

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale 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 biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

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

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

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

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

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

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

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 30/2017

Zum Problem der Vorannahmen und Psychopathologisierungen in der Arbeit mit Schmerzpatienten

*Diana Enders**

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>). Aus der EAG-Weiterbildung „Poesie- & Bibliothherapie, Biographiearbeit, Kreatives Schreiben“

Gliederung

1.	Einleitung.....	S. 2
2.	Wahrnehmung der Schmerzpatienten in der Literatur der IT.....	S. 4
3.	Das Konzept des Informierten Leibes.....	S. 7
4.	Zur Situation von Schmerzpatienten.....	S. 8
4.1.	Einsamkeit durch Rollen-, Autonomie- und Sprachverlust.....	S. 8
4.2.	Psychopathologisierung.....	S. 9
4.3.	Möglichkeit der Schmerzkontrolle.....	S. 11
5.	Fazit.....	S. 14
6.	Zusammenfassung/Summary.....	S. 17
7.	Literaturverzeichnis.....	S. 18

1. Einleitung

Diese Arbeit bildet den Abschluss einer Zeit, in der ich in einem Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie und Psychosomatischer Medizin in Jerichow im nördlichen Sachsen-Anhalt gearbeitet habe und gleichzeitig an EAG/FPI in Hückeswagen an einer Weiterbildung zur Integrativen Poesie- und Bibliotherautin teilnahm. Der Ausgangspunkt dieser Arbeit war meine Tätigkeit auf einer neurologischen Station, die mit dem Programm einer „Multimodalen Schmerztherapie“ auf der Basis des biopsychosozialen Modells Patienten mit chronischen Schmerzen behandelte und in das ich bibliotherautisch eingebunden war. Der dauerhafte, also seit mindestens drei bis sechs Monaten anhaltende Schmerz beeinträchtigt diese Patienten und ihr gesamtes Umfeld sehr, meistens aber ohne dass sie eine „rechtschaffene“ Krankheit oder eine Begründung für ihren Schmerz vorweisen könnten. Der Ort des Schmerzes im Körper war für die Aufnahme auf die Station nicht ausschlaggebend, sondern die Dauer und die Erfolglosigkeit früherer Behandlungen. So gab es Patienten mit den unterschiedlichsten Kopfschmerzen, mit Rückenschmerzen, aber auch mit Schulter-, Knie- oder Bauchschmerzen. Seit 2009 ist die chronische Schmerzerkrankung als eigenständige Krankheit anerkannt und wird im deutschen ICD-Schlüssel geführt.

Ein schwieriger Punkt meiner Arbeit bestand darin, Männern und Frauen im meist mittleren bis höheren und sehr hohen Alter, die aufgrund ihrer bisher erfolglos behandelten Schmerzen in die Klinik gekommen waren, zu erklären, warum einmal in der Woche Bibliothek auf ihrem Therapieplan stand. Für mich selbst stand der Sinn der Bibliothek außer Frage: Dass Literatur helfen kann in den verschiedensten Lebenslagen, ob nun als direkter Trost durch das Lesen von Gedichten, die mit Rhythmus und Klang das Herz berühren oder die Erfahrung, dass ein anderer Mensch, selbst wenn er vor Jahrhunderten lebte, uns nah sein kann durch sein Fühlen und Denken oder durch das eigene Schreiben, das das Chaos der Gefühle ordnet, den Kopf klärt oder uns wieder anbindet an die eigene Geschichte. Die Schmerzpatienten in ihrer überwiegenden Mehrheit allerdings waren nicht bereit, sich ohne Weiteres auf das Hören, Lesen, Vorlesen, Reden oder gar Schreiben einzulassen. Sie erwarteten vom Krankenhaus und der Schmerzstation in der Hauptsache physiotherapeutische Behandlung und vermuteten zum Teil sogar misstrauisch hinter der Bibliothek, ebenso hinter anderen kreativen Therapien, einen Trick der Ärzteschaft, ihnen die ihnen

zustehende Physiotherapie vorzuenthalten und sie stattdessen in die „Psychoecke“ abschieben zu wollen. Um diesem Eindruck entgegen zu wirken, wurde die Therapie mit rational einleuchtenden Informationen begonnen, die die positiven Effekte der Bibliotherapie herausstrichen, wie z.B. die Ablenkung vom Schmerz durch die Konzentration auf ein Buch, Trost oder Informationen ganz praktischer Art durch Ratgeber oder Bücher ehemaliger Patienten, die über ihre Erfahrungen berichteten. Ich arbeitete mit der Zeit überwiegend rezeptiv und versuchte das Gemeinschaftsgefühl zu stärken. Eine offene Atmosphäre in der Bibliothek konnte den Zugang zu den Patienten zwar etwas verbessern, dennoch blieb ein seltsames Misstrauen, das ich so von Patienten anderer Stationen nicht kannte und dieser Widerstand blieb mir rätselhaft. Die Fragestellung für diese Arbeit hat sich daher aus dem schrittweisen Herantasten an ein „komisches“ Gefühl ergeben, welches ich ergründen wollte. Die anfängliche Frage, welche Art von Literatur sich speziell für Schmerzpatienten eignen könnte, änderte sich bald, weil klarer wurde, dass der Frage, wie und womit ich bibliotherapeutisch mit Schmerzpatienten besser arbeiten könnte, noch die Frage nach den speziellen Bedingungen und Lebensumständen dieser Patientengruppe voran gestellt werden musste, wenn die Lücke im Verstehen sich schließen sollte.

2. Wahrnehmung der Schmerzpatienten in der Literatur der IT

Die Suche nach Literatur über Schmerzpatienten oder auch von Schmerzpatienten erwies sich als schwieriger, als Literatur zu finden über Programme und Ratgeber, wie Schmerzen behandelt und bewältigt werden könnten oder was Schmerz sei. Obwohl die Hoffnungen, die Menschen in solche Bücher setzen, vollkommen verständlich sind, denn Schmerzen sind etwas, was man schlecht ertragen kann und um jeden Preis loszuwerden versucht, so machten dennoch bereits die Titel deren Ausrichtung deutlich. Sie suggerieren, dass mit der richtigen Technik und der richtigen inneren Einstellung der Schmerz erfolgreich zu bewältigen sei. Und auch wenn es bewundernswert und unterstützenswert ist, wenn Schmerzpatienten dem Schmerz aktiv entgegen zu treten versuchen, so bleibt doch das Problem bestehen, dass es für den Erfolg keine wirkliche Garantie geben kann.¹ Auch die IT hat verschiedene Arbeiten beigetragen, die für diese

1 Ich möchte an dieser Stelle nur drei Titel aufführen: Jutta Richter: Schmerzen verlernen. Die erfolgreichen Techniken der psychologischen Schmerzbewältigung, Anleitung und Übungen zur Selbsthilfe, Springer 2013. Oder: Barbara Glier: Chronische Schmerzen bewältigen. Verhaltenstherapeutische Schmerzbehandlung, 4. Auflage, Klett-Cotta 2016. Auf der Schmerzstation selbst wurde mit Beverly E. Thorn: Cognitive Therapy for Chronic Pain, New

Arbeit mit Gewinn gelesen wurden, wobei auffallend ist, dass sich besonders Bewegungstherapeuten dieses Themas annehmen. Die Konzepte, die Ludwig, Balk oder Junghaeni auf der Basis der Konzepte der IT für Schmerzpatienten entwickelt haben, sind ein hervorragendes und sinnvolles Angebot.²

In der Literatur zur Integrativen Therapie wird darauf hingewiesen, dass der Mensch in seinem ganzen Menschsein im gegenwärtigen Gesundheitssystem ein Stück weit verloren geht, da das Hauptziel darin besteht, die „Arbeitsfähigkeit“ des Patienten, also seine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, wieder herzustellen und um dieses Ziel zu erreichen, wird viel investiert.³ „Krankheit unterliegt also einem Verdinglichungsprozess (Hypostasierung), der das Kurieren von Krankheiten selbst zum Produktionsprozess generiert. In der Verantwortung des Individuums liegt die Pflicht, eine gesunde Lebensweise zu praktizieren (Ernährung, Sport, Vorsorgeuntersuchungen, Lebensführung), um einer Erkrankung vorzubeugen oder sie zumindest in ihrem Schweregrad zu minimieren.“⁴ Eine Zulassungsvoraussetzung für die Aufnahme in das Schmerzprogramm der „Multimodalen Schmerztherapie“ war neben der Dauer und der Erfolglosigkeit der Behandlungen z.B., dass der Patient häufig medizinische Versorgung in Anspruch genommen hatte, aber auch **kein** Antrag auf Invalidisierung vorlag. Bei aller echten Sorge um die Gesundheit der Patienten erscheint schlussendlich das Problem, dass Krankheiten die Sozialkassen belasten und der Kranke also eine finanzielle Last für die Gesellschaft ist, als die Basis aller weiteren Behandlungsschritte. In der Konsequenz stehen zum einen verhaltenstherapeutische Maßnahmen auf dem Behandlungsplan, die dem Patienten zügig einen besseren Umgang mit seinem Schmerz antrainieren sollen, aber natürlich auch psychologische Begleitung. Ich teile aber die Position von Annemieke Balk nur zum Teil, wenn sie schreibt: „Die Fokussierung auf den Schmerz, die damit verbundene Diagnostik und Behandlung verunmöglicht größere Zusammenhänge herauszufinden und einen Umgang zu finden.“⁵, weil es auch wichtig ist zu erwähnen, dass die Diagnostik und Behandlung durchaus die größeren Zusammenhänge für den Patienten aufzeigen kann und dies auch tut, aber sich trotzdem nicht zwingend ein Behandlungserfolg einstellen muss. Hier liegt ein schwieriger Punkt

York The Guilford Press 2004 gearbeitet.

- 2 Annemieke Balk: Integrative Gruppentherapie bei chronischen Schmerzen – ein Konzept zur Schmerzbewältigung. In: Polyloge 20/2011; Muriel Junghaeni: „Schmerz lass nach“ Wege der Schmerzbehandlung in der Integrativen und klinischen Therapie. In: Polyloge Graduiierungsarbeiten 01/2001; Hermann Ludwig: Bewegungstherapie bei chronischen Schmerzen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland – Möglichkeiten und Grenzen aus Sicht der Integrativen Supervision. In: Polyloge 4/2013.
- 3 Heike Bader: Wider die Pathologisierung der Krankheit. Krankheit als anthropologisches Faktum aus integrativtherapeutischer Sicht. In: Polyloge 09/2016, S.10.
- 4 Bader, S. 11.
- 5 Balk, S. 5.

für die Arbeit in einem klinischen Setting. Dass für chronische Schmerzpatienten, wenn sie sich entwickeln wollen, „geistig/kognitives, seelisch/emotionales, körperlich/sensomotorisches, volitives und soziales/ökologisches Lernen“⁶ bedeutend ist, ist unleugbar, dennoch stoßen wir hier an eine Grenze, denn, wie kann das geleistet werden? Auch der umfangreiche Aufsatz von Ludwig stimmt ein in die berechtigte Kritik am Gesundheitssystem und an gesellschaftlichen Tendenzen, allerdings wird deutlich, dass ein so umfangreicher und wünschenswerter Ansatz, wie ihn die IT vertritt, im gegenwärtigen Gesundheitssystem kaum objektivierbar erfolgsorientiert abrechenbar sein kann. Eine Krankheit wie der chronische Schmerz kann nicht getrennt werden vom Menschen selbst, seiner sozialen und ökologischen Umwelt, seiner Geschichte. Aber dies bedeutet eine Überforderung eines Systems, welches nach Einheiten abrechnen muss. Deswegen sind Programme wie die „Multimodale Schmerztherapie“ einerseits in sich stimmig, wenn sie mit verhaltenstherapeutischen Methoden arbeiten, andererseits schaffen sie neue Probleme, wenn z.B. die chronischen Schmerzpatienten trotz ihrer Behandlung nicht die gewünschten Effekte zeigen oder deutlich wird, dass ein großer Teil der Ursachenforschung abgespalten werden muss oder nur angeschnitten werden kann.

Die Schmerztherapeutin Ursula Frede untersuchte die Situation von Schmerzpatienten aus ihrer eigenen Sicht als Betroffener und ebenso aus therapeutischer Sicht.⁷ Am Beginn ihres Buches, steht ein Zitat, wonach Schmerz ein radikales Scheitern der Sprache wäre. Der eigentliche tiefe Schmerz scheint nicht sagbar zu sein. Die Beobachtung, dass über echten Schmerz nicht (so schnell) gesprochen werden kann, verdeutlicht auf der anderen Seite die Notwendigkeit einer längerfristigen Behandlung von Schmerzpatienten, um Vertrauen aufzubauen und Veränderungen zu bewirken. Der Artikel von Hilarion Petzold über die Altenarbeit konnte sehr viel zur Klärung meiner Fragen beitragen, da es viele Parallelen zwischen beiden Patientengruppen gibt und der Aufsatz außerdem das Erleben der Menschen ausgedrückt in Worten und Gedichten aufnimmt und somit die Patienten selbst zu hören sind. So sind z.B. auch viele Schmerzpatienten dem Sprechen entwöhnt oder sie neigen, ebenso wie ein Teil der alten Menschen dazu, sich in „Worthülsen der Resignation“ zu verlieren.⁸

6 Ebd., S. 8.

7 Ursula Frede: Herausforderung Schmerz. Psychologische Begleitung von Schmerzpatienten, Pabst Science Publishers 2007.

8 Hilarion Petzold: Poesie- und Bibliothherapie mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden. In: Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache, Poesietherapie, Bibliothherapie, Literarische Werkstätten, AISTHESIS VERLAG 2009, S. 249-292.

Der Artikel über die persönliche innere Souveränität⁹ von Hilarion Petzold und Ilse Orth über das Konzept der „inneren Souveränität“ bildete einen Ausgangspunkt für Überlegungen, in welche Richtung nach Abschluss dieser Arbeit zu arbeiten sein wird.

3. Konzept des informierten Leibes

Hilarion G. Petzold entwickelte das Konzept des informierten Leibes als eines der Kernkonzepte der Integrativen Therapie. Dieses Konzept besagt, dass jegliche Erfahrung, die ein Mensch in seiner Lebenszeit gemacht hat, in seinem Leib abgespeichert ist oder anders ausgedrückt, einen Abdruck in ihm hinterlassen hat. Anfängen von der frühen Kindheit, von der noch keine Worte, aber Geräusche, Gerüche oder Atmosphären später dann auch Bilder erinnert werden können bis ins hohe Erwachsenenalter, wo ebenso jede Erfahrung, jedes Erlebnis, jede Szene, aber auch jeder Schmerz eine Spur in uns hinterlässt. Diese Informationen bilden unseren Leib, wobei bilden hier nicht (nur) im Sinne von Wissen, sondern von ausdrücken oder hervorbringen oder verwahren verstanden werden muss.

Was ist der Leib? Zunächst und vor allem ist er die Grundlage jeglicher Wahrnehmung, die wir überhaupt machen können, gleichzeitig ist er in Bewegung in seinem Lebensraum und dadurch mitbeteiligt an der Schaffung neuer Erfahrungen, die er dann speichert.

„Der wahrnehmungs-, handlungs-, speicherfähige menschliche Körper/Organismus, der eingebettet ist in die Lebenswelt, wird durch seine Fähigkeiten zur „Verkörperung“, zur „Einleibung“, zur „schöpferischen Gestaltung“ in Enkulturations- und Sozialisationsprozessen zum „subjektiven Leib“, zum „bewegten Leibsubjekt“, das sich mit seinen Mitsubjekten kokreativ interagierend in seinem Kontext/Kontinuum bewegt (interacting subject embodied and embedded).“¹⁰

In Bezug auf chronische Schmerzerkrankungen ist das Konzept des „Informierten Leibes“, also dass unser Leib weiß, was mit uns ist, von allerhöchster Brisanz, denn es würde bedeuten, dass der Schmerz, den die Schmerzpatienten als körperlichen Schmerz erleben, eine Verkörperung ist, eine legitime Reaktion auf vergangene Erfahrungen.

9 Hilarion Petzold/Ilse Orth: Wege zum „Inneren Ort persönlicher Souveränität“ - „Fundierte Kollegialität“ in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie. In: Polyloge 1998/2014.

10 Petzold, Hilarion G.: Körper-Seele-Geist-Weltverhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis, In: Textarchiv H. G. Petzold et al. 2009, S.6.

„Der verleblichte Niederschlag differentieller Information über das Zusammenwirken von somatischem Binnenraumerleben und Kontexterleben in der „Selbsterfahrung“ (d.i. Im „Leibgedächtnis“ festgehaltene Erfahrung multipler Stimulierung) ist Grundlage des „informierten Leibes [...]“.¹¹

4. Die Situation von Schmerzpatienten

4.1. Einsamkeit durch Rollen-, Autonomie- und Sprachverlust

Den chronisch Schmerzkranken belastet, dass er seinem Umfeld zur Last fällt, damit aber nicht in erster Linie seine Person, sondern vielmehr das, was er beim Gesunden mit seiner Erkrankung auslöst.¹² Gerade wenn eine Erkrankung dauerhaft wird, ist es für alle Beteiligten schwer, wenn nicht gar unmöglich, dauerhaft positiv und zugewandt zu bleiben. Schnell stehen gegenseitige Anschuldigungen im Raum, die aus einer Überlastung auf beiden Seiten resultieren. Für eine gelingende positive Einordnung einer Erkrankung in die jeweilige Biografie ist ja eigentlich die Voraussetzung, dass die Erkrankung überwunden werden kann, etwas, wovon die Schmerzpatienten offenbar nicht ausgehen können bzw. ist ihnen die Hoffnung dazu verloren gegangen. Es scheint daher für sie nötig zu sein, eine sie entlastende Erklärung für ihren Schmerz zu produzieren (z.B. harte körperliche Arbeit, Selbstausschöpfung, Ärzteversagen u.ä.), um diesem Druck von außen aber auch von innen standhalten zu können. Die Entmutigung, die Erschöpfung und natürlich auch die stillen Vorwürfe, die die Krankheit bei ihrem Umfeld auslöst, ist für die Schmerzkranken deutlich spürbar und sie reagieren darauf mit Rückzug.

Abgesehen von diesen ersten Überlegungen ist Einsamkeit eine soziale Realität, weil Gesunde und Kranke nach anderen Regeln leben. Der sehr häufig auch in der Schmerzkonferenz gehörte Vorschlag (oder eher Vorwurf), der Patient solle sich nicht so stark zurück ziehen, sondern solle dazu angehalten werden wieder mehr am sozialen Leben teilzunehmen, ist bei genauerer Betrachtung den Kranken gegenüber nicht fair, denn wer möchte mit Kopfschmerzen ins Kino gehen? Es ist vielmehr sogar so, dass diese Vorschläge eher der Entlastung der Umwelt dienen und Ausdruck einer gewissen Hilflosigkeit sind, ob nun vom Krankenhauspersonal oder von Angehörigen.

Gleichzeitig ist es natürlich auch eine negative Spirale: Einmal abgebrochene oder

11 Ebd..

12 Frede, S. 61.

vernachlässigte Kontakte sind nur sehr mühsam zu reaktivieren und vor allem ziehen sie eine sprachliche Verarmung der Person nach sich, deren Ausdrucksmöglichkeit immer weiter abnimmt bis er, wie Petzold es für alte Menschen beschrieben hat „im Perseverieren verödet oder in das Verstummen führt.“¹³

Die Einsamkeit ist Folge der Verkargung oder Reduzierung des Rollenrepertoires der Schmerzkranken. Viele der Rollen, die er einmal gespielt hat, gibt er auf. Jeder, der eine Krankheit durchlebt hat, weiß, wie traurig und verletzend es ist, wenn auch absolut unabänderlich, im Schlafzimmer das Bett zu hüten, während in der Küche die Familie und vielleicht sogar Gäste um den Tisch versammelt sind und ihr Lachen durch die Türen dringt und der Kranke den Eindruck erhält, dass sein Nichtdabeisein eigentlich nicht auffällt und man darüber hinaus noch auf Hilfe angewiesen ist bei elementaren Dingen wie einem Glas Wasser. Für einen chronisch Kranken bewirkt seine Situation eine Abnahme seiner Kontakte, konkret eine Verminderung seiner Gelegenheiten mit anderen zu sprechen. Die Krankheit eines Menschen verändert seinen Status innerhalb der Gemeinschaft grundlegend und im Falle eines chronisch Kranken dauerhaft.¹⁴ Er lebt nun nach eigenen Gesetzen. Er muss sich völlig anders organisieren.¹⁵

Darüberhinaus verändert eine Krankheit nicht nur die Biografie des betroffenen Menschen, sondern auch die seiner Angehörigen bzw. seines ganzen Umfelds.¹⁶ Die körperlichen Schmerzen der chronisch Schmerzkranken sind nicht mit den vorübergehenden Schmerzen eines grundsätzlich Gesunden vergleichbar. Die Beschränkung der Autonomie eines Grippekranken ist zeitlich begrenzt und wird gern akzeptiert und in Kauf genommen, seine Rollen mit seinem Körper allerdings dauerhaft nicht wahrnehmen zu können, führt unweigerlich zu Vereinsamung und verdoppelt den Schmerz, denn das Leben läuft weiter, während der Kranke krank sein muss.

4.2. Psychopathologisierung

Ein weiterer Punkt, der die Situation von chronisch Schmerzkranken charakterisiert, ist die Psychopathologisierung, was bedeutet, dass mehr oder weniger psychische Probleme hinter den Schmerzen der Patienten vermutet werden. Und obwohl ich stets

13 Petzold, Altenarbeit, S. 249.

14 Balk, S. 8.

15 Paul Ricoer: Der Unterschied zwischen dem Normalen und dem Pathologischen als Quelle des Respekts, In: Johanna Sieper, Ilse Orth, Waldemar Schuch (Hg.): Neue Wege integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit, Bielefeld und Locarno 2007, S. 262.

16 Bader, 13.

meinte, meine Patienten nicht zu bewerten oder zu beurteilen, ist mir deutlich geworden, dass ich ebenso wie viele meiner Kollegen inneren Erklärungsmustern folgte oder ihnen gern erlag. Auch wenn die Frage nach der Ursache des Schmerzes durchaus berechtigt ist, besonders wenn keine organischen Ursachen zu finden sind und Interpretationen (Hilfsangebote, gutgemeinte Ratschläge) fast schon automatisch von allen Seiten geliefert werden, so scheint mir dies der entscheidende Punkt zu sein, um dem durch Widerstand geprägten Verhältnis der Patienten zur Arbeit mit Literatur auf die Spur zu kommen. Die Schmerzkranken nehmen die Vorbeurteilung ihrer Person sehr sensibel wahr und begeben sich daher mit verständlichem Misstrauen in neue Situationen. Darüberhinaus verhindert in dieser Situation auch die Interessenslage des Gesundheitssystems eine ehrlichere Beziehungsbildung. Bader hat es hart aber herzlich auf den Punkt gebracht: „Was soll Psychotherapie bewirken? Dass der Patient/Klient seine Krankheit als Übel begreife, das es als etwas Unnormales zu bekämpfen und zu überwinden gelte? Dass er in seinen Ressourcen gestärkt werde, um daraufhin in prekären Arbeitsverhältnissen besser funktionieren zu können?“¹⁷

Es verbirgt sich hinter der Psychopathologisierung also die bewusste oder unbewusste Annahme des Therapeuten oder der gesamten betreuenden Umgebung, dass der Schmerz für den Patienten einen Sinn hat, der frei zu legen wäre, auch wenn der Patient selbst davon (noch) nichts weiß! Auf diesen Grund seiner Erkrankung möchten wir, also die Therapeuten und Ärzte, vordringen und den Patienten zu einer Beschäftigung mit diesem Grund in gewisser Weise zwingen. Das ist eine schwierige Situation, weil einerseits gesagt werden muss, dass sich alle im Krankenhaus erdenkliche Mühe geben, die Situation für den Kranken zu verbessern und andererseits lässt diese Denkweise dem Patienten wenig Spielraum. Denn wenn wir Krankheit als legitime Reaktion auf die aktuelle Lebenswelt des Patienten verstehen und das „Unterstellen einer Sinnhaftigkeit [...] als heilendes Wirken gegen Entfremdungszustände [...] sehen...“¹⁸, dann funktioniert das nur, wenn der Patient wirklich von sich aus diese Wege geht. Allzu oft scheinen aber Vorannahmen und Typisierungen der Behandler diesen Prozess zu unterlaufen. Der Vermutung zum Beispiel, dass die private Situation der Grund für den Schmerz sei und der Schmerz als Botschaft des Körpers an die Seele zu verstehen sei, kann wenig entgegen gesetzt werden, weil jeder Mensch immer wieder in vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen Lebenssituationen an Punkte gelangt, die als absolut verfahren bezeichnet werden müssen. Das ist normal und das ist richtig und trotzdem

17 Ebd., S. 6.

18 Ebd., S. 16.

muss es für den Patienten nicht stimmen. Dass der Patient „nur“ an seiner Lebenssituation etwas ändern müsse um wieder gesund zu werden, ist vom Prinzip her ja nicht grundsätzlich falsch, aber nutzlos und falsch scheint zu sein, wenn dieser Rat“schlag“ von der Umgebung kommt, denn einen Ratschlag zu bekommen meint: Der Patient hat etwas falsch gemacht.¹⁹ Die damit einhergehende Vorbewertung der Patienten im Sinne von, dass da einer mehr über mich weiß als ich selbst, wird von diesen gespürt und so ziehen sie sich aus der Beziehung zurück oder lassen sich erst gar nicht darauf ein. Dass die Ratschläge der vermeintlich Gesunden als anmaßend empfunden werden, ist eigentlich ein gesunder Reflex, denn das „Streben - oder eher die Forderung – nach Heilung setzt diese Abwertung (der Krankheit, D.E.) voraus.“²⁰ Etwas anderes ist es, wenn sich die Patienten selbst diese Sinngebung aussuchen. Dann setzt das zunächst Energien frei. Ludwig schreibt: „Von entscheidender Bedeutung ist darüber hinaus die Tatsache, dass sowohl die beschriebenen Einflussfaktoren wie auch der Schmerz immer auch als subjektiv-personal erlebtes Leid erfahren werden, das außerdem vor dem Hintergrund der eigenen Biografie bewertet oder interpretiert wird.“²¹ Jeder meiner Patienten hat seinen Schmerz interpretiert. Die schwierige Frage, wann es sich bei der Interpretation um ein oberflächliches Erklärungsmuster handelt, das den Problemen eher ausweicht als sich ihnen zu stellen und wann um ein vertieftes Verständnis des eigenen Schmerzes, kann kaum beantwortet werden, da ja jeder Patient in seinen eigenen Prozessen steckt. Ich habe viele Patienten kennen gelernt, die sich auf bestimmte Narrative zurück gezogen hatten, die ungefähr so klangen: „Ich bin ja die gewesen, die immer für alle war und die nie nein gesagt hat. Und was habe ich nun davon?“ oder „Von jetzt ab mache ich alles anders, ich werde von nun an auf meinen Körper hören, jetzt mache ich Sport.“ Viele andere haben geschwiegen oder hatten vielmehr aufgehört zu sprechen oder hatten verlernt sich auszudrücken.

4.3. Möglichkeit der Schmerzkontrolle

Ein anderer Punkt im Zusammenhang mit der Psychopathologisierung, der das daraus erwachsende Dilemma für die Schmerzpatienten noch komplizierter macht, ist Idee der prinzipiellen Kontrollierbarkeit von Schmerz. Es ist die Annahme, dass der Patient seinen Schmerz in den Griff bekommen könnte, wenn er nur wirklich wollte und seinen

19 Ricoeur, S. 266. Zur Gleichsetzung von Behandlung und Strafe im kollektiven Unbewussten.

20 Ebd., S. 263.

21 Ludwig, S. 7.

Willen genug anstrenge. Kognitive Schmerzbewältigungsprogramme, wie das Positive Denken oder das Fakir-Modell gehören in diesen Bereich, aber auch Fragen nach der Lebensführung der Patienten, nach Rhythmus und Balance. Diese Fragen sind natürlich wichtig, aber es scheint doch zu kurz gegriffen, einem Patienten mit chronischen Schmerzen zu vermitteln, wenn er wirklich gesund werden wollen würde, vernünftig wäre, sich disziplinieren würde und Entspannungstechniken anwenden, Ernährungsratschläge befolgen und den Bewegungsplan einhalten würde, dann würden die Schmerzen verschwinden.²² Die Dauer des Schmerzes über Monate und Jahre ist dabei in seinen Auswirkungen auf die Motivation der Patienten nicht genügend berücksichtigt. Auch Ludwig ist in dieser Annahme gefangen, wenn er schreibt: „Als einen personenspezifischen mentalen Stil könnte man beispielsweise das bereits oben erwähnte Konstrukt der Kontrollüberzeugung ansehen. So können Menschen eine auf Wissen und Erfahrung gründende Überzeugung erlangen, selbst gegen ihre Schmerzen etwas unternehmen zu können (internale Kontrollüberzeugung), oder aber sie entwickeln die Gewissheit, dass nur ein Fachmann, eine Fachfrau ihre Schmerzen beseitigen kann und fallen so nicht selten in eine passive Versorgungshaltung (external-personenbezogene Kontrollüberzeugung).“²³ Es ist aber nicht unproblematisch bei Patienten mit chronischen Schmerzen eine internale Kontrollüberzeugung ausschließlich positiv zu bewerten und eine externale Kontrollüberzeugung als Versorgungshaltung abzuwerten, denn es zieht zum Beispiel nicht in Betracht, was es mit dem Patienten macht, wenn trotz starker Bemühungen und Anstrengungen von seiner Seite die Schmerzen nur wenig oder gar nicht oder nur kurzfristig besser werden und auf der anderen Seite kann eine externale Kontrollüberzeugung auch eine realistische Einschätzung der Gesamtsituation darstellen und somit positiv entlastend sein, weil sie an einem gewissen Punkt auch sagen können: Ich habe getan, was ich konnte, ich weiß nicht mehr weiter, jemand muss einspringen. Die Logik der internalen Kontrollüberzeugung und/oder der kognitiven Schmerzbewältigungsprogramme schafft leider auch in einem nächsten Schritt das Problem, dass der Patient, wenn sich seine Schmerzen nicht verringern, dafür die alleinige Verantwortung trägt. Er kann niemanden die Schuld geben, außer sich selbst. Es nicht „geschafft“ zu haben, ist eine

22 Nach Ursula Frede werden die persönlichen Einflussmöglichkeiten in kognitiven Schmerzbewältigungsprogrammen deutlich überschätzt. Neurobiologische Steuermechanismen sehen deutliche Grenzen des freien Willens. Siehe Frede, S. 38f..

23 Ludwig, S. 9. „Maladaptive Schmerzbewältigungsstrategien entstehen häufig durch das Fehlen einer verlässlichen Bezugsperson, aber auch durch überfürsorgliche Partner sowie durch belastende Lebenssituationen (drohende Kündigung des Arbeitsplatzes, Pflege Angehöriger etc.)“ Ebd., S. 3. Bei dieser Aufzählung von schwierigsten Lebensumständen erscheint die Entwicklung einer maladaptiven Strategie nicht überraschend.

niederschmetternde Botschaft für jeden Patienten, der sich auf die Kontrollüberzeugung eingelassen hatte.

Die komplizierten Vorgänge zwischen Schmerzpatienten und den sie behandelnden Ärzten und Therapeuten aber auch den Angehörigen werden vor dem Hintergrund der Doppelbindungstheorie klarer. Bei lang anhaltenden chronischem Schmerz wird die Eigenverantwortlichkeit des Patienten bei der Therapie betont, gleichzeitig soll der Patient die Verantwortung an das Team im Krankenhaus abgeben, in welches er ja kommt, um seine Schmerzen behandeln zu lassen, weil er nicht mehr weiter weiß. Setzt eine Besserung ein, wird der Erfolg dem Team und seinen professionellen Methoden zugeschrieben, bei Misserfolg der Behandlung dies der Eigenverantwortlichkeit des Patienten, seiner behaupteten mangelnden Mitarbeit oder seiner fehlenden Motivation am Bestehenden etwas zu ändern. An die Autonomie der Patienten wird also erst dann appelliert, wenn die Medizin nicht mehr weiterkommt und das Postulat der Eigenverantwortlichkeit dient hier somit in erster Linie der Entlastung des Umfeldes.²⁴ Wie tief dieses Denken in uns verankert ist, wurde mir deutlich beim Lesen der Aussage, dass heute psychosoziale Faktoren übereinstimmend von Schmerzforschern als eine der wesentlichsten Risikofaktoren für die Schmerzchronifizierung angesehen würden. Sie hätten sogar einen höheren Stellenwert als biomedizinische Faktoren und die Identifikation von Chronifizierungsbedingungen würde sich immer mehr auf den psychosozialen Bereich konzentrieren.²⁵ Je mehr man sich in diese Thematik hineinbegibt, umso so aussichtsloser stellt sich die Situation für den Schmerzpatienten dar. Da ich keineswegs eine Fachfrau bin, möchte ich hier nur einige der Zuschreibungen nennen, die im Zusammenhang mit chronisch Schmerzkranken auftauchen: maladaptive schmerzbezogene Kognition, primärer und sekundärer Krankheitsgewinn, inadäquate Schmerzbewältigungsstrategien oder operante Konditionierung. Auch Ludwig, der sich um eine ausgewogene Darstellung bemüht, schreibt im Indikativ: „Ihre Idealvorstellung von Unabhängigkeit, Aktivität oder auch Altruismus konkurriert sozusagen mit ihrem Wunsch nach Abhängigkeit und Passivität. Da sie sich letzteres nicht zugestehen oder leben können, legitimiert der Schmerz ihre Abhängigkeits- und Passivitätswünsche und „verschafft“ ihnen die Möglichkeit, diesen Wünschen nachzugeben ohne ihr eigenes Ideal aufgeben zu müssen.“²⁶ Ich sehe durchaus die Schwierigkeiten, auf beiden Seiten dieser Gedankengänge. Denn natürlich ist auch der Schmerzpatient ein Mensch mit normalen menschlichen Eigenschaften, die

24 Frede, S. 106.

25 Ludwig, S. 12.

26 Ebd., S. 13.

einer gelingenden Therapie im Weg stehen können. Dennoch bleibt auffällig, dass bei diesen Theorien über das Verhalten von Schmerzpatienten diese selbst, egal, wie sie sich verhalten, nicht die moralischen Sieger sind.

5. Fazit

Die Auseinandersetzung mit der Situation von chronisch Schmerzkranken hat mir geholfen zu erkennen, an welchen Stellen ich selbst in Zuschreibungen, Vorurteilen und Manipulationen gefangen war. Einmal aufgeklärt, erscheint es mir von heute aus seltsam, dass ich selbst in der Zeit der Weiterbildung zur Integrativen Biblio- und Poesietherapeutin, also in einer Zeit, in der ich vom Leibbegriff der Integrativen Therapie durchaus schon gehört hatte, diesen noch nicht verstanden hatte oder zumindest noch nicht auf meine Arbeit anwenden konnte. Denn wenn man die umfassende Vorstellung des Leibes des Menschen, wie ihn die Integrative Therapie bestimmt, auf Patienten mit chronischen Schmerzen überträgt, ist deutlich, dass die kognitiven Schmerzbewältigungsprogramme dem Leib zu wenig oder vielleicht sogar keinen Platz einräumen. Dem menschlichen Geist und seinem Willen ein so hohes Leistungspotential einzuräumen oder eher zuzumuten, ignoriert die Bedürftigkeit unseres Körpers und ist Ausdruck einer „ausgeprägten Leibfeindlichkeit“²⁷. Das Leibkonzept der Integrativen Therapie stellt deutlich heraus, wie stark der Leib involviert oder vielmehr noch, wie alles auf den Leib hin zentriert ist, im Leib zentriert ist. Da der Leib aber als totales Sinnesorgan angesehen werden kann, er ein wahrnehmender und sich ausdrückender und erinnernder Leib ist und mit seiner gesamten Körperlichkeit, seiner Mikroökologie und seinem Gehirn mit der Umwelt beständig verbunden ist, ist nicht gerechtfertigt, sich darauf zu beschränken zu glauben, die Frage des Leibes und seiner Schmerzen könne gelöst werden über den Willen. Das Bemühen und der Wille oder der Wunsch etwas erreichen zu wollen und auch die realen Taten in diese Richtung, sind leider trotzdem keine Garantie für ein Gelingen, in diesem Fall für ein Verschwinden des Schmerzes.

Es hilft zunächst, das Bewusstsein darüber wach zu halten, dass Schmerzen ein hochkomplexes Problem sind und ein volles Verstehen des anderen nicht möglich,

27 Ebd., S. 18: „...die vordergründige Sorge um den Körper, die sich in immer neuen Behandlungstechniken einerseits und in der Fitness- und Wellnesswelle andererseits widerspiegelt,[hat] ihre Ursache in einer ausgeprägten Leibfeindlichkeit. Eine Befreundung mit dem Leib und damit eine wirksame Strategie gegen die Chronifizierung von Schmerz kann gelingen, wenn wir uns sowohl die angenehmen wie auch die unangenehmen Seiten unseres Leibes wieder aneignen...“

allenfalls eine Annäherung an das Verstehen. Genau dieses Wissen, dass mein Verständnis den anderen in einem therapeutischen Geschehen niemals vollständig erreichen kann, generiert Respekt.²⁸ Es gilt also, so gut es geht, Bewertungen zu vermeiden und sich selbst immer wieder daraufhin zu überprüfen.²⁹ Als Therapeutin zu verstehen und sich gelegentlich selbst daran zu erinnern, dass es keine einfachen Antworten gibt, ist ein andauernder und schwieriger Prozess, und er schließt ein, dass es oft **nicht** gelingen wird, eine Beziehung zu einem Patienten aufzubauen oder die Situation für ihn zu bessern oder zu ändern³⁰, nicht, weil ich als Therapeutin etwas unterlassen hätte o.ä., sondern weil ich nicht weiß, was das Richtige in diesem Moment gewesen wäre, weil ich ich bin und der andere ist der andere, der sein eigener Kosmos ist und seinen eigenen inneren Weg geht. Bei dieser Aufgabe, den eigenen inneren Weg der Patienten zu akzeptieren, ist für mich neben dem Kernkonzept des Leibes das Konzept der „persönlichen Souveränität“, wie es von Hilarion Petzold formuliert wurde, ein wichtiger Leitgedanke bei der Unterstützung der Patienten und zwar in der Hinsicht, dass ich versuche, diese Souveränität nicht zu beschränken. Gerade die Situation in einem Krankenhaus führt leicht dazu, die eigene Souveränität zu unterdrücken oder zu beschneiden, weil das System Krankenhaus dies zu erfordern scheint. Dennoch ist es besonders hier wichtig, das Bewusstsein darüber wach zu halten, dass die persönliche Souveränität „als die Verfügungsgewalt des Menschen über sich selbst und über von ihm selbst bestimmte Freiräume, Spielräume, Handlungsräume als eine unabdingbare Qualität der Hominität, des menschlichen Wesens“³¹ überall Gültigkeit hat, weil doch gerade die Kranken oft das Gefühl haben, dass sie keine Wahl hätten. Darüber hinaus schließt dieses Konzept die Sorge um den anderen mit ein, Gruppenmitglieder oder Familienangehörige, ebenso wie die Sorge um die Dinge und die Welt, wie sie sich uns heute mit all ihren Problemen darstellen. Die Wahrnehmung der Schmerzkranken dahingehend sensibel zu halten, dass es auch auf sie ankommt, dass auch sie Teil dieser Welt sind und Verantwortung haben, scheint mir besonders

28 Bader, 26.

29 „Es muss darum gehen, den Schmerz weder zu verklären, indem man ihn als Chance deklariert sein Leben zu verändern, noch ihn zu rationalisieren und als notwendige Folge einer zum Beispiel unordentlichen Lebensführung einzuordnen, noch ihn als Ausdruck von Verdrängtem zu sehen. Frede konstatiert abschließend: Schmerz ist ein „komplexes Geschehen, das Gesetzen unterliegt, von denen wir trotz aller Fortschritte der Medizin längst noch nicht alle kennen, und über dessen Sinn wir höchstens spekulieren, nicht aber Wahrheiten verkünden können.“ Frede, S. 25.

30 „Von einem möglichen Scheitern dem Schmerz gegenüber ist in der modernen Schmerztherapie bisher nur selten die Rede.“ Ebd., S. 10.

31 Hilarion Petzold und Ilse Orth: Wege zum „Inneren Ort persönlicher Souveränität“ - „Fundierte Kollegialität“ in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie. In: Polyloge 1998/2014, S.3.

wichtig zu sein um zu vermeiden, dass sie in „Selbstbezogenheit verarmen“³².

Ein guter Weg, das zu erreichen ist die Zugehörigkeit zu einer Gruppe von Menschen mit ähnlicher Problemlage(z.B. Schmerzgruppen/Selbsthilfegruppen) zu schaffen, weil genau dort auf der Basis gegenseitiger Solidarität wichtiger Austausch stattfindet, der eine andere Perspektive auf die eigene Situation eröffnet. In in solchen Gruppen stattfindenden Gespräch mit anderen Betroffenen, im Erzählen von Erinnerungen, im Trauern und gegenseitigem Trösten, werden die eigenen Krankheitstheorien erweitert³³ und ein Erweitern der Theorien, welche Ursache der Schmerz haben könnte, relativiert automatisch die eine scheinbar gültige Theorie und dies entlastet sowohl den Patienten als auch sein Umfeld und initiiert einen Lernvorgang, der ein Schritt in die Richtung von Selbstachtung und einer restoration of moral³⁴ ist oder dem „Mut zum Sein“, wie es der Theologe Tillich formuliert hat als das Gegenüber zu Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit.³⁵ Schließlich muss gesagt werden, dass es bei aller Sorge um die Patienten auch für Therapeuten und Therapeutinnen wichtig ist, immer wieder von Neuem an der eigenen inneren Souveränität zu arbeiten, um nicht im Gewühl unterschiedlichster Ängste, Ansprüche, Ideen und vieles mehr die Ruhe zu verlieren, getrieben zu werden und sich zu erschöpfen. Die wichtige Auseinandersetzung mit der eigenen Tiefe ist nötig, um gerade im Gegenüber zu Patienten eine innere Unabhängigkeit bei eigenen Entscheidungen zu erreichen bzw. zu bewahren.

32 Ebd., S. 4.

33 Balk, 16.

34 Petzold, Altenarbeit, S. 259.

35 Ricoer, 268.

6. Zusammenfassung/Summary

Zusammenfassung: Zum Problem der Vorannahmen und Psychopathologisierungen in der Arbeit mit Schmerzpatienten

Ausgehend von der Frage, wovon die Lebenssituation von Patienten mit chronischen Schmerzen gekennzeichnet ist, werden unter Einbezug des Konzeptes des Informierten Leibes als ein Kernkonzept der Integrativen Therapie die Vorannahmen und die Psychopathologisierungen, denen die Patienten ausgesetzt sind, sowie die Idee der Schmerzbewältigung kritisch beleuchtet und als Behinderung im therapeutischen Prozess angesehen. Der hohe Stellenwert der Arbeit an der persönlichen Souveränität und das Bewussthalten, dass ein vollständiges Verstehen des anderen im therapeutischen Prozess unerreichbar ist, werden herausgearbeitet.

Schlüsselwörter: chronischer Schmerz, Schmerzpatienten, Schmerzbewältigung, informierter Leib, Souveränität

Summary: On the problem of presumptions and psychopathologizations in the work with pain patients

Starting from the question of what is the life situation of patients with chronic pain, including the concept of the informed body as a core concept of Integrative Therapy, the presuppositions and psychopathologizations to which the patients are exposed, as well as the idea of pain management are critically examined regarded as a disability in the therapeutic process. The high value of work on personal sovereignty and the awareness that a complete understanding of the other in the therapeutic process is unattainable are highlighted.

Keywords: chronic pain, pain patients, pain management, informed body, sovereignty

7. Literaturverzeichnis

Bader, Heike: Wider die Pathologisierung der Krankheit. Krankheit als anthropologisches Faktum aus integrativtherapeutischer Sicht. In: Polyloge 09/2016.

Balk, Annemieke: Integrative Gruppentherapie bei chronischen Schmerzen – ein Konzept zur Schmerzbewältigung. In: Polyloge 20/2011.

Frede, Ursula: Herausforderung Schmerz. Psychologische Behandlung von Schmerzpatienten, Pabst Science Publishers 2007.

Junghaeni, Muriel: „Schmerz lass nach“ Wege der Schmerzbehandlung in der Integrativen und klinischen Therapie. In: Polyloge Graduierungsarbeiten 01/2001.

Ludwig, Hermann: Bewegungstherapie bei chronischen Schmerzen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland – Möglichkeiten und Grenzen aus Sicht der Integrativen Supervision. In: Polyloge 4/2013.

Petzold, Hilarion: Poesie- und Bibliotherapie mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden. In: Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache, Poesietherapie, Bibliotherapie, Literarische Werkstätten, AISTHESIS VERLAG 2009, S. 249-292.

Petzold, Hilarion G.: Körper-Seele-Geist-Weltverhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis, In: Textarchiv H. G. Petzold et al. 2009.

Petzold, Hilarion und Orth, Ilse: Wege zum „Inneren Ort persönlicher Souveränität“ - „Fundierte Kollegialität“ in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie. In: Polyloge 1998/2014.

Ricoer, Paul: Der Unterschied zwischen dem Normalen und dem Pathologischen als Quelle des Respekts, In: Johanna Sieper, Ilse Orth, Waldemar Schuch (Hg.): Neue Wege integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit, Bielefeld und Locarno 2007, S. 259-269.