

*Selbstermächtigung, Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit
Hemmt oder fördert multidisziplinäre Schmerztherapie?*

Soll und darf Schmerz behandelt werden? Soll der Einzelne alles daransetzen, ein schmerz- und leidfreies Leben zu führen?

Wo stehe ich als Therapeut zwischen Epikur: „Darum dreht sich bei uns alles: Keinen Schmerz und keine Angst haben.“ und Escrivá: „Gesegnet sei der Schmerz.-Geliebt sei der Schmerz.-Geheiligt sei der Schmerz [...] Verherrlicht sei der Schmerz!“?

Niemand kann für seinen Schmerz verantwortlich gemacht werden, aber der Versuch, die Verantwortung für seinen Schmerz zu übernehmen, ist eine der wirkungsvollsten Strategien des Umgangs mit ihm¹.

Schmerz, chronischer Schmerz ist eine Krankheit sui generis², bei der vor allem sein nicht absehbares Ende und die oft nicht eindeutig bestimmbare Ursache schwerwiegend sind³. Er ist eine existentielle Bedrohung, die nichts unerfasst lässt⁴, verweigert sich jeder Habituation und Affirmation, führt über die Verengung von Zeit und Raum zur Gefährdung der sozialen Beziehungen und der Sprache und wird auf Dauer zur Normalität⁵. Allerdings gelingt es eher nicht, die Umstrukturierung des habituellen Leibes („das, was ich im allgemeinen vermag“⁶) als diese neue Normalität anzuerkennen.

Schmerzerleben bleibt immer subjektiv und nicht einholbar⁷, auch wenn seine evaluative Bewertung kulturell ausgeprägt⁸ und die Verständigung darüber eine soziale Tatsache ist⁹. Aussenstehende können sich fragen, wo der Schmerz eigentlich bleibt, wenn er in ondulierender Intensität auftritt oder wenn gar über ihn mit einem Lächeln („...hat immer die Stärke 8 bis 10 von 10“) berichtet wird. Ist Alexithymie – die Unfähigkeit von Schmerzpatienten, ihre Gefühle auszudrücken – womöglich eine Reaktion auf die Unmöglichkeit, das eigentliche Schmerzerleben für die Umwelt mitzuteilen, ohne dass diese verzweifelt und das Verständnis und die Kooperation verweigert?¹⁰ Wieso kann alles, was bedeutungsvoll ist und abhanden zu kommen droht, Schmerzen bereiten?¹¹

Mitmenschen und Therapeuten können die vielfältigen Dimensionen, die die Verletzlichkeit des Individuums im Schmerz annehmen kann, kaum nachempfinden.

Einen neuen Zugang zum Anderen – wie auch zu sich selbst – kann man jedoch über ein neu konnotiertes Mit-Leid – die Empathie – finden. Dann wird Seelen- und Körpertherapie das Ziel haben, Patienten im Umgang mit ihrer ‚neuen Normalität‘ zu unterstützen und Bedingungen zu schaffen, unter denen Schmerz reduziert werden kann. *Da chronische Schmerzen durch die häufig erlebte Verzweiflung das Individuum in Motivation, Selbstermächtigung und Handlung signifikant hemmen, sollte Schmerztherapie grundsätzlich darauf ausgerichtet sein, durch eine Senkung des Schmerzniveau für den Patienten Valenzen zu schaffen, um in der Folge mittels Selbstermächtigung wieder selbst gestalten zu können.* Dies gilt auch dann, wenn nur Schmerzen im Körper und nicht zwingend Leid im Leib behandelt werden kann¹².

¹ Grüny 04

² Tanner 06

³ Grüny 04

⁴ Garro 92

⁵ Wendell 96

⁶ Merleau-Ponty 66

⁷ Grüny 04

⁸ Schönbächler 06

⁹ Tanner 06

¹⁰ Müller-Busch 01

¹¹ Grüny 04

¹² Hell 06

Dazu gilt es, das ganze Armamentarium anzubieten und einzusetzen, das uns heute zur Verfügung steht – unabhängig von der Fachdisziplin.

Medizinische Interventionen, also Therapien, die identifizierte somatische Ursachen und neurophysiologisch/neuropathologische Targets adressieren, laufen grundsätzlich Gefahr, die Autonomie des Patienten und seine Teilhabe am Prozess zu untergraben. Dies geschieht umso nachhaltiger, je länger diese Therapien andauern. Interventionelle, minimal-invasive und invasive Therapien sind aufgrund ihrer punktuellen Anwendung dabei weniger eingreifend als z.B. langanhaltende medikamentöse Therapien, welche zudem eher häufig mit die Lebensqualität einschränkenden Nebenwirkungen vergesellschaftet sind. Hierbei ist insbesondere die Opioidtherapie von nicht-malignen Schmerzen wegen der konsekutiven Sturzgefahr () und der u.U. letalen Risiken wie Schlafapnoe zu hinterfragen () Viele Anwender und Meinungsbildner bewerten diese Therapie dagegen als adäquat. Selbst LONTS 3 schliesst sogar eine länger als sechs Monate anhaltende Opioidverordnung nicht prinzipiell aus () .

Interventionelle schmerztherapeutische Verfahren haben im deutschen Sprachraum eine schlechte Reputation und gelten als im Vergleich zu medikamentösen Verfahren als potentiell chronifizierend (). Dabei wird der vielen schmerzdiagnostischen und -therapeutischen Interventionen innewohnenden ausschliesslich temporären Beeinflussung des Patienten nicht ausreichend Rechnung getragen.

An der ethischen Berechtigung, Schmerzen zu reduzieren, besteht kein Zweifel. Im günstigen Fall der partiellen Schmerzverringerung können in der seelen- und Körpertherapien den Patienten unterstützen, Schmerz als solchen und das daraus resultierende Leiden in Massen als einen Ausdruck seines Lebendigseins zu erkennen und anzunehmen – und so ermöglichen, den Schmerz aus dem Fokus der Aufmerksamkeit zu drängen. Ein wichtiges Hilfsmittel in diesem Prozess sind Methoden, die die Überzeugung unterstützen, selbstwirksam sein zu können.

Selbstwirksamkeit (perceived self-efficacy) ist das Vertrauen darauf, schwierige Lagen durch eigene Kompetenz meistern zu können¹³. Metaanalysen belegen, dass eine Steigerung dieses Vertrauens zum Beispiel Schmerzen bei Arthritis reduzieren und bei Tumorschmerz Angst reduzieren kann¹⁴. Ausserdem können Copingstrategien und körperliche Aktivität verbessert werden¹⁵.

Andererseits kann ein schwaches Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit ebenso wie eine geringe soziale Unterstützung zu Depression¹⁶ – und damit ähnlich wie erhöhte Fear Avoidance zu gesteigerter Invalidität führen¹⁷.

Aktiv kann nun erprobt werden, den bestehenden, den verbliebenden Schmerz- welcher wohl als „dazugehörend“ akzeptiert werden sollte- ein Stück weit aus dem Fokus der Aufmerksamkeit zu drängen. Es bieten sich dazu u.a. Techniken an , die auf Achtsamkeit ausgerichtet sind.

Achtsamkeitsbasierte Techniken, die in der Schmerzmedizin von Relevanz sind, leiten sich von meditativen Ansätzen ab: MBSR¹⁸, MBCT¹⁹ und Zen-Meditation.

Die erste Studie zur säkularen, nicht-esoterischen Achtsamkeitstechnik MBSR bei chronischem Schmerz publizierte Kabat-Zinn im Jahr 1981. Inzwischen konnte man ihre

¹³ Schwarzer 81

¹⁴ Mystakidon 12

¹⁵ Sperber 13

¹⁶ Pjanic 13

¹⁷ de Morales 13

¹⁸ Mindfulness based stress reduction

¹⁹ Mindfulness based cognitive therapy

Wirksamkeit bei chronischem Beckenschmerz²⁰, bei Nebenwirkungen der HIV-Therapie²¹, bei Fibromyalgie²² und Anxiety²³ nachweisen.

Achtsamkeitsbasierte Techniken können Schmerzen reduzieren²⁴ und bei Depression wirksam sein²⁵. Metaanalysen zeigen eine „limited evidence“ für ihre Wirkung auf die Akzeptanz, eine „inconclusive evidence“ für die schmerzreduzierende Wirkung²⁶ und eine „moderate evidence“ für die Wirksamkeit bei Anxiety, Depression und Schmerz²⁷. Der Effekt kann durch (Selbst-)Hypnose verstärkt werden²⁸.

Auch Meditation und Selbsthypnose können als non-invasive neuromodulatorische Methoden gewertet werden²⁹.

Empathierelevante Bezirke im Gehirn zeigen bei meditationserfahrenen Menschen in der funktionellen Bildgebung sowohl bei erlebten Schmerzen als auch beim Wahrnehmen von Schmerzen Anderer eine erhöhte Aktivität³⁰. In der Folge werden Schmerzen als weniger unangenehm empfunden³¹), Habituation tritt auf und Ressourcen können erfolgreicher aktiviert werden.

Behandlungserwartung und Hoffnung auf Heilung sind wichtige Mechanismen in der Schmerztherapie. Es geht nicht darum, Schmerz zu vermeiden oder abzulehnen.

Achtsamkeitsbasierte Methoden sollen dabei unterstützen, ihm verständnisvoll zu begegnen³². Ein solcher Zugang kann zu einer gesteigerten psychischen Flexibilität führen³³ – wie Analysen von Schmerztagebuch-Einträgen nahelegen³⁴.

Achtsamkeitsbasierte Techniken lassen in der Gruppe bessere Ergebnisse als in Einzeltherapie erwarten³⁵, *kritisch anzumerken ist*, dass bis anhin Studien zu achtsamkeitsbasierten Techniken selten mit aktiver Kontrollgruppe durchgeführt wurden³⁶

Neben einem empathischen therapeutischen Team braucht es (irgendwann) einen aktiven Patienten.

²⁰ Fox 11

²¹ Duncan 12

²² Kobaza 12

²³ Marchand 12

²⁴ Reiner 13

²⁵ Marchand 12

²⁶ Cramer 12

²⁷ Goyal 14

²⁸ Donatone 13

²⁹ Jensen 14

³⁰ Mascaro 13 und Lutz 13

³¹ Wiedemann 12

³² Fabbro 13

³³ McCracken 10

³⁴ Morone 08

³⁵ Hossed 13

³⁶ McCoon 12