

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“

(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

Ausgabe 09/2008

Aspekte einer Integrativen Therapie von Schmerzstörungen – Die Bedeutung von Selbstregulation und Selbstbeziehung in der Therapie mit Schmerzpatienten

*Andrea Breil-Weis, VS-Villingen**

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>) Quelle: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit bei: www.fpi-publikationen.de/polyloge Graduationsarbeit aus dem Jahre 2006

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	1
EINLEITUNG.....	2
1. VERHALTENSTHERAPEUTISCHE SCHMERZTHERAPIE.....	3
1.1 VERHALTENSTHERAPEUTISCHE ÄTIOLOGIEMODELLE	3
1.2 KOGNITIV-VERHALTENSTHERAPEUTISCHE THERAPIE VON SCHMERZSTÖRUNGEN	4
1.3 KRITISCHE DISKUSSION.....	5
2. NEUERE FORSCHUNGSERGEBNISSE ZUR ENTSTEHUNG VON SCHMERZSTÖRUNGEN.....	6
2.1 NEUROBIOLOGISCHE FORSCHUNGSERGEBNISSE	6
2.2 PSYCHOBIOLOGISCHE UND ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHE FOLGEN FRÜHER STRESSERFAHRUNGEN.....	8
2.3 PSYCHOSOZIALE BELASTUNGSFAKTOREN UND BINDUNGSSTÖRUNGEN	9
2.4 CHRONISCHE SCHMERZERKRANKUNG ALS ENTWICKLUNGSSTÖRUNG	10
3. STÖRUNGSSPEZIFISCHE BESONDERHEITEN VON SCHMERZPATIENTEN.....	12
3.1 MUSTER DER SELBSTREGULATION UND BEZIEHUNGSGESTALTUNG	12
3.2 THERAPEUTISCHE IMPLIKATIONEN.....	13
4. ASPEKTE EINER INTEGRATIVEN THERAPIE VON SCHMERZSTÖRUNGEN	15
4.1 DER LEIB- UND BEZIEHUNGSORIENTIERTE THERAPIEANSATZ DER IT	16
4.2 FÖRDERUNG DER SELBSTBEZIEHUNG UND SELBSTREGULATION IN DER INTEGRATIVEN THERAPIE.....	17
5. BEITRAG DER INTEGRATIVEN THERAPIE ZU EINER MULTIMODALEN SCHMERZTHERAPIE.....	21
5.1 KASUISTIK.....	21
5.2 THEORETISCHE UND BEHANDLUNGSPRAXELOGISCHE ÜBERLEGUNGEN	25
5.3 FAZIT:	27
6. ZUSAMMENFASSUNG	28
7. ZUSAMMENFASSUNG/SUMMARY:	29
8. LITERATURVERZEICHNIS.....	31
9. ANMERKUNGEN.....	35

Einleitung

Chronische somatoforme Schmerzsyndrome, also Schmerzen, für die keine ausreichende organische oder pathophysiologische Ursache gefunden werden kann, gehören zu den häufigsten Gesundheitsstörungen in Deutschland. Die Lebenszeitprävalenz einer somatoformen Schmerzstörung liegt nach *Egle* und *Nickel* (2001) in der Allgemeinbevölkerung bei 12.3%. Schätzungen zufolge gibt es ca. 7 Millionen Dauerschmerzpatienten. Sie wenden sich an Allgemeinmediziner, Internisten, Orthopäden, Rheumatologen, Neurologen, Gynäkologen oder an andere Fachärzte. Die durchschnittliche Krankheitsdauer bis zur Diagnosestellung „Somatoforme Schmerzstörung“ beträgt im Durchschnitt 93 Monate (*Egle* 2005a).

Bei der Schmerzerkrankung Fibromyalgie geht man von etwa 2-3% Häufigkeit in der Gesamtbevölkerung aus, in Rheumakliniken zwischen 10% und 20%. (*Neumann et al.* 2003) Noch höher liegt die Prävalenzrate bei chronischen Kopf- und Rückenschmerzen. *Kröner-Herwig* (1998) führt an, dass ein Prävalenzwert von 7-11% für starke und häufige Kopfschmerzen auch für die Bundesrepublik als realistisch angenommen werden kann. Jüngere sind häufiger betroffen als Ältere über 65 Jahren, Frauen deutlich mehr als Männer. Selbst bei Kindern sei die Prävalenzrate chronischer Kopfschmerzen mit 4 - 7% erstaunlich hoch. Die durch chronische Kopfschmerzen bedingten erheblichen Krankheitskosten durch langjährige Behandlungsversuche bei langen Arbeitsfehlzeiten sind inzwischen vielfach dokumentiert.

Chronische Rückenschmerzen sind in den letzten Jahren für das medizinische Versorgungssystem, für Arbeitgeber und Versicherungsträger zu einem großen Problem geworden. Die epidemiologischen Daten ergeben einen unvermindert aufwärts steigenden Trend hinsichtlich Behandlungszahlen, Kosten und Invaliditätsraten (*Pfingsten et al.* 1998). Die Punktprävalenz bewegt sich zwischen 12 und 25%, wobei die 1-Jahresprävalenz bei belasteten Berufsgruppen auf bis zu 65% ansteigen kann. Das Hauptproblem besteht dabei in der Chronifizierung des Krankheitsbildes: Nur 40% der Patienten, die länger als 6 Monate krankgeschrieben waren, kehren in den Arbeitsprozess zurück (*Pfingsten et al.* 1998).

Die chronische Schmerzkrankheit bedarf in Diagnostik und Therapie der Zusammenarbeit aller medizinischen und psychosozialen Fachdisziplinen. Diesem Bedarf wird in den letzten Jahren verstärkt Rechnung getragen: Die interdisziplinäre Zusammenarbeit scheint sich zu etablieren: Es gründen sich regionale Schmerzzentren, regelmäßige interdisziplinäre Schmerzkongresse werden abgehalten und haben sich mancherorts fest etabliert, und auch von Seiten der Krankenkassen gehen die Bemühungen hin zum Aufbau einer integrierten Versorgungsstruktur für Schmerzpatienten.

Vor allem der Anteil der Psyche bei Verursachung und Aufrechterhaltung von Schmerzen wurde in den letzten Jahren zunehmend erkannt. Eine moderne Schmerztherapie anhaltender Schmerzen ist mittlerweile eine interdisziplinäre Therapie, in der die psychologische Schmerztherapie ihren festen Stellenwert hat.

Hierbei profitiert die Psychotherapie der Schmerzsyndrome auch von der regen Forschungstätigkeit in den Neurowissenschaften und von deren Erkenntnissen zur Entstehung von Schmerzen und deren Chronifizierung. Neuere ätiologische Theorievorstellungen zur Entstehung von Schmerzstörungen gründen auf neurobiologische Befunde, welche auf eine gemeinsame neuronale Basis von Emotionen und Schmerz weisen. Damit erhält die Bindungsforschung - neben der Bedeutung früher Stresserfahrungen- einen besonderen Stellenwert und ebnet einer ätiologischen Sichtweise den Weg, welche die somatoforme Schmerzstörung als Entwicklungsstörung begreift. Hier besteht eine organische Verbindung zur Integrativen Therapie mit ihrem beziehungs- und entwicklungspsychologischem Gesundheits- und Krankheitsverständnis.

Ziel der Arbeit wird es sein aufzuzeigen, welchen Beitrag zu einer modernen störungsspezifischen Schmerztherapie die Integrative Therapie mit ihren Konzepten der „Leiblichkeit“ und „Intersubjektivität“ leisten kann. Der auf Beziehung gründende therapeutische Zugang der IT kann gerade auch in der Arbeit mit Schmerzpatienten nutzbar gemacht werden für eine Verbesserung der *Selbstbeziehung* und der *Selbstregulierung* des Patienten. Dies umso mehr da, wo es darum geht, wegzukommen von einem eher funktionalisierenden Verständnis des Körpers, welches sich in den

Selbst- und Körperkonzepten von Schmerzpatienten findet und das sich in Teilen einer ausschließlich verhaltenstherapeutischen Behandlung fortschreibt.

1. Verhaltenstherapeutische Schmerztherapie

Dargestellt werden zunächst die Ätiologievorstellungen der kognitiven Verhaltenstherapie. Diese Therapierichtung konnte sich in den vergangenen Jahren bei der Behandlung chronischer Schmerzsyndrome im Feld der derzeitigen Richtlinienverfahren als das Verfahren der Wahl etablieren.

Die verhaltenstherapeutischen Ätiologiekonzepte verbinden biologische, psychische und soziale Faktoren, die Behandlungsplanung ist stringent daraus abgeleitet. Im Anschluss an die Darstellung der Ätiologiekonzepte der Verhaltenstherapie wird das kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungskonzept bei Schmerzstörungen zusammenfassend dargestellt.

Eine kritische Betrachtung des verhaltenstherapeutischen Körperverständnisses und der sich daraus ergebenden therapeutischen Einschränkungen schließt sich am Ende dieses Kapitels an.

1.1 Verhaltenstherapeutische Ätiologiemodelle

Die ätiologischen Annahmen über die Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen in der Verhaltenstherapie basieren auf kognitiv-behavioralen Coping-Modellen. Es existieren drei Erklärungsmodelle, die im folgenden in Anlehnung an *Hasenbring* (1996) kurz skizziert werden sollen: das psychosoziale Stress-Schmerz-Modell (*Sarno* 1976), das Fear-Avoidance-Modell (*Phillips* 1987) und das Avoidance-Endurance-Modell (*Hasenbring* 1993).

Das psychosoziale Stress-Schmerz-Modell nimmt an, dass es unter verschiedensten psychosozialen - beruflich wie privaten - Belastungssituationen zu einer Erhöhung der Muskelanspannung kommen kann. Bei anhaltender oder häufig sich wiederholender Belastung kommt es muskulär zu einer verminderten Durchblutung des Muskelgewebes sowie zu einer erhöhten Ausschüttung von Metaboliten. Beide Vorgänge können zu einer Sensibilisierung der Nozizeptoren in Muskeln und Sehnen führen und damit zum Schmerz. Nach *Lacey* (1967) und seinem psychophysiologischen Konzept der individuellen Reaktionstypie reagieren Menschen individuell mit unterschiedlichen physiologischen Reaktionsmustern auf psychische Belastungssituationen. Daraus erklärt sich die Entstehung der jeweiligen spezifischen Schmerzsymptomatik, z.B. Kopf- oder Rückenschmerzen. Bei starker, wiederholter oder andauernder Schmerzauslösung kommt es langfristig zu neurophysiologischen Sensibilisierungsprozessen in deren Folge bereits einfache mechanische Beanspruchungen der Muskeln zu Schmerzen führen. Nach *Zimmermann* (1990) etabliert sich ein Teufelskreis, der zur Chronifizierung von Schmerzen führen kann.

Das Fear-Avoidance-Modell geht von den empirisch gefundenen typischen Gedanken, Emotionen und Verhaltensweisen aus, mit denen chronische Schmerzpatienten auf Schmerz reagieren. Charakteristische Kognitionen in Verbindung mit Schmerz sind Gedanken des Katastrophisierens und der Hilflosigkeit (*Pfingsten* et al. 1997). Diese Gedanken, verbunden mit Gefühlen der Angst, führen auf der Verhaltensebene zu Schonhaltungen und Schonbewegungen, welche ihrerseits wieder über muskuläre Verspannungen Schmerzen auslösen können. Damit etabliert sich ein weiterer Circulus vitiosus. Darüber hinaus führt längere körperliche Inaktivität zu muskulärer Mangel durchblutung, was wiederum neurophysiologische Sensibilisierungsprozesse und damit weitere Schmerzen begünstigt. Das Vermeidungsverhalten hat oft auch Konsequenzen im sozialen Bereich: Das soziale Netzwerk wird vernachlässigt, um potentiell schmerzverstärkende Situationen zu vermeiden.

Dieser soziale Rückzug führt wiederum häufig zu depressiven Verstimmungen, oft mit Kognitionen von Hoffnungslosigkeit als Ausdruck einer geringen Selbstwirksamkeitsüberzeugung.

Das Avoidance-Endurance-Modell entstand auf der Basis längsschnittlich gewonnener Daten zur Chronifizierung von Schmerzen bei Patienten mit akuten Rücken- und Beinschmerzen nach

Bandscheibenvorfällen (*Hasenbring, 1992, 1993*). Zwei gegensätzliche Strategien in der Schmerzverarbeitung konnte *Hasenbring* bei der untersuchten Patientengruppe identifizieren: Einige Patienten reagierten auf Schmerz entsprechend dem Fear-Avoidance-Modell mit Gedanken des Katastrophisierens, mit Gefühlen von Angst und mit Vermeidungsverhalten. Zur Chronifizierung kam es über eine muskuläre Insuffizienz und sekundäre Sensibilisierungsprozesse. Eine andere, große Untergruppe der Patienten zeichnete sich durch eine gegensätzliche Strategie aus: Sie ignorierte die Schmerzen, pflegte Gedanken des Durchhaltens (z.B.: „Reiß Dich zusammen.“ „So schlimm ist es schon nicht.“) und zeigte ein ausgeprägtes Verhaltensmuster des Durchhaltens (trotz starker Schmerzen keine Pausen, alle Aufgaben vollständig wahrnehmen, keinerlei Abstriche bei Freizeitaktivitäten). Auch diese Einstellungen und Verhaltensweisen förderten eine Chronifizierung der Schmerzsymptomatik durch eine andauernde Überlastung von Muskeln, Bändern und Gelenken unter muskulärer Hyperaktivität.

1.2 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie von Schmerzstörungen

Die therapeutische Folgerung aus den oben dargestellten Ätiologieannahmen besteht in einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehen, mit dem ungünstige gedankliche und verhaltensmäßige Bewältigungsversuche von Belastungssituationen korrigiert und optimiert werden sollen. Vorrangig geht es darum, dem Chronifizierungsprozess entgegenzuwirken, der sich auch körperlich verfestigt und zu dem beschriebenen *Circulus vitiosus* führt.

Nach *Basler (1998)* besteht das Ziel psychologischer Interventionen bei chronischen Schmerzen darin, in den Prozess der Verarbeitung von Schmerzinformationen einzugreifen.

Im Marburger Schmerzbewältigungsprogramm (*Basler und Kröner-Herwig 1998*) skizziert *Basler* innerhalb einer kognitiv-behavioralen Schmerztherapie psychologische Interventionen auf drei Ebenen:

1. die verbal-subjektive Ebene: Diese bezieht sich sowohl auf das Schmerzerleben als auch auf die das Schmerzerleben begleitenden Emotionen und Kognitionen (Gedanken, Einstellungen).
2. die psychophysiologische Ebene, die z.B. den Muskel- und Gefäßtonus oder andere schmerzrelevante spezifische und unspezifische Stressreaktionen umfasst.
3. die motorisch-verhaltensmäßige Ebene, auf der das Schmerzverhalten (Mimik, Gestik, Schonhaltungen, Schonbewegungen), aber auch der Umgang mit Schmerzmedikamenten zu beschreiben sind.

Ziel in den kognitiven Verfahren ist es, den Schmerzkranken eine zunehmende Kontrolle über den Schmerz zu ermöglichen und den Patienten zum „Experten des eigenen Schmerzes“ zu machen im Sinne eines effizienten Selbstmanagements (*Kanfer et al. 1990*).

Konkrete Elemente einer kognitiv-behavioralen Schmerztherapie sind demnach (vgl. *Schneider 1994; Basler u. Kröner-Herwig 1998*):

- Vermittlung von Informationen über Schmerzentstehung und Einflussfaktoren der Schmerzwahrnehmung;
- Entspannungsübungen (Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Autogenes Training, Atemübungen);
- Analyse und Kontrolle schmerzverstärkender Bedingungen mittels Selbstbeobachtungstraining anhand von Tagesprotokollen und Einschätzskalen zum Schmerz, zu Verspannung und Befinden;
- Aufdecken negativer, automatischer Gedanken in Schmerzsituationen;
- Entwicklung von Schmerzbewältigungskognitionen;
- Phantasie- und Imaginationsübungen;
- Transfer- und Aufmerksamkeitsübungen;
- Abbau von Schonhaltungen durch Entwicklung von Plänen für soziale und körperliche Aktivitäten;
- Angstmanagement,
- Problemlösetherapie,

- Vermittlung von Stressbewältigungsfertigkeiten.

1.3 Kritische Diskussion

Die psychologische Schmerztherapie der Kognitiven Verhaltenstherapie hat in Theorie und Praxis einen entscheidenden Beitrag zu einer wirkungsvollen Therapie chronischer Schmerzen geleistet. Bei einer kritischen Betrachtung und Reflexion des therapeutischen Vorgehens und des diesem zugrunde liegenden Menschenbildes, welches direkte Implikationen für die therapeutische Arbeit hat, lässt sich folgendes feststellen:

Der Verhaltenstherapie liegt ein eher mechanistisches Verständnis des Menschen und seines Körpers zugrunde. In der Verhaltenstherapie von Schmerzstörungen dominieren heute Selbstmanagementtechniken als eine technoforme Art des Umgangs mit der Schmerzsymptomatik und mit dem eigenen Körper. Es geht um „Kontrolle“ der dem Menschen eigenen Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen, um Selbstkontrolle.

Die Zielsetzungen: „Fördern des Kontrollbewusstseins“, „Kontrolle der physischen Reaktionen auf den Schmerz“ oder „Selbstkontrolle der den Schmerz beeinflussenden Reaktionen“ vermitteln die Überzeugung, dass Kontrolle über den Körper möglich ist. „Ich muss nur richtig denken, dann bin ich schmerzfrei.“ Dies leistet einem technisierten, mechanistischen Umgang mit dem eigenen Körper Vorschub.

Wenn wir uns nun die Besonderheiten von Schmerzpatienten anschauen, die in der klinischen Erfahrung mit dieser Patientengruppe von vielen Autoren gefunden und dokumentiert werden (s. Pkt. 3.1), so finden wir, dass gerade Schmerzpatienten oft typischerweise eine technisierte, instrumentalisierte Umgangsweise mit ihrem Körper pflegen. Sie betrachten ihren Körper eher als ein Instrument, was funktionieren soll. Bei Stress kommt es häufig zu einer Verhärtung, es geht nur noch ums „Funktionieren“, eine chronische muskuläre und neuropsychologische Erregung sind die Folge. Schmerzsignale bei Überlastung werden zunächst ignoriert, wenn der Körper „versagt“, sind Enttäuschung, Wut und Hass auf diesen den Gehorsam verweigernden Körper die Folge. Kliniker bezeichnen diese Art des Körperbezugs als eine Haltung der „Selbstausschöpfung“. Es ist zu befürchten, dass eine therapeutische Haltung, die Kontrolle über das Selbst suggeriert, in der Gefahr steht, diese Haltung zu verstärken.

Eine weitere kritische Anfrage ergibt sich in Bezug auf den Umgang mit starken chronischen Schmerzen:

Sind leichte bis mittlere Schmerzen durch ermutigende und entkatastrophisierende Gedanken noch zu bewältigen, so finden diese Techniken oft ihre Grenzen im Angesicht starker Schmerzen. (vgl. *Frede, 2000*).

Die Schmerzbewältigungsprogramme basieren u.a. auf der Prämisse, dass Patienten ihre Wahrnehmung steuern können. In Zuständen starker Schmerzen gelingt die aktive Steuerung der Wahrnehmung jedoch nur noch unzureichend oder gar nicht. Es geht hier vielmehr um aushalten, den Schmerz da sein lassen, um Annahme des Leidens. Falsche Erwartungen und Ansprüche an sich selbst: („Ich muss diese Schmerzen in den Griff kriegen.“) können beim Patienten zu Resignation und Gefühlen von Versagen und Unzulänglichkeit führen. Auf der physiologischen Ebene kann der Druck, Angst nicht zulassen zu dürfen, seinerseits Angst erzeugen und Muskelanspannung verstärken. Ebenso besteht die Gefahr, dass sich das unerwünschte Verhaltensmuster des Durchhaltens weiter verstärkt.

Hier sind therapeutische Schritte zur Selbstberuhigung notwendig, welche mehr auf das Loslassen und auf die Fähigkeit, Kontrolle aufzugeben fokussieren, denn auf das Bemühen um Kontrolle angesichts unkontrollierbar gewordener Schmerzen.

Frede (2000) benennt in der kritischen Auseinandersetzung mit verhaltenstherapeutischen Gruppenprogrammen zur Schmerzbehandlung einen weiteren kritischen Punkt: Die Orientierung an durch den Therapeuten vorgegebenen Verhaltensweisen und Kognitionen kann zu einer Orientierung an äußeren Vorgaben führen, die den Patienten sein eigenes Handeln und seine Impulse beständig hinterfragen lässt, inwieweit sein jeweiliges Verhalten, seine inneren Einstellungen und seine erlebten Gefühle in Schmerzsituationen „richtig“ oder „falsch“ seien. Dies führt oft zu einer Verunsicherung des Patienten in vielfältigen Alltagssituationen, wo er, auf sich

allein gestellt, entscheiden soll, was er sich zumuten darf (oder soll?), wo seine Grenzen sind oder wo es Sinn macht, diese zu weiten. Die Orientierung an vorgegebenen Kriterien bedeutet in der Konsequenz eine Abkehr von der inneren Einschätzung und Überprüfung getroffener Entscheidungen als für die Person „stimmig“. Frede nennt dies einen un guten „Richtgeist“, der sich einschleiche und fordert statt dessen die Hinwendung zu den inneren Prozessen des Patienten. In diesem Zusammenhang sei auf die „Theorie der somatischen Marker“ von *Damasio* (2000) verwiesen, der zufolge Entscheidungen von positiven und negativen Körper-Empfindungen begleitet werden, welche die Person leiblich spüren lassen, ob eine Entscheidung sich „gut“ oder „schlecht“ anfühlt. Um Entscheidungen treffen zu können, muss die Person demnach die Folgen dieser Entscheidungen leiblich spüren können. Dies weist auf die Körpergebundenheit von Affekten und in der Konsequenz auf die Notwendigkeit, den eigenen inneren leibnahen Prozessen Aufmerksamkeit und Bedeutung beizumessen und sie in die persönlichen Entscheidungsprozesse einzubeziehen - gegen eine einseitige Ausrichtung an extern vorgegebenen Verhaltensrichtlinien.

2. Neuere Forschungsergebnisse zur Entstehung von Schmerzstörungen

„ (Chronischer) Schmerz ist ein psychologisches Problem, auch wenn er ursprünglich aus physiologischen Sensationen entwachsen ist.“ (*Engel*, 1959 zit. nach *Pfingsten* 2005)

Dieses Zitat, vor beinahe einem halben Jahrhundert geschrieben, versetzt mit seiner Aktualität in Erstaunen. Über viele Jahre dominierte in der Medizin das Cartesianische Postulat: „Kein Schmerz ohne Gewebsschädigung“ als Ausdruck eines linear-kausalen Schmerzverständnisses. Erst in jüngerer Zeit wachsen Wissen und Verständnis dafür, dass Schmerzen auch ohne Vorliegen einer Schädigung von Nerven und Gewebe auftreten können, sogar ohne peripheren Schmerzinput.

Ich möchte den Blick auf den derzeitigen Kenntnisstand der neurophysiologischen und neurobiologischen Forschung zur Entstehung von chronischen Schmerzen lenken. Im weiteren wird die psychobiologische Verarbeitung früher Stresserfahrungen auf dem Hintergrund gemachter Bindungserfahrungen beleuchtet werden.

Egle und *Nickel* (2005) stellen ein pathogenetisches Modell für eine somatoforme Schmerzstörung dar, welches die Integration von psychosozialen Belastungsfaktoren und neurobiologischer Verarbeitung ermöglicht. Beeindruckend sind hierzu besonders die neurobiologischen Befunde bei Fibromyalgiepatienten, welche *Egle* et al. für diese Patientengruppe zu einem bio-psycho-sozialen Pathogenesemodell integrieren (*Egle* et al. 2004, zit. in *Egle* et al. 2005, S. 364).

Einen weiteren spannenden Blick auf die Genese chronischer Schmerzen gewinnt man momentan aus der Perspektive der Bindungsforschung. Auch hier ergibt sich die Möglichkeit zur Integration neurobiologischer und psychosozialer Daten. So weisen die Ergebnisse der aktuellen neurobiologischen Forschung auf die Bedeutung von psychologischen Erfahrungen wie Trennung und Ausschluss bei der Entstehung von Schmerzen hin (*Gündel* 2005) und ergeben sich signifikante Zusammenhänge zwischen erhobenen unsicheren Bindungstypen und Somatoformen Schmerzstörungen (*Scheidt* 2005; *Scheidt* 2004).

2.1 Neurobiologische Forschungsergebnisse

In den letzten Jahren wächst das Forschungsinteresse an den neurobiologischen Grundlagen der Emotionalität.

Eisenberger fand in ihrer Studie 2003 einen höchst interessanten Befund: Sie stellte fest, dass seelischer Schmerz im Gehirn die gleichen Areale aktiviert wie körperlicher Schmerz. In beiden Fällen fand sich eine Zunahme der Aktivierung im Gyrus cinguli, der auch für die Schmerzwahrnehmung zuständig ist. So folgert *Eisenberger*: „...the brain bases of social pain are similar to those of physical pain.“ (*Eisenberger* 2003, S. 290).

Singer et al. (2003) fanden, dass allein die Beobachtung von Schmerz bei Anderen in den Versuchspersonen ebenfalls zu der gleichen Aktivierung in den entsprechenden Hirnarealen führte.

In ihrem Buchbeitrag: „How Physical Pain May Interact with Psychological Pain: Evidence for a Mutual Neurobiological Basis of Emotions and Pain“ (2005, unveröffentl. Manuskript) tragen *Gündel* und *Tölle* empirische Evidenzen für eine gemeinsame neurologische Basis von Schmerz und Beziehungserfahrungen zusammen. Es gelingt ihnen damit in eindrücklicher Weise, die Interaktion von psychologischen und körperlichen Prozessen aufgrund neurobiologischer Daten nachvollziehbar zu erhellen.

Ausgehend von der klinischen Erfahrung, dass der Beginn einer chronischen Schmerzerkrankung sehr häufig in Zusammenhang mit Trennungs- und Verlusterlebnissen steht, zeichnen *Gündel* und *Tölle* anhand von neurobiologischen Studien nach, aufgrund welcher neurobiologischen Prozesse die psychologische Erfahrung von Trennung, Ausschluss und Verlust körperliche Schmerzen auszulösen vermag. (*Gündel* und *Tölle* 2005, *Gündel* 2004a, siehe auch *Gündel* et al. 2003). *Gündel* zeigt auf, dass das angeborene und zunächst von *Bowlby* (1969) gefundene „attachment-behaviour-system“, welches in biologischer Funktion ein Überleben in sozialer Abhängigkeit sichert, bei Beziehungsentfernung Angst auslöst. Hierbei ist das limbische System beteiligt, welches höhere und niedrigere Hirnregionen und deren Aktivitäten miteinander vernetzt.

Gündel referiert Studien, in denen zunächst bei Nagetieren nachgewiesen werden konnte, dass frühe Beziehungserfahrungen, wie z.B. Trennung, nachweisbare neuronale Veränderungen bewirken. Eine Studie an rumänischen Waisenkindern zeigte, dass frühe Beziehungsstörungen ebenso Veränderungen in sog. „affektiven“ Hirnregionen nach sich ziehen. Es zeigte sich ebenfalls, dass Opiate eine entscheidende Funktion in der Beziehungsregulation einnehmen (*Gündel* 2004a; vgl. auch *Hofer* 1984).

Die Studie von *Eisenberger* (2003), welche mit Hilfe von Neuroimaging die Folgen von sozialen Ausschluss untersuchte, fand ebenfalls neuronale Korrelate von erlebtem sozialen Ausschluss. Hierbei sind die vordere anteriore Insel, der dorsale Cortex und der cinguläre frontale Cortex beteiligt. Diese Hirnregionen sind nach *Gündel* zentral für die Verarbeitung der Emotionalität und Schmerzen, wobei insbesondere der Insula zentrale Bedeutung sowohl für die Körperreaktion als auch für die Emotionalität zukommt. Die unter der Bedingung von sozialem Ausschluss gefundenen Gehirnmuster waren sehr ähnlich den in Studien zu körperlichem Schmerz gefundenen Mustern.

Gündel und *Tölle* (2005) folgern daraus: „...that because of the adaptive value of mammalian social bond, the social attachment system, which keeps youngsters near caregivers, may have piggybacked onto the physical pain system to promote survival.“... “There is further support for the idea of an interaction between this behavioural attachment system and pain circuitry.” (*Gündel* und *Tölle* 2005, S. 16)

Er zitiert die Schlussfolgerung von *Giesecke* et al. (2004), dass die in den verschiedenen Untersuchungsreihen gefundenen Ergebnisse darauf hinweisen, dass im gesamten Bereich der Schmerzerkrankungen das Phänomen Schmerz zentral vermittelt wird und oft keine ausreichende periphere Basis hat. Dieses muss laut *Gündel* einen durchgreifenden Wandel im Verständnis einer großen Untergruppe von Schmerzpatienten nach sich ziehen: bei vielen Schmerzpatienten kann von starken emotionalen Merkmalen ausgegangen werden. (vgl. *Gündel* und *Tölle* 2005).

Ergänzend sei hier auf die Ausführungen von *Petzold* (2003) zur Genregulation¹ verwiesen: “Forschungen zum Schmerzgedächtnis zeigen, daß Gewalterfahrungen zu dysfunktionalen Genregulationen führen. Die inzwischen nur noch schwer zu überschauende neurologische Forschung zu Depressionen hat überzeugende Evidenzen dafür, daß für bestimmte Menschen belastende, lebensgeschichtliche Erfahrungen zu dysfunktionalen Lerneffekten in den neuronalen Netzwerken führen, die Erholung/Regeneration und das Zur-Wirkung-Kommen von ‚Schutzfaktoren‘ 39, z.B. zwischenmenschlicher Zuwendung - ein besonders starker ‚protective factor‘ - verhindern.“ (*Petzold*, 2003, S.1070).

Weiter führt *Petzold* aus: „Es hatte offenbar eine Sensibilisierung ... durch ... bedrängende zwischenmenschliche Erfahrungen von Trennung, Verlust, Verrat etc. stattgefunden, die die Genregulation bei Menschen mit Überlastungserfahrungen so konditionierte, daß die *emotionale*

Bewertung im limbischen System ... bei drohenden ‚critical life events‘ (Filipp 1990) eher mit Übererregung (hyperarousal) reagiert als bei Personen ohne Überlastungserfahrungen.“ (Petzold, 2003, S. 1073).

Auch im Bereich der Chronifizierung von Schmerzen brachte die neurobiologische Forschung interessante Ergebnisse. So zeigte sich mit Hilfe von bildgebenden Verfahren, dass lang andauernde oder wiederholte Schmerzen zu „Spuren“ im Gehirn führen: bei anhaltenden Schmerzen kommt es zu spinalen Umbauprozessen im Somatosensorischen Kortex, in deren Folge sich die Repräsentation der betroffenen Körperregionen im Somatosensorischen Kortex vergrößert. Diese vergrößerte Repräsentation führt unter Mitwirkung des Limbischen Systems zu einer vermehrten Schmerzempfindung in den betreffenden Körperregionen. (Flor 2000). Diese Ergebnisse unterstreichen die Forderung nach möglichst frühzeitig einsetzenden interdisziplinären Bemühungen in der Behandlung von Schmerzkrankungen, um Chronifizierungsprozessen entgegenzuwirken.

2.2 Psychobiologische und entwicklungspsychologische Folgen früher Stresserfahrungen

In den letzten 15 Jahren mehren sich immer eindeutiger wissenschaftliche Erkenntnisse, nach denen frühe Stresserfahrungen in der Kindheit die Vulnerabilität im Erwachsenenalter für eine ganze Reihe von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, u.a. auch für Schmerzkrankungen und Somatoforme Störungen, erhöhen. Überfordernde Umweltbedingungen in frühen Entwicklungsstadien können zu „biologischen Narben“ führen, welche die spätere Stressanfälligkeit und somit Anfälligkeit für psychische Störungen verstärken.

Als frühe Stresserfahrungen gelten vor allem Misshandlung, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung. Diese Erfahrungen fließen in die Bindungsmuster ein, die von den Patienten in ihrer Kindheit erworben werden als Repräsentationen und Arbeitsmodelle von zwischenmenschlichen Beziehungen. (S. Pkt 2.3) Siehe hierzu auch *Strauß* (2005).

Egle, Hoffmann und Joraschky (2005b) tragen die vorliegenden empirischen Befunde zusammen und diskutieren diese sowohl unter psychobiologischen als auch unter bindungstheoretischen Aspekten. Die vorliegenden Ergebnisse deuten auf einen Zusammenhang zwischen den sich unter ungünstigen Beziehungserfahrungen entwickelnden Bindungsmustern und psychobiologischen Folgen früher Stresserfahrungen.

Nach *Egle und Nickel* (2005) belegten bereits Mitte der neunziger Jahre zwei Studien (*Scarinci et al.* 1994; *Taddio et al.* 1997; vgl. *Egle und Nickel* 2005), dass psychische Traumatisierung genauso wie biologische Stresseinwirkung das spätere Schmerzempfinden modulieren, d.h. verstärken können. *Scarinci et al.* (1994) zeigten experimentell, dass bei in der Kindheit sexuell traumatisierten Frauen die Schmerzschwelle im Vergleich zu nicht traumatisierten Frauen deutlich herabgesetzt ist. Eine Studie von *Taddio et al.* (1997) zeigte, dass frühe Schmerzerfahrungen das spätere Schmerzerleben und –verhalten prägen. Untersucht worden waren Jungen, welche im ersten Lebensjahr mit und ohne Narkose einer Beschneidung unterzogen wurden und deren spätere Schmerzempfindung bei einer Impfung im zeitlichen Zusammenhang mit der Einschulung (siehe auch *Lidow* 2002, vgl. *Egle und Nickel* 2005).

Diese Befunde lassen sich heute auf der Basis neuerer psychobiologischer Erkenntnisse über die zentrale Schmerzverarbeitung und der dabei beteiligten Mechanismen besser einordnen (*Price* 2000, vgl. *Egle und Nickel* 2005).

Zunächst gelangen nozizeptiveⁱⁱ Impulse aus der Körperperipherie zum somatosensorischen Kortex. Von dort gelangen sie auf neuronalen Bahnen zur Amygdala, die eine zentrale Funktion in der Verarbeitung biologischer und psychosozialer Stressoren hat.

In der Amygdala erfolgt die Analyse des emotionalen Inhaltes eines Stimulus, z.B. eines Schmerzreizes. Amygdala und Hippocampus nehmen als Teile des Limbischen Systems Einfluss auf das Schmerzempfinden und die Schmerzempfindung. (*Egle* 2005a; s. auch *Petzold* 2002, *Hüther*

2002). In der Interaktion von Amygdala und Hippocampus „wird der Schmerz zum Schmerz“ (Egle 2005a) und als solcher gespeichert.

Amygdala und Teile des Hippocampus fungieren also als eine Art „Stress- und Schmerzgedächtnis“ (LeDoux 2000, vgl. Egle und Nickel 2005). Frühe Schmerzerfahrungen werden darüber als Stress gespeichert und können aufgrund der bestehenden neuronalen Verbindungen später wieder getriggert werden, wenn die betreffende Person biologischen oder psychosozialen Stressoren ausgesetzt ist. Dies bedeutet, dass ein spezifischer nozizeptiver Input dazu nicht mehr nötig wäre. Belastende Lebensereignisse im Erwachsenenalter – körperliche wie psychosoziale - fungieren dann als Auslöser der Schmerzsymptomatik.

Heim und Nemeroff (2001) belegten in einer retrospektiven Studie an Frauen, die in ihrer Kindheit sexuell oder physisch traumatisiert wurden, eine vermutlich durch eine CRH-Hypersekretion bedingte Hyperreagibilität der HPA- und LC-NE-Achse, welche unter biologischem oder psychosozialen Stress im Erwachsenenalter zu psychischen Störungen disponiert und die Entwicklung von Somatisierungsbeschwerden verschiedener körperlicher Beschwerden begünstigt. Eine erhöhte CRH-Sekretion von Amygdala und Hypothalamus ist zugleich auch für die Auslösung von Affekten wie Angst und Depression verantwortlich. (Heim u. Nemeroff 2001, vgl. Egle und Nickel 2005).

Durch differenzierte neurobiologische Prozesse (vgl. Egle und Nickel 2005, S.336) kommt es zudem zu einer erhöhten Schmerzsensibilität, d.h. auch zu einer gesteigerten Empfindlichkeit gegenüber nozizeptiven Reizen:

Nervenbahnen, die zum periaquäduktalen Höhlengrau (PAG) im Mittelhirn führen, haben Einfluss auf die „deszendierende Hemmung“, welche Schmerzreize vom Hirn zurück an die Peripherie schickt. Die inhibitorische Wirkung kann durch verschiedene Arten von Neuronen moduliert werden.

Egle und Nickel (2005) zeigen auf, dass psychische Faktoren wie z.B. Aufmerksamkeit, Angst und Depression über derartige neuronale Verbindungen Einfluss auf die Schmerzsensibilität nehmen. (Behbehani 1995; Sandkühler 1996; 2000, vgl. Nickel und Egle 2005).

Erwähnt sei hier auch das Ätiologiemodell der dissoziativen und somatoformen Störungen, welches Brunner und Resch (2003) entwerfen.

Sie legen ein pathogenetisches Modell stressbezogener Psychopathologie vor, das auf die unter Stress veränderte Informationsverarbeitung und Affektregulation fokussiert und das Zusammenspiel von Umweltbedingungen, genetischen Faktoren und neuronalen Reaktionen auf verschiedene Stressoren postuliert. Therapeutische Implikationen dieses Störungsverständnisses sind u.a. die Steigerung der Affekttoleranz, um eine differenzierte Wahrnehmung und Verbalisierung von Gefühlszuständen und deren Bewertung zu ermöglichen, sowie die Stärkung internaler Affektregulationsmechanismen (vgl. Brunner und Resch 2003).

2.3 Psychosoziale Belastungsfaktoren und Bindungsstörungen

Die Bedeutung früher Bindungserfahrungen für das spätere Erwachsenenleben ist inzwischen allgemein anerkannt und vielfältig empirisch belegt (Grossmann u. Grossmann 2004; Fremmer-Bombik u. Grossmann 1997, Seiffge-Krenke 2004, u.a.).

Es gibt inzwischen eine ganze Reihe von Hinweisen darauf, dass auch im Bereich der Schmerzstörungen ein signifikanter Zusammenhang zwischen in der Kindheit erworbenen unsicheren Bindungsrepräsentationen und der Entwicklung einer chronischen Schmerzsymptomatik besteht. Dabei besteht ein Zusammenhang zwischen psychosozialen Belastungsfaktoren in der Kindheit (s. Pkt. 2.2) und Bindungsstörungen dergestalt, dass es aufgrund von Misshandlung, Deprivation und Zurückweisung zur Ausbildung unsicherer oder desorganisierter Bindungsstile kommt.

Sowohl Scheidt (2005) als auch Egle und Nickel (2005) dokumentieren eine Reihe neuerer Studien und eindrucklicher Ergebnisse, die für den Zusammenhang zwischen frühen Bindungserfahrungen

und Schmerzserkrankungen im Erwachsenenalter sprechen. In diesem Zusammenhang sei auch noch einmal auf die Arbeit von *Gündel* und *Tölle* (2005) hingewiesen, die in unter Pkt. 2.1 ausführlich dargestellt wurde.

Scheidt (2002) führt eine Studie von *Slasby* (1995) an, nach der Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen signifikant häufiger unsichere Bindungsmuster aufweisen. *Scheidt* verweist hierbei auch auf *Kottler* et al. (1994), die bei unsicherem Bindungsverhalten im Zusammenhang mit entsprechenden Stilen der Affektverarbeitung eine Disposition zu verstärkter Symptomklage fanden. Auch neigten Patienten mit einer unsicher verwickelten Bindung eher zu einer ängstlich-katastrophisierenden Verarbeitung körperlicher Beschwerden und zu häufigen Arztbesuchen. (*Simpson* et al. 1992 ; *Mikail* et al. 1994; vgl. *Scheidt* 2002).

Scheidt und *Waller* (2004) fanden an einer eigenen aktuellen Studie an 40 Patienten mit einer Somatisierungsstörung, dass 50% der Patienten ein „unsicher vermeidendes“ Bindungsmuster aufwiesen. Weitere 23,7 % zeigten ein „unsicher verwickeltes“ Bindungsverhalten. Nur 26,3 % wurden als „sicher gebunden“ eingestuft.

In einer Stichprobe von gesunden Personen dagegen zeigten 60% eine „sichere Bindung“, und lediglich 40% eine unsichere Bindung. Letztere Gruppe unterteilt sich in 27,5 % mit einem „unsicher vermeidenden“ Bindungsstil und 12,5 % mit einem „unsicher verwickelten“ Bindungsmuster.

Die Autoren fanden weiter einen Zusammenhang zwischen Bindungsrepräsentation und Affektorganisation bei Patienten mit Somatoformen Störungen. (*Scheidt* und *Waller* 2004).

Egle und *Nickel* referieren eine Reihe von Studien, die einen Zusammenhang von unsicherem Bindungsverhalten und Schmerzsymptomatik im Erwachsenenalter fanden. Sie zitieren u.a. eine Untersuchung von *Anderson* und *Hines* (1994, vgl. *Egle* und *Nickel* 2005), nach der Patienten umso anfälliger für Chronifizierung ihrer Schmerzsymptomatik waren, je unsicherer die Qualität ihrer frühen Bindung war.

Sie schreiben weiter: „Einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis der Verknüpfung von somatoformem Schmerz und den skizzierten Phänomenen einer schweren Beziehungsstörung in Kindheit und Jugend liefern Studien mit einem bindungstheoretischen Ansatz.“ (*Egle* und *Nickel* 2005, S.334).

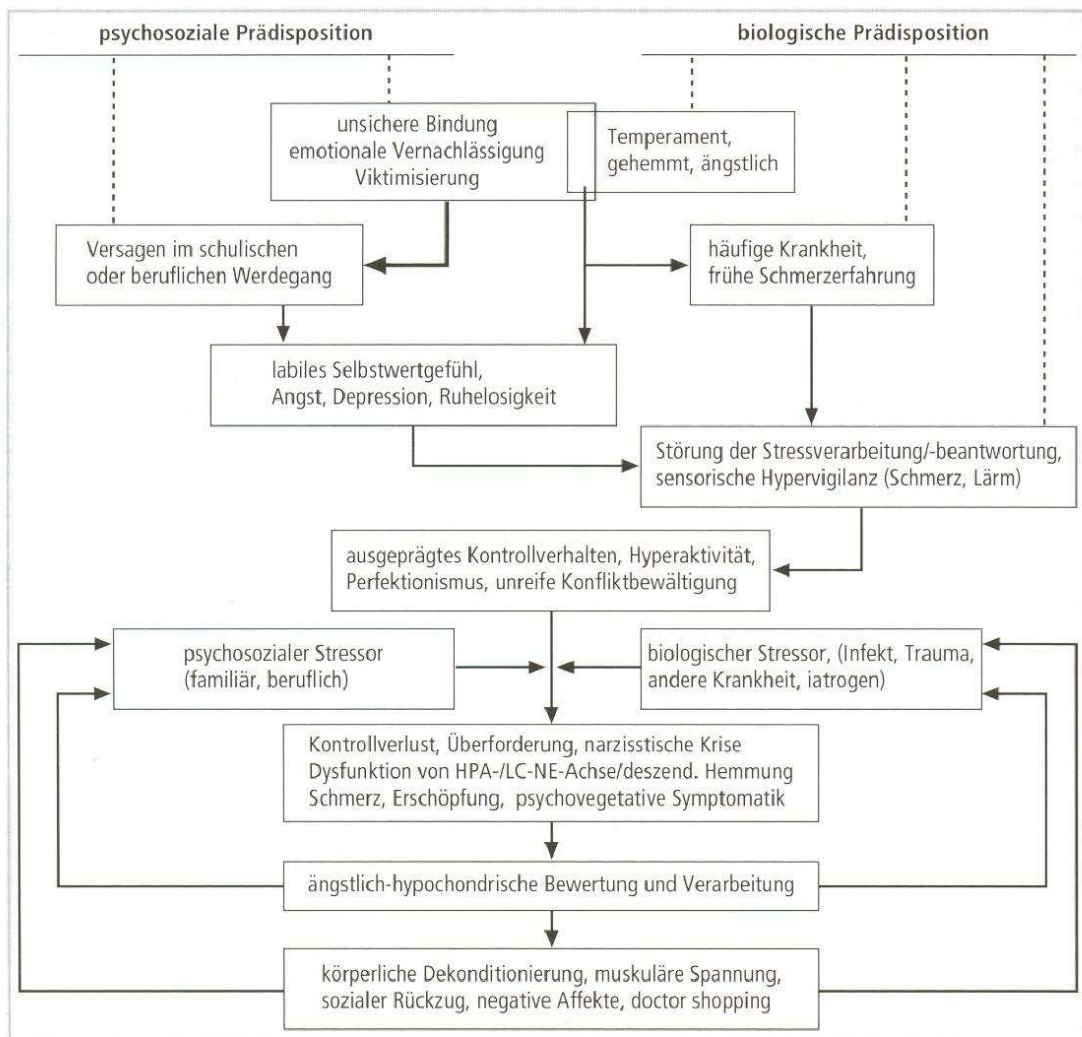
Aus dem gegenwärtigen Forschungsstand folgern *Egle* und *Nickel* (2005, S. 335):

„Ein unsicheres Bindungsverhalten prädestiniert für eine ungünstige Bewältigung psychischer Traumatisierungen in der Kindheit, für eine ungünstigere Bewältigung körperlicher Schmerzen im Erwachsenenalter und für eine Somatisierung psychosozialer Belastungen im späteren Leben.“

2.4 Chronische Schmerzserkrankung als Entwicklungsstörung

Die Berücksichtigung der Gesamtheit aller inzwischen vorliegenden Daten führt *Egle*, *Ecker-Egle*, *Nickel* und *van Houdenhove* (2004) zu einem *bio-psycho-sozialen Pathogenesemodell* der Fibromyalgieⁱⁱⁱ, welches auf der folgenden Seite abgebildet ist (vgl. *Egle* und *Nickel* 2005b, S.364). Das vorliegende Ätiologiemodell integriert sowohl durch die aktuelle klinische Entwicklungspsychologie inzwischen gut belegte Risikofaktoren und frühe Lernerfahrungen als auch biologische und neurobiologische Einflussgrößen.

Das chronische Schmerzsyndrom Fibromyalgie nimmt einen hohen prozentualen Anteil an den zu behandelnden Schmerzserkrankungen ein. Dieses Krankheitsmodell der oben genannten Autoren kann meines Erachtens als repräsentativ für die Entwicklung einer chronischen Schmerzserkrankung angesehen werden und in abgewandelter Form durchaus als Pathogenesekonzept für andere Schmerzstörungen herangezogen werden.



Bio-psycho-soziales Pathogenesemodell der Fibromyalgie (Egle et al. 2004)

Aktuelle Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen sind somit im besten Sinne integrative Modelle, die den Einfluss psychosozialer Belastungsfaktoren, neurobiologischer Vorgänge und Chronifizierung fördernde Verhaltenstendenzen miteinander verbinden.

Betrachtet man die zur Verfügung stehenden empirischen Daten unter der longitudinalen Perspektive der Entwicklung über die Lebensspanne (Lifespan- developmental-approach) (Baltes 1979; Petzold 2003, Osten 2000), so findet man unter diesem Blickwinkel Evidenzen für den Einfluss spezifischer kritischer Lebensereignisse wie Trennung, Verlust und Scheidung im späteren Erwachsenenalter und dem Auftreten einer Schmerzerkrankung (Gündel u. Tölle 2005), wiederum unter Berücksichtigung der in der Kindheit ausgebildeten Beziehungsmuster.

Meines Erachtens formt sich hier bei der Zusammenschau aller vorliegenden wissenschaftlichen Befunde ein Ätiologiemodell, welches die chronische Schmerzerkrankung als Entwicklungsstörung begreifen lässt. Dies ist eine ätiologische Betrachtungsweise, welche dem Krankheitsmodell, der „Klinischen Krankheitslehre“ der Integrativen Therapie entspricht.

Es sei darauf hingewiesen, dass ein Krankheitsverständnis, welche die Schmerzstörung als Entwicklungsstörung begreift, auch Konsequenzen für die Diagnostik haben muss. Es ergibt sich hieraus die Notwendigkeit zu einer erweiterten Diagnostik, im Sinne einer Integrativen Anamnese und Diagnostik, welche die gesamte Lebensspanne in den Blick nimmt und Lebensverläufe als „interaktive Beziehungsbiographien“ versteht. (Osten 2000)

3. Störungsspezifische Besonderheiten von Schmerzpatienten

3.1 Muster der Selbstregulation und Beziehungsgestaltung

Bei einem großen Teil von Schmerzpatienten finden sich eine Reihe von spezifischen Verhaltenmerkmalen, Defiziten und Eigenschaften, welche durch verschiedenste Autoren auf der Basis von klinischer Erfahrung und/oder empirischen Untersuchungen beschrieben werden.

Thayer and Lane (2000, in *Gündel und Tölle* 2005) berichten in ihrer Studie, dass sie einen erhöhten Sympathicotonus bei Patienten mit verschiedenen psychischen Störungen, wie Angst-, Schmerz- oder Somatoformen Störungen, fanden. In einer eigenen Studie an einer Gruppe von neurologischen Patienten fanden *Gündel et al.* (2004b) bei Patienten mit ausgeprägter Alexithymie^{iv} ein generell erhöhtes Niveau an zentraler Erregung als bei solchen mit einem geringeren Wert von Alexithymie. (siehe hierzu auch Pkt. 2.2).

Interessant sind hierzu die Forschungsergebnisse von *Gracely et al.* (2002, zit. nach *Egle* 2005.a), die bei Fibromyalgie-Patientinnen Bereiche erhöhter zentraler Aktivierung fanden (s. auch Pkt.2.1). Zugleich ergab sich ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des Katastrophisierens (CSQ-Score) und Aktivierung des anterioren Gyrus cinguli, unter Berücksichtigung von Angst und Depression.

Als therapeutische Konsequenz folgert *Gündel* (2004a), dass zunächst einmal vorrangig sei, über Entspannung das Erregungsniveau von Schmerzpatienten zu senken. Erst danach könne inhaltlich mit dem Patienten gearbeitet werden. Dies verweist auf die verringerte Fähigkeit zur Selbstberuhigung bei Schmerzpatienten und auf die Notwendigkeit zur Steigerung der Selbstregulationsfähigkeit. (s. Pkt. 3.1. und 4.2.)

Scheidt (2005) berichtet über Besonderheiten von Schmerzpatienten in drei Bereichen: In Neurophysiologie und Physiologie findet sich eine erniedrigte Schmerzschwelle, im Affektsystem zeigen sich Affektwahrnehmung und Affekterleben verändert und im Bindungsverhalten findet sich eine charakteristische Häufung von unsicheren Bindungsmustern (s. Pkt. 2.2).

Von verschiedenen Autoren wird eine eingeschränkte Affektwahrnehmung als charakteristisch für einen Großteil der Schmerzpatienten beschrieben (*Scheidt* 2005; *Egle* 2005; *Gündel* 2004).

Scheidt benennt ein *verringertes Affektbewusstsein* mit nicht integrierten, teils schmerzbezogenen Affekten und *Schwierigkeiten in der Affektbeschreibung* (*Scheidt* 2005). Er referiert differenzierte Ergebnisse eigener Studien, nach denen sich Patienten mit einer somatoformen Störung in den gemessenen Werten für Alexithymie und Affektbewusstsein signifikant von denen einer gesunden Kontrollgruppe unterscheiden. So zeigten Patienten mit einer Somatoformen Störung in allen Bereichen erhöhte Werte für *Alexithymie*. Sie hatten demnach sowohl Schwierigkeiten im Identifizieren von Gefühlen, als auch im Beschreiben von Gefühlszuständen und im emotional orientierten Denken (*Waller und Scheidt* 2004).

Beim *Affektbewusstsein* zeigte die Patientengruppe in allen gemessenen Merkmalen - einschließlich den Maßen für nichtsprachlichen Ausdruck - geringere Werte als die Gruppe der gesunden Personen (*Scheidt* 2005; *Waller und Scheidt* 2004).

Darüber hinaus fanden *Waller und Scheidt* bei Patienten mit einer Somatisierungsstörung *Störungen in der Affektregulation*. (*Scheidt und Waller* 2004).

Als weitere typische Verhaltensmerkmale von Schmerzpatienten nennt *Scheidt*: Ein in der Interaktion eher abweisendes Verhalten, ein häufiges Ignorieren von Bindungssignalen bei gleichzeitig hoher Vulnerabilität für Zurückweisung. *Scheidt* berichtet aufgrund seiner klinischen Beobachtungen, dass Schmerzpatienten oftmals nach verdeckten Signalen von Ärger und Ablehnung beim Interaktionspartner suchten (*Scheidt* 2005; *Scheidt* 2002).

Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine Forschungsstudie von *Equit* und *Kirsch* (2005) an einer Gruppe von Fibromyalgie-Patientinnen. Sie untersuchten mittels standardisierter Sprach- und Mimikanalyse den mimischen und sprachlichen Affektausdruck von Fibromyalgie-Patientinnen und verglichen diesen mit dem gesunder Frauen. Zusätzlich wurde das Blickverhalten zwischen Interviewer und Probandin erfasst.

Die Auswertung ergab, dass Fibromyalgie-Patientinnen in ihrem Ausdruck von Ärger reduziert sind: dies sowohl in ihrem mimisch-affektiven, als auch sprachlich-affektivem Ausdruck. Zusätzlich senden sie gegensätzliche mimische und sprachliche Signale. (vgl. *Equit* und *Kirsch* 2005).

Die Autorinnen folgern daraus, dass die fehlende Kongruenz zwischen verbalem und nonverbalem Ausdruck zu der schwierigen Beziehungsgestaltung dieser Patientinnen beiträgt.

Zugleich fanden *Equit* und *Kirsch*, dass der Gesamtscore der Angst bei den Fibromyalgie-Patientinnen deutlich höher war als bei der Vergleichsgruppe gesunder Frauen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von *Pfingsten* (2005) und *Egle* (2005a), welche beide ein hohes Ausmaß an Angst bei Schmerzpatienten finden, verbunden mit einer deutlich erhöhten Bereitschaft zum Katastrophisieren.

Pfingsten (2005) betont, dass das Ausmaß der Angst meist unterschätzt werde. Für eine gelungene Therapie hält er es für unabdingbar, vorrangig an den Angst-Vermeidungs-Überzeugungen der Patienten zu arbeiten (siehe auch Pkt. 3.2).

Egle (2005a) fand ebenfalls ein hohes Ausmaß an Katastrophisieren bei Schmerzpatienten. Zudem zeigte sich, dass die Bereitschaft zum Katastrophisieren bei den untersuchten Patienten umso größer war, desto mehr Kindheitsbelastungen sie retrospektiv aufwies. (vgl. *Egle* und *Nickel* 1998; *Egle* et al. 1991; *Simpson* et al. 1992; *Mikail* et al. 1994).

Egle betont wie *Pfingsten* auch die Bedeutung des Dekatastrophisierens im Rahmen einer erfolgreichen Therapie, da Angst die Schmerzschwelle senken kann und von daher zu vermindern sei.

Scheidt (2005) nennt als ein weiteres charakteristisches Verhaltensmerkmal der Somatisierung eine fortschreitende *Abnahme der Fähigkeit, sich selbst zu beruhigen*.

Auf der biologischen Ebene benennt er folgende Aspekte der Somatisierung, welche so auch auf Schmerzpatienten zuträfen:

Ein erhöhtes Maß an psychophysiologischer Erregung mit deutlichen Stressmerkmalen, so z.B. einem veränderten Atemmuster;

Kortikale und psychoimmunologische Auffälligkeiten, wie z.B. ein erhöhter Cortisolspiegel;

Muskuläre und vaskuläre Irritationen; Somatosensorische Amplifizierung (Fehlbewertung körperlicher Signale) und kognitiv-perzeptuelle Besonderheiten, wie z.B. ein zu enger Begriff von Gesundheit.

Klinisch gleichermaßen bekannt wie bedeutsam ist die von *Egle* (2005a) beschriebene Neigung zu Selbstüberforderung bei Schmerzpatienten.

Nickel und *Egle* weisen auf einen engen Zusammenhang zwischen Bindungstypologie und Interaktionsverhalten bei chronischem Schmerz hin, aus welchem sich spezifische Interaktionsmuster bei Schmerzpatienten erklären lassen (*Nickel* und *Egle* 1999; *Egle* et al. 2003).

3.2 Therapeutische Implikationen

In der Therapie von Schmerzpatienten tätige Schmerzforscher (*Egle*, *Scheidt*, *Pfingsten*, u.a.) plädieren unter Berücksichtigung der bei Schmerzpatienten empirisch gefundenen charakteristischen Verhaltensmuster und Defizite für eine Therapie, die diesen Besonderheiten Rechnung trägt.

Egle (2005a) betont mit Blick auf die Besonderheiten in der Beziehungs- und Interaktionsgestaltung von Schmerzpatienten die Notwendigkeit einer störungsspezifischen, interaktionell-

konfliktbezogenen therapeutischen Strategie, die auch das Beziehungsverhalten von Schmerzpatienten verändert.

Scheidt (2005) fordert vor allem eine Verbesserung der Selbstwahrnehmung, wobei je nach Strukturniveau des Patienten entschieden werden könne, mehr an der Selbst- und Affektwahrnehmung oder mehr an umgrenzten interpersonellen Konflikten zu arbeiten. Des Weiteren nennt *Scheidt* (2005) als wesentliches Therapieziel ein zunehmendes Bewusstsein beim Patienten für schmerzbezogene, noch nicht integrierte Affekte.

Berücksichtigt man die starke Körpergebundenheit von Affekten (vgl. *Damasio* 2000; *Damasio* 2001; *Traue* 1998) und setzt diese in Bezug zu der von mehreren Autoren geforderten Verbesserung von Affektwahrnehmung, Affektbeschreibung und Affektregulation, so liegt die Überlegung nahe, sich den Affekten über die Einbeziehung des Körpers, des Leibes, zu nähern. Hierbei sei auch auf die Bedeutung des „Leibgedächtnisses“ (s. *Petzold* 2003, S. 1076; *Petzold* 1996, Kap.3) verwiesen.

Erwähnt seien hier ebenfalls die Überlegungen von *Traue* (1998). *Traue* weist auf eine enge Verbindung zwischen Emotionsunterdrückung und Krankheit, z.B. chronischen Kopf- und Rückenschmerzen, hin. Er fordert die Schaffung von Bedingungen, unter denen intrapsychische, den Ausdruck von Emotionen verhindernde Hemmungen abgebaut werden und ein expressiver Ausdruck emotionalen Erlebens möglich wird.

Die Forderung nach einer Intensivierung des Körpererlebens, der Verdichtung der emotionalen Wahrnehmung und damit verbunden einer Erweiterung der emotionalen Expressivität wird von verschiedenen Autoren für die Therapie von Schmerz- und Somatisierungsstörungen erhoben (*Reisenzein* und *Rief* 2001; *Wachter* und *Hendrichske* 2005; etc.). Es sei darauf verwiesen, dass diese Ziele wesentlicher Bestandteil des integrativen-therapeutischen Vorgehens sind, das ganz wesentlich auf die Erlebnisaktivierung und die Förderung des emotionalen Ausdrucks zielt.

Bei Schmerzpatienten geht es in der Therapie auch darum, die von *Eggle* (2005a) beschriebene und klinisch bekannte Neigung zur Selbstüberforderung zu reduzieren. Hierzu ist das Wahrnehmen und Beachten von Körpersignalen und deren Entschlüsselung eine basale Voraussetzung. Wenn dieses eingebettet werden kann in einen durch Psychotherapie veränderten Selbstbezug, der eine wertschätzendere Beziehung zum eigenen Körper einschließt, so wird m.E. einer Instrumentalisierung des Körpers, einer inneren Haltung der „Selbstaussbeutung“ therapeutisch wirkungsvoll entgegengewirkt (s. Pkt. 5.2).

Weitere Implikationen für eine effiziente Schmerztherapie sind die Verbesserung der Fähigkeit zur Selbstberuhigung und die Verringerung des erhöhten Arousal (s. *Gündel* und *Tölle* 2005) bei Schmerzpatienten.

Pfingsten (2005) betont die Bedeutung von Angstreduktion im Rahmen der Therapie als Voraussetzung für ein verringertes Vermeidungsverhalten. Ein verringertes Ausmaß an Katastrophisieren und an erlebter Angst sieht er als einen wesentlichen Prädiktor für den Therapieerfolg bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen.

Empirisch gefundene Besonderheiten in den Erlebens- und Verhaltensmustern von Schmerzpatienten als zeitüberdauernde Persönlichkeitszüge (*Scheidt* 2005) zeigen die Notwendigkeit einer Verbesserung der Selbstwahrnehmung und eines veränderten wertschätzenderen Umgangs mit sich selbst und dem eigenen Körper.

Gerade hier bietet die Integrative Therapie spezifische Zugänge zu den Bereichen Selbstwahrnehmung, Selbstbeziehung und Selbstregulation aufgrund ihrer theoretischen Grundlegung und behandlungspraxeologischen Ausgestaltung, welche die Erlebnisaktivierung und die Förderung des emotionalen Ausdrucks als zentrale Elemente der Therapie mit einschließen in dem Konzept der „*dynamischen Regulation*“ das sich auf den gesamten Menschen, auf alle Bereiche seines Funktionierens bezieht.

„In jedem Lebewesen, auch im Menschen, finden – die neurobiologische Grundlage des Organismus vorausgesetzt – „**dynamische Regulationsprozesse**“ statt (im Sinne von Modellen, wie sie *Anokhin*, *Bernstein*, *Luria*, aber auch *Pribram/Galanter/Miller* und neuerlich *Kelso* und *Haken*

entwickelt haben) die wir insgesamt als das „**Regulationssystem**“ bezeichnen. Solche Vorgänge bestimmen auch Entwicklungen in evolutionären Prozessen, wo sich spontan emergierende Selbstorganisation findet bzw. dynamische, *spiralig fortschreitende* Regulationen – man denke an *Manfred Eigens* „Hyperzyklus“ – und diese schließen immer Entwicklungsgeschehen ein! (Petzold 2006 b, Petzold, Orth, Sieper 2005).

»Als **dynamische Regulation** bezeichnen wir den *Operationsmodus im Regulationsgeschehen von komplexen, lebenden Systemen*, durch den Systemfunktionen auf allen ihren Ebenen optimal wirksam werden können: *intrasystemisch* auf der physiologischen, emotionalen, kognitiven, volitionalen, *intersystemisch* auf der sozialen und ökologischen Ebene in variablen Umwelten mit wechselnden Kontext/Kontinuum-Bedingungen (Belastungen, Anforderungen und Chancen, affordances). Das schließt auch ihre optimierende Entwicklung, Veränderung, Neuorganisationen ein, die geschieht, wenn z. B. durch „*reafferente Progressionen*“, durch anregende Rückwirkungen (Reafferenzen), Entwicklungen angestoßen werden oder wenn durch „*multiple Stimulierung*“ aus der Systemumwelt oder durch „*multiple Konnektivierungen*“ (von intra- und intersystemischen Elementen, Prozessen) neue Lösungen, Verhaltensmöglichkeiten, ja ggf. neue Regulationsprinzipien sich spiralig-prozedierend entwickeln oder auch spontan *emergieren*« (Petzold 1982d, vgl. Petzold, van Beek, van der Hoek 1994).

4. Aspekte einer Integrativen Therapie von Schmerzstörungen

INTEGRATIVE THERAPIE ist als solche eine in multidisziplinären *Diskursen* gründende, „**komplexe Lernerfahrung**“: mit ihrer reichen Praxeologie an Methoden, Techniken, Medien, mit der Breite ihrer *erlebbaren* Ideen und Konzepte, vor allen Dingen aber durch die *erfahrbar* intersubjektive, mitmenschliche Präsenz derer, die sie praktizieren und vertreten – Therapeuten und Therapeutinnen, die sich als Personen vermitteln, wenn sie dieses Verfahren in fundierter Professionalität und als engagierte Hilfeleistung glaubwürdig praktizieren.

Der *integrative und differentielle Ansatz* verbindet in einer komplexen anthropologischen Position naturwissenschaftliche Erkenntnisse (z. B. aus Biologie, Neurowissenschaften, empirischer Psychologie) und humanwissenschaftliche Einsichten über den Menschen (z. B. aus Philosophie, Sozial- und Geschichtswissenschaft, verstehender Psychologie), um das Menschenwesen in hinreichender Weise zu verstehen, denn Integrative Therapie will Menschen als „Ganze“ erreichen und ihre *Regulations- und Entwicklungspotentiale* auf den unterschiedlichen Ebenen der „*personalen und interpersonalen Systeme*“ fördern und beeinflussen: durch die kooperativen Bemühungen zwischen Therapeutin und Patientin, in denen *beide* Lernende sind. Dazu muss das *Verfahren* mit all seinen Wissensständen letztlich über intersubjektives Geschehen, über „**Selbst-erfahrung in der Erfahrung mit Anderen**“ wirksam werden. Die „*therapeutische Beziehung*“ (1), das konstruktiv kooperierende „*Soziale Netz*“(2), die „*hinlängliche konsolidierte Lebenslage* (3) und die „*komplexe Selbsterfahrung*“ (4) sind deshalb als die vier **Metafaktoren** in Integrations-, Heilungs- und Entwicklungsprozessen zu sehen, in denen allen ein **Megafaktor** ubiquitär zum Tragen kommt: stimmige mutuell-empathische Beziehungen (evolutionsbiologisch durch eine empathische Grundfunktion und eine Affiliationstendenz disponiert).

Die umfassende Eingriffsbreite und -tiefe solcher „Selbsterfahrung in Bezogenheit“, in der jeder Beteiligte zum Einflussfaktor für den Anderen wird und dabei verändernd bis in die neurobiologischen Feinstrukturen wirken kann, aber auch verändernd auf die Muster komplexen Denkens, Fühlens und Wollens einwirkt, gilt es immer besser und gezielter zu nutzen. Das heißt aber auch, dass Helfer sich in ihrer Qualität als „*personale Medien*“, als Mittel der Behandlung kennen, verstehen und sich in dieser Weise einzusetzen und zu nutzen vermögen.

Das geschieht, indem sie Wertschätzung vermitteln, Verständnis zeigen, Einsicht fördern, Schutz geben, Trost spenden, lebenspraktische Hilfen erschließen, Hoffnung wecken und als Partner der Reflexion, Problemlösung und der Erarbeitung von Zukunftsperspektiven zur Verfügung stehen. Einen besseren *WEG* zum Gewinn von Gesundheit und Lebensqualität als den eines heilsamen „*Sich-Selbst-Erfahrens*“ und „*Sich-Selbst-Entwickelns*“ in annehmenden „*zwischenmenschlichen Beziehungen*“, in salutogenen Affiliationen, gibt es nicht.

Konstruktive, Sicherheit und Freiraum gebende Therapeuten und Therapeutinnen, die „**Selbstwert**“ und „**persönliche Souveränität**“, „**Intersubjektivität**“ und „**Konvivialität**“ fördern, sind als heilsam erlebte und „*internalisierte*“ Menschen *salutogen*. Deshalb kann Therapie nicht ohne Selbsterfahrung als positives, wechselseitiges „*Sich-Erfahren in Bezogenheit*“ gelingen, denn dort liegen ihre heilenden und entwicklungsfördernden Qualitäten – das ist die Position der **INTEGRATIVEN THERAPIE**. (Petzold, Orth, Sieper 2005)

4.1 Der leib- und beziehungsorientierte Therapieansatz der IT

Der Körperverständnis der Integrativen Therapie ist ein in verschiedenen Aspekten anderes als das der Verhaltenstherapie.

Mit ihren Kernkonzepten „Leiblichkeit“ und „Intersubjektivität“ fokussiert die IT auf den Körper als den „beseelten Leib“. Die zentrale Formulierung vom „Leib in der Lebenswelt“ benennt eine wichtige anthropologische Vorentscheidung innerhalb der Therapiekonzeption des Integrativen Ansatzes. „Die Konsequenz aus einem so umfassenden Menschenbild für die Praxis der Therapie ist, daß nicht nur Psycho-Therapie betrieben werden kann, sondern daß der ‚Körper‘ einbezogen werden muß ...“ (Petzold 1996.2 S. 19).

Die Integrative Therapie ist ein leib- und bewegungsorientiertes Verfahren. Petzold schrieb dazu: „Die leib- und bewegungsorientierten Verfahren... machen deutlich, daß die psychische – kognitive, emotionale volitive (willensgerichtete) Dimension des Menschen nicht von seiner körperlichen Basis abgelöst werden kann...“ (Petzold 2003, S.1067).

Damit kann die Integrative Therapie nach Petzold (2003) wesentliche Ergänzungen zu den traditionellen Psychotherapieformen wie Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie erbringen, die das Thema „Leiblichkeit“ in ihren Therapiemodellen unzureichend behandeln: In der Verhaltenstherapie technisch-mechanistisch verkürzt, in der Psychoanalyse den Körper zwar in den Blick nehmend, aber ohne dass dieses Bemühen um einen erweiterten Zugang ausreichenden Eingang in die Praxeologie gefunden hätte. Zugleich ermöglicht der differenzierte Leibbegriff des Integrativen Ansatzes die Verbindung von einer philosophisch-phänomenologischer Leibtheorie mit neurowissenschaftlichen Sichtweisen und Erkenntnissen. Wichtige Begriffe sind hier u.a. die Konzepte des „informierten Leibes“ und des „Leibgedächtnisses“ (Petzold 2003; Petzold 2002b; Grund et al. 2004).

In der Integrativen Therapie geht es somit um eine ganzheitlich-phänomenologische und hermeneutisch- verstehende Beziehung des Menschen zu seiner Gesamtperson wie zum eigenen Körper, um eine beseelte Beziehungsweise des Einzelnen zu seinem Körpergeschehen. In dieser Sichtweise ist die Beziehung eines Individuums zu seinem Körper Ausdruck einer jeweils spezifischen *Selbstbeziehung*, in welche die individuellen Bindungsmuster einfließen, die der einzelne Mensch im Laufe seiner Beziehungssozialisation entwickelt hat. Die Selbstbeziehung eines Menschen, die sich in der Beziehung zum eigenen Körper ausdrückt und offenbart, ist somit immer abhängig von den zuvor gemachten Beziehungs- und Bindungserfahrungen und spiegelt diese jeweils erlebten Interaktions- und Bindungsmuster wider.

In der Selbst-Erfahrung betrachtet sich der Mensch mit eben diesem phänomenologischen Blick, der vom inneren Erleben her gelenkt ist und der das Leib-Erleben mit einschließt zu einer ganzheitlichen Wahrnehmung.

Integrative Therapie ist damit auch immer Arbeit am Selbstbezug, an der Selbstbeziehung.

Im Gegensatz dazu stünde der Blick von außen, d.h. ein funktionalistischer Blick, der vom Gefühl losgelöst, dissoziiert ist. Wir können davon ausgehen, dass bei Schmerzpatienten oftmals eine solche Blickweise und Form der Selbstannäherung vorliegt.

Bei der ganzheitlich-phänomenologische Wahrnehmung wird das Leibgeschehen, welches sich in den vielfältigen sensorischen Regungen ausdrückt, in seiner Bedeutung vom Individuum entschlüsselt über die dadurch evozierten Assoziationen, Bilder und Phantasien. Das Leiberleben geht über das sensorische Wahrnehmen hinaus und ist zugleich ein atmosphärisches Wahrnehmen. Es ist also immer verbunden mit affektiven Zuständen. Durch das Leiberleben werden somit die „Archive des Leibes geöffnet, die Gesamtheit aller bislang gemachten Erfahrungen, gespeichert in den unterschiedlichsten Modalitäten. Der Leib ist somit im Verständnis des Integrativen Ansatzes der sensorische Ort allen Affekterlebens. Er wird so zu dem zentralen Erinnerungs- und Kommunikationsorgan des Menschen. Er informiert am unmittelbarsten über Affekte, er ist wesentliches Organ der körpersprachlichen Kommunikation.

Diese Form des phänomenologischen Erlebens setzt jedoch voraus, dass die Person die Körpersensationen sinnhaft verstehen und erleben kann. Das heißt, dass die Regungen des Leibes

semantisch und sensumotorisch vernetzt werden können mit den Bildern, Phantasien, Atmosphären, Emotionen, Motivationen, Plänen, Handlungsimpulsen und Erfahrungen einer Person und damit ihre Bedeutung, ihren Sinn erhalten.

Gerade diese Fähigkeit scheint bei Schmerzpatienten oftmals nur sehr eingeschränkt zur Verfügung zu stehen. Für die therapeutische Arbeit ergibt sich daraus die Notwendigkeit, bei Schmerzpatienten nachträglich an der Symbolisierung körperlicher Prozesse zu arbeiten, d.h. an der mehrperspektivischen und multimodalen Vernetzung von Körpersensationen mit Gedanken, Bildern und Erlebniseinheiten. Hier verfügt die Integrative Therapie über sehr geeignete therapeutische Zugänge, gerade auch durch ihre Konzepte der Leibbezogenheit, der intersubjektiven Beziehungsgestaltung und der Verwendung von kreativen Medien.

Der Symbolisierungsvorgang erfolgt sehr früh in der Lebensgeschichte: bereits im Säuglingsalter erfolgt über die frühe, noch weitgehend nonverbale *Affektspiegelung* der Betreuungspersonen gegenüber den Reaktionen des Kindes eine Vernetzung von körperlichen, propriozeptiven Regungen mit Affekten. Im weiteren Entwicklungsverlauf erfolgt ebenfalls über Spiegelung, zunehmend auch begleitet von Verbalisierungen der Bezugspersonen, die Verknüpfung von Leibempfindungen des Kleinkindes mit seinen Affekten, Handlungsalternativen und seiner gedanklichen Welt. Frühes Lernen findet leibbezogen und zunächst nonverbal statt.

Die therapeutische Folgerung aus diesen Erkenntnissen, welche durch die Forschungen der klinischen Entwicklungspsychologie empirisch gut belegt sind (Osten 2000), ist die eines leiborientierten Zuganges zum Menschen, eingebettet in eine zwischenmenschliche, intersubjektive Beziehung, sowie der Einsatz nonverbaler kreativer Medien als Zugang zu den Informationen des Leibes.

4.2 Förderung der Selbstbeziehung und Selbstregulation in der Integrativen Therapie

Auf dem Hintergrund der Aspekte „Intersubjektivität“ und „Leiblichkeit“ geht es in der Therapie von Schmerzen um Fragen der Beziehung des Schmerzpatienten zu seinem Körper und somit zu sich selbst. Dieser Selbstbezug kann somit innerhalb der Integrativen Therapie in den Blick genommen und gezielt verbessert werden, denn gerade da liegen sehr häufig die besonderen Bedürfnisse und Defizite von Schmerzpatienten. Ich möchte aufzeigen, auf welchen Wegen innerhalb des therapeutischen Prozesses diese Ziele konkret in therapeutisches Handeln umgesetzt werden können. Zu zeigen ist, dass die spezifischen originären Methoden und Techniken der Integrativen Therapie in besonderem Maße dazu geeignet sind, eine verbesserte Selbstbeziehung und Selbstregulation zu erreichen und die Integrative Therapie damit zur Optimierung einer modernen störungsspezifischen Therapie chronischer Schmerzen beitragen kann.

Welche konkreten Beziehungs- und Bindungserfahrungen muss ein Mensch innerhalb seiner Entwicklung gemacht haben, damit er seinem Körper so fremd und distanziert gegenübersteht, ihn so technisch-mechanistisch benutzt wie es bei Schmerzpatienten oft der Fall ist?

Die Gesundheits- und Krankheitslehre der Integrativen Therapie bezieht die Bedeutung der Körpersozialisation innerhalb der persönlichen Entwicklungsgeschichte mit ein. Wir können vermuten, ziehen wir die empirischen Befunde zu Entwicklungsrisiken einer großen Gruppe von Schmerzpatienten hinzu, dass es in vielen Fällen eine körperisolierte Form der Kommunikation zwischen den Bezugspersonen und dem heranwachsenden Kind gegeben hat. Eine inkongruente Art der nonverbalen Kommunikation, in der Körpersignalen kein eindeutiger Informationsgehalt gegeben wurde, was zur Verwirrung gegenüber körpersprachlichem Ausdruck führen mag. Und in vielen Fällen eine hochgradige Vermeidung von körperlicher Nähe: eine Körpersozialisation, in welcher der kindliche Körper vom Säuglingsalter an nie liebevoll angefasst, zärtlich gestreichelt und berührt wurde. Der Selbstbezug, welcher sich aus einer solchen körperdistanzierten oder „körperbelasteten“ Form der frühen zwischenmenschlichen Interaktion entwickelt, führt entsprechend zu einer distanzierten, verständnisleeren Haltung dem eigenen Körper gegenüber, welcher allenfalls instrumentell, von außen betrachtet, in den Blick genommen wird. Diese körperisolierte Form der Kommunikation gilt es, in der Therapie aufzuheben statt diese fortzuführen. Damit der Körper dem Menschen wieder zugänglich wird und eine Selbstbeziehung

sich entwickeln kann, die eine wertschätzende, fürsorgliche und achtsame Beziehung zum eigenen Körper beinhaltet und darüber einen anderen Umgang mit der Schmerzsymptomatik ermöglicht.

Vermittelt werden kann eine verbesserte Beziehung zu sich selbst innerhalb der therapeutischen Beziehung, die als zentraler Wirkfaktor innerhalb der Integrativen Therapie angesehen wird. Gerade die gut belegten empirischen Erkenntnisse über die Wechselwirkung von Bindungserfahrungen und späterer Beziehungsgestaltung weisen auf die therapeutischen Möglichkeiten hin, im Rahmen einer vertrauensvollen, tragfähigen intersubjektiven Beziehungsgestaltung die ursprünglichen, oft maladaptiven Beziehungs- und Interaktionsmuster zu verändern.

Eingebettet in eine tragende intersubjektive Beziehung können im Rahmen einer Integrativen Therapie alternative Beziehungserfahrungen gemacht werden, welche die Selbstbeziehungsgestaltung von Schmerzpatienten positiv beeinflussen können. Korrigierende Beziehungserfahrungen in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut ermöglichen die Veränderung von internalisierten Bindungsmustern und ermöglichen dadurch eine alternative Selbstbeziehungsgestaltung. Die therapeutische Beziehung als intersubjektive Begegnung zweier Individuen fungiert dabei als Modell für eine Selbstbeziehung, die gekennzeichnet ist von Respekt, Achtsamkeit und Fürsorge sich selbst gegenüber und dem Respektieren eigener Grenzen.

Methodisch umgesetzt wird dieses Therapieverständnis über die Arbeit *in* und *an* der therapeutischen Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn.

Alte Beziehungsmuster werden durch die Arbeit *an der Beziehung* identifiziert und so einer Bearbeitung zugänglich, wobei diese Bearbeitung elementar auch den emotionalen Zugang zu diesen Beziehungserfahrungen einschließt, nicht nur deren intellektuelle und kognitive Reflexion. Durch die Arbeit *in der Beziehung*, eine qualitativ andere Art des Herangehens, werden andere, alternative Beziehungserfahrungen für den Patienten möglich. Eine „Nachsozialisation“ kann erfolgen, in der Qualitäten von Beziehungserfahrungen zur Verfügung gestellt werden, die der Patient in der damaligen Beziehung zu seinen Bezugspersonen gebraucht hätte, die jedoch damals in der Beziehung zu seinen Bezugspersonen nicht möglich waren.

„Genau wie ‚prolongierende Mangelserfahrungen‘ in den Leib eingeschrieben werden, können Erfahrungen förderlicher leiblicher Zuwendung (*parentage and reparentage*) starre Narrative^v zu Narrationen^{vi} verflüssigen sowie zu neuem Mut und Offenheit für Erfahrungen führen und aktiveren Lebensvollzug sowie revitalisierte Leiblichkeit ermöglichen“. „Wo Repression war, muss Freiraum gewährt werden, wo Angst war, muss Halt und Versicherung als zeitüberdauernde (neue) Erfahrung Eingang in die Archive des Leibes finden, damit die Wirkung der Noxen abgeschwächt werden kann. Erfahrungen von positiver Zwischenleiblichkeit können Integrität und Solidarität ‚fassbar‘ machen, Vertrauen und Zukunftsperspektive initiieren und wieder ‚atmen lassen‘, ‚Raum schaffen‘, ‚aufrecht gehen lassen‘ oder unterstützend wirken bei Suchbewegungen ... auf dem Lebensweg.“ (Grund et al. 2004, S. 231.; vgl. auch Orth 1994.)

So können Defizite bearbeitet und –soweit wie möglich- ausgeglichen, nachsozialisiert, werden.

Gleichzeitig kommt dem Prozess der *Selbsterfahrung* des Patienten eine zentrale Rolle zu. Eine vertiefte Selbsterfahrung wird im integrativen Ansatz als *das* zentrale Moment veränderungswirksamer Prozesse und als Voraussetzung für gelungene Prozesse der Selbstregulation angesehen (vgl. Petzold et al. 2005, S.4).

Hierbei ist die „Leibperspektive“ von primärer Bedeutung, „weil alle Prozesse des Wahrnehmens und Erfahrens, jede ‚Selbsterfahrung‘ und alle ‚dynamischen Regulationsprozesse‘ (= Selbstregulationsprozesse) menschlicher Subjekte ihre Grundlage in der Leiblichkeit des Menschen haben“ (Petzold 2005, S. 3).

Der Prozess komplexer und differentieller Selbsterfahrung ist in dieser Theoriekonzeption immer auch Lernen. Dabei wird Lernen „als ein mehrdimensionaler Vorgang angesehen, der Veränderungen auf verschiedenen Ebenen bewirkt, nämlich Veränderung der körperlichen, der psychischen, der sozial-interaktionalen und der kognitiven Struktur.“ (Petzold 2005, S. 22).

Selbsterfahrung mit ihren Lernprozessen erfolgt dabei immer in der Bezogenheit zu Anderen. Das bedeutet für die Therapie, dass Selbsterfahrung immer in der konkreten Bezogenheit zum Therapeuten/ zur Therapeutin geschieht (vgl. *Petzold* 2005, S.22).

Eine so verstandene Selbsterfahrung ist als eines der zentralen Wirkmomente im therapeutischen Prozess eng verknüpft ist mit den Kernkonzepten der Leiblichkeit und Intersubjektivität. Sie wird ferner innerhalb des Konzeptes der *dynamischen Regulation* als Voraussetzung für gelungene Prozesse der Selbstregulation angesehen, d.h. für die Fähigkeit des Organismus, in den verschiedensten Bereichen Abläufe zu steuern bis hin zu den komplexen Regulationsmustern der „Selbstregulation“ (*Petzold et al.* 2005).

In Hinblick auf die Therapie mit Schmerzpatienten können wir folgendes festhalten: Durch die vertiefte Selbsterfahrung *und* alternative Beziehungserfahrungen innerhalb einer intersubjektiven therapeutischen Beziehung werden ein verbesserter Selbstbezug und damit eine verbesserte Selbstbeziehung ermöglicht, denn der Prozess des sich-selbst-Erfahrens bedeutet immer auch Arbeit an der Selbstbeziehung.

Die Integrative Therapie beschreitet im therapeutischen Prozess noch einen weiteren, spezifischen methodischen Weg zu einer differentiellen Selbst-Erfahrung.

Einer Selbsterfahrung, die das eigene Gewordensein, die eigene Geschichte mit einbezieht in die Frage nach dem Selbst und die auch die Frage nach der Zukunft beinhaltet:

„Wer bin ich?“, „Wie bin ich geworden?“, „Wer will ich sein?“.

Einen besonderen Zugang hierzu bietet der theoriegeleitete und reflektierte Einsatz kreativer Medien. Die Arbeit mit kreativen Medien ist in der Integrativen Therapie originär der Weg, eine vertiefte Selbst-Erkenntnis und Selbst-Erfahrung zu ermöglichen.

Kreative Medien können die Geschichte einer Person auf zweierlei Arten erzählbar, zugänglich machen: Zum einen, indem sie das Erleben im Hier und Jetzt für den Patienten fassbar und kommunizierbar machen und damit einem sinnhaften Erleben zuführen. Zum anderen, indem sie den Zugang zu den leiblich gespeicherten Erinnerungen der Person ermöglichen und damit zu einer Geschichte, die sich immer auch im Leib niederschlägt, den Leib formt und prägt, bis in die Körperhaltung und die eigenen Vorstellungen vom Leib hinein.

Erfahrung wird multimodal verarbeitet und gespeichert (s. *Petzold* 2003, S. 556ff). Daraus leitet sich in der Therapietheorie der Integrativen Therapie die Konsequenz ab, verschiedene therapeutische Wege zu beschreiten, um diese Erfahrungen zugänglich und erlebbar zu machen. Dies geschieht ganz wesentlich über den Einsatz kreativer Medien.

Die therapeutische Umsetzung erfolgt, indem diesen unterschiedlichen Speicherungs- und Bearbeitungsmodalitäten mit vielfältigen Modalitäten des kreativen Zugangs begegnet wird.

Malen, Tönen, Musik, Schreiben, Bewegung, Theaterspielen sind qualitativ sich unterscheidende kreative Wege der Erlebnisaktivierung, die, werden sie in ihren spezifischen Qualitäten genutzt, jeweils eigene spezifische Zugänge zu den „Archiven des Leibes“ erschließen können. Durch intermediale Quergänge (s. auch *Orth* und *Petzold* 1996, S. 107ff), d.h. kreatives Arbeiten an ähnlichen Themen mit jeweils mehreren verschiedenen Medien, werden die ganzheitlich-leiblich gespeicherten Erinnerungen, Bilder, Gefühle, Kognitionen und Handlungsimpulse erfahrbar und einer umfassenden Vernetzung, einer Integration innerhalb der Person, zugänglich.

Die „Archive des Leibes“ werden durch die mediale Arbeit aufgeschlossen und die darin multimodal gespeicherten Informationen werden für den Menschen erfahrbar, spürbar, nachvollziehbar.

Dies stellt in gewissem Sinne einen Re-Symbolisierungsvorgang dar, bei dem ein reichhaltiges und sinnvolles Vernetzen von körpersprachlichen Informationen mit Gedanken, Bildern und Erlebniseinheiten stattfindet. Die Regungen des Leibes können „gelesen“ werden, sie sind nicht länger verwirrend, ohne Sinn und Bedeutung, sondern können mit Bedeutung versehen und eingeordnet werden.

Hier geschieht emotionales Lernen. Über die Nutzung des Leibgedächtnisses und die sinnhafte Entschlüsselung seiner dort in den unterschiedlichsten Qualitäten gespeicherten Informationen wird es dem Klienten/Patienten möglich, sich seine eigene Geschichte wieder anzueignen, sie sich im wahrsten Sinne des Wortes „einzuverleiben“.

Wo emotionales Lernen ermöglicht wird, führt es zu einer vertieften, introspektiven Selbsterfahrung und ermöglicht somit eine vertiefte *Selbstbeziehung*serfahrung des Menschen zu sich selbst. Hier haben wir es mit einem Selbstbezug zu tun, der nun nicht mehr abgekoppelt ist vom Körper, sondern mit ihm in einem lebendigen Austausch von Informationen steht. Ein veränderter Selbstbezug führt zu einem veränderten Körperbezug, der nach dem Modell einer gelungenen Selbstbeziehung ebenfalls geprägt ist von Selbstfürsorge, Empathie und dem achtsamen Umgang mit Begrenzungen.

Sich selbst begegnen heißt dann auch, dem eigenen Körper begegnen als dem Anderen, dem Fremden (s. *Lévinas* 1983); dem Ort, der sich letztlich unserer vollständigen Kontrolle entzieht und uns immer in Teilen rätselhaft bleiben wird. Dem Anderen begegnen mit Respekt, ihn anders und manchmal fremd sein lassen, ihn mir nicht gefügig machen wollen. Dies ist ein achtsamer Umgang mit dem eigenen Körper, der ihn nicht entseelt, instrumentalisiert, beliebig verfügbar macht.

Ein verbesserter Selbstbezug wiederum wirkt sich unmittelbar positiv auf die *Selbstregulationsfähigkeit* aus. Dies führt zu einer verstärkten Fähigkeit, sich selbst bei Ängsten und inneren Spannungszuständen zu beruhigen und die allgemeine Anspannung zu reduzieren. Modellhaft wirken hierbei die in der intersubjektiven therapeutischen Beziehung gewonnenen Erfahrungen:

Diese Fähigkeit zur Selbstregulation kann sich in dem Maße verbessern, wie der Patient durch die in der intersubjektiven therapeutischen Beziehung gemachten Erfahrungen das Modell einer „guten“ Beziehung verinnerlicht. Ein Modell, welches repräsentiert, wie Trost gespendet wird, wie mit Spannungsumständen umgegangen wird, wie diese quasi probeweise innerhalb der therapeutischen Situation vom Patienten ausgehalten werden konnten in Anwesenheit einer vertrauensvollen anderen Person. Auch diese Person kann verinnerlicht werden als „significant other“ oder „significant caring adult“ und von nun an in den Dienst der Selbstfürsorge treten.

Petzold betont die Bedeutung des Trostes und der Trostarbeit in der Psychotherapie vor allem mit schwer belasteten und/oder traumatisierten Patienten. Er entwirft hierfür unter Rückgriff auf antike Modelle „philosophischer Therapeutik“ und auf der Grundlage aktueller neurobiologischer Konzepte zur Traumaphysiologie ein theoretisch begründetes Modell integrativer Traumaarbeit, in dem Tröstung mit ihren psychophysiologischen Beruhigungs- und Linderungseffekten als Kernelement eingesetzt wird. „Trost ist ein in der Psychotherapie vernachlässigter ‚Heilfaktor erster Ordnung‘ bei Belastungen, Verletzungen und Verlusten“ (*Petzold* 2004.1 S. 19).

Wenn man berücksichtigt, dass viele chronische Schmerzpatienten in ihrem Leben frühen, oftmals traumatisierenden Stresserfahrungen ausgesetzt waren (s. *Egle* et al. 2005) und zugleich bei einer Vielzahl von Schmerzpatienten Erfahrungen von Trennung, Trauer und Verlust der Schmerzerkrankung vorausgehen (s. *Gündel* et al. 2005), so wird deutlich, welchen Stellenwert Trost und Trostarbeit auch in der Schmerztherapie haben sollten.

Petzold zeigt auf, dass durch Trostarbeit als intersubjektiver Beziehungsarbeit eine Stärkung der Selbstregulationskompetenz des Patienten erfolgt (s. *Petzold* 2004.1).

Die Fähigkeit zur Selbstberuhigung als einem Ausdruck von Selbstregulationskompetenz ist gerade bei Schmerzpatienten besonders wichtig, deren Angstpegel signifikant erhöht ist. Aus diesem Grunde wird von den verschiedenen Schmerzforschern die Verbesserung der Selbstregulationsfähigkeit als vorrangiges Ziel in einer Schmerztherapie angemahnt (vgl. *Pfingsten* 2005; *Scheidt* 2005; *Egle* 2005a; *Resch* 2003; unter Pkt. 3.1).

Damit ist eine hohe Anschlussfähigkeit zum dynamischen Regulationskonzept der Integrativen Therapie gegeben:

In **Regulationssystemen** mit „**dynamischen Regulationsprozessen**“ verstehen wir unter „**Regulationskompetenz**“ die Steuerprogramme von Regulationsprozessen (also die

Narrative/Strukturen, die „software“) und unter „**Regulationsperformanz**“ verstehen wir den Vollzug von Regulationsprozessen nach diesen Programmen (also die Ablaufmuster). Beides ermöglicht im **Regulationssystem** die grundsätzliche Fähigkeit des Organismus bzw. des aus dieser biologischen Basis emergierenden Subjektes, in verschiedenen Bereichen Abläufe zu steuern – von der *intrasystemischen/-personalen* Ebene, etwa der biochemischen, über die Ebene endokrinologischer Abläufe (z. B. HPA- Achse), emotionaler und kognitiver Regulationsvorgänge bis zu höchst komplexen Regulationsmustern der „Selbstregulation“ des gesamten Regulationssystems, zu dem auch die Steuerung von *intersystemischen/-personalen* Regulationsvorgängen und immer auch Entwicklungsprozesse und -perspektiven gehören. Steuerprogramme für die Regulationskompetenzen, welche Performanzen auf unterschiedlichen Ebenen kontrollieren, werden *Narrative* (Schemata, Muster, Scripts) genannt (Petzold 2000h).

„Diese *Narrative interagieren* im personalen System. Sie haben eine hohe Stabilität, zugleich aber auch eine gewisse Plastizität. Sie können über spezifische Lernvorgänge, „komplexes Lernen“ (Sieper, Petzold 2002), verändert werden. *Narrative* dürfen nicht statisch gesehen werden. Sie sind Strukturelemente in Prozessen. *Narrative* sind damit von den Prozessen, den *Narrationen*, nicht abzulösen, haben selbst prozessualen Charakter. Prozess und Struktur, Erzählung und Erzählfolie, *Narration* und *Narrativ* stehen in einer dialektischen Verschränkung. *Regulationskompetenzen* (plur.) sind mit *Regulationsperformanzen* verschränkt. Basale Regulationsfähigkeiten werden zumeist aufgrund genetischer Dispositionen als *Genexpressionen* „aufgeschaltet“ und führen durch Umweltantworten zu spezifischen *Genregulationen*, die funktional oder auch dysfunktional sein können. Es gibt natürlich auch umweltausgelöste *Genexpressionen* mit spezifischen Mustern der *Genregulation*. Es entstehen so Regulationsmuster von der *intraorganismischen*, neurophysiologischen oder immunologische Regulation bis zu emotionalen, kognitiven, ja interaktionalen, *interorganismischen* Regulationsvorgängen – alles in ultrakomplexen „Konnektivierungen“, wie sie für ein polyzentrisches System (Gehirn/Organismus/Umwelt-System), *intrapsychische* und *interpsychische* Systeme (Vygotskij 1985, 328f, 349) charakteristisch sind. Von Kindheit auf bis ins Alter gewährleisten die Regulationskompetenzen und -performanzen die Lebens-/Überlebensprozesse des Individuum durch die Bereitstellung einer Stabilität in den Organismus/Umwelt-, Mensch/Mitmensch-Interaktionen. Gleichzeitig ermöglichen sie durch eine ausreichende *Plastizität* erforderliche **Passungen** bzw. Anpassungsleistungen“ (Petzold 2006b)

Zu den vielfältigen Regulationskompetenzen gehört die Selbstberuhigung gegen die Tendenz zum Katastrophisieren, die bei Patienten mit malignen Beziehungserfahrungen besonders ausgeprägt ist (vgl. Egle 2005a, Pkt. 3.1) und deren Ausmaß in einem direkten Zusammenhang zum Therapieerfolg und zum subjektiven Erleben von Schmerzen steht: Je höher die Angst, desto stärker ist bei Schmerzpatienten die Tendenz zum Katastrophisieren, desto geringer dagegen die Reduktion der Schmerzsymptomatik.

5. Beitrag der Integrativen Therapie zu einer multimodalen Schmerztherapie

5.1 Kasuistik

Im folgenden sollen Ausschnitte aus einem anonymisierten Behandlungsverlauf^{vii} einige der Aspekte integrativen Arbeitens illustrieren, die für die Therapie von Schmerzen relevant sind. Der Focus liegt auf den Aspekten Selbstbezug und Selbstregulierung.

Frau K. kam mit 48 Jahren zu mir in Therapie.

Sie war in einem Dorf in Slowenien zusammen mit ihren Eltern als Einzelkind aufgewachsen. Ihre Kindheit und Jugend waren geprägt von emotionaler Vernachlässigung, körperlicher Gewalt und beständiger körperlicher und psychischer Überforderung. Das Verhältnis zu ihrer Mutter war durchgängig belastet: Zärtlichkeit und liebevolle Nähe erfuhr sie nicht.

Das ausgesprochen strenge Erziehungsverhalten der Mutter, welches massive körperliche Strafen einschloss, war gekoppelt mit überhöhten nicht kindgemäßen Anforderungen an Hausarbeit, Sorgfalt und Zuverlässigkeit. So musste sie bereits als Kind im Alter von 7 Jahren bei schweren körperlichen Arbeiten mithelfen und u.a. 50 Kilogramm schwere Säcke tragen. Erfüllte das Kind diese Anforderungen in den Augen der Mutter nicht, so waren massive Beschimpfungen, Herabwürdigungen und Strafen die Folge. Der Vater war Alkoholiker. Er war für die Tochter emotional nicht ausreichend verfügbar.

Die Beziehung der Eltern untereinander war geprägt durch häufige und heftige Streits. Wenn der Vater nach einer Auseinandersetzung das Haus verlassen hatte, habe die Mutter ihre Wut an ihrer Tochter ausgelassen, durch Schimpfen und Schläge.

Für gute Schulleistungen sei sie niemals gelobt worden, für schlechte Noten habe es Schläge von der Mutter gegeben. Transportiert durch die Mutter und durch die slowenische Dorfgemeinschaft wurde dem Mädchen ein traditionelles Frauenbild vermittelt, welches auf Gehorsam und Duldsamkeit gegenüber dem Mann fußte und sogleich die fraulichen Pflichten -Sauberkeit, Fleiß und Häuslichkeit- betonte. Die Mutter blieb trotz z.T. eskalierender Streits mit körperlicher Bedrohung bei ihrem Mann und erwartete ein solch duldendes Verhalten auch später von ihrer erwachsenen Tochter.

Frau K. flüchtete sich als Kind in dieser bedrängenden und ängstigenden Lebenssituation in die Welt ihrer Phantasie. Sie dachte sich Geschichten aus, in denen sie ein glückliches Kind war. Sie habe auch Geschichten geschrieben, „traurige Geschichten, voller Sehnsucht, die nicht für ein Kind waren“. Ihre lebhaft kindliche Phantasie, die ihr half, ihre schlimme häusliche Situation zu bewältigen, wurde von der Mutter stets abwertend kommentiert und ins Lächerliche gezogen.

Auf die höhere Schule ging sie später aus jugendlicher Opposition zu ihrer Mutter nicht.

Mit 18 Jahren heiratete sie und zog mit ihrem Mann ins Ausland. In der Ehe war sie psychischer und physischer Gewalt seitens ihres Mannes ausgesetzt. Nachdem sie durch massive Schläge ihres Ehemannes ihr ungeborenes Kind verloren hatte, verließ sie ihren Mann und kehrte in ihren Heimatort zurück.

Mit 20 Jahren ging Frau K. alleine nach Deutschland und fand einen Arbeitsplatz im Büro einer großen Firma. Dort fühlte sie sich wohl.

Sie brachte wenige Jahre später ihre Tochter zur Welt, von deren Vater sie sich nach 7-jähriger Beziehung aufgrund ständiger Streits und zunehmender verbaler Gewalt seinerseits trennte. Ihre Mutter reagierte auf beide Trennungen mit starken Vorwürfen und Schuldzuweisungen an ihre Tochter.

Frau K. freute sich an ihrem Kind. Sie genoss, obwohl alleinerziehend, die Kindheit und Jugend ihrer Tochter und die Offenheit und das Vertrauen in ihrer Beziehung.

1997 erleidet Frau K. innerhalb eines Jahres gleich drei massive Verlust- und Trennungserfahrungen: Zunächst verliert sie nach über 20-jähriger Firmenzugehörigkeit ihren Arbeitsplatz durch Firmenkonkurs. Wenige Monate später verlässt ihre Tochter die Stadt um ihr Studium zu beginnen. Zuletzt trennt sich ihr Partner, mit dem sie 9 Jahre zusammen war, von ihr. Die Häufung dieser belastenden kritischen Lebensereignisse übersteigt ihre Fähigkeiten zur Bewältigung: bei anhaltender Arbeitslosigkeit kommt es 1 ½ Jahre später zur depressiven Dekompensation.

2 Jahre später beginnt Frau K., im Anschluss an eine stationäre Behandlung in einer psychosomatischen Klinik, bei mir eine ambulante Psychotherapie. Bereits zu deren Beginn klagt sie über ständig wiederkehrende multiple Schmerzen. Ein ¾ Jahr später wird nach fachärztlicher Abklärung die Diagnose Fibromyalgie gestellt.

In der Therapie zeigte sich von Anfang an in eindrucklicher Weise, wie sehr das negativ getönte Selbstbild, welches Frau K. im Laufe ihrer Kindheit und Jugend entwickelt hatte, sie in ihren Lebensbezügen hemmte. Sie verfügte über keine stabile wertschätzende innere Haltung sich selbst

gegenüber, ihr Selbstbezug war geprägt von übernommenen abwertenden, kritisierenden und entmutigenden Bewertungen, die sie in ihrer Kindheit und Jugend vor allem von der Mutter entgegengebracht bekommen hatte und die im weiteren Lebensverlauf durch herabwürdigende Behandlungen in ihren Partnerschaften weiter verfestigt worden waren. In Interaktionen mit anderen Menschen wurden diese verurteilenden Stimmen wach und Frau K. fühlte sich schlecht, verkommen und hilflos wie damals als Kind und Jugendliche.

Korrespondierend dazu zeigte sich ein Bezug zu ihrem eigenen Körper, der von Geringschätzung und Versachlichung geprägt war. Sie erlebte ihren Körper als etwas, das funktionieren und ihrem Willen gehorchen sollte. Als ihr Körper zunehmend schmerzte und manche Arbeiten nicht mehr möglich waren, reagierte sie mit Wut, Enttäuschung und Hass auf diesen sich ihrer Kontrolle entziehenden Körper.

So ging es zunächst vor allem um den Aufbau eines positiven Selbstbezuges.

Frau K. fiel es sichtlich schwer, Gefühle wahrzunehmen und zu benennen. Es zeigte sich, dass diese sich vor allem in körperlichen Empfindungen äußerten, denen sie aber keinen Sinn zuzuordnen vermochte. Deshalb gelang es ihr auch nicht, in selbstregulierender Weise darauf zu reagieren.

In der Therapie näherten wir uns der Wahrnehmung ihrer Gefühle deshalb zunächst über die *Arbeit mit den Regungen des Leibes*.

Frau K. hatte zwischenzeitlich zu Beginn der Therapie eine Arbeitsstelle in der Fabrik gefunden, die sie körperlich sehr forderte. Auffällig war, dass sie körperliche Signale von Überlastung nicht zu erkennen schien. Auch daheim fiel es ihr schwer, Pausen einzulegen und sich auszuruhen.

So berichtete Frau K. wiederholt über eine undifferenzierte innere Unruhe, welche sie selbst in ihrer Freizeit nicht zur Ruhe kommen ließ. Sie erlebte diesen Zustand als quälend, konnte ihn aber nicht einordnen und die Gefühle, die damit verbunden waren, nicht benennen.

Als sie in einer Therapiestunde der Aufforderung folgt, langsam mit ihrer Aufmerksamkeit durch ihren Körper zu gehen und zu spüren, wo sich diese Unruhe im Körper wahrnehmen lässt, konnte sie eine Stelle im oberen Rücken lokalisieren.

Gefragt, ob diese Stelle im Rücken etwas sagen würde, antwortete sie: „Da ist eine Kraft im Rücken, die sagt: „Nun mach´ doch schon. Siehst Du doch, es geht ja.“

In der weiteren Arbeit konnte Frau K. diese antreibende Stimme in ihrem Rücken ihrer Mutter zuordnen. Sie folgerte: „Meine Mutter sitzt mir im Nacken.“

Wir konnten nun in der Folge in ihre damalige Lebenssituation zurückgehen und uns gemeinsam die Situationen anschauen, in denen ihre Mutter sie angetrieben, überfordert und beschimpft hatte. So wurde auch offensichtlich, dass Frau K. als Kind und Jugendliche ständig - und oft vergeblich - versucht hatte, durch Fleiß und Beschäftigung im Haushalt „unauffällig“ zu werden um somit den Vorwürfen und Schlägen ihrer Mutter zu entgehen, was zu einem Verhaltensmuster der ständigen Geschäftigkeit und einer andauernden inneren Unruhe geführt hatte. Beides wurde leiblich gespeichert und ausgedrückt.

Nachdem sie in der Therapie mit ihren Erlebnissen als Kind und Heranwachsende wieder in Kontakt gekommen war, fand sie Schritt für Schritt Zugang zu ihren damaligen Gefühlen der Angst, Hilflosigkeit, der Minderwertigkeit und Verzweiflung, zuletzt auch zu ihrer Wut über die erlittene Ungerechtigkeit und die Schikanen. Die damals erlebten Gefühle konnten benannt werden. Im Rahmen der Therapiestunden vermochte sie diesen Gefühlen auch Ausdruck zu geben, was sie sichtlich erleichterte. Früher in Anwesenheit ihrer Mutter hatte sie ihre Gefühle verstecken und „wegschließen“ müssen, da diese sonst mit noch härteren Strafen und heftigen negativen Emotionen reagiert hatte.

In einer anderen Sitzung kommt sie mit starken Schmerzen „überall, am ganzen Körper“. Ausgangspunkt der therapeutischen Arbeit ist wiederum das Hineinspüren in den Körper, mit dem Versuch, die verschiedenen körperlichen Empfindungen möglichst differenziert wahrzunehmen. Sie bekommt die Aufgabe, dem Schmerz nachzuspüren und die verschiedenen schmerzenden Körperstellen zu benennen. Dann dort mit ihrer Aufmerksamkeit zu verweilen und möglichst

charakteristisch zu beschreiben, wie der Schmerz sich an den jeweiligen Körperstellen anfühle („brennen, stechen; wringen, ziehen“).

Im Verlauf dieser Arbeit erinnert sie sich schlagartig daran, wie sie als 7-jähriges Mädchen oft beim Unkrautjäten hocken musste, nicht aufstehen durfte, als Beine, Rücken und Arme schmerzten, weil sonst ihre Mutter sie heftigst beschimpfte und ihr befahl, weiterzumachen. Ihr fällt auf, dass die aktuell schmerzenden Stellen die gleichen sind, die damals immer beim Unkrautjäten schmerzten. Auch die Art des Schmerzes ist die gleiche.

Die Erinnerung an die Szene ist so lebhaft, dass sie darüber einem weiteren sehr persönlichen Mechanismus zum Umgang mit dem Schmerz auf die Spur kommt: Sie erinnert mit einem Mal, dass sie damals bei Schmerzen oder in Erwartung von Schlägen alle Muskeln ihres Körpers so fest wie möglich anspannte, um so eine „Betäubung“ ihres Körpers zu erreichen, welche sie die Schmerzen nicht mehr so stark spüren ließ. Ihr fiel daraufhin auf, dass sie auch heute noch bei Schmerzen instinktiv alle Muskeln so fest wie möglich anspannte, weil dies für eine gewisse Zeit die Schmerzen verringerte. Allerdings konnte sie im weiteren Verlauf der nächsten Tage und Wochen, einmal aufmerksam geworden, beobachten, dass dieser „Trick“ lediglich für eine begrenzte Zeit und anfänglich die Schmerzen minderte, diese nach ca. 30 Minuten jedoch in noch stärkerer Intensität zurückkamen.

Dieses zeitüberdauernde automatisierte Bewältigungsmuster der Selbst-Anästhesierung war damit aufgedeckt und in seiner aktuellen Bedeutung als inadäquate, schmerzverstärkende Verhaltensweise im Umgang mit akuten Schmerzattacken erkannt. Im weiteren Therapieverlauf konnte es schrittweise u.a. mit Hilfe von Entspannungsverfahren, insbesondere der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson, verändert werden.

Immer wieder im Verlauf der Therapie gelang es, sich ihrer Befindlichkeit und ihren Gefühlen über die Sprache ihres Körpers zu nähern, diese zu erkennen und zu verstehen.

In Bezug auf die Fähigkeit, sich selbst bei Ängsten zu beruhigen und Spannungszustände zu modulieren zeigte sich, dass die Anwesenheit der Therapeutin und das Aufgehobensein in einer tragfähigen Beziehung emotionale Sicherheit und Trost vermittelten und zu einer Verminderung von inneren Spannungszuständen beitrug.

So konnten Konfliktsituationen, die sie ängstigten, mit ihr bearbeitet werden (Arbeit mit dem leeren Stuhl), wobei die Therapeutin gleichzeitig durch Nähe und vorher abgesprochenen beruhigenden Körperkontakt (Hand auf die Schulter, auf den Rücken) die emotionale Erregung auf einem für die Klientin erträglichem Niveau halten und sie beruhigen konnte.

Frau K. verinnerlichte diese Situation der intersubjektiven Unterstützung, indem sie ein inneres Bild von der Therapiesituation und Momenten des Getröstetwerdens mit sich trug und sich in schwierigen und krisenhaften Situationen in ihrer Vorstellung herbeiholte.

Darüber hinaus wurde gezielt mit Entspannungsübungen gearbeitet. Hier erwies sich die Progressive Muskelrelaxation für Frau K. als in besonderer Weise geeignet: zum Einen war gerade das Erspüren der unwillkürlichen Muskelanspannung im Körper besonders wichtig. Zunehmend lernte sie, selbst geringe Muskelanspannungen wahrzunehmen.

Zum Anderen vermochte sie über den bewusst vollzogenen Wechsel von Anspannung und Entspannung der Muskeln ihr Muster der Selbstanästhesierung zu verändern. Im weiteren Verlauf konnten die Entspannungssequenzen mit Imaginationsübungen kombiniert werden, in denen sie Phantasie Reisen unternahm, sich mit ihrer Vorstellungskraft sichere Orte schuf oder Schutzschilder für schwierige Situationen imaginierte.

Einen anderen therapeutischen Zugang zu ihrem Selbst fanden wir mit Hilfe von kreativen Medien. Hier konnte zunächst vor allem an ihre Fähigkeit des Geschichtenschreibens und an ihre Phantasie angeknüpft werden, die sie bereits in ihrer Kindheit als Ressource genutzt hatte.

Ich bat sie auszuphantasieren, wie ihre Kindheit anders, besser, hätte sein können. Ich ermunterte sie, sich eine Geschichte auszudenken von ihr selbst als einem kleinem Mädchen, dem es gut geht. Nach anfänglichem Zögern willigte sie ein. Diese Geschichte schrieb sie in ihrer Heimatsprache. Sie schrieb über ein Mädchen, das morgens voller Zärtlichkeit und Liebe von ihrer Mutter geweckt wird, während die Sonne warm und hell durch das Zimmer scheint. Nachdem sie die Geschichte vorgelesen und übersetzt hatte, sagte sie zunächst: „Das bin ich nicht. Ich habe keinen Zugang dazu.“ Und erlebte erst einmal intensiv die Trauer darum, dass ihr Leben so hart und nicht anders

gewesen war. Erstmals konnte sie darüber in Gegenwart eines anderen Menschen trauern, konnte ihren Tränen und ihren Emotionen „freien Lauf“ lassen. Es kam in Fluss, was lange aufgestaut gewesen war. Der Kummer, der wie „eingefroren“ gewesen war, begann aufzutauen. Auch Wut auf die Mutter wurde spürbar. Sie sagte in dieser Stunde: „Es ist eine Hülle um mich aus lauter Negativem. Ich fühle mich wie ein Embryo, der nach draußen will. Ich weiß, dass draußen Licht ist.“ Auf dieser Erfahrung ließ sich aufbauen und mit Hilfe gestalttherapeutischer Methoden weiter arbeiten, so dass Frau K. in der Folgezeit mehr in Kontakt mit sich selbst als Mädchen kam und zunehmend mehr Verständnis und Liebe für diesen jüngeren Teil ihres Selbst empfinden konnte. Hier entwickelte sich ein Stück eines neuen Selbstbezuges mit mehr Empathie und Anerkennung für sich selbst.

Es zeigte sich, dass diese sich verbessernde Selbstbeziehung wiederum die Voraussetzung schuf für einen veränderten Umgang mit ihrem Körper. Sie betrachtete ihren Körper nicht länger als ihren Feind, den es bei Schmerzen zu bekämpfen galt. Sie konnte ihrem Körper zunehmend verständnisvoller gegenüber treten, seine Grenzen wahrnehmend und respektierend. Unter Schmerzen konnte sie sich jetzt eher trösten und etwas tun, was ihr gut tat und Linderung verschaffte, statt Emotionen von Ärger und Wut über die eigene Begrenzung gegen sich zu richten. Auch gelang es ihr zunehmend, Empfindungen des Körpers als Signale für Überlastung und Erschöpfung zu „lesen“ und demzufolge zu handeln, wenn sie die Möglichkeit dazu hatte. Dieses hatte direkte positive Auswirkungen auf die Schmerzintensität und auf den Verlauf von Schmerzattacken.

Der verbesserte Selbstbezug führte auch zu veränderten zwischenmenschlichen Interaktionsmustern: zunehmend wahrte sie ihre Würde und ihre Bedürfnisse im Kontakt und Auseinandersetzung mit ihrem Partner, ihrer Mutter und Angehörigen des Partners. Sie trat ihrer Mutter zunehmend als selbstbewusste Frau gegenüber, die für ihre betagte Mutter zwar Sorge trug und Entscheidungen traf, sich aber ihr gegenüber nicht mehr wie ein kleines Mädchen fühlte und sich emotional nicht länger über Schuldgefühle manipulieren ließ.

5.2 Theoretische und behandlungspraxeologische Überlegungen

Am Therapieverlauf wird deutlich, wie eng Selbst- und Körperbeziehung miteinander verwoben sind. Zu Beginn hatte Frau K., für Schmerzpatienten geradezu charakteristisch, eine sehr distanzierte, versachlichte Beziehung zu ihrem Körper. Es war ihr nicht möglich, die Signale ihres Körpers wahrzunehmen und zu entschlüsseln, auf ihren Körper zu „hören“.

So war Frau K. ihren Schmerzen verständnislos und hilflos ausgeliefert, versuchte sie wegzudrücken, wegzupressen, zu ignorieren.

Erst als sich über eine vertiefte Selbstbeziehungserfahrung ihr Selbstbezug veränderte, entwickelte sich parallel dazu eine andere Beziehung zu ihrem Körper. Dabei bildete ihre Körperlichkeit den Ausgangspunkt zu einer vertieften Beschäftigung mit sich selbst, über sie ließen sich die Archive des Leibes öffnen. Es zeigte sich, dass die Botschaften ihrer Mutter „eingeschrieben waren in den Leib“ und darin verwahrt, ohne der Patientin zugänglich zu sein. So konnten sie sich unbemerkt weiter schädlich auswirken.

Frau K. konnte sich nun ihrer eigenen Geschichte zuwenden, konnte sie erinnern, betrachten und verstehen lernen, sie in einen sinnstiftenden Lebenszusammenhang einordnen.

Sie fand darüber einen anderen Bezug zu ihren Schmerzen, konnten ihnen zum Teil eine Bedeutung zuordnen, früher und heute. So konnte sie zu einem anderen Umgang mit ihren Schmerzen finden, fand insgesamt zu einem geduldigeren, wohlwillenderen Umgang mit sich und mit ihrem Körper.

Damit verringerte sich auch ihre Neigung, sich selbst zu überfordern.

Durch eine vertiefte Selbsterfahrung kam Frau K. in Kontakt mit Selbstanteilen, die wie abgespalten, unzugänglich gewesen waren. Über den Kontakt zum Körper zu dem Mädchen und der jungen Frau, die sie einmal war. Dies war ein schmerzhafter Prozess, den sie allein immer vermieden hatte – sie wollte sich am liebsten gar nicht mehr erinnern. Hierzu war die therapeutische Beziehung notwendig. Eine intersubjektive Beziehung, welche menschliche Begegnung zwischen Therapeut und Patient ermöglicht und mitmenschliche Qualitäten wie Verständnis, Trost, Beruhigung, Schutz, Begleitung in Trauer und Schmerz, aber auch in Freude und Lebensglück, bereithält.

Im Rahmen der therapeutischen Beziehung konnte sie alternative, korrigierende Beziehungserfahrungen machen, die ihre früheren prägenden Bindungserfahrungen und die daraus erwachsenen Beziehungsmuster zumindest in Teilen veränderten.

Früher hatte Frau K. in Anwesenheit ihrer Mutter ihre Gefühle und Körperempfindungen extrem kontrollieren und verbergen müssen, da sonst seelisch oder körperlich verletzende Sanktionen durch die Mutter folgten. Jetzt, in der therapeutischen Beziehung, konnte sie ganz neu die Erfahrung machen, in Anwesenheit einer anderen Person, die noch dazu im Übertragungsgeschehen stellenweise die Mutterrolle einnahm, ihre Gefühle und Körperreaktionen, ihre seelischen und körperlichen Schmerzen zu zeigen und verbal wie nonverbal zu kommunizieren und damit in ganz anderer Weise angenommen zu werden.

Dies waren wichtige Lernerfahrungen, die es ihr ermöglichten, das alte Muster ihrer Beziehungserfahrungen zu korrigieren und stellenweise zu überschreiben.

Die korrigierenden, alternativen Beziehungserfahrungen, die Frau K. im Rahmen dieser auf zwischenmenschlicher intersubjektiver Begegnung gerichteten Therapiebeziehung machen konnte, wirkten sich positiv korrigierend auf ihre Beziehungsmuster aus. So veränderte sich nicht nur ihr Beziehungsmuster sich selbst gegenüber, es veränderten sich auch ihre Beziehungsmuster gegenüber den Menschen ihres sozialen Netzes. Die durch die vertiefte therapeutischen Beziehungserfahrungen veränderten Verhaltensmuster wirkten somit bis in ihr soziales Netz hinein und strukturierten dies sogar um, als sie nicht länger bereit war, Freundschaften aufrechtzuerhalten, in denen sie nur als Frau akzeptiert war, der es immer gut ging, die ihre Sorgen und Nöte verbergen musste.

Hervorzuheben ist hier die Bedeutung der Spannungsreduktion und Beruhigung innerhalb der vertrauensvollen therapeutischen Interaktion, gerade auch mit Blick auf das erhöhte Angst- und Erregungsniveau bei Fibromyalgie-Patientinnen. Trost als zwischenmenschlicher, intersubjektiver Qualität kommt dabei ein besonderer Stellenwert zu. Die Beziehungserfahrung des Beruhigt- und Getröstetwerdens konnte modellhaft internalisiert werden und war in späteren Konflikt- und Belastungssituationen für die Patientin im Sinne einer verbesserten Selbstregulation wieder abrufbar.

Wahrnehmung und Ausdruck von Affekten waren bei Frau K. durch die Erfahrungen in ihrem Elternhaus gehemmt gewesen. Die Verbesserung von Affektwahrnehmung und Affektausdruck wird in der Schmerztherapie inzwischen als wichtiges Therapieziel formuliert. Auch unter diesem Aspekt erscheint es therapeutisch sinnvoll und zielführend, wenn es gelingt, diese Hemmungen im Rahmen alternativer Erfahrungen abzubauen.

Betont sei auch die Rolle der kreativen Medien.

Sie nehmen neben der Gestaltung der therapeutischen Beziehung einen zentralen Platz in der integrativ-therapeutischen Arbeit ein.

Im Menschenbild der Integrativen Therapie wird der Leib verstanden als etwas vom Menschen lebenslang zu Gestaltendes, Entwerfendes. Er ist zugleich zentrales Organ der Wahrnehmung und des Ausdrucks des Menschen, weil alle Erfahrung im Leib begründet ist.

„Der Leib ... steht zu allen Dingen der Welt... in einer kreativen Bezogenheit.“ „Der Mensch ist wesensmäßig Koexistierender und Gestaltender.“ (Petzold 1996, S.19).

Somit spricht die Integrative Therapie von einer „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ (Orth und Petzold 1996).

Damit begründen sich die Konzeption und der Einsatz kreativer Medien in der therapeutischen Arbeit der Integrativen Therapie. Sie wurden für die Integrative Therapie vor allem von Orth und Sieper entwickelt (s. Petzold und Orth 1991.2).

Kreative Medien erleichtern den Zugang zu den Archiven des Leibes, gerade weil sie oftmals zunächst den nichtsprachlichen Zugang ermöglichen und damit auch Zugang zu inneren Erlebnisqualitäten schaffen, die sehr früh in der Biographie erfahren und noch nicht sprachlich gespeichert wurden. (s. Orth und Petzold 1996, S. 105ff).

In diesem Zusammenhang möchte ich auf die Ressourcenorientierung innerhalb der Integrativen Therapie hinweisen, die in Diagnostik und Therapie einen wichtigen Platz einnimmt. *Zaepfel et al.* (2005) sprechen von Ressourcen als „multimodal organisierte Potentiale der Person.“ Gerade auch in der Arbeit mit Schmerzpatienten ist es wichtig, nicht ausschließlich auf die Schmerzsymptomatik und die Defizite zu fokussieren, sondern den Blick auch auf die stützenden Faktoren, die Potentiale und das Gesunde im Patienten zu richten, um diese Ressourcen in der Therapie zu stärken und sie nutzbar zu machen, auch in Hinblick auf Selbststeuerung und Selbstberuhigung. *Frede* schreibt hierzu in Bezug auf Schmerzpatienten: „Je mehr der Patient auf seine inneren Ressourcen und auf das, was heil und gesund in ihm ist, angesprochen wird, umso eher wird er diese Anteile auch in sich selbst wieder wahrnehmen und aktivieren können – auf welcher Ebene auch immer er dazu fähig ist – um so eher kann er lernen, mit dem Schmerz zu leben.“ (*Frede* 2000, S. 129).

Kreative Medien sind in besonderer Weise dazu geeignet, Zugang zu den Ressourcen eines Menschen zu bekommen; sie zu entdecken, zu fördern und zu entfalten.

Selbstverständlich verfügt die Integrative Therapie über die in den Therapieausschnitten geschilderten und verwendeten Techniken hinaus über ein weiteres reichhaltiges Repertoire multimodaler und kreativ-therapeutischer Herangehensweisen. Als eine Auswahl seien hier beispielhaft genannt:

Bildnerisches Gestalten, z.B. Körperbilder, sog. „Body-Charts“ (s. *Petzold* und *Orth* 1991.2; *Petzold* 2003); Selbstportraits (s. *Petzold* 2004),

Tonarbeit,

Bewegung,

Imagination,

Rezeptive Kunsttherapie (s. *Petzold* 2004),

Musiktherapie,

Sensibilitäts- und Expressivitätstraining (s. *Petzold* 1996),

Thymopraktik

und Gestalttherapeutische Techniken wie z.B. Awarenessförderung, Arbeit mit dem leeren Stuhl und Psychodrama.

5.3 Fazit:

In der Beschäftigung mit chronischen Schmerzerkrankungen und den sich daraus ergebenden therapeutischen Erfordernissen wird offenkundig, wie eng Beziehungserfahrung, Selbstbeziehung und Leibbeziehung miteinander verbunden sind. Dies macht deutlich, welche Chancen, gerade auch in der Arbeit mit Schmerzpatienten, darin liegen, den Körper als den „Leib“, in die therapeutische Arbeit einzubeziehen.

Dieses darf jedoch nicht in einer vom Leibverständnis abgekoppelten Weise geschehen. Denn Menschenbild und Therapie sind eng miteinander verwoben und dürfen nicht künstlich voneinander getrennt werden. Der Körper wird zum Leib durch eine phänomenologisch-hermeneutische Form der Wahrnehmung und des Verstehens. Auf der Grundlage dieses Menschenbildes und des sich daraus ableitenden Therapieverständnisses sind integrativ-therapeutische Körperübungen und kreative Medien in ihrer Anwendung mehr als bloße Techniken. Sie gehen über das übende, selbstregulierende Umgehen mit dem Körper hinaus und erschließen immer wieder verschiedene Sinnfacetten und existentielle Ausblicke darauf, wie die Person geworden ist. Integrativ-therapeutisches Arbeiten erzeugt existentiell-leiblichen Sinn. Die im therapeutischen Prozess gewonnenen Informationen: die erlebten Körperregungen, die auftauchenden Bilder, die Erinnerungen, Gefühle und Handlungsimpulse müssen verknüpft werden innerhalb der jeweils einzigartigen Person und versehen werden mit Bedeutung und Sinn. Dies ist ein kreativer Prozess, der immer wieder aufs Neue individuell in enger Korrespondenz zwischen Therapeut und Patient zu schaffen ist. Unabdingbar ist hierfür eine intersubjektive therapeutische Beziehung, in die dieser Prozess eingebettet ist.

In der Integrativen Therapie ist die therapeutische Beziehung wesentlichster Wirkfaktor im Therapieprozess. Eine *leiblich fundierte, intersubjektive Beziehung* zwischen Therapeut und Patient, die gerade nicht geprägt ist von einer technisierten, standardisierten Vorgehensweise mit Körperferne.

6. Zusammenfassung

Chronische somatoforme Schmerzsyndrome, also Schmerzen, für die keine ausreichende organische oder pathophysiologische Ursache gefunden werden kann, gehören zu den häufigsten Gesundheitsstörungen in Deutschland. Schätzungen zufolge gibt es ca. 7 Millionen Dauerschmerzpatienten.

Eine moderne Schmerztherapie anhaltender Schmerzen ist mittlerweile eine interdisziplinäre Therapie, in der die psychologische Schmerztherapie ihren festen Stellenwert hat. Hierbei profitiert die Psychotherapie der Schmerzsyndrome auch von der regen Forschungstätigkeit in den Neurowissenschaften und deren Erkenntnissen zur Entstehung von Schmerzen und deren Chronifizierung.

Neuere ätiologische Theorievorstellungen zur Entstehung von Schmerzstörungen gründen auf neurobiologische Befunde, welche auf eine gemeinsame neuronale Basis von Emotionen und Schmerz weisen (*Gündel und Tölle 2005*). Damit erhält die Bindungsforschung - neben der Bedeutung früher Stresserfahrungen - einen besonderen Stellenwert und ebnet einer ätiologischen Sichtweise den Weg, welche die somatoforme Schmerzstörung als Entwicklungsstörung begreift. Diese Sichtweise entspricht dem Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Integrativen Therapie mit seiner beziehungs- und entwicklungspsychologischen Orientierung.

Ziel der Arbeit ist es, aufzuzeigen, welchen Beitrag zu einer störungsspezifischen Schmerztherapie die Integrative Therapie mit ihren Konzepten der „Leiblichkeit“ und „Intersubjektivität“ leisten kann. Es wird herausgearbeitet, dass der auf Beziehung gründende therapeutische Zugang der IT gerade auch in der Arbeit mit Schmerzpatienten nutzbar gemacht werden kann für eine Verbesserung der *Selbstbeziehung* und der *Selbstregulation*: Bereichen, in denen Schmerzpatienten in charakteristischem Maße Defizite aufweisen.

Dargestellt werden zunächst die Ätiologie- und Behandlungskonzepte der kognitiven Verhaltenstherapie, die derzeit in der psychologischen Schmerztherapie eine führende Rolle einnimmt. Eine kritische Betrachtung des verhaltenstherapeutischen Körperverständnisses und der sich daraus ergebenden therapeutischen Einschränkungen schließt sich an.

Es folgt ein Überblick über neuere Forschungsergebnisse zur Entstehung von Schmerzstörungen. Referiert werden hierzu Studien zur Neurobiologie, zur Rolle von Bindungsstörungen bei der Genese von Schmerzerkrankungen sowie zu den Folgen früher Stresserfahrungen wie sexuellem Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung. *Egle und Nickel (2005)* stellen ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell für eine somatoforme Schmerzstörung anhand des Störungsbildes Fibromyalgie dar, welches die Integration von psychosozialen Belastungsfaktoren und neurobiologischer Verarbeitung ermöglicht.

Auf der Basis empirischer Studien und klinischer Beobachtung beschreiben verschiedenste Autoren störungsspezifische Besonderheiten von Schmerzpatienten wie eine eingeschränkte Affektwahrnehmung, Störungen in der Affektregulation, Auffälligkeiten in der Interaktions- und Beziehungsgestaltung, ein oftmals erhöhtes Niveau zentraler Erregung, eine verminderte Fähigkeit zur Selbstberuhigung, die Tendenz zum Katastrophisieren, eine Neigung zu Selbstüberforderung und einen Körperbezug, welcher den eigenen Körper eher funktionalisiert betrachtet und in einen spezifischen Umgang mit körperlichen Symptomen mündet, welcher u.a. der Tendenz zur Selbstüberforderung Vorschub leistet.

Empirische Studien zu Bindungsrepräsentationen bei Schmerzpatienten zeigen auf, dass diese Patientengruppe größtenteils unsichere Bindungsmuster als Konsequenz belasteter Beziehungserfahrungen aufweist. Die in den unsicheren Bindungsstilen repräsentierten belasteten Beziehungserfahrungen haben nach Meinung der Autorin Auswirkungen auf die Entwicklung der Selbstbeziehung des Schmerzpatienten und damit auch auf die Beziehung zum eigenen Körper als einer spezifischen Form der Selbstbeziehung.

Dies legt die Überlegung nahe, eine Veränderung der malignen Beziehungserfahrungen über alternative Beziehungserfahrungen im Rahmen der therapeutischen Beziehung zu ermöglichen und

damit eine alternative Selbstbeziehungsgestaltung bei Schmerzpatienten zu ermöglichen. Hierzu erscheint die intersubjektive Beziehungsgestaltung der Integrativen Therapie in besonderem Maße geeignet.

Zugleich wird dargestellt, dass die Integrative Therapie eine veränderte Selbstbeziehung auch über den in die therapeutische Beziehung eingebetteten Prozess einer vertieften Selbsterfahrung ermöglicht, maßgeblich mit Hilfe des Einsatzes kreativer Medien als einer zentralen Methodik des integrativ-therapeutischen Vorgehens.

Darüber hinaus wird aufgewiesen, dass über die Kernkonzepte der „Leiblichkeit“ und „Intersubjektivität“ und des sich daraus ableitenden leib- und bewegungsorientierten Zuganges der Integrativen Therapie die Dimension der Leiblichkeit in vielfältiger Weise in die integrativ-therapeutische Arbeit einbezogen wird, was besonders bei Schmerzpatienten von großer Bedeutung ist. Hierbei fokussiert die IT auf den Körper als den „beseelten“ Leib, worunter eine ganzheitlich-phänomenologische und hermeneutisch-verstehende Beziehung des Menschen zur Gesamtperson wie zum eigenen Körper zu verstehen ist.

Über die Einbeziehung der Leiblichkeit gelingt es zugleich, einen Zugang zu den Affekten der Person zu bekommen, welche bei Schmerzpatienten oft unverstanden und isoliert vom sinnhaften Erleben als diffuse, nicht zu deutende Körpersensationen wahrgenommen werden. Dies ist besonders unter dem Aspekt der störungsspezifisch eingeschränkten Affektwahrnehmung, des verminderten Affektausdrucks und Störungen in der Selbstregulation von Bedeutung.

Es wird beleuchtet, wie eng Bindungserfahrung, Selbstbeziehung und Leibbeziehung miteinander verbunden sind. Ein verbesserter Selbstbezug führt zu einem verbesserten Körperbezug und somit zu einem angemesseneren Umgang mit dem eigenen Körper als Leib, seinen Signalen und Bedürfnissen.

Ausschnitte aus einem anonymisierten Behandlungsverlauf mit einer an Fibromyalgie erkrankten Schmerzpatientin illustrieren einige Aspekte integrativ-therapeutischen Arbeitens, die für die Therapie von Schmerzen relevant sind.*

7. Zusammenfassung/Summary:

Ziel der Arbeit ist es aufzuzeigen, welchen Beitrag zu einer störungsspezifischen Schmerztherapie die Integrative Therapie mit ihren Konzepten der „Leiblichkeit“ und „Intersubjektivität“, leisten kann. Neben einer kritischen Diskussion der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schmerztherapie wird ein Überblick über neuere Forschungsergebnisse zur Genese von Schmerzstörungen mit Studien zur Neurobiologie, zur Rolle von Bindungsstörungen und zu den Folgen früher Stresserfahrungen wie sexuellem Missbrauch, körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung gegeben. Es wird aufgezeigt,

dass die Integrative Therapie mit ihrer intersubjektiven Beziehungsgestaltung, mit ihrer Leiborientierung und mit ihren multimodalen kreativ-therapeutischen Herangehensweisen in spezifischer Weise zu einer Verbesserung von Selbstbeziehung, Körperbeziehung und Selbststeuerung bei Schmerzpatienten beitragen kann. Dies hat eine Reduktion der Schmerzsymptome und eine Verbesserung der Lebensqualität zur Folge.

Summary:

The goal of this paper is to demonstrate how Integrative Therapy and its concepts of “body-orientation” and “intersubjectivity” contribute to disorder-orientated pain therapy. Apart from critical discussion of cognitive-behavioural pain therapy a survey will be given about results of recent research concerning the genesis of pain disorders by neurobiological studies, by studies with regard to the importance of attachment disorders, and the consequences of early experiences of stress like sexual abuse, physical maltreatment and neglect. It is to be shown, that Integrative Therapy, including its intersubjective shaping of relationship, its body-orientation and its multimode creative-therapeutically approach contribute to specific improvement of self relation, body relation and self regulation with patients suffering from pain. This leads to a reduction of pain symptoms and improvement in quality of life.

Keywords:

somatoform disorders; chronic pain; integrative therapy; intersubjectivity; body-orientation;

* (Die Veröffentlichung der anonymisierten Daten des Behandlungsverlaufes erfolgt mit Einverständnis der Patientin.)

8. Literaturverzeichnis

- Anderson, D.J.; Hines, R.H. (1994): Attachment and pain. In: Grzesiak, R.C. Ciccone, D.S. (eds.) (1994): Psychological vulnerability to chronic pain. New York: Springer. 137-178.
- Baltes, P.B. (1979): Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Stuttgart: Klett.
- Basler, H.D. (1998) in: Basler, H.D.; Kröner-Herwig, B.(Hrsg.) (1998, 2. überarb. u. aktual. Auflage): Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen. München: Quintessenz.
- Behbehani, M.M. (1995): Functional characteristics of the midbrain periaqueductal gray. *Progress in Neurobiology* 46, 575-605.
- Bowlby, J. (1969): Attachment, Attachment and loss. Vol.1, New York: Basic Books. Dt. (1983): Verlust, Trauer und Depression. Frankfurt: Fischer.
- Brunner, R., Resch, F. (2003) : Dissoziative und somatoforme Störungen. In: Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (2003): Entwicklungspsychiatrie. Stuttgart: Schattauer.
- Damasio, A.R., Grabowski, T.J., Bechara, A., Damasio, H., Ponto, L.L.B., Parvizi, J., Hichwa, R.D. (2000): Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions. *Nature Neuroscience* 3, 1049-1156.
- Damasio, A.R. (2001, 3.Aufl.): Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins. München: List.
- Egle, U.T. (2005a): Psychotherapie und Neurobiologie des Schmerzes. Vortrag in Freiburg im Breisgau am 17.6.2005.
- Egle, U.T., Hoffmann, S.O., Joraschky, P. (2005b, 3. überarb.u.. erw. Auflage): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer.
- Egle, U.T., Nickel, R. (2005c): Anhaltende Somatoforme Schmerzstörung. In: Egle, U.T. et al. (Hrsg.) (2005b, 3. überarb. u. erw. Auflage): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer.
- Egle, U.T., Ecker-Egle, M.L., Nickel, R., van Houdenhove, B. (2004): Störung der zentralen Schmerz- und Stressverarbeitung bei Fibromyalgie. Ein neues biopsychosoziales Pathogenesemodell. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 54, 137-147. In: Egle, U.T., Hoffmann, S.O., Joraschky, P. (2005b).
- Egle, U.T.; Hoffmann, S.O.; Lehmann, K.A.; Nix, W.A. (Hrsg.) (2003): Handbuch chronischer Schmerz. Stuttgart: Schattauer.
- Egle, U.T., Nickel, R. (2001): Somatoforme Schmerzstörung. In: Kapfhammer, H.P., Gündel, H.: Psychotherapie der Somatisierungsstörung. Stuttgart: Thieme.
- Egle, U.T.; Nickel, R. (1998): Kindheitsbelastungen bei Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen. *Zeitschrift für Psychosomatik und Medizinische Psychoanalyse* 44, 21-36.
- Egle, U.T.; Kissinger, D.; Schwab, R. (1991): Eltern-Kind-Beziehung als Prädisposition für ein psychogenes Schmerzsyndrom im Erwachsenenalter: Eine kontrollierte, retrospektive Studie zu G.L. Engels „pain-proneness“. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 41, 247-256.
- Eisenberger, N.I., Lieberman, M.D., Williams, K.D. (2003): Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science* 302 (5643) 290-292.
- Equit, M., Kirsch, A. (2005): Mimischer und sprachlicher Affektausdruck – ein Vergleich zwischen Fibromyalgie-Patientinnen und gesunden Frauen. *Psychotherapeut*, online publiziert: 15. Februar 2005: Springer Medizin Verlag.
- Flor, H. (2000): The functional organization of the brain in pain. *Progress in Brain Research* 129, 313-322.
- Frede, U. (2000): Psychologische Schmerztherapie – Leben mit dem Schmerz. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 21. JG. (2) 117-136.
- Fremmer-Bombik, E., Grossmann, K.E. (1997.2): Über die lebenslange Bedeutung früher Bindungserfahrungen. In: Petzold, H. (1997.2): Frühe Schädigungen – späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung. Bd.1. Paderborn: Junfermann.
- Giesecke, T., Gracely, R.H., Grant, M.A., et al. (2004): Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain. *Arthritis Rheum.* 50 (2) 613-623. In: Gündel.

- H. (2005): How physical pain may interact with psychological pain. (unveröffentl. Manuskript, s.u.).
- Gloger-Tippelt, G. (2001): Bindung im Erwachsenenalter. Bern, Göttingen: Huber.
- Grossmann, K., Grossmann, K.E. (2004): Bindungen – das Gefühl psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grund, O., Richter, K., Schwedland-Schulte, G., (2004): Das „komplexe Leibkonzept“ in der Integrativen Therapie. In: *Integrative Therapie* 3, 216-236.
- Gündel, H. (a), Tölle, R. (b) (2005): How Physical Pain May Interact with Psychological Pain: Evidence for a Mutual Neurobiological Basis of Emotions and Pain. Departments of (a) Psychosomatics and Psychotherapy, and (b) Neurology, Technical University of Munich, Munich, Germany (unveröffentl. Manuskript).
- Gündel, H. (2004a): Vortrag am 13.11.2004 in Rottweil anlässlich des Symposiums: Psychosomatische Wechselwirkungen bei Trennung, Verlust und Trauer.
- Gündel, H., Greiner, A., Ceballos-Baumann, A.O., et al.(2004b): Alexithymia is no risk factor for exacerbation in spasmodic torticollis patients. *Journal of Psychosomatic Research* 56, 699-705.
- Gündel, H., O'Connor, M.F., Littrell, L. Fort, C., Lane, R.D. (2003): Functional neuroanatomy of grief: an fMRI study. *American Journal of Psychiatry* (2003); 160 (11) 1946-1953.
- Hasenbring, M. (1996): Kognitive Verhaltenstherapie chronischer und prächronischer Schmerzen. In: *Psychotherapeut* 41, 313-325.
- Hasenbring, M. (1993): Durchhaltestrategien – ein in Schmerzforschung und Therapie vernachlässigtes Phänomen? *Schmerz* 7, 304-313.
- Hasenbring, M. (1992): Chronifizierung bandscheibenbedingter Erkrankungen. Risikofaktoren und gesundheitsförderndes Verhalten. Stuttgart: Schattauer.
- Heim, C.; Nemeroff, C.B. (2001): The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol. Psychiatry* 49, 1023-1039.
- Hofer, M.A. (1984): Relationships as regulators: a psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosom. Med.* 46 (3) 183-197.
- Hüther, G. (2002): Gewalterfahrung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen aus neurobiologischer Sicht. In: *Petzold, H. (2002): Das Trauma überwinden: Integrative Modelle der Traumatherapie.* Paderborn: Junfermann.
- Kanfer et al. (1990): Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer.
- Kapfhammer, H.-P. und Gündel, H. (2001): Psychotherapie der Somatisierungsstörung. Stuttgart: Thieme.
- Kottler, T.; Buzwell, S.; Romeo, Y.; Bowald, J. (1994): Avoidant attachment as a risk factor for health. *British Journal of Medical Psychology* 67, 237-245. In: *Scheidt, C.E. (2002): Störungsspezifische psychodynamische Kurzzeittherapie somatoformer Schmerzstörungen.* *Psychotherapeut* 47, 110-123.
- Kröner-Herwig, B. (1998): Chronischer Kopfschmerz - epidemiologische, physiologische und psychologische Grundlagen. In: *Basler, H.D., Kröner-Herwig, B. (1998, 2. überarb.u. aktual. Auflage): Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen – das Marburger Schmerzbewältigungsprogramm.* München: Quintessenz.
- Lacey, J.I. (1967): Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory. In: *Apley, M.H.; Trumball, R.: Psychological stress.* New York: Appleton-Century-Crafts.
- LeDoux, J.E. (2000): Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience* 23, 155-184.
- Lévinas, E. (1983): Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie. Freiburg i. Breisgau: Alber.
- Lidow, M.S. (2002): Long-term effects of neonatal pain on nociceptive systems. *Pain* 99, 377-383.
- Mikail, S.F.; Henderson, P.R.; Tasca, G.A. (1994): An interpersonally based model of chronic pain: an application of attachment theory. *Clinical Psychology Review* 14, 1-16. In: *Scheidt, C.E. (2002): Störungsspezifische psychodynamische Kurzzeittherapie somatoformer Schmerzstörungen.* *Psychotherapeut* 47, 110-123.
- Neumann, L. et al. (2003): Epidemiology of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep.* 2003; 7 (5) 362-368.
- Nickel, R., Egle, U.T. (1999): Therapie somatoformer Schmerzstörungen. Stuttgart: Schattauer.
- Nickel, R.; Egle, U.T. (2005): Anhaltende somatoforme Schmerzstörung. In: *Egle, U.T.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (2005b): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung.* Stuttgart: Schattauer.

- Orth, I. (1994): „Der domestizierte Körper“- Die Behandlung „beschädigter Leiblichkeit“ in der Integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie* 4-19.
- Orth, I., Petzold, H. (1996.2): Zur „Anthropologie des schöpferischen Menschen“. In: Petzold, H.; Sieper, J. (1996.2): Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien. Bd.1. Paderborn: Junfermann.
- Osten, P. (2000, 2. neu bearb. u. erw. Auflage): Die Anamnese in der Psychotherapie. München, Basel: Reinhardt.
- Petzold, H.G. (2004.1): Integrative Traumatherapie und „Trostarbeit“ – ein nichtexponierender, leibtherapeutischer und lebenssinnorientierter Ansatz risikobewusster Behandlung. Düsseldorf/Hückeswagen: *Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit*. 3/2004. Bei [www. FPI-Publikationen.de/polyloge](http://www.FPI-Publikationen.de/polyloge)
- Petzold, H. (2004): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk – rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“ in: Zeitschrift *Integrative Therapie* 3, 267-299.
- Petzold, H. (2. überarb. u. erw. Aufl. 2003): Integrative Therapie. Bd. 3. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (2002a): Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen. In: Petzold, H.; Wolf, H.-U.; Landgrebe, B.; Josic, Z. (Hrsg.) (2002): Das Trauma überwinden: Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (2002b): Der „informierte Leib“ – embodied and embedded in Kontext/Kontinuum. *Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit*. 7/ 2002.
- Petzold, H. (1996, 3. überarb. Auflage): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie: ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1996): Integrative Therapie. In: Petzold, H., Sieper, J. (1996/2): Integration und Kreation. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.; Orth, I. (Hrsg.) (1991.2): Die neuen Kreativitätstherapien. Bd.1. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1988, 3. überarb. Auflage 1996): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2006b): Entwicklungen in der Integrativen Therapie als biopsychosozialökologisches“ Modell – Überlegungen zu Hintergründen und proaktiven Perspektiven. „Integrative Therapie“ 40 Jahre „auf dem Wege und auf der Suche“ Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, mimeogr. Erw. (2006b). Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - Jg. 2006
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2005): Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“ Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – Jg. 2005 und in: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchttherapie. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 626-713.
- Philips, H.C. (1987): Avoidance behavior and its role in sustaining chronic pain. *Behavior Research Therapy* 25, 273-279.
- Pfingsten, M., Leibig, E., Franz, C., Bansemer, D., Busch, O., Hildebrandt, J. (1997): „Fear-avoidance-beliefs“ bei Patienten mit Rückenschmerzen. Die deutsche Version des „Fear-Avoidance-Beliefs Questionnaire“ (FABQ-D). *Der Schmerz* 6, 387-395.
- Pfingsten, M., Franz, C., Hildebrandt, J. (1998): Chronischer Rückenschmerz – epidemiologische, ätiologische und diagnostische Aspekte. In: Basler, H.D., Kröner-Herwig, B. (1998, 2. überarb. u. aktual. Auflage): Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen. München: Quintessenz.
- Pfingsten, M. (2005): Die Psychologische Behandlung von Rückenschmerzen. Vortrag am 18.6.2005 in Schweningen anlässlich der Eröffnung des Regionalen Schmerzzentrums Villingen-Swenningen.
- Price, D.D. (2000): Psychological and neural mechanisms of the affective dimension of pain. *Science* 288, 1769-1772.

- Reisenzein, E., Rief, W. (2001): Verhaltenstherapeutische Ansätze zur Behandlung der Somatisierungssyndrome. In: *Kapfhammer u. Gündel* (2001): Psychotherapie der Somatisierungsstörung. Stuttgart: Thieme.
- Sandkühler, J. (1996): The organization and function of endogenous antinociceptive systems. *Progress in Neurobiology* 50, 49-81.
- Sarno, J.E. (1976): Chronic back pain and psychic conflict. *Scandinavian Journal of Medicine* 8, 143-153.
- Scarinci, I.C.; Mc Donald-Haile, J.; Bradley, L.A.; Richter, J.E. (1994): Altered pain perception and psychosocial features among women with gastrointestinal disorders and history abuse: A preliminary model. *American Journal of Medicine* 97, 108-118.
- Scheidt, C.E. (2005): Die Somatoforme Schmerzstörung aus psychodynamischer Sicht. Vortrag am 4.6.2005 in Rottweil anlässlich des Symposiums: Fibromyalgie und chronische somatoforme Schmerzkrankheit.
- Scheidt, C.E.; Waller, E. (2004): Attachment representation and affect regulation. Current findings of attachment research and their relevance for psychosomatic medicine. In: *Nyklicek, I.; Temoshok, L.; Vingerhoets, A.* (Eds.) (2004): *Emotional Expression and Health*. 225-239.
- Scheidt, C.E. (2002): Störungsspezifische psychodynamische Kurzzeittherapie somatoformer Schmerzstörungen. Ein Leitfaden für die ambulante Einzelpsychotherapie. *Psychotherapeut* 47, 110-123.
- Schneider, H.J. (1994): Verhaltenstherapeutische Grundüberlegungen und Standardmethoden bei der Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. In: *Wahl, R.; Hautzinger, M.* (1994): Psychotherapeutische Medizin bei chronischem Schmerz. Köln: Ärzte-Verlag.
- Seiffge-Krenke, I. (2004): Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Simpson, J.A.; Rholes, W.S.; Nelligan, J.S. (1992): Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality & Social Psychology* 62, 434-446. In: *Scheidt, C.E.* (2002): Störungsspezifische psychodynamische Kurzzeittherapie somatoformer Schmerzstörungen. *Psychotherapeut* 47, 110-123.
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., et al. (2004): Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science* 303 (5661) 1157-1162.
- Slasby, E.A. (1995): Psychosocial factors of pain in chronic atypical facial pain. Unpublished doctoral dissertation, University of Massachusetts, Boston. In: *Scheidt, C.E.* (2002): Störungsspezifische psychodynamische Kurzzeittherapie somatoformer Schmerzstörungen. *Psychotherapeut* 47, 110-123.
- Strauß, B. (2005): Vernachlässigung und Misshandlung aus der Sicht der Bindungstheorie. In: *Egle, U.T. et al.* (2005): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer.
- Taddio, A.; Goldbach, Ipp. M.; Stevens, B.; Koren, G. (1995): Effect of neonatal circumcision on pain responses during vaccination in boys. *Lancet* 345, 291-292.
- Thayer, J.F., Lane, R.D. (2000): A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affect Disorders* 61 (3): 201-216.
- Traue, H. C. (1998): Emotion und Gesundheit. Heidelberg: Spektrum.
- Wachter, M. und Hendrichke, A. (2005): Stationäre psychosomatische Behandlung chronischer Schmerzpatienten. In: *Psychotherapie im Dialog* (1/2005) 70-75. Stuttgart: Thieme.
- Waller, E. und Scheidt, C.E. (2004): Somatoform disorders as disorders of affect regulation – A study comparing the TAS-20 with non self-report measures of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research* 57, 239-247
- Zaepfel, H., Metzmacher, B., Katz-Bernstein, N. (2005): Das Moment der Ressourcenaktivierung im Ansatz der Integrativen Kinder- und Jugendlichentherapie. In: *Sieper, J., Orth, I., Schuch, W.*; (Hrsg.) (in Vorber.): Freude am Lebendigen - Polyloge und Wege Integrativen Denkens. Bielefeld: Aisthesis.
- Zimmermann, M. (1990): Physiologie von Nozizeption und Schmerz. In: *Basler, H.D., Franz, C., Kröner-Herwig, B., Rehfish, H.P., Seemann, H.* (Hrsg.) (1990): Psychologische Schmerztherapie. Berlin, Heidelberg: Springer.

9. Anmerkungen

ⁱ *Genregulation*: Unter Genregulation versteht man die Steuerung der Informationsabgabe von Genen, welche die Synthese der zugehörigen Genprodukte bestimmen (z.B. Neurotransmitter, Enzyme, Hormone). Die Genregulation spielt u.a. eine wichtige Rolle bei Anpassungsleistungen der Zelle des Organismus an veränderte Bedingungen, wie sie bei Belastungen, Gewalt- und Traumaerfahrungen und im Gesundheits- und Krankheitsgeschehen auftreten. (vgl. Petzold 2003, Bd. 3, S. 1070).

ⁱⁱ *nozizeptiv*: die Wahrnehmung eines Schmerzreizes betreffend

ⁱⁱⁱ *Fibromyalgie*: ein chronisches, multilokuläres Schmerzsyndrom im Bereich der Muskeln, des Sehnenapparates, der Ligamente und periartikulären Strukturen, bei dem Entzündungsparameter fehlen. Früher auch als „Weichteilrheuma“ bezeichnet.

^{iv} *Alexithymie*: Unvermögen, Gefühle hinreichend wahrzunehmen und zu beschreiben.

^v Narrativ als festlegendes, starres Lebensmuster, z.B. Skript, Lebensstil, Wiederholungszwang. Starre Narrative müssen in einem Prozess der Selbstbefreiung nach und nach von deren Träger selbst zur lebendigen Narration seines Lebens verflüssigt werden.

^{vi} *Narration*: erzählte und gelebte Lebensgeschichte im Fluss. Die persönliche Deutung des eigenen Entwicklungsprozesses. Narrationen sind die Verbindung zwischen Vergangenheit und Zukunft. Das Selbstbild und das Weltbild des Menschen gehen in sie ein. Narrationen können sich im Sozialisationsprozess zu *Narrativen* verfestigen.

^{vii} *Die Veröffentlichung der anonymisierten Daten des Behandlungsverlaufes erfolgt mit dem Einverständnis der Patientin.*