

Medizin der Person Weggis 10. August 2006

Demotivierende Situationen: Der chronische Schmerz

Chronischer Schmerz demotiviert. Er hat keinen Sinn. Er braucht Kraft, Energie, Zeit, Konzentration. Wozu? Der Zweck eines „normalen“ akuten Schmerzes ist klar: Achtung hier geschieht etwas Übles. Mach etwas dagegen. In vielen Situationen kann der Übeltäter, ein Fremdkörper im Auge, eine stechende Wespe, ein gebrochener Arm mehr oder weniger rasch identifiziert werden und die geeignete Hilfe wird gefunden. Der Schmerz hatte einen Sinn. Ich verstehe ihn. Er motiviert mich zum zielgerichteten Handeln. Auch Bauchschmerzen, die zu Abklärungen führen sind sinnvoll und motivieren uns, etwas Aktives dagegen zu tun. Warum wirkt ein chronischer Schmerz denn so sinnlos und demotivierend?

Ich möchte in den kommenden 20 Minuten über chronische Schmerzen sprechen, wie sie mir in der Praxis des Schmerztherapeuten begegnen, und einige Gedanken zur Motivation darlegen.

Schmerz ist ambivalent.

Schmerz an sich ist ambivalent. Er bedeutet Leben. Nur was lebt schmerzt. Was nicht schmerzen kann, ist „wie tot“. Andererseits ist Schmerz auch potentiell Sterben. Er bedeutet Krankheit, Bedrohung, Einschränkung der Integrität, der Freiheit zu handeln, zu leben, Unsicherheit, Angst. Er weckt Assoziationen an ähnliche eigene oder fremde Schmerzen mit all ihren positiven oder negativen Folgen für das Leben, die Existenz. Nicht umsonst genießen Menschen, die Schmerzen beseitigen können, in allen Kulturen ein relativ hohes Ansehen. Die Ambivalenz des Schmerzes motiviert. Man kann und muss etwas machen. Es ist noch nicht zu spät. Es lebt noch und meldet sich. Die Ursache muss gefunden werden und wenn sie behoben ist, bin ich wieder der alte, wieder gesund wie vorher. Los wir schaffen es!

Aber wenn der Schmerz nicht vergeht oder immer wieder kommt? Wenn wir die Ursache nicht finden oder nicht beheben können? Was dann?

Chronischer Schmerz demotiviert

Entweder die Ursache lässt sich nicht beheben wie bei Rückenschmerzen nach Operationen: das failed back surgery syndrome, oder wir kennen die Ursache nicht und der Schmerz reagiert nicht auf Schmerzmittel oder invasive Massnahmen wie bei chronischer Migräne oder Trigeminusschmerzen. Womöglich führen wohlgemeinte Massnahmen noch zu stärkeren Schmerzen. Die Reserven schwinden. Der Arzt beginnt von Geduld zu sprechen. Dabei hatte ich als Patient schon so lange Geduld. Spezialisten werden begrüsst. Sie untersuchen alle auf ihrem Spezialgebiet. Sie haben einige Ideen aber der Schmerz bleibt. Mein Mut schwindet. Ich beginne an mir und den Ärzten zu zweifeln. Man spricht vom Psychiater. Dabei hat alles mit Rückenschmerzen begonnen ohne jede psychische Problematik. Der Psychiater findet auch nichts. Es ist zum Verzweifeln. Die Arbeit ist nicht mehr möglich. Es geht bergab. Die Kollegen fragen nicht mehr, wie es mir geht. Die Familie wird ungeduldig, das Geld wird knapp. Ich mag nicht mehr. Und was ich auch gegen meine Schmerzen mache, es ändert sich nichts. Ähnlich tönt es bei chronischer Migräne oder bei Fusschmerzen nach einem Morbus Sudeck. Jede Nebenwirkung von Medikamenten senkt die Erfolgchance zusätzlich. Schmerzmittel machen Bauchweh, Nausea, müde und nützen nichts. Die Motivation, etwas zu unternehmen, sinkt nach jedem frustrierten Versuch.

Was hilft, Motivation aufzubauen?

Integrierendes und desintegrierendes Verhalten

Galen nannte eine Wunde *solutio continuitatis* „Auflösung des Zusammenhaltes“. Schmerz ist Ausdruck einer Wunde oder Läsion im weitesten Sinne. Gemäss der internationalen Vereinigung zum Studium des Schmerzes ist der Schmerz „*ein unangenehmes Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebeschädigung verbunden ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird*“. Das Gefühl des Schadens ist auch beim chronischen Schmerz vorhanden, auch wenn gar kein zusätzlicher Schaden entsteht. Aber mit dem Schmerz leidet der Zusammenhalt des ganzen Menschen. Er versucht, sich vom leidenden Teil zu trennen, ihn abzugrenzen und von Spezialisten behandeln zu lassen, damit er möglichst wenig stört. Am liebsten gäbe er den schmerzenden Arm in die Werkstatt zur Reparatur, um ihn in einigen Tagen geflickt wieder abzuholen. Der Schmerz wird damit desintegriert. Besonders beim chronischen Schmerz ergibt sich dabei mit der Zeit eine Instabilität, eine Unsicherheit. Statt dessen ist eine integrierende Verhaltensweise weniger verunsichernd. Wenn der Mensch versucht, seinen Schmerz zu akzeptieren und in sein Leben einzubauen und die Bedeutung für seine innere Entwicklung zu ergründen sucht, sind dies stabilisierende Massnahmen. Kulturelle Entwicklungen fördern oder hemmen integrierendes Verhalten. So war das christlich – mittelalterliche Denken sehr schmerztolerant. Schmerz und Krankheit wurde als von Gott gesandte Prüfung verstanden und dementsprechend auch von der Familie und Gemeinschaft bis zu einem gewissen Grade mitgetragen. Der Leidende genoss sogar ein wenig das Prestige des Auserwähltseins, mit Christus oder mit der Mutter Gottes leiden zu dürfen. Eine andere Betrachtung war natürlich, das Leiden als gerechte Strafe für echte oder vermeintliche Sünden anzusehen. Beide Haltungen sind aber als integrierendes Verhalten zu werten. Der Schmerz wurde sozial und im individuellen Leben irgendwie sinnerfüllt eingebaut und der Leidende als Teil der Gesellschaft mit seiner Funktion respektiert.

Auch medizinisch wurde Krankheit als Ungleichgewicht der 4 Säfte ganzheitlich verstanden. Dies änderte im Laufe der Neuzeit unter der wissenschaftlich – analytischen Denkweise, die mit Descartes ihren Anfang nahm und bis heute in der westlichen Medizin den weitgehenden Standard für die Beurteilung von Gesundheitsstörungen darstellt. Krankheit als Zeichen von Schuld oder als diesseitige Läuterung für ein besseres Jenseits zu verstehen, ist heute zum Glück auch in religiösen Kreisen weitgehend vorbei. Nur führt die isolierte Betrachtung eines Schmerzes als organbezogenen Ausdruck einer Gewebsschädigung bei chronischen nicht erklärten Schmerzen zu Verständnislosigkeit. Nicht nur der Kranke sondern auch seine Umgebung, die Familie, die Kollegen und Freunde, die Versicherungen verstehen nicht, was ein solcher Schmerz bedeutet. Der Patient wird in seinem Leiden nur noch wenig ernst genommen. Man kann ja nichts für ihn tun. Er hat ja nichts. Sein Leiden hat keine Bedeutung, die über den blossen Schmerz hinausginge. Es kann nicht ins Gesamtbild integriert werden sondern stört nur. Der Leidende wird oft mehr und mehr isoliert.

Vier Säulen der menschlichen Existenz

Die Bedeutung dieser Desintegration wird klar, wenn wir uns vergegenwärtigen, dass die Stabilität der menschlichen Existenz im Wesentlichen auf vier Säulen gründet:

1. Die körperliche und seelische Gesundheit
2. die familiäre Zelle
3. die existenzsichernde und sinngebende Arbeit
4. das soziokulturelle und religiöse Beziehungsnetz

Wenn mehr als eine dieser Säulen gründlich erschüttert wird, ist die Existenz eines Menschen aufs schwerste gefährdet. Natürlich hängen alle Komponenten aneinander und sind interaktiv verbunden. Aber eine geschädigte Säule wird eher ertragen je sicherer die drei verbleibenden sind. Wenn also durch den chronischen Schmerz die Arbeitsstelle verloren geht, die Familie zerbricht oder ein gesellschaftlicher und religiöser Halt fehlt, ist die Chance, für eine Kompensation der Situation schlecht. Solange die drei anderen Säulen halten, dürfen wir uns als Ärzte getrost um den Schmerz als solchen kümmern. Entscheidend ist zu verhindern, dass durch den Schmerz noch mehr kaputt geht. Je hartnäckiger der Schmerz gegen unsere Therapie ist, desto intensiver sollten wir auch für die anderen drei Säulen sorgen. Eine langjährige Polyarthritispatientin sagte mir, ihre Scheidung hätte sie viel mehr getroffen als die Polyarthritis, obwohl sie dauernd Schmerzen hat und behindert ist. Andererseits habe sie durch ihren Glauben die Kraft gefunden, mit den Schmerzen besser umzugehen. Wesentliche Erleichterung bringt ihr auch, wenn sie von ihren Kindern oder Freunden trotz der Schmerzen zu einem gemeinsamen Essen, einem Konzertbesuch oder auch nur zu einem kleinen Spaziergang überredet wird. Die drei Säulen der sinngebenden Arbeit, der Familie und der religiösen und soziokulturellen Bindung sind für die Schmerzintegration entscheidend.

Praktische Arbeit am Schmerz

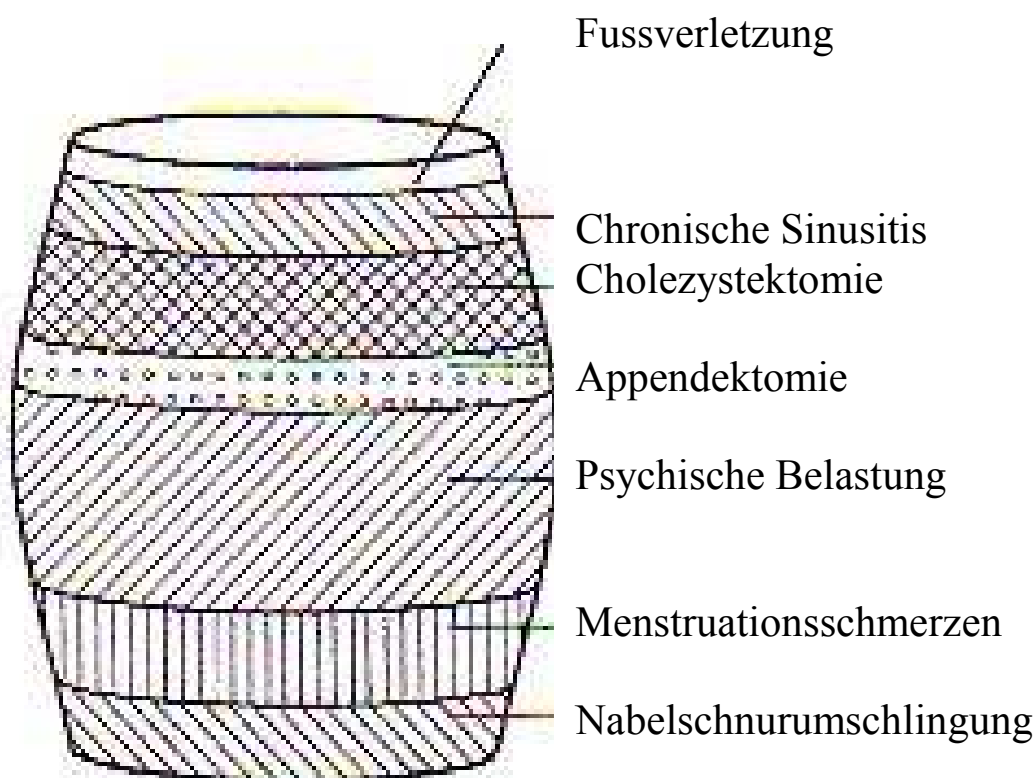
Als Internist in einer Schmerzklinik mit rund 20 Ärzten und Ärztinnen verschiedener Spezialitäten erbe ich von den Kollegen oft Patienten und Patientinnen mit strukturell nicht erklärbaren chronischen Schmerzen wie Kopfschmerzen, Gesichtsschmerzen, Bein- und Armschmerzen z.B. nach M. Sudeck, Rückenschmerzen und Bauchschmerzen. Häufig sind die Patienten schon in mehreren Richtungen untersucht und behandelt worden, ohne durchschlagenden Erfolg. Auch die Psychiater sind in unserer Klinik gut beschäftigt und können manchen Knopf lösen oder mit Antidepressiva eine Schmerzdistanzierung erreichen. Dies wirkt häufig motivierend auf Patienten, die zu Depressionen neigen und keinen Ausweg mehr sehen. Wenn sie zu mir kommen, wissen sie meist, dass sie Spritzen bekommen werden, sonst aber wenig über meine Therapieverfahren. Ich möchte Euch kurz meine Arbeitsweise vorstellen, damit Ihr versteht, wo ich für chronische Schmerzen und allgemein für chronische Leiden eine Chance sehe.

Die chronische Krankheit

Eine chronische Störung entwickelt sich nach Speransky dann, wenn der Körper zu wenig „freie Heilungskapazität“ mehr zur Verfügung hat. Eine frische Verletzung kann dann schlecht abheilen, oder eine bisher stumme chronische Krankheit kommt zum Vorschein: eine Spondylarthrose wird schmerzhaft, eine chronische Sinusitis wird immer wieder akut. Am liebsten brauche ich mit Prof. Lorenz Fischer, Dozent für Neuraltherapie in Bern, das Bild eines Fasses. Das Fass wird durch alle Belastungen des Lebens mehr oder weniger schnell aufgefüllt und ist jetzt am überlaufen. Seelische und körperliche Verletzungen, Umweltgifte, chronische Entzündungen, Ernährungsfehler und Zigarettenrauch bringen das Fass zum Überlaufen. Das Überlaufen versinnbildlicht die Dekompensation der Heilungskräfte, respektive das Chronischwerden einer Störung. Wenn ich der Patientin zu verstehen gebe, dass in diesem Fass nicht nur die Fibromyalgie steckt, sondern auch die familiäre Belastung mit Migräne und die Tonsillektomie und die Nabelschnurumschlingung bei der Geburt und die monatlichen Menstruationsschmerzen, wird sie leichter zu motivieren sein, wenigstens die Belastungen, die sie beeinflussen kann, wie ein verfehltes Carrieredenken, einen Nikotinabusus, oder eine falsche Ernährung zu verändern und damit etwas Sinnvolles für ihre Gesundheit zu tun. In einem gewissen Sinne geht es um eine Psychotherapie und Streßreduktion des Körpers. Wir wollen soviel wie möglich nicht nur seelische sondern auch körperliche Konflikte bewusst machen und lösen. Psychische Narben müssen und können bekanntlich mit psychotherapeutischen Methoden entstört werden.

Physische Narben haben eine ähnlich störende Wirkung auf den Organismus. Sie können das Fass zum Überlaufen bringen und eben chronische Schmerzen bewirken. Nun haben die Gebrüder Huneke in der Mitte des vergangenen Jahrhunderts entdeckt, dass die Infiltration mit Lokalanästhetika den Störeffekt löschen kann. Damit klingen die induzierten Störungen ab. Manchmal geschieht dies recht dramatisch innert Sekundenbruchteilen, manchmal braucht es mehrere Behandlungen. Gelegentlich muss mit anderen Massnahmen wie Ernährungsumstellungen, Eisensubstitution oder auch kombiniert mit Psychotherapie die Reaktionsfähigkeit des Körpers, die sogenannte Regulation verbessert werden, damit die Injektionen wirken können. Wenn ich dann mit Procaininjektionen den Schmerz nachhaltig beeinflussen kann, wird der Patient gerne weiter mithelfen, das Fass zu leeren. Er spürt dann, dass er selbst heil wird und die chronische Störung auch ohne Tabletten bessert.

Belastungen des Organismus, die das Fass schliesslich zum Überlaufen bringen



Nach Fischer L. Lb Neuraltherapie

Ganzheitliche Therapie im Sinne der Medizin der Person

Sie erkennen leicht, dass es hier nicht einfach um ein Konzept der Psychosomatik geht. Der kranke Mensch muss so gut wie möglich mit all seinen Belastungen, seien sie seelisch oder körperlich, erfasst werden. Oft stellt sich heraus, dass eine Verletzung in der Jugend zwar medizinisch eine Banalität aber für den jungen Menschen emotional eine sehr grosse Wunde darstellte, weil die Mutter seinen Schmerz nicht verstand und er allein ins Spital musste. Dort hat man ihn zudem unter schlecht sitzender Lokalanästhesie genäht. Solche Narben sind oft

starke Störfelder, während auch grössere problemlose Wahooperationen stumm bleiben können. Der Patient merkt auch rasch, dass uns nicht nur die medizinische technische Seite interessiert, sondern mehr noch, was eine Krankheit oder Verletzung für ihn bedeutet hat oder jetzt noch bedeutet. Auf welcher Grundlage ist der heute so therapieresistente Schmerz gewachsen? Dabei vermischen sich seelische und körperliche Aspekte häufig. Die Behandlung mit der Lokalanästhesie ist Gelegenheit, den Patienten zu fragen, ob er seiner Mutter vergeben hat, dass sie ihn damals allein gelassen hat. Oder bei einer Frau die Probleme bei einer Geburt hatte, ob die schmerzhafte Dammschnittnarbe die ehelichen Beziehungen stark belastet habe. Fragen, die manchmal sehr tiefe Wunden wieder aufbrechen lassen. Die Behandlung der zugehörigen Narben mit Procain oder eventuell mit physiotherapeutischen Methoden wirkt dann wie eine symbolische Handlung erlösend und ergibt manch vertieftes Gespräch, das weitere Wunden zu behandeln erlaubt.

Beispiele

Mit drei Beispielen möchte ich einige Elemente aufzeigen, die für die Bedeutung des chronischen Schmerzes im Leben eines Menschen und gelegentlich auch für seine Behandlung wichtig sind.

1. Interesse für den Schmerz und seine Entstehung

Die 62 jährige Frau Rossi, wird vom Hausarzt zugewiesen wegen invalidisierender Thoraxschmerzen, die allen Schmerzmitteln und Physiotherapien trotzen und auch psychiatrisch nicht zu behandeln waren. Die Patientin sei emotionell labil und immer etwas deprimiert. Nach 4 Jahren sind diese Schmerzen kaum mehr zum aushalten und die Patientin, eine alleinstehende Witwe, isoliert sich zunehmend. Sie beschreibt Schmerzen auf der linken Thoraxhälfte dorsal, die bei irgendwelchen Bewegungen wie bügeln, abstauben, abwaschen und anderen leichten Haushaltarbeiten entstehen, ohne dass die einzelne Bewegung schon Schmerzen auslösen würde. Wenn sie da sind, habe sie Mühe mit der Atmung. Es seien Schmerzen wie Messerstiche oder Nadeln im ganzen Brustkorb. Auf der Lunge habe man nichts gefunden. MRI der BWS und LWS sowie des Thorax sind normal. Seit 4 Jahren bestehen die Schmerzen so wie heute zunehmend. Vor 11 Jahren sei sie aber die Kellertreppe runtergestürzt und dabei mit der linken Thoraxseite aufgeprallt, ohne dass anschliessend stärkere Schmerzen aufgetreten seien. Erst 7 Jahre später sei am selben Ort der Schmerz von heute entstanden. Der Frage nach Kindern will sie ausweichen und nur ganz kurz beantworten. Das führe zu weit. Ich insistiere und es zeigt sich, dass der Ehemann vor 15 Jahren bei einem Raubüberfall auf die von beiden betriebene Tankstelle mit mehreren Messerstichen ermordet wurde und der Sohn 2 Jahre später nach mehreren Entziehungskuren an einer Überdosis Heroin gestorben ist. Ich bemerke, das sei ein grosser Rucksack, den sie mitschleppe, den wir auch nicht einfach wegspritzen könnten. Wir müssten auf der körperlichen Seite beginnen und die alten Verletzungen beruhigen. Da zeigt sie grosse Erleichterung. Endlich ein Arzt, der nicht gleich auf die Psyche losgeht. Und interessiert fragt sie, was man denn körperlich machen könne. Die anschliessenden Spritzen über den Costovertebralgelenken, wo sie beim Treppensturz aufgeschlagen war, und an das Ganglion stellatum bringen denn auch eine deutliche Entspannung.

Frau Rossi zeigt mir, wie sehr die psychologische Erklärung der Schmerzen entmutigen kann, wenn sie schon wiederholt angeführt wurde, um zu erklären, warum nichts hilft. Dazu ist festzuhalten, dass ich eine psychische Komponente ihrer Schmerzen gar nicht leugnen möchte. Aber die Verletzung beim Sturz auf der Kellertreppe war ebenso eine dramatische Verletzung, die es zu behandeln gilt. Und für Frau Rossi war wichtig und motivierend, diese

Verletzung ernst genommen zu sehen und ihren Zusammenhang mit dem jetzigen Schmerz bestätigt zu finden.

Es war wichtig, sich für den ganzen Schmerz zu interessieren und nicht am furchtbaren Tod des Ehemannes und am tragischen Sterben des Sohnes festzukleben. Auch das erste lokale Auftreten beim Treppensturz hat eine Bedeutung, auch wenn es äusserlich spurlos blieb. Das Gefühl der Patientin, dass hierzu ein Zusammenhang bestehe, muss primär ernst genommen werden. Die Patientin leistet einen aktiven Beitrag an das Schmerzverständnis, der gewürdigt sein muss, auch wenn er zuerst abwegig erscheint, dass sieben Jahre nach dem Sturz ein Schmerz wieder auftreten könnte.

2. Glaube an die Selbstheilungskräfte

Herr Waser, 49 jähriger Bankprokurist, wird vom Hausarzt wegen heftigen Präkordialgien ohne kardiale Ursache zugewiesen. Dazu kommen Missgefühle im Gesicht, die ihn so massiv stören, dass er seine Arbeit niederlegen muss. Er wird nach 6 Monaten arbeitsunfähig und fürchtet um seine Stelle und Karriere in der Grossbank. Bei der Untersuchung zeigt sich das Bild des burn out syndroms mit Einengung der Interessen und übermässigem Einsatz mit letztlich unverhältnismässig wenig Erfolg. Die körperliche Untersuchung ist normal und doch sind die Beschwerden klar körperlicher Natur. Nur können sie nicht gemäss Lehrbüchern erklärt werden. Das „Belegtsein“ des ganzen Gesichtes bis über die Schultern wie eine Ledermaske lässt sich nirgends einreihen. Der Patient war völlig entmutigt als er zu mir kam. Er hatte schon zwölf Psychotherapiestunden hinter sich und meinte, ich könne ihn gleich der Invalidenversicherung anmelden. Es habe doch alles keinen Sinn. Bis er wieder arbeiten könne, sei seine Stelle vergeben und die Laufbahn zerstört. Er schluckte ein Antidepressivum. Die Psychologin war von der Psychogenizität der Symptome voll überzeugt und meinte, man müsse ihr nur Zeit lassen. Mir gegenüber äusserte der Patient jedoch die feste Überzeugung einer somatischen Krankheit oder Störung.

Hier ging es darum, bei der vorwiegend psychisch bedingten Störung einen somatischen Ansatz zu finden, der dem Patienten helfen konnte, sein Gesicht als Bankmann zu wahren. Er konnte nicht wegen einer rein psychischen Störung von der Arbeit wegbleiben. Da es sich um rein vegetative Symptome handelte, konnte ich mit einer Behandlung der vegetativen Ganglien immer wieder recht gute Verbesserungen erzielen. Parallel dazu arbeitete er mit der Psychologin mit verhaltenstherapeutischen Techniken an seiner Arbeitsproblematik. Die Erfahrung, dass mit den Injektionen in Gesicht und Hals sowie an die Schmerzpunkte die körperliche Störung abheilen konnte, gab ihm den Mut, an seine Heilung zu glauben und auf der psychischen Ebene ebenfalls mitzumachen. Nach 6 Monaten war der Mann wieder an seinem Platz. Er hatte wieder mit Sport begonnen und hatte gelernt, zu zusätzlichen Aufgaben nein zu sagen und sich so den nötigen Freiraum zu erhalten.

3. Eigenverantwortung übernehmen

Frau Rot, 65 jährige Witwe hatte ihren Mann jahrelang nach einem Hirnschlag gepflegt und lebt seit seinem Tod vor 6 Jahren allein im grossen Haus der Familie. Ihre Tochter, erfolgreiche Rechtsanwältin, möchte unbedingt ihr Erbteil haben und macht der Mutter das Leben schwer. Seit 4 Jahren hat Frau Rot eine Fibromyalgie entwickelt und leidet zunehmend an massiven Schmerzen, die sie in all ihren Plänen einschränken, sie am Schlafen hindern und ihr das Alleinsein zur Qual machen. Sie möchte reisen, etwas unternehmen und realisiert, dass das nicht mehr geht und das Haus ihr zur Last wird. Eine schwere reaktive Depression ist die Folge. Alle Ärzte raten ihr zur Psychotherapie und füllen sie mit Psychopharmaka ab. Die Analgetika nützen nichts, Morphin und viele andere Substanzen erträgt sie nicht. Schliesslich wird sie von einem Kollegen operiert, der die Hautnerven an den Akupunkturpunkten von Einscheidungen freischneidet. Trotz viel Geld sind die Schmerzen unverändert. Die Patientin ist völlig verzweifelt und wird uns zur Schmerztherapie zugewiesen. Der operierte Arm

schmerzt jetzt auch, nachdem sie bisher an den Armen wenig Schmerzen hatte. Beine, Rücken und Hals sind stark dolent und die Muskeln verspannt. Jeder Stress, jede kleine emotionale Belastung oder physiotherapeutische Anforderung führen zu Schmerzzunahme. Auch unsererseits ist die Situation sehr schwer anzugehen. Im Gespräch kommen immer wieder die Fragen: Können Sie etwas für mich tun, bin ich ein hoffnungslose Fall, werde ich immer mit diesen Schmerzen leben müssen? Ich weiss wirklich nicht, was ich ihr antworten soll. Die Familie ist dahin, die Fibromyalgie kann niemand heilen. Die Tochter kann ich auch nicht ändern. Der Psychiater nimmt sich ihrer an, kann aber ihre Verzweiflung nicht beeinflussen, weil die Schmerzen zu stark sind. Nach einem neuen langen Gespräch über ihre Situation fällt mir bei der genauen klinischen Untersuchung der druckdolente Dünndarm und die empfindliche Magengrube auf. Ich beschliesse, ihr eine Diätbehandlung nach FX Mayr zu empfehlen. Vielleicht bringt die metabolische Umstellung eine Erleichterung. Ich erkläre ihr eingehend die Geschichte mit der Darmreinigung durch Abführsalz, der Schondiät mit Milch und alten Brötchen, der Basenbrühe und den Reinigungseinläufen. Das Prinzip leuchtet ihr ein und sie kann etwas selber tun, das ihr nützt. Sie scheint erleichtert und von Tag zu Tag wird sie stabiler. Sie kann wieder schlafen. Interessiert liest sie das Buch über die Darmbehandlung. Erfreut teilt sie mir mit, dass das Paracetamol wieder hilft. Sie kann selbst etwas für sich tun. Ich gebe ihr eine CD mit einem Muskelrelaxationsprogramm. Auch das wird jetzt akzeptiert und durchgeführt. Nach einigen Tagen berichtet sie, dass sie die Übungen schon recht gut machen könne und eine gute Entspannung spüre. Das verhindert nicht, dass sie immer noch Schmerzen hat und immer wieder in einen „Stress“ kommt, der sie in Verzweiflung bringt. Aber sie kann aktiv etwas tun, wenn sie verspannt ist und sie weiss, wie sie essen muss, dass wenigstens ihr Darm nicht mehr so leidet. Wenn es ihr nicht so gut geht, muss sie sich selbst wenigstens zum Teil die Verantwortung zuschieben. Nach drei Wochen intensiver Therapie kehrt sie ins Haus einer Freundin zurück und meint doch eine 30 % ige Besserung ihrer Schmerzen zu spüren und mit der Ernährungsumstellung und der Muskelrelaxation sinnvolle und wirksame Massnahmen kennen gelernt zu haben.

In dieser Situation, wo wir als Therapeuten eigentlich nichts gegen die Schmerzen machen können, ist es ganz entscheidend, der Patientin zu helfen wenigstens zu realisieren, was sie selbst beitragen kann und muss. Das gibt ihr Mut und Kraft, den Morgen mit seiner Müdigkeit zu überstehen und den Nachmittag etwas mehr zu geniessen.

Meist sind die Patienten so auf ihren lokalisierten Schmerz oder die Schmerzkrankheit fixiert, dass sie nicht verstehen, wieso an einer ganz anderen Stelle z. B. an der Verdauung bei Fibromyalgie angesetzt werden muss. Hier hat sich mir das Bild des Fasses sehr gut bewährt. Es zeigt dem Kranken, dass die Krankheit auf dem ganzen Leben gewissermassen gewachsen ist und deshalb viele Komponenten zur Besserung beitragen können. Damit steigt auch die Bereitschaft, über seelische Belastungen zu sprechen und ihre Bewältigung in die Behandlung einzubeziehen. Andererseits wirkt die Schmerzlinderung durch eine Injektion am richtigen Ort immer wieder motivierend, an die Möglichkeit der Besserung zu glauben und auch die Lösung seelischer Konflikte an die Hand zu nehmen.

Zusammenfassend ist hervorzuheben:

Chronische Schmerzen demotivieren, weil ihr Sinn schwer verstanden werden kann.

Sie als Folge vieler im Leben erfahrener Belastungen zu sehen, erleichtert das Annehmen und schafft eine Grundlage für die Behandlung.

Die Behandlung sollte möglichst viele der alten und neuen Belastungen einbeziehen. Durch die Verbindung von körperlichen und seelischen Verletzungen und Narben im Gespräch verliert das „Psychische“ seinen negativen Aspekt des „Eingebildeten Schmerzes“.

Damit fühlt sich der Patient in seiner Ganzheit ernst genommen und kann wieder ein Vertrauen zu sich und auch zum Therapeuten aufbauen und Hoffnung für die Integration und

Besserung seiner Schmerzen schöpfen. Schliesslich sind die drei anderen tragenden Säulen unserer Existenz die Familie, die Arbeit und die religiöse und soziokulturelle Verankerung im Gespräch immer wieder zu testen und zu stützen.

Und was motiviert mich nun als Arzt?

Der Patient wird vom hoffnungslosen austherapierten Fall oft zu einem Menschen mit einem hochinteressanten Entwicklungsprozeß, in den ich steuernd eingreifen darf. Die Beobachtung auch kleiner Entwicklungen, die von der Hoffnungslosigkeit wegführen, lassen mich immer neue Elemente suchen, die den Organismus hindern, Schmerzen abzubauen. Wenn ich im Gespräch mit dem Patienten Ereignisse oder Verletzungen entdecke, die dann einer Therapie zugänglich sind, ist das wieder ein gemeinsamer Schritt voran, der uns beiden Freude macht. Möglich ist das nur, wenn ich mir Zeit nehmen kann, auf die Patienten zu hören und eine Beziehung aufzunehmen, die ihn als voll verantwortlichen Partner in unserer Arbeit zu zweit annimmt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit