

Thomas Fuchs

## Schmerz lass nach! Anmerkungen zur psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung von Schmerzzuständen<sup>1</sup>

Es geht in diesem Beitrag um den Schmerz. Das Wort „Schmerz“ suggeriert allerdings eine Homogenität, die irreführend ist, denn Schmerz tritt in allen möglichen Varianten und Versionen auf. Es gibt den vom Körper ausgehenden und den seelischen Schmerz, den akuten, den stechenden, bohrenden oder hämmernden Schmerz, es gibt den Schmerz mit einer deutlichen Ursache und den mit unklarer Herkunft, es gibt den Schmerz, den ich kommen sehe und den Schmerz, der mich unvermittelt trifft, es gibt den Schmerz als Begleitphänomen z.B. beim Sport, also den in Kauf genommenen Schmerz, es gibt den selbst zugefügten Schmerz des Masochisten oder den gewollten Schmerz des jungen Mädchens, das sich mit einem Messer den Arm aufritz. Und es gibt den chronischen Schmerz, der nicht mehr aufhören will – und das ist lediglich eine kleine Auswahl.

Es ist schon an dieser frühen Stelle darauf hinzuweisen, dass das, was ich „Schmerz“ nenne, einen völlig unterschiedlichen Charakter bekommt, je nachdem in welcher Umgebungsbedingung oder in welchem Deutungszusammenhang er eingebettet ist. Damit ist die grundsätzliche gestalttheoretische Frage nach dem Verhältnis vom Teil zum Ganzen angesprochen. In den Worten Max Wertheimers:

„Liegt es nicht etwa so, daß es gar nicht wahr ist, daß ich »bei einem bestimmten Reiz eine bestimmte Empfindung habe«, sondern daß dort dann das entsteht, was an diesem Teil seines Ganzen zu entstehen Tendenz hat? [...] Ein Schritt weiter: es ergibt sich die Frage: kann man nicht allgemeiner nun prüfen, ob das, was ich in einem Feldteil sehe, davon abhängt, Teil welches Ganzen es ist? Davon, wie es im Ganzen steht, was für eine »Rolle« es als Teil in diesem Ganzen spielt?“ (Wertheimer 1924, <http://gestalttheory.net/gta/Dokumente/gestalttheorie.html>, Letzte Einsicht 31.01.2016).

---

<sup>1</sup> Überarbeiteter Vortrag, gehalten auf der 19. wissenschaftlichen Arbeitstagung der GTA, Parma 2015. Für kritische Anmerkungen danke ich Silvia Bonacchi, Bettina Turi-Ostheim und Gerhard Stemberger.

**GESTALT THEORY**

© 2016 (ISSN 0170-057 X)

Vol. 38, No.2/3, 297-310

Wertheimer wendet sich damit gegen die Auffassung einer festgelegten Schwelle in dem Sinn, dass einem bestimmten Reiz eine bestimmte Empfindung zuzuordnen sei. Indem Wertheimer hier von der „Rolle“ eines Teils in seinem Ganzen spricht, deutet er bereits an, was Wolfgang Metzger später konkreter unter der Überschrift ‚Das Problem des Bezugssystems‘ ausformulierte: „Es gibt in so gut wie allen Gebieten des Seelischen die Beziehung jedes Einzelgebildes zu einem ‚Bezugssystem‘ als dem Gebiet, in dem es sich befindet und bewegt, in dem es seinen Ort, seine Richtung und sein Maß hat [...]“ (Metzger 1963, 140). Im weiter ausdifferenzierten Sinne Metz-Göckels lassen sich Aussagen über den Schmerz (z.B. „es tut weh“) in einem dimensional Bezugssystem (Metz-Göckel 2014) einordnen (z.B. auf einer Skala von „kaum als Schmerz zu bezeichnen“ bis „unerträglich“).

Psychotherapie kann für Patienten mit chronischen Schmerzen, die als vom Körper ausgehend erlebt werden, eine wirksame Hilfe sein (Kröner-Herwig & Frettlöh 2011). Deswegen soll es im Folgenden vorrangig um diese Schmerzform gehen.

Würde man eine Liste erstellen, in der chronologisch aufgeführt ist, was Menschen tun, wenn sie unter dauerhaften Schmerzen leiden, dann bekommt Psychotherapie einen fest zugewiesenen Platz auf dieser Liste: nämlich in der Regel den letzten, nachdem alle anderen Behandlungsversuche gescheitert sind. Dieser Gang zum Psychotherapeuten hat für den Patienten den Charakter einer „ultima ratio“ in der Nähe von Verzweiflung und Kapitulation. Damit ist angedeutet, in welcher seelischer Verfassung ein Mensch mit chronischen Schmerzen im Erstgespräch einem Psychotherapeuten gegenüber sitzen mag.

Eine Patienten-Vorgeschichte lässt sich exemplarisch skizzieren: Irgendwann (vor längerer Zeit) haben die Schmerzen, z.B. im Rücken, begonnen, der Patient hat das zunächst ignoriert („Ich hab mich verhoben“ etc.) und hofft auf die Zeit, die bekanntlich alle Wunden heilt. Wenn die Schmerzen nicht verschwinden, bleibt nur der lästige Gang zum Arzt. Der Hausarzt tastet vielleicht den Rücken ab, verschreibt Schmerzmittel und überweist zum Orthopäden. Die Termine sind rar, die Wartezeit entsprechend lang, in der Zwischenzeit wird der Schmerz mit Medikamenten bekämpft, der Körper in eine Schonhaltung gebracht, was den Gesamtzustand verschlechtert. Der Orthopäde kann auf Anhieb nichts finden, fährt die übliche technikbasierte Diagnostik auf (Ultraschall, Röntgen, Magnetresonanztomografie etc.). Die Verdachtsdiagnose mag auf Bandscheibenvorfall lauten, die Therapie besteht aus Spritzen mit Analgetika, weiteren Schmerzmitteln in Tablettenform, evtl. Physiotherapie, dem Ratschlag, Sport zu treiben etc. Die Physiotherapie ist absolviert, der Patient ist nicht sonderlich sportlich, d.h. er kann sich nicht motivieren, regelmäßig Sport zu treiben, die Schmerzen kommen wieder. Man kann sich noch beliebig viele weitere Akte in dieser Dramaturgie dazu denken (z.B. Operation der betroffenen Wirbel – für das Fortbestehen der

Schmerzen nach diesen Operationen gibt es in der Fachwelt den sarkastischen Begriff „failed back surgery syndrome“). Irgendwann im späteren Verlauf dieser Geschichte wird jemand auch Psychotherapie empfohlen haben...

Was statt einer Heilung oder wenigstens Besserung im Verlauf dieses Prozesses in Bezug auf die Symptomatik passiert sein kann: der Patient ist u.U. schmerzmittelabhängig geworden, er braucht zur Bekämpfung der Schmerzen immer mehr Analgetika. Ein Zeitraum von 10-15 Tagen hintereinander, in denen Schmerzmittel eingenommen werden, kann reichen, dass die Schmerzmittel ihrerseits einen Spannungskopfschmerz verursachen (Fritsche 2011). Der Patient wird all seine alltäglichen Verrichtungen den Schmerzen angepasst haben. Er ist weiterhin von Schmerzen geplagt, der Schmerz bestimmt mehr oder weniger den gesamten Alltag, die Stimmung ist gedrückt. Ausgeprägte depressive Zustände sind nicht selten.

Was in Bezug auf die Behandlung und Behandler passiert sein kann: Der Patient ist enttäuscht von allen professionellen Helfern. Er wird eine lange Liste von Erfahrungen haben, was alles nicht geholfen hat. Es wird möglicherweise zu einem Katastrophendenken kommen („Was, wenn die Schmerzen nie wieder aufhören?“). Der Patient wird, solange er nicht völlig verzweifelt, weiterhin nach Erlösung und Erlösern suchen – vorrangig in der Medizin, weil er, wie wir alle, im Glauben an ihre Allmächtigkeit sozialisiert worden ist und von diesem Glauben nicht ablassen kann.

Was ist im sozialen Feld des Patienten passiert? Der Patient wird, wenn er Glück hat, mitfühlende und geduldige Angehörige haben, die ihm beistehen. Wenn er Pech hat, sagen oder signalisieren sie ihm, dass man das Gejammer nicht mehr hören könne. Das wird sehr schnell zur Vereinsamung beitragen und dazu, dass der Patient seine Schmerzen tapfer aushält, ohne andere zu belästigen. Aber auch im Falle zugewandter und geduldiger Angehöriger wird sich das soziale Gefüge zuungunsten des Patienten verschieben: chronische Schmerzen bedingen, dass man all das, was vorher möglich war und was einen ausgemacht hat, nun nicht mehr tut. Man verändert sich in ganz spezifischer Weise mit einer fast zwangsläufigen Konsequenz: Man wird einsamer (darauf wird zurückzukommen sein).

Was bis hierhin skizziert wurde, ist zumindest in westlichen Kulturkreisen eine ziemlich normale, ziemlich tragische Geschichte eines Patienten mit chronischen Schmerzen. Die Tragik der Geschichte könnte einerseits darin liegen, dass gegen bestimmte Schmerzen einfach kein Kraut gewachsen ist (was leider stimmt). Die Tragik kann aber auch darin liegen, dass der Patient fehldiagnostiziert und fehlbehandelt wurde. Man weiß seit langem vieles, was chronische Schmerzen sind bzw. richtiger: was chronische Schmerzen nicht sind. Der vielleicht wichtigste und sicherste Befund: „Was selbst für den akuten Schmerz Gültigkeit hat, näm-

lich dass keine proportionale Beziehung zwischen den Merkmalen einer Schädigung und der Schmerzempfindung besteht, hat erst recht Gültigkeit für ein chronisches Geschehen“ (Pfungsten, Korb & Hasenbring 2011).

Mit anderen Worten: Das Schmerzempfinden steht in geringem Zusammenhang zur körperlichen Schädigung. Die körperliche Schädigung liefert bestenfalls irgendwann den Anlass, Schmerzen zu empfinden. Der chronische Schmerz entwickelt dann ein Eigenleben und eine eigene Dynamik, die de facto kaum noch mit der körperlichen Schädigung, sondern viel mehr mit psychosozialen Faktoren zu tun hat. Exemplarisch für viele empirische Befunde dazu sei hier eine breit angelegte Studie der Flugzeugwerke Boeing (Bigos et al. 1991) erwähnt, in der der prädiktive Faktor für Rückenschmerzen nicht die körperliche Belastung am Arbeitsplatz war, sondern der Faktor „Arbeitszufriedenheit“.

Wenn man das also weiß, müsste die Therapie von Schmerzen völlig anders aussehen. Statt auf Organisches fixiert zu bleiben, müssten viel früher jene psychosozialen Faktoren in den Blick genommen werden, die zur Aufrechterhaltung der Schmerzbelastung beitragen. Dann könnte gleich zu Beginn motivierend auf den Patienten eingewirkt werden, selbständig Maßnahmen zu ergreifen, z.B. sich mehr zu bewegen. Der Patient könnte viel eher in der Lage sein, eigene Methoden zu entdecken, die den Schmerz modulieren (Stichwort „Selbstwirksamkeit“ sensu Bandura). Er könnte die Erfahrung machen, dass es hilft, ernst genommen zu werden, dass es hilft, wenn jemand zuhört, dass jemand versteht, dass jemand begleitet. Allein: diese Vorstellung ist einigermaßen illusorisch. Niemand von uns, der Schmerzen hat, würde zuerst zum Psychotherapeuten gehen. Körperliche Schmerzen werden körperlich behandelt. Was in vielen Fällen ja auch gut funktioniert. Wer akute Kopfschmerzen hat, nimmt Aspirin. Das hilft - auch bei dem, dem klar ist, dass diese Kopfschmerzen seelisch bedingt sind, hervorgerufen z.B. durch Verspannungen in Stress-Situationen.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass der Tenor dieses Beitrags in keiner Weise ein kulturpessimistischer – auch nicht im engeren Sinne medizinpessimistischer - sein soll. Im Gegenteil: Dass man Operationen unter Narkose durchführen kann und nicht bei vollem Bewusstsein aushalten muss, oder dass man bei akuten Schmerzen eine Tablette einnehmen kann, ist ohne Zweifel ein Segen! Die Tatsache, dass im Bereich chronischer Schmerzen häufig (medizinisch und psychotherapeutisch) fehldiagnostiziert und -behandelt wird, hat sicherlich viele Gründe. An prominenter erster Stelle zu nennen ist der Wunsch des Patienten, es möge eine (möglichst einfache) organische Ursache für den Schmerz geben, die (möglichst genauso einfach) behoben und beseitigt werde. Dieser Wunsch ist nicht nur ein individueller, sondern ein zutiefst gesellschaftlich und kulturell verankerter. Die Fixierung auf Organisches durchzieht - all den oben referierten Befunden zum Trotz – nach wie vor das medizinische und psychologische Denken

(hier schleicht sich nun doch ein gewisser Pessimismus ein). Insofern sucht sich der fehlgläubige Patient häufig Behandler, die derselben Glaubensrichtung anhängen. Mediziner, die anders denken, die z.B. Bewegung statt Pillen oder Operation verordnen, haben es wiederum schwer mit medizingläubigen Menschen. Um es vorwegzunehmen: Behandlungen bei chronischen Schmerzzuständen sind umso erfolgreicher, wenn möglichst ohne die branchenüblichen Scheuklappen interdisziplinär zusammengearbeitet wird (Kröner-Herwig & Frettlöh 2011).

Bevor es weiter um Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzzustände geht, soll in ausgewählten Ausschnitten die Natur des Schmerzes beleuchtet werden, hier insbesondere unter Berücksichtigung einer gestalttheoretischen Perspektive.

Bereits zu Beginn dieses Beitrags wurde die Bedeutung des Bezugssystems in der gestaltpsychologischen Theoriebildung betont und darauf verwiesen, dass das Phänomen „Schmerz“ im Erleben eines Menschen nur dann adäquat verstanden werden kann, wenn es in seinem jeweiligen Bezug gesehen wird. Das spielt auch in einer frühen Arbeit (1937) von Karl Duncker eine Rolle. Er hat sich experimentell damit befasst, wie ein zweiter Schmerz einen ersten beeinflusst (das Phänomen ist jedem bekannt, der sich mit den Händen im Zahnarztstuhl verkrampft, bis es weh tut. Das ist nicht bloße Angst, sondern die muskuläre Anspannung soll sich lindernd auf den Schmerz beim Bohren auswirken). In Duncckers Experiment wurde ein Druckschmerz per stumpfem Nagel auf die Unterarme der Vp. ausgeübt. Die Vpen. berichten durchgängig, dass ein erster Schmerz nachlässt, wenn ein zweiter Schmerz auf den anderen Arm ausgeübt wird. Duncker analysiert nun, wie dieser Effekt zu erklären ist. Es handele sich dabei nicht um einen Maskierungseffekt, auch nicht um eine Verlagerung der Aufmerksamkeit, wie häufig behauptet wird. Die Vpen. berichten nämlich auch dann über ein Nachlassen des Schmerzes, wenn sie sich weiter intensiv auf den ersten Schmerz konzentrieren. Duncker betont, dass Schmerz die Eigenschaft hat, das gesamte psychologische Feld zu dominieren. Er nennt das die *Dringlichkeit* des Schmerzes. Daraus folgt, dass ein Schmerz als weniger schmerzhaft wahrgenommen wird, wenn diese Zentrierung verhindert oder eingeschränkt wird, wenn es also gelingt, dass der Schmerz, bezogen auf das Gesamte des psychologischen Feldes, weniger dringlich wird. Ein zweiter Schmerz erfüllt dieses Kriterium. Eben nicht im Sinne der Ablenkung, des Umlenkens der Aufmerksamkeit, sondern in Bezug auf die Dringlichkeit. Das muss übrigens kein Schmerz sein, ein lautes Geräusch kann die Aufgabe auch übernehmen.

Was Duncckers Untersuchung impliziert:

- Die Wahrnehmung eines Schmerzes verhält sich allenfalls relativ zur Intensität des physiologischen Reizes, folgt auf keinen Fall einem simplen Reiz-Reaktions-Muster,

- die Intensität der Wahrnehmung lässt sich steuern,
- auf physiologischer Ebene kann es keine simple Verschaltung geben, sondern ein Zusammenspiel auf- und absteigender nervöser Verschaltungen. Damit deutet Duncker bereits 1937 an, was 1965 in der sogenannten gate-control-theory (Melzack & Wall 1965) ausformuliert wurde, nämlich dass es ein „Tor“ gibt, durch das der Schmerzreiz moduliert wird.

Duncker hält sich in seiner Analyse strikt an das, was seine Experimente an Schlussfolgerungen zulassen. Er betont die Einschränkungen seiner Messmethoden und nennt seine Untersuchung daher „preliminary“. Die Beschreibungen phänomenologischer Art sind dabei wohltuend strikt getrennt von physiologischen Spekulationen.

Duncker hält sich mit Generalisierungen zurück, deutet aber an, dass der Aspekt der Dringlichkeit zu bestimmten bekannten Phänomenen im Zusammenhang mit Schmerz passt: z.B. die herabgesetzte Schmerzschwelle in besonders angespannten Momenten (Soldaten im Gefecht oder der Bergsteiger kurz vor Erreichen des Gipfels). Hier sei bereits angedeutet: weil das psychologische Feld durch eine andere Dringlichkeit bedingt ist, dominiert nicht der Schmerz. Für den Soldaten mögen die Schmerzen nicht einfach nur unangenehm, sondern erfreuliches Indiz dafür sein, dass er noch lebt.

Wie für den akuten gilt erst recht für den chronischen Schmerz der Aspekt der Dringlichkeit im Gesamt des psychologischen Feldes. Diese beiden Schmerzarten, akut und chronisch, werden in der Literatur üblicherweise getrennt behandelt. Unterscheidungsmerkmal ist, nahe liegend, zunächst die zeitliche Dauer. Wesentlicher ist aber die Art der seelischen Verarbeitung: Der akute Schmerz, so heftig er auch sein mag, ist in der Regel zu bewältigen, eben weil ein Ende vorausgesetzt wird. Beim chronischen Schmerz ist dieses Ende nicht in Sicht. Im schlimmsten Fall gibt es kein Ende. Chronischer Schmerz heißt also: das psychologische Feld der Person ist dauerhaft von Schmerz okkupiert. Das bedeutet zwangsläufig, dass es zu einer Umstrukturierung des psychologischen Feldes kommt. Wie sieht diese Umstrukturierung im Fall chronischer Schmerzen aus? Zum besseren Verständnis soll dabei Lewins Konzept des Lebensraums (Lewin 1963) mit den entsprechenden Ordnungsdimensionen herangezogen werden:

Vom erlebten Körper, vom Leib, geht der Schmerz aus und trifft mein empfindendes Ich, das den Angriffen des Schmerzes passiv ausgesetzt ist. Die übliche Reaktion wie beim akuten Schmerz, nämlich Flucht, ist nicht möglich. Ich kann dem Schmerz nicht entkommen. Der chronische Schmerz kann insofern als Barriere im Lebensraum verstanden werden. Außerdem wird es zu einer systematischen Verengung des Erlebens kommen (Dimension Enge/Weite). Es

fehlt auch die Erwartung auf ein Ende des Schmerzes. Chronischer Schmerz ist ja genau auch deswegen chronisch, weil sämtliche Versuche, ihn zu beseitigen, gescheitert sind (Zeitperspektive). Phänomene, wie sie im Falle nicht zu ertragender seelischer Schmerzen bekannt sind (Verdrängung, dissoziative Zustände, das Ausweichen in ein 2. phänomenales Gesamtfeld) treten im Fall chronischer körperlicher Schmerzen nicht oder seltener auf. Eine Ausnahme scheinen hier z.B. magersüchtige Patientinnen zu sein, die selten von Schmerzen durch dauerhaftes Hungerleiden berichten. Die These hier könnte aber lauten, dass diese Patientinnen die körperlichen Schmerzen besser aushalten, weil sie als Zeichen von Stärke erlebt werden, ebenso wie das Hungern selbst (Realitäts- und Irrealitätsdimension).

Der dauerhafte Schmerz führt zu einem Katastrophendenken („Was, wenn der Schmerz nie aufhört?“) bzw. zu einer Katastrophenreaktion im Sinne Kurt Goldsteins als Verlust eines „Zur-Welt-Seins“ (Goldstein 1963), verbunden mit existenzieller Angst und Rückzug (Dimension Ordnung/Unordnung). Typisch für Menschen mit chronischen Schmerzen ist auch ein Vermeidungsverhalten, um dem immer drohenden Schmerz aus dem Weg zu gehen. Diese Furcht vor dem Schmerz führt so mitunter zu größeren Einschränkungen als der Schmerz selbst (Eccleston & Crombez 1999).

Auch der phänomenologisch ausgerichtete Philosoph Christian Grüny verweist in diesem Zusammenhang auf das Bezugssystem: der Mensch, der unter dauerhaften Schmerzen leidet, hat als Bezug vor allem den erinnerten Zustand vor Beginn der Schmerzen (Grüny 2004). Der unerträgliche Ist-Zustand wird also immer wieder in Bezug gesetzt zu einem vergangenen idealen Zustand ohne Schmerz. Die Perspektive bleibt sozusagen nostalgisch rückwärts fixiert, was den Blick auf kreative und aktuell machbare Lösungen einschränkt (erneut: Zeitperspektive).

Es mag zudem für die betroffenen Patienten eine bedeutsame Rolle spielen, wie sie den Schmerz erleben: als Schicksal, als selbst verschuldet oder auch als völlig sinnlos. Die christliche Interpretation, den Schmerz als Bürde Gottes zu verstehen, die in Demut zu tragen ist, steht in Konkurrenz zu modernen, aufgeklärten Interpretationen, die dem chronischen Schmerz nichts Sinnhaftes abgewinnen können und ihn mit allen Mitteln der Medizin-Technik beseitigen wollen. So sprechen Melzack & Wall, die Pioniere der „gate-control-theory“, von einem „Grundrecht auf Schmerzfreiheit“, andere Autoren wie der medizinkritische Theologe Ivan Illich plädieren hingegen für eine sinngebende Haltung zum Schmerz. Die klassisch psychoanalytische Deutung des chronischen Schmerzes besteht in der Verlagerung eines inneren unbewussten Konfliktes in den Körper. Bei vielen Autoren findet sich die Metapher des Schmerzes als „Lehrmeister“ (Albrecht 2015). Das alles ist keine abstrakte akademische Diskussion, sondern

von unmittelbarer Bedeutung für den betroffenen Patienten. Denn der sieht sich mit dem sich abzeichnenden Scheitern, dem Schmerz mit medizinischen Mitteln beizukommen, auch nicht mit modernsten Methoden, vor der Schwierigkeit, seiner Erkrankung eine neue Bedeutung zuzuweisen. Oder aber er verharrt in der ihm logisch erscheinenden Interpretation, den Schmerz als Folge eines organischen Defekts zu interpretieren. (Dimension Rigidität/Flüssigkeit).

Auch das soziale Geschehen kann sich dramatisch verändern. Während akute Schmerzen eine unmittelbar appellative Funktion haben und spontan zu Empathie und Hilfe anregen, u.a. deshalb, weil das offenkundige Leid und seine Ursache in einem verständlichen, prägnanten Ursache-Wirkungszusammenhang stehen, verliert sich dieser appellative Charakter in der Chronifizierung. Verschärft noch: Der chronische Schmerz weist diese prägnante Struktur eben nicht auf, er bleibt „unverständlich“, er verlangt sowohl vom Patienten selbst auch von dessen Angehörigen ein hohes Maß an Frustrationstoleranz, verweigert sich vermeintlich einfachen Lösungen, verlangt ein hilfloses Ausharren und zwingt damit systematisch in die Defensive, in den Rückzug. Der Patient erlebt sich sowohl in seinem inneren Dasein als auch in seinem Ausdrucksverhalten als durch den Schmerz bestimmt, was über das eigene Belastetsein hinaus zu dem - in aller Regel realistischen - Eindruck führt, auch eine Belastung für andere zu sein. Komorbidität von Schmerzstörungen mit Ängstlichkeit und Depression ebenso wie Suizide kommen – das verwundert nicht – gehäuft vor (Schmahl & Bär 2011).

Zudem hat der Patient mit chronischen Schmerzen – wie eingangs skizziert - eine negative Lerngeschichte mit Helfern hinter sich, die ihm in aller Regel gezeigt hat, dass ihm von anderen eben nicht zu helfen ist. Im schlimmsten Fall wird suggeriert, dass die Schmerzen eingebildet oder „psychisch bedingt“ seien. Deutungen, die nicht selten von den Patienten in schuldhafter Weise übernommen werden („Die glauben, entweder lüge ich oder ich bin verrückt“). Zusammenfassend lässt sich in Lewin'scher Terminologie sagen: der „Raum der freien Bewegung“ (Lewin 1969) ist durch den chronischen Schmerz extrem eingeschränkt.

Bis hierhin sollte gezeigt werden, welche Elemente im Fall der Chronifizierung eines Schmerzes eine Rolle spielen und wie diese Elemente in systematischer Weise zur Umstrukturierung des psychologischen Feldes beitragen. Es sei betont: Diese Umstrukturierung ist eine erlittene, erduldet, nicht selbst gewählte. Therapeutische Veränderung beginnt dort, wo aus der passiv erlittenen Umstrukturierung zumindest in Teilen wieder eine aktive Steuerung wird.

Wie das gelingen kann, soll im Folgenden angedeutet werden. Dazu sei noch einmal auf den eingangs beschriebenen fiktiven Patienten mit Rückenschmerzen verwiesen. Dessen seelische Verfassung im psychotherapeutischen Erstgespräch mag sich so darstellen: Er wird mit seinem Schicksal hadern, weil bislang eben



nichts geholfen hat. Er trägt eine lange Liste von Enttäuschungen mit sich, er wird unter Umständen sehr misstrauisch sein, er mag den Therapeuten dennoch hilfeschend angucken, auf Erlösung hoffen und weiterhin überzeugt sein, dass die Ursache für sein Unglück irgendwo zwischen seinem 6. und 7. Lendenwirbel versteckt ist. Welche Ziele für die therapeutische Arbeit impliziert das? Im Sinne der „Schmerzen als Bezugsphänomen“ lässt sich nun formulieren:

- der Bezugspunkt „Schmerzen bestimmen mein Leben“ soll verändert werden in Richtung „Schmerz ist ein begleitender Teil in meinem Leben neben vielem Anderen“,
- der Bezugspunkt „Schmerzfreiheit“ soll verändert werden hin zu einem neuen Bezugspunkt „Schmerzmodulation“. Damit ist gemeint, dass ein Patient lernen kann, unter welchen Bedingungen sie/er Variationen im Schmerzempfinden feststellt und wie sie/er das selbst steuern kann,
- der Bezugspunkt „Hoffnung auf Erlösung“ im Sinne von „jemand oder etwas wird mich erlösen“ soll verändert werden in Richtung: „Ich kann mir selbst helfen. Andere stehen mir dabei hilfreich zur Seite“.

In der konkreten Umsetzung kann das heißen: Es gilt zunächst gemeinsam mit dem Patienten herauszufinden, wie der Schmerz das Leben prägt, sowohl in alltäglich praktischer Hinsicht (Einschränkungen, alltägliche Bewegung, Schonhaltung, etc.) als auch innerpsychisch. Hier geht es darum, wie der Schmerz beschrieben wird, wie er in seiner Entstehung erlebt wurde, wie er eingeordnet wird: als ungerechter Schicksalsschlag, als Bürde, die zu tragen ist, als Herausforderung etc. Wie hat sich das im Lauf der Zeit verändert? (Von „Hoffnung auf Erfolg“ zu Verzweiflung?), wie schaut der Patient in die Zukunft? Gibt es Hinweise darauf, dass der Schmerz im Zusammenhang mit besonderen psychischen Belastungssituationen steht, gibt es Hinweise auf einen innerpsychischen Konflikt, mit dem die Schmerzen in Zusammenhang stehen könnten?

Dann wird es um eine bestimmte Form der Akzeptanz gehen müssen, nämlich die, dass der Schmerz nicht mit den „üblichen“ Mitteln (Medikamente, Operationen, Physiotherapie etc.) bekämpft werden kann. In Bezug auf die Schwierigkeit, eine solche Akzeptanz zu erlangen, scheint mir eine Ähnlichkeit zu anderen Phänomenen vorzuliegen, z.B. im Fall der Trauer über den Verlust eines geliebten Menschen. Auch hier bedarf es einer Akzeptanz, dass sich der Lebensraum dauerhaft ändert. Das geschieht nicht bloß passiv, sondern aktiv im Sinne einer Umstrukturierung. Gelingt diese Umstrukturierung nicht, persistiert ein Zustand, in dem das psychologische Feld nicht angemessen mit der Wirklichkeit korrespondiert: Der alte Witwer deckt Jahre nach dem Tod seiner Frau immer noch den Tisch für zwei Personen. Auch im Fall des Verlustes von Gliedmaßen: erst wenn eine Akzeptanz erfolgt, kann eine neue Anpassung unter den eingeschränkten Bedingungen erfolgen (und die Phantomschmerzen lindern sich).

Auch hierbei geht es um eine Veränderung des Bezugssystems: Die klagenden Fragen: Warum bin ich nicht so wie die anderen, die diese Schmerzen nicht haben? Oder: warum bin ich nicht mehr der von früher, der noch keine Schmerzen hatte? betonen den Kontrast, die Kluft, das Trennende zwischen mir und den anderen bzw. zwischen meinem aktuellen Zustand und dem von früher. Fixierungen im Sinne solcher Bezüge verhindern in aller Regel therapeutische Fortschritte. Das Lösen solcher Fixierungen ist aber nicht leicht: Es bedeutet Anerkennen von Verlust, Trauerarbeit, eine Art Neuausrichtung. Der bereits zitierte Philosoph Grüny dazu:

„Diese Transformation ist auch für chronisch Schmerzkranken kein schlichtes Faktum, sondern eher eine Aufgabe, die über ein intellektuelles Einsehen weit hinausgeht, indem sie eine tiefgreifende Umdefinition der eigenen Person bedeutet: Auf die gleiche Weise, wie ich jemand bin, der Beine hat und gehen kann, der mehrere Sprachen spricht und ein Instrument spielt, soll ich nun jemand sein, der Schmerzen hat“ (2004, 168).

Was Grüny hier eindringlich beschreibt, ist die Lösung von der Fixierung auf den illusionären Bezugspunkt „Schmerzlosigkeit“. Erst danach - und dass wird im fortgeschrittenen Verlauf die therapeutischen Arbeit bestimmen - können Nuancen der Veränderung von Schmerzwahrnehmungen in den Blick geraten. Dann ist es möglich, diese Veränderungen zu beschreiben und gemeinsam mit dem Therapeuten nach Bedingungen zu suchen, unter denen die Schmerzen erträglicher sind.

Die angesprochenen Konnotationen des Schmerzes im Sinne eines übergeordneten ideologischen Modells haben diesen Bezugscharakter ebenfalls und beeinflussen die Schmerzwahrnehmung: wenn ich den Schmerz als Bürde Gottes verstehe, werde ich ihn u.U. „passiv/stoischer“ ertragen als den „sinnlosen“ Schicksalsschlag.

Die therapeutische Arbeit hat auch einen aufklärenden Teil: Das hat im Fall von chronischen Schmerzen konfrontativen Charakter, wenn z.B. impliziert wird, den Schmerz nicht mehr mit der organischen Störung in Verbindung zu bringen oder dass der Patient akzeptieren muss, dass die Schmerzen möglicherweise nicht verschwinden werden.

Die therapeutische Arbeit hat einen motivationalen Teil: Ob der gelingt, wird in hohem Maß von Empathie und Kreativität bestimmt sein, um gemeinsam mit dem Patienten herauszufinden, was denkbar, möglich und machbar ist.

Es gibt mittlerweile zahlreiche empirische Studien, die lindernde Effekte vor allem von Entspannung, Musik und Bewegung (Sport) belegen, bevorzugt in Gemeinschaft. Im Falle der Entspannung und Bewegung lässt sich die Wirkung leicht erahnen. Durch Entspannung oder Bewegung verbessert sich nicht nur

der körperliche Allgemeinzustand im Sinn von Fitness, sondern es wird auch das Bewusstsein für das körperliche Sein, für die eigene Leiblichkeit gestärkt und die Propriozeption (Wahrnehmung von Körperbewegung und -lage im Raum) geschult. Darüber hinaus spielt insbesondere die erlebte Wirkrichtung und deren Gestaltung eine bedeutsame Rolle. Was das bedeutet, soll etwas genauer in Hinblick auf den Effekt von Musik beleuchtet werden. Der bereits zitierte Philosoph Grüny wagt eine Erklärung, wie der Einfluss von Musik auf den Schmerz zu erklären sei: Musik greife auf der Ebene der Fixierung und Erstarrung an, die der Schmerz bewirkt: „Die Musik kann genau auf dieser Ebene modulierend eingreifen, die Fixierung teilweise auflösen und die alles beherrschende blockierte Fluchtbewegung so in neue Beweglichkeit überführen“ (2004, 137). Man könnte ähnlich in der Terminologie Dunckers argumentieren: Musik, in ihrer passiven Rezeption, trifft uns ganz ähnlich wie der Schmerz: Wir sind ihr sozusagen passiv ausgeliefert. Im Falle von Musik, die wir nicht mögen, ist die Nähe zum Schmerz augen- bzw. ohrenfällig. Im Falle von Musik, die wir mögen, wird der unangenehme Dringlichkeit des Schmerzes die angenehme Dringlichkeit der Musik zur Seite gestellt.

Grüny weiter:

„Während dies bereits für die bloß passive Rezeption zutrifft, gilt es noch stärker für die aktive Hervorbringung von Musik und dort insbesondere für das Singen, an dem schon rein physiologisch der ganze Körper beteiligt ist und das eine starke affektive Komponente hat. Der gezielte Gebrauch der Stimme setzt an eben dem Organ an, dessen sich der primäre Schmerzausdruck bediente, und kann so nicht nur über eine Modulation der rezeptiven Seite des Empfindens, sondern auch der Ausdrucksdimension auf die Erfahrung einwirken. Der weitgehend verstummte Kranke wird nicht zum Schreien, sondern zum Singen gebracht, und wenn schon der stimmliche Ausdruck im Schrei selbst eine Art begrenzter Verflüssigung der blockierten Bewegung ist, so wird diese Ausdrucksdimension hier nicht lediglich restituiert, sondern gestaltet, was neue Möglichkeiten eröffnet“ (2004, 137).

Dass Musik (Studien zufolge insbesondere Chorsingen), Entspannung, Sport und Bewegung bei chronischen Schmerzen hilft ist gut belegt und eine bedeutsame Erkenntnis. Das *allein* ist für die therapeutische Arbeit mit chronisch Schmerzerkrankten aber ungefähr so hilfreich wie die Erkenntnis, dass der magersüchtigen Patientin Essen helfen würde. Es reichen also nicht die entsprechenden Hinweise, sondern es muss die oben beschriebene intensive Motivations- und Überzeugungsarbeit geleistet werden.

Ein als echt erlebtes Interesse des Therapeuten mag beim Patienten im besten Fall zu Offenheit und Neugier der eigenen Person gegenüber beitragen, zu einer differenzierteren Beschreibung und damit zu verbesserter sprachlicher Reflexion und Symbolisierung. So kann im Rahmen der therapeutischen Beziehung etwas zum

„Klingen“ gebracht werden, das im Prozess der Erduldung der Schmerzen verloren gegangen ist: Das Erleben, gewollt zu sein, glaubwürdig zu sein, interessant zu sein, gehört zu werden, und die Erfahrung, das Nähe, Offenheit, Vertrauen und Intimität *trotz* Schmerzen möglich ist.

### Zusammenfassung

Schmerz besitzt die Eigenheit, zum Zentrum des gesamten psychologischen Feldes zu werden. Der Gestaltpsychologe Duncker nennt das in einer frühen Arbeit (1937) die „Dringlichkeit“ (urgency) des Schmerzes. Duncker analysiert experimentell Bedingungen, unter denen sich die Wahrnehmung des Schmerzes verändert. Die Grundthese lautet, dass ein Schmerz umso weniger intensiv erlebt wird, je weniger er im Zentrum des psychologischen Feldes steht. Damit ist weiters impliziert, dass sich ein erlebter Schmerz allenfalls relativ zu einem physikalischen Reiz verhält. Das gilt bereits für den akuten Schmerz und erst recht für chronische Schmerzzustände. Eine Erkenntnis, die sich 75 Jahre nach Duncker zumindest in der entsprechenden Fachliteratur durchgesetzt hat, leider noch nicht durchgängig in der Praxis der Schmerzbehandlung. Hier dominiert nach wie vor (sowohl bei Patienten als auch bei Ärzten und Therapeuten) die krampfhafteste Suche nach organischen Ursachen und führt häufig zu Überdiagnostik und Fehlbehandlung. Die Gestalttheorie betont seit jeher die notwendige Unterscheidung von physikalischer Welt und erlebter (phänomenaler) Welt (Metzger 1963). Schmerz als seelisches Geschehen scheint insofern besonders geeignet, die Bedeutung eines phänomenologischen Zugangs in der Behandlung zu begründen. Ein wichtiger Aspekt vor allem beim chronischen Schmerz ist dabei das Bezugssystem, in das der Schmerz eingebettet wird. Zudem soll gezeigt werden, welche Elemente im Fall der Chronifizierung eines Schmerzes eine Rolle spielen und wie diese Elemente in systematischer Weise zur Umstrukturierung des psychologischen Feldes beitragen. Daraus werden Hinweise für die psychotherapeutische Arbeit abgeleitet.

**Schlüsselwörter:** Schmerz, Duncker, Psychotherapie, psychologisches Feld, Bezugssystem, Umgebungsbedingungen.

### Pain go away! Remarks on the Psychotherapeutic Diagnosis and Treatment of Pain

#### Summary

According to Duncker (1937) pain tends to become urgent in the phenomenal field. Variations in the perception of pain can be better understood in regard to its urgency (“Dringlichkeit”). It will be shown that this approach – together with more recent findings - helps to organize and understand typical symptoms of patients with chronic pain symptoms. It provides hints for diagnosis and therapy and helps to develop an appropriate therapeutical attitude.

**Keywords:** Pain, Duncker, psychotherapy, psychological field, frame of reference, environmental conditions.

## Literatur

- Albrecht, H. (2015): *Schmerz. Eine Befreiungsgeschichte*. München: Pattloch.
- Bigos, S., Battie, M.C., Spengler, D. et al. (1991): A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting back injury. *Spine* 16, 1-6.
- Duncker, K. (1937): Some preliminary experiments on the mutual influence of pain. *Psychologische Forschung* 21, 311 - 326.
- Eccleston, C. & Crombez, G. (1999): Pain demands attention: A cognitive–affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin* 1999, Vol.125, No.3, 356-366.
- Fritsche, G. (2011): Medikamenteninduzierter Kopfschmerz. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. (Hrsg): *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen–Diagnostik–Krankheitsbilder–Behandlung*. Heidelberg: Springer, 403-418.
- Goldstein, K. (1963): *Der Aufbau des Organismus*. Den Haag: Martin Nijhoff.
- Grüny, C. (2004): *Zerstörte Erfahrung. Eine Phänomenologie des Schmerzes*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Kröner-Herwig, B. & Frettlöh, J. (2011): Behandlung chronischer Schmerzsyndrome: Plädoyer für eine interdisziplinären Ansatz. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. (Hrsg): *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen–Diagnostik–Krankheitsbilder–Behandlung*. Heidelberg: Springer, 514-563.
- Lewin, K. (1963): *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Bern: Huber.
- Lewin, K. (1969): *Grundzüge der topologischen Psychologie*. Stuttgart/Bern: Huber.
- Melzack, R. & Wall, P. (1965): Pain mechanisms: a new theory. *Science* 150, 971-979.
- Metz-Göckel, H. (2014): Über Bezugsphänomene: Wie ein Sachverhalt durch den Bezug auf einen Anderen seine besonderen Merkmale erhält - Gestalttheoretische Grundlagen und Anwendungen im Bereich der Kultur und der Sprache. *Gestalt Theory*, 36 (4), 355 – 386.
- Metzger, W. (1963): *Psychologie - Entwicklung ihrer Grundannahmen seit der Einführung des Experiments*. Darmstadt: Steinkopff.
- Pfingsten, M., Korb J. & Hasenbring, M. (2011): Psychologische Mechanismen der Chronifizierung – Konsequenzen für die Prävention. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. (Hrsg): *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen–Diagnostik–Krankheitsbilder–Behandlung*. Heidelberg: Springer, 115-134.
- Schmahl, C. & Bär, K.-J. (2011): Psychopathologie und Schmerz. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. (Hrsg): *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen–Diagnostik–Krankheitsbilder–Behandlung*. Heidelberg: Springer, 145-154.
- Senf, W. & Gerlach, G. (2011): Psychodynamische Therapie bei chronischen Schmerzen. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. (Hrsg): *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen–Diagnostik–Krankheitsbilder–Behandlung*. Heidelberg: Springer, 135-143.
- Wertheimer, Max (1924) *Über Gestalttheorie*. (<http://gestalttheory.net/gta/Dokumente/gestalttheorie.html>, letzte Einsicht 31.01.2016).

**Thomas Fuchs**, Dr., geb. 1961, Ausbildung in Gestalttheoretischer Psychotherapie. Niedergelassener Psychotherapeut in freier Praxis in Bonn. Seit ca. 20 Jahren ambulante Arbeit mit essgestörten Menschen in Einzeltherapie und Gruppen. Veröffentlichungen zu Themen Psychotherapieforschung und Ess-Störungen. Seit 2009 Vorstandsmitglied der GTA.

**Adresse:** Kaiserstrasse 9, D-53113 Bonn  
E-mail: thomasfuchspsycho@t-online.de

