

Entwurf eines Leib-Therapiekonzeptes an der Schnittstelle von Medizin und Psychotherapie

Theoretische Überlegungen, Praxisbericht und Reflexion zur Berufs-Sozialisation

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

„Master of Science“

im Universitätslehrgang

Psychotherapie

Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

von

Dr. Tarek Sununu, Kitzbühel

Department für Psychotherapie und

Biopsychosoziale Gesundheit

An der Donau-Universität Krems

Krems, 20. April 2012

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Dr. Tarek Sununu, geboren am 9. November 1972 in Bad Ischl erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Mittel bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, wo die Arbeit meine Klinik betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Krems, 20. April 2012

Dr. Tarek Sununu

DANKSAGUNG / WIDMUNGEN

Mein Dank gilt den Lehrtherapeuten, die in dieser meiner Ausbildung zum Integrativen Gestalttherapeuten Inspiration und Wegweiser waren, allen voran Dr. Sylvester Walch, Dr. Renate Frühmann, Dr. Elisabeth Wildberger und Dr. Bernhard Weiser, sowie Dr. Wilhelm Kantner-Rumplmair und Professor Dr. Wolfgang Söllner, die den Anfang meiner Psychotherapeuten-Laufbahn geprägt haben

Dank meinen Freunden Dr. Christoph Themessl und Mag. Hermann Fritz, die mir als Mediziner über all die Jahre halfen, die Geisteswissenschaften zumindest ansatzweise zu erschließen.

Danke meinen Eltern und Großeltern, ohne die ich nicht hier wäre.

Danke an all die Menschen, die sich mir als Arzt und Psychotherapeuten anvertrauen, und von denen ich so viel lernen darf!

Und nicht zuletzt: Allergrößten Dank meiner Frau Traudi und meinen Kindern Victoria, Loris, Leopold und Emilia, denen ich diese Arbeit widmen möchte!

ABSTRACT

Die Perspektive auf den Menschen hat mit den Errungenschaften der Naturwissenschaft seit Isaac Newton eine massive Einengung erfahren. Der Mensch wird in den meisten Zusammenhängen auf das naturwissenschaftlich Beschreibbare reduziert. In dieser Arbeit erfolgt der Versuch einer multi-perspektivischen Darstellung mit Hilfe eines Leib-Therapiekonzeptes sowohl in der Sozialisation als Arzt und Psychotherapeut, wie auch in der konkreten therapeutischen Arbeit mit Menschen. Philosophische Konzepte, unter anderen von Kierkegaard, Viktor von Weizsäcker und Nietzsche werden diskutiert, deren Relevanz in klinischen Fallbeispielen erläutert. Daraus ergibt sich das Konzept einer ganzheitlichen Sichtweise auf den Menschen unter Einbeziehung der körperlichen, seelischen und geistigen Elemente, die zusammen den Leib konstituieren.

Man is mainly being looked at from a perspective of natural science since Isaac Newton's epoch-making findings. In this sense man is reduced to a subject described by generally recognised tools of natural science. In this thesis I will try to establish a multi perspective view on man, as bodily well-being is a something that is not only constituted by scientific descriptions. As a physician and as a psychotherapist a holistic approach to man offers a wider range of measures of understanding man and a new approach to all-embracing therapeutic practice. The philosophic systems of Kierkegaard, Nietzsche and Viktor von Weizsäcker among others offer a help in understanding this difficult task.

Stichworte für die Bibliothek:

Leib, Psychosomatik, Schmerz, Nietzsche, Phänomenologie

Body, Psychosomatics, Pain, Nietzsche, Phenomenology

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung
2. Zur Kritik an der Psychosomatik
3. Die Perspektive
4. Gesundheit und Krankheit
 - 4.1 Der Begriff Gesundheit bei Petzold
 - 4.2 Gesundheit und Krankheit bei Kierkegaard
5. Subjektivität und Objektivität
6. Konzepte zu Leib und Leiblichkeit
 - 6.1 Körperlichkeit
 - 6.2 Leiblichkeit
7. Der Schmerz
8. Gesundheit und Krankheit am Beispiel der menschlichen Wirbelsäule.
Chronischer Rückenschmerz und das Konzept der Psycho-orthopädischen Rückenschmerzgruppe
 - 8.1 Rückenschmerz
 - 8.2 Mechanistisches Menschenbild und Wirbelsäulen-Chirurgie
 - 8.3 Gruppenpsychotherapie
 - 8.4 Die Psycho-orthopädische Rückenschmerz-Gruppe
9. Ganzheitliche Therapie nach Polytrauma
10. Diskussion

TEXTBEGINN DER MASTER THESIS

1. Einleitung:

Im Jahr 1996 habe ich meine postpromotionelle ärztliche Tätigkeit begonnen. Man könnte mich in den Jahren meines Medizinstudiums an der Universität Wien als äußerst ehrgeizig und zielstrebig bezeichnen, sodass ich sehr jung in einen sehr verantwortungsvollen Berufsstand eintreten konnte. Spezielle Interessen in Psychologie oder Psychiatrie hatte ich sicherlich nicht, Praktikum und Rigorosum in Medizinischer Psychologie wurden in fünf Tagen erledigt, was dem damaligen Curriculum vollauf Genüge tat.

Der Anfang meiner medizinischen Laufbahn fand dann in einem kleinen oberösterreichischen Landkrankenhaus statt, an einer internen und später an einer unfallchirurgischen Abteilung, wo viel zu arbeiten war, viele Nacht- und Wochenenddienste reduzierten persönliche Reflexionen auf ein Minimum, doch es war eine sehr lehrreiche Zeit mit vielen menschlich wertvollen Vorgesetzten, vielen dankbaren Patienten.

Zehn Monate später bekam ich bereits meine ersehnte Stelle zur Ausbildung zum Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie an der Universitätsklinik Innsbruck – ein jähes Ende für meine ländliche Arbeitsidylle. Entsprechend meinem ausdrücklichen Wunsch trat ich dem onkologischen Team dort bei, um mich fortan auf die Behandlung von Patienten mit gut- und bösartigen Weichteiltumoren zu spezialisieren, eine Herausforderung, die mich sehr einnahm. Medizinisch konnte und musste ich hier natürlich sehr viel lernen, um in Diagnostik, Management und Therapie diesen schwer kranken Menschen hilfreich sein zu können.

Sehr bald stieß ich jedoch hier auf mein eigenes und das bei meinen Kollegen ebenfalls evidente Unwissen, wie mit diesen „schwierigen“ Patienten auf einer menschlichen Ebene umzugehen wäre, wie Diagnosen zu vermitteln sind, wie langwierige Therapiekonzepte plausibel zu machen sind. Manchmal verstümmelnde Operationen wie Amputationen waren zu erklären, mitunter auch Tod und Hoffnungslosigkeit anzusprechen.

Große Herausforderungen, die in meinem Medizinstudium nicht adressiert worden waren.

Entsetzt war ich mitunter über die Aufklärungsgespräche, die meine Vorgesetzten mit Patienten und Angehörigen führten, mit welcher mechanistischer Klarheit ausgeführt wurde, dass ein Bein abgeschnitten werden sollte, wie lapidar zwischen Tür und Angel oft entstellende operative Eingriffe erklärt wurden: „Wir schneiden ihnen die Wade weg und nähen sie aufs Knie. Das sieht auch schön aus.“

So konnte ich also auf sehr plastische Weise lernen, dass ein allzu mechanistisches Weltbild einer modernen Medizin nicht gut zu Gesichte steht. Psychologen und Psychotherapeuten wurden zu schwierigen Gesprächen mit Patienten und Angehörigen beigezogen, ich konnte viel von deren Art der Gesprächsführung, von einem umfassenderen Menschenbild aufnehmen. Kollegialer Respekt und Freundschaften entwickelten sich, wodurch auch mein Zugang zu anderen „schwierigen“ Patienten geebnet wurde, im speziellen zu chronischen Schmerzpatienten, auch zu Menschen, die im herrschenden medizinischen System drohten, durch den Rost zu fallen, weil sie durch Phänomene wie „doctor-shopping“ ihre Glaubwürdigkeit bei ihren Behandlern eingebüßt hatten. Ich wurde Mitglied in interdisziplinären Teams und Schmerzkonferenzen, besuchte viele psychologische und psychotherapeutische Weiterbildungen, wurde sogar als Arzt und Orthopäde Co-Leiter psychotherapeutischer Gruppen mit Schmerzpatienten, eine äußerst spannende, befruchtende Erfahrung, die ich nicht missen möchte. Hier musste ich auch erfahren, dass ich als Arzt hier in einen „geschützten Bereich“ eingedrungen war, der den Psychologen und Psychotherapeuten vorbehalten wäre. Mit solchen Aussagen wurde ein Kollege und Psychotherapeut bei einem Kongress seiner Zunft konfrontiert: „Du kannst doch nicht einen Organmediziner als gleichberechtigten Co-Therapeuten in eine Gruppe setzen!“

Auch über solche Aussagen war ich verwundert. Zu dieser Zeit war ich ja bereits der Meinung, dass wir ja alle im Behandler-Kontext in die gleiche Richtung abzielen, unser Schaffen darauf hinstrebt, dass es unseren Patienten oder Klienten besser geht, dass wir gemeinsam und für unsere Patienten etwas bewegen. Dafür kann es ja nur sinnvoll sein, wenn wir uns mit dem, was wir gelernt und erfahren haben, gemeinsam zusammensetzen, und irgendwelche überkommenen Genre-Grenzen sprengen. Ich bin der festen Überzeugung, dass zum Erfolg eines medizinischen

Behandlungskonzeptes, einer Operation oder Chemotherapie eine entsprechende psychologische Führung des Patienten einen gewichtigen Beitrag leisten kann.

Einen Schritt weiter gedacht postuliere ich, dass diese „Führungsaufgabe“ Komponente jedes ärztlichen Tuns sein soll, dass dem in Ausbildung und vor allem im ärztlichen Selbstverständnis Rechnung zu tragen ist.

Ein alter Chirurgenpruch lautet: „Ich kenne genau drei Medikamente, und eines davon ist das Messer!“

Ein Kollege quittierte oft Überlegungen zu psychologischen Zusammenhängen rund um unsere Patienten mit den Worten: „I´m a surgeon. I´m supposed to cut!“

Die von Thure von Uexkuell (2003, S 4) beschriebene „Austreibung des Menschen aus der Medizin“ treibt nach wie vor ihr Unwesen in der medizinischen Welt des 21. Jahrhunderts, obwohl viele Mahner über die Jahrhunderte versucht haben, hier Entscheidendes entgegenzusetzen.

Mein persönliches Ziel gilt als Orthopäde und Psychotherapeut der Herausarbeitung eines ganzheitlichen Ansatzes in Verständnis und Behandlung von Menschen mit komplexen leiblichen Krankheitsbildern.

Ich werde im nächsten Teil dieser Arbeit darauf zu sprechen kommen, warum mir das Konzept einer Leib-Medizin näher steht als das einer Psychosomatischen Medizin.

2. Zur Kritik an der Psychosomatik

Der Begriff Psychosomatik setzt sich aus den griechischen Wörtern Psyche (= Hauch, Atem, Seele) und Soma (=Körper) zusammen und wurde erstmals 1818 von Heinroth, einem Arzt der Romantischen Medizin, der eine Psychogenese der meisten körperlichen Krankheiten vertrat, geprägt. (Bräutigam & Christian, 1986) Er wurde in den folgenden Jahrhunderten auf verschiedene Arten verwendet und interpretiert.

Vielfach öffnete der Begriff wenigstens eine Deskription dessen, dass es nicht möglich wäre, Krankheit und Gesundheit nur auf Basis allgemeiner Erkenntnisse der Newton´schen Mechanik zu erklären und zu verstehen.

„Wir haben uns geschworen, die Wahrheit geltend zu machen, dass im Organismus keine anderen Kräfte wirksam sind, als die gemeinen physikalischen und chemischen.“
postulierte Dubois-Reymond, 1842 ein führender Arzt seiner Zeit.

Die Abspaltung von Körper und Seele nimmt ihren Ursprung im Werk von René Descartes (1596 – 1650). Descartes trennt in den Körper als *res extensa*, und die Seele als *res cogitans*, die ins Gehirn verbannt wird. Die bis dahin gültige leibliche Einheit der Antike wird aufgesplittet, alle körperlichen Phänomene werden in Zukunft der Naturwissenschaft zugeordnet und mit deren Mitteln erforscht. (Fuchs 2000, Schiltenwolf, 2009)

Ein Problem stellt für mich nach wie vor der Begriff der Psychosomatik selbst dar, denn in der Dichotomie des Wortes selbst steckt die Trennung, die es eigentlich zu überwinden gilt. Seele und Körper werden als Worte aneinander gereiht, ohne dass hier eine klare Verbindung geschaffen wird. Man hat zumindest erkannt, dass beide Phänomene dem Menschen zueigen sind, aber wie kann man mit dem Begriff hantieren, ohne dass das Trennende über das Einigende gestellt wird?

Häufige psychosomatische Erkrankungen werden beschrieben, ihre Gemeinsamkeiten und Differenzialdiagnosen scharf abgegrenzt. Beispielsweise haben chronisch entzündliche Darmerkrankungen wie Colitis ulcerosa und Morbus Crohn einen fixen Stellenwert in der Nomenklatur psychosomatischer Erkrankungen, viele Autoren postulieren bei diesen Entitäten auch und unter anderem psychologische Therapieansätze. In der medizinischen Literatur der letzten Jahre ergibt sich ein Wechselspiel aus einer Betonung der psychischen Komponenten um die Pathogenese und Verlauf der Colitiden (Moser, 2000) mit genetisch-deterministischen Ansichten dazu. Sobald ein neues Gen entdeckt und für Ätiologie und Pathogenese verantwortlich gemacht wird, geraten psychische Mechanismen wieder in den Hintergrund (Unger, 2003; Tilg, Kaser, 2010). Bei Tilg und Kaser 2010 finden psychologische Komponenten bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen keinerlei Erwähnung mehr in ihrem „state of the art“ Artikel in der Österreichischen Ärzte Zeitung. Die Entdeckung eines neuen Gendefektes beim Morbus Crohn und damit verbundene Antikörper-Therapien führen die Autoren zu der Aussage, dieses Wissen habe dazu geführt, „von der psychischen Komponente als zumindest einer Teil-Ursache für die Entstehung eines Morbus Crohn abzugehen. Dies sei natürlich vor allem für die Patienten eine Belastung gewesen, die damit zu kämpfen hatten, in

irgendeiner Weise selbst für den Ausbruch der Krankheit verantwortlich zu sein.“ Mit derlei Aussagen habe ich als Arzt und Psychotherapeut Probleme, sind sie nämlich absolut rezent, nicht in verständlicher Begeisterung über Isaac Newtons bahnbrechende Ergebnisse in der Physik zu sehen. Vereinfacht erklärt gibt der kranke Mensch jede Verantwortung wieder einmal ab, legt sich vertrauensvoll und unmündig in die Arme des Organmediziners. Im letzten Satz des Zitates heißt es dann ja auch, wenn beispielsweise ein psychisch traumatisierter Mensch einen Morbus Crohn entwickelt, sei er damit selbst verantwortlich für seine Krankheit, wenn er aber ein schadhaftes Gen in sich trägt, ist das grundsätzlich schicksalhaft und mittels gentechnischer medizinischer Mittel auszubügeln.

Ungeachtet dessen machen auch Genetiker darauf aufmerksam, dass, bedingt durch epigenetische Phänomene, das heißt das Ein- oder Ausschalten von genetischen Informationen, ein Mensch auch als Träger einer „schadhaften“ Information phänotypisch gesund sein kann. Es scheint jedenfalls so zu sein, dass die Fülle an genetischen Informationen, die in jedem Menschen gespeichert ist, nicht alleine für Krankheit und Gesundheit verantwortlich zu machen ist. Das Genmaterial, das jeder Mensch mitbekommen hat, stellt eine Art Grundkapital dar, das man auf verschieden Art nutzen kann. Eindimensionale Schlüsse daraus zu ziehen, scheint der Komplexität von Mensch Sein oft nicht gerecht zu werden. Seit Jahrhunderten existiert in wissenschaftlich interessierten Kreisen die Anlage-Umwelt-Diskussion, lange bevor Gene entdeckt wurden oder irgendwelche molekularbiologischen Zusammenhänge beschrieben wurden. Einen aktuellen Beitrag dazu liefert auch der Genetiker Markus Hengstschläger in seinem 2012 erschienen Buch „Die Durchschnittsfalle“. Quintessenz ist, dass die „wertvollsten“ genetischen Anlagen ohne eine entsprechende Förderung wenig Wert sind. Erfolgreiche, kreative Menschen macht sehr häufig eine Reihe an Begabungen, Talenten, die möglicherweise genetisch verankert sind, in Verbindung mit entsprechender Förderung durch umweltbedingte Faktoren zu dem, was sie sind.

Die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen stellen ein gutes Beispiel dar, wie notwendig es ist, den Menschen ganzheitlich zu betrachten, als leibliche Einheit aus Körper, Geist und Seele. Reduktionismus ist hier mit Sicherheit kontaproduktiv. Selbst wenn man davon ausginge, dass die Ätiologie der Erkrankung eine vorwiegend organische wäre, sollte unbestritten sein, dass im Verlauf der Krankheit psychologische Faktoren wie Coping-Strategien großen Einfluss haben. Symptom-Aufrechterhaltung ist im Sinne von Phänomenen des Krankheitsgewinnes zu

beleuchten. Fragen wie „Was macht die Krankheit mit mir?“ oder „Was mache ich mit der Krankheit?“ oder „Welchen Nutzen ziehe ich aus meinen Symptomen?“ sollten legitim sein, drängen sich auf, gehören nicht in den Bereich der Esoterik oder der Psychotests in Illustrierten. Lebensqualität als Indikator für einen Therapieerfolg (Moser, 2000) sollte zumindest ebenso wichtig sein, wie Laborparameter und Endoskopie-Befund.

Eine groß angelegte australische Studie zu Faktoren, die die Entstehung und Prognose von Brustkrebs-Erkrankungen beeinflussen, zeigte eindrücklich, dass psychosoziale Faktoren, im speziellen der Grad der sozialen Eingebundenheit der Patientinnen, mehr über Gedeih oder Verderb aussagten, als jeglicher Determinismus darstellen könnte. (Melanie Price et al., 2001) In dieser großen Studie konnte eine Gruppe Frauen identifiziert werden, die ein signifikant höheres Risiko hatte, an Brustkrebs zu erkranken: Das Vorliegen eines hoch bedrohlichen Stressors in den zwei Jahren vor Krankheitsausbruch ohne innigen emotionalen Support. In dieser Gruppe waren auch Frauen nach Scheidung und Witwen zu finden. Die Autoren der Studie propagierten in ihrer Conclusio eine multifaktorielle Sichtweise auf das Phänomen Brustkrebs unter besonderer Betonung der Vulnerabilität der Patientinnen, wenn ihnen der intime emotionale Support fehlt.

Wie kann man also dieser „multifaktoriellen Sichtweise“ in Begriffen und therapeutischem Handeln Rechnung tragen?

Es zeigt sich, dass der Begriff Psychosomatik wie auch der Begriff bio-psycho-soziales Menschenbild nicht imstande ist, Gesundheit und Krankheit des Menschen hinreichend zu erklären. Das sukzessive Aneinanderreihen von Begriffen erleichtert das Verständnis davon, was alles darin steckt, nicht.

Eine weitere Eingrenzung erfährt die Psychosomatik meines Erachtens auch durch ihre Integration in die Naturwissenschaft mit ihren Forderungen nach Reproduzierbarkeit und Quantifizierbarkeit von Daten und Aussagen. Das Eingehen auf diese Forderungen erleichtert natürlich die Integration des Konstruktes im mechanistisch-naturwissenschaftlichen Kontext, beispielsweise dem Gesundheitswesen. Die Vergabe von budgetären Mitteln für Therapien jeglicher Art ist meist an einen Wirksamkeitsnachweis gebunden, diese Nachweise sind im wesentlichen mit naturwissenschaftlichen Mitteln, mit Hilfe quantitativer Studien zu erbringen. Qualitative Forschung fristet im naturwissenschaftlichen Kontext ein

Schattendasein, kleine Case-Studies werden wohl publiziert, im großen und ganzen wird ihnen jedoch die Relevanz in der Community abgesprochen.

Natürlich ist es eine grundsätzlich zu begrüßende Situation, dass psychische Einflüsse auf körperliche Prozesse im Sinne groß angelegter naturwissenschaftlicher Studien nachgewiesen werden können. Damit kann beispielsweise der (auch volkswirtschaftliche) Nutzen von Psychotherapie nachgewiesen werden, Grundlagen für Kassenfinanzierung von Psychotherapien, Grundlage für die Schaffung von Psychotherapeuten-Stellen im Gesundheitswesen.

Was dabei wiederum auf der Strecke bleiben könnte, ist der Mensch. Oder: Kann man über mich als Individuum die Ergebnisse einer evidence based medicine stülpen? Ist die Messung von Stresshormon-Ausschüttungen im Harn an Probanden für mein Leben relevant? Oder sind die innerpsychischen Konflikte, die zum Auftreten meiner körperlichen Symptome führen repräsentativ für vergleichbare Phänomene einer definierten Population?

Es zeigt sich, dass man erst wiederum eine Vereinfachung im Sinne einer Reduktionistischen Medizin durchführen muss, um komplexe Krankheitsbilder von zwei oder mehr Menschen gemeinsam in einem quantitativ-naturwissenschaftlichen Sinne studieren zu können. Dabei gehen viele Konnotationen verloren, oder bildlich werden Stradivaris auf chinesische Industrie-Violinen reduziert. Wollen wir das?

In einer zeitgemäßen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit von Körper, Geist und Seele finden humanistische Betrachtungsweisen zu wenig Beachtung. Mit Hilfe der Dogmata der Naturwissenschaft reduziert die Medizin den Menschen auf die Summe seiner Organe und vereinfacht alle therapeutischen Konzepte auf nicht legitime Weise.

3. Die Perspektive

Die Beobachtung, dass Mensch Sein, Gesundheit und Krankheit nicht ausschließlich mit den Mitteln der Naturwissenschaft zu erklären sind, ist auch nach gründlicher

Integration der Newtonschen Erkenntnisse in den Alltag des Menschen nicht neu. Nietzsche schrieb 1886 in „Jenseits von Gut und Böse“: „Es dämmert jetzt vielleicht in fünf, sechs Köpfen, dass Physik auch nur eine Welt-Auslegung und -Zurechtlegung (nach uns! Mit Verlaub gesagt) und nicht eine Welt-Erklärung ist.“ (1993, S 28) und weiter:

Jene Gesetzmäßigkeit der Natur, von der ihr Physiker so stolz redet, (...), ist kein Tatbestand, kein Text, vielmehr nur eine naiv-humanitäre Zurechtmachung und Sinnverdrehung, mit der ihr den demokratischen Instinkten der modernen Seele satzsam entgegenkommt! Überall Gleichheit vor dem Gesetz, - die Natur hat es darin nicht anders und nicht besser als wir! (1993, S 37)

Oft verwundert es, dass nicht mehr Zeitgenossen darüber erbost sind, in einem so grotesken Ausmaß über den einen Kamm der Naturwissenschaft geschoren zu werden.

Mein hoch geschätzter Lehrer Sylvester Walch schreibt in seinem Buch „Subjekt, Realität und Realitätsbewältigung“ von 1981:

Erst ein fruchtbares, d.h. auch Streitbares Miteinander von Geisteswissenschaft und Naturwissenschaft gewährleistet einen progressiven Erkenntnisfortschritt und weitet den Bereich des Wissens und Verstehens der menschlichen Natur aus. Die Methode darf nicht zum bestimmenden Element der Forschung werden, in dem Sinn, dass es erst dann erlaubt ist, eine Frage zu stellen, wenn diese mit der jeweiligen favorisierten Methode untersucht werden kann. (1981, S 8)

„Alle Wirklichkeit ist subjektive Erscheinung – dies muss die große grundlegende Erkenntnis auch der Biologie bilden!“ schrieb Jakob von Uexkuell 1920 in seiner „Theoretischen Biologie“, in der er beschreibt, wie jeder Organismus mit seiner Umwelt konstituiert. (zit. nach Fuchs, 2000, S47)

Eine knorrige Eiche ist für den Forstmann nichts als ein Klaffer Holz, einem kleinen Mädchen aber, dessen Welt noch von Gnomen und Kobolden bevölkert ist, kann sie einen furchterregenden Anblick bieten. Für den Fuchs mit seinem Bau in ihren Wurzeln besitzt sie weder den Nutzen aus der Umwelt des Försters noch den Gefahrton aus der Umwelt des kleinen Mädchens, sondern lediglich einen Schutzton. Für die Ameise verschwindet die ganze übrige Eiche hinter ihrer rissigen Rinde, deren Täler und Höhen zum Beutefeld werden, und

unter der Rinde schliesslich sucht der Borkenkäfer seine Nahrung. In diesen verschiedenen Umwelten ihrer Bewohner spielt die Eiche als Objekt eine höchst wechselvolle Rolle; jede schneidet aus ihr einen bestimmten Teil heraus. (zit. nach Fuchs, 2000, S 47)

Vielleicht ist es in diesen Sätzen etwas anmaßend, sich in die Subjektivität der Ameise und des Fuchses einzufühlen, tatsächlich wird die Welt von jedem ihrer Bewohner auf seine Weise wahrgenommen. Was für den einen die höchste Relevanz hat, ist für den nächsten nicht einmal wahrnehmbar. Im speziellen konstruiert sich jeder Mensch seine Umwelt zu einem Teil selbst, Teilaspekte werden ausgeklammert, andere Teile erfahren eine hohe Bedeutung. Mitschwingende Konnotationen sind für jeden Menschen unterschiedlich. Worte und Begriffe sind mit Emotionen hinterlegt. Hört ein Mensch in einem Liedertext „London“, so ist es für ihn vielleicht nur der Name einer Stadt, vielleicht aber auch ein Gefühl im Bauch, ein warmes eines romantischen Wochenendes, oder Beklemmung wegen einer bösen Erinnerung. Kein Lied wäre imstande, auch nur einen Menschen zu bewegen, würden nicht zahllose Konnotationen, oder um es nach Hermann Schmitz zu formulieren, Atmosphären, in Worten und Tönen mitschwingen.

Die ureigene Perspektive auf ein Problem ist entscheidend: Sie kann das Problem konstituieren, oder zu seiner Lösung beitragen. Aufgabe des Behandlers (sei dies nun der Arzt, Psychotherapeut, Pädagoge oder sonst jemand) ist es zu versuchen, Leben und Leiden des Gegenüber, des Patienten, aus dessen Perspektive kennen zu lernen, eben aus dieser heraus Empathie zu entwickeln. Dann kann es auch hilfreich sein, für und mit dem Patienten die Perspektive zu verändern.

Hengstschläger beschreibt es so: „Ich will auch nicht wissen, wie die gängige Therapie im Falle meiner Erkrankung aussieht, sondern wie die individuell auf mich zugeschnittene und daher für mich optimale Therapie meines Arztes aussieht. Jeder Patient ist anders, ist individuell!“ (2012, S133) Ich möchte nochmals unterstreichen, dass diese Aussage von einem zeitgenössischen Genetiker, Ordinarius einer renommierten Humangenetischen Abteilung stammt, einem wohl naturwissenschaftlich geprägten Menschen, der sich als Mensch und Patient nicht gern über eine Kamm mit dem Rest der Weltbevölkerung scheren lässt. Es ist das Anrecht als Mensch und als Patient im Gesundheitswesen, ernst genommen zu werden und als Individuum

wahrgenommen zu werden, ebenso eine individualisierte Therapie für das eigene Leiden zu erhalten.

Der Arzt und Philosoph Viktor von Weizsäcker schlägt in eine ähnliche Kerbe:

Wenn das so einige Zeit weiter geht, dann kann es eines Tages dahin kommen, dass ein ganzer „Stand“, ein Stand der Ärzte und Wissenschaftler, „Gegenstand“ einer schweren Aggression wird, und ich würde mich nicht wundern, wenn so, wie etwa die Französische Revolution die Aristokraten und die Priester umgebracht hat, nun eines Tages die Ärzte und die Professoren umgebracht würden, und zwar nicht obwohl, sondern weil sie sich auf die unpersönliche Wissenschaft versteiften. (v. Weizsäcker, 1987, Bd. 10, S 382)

Als Arzt und als Psychotherapeut muss es integraler Bestandteil einer Behandlungsethik sein, den Menschen als einzigartiges Individuum wahrzunehmen und entsprechend individuell zu behandeln. Dies muss auch im Kontext einer evidence based medicine möglich sein!

Fallbericht 1:

Vor einigen Jahren wurde Manuela in meine Orthopädische Ambulanz zugewiesen. Sie hatte einige Wochen zuvor ein künstliches Kniegelenk implantiert bekommen, befand sich nun auf einem Rehabilitationsaufenthalt in einem nahe gelegenen Reha-Zentrum. Der dortige Konsiliar-Orthopäde überwies mir die Patientin zur Revisions-Operation, da sie das neue Knie nicht bewegen konnte, sie so auch nicht rehabilitierbar war. Manuela stellte sich als freundliche, sehr ängstliche Frau Anfang fünfzig vor, die in verständlicher Sorge war, wie es denn nun weiter gehen sollte. Ich erhob vorerst wie gewohnt meinen physikalischen Befund, sie bewegte das Knie wirklich kaum, war insgesamt sehr steif und angespannt, ängstlich. Das Knie war aber weder geschwollen, noch gerötet oder überwärmt, eine Röntgen-Aufnahme zeigte einen regelrechten Implantat-Sitz. Ich vereinbarte mit Manuela eine stationäre Aufnahme in den nächsten Tagen, um ihr Knie in Narkose einmal durchzubewegen (um meinem physikalisch-medizinischen Auftrag nachzukommen), und um täglich mehrmals mit ihr psychotherapeutische Gespräche führen zu können. So erklärte ich ihr den Plan auch, und dass ich für beide Aspekte wohl ausgebildet bin.

Wenig überraschend ließ sich Manuelas neues Knie in Narkose problemlos und ohne Kraftaufwand durchbewegen. In den darauf folgenden Tagen konnten wir eine sehr angenehme Gesprächsatmosphäre aufbauen, auch in dem oft etwas unterkühlten Spitals-Setting. Sie erzählte von einem erfüllten Privatleben mit einer guten Partnerschaft und zwei erwachsenen Kindern, hier soweit kein Ansatzpunkt für eine therapeutische Intervention. Emotional wurde Manuela allerdings, wenn sie auf ihr Berufsleben zu sprechen kam: Hier hatte der Vorgesetzte kurz vor dem Operationstermin ihre Arbeitsstunden, von bisher vier, auf fünf Wochentage aufgeteilt, was für sie bedeutete, *ihren* freien Freitag jede Woche zu verlieren. Ihre Erzählung war mit heftigen Emotionsausbrüchen, Tränen verbunden. Dieses Gespräch war allerdings der Durchbruch auf somatischer Ebene: Ab diesem Moment konnte Manuela ihr operiertes Knie sukzessive so bewegen, wie man es sich vor der Operation erhofft hatte! Die Probleme am Arbeitsplatz konnte sie Wochen später ebendort bearbeiten.

Ich bestellte Manuela zu üblichen Routine-Kontrollen nach Knieoperation in meine orthopädische Ambulanz, sie kam dankbar, und ich konnte mich noch Jahre später von der Nachhaltigkeit dessen, was passiert war, überzeugen: Die gute Beweglichkeit des neuen Gelenkes blieb erhalten!

Die Publikation dieser Fall-Vignette in einer orthopädischen Fachzeitung (Sununu, 2009b) führte zumindest zu einigen Diskussionen mit Kollegen, sowie auch *über* mich und meine Arbeit, leider zumeist lächelnd ironisch „...dann werd´ ich dir jetzt auch all meine Patienten, die nicht bewegen, schicken!“

Dass Orthopädie und Psychotherapie, im speziellen Integrative Gestalttherapie, gut zusammen gehen können, beweist das Lebenswerk von Hildegund Heintl sehr eindrucksvoll, 2004 als „Körperschmerz – Seelenschmerz“ in Buchform veröffentlicht. Heintl beschreibt die „besondere Herausforderung der Psychosomatischen Anamnese- und Befunderhebung darin, sowohl körperliche als auch seelische Phänomene gleichzeitig wahrzunehmen“, etwas, das sie als „stereoskopische Wahrnehmung“ bezeichnet. (2005, S110) Stereoskopisch meint einen Blickwinkel von zwei Seiten. Vielleicht wäre hier sogar der Begriff „stereotaktisch“ vorzuziehen, wie sich die Strahlenquelle beim Gamma-Knife um den Tumor dreht, so soll sich der oder die Behandelnde um den Patienten/Klienten und dessen Probleme „drehen“, um eine ganzheitliche Betrachtung, Diagnose und Therapie zu ermöglichen. Eben nicht nur, wie von Nietzsche kritisiert, ein eindimensionaler Blick aus dem physikalischen

Blickwinkel, sondern ein erweiterter unter Einbeziehung geisteswissenschaftlicher Konzepte unter Berücksichtigung sozialer, spiritueller, individueller Dimensionen, sprich den Menschen in seiner leiblichen Gesamtheit wahrzunehmen.

Wie sehr die Ebenen miteinander vernetzt sind, beschreibt Heintl so: „Ich habe immer wieder Fälle erlebt, bei denen allein ein treffsicheres, diagnostisches Erfassen des psychosomatischen Problems zu einer signifikanten, manchmal fast vollständigen Auflösung der körperlichen Beschwerden führte.“ So konnte ich meinen Behandlungserfolg im zuvor geschilderten Fallbericht besser einordnen und verstehen.

Hermann Schmitz, der Begründer der Neuen Phänomenologie, von manchen auch als „Hausphilosoph“ der Integrativen Therapie bezeichnet, wendet sich in seinem Werk gegen einen „Physiologismus“, wie er es nennt, der das breite Spektrum der Wahrnehmung reduziert auf Phänomene, die durch Auge, Ohr, Nase, Haut und periphere Nerven ans Gehirn übermittelt werden. Eindrücke, die nicht unmittelbar von den oben genannten Sinnesorganen dem Gehirn übermittelt werden, finden so keine Beachtung, obwohl sie unser Erleben tönen, beispielsweise unseren Erinnerungen erst Farbe verleihen. (Schmitz in Petzold, 1986, S72f.)

4. Gesundheit und Krankheit

Dieser Abschnitt dient der Reflexion darüber, wie Gesundheit und Krankheit aufeinander bezogen werden können, welchen Stellenwert diese Gegensätze in unserem Leben einnehmen.

Die WHO definiert Gesundheit als „einen Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, nicht nur definiert durch die Abwesenheit von Krankheit und Behinderung“ (zit. nach Petzold 2003, S 447). Diese Definition ist vergleichsweise einfach. Ist es allzu pessimistisch zu behaupten, dass man diesen Zustand nur sehr punktuell erreichen kann? Vollkommenes Wohlbefinden ist der erstrebenswerteste aller Zustände, danach zu trachten ist ein Ziel, das man immer wieder vor Augen hat. Der Weg zu ganzheitlichem Wohlbefinden verläuft selten linear. Man könnte mit den Kierkegaardschen Begriffspaaren aus der „Krankheit zum Tode“ von 1849 (2007, S 58 - 66) sagen, zwischen Möglichkeit und Notwendigkeit. Ein Leben

voller Möglichkeiten führt nicht zum Glück, zur Gesundheit, wenn nicht auch ein wenig Notwendigkeit, ein wenig Pflicht hinzu kommt. Auch ein Leben voller Notwendigkeit führt nicht zum Zustand der vollkommenen Zufriedenheit, die Möglichkeit, die Gestaltungsfreiheit fehlt dazu.

Fritz Perls hat sich bereits in den 40er Jahren des vorigen Jahrhunderts in „Ego, Hunger and Aggression“ mit Überlegungen zu körperlicher und seelischer Gesundheit beschäftigt. Auch er beschreibt schon die Schwierigkeiten damit, Körperliches und Seelisches getrennt zu beschreiben, die Sorge, mit diesem Parallelismus dem Menschen nicht gerecht zu werden. Materialistische Dogmata, das Bestreben, die Gesamtheit des Menschseins auf naturwissenschaftlicher Basis zu erklären, regen Perls' Widerstand. Sein Erklärungsmodell zu Gesundheit und Krankheit beruht auf dem Konzept der Organismischen Selbstregulation, von Bedürfnissen und Trieben und deren Befriedigung. Diese Bedürfnisbefriedigung muss auf körperlicher, seelischer und geistiger Ebene erfolgen, um zu genügen. (Perls 2007)

Petzold und andere kritisieren, dass das gesunde Funktionieren des Organismus als Maß der Dinge nicht ausreicht, dass Menschen trotz gesunden Funktionierens ihre Integrität verloren haben.

Es ist faszinierend, wie unterschiedlich Menschen mit einer zweifelsohne gravierenden Beeinträchtigung wie einer verlorenen Extremität umgehen. Ich muss als Orthopäde selbst auch von Zeit zu Zeit Amputationen vornehmen, die zu den Operationen zählen, die mir wie den meisten meiner Kollegen äußerst unlieb sind. Eine massive Verstümmelung findet statt. Kollegen bezeichnen große Amputationen auch als „Bankrotterklärung der Chirurgie“.

Doch ist es sehr unterschiedlich, wie die Betroffenen damit umgehen. Eine Ära ist vorbei, ein tief greifender Eingriff ins Körperschema hat stattgefunden, nichts ist mehr, wie es war. Für den einen ist dies ein Neustart in ein neues Lebensfeld, prominente Beinamputierte wie der ehemalige Schirennläufer Matthias Lanzinger demonstrieren dies: Er setzt sich neue Ziele, sei es als Moderator oder Behindertensportler, ist medial präsenter als vor der Amputation, zugegeben unterstützt von Strukturen wie öffentlich rechtlichem Fernsehen und Österreichischem Skiverband, auf die nicht jeder Normalbürger zurück greifen kann.

Ich erinnere mich auch an eine Patientin, eine junge Frau Anfang 20, deren Bein wegen eines bösartigen Tumors amputiert werden musste, physisch wie psychisch am

Ende, nicht zur gesellschaftlichen Re-Integration fähig, arbeitslos, voll von Komplexen, ein Besuch des Schwimmbades unmöglich, die Scham über den verstümmelten Körper viel zu groß.

Ein Extrembeispiel beschreibt die Psycho-Analytikerin Susie Orbach in ihrem Buch „Bodies“ (2009, S15 - 19): Andrew hat die fixe Idee, ohne Beine leben zu wollen. Über Jahre versucht er alles, einerseits dieses, sein Ziel, zu realisieren, ohne Beine zu sein, andererseits auch mehrere Psychotherapien durchzuführen, um ihn von diesem fixen Gedanken zu befreien. Die Therapeuten scheitern, diese fixe Idee aus Andrew´s Hirn zu bringen. Andererseits findet sich auch kein Chirurg bereit, seine beiden gesunden Beine zu amputieren. Schließlich steckt er seine beiden Beine in einen mit Trockeneis gefüllten Schlauch, bis deren Durchblutung irreversibel versiegt, und beide Beine notfallmäßig amputiert werden müssen.

Wer in diesen drei beschriebenen Fällen ist gesund, wer krank?

4.1 Der Begriff Gesundheit bei Petzold

Petzold führt an, dass Menschen sich auch trotz schwerer körperlicher Krankheit gesund, heil fühlen können. Gesundheit kann also nicht als „Abwesenheit von Krankheit“ definiert werden. Petzold definiert Gesundheit als

eine subjektiv erlebte und bewertete sowie external wahrnehmbare, genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leib-Subjektes und seiner Lebenswelt. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass der Mensch sich selbst, ganzheitlich und differenziell, in leiblich-konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahrnimmt und im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren entsprechend seiner Vitalität/Vulnerabilität, Bewältigungspotenziale, Kompetenzen und Ressourcenlage imstande ist, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sie zu regulieren und zu erhalten, schließlich, dass er auf dieser Grundlage seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potenziale kokreativ und konstruktiv zu entfalten und gestalten kann und so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden entwickelt persönliche Souveränität und Lebenskunst. (Petzold 2003, 448)

Diese Definition ist zugegeben äußerst komplex. Wesentlich scheint mir hier jedoch zu sein, auf die Notwendigkeit dieser Komplexität hinzuweisen, um dem Phänomen Gesundheit deskriptiv einigermaßen näher zu kommen.

Wesentliche Aspekte sind die Ganzheit, der Leib-Begriff, auf den ich im nächsten Abschnitt noch zu sprechen kommen werde, als ein unglaublich wertvoller, vieles einschließender Terminus, der so viel mehr beinhaltet als „Psychosomatik“.

Die Wichtigkeit, die Kreativität zu entfalten, die in jedem Menschen steckt, das eigene Gestaltungspotenzial zu erkennen und zu nutzen, wurde von Winnicott besonders klar dargelegt. Eine Kreativität, die sich nicht darauf reduziert, schöne Bilder zu malen oder Musik zu reproduzieren, sondern die die individuellen Ansprüche nach Gestaltung der Umwelt, des Lebens an sich, befriedigt. Diese Kreativität, die die eigenen Ressourcen und Möglichkeiten beinhaltet, ist als Motor des Lebens, als mit entscheidender Faktor für Gesundheit anzusehen.

Nach Winnicott kann man Kreativität als „Tönung der gesamten Haltung gegenüber der äußeren Realität „ ansehen. „Mehr als alles andere ist es die kreative Wahrnehmung, die dem einzelnen das Gefühl gibt, dass das Leben lebenswert ist.“ (Winnicott, 2006, S 78)

Sylvester Walch beschreibt es so: „Gerade das ethische und ästhetische Verlangen, Phantasiefluss und kreativer Ausdruck verbunden mit der Fähigkeit zu Bedeutungsfindung und Antizipation sind wesentliche Ausformungen des menschlichen Daseins und damit eine den Menschen konstituierende Realität.“ (1981, S 41)

Diese Aussagen sind heute aktueller denn je. Der Druck zur Anpassung in einem kapitalistischen Wertesystem stürzt viele Menschen in existentielle Lebenskrisen. Entweder der Mensch funktioniert nach streng definierten Normen, oder er fällt aus einem Wertesystem heraus. Besonders angloamerikanische Regelwerke in Strukturen treiben Menschen mitunter in die Verzweiflung: Viele Konzerne funktionieren nach dem Prinzip, dass die Mitarbeiter ständig in einer internen Hierarchie aufsteigen müssen, um überhaupt weiter darin bestehen zu dürfen. Der Mitarbeiter muss in einer definierten Zeit den nächsten Karriereschritt machen, wird vielfach während dieser Zeit geprüft und auditiert, ist also einem ständigen Druck ausgesetzt. Hält er diesem Druck stand, kann er aufsteigen, wird mit neuen Aufgaben betraut und mit besseren finanziellen Mitteln ausgestattet, weitere nachgeordnete Mitarbeiter werden ihm

zugeteilt, die nächste Zielvorgabe wird erstellt. Vielfach entsteht der Eindruck, man kann die Metapher gebrauchen, in der man einem Ackergaul eine Karotte vorspannt, die er nie erreicht, um ihn zu mehr Leistung zu motivieren. Für manche Menschen funktioniert diese Form der Motivation, für viele nicht. Der Paradigmenwechsel in staatsnahen Betrieben wie der Post oder der Bahn führt für viele Menschen geradewegs in die Verzweiflung. Bis vor wenigen Jahren genügte es bei der Post, ein Berufsleben lang Briefträger zu sein, nun ist der Mitarbeiter gefordert aufzusteigen, die interne Karriereleiter empor zu steigen, ungeachtet dessen, ob dies für den einzelnen stimmig ist. Die soziale Stellung des Briefträgers, der kommunikative, leutselige Aspekt, der früher mit diesem Beruf einher ging, ist plötzlich irrelevant. Rayone wurden vergrößert, für Kommunikation mit den Kunden bleibt keine Zeit mehr. In meiner Erinnerung erfüllte ein Briefträger in früheren Zeiten bisweilen eine seelsorgerische, manchmal fast psychotherapeutische Funktion: Gespräche mit den Kunden waren für diese wichtig, der Besuch des Briefträgers war ein täglicher Fixpunkt, auf den sich gerade einsame ältere Menschen freuten, die ohnehin wenig Ansprache hatten und haben. Die ständig unter Druck stehenden Zusteller von privaten Diensten wie DPD, DHL, GLS und wie sie alle heißen, können diese Funktion nicht mehr erfüllen, abgesehen davon, dass sie selbst den ganzen Tag lang von ihrer to-do-Liste getrieben werden, eine Tätigkeit, in der Kreativität in Winicott'schem Sinne keinerlei Platz hat.

Die Mitarbeiter der Post, die diesem Druck nicht gewachsen sind, werden in „Karrierezentren“ gehortet, wenn sie unkündbar sind, warten dort auf zukünftige Aufgaben, werden am Verlust jeglicher Notwendigkeit schließlich psychisch krank. Verlust an Notwendigkeit führt zu Verzweiflung, wie schon Kierkegaard 1849 (2007) völlig richtig erkannte.

Kreativität sei auch nicht den Künstlern vorbehalten. Im Sinne des lateinischen Verbums „creare“ ist der Mensch zu fordern, eigenständig zu denken und neue Wege zu erdenken und auszuprobieren. Wir kennen die Fragestellungen der Zukunft noch nicht, Querdenker und Spinner wird es mehr brauchen, als vielen Konservativen lieb ist.

4.2 Gesundheit und Krankheit bei Kierkegaard

Kierkegaard macht sich in der 1849 erschienenen Abhandlung „Die Krankheit zum Tode“ ausführlich Gedanken über die Relativität der Begriffe Krankheit und Gesundheit. Wer ist krank, wer ist gesund? Der Arzt hat es mit Patienten zu tun, der Patient, der Erduldende, kommt zumeist mit etwas zumindest subjektiv Pathologischem zu ihm. Im klassischen Fall (Ausnahmen sind amtliche und gutachterliche Fragestellungen) ist er krank und erwartet vom Arzt Maßnahmen zur Heilung.

Wie sieht das nun in der Psychotherapie aus? Ein Klient kommt mit Sorgen und Problemen, mit Verzweiflung oder einfach auf der Sinnsuche. Wo endet hier der Begriff Gesundheit, wo fängt Krankheit an?

Kierkegaard subsummiert viele Entitäten an psychischen Erkrankungen unter dem Terminus „Verzweiflung“.

Aber die vulgäre Betrachtung versteht sich sehr schlecht auf Verzweiflung. Es geht der vulgären Betrachtung in einem viel tieferen Sinne im Verhältnis zum Verständnis der Verzweiflung so, wie es bisweilen bei der Bestimmung zugeht, ob ein Mensch gesund sei oder nicht – in einem viel tieferen Sinne; denn die vulgäre Betrachtung versteht sich noch viel weniger auf das, was Geist ist als auf Krankheit und Gesundheit.“ (2007, S43)

Also Bezug nehmend auf psychische Erkrankungen wird es noch einmal viel schwieriger, eine Trennlinie zwischen gesund und krank zu ziehen. Letztlich ist beides wohl eine sehr subjektive Zuschreibung, die der betroffene Mensch eigentlich nur für sich selbst treffen kann. Schwer kranke Menschen am Ende ihres Lebensweges können sich außerordentlich vital und gesund fühlen. Viele Fallbeispiele, unter anderem bei Elisabeth Kübler-Ross belegen dies eindrucksvoll. (2002)

Oder, um wieder auf den Bereich der Orthopädie zurück zu kommen: Wenn man davon ausgeht, dass man bei so gut wie jedem Menschen über 30 Jahren degenerative Veränderungen am Skelett radiologisch diagnostizieren kann (und das ist definitiv eine Tatsache), wann beginnt dann ein Röntgenbefund Krankheitswert zu haben, wann ist der Patient krank? Oder ab wann fangen natürliche Alters- und Verschleißerscheinungen des Körpers an, als Krankheit deklarierbar zu sein?

Jedenfalls ist davor zu warnen, Röntgenbefunde eins zu eins als Diagnosen des Patienten zu übernehmen. Es ist die eigene Hilflosigkeit des Arztes, die dem Patienten aufgebürdet wird, der dann häufig mit Termini wie Spondylose und Osteochondrose allein gelassen wird. Termini, die phonetisch nicht weniger bedrohlich wirken wie Carcinom oder Fraktur, und dennoch nichts als recht wertfreie deskriptive Ausdrücke sind. Der Arzt ist gefordert, wenn Menschen solche Befunde und Diagnosen vorlegen, das Geschriebene zu relativieren, den Aspekt der Gesundheit gegenüber der Krankheit zu favorisieren. Hier übernimmt ärztliche Tätigkeit auch psychotherapeutische Aspekte. Wie noch im folgenden zu berichten ist, nehmen solche Themen auch großen Raum in Psycho-Orthopädischen Rückenschmerz-Gruppen ein.

Im allgemeinen nimmt man an, dass ein Mensch, wenn er nicht selbst sagt, dass er krank sei, gesund ist, und gewiss dann, wenn er selbst sagt, dass er gesund sei. Der Arzt wiederum betrachtet die Krankheit anders. Und warum? Weil der Arzt eine bestimmte und entwickelte Vorstellung davon hat, was es heißt, gesund zu sein, und nach ihr prüft er das Befinden eines Menschen. Der Arzt weiß, dass es ebenso eine Krankheit gibt, die nur Einbildung ist, wie auch eine Gesundheit; er wendet deshalb im letzteren Falle zuerst ein Mittel an, um die Krankheit offenbar zu machen.

(Kierkegaard 2007, S43)

1849, als diese Arbeit publiziert wurde, konnte niemand auch nur davon träumen, welche diagnostischen Werkzeuge dem Arzt des 21. Jahrhunderts zur Verfügung stehen, zu differenzieren zwischen gesund und krank, und noch viel mehr, Krankheit zu postulieren, zu differenzieren und zu klassifizieren. Daraus zu prognostizieren, wie es weiter geht, statistisch wieder zu geben, wie lange ein Mensch noch zu leben hat, oder, ob er ein Leben lang Schmerz haben wird, was man aus den Daten zum chronischen Rückenschmerz heraus interpretieren kann, wenn man will. Es imponiert immer wieder zu sehen, wie Menschen diesem System ein Schnippchen schlagen, wenn sie lange bei guter Lebensqualität mit schweren Krankheiten leben und überleben, wenn sie ihre statistische Lebenserwartung mit einem bestimmten Leiden bei weitem überschreiten. Gute Lebensqualität, subjektiv empfundene Gesundheit trotz „objektivem“ Leiden.

5. Subjektivität und Objektivität

Es ist an dieser Stelle die Praxis massiv kritisieren, dass Ärzte ihre Befunde und Diagnosen als „objektiv“ bezeichnen. Dem widersprechen viele Beobachtungen, sowohl meine eigenen, wie auch von Patienten und Klienten rückgemeldete. Drei Ärzte, drei Diagnosen – ein häufiges Phänomen. Wem soll ich glauben? Wem soll ich vertrauen, wo doch jede Diagnose ihr therapeutisches Konzept nach sich zieht. Und was ist hier objektiv?

Vor Jahren trat ich meinen Dienst als Orthopäde an einem neuen Krankenhaus an, wo ambulante Arztbriefe folgendermaßen strukturiert waren: Subjektiv – Objektiv – Röntgen – Diagnose – Procedere. Das soll heißen, subjektiv ist das, was mir der Patient erzählt, landläufig auch als Anamnese bekannt. Objektiv ist der klinische Befund des Arztes (sic!). An den übrigen drei Überschriften habe ich mich nicht gestoßen. Ich denke jedenfalls, es ist maßlos übertrieben, einen klinischen Befund als objektiv zu titulieren, den keine zwei Ärzte gleich erheben und formulieren würden. Für jedes Gelenk gibt es sicherlich an die hundert verschiedene klinische Untersuchungstests, die alle mit wunderbaren Eigennamen versehen sind. Jeder Orthopäde nutzt hiervon schon nur ein beschränktes Repertoire, dem er vertraut, und mit dem er sich versucht mitzuteilen, dem Patienten gegenüber, wie auch den ärztlichen Kollegen, die den Befund zu lesen bekommen.

Und weiter bei Kierkegaard:

Überhaupt hat der Arzt, gerade weil er Arzt ist (der Sachverständige), nicht unbedingt Zutrauen zur eigenen Aussage des Menschen über sein Befinden. Gesetzt den Fall, dass alles, was ein Mensch über sein Befinden sagt, ob er gesund oder krank ist, wie er leidet und so weiter, unbedingt zuverlässig wäre, so wäre Arztsein eine Einbildung. Denn ein Arzt hat nicht nur die Heilmittel zu verschreiben, sondern zuerst und zuletzt die Krankheit zu erkennen, und also wiederum zuerst und zuletzt zu erkennen, ob der vermeintlich Kranke wirklich krank oder ob der vermeintlich Gesunde vielleicht wirklich krank ist. (2007, S44)

Den ganzheitlich denkenden Arzt, oder besser den guten Arzt, muss auszeichnen, dass er den Aussagen des Patienten Vertrauen und Glauben schenkt. Gerade die Arbeit mit Schmerzpatienten zeigt, wie relativ die sogenannten objektiven Befunde

sind, wie wenig Relevanz diese in vielen Fällen für das subjektive Gesundheits- oder Krankheitserlebnis des Patienten haben.

Viktor von Weizsäcker kritisiert in seinem Aufsatz „Der Arzt und der Kranke“ von 1926 die Form des ärztlichen Wissens und das Zustandekommen der medizinischen Wissenschaft: Sinnliches und naturwissenschaftlich nicht Belegbares wird einfach in Diagnostik und Therapie ausgespart, was nicht in den naturwissenschaftlichen Kontext passt, wird ausgespart. Im Sinne einer vermeintlichen Objektivität des Erkennens wird „die Sache selbst, der Inhalt des Wissens amoralisch, moralisch denaturiert“. (1987, S 14)

„Im Handeln tue ich so, als wüsste ich, was gut und böse, schwarz und weiß, gesund oder krank ist. Ich dekretiere – durch mein Handeln – einfach Inhalte, wo mir doch nur Beurteilungsweisen vergönnt sind.“ (1987, S 14)

Diese Bescheidenheit in der Bewertung des eigenen diagnostischen und therapeutischen Geschicks täte allen Ärzten wie Psychotherapeuten gut.

Es bleibt mir lebhaft in Erinnerung, wie ich vor einigen Jahren wegen eines Klienten, den ich in einer längeren Psychotherapie betreute, dessen behandelnde Psychiaterin zum Zweck des Abgleichs unserer Behandlungsschritte angerufen habe. Sie stöhnte ins Telefon: „Nein, wie halten sie denn den Kerl aus! Das ist ja der Klassiker einer histrionischen Persönlichkeitsstörung!“ Ich war einigermaßen überrascht, einerseits über die Diagnose, die ich in dieser Form nicht gestellt hätte, andererseits über den doch sehr abwertenden Tonfall – ich hatte über Monate keine Probleme, diesen leidenden Menschen auszuhalten, konnte diese Therapie mit ihm sehr erfolgreich zu einem Abschluss bringen. Diese Anekdote zeigt mir noch zumindest zweierlei: Einerseits, wie einzigartig, wenn man so will subjektiv, die Arzt/Therapeut – Patienten – Beziehung ist. Andererseits zeigt sie auch, wie manchmal die Diagnose einer vernünftigen Therapie im Wege stehen kann. Es ist eine Errungenschaft, humanistischer Psychotherapie-Verfahren, diese Thematik aufzugreifen, zum Beispiel durch Carl Rogers, der beschreibt, dass Diagnosen einen „eher nachteiligen Effekt auf die Beziehung ausüben, da sie den Klienten in den Augen des Beraters abstempeln, dem Berater einen einschüchternden und ungerechtfertigten Experten-Status verleihen“. (2010, S123)

Diagnosen können stark stigmatisierenden Charakter haben, im besonderen vordiagnostizierte Persönlichkeits-Störungen machen es für den Behandler oft

schwierig, dem Klienten unvoreingenommen gegenüber zu treten. Ähnliches gilt auch für stark stigmatisierte Diagnosen wie Schizophrenie. Die Mutter eines Adoleszenten, der eine einmalige psychotische Episode hatte, sagte einmal: „Ach, hätte er sich doch bloß nur ein Bein gebrochen!“

Aus meiner Erfahrung als Orthopäde könnte ich viele Krankengeschichten erzählen, die die Harmlosigkeit eines Beinbruches relativieren würden.

Diagnose ist die klassische psychiatrische Klassifizierung und Beschreibung und als solche statisch und nur auf das Pathologische bezogen. Im Unterschied dazu hat die Therapie fließenden Charakter und antizipiert Veränderung. Sie begegnet dem Pathologischen (dem, was falsch ist), kann sich aber nur auf das stützen, was im Organismus richtig ist. (Rogers, 2010, S 124)

Dieser kritische Umgang mit statischer Diagnostik kann sehr befreiend für den Arzt und Psychotherapeuten, aber auch für den Patienten sein. Auszugehen ist von der Ressource, nicht vom Defizit, Klienten und Patientinnen wird der Freiraum zur Veränderung eingeräumt, und danach getrachtet, keine stigmatisierenden Diagnosen zu verteilen, die möglicherweise auch ohnehin wenig therapeutische Konsequenz außer der Resignation des Therapeuten haben. Freilich ist es eine Notwendigkeit, Diagnosen zu stellen, um zum Beispiel Abrechnungen mit Kassen zu ermöglichen. Aber es sei Vorsicht geboten, dem Klienten damit nicht eine zusätzliche Bürde aufzuerlegen.

Der italienische Systemische Familientherapeut Cecchin meint dazu: „Die Bemühungen, das sogenannte Pathologisieren zu dekonstruieren, aufzulösen, zurück zu nehmen oder zu ignorieren, sind häufig genauso wertvoll für den therapeutischen Wandel wie die Konstruktion fassbarer Ressourcen.“ (Cecchin et al., 1996, S 10)

In der Chirurgie würde man sich natürlich ein höheres Maß an Objektivität wünschen. Die Grenzen zeigt Viktor von Weizsäcker abermals auf: „Ich operiere, wiewohl ich doch nicht objektiv weiß, nein, objektiv *nicht* weiß, ob die Operation glücken wird. Statt in der Kategorie der Objektivität bewege ich mich in der des Glücks oder vielmehr des Risikos. Ich stütze mich dabei auf Erfahrung; aber auf was für eine Erfahrung! Gerade das Entscheidende, nämlich den Ausgang der Operation, habe ich nicht, kann ich ja nicht erfahren haben, nämlich in diesem konkreten Fall. ... Ich sinke also als Handelnder unter das Niveau meiner Erkenntnis.“ (1987, S 14-15)

Die Lehre daraus ist: Demut. Demut, Respekt vor den Grenzen und Gefahren der Methode, die man anwendet, sei dies Chirurgie, medikamentöse Therapie oder Psychotherapie. Je mehr Expertise man mit einer Methode erwirbt, desto leichter läuft man Gefahr, diese überzustrapazieren, und wird damit dem Gegenüber nicht mehr gerecht. Es scheint wichtig zu sein, durch Misserfolge immer wieder auf den Boden der Demut zurück geholt zu werden. Im günstigen Fall schlägt man eine Kehrtwende in einem diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen ein, bevor Patient oder Klientin zu Schaden kommen. Cecchin beschreibt in seinem Buch „Respektlosigkeit“, wie wichtig es immer wieder ist, die eigenen Hypothesen zu hinterfragen, gegebenenfalls durch bessere zu ersetzen, immer im Sinne des Patienten, der Klientin. „Der respektlose Therapeut gibt dem Bedürfnis, einer bestimmten Theorie zu folgen, nicht nach, wie er sich auch nicht verführen lässt, den Regeln des Klienten oder des überweisenden Systems (z.B. den Gerichten oder den sozialen Wohlfahrtseinrichtungen) zu folgen.“ (1996, S 23) Der Therapeut muss mit diesen Überlegungen dem Klienten gegenüber offen umgehen.

Als Klient, als Patientin ist man der oberste Experte für seinen Leib und für sein Leiden. Ärzte, Psychotherapeuten, Psychologen und Pädagogen, Sozialarbeiter und Berater sind Menschen, die einen auf einem Weg mit Rat und Tat unterstützen, aber der Mensch selbst ist letzter Souverän über seinen Leib und alle Entscheidungen diesen betreffend! Gesundheit und Krankheit sind leibliche Empfindungen, die vom Außenstehenden wahrgenommen werden können, dazu gehört aber erhebliches Einfühlungsvermögen, aufspüren von Atmosphären, wie der französische Phänomenologe Gabriel Marcel es beschreibt: „Das Atmosphärische ist wesentlich Ausstrahlung des Leibes, und im Unterschied zum Körper-Haben, das sich gleichsam isoliert, erschließt sich das Leib-Sein dieser Sphäre des Zwischen, ja es konstituiert sich in ihr.“ (Marcel in Petzold (Hrsg.), 1986, S24) Interessanterweise lehnt Marcel in diesem Zusammenhang auch Therapeutische Gespräche ab, weil in ihnen die Spontaneität verletzt wird.

Absichtslos – auch im Therapeutischen. Dies sollte doch zum Selbstverständnis des wirklichen Arztes gehören, dass allen seinen diagnostischen Reflexionen und therapeutischen Anstrengungen ein spontanes Gewährwerden des anderen Menschen voraus und zugrunde liegt, dank dessen wir immer schon, gleichsam ursprünglich, jedenfalls stets unwillkürlich beim anderen sind, mit ihm, für ihn da. (Marcel in Petzold (Hrsg.), 1986, S24)

6. Konzepte zu Leib und Leiblichkeit

Wie zuvor ausgeführt ist der Begriff Psychosomatik kritisch zu betrachten, einerseits, weil das Wort „Psychosomatik“ zusammen gebastelt erscheint, zur Beschreibung komplexer Zusammenhänge zwischen Körper, Seele und Geist ein umfassenderes Konzept unter Einbeziehung geisteswissenschaftlicher Aspekte wünschenswert ist, auch eine ausschließliche Verankerung in der Naturwissenschaft nicht sinnvoll erscheint. Mensch sein bedeutet mehr, als einen Körper als Instrument des Willens zu haben und mit psychischen Störfaktoren konfrontiert zu sein – mit Gabriel Marcel, Körper haben, Leib sein. In einem von Kapitalismus und Neo-Liberalismus geformten Weltbild wird auf die eigene leibliche Dimension keine Rücksicht genommen. Das Funktionieren im System hat vorrangige Bedeutung, man ist ein Rädchen im Werk, hat zu funktionieren, sonst bleibt man am Rande der Gesellschaft mit allen persönlichen und wirtschaftlichen Stigmatisierungen. Burnout ist ein stets viel zitiertes Gespenst, das durch die Gazetten wie durch die medizinische Welt geistert: Einsatz für etwas bis zu völligen Kollaps, einem Zusammenbruch des Leibes an sich, begünstigt dadurch, dass einem täglich alles abverlangt wird, ohne dass man die erforderliche Wertschätzung für seinen Einsatz erhält. Ich stehe auch dem Begriff „Burnout“ skeptisch gegenüber, vereinfacht er doch diesen Kollaps auf seelischer, geistiger und psychischer Eben in einem einfachen englischen Terminus, einem plakativen „ausgebrannt Sein“. Burnout stellt für mich einen Begriff für einen komplexen leiblichen Zusammenbruch dar. Wurde vor wenigen Jahren die Diagnose „Depression“ noch inflationär verwendet, befinden sich heute viele Menschen mit ähnlichen Symptomen mit der Überschrift Burnout beschrieben. „Burnout ist zum Inbegriff der Kehrseite einer Leistungsgesellschaft geworden. Der Begriff wird inflationär gebraucht.“ Diese Sätze stammen von dem Bioethiker Jan Stejskal von 2012. Der Begriff Burnout ist weder in der ICD-10 noch im DSM-IV klar abgebildet. Depressions-Fragebögen ähneln denen für Burnout frappierend. Der Vorteil dabei ist, dass Umwelteinflüsse hier stärker bewertet werden, als bei einer Endogenen Depression. Stejskal geht so weit, von einer „Selbsteroisierung der Erschöpfung“ zu sprechen (2012). Jemand hat also für die Leistungsgesellschaft alles getan, mehr geht nicht mehr. Psychische Erkrankungen wie Angststörungen oder eben Depressionen können dadurch verschleiert werden. Erfreulicherweise wird die Diagnose Endogene Depression heute viel seltener gestellt, als vor zehn bis fünfzehn Jahren. Den messbaren Veränderungen im

Neurotransmitter-Haushalt bei Depressiven gehen vielleicht häufiger als erwartet krank machende Umwelteinflüsse voraus. Noch immer ist es allerdings flächendeckend einfacher (und primär viel billiger), Menschen mit Antidepressiva zu versorgen, als ihren Problemen auf den Grund zu gehen, beispielsweise mit einer Psychotherapie. Faktum ist, dass etwa 60% aller Depressiven ein chronisches Schmerzleiden haben, etwa 46% aller Schmerzpatienten auch depressiv sind, neben anderen psychischen Co-Morbiditäten wie Suchterkrankungen und Angststörungen. (Rux, 2007)

So kommt auch hier wieder die Untrennbarkeit von Körper und Seele zum Tragen. Es liegt eine leibliche Erkrankung vor.

Die deutsche Sprache erlaubt uns, zwischen Leib und Körper zu unterscheiden, ein Privileg, das in anderen Sprachen nicht ohne weiteres möglich ist.

6.1 Körperlichkeit

Die Bedeutung des Körpers nimmt in unserer Gesellschaft einen überproportional großen Stellenwert ein. Wer ist schon zufrieden mit und in seinem Körper? Ich zitiere nach Plesse und St. Clair:

Oh diese Falten! Wie ich aussehe! Entsetzlich, dieser Bauch! Der muss weg! Mein Haar ist viel zu dünn! Meine Lippen sind viel zu schmal! Wir vergleichen uns mit den Schönheitsidealen der Titelmodelle, und unser Körper schneidet unter unserem eigenen erbarmungslosen Blick oft schlecht ab. (1992, S30)

Den eigenen Körper zu akzeptieren, ihn in seiner ihm eigenen Vollkommenheit zu lieben, die nichts mit den Bildern in Modezeitschriften zu tun hat, hat nichts von pathologischem Narzissmus, sondern hat etwas Lebendiges und Gesundes an sich.

Jeder Körper ist einzigartig in seiner Form und seinem Duft, in seinen Bewegungen und der Beschaffenheit von Haut und Haaren. Auf der ganzen Welt gibt es den Körper eines Menschen, so wie er ist, nicht ein zweites Mal, und es ist unmöglich, ihn zu imitieren oder ein Duplikat herzustellen. (Plesse und St. Clair, 1992, S 30)

Es ist mein festes Credo, dass wir diese Einzigartigkeit nicht nur beibehalten, ja zelebrieren müssen, um uns als Menschen weiter entwickeln zu können. Wenn man

sich alte Filme aufmerksam ansieht, kann man erkennen, wie sich das Schönheitsideal im 20. Jahrhundert weiter entwickelt hat. Filmstars der 30er Jahre wie Mirna Loy hatten üppige, weibliche Formen, waren dabei aber trotz Glamourfaktor den real existierenden Frauen ihrer Zeit ähnlicher, als dies die anorektischen Stars der Gegenwart in Bezug zur Frau von gegenüber sind. Es sind die Ecken und Kanten, die die Individualität ausmachen, die Körperlichkeit, ja Unverwechselbarkeit determinieren. Die Nase verleiht dem Menschen beispielsweise ein sehr charakteristisches Aussehen. Warum wird gerade sie so oft bemängelt, soll dem stupsnäsigen Ideal eines Leinwand-Stars ähneln? Die weibliche Brust ist Alterungsvorgängen unterworfen, im speziellen, wenn an ihr ein oder mehrere Säuglinge genährt worden sind. Was hält uns ab, dazu zu stehen, als Frau, wie auch als Partner/in derselben?

In allen Medien wird derzeit vor dem illegalen Pharma-Markt via Internet gewarnt. Eines der meist verkauften Präparate in dieser Sparte ist das Potenz-Mittel Viagra. Muss der alternde Mann von Welt die Potenz eines 17jährigen haben? Fällt das noch unter „in Würde Altern“? Ist Berlusconi ein passendes Rolemodel für den in Würde Gealterten?

Industrie und Medien suggerieren, dass an jeder kleinen Unzulänglichkeit des Körpers chemisch oder mechanisch – chirurgisch – gefeilt werden kann, so der Schöpfung, den Anlagen, den Umwelteinflüssen, je nach Ideologie, nachgeholfen werden kann.

Die Umsätze, die in der Plastischen Chirurgie erzielt werden, steigern sich in den USA um eine Milliarde Dollar im Jahr, NutriSystem, ein Konzern, der Diät-Nahrungsmittel herstellt, erzielte 2004 einen Gewinn von einer Million Dollar, 2006 von 85 Millionen Dollar. (Orbach, 2009) In asiatischen Ländern wie Südkorea und Japan ist die Korrektur der Augenlider hin zu einer europäischen Form eine viel geübte Praxis, auch ein beliebtes Geschenk zum Schulabschluss.

Brust korrigierende Eingriffe und Fettabsaugungen haben in der öffentlichen Wahrnehmung ihren Schrecken als Operationen mit möglichem Nutzen und sicherem Risiko annähernd verloren – viele Eingriffe werden auch ambulant durchgeführt, oder zumindest in Institutionen, die nicht mehr ohne weiteres mit dem Stigma „Krankenhaus“ besetzt sind, sondern als Wellness-Oasen getarnt sind. Auch in unserem Land rüsten viele Luxus-Hotels mit Operationssälen auf, um lukrative Ästhetische Chirurgie anzubieten und damit betuchtes Klientel anzuziehen.

Auch die Adipositas-Chirurgie hat sich als Teilgebiet der Allgemeinchirurgie etabliert, bleibt allerdings derzeit im großen und ganzen Krankenhäusern vorbehalten, da Größe und Risiko der Eingriffe noch deutlich höher sind. Morbid fettleibigen Patienten wird der Magen entweder verkleinert oder eingeschnürt, mitunter werden die Gedärme auch mit aufwändigen Operationen so umgebaut, dass die Nahrung im Darm nicht mehr vollständig aufgenommen werden kann, der Patient somit sukzessive Gewicht verliert. Fakt ist, dass viele Patienten, und ich durfte selbst einige kennen lernen, es ganz gefinkelt verstehen, ein oft gelungenes chirurgisches Ergebnis mit bewusstem Fehlverhalten zu torpedieren. Diese Menschen schaffen es zum Beispiel mit hochkalorischen Getränken, „Astronauten-Nahrung“, wie sie auf Intensivstationen verwendet wird, jeglicher Gewichtsreduktion entgegen zu wirken. Diese Mittel können den chirurgisch verkleinerten Magen problemlos passieren, werden im Darm resorbiert, und als Fett wieder im Körper eingebaut. Chirurgen versprechen Erfolge, ohne sich mit den zugrunde liegenden psychischen Problemen der Patienten entsprechend auseinander gesetzt zu haben. Oft stellt die übermäßige Nahrungsaufnahme ja nur ein Symptom einer innerpsychischen Problematik des Patienten dar, die chirurgisch eben nicht lösbar ist. Ich werde versuchen, dies anhand eines Klienten, der bei mir für 27 Stunden im Zeitraum von einem halben Jahr in Psychotherapie war, zu illustrieren.

Fallbericht 2:

Walter kam in meine orthopädische Ambulanz, nachdem ich ihn drei Jahre zuvor mit einem künstlichen Kniegelenk versorgt hatte. Er war zu diesem Zeitpunkt 57 Jahre alt, morbid adipös, hatte noch einmal 20 Kilogramm zugenommen, nachdem ihm ein bösartiger Tumor am Fuß entfernt worden war. Diese Operation hatte er an sich körperlich gut überstanden, jedoch hatte ihn die Tumor-Diagnose psychisch in ein tiefes Loch fallen lassen. Dies kompensierte er mit übermäßiger Nahrungsaufnahme, vor allem Schokolade und andere Naschereien wie Chips. Er hatte bereits zwei chirurgische Eingriffe zur Magenverkleinerung hinter sich, wog nun aber wieder 140 Kilogramm. Ein weiterer chirurgischer Eingriff zur Magenverkleinerung war bereits terminisiert, obwohl er vor der Krebsdiagnose eigentlich sein Körpergewicht gut im Griff hatte, es sukzessive zu reduzieren im Stande war. Ich bot ihm eine Psychotherapie an, mit dem Ziel einer Sinnsuche im Leben, seine krankhaften

Essgewohnheiten zu durchleuchten. Mein Hintergedanke dabei war auch, zu versuchen, ihm weitere chirurgische Eingriffe möglichst zu ersparen.

Walter war ein sehr liebenswürdiger, offener, herzlicher Mann, gelernter Drucker in Frühpension – neben der Fettleibigkeit hatte er noch verschiedene damit vergesellschaftete Begleiterkrankungen wie Diabetes, Bluthochdruck und chronische Bronchitis, Schlafapnoe. Er war zum dritten Mal verheiratet, seine Frau liebte er an sich sehr, hatte jedoch seit vielen Jahren keinen Sex mehr mit ihr, weil sie daran kein Interesse hatte, eine Traumatisierung der Gattin in ihrer Kindheit war dafür wohl verantwortlich, die Frau wollte dies jedoch nie bearbeiten. Da ihm die Sexualität jedoch ein starkes Bedürfnis war, kompensierte er sie im Internet in Cyber-Sex-Foren. So verbrachte er täglich mindestens sechs Stunden im Internet. Abgesehen von virtuellen Spielen blieb er seiner Frau aber treu. Die reale Außenwelt vernachlässigte er allerdings zunehmend. Aufgrund seiner Fettleibigkeit und den Begleiterkrankungen konnte er es für sich und seine Frau rechtfertigen, dass er am Leben draußen in der Welt kaum teilnahm. Dazu kamen finanzielle Nöte, die weite Sprünge erschwerten. Träume von schönen Plätzen in den Bergen blieben Träume. Schamgefühle wegen seines Körpers und seiner eingeschränkten Mobilität fesselten ihn zusätzlich ans Haus.

Walter war immer schon ein dickes Kind, sein Vater ließ ihn Geringschätzung spüren: „Du bist dick, doof und gefräßig!“ Aufkommende Attacken von Minderwertigkeitsgefühlen kompensierte er mit Fressattacken. Er klammerte sich an die Hoffnung auf ein günstiges Ergebnis für die in gut einem Monat vorgesehene operative Magenverkleinerung. Es war ihm auch bewusst, dass es ihm wieder möglich sein würde, das Ergebnis dieser Operation durch Essgewohnheiten, wie zuvor beschrieben, zu torpedieren. Ich führte immer wieder an, er könnte es auch ohne Operation schaffen, sein Körpergewicht zu reduzieren, auch, dass er mit dem derzeitigen Gewicht durchaus ein liebenswerter Mensch wäre und ja auch im Internet – mit Webcam – respektabel und beliebt wäre. Ich ermutigte ihn auch immer wieder zu Kontakten in der realen Welt, bei meinen Freunden sind Äußerlichkeiten wie das Gewicht auch nicht relevant.

Die Operation wurde schließlich durchgeführt, scheiterte aber insofern, dass der Chirurg aufgrund technischer Probleme den Eingriff nicht erfolgreich abschließen konnte. Eine weitere Operation bei einem Spezialisten in Wien wurde ihm empfohlen,

der eine neues Operationsverfahren aus Amerika mitgebracht hätte, und der einzige wäre, der ihm helfen könnte.

Wir setzten unsere Therapie fort. Wir arbeiteten an seinem Selbstwert, an Möglichkeiten auch in der realen Welt Bestätigung und Zuspruch zu erlangen, die Verweildauer im Internet im Gegenzug zu reduzieren. Die Hoffnung auf eine weitere Operation bei dem Spezialisten in Wien konnte und wollte ich ihm auch nicht nehmen – es war immer mein Credo, dass er eine Entscheidung pro oder contra OP selbst treffen müsste, ich konnte mit ihm lediglich Für und Wider abwägen.

Schließlich entwickelten sich einige Dinge in Walters Leben sehr positiv. Stress-Situationen traten natürlich auch weiter auf; er konnte jedoch erkennen: „Jetzt habe ich Stress, ich brauche ein, zwei Tafeln Schokolade!“, und dies öfters reflektieren, die Fressattacke abwenden. Mit seiner Frau ging er sogar auf ein Konzert und konnte wieder anfangen, unter Menschen Positives zu empfinden, nicht nur Minderwertigkeitskomplexe. Über Internet-Kontakte bekam er ein Angebot, Moderator für ein Internet-Radio zu werden. Dafür konnte er sich sehr begeistern, er trainierte dafür, hatte bereits sehr positives Feedback in Probe-Sendungen.

Und er verlor zumindest zwei Kilogramm an Gewicht, nicht viel bei einer Masse von 140 Kilogramm, aber ein guter Anfang. Die Dauer der Internet-Chats verringerte er, auch Cybersex verlor langsam an Bedeutung.

Nur der Glaube an die Sinnhaftigkeit der Operation blieb bei allen Hinweisen darauf, dass es vielleicht auch ohne chirurgische Hilfe möglich wäre, ein würdevolles Leben zu führen.

Er rückte an der Abteilung des Spezialisten ein. Die Operation wurde planmäßig durchgeführt.

Auf der Intensivstation erholte sich Walter nicht. Er verstarb zwei Tage nach der Operation an einer Komplikation, einem perforierten Organ.

Der Beruf des Chirurgen ist ein schöner. Vergleichbar mit dem Psychotherapeuten verrichtet man eine sehr focussierte, hoch spezialisierte Tätigkeit am und mit dem einem anvertrauten Patienten oder Klienten. Viele Probleme sind nicht mit dem Skalpell zu lösen. Wenn es die Möglichkeit gibt, beispielsweise ein ästhetisches Problem psychotherapeutisch oder chirurgisch anzugehen, scheint es ethischer, mit

ersterem zu beginnen. Es ist für viele Menschen eine tägliche Herausforderung, in diesem ihrem Körper zu leben, jedoch kann eine gelungene Psychotherapie dazu beitragen, auch mit und in diesem Körper zu einer Zufriedenheit zu finden. Chirurgische Intervention sollte ultima ratio bleiben!

Dennoch hat auch die Chirurgie in einem Leib zentrierten Konzept einen wichtigen Stellenwert. Abgesehen von allen lebensrettenden Maßnahmen, können chirurgische Eingriffe Lebensqualität schaffen. Die Plastische Chirurgie hat ihre unbestreitbaren Meriten, rekonstruktive Eingriffe nach entstellenden Traumata, wie Gesichtsrekonstruktionen, oder Eingriffe, die eine wegen Tumor amputierte Brust wieder aufbauen, haben auch für die Seele der betroffenen Menschen einen unmittelbaren Einfluss.

Auch die Orthopädische Chirurgie schafft mit der Wiederherstellung von Bewegung für die betroffenen Menschen Voraussetzungen für leibliches Wohlbefinden.

Im Berufsalltag des Chirurgen, wenn man darüber reflektiert, steht man in einem ständigen Spannungsfeld aus Wissen, Handeln und Moral. Fehlt eine Komponente davon, hat dies verheerende Folgen für den Patienten. Man erarbeitet sich ein Wissen über Anatomie und Pathologie des Menschen, liest Studien, welcher Eingriff unter welchen Umständen Erfolg versprechend ist. Man muss diesen Studien, nebenbei gesagt, auch noch Vertrauen schenken – viele Wissenschafts-Skandale haben Fach- und Laien-Presse erschüttert. Man muss das Handwerk des Chirurgen erlernen und üben, über Lehre wird viel diskutiert – die Realität bewegt sich zwischen bedside teaching und „Jugend forscht“. Hier ist schon in der Ausbildungs-Situation, und danach noch mehr, eine Reflexion über Moral, eine Ethik gefragt. Also: Was weiß ich? Was kann ich? Was ist sinnvoll in einer Situation?

Ich zitiere noch einmal Viktor von Weizsäcker: „Ich operiere, wiewohl ich doch nicht objektiv weiß, nein objektiv nicht weiß, ob die Operation glücken wird. Statt in der Kategorie der Objektivität bewege ich mich in der des Glücks oder vielmehr des Risikos. Ich stütze mich dabei auf Erfahrung; aber was für eine Erfahrung! Gerade das Entscheidende, nämlich den Ausgang der Operation, habe ich nicht, kann ich ja nicht erfahren haben, nämlich in diesem konkreten Fall.“ (1987, Bd. 5, S 14 – 15) Der Erfolg einer Operation wird also auf Basis einer Wahrscheinlichkeit errechnet, aus den Komponenten Wissen, Glauben, Können, vielleicht einem gewissen Gefühl, welcher Eingriff zu welchem Patienten passen könnte.

In der Praxis versuche ich, schwierige Entscheidung auf der Basis zu treffen: Würde ich diesen Eingriff meiner Mutter empfehlen? Oder: Würde ich diese Operation an meinem eigenen Kind durchführen (lassen)?

Aus meiner Erfahrung lässt sich auf diese Weise eine Entscheidung pro oder contra operationem gut treffen.

6.2 Leiblichkeit

Leib bin ich und Seele – so redet das Kind. Und warum sollte man nicht so wie die Kinder reden?

Aber der Erwachte, der Wissende sagt: Leib bin ich ganz und gar, und nichts außerdem; und Seele ist nur ein Wort für ein Etwas am Leibe.

Der Leib ist eine große Vernunft, eine Vielheit mit *einem* Sinne, ein Krieg und ein Frieden, eine Herde und ein Hirt. Aus Friedrich Nietzsche, 1888 (2007, S 37)

Der Leib-Begriff umfasst mehr als eine einfache Beschreibung der Summe seiner Teile. Ich habe beschrieben, welche offensichtlich ungesunde Folgen es hat, sich auf eine Körperlichkeit, auf ein „Körper Haben“ zu beschränken. Den eigenen Körper auf eine „pleasure machine“ zu reduzieren (Petzold, 1986, S 9) wird den eigenen Erfordernissen und den Erfordernissen des Lebens mittelfristig nicht gerecht. Den Körper als Objekt anzusehen, das nur zur Ausübung der eigenen oder noch mehr gesellschaftlicher, medial vorgegaukelter, Interessen dient, kann verheerende Folgen für einen selbst bewirken, wenn die Seele bei aller Körperlichkeit auf der Strecke bleibt.

Der Leib als Selbst, als Ausdruck personaler Identität, als Möglichkeit des Erlebens und Begegnens, Ort der individuellen und kollektiven Geschichte (in ihm ruhen die Geheimnisse der Phylogenese) wird nicht in den Blick genommen. Und es will nicht gesehen werden, dass er sterblich ist, der Leib, dass er Anfang und Ende hat. (Petzold, 1986, S 9)

Bei allem Körperkult besteht doch eine ur-eigene Sehnsucht des Menschen nach einer Leiblichkeit, einem eingebettet und akzeptiert Sein in der Welt, so wie man ist, ohne

Manipulation, ohne Maske. Dies betrifft sowohl die eigene Wahrnehmung, was man spürt, wie man Atmosphären wahrnimmt, wie man sein Gegenüber empfindet, wie man sich auf sein Gegenüber einschwingen kann, wie auch das wahrgenommen Werden durch sein Gegenüber. Bin ich authentisch? Wie ist meine Ausstrahlung?

Die Ausstrahlung, die Aura eines Menschen ist ein leibliches Phänomen, das durch eine Nasen-Korrektur eher nicht positiv beeinflusst wird.

Authentizität ist eine Form von schöpferischer Indifferenz, mit Hilfe derer der Mensch seiner Umwelt begegnen kann, ist ein Grundkapital, mit dem die Kommunikation mit der Welt in einem und um einen herum besser gelingt.

In der Neuen Phänomenologie der Leiblichkeit geht es um eine Zurücknahme einer Verkünstelung des Denkens, die mit Descartes ihren Meister gefunden hat, eine Re-Integration von Befindlichkeiten und affektivem Erleben in einen wissenschaftlichen Diskurs. Meine Interpretation im medizinischen Kontext heißt: die Wieder-Eintreibung des Menschen als Subjekt in die Heilkunde!

Leib Sein heißt, sich nicht zu reduzieren auf die naturwissenschaftlich beschreibbaren und behandelbaren Einzelfunktionen seines Körpers. Leib Sein heißt auch nicht, einem Psychologismus anzuhängen, der lediglich die eigene Seele inventarisiert und den Menschen in seiner Innenwelt gefangen hält. Dazu muss man auch die mannigfaltigen Introjekte ablegen, die einem oft aufoktroiert worden sind, unzerkaute Inhalte, die dem eigenen Sein und Werden entgegen stehen.

Schmitz beschreibt den Leib folgendermaßen:

Unter dem eigenen Leib eines Menschen verstehe ich das, was er in der Gegend seines Körpers von sich spüren kann, ohne sich auf das Zeugnis der fünf Sinne (Sehen, Hören, Tasten, Riechen, Schmecken) und des perzeptiven Körperschemas (d.h. des aus Erfahrungen des Sehens und Tastens abgeleiteten habituellen Vorstellungsgebildes vom eigenen Körper) zu stützen. (Schmitz 2007, S 15-16)

Schmitz beschreibt leibliche Regungen. Dazu gehörten Angst, Schmerz, Hunger, Durst, Atmung, Behagen, affektives Betroffensein von Gefühlen.

Der Leib ist nach Schmitz auch nicht durch die Grenzen des Körpers beschränkt. Damit kann auch der Phantomschmerz des Amputierten erklärt werden, als Leibesinsel außerhalb der Grenzen des Körpers. Das Volumen des Leibes besitzt eine

Dynamik in Engung und Weitung. Beispiele für Enge sind Spannung oder Angst, ein Beispiel für Weitung ist Entzücken oder Verliebtheit.

Die Einheit des Leibes zeigt sich in ganzheitlichen leiblichen Regungen, wie Mattigkeit oder Frische, Behagen oder Unbehagen, genereller Müdigkeit.

„Der vitale Antrieb bedarf der antagonistischen Konkurrenz von Spannung und Schwellung“, dem Korrelat von Engung und Weitung, ein Konzept, das sich gut mit dem Konzept der Schöpferischen Indifferenz von Salomon Friedlaender kombinieren lässt, einem der wichtigsten Einflüsse der von Friedrich Perls begründeten Gestalt-Therapie.

In der schöpferischen Indifferenz ist das ungeheuerste willkürliche Anschwellen oder Abebben von Kraft gewährleistet; es ist aber in ihr eben nicht mehr different, sondern tritt, wie sie will, polar nach außen. Außer der objektiven Null, welche nach plus oder minus neigt, gibt es die subjektive, die neutrale, aus welcher alles Plus und Minus polar entspringt. (Friedlaender, 1926, S 347)

Am Beispiel des Sexual-Aktes steigert sich eine Spannung bis zum Orgasmus. Später kehrt der Leib in einen Mittelmodus zurück.

Bei leiblichen Regungen wie Angst und Schmerz überwiegt die Komponente der Spannung, die Erlösung in den rettenden Mittelmodus fällt oft nicht so leicht. Wer allerdings den Effekt einer Morphin-Injektion in einem starken Schmerzzustand, beispielsweise nach einem Unfallereignis oder nach einer Operation, am eigenen Leibe verspürt hat, kennt das erlösende Gefühl des Spannungsabfalls. Viele Morphin-Süchtige suchen stets dieses leibliche Empfinden der Spannungsreduktion, welches im Verlauf der Suchterkrankung immer schwieriger zu erreichen ist.

Fallbericht 3:

Der folgende Fallbericht wurde von mir 2009 in *Jatros Neurologie und Psychiatrie* unter dem Titel „Endoprothetik bei Patienten mit psychischen Erkrankungen“ publiziert. (Sununu, 2009a)

Ein 27-jähriger Patient, ehemals selbständiger Geschäftsmann ist zum Zeitpunkt des Erstkontaktes seit sieben Jahren Opiat abhängig. Er befindet sich bereits seit mehreren Monaten in einer Einrichtung zum Drogenentzug und sozialer Reintegration. Er wird mir in meiner orthopädischen Ambulanz vorgestellt wegen Hüftschmerzen

beidseits. Nach den Berichten des Patienten bestehen die Schmerzen in den Hüften bereits seit seinem elften Lebensjahr, wurden nie adäquat abgeklärt oder behandelt. Seit der Pubertät verwendet er Schmerzmittel, von Bekannten erhält er auch Opiate. Beruflich ist er zu dieser Zeit schon sehr engagiert in der Gastronomie tätig – um die beruflichen Belastungen besser zu ertragen, muss er die Opiat-Dosen sukzessive erhöhen. Schließlich kommt es auch zum Kontakt mit Heroin, zur Drogensucht, zum beruflichen Scheitern. Einige Zeit später ist er zum Entzug bereit. Nach dem akuten Entzug kommt er in eine Langzeiteinrichtung einige hundert Kilometer von seinem Heimatort entfernt. Zu dieser Zeit lernen wir uns kennen. Er nimmt nur mehr eine sehr geringe Dosis Codein, ein niedrig potentes Opiat, ein wegen seiner Hüftschmerzen, ist ansonsten clean und gewillt, dauerhaft von den Drogen zu lassen.

Die körperliche Untersuchung in Zusammenschau mit Röntgen-Aufnahmen zeigt völlig zerstörte Hüftgelenke, in Zusammenschau mit der Anamnese wohl eine jugendliche Form einer Hüftkopf-Nekrose – die massiven über Jahre bestehenden Schmerzen können so sehr plausibel erklärt werden. Einige Wochen später operiere ich den Patienten. Er bekommt in einer Sitzung beidseits ein neues Hüftgelenk. Man achtet bei der Wahl der Schmerztherapie darauf, so wenig wie möglich Opiate zu verwenden. Der Patient erholt sich gut, und kann nach zwölf Tagen wieder in seine Rehabilitations-Einrichtung entlassen werden.

Die weitere Rehabilitation verläuft sowohl von Seiten der Hüften, wie auch von Seiten des Drogen-Entzugs sehr zufrieden stellend. Bereits bei der Kontrolle nach sechs Wochen ist der Patient völlig clean, braucht keinerlei Schmerzmittel mehr. Einer Re-Integration ins Leben steht nichts mehr entgegen.

Zwei Jahre später wird an der Pforte des Krankenhauses ein großes Tablett mit Mehlspeisen für mich abgegeben. Auf der Verpackung lese ich den Namen meines Patienten, Konditor-Meister. Er dürfte den Schritt ins Leben geschafft haben.

7. Der Schmerz

„Opus est divinum sedare dolorem!“ – diese Aussage wird Hippokrates (460 – 377 v. Chr.) zugesprochen. (zit. nach Schiltewolf, 2009). Die Behandlung von Schmerzen ist göttliches Werk.

Als Arzt wie als Psychotherapeut ist man mit Menschen konfrontiert, die unter Schmerzen leiden.

Schmerz ist zweifellos eine leibliche Regung – der Schmerz erfasst den gesamten Leib. Oft steht die körperliche Komponente im Vordergrund, manchmal die seelische, nicht umsonst ist Schmerz oft vergesellschaftet mit Depression und Angst, sei es das aktuelle Erleben des Schmerzes, oder die Vorahnung des zu erwartenden Unheils. Schmerz beschränkt auch die geistigen Kapazitäten des Leidenden, die Konzentrations-Fähigkeit nimmt ab. Jedes kleinste Detail, das Leben ausmacht, wird beeinflusst: Kein Appetit, die Libido lässt nach, der Schlaf wird einem geraubt, soziale Interaktion wird erschwert oder ganz verunmöglicht. Man kann als Arzt, wie auch als Psychotherapeut beobachten, wie viele Schmerzpatienten in eine Isolation geraten, die kaum zu durchbrechen ist. Dazu kommen die äußeren Erfordernisse in unserer Zeit: Viele Schmerzpatienten verlieren ihren Arbeitsplatz, damit einerseits ihr Einkommen, ihren Lebens-Standard, andererseits auch einen wichtigen Faktor für ihre Selbstachtung, ihre Akzeptanz in einer Leistungs-Gesellschaft.

Fallbericht 4:

Elke hatte vor sechs Jahren einen Verkehrsunfall. Unschuldiger wurde sie durch ein entgegen kommendes Fahrzeug in ihrem Auto frontal erfasst (auf schneegeglatter Fahrbahn). Sie erlitt einen Halswirbelbruch und wurde in ein Unfall-Krankenhaus transferiert. Dort wurde die geplante Stabilisierungs-Operation immer wieder verschoben. Erst eine Woche nach dem Unfall konnte sie erfolgreich operiert werden. Während dieser Zeit musste sie regungslos im Bett liegen, da ansonsten eine Querschnittslähmung gedroht hätte. Während dieser Woche wurde Elke zwar von einer Psychologin betreut, sie hat sich bis dato jedoch von den Schrecken dieser Zeit nie erholt, leidet unter massiv beeinträchtigenden Flashbacks sowohl im Straßenverkehr, wie auch in medizinischen Institutionen wie im Krankenhaus,

außerdem unter chronischen Rückenschmerzen, die nie adäquat behandelt wurden. Mehrere Reha-Aufenthalte, darunter auch zwei stationäre Aufenthalte in einer Psychosomatischen Einrichtung brachten wenig Erfolg. Elke verlor ihren Arbeitsplatz als Altenpflegerin, später auch ihren gesamten Freundeskreis. Hier wurde sie mit Aussagen konfrontiert, es sei zu anstrengend, sich auch noch mit ihren Problemen auseinander zu setzen, wo doch die eigenen Kinder Sorgen genug bereiteten. Früher konnte sie ebendiese Kinder noch ab und an beaufsichtigen.

Zuletzt starb auch noch ihre Hauskatze. Die pflegebedürftige Mutter lebt in einem anderen Tal, durch einen Pass getrennt, dessen Überwindung per PKW sie immer wieder mit ihren Grenzen konfrontiert.

Wir versuchen in der Therapie immer wieder einen sicheren Ort zu konstruieren, der real an einem Gebirgsbach liegt, im Winter aufgrund ihrer Phobie schwer erreichbar ist. Außerdem war sie dort im letzten Sommer mit einem Spanner konfrontiert.

Sie ist extrem dankbar für die Möglichkeit zum, wie sie es nennt „Seelen-Striptease“ bei mir.

Ein wesentlicher Punkt für mich ist es, Zuversicht zu vermitteln, die Abwärtsspirale seit dem Unfall zu durchbrechen. Gelingen ist dies bis jetzt zumindest in der Schmerztherapie, wo Elke erkennen konnte, dass regelmäßige Schmerzmitteleinnahme ihre Lebensqualität deutlich verbessern kann!

Immer wieder stellt sich die Frage nach dem Sinn des Schmerzes.

Akuter Schmerz hat den Sinn einer Warnfunktion, klassisches Beispiel hierfür ist das Kind, das eine heiße Herdplatte berührt, die Hand blitzartig zurück zieht, um eine schwerere Verletzung zu verhindern. Es wird sich für die Zukunft merken, dass mit der Berührung der Herdplatte Schmerz verbunden ist, und dies in der Regel unterlassen.

Menschen, die wegen angeborener oder erworbener Nerven-Erkrankungen kein Schmerzempfinden haben, erleiden deshalb unbemerkt oft schwere Verletzungen. Gut erinnerlich ist mir ein Gastwirt, der unter einer Syringomyelie der Halswirbelsäule litt, eine Krankheit, bei der es zu einem mit Flüssigkeit gefüllten Hohlraum im Rückenmark kommt. Dieser Mann fischte regelmäßig die Würste mit bloßen Händen aus dem kochenden Wasser, seine Hände waren von unzähligen Frakturen deformiert. Wille und Pflichtgefühl ließen ihn seinen Beruf weiter ausüben. Als er dies wegen des

Fortschreitens seiner neurologischen Erkrankung nicht mehr konnte, suizidierte er sich.

Ähnlich klar ist die Rehabilitations-Funktion des Schmerzes. Eine gebrochene Extremität verursacht am wenigsten Schmerz, wenn sie ruhig gestellt ist. Schon von Urvölkern sind primitive Schienen für gebrochene Arme und Beine überliefert.

Schwieriger ist es, dem Sinn chronischer Schmerzen auf die Schliche zu kommen. Wo ist der Sinn in quälenden Neuralgien, zum Beispiel nach einer Virusinfektion wie der Gürtelrose? Wo ist der Sinn chronischer Rückenschmerzen, einer Volkskrankheit?

Vielfach ist beschrieben, dass die Grundlagen für die Karriere als Schmerzpatient in der frühen Kindheit gelegt werden. Für manche Kinder stellt körperliche Gewalt die einzige körperliche Zuwendung ihrer Eltern dar (Döring et al., 1997). Es verwundert wenig, dass diese Menschen mit dem Schmerz ganz andere Konnotationen verbinden, als dies üblich und wünschenswert ist. Viktor von Weizsäcker beschreibt in seinem Aufsatz „Die Schmerzen“ von 1926 als Urszene, wie der kleine Bruder, der Schmerzen erleidet, von der kleinen Schwester durch Berührung mit der Hand getröstet wird. Er sieht diese zärtliche Berührung mit der Hand als erste ärztliche Handlung, die dem kleinen Kind, das Schmerzen erleidet, zugute kommt (1987, S 27).

Es fällt nicht leicht, von diesem Ausgangspunkt an, den Unterschied zwischen der ärztlichen und der psychotherapeutischen Berührung festzumachen. Im Grunde existiert dieser Unterschied nicht. Die Berührung soll immer eine einfühlende, Anteil nehmende und fürsorgliche sein. Der technische Aspekt der ärztlichen Untersuchung ist eine sekundäre Qualität, die Grundeinstellung zur Berührung sollte eine liebevolle sein. Oft beschreiben auch erfahrene Physiotherapeuten, die über ihr Handeln reflektieren, dass sie immer mehr den Eindruck gewinnen, dass Berührung und ein einführendes Gespräch mehr bewirken, als komplizierte Schulenspezifische Techniken. Die von Ferenczi vertretene Grundhaltung „Ohne Sympathie keine Heilung“ greift auch hier. Er beschreibt 1932 seine Erfahrungen in einer Langzeit-Therapie so:

Wirklich menschliche Teilnahme in Momenten realer Erschütterung, also ein Stück „Heilen“, brachten fast unmerklich eine Änderung. ... Ich wurde sozusagen zu einem lebendigen Symbol von Güte und Weisheit, dessen pure Gegenwart heilend und ordnend wirkte. ... Dieses Heilen in entsprechender

Weise an der notwendigen Stelle in die Psychotherapie einzufügen, ist eine wohl nicht ganz unwürdige Aufgabe. (Ferenczi 1999, S 100)

Man muss dieses Zitat besonders vor dem Hintergrund der von Freud propagierten emotionalen Abstinenz in der Psychoanalyse würdigen, von der seine begabtesten Schüler Ferenczi und Wilhelm Reich sich weiter entwickelten.

Was kann nun der Sinn von chronischem Schmerz sein?

In der psychologischen Literatur wird der Begriff der „Pain Prone Faktoren“ verwendet. Zu diesen Schmerz begünstigenden Faktoren zählt eine Familienatmosphäre, die von Kälte, Brutalität und Missbrauch auf emotionaler wie körperlicher Seite geprägt ist. Menschen, die in einem solchen Klima groß werden, fühlen sich oft selbst lebenslang schuldig. (Doering, 1997). Diese Menschen lernen oft schon in ihrer Kindheit, Schmerz mit Schuld und Sühne in Verbindung zu bringen. Das misshandelte Kind wird später oft selbst zum Aggressor. Der am eigenen Leib empfundene Schmerz kann als Schuld- und Sühneleistung in der Folge als psychischer Regulator dienen.

Viktor von Weizsäcker macht in seinem Aufsatz „Die Schmerzen“ von 1926 auf diese Fehldeutung des Schmerzes in Schuld aufmerksam: „Hier wird nun sehr deutlich, wie wir hoffen, dass die Erzählung eines solchen Kranken, „ich habe Schuld und werde durch Schmerzen bestraft“ wahrer *ist* als die objektive Konstatierung: „er fühlt Schuld und urteilt, sie werde durch Schmerzen bestraft“; die Konstatierung deutet die Erzählung um vom Standpunkt eines anderen als „normal“ bezeichneten Menschen aus.“ (1987, S 42 – 43)

Auch von der katholischen Kirche eingebrachte Metaphern wie die Erbsünde, ein schuldhaft geboren Sein, können diesen Zustand verstärken. In den Schmerzbildern aus der Arbeit von Hildegund Heintz berührt es, wie oft christliche Symbolik wie der ans Kreuz geschlagene Jesus auftauchen. Auslöser für das Auftreten des Schmerzes kann dann oft ein geringer Anlass, zum Beispiel ein Bagateltrauma sein, manchmal auch ein sozusagen rein psychogener Auslöser, wie der Eintritt in einen neuen Lebensabschnitt, zum Beispiel das Ende der Schulzeit, oder eine Trennung oder der Verlust eines wichtigen Menschen. Ausgehen von einer geringen körperlichen Verletzung kann sich ein überproportional starkes und chronifizierendes Schmerzgeschehen entwickeln. (Doering, 1997).

Im zuvor beschriebenen Fallbericht der Elke passierte der Verkehrsunfall mit dem Bruch eines Halswirbels ausgerechnet zum Zeitpunkt ihrer beruflichen Neuorientierung nach einem Burnout.

Chronische Schmerzen können dazu dienen, innerpsychische Konflikte und Belastungssituationen, die die psychische Stabilität eines Menschen bedrohen, ohne seelischen Zusammenbruch zu überstehen – sie erhalten uns überlebensfähig, doch der Preis ist hoch: jahrelanges Leid, manchmal Invalidisierung und häufig ein Verlust an Lebensqualität. (Doering, 1997)

Weiter von Interesse ist, welche Faktoren dafür verantwortlich sind, den Schmerz aufrecht zu erhalten, wie es zur Chronifizierung des Schmerzes kommt:

Wichtig sind hier die verschiedenen Formen von Krankheitsgewinn, das heißt, welchen Nutzen der Schmerzpatient aus dem Leiden ziehen könnte. Es kann vorkommen, dass ein Mensch nur dann Zuwendung bekommt, wenn er leidet. Nur dann wird er von Pflichten entbunden, ansonsten steht die Arbeitsleistung im Vordergrund. Diese Mechanismen subsummiert man unter „primärer Krankheitsgewinn“. Es kommt zu einer Form von sekundärem Krankheitsgewinn, wenn der Mensch aus seinem Schmerzleiden heraus soziale Vorteile bezieht, zum Beispiel eine Berentung.

Immer wieder stößt man in Therapiegesprächen auf das Thema der Frühberentung. Für enorm viele Menschen stellt die Frühberentung ein mittelfristiges Ziel dar. Oft muss das Schmerzleiden vor den Gutachtern der Pensionsversicherungen noch aggraviert werden, um Gehör zu finden. Mitunter drängt sich der Verdacht auf, dass diese aggravierende Ausschmückung der Dimension des individuellen Leides des Patienten zur self fulfilling prophecy wird und selbst dazu beiträgt, den Schmerz aufrecht zu erhalten. Im übrigen treibt der Marsch durch die behördlichen Instanzen nicht wenige Menschen auch in eine depressive Verstimmung und in Ohnmachtsgefühle gegenüber den Instanzen, die einer Genesung nicht förderlich gegenüber stehen. Eine weitere persönliche Erfahrung ist, dass viele Schmerzpatienten auf die Frage „Was machen sie, wenn das Berentungsverfahren für sie positiv erledigt ist?“ keine Antwort wissen. Eine Perspektive, wie es dann weiter geht, haben viele dieser Menschen nicht.

Wesentlich für die Entstehung von chronischen Schmerzleiden sind die sogenannten Coping-Strategien, wie man mit belastenden Lebensereignissen umgeht. Häufig zu finden sind hier sehr passive Muster: sozialer Rückzug, Fatalismus. Auch in diesem Zusammenhang treten oft Muster auf, sich den Schmerz als Schuld und Sühne zu erklären. Wieder liegt hier eine Gemeinsamkeit in den therapeutischen Ansätzen von Psychotherapie und Orthopädie vor: Die Aktivierung der Schmerzpatienten ist ein Grundanliegen. Aktivität kann bedeuten, Bewegung zu machen, physikalisch therapeutische Übungen durchzuführen, Aktivität kann auch bedeuten, wieder unter Menschen zu gehen, oder ganz generell, zu versuchen, die Perspektive auf das Leben und seine Teilaspekte zu verändern. Zum Beispiel kann es für einen Menschen ein heuristisches Erlebnis sein, zu erkennen, er wählt immer denselben Typus Partner aus, der gewalttätig oder unterkühlt sein mag. Mit dem aktiven Willen zur Veränderung kann man über eingefahrene Muster hinweg kommen und zu neuem Glück finden.

Wie anfangs bereits erwähnt, leben und wirken viele Ärzte in einem mechanistischen Weltbild. Ein rein somatogenes Bild von Krankheit und Gesundheit wird dem Patienten übergestülpt und seiner leiblichen Einheit in keiner Weise gerecht. So entstehen auch iatrogene Krankheitsbilder wie das failed back surgery syndrome, ein Überbegriff für Schmerzzustände, die nach Wirbelsäulenoperationen erst entstanden sind, häufig bedingt durch Vernarbungen und Instabilitäten, die sich zu den vielleicht schon vorher bestehenden psychischen Problemen gesellen. Insgesamt auch rein mechanistisch eine äußerst schwer behandelbare Erkrankung. (Tronnier in Hildebrandt & Pfingsten, 2012)

„Divinum est dolorem sedare“ – Der Satz von Hippokrates muss Ärzten wie Psychotherapeuten Ansporn sein!

8. Gesundheit und Krankheit am Beispiel der menschlichen Wirbelsäule

Chronischer Rückenschmerz und das Konzept der Psycho-Orthopädischen Rückenschmerzgruppe

8.1 Rückenschmerz

Rückenschmerz ist die Volkskrankheit schlechthin. Neueste Daten sprechen von einer Prävalenz von etwa 80% in der Bevölkerung der westlichen Welt. Neben grippalen Infekten sind Rückenschmerzen der häufigste Grund für den Besuch beim Praktischen Arzt. Sie zählen zu den häufigsten Gründen für Krankenstände, Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitationsaufenthalte und Frühberentungen, womit neben der individuellen Problemsituation auch ein gravierendes ökonomisches Problem entsteht. (Sator-Katzenschlager, 2011)

Eine für mich von Beginn meiner medizinischen Tätigkeit an gemachte Beobachtung ist, wie subjektiv die Begriffe Gesundheit und Krankheit für den einzelnen sind. Gerade aus ländlichen, oft sehr abgelegenen Regionen konnte ich Menschen mit oft sehr gravierenden degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat behandeln, die vergleichsweise wenig beeinträchtigt in ihrer Lebensqualität waren.

Eine ältere Patientin wurde stationär aufgenommen, um wegen einer gravierenden Arthrose ein künstliches Kniegelenk zu bekommen. Im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung stellte ich fest, dass sie einen so ausgeprägten Gebärmuttervorfall hatte, dass Teile ihrer Urogenitalorgane fast bis zu den Knien herabhängen. Danach befragt, wie lange dies schon der Fall war, gab sie an, es sei bei der Pflege ihres Gatten wohl passiert, dass die Gebärmutter vorgefallen wäre, sie habe dem wenig Bedeutung zugemessen. Auf meine Frage, wie lange der Zustand nun so währe, meinte sie, das könne sie nicht mehr genau sagen, ihr Mann sei seit gut fünf Jahren tot.

Eine andere, viel jüngere Patientin wurde in meiner Ambulanz vorstellig mit dem Krankheitsbild einer Schnappenden Hüfte, einem unangenehmen, aber schmerzarmen und gut behandelbaren Symptom. Allerdings saß die Dame wegen ebendieser Krankheit bereits seit Monaten im Rollstuhl und war auch nach einer relativ kleinen

Operation, die das morphologische Korrelat der Schnappenden Hüfte beheben konnte, nie wieder mobilisierbar.

Oft konnte und kann ich beobachten, wie wenig subjektives Beschwerdebild und der sogenannte „objektive“ Befund durch klinische Untersuchung und bildgebender Abklärung mittels Röntgen etc. korrelieren.

Konkret leiden Millionen Menschen an chronischen Beschwerden ihres Bewegungsapparates, im speziellen des Rückens, während ihre Organbefunde von vermeintlicher Gesundheit sprechen.

Es gibt bewiesene Risikofaktoren für die Entwicklung von Rückenschmerzen: körperlich belastende Arbeit, Zugehörigkeit zu einer sozial niederen Schicht, Muskelschwäche, Inaktivität, Rauchen und lange Arbeitsunfähigkeit. Neue Daten aus den USA sprechen von 20% aller Arbeitsausfälle, die auf Rückenschmerzen zurück zu führen sind. 60 bis 70% der Menschen, die einmal Rückenschmerzen erlitten haben, bekommen einen Rückfall. (Sator-Katzenschlager, 2011)

Metaphern im täglichen Sprachgebrauch handeln vom Rücken: Ein hart arbeitender Mensch ist ein „Buckler“. Andererseits steckt in „Buckeln“ neben der Arbeit auch das Buckel Machen vor jemandem, unterwürfig zu sein als Nachgeordneter in einem Arbeitsprozess.

„Jemand trägt eine schwere Last“ bezieht sich auf den Stützapparat, auch wenn die Last keine primär physische ist.

Auch als beobachtbares Phänomen drückt die gebückte Haltung eines Menschen Unterwürfigkeit und mangelndes Selbstvertrauen aus, ganz im Gegensatz zu einer sehr aufrechten stolz arroganten Haltung. Zumeist frage ich meine langjährigen Klienten nach ihrem allgemeinen Befinden hauptsächlich um mein Interesse und meine Empathie spürbar zu machen, denn die Information, wie es dem Menschen allgemein geht, bekomme ich zumeist aus der Haltung und dem Gangbild in den wenigen Schritten in meinen Therapieraum. Haltung ist Ausdruck einer leiblichen Verfassung, beeinflusst durch die körperliche, seelische und geistige Komponente. Leib, wie Schmitz beschreibt, als „das, was der Mensch in der Gegend seines Körpers von sich spüren kann, ohne sich auf das Zeugnis der fünf Sinne und des perzeptiven Körperschemas zu stützen.“ (2007, S 15f.)

8.2 Mechanistisches Menschenbild und Wirbelsäulen-Chirurgie

Man hat es als Arzt mit einer Situation zu tun, die mitunter sehr schwer kommunizierbar ist. Nicht nur das Gros der Ärzte, sondern durchaus auch die meisten Patienten sind einem mechanistischen Weltbild verhaftet: Die allgemeine Forderung ist, dass ein Schaden im Körper aufgetreten ist, der mit modernen technischen Mitteln diagnostizierbar ist, und durch den kompetenten Arzt zu beheben ist. Das heißt, nach einer klinischen Untersuchung besteht häufig die Forderung nach der teuerst möglichen high tech Untersuchung, derzeit vor allem nach der Magnetresonanztomographie, die jeden körperlichen Schaden aufzudecken imstande ist. Realität ist, dass beim Großteil aller über dreißig Jährigen irgendeine Pathologie gefunden wird. Über deren klinische Relevanz kann man leider sehr oft diskutieren. Bereits 2003 wurde im amerikanischen Journal of Family Practice darauf aufmerksam gemacht, dass die Magnetresonanztomographie bei der Diagnose Rückenschmerz nicht sinnvoll ist, da zu viele irrelevante Befunde erhoben werden, die zu Aktionismus zum Beispiel in Form einer nicht angebrachten Operation führen können. (J Fam Pract. 2003 Mar; 52 (3):231-2) Immer mehr Menschen leiden unter einem Failed Back Surgery Syndrome, das bedeutet häufig schwer behandelbare Vernarbungen und Instabilitäten der Wirbelsäule, die massive Schmerzen verursachen. Einige solcher bemitleidenswerter Menschen konnte ich über Jahre in Rückenschmerzgruppen mitbetreuen.

Klimczyk schreibt in seiner 2011 erschienen Studie „Chronische Rückenschmerzen – Plädoyer für ein multimodales Therapiekonzept“: „Bislang ungeklärt ist, ob die altersabhängigen somatischen Veränderungen der Wirbelsäule einen Risikofaktor für die Chronifizierung von Rückenschmerzen darstellen.“ Solche degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule findet man radiologisch bei nahezu jedem Erwachsenen.

Bewiesen ist eigentlich durch viele Studien, im besonderen auch durch die großen Meta-Analysen des Philadelphia Panel, dass eine Evidenz für invasive Verfahren, im speziellen für Operationen bei Rückenschmerzen nicht belegt ist. Angemerkt sei hier, dass Krankheitsbilder, wo Lähmungen oder Blasen- und Mastdarmleerungsstörungen vorliegen, hier nicht angesprochen sind. Hier liegen natürlich Indikationen für Operationen und andere Interventionen vor. Klar ist auch,

dass diagnostisch Tumoren, Entzündungen, Frakturen und ähnliches ausgeschlossen werden müssen. Faktum ist jedoch, dass nach wie vor sehr viele Operationen „nur“ wegen Schmerzen am Rücken durchgeführt werden. Die Implantat-Industrie trägt mit dem Propagieren ihrer Produkte hierzu bei: Es gibt am Markt eine Unzahl von Schrauben- und Plattensystemen, Bandscheibenprothesen und Platzhaltersystemen (Cages), die tausendfach mit recht relativen Indikationen eingebaut werden. Das heißt, es gibt diese Systeme, sie sind CE zertifiziert, eine Evidenz basierte Anwendung stellt aber nichts von alledem dar.

Auch in Mediziner-Kreisen sind die Indikationen zu Wirbelsäulen-Operationen häufiges Diskussionsthema, eben aus der Situation heraus, dass die Indikationen so relativ sind, dass es für ein und dieselbe Indikation viele verschiedene Methoden gibt, die untereinander auch kaum differenziert untersucht worden sind. 2012 erschien in der Zeitschrift „Klinik OP“ die Publikation „Wirbelsäulenoperationen im Kreuzfeuer der Kritik“ (Uhlir, 2012). Hier wird berichtet, dass es Vorwürfe, sogar Internetplattformen gibt, viele Rückenoperationen seien unnötig. Die Medizin verführe die Patienten und die Zahl der Operationen korreliere mit der Zahl der Operateure in einem Einzugsgebiet. Operierende Ärzte argumentieren und rechtfertigen sich, dass die Indikationen zur Operation gezielt und individuell gestellt werden. Fakt ist, dass in Österreich 2009 23700 Wirbelsäulen-Operationen durchgeführt wurden. Die Diskussion über Sinn und Unsinn der einzelnen Operationen ist sehr differenziert zu führen. Konsens sollte jedoch sein, dass jede Therapiemöglichkeit, die die körperliche Integrität des Patienten erhält, vorzuziehen ist. Mögliche Langzeitfolgen von Wirbelsäulen-Operationen, Instabilitäten und Vernarbungen, sollten immer in ein Aufklärungsgespräch vom behandelnden Arzt einbezogen werden. Auch eine psychologische Abklärung der Patienten vor Durchführung eines elektiven Eingriffes ist sinnvoll. Meiner eigenen Erfahrung nach wurden Psychologen und Psychotherapeuten hier in den Neunzigerjahren häufiger beigezogen als heute. Meiner Empfindung nach war damals der wirtschaftliche Druck auf die Mediziner noch geringer. Man darf nicht außer Acht lassen, dass Wirbelsäulen-Operationen sowohl im privat-medizinischen Bereich als auch im Abrechnungs-System der leistungsorientierten Krankenhaus Finanzierung (LKF) sehr gut honoriert sind. Für den gesetzlich wie auch den privat versicherten Patienten ist es wesentlich einfacher und billiger, zu einer Wirbelsäulenoperation zu kommen, als zu einer länger dauernden Psycho- oder Physiotherapie.

Nach der großen Metaanalyse des Philadelphia Panel, in der knapp 5000 Studien nach ihrer Evidenz evaluiert wurden, gibt es für den chronischen Rückenschmerz nur eine Maßnahme, die zu empfehlen ist: aktive Bewegungstherapie. (Philadelphia Panel, 2001) Hier schließt sich der Kreis, hier docken auch die Ergebnisse der Psychotherapieforschung an: Aktivität ist einer der Schlüssel in der Salutogenese. Alle Maßnahmen des Arztes wie des Psychotherapeuten sollen mit darauf abzielen, die Aktivität des Patienten oder Klienten zu fördern, die körperliche wie die soziale Wiedereingliederung ins Leben zu ermöglichen.

8.3 Gruppenpsychotherapie

Gruppenpsychotherapien bieten hervorragende Möglichkeiten, auch diesen Aspekt der Aktivierung zu fördern. Battegay (1999, S55) beschreibt:

Da der Mensch von Geburt an bis zu seinem Tod angewiesen ist auf ihn mit einbeziehende Gruppen, geschieht die Einzelbehandlung eigentlich in einem Milieu, das nicht der Lebenswirklichkeit entspricht. Die Worte eines einzelnen wirken nie so nachhaltig wie eine Diskussion in der Gruppe.

In derselben Arbeit beschreibt Battegay auch Gruppentherapie mit psychosomatisch erkrankten Menschen, in seinem Fall mit morbid Adipösen. (1999, S 61f.). Der Mensch als interdependentes soziales Wesen kann im geschützten Rahmen einer psychotherapeutischen Gruppe von ebendieser vielleicht mehr Profitieren als durch eine Einzeltherapie. Tschuschke (1999, S 114f) beschreibt Gruppentherapie als die dritte Säule der psychotherapeutischen Versorgung (neben den in Deutschland ausschließlich anerkannten Verfahren der Psychoanalyse und Verhaltenstherapie). Hier wird auch auf die Bedeutung der Gruppe in der klassischen Gestalttherapie durch Fritz Perls Bezug genommen, wenn auch Perls selbst die Gruppe eher als Verstärker, denn als Interaktionsfeld, benutzt hatte. Jedenfalls wird hier auch herausgestrichen, dass Gruppenpsychotherapie zusätzliche Wirkfaktoren gegenüber dem Einzelsetting bietet, darunter Interpersonales Lernen durch Feedback und Verhaltensänderung, Kohäsion oder der Erfahrung der „Universalität des Leidens“. (1999, S133)

8.4 Die psycho-orthopädische Rückenschmerz-Gruppe

Hier setzt auch das Modell der Innsbrucker Psycho-Orthopädischen Rückenschmerzgruppe an:

Die Idee zur Psycho-Orthopädischen Rückenschmerzgruppe wurde Anfang der 1990er Jahre aus einer Kooperation der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie mit der Klinik für Orthopädie geboren. Eigentlich war es erst um eine Sammlung von Daten gegangen, um die Prävalenz von somatoformen Störungen in der Tiroler Bevölkerung zu erheben. Als „Gegenleistung“ wurde den Patienten eine Gruppentherapie angeboten, die besonders gut angenommen wurde.

Die Patientenselektion erfolgte durch aufgeschlossene Ärzte und Psychologen aus den Ambulanzen der beiden Kliniken heraus. Einschlusskriterien waren chronische Rückenschmerzen mit einer Dauer von mindestens sechs Monaten, Bereitschaft an allen sechs Sitzungen teilzunehmen und ausreichende Deutschkenntnisse. Ausschlusskriterien waren behandlungsbedürftige medizinische oder psychische Erkrankungen wie Tumor- oder Infektionskrankheiten, hohe Suizidalität oder Soziophobie.

Eine Struktur wurde als Leitfaden erarbeitet, um sozusagen Überschriften für die sechs zweistündigen Sitzungen in Wochenabstand zu liefern.

Als Gruppenleiter fungierten gleichberechtigt ein Psychotherapeut und ein Orthopäde, eine Situation, die ich, der ich am Anfang ja „nur“ Organmediziner war, als normal empfand. Dass diese Gleichstellung keine Selbstverständlichkeit ist und war, darauf machte mich ein befreundeter Kollege und Psychotherapeut aufmerksam, der unser Konzept auf einem Kongress präsentierte. Er wurde aus dem Auditorium kritisiert, wie man einem Orthopäden einen gleichberechtigten Status als Co-Gruppenleiter zukommen lassen könne, wo doch Gruppentherapie eine originär psychotherapeutische Aufgabe sei. Wir maßen dieser Kritik wenig Bedeutung zu.

Ich selbst präsentierte unsere Arbeit 2002 am Deutschen Orthopäden Kongress in Berlin und konnte dort verhaltenes Interesse bei einigen wenigen erwecken, den breiten Mainstream der Orthopäden anzusprechen, war wohl vermessen, immerhin ergab sich eine weitere Publikation aus diesem Vortrag.

Die Rückenschmerzgruppe ist nach folgenden Themen gegliedert:

In der ersten Sitzung geht es in erster Linie um das legen eines Grundsteins für die Gruppen-Kohärenz: eine Vorstellungsrunde, dazu die Aufforderung zur Verschwiegenheit nach außen, jeder kann einmal einbringen, womit er hier ist, was sein Anliegen ist. Sehr schön ist es immer wieder zu sehen, wie Solidarität entsteht, wie die Klienten erfahren konnten, dass sie nicht alleine auf der Welt sind mit ihren Schmerzen, wie Gruppe und Leitung mitfühlen. Am Ende dieser und aller weiteren Sitzungen werden Entspannungsübungen angeleitet, der Einfachheit halber zumeist Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson.

Die zweite Gruppen-Sitzung steht unter dem Motto „Information“, hier vor allem die Erklärung von Befunden und Operationsmöglichkeiten, Erklärung der Anatomie der Wirbelsäule anhand eines Skeletts, je nach Wunsch auch Erklärung psychischer Mechanismen rund um Schmerz-Entstehung und –Chronifizierung.

Informationsvermittlung nimmt nicht umsonst in allen multi-modalen Konzepten der Schmerztherapie einen hohen Stellenwert ein. Viele Menschen leiden viel zu lange unter für sie unverständlichen Krankheitsbildern. Was ist eine Spondylose, eine Osteochondrose, eine Discusprotrusion? Durch die Erklärung der Begriffe kann die Krankheit manchmal schon ein wenig von ihrem hohen Ross geholt werden, Befunde können „zerkaut“ und „verdaut“ werden.

Die dritte Sitzung steht unter dem Motto „Fazilitation alternativer Coping-Strategien“. Hier geht es um die Reflexion, wie man mit dem Schmerz umgeht. Was macht der Schmerz mit mir? Was mache ich mit dem Schmerz? Es wird hier versucht, spürbar zu machen, welche Grundhaltung jeder einzelne dem Schmerz gegenüber einnimmt.

Eine häufige Grundhaltung ist die Resignation, das Erdulden und Erleiden dieser Schmerzwelle, die über einen herein bricht. Diese Grundhaltung passt ins Bild, wenn man weiß, dass zu über 50% der chronischen Schmerzpatienten auch depressiv sind, umgekehrt auch 50% aller Depressiven unter chronischen Schmerzen leiden.

Ein Gruppenteilnehmer beschreibt seine Lebenssituation nach einer Schmerzattacke so: „Wenn der Schmerz kommt, muss ich liegen und Ruhe geben. Das dauert dann immer einige Tage, wo ich nichts tun kann. Ich liege, stehe nur zum Essen und zum Toilettengang auf. Das kann oft eine Woche dauern.“ Resignation, Warten, dass der Schmerz nachlässt, Verharren.

Eine andere wenig hilfreiche Coping-Strategie ist der Glaube an Schuld und Sühne, der Schmerz ist die Buße für etwas Schlechtes, was ich in meinem Leben getan habe.

Sehr eindrucksvoll sind diesbezüglich die Schmerzbilder bei Hildegund Heintl (2005, S 110ff.).

Eine andere Klientin beschreibt mir ihren Umgang mit Schmerzattacken so: Über Jahre nahm sie, immer dann, wenn der Schmerz voll da war, ungehemmt verschiedene Analgetika ein, bis der Schmerz einigermaßen erträglich war, arbeitete unverdrossen verbissen im Beruf weiter, ließ sich nichts anmerken. Über mehrere Jahre funktionierte diese Strategie bis zum völligen psychischen und körperlichen Kollaps, der ihr fast das Leben gekostet hätte. Diese Patientin konnte in einer langen Einzeltherapie erstens die richtige Anwendung von Medikamenten erlernen, wesentlich wichtiger aber auch ein Gespür für sich selbst erlernen: Was brauche ich jetzt? Was brauche ich sicher nicht? Wie kann ich meine Grenzen in gewissen Situationen bewusst flexibel adaptieren.

Das Bewusstmachen solcher pathologischer Mechanismen kann Anstoß zu einem Wandel sein, vielleicht Veränderungswillen begründen.

In der vierten Sitzung laden wir zwei Physiotherapeuten in die Gruppe ein. Diese leiten einige einfache Übungen aus der Wirbelsäulengymnastik an, die Gruppenteilnehmer inklusive der Co-Leiter turnen mit.

Wesentlicher Punkt in der ärztlichen wie psychotherapeutischen Arbeit, gerade auch mit Schmerzpatienten, ist die Aktivierung, die Vermittlung, dass Bewegung Freude machen kann.

Es ist für mich immer wieder erschreckend zu erleben, wie sehr diese von Schmerz geplagten Menschen oft funktionell beeinträchtigt sind, wie wenig nur mehr mit und in ihrem Körper möglich ist. Diese Turnstunden illustrieren für mich auch immer wieder, wie weit der Weg aus dem Schmerz und der Beeinträchtigung heraus ist, wie viele Anteile des Lebens wieder zu erschließen sind, um wieder Freude am Leben gewinnen zu können. Und anschaulich ist hier erst einmal die körperliche Seite. Wie sieht es mit der psychischen Situation dann aus? Wie wirkt sich all das auf das Sozialleben oder gar auf die Sexualität aus?

Die fünfte Sitzung steht unter dem Motto „Fragestunde“. Auf das individuelle Bedürfnis nach weiteren Informationen wird nochmals eingegangen, individuelle Themen, die sich zeigen, werden weiter behandelt. Die Gruppenteilnehmer werden nochmals ermuntert, sich einzubringen mit den Themen, die in den Vordergrund traten. Eine Maxime wird immer wieder betont: Störungen haben Vorrang, Emotionen, seien sie

jetzt auch sozusagen aus dem Kontext gerissen, können eingebracht werden, sollen eingebracht werden – hier ist dafür Platz! Das geschützte Umfeld, die Diskretion und eine warme, empathische Atmosphäre begünstigen das Ausagieren von Gefühlen; für viele Teilnehmer eine neue, unbekannte Freiheit.

Die sechste und letzte Sitzung steht unter dem Motto „Wie geht es weiter?“. Jeder Teilnehmer wird ermuntert, einzubringen, was er/sie aus den Gruppensitzungen mitgenommen hat, wo Ansätze für eine Lebens-Veränderung sein können. Manchmal können auch Weichen für weitere therapeutische Angebote gestellt werden, zum Beispiel, ob eine Einzeltherapie angegangen werden soll. Auch eventuell sinnvolle weitere medizinische Angebote werden gemacht, möglicherweise sinnvolle Operationen vereinbart. Durch die Interdisziplinarität und die Vernetzung der Gruppenleiter im Gesundheitssystem können hier Angebote vermittelt werden. Auch Selbsthilfegruppen entstanden aus gut kohärenten Gruppen. Aus den Rückmeldungen heraus scheint es jedoch nicht sehr realistisch, dass die geübten Entspannungsübungen wirklich selbständig fortgeführt werden.

Es war geplant, die Ergebnisse der Innsbrucker Psycho-orthopädischen Kreuzschmerzgruppe sehr detailliert wissenschaftlich aufzuarbeiten. Vor und nach der Gruppe erhielten die Teilnehmer mehrere standardisierte Schmerzfragebögen. Leider wurden diese nie vollständig aufgearbeitet. Im Rahmen einer Diplomarbeit an der Universität Innsbruck (Krause, 1997, S 83ff.) wurde hier ein Versuch unternommen. Aufgrund fehlender Kontrollgruppen, damit nicht möglicher Randomisierung konnte kein Wirksamkeitsnachweis nach naturwissenschaftlichen Kriterien erbracht werden. Die ausgewerteten Tests im Vergleich vor zu nach der Gruppe brachten keine signifikante Verbesserung (Visuelle Analog Skala, Waddell Disability Index).

Jedoch beschrieben in einer katamnestischen Telefon Befragung nach Gruppenabschluss 60% der Patienten eine Beschwerdelinderung, 48% konnten an den Arbeitsplatz zurück kehren.

Durch das Feedback der Patienten, das ich erhalten habe, bin ich jedoch sehr bestärkt darin, dass diese Arbeit sinnvoll und zielführend ist, auch wenn sie nur ungenügend in Zahlen gemessen werden konnte. Alleine Zeit und geschützte Atmosphäre, ein Platz, um die Sorgen und Probleme zu teilen, rechtfertigen diese Gruppenarbeit.

Im Jahr 2002 wurde in der Tiroler Tageszeitung und in einigen Gratiszeitungen über dieses multidisziplinäre Gruppenkonzept berichtet. Der Effekt davon war, dass die

Ambulanztelefone förmlich glühten, die Nachfrage aus der Bevölkerung nach Teilnahme in einer dieser Gruppen war enorm, und es dauerte Monate, alle interessierten Schmerzpatienten in das Gruppentherapie-Angebot einzubringen.

Nach meinem Abgang von der Klinik Innsbruck konnte ich ein Gruppentherapie-Konzept für chronische Schmerzpatienten auch im Krankenhaus Sankt Johann in Tirol in etwas modifizierter Form etablieren. Auch hier ist die Rückmeldung der Teilnehmer wieder außerordentlich ermutigend.

Die Erfolgslatte in der Arbeit mit chronischen Schmerzpatienten ist leider ohnehin niedrig anzusetzen. Nach vielen Literaturangaben ist es schon als großer Erfolg zu werten, wenn man bei 60% der Menschen etwas Positives bewirkt, und positiv heißt nicht notwendigerweise Heilung, sondern in irgendeiner Form Steigerung der Lebensqualität oder auch die Rückkehr an den Arbeitsplatz, um auf diese Weise vielleicht den Selbstwert zu steigern.

Die europäische Leitlinie für die Behandlung chronischer Rückenschmerzen empfiehlt jedenfalls multimodale Konzepte als vorrangiges Therapiekonzept. Es gibt Studien, die belegen, dass für hochchronifizierte Schmerzpatienten Behandlungsprogramme mit mindestens 100 Therapiestunden notwendig sind. (Klimczyk et al., 2011)

9. Ganzheitliche Therapie nach Polytrauma

Traumatherapie, Psychotherapie mit schwer traumatisierten Menschen nach Gräueltaten in Kriegen, nach schweren Traumatisierungen durch sexuelle Übergriffe, Folter und Verlust von Angehörigen, ist eine anerkannte Teildisziplin innerhalb des psychotherapeutischen Spektrums. Eine Vielfalt an Methoden hat sich in den letzten Jahrzehnten entwickelt, darunter kombiniert verhaltenstherapeutisch-psychodynamische Konzepte wie EMDR oder die Integrative Traumatherapie.

In meiner orthopädischen und psychotherapeutischen Arbeit begegnen mir immer wieder Menschen nach Polytraumata, meist nach schweren Verkehrsunfällen, die körperlich an sich gut wieder hergestellt sind und dennoch aus unterschiedlichen Gründen große Probleme haben, sich in den Alltag zu re-integrieren.

Polytrauma ist nach Pschyrembel definiert als „Mehrfachverletzung, als gleichzeitig entstandene Verletzung mehrerer Körperregionen oder Organsysteme, wobei

wenigstens eine Verletzung oder die Kombination mehrerer lebensbedrohlich ist; am häufigsten sind bei den Kombinationsverletzungen Schädelhirn-, gefolgt von Thorax- und stumpfen Bauchverletzungen. Häufigste Ursache: Verkehrsunfälle.“ (1990, S 1338)

Dieses Trauma tritt unerwartet, manchmal völlig schicksalhaft ein und wirft alles über den Haufen, was bis dahin im Leben relevant war. Ich habe zuvor den Fallbericht von „Elke“ geschildert, die von einem entgegen kommenden Einsatzfahrzeug erfasst wurde. Nach ihrem Genickbruch ist nichts mehr, wie es davor war.

Neue Studien berichten über „bedenklich hohe Schmerzinzidenz im Langzeit follow-up nach Polytrauma“ (Gross, 2011). In dieser Studie „Schmerz nach Polytrauma“ wurden 102 prospektiv Überlebende nach Polytrauma erfasst und im Median 2,4 Jahre nach dem Unfallereignis nachuntersucht. Die Daten aus dieser Untersuchung sind ernüchternd: 46% der Patienten sind nicht voll rehabilitiert, 59% mussten ihren Beruf ändern, 85% haben seit dem Unfallereignis Schmerzen in unterschiedlicher Intensität. Wenn man sich nun in Erinnerung ruft, wie häufig Schmerz mit psychischen Co-Morbiditäten vergesellschaftet ist, kann man diese Dimension erahnen, auch wenn sie in der zitierten Studie nicht untersucht ist.

Häufig werden psychische und soziale Folgen für die Opfer von Polytraumata weniger beachtet, als die körperliche Rekonstruktion und Rehabilitation. Einerseits sind es direkt sich auf das Unfall-Ereignis beziehende Beeinträchtigungen wie Flashbacks, die den Patienten das Leben zur Hölle machen. Auf der anderen Seite gibt es häufig persistierende oder sogar an Intensität zunehmende Beeinträchtigungen auf körperlicher, kognitiver oder seelischer Seite, die vom Patienten und seiner Umwelt leicht verdrängt werden. Die Ausübung des Berufes ist für die meisten Menschen nicht nur Broterwerb, sondern auch Selbstbestätigung, in vielen Fällen Daseinsberechtigung.

Fallbericht 5:

Anna begegnet mir erstmals 35-jährig als stationäre Patientin, aufgenommen mit akut exacerbierten Schmerzen am Bewegungsapparat, vor allem im Becken- und Lendenwirbelbereich. Sie ist schlank bis dünn, attraktiv, gepflegt und höflich, angepasst. Anna hat 14 Jahre zuvor einen schweren Verkehrsunfall erlitten mit Beckenbrüchen, Milzriss und einem Schädel-Hirn-Trauma. Sie war am Sozius-Sitz mit

ihrem Freund auf dem Motorrad auf einer Landstraße unterwegs, als ein Traktor mit Anhänger unvermutet auf die Bundesstraße einbog. Das Motorrad kollidierte mit dem Anhänger, Anna und ihr Freund wurden gegen den Ladewagen und auf die Straße geschleudert. Annas Freund erlitt nur leichte Verletzungen, während sie lebensgefährlich verletzt wurde. Mehrere Operationen folgten, darunter auch zwei Operationen am Schädel, wobei eine angeborene Gefäßmissbildung saniert wird, die auch ohne Unfall zu einer fatalen Hirnblutung führen hätte können. Anna ist sehr dankbar für alles, was die Ärzte in dieser Zeit für sie getan haben, empfindet auch, sie verdankt den Abklärungen rund um den Unfall ihr weiteres Leben wegen der damals entdeckten und versorgten Gefäßmissbildung im Gehirn. Vor allem zum versorgenden Unfallchirurgen empfindet sie großen Dank. Bei der Einlieferung mit dem Rettungshubschrauber auf dem Landeplatz der Klinik hat Anna eine Art Nahtoderlebnis mit dem Erblicken eines hellen Lichtes am Ende eines Tunnels. Seither hat sie keine Angst mehr vor dem Tod. Die Familie betreut sie während der Zeit im Krankenhaus liebevoll. Der Vater gewinnt an Weichheit. Mit dem jüngeren Bruder verbindet sie eine sehr enge, spirituelle Beziehung, in der beide auch über die Distanz fühlen, wenn es dem anderen nicht gut geht. Die ebenfalls jüngere Schwester wird eher als rau und selbstbewusst beschrieben.

Nach Entlassung aus der Klinik tritt sie einen Rehabilitationsaufenthalt an – sie scheint sich gut zu re-integrieren in Berufs- und Privatleben.

Eine Folgeoperation an der Hüfte wird zwei Jahre später wegen einer Gewebsnekrose durchgeführt – Anna erhält ein künstliches Hüftgelenk. Aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik, vor allem im Bereich des Beckens und der unteren Lendenwirbelsäule, werden unterschiedlichste Konzepte von verschiedenen Ärzten angewendet, mannigfaltige Analgetika, auch einige eher kontroversielle Verfahren, wie eine operative Denervierung des Kreuz-Darmbeingelenkes und eine Botox-Behandlung der Bauchmuskulatur, um hier die Spannung zu lindern.

Der Allgemeinzustand von Anna verschlechtert sich über die Jahre nach dem Unfall, bis es 12 Jahre danach zum körperlichen und psychischen Zusammenbruch kommt: Thrombose, Lungeninfarkt, völlige Erschöpfung; längere stationäre Aufenthalte, auch an einer Schmerzklinik erfolgen.

Als wir uns kennen lernen, ist Anna aus dem tiefsten Loch ein wenig heraus, auf Opiate eingestellt, das physisch-psychische Gleichgewicht scheint sehr labil. Ich biete

ihr im Rahmen des anfangs erwähnten stationären Aufenthaltes meine Hilfe an – einerseits als Psychotherapeut, andererseits auch als Arzt und Schmerztherapeut, damit wir auf mehreren Ebenen die Chancen auf Erfolg verbessern. Zu diesem Zeitpunkt hat sie eine Invaliditätsrente und keinen Druck, so schnell wie möglich ins Arbeitsleben re-integriert zu werden. Sie ist ledig, hat keine Kinder, keinen Partner, lebt bei ihren Eltern.

Annas wichtigste Ressource ist ihr Pferd, mit dem sie täglich sehr viel Zeit verbringt, auch sehr intensives Training in Dressur-Reiten betreibt. Sehr schön, wie sie sehr bemüht ist um einen gedeihlichen Umgang mit dem Tier, um eine natürliche, fast schon organische Reitweise, in der Mensch und Pferd zu einer intuitiv zusammenspielenden Einheit werden. Unterstützt wird sie hierbei von einem homosexuellen Reitlehrer, der um die Akzeptanz dieser natürlichen Reitweise kämpft.

Überschattet wird die Zeit im Reitstall immer wieder durch teils recht heftige Streitigkeiten unter den Einstellerinnen im Stall, wobei Anna hier glaubhaft vermittelt, sehr ausgleichend zu wirken, und sich selbst kaum in Querelen hineinziehen lässt. Die Bearbeitung der sozialen Situation im Stall nimmt in der Therapie immer wieder einigen Platz ein. Ich ermutige sie dahin gehend, diese ausgleichende, ein wenig exzentrische Position beizubehalten.

Annas jüngerer Bruder ist ihre Vertrauensperson, mit dem Anna eine sehr spirituelle Beziehung verbindet, dem es auch über Distanz schlecht geht, wenn es Anna nicht gut geht und umgekehrt.

Mit einer Freundin aus einem Reha-Aufenthalt, die allerdings recht weit entfernt lebt, hat sie ebenfalls eine sehr enge Beziehung, in der die Freundinnen auch intuitiv fühlen, wie es der anderen geht.

Im übrigen ist sie eher verschlossen, teilt sich den sie umgebenden Menschen kaum mit. Auch gegenüber den Eltern wahrt sie eine Fassade, es gehe ihr gut. Mitleid erträgt sie schlecht, ebenso die mannigfaltigen „guten Ratschläge“, die ihr Umfeld ihr seit dem Unfall gerne gibt.

Anna ist äußerst gewissenhaft, genau, hilfsbereit bis zur Aufopferung. Wie in vielen anderen Bereichen fällt es ihr sehr schwer, das richtige Maß zu finden, sie wird leicht ausgenutzt und neigt dazu, sich ohne Rücksicht auf sich selbst, zu verausgaben.

Sie ist gelernte Floristin. Die Lehrzeit stellt eine traumatisierende Zeit dar. Der Lehrherr ist cholerisch, fordert viel und bringt ihr nichts bei, viele Überstunden bleiben nicht honoriert. Erst in den letzten Lehrmonaten hat sie es in einer anderen Filiale des Unternehmens besser. Bekannte und Verwandte decken sie vor allem vor Weihnachten mit Aufträgen für Adventkränze und Gestecke ein – hier kommt es dann jährlich wieder zu sehr schmerz erfüllten Tagen, weil sie die Arbeit schlecht dosiert. Der Lehrherr findet Jahre später zu sich, nachdem er sich als homosexuell outet.

Nach dem Unfall ist eine Arbeit im erlernten Beruf körperlich nicht mehr möglich und sie arbeitet als Bürokräftin in einer Gesundheits-Einrichtung, später arbeitete sie nach internen Reibereien in einem Architekturbüro. Bei allen Berufstätigkeiten fällt ihre Sorgfalt, ihre Gewissenhaftigkeit auf, ein Arbeitswille, der sie stets über ihre körperlichen Grenzen hinaus gehen lässt. Die immer wieder massiven Schmerzen lindert sie mit Schmerzmitteln aller Art, die sie im wesentlichen ohne Plan einnimmt, die Dosen steigen bis zum beschriebenen Zusammenbruch.

Die große Liebe kennt sie offenbar nicht. Die Beziehung mit dem Mann, mit dem sie am Motorrad verunglückt ist, endet einige Jahre später. Der Unfall hat die beiden wohl einige Zeit zusammen geschweißt, meint sie, sonst wäre es früher vorbei gewesen. Er war offensichtlich wenig einfühlsam, sie beendet die Beziehung, macht ihm wegen des Unfalls keine Vorwürfe.

Ein späterer Freund ist sehr hilfsbedürftig, wieder wenig empathisch. Er schuldet ihr bis heute Geld.

Sie kennt das Gefühl nicht, sich in einer Beziehung geborgen zu fühlen, sich anlehnen zu können.

In der letzten Zeit haben sich mehrfach Männer für sie interessiert, die sie teils brüsk abgewehrt hat. Sie waren einerseits „nicht ihr Typ“, andererseits will sie selbst fitter werden, bevor sie sich wieder auf eine Beziehung einlässt.

Anna lebt bei den Eltern, hat ihr Zimmer, teilt die übrigen Räume. Sie hat gelernt, dass ihre Eltern mit ihrem Schmerzleiden nicht umgehen können, nur mit Mitleid und Bedauern reagieren, nicht hilfreich sind. Daher verbirgt sie ihre Gefühle zu Hause weitgehend. Es gehe ihr gut, sie zieht sich alleine zurück, wenn sie Schmerzen hat.

Der Vater ist sehr umtriebig, in vielen Vereinen, Kommunal-Politiker, eigentlich Landwirt, die Arbeit macht von je her die Mutter, die von früh bis spät rackert. Anna

muss schon früh in der Landwirtschaft mithelfen, was sie nicht stört. Seit dem Unfall ist sie von den meisten Pflichten entbunden.

Anna kommt mittlerweile über Jahre wöchentlich zu mir zur Psychotherapie, zumeist in die Krankenhaus-Ambulanz, zum Teil auch in meine Praxis, ist immer überpünktlich, compliant in jeder Hinsicht.

Es gibt einen stark edukativen, verhaltenstherapeutischen Teil meiner Arbeit, zum Beispiel Medikamentenvorschreibungen, regelmäßige Einnahme, Reduktion der Bedarfsmedikamente – alles so, dass sie versteht, wozu, damit es nicht wieder zum Zusammenbruch kommt. Opiatdosen konnten reduziert werden. Durch den Einsatz von Cannabinoiden konnte ihr Appetit gesteigert und die Laune gehoben werden, beides positive Co-Wirkungen von Hanfpräparaten. Ich berate sie in Ernährungsfragen, wenn der Appetit schlechter ist, gebe Anregungen, was sie dennoch essen könnte. Ich vermittele Ärzte, wenn dies notwendig ist, zum Beispiel eine Gastroskopie oder den Neurologen bei Kopfschmerzen.

Ich habe ihr eine dauernde Physiotherapie vermittelt, sodass der körperliche Aufbau langsam voran kommt.

Wir arbeiten im Hier und Jetzt an den Themen, die anstehen und sie bewegen, zum Beispiel die schwierige soziale Umgebung im Reitstall, versuchen immer wieder auch rückzublenden, ob sie gewisse Verhaltensmuster schon kennt.

Die Ressource Pferd nimmt einen großen und wichtigen Platz in ihrem Leben ein und begleitet uns auch durch die Therapie. Das Pferd wird gezeichnet und fotografiert.

Die Fotografien bearbeiten wir, besonders Ausdruck und Gefühle von Anna als Reiterin.

Das Thema „Grenzen Setzen“ ist ein ganz entscheidendes. Es zählt für mich ganz besonders, dass sie sich besser kennen lernt, damit ihre Grenzen spürt und zu wahren lernt. Auch in der Physiotherapie ist dies enorm wichtig. Jeder ist *der* Experte für sich und sein Leiden.

Annas Auftreten, ihre Kleidung, ob sie geschminkt ist, oder nicht, wie ihre Schritte in meine Praxisräumlichkeiten gewählt werden, verraten mir, wo sie derzeit steht, wie es ihr geht.

Sie ist voller Zuversicht, weiter zu kommen, irgendwann eine soziale wie berufliche Re-Integration zu schaffen, auch eine Genuss- und Liebesfähigkeit zu gewinnen, wie

Anna sie auch vor ihrem Unfall nicht in besonders hohem Maße gehabt hat. Es ist mir seit Anfang an bewusst, das alles lange dauern wird, die Erfolge nicht einfach zu erreichen sind. Einiges ist geschafft!

Fallbericht 6:

Karl-Friedrich wird mir von seinem Hausarzt zugewiesen, der weiß, dass ich Orthopäde und Psychotherapeut bin. Zum Zeitpunkt des Erstkontaktes hat er bereits eine Leidensgeschichte von gut drei Jahren hinter sich. Er ist 65 Jahre alt, war in Deutschland erfolgreicher Geschäftsmann und verbringt seinen Ruhestand nun in den Tiroler Bergen, hat hier ein schönes Haus erworben. Mit seiner dritten Frau, seiner großen Liebe, möchte er hier das Leben einmal richtig genießen mit viel Sport und schönen Fernreisen.

Am Ende des Zweiten Weltkrieges muss er aus dem Sudetenland mit seiner Familie, den Eltern und drei Brüdern, flüchten. Die Familie siedelt sich in Sachsen an, es sind harte Zeiten des Wiederaufbaus, eine kleine Landwirtschaft versorgt die Familie, der Vater ist nebenbei Fleischhauer. Es bleibt keine Zeit für Spielen, der vom Krieg traumatisierte Vater ist emotional verarmt, es gibt viel Gewalt gegen die Söhne, die Schläge bekommen die Brüder zumeist als Bilanz der Woche an Samstagen. Auch die Mutter versteht es nicht, Wärme zu vermitteln. Karl-Friedrich bleibt die Erinnerung an Wärme und Geborgenheit durch die Großeltern im Sudetenland.

Die karge Lebens-Situation in der damaligen DDR stellt für Karl-Friedrich keine Option für die Zukunft dar, so wandert er mit 18 Jahren in den Westen aus und baut sich sukzessive in Süddeutschland eine Existenz auf. Er ist erfolgreich. Mit harter Arbeit baut er einen erfolgreichen Betrieb auf. Es gibt kaum Urlaube oder Luxus. Er heiratet, und der Ehe entspringen zwei Kinder, ein Sohn und eine Tochter. Nach einigen Jahren scheitert die Ehe, der Sohn bleibt beim Vater, die Tochter bei der Mutter. Die zweite Ehe mit einer Mitarbeiterin im Betrieb hält nicht lange, sie ist schwere Alkoholikerin und verstirbt kurze Zeit später. In einer um 20 Jahre jüngeren Mitarbeiterin findet er nun endlich seine große Liebe. Der Kinderwunsch bleibt leider unerfüllt. Die beiden heiraten.

Mit 60 Jahren setzt er sich zur Ruhe, verkauft den Betrieb an seinen Sohn, der ihn in etwas veränderter Form weiter führt. Sein Sohn hat nicht das hohe Qualitäts-Bewusstsein des Vaters. Karl-Friedrich ist von den moralischen Werten seines Sohnes

nicht überzeugt, zieht sich aber aus den Geschäften völlig zurück, will seinen Ruhestand mit seiner geliebten Frau in den Bergen genießen.

Dies gelingt die ersten paar Jahre auch sehr gut. Die beiden unternehmen viel miteinander, sind viel in der Natur und reisen gerne. Seine Frau arbeitet ein wenig als Hausbetreuung.

Ein schwerer Verkehrsunfall reißt ihn unvermittelt aus dieser Idylle. Karl-Friedrich wird Fahrrad fahrend von einem Auto erfasst und bleibt mit multiplen Knochenbrüchen am Straßenrand liegen. Er ist bei vollem Bewusstsein, als die Einsatzkräfte eintreffen. Gut kann er sich an die Worte der eintreffenden Polizisten erinnern. Beim Anblick seines zerstörten Fahrrads sagt einer: „Wo ist die Leiche?“

Er wird mit dem Hubschrauber ins Krankenhaus eingeliefert. Er wird stabilisiert, die Knochenbrüche werden optimal versorgt, und er kann einige Wochen später eigentlich völlig wieder hergestellt aus dem Spital entlassen werden.

In den Monaten nach dem Trauma baut er subjektiv körperlich ab. Er verliert Sicherheit und das Vertrauen in seine körperlichen Fähigkeiten. Dies äußert sich in einer ausgeprägten Gangunsicherheit, die dazu führt – auch weil er gut privat versichert ist –, dass er ausführlichst körperlich abgeklärt wird, und schließlich vom Neurologen auf Morbus Parkinson therapiert wird, wenn auch die Diagnose nicht zu 100% gestellt werden kann. Auch ein längerer Aufenthalt an einer psychiatrischen Abteilung folgt. Er wird mit einer Reihe Psychopharmaka entlassen, die Diagnose Depression mit Somatisierungstendenz wird gestellt. Er beginnt auch eine ambulante Psychotherapie, kann aber keine tragfähige Beziehung mit der Therapeutin aufbauen.

Als wir einander kennen lernen, stellt sich mir Karl-Friedrich als Mittsechziger in überdurchschnittlich guter körperlicher Konstitution dar. Er wirkt sehr verkrampft, verunsichert, seine Augen bewegen sich fahrig, das Focussieren bereitet ihm Mühe, ebenso das Sitzen, Gehen und Stehen. Insgesamt wirkt seine Körperspannung extrem gesteigert. Seine Schritte sind klein, der Gang sehr bewusst konzentriert, damit unrund und unnatürlich. Jeder Schritt ist ihm intellektuelle Aufgabe, das natürliche Bewegungsmuster scheint ihm abhanden gekommen zu sein. Ich verstehe, wie man auf den Verdacht auf Morbus Parkinson kommen kann. Beim Erstkontakt ist seine Gattin anwesend, eine attraktive Mittvierzigerin, sehr besorgt und umsorgend. Nach dem ersten Kennenlernen zu dritt, schlage ich vor, weitere Therapien besser im Einzelsetting durchführen zu wollen. Er willigt ein.

Wir halten die weiteren therapeutischen Gespräche in einem kleinen Raum der Physiotherapie ab, und Karl-Friedrich bittet mich, ob er auf der Therapieliege die Gespräche im Liegen durchführen könnte. Ich willige ein. Die Psychotherapie bekommt auf diese Weise einen sehr psychoanalytischen Charakter. Karl-Friedrich kann sich liegend besser entspannen, häufig hält er die Augen geschlossen, sieht mir anfangs nur kurz und fahrig in die Augen. Wenn er die Augen schließt, kann er frei assoziieren, von seinem Leben, seinen Schicksalsschlägen konzentriert und schlüssig erzählen. Warm und emotional wird die Atmosphäre, wenn er von seiner Frühkindheit im Sudetenland erzählt. Die Ähren auf den Feldern erstrahlen in warmen Tönen. Die liebevollen Großeltern sind für den kleinen Karl-Friedrich da, Geborgenheit, Wärme.

Die Brüche und Traumatisierungen der Folgejahre führen zu mehr Anspannung. Im Liegen erträgt er aber auch diese Erzählung besser.

Es ist zu dieser Zeit für mich erstaunlich, wie offensichtlich die Gesamtspannung, die Karl-Friedrich vermittelt, in dem Bogen, den wir im Rahmen der Therapiestunde gehen, nachlässt, wie entspannter und lockerer er am Ende der Stunde ist.

Begleitend ist er auch in psychiatrischer Behandlung. Die anfangs hohen Dosen an Psychopharmaka können sukzessive reduziert werden.

Entspannungsverfahren hat er im Rahmen seines Psychiatrie-Aufenthaltes gelernt. Mit Hilfe meditativer Musik und heißer Wannenbäder kann er auch zu Hause entspannen.

Langsam ist es auch wieder möglich, alte Steckenpferde aufzugreifen, mit dem Radfahren wieder zu beginnen, kleine Wanderungen mit seiner Frau durchzuführen.

Unsere Therapiesitzungen werden noch einige Zeit im Liegen fortgeführt, bis er eines Tages von sich aus vorzieht, im Sitzen fortzufahren. Die Spannung hat nun auch im neuen Setting nachgelassen, Blickkontakt macht keine Mühe mehr.

Einmal erzählt mir Karl-Friedrich freudig, er habe sich nun ein altes Motorrad gekauft. Schön, eine alte Leidenschaft wieder zu beleben!

Schließlich, nach knapp einem Jahr und über 50 Stunden Psychotherapie, können wir die Therapie einvernehmlich abschließen. Karl-Friedrich hat seine Lebensfreude wieder gefunden, reist wieder gerne und betreibt Sport.

Mehrmals fragt er mich, nun wieder genesen, was er denn nun eigentlich für eine Krankheit gehabt habe, wie den seine Diagnose nun laute. Ich kann das nicht so einfach beantworten, und vermittele das auch so. Viel Komponenten haben zu seiner

leiblichen Erkrankung geführt: der Verkehrsunfall mit der Erkenntnis der Endlichkeit des Seins, vielleicht ein bisschen Sinnverlust nach Beendigung des Berufslebens, sowie eine nicht aufgearbeitete Vergangenheit, Flucht, Vertreibung, Wiederaufbau.

Glücklicherweise war ich nicht genötigt, all das in einen ICD-Code zu verpacken.

Später hat Karl-Friedrich die Stätten seiner Kindheit im Sudetenland besucht, mit dem nunmehrigen Eigentümer seines heimatlichen Hofes gesprochen, der ihn gerne eingelassen hat. Als Andenken hat er einen Ziegelstein des großelterlichen Hofes mitgebracht.

Ein Jahr später besucht er mich unvermittelt zuhause, teilt mir mit: „Sie haben einen wichtigen Stellenwert in meiner Biographie!“

10. Diskussion

Ich habe in dieser Ausführung versucht, einen ganzheitlichen Zugangsweg, ein ganzheitliches therapeutisches Grundkonzept zu präsentieren, unter Einbeziehung sowohl humanistischer, geisteswissenschaftlicher, wie auch naturwissenschaftlicher Konzepte zu präsentieren.

Eine einseitige, meist naturwissenschaftlich orientierte, Sichtweise auf den Menschen wird der Komplexität der Phänomene, die Mensch Sein bedingen nicht gerecht.

Das Konzept des Leibes scheint mir geeignet sowohl im psychotherapeutischen wie auch im medizinischen Kontext.

Natürlich ist es von großer Wichtigkeit, Auftrag und Kontext mit dem Klienten, der Patientin zu klären. Psychotherapie soll nicht „durch die Hintertür“ in einen medizinischen Kontext eingeschleust werden, sondern stellt eine wichtige Ergänzung zu schulmedizinischen Behandlungsverfahren dar, und ist als solche auch zu erklären.

Umgekehrt ist eine medizinische Co-Betreuung von Klienten in der Psychotherapie eine hilfreiche Ergänzung. Mit einem Menschen, der sich vor Schmerz krümmt, kann man keine Psychotherapie durchführen.

Maxime muss sein, in welchem therapeutischen Kontext auch immer, als Mensch für den Menschen zur Verfügung zu sein. Jede Berührung, jedes diagnostische oder therapeutische Tun muss auf diesem Grundkonsens wurzeln.

LITERATURVERZEICHNIS

Zeitschriftenartikel

Bach, Michael. (2007). Schmerz und Depression – Ein gefährliches Duett. *Schmerznachrichten*, 4/2007, 20-21.

Battegay, Raymond. (1999). Gruppenpsychotherapie: Grundlagen, Methoden und Resultate. *Gruppenpsychother. Gruppendynamik*, 35, 54-71.

Doering, Stefan, Söllner, Wolfgang. (1997). Zur Psychosomatik chronischer Schmerzen. *Der Orthopäde*, 26(6), 521-527.

Gover, S, Pereira, SL. (2003). Is MRI useful for evaluation of acute low back pain? *Journal of Family Practice*, 52(3), 231-233.

Gross, Thomas, Jacob AL, Amsler Felix. (2011). Schmerzen nach Polytrauma. Zu oft, zu stark – aber wie messen? *Orthopädische Nachrichten*, 10/2011, 12.

Kantner-Rumplmair, Wilhelm, Ogon, Michael, Krismer, Martin, Söllner, Wolfgang. (1995). Die psycho-orthopädische Rückenschmerzgruppe. Ein Werkstattbericht. *Psychologie in der Medizin*, 6(4), 27-29.

Klimczyk, K, Kuhnt, O, Babel, S, Haase, I. (2011). Chronische Rückenschmerzen – Plädoyer für ein multimodales Therapiekonzept. *J Miner Stoffwechs*, 18(4), 145-152.

Moser, Gabriele. (2000). Psychosomatik in der Gastroenterologie. *Wiener Medizinische Wochenschrift Themenheft „Psychotherapeutische Medizin“*, 150(10), 209-212.

Philadelphia Panel. (2001). Philadelphia Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines on Selected Rehabilitation Interventions for Low Back Pain. *Physical Therapy*, 81(10), 1641-1674.

Price, Melanie, Tennant, Christopher, Smith, Ross, Butow, Phyllis, Kennedy, Susan, Kossoff, Majorie, Dunn, Stewart. (2001a). The Role of Psychosocial Factors in the Development of Breast Carcinoma: Part 1. The Cancer Prone Personality. *Cancer*, 91(4), 679-685.

Price, Melanie, Tennant, Christopher, Smith, Ross, Butow, Phyllis, Kennedy, Susan, Kossoff, Majorie, Dunn, Stewart. (2001b). The Role of Psychosocial Factors in the Development of Breast Carcinoma: Part 2. Life Event Stressors, Social Support, Defense Style and Emotional Control and their Interactions. *Cancer*, 91(4), 686-697.

Sator-Katzenschlager, Sabine. (2011). Diagnose Rückenschmerzen. *Clinicum Sonderheft 2011*, 1-8.

Schiltenswolf, Marcus. (2009), Medizin der Schmerzen – Divinum est dolorem sedare. *Orthopädie Mitteilungen*, 2/09, 174-178.

Stejskal, Jan. (2012). Wirksame Burnout-Prävention. *Österreichische Ärzte Zeitung ÖÄZ*, 1-2, 26.

Sununu, Tarek. (2002). Interdisziplinär – Die psycho-orthopädische Kreuzschmerzgruppe an der Universitätsklinik Innsbruck. *Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete*, 140 (5), 469-472.

Sununu, Tarek. (2009a). Endoprothetik bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. *Jatros Neurologie & Psychiatrie*, 6/2009, 41-42.

Sununu, Tarek. (2009b). Welchen Beitrag kann Psychotherapie zur Orthopädie leisten? *Jatros Orthopädie*, 2/2009, 56-57.

Tilg, Herbert, Kaser, Arthur. (2010). Chronisch entzündliche Darmerkrankungen. *Österreichische Ärzte Zeitung*, 3, 34-46.

Tschuschke, Volker. (1999a). Gruppenpsychotherapie – die „dritte Säule“ der psychotherapeutischen Versorgung? *Gruppenpsychother. Gruppendynamik*, 35, 114-144.

Tschuschke, Volker. (1999b). Empirische Studien mit verhaltenstherapeutischen und psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie-Behandlungen – Ein Literaturüberblick. *Gruppenpsychother. Gruppendynamik*, 35, 1-16.

Uhlir, Claudia. (2012). Wirbelsäulenoperationen im Kreuzfeuer der Kritik. *Klinik OP*, 1/2012, 16-17.

Unger, Lydia. (2003). Keine psychische Ursache? Die Entdeckung eines Gens für Morbus Crohn hat unter anderem dazu geführt, von der psychischen Komponente als Teilursache dieser Erkrankung abzugehen. Die ÖÄZ befragte Experten dazu. *Österreichische Ärzte Zeitung*, 6, 54-55.

Schiltenswolf, Marcus. (2009), Medizin der Schmerzen – Divinum est dolorem sedare. *Orthopädie Mitteilungen*, 2/09, 174-178.

Herausgeberwerke

Hildebrandt, Jan & Pfingsten, Michael. (Hrsg.). (2012). *Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule* (2., überarbeitete Auflage). München: Urban & Fischer.

Hochgerner, Markus, Hoffmann-Widhalm, Herta, Nausner, Liselotte & Wildberger, Elisabeth (Hrsg.). (2004). *Gestalttherapie*. Wien: Facultas.

Petzold, Hilarion. (Hrsg.). (1986). *Leiblichkeit – Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*. Paderborn: Junfermann.

Uexkuell, Thure von. (2003). *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns* (6., neu bearbeitete und erweiterte Auflage). München: Urban & Fischer

Lexika

Pschyrembel, Willibald (Begr.), Zink, Othmar (Begr.) & Dornblüth, Otto (Begr.). (1990). *Klinisches Wörterbuch* (256., neu bearbeitete Auflage). Berlin: Walter de Gruyter

Monographien (ein/e AutorIn)

Ferenczi, Sándor. (1999). *Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Friedlaender, Salomo. (1926). *Schöpferische Indifferenz*. (2. durch ein Vorwort vermehrte Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag

Fuchs, Thomas. (2000). *Leib, Raum, Person – Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie*. Stuttgart: Klett-Cotta

Hengstschläger, Markus. (2012). *Die Durchschnittsfalle. Gene – Talente – Chancen*. Salzburg: Ecowin Verlag

Kierkegaard, Sören. (2007). *Die Krankheit zum Tode. Furcht und Zittern. Die Wiederholung. Der Begriff der Angst*. (2. Auflage). München: Deutscher Taschenbuch Verlag

Kübler-Ross, Elisabeth. (2002). *Über den Tod und das Leben danach* (31. Auflage). Güllenheim: Silberschnur

Nietzsche, Friedrich. (1993). *Jenseits von Gut und Böse. Zur Genealogie der Moral. Kritische Studienausgabe Band 5*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag

Nietzsche, Friedrich. (2007). *Also sprach Zarathustra*. Frankfurt am Main: Insel Verlag

Orbach, Susie. (2009). *Bodies*. London: Profile Books Ltd

Perls, Frederick S. (2007). *Das Ich, der Hunger und die Aggression*. (7. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta

Petzold, Hilarion G. (2003). *Integrative Therapie II/2*. (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Paderborn: Junfermann

Rogers, Carl R. (2010). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Schmitz, Hermann. (2007). *Der Leib, der Raum und die Gefühle*. Bielefeld: Edition Sirius

Walch, Sylvester. (1981). *Subjekt, Realität und Realitätsbewältigung*. (2. überarbeitete Auflage). München: Minerva

Weizsäcker, Viktor von. (1987). *Gesammelte Schriften 5 – Der Arzt und der Kranke. Stücke einer medizinischen Anthropologie*. Frankfurt: Suhrkamp

Weizsäcker, Viktor von. (2005). *Gesammelte Schriften 10 – Pathosophie*. Frankfurt: Suhrkamp

Winnicott, Donald W. (2006). *Vom Spiel zur Kreativität* (11. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta

Monographien (mehrere AutorInnen)

Bräutigam, Walter & Christian, Paul. (1986). *Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch* (4. neubearbeitete Auflage). Stuttgart: Thieme

Cecchin, Gianfranco, Lane, Gary & Ray, Wendel A. (1996). *Respektlosigkeit*. (2. Auflage). Heidelberg: Carl Auer Systeme

Heinl, Hildegund & Heinl, Peter. (2005). *Körperschmerz – Seelenschmerz. Die Psychosomatik des Bewegungssystems. Ein Leitfaden.* (2. Auflage). München: Kösel

Plesse, Michael & St. Clair, Gabrielle. (1992). *Feuer der Sinnlichkeit. Licht des Herzens.* München: Goldmann