

## 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 ihm<sup>1</sup>.

Schmerz, chronischer Schmerz ist eine Krankheit sui generis<sup>2</sup>, bei der vor allem sein nicht absehbares Ende und die oft nicht eindeutig bestimmbare Ursache schwerwiegend sind<sup>3</sup>. Er ist eine existentielle Bedrohung, die nichts unerfasst lässt<sup>4</sup>, 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 Normalität<sup>5</sup>. Allerdings gelingt es eher nicht, die Umstrukturierung des habituellen Leibes („das, was ich im allgemeinen vermag“<sup>6</sup>) als diese neue Normalität anzuerkennen.

Schmerzerleben bleibt immer subjektiv und nicht einholbar<sup>7</sup>, auch wenn seine evaluative Bewertung kulturell ausgeprägt<sup>8</sup> und die Verständigung darüber eine soziale Tatsache ist<sup>9</sup>. 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 der Umwelt mitzuteilen, ohne dass diese verzweifelt und das Verständnis und die Kooperation verweigert?<sup>10</sup> Wieso kann alles, was bedeutungsvoll ist und abhanden zu kommen droht, Schmerzen bereiten?<sup>11</sup>

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, das Mitgefühl – 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 Schmerzniveaus 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 kann<sup>12</sup>.

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

---

<sup>1</sup> Grüny 04

<sup>2</sup> Tanner 06

<sup>3</sup> Grüny 04

<sup>4</sup> Garro 92

<sup>5</sup> Wendell 96

<sup>6</sup> Merleau-Ponty 66

<sup>7</sup> Grüny 04

<sup>8</sup> Schönbächler 06

<sup>9</sup> Tanner 06

<sup>10</sup> Müller-Busch 01

<sup>11</sup> Grüny 04

<sup>12</sup> Hell 06

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 der Schlafapnoe zu hinterfragen (). Viele Anwender und Meinungsbildner bewerten diese Therapie dagegen als adäquat. Selbst Nationale Guidelines schliessen sogar eine länger als sechs Monate anhaltende Opioidverordnung bei nicht-malignem Schmerz nicht prinzipiell aus (). Interventionelle schmerztherapeutische Verfahren haben im deutschen Sprachraum eine schlechte Reputation und gelten im Vergleich zu medikamentösen Verfahren als potentiell chronifizierend (). Dabei wird jedoch 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 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 können<sup>13</sup>. Metaanalysen belegen, dass eine Steigerung dieses Vertrauens zum Beispiel Schmerzen bei Arthritis reduzieren und bei Tumorschmerz Angst reduzieren kann<sup>14</sup>. Ausserdem können Copingstrategien und körperliche Aktivität verbessert werden<sup>15</sup>. Andererseits kann ein schwaches Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit ebenso wie eine geringe soziale Unterstützung zu Depression<sup>16</sup> – und damit ähnlich wie erhöhte Fear Avoidance – zu gesteigerter Invalidität führen<sup>17</sup>.

Aktiv kann nun erprobt werden, den noch verbliebenen 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: MBSR<sup>18</sup>, MBCT<sup>19</sup> 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 Wirksamkeit bei chronischem Beckenschmerz<sup>20</sup>, bei Nebenwirkungen der HIV-Therapie<sup>21</sup>, bei Fibromyalgie<sup>22</sup> und Anxiety<sup>23</sup> nachweisen.

---

<sup>13</sup> Schwarzer 81

<sup>14</sup> Mystakidou 12

<sup>15</sup> Sperber 13

<sup>16</sup> Pjanic 13

<sup>17</sup> de Moraes 13

<sup>18</sup> Mindfulness based stress reduction

<sup>19</sup> Mindfulness based cognitive therapy

<sup>20</sup> Fox 11

<sup>21</sup> Duncan 12

<sup>22</sup> Kozasa 12

<sup>23</sup> Marchand 12

Achtsamkeitsbasierte Techniken können Schmerzen reduzieren<sup>24</sup> und bei Depression wirksam sein<sup>25</sup>. Metaanalysen zeigen eine „limited evidence“ für ihre Wirkung auf die Akzeptanz, eine „inconclusive evidence“ für die schmerzreduzierende Wirkung<sup>26</sup> und eine „moderate evidence“ für die Wirksamkeit bei Anxiety, Depression und Schmerz<sup>27</sup>. Der Effekt kann durch (Selbst-)Hypnose verstärkt werden<sup>28</sup>. Meditation und Selbsthypnose können als non-invasive neuromodulatorische Methoden gewertet werden<sup>29</sup>.

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 Aktivität<sup>30,31</sup>. In der Folge werden Schmerzen als weniger unangenehm empfunden<sup>32</sup>, Habituation tritt auf und Ressourcen können erfolgreicher aktiviert werden.

Achtsamkeitsbasierte Methoden sollen dabei unterstützen, dem Schmerz verständnisvoll zu begegnen<sup>33</sup>, nicht etwa, ihn zu vermeiden oder abzulehnen. Ein solcher Zugang kann zu einer gesteigerten psychischen Flexibilität führen<sup>34</sup>, wie Analysen von Schmerztagebuch-Einträgen nahelegen<sup>35</sup>.

Achtsamkeitsbasierte Techniken lassen in der Gruppe bessere Ergebnisse als in Einzeltherapie erwarten<sup>36</sup>, kritisch anzumerken ist, dass bis anhin Studien zu achtsamkeitsbasierten Techniken selten mit aktiver Kontrollgruppe durchgeführt wurden<sup>37</sup>.

Behandlungserwartung und Hoffnung auf Heilung sind wichtige Mechanismen in der Schmerztherapie.

Nach ersten Erfolgen in der Behandlung durch ein empathisches therapeutisches Team braucht es im weiteren Prozess zwingend einen aktiven Patienten.

Unter Umständen kann ein Perspektivenwechsel den Patienten in der Wiedererlangung seiner aktiven Rolle unterstützen.

Schmerzen sind nicht nur Ausdruck und Ursache eines Leidens, sondern stellen für den Leidenden in der Regel auch ein Problem dar. Während der Umgang mit Leiden auf Linderung abzielt, verlangt der Umgang mit Problemen nach einer Lösung. Er fordert die gesamte emotionale und intellektuelle Kreativität des Leidenden – nicht zum besseren Umgang mit den Schmerzen oder einem guten Schmerzmanagement, sondern zur bewussten Lebensgestaltung, die dem Schmerz den ihm gebührenden Raum im Leben gibt.

---

<sup>24</sup> Reiner 13

<sup>25</sup> Marchand 12

<sup>26</sup> Cramer 12

<sup>27</sup> Goyal 14

<sup>28</sup> Donatone 13

<sup>29</sup> Jensen 14

<sup>30</sup> Mascaro 13

<sup>31</sup> Lutz 13

<sup>32</sup> Wiedemann 12

<sup>33</sup> Fabbro 13

<sup>34</sup> McCracken 10

<sup>35</sup> Morone 08

<sup>36</sup> Hased 13

<sup>37</sup> McCoon 12

## References

### Bibliographie

- <sup>14</sup> Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Panagiotou I, Galanos A, Gouliamos A. Caregivers' anxiety and self-efficacy in palliative care. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2013 Mar; 22(2): 188-95.
- <sup>15</sup> Sperber N, Hall KS, Allen K, DeVellis BM, Lewis M, Callahan LF. The role of symptoms and self-efficacy in predicting physical activity change among older adults with arthritis. *J Phys Act Health* 2014 Mar; 11(3): 528-35.
- <sup>16</sup> Pjanic I, Messerli-Bürgy N, Bachmann MS, Siegenthaler F, Hoffmann- Richter U, Znoi H. Predictors of depressed mood 12 months after injury. Contribution of self-efficacy and social support. *Disabil Rehabil*. 2014;36(15): 1258-63.
- <sup>17</sup> de Moraes Vieira EB, de Góes Salvetti M, Damiani LP, de Mattos Pimenta CA. Self-efficacy and fear avoidance beliefs in chronic low back pain patients: coexistence and associated factors. *Pain Manag Nurs*. 2014 Sep; 15(3): 593-602.
- <sup>18</sup> Mindfulness based stress reduction
- <sup>19</sup> Mindfulness based cognitive therapy
- <sup>20</sup> Fox SD, Flynn E, Allen RH. Mindfulness meditation for women with chronic pelvic pain: a pilot study. *J Reprod Med*. 2011 Mar-Apr; 56(3-4): 158-162.
- <sup>21</sup> Duncan LG, Moskowitz JT, Neilands TB, Dilworth SE, Hecht FM, Johnson MO. Mindfulness-based stress reduction for HIV treatment side effects: a randomized, wait-list controlled trial. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Feb; 43(2): 161-71.
- <sup>22</sup> Kozasa EH, Tanaka LH, Monson C, Little S, Leao FC, Peres MP. The effects of meditation-based interventions on the treatment of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. 2012 Oct; 16(5): 383-7.
- <sup>23</sup> Marchand WR. Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *J Psychiatr. Pract*. 2012 Jul; 18(4): 233-52.
- <sup>24</sup> Reiner K, Tibi L, Lipsitz JD. Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature. *Pain Med*. 2013 Feb; 14(2): 230-42.
- <sup>25</sup> Marchand WR. Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *J Psychiatr. Pract*. 2012 Jul; 18(4): 233-52.
- <sup>26</sup> Cramer H, Haller H, Lauche R, Dobos G. Mindfulness-based stress reduction for low back pain. A systematic review. *BMC Complement Altern Med*. 2012 Sep 25; 12: 162.

- <sup>27</sup> Goyal M, Singh S, Sibinga EM et. al.  
Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis.  
JAMA Intern Med. 2014 Mar; 174(3): 357-68.
- <sup>28</sup> Donatone B.  
Focused suggestion with somatic anchoring technique: rapid self-hypnosis for pain management.  
Am J Clin Hypn 2013 Apr; 55(4): 325-42.
- <sup>29</sup> Jensen MP, Day MA, Miró J.  
Neuromodulatory treatments for chronic pain: efficacy and mechanisms.  
Nat Rev Neurol. 2014 Mar; 10(3): 167-78.
- <sup>30</sup> Mascaro JS, Rilling JK, Negi LT, Raison CL.  
Pre-existing brain function predicts subsequent practice of mindfulness and compassion meditation.  
Neuroimage. 2013 Apr 1; 69: 35-42.
- <sup>31</sup> Lutz A, McFarlin DR, Perlman DM, Salomons TV, Davidson RJ.  
Altered anterior insula activation during anticipation and experience of painful stimuli in expert meditators.  
Neuroimage. 2013 Jan 1; 64: 538-46.
- <sup>32</sup> Wiedemann J, Gard T, Hölzel BK et. al.  
Pain attenuation through mindfulness is associated with decreased cognitive control and increased sensory processing in the brain.  
Deutsche Zeitschrift für Akupunktur. 2012; 55(2): 25-6.
- <sup>33</sup> Fabbro F, Crescentini C.  
Facing the experience of pain: a neuropsychological perspective.  
Phys Life Rev. 2014 Sep; 11(3): 540-52.
- <sup>34</sup> McCracken LM, Velleman SC.  
Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care.  
Pain. 2010 Jan; 148(1): 141-7.
- <sup>35</sup> Morone NE, Lynch CS, Greco CM, Tindle HA, Weiner DK.  
„I felt like a new person.“ the effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries.  
J Pain. 2008 Sep; 9(9): 841-8.
- <sup>36</sup> Hased C.  
Mind-body therapies – use in chronic pain management.  
Aust Fam Physician. 2013 Mar; 42(3): 112-7.
- <sup>37</sup> McCoon DG, Imel ZE, Rosenkranz MA et. al.  
The validation of an active control intervention for Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR).  
Behav Res Ther 2012 Jan; 50(1): 3-12.