

Christiane Geiser

Die Qualität des Fragens. Über Empathie im Umgang mit chronischem Leiden. ¹

in: Renata Jenny, Yvonne Traber (Hg.), *Wo beginnt Heilung? Kritische Ansätze in der Therapie somatoformer Störungen*, Berlin 2008, S. 91-121

„Daher können wir sagen, dass auf einer somatischen, einer psychischen und einer sozialen Ebene ständig Beziehungsfäden gesponnen und miteinander verwoben werden müssen, wenn Gesundheit erzeugt und Krankheit abgewehrt werden soll....Therapie heisst Antworten geben, die dem Patienten zeigen, dass die Zeichen, die er auf einer körperlichen, psychischen oder sozialen Ebene sendet, verstanden werden und ihn in die Lage versetzen, seine Wirklichkeit in zunehmendem Masse salutogenetisch zu gestalten.“

Thure von Uexküll

I. Einführende Bemerkungen

Interessant, aber auch tragisch ist, dass von all unseren PatientInnen es ausgerechnet diejenigen mit „somatoformen Störungen“ sind, die sich am wenigsten verstanden, am meisten allein gelassen fühlen.

Und auch wir, ihre behandelnden ÄrztInnen und TherapeutInnen, fühlen uns im Umgang mit ihnen oft (mehr als bei anderen) genervt, hilflos, überfordert.

Wenn wir uns trauen, sagen wir in der Supervision: „Wir würden ihnen ja gerne helfen, sie gut behandeln, Erfolge sehen. Aber es ist so schwierig. Kann man denn immer etwas haben? Können denn die nicht mal über etwas anderes reden?“ Auf der Beliebtheitskala rangieren SchmerzpatientInnen weit unten.

In den Selbsthilfegruppen sagen sie dann aber: „Meint Ihr denn nicht, wir würden auch gern mal über etwas anderes reden, uns mehr bewegen, lachen? Aber versetzt Euch mal in unsere Lage! Wie würde es Euch denn gehen?“ Eine berechtigte Frage, mit der wir uns noch beschäftigen werden.

Viele SchmerzpatientInnen und ihre Behandelnden geraten nach kurzer Zeit in eine Sackgasse. Etwas geht nicht mehr vorwärts. Prozesse stoppen respektive werden unverändert weiter getragen². Bewegungen, die es notwendigerweise für Veränderungsprozesse braucht, finden nicht mehr statt. Das ganze Beziehungsgeflecht, das „Zwischen“ (zwischen PatientIn und Symptom; zwischen PatientIn und Mitwelt; zwischen uns und ihnen; in unserem Selbstbezug) ist erstarrt, kann nicht mehr genügend verstanden werden, ist stecken geblieben in Einseitigkeiten und Wiederholungen.

¹ Leicht überarbeiteter Artikel zum Workshop „Wie reden? Wie erleben? Wie berühren?“, der am Nachmittag der Tagung „*Wo beginnt Heilung? Kritische Ansätze in der Therapie somatoformer Störungen. Eine interdisziplinäre Tagung zur Psychosomatik*“ am 27.11.2007 in Olten von Christiane Geiser und Ernst Juchli geleitet wurde.

² Die Metapher des „gestoppten Prozesses“, der vorangetragen werden kann („*carrying forward*“), stammt von Eugene Gendlin, einem Philosophen, Psychotherapeuten und frühen Mitarbeiter von Carl R. Rogers, dem Begründer der klienten-/personenzentrierten Psychotherapie. Seine Arbeiten sind zu finden in der „Gendlin Online Library“, <http://www.focusing.org/gendlin/>

Wir wollten in diesem Workshop herausfinden, ob und wie es gelingen kann, diese erstarrten Prozesse - „frozen wholes“, wie sie Gendlin nennt³ - wieder in Gang zu setzen. Wegweisend können dabei die Begriffe **Beziehung** und **Bewegung** sein. Die unhintergehbare Grundhaltung ist die des **Lernens**. Als Werkzeuge sollen uns **Empathie** und **Resonanz** dienen, zwei bewährte Verfahren oder besser Haltungen in der klientenzentrierten Therapie-Tradition⁴, die vor lauter Hirnbildern, Manualen, Evidenzbasiertheit und Lösungsorientiertheit in der Arbeit mit chronischem Schmerz oft in den Hintergrund geraten sind und wieder hervorgeholt werden sollen.

Beim Schreiben bin ich nah am Workshop-Charakter geblieben, mit ausführlichen Darstellungen der Übungen und praxisnahen Beispielen. Ich spanne einen Bogen von der Alltagsempathie zur professionellen Empathie, die uns erlaubt, Ideen, Mut und Geduld auch für dieses Klientel zu finden. Günstige und ungünstige Vorgehensweisen bei der Arbeit mit dem Körper und der Sprache sollen aufgeführt werden.

II. Alltags-Empathie⁵: unsere eigene Beziehung zum Leiden

„Versetzen Sie sich doch mal in unsere Lage!“ sagen die SchmerzpatientInnen. Genau das wollen wir jetzt tun.

Falls Sie zu denen gehören, die Übungen beim Lesen überspringen: versuchen Sie doch trotzdem, dranzubleiben! Es braucht ein bisschen Vorbereitung, ein Verlangsamen, Ausatmen, sich Zeit nehmen, sich einschwingen auf die Thematik – es lohnt sich.

Erste Übung:

Erinnern Sie sich bitte: wann waren Sie das letzte Mal krank oder hatten etwas Unangenehmes im Körper, irgendetwas Beeinträchtigendes, eine Verletzung, Fieber, eine Entzündung, einen Knochenbruch, einen Hexenschuss, Bauch-, Rücken- oder Zahnschmerzen, Schlaflosigkeit o.ä.?

Wie war das ganze Drumherum? Was haben Sie unternommen? Wie haben Sie sich gefühlt? Was haben Sie sich dazu gedacht? Was hat Ihnen gut getan, was war hilfreich, was war ganz schrecklich falsch? Was hätten Sie sich gewünscht? Konnten Sie danach fragen, die Bedingungen dafür herstellen?

Was davon war für Sie typisch (so reagiere ich eigentlich immer, wenn ich etwas habe... oder: so war das in meiner Familie zuhause üblich, so ist man mit Krankheit umgegangen)?

³ Gendlin 1964

⁴ Die klientenzentrierte Konzeptbildung geht davon aus, dass innerhalb einer Beziehung Bedingungen geschaffen werden können, die förderlich sind für den Entwicklungsprozess einer Person. Als hilfreich haben sich folgende Haltungen der Begleitperson erwiesen:

Empathie: Fähigkeit, sich in die Anliegen des Gegenübers und in seinen speziellen Bezugsrahmen einfühlen („als ob“) und dieses Verständnis auch adäquat kommunizieren zu können.

Akzeptanz: Fähigkeit, die KlientInnen mit all ihren Eigenheiten und ihrem gesamten Erleben bedingungslos wertschätzen zu können -nicht zu verwechseln mit „einverstanden sein“.

Kongruenz: Fähigkeit, mit dem eigenen Erleben in Bezug auf die Beziehung zur anderen Person und zu sich selber so im Kontakt zu sein, dass es präzise wahrgenommen und, wenn angebracht, in angemessener Weise zur Verfügung gestellt werden kann.

Diese Haltungen sind zyklisch miteinander verbunden und bedingen einander. Eine differenzierte Schulung im Zuhören, Beantworten und Erfragen der Welt der KlientInnen, im Wahrnehmen und Erstellen der eigenen Präsenz und des gemeinsamen Beziehungsfeldes wird als hilfreich angesehen.

⁵ der Begriff Empathie bedeutet in seiner Alltagsbedeutung so etwas wie „Einfühlungsvermögen“

Wie hat das Unwohlsein wieder aufgehört- wie wurde alles wieder gut? Das kann heissen: Wunde geheilt, Fieber abgeklungen, Knochen zusammengewachsen, keine Schmerzen mehr, Genesung. Sie konnten wieder schlafen und essen, dann auch wieder aufstehen, zur Arbeit gehen, sich freuen am Leben. Vergewegenwärtigen Sie sich diesen Prozess des Wieder-Gesund-Werdens!

Und jetzt der nächste Schritt. Stellen Sie sich vor:

Die Beschwerden hören **nicht** auf. Auch nach der üblichen, angemessenen Zeit erholt sich der Körper nicht, die Symptome bleiben bestehen, werden vielleicht sogar schlimmer oder verändern ihren Charakter, neue kommen dazu.

Sie sind langsam ein bisschen beunruhigt, holen sich Informationen, lesen im Internet, beginnen herumzufragen bei Bekannten, gehen schliesslich zum Arzt.

Die Behandlung beginnt: Untersuchungen - Medikamente – Spritzen – Physiotherapie – Diät – Alternativmedizin ...

Nichts hilft, die Beschwerden bleiben unerklärlich, neue Symptome tauchen auf aus dem Nichts, weitere Untersuchungen bei Spezialisten folgen, die bringen kurzfristige Erleichterung, aber keine grundsätzliche Besserung. Die Behandelnden beginnen ratlos mit den Schultern zu zucken und Sie weiter zu weisen, weil sie nichts finden und keine Behandlungsidee mehr haben. Nach einer Weile ist Ihr Leiden „chronisch“ geworden.⁶ Oder, das ist die andere Möglichkeit, eine ernsthafte Erkrankung wird festgestellt, die eventuell lebenslange Beschwerden mit sich bringen wird.

Denken Sie nicht: das passiert mir nicht. Es kann uns alle treffen. Niemand von uns ist sicher, dass er verschont bleibt von einer Krankheit, einem Unfall mit bleibenden Beeinträchtigungen, egal, wie unsere Kindheit war, egal, wie wir bisher gelebt haben.

Was passiert jetzt? Wie reagieren Sie, wie ändert sich Ihr psychisches, physisches und mentales Leben? Ihre Arbeit, Ihre Freizeit? Was geschieht in Ihrem Umfeld? Wie reagieren die Mitmenschen, was davon hilft Ihnen, was nicht? Sind Sie noch handlungsfähig? Liegen Sie wach am Morgen und grübeln? Sind Sie enttäuscht - ärgerlich - fordernd - ängstlich – deprimiert? Kämpfen Sie weiter oder geben Sie auf? In welches Dilemma geraten Sie? Wie und mit wem reden Sie über sich und Ihre Symptome? Wenn Sie jetzt, irgendwann auf dieser Zeitstrecke, einem Arzt, Physiotherapeuten oder einer Psychotherapeutin gegenüber sitzen würden: Wie würde Ihre Geschichte klingen, wie wäre Ihre Art der Narration? Was würden Sie erzählen und was nicht -und vor allem: wie? Mit welchen Höhepunkten, Gewichtungen, Auslassungen und Hintergrundgefühlen? Was ist Ihr Anliegen, was wünschen Sie sich von der Fachperson?

Was ist aus Ihnen wohl in einem halben Jahr – in einem Jahr – in zwei Jahren geworden?

Wie könnte es dazu kommen, dass auch Sie zu einem „schwierigen“ Patienten, zu einer „schwierigen“ Patientin werden?

Und wie und warum wären Behandelnde für Sie „schwierig“, nicht mehr hilfreich?

⁶ Zum Begriff „chronisch“ sind die Gedankenfiguren in Fritz B. Simons Buch „Die Kunst der Chronifizierung“ interessant und anregend (Wie z.B. bringt ein System es fertig, dass sich etwas nicht verändert?).

Zweite Übung:

Jetzt stellen Sie sich bitte vor:

Jemand aus Ihrer Familie oder aus dem engsten Freundeskreis wird krank – akut – chronisch - immer wieder.

Jetzt sind Sie in einer anderen Rolle, Sie sind Angehörige/r oder FreundIn, und Sie können überprüfen, wie Sie aller Wahrscheinlichkeit nach in dieser Situation reagieren würden.

Was ist Ihre Variante: Angst? Lähmung und Hoffnungslosigkeit? Tatendurst?

Beschwichtigen, trösten, gut zureden? Vielleicht schlagen Sie ohne nachzudenken das vor, was Ihnen in einem solchen Fall geholfen hat? Stellt sich unterschwellig Aggression ein, wenn es einfach nicht besser wird, die Klagen sich häufen, das Zusammenleben sich verändert, die Krankheit immer mehr in den Mittelpunkt aller Gespräche, aller Planungen rückt? Oder Resignation?

Womit können Sie gut umgehen, womit schlecht – mit Klagen, mit Jammern, mit Protest, mit Wut, mit Resignation, mit Weinen, mit Schweigen - mit lautem oder leisem Leiden?

Eventuell kennen Sie das Thema schon, weil in Ihrer Ursprungsfamilie jemand über längere Zeit krank oder behindert war - hilft das oder macht es alles schlimmer?

Alltagsempathie nutzt sich ab – wie lange halten Sie durch? Wo finden Sie Entlastung?

Dritte Übung:

Und noch einmal bitten wir Sie, einen Suchscheinwerfer auf sich selber zu richten und aufzusammeln, was in Ihnen passiert. Jetzt wechseln Sie bitte in Ihre Berufsrolle:

- Blättern Sie in Gedanken Ihre PatientInnen durch. Wählen Sie eine Person aus, mit der Sie es besonders gut haben – was auch immer das für Sie heisst. Holen Sie sich die Person in Gedanken und Gefühlen näher. Versuchen Sie sich zu erinnern, wie sie aussieht, wie sie redet und schaut, wie Sie miteinander im Kontakt sind. Was haben Sie schon für eine Geschichte miteinander? Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit? Vielleicht gibt es, wenn Sie an die Person denken, in Ihnen eine Art Echo, eine Resonanz?

Und jetzt treten Sie innerlich einen Schritt zurück und versuchen, all das, was die Person ausmacht und auch die Art und Weise, wie Sie dieser Person begegnen, Ihre ganze Geschichte mit ihr - all das zu nehmen und die Frage zu stellen: **Was ist es denn an dieser Person und an unserer gemeinsamen Arbeit, das es für mich so gut macht?** Was ist es genau? Was ist die spezielle Qualität mit dieser Person zusammen? Was ist möglich zwischen Ihnen? Was macht es aus, dass Sie gern mit ihr arbeiten? Vielleicht können auch Sie ein wenig anders sein um diese Person herum als um andere, leichter, angeregter arbeiten, andere Facetten Ihrer Person leben. Versuchen Sie Bilder zu finden oder Wörter, Gefühle, körperliche Resonanzen, die das beschreiben.

- Und dann gehen Sie doch innerlich wieder einen kleinen Schritt zurück und blättern Sie Ihre Patientenkartei durch und suchen jetzt jemanden aus, den Sie wirklich schwierig finden, z.B. einen dieser chronischen Schmerzpatienten, von denen wir hier

sprechen. Jemanden, bei dem Ihnen schon das Herz sinkt, wenn Sie den Namen morgens in der Agenda sehen...

Probieren Sie mitzubekommen, was mit Ihnen passiert, was es für eine körperliche Resonanz gibt, wenn Sie an diese Person denken. Vergegenwärtigen Sie sich Einzelheiten: Wird es eng oder schwer oder heiss oder kalt? Gibt es ein Sich-Zurückziehen-Wollen oder Ärgerlich-Werden oder ein Durchhalten-Müssen? Wenn Sie daran denken, wie diese Person schaut, redet, sich bewegt, wie Sie werden um diese Person herum, was zwischen Ihnen entsteht: was bemerken Sie?

Und probieren Sie auch da jetzt wieder diesen kleinen Schritt zurückzugehen, um das Ganze sehen/ahnen zu können: **wenn ich jetzt an all das denke, was entsteht um diese Person herum, um uns - Wie geht es mir dann?** Was ist das Schwierige, Mühsame, Nervige, was auch immer Ihr Wort ist. Wie könnten Sie es fassen? Lassen Sie wieder etwas entstehen, von dem Sie das Gefühl haben, es beschreibe genau die Qualität, die Sie meinen: ein Wort, ein Bild, eine Farbe, ein Ton, eine Empfindung - vielleicht ist es auch die Abwesenheit einer Qualität?

Was würden Sie am liebsten tun, wenn Sie es sich erlauben würden, wenn Sie ganz unreflektiert und „untherapeutisch“ reagieren dürften?

Zwischenschritt:

„Nur chronische Krankheiten sind der Prüfstein echter Heilkunst, weil sie nicht von selbst in Gesundheit übergehen.“

Samuel Hahnemann

Wenn wir mit Menschen arbeiten, die mit chronischen Krankheiten, Beschwerden oder Schmerzen leben, ist es sinnvoll, in unseren Super- oder Intervisionsgruppen diese Übungen von Zeit zu Zeit zu machen. Immer und immer wieder, nicht nur einmal.

Warum meine ich, dass wir das tun sollten?

- Weil es äusserst erhellend ist, die so unterschiedlichen Geschichten voneinander zu hören. Weil es eine Disziplin im individuellen und gemeinsamen Denken, im Unterscheiden, im vergleichenden Zuhören ist.
- Weil wir es für notwendig halten, dass wir uns unserer eigenen Biographie, unserer eigenen Erfahrungen bewusst sind, wenn wir uns mit diesen Themen beschäftigen wollen. Das ist keine Nabelschau, sondern unabdingbare Notwendigkeit in einem Ansatz, der sich den PatientInnen als Personen und nicht nur als SymptomträgerInnen widmen will - und in dem wir selber als Personen und nicht nur als Behandelnde vorkommen.
- Weil es hilft, nicht das Symptom in den Vordergrund zu stellen, sondern die gesamte Person mit ihrer gesamten Situation.

Die Übungen stammen aus dem Verfahren „Focusing“, das ursprünglich von Eugene Gendlin beschrieben wurde⁷.

⁷ Focusing im Sinne Gendlins bedeutet: sich dem „Körper von innen“ zuwenden und sich an bedeutungshaltigen Körperempfindungen als "körperlicher Resonanz" orientieren lernen. Durch schrittweise Symbolisierung

Mit ein wenig Übung können Sie mit der Zeit die Fragen zusammenfassen in eine so genannte „*Bündelfrage*“: „Was ist es denn genau an dem Ganzen, was mich so macht?“ Noch kürzer gefasst: „Was an all dem ist wie?“ Das ist eine der ganz klugen Fragen, mit der sich viel über die Gesamtsituation herausfinden lässt. Mit etwas Übung können Sie sich diese Frage auch vor, nach und sogar kurz während der therapeutischen Sitzungen stellen, um die Anmutung, das Gesamtgefühl zu einer Situation fassen zu können.

Bitte nicht erschrecken: nicht immer wird es Ihnen gefallen, was Sie da über sich herausfinden. Aber eine Grundhaltung, die uns Carl Rogers beim Arbeiten vorschlägt, lautet Akzeptanz⁸, was nicht zu verwechseln ist mit Einverstanden-Sein, sondern bedeutet: Also gut, so ist das bei mir. Okay. Ich versuche, das zu akzeptieren, erstmal ohne wenn und aber, ohne innere Bewertung. Deswegen bin ich keine unfähige Therapeutin und kein schlechter Mensch. Wenn ich etwas daran verändern will, kann ich das in einem zweiten Schritt tun.

In Supervisions- und Intervisionsgruppen sollten Sie, die mit Menschen mit chronifizierten somatischen Verläufen arbeiten, immer wieder Gelegenheit haben, sich zu fragen, wie es Ihnen geht. Das ist eine Art Selbstfürsorge, die wir da betreiben. Wir müssen sagen dürfen: „So geht es mir mit denen. So anstrengend ist das, immer dasselbe, so nervig, es macht mich so hilflos, so wütend, ich fühle mich so unfähig, am liebsten würde ich die schütteln oder an meinen Kollegen abgeben, der soll sich um sie kümmern.“

Solche Gefühle und Resonanzen, auch einen richtigen Empathieverlust darf man haben, und man muss Gelegenheit haben, das loszuwerden, seine Not zu sagen, darin gehört zu werden, bevor man dann gemeinsam wieder um einen Empathie-Wiedergewinn ringen kann.

Im Austausch bemerken wir ja dann oft verwundert, dass das, was für uns so schwierig ist, für manche unserer KollegInnen einfach ist – und umgekehrt!

Nach diesen einführenden Übungen ahnen Sie sicher, was Sie als Personen an Stärken und Schwächen mitbringen in die Begegnung mit Ihren PatientInnen. Sie werden leichter nachvollziehen können, warum Sie z.B. klagende PatientInnen besser aushalten als schimpfende oder umgekehrt – und warum Sie gern mit diesem Klientel arbeiten oder nicht.

III. Professionelle Empathie⁹: die Welt unserer PatientInnen betreten

Wenn wir uns in der Praxis unseren PatientInnen zuwenden, dann sollten wir das mit Neugier und Interesse tun. Wir wollen verstehen, wer sie sind, wie sie leben, wie es in ihrer inneren Welt aussieht (nicht nur, was sie für ein Symptom haben!). Das heisst vor allem: **zuhören**. PatientInnen lassen uns teilhaben an ihrer Geschichte, und zwar durch das **Was** - also die Inhalte, die sie uns erzählen - und durch das **Wie** - also auf welche Art und Weise sie uns ihre Geschichte erzählen, was sie uns zeigen an Körperhaltung und Mimik und welche Atmosphäre um sie herum entsteht. Zwischen uns beginnt sich ein spezielles Begegnungsfeld zu konstellieren.

(Suchen stimmiger Worte, Bilder, Bewegungen ...) kann diese körperlich fühlbare Bedeutung eines Problems dann aufgefaltet und verändert werden. Siehe die Homepage des New Yorker Instituts <http://www.focusing.org/index.html> und die Seiten <http://www.gfk-institut.ch/index1.html> und <http://www.focusing-netzwerk.de/> sowie Purton 2004.

⁸ Zum Begriff Akzeptanz siehe Fussnote 4

⁹ zum Begriff der Empathie siehe Fussnote 4.

Professionelle Empathie ist weit mehr als Alltagsempathie. Sie ist auch mehr als nett, freundlich und zugewandt sein oder „eine gute Beziehung herstellen“ (wie es in verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren missverstanden wird) oder Compliance (wie das oft in medizinischen Kreisen ausgelegt wird). Empathie in der klassischen Bedeutung, wie sie Rogers meint und wie sie heute kennzeichnend ist für die personenzentrierten und experientiellen Verfahren, ist eine **Empathie von Augenblick zu Augenblick**¹⁰. Das ist eine ungeheure Herausforderung, bedeutet es doch, für die Dauer der Begegnung in jedem Moment wieder neu um Einfühlung zu ringen, immer und immer wieder mit Interesse hinzuhören, zu fragen, hinzuspüren und davon auszugehen, dass jede neue Äusserung unserer KlientInnen wieder neu verstanden werden, eine frühere eventuell revidiert werden muss.

PatientInnen mit somatoformen Störungen rechnen nicht mehr damit, dass man ihnen zuhört. Im Schnitt sind sie schon sieben Jahre durch die verschiedenen Stationen unseres Gesundheitssystems geschleust worden, bevor sie in einer speziellen Schmerztherapie oder Psychotherapie landen. Dann sind sie, je nach Temperament, verärgert, enttäuscht oder bereits verstummt. Dass man sich neu für sie interessiert, erwarten sie nicht mehr.

Wir versuchen trotzdem, neu zu beginnen. Wir entschuldigen uns auch dafür und sagen „Ich weiss, Sie haben das schon hundertmal erzählt. Es ist eine Zumutung, das noch einmal zu müssen. Aber ich möchte zuhören, fragen dürfen, geht das? Was, meinen Sie, ist für mich wichtig? Würden Sie so geduldig sein, mir das noch mal zu erzählen? Darf ich fragen, wenn ich etwas nicht verstehe?“ Chronische Schmerzen betreffen ja den ganzen Menschen und sein Umfeld, seine Gefühle, sein Zeiterleben, seine Zukunftsvorstellungen, seine Kommunikation. Über all das möchte ich reden.

Das heisst also in Kurzform: **Ich will von meinen PatientInnen lernen.**

Ich will ihre Wirklichkeit, ihre Sicht der Dinge erfahren, nicht nur das Symptom abfragen.

PatientInnen, die im medizinischen Modell sozialisiert sind, erwarten in der Regel von uns neues Expertenwissen – und sind sicher erstaunt, wenn wir erst einmal ihnen die Expertenrolle übergeben, wenn sie merken, dass es um sie geht, um ihre Erfahrung, ihr Erleben. Das braucht ein bisschen Edukation (aber in einem anderen Sinne, als dieses Wort üblicherweise gebraucht wird): der Patient muss erst lernen, dass man ihn um seine Meinung fragt, er ist nicht gewöhnt, dass er Experte sein oder wieder werden könnte für etwas, das ihn angeht. Also müssen wir das zuerst einführen in unsere Art, miteinander zu sprechen. Ich muss sagen, dass ich darauf angewiesen bin, etwas von ihm zu hören. Es muss glaubhaft werden, dass ich das wirklich wissen will, dass ich neugierig bin – Neugierde ist eine unschätzbare Qualität, die den meisten SchmerzpatientInnen (und ihren Behandelnden!) längst abhanden gekommen ist!!

Wenn also alle Beschwerden aufgezählt sind – und das muss jedes Mal sein, in aller Ausführlichkeit! Das ist nicht nur Vorbereitung, sondern schon Therapie! – und wenn die neuen Versuche berichtet worden sind, die Beschwerden in den Griff zu bekommen – dann kann ich weiterfragen, nach dem Erleben dazu, nach der Bedeutung, die das alles hat, danach, was es in ihrer Welt bedeutet, krank zu sein. Es ist auch notwendig, die Heilungsvorstellungen unserer PatientInnen nachzuvollziehen und im Zusammenhang damit zu verstehen, warum sie meinen, dass sie erkrankt sind, was dazu geführt hat, wo jetzt ihre Erwartungen liegen.

¹⁰ beschrieben von Germain Lietaer 2002

Heikel ist oft, dass die meisten SchmerzpatientInnen ihre Symptomatik inzwischen routiniert in der medizinischen Fachsprache beschreiben können: „Ich bin Fibromyalgie-Patientin, meine Schmerzen sehen so aus, und das und das habe ich schon probiert“. Oder sie sitzen uns gegenüber und sind bereits verstummt, können auf unsere Frage, wie es ihnen geht, nur noch sagen: „wie immer“, oder „es geht“. In beiden Fällen teilt sich uns der Schweregrad ihres Leidens emotional nicht so mit, dass wir mitschwingen könnten, auch unsere Reaktion kann dann abflachen – und es ist unser Job, das zu verhindern!

„Schmerz ist ein radikales Scheitern der Sprache“¹¹

Die Chance bei einem Neuanfang ist, dass die PatientInnen mit unserer Hilfe hinter die leer gewordenen Wörter zurückkehren können, an den Anfang des Weges, dass sie sich beim Sprechen wieder mit ihrem inneren Erleben verknüpfen können. Das geschieht, wenn wir nachfragen, geduldig ins Detail gehen, versuchen, das Leben hinter den stereotypen Worten hervorzulocken, die dazu gehörenden Bilder, Metaphern, Umschreibungen zu hören. Wenn die chronisch Leidenden wieder *aus ihrer Erfahrung* heraus statt *über ihre Erfahrung* sprechen können, entsteht vielleicht mit der Zeit die ganz eigene individuelle Ausrucksweise, eine Sprache hinter der Sprache, die mehr mit den PatientInnen als Menschen zu tun hat als mit den PatientInnen als Symptomträgern.

III.1 Ähnlichkeiten

Je länger wir arbeiten, umso mehr werden wir über die individuellen Unterschiede hinaus **Ähnlichkeiten und Gemeinsamkeiten** wahrnehmen, die wir bei vielen Menschen mit chronischen körperlichen Leiden feststellen können. Auch in den für uns relevanten Bereichen wie Neurowissenschaften, Biologie, Medizin, Psychologie oder Pädagogik wird Wissen generiert, und ich plädiere dafür, das zu nutzen. Jede Art von Erfahrungswissen kann, vor allem bei uns unvertrauten Erlebensformen, ein neues Verständnis, eine Änderung des Blickwinkels geben, eine neue Verknüpfung, eine Anregung in Erstarretes. Denken wir an all das zusammengetragene Wissen und die verschiedenen Handlungsmöglichkeiten, wie sie in den Selbsthilfegruppen entstanden sind, oder an die Gestaltung des Schmerzes in Kunst und Literatur, in Filmen und in der Musik – all das erweitert unseren Denk- und Handlungsraum.

Wichtig aber ist bei all dem, dass wir alles, - und damit meine ich wirklich alles! - lediglich als Hypothesen, als zu überprüfende Vorschläge behandeln und nicht als gesichertes Wissen. Ich weiss, dass ich damit quer liege zu allen Bemühungen, gesichertes Wissen über ausgefeilte Studien und empirische Fakten zu generieren. Aber ich bin davon überzeugt, dass Wissen erst hilfreich wird, wenn es **geteiltes** Wissen wird, geteilt von mir und meinen PatientInnen, eventuell auch von ihrem Umfeld, überprüft und gegengelesen sozusagen, in der Beziehung miteinander besprochen, voneinander gelernt, am eigenen Erleben abgeglichen..

Hier beginnt der notwendige **Pendelprozess** zwischen Allgemeinem und Individuellem, zwischen dem, was für eine bestimmte Gruppe unserer PatientInnen im Allgemeinen gelten könnte - und dem, was sich jeweils individuell in dieser Person und zwischen uns ereignet.

¹¹ dieses Zitat von David Le Breton habe ich gefunden in dem gerade neu erschienenen, sehr empfehlenswerten Buch „Herausforderung Schmerz“ von Ursula Frede, 2007, das ich leider nur noch querlesen und nicht mehr adäquat berücksichtigen konnte.

In diesem Zusammenhang möchte ich warnen vor dem Pathologisieren. Wir müssen zwar oft in medizinischer Terminologie reden, aber mir kommt es bedeutsam vor, statt der „Schmerzpersönlichkeit“ eine Person mit Schmerzen zu sehen, hinter dem Typischen die dazu führenden Prozesse hervorzuholen und die Definitionen in den psychiatrischen Klassifikationen nicht als einengende Etiketten zu verwenden. Es ist wenig hilfreich, wenn PatientInnen lesen müssen, dass sie als Menschen mit einer „somatoformen Störung“ ihre Beschwerden lediglich „darbieten“¹² oder dass sie alexithym¹³ sind. Es wäre freundlicher, ein Vokabular zu verwenden, das nicht defizitorientiert ist, das auch ihnen einsichtig ist und das wir zwischen uns verwenden können.

Ich schlage vor, eine Auszeit zu nehmen von Begriffen wie „Störung“ oder „Pathologie“. Die Annahme, dass es bei uns allen Formen inneren Erlebens, Fühlens, Denkens und Handelns gibt, die musterhaft sind, einseitig, stereotyp, ist oft hilfreicher. Ich benutze für diese Phänomene das Wort „**strukturegebunden**“¹⁴. Dieses Konzept ist aus dem Wissen über Prozessformen, ihren Verlauf und ihre Stockungen, hervorgegangen und nicht aus einer psychopathologischen/psychiatrischen Etikettierung. Es ist unmittelbar einsichtig, dass da - unabhängig vom Inhalt! - etwas mit uns passiert, dass unsere Welt eng wird, wenn wir in so einer Prozessblockade drinstecken. Wir verwenden hier den Begriff „**Verengung**“¹⁵ und können fragen: in Bezug worauf/verglichen womit/in welchem Kontext sind wir verengt? Wir gebrauchen den Begriff also relational, er wird dadurch in Beziehungen eingebettet und ist nicht wie der Begriff „Störung“ ein Strukturdefizit, eine Eigenschaft einer Person.

Wir alle kennen Verengungen (erinnern Sie sich an die Übungen zu Beginn!). Wir alle kennen Bereiche, in denen wir auf unsere je typische Art und Weise strukturegebunden auf manche Anfragen, die das Leben an uns heranträgt, reagieren. Dann stammen unsere Aktionen und Reaktionen nicht aus dem momentanen Erleben, sondern wir handeln schematisch, stereotyp, haben immer die gleiche Begleitmusik, den gleichen Subtext im Hintergrund. Eine Auswahl aus dem ganzen Prozessgeflecht tritt dann in den Vordergrund, wird nicht mehr mit verändert und bleibt musterhaft.

Wenn Sie das für sich noch einmal überprüfen wollen, können Sie folgende kleine Übung machen:

- *Sie können darauf achten, wie Sie normalerweise den Tag beginnen. Machen Sie eine Zeitlupe kurz nach dem Erwachen. Was genau passiert in diesen ersten Minuten? Was denken Sie? Was für Gefühle sind da? Was ist in Ihrem Körper los? Sind Sie mit ihrem lebendigen inneren Erlebensprozess verbunden? Oder finden Sie eher Muster vor, Dinge, die Sie immer auf die gleiche Art und Weise tun/denken/fühlen? Achten Sie auf innere Sätze, innere Bilder. Ähneln sie sich? Beim Aufstehen, in diesem Übergang vom Schlafen zum Aufwachen, stimmen wir uns auf den Tag ein, wir stimmen unser Instrument. Tun wir das immer in der gleichen Tonlage, mit den immer gleich vertrauten Harmonien oder Dissonanzen? Oder sind wir*

¹² Leitlinien Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik unter <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/051-001.htm>

¹³ Alexithymie (Gefühlsblindheit) bedeutet - nach John C. Nemiah und Peter E. Sifneos, die den Begriff 1973 maßgeblich prägten - die Unfähigkeit, Gefühle hinreichend wahrzunehmen und beschreiben zu können. Wörtlich: das Nicht-Lesen-Können von Gefühlen (Wikipedia)

¹⁴ Gendlin 1964, "My experience is structure-bound in manner, when I experience only this bare outline and feel only this bare set of emotions, lacking the myriad of fresh detail of the present..., my experience is a „frozen whole“ and will not give up its structure. ... structure-bound aspects are not in process."

¹⁵ Christiane Geiser 2007

in der Lage, uns für frisches, neues Erleben zu öffnen?

Versuchen Sie, das gleiche am Abend zu tun, bevor Sie einschlafen. Wie "erinnern" Sie Ihren Tag? Was aus all den Hunderten von Begebenheiten und Themen wählen Sie aus, befassen sich noch einmal damit? Welchen Empfindungen erlauben Sie, Ihrem Tag seine Farbe zu geben? Und haben Sie überhaupt das Gefühl, in diesen Belangen eine Wahl zu haben?

Wir können zum Konzept der Strukturgebundenheit auch sagen: Für einen bestimmten Bereich, für einen bestimmten Ausschnitt unseres Lebens haben wir in der Art und Weise, wie wir uns darauf beziehen, eine gewisse, gut ausgeprägte **Sensibilität** entwickelt, mit all den Vor- und Nachteilen, die das hat. Oft haben diese Verengungen eine polare Struktur: ein Entweder-Oder, ein Ja - Nein, zwischen denen das Mittelfeld, also alle Schattierungen zwischen Schwarz und Weiss, fehlt.

Bei den SchmerzpatientInnen nun ist diese Verengung schnell ersichtlich und auch leicht zu verstehen: die Beschäftigung mit dem Symptom bestimmt das Leben. Wir haben das deshalb auch **Symptomsensibilität**¹⁶ genannt. Typischerweise beginnen sie den Morgen mit der Suche danach, ob und wie die Symptomatik sich heute bemerkbar macht, ob sie da ist oder nicht, in welcher Ausprägung, was zu tun ist, ob man Medikamente nehmen oder zuerst heiss duschen soll oder sofort die Übungen der Physiotherapeutin machen... Oft folgt dann die Frage, was man wohl gestern „falsch“ gemacht hat, ob man lieber doch nicht soviel hätte essen oder im kalten Wind hätte sitzen sollen/oder ob man sich zu viel oder zu wenig bewegt hat/zu früh oder zu spät ins Bett gegangen ist....

Die Aufmerksamkeitsprozesse wenden sich also nicht mehr dem weiten Feld des Möglichen zu, sondern werden weitgehend eingeschränkt auf die Schmerz/Beschwerde-Problematik. Die allerdings wird ausführlich wahrgenommen und kenntnisreich beschrieben.

Es entstehen endlose Begründungszusammenhänge, die wie Kettenglieder aneinander gereiht werden im verzweifelten Versuch, Kohärenz¹⁷ zu erlangen, vielleicht doch zu verstehen, was man anders machen könnte, womit man sich schadet, wie das alles zusammenhängen könnte. Diese Erklärungsmuster werden zunehmend ein einsames Gefängnis. Sie lassen immer wieder einen kleinen Funken Hoffnung schöpfen (Das könnte ich auch noch ausprobieren...), münden aber weitaus häufiger in Resignation (jetzt hab ich doch alles versucht... und immer noch geht es mir nicht besser) und beschäftigen das Denken und Fühlen auf eine ungute Art.¹⁸

In dieser Verengung wird bald alles sonstige Körpererleben flach, bedeutungslos. Die Wahrnehmung dafür ist verloren gegangen. Niemand fragt mehr danach, die PatientInnen selber mit der Zeit auch nicht mehr. Sie können kaum mehr einen angenehmen Ort im Körper finden, alles ist negativ besetzt oder gerät in Gefahr, in den Schmerzstrudel hineingezogen zu werden.¹⁹

¹⁶ Über die verschiedenen Sensibilitäten können Sie nachlesen in Geiser 2007

¹⁷ „Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ Antonovsky 1997, S. 36

¹⁸ Zum Sinn und Unsinn von Schmerztagebüchern lese man U. Fredes hervorragenden Artikel „Praxis psychologischer Schmerztherapie - kritische Reflexion aus der Patientenperspektive“, 2004

¹⁹ Im Workshop haben wir dazu eine Atemübung gemacht mit der Aufforderung, eine unangenehme Stelle im Körper und dann eine angenehme zu suchen und Beschreibungen, Bedeutungen dafür zu finden.

Auch Gefühle und Stimmungen erscheinen dünn und unbesprechbar, finden keinen adäquaten Ausdruck mehr. Ihr grosses Leid können SchmerzpatientInnen ganz schlecht kommunizieren, es gibt kaum Sprache dafür, sie wiederholen sich, drehen Spiralen, verstummen schliesslich – Und auch in uns entsteht als Beziehungsresonanz oft etwas Unsicheres, Zögerndes: kann ich näher kommen? Soll ich noch mal fragen oder lieber aufhören? Etwas ist da, aber ich finde nicht dorthin. Etwas Einsames ist um diese Menschen herum, im Raum, etwas Sprödes, Gläsernes. Oft entsteht ein Patt zwischen uns.

Das Leben mit Schmerzen ist eine **Lebensform**, ein **Lebensstil** geworden, der alle Beziehungen betrifft, die zu sich selber, die zu anderen Menschen und die zum ganzen Lebensprozess.

III.2 Zurück zum Individuum:

Und nun beginnt die schon oben angedeutete Herausforderung, all diese allgemeinen Resonanzen und Erfahrungen wieder in den Hintergrund treten zu lassen und mich *dieser* Person, die vor mir sitzt und meinen in Bezug auf *diese* Person entstehenden Resonanzen zu widmen. Wie lautet heute ihr erster Satz? Wie ist ihr Augenausdruck, ihr Händedruck beim Begrüssen? Wie geht es mir während und nach der Stunde? Unser gemeinsames Beziehungsfeld wird anders sein als das, was ich mit der letzten Klientin hatte, auch wenn beides SchmerzpatientInnen sind. Ich bin anders, sie ist anders, wir sind anders. Hinzu kommt, dass wir Menschen mehr als eine Sensibilität entwickeln können, sodass unser Umgang mit den SchmerzpatientInnen auch immer noch durch andere Verengungen (bei uns und bei ihnen!) gefärbt sein kann.

Rogers sagt in einem berühmten Zitat:

„Mir scheint, dass wir in Zukunft unser Leben und unsere Erziehung auf die Annahme gründen müssen, dass es eben so viele Wirklichkeiten wie Menschen gibt, und dass wir dies zuallererst akzeptieren müssen, bevor wir weitergehen.“²⁰

Das heisst: trotz meines Wissens, trotz meiner Erfahrung mit ähnlich gelagerten Fällen bin ich immer eine **Lernende**. Ich weiss viel, aber ich kann nicht wissen, wie es für **diese** Person **heute im Kontakt mit mir** ist. Also muss ich zuhören, fragen, und ich muss mich darin schulen, meine eigenen Resonanzen in Bezug auf mein Gegenüber und unsere Beziehung mitzubekommen und sie, wenn es notwendig ist, in einer Art Metakommunikation auch äussern zu können. Denn mit jeder Person entsteht eine neue Passung, wie Thure von Uexküll das wohl nennen würde²¹ „ein „Zwischen“, das neue Anforderungen an meine Präsenz im aktuellen Beziehungs- und Verweilraum zwischen uns stellt.

So pendeln wir beim Arbeiten immer hin und her zwischen Allgemeinem und Individuellem, zwischen Wissen und Nichtwissen, zwischen meinen persönlichen und professionellen Erfahrungen und denen meiner KlientInnen, zwischen Lernen und Verstehen und neuen Fragen, zwischen verschiedenen Blickwinkeln. All das kreuzt sich in uns beiden, in der

²⁰ Rogers in: 1980, S. 178

²¹ z.B. in: Uexküll, Th. von/Geigges, W./Plassmann, R., 2002

Gegenwart, aber auch gerichtet auf Vergangenheit und Zukunft, gerät in Schwingung zwischen uns, macht unser intersubjektives Feld, unser Beziehungslebewesen²² lebendig.

Das alles ist professionelle Empathie.

IV. Hilfe darüber hinaus oder: an den Rändern ziehen

„Die Krankheit liegt zwischen den Menschen, ist eine ihrer Verhältnisse und Begegnungsarten.

Viktor von Weizsäcker, 1947

Das empathische von Moment zu Moment Verstehen-Wollen ist ein machtvolles Instrument. Nach einiger Zeit werden wir das Gefühl haben (und unsere PatientInnen werden uns das auch bestätigen), dass wir uns nun einigermassen auskennen, dass wir ihr in-der-Welt-Sein und ihren Umgang mit ihrer Symptomatik so gut verstanden haben, wie es uns als fremder Person möglich ist.

Oft ändert dieses respektvolle und mutige Anschauen der Realität, wie sie sich für die PatientInnen darstellt, schon sehr viel. Aber häufig stoßen wir auf leere Stellen ohne Resonanz oder Fragen, auf die wir keine Antwort finden konnten oder die in der Welt der PatientInnen schlicht nicht vorkommen. Dann müssen wir ein wenig mehr „an den Rändern ziehen“²³, um neue Zugänge zu suchen. Das heisst, dass wir Dinge vorschlagen oder Experimente wagen, die nicht im momentanen Blickwinkel der Person, aber auch nicht zu weit weg von ihr sind, so dass sie im Bereich des Möglichen liegen. Sie könnten, und das ist ja das Wichtigste an Veränderungsprozessen, Wahlmöglichkeiten eröffnen.

Grundfragen, die uns beschäftigen, sind ja immer noch:

- Wie kann etwas Erstarrtes, einseitig Gewordenes wieder in **Bewegung** kommen?
- Wie kann die Person wieder **anders in Beziehung** treten zu sich, zu ihrem Körper, zu ihrer Mitwelt?

Inzwischen ist ja wahrscheinlich klar geworden, dass nicht jede Art von Beziehungsaufnahme und jede Art von Bewegung hilfreich ist! Es sind oft die schon lange Zeit nicht mehr oder gar nie begangenen Wege, die hilfreich sind für unsere entmutigten PatientInnen. Illustrieren will ich das am Thema „Körper“ und am Beispiel guter therapeutischer Fragen.

²² „Beziehungslebewesen“ ist ein GFK-Fachterminus. Es entsteht um zwei Menschen herum eine Art Rand, der ein neues „Lebewesen“ umschliesst, in dem immer wieder angemessene Bindungsqualitäten gesucht werden müssen.

²³ „This is not so say, however, that the client-centred therapist responds only to the obvious in the phenomenal world of his client. If that were so, it is doubtful that any movement would ensue in therapy. Indeed, there would be no therapy. Instead, the client-centred therapist aims to dip from the pool of implicit meanings just at the edge of the client’s awareness.” Rogers 1966 in van Balen 1996, S. 72

IV.1 Das Offensichtliche: der Körper.

Der Körper ist ja immer im Vordergrund, die PatientInnen beziehen sich ständig auf ihn. Und doch ist diese Bezugnahme, wie wir gesehen haben, ganz einseitig geworden.

Es braucht eine Ausweitung, es braucht neues Erleben. Ein paar Möglichkeiten, die wir als praktikabel und öffnend sehen, sollen aufgeführt werden:

- **Wahrnehmung und Beschreibung:**

SchmerzpatientInnen sind nicht mehr frei in ihrer Wahrnehmung, weil der schmerzende Körper und die Beschäftigung damit sich immer in den Vordergrund drängen. Fatalerweise werden sie von ihrer privaten und professionellen Umwelt auch immer auf diese Art danach gefragt -wie denn die Schmerzen heute seien auf der Skala zwischen 0 und 10 ...

In einem ersten Schritt könnten wir die Menschen ermutigen, diese Zustände anders zu beschreiben als üblich, in persönlichen deutlichen Bildern und Metaphern, die etwas über sie als Menschen aussagen und nicht nur vorgefertigte Begriffsschablonen sind. Dafür müssen sie ihre Wahrnehmung erneut und wie zum ersten Mal nach innen richten und dem, was sie dort finden, Ausdruck verleihen.

In einem weiteren Schritt können SchmerzpatientInnen lernen, die Wahrnehmung aktiv zu richten, zu lenken: nämlich weg von den besetzten Stellen und hin zu den oft gar nicht mehr richtig gespürten Teilen des Körpers, die „schmerzfrei“ sind. Und damit diese Stellen nicht nur der andere Pol sind („kein Schmerz dort“), können wir miteinander beginnen zu suchen, wie die Qualität dieser Körperstellen herauszufinden und zu beschreiben wäre - angenehm? warm? vibrierend? lebendig? Mit der Zeit kann sich dann immer mehr Wahrgenommenes im Körper auffalten.

Eine kleine Übung für uns alle:

Wir alle kennen Bauchweh, oft mehr als eine Form. Kennen wir auch so viele Varianten von angenehmen Gefühlen im Bauch? Heute hab ich das Bauchgefühl so und so - könnte ich das beschreiben? So wie kleine Krabbelkäfer – fliegend – süß – wie in einer Höhle? Kenne ich Varianten von angenehmen Gefühlen in Brustkorb und Schulter? Wir sollten uns das erarbeiten, sonst sind wir immer im defizitären unter-Null- Bereich, bestenfalls auf der Null-Linie.

Das heisst:

Kann es möglich werden, die Wahrnehmung wieder auszudehnen, von den besetzten Stellen weg zu lenken (das muss man üben!) hin zu neuen, anderen Orten, vernachlässigten vielleicht, lange nicht mehr angetroffenen? Finden wir dafür eine Sprache? Mit der Zeit dann können andere Modalitäten²⁴ gesucht und mit den neu erfahrenen Körperstellen verknüpft werden: gehört zu dieser Stelle ein Gefühl, ein Bild, ein Ton, eine Farbe? Gäbe es eine Metapher, die sie beschreiben würde? So kann sich der innere Reichtum entfalten, der lange brach gelegen ist, neue Symbolisierungsmöglichkeiten können entstehen.

Wir als Begleitende können auch unsere eigene Wahrnehmung zur Verfügung stellen: „Sie machen, wenn Sie das sagen, immer so eine Bewegung – ein bestimmte Gebärde – Sie sitzen dann immer in dieser bestimmten Haltung da. Merken Sie das? Können Sie versuchen, das

²⁴ Der Begriff „Modalität“ stammt aus dem NLP und meint die Art und Weise, wie wir die Welt aufnehmen und innerlich verarbeiten. Zur Arbeit mit Modalitäten siehe Geiser 2003

wahrzunehmen, vielleicht ein bisschen verändern, so dass sie spüren, was die Qualität davon ist?“

So kann der Körper mit der Zeit wieder ein Ort werden, der anders, weiter, umfassender, mit anderen Qualitäten wahrgenommen und beschrieben werden kann, als es SchmerzpatientInnen in der Regel tun.

- **Bewegung**

Können SchmerzpatientInnen lernen, ihren Körper nicht nur anders wahrzunehmen, sondern ihn in der Bewegung anders zu erfahren? Die meisten von ihnen sind schon lange erstarrt, in Atmung, Haltung, Bewegungsspektrum eingeeignet. Mit Recht, sie wissen warum. Können sie wieder wegkommen von diesem Zusammengezogenensein und neue kleine Bewegungsformen ausprobieren? Schon eine kleine Veränderung in der Atmung hat Folgen für den ganzen Organismus.

Wir hören manchmal von TherapeutInnen, die mit schmerzgeplagten MigrantInnen kleine Bewegungsspiele machen: wie haben wir denn bei uns zuhause Äpfel gepflückt, Wäsche gewaschen und aufgehängt, einen Kreistanz gemacht an einem Fest - und zu ihrem Erstaunen Menschen sehen, die ihre Arme wieder heben und strecken können, deren Körper wieder in Bewegung kommen. Die kleine Wettbewerbe machen: wer ist zuerst im Vierfüßlergang oder auf dem Hinterteil rutschend auf der anderen Seite des Zimmers. Lachen, bewegen, spielen – wenn das möglich ist, und dann auch noch mit anderen zusammen, dann ist das eine gewaltige Ressource - und nicht etwa ein Zeichen dafür, dass sie vorher simuliert habe!

- **Berührung**

SchmerzpatientInnen werden dauernd angefasst, von ÄrztInnen, Physiotherapeuten, Masseurinnen. Aber sie sind Berührungen nur noch gewohnt als Behandlungsberührung: untersuchen, spritzen, schneiden, röntgen, einrenken, massieren, bewegen als Testverfahren. Oft sind die Berührungen schmerzhaft.

Überlegen Sie sich eigentlich, bevor Sie einer Rheumatikerin die Hand geben zur Begrüßung, ob ihr das vielleicht wehtun könnte? Unsere PatientInnen sind es so gewohnt, auf die Zähne zu beißen oder die Aufmerksamkeit aus der Hand weg zu ziehen, um das zu überstehen, und das unterstützt ja gerade die Verengung und übt sie immer wieder neu ein.

Aber auch wenn die Behandelnden sanft sind: oft zieht sich das ganze Gewebe weg vor jeder neuen Berührung, die sicher wieder wehtun wird. Viele bringen sich vorher in Sicherheit, gehen innerlich weg, überlassen den Körper den Behandelnden.

Kann es einen Berührungskontakt geben, bei dem die Person anwesend bleiben kann, der Gewebe und Zellen öffnet? Bei dem sich der Körper der berührenden Hand zuwenden kann? Sie kennen das wahrscheinlich alle vom Zahnarzt, der muss ja manchmal mit der Hand gegen unsere Backe halten, während er seine Instrumente bedient. Dagegen halten kann man auf unterschiedliche Art und Weise, man kann das auch tun im Sinne von „halten“ an der Backe, die dann ein bisschen in der Hand ist, ein winziges bisschen ausatmen, anlehnen, ah ja, nicht so schlimm, wird schon gut gehen.

- **körperlicher Dialog**

Über den Körper in der gewohnten Art zu sprechen ist oft nicht wirklich hilfreich, weil es uns und unsere PatientInnen in ausgetretene Pfade führt. Für die von uns, die körpertherapeutisch oder körperpsychotherapeutisch arbeiten, ist eine wunderbare Möglichkeit die des körperlichen Dialogs.

Diesen Dialog müssen wir miteinander aufbauen, denn der Patient sitzt oder liegt dann nicht nur gottergeben da und lässt sich berühren, sondern er ist Teilnehmer, Partner in einem Gespräch. Wir lernen miteinander: was würde es auf der Körperebene heissen, zu begrüßen, zu fragen, zu antworten, Vorschläge zu machen, ja und nein zu sagen, ein Miteinander zu probieren? Das ist gar nicht so schwierig, wie es vielleicht klingen mag. „Fragende“ Berührungen könnten übersetzt heissen: „Wie ist es hier, an dieser Stelle? Könnten Sie mir entgegenkommen oder gehen Sie eher weg? Kann der Kopf sich ein bisschen anlehnen? Kann der Muskel ein bisschen loslassen? Können unsere Hände diese Bewegung miteinander machen? Ist es gut, wenn die Bewegung kräftig ist oder eher zart?“ Das alles können unsere Hände fragen.

Um diese Frage „beantworten“ zu können, muss der Patient innerlich in seinem Körper auch an diese berührte Stelle kommen, in einen Begegnungskontakt mit dieser fragenden, teilnehmenden Hand. Er findet Antworten: „Ja, nein, ich weiss nicht, vielleicht.“ Er findet vielleicht auch seinerseits Bewegungs- oder Begegnungs-Impulse. Ein miteinander Ankommen entsteht, das braucht eine Weile, bis es vertraut wird, und dann kann sich ein Dialog entwickeln, eine Mit-Bewegung, und der Körper öffnet sich im Kontakt.

Bei fast allen SchmerzpatientInnen sind zum Beispiel die Beuge-Muskeln überentwickelt, alle ziehen sich im Schmerz zusammen. Natürlich wäre es gut, die Strecker zu aktivieren. Wie oft hören die PatientInnen das ja auch in der Physiotherapie, dass sie lernen müssen, diese Gegenbewegung einzuüben. Aber das muss ja nicht heissen: Gehen Sie doch bitte nach Hause und machen sie folgende Übung, jeden Tag 20 Minuten. Sondern es kann heissen: Wir probieren miteinander aus, wie ist es, zuerst die schmerzenden Finger sanft zusammen zu beugen, so wie sie es sowieso tun wollen, meine Hand umschliesst dabei vorsichtig die Finger der Patientin, wir können miteinander herausfinden, was ist gut dran, so gebogen zu sein, aha, das fühlt sich sicher an, gut, dann machen wir davon noch ein bisschen mehr und bleiben eine Weile so, zusammen. Dann, langsam, probieren wir, miteinander ein bisschen in die Streckung zu gehen, das kann ganz lange dauern, bis sich die einzelnen Finger zuerst widerstrebend, dann langsam nachgebend öffnen können, angelehnt an meine Hand, mit ihr zusammen, Gelenk um Gelenk an die unvertraute Bewegung heranführen, sofort aufhören, wenn es nicht weiter will, und erst wieder weiter machen, wenn ein Ja kommt, dann kann die Bewegung vielleicht weitergehen ins Handgelenk, in den Arm, in die Schulter. Mit der Zeit können wir probieren, wie es ist, Bewegungen miteinander zu machen: am Arm ziehen – gegen die Hand drücken: welche der beiden Bewegungen ist üblicher? Welche ist komisch, unvertraut? Wohin könnte sie sich entwickeln?

Es geht dabei nicht- oder nicht in erster Linie - um Schmerzbekämpfung, nicht nur darum, die Finger wieder zu biegsamer machen. Die Frage ist auch: was geht denn überhaupt mit der Hand als Begegnungsort? Was finden denn dort für Bewegungen, für Begegnungen statt? Auch hier bin ich Fragende, nicht Wissende. Natürlich kommen, wenn wir so arbeiten, Beziehungsthemen auf, erwachsene Menschen fühlen sich vielleicht auf einmal wieder klein, oder es entstehen ungewohnte Gefühle und Impulse, und es braucht adäquate Antworten auf

unterschiedliche innere Alter.²⁵ Das soll so sein, es öffnet andere, neue Räume, und man kann sich darin schulen.

Unabhängig davon, ob wir kurz oder lang Zeit haben für eine Berührung, ob wir untersuchen oder ob wir in einen Körperdialog eintreten: Das Wichtigste ist, meine ich, dass wir die Menschen dabei körperlich nicht allein lassen.

IV.2 Die richtigen Fragen stellen

In der Ausbildung fragen die Studierenden oft, Heft aufgeklappt zum Mitschreiben: was sind denn „richtige“ Fragen?

Erst einmal: Überhaupt zu fragen, statt schon zu wissen, ist das Wichtigste. Zwischen **offenen** und **geschlossenen Fragen** unterschieden zu können und sich zu fragen, an welchem Ort in uns eigentlich die Fragen entstehen, ist nützlich.

Und dann gilt, wie schon mehrfach beschrieben, auch hier das Pendelprinzip zwischen dem Allgemeinen und dem Individuellen. Natürlich gibt es Frageformen, die sich bewährt haben, die kann man erlernen. Aber welche Frage in **diesem** Moment mit **dieser** Person „richtig“ ist, merken wir nur, wenn wir uns ganz nah am Prozess aufhalten, wenn Fragen innerhalb unseres Beziehungslebewesens spontan entstehen, und vor allem: wenn wir an der Reaktion unserer Klientin merken, dass jetzt wieder etwas in Bewegung kommt und sich in der Person dann von allein fortsetzt und neue Räume öffnet.

„Richtige“ Fragen sind einerseits **empathische Fragen**, wie wir sie oben schon angetroffen haben. Solche Fragen entstehen oft aus der Empathie von Augenblick zu Augenblick. Wir folgen interessiert und engagiert dem Prozess, vergewissern uns, ob wir richtig verstanden haben: „Wie genau ist es dort? Können Sie mir das erklären, das hab ich noch nicht genau verstanden? Aha, Sie meinen das so? Ach, und Sie haben Angst? Nein, jetzt merken Sie, dass es eher Besorgnis ist. Und der Atem wird eng, sagen Sie, wenn Sie daran denken?“

Schon diese **nachvollziehenden Fragen** tragen den Prozess weiter, denn mit ihrer Hilfe können unsere PatientInnen immer wieder überprüfen, ob sie genau das gemeint haben oder etwas noch präziser, stimmiger formulieren könnten. Ausserdem können sie mit der Zeit beziehungsmässig ruhiger werden und sich niederlassen in der Gewissheit, dass ihnen jemand zuhört, dieses Mal und auch nächstes Mal noch und alle weiteren Male; dass sich jemand wirklich interessiert und ihre Welt zu verstehen versucht. Gute Fragen von aussen regen auch gute Fragen in der Innenwelt an, die vielleicht wieder vermehrt auftauchen können.

Es gibt aber auch explizit **weitergehende Fragen**, die durch die Art der Fragestellung ganz neue Räume eröffnen und die unseren PatientInnen oft nicht von selber in den Sinn kommen.

Eine wichtige Art der Fragestellung, vor allem im klientenzentrierten Ansatz, ist die **Formulierung von Beziehungsthemen**, die sich im Laufe der Zeit zwischen uns, meinem KlientInnen und mir abzeichnen. Kongruent²⁶ zu sein ermöglicht eine Metakommunikation,

²⁵ siehe Fussnote 22

²⁶ zum Begriff Kongruenz siehe Fussnote 4

in der wir gemeinsam den Bedeutungen nachgehen können, die unser gemeinsames Beziehungsverhalten hat. Wir können z.B. als Begleitende unsere Beziehungsresonanzen und Beobachtungen zum Klienten hinüberreichen als Vorschlag, um sie gemeinsam zu betrachten: „Jetzt sehen Sie gerade ganz anders aus als grad noch vorhin, ist etwas passiert in Ihnen?“ oder: „Jedes Mal, wenn ich dieses Thema streife, geschieht etwas zwischen uns, ich traue mich dann kaum noch weiterzufragen - ist das in Ihrer Wahrnehmung auch so? Können Sie mir helfen, das zu verstehen?“

Oft ist es auch hilfreich, wenn wir uns schon eine Weile kennen, die **Gedanken** unserer PatientInnen zu **antizipieren** und zum Beispiel zu fragen: „Kann es sein, dass Sie heute denken, ich will nicht mehr soviel jammern und dass Sie deshalb so still sind?“ Oder „Sie haben letztes gefragt, ob ich Sie nicht langsam leid bin - fragen Sie sich das immer noch?“ Dann kann gemeinsam über diese Vorannahmen gesprochen werden.

Nachdem wir der narrativen Wirklichkeit unserer PatientInnen lange genug zugehört haben, können unsere Fragen auch dazu verhelfen, diese stecken gebliebenen Selbst-Erzählungen, die ja konstruiert wurden, um das Leben wenigstens verstehen zu können, **miteinander auszuweiten** oder sogar zu verändern, eine **neue Narration** zu schaffen.

Ein wenig verweilen will ich bei der „**Bündelfrage**“ aus dem Focusing, die ich weiter oben schon erwähnt habe. In ihrer Kurzform heisst sie ja, Sie erinnern sich: „Was an all dem ist denn jetzt im Moment wie?“ Wenn es uns gelungen ist, ein bisschen Abstand zum ganzen Geschehen zu finden, kann diese Frage dann etwa heissen:

- Was an dem Ganzen, an diesen Schmerzen, ist denn eigentlich für Sie das Schlimmste?
- Was vermissen Sie am meisten?
- Welche Qualitäten fehlen denn in Ihrem Leben, wenn es so ist, wie es jetzt ist?
- Was ist das Schwierigste, das Zermürbendste, das Bedrückendste ... an all dem für Sie?
- Was ist das Zentrale an dieser ganzen Geschichte, der wichtigste Punkt, das, was Ihr Leben am meisten erschüttert/bewegt/beeinflusst?

Dann kommen oft Antworten, die so weit von meinen eigenen Einschätzungen entfernt sind, dass ich immer wieder neu erschüttert bin und mir schwöre, nie mehr zu meinen, ich wisse etwas, ohne gefragt zu haben ...

Dann hören wir zum Beispiel:

- Das Schlimmste ist, dass ich am Samstag, wenn wir einkaufen gehen, neben meiner Frau hergehen muss und sie trägt die Migros-Tüten“ (40jähriger Mann aus Südtalien)
- „Erst warm – dann zittern – dann kalt - dann Schmerzen – so immer“ (Frau aus Kroatien, die über ihre Massage-Behandlungen erzählt, die sie so gern hat, aber aus denen sie immer mit Schmerzen nach Hause geht)
- Dass ich nicht mehr im Garten arbeiten kann (frühpensionierte Lehrerin)
- Dass ich meine Kinder nicht mehr versorgen kann (Hausfrau mit 3 Kindern)
- Dass niemand mir glaubt, dass ich Schmerzen habe (Jugendliche mit diagnostiziertem Weichteilrheumatismus)
- Dass mich niemand mehr in den Arm nimmt (Frau mit Krebs)

- Dass mein Chef immer fragt, ja, sind Sie denn schon wieder krank? Haben Sie denn immer was? Sie scheinen ja nicht sehr belastbar zu sein (Angestellter, der fast nie fehlt, nur wenn es gar nicht geht)
- Dass ich schon gar nicht mehr wage, mit meinen Freunden etwas abzumachen aus Angst, ich muss es dann absagen, und was denken die dann über mich (junger Mann mit Migräne)

Und jetzt muss ich als Begleitende, wenn ich diese Antwort höre, natürlich sofort zurück treten und nur zuhören, hinschauen, auf meine Resonanzen achten. Sie merken vielleicht, wie nahe jetzt die Versuchung ist, Ratschläge zu geben, Tipps parat zu haben, zu besänftigen, zu beschönigen, irgendetwas zu machen, weil sich da doch auf einmal eine neue Erkenntnis einstellt, eine neue Sichtweise auftut.

Umso dringender ist es, sofort zurückzukehren zur „Moment-zu-Moment-Empathie“, denn ich weiss ja ab sofort nicht mehr, wie es in der Welt meines Gegenübers aussieht, was sich hinter dieser Antwort für Geschichten, Annahmen, Vorstellungen öffnen werden. Also frage ich von neuem, interessiert, neugierig, behutsam, denn jetzt betreten wir gemeinsam die inneren Landschaften und umkreisen die Themen: „Ah, das ist Ihnen wichtig? Das gibt ja einen ganz neuen Blickwinkel – können Sie mir mehr darüber sagen? Was daran, dass Ihre Frau die Lasten tragen muss, ist denn so schlimm, was trifft Sie besonders? Ach so, ich verstehe ... Was würde denn helfen? Was würde es besser machen für Sie?“ Oder: „Was am Gärtnern ist es denn, was sie jetzt so schmerzlich vermissen?“

Und wieder ist es ganz individuell, was Menschen zum Beispiel auf diese letzte Frage hin antworten:

- die Erde an den Händen
- draussen sein in allen Jahreszeiten
- dass die Nachbarn meinen Garten immer so bewundert haben
- die Bewegung beim Jäten, beim Pflanzen, beim Schaufeln, das Müdesein nachher
- dabei Sein, wenn etwas wächst.

Und jetzt bitte nicht sofort ins vorschnelle „Aber dann könnten Sie doch...!“ verfallen! Es braucht vielleicht ein bisschen Verweilen dabei, wie das alles war, als es noch ging, all die kräftigen Bewegungen, das Bücken, das Arbeiten mit gesunden Händen, die Ausdauer ... Diese Welt darf sich ruhig ein wenig auffalten. Und das, was definitiv nicht mehr geht, muss auch genügend lange betrauert und beklagt werden. Das ist etwas anderes als Jammern! Finden Sie in sich noch die Fähigkeit zu echtem Mitgefühl, zu echtem Trost?

Und nachher können wir eine weitere Frage stellen: „Wo/wie, meinen Sie, könnten Sie denn etwas von dieser Qualität in Ihrem sonstigen Leben finden/neu gestalten?“ Und dann warten wir wieder, auch wenn uns selber schon jede Menge Ideen und Lösungsmöglichkeiten in den Sinn kommen. Denn ich muss dieses Leben ja nicht leben! Erst wenn dem anderen gar nichts in den Sinn kommt, können wir vielleicht wieder aktiv werden und ein paar Vorschläge machen, zum Auswählen, zum Anregen, zum Auffalten: „Frische Luft, Draussensein? Ginge das auch so und so, oder hat das nicht diese Qualität? Beim Wachsen dabei sein – wäre dies Qualität auch zu finden bei/in? Oder wir fragen: „Wenn es einen ganz schmerzarmen Tag gäbe/wenn Sie eine Nacht mal richtig geschlafen hätten: Wie sähe dann der Tag aus? Was könnten/würden Sie dann am liebsten tun?“ ...und lassen uns das möglichst detailliert beschreiben, bis die Qualitäten sich deutlich zeigen

Und dann merken wir an der Reaktion ja sofort, ob ein zögerndes „ja vielleicht, wenn Sie meinen“ kommt – oder dieses langsam Aufleuchtende: „Oh! Ja! Genau! Das könnte ich doch probieren!“

Können Sie sich dann von Herzen mitfreuen?

Es ist bei sehr erschöpften und mutlos gewordenen PatientInnen gut, sich vorläufig im Bereich des Imaginären zu bewegen und erst nachher, wenn sie sich bereit fühlen, erste kleine Handlungsschritte zu planen. Denn mit Schmerzen zu leben ist ja nicht gleichbedeutend damit, auf alles zu verzichten, was sich da entfalten will, was dem eigenen Wesen treu bleiben will. Unter anderen Bedingungen, begrenzt, aber doch mit Bezug auf einen verbleibenden Freiraum können sich diese „verstopften Hoffnungskanäle“, wie eine Teilnehmerin es genannt hat, so vielleicht wieder ein wenig öffnen. Da gäbe es doch noch eine andere Welt. Wir könnten leichtere Wege suchen. Wir könnten der Sehnsucht folgen.

Kann es denn auch **falsche Fragen** geben?

Ja, die gibt es. Oder besser gesagt: es gibt eine falsche Absicht oder Haltung hinter den Fragen. Sie können das leicht überprüfen, wenn Sie die Frage „Kann es denn sein, dass jemandem wirklich ständig etwas weh tut?“ einmal als echte Neugierfrage und einmal als Scheinfrage hören/sagen!

Ratschläge in Frageform („Haben Sie es denn mal mit Pfefferminzöl versucht?“) sind in der Regel bedrängend und wenig hilfreich, weil die Betroffenen meist selber schon alles probiert haben. „Ratschläge sind auch Schläge,“ sagte kürzlich eine Patientin.

Die reinen Schmerzsкалаfragen sind nicht unbedingt falsch, aber einseitig.

Und damit Sie nicht meinen, die Sitzung bestünde aus lauter Fragen: zuhören ist immer noch am wichtigsten! Und **keine Fragen stellen**, sondern ab und zu warten, bei etwas bleiben, miteinander schweigen, ist eine ebenso heilsame Qualität.

Aber keine Fragen stellen und stattdessen neu erworbenes Wissen an die KlientInnen heranreden, ist nicht nützlich. Wir sitzen ja jetzt gerade an diesem Kongress und hören von den neuen Forschungen und dass es gar nicht schlau ist, sich den Schmerzen zu widmen, weil sonst die gleichen Bahnen immer wieder benutzt werden im Gehirn und der Schmerz so verstärkt werden kann. Was also sagen und tun wir nächste Woche in der Praxis? Ich glaube, dass unsere KlientInnen wissen, was für sie günstig ist oder nicht, dass wir das mit ihnen besprechen und sie fragen könnten: „Wollen Sie das hören“ Was denken Sie dazu?“ Wir sprechen mit ihnen auf Augenhöhe, wenn wir ihnen auch unsere Fragen zumuten, nicht nur unser Wissen.

Auch hier gilt wieder der Grundsatz, vom Allgemeinen zum Subjektiven zu pendeln, immer wieder neu von unseren PatientInnen zu lernen.

In diesem Sinne sind auch die folgenden Punkte und Tipps zu verstehen.

V. Zusammenfassend: Was hilft und was nicht. Ein paar Vorschläge

Hilfreich ist:

- Geduld. Schmerzen und Behinderungen sind, auch wenn sie chronisch sind, nicht „immer dasselbe“, sondern jeden Tag neu schlimm. Wenn wir das verstehen, aushalten, immer neu zuhören, nah und zugewendet bleiben– dann sind wir hilfreich.
- Eine strikt klientenzentrierte Haltung einnehmen. Sich in der Haltung „immer zuerst... und dann erst“ (Rogers) üben. Das Krankheits- und Gesundheitskonzept des Patienten kennen lernen, ihn dort abholen. Dialogisches gemeinsames Explorieren. Dann erst: vorsichtig an den Rändern ziehen, neue Vorschläge miteinander überprüfen, üben.
- Genau anschauen, welche Beziehungen einseitig geworden sind: die zum Symptom, zur Mitwelt, zu sich selber, oder die zwischen uns? Welche Prozesse stagnieren? Welche Bewegung ist nicht mehr möglich dort? Was könnte den Prozess vorwärtstragen?
- Immer nach den Beziehungen zwischen etwas fragen! Ganzheitlich denken. Einen konsequent relationalen Ansatz pflegen!
- Muster und Gesetzmäßigkeiten anschauen und zueinander in Beziehung setzen -aber nicht: das eine kommt vom anderen, hat das zur Ursache, ist davon die Folge, bedeutet doch sicher, bedingt das und das... Einerseits Abstinenz in diesen Denkmodi, andererseits Kreativität pflegen: Zyklen neu verbinden oder entkoppeln, neue Sichtweisen, neue Fragen probeweise hinein nehmen in das Netzwerk.
- Beziehungsresonanzen zwischen uns nutzen. Nicht aufgeben, sanft und beharrlich weiterfragen, wenn „flache“ Antworten kommen. Genau zuhören, leiseste Stimmungsänderungen und Andeutungen aufsammeln. Eigene Resonanzen zur Verfügung stellen. Behutsam die antizipierten Beziehungsantworten erfragen.
- In der Modalität „Körper“ andere qualitative Bewertungsmodalitäten suchen als Schmerz/nicht-Schmerz. Wahrnehmung schulen, neue Sprache finden. Andere Körpererfahrungen machen, möglichst viel vom Körper kennen lernen, das nicht weh tut, sondern eine andere Qualität hat. Sich entfernen von den aufgeladenen und schmerzhaften Subsystemen. Den PatientInnen z.B. Focusing beibringen, das sich mit dem „von innen gespürten“ Körper beschäftigt.
- Die PatientInnen körperlich nicht allein lassen. Miteinander neue Bewegungen erforschen. Berührung anbieten, die keine „Behandlungsberührung“ ist.
- Andere Modalitäten stärken und verbinden: Bilder, Töne, Farben, Sätze, Gefühle....
- Miteinander lernen, wie andere Verengungen/Schlaufen sich ums Symptom herumwickeln können, nach Möglichkeit voneinander lösen -Rückenweh und Depression gibt eine andere Stimmung als Rückenweh und Angst oder Rückenweh und Kränkung!
- Die „richtigen“ Fragen. Auf die Qualität der Fragen achten: vom Klienten lernen, miteinander suchen.
- Ihre Tendenz zu Erklärungsmustern nutzen, entkoppeln und neue Bedeutungszusammenhänge schaffen und nicht lockerzulassen, bis gemeinsam eine Beziehungsform gefunden wird, die dann die PatientInnen in analoger Weise auch zu ihrer Symptomatik aufnehmen können.
- Erbarmen, Respekt vor der Leistungsfähigkeit, Duldsamkeit, Tapferkeit und Einsamkeit dieser Menschen. Sich davon berühren lassen. Aufrichtige Anteilnahme. Echter Trost. Zuversicht in sich halten und sie vermitteln können.
- „Leichte Wege“ suchen. Begrenzungen und Freiräume realistisch ausloten. Was in ihrem Leben braucht Aufmerksamkeit? Der Sehnsucht folgen.

Die „don'ts“:

- Bitte nicht sagen: wir können nichts mehr für Sie tun. Mit diesen Schmerzen müssen Sie halt leben. Physiotherapie und Massage helfen ja auch nicht, drum werden die gestrichen.
- Aber auch nicht vermitteln; das kriegen wir schon hin, das werden Sie los - keine unrealistischen Erwartungshaltungen erwecken.
- Nicht nur auf der medizinischen Ebene bleiben. Aber auch nicht: jetzt lassen wir das und suchen in der Psyche. Die beiden Ebenen nicht voneinander trennen oder gegeneinander ausspielen. Sich nicht mit einem einzigen Erklärungszusammenhang zufrieden geben. Auch rein psychische Modelle sind bei komplexen Erkrankungen oft zu undifferenziert!
- Bitte keine Begriffe und Denkfiguren wie Ursache – Kausalitäten – Begründungen – entweder ... oder, weil...drum, bedingt, verursacht, löst aus ..., verborgene Motive, das „Dahinter ist doch was!“ Keine Schuldzuschreibung machen, keinen Krankheitsgewinn unterstellen. Nicht verdächtigen, jemand wolle nicht, verdränge nur, sei nicht motiviert, müsse halt endlich... Sonst jagen wir die KlientInnen in unnötige, noch mehr Leid erzeugende Suchprozesse.
- Keine vorschnellen Beurteilungen und Bewertungen. Keine Vorträge über eigene Vorstellungen von Schmerzkontrolle und Bewältigung von Leiden an die PatientInnen heranreden!
- Nicht das, was in einem ausgelöst wird - sich abgewertet fühlen, Machtausübung und Absichten unterstellen oder ähnlich - , verwechseln mit dem, was der Patient sagt/tut/meint! Vorsicht: auf heftige Trigger wie chronische Schmerzen reagieren wir mit eigenen Verengungen!
- Nicht: unbedingt das Symptom zum Verschwinden bringen wollen! Nicht „heilen“ wollen! Wir können nicht wissen, was die „richtige“ (Auf-)Lösung für jemanden ist. Keine Heilbarkeitsillusionen verkünden - Menschen fühlen sich als Versager, wenn ihnen das dann nicht gelingt!
- Nicht (zu lange) alleine arbeiten, es braucht ein interdisziplinäres Team - oder eine Anweisung für die PatientInnen, wie sie die verschiedenen Ansätze in sich integrieren können. Super- und Intervision zur Entlastung und Unterstützung nutzen.

VI. Schluss

„Der Schmerz wird nicht kleiner. Man wird nur besser darin, ihm zu begegnen.“

Peter Hoeg, Der Plan von der Abschaffung des Dunkels

Wo sind wir gelandet?

Sicherlich ist das Arbeiten mit Menschen, die unter komplexen und chronischen somatischen Erkrankungen leiden, nicht einfach. Sie haben aber vielleicht gesehen, wie eine Selbsterforschung im guten Sinne dazu beitragen kann, die Empathie, die uns verloren gehen kann, wieder zu erlangen. Sie haben eine Ahnung davon bekommen, wie der Tanz, das Pendeln zwischen allgemeinem Wissen und immer wieder notwendiger individueller Vergewisserung vor sich gehen kann und was das für die jeweiligen Beziehungsfelder heisst. Sie haben vielleicht auch Anregungen bekommen, wie Sie mit diesem Klientel kreativ und durchaus erfolgreich arbeiten können – auch wenn nicht immer diejenigen Prozesse in Bewegung kommen, die wir im Sinn hatten - das Symptom heilen zum Beispiel.

Vielleicht können wir sogar etwas lernen von unseren "schwierigen" PatientInnen, die mit chronischem Leiden leben müssen?

Tapfer finden sie jeden Morgen aufs Neue heraus, was möglich ist an diesem Tag und was nicht. Sie überwinden Verzweiflung und Schmerzen und stehen auf. Sie tragen kleine oder grosse „und – trotzdem - Programme“ in sich, die ihnen ein kleines bisschen Freude ermöglichen, ein bisschen Lebendigkeit. Sie ringen darum, Gelassenheit und Gleichmut einzuüben statt Aufbegehren und Resignation. Das ist ihr tägliches Koan, ihre tägliche Lebensleistung. Manche haben sich versöhnen können mit der Unheilbarkeit ihrer Leiden – und haben uns damit vielfach etwas voraus, uns, die wir das so schwer akzeptieren können.

„Die Tatsachen sind freundlich“, sagt Rogers²⁷. Halten wir, die Begleitenden, diesen Gedanken aus? Sind wir da, immer wieder? Begleiten wir auch unheilbares Leiden mit dem gleichen Engagement wie Veränderungsprozesse, die zu Heilung führen? Können wir trotzdem die Hoffnung in uns halten, eine Hoffnung ohne Illusion, dass ein lebenswertes Leben auch unter diesen Gegebenheiten möglich ist?

So lernen wir, wenn wir unseren PatientInnen wirklich zuhören, Mut und Demut, Mitgefühl und Nüchternheit. Dafür könnten eigentlich wir, die Begleitenden, dankbar sein.

²⁷ Rogers 1973, S. 40

Literaturempfehlungen zum Thema „Schmerz“

(bei der immensen Schnelligkeit, mit der heutzutage Bücher aus den Verlagsprogrammen verschwinden, kann ich nicht garantieren, dass nicht das eine oder andere Buch bereits vergriffen ist...)

Antonovsky , Aron, 1997, Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Dgvt Tübingen

Akache-Böhme, Fridel / Böhme, Gernot, 2005, Mit Krankheit leben. Von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen, Beck'sche Reihe

Alder, Rolf H., 2000, Psychosomatik als Wissenschaft. Integrierte Medizin gedacht und gelebt, Schattauer

Basler, H.D./Franz, C./Kröner-Herwig,B/Rehfish, H.P., 5. Aufl. 2004, Psychologische Schmerztherapie, Springer

Bärlocher, Daniel, 2002, Schmerzen lindern mit Focusing. Neue Wege in der Kopfschmerztherapie, Ratgeber Ehrenwirth

Bärlocher, Daniel, 2006, Körperschmerz und Lebensqual. Kasuistik. In: Psychiatrie und Neurologie 3/2006, S. 1-4 <http://www.bearpause.org/literature.html>

Bärlocher, Daniel, 2007, Schmerzpsychotherapie von primären chronischen Schmerzsyndromen und Körperschemastörungen, in: G. Schönbacher, Schmerz. Perspektiven auf eine menschliche Grunderfahrung <http://www.bearpause.org/literature.html>

Binder, U. / Binder, J., 1991, Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie, darin: Psychosomatisches Erleben, S. Verlag Dietmar Klotz

Bopp, A. /Nagel/D./ Nagel,G., 2005, Was kann ich selbst für mich tun? Patientenkompetenz in der modernen Medizin. Ruffer und Rub

Butler, David S. / Moseley, G.L., 2005, Schmerzen verstehen, Springer Verlag

Deter, H.-C. (hg.), 2001, Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Chancen einer biopsychosozialen Medizin, Hans Huber

Dubiel, Helmut, 2006, Tief im Hirn. Antje Kunstmann

Finzen, Asmus, 2002, Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? Rasonieren über das Heilen, Edition Das Narrenschiff

Frede, U., 2004 Praxis psychologischer Schmerztherapie - kritische Reflexion aus der Patientenperspektive, in : Basler u.a.. 2004, S. 623-639

Frede, U. 2007, Herausforderung Schmerz. Psychologische Begleitung von Schmerzpatienten, Pabst Science Publishers

- Gadamer, Hans-Georg**, 2003, Schmerz. Einschätzungen aus medizinischer, philosophier und therapeutischer Sicht. Universitätsverlag WINTER Heidelberg
- Gadamer, Hans-Georg**, 2003, Über die Verborgenheit der Gesundheit, bibliothek suhrkamp
- Geiser, Christiane** (2004). About Focusing Modalities. In: The Focusing Connection, Vol. XXI, No. 4, July 2004, p. 1-5
- Geiser, Christiane**, 2007, Zum Verständnis eigener und fremder Welten: Charakterstrukturen als hilfreiches Modell jenseits von Pathologie und Störungsdenken. <http://www.gfk-institut.ch/pdf/Geiser.pdf>
- Gendlin, Gene**, 1964, A theory of Personality Change. In Ph. Worchel & D.Byrne, Personality Change, (p. 101 148), Wiley and Sons
- Gendlin, Gene**, 1998, Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode, Pfeiffer leben lernen 119
- Gindl, Barbara**, 2002, Anklang. Die Resonanz der Seele. Über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung. Junfermann Paderborn
- Glier, Barbara**, 2002, Chronischen Schmerz bewältigen. Verhaltenstherapeutische Schmerzbehandlung, Pfeiffer leben lernen 153
- Heinl, H. / Heinl, P.**, 2004, Körperschmerz – Seelenschmerz. Die Psychosomatik des Bewegungssystems. Ein Leitfaden. Kösel
- Hess, Rene**, 2002, Systemisches Denken und Handeln in der Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen, Z.f.syst.Th Jg.20.2, April 2002, 70-76
- Huonker-Jenny, Renata**, 2005, Schleudertrauma, das unterschätzte Risiko. Reportagen, Informationen und Behandlungsmöglichkeiten, Kösel
- Klinkenberg, Norbert**, 2000, Feldenkrais-Pädagogik und Körperverhaltenstherapie, Pfeiffer leben lernen 133
- Kraemer, H. / Wichmann, A.**, 2006, Schleudertrauma. Lösungswege für eine schwer fassbare Unfallfolge, Orell Füssli
- Lieb, H. / von Pein, A.**, 1990, Der kranke Gesunde. Psychosomatik für Betroffene, Trias
- Lietaer, Germain**, 2002, The United Colours of Person-Centered and Experiential Psychotherapies, PCEP 1, 4-13
- Meier, Isabelle**, 2002, Schmerzen lindern und bewältigen. Wirksame Hilfe bei chronischen Schmerzen, Beobachter-Buchverlag
- Morris, David B.**, 1996, Geschichte des Schmerzes, Suhrkamp Tb
- Morris, David B.**, 2000, Krankheit und Kultur, Kunstmann

- Morschitzky, H. / Sator, S.**, 2004, Wenn die Seele durch den Körper spricht. Psychosomatische Störungen verstehen lernen. Walter
- Nickel, R. / U.T. Egle**, 1999, Therapie somatoformer Schmerzstörungen. Manual zur Psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie
- Otte, Rainer**, 2001, Thure von Uexküll. Von der Psychosomatik zur Integrierten Medizin, Vandenhoeck und Ruprecht
- Price, Reynolds**, 1998, Ein zweites Leben. Die Überwindung der Krankheit, Suhrkamp Tb
- Purton, Campbell**, (2004). Person-Centred Therapy. The Focusing-Oriented Approach, Palgrave
- Rogers Carl**; 1973, Die Entwicklung der Persönlichkeit, Klett-Cotta
- Rogers, Carl R.** , 1980, "Brauchen wir "eine" Wirklichkeit?", in Rogers und R. Rosenberg, Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit, Klett-Cotta 1980, S. 175-184.
- Ripke, Thomas**, 1194, Patient und Arzt im Dialog. Praxis der ärztlichen Gesprächsführung, Thieme
- Rüegg, J. C.**, 2001, Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Neuronale Plastizität als Grundlage einer biopsychosozialen Medizin, Schattauer
- Sandweg, Rainer (hg.)**, 2004, Chronischer Schmerz und Zivilisation. Vandenhoeck und Ruprecht
- Schelosky, L. / Müller, F.** 2007, Medizinisch ungeklärte Symptome am Beispiel des chronischen Schmerzes. In: Akt Neurol 2007; 34: 13-22
- Schönbächler, Georg**, 2007, Schmerz. Perspektiven auf eine menschliche Grunderfahrung, Edition Collegium Helveticum Zürich, Band 4
- Seemann, Hanne**, 1998, Freundschaft mit dem eigenen Körper schliessen. Über den Umgang mit psychosomatischen Schmerzen, pfeiffer Leben lernen 115
- Seemann, Hanne**, 2002, Kopfschmerzkinder. Migräne und Spannungskopfschmerz verstehen und psychotherapeutisch behandeln. pfeiffer leben lernen
- Simon, Fritz B.**, 1997, Die Kunst der Chronifizierung - Über die Anpassung von System und Umwelt, in: Die Kunst, nicht zu lernen, Auer, S. 67-83
- Specht-Tomann, M./Sandner-Kiesling, A.**, 2005, Schmerz. Wie können wir damit umgehen? Walter Verlag
- Strian, Friedrich**, 1996, Schmerz. Ursachen, Symptome, Therapien, Beck`sche Reihe
- Tonhauser, T. / Rausch, T.**, 2003, Das Dachauer Modell: Multimodale Schmerztherapie unter ressourcenorientierter Perspektive, in: Schemmel/Schaller (hg.), Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit, dgvtv-Verlag, S. 427-439

Uexküll, Th. von/Geigges, W./Plassmann, R., 2002, Integrierte Medizin. Modell und klinische Praxis, Schattauer

Uexküll, Th.von/Adler, R./Herrmann, J.M., 6. Auflage 2002, Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns, Urban und Fischer

Ulrich, Gerald, 1997, Biomedizin. Die folgenschweren Wandlungen des Biologiebegriffs. Schattauer

Van Balen, Richard (1996), Theory of Personality Change: Comparison of Rogers, Gendlin and Greenberg, in: Hutterer/Pawlowsky/Schmid/Stipsitis (hg.), Client-Centered and Experiential Psychotherapy, A Paradigm in Motion, Peter Lang, p. 117126.

van den Berg, Frans, 2003, Angewandte Physiologie 4, Schmerzen verstehen und beeinflussen, Thieme