in der aktuellen Situation. Petzold (2003a) beschreibt, wie Klienten durch methodische und therapeutische Unterstützung gestärkt werden können: Leiblichkeit (I) durch Bewegungs- und Körpertherapie; Netzwerk (II) durch Soziotherapie, Netzwerkarbeit und Lebenslagen-bezogene Interventionen; Arbeit, Leistung, Freizeit (III) durch Coaching, Beratung oder unterstützende Programme; Materielle Sicherheit (IV) durch Sozialberatung, Unterstützung und sozialökologische Interventionen; Werte (V) durch sinnstiftende, neurotherapeutische Angebote.

Feinstrukturen im Integrativen Modell der Identität – Identitätsarbeit/

Identitätsprozess und die „Fünf Säulen der Identität“

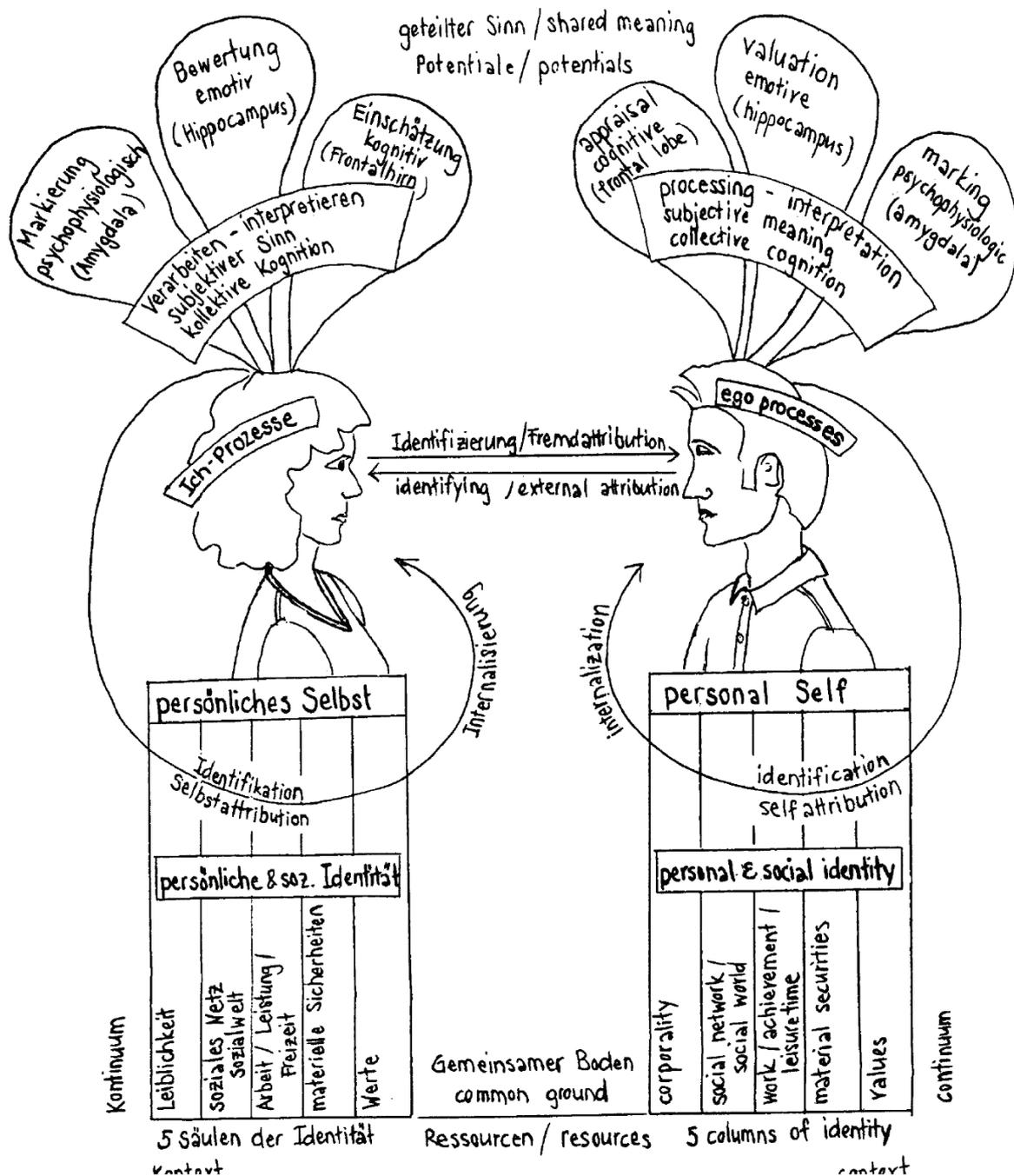


Abb. 2 Das Subjekt als „Personales System: Selbst, Ich und Identität in KONTEXT/KONTINUUM –Polylogische, intersubjektive Ko-respondenz und Identitätsarbeit (aus Petzold 1998a, 2001p)

In Gruppenprozessen mit Schmerzpatienten ist die Stärkung der Identitätssäulen eine wichtige Aufgabe. Prekäre Lebenslagen wie z.B. eine Häufung massiver körperlicher, seelischer Belastungen durch Ressourcenmangel oder –verlust und durch das Fehlen oder die Schwächung von protektiven Faktoren bedrohen die persönliche Identität. Traumata und Defizite und deren Aus- und Nebenwirkungen können zu Beeinträchtigungen der tragenden Identitätsbereiche führen.

3.5 Die vier Wege der Heilung und Förderung

Das Gruppentherapiekonzept baut auf die vier „Wege der Heilung und Förderung“. Es ist ein integratives biopsychosozialökologisches Behandlungsmodell (vgl. Petzold 2003a, 78). Die vier Wege der Heilung und Förderung sind das Resultat einer Zusammenfassung der 14 therapeutischen Wirkfaktoren (vgl. 2003a, 1036), die sich aus der Forschung ergeben haben. Ziele, Inhalte, Methoden, Techniken und Umsetzungsmöglichkeiten werden darin berücksichtigt.

1. Weg: Bewusstseinsarbeit, u.a. durch wachsende Sinnerfassung, Sinnverarbeitung. Ziele sind Förderung einer Aussenperspektive, Einsicht in die Biografie sowie ein Bewusstwerden der eigenen Selbstsorge. In einem Ko-respondenzprozess nach dem Modell der Phänomenologie und der hermeneutischen Spirale wird vorwiegend konfliktzentriert und einsichtorientiert gearbeitet. Eventuell ist auch der Einsatz von Medikamenten notwendig. Unterstützt vom Therapeuten lernen die Schmerzpatienten sich besser wahrzunehmen. Wahrnehmungsstörungen werden exploriert, damit sie korrigiert werden können. Bezüge zu Aktuellem, Vergangenen und Prospektivem werden erfasst. Schmerzpatienten lernen Aus- und Nachwirkungen von Strukturen zu verstehen und zu erklären, damit Veränderung und Neuorientierung möglich wird.

2. Weg: Nach- und Neuzozialisation, u.a. durch emotionale Differenzierungsarbeit und Förderung der Willensbestrebung (differentielles Parenting/Reparenting). Ziel ist es, tragfähige therapeutische Beziehungen aufzubauen um Grundvertrauen entwickeln zu können. Das emotionale Erlebens-, Ausdrucks- und Mitteilungsspektrum der Patienten soll erweitert werden. Defizitäre Strukturen können durch korrigierende, nachsozialisierende oder alternative ressourcenaktivierende Erfahrungen verändert werden. Bewältigen und Stützen sind zentral.

3. Weg: Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung, u.a. durch multiple Stimulierungen. Ziele sind das Erweitern des Erlebnis- und Ausdrucksspielraumes, Vergrößerung des Ressourcenpotentials, und Verbesserung der Ressourcennützung. Darüberhinaus Selbstwirksamkeitserwartungen sowie die Kompetenzen des Bewältigens und Kreierens und deren Umsetzung zu fördern. Durch „multiple Stimulierungen“ wie Bewegung, Spiel, kreative Medien werden alternative Erfahrungen ermöglicht. Die bevorzugten Modalitäten sind erlebniszentriert-stimulierend oder übungszentriert-funktional.

4. Weg: Förderung von exzentrischer Überschau und von Solidaritätserfahrungen u.a. durch alltagspraktische Hilfen und Empowerment. Ziele sind Förderung von exzentrischer Metareflexion und Selbstbestimmtheit, was in die Entwicklung persönlicher Souveränität mündet. Klienten können durch engagierte Übernahme von Verantwortung aus der Rolle des Opfers und gesellschaftlicher Benachteiligung herauskommen. Soziale Netzwerke und Supportsysteme stärken Solidaritätserfahrungen sowie das Selbsthilfepotential. Gerade in Gruppen sind diese Erfahrungen zentral. Gruppen ermöglichen alltägliche gegenseitige Unterstützung der Teilnehmer.

4 Überlegungen zum Umgang mit und Bewältigung der Schmerzen

Die Arbeit mit (Schmerz-) Patienten muss aus integrativer Sicht multidisziplinär und multiprofessionell sein. Basierend auf dem integrativen Ansatz beinhaltet die Schmerzbewältigungstherapie sowohl integrative als auch behaviourale und kognitive Aspekte. Körperliche und psychologische Zusammenhänge werden einbezogen. Es geht nicht in erster Linie um Heilung, sondern um Linderung, Bewältigung, Akzeptanz, sozialen Support, Solidarität, Wertschätzung, die Erweiterung der Sichtweise und des Handlungsraumes, der Verbesserung, der Lebensqualität und Förderung der Selbstbestimmtheit (vgl. Vier Wege... in Kapitel 2). Heilung kann daraus resultieren, ist aber nicht das Hauptziel. Häufig zeigt sich, dass Patienten, die auf eine Eliminierung der Schmerzsymptomatik fixiert sind, ihre Möglichkeiten, die Situation selbst zu beeinflussen, nicht erkennen. Sie sind enttäuscht, wenn der Schmerz nicht verschwindet. Diese Patienten hoffen immer wieder auf Heilung von Aussen und unterziehen sich, in der Hoffnung auf Schmerzfreiheit, (manchmal unnötigen) Operationen.

Ein Gegenbeispiel ist Herr S. Er wurde nach Einholung einer Zweitmeinung zu uns in die Züricher Höhenklinik Davos eingewiesen. Der Empfehlung einer universitären Klinik, sich einer Operation am Spinalkanal zur Freilegung der eingeeengten Nerven zu unterziehen, wollte er nicht Folge leisten. Unserem Programm stand er jedoch skeptisch gegenüber. Nach Absolvierung des interdisziplinären Programms mit Physio-, Lauf-, Sport-, und Entspannungstherapie, Ernährungsberatung, Schmerzbewältigungsgruppe und psychotherapeutischen Gesprächen, konnte Herr S. die Klinik, physisch und psychisch gestärkt, verlassen. Bei der Katamnese zeigte sich, dass er viel vom Gelernten zu Hause umsetzen konnte. Er besuchte weiterhin eine Schmerzbewältigungsgruppe und kam so mit seinem Schmerz gut klar. Eine Operation war bis heute nicht notwendig.

4.1 Schmerzverarbeitung und Schmerzbewältigung

Zur Verarbeitung und Bewältigung von Schmerzen ist das Verständnis der Patienten für ihre Schmerzen von grosser Bedeutung. Ihre subjektiven Schmerztheorien müssen erweitert werden. Die Einsicht in biopsychosozialökologische Zusammenhänge sowie deren Akzeptanz soll gefördert werden. Bolliger (2007) hat in ihrer vergleichenden Studie aufgezeigt, dass Akzeptanz des Schmerzes im Verarbeitungsprozess eine positive Wirkung auf die Schmerzempfindung hat. Trauer- und Trostarbeit um die verletzte Leiblichkeit können diesen Prozess unterstützen (vgl. Petzold 2003a, 860).

In prozessorientierten Übungen werden mögliche Zusammenhänge zwischen der eigenen Geschichte und den Schmerzen erarbeitet. Beziehungserfahrungen, die Leib- und Selbstbeziehung werden phänomenologisch und hermeneutisch thematisiert. Die Klienten lernen Ablenkungs- und Entspannungsmethoden zur Spannungs-, Stress- und Schmerzregulation. Resilienzen werden gestärkt und damit die Selbstregulationsfähig-

keit, die Bewältigungskompetenz und die Performanz. Alte Ressourcen werden reaktiviert und/oder neue entwickelt. Eine Ausgewogenheit zwischen Ruhe, Bewegung und Aktivität wird angestrebt und soll das Gefühl für den Körper stärken. Erwartungen und Ansprüche werden thematisiert und überprüft. Sinnesübungen fördern die Erweiterung der Wahrnehmung. Mittels emotionaler Differenzierungsarbeit wird gelernt, aufkommende Schmerzen und die dazugehörigen Belastungsgefühle aufzufangen. Das Gelernte soll im Alltag geübt und verankert werden, damit es immer wieder aktiviert werden kann.

4.2 Methoden

Wir haben verschiedene praktische Möglichkeiten, die Stunden zu gestalten. Die Methodenlehre der Integrativen Therapie beinhaltet Überlegungen zu Methoden, Techniken, Medien, Wegen, Modalitäten, Stilen, Formen, Strategien und Modellen (vgl. Petzold 2003, 507, 974). Sie unterstehen immer dem Zielprimat. Die in der Integrativen Therapie oft genutzten kreativen Medien und die bewegungstherapeutischen Möglichkeiten eignen sich besonders, weil sie ein grosses Wirkungspotential aufweisen. Sie erleichtern den Zugang zu den Leibarchiven. Sie stehen immer in Verbindung mit Techniken und Methoden. Defizite, Ressourcen und Potentiale können mit ihrer Hilfe wahrgenommen, erfasst, verstanden und für Veränderung genutzt werden (vgl. Höhmann-Kost 2003, S.5). Es gibt eine Fülle von verschiedenen kreativen Medien und bewegungstherapeutischen Angeboten: Malen, Anfertigen von Collagen, Einsatz von Ansichtskarten, Fotos, Ton, Theaterpuppen, Plüschtieren, Masken, Pantomime, Tanz, Bewegung, Musik, Theater, Imaginationen, etc. (vgl. Petzold, Orth 1990/2007, 1995).

Die Möglichkeit, am Gruppenprogramm teilzunehmen, kann kontextbedingt dermassen eingeschränkt sein, dass die Chancen, sich mit der Bewältigung von Lebensereignissen auseinander zusetzen, gering sind. In solchen Gruppen steht die Bewältigung von Schmerzen im Vordergrund. In der Züricher Höhenklinik Davos haben viele chronische Schmerzpatienten einen Migrationshintergrund. Wir sind der Auffassung, dass die biopsychosozialökologische Vulnerabilität bei Migranten erheblich ist. Die Möglichkeiten, Lebensereignisse zu bewältigen, sind oft durch Sprachprobleme zusätzlich begrenzt.

Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass das Verstehen der Schmerzvorgänge, Ablenkung, Bewegung und Entspannung gute Möglichkeiten sind, besser mit Schmerzen umzugehen (vgl. Egle et al 1999, Basler et al 2004, Ruoss 1998). Gerade Gruppenteilnehmer, die nicht offen sind für psychologische Erklärungen, nicht viel Zeit in der Klinik verbringen können oder sprachliche Schwierigkeiten haben, profitieren von diesem Ansatz, da die Selbstwirksamkeit gestärkt wird.

Wie schon erwähnt, braucht es in der Anfangsphase eine Auseinandersetzung mit der Schmerzvorstellung, den bisherigen Behandlungen und Erfahrungen. Eine Informationsvermittlung zeigt die psychosomatischen und somatischen Zusammenhänge der Entstehung, Aufrechterhaltung und Chronifizierung von Schmerzen auf. Dazu gehört auch das Aufzeigen von schmerzverstärkenden und psychosozialen Faktoren.

Entspannungsverfahren bewirken Veränderungen auf der physischen, psychischen, neuronalen und kognitiven Ebene. Sie ermöglichen (vgl. Egle et al) einen Spannungsabbau, Stressabwehr, Verbesserung der Selbststeuerung und unmittelbare Schmerzbewältigung. Die Integrative Differentielle Relaxation (IDR) ist ein integrativer entspannungstherapeutischer Ansatz. Er beruht auf Techniken der Bewegungs-, Entspannungs-, Sport- und Atemtherapie. Es werden in der Regel drei Basistrainingsansätze der Entspannung angewendet: die muskuläre, mentale, und respiratorische Entspannung (vgl. Frankenstein - Anft 2008).

Leib- und Bewegungsverfahren fördern „...den differenzierten Umgang mit Leibregungen, Empfindungen, Gefühlen, Stimmungen und den zugehörigen Kognitionen und Verhaltensweisen“ (Petzold 2003a).

Durch Aufmerksamkeitslenkung und Ablenkung können die Betroffenen kurzfristig aktiv etwas gegen Schmerzen unternehmen. Längerfristig ermöglichen diese Techniken, den Schmerz nicht zum einzigen Lebensinhalt zu machen. Alle Sinne werden stimuliert und neue Aktivitäten ermöglicht.

4.3 Stressbewältigung

Eine wichtige Voraussetzung für die Schmerzbewältigung ist die Stressbewältigung. Stress zeigt sich in kognitiven, emotionalen, muskulären, vegetativen, hormonellen und sozialen Reaktionen. Entsprechende Stressbewältigungsstrategien dämpfen die Stressreaktionen bzw. versuchen, diese erst gar nicht entstehen zu lassen. Es wird zwischen problembezogenen und emotionsbezogenen Bewältigungsstrategien (Coping) unterschieden. Man kann hilfreiche und schädigende Strategien unterscheiden. Zu den schädigenden gehören Alkohol, Nikotin, Beruhigungstabletten, Schmerzmittel, Schlafmittel, Flucht in die Arbeit. Diese Methoden setzen nicht an den Ursachen, sondern nur an den Folgen an. Es besteht die Gefahr, eine Abhängigkeit zu entwickeln. Die hermeneutische Spirale ist hilfreich beim Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären und Verändern von Stressoren. Gute Strategien der Schmerzbewältigung sind einerseits Zeit-, Reiz- oder Erregungsmanagement. Andererseits wirken Aktivitäten, Hobbys, Rituale, Entspannung, Sport und Beruhigungsmethoden. Verschiedene Massnahmen wie Atemübungen, Stretching, Visualisationen, etc. helfen Stresshormone zu reduzieren und Glückshormone auszuschütten.

5 Gruppentherapeutische Überlegungen

In der Integrativen Therapie gibt es zwei massgebliche Definitionen zu „Gruppe“. In der ersten werden verschiedene Theorieansätze und sozialpsychologische Untersuchungsergebnisse verknüpft. Eine weitere Definition hat Petzold (Orth, Petzold 1995b) zur Zupassung auf sozialtherapeutische und supervisorische Fragestellungen entworfen, die er für den klinischen Kontext sozialpsychologisch ergänzte.

>>Gruppe ist eine Anzahl von Menschen, die von sich selbst und von anderen als gesamt und als unterschiedliche Individuen in einer gegebenen Situation wahrgenommen werden können, durch gemeinsame Geschichte, Ziele und Interessen verbunden sind und sich durch spezifische Normen, Regeln und Interaktionsmuster organisieren; die Gruppe ist durch Verbundenheit und Unterschiedlichkeit zugleich (distinction and unitedness) gekennzeichnet“ (Orth. I., Petzold, H.G., 1995b, 200).<<

>>Eine Gruppe von Menschen ist ein relativ zeitkonstantes (1) Interaktionssystem (2), mit einem spezifischen Status- und Rollengefüge (3), einem verbindenden Wertesystem (4) und Zielhorizont (5) sowie gemeinsamen Ressourcen (6), wodurch ein eigenes Gruppengefühl und Gruppenbewußtsein (7) möglich wird, aufgrund dessen im Verein mit Identitätsattributionen aus dem sozialen Umfeld (8) eine Gruppenidentität (9) aufgebaut werden kann.“ (Petzold 1993a,1327).<<

>>... sofern nicht diese Prozesse durch Gruppenkonflikte (10), die Reinzinierung individueller Pathologie(11) und durch Akkumulation solcher Einflüsse zu Phänomenen gruppaler Pathologie (12) gestört wird.“ (ebenda 200).<<

Jede Gruppe ist ein funktionelles System. Gruppenprozesse und die damit verbundene dynamische Regulation sind wichtige Lernprozesse. In der Gruppe werden Risikofaktoren minimalisiert und Schutzfaktoren und Sinnfolien generiert (vgl. Petzold 2004h).

Die Gruppentherapie ist ein Mikrokosmos. Sie entspricht einem Abbild des „In-der-Welt-Seins“ und ist dadurch eine geeignete Form, mit chronischen Schmerzpatienten, zu arbeiten. Durch Kontakt, Selbst- und Fremdwahrnehmung ist Identitätsstärkung möglich. Mittels Sharings und Feedbacks werden eigene Prozesse verdeutlicht und zugleich die der anderen Gruppenmitglieder wahrgenommen und versprachlicht. Grundlage der Gruppentherapie ist die hermeneutische Spirale: Vom Wahrnehmen zum Erfassen, über das Verstehen zum Erklären und schliesslich zum Verändern. Das Arbeiten in der Gruppe ermöglicht verschiedene Zugangsweisen, geprägt durch die unterschiedlichen Erfahrungen der Gruppenteilnehmer.

5.1 Integrative Agogik

Wie schon in Kapitel 2 erwähnt, ist Lernen die Basis für Veränderung. Der ganzheitliche integrative, agogische Ansatz ermöglicht eine an die derzeitige Lebenssituation angepasste Bildung. Im Vordergrund steht dabei die Erlebnisaktivierung, angeregt durch Sinnesaktivierung, Malen, Bewegung, Entspannung, Rollenspiele, Gestaltung von Kollagen. Wir versuchen, eine Theorie-/Praxisverschränkung zu erreichen. Das leiblich konkrete Erleben ermöglicht, dass das Gelernte in den Leibarchiven abgelegt werden kann. Durch Übung können die Archive aktiviert und gestärkt werden. Sie sollen abrufbar sein, um Strategien anwenden zu können, bevor und dann, wenn Schmerzen empfunden werden. Das gemeinsame Erleben (*intersubjektive Korrespondenz*), ist in der Gruppe zentral. Alle Schmerzpatienten kennen Schmerz in seiner heftigsten Form. In der Integrativen Agogik wird emotionales und sachliches Lernen verknüpft, um Fähigkeiten und Fertigkeiten zu stärken. Chronische Schmerzpatienten können voneinander profitieren, indem sie gemeinsam Strategien entwickeln, zusammen schwierige Zeiten verarbeiten, gute Zeiten erleben und voneinander lernen. Die Selbsterfahrung als pädagogisches, therapeutisches Verfahren dient hier dem Ziel der Persönlichkeits- und Sozialbildung (vgl. Petzold, Sieper, Orth 2005).

5.2 Setting und Angebot

Um ein gruppentherapeutisches Angebot zu machen, müssen die Therapeuten klären, in welchem Rahmen sie ihr Angebot für welche Zielgruppe machen. In einem klinischen Umfeld herrschen andere Bedingungen als in einem ambulanten Setting oder im Rahmen eines Seminars. Das Konzept sollte auf die jeweiligen Settings angepasst werden. Die Gruppen können edukativ, offen angeboten werden: Zu jeder Gruppensitzung kann jemand dazukommen oder gehen und am Schluss ist ein gewisses Basisverständnis vorhanden. In einem klinischen Setting ist diese Form häufig. Das Angebot kann aber auch im geschlossenen Rahmen stattfinden, wobei die Gruppe gemeinsam anfängt und abschliesst. Hier ist der Gruppenprozess ein Teil der therapeutischen Erfahrungen. Für eine solche Gruppe ist es wichtig, dass die Therapeuten konstant bleiben, damit eine Vertrauensbasis aufgebaut werden kann. Zu klären sind ausserdem folgende Aspekte: Soll es ein niederschwelliges Angebot sein, wie gross ist der zeitliche Rahmen, die Grösse der Gruppe?

Eine dyadische Therapie (Einzelgespräch) und eine Gruppentherapie können sich gegenseitig gut ergänzen.

Bei der Anmeldung muss geklärt werden, ob der Klient die Bedingungen erfüllt, die es ihm erlauben, in der Gruppe mitzumachen. Dies kann durch die Anamnese in einem Erstgespräch oder Aufnahmeinterview erfolgen. Fragen, die es zu klären gibt: Hat der Klient ausreichende Sprachkenntnisse? Kennt er das Angebot? Was erwartet er? Mit welcher Motivation kommt er? Bieten wir das, was er wünscht? Liegen Krankheiten oder Störungsbilder vor, die es dem Klienten schwer machen, mitzumachen oder die in der Gruppe zu sehr stören könnten?

5.3 Anamnese/Diagnostik

Eine Kurzanamnese in einem Vorgespräch ist sehr sinnvoll. Darin können neben anamnestischen Daten die Bedürfnisse, bisherige Erfahrungen, Motivation und Passung geklärt werden. (vgl. Osten, 2000). Im Gruppenprozess sind Anamnese und Diagnostik auch Teil der Therapie. Das zwischenmenschliche, explorierende und erfassende Geschehen hat an sich schon therapeutischen Charakter. Die prozessuale Diagnostik wird in der Integrativen Therapie auch Theragnostik genannt. Petzold (1994, S.347) nennt in der prozessualen Diagnostik u.a. folgende Analysebereiche: Problemanalyse, Ursachenanalyse, Bedürfnis- und Motivationsanalyse, Leibfunktionsanalyse, Lebensweltanalyse, Kontinuumsanalyse, Ressourcenanalyse, Interaktionsanalyse und weitere.

5.4 Ziele in der Gruppentherapie für Schmerzpatienten

Das Gruppenangebot hat einen situativen Aufforderungscharakter (*social und physical affordances*) Dadurch ist sowohl Edukation, Gesundheitsförderung, Persönlichkeitsentwicklung wie auch Linderung und Heilung möglich. Mit unserem Schmerzbewältigungskonzept versuchen wir, unter Einbezug von Metazielen, Ziele auf verschiedenen Ebenen zu erreichen (vgl. Orth, Petzold 1995, Petzold 2002b/2006, Osten 2000) z.B.:

Störungs- und krankheitsbestimmte Ziele wie Psychoedukation, Schmerzreduktion und Förderung von Akzeptanz, Verminderung von Angst, Spannung und/oder Depression.

Persönlichkeitsziele wie Stabilisierung des Selbstwerts, Stabilisierung der fünf Säulen der Identität und der Ich-Stärke, Förderung der Selbstregulation und Bewältigungsfähigkeit, Stärkung der Beziehungsfähigkeit, Abgrenzungsfähigkeit, Förderung interner Ressourcen.

Kontextbezogene Ziele wie stabile soziale Netzwerke, Arbeitsfähigkeit, befriedigende Freizeitgestaltung, Vermeidung chronischer Überlastung, Förderung externer Ressourcen.

Kontinuumbezogene Ziele wie die Bearbeitung und Bewältigung von problemrelevanten, lebensgeschichtlichen Erfahrungen, Ressourcenaktivierung, Erarbeitung von Perspektiven.

Die Ziele werden in Ko-respondenzprozessen mit den Teilnehmern erarbeitet. Ihre Ziele zu definieren, hilft den Klienten und Therapeuten, sich mit Möglichem und Unmöglichem zu befassen. Dadurch können die entsprechenden Konzepte und Strategien angepasst werden.

6 Das Konzept der integrativen Gruppentherapie für Schmerzpatienten

In der ersten Gruppensitzung ist es wichtig, das Konzept, dessen Hintergrund, die Ansichts-, Absichts- und Arbeitsweise vorzustellen. Ziele müssen diskutiert, Gruppenregeln und Abmachungen zum Setting geklärt werden. Durch Konsens- und Dissensklärung soll ein Arbeitsbündnis entstehen können. Dies ist eine grundlegende Bedingung für die Zusammenarbeit und das Vertrauen.

Wie schon früher erwähnt, kann das Manual auf die jeweilige Patienten-, Klientengruppe und das jeweilige Setting angepasst werden. Das Konzept soll als Anregung dienen und keineswegs als starrer Rahmen angesehen werden.

Die Gruppensitzungen dauern 1.5 bis 2 Stunden. Sie können durch Zusatzübungen und Vertiefungsmöglichkeiten ergänzt werden.

Die Theorie kann in Gruppen mit wechselnden Teilnehmern immer wieder kurz aufgegriffen werden. Diejenigen, die schon länger dabei sind, können ihre bereits vorhandenen Kenntnisse und Erfahrungen einbringen.

Begleitend zur Gruppentherapie werden Lauf-, Tanz- und Bewegungstherapie, Walking, Atemtherapie, Qigong oder andere Bewegungs- und Entspannungsverfahren angeboten oder empfohlen.

6.1 Erste Gruppensitzung: Theorie und Integrative Differentielle Relaxation (IDR)

Die Begrüßung wird individuell gestaltet. Die Gruppenregeln werden vorgestellt (siehe Anhang 1). Bei der gegenseitigen Vorstellung soll der Fokus nicht nur auf die Schmerzen gelegt werden. Die Diskussion über Erwartungen und Vorstellungen dient der Zielklärung.

- Vorstellung des Basiskonzepts und erste Theoriesequenz.
- Definition von Schmerzen. Unterscheidung von akuten, chronischen und somatoformen Schmerzen.
- Schmerzen als Krankheit.
- Die neuronale Verarbeitung von Schmerzen.
- Das biopsychosozialökologische Grundverständnis und dessen Zusammenhänge.

Integrative Differentielle Relaxation (IDR): Recken und Strecken als natürliches Entspannungsprogramm

Die Integrative Differentielle Relaxation (IDR) gibt den Gruppenmitgliedern die Möglichkeit zur selbständigen Spannungsregulation. Bereits in der ersten Stunde wird die

bewusste Wahrnehmung durch Dehnung geübt. Dabei wird grosser Wert darauf gelegt, dass die Klienten im Rahmen ihrer Möglichkeiten mitmachen.

Übung:

„Versuchen Sie, sich zu recken und zu strecken. Nehmen Sie, wenn möglich, die Arme hoch. Gähnen Sie und lassen Sie beim Ausatmen Ihre Arme hinunter sinken. Spüren Sie, wie ein Entlastungsgefühl entsteht. Lassen Sie dieses Gefühl in sich ausbreiten. Wiederholen Sie die Übung, damit das Gefühl bis in die kleine Zehe wahrgenommen werden kann.

Diese Übung können Sie überall und immer wieder anwenden. Sie haben damit die Möglichkeit, selbst etwas gegen Spannung zu unternehmen und Entspannung herbeizuführen.

Grundsätzlich sollten die Patienten immer wieder aufgefordert werden, sich zu dehnen, zu räkeln und zu strecken, damit sie nicht lange in der gleichen Position sitzen bleiben.

Eine weitere Kurzform der Entspannung ist das Stretching. Angelehnt an die Sporttherapie wird die aktive Dehnung geübt.

Übung:

„Sie spreizen die Finger und/oder Zehen langsam und bewusst und atmen dazu ruhig durch die Nase ein. Atmen Sie durch den Mund wieder aus und lassen Sie los. Dies sind Stretchübungen für die kleinen Muskelpartien, sie können gut im Alltag angewendet werden. Versuchen Sie, solche kleine Übungen täglich durchzuführen. Bauen Sie sie in bestimmte feste Abläufe ein, zum Beispiel immer wenn Sie etwas trinken oder wenn Sie vom Stuhl aufstehen.

Bei der passiven Dehnung werden Stäbe, Igel-, und Tennisbälle eingesetzt.

Übung:

„Suchen Sie sich einen Platz im Raum. Sie können liegen, sitzen oder an einer Wand stehen. Legen Sie den Ball/Stab an die und die Stelle. Mit individuell variierendem Druck und mit Gespür für das eigene Wohlbefinden versuchen Sie, verspannte oder schmerzende Muskelpartien zu dehnen. Beobachten Sie, was sich angenehm und was sich unangenehm anfühlt.

Neben der Entspannung durch Dehnung wird auch die Aktivierung durch Vitalisierung geübt.

Übung:

Reiben Sie zuerst Ihre Hände, das Gesicht und die Ohren. Versuchen Sie dabei locker zu bleiben und den Kiefer und die Schultern loszulassen.

Jetzt klopfen Sie einzelne Körperpartien leicht und achtsam ab. Es ermöglicht Ihnen ein spannungsfreies Aktivieren.

Hausaufgabe: Probieren Sie die Dehn- und Streckübungen aus. Versuchen Sie die Übungen immer wieder durchzuführen, damit neue Bahnungen entstehen können.

Abschluss: Wir schliessen die Sitzung ab mit einer kurzen Runde, wobei die Gruppenmitglieder in 3 Sätzen ihr derzeitiges Befinden wiedergeben.

6.2 Zweite Gruppensitzung: Theorie und Integrativen Differentielle Relaxation (IDR).

Begrüßung:

Die Gruppenregeln werden vorgestellt (siehe Anhang 1).

Was ist in von der letzten Sitzung noch abrufbar?

Konnten Sie die Übungen anwenden?

Thema: Schon bekannte und neue Schmerzbewältigungsstrategien werden erarbeitet und geübt.

Theoriesequenz: Wie können Sie Ihre Schmerzen selbst beeinflussen?

Versuchen Sie, die Schmerzen nicht zu bekämpfen, sondern als Signal ernst zu nehmen. Machen Sie eine Pause, wechseln Sie ihre Position.

Sich immer wieder zu bewegen, sich zu dehnen, strecken und zu entspannen, hilft, die für Schmerzen empfindlichen Nerven zu beruhigen und die Empfindlichkeit zu verringern.

Ablenkung und positive Aktivitäten helfen ebenfalls. Lassen Sie Ihr Leben nicht vom Schmerz bestimmen. Es ist wichtig, trotz Schmerzen Dinge zu unternehmen, die Freude bereiten, wie Familie und Freunde zu treffen, Hobbys nachzugehen, sie wiederzuentdecken oder neue zu suchen. Welche Ablenkung gelingt Ihnen am besten?

Stressabbau: Stress erhöht die Spannung im Körper, was schmerzverstärkend wirkt. Versuchen Sie, verschiedene Strategien zur Spannungsreduktion anzuwenden.

Gedankenkreisen oder katastrophisierende Gedanken können Sie durch Ablenkung oder Gedankenspiele unterbrechen (Rechnungen, Visualisierungsübungen etc.).

Integrative Differentielle Relaxation (IDR): Vorstellungen beeinflussen die Körperspannung.

Muskuläre und neurovegetative Spannungen lassen sich gut durch autosuggestive Methoden abbauen. Die Teilnehmer können diese Übungen in der Position durchführen, in der sie sich wohl fühlen. Wir arbeiten mit Imaginationen und Visualisierung sowohl auf der physischen als auch mentalen Ebene. Dabei werden u.a. Farben und Musikinstrumente (Gong) eingesetzt.

In dieser Stunde bieten wir die Schmetterlingsimagination an (Anhang 2).

Nachbesprechung: Wie ging es Ihnen mit der Übung? Was haben Sie erlebt? Wie fühlt es sich an?

Hausaufgabe: Versuchen Sie, die Bilder der Imagination immer wieder aufzurufen.

Abschluss: Wir schliessen die Sitzung ab mit einer kurzen Runde: Was war neu? Was kennen Sie schon. Was wenden Sie an?

6.3 Dritte Gruppensitzung: Experiment Eiswassertest

Begrüssung:

Die Gruppenregeln werden bei Neueintritten in der Gruppe vorgestellt (siehe Anhang 1).

Was war in der letzten Stunde wichtig? Haben Sie sich Zeit genommen, sich die Bilder der Imagination vorzustellen? Was hat es bewirkt?

Thema: Ablenkung konkret ausprobieren.

Experiment:

Heute wird als Experiment der Eiswassertest gemacht. Dabei wird bewusst Schmerz durch Kälte provoziert. Die Kälte ist grundsätzlich nicht schädigend. Es geht darum, Erkenntnisse zu gewinnen. Wir führen den Test zweimal durch.

Es gibt eine Wanne mit Eiswasser. Sie machen einen Arm frei und tauchen ihn so tief wie möglich in das Eiswasser hinein. Sie sollen sich auf den Schmerz konzentrieren. Es geht darum, zu spüren, wie sich der Schmerz entwickelt. Wenn es unangenehm wird oder zu schmerzhaft, nehmen Sie den Arm aus dem Wasser heraus. Die Zeit wird gemessen. Es ist kein Wettbewerb und nicht wichtig, wer am längsten den Arm ins kalte Wasser halten kann. Es geht darum, zu fühlen, was der Kälteschmerz macht. Bei zwei Minuten ist die Grenze erreicht, dann ist der Vorgang abgeschlossen, der Umgang mit dem Schmerz verändert sich dann erfahrungsgemäss kaum noch.

Erklärung und Diskussion:

Wir unterscheiden innere und äussere Ablenkungsstrategien. Zu den Inneren gehören z.B. Meditation, das Aufsagen von Gedichten, rechnen, Imaginationen (Stadtspaziergang, Reise). Äussere Ablenkungsmöglichkeiten sind z.B. spazieren gehen, joggen, in den Garten gehen, fernsehen, lesen, malen, singen, Musik hören oder jemanden anrufen. Welche Erfahrungen haben Sie mit Ablenkung schon gemacht?

Das Problem bei Schmerzen ist, dass wir uns oft nur noch auf diese konzentrieren. Alle Wahrnehmungsmöglichkeiten werden durch die Schmerzen mit gesteuert.

Ablenkung hilft, besser mit Schmerzen umzugehen. Dadurch beruhigen sich die schmerzempfindlichen Nervenbahnen. Nicht die Schmerzen, sondern Sie selbst sollten über Ihr Leben wieder bestimmen. Ablenkung, Aktivierung der Wahrnehmung und der Sinne, begünstigt Spannungsabbau durch die Erweiterung Ihres Blickwinkels.

Im zweiten Teil machen wir den Eiswassertest noch einmal. Sie versuchen nun, sich bewusst abzulenken. Sie überlegen sich zunächst ein Thema, zu dem wir Sie im Anschluss alle befragen werden.

Die Fragen müssen dabei in sehr schneller Folge kommen, damit die befragte Person ihre Aufmerksamkeit ganz auf die Fragen lenken muss.

Diskussion: Wie ist es Ihnen das zweite Mal mit dem Eiswasser ergangen? Welche Erkenntnisse haben Sie gewonnen? Tests haben gezeigt, dass bei der Fokussierung auf den Schmerz die Verweildauer im Eiswasser durchschnittlich 100 Sekunden beträgt. Mit Hilfe von innerer Ablenkung beträgt sie ca. 120 Sekunden. Wenn wir uns mit Dias, Bildern oder Filmen (externe Ablenkung) ablenken, halten wir es ca. 200 Sekunden aus (vgl. Basler et al. 2003).

Hausaufgaben: Verschiedene Ablenkungsstrategien bewusst anwenden.

Abschluss: Kurze Befindlichkeitsrunde

6.4 Vierte Gruppensitzung: Bodychart

Begrüßung:

Die Gruppenregeln werden vorgestellt (siehe Anhang 1).

Was gibt es noch vom letzten Mal?

Konnten Sie neue Ablenkungsstrategien anwenden oder alte wiederentdecken?

Thema: Ich und mein Körper

In dieser Stunde malen die Gruppenmitglieder ihren Körperumriss mit Farben und ergänzen ihn mit konkreten und symbolischen Darstellungen. In der Folge findet eine Selbstausswertung in Zweiergruppen statt. Was fällt auf? Gibt es schmerzfremde Zonen? Sind Konflikte oder Probleme sichtbar? Womit bin ich zufrieden? Welche Bedürfnisse gibt es? Die Ergebnisse werden wieder in die Gruppe getragen.

Hausaufgabe: Übungen der Integrativen Differentiellen Relaxation (IDR) in kurzen Sequenzen anwenden.

Abschluss: Was brauche ich jetzt für mich? Wie komme ich dazu?

6.5 Fünfte Gruppensitzung: Ressourcen

Begrüßung:

Die Gruppenregeln werden, wenn nötig, vorgestellt (siehe Anhang 1).

Haben Sie noch Fragen, Anliegen vom letzten Mal? Welche Erkenntnisse gibt es?

Konnten Sie die Integrative Differentielle Relaxation (IDR) üben? Was hilft Ihnen, was nicht?

Thema: Schmerzverursacher und Verstärker

Was müssten Sie tun, um Schmerzen auszulösen oder zu verstärken?

Wir sammeln die unterschiedlichen Verursacher und Verstärker.

Es gibt einen Unterschied zwischen äusseren und inneren Auslösern und Verstärkern. Äussere Ursachen sind beispielsweise das Wetter, das Tragen von schweren Lasten,

zu wenig Pausen oder falsche Bewegungen. Innere Ursachen können Spannungen, Stress, katastrophisierende Gedanken, Angst, hohe Erwartungen etc. sein.

Thema: Ressourcen

Welche Möglichkeiten kennen Sie, sich zu erholen oder sich Gutes zu tun?

Wir sammeln Ideen zum Thema Ressourcen und schreiben sie auf dem Flip Chart auf: Was sind Ressourcen? Welche helfen? In welcher Form?

Wir verteilen Zeitschriften, grosse Papierbögen, Scheren und Klebstoff. Der Auftrag lautet, eine Collage mit Ressourcen und allem, was einem gut tut, anzufertigen. Diese kann mit eigenen Bemerkungen ergänzt werden.

Nach Beendigung der Aufgabe stellt jeder sein Bild der Gruppe vor.

Diese Collage können die Mitglieder als sichtbare Erinnerung an Ressourcen mitnehmen.

Hausaufgabe: Sich jeden Tag etwas Gutes tun. Sich mit Gruppenmitgliedern treffen und die Zeit gemeinsam gestalten.

Abschluss: Gibt es ein passendes Sprichwort als Resonanz auf diese Gruppensitzung?

6.6 Sechste Gruppensitzung: Identität

Begrüssung:

Die Gruppenregeln werden, wenn nötig, vorgestellt (siehe Anhang 1).

Konnten die Mitglieder etwas Gutes für sich tun? Wenn ja, was? Wenn nein, warum nicht? Haben sie sich getroffen und gemeinsam etwas unternommen?

Thema: Ich als Person

In der heutigen Gruppensitzung befassen wir uns mit dem Thema Identität und Persönlichkeit.

Wir gehen davon aus, dass die ‚Identität als Aspekt der menschlichen Persönlichkeit,‘ von fünf wichtigen Bereichen bestimmt wird. In der Integrativen Therapie kennen wir sie als ‚die fünf Säulen der Identität‘. Wir erklären sie kurz, damit die Gruppenmitglieder danach ein Identitätsbild gestalten können.

Verteilen und Vorlesen der Anleitung zu Fünf Säulen der Identität (Anhang 3)

Versuchen Sie jetzt, ihre Identitätssäulen bildlich darzustellen. Geben Sie den verschiedenen Bereichen eigene Formen, Farben oder Symbole. Sie dürfen gerne die ausgegebenen Unterlagen zu den Säulen dazu benutzen. Es geht nicht darum, dass Sie ein tolles Bild malen.

Austausch in Zweier- oder Dreiergruppen: Was ist Ihnen während des Gestaltens aufgefallen? Wie steht es um Ihre Identität? Welche Säulen haben Sie überrascht? Wel-

che starken Säulen könnten Sie besser nutzen und welche schwächeren Säulen benötigen eine Stütze?

Nachbesprechung: Wie ging es den Mitgliedern mit der Übung? Was fiel auf?

Hausaufgaben: Zwei wohltuende Musikstücke aussuchen und mitbringen. Gegenstände zum Trommeln mitnehmen.

Abschluss: Was nehme ich mit für die kommende Woche?

6.7 Siebte Gruppensitzung: Musik

Begrüßung:

Die Gruppenregeln werden, wenn nötig, vorgestellt (siehe Anhang 1).

Reflektion: Gibt es Fragen, Statements, Erlebnisse? Wie geht es mir in der Gruppe?

Thema: Sich mit Musik etwas Gutes tun, ablenken und Ressourcen aktivieren.

Je nach zeitlichem Rahmen spielt jedes Gruppenmitglied ein oder zwei Musikstücke vor und erzählt danach, was es ihm bedeutet. Wir schauen, welche lebensgeschichtlichen Zusammenhänge es gibt.

Die anderen Gruppenmitglieder erzählen von ihren Empfindungen (evt. Raum geben Feedback oder Sharing).

Diskussion: Was bewirkt Musik, wenn man Schmerzen hat? Bsp.: Ausdruck von Emotionen, Rhythmus, Schwingungen, Tanzgefühl, Bilder, Entspannung, Ablenkung, Bewegung, Beruhigung, Aktivierung, etc.

Zum Schluss versuchen wir, mittels einer Improvisation mit Klatschen und Trommeln einen gemeinsamen tragenden Rhythmus zu finden.

Hausaufgabe: Sammeln, welche Erkenntnisse aus allen vorherigen Sitzungen gewonnen werden konnten.

Abschlussrunde: Wie fühle ich mich? – Mittels einer Geste oder durch die Haltung ausdrücken.

6.8 Achte Gruppensitzung: Veränderung

Begrüßung:

Die **Gruppenregeln** werden, wenn nötig, vorgestellt (siehe Anhang 1).

Gespräch in der Gruppe: Wie geht es mir? Was hat sich verändert?

Thema: Veränderung

Brainstorming zum Thema Veränderung. Die Ideen werden auf dem Flip Chart festgehalten.

Anregungen: Evolution, Transformation und Mutation als biologisch-neurologische Veränderung.

Heraklit: Alles ist im Fluss.

Entwicklung ist Veränderung. (z.B. Pubertät)

Veränderung macht Entwicklung möglich.

Veränderungen haben innere oder äussere Ursachen.

Lernen ermöglicht Veränderung, Entwicklung und Neuorientierung.

Übung zu zweit: Beide schliessen die Augen oder schauen einen Punkt an. Jeder bekommt ein Stück Knete und formt eine Figur. Die Figur wird dem Partner weitergegeben. Dieser verändert etwas an der Figur und gibt sie zurück. Was hat sich verändert? Wie fühlt sich das an, wenn jemand meine Figur verändert?

Vorlesen: Autobiographie in fünf Kapiteln (Anhang 4).

Hausaufgabe: Sich überlegen und aufschreiben, welche Veränderungen anstehen. Was muss dafür aufgegeben werden? Was ist der Gewinn? Wie könnte die Reaktion anderer auf die Veränderung aussehen? Was wird die Umsetzung vereinfachen und was erschweren?

Abschlussrunde: Blitzlicht, wie geht es mir?

6.9 Neunte Gruppensitzung: Humor

Begrüssung:

Die **Gruppenregeln** werden, wenn nötig, vorgestellt (siehe Anhang 1).

Was wurde zum Thema Veränderung überlegt und aufgeschrieben?

Thema: Humor

Was ist Humor für Sie? Sammeln und auf Flip Chart festhalten.

Anregung: Es ist ein anderer Weg des Denkens.

Ermöglicht einen neuen Zusammenhang, neue Perspektiven.

Der Komiker Groucho Marx nennt es ‚verrückt gewordene Vernunft‘.

Ausfüllen des Fragenbogens in Kleingruppen (Anhang 5)

Warum ist Humor wichtig im Zusammenhang mit Schmerzen?

Angst und Niedergeschlagenheit bewirken im Körper eine Störung der chemischen Prozesse. Durch Lachen und Lächeln werde Hormone ausgeschüttet, die in ihrer Wirkung Morphium ähnlich sind. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass durch Lachen unsere psychischen und biologischen Prozesse beeinflusst werden und Schmerzen gelindert werden können (vgl. Baumann, Städeli 2006). Dazu wurde eine höhere Schmerztoleranz nachgewiesen.

Humor kann die Sicht erweitern und eine wohltuende Distanz zu Ängsten und Ohnmachtsgefühlen schaffen. Humor lenkt ab, verbessert die Stimmung und baut Stress ab.

Lachen stimuliert die Atmung, das Herz und den Kreislauf. Der Körper wird besser mit Sauerstoff versorgt.

Wir verteilen verschiedene Cartoons und Comics. Die Gruppenmitglieder wählen aus, was davon sie lustig finden. Es werden zum Teil auch Filmausschnitte und Aufnahmen von Komikern gezeigt.

Hausaufgabe: Humor im Alltag suchen. Integrative Differentielle Relaxation (IDR) weiterhin üben.

Abschlussrunde: Wie ist meine Stimmung?

6.10 Zehnte Gruppensitzung: Ein jeder gibt sich selbst den Wert

Begrüßung:

Die **Gruppenregeln** werden, wenn nötig, vorgestellt (siehe Anhang 1).

Zusammentragen der Erkenntnisse aus den vorherigen Gruppensitzungen.

Thema: Selbst(wert)

Ein Bild von sich selbst entsteht durch Fremd- und Selbstzuschreibungen. Wie wir uns selbst erleben, was wir uns zutrauen oder zumuten, hat mit unseren Erfahrungen zu tun, die im Körper und im Gedächtnis gespeichert, archiviert sind. Die Erlebnisse, die wir mit uns selbst und mit anderen gehabt haben, formen und beeinflussen unseren Selbstwert, unsere Selbstgewissheit, unsere Selbstzweifel, unser Selbstbewusstsein, unser Minderwertigkeitsgefühl, unsere Möglichkeit zur Selbstunterdrückung oder -verwirklichung. Um ein ganzheitliches Bild und eine ganzheitliche Wahrnehmung unseres Selbst zu ermöglichen, gestalten wir ein Selbstbild.

Anleitung: Anhang 6

Selbstausswertung: Nach der Gestaltung kann noch aus der inneren Resonanz ein Text zum Bild geschrieben werden. Das kann ein Satz sein, der spontan kommt. Vielleicht gibt es noch mehr zu sagen. Sie dürfen den Text auf das Blatt schreiben. Überprüfen Sie den Text und das Bild nochmals und beschreiben Sie das Ganze erneut in einem Satz.

In der Gruppe tragen wir die Erkenntnisse zusammen. Wir diskutieren, was aus den Bildern helfen kann, Selbstwert und Selbstachtung aufzubauen.

Hausaufgaben: Sich selbst und anderen Komplimente machen.

Abschlussrunde: Nehmen Sie eine Haltung ein, die ausdrückt, wie Sie sich gerade fühlen.

6.11 Elfte Gruppensitzung: Stressbewältigung

Begrüßung:

Die Gruppenregeln werden, wenn nötig, vorgestellt (siehe Anhang 1).

Rekapitulation: Können Sie die Haltung unserer Schlussrunde nochmals einnehmen?
Erinnern Sie sich, welche Erkenntnisse für Sie wichtig waren? Nehmen Sie wahr, ob sich etwas verändert hat?

Konnten Sie sich und anderen Komplimente machen?

Thema: Stress

Heute werden wir uns mit Stress befassen.

Was ist für Sie Stress?

Die Eingaben aus der Gruppe werden gesammelt und auf dem Flip Chart aufgeschrieben.

Theoretische Erklärung von Stress (Kapitel 1.2.5).

Welche Möglichkeiten kennen Sie, Stress zu reduzieren?

Theoretische Erklärung zu Stressbewältigung (Kapitel 3.3).

Übung: Integrative Differentielle Relaxation (IDR) Langform „Recken und Strecken“. (Anhang 7)

Hausaufgabe: Bitte überlegen Sie sich, was Sie verstanden haben und welche Fragen es noch gibt.

Abschlussrunde: Was ich noch sagen wollte...

6.12 Zwölfte Gruppensitzung: Wo komme ich her? Wo stehe ich jetzt? Wo will ich hin?

Begrüßung:

Die Gruppenregeln werden, wenn nötig, vorgestellt (siehe Anhang 1).

Klärung der Fragen.

Thema: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.

Wir fangen mit einer Imagination an, die durch Ihr Lebensmuseum führt (Anhang 8).

Übung:

Sie können sich bei uns den Text zur Anregung und Erinnerung holen. Wir haben für Sie Schreibmaterial, Papier und Farben. Spüren Sie im Körper nach, was von dieser Imagination noch nachklingt. Schauen Sie, was Sie von Ihrem Bild auf Papier bringen möchten.

Wenn Sie fertig sind, kommen Sie ins Plenum zurück. Versuchen Sie, uns mitzuteilen, was Sie gemacht haben und wie es Ihnen damit ergangen ist. Welche Schlüsse ziehen Sie daraus?

Was wollen Sie behalten, was loslassen. Wo braucht es Veränderung? Vielleicht gibt es noch andere Überlegungen?

Schauen Sie, was Ihre Arbeit im Lebensmuseum noch benötigt. Wollen Sie es so stehen lassen oder in einer Einzelarbeit später nochmals genauer anschauen?

Abschluss:

Hier kann die Gruppe beendet werden oder wieder mit der 1. Sitzung begonnen werden.

Wenn die Gruppentherapie abgeschlossen wird, diskutieren wir mit den Gruppenmitgliedern, wie der Abschluss gestaltet werden soll.

Vorschläge:

Eine Abschlusssitzung mit Rückblick auf die ganze Gruppentherapie.

Sich von allen Gruppenmitgliedern verabschieden mit einer persönlichen Äusserung.

Ein Abschiedsritual oder –tanz.

Eine Abschlussfeier, ein Abschlussdinner oder ein Abschlusstheater.

Ein gemeinsamer Ausflug.

Ein gemeinsames Projekt starten.

Anhang

Anhang 1: Gruppenregeln

Die Regeln sind vorgegeben. Sie können durch die Teilnehmer ergänzt werden

- Freie Äusserungen zulassen / auch Schweigen ist erlaubt
- Für sich selber sorgen, d.h. soviel von sich preisgeben, wie jeder möchte
- Unterschiedliche Meinungen und Empfindungen nebeneinander stehen lassen
- Einander ausreden lassen
- Versuchen genau zu formulieren, keine Allgemeinformulierungen
- Persönlichkeitsschutz
- Eigene Grenzen respektieren
- Vertiefung oder Nacharbeiten eines Themas im Einzelgespräch möglich
- Störungen können Vorrang haben
- Abwesenheit melden

Anhang 2: Der Schmetterling, Imagination (IDR)

Imagination ermöglicht: Einstimmung, Exploration, Entspannung, Stärkung

Einstimmung:

Sitzen, stehen oder liegen Sie bequem. Sie müssen nicht die ganze Zeit in der gleichen Position bleiben. Wenn es Ihnen gut tut, recken, strecken oder bewegen Sie sich zwischendurch. Versuchen Sie, die anderen Gruppenmitglieder dabei nicht zu stören.

Nehmen Sie sich vor, sich zu entspannen. Schliessen Sie, wenn möglich, die Augen. Sonst versuchen Sie, einen Punkt zu fixieren.

Konzentrieren Sie sich zuerst auf Ihren Atem. Tun Sie nichts, spüren Sie einfach, wie Ihr Atem kühl durch die Nase in Sie hineinströmt und etwas wärmer aus dem Mund wieder hinaus. Beobachten Sie, wie das ganz von allein passiert.

Nun versuchen Sie, das Ausatmen etwas zu betonen. Sie atmen ein wenig tiefer aus. Bleiben Sie mit Ihrer Konzentration beim Atem. Beobachten Sie, wie es sich anfühlt.

Entspannung:

Es ist Sommer und wird gerade hell. Die Sonne schickt ihre ersten Strahlen in den Garten. Es ist ein grosser, ein wunderbarer Garten, voller Sträucher, Blumen, Obst und Gemüse.

Die Vögel erwachen und füllen die Luft mit ihrem Gesang.

Es wird ein warmer Tag werden. Jetzt ist es noch etwas kühl im Garten, gerade angenehm. Tautropfen liegen auf dem Gras. Bienen nehmen ihre Arbeit auf und schwirren von Blume zu Blume, um Honig zu sammeln.

Sie gehen durch den Garten, nehmen alle Farben wahr, die Geräusche und die Gerüche.

Hinter einer Hecke scheint der Garten etwas grösser zu werden. In diesem Raum wirbeln kleine blaue, gelbe und weisse Schmetterlinge über der Wiese. Leicht tanzen sie in der Luft. Sie laden zum Mitmachen ein.

Sie werden immer leichter, können aus Ihrem Körper heraus steigen und lassen sich von den Schmetterlingen mitführen. Sie fliegen, schweben, gleiten, drehen sich, rollen genauso wie Sie es mögen. Sie trauen sich, Ihre eigenen Bewegungen auszuprobieren.

Sie schauen umher, sehen die anderen Schmetterlinge, sehen die Wiese mit ihren Wiesenblumen. Sie riechen die Düfte des Gartens. Sie spüren die Leichtigkeit des Schmetterlings. Verweilen Sie noch ein bisschen an diesem Ort. Sie dürfen aber auch gerne einen anderen Bereich des Gartens erkunden.

Einige Minuten entspannen.

Nehmen Sie Ihren Garten nochmals in sich auf. Sie dürfen immer wieder hierher zurückkehren. Halten Sie ihre Augen noch geschlossen. Kommen Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit zurück in den Raum. Nehmen sie die Geräusche wahr. Öffnen Sie langsam Ihre Augen, nehmen Sie den Raum wahr. Stehen Sie auf, recken und strecken Sie sich. Bewegen Sie sich, aber verlieren Sie nicht ganz die Verbindung zu Ihrem Garten. Sie können noch nachempfinden, wie es sich dort angefühlt hat.

Anhang 3: Die fünf Säulen der Identität, Anleitung nach Ilse Orth (Petzold 1994/4)

Leiblichkeit: Alles was mit unserem Leib/Körper zu tun hat, beeinflusst unsere Identität. Leistungsfähigkeit, Gesundheit, Krankheit, das Aussehen, ob wir uns wohl fühlen, uns mögen und welches Urteil andere Menschen über unsere Leiblichkeit fällen. Finden sie uns hübsch, hässlich, anziehend oder abstossend? Erleben sie uns vital oder kraftlos?

Soziales Netzwerk: Unsere Identität und Persönlichkeit werden entscheidend geformt durch unsere sozialen Beziehungen. Mitmenschen sind in unserem Leben wichtig. Freunde, Familie, Arbeitskollegen sind positive oder negative Vorbilder. Wir können uns auf sie verlassen. Sie können uns eine Stütze sein oder wir ihnen. Aber auch Menschen, die uns Steine in den Weg legen, sind Teil unserer sozialen Netzwerke.

Arbeit, Leistung, Freizeit: In der dritten Säule sammeln sich alle Erfahrungen, die wir in Bezug auf Leistung, Arbeit und Freizeit machen: Unsere Identität und unsere Persönlichkeit werden massgebend geprägt durch Arbeitsmöglichkeit, -zufriedenheit, -belastung, -erfolge, Förderung oder Überforderung. Auch die Rolle, die wir als Arbeitende oder nicht Arbeitende innehaben, formt uns. Leistungen sind sowohl bei der Arbeit als auch in unsere Freizeit möglich. Erfüllen wir unsere Leistungsansprüche oder fehlen sie? Wie sehen andere unsere Leistungen?

Materielle Sicherheiten: Unser Einkommen, unser Besitz vermittelt uns Sicherheit. Auch unser ökologischer Raum, wo wir uns zu Hause fühlen oder uns fremd fühlen, bestimmt unser Identitätserleben. Fehlende materielle Sicherheit ist eine grosse Belastung.

Werte: Der letzte Bereich, der uns trägt, sind unsere Werte. Es sind unsere Überzeugungen, was wir richtig finden, woran wir glauben und was wir meinen, das für andere Menschen auch wichtig ist. Religiöse und politische Überzeugungen sind genau so darin enthalten wie persönliche Ethik, Lebensphilosophien oder Grundprinzipien, nach denen wir uns richten und die wir mit anderen teilen.

Anhang 4: Autobiographie in fünf Kapiteln von Sogyal Rinpoche (1998)

1.

Ich gehe die Strasse entlang.
Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.
Ich falle hinein.
Ich bin verloren - Ich bin ohne Hoffnung.
Es ist nicht meine Schuld.
Es dauert endlos, wieder herauszukommen.

2.

Ich gehe dieselbe Strasse entlang. Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.
Ich tue so, als sähe ich es nicht.
Ich falle wieder hinein.
Ich kann nicht glauben, schon wieder am gleichen Ort zu sein.
Aber es ist nicht meine Schuld.
Immer noch dauert es sehr lange, herauszukommen.

3.

Ich gehe dieselbe Strasse entlang.
Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.
Ich sehe es.
Ich falle immer noch hinein ... aus Gewohnheit.
Meine Augen sind offen.
Ich weiss wo ich bin.
Es ist meine eigene Schuld.
Ich komme sofort heraus.

4.

Ich gehe dieselbe Strasse entlang.
Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.
Ich gehe darum herum.

5.

Ich gehe eine andere Strasse.

Anhang 5: Humorfragebogen 1

1. Wann haben Sie zum letzten Mal richtig gut gelacht?

.....
.....
.....
.....

2. Was bringt Sie zum Lachen?

.....
.....
.....
.....

3. Wie oft lachen Sie?

.....
.....
.....
.....

4. Wie fühlen Sie sich, wenn Sie lachen?

.....
.....
.....
.....

5. Welche Bedeutung hat Humor in Ihrer Familie?

.....
.....
.....
.....

6. Stellen Sie sich vor, Sie wären ein Komödiant. Welcher möchten Sie sein?

.....
.....
.....
.....

7. Was könnten Sie heute tun, damit Sie sich zum Lachen bringen?

.....
.....
.....
.....

8. Finden Sie, dass Humor eine Quelle der Entspannung ist?

.....
.....
.....
.....

Humorfragebogen 2

1. Wann haben Sie zum letzten Mal richtig gut gelacht?

- Heute Diese Woche Vor einem Monat Kann mich nicht erinnern

2. Was bringt Sie zum Lachen?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Gruppenmitglieder | <input type="radio"/> Therapeuten, Mitarbeiter | <input type="radio"/> Familie, Kinder, Enkelkinder |
| <input type="radio"/> Freunde, Arbeitskollegen, | <input type="radio"/> Guter Film, TV | <input type="radio"/> Sketch, Komödie, Theater |
| <input type="radio"/> Lieblingslied | <input type="radio"/> Musik hören | <input type="radio"/> Singen |
| <input type="radio"/> Missgeschicke von mir oder anderen | | <input type="radio"/> Tiere |
| <input type="radio"/> Comics und Cartoons | <input type="radio"/> Geschenke bekommen | <input type="radio"/> Zirkus |
| <input type="radio"/> Guter Witz | <input type="radio"/> Spiele z.B. Karten- oder Brettspiele | |
| <input type="radio"/> Bücher | <input type="radio"/> Wenn jemand mir ein Kompliment macht | |
| <input type="radio"/> Weiss nicht | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Wenn jemand mich anlacht |

3. Wie fühlen Sie sich, wenn Sie lachen?

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Befreit | <input type="radio"/> Ausgeglichen | <input type="radio"/> Lebendig |
| <input type="radio"/> Erleichtert | <input type="radio"/> Akzeptiert | <input type="radio"/> Heiter, lustig, amüsiert |
| <input type="radio"/> abgelenkt | <input type="radio"/> Entspannt | <input type="radio"/> Angespannt Traurig |
| <input type="radio"/> Weiss nicht | <input type="radio"/> | |

4. Welche Bedeutung hat Humor in Ihrer Familie?

.....

.....

.....

.....

5. Wie wichtig ist Ihnen Humor in Ihrem Leben?

- Sehr wichtig Wichtig Wenig Wichtig Nicht wichtig

Anhang 6: Selbstbild, Anleitung nach Ilse Orth (Petzold 1994/4)

Die meisten Menschen haben „ein Gefühl für sich selbst“, eine mehr oder weniger klare „Selbstgewissheit“: Wir sagen vielleicht: „Das ist typisch für mich“, oder „Das kann ich nur selbst machen“, oder „Das bin ich selbst“. Unter „Selbst verstehen wir dabei unser „eigentliches Wesen“, das, was uns ganz spezifisch eigen ist, was uns ausmacht und was uns von anderen unterscheidet. Auch wenn wir nicht klar umschreiben könnten, wenn wir nach einer Definition gefragt würden, was das S e l b s t denn ist, haben wir doch „ein Gefühl für uns selbst“.

Wahrscheinlich kennen auch Sie ein solches „Selbstgefühl“. Sicher kennen Sie Wertlosigkeitsgefühle, Selbstzweifel, aber auch - das ist anzunehmen - Selbstwertgefühl, Zufriedenheit mit sich selbst, Selbstvertrauen. All das hat natürlich mit den Erfahrungen in der eigenen Lebensgeschichte zu tun. Das Selbst bleibt dennoch in der Regel schwer fassbar. Es ist offenbar etwas Geheimnisvolles. Die „Suche nach Selbsterkenntnis“ die „Suche nach sich selbst“ sind Redewendungen, die dies vielleicht zum Ausdruck bringen. Wir suchen aber nicht nur in unserem Inneren nach dem Selbst. Wir suchen uns auch im Anderen, in Begegnungen und Abgrenzungen. Wir finden uns oft durch den Anderen selbst.

Menschen ist es wichtig, sich selbst wohl zu fühlen, „ mit sich selbst im Reinen zu sein“, eine gewisse „Selbst-verständlichkeit“ zu haben. Aus diesem Grund setzen wir uns in der Therapie und Beratung mit „Selbstkonzepten“ und mit Begriffen des „Selbst“, mit der Beziehung „Selbst und andere“ auseinander. Wir betreiben Selbst-erfahrung mit dem Ziel der Selbsterkenntnis, der Selbstakzeptanz, der Zufriedenheit mit sich selbst, mit all dem streben wir nach Selbstverwirklichung. Um uns so etwas Komplexes, schwer Greifbares wie das Selbst zugänglicher zu machen, zu erschliessen, verwenden wir immer wieder die Möglichkeiten bildnerischen Gestaltens. Sie haben hier Farben und ein grosses Blatt. Ich stelle Ihnen folgende Aufgabe: Gestalten Sie ein Bild mit dem Thema „Ich selbst“ oder „mein Selbst“. Spüren Sie zu sich hin, versuchen Sie jetzt in diesem Moment, ein Gefühl für sich selbst, Ihre Eigenheiten im Bezug auf andere zu bekommen. Nehmen Sie das zum Ausgangspunkt Ihrer Gestaltung. Nutzen Sie alle Formen, Farben, die Möglichkeiten symbolischer Darstellung, und bringen Sie alles zu Papier, was Ihnen zu diesem Thema einfällt. Überlassen Sie sich im Gestalten „sich Selbst“, den Regungen und Impulsen, die in Ihnen entstehen. Nehmen Sie sich Zeit für die Prozesse der Selbstsuche, Selbstfindung und Selbsterfahrung! Versuchen Sie, mit sich selbst, mit Ihrem Selbst in Kontakt zu kommen, Einfühlung für sich selbst zu entwickeln: durch Nachspüren, Nachsinnen und Nachdenken, in einem Freiraum, den Sie sich hier nehmen können.

Anhang 7: Integrative Differentielle Relaxation (IDR)

Entspannung: ‚Recken und Strecken‘.

Sitzen, stehen oder liegen Sie bequem. Sie müssen nicht die ganze Zeit in der gleichen Position bleiben. Wenn es Ihnen gut tut, drehen oder bewegen Sie sich. Versuchen Sie, die anderen Gruppenmitglieder dabei nicht zu stören.

Nehmen Sie sich vor, sich zu entspannen. Schliessen Sie, wenn möglich die Augen. Sonst versuchen Sie, einen Punkt zu fixieren.

Konzentrieren Sie sich zuerst auf Ihren Atem. Machen Sie nichts, beobachten Sie einfach, wie Ihr Atem kühl durch die Nase hineinströmt und etwas wärmer aus dem Mund wieder hinaus. Beobachten Sie, wie das ganz von alleine passiert. Spüren Sie, wie sich Ihre Bauchdecke beim Einatmen hebt und beim Ausatmen wieder senkt. Nun versuchen Sie, das Ausatmen etwas zu betonen. Sie atmen ein wenig länger aus. Bleiben Sie mit Ihrer Konzentration beim Atem. Beobachten Sie, wie es sich anfühlt.

Die Übungen dürfen keine Schmerzen bereiten. Machen Sie nur das mit, was sich gut anfühlt. Machen Sie kleine, leichte Bewegungen, damit eine leichte Dehnung eintreten kann.

Wir fangen beim rechten Fuss an. Beugen Sie die Zehen des rechten Fusses nach unten, strecken sie das Fussgelenk. Atmen Sie einige Male gut durch. Beim nächsten Ausatmen können Sie wieder loslassen und entspannen.

Jetzt den rechten Fuss hochziehen, das Knie etwas durchstrecken, den Oberschenkel leicht herunter drücken. Nach einigen Atemzügen beim Ausatmen loslassen. Spüren Sie, wie die Dehnung langsam nachlässt und die Muskeln sich entspannen. Bemerken Sie einen Unterschied zwischen dem linken und dem rechten Bein?

Jetzt das Gleiche links. Beugen Sie zuerst die Zehen und strecken Sie dann das Fussgelenk. Spüren Sie während einiger Atemzüge die leichte Dehnung und entspannen Sie dann die Zehen und den Fuss.

Den linken Fuss hochziehen, das linke Knie leicht strecken und den Oberschenkel leicht hinunter drücken. Spüren Sie den leichten Zug? Nach einigen Atemzügen die Dehnung beim Ausatmen lösen. Wie fühlen sich jetzt beide Beine an? Gibt es einen Unterschied?

Wir dehnen als nächstes die Gesässmuskeln. Bewegen Sie zuerst das rechte Knie zum Bauch, nur soweit, bis ein Unterschied zwischen Dehnung und Entspannung spürbar wird. Es darf nicht schmerzen. Atmen Sie einige Male bewusst ein und aus. Dann lösen Sie die Dehnung, ruhig und gleichmässig.

Nun beugen Sie das linke Knie und bewegen es Richtung Bauch. Auch hier wieder nur soweit, bis ein Unterschied zwischen Dehnen und Entspannen spürbar ist. Nach dem bewussten Ein- und Ausatmen lösen Sie die Muskeln wieder. Lassen Sie mit dem Ausatmen alle Spannung wegfließen.

Wir machen weiter mit dem Oberkörper. Strecken Sie die Brust heraus, ziehen Sie Ihre Schultern etwas nach hinten. Strecken Sie den Oberkörper, als wenn jemand Sie an einem Faden hochzieht. Sie machen ein leichtes Hohlkreuz und spüren mit jedem Atemzug die Dehnung noch etwas besser. Jetzt lösen Sie die Streckung und bemerken die Differenz im Oberkörper. Überlassen Sie sich ganz diesem angenehmen Gefühl des Gelöst-Seins. Lassen Sie den Atem in den Rücken, in den Bauch und in den Brustbereich strömen.

Jetzt gehen wir zu den Armen. Ziehen Sie mit dem linken Arm den rechten Ellbogen zur linken Schulter. Beobachten Sie das Gefühl im Arm. Atmen Sie dabei kontinuierlich ein und wieder aus, danach legen Sie den Arm wieder zurück, lassen ihn ganz los und spüren Sie nach, wie sich links und rechts unterscheiden.

Nun nehmen Sie den linken Ellbogen mit der rechten Hand und ziehen ihn zur rechten Schulter. Beim nächsten Ausatmen lassen sie den Arm wieder hinunter sinken. Beachten Sie, wie sich links und rechts jetzt anfühlen. Nehmen Sie sich Zeit, dieses leichte, angenehme Gefühl zu spüren.

Legen Sie die Finger aneinander und spreizen Sie sie so weit, wie Sie es mögen. Lassen Sie die Hände wieder los, werden Sie gewahr, was die Dehnung bewirkt hat.

Den Nacken strecken Sie, indem Sie Ihren Kopf leicht nach vorne beugen. Sie können Ihren Kopf immer mit einer Hand stützen, wenn das für Sie angenehm ist. Nun richten Sie sich wieder auf und beugen den Kopf leicht nach links. Nur soweit, wie es für Sie angenehm ist. Atmen sie gut durch und kommen sie wieder hoch. Den Kopf leicht nach rechts beugen. Die leichte Spannung in den Muskeln wahrnehmen. Dann richten Sie sich beim nächsten Mal Ausatmen wieder auf. Sie können jetzt noch leicht hoch schauen. Atmen Sie einige Male gut durch, dann wieder in die normale Position kommen.

Wir richten unsere Aufmerksamkeit jetzt auf das Gesicht. Lassen Sie den Kiefer betont hinunter sinken. Atmen Sie so einige Male tief ein und aus und schliessen sie den Mund wieder. Spüren Sie die Entspannung im Kiefer, den Unterschied zwischen der Spannung vorher und der Entspannung jetzt.

Jetzt spitzen wir die Lippen, halten sie einige Augenblicke gespitzt und lösen sie wieder. Spüren Sie, wie sich der Mund jetzt anfühlt.

Ziehen Sie die Augenbrauen hoch und die Oberlippe leicht runter. Sie können auch die Nase rümpfen. Beim nächsten Ausatmen entspannen Sie Ihr ganzes Gesicht wieder. Mit dem Ausatmen lassen Sie alle Spannung von sich abgleiten. Gehen Sie der Entspannung im ganzen Körper nach und versuchen Sie, den Atem fließen zu lassen. Geniessen sie diese Empfindung noch einige Minuten...

Nach ca. 5 Minuten: Kommen Sie allmählich wieder zurück in dem Raum. Achten Sie zuerst auf die Geräusche. Bevor Sie die Augen öffnen, bewegen und räkeln Sie sich. Atmen Sie tief durch und schauen Sie dann langsam um sich.

Versuchen Sie, sich im Laufe des Tages immer wieder diese Empfindung zu vergegenwärtigen. Schon die Erinnerung daran kann die Empfindung wieder hervorrufen. (Leibgedächtnis statt Schmerzgedächtnis).

Anhang 8: Museum, Imagination (IDR)

Einstimmung:

Sitzen, stehen oder liegen Sie bequem. Sie müssen nicht die ganze Zeit in der gleichen Position bleiben. Wenn es Ihnen gut tut, recken, strecken oder bewegen Sie sich zwischendurch. Versuchen Sie, die anderen Gruppenmitglieder dabei nicht zu stören.

Nehmen Sie sich vor, sich zu entspannen. Schliessen Sie, wenn möglich, die Augen. Sonst versuchen Sie, einen Punkt zu fixieren.

Konzentrieren Sie sich zuerst auf Ihren Atem. Machen Sie nichts, spüren Sie, wie Ihr Atem kühl durch die Nase in Sie hinein strömt und etwas wärmer aus dem Mund wieder hinaus. Beobachten Sie, wie das ganz von alleine passiert.

Nun versuchen Sie, das Ausatmen etwas zu betonen. Sie atmen ein wenig tiefer aus. Bleiben Sie mit Ihrer Konzentration beim Atem. Beobachten Sie, wie es sich anfühlt.

Entspannung:

Wir machen uns jetzt auf den Weg in ein uns bekanntes Museum. Es gibt gerade eine Ausstellung, die sich Ihrem Leben widmet. In einem grossen, runden, hellen Raum ist Ihr Lebenspanorama dargestellt.

Nur Sie können den Raum betreten. Er wird gut überwacht und nur Sie können den anderen Besuchern erlauben, diesen Raum zu betreten.

Sie gehen zum Anfang: Ihre Zeugung. Was wissen Sie davon?

Wie war die Beziehung der Eltern?

Wie verlief die Schwangerschaft? Waren Sie erwünscht, oder wurden Sie abgelehnt?

Wie war die Geburt? Verlief sie flott und komplikationslos oder war sie schwer. Hatten die Eltern vielleicht sogar Angst, Sie zu verlieren?

In welcher Situation wurden Sie hinein geboren? Hatten Sie schon Geschwister oder waren Sie alleine? War das Zuhause stabil oder unsicher, chaotisch?

Bekamen Sie Liebe und Wärme? Von wem?

Schauen Sie das Bild an. In welchen Farben drücken sich Ihre Gefühle und Szenen aus Ihrem Leben aus? Welche Formen sind auf dem Bild?

Im Ausstellungsraum sind bedeutsame Gegenstände aus dieser Zeit ausgestellt. Welche davon sind Ihnen noch wichtig? Was wollen Sie mitnehmen? Was können Sie liegen lassen?

Sie gehen zurück zum Bild. Schauen Sie sich den Teil an, der Ihre Kindheit darstellt.

Welche Ereignisse haben Sie geprägt? Finden Sie diese auf dem Bild?

Was tat Ihnen gut, was nicht?

Welche Menschen waren wichtig in dieser Zeit. Sie zeigen sich auch im Bild.

Auch zu dieser Zeit gibt es wieder Gegenstände im Raum. Schauen Sie sich diese an.

Sie wissen, dass Sie diese dort finden können, wenn Sie sie brauchen.

Gehen Sie ganz gemütlich zurück zum Panorama. Sehen Sie die Jugendzeit? Wie verlief die Pubertät?

Wer war für mich da und wer hat gefehlt?

Welche Ereignisse zeigen sich auf dem Bild?

Welche Qualitäten konnte ich mir aneignen, welche verlor ich? Was war meine Lieblingsbeschäftigung?

Drehen Sie sich um und betrachten Sie die Gegenstände in der Mitte des Raumes. Sie dürfen entscheiden, welche Objekte aus dieser Zeit jetzt noch bedeutsam sind und welche Sie hinter sich lassen können.

Gehen Sie zurück zum nächsten Teil des Bildes. Die Zeit als junger Erwachsener .

Ihre Erwartungen an das Leben, ihre Hoffnungen. Was sehen Sie auf dem Bild?

Welchen Weg haben Sie gewählt? Wie hat sich die Wahl ausgewirkt?

Wann konnten Sie gut zu sich schauen und wann gelang es Ihnen nicht?

Drehen Sie sich abermals um. Welche Gegenstände zeichnen diese Zeit aus? Wollen Sie alles für sich behalten oder trauen Sie sich zu teilen?

Ihre Aufmerksamkeit geht wieder zurück zum Panorama. Ihr Leben als erwachsener Mann oder erwachsene Frau in ihrer Lebenswelt.

Haben Sie neben der Ursprungsfamilie eine eigene Familie? Möchten Sie eine eigene Familie? Wünschen Sie sich einen Familienersatz?

Wo sind Sie Zuhause? Welche Menschen sind Ihnen wichtig?

Was machen Sie im Leben? Sind Sie damit zufrieden oder enttäuscht, dass es nicht so läuft, wie Sie es gerne hätten?

Welche Gegenstände aus dieser Zeit zeigen sich im Museum? Sind sie wichtig?

Jetzt gehen Sie zum Teil, in dem das Alter dargestellt ist.

Wo leben Sie? Mit wem?

Wie sieht Ihr Alltag aus?

Was können Sie, was wollen Sie noch lernen? Welche Herausforderungen gibt es?

Wie steht es um das Thema Tod? Haben Sie sich damit befasst oder wird der Tod eher verdrängt?

Auch aus dieser Zeit gibt es Gegenstände. Welche sind es? Welchen Wert messen Sie ihnen bei?

Es gibt auch einen unbekanntem Zukunftsteil auf dem Bild.

Welche Farben und Formen zeigen sich. Was wollen Sie daran verändern?

Braucht es Menschen oder Gegenstände dazu?

Gibt es Visionen oder Utopien, die sich zeigen oder verwirklicht werden wollen?

Verweilen Sie noch einen Moment im Museum.

Werfen Sie noch einen Blick in die Runde. Schauen Sie, welcher Abschnitt des Bildes Ihnen besonders gut gefällt.

Was war Ihnen wichtig, was war bekannt und was neu? Was wollen Sie im Museum zurücklassen? Was mitnehmen? Was möchten Sie für sich behalten? Gibt es Möglichkeiten, das Museum für andere zu öffnen?

Wir beenden langsam die Übung. Halten Sie ihre Augen noch geschlossen. Kommen Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit zurück in den Raum. Nehmen sie die Geräusche wahr. Öffnen Sie langsam Ihren Augen, nehmen Sie den Raum wahr. Stehen Sie auf, recken und strecken Sie sich. Bewegen Sie sich, aber verlieren Sie nicht ganz die Verbindung zu Ihrem Museum. Sie können jetzt nachempfinden, wie es sich dort angefühlt hat.

Zusammenfassung: Integrative Gruppentherapie bei chronischen Schmerzen - Ein Konzept zur Schmerzbewältigung.

Die vorliegende Arbeit ist ein gruppentherapeutisches Konzept für Integrative Therapie mit chronischen Schmerzpatienten. Verschiedene Funktionen und Faktoren von Schmerzen werden vorgestellt. Faktoren, die Schmerzen positiv oder negativ beeinflussen, werden beleuchtet. Konzepte, welche Funktionen Schmerzen haben, werden erarbeitet. Durch die Betrachtung relevanter integrativer Theorien entsteht ein Gerüst, worauf die Schmerzbewältigungstherapie aufgebaut wird. Dazu kommen gruppentherapeutische Überlegungen. Das Konzept der Schmerzbewältigungstherapie in der Gruppe bietet eine Struktur, um die relevanten Aspekte der Schmerztherapie umzusetzen und PatientInnen diese in der Anwendung erleben zu lassen, um Veränderungen anzuregen. Das Konzept kann sowohl im stationären wie auch im ambulanten Setting angeboten werden. Es gibt 12 vorgeschlagene Gruppensitzungen. Dabei handelt es sich um ein Therapieangebot das im Prozess ergänzt und den jeweiligen Gruppen angepasst werden kann.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie, Gruppentherapie für chronischen Schmerzpatienten; Integrative Schmerzbewältigung; Schmerzbewältigungs Therapie, Schmerzbewältigungs Konzept

Summary: Integrative Group Therapy for Chronic Pain - A Concept for Pain Management.

The presented work is a group-therapeutic concept for integrative therapy with chronic pain patients. Various features and factors of pain will be presented. Factors that influence pain, positively or negatively, will be illustrated. Concepts, of the purpose of pain, are developed. The consideration of relevant, integrative theories forms a framework, on which pain management therapy is based. There are also group-therapeutic considerations. The concept of pain management therapy in a group provides a structure for implementation of the relevant aspects of pain management. It also ensures that patients can experience practical implications, to stimulate change in their personal pain management. The concept can be offered both in an in- and outpatient setting. Anticipated are 12 group meetings, offering a flexible range of therapies that complement and are adjustable to the group process.

Key Words: Integrative Therapy, Group Therapy for chronic pain patients, Integrative Pain Management, Pain Management Therapy, Pain Management Concept

Literaturverzeichnis

Basler H-D., Franz C., Kröner-Herwig B., Rehfisch H.P. (2004): Psychologische Schmerztherapie; Berlin: Springer

Baumann S. Städeli I. (2006): Erheiterung und Schmerz – eine FACs-Studie. Bad Zurzach: Humorkogress

Bolliger A. (2007): Der Einfluss von Akzeptanz auf die Befindlichkeit chronischer Schmerzpatienten. Diplomarbeit im Fach Psychologie an der Universität Trier

Frankenstein Anft A., (2008): Integrativen Differentiellen Relaxation (IDR) in der Psychotherapie – Möglichkeiten und Grenzen im dyadischen Setting. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* 10/2008

Fröhlich C., Jacobi F., Wittchen H-U: DSM-IV pain disorder in the general population. An exploration of the structure and threshold of medically unexplained pain symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2006), 256: 187–196

Eisenberger, N.I., Lieberman, M.D., Williams, K.D. (2003): Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science* 302 (5643) 290-292

Egle T., Derra c., Nix, W.A., Schwab R.,(1999): Spezielle Schmerztherapie: Leitfaden für Weiterbildung und Praxis. Stuttgart: Schattauer

Goldberg R..T, Golstein R. (2000): A comparison of chronic pain patients and controls on traumatic event in childhood. *Disability and Rehabilitation* 22: 756-763

Hasenbring M., Pfingsten M., Psychologische Mechanismen der Chronifizierung – Konsequenzen für die Prävention. In *Psychologische Schmerztherapie*; Berlin, Heidelberg New York: Springer

Heinl. H., Heinl P. Körperschmerz – Seelenschmerz. Die psychosomatik des Bewegungssystems. Ein Leitfaden. München. Kösel

IASP International Association fort he study of pain (1997): Pain terms: A list with definitions & notes for usage. *Pain* 6, 35- 46

Kelso, S. (1995): *Dynamic Patterns*. Cambridge: MIT Press, in Petzold 2002b

Basler H-D., Kröner-Herwig B (1998): *Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen: Das Marburger Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppen- und Einzeltherapie*. München: Urban & Vogel

Loeb P. (2008): Psychosomatik-Integration oder Polarisierung. *Psychotherapieforum*, 16. 3-7

Matthias (2009): Schmerz! Und es tut weh. In *Aber warum Herr Pfleger?* www.herrpfleger.de

Miltner, W. H. R., & Weiss, T. (2007): Cortical mechanisms of hypnotic pain control. In G. A. Jamieson (Ed.), *Hypnosis and Conscious States. The Cognitive Neuroscience Perspective.* (pp. 51-66). Oxford: Oxford University Press

Orth, I., Petzold, H.G. (1995b): Gruppenprozeßanalyse - ein heuristisches Modell für Integrative Arbeit in und mit Gruppen. *Integrative Therapie* 2, 197-212

Petzold, H.G., 1970b. Some important techniques of psychodrama. Vidareutbildningskurs i psykiatri. Hrsg. E. Franzke, St. Sigfrid Sjukhus, Växjö. Teilweise dtisch. in: *Petzold* (1977a)

Petzold, H.G. (2002b): Zentrale Modelle und Kernkonzepte der Integrative Therapie “. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 02/2002. Überarbeitete Version, Kernkonzepte II, 2006

Petzold, H.G. (2. überarb. u. erw. Aufl. 2003a): *Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende. Psychotherapie.* Paderborn: Junfermann

Petzold, H.G., Sieper J. (2002): Das Leibsubjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* 07/2002 und in 2003a, 1051-1092

Petzold, H.G., Sieper, J., Orth, I. (2005): Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“ Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 02/2005

Petzold, H.G., Sieper, J. (2007a/2008): *Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie.* 2 Bde. Bielefeld: Sirius. Auszugsweise in: [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 02/2008

Petzold, H.G. (2009b): Leiblichkeit als „informierter Leib“ in Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnissen, – die (derzeitige) Sicht der Integrativen Therapie zum „psychophysischen Problem“ Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 02/2009

Petzold, H.G. (2009e): Einige Bemerkungen zur Wissensstruktur der Integrativen Therapie für PsychotherapeutenkollegInnen. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2009

Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. *Psychologische Medizin* 1 (Graz) 20-33

Petzold, H. G. (2009h): Mentalisierung und die Arbeit mit der „Familie im Kopf“. Die „repräsentationale Familie“ ein Basiskonzept integrativ-systemischer Entwicklungstherapie für die familientherapeutische und sozialpädagogische Praxis, *Integrative Therapie* 04/2009

Rinpoche S. (1998): Funken der Erleuchtung. Bern:Scherz

Ruoss M. (1998): Psychologie des Schmerzes – Chronische Schmerzen in kognitiv-psychologischer Perspektive. Göttingen: Hogrefe

Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2002

Tölle T.R. & Berthele A., (2004): Biologische Mechanismen der Chronifizierung - Konsequenzen für die Prävention. In Basler et al. Psychologische Schmerztherapie; Berlin: Springer