

Körperschmerz und Lebensqual

Chronifizierte primäre Schmerzsyndrome und Körperschemastörungen im Kontext biografischer Psychotraumata (1)

Daniel Bärlocher

«Ein Déja-vu», antwortete ein pensionierter Richter, «ist ein Gefühl des Wiedererkennens, obwohl man, was man wieder zu erkennen meint, noch nie gesehen hat.»

Bernhard Schlink. *Die Heimkehr. Diogenes, Zürich 2006:79*

Einführung

Das Vorhaben dieses Beitrags war für den Autor und den Patienten gleichermaßen von Interesse. Das ist sein Vorwort:

«Ich heisse Markus Dahinden, geboren 1949, verheiratet, ohne Kinder. Ich war selbstständiger Mechaniker, mit eigener Autowerkstatt in Dottikon. Ich liebe alles Handwerkliche. Die Werkstatt lief enorm gut. Ich arbeitete fast sieben Tage in der Woche. Wir wohnen in einem Haus, das uns seit Generationen gehört. Die Gemeinde hat etwa 3000 Einwohner und liegt zwischen Luzern und Lenzburg. 18 Jahre lang war ich aktiv bei der lokalen Feuerwehr, als Gruppenleiter. 1998 passierte der Unfall. Ich hatte bei einem Kabinenrasenmäher im Freien eine Scheibe eingesetzt. Beim Finish hat sich eine Gummidichtung verschoben. Ich bin mit dem Schraubenzieher abgerutscht und habe ins linke Auge gestochen. Dort sehe ich nichts mehr. Hier wird jetzt davon berichtet: von meinem Leidensweg bis zu meinem Zustand heute. Die Namen und alle Angaben habe ich so verändert, dass meine Persönlichkeitsrechte gewahrt sind, die Geschichte aber genauso bleibt, wie sie ist. Ich hoffe, dass das auch Ärzte lesen, die Patienten wie mir die Krankheit nicht glauben. Ich will, dass man versteht, wie elend ich am Boden war, als ein Nichts: Mä isch so nüntig.»

Ausgangslage

Arbeitsunfall am 15. Mai 1998. Im Spital zwei Operationen am verletzten linken Auge in drei Tagen. Das Augenlicht ist verloren. Kopfschmerzen hinter dem Auge ab dem zweiten Tag und über die 16 stationären Tage hinaus. Weitere medizinische Behandlungen. Im April 1999 MRI: ohne Befund. Die Schmerzen persistieren. Die

Zusammenfassung

Ein selbständiger Mechaniker verliert bei einem Arbeitsunfall sein linkes Augenlicht. Anhaltender Kopfschmerz und Angstattacken invalidisieren. Zwei Jahre später versteht ein Neurologe das Gesamtbild. Dann beginnt unsere Schmerzpsychotherapie. Sie enthüllt auch Traumatisierungen, die für das Mitglied einer Dorffeuwehr über die Zeit unvermeidlich sind. Der chronifizierte, primärartige Schmerz wandelt sich von der Qual zum verlässlichen Signal. Der Einäugige lernt zu fokussieren. Es gelingt ihm, die Wahrnehmung der Aussenwelt und sein Erleben in einem fragilen Gleichgewicht zu stabilisieren. Die Verletzungen erhalten ihre Würdigung. Das Leben hat eine neue Perspektive. Die Ehe hat gehalten. Dauer der Therapie: 6 Jahre. Sitzungen: 70. Frequenz: wöchentlich, vierzehntäglich, monatlich.

Arbeitsunfähigkeit hält an. Im Sommer 2000 Zuweisung durch den Hausarzt zum Neurologen Dr. med. Hansruedi Isler, Zürich. Anschliessend Zuweisung durch den Neurologen zur Schmerzpsychotherapie. Dr. Isler rät auch, das nun blinde linke Auge nicht operativ zu entfernen. Der Patient ist damit sehr einverstanden. Erst Jahre danach zeigt sich, wie weise das war: das Auge ist zum verlässlichen Warner geworden.

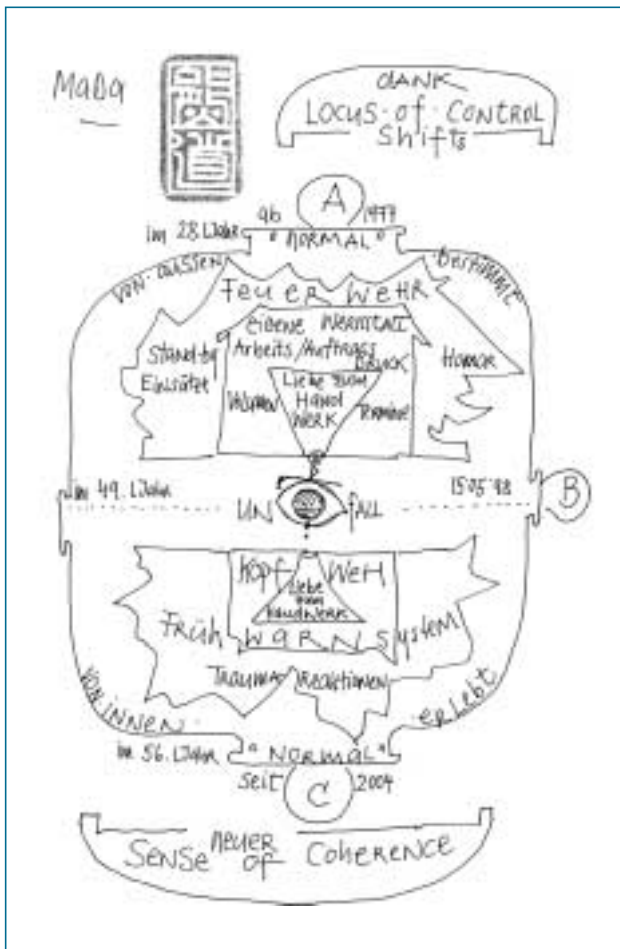
Diagnosen

ICD-10 F43.1 posttraumatische Belastungsstörung mit chronischem Verlauf und Leitsymptom chronischer posttraumatischer Kopfschmerz nach Verlust eines Auges (DSM-IV 309.81 posttraumatische Belastungsstörung) sowie *ICD-10 F41.1* generalisierte Angststörung mit Bezug auf potenzielle Unfallrisiken (2).

Therapie und Therapieziele

Die Schmerzpsychotherapie ist multimodal, körperzentriert und erlebensbezogen. Basis ist das «Focusing» nach Professor E.T. Gendlin, University of Chicago (3). Primär geht es um die individuelle Wahrnehmung von innen

und aussen: aus der intra- und interpersonellen Wahrnehmung ergeben sich sinnvolle nächste Schritte. Der Therapieansatz ist salutogenetisch und ressourcenorientiert. Er geht von einer Resilienz aus, welche erlebbar werden kann. Die narrative und die systemische Dimension sind integral: Geschichten und die Geschichte über die Biografie hinaus spielen eine aktive Rolle. Die Wertschätzung interkultureller Fakten und Einflüsse ist Standard. Teil des Settings ist auch eine umfassende Transparenz: Der Patient erhält von allen Dokumenten und den Mindmap-Notizen (vgl. *Abbildungen*) seine Kopie. Die Therapie ist betont niederfrequent: anfänglich sind es wöchentliche Sitzungen, später zweiwöchentliche, dann gelegentlich monatliche Sitzungen. Die Therapie ist in jedem Fall interdisziplinär: Der Austausch mit der zuweisenden Fachärztin oder dem Hausarzt ist regelmässig, persönlich und kontinuierlich über die ganze Therapiedauer. Dabei ist der Patient miteinbezogen.



Die Mindmaps entstehen während der Sitzungen, sozusagen unter den Augen des Patienten, der nicht wirklich hinschaut beziehungsweise sich daran gewöhnt hat, dass der Therapeut gelegentlich etwas auf ein Blatt skizziert. Der Patient bekommt von jeder Mindmap eine Fotokopie.

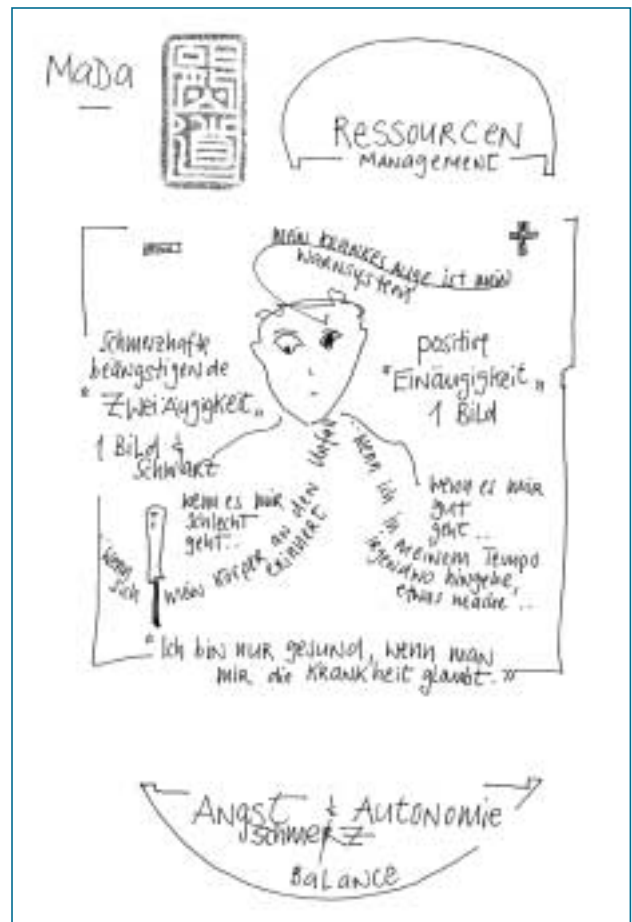
Die Therapieziele sind:

1. Stabilisierung in einer therapeutischen Beziehung.
2. Geführtes Erleben des Ist-Zustandes, der Symptome, jedoch nicht im Verständnis einer Exposition.
3. Unterstütztes Begreifen und Reframing des Erlebens im aktuellen Kontext.
4. Sicherheit, Schutz, Linderung durch differenziertere Wahrnehmung, ein persönliches Frühwarnsystem.
5. Erkunden und Umsetzen von Ressourcen im Alltag.
6. Integration dank Locus of Control Shifts: vom hilflosen Ausgeliefertsein aktiv zu Verbündeten und zu mehr Autonomie. (4)

Beschwerden

Das berichtet der Patient:

Auge und Schmerz: «Als mir nach dem Spitalaufenthalt das Arbeiten nicht möglich war, sagten die Ärzte: Das ist Ihr Problem. Die ersten drei Jahre hatte ich jeden Tag Kopfwegh. Auf handwerkliche Maschinen, die in Betrieb sind, reagiere ich schlecht, mit einem Druck im Kopf. Wenn ich aber beziehungsweise eine Kreissäge höre, dann erschrecke ich und bekomme sofort Kopfschmerzen. Und bei Terminen aller Art: da bin ich schon am Vortag nervös, schlafe dann schlecht und bekomme regelmässig Kopfwegh. Für Dritte ist das natürlich sehr schwierig. Kaum jemand hat da viel Verständnis. Und die Leute im Dorf denken, ich sei nur zu faul zum Schaffen.»



Angst: «Die räumliche Orientierung ist bis heute massiv gestört. Ich verliere den Weg in der Stadt. Das beunruhigt mich tief. Immer wieder habe ich schreckliche Alpträume. Ich erwache, bin bachnass, mein Mund ist trocken. Ich kann für Stunden nicht einschlafen, schaue TV zur Ablenkung. Am Morgen bin ich dann todmüde. Ich habe sehr oft Angst, mein gesundes Auge zu verlieren. Das räumliche Sehen ist extrem schwierig und gefährlich. Ich bin schon deswegen oft erschöpft. Ein paar Mal ging etwas um ein Haar ins gesunde Auge. Jedes Mal, wenn ich an den Unfall denken muss, wie es passiert ist: dann verschüttelt es mich. Jener Schraubenzieher war das ungefährlichste Werkzeug von allem, was in meiner Werkstatt ist. Heute ist jeder Schraubenzieher wie eine Waffe für mich. Ich bekomme Atemnot. Ich will fortrennen.»

Befunde

Im engeren Kontext: Unfalltrauma mit primärartigen, chronifizierten Schmerzen und deutlicher Angststörung. Primärartig meint, dass die ursprünglich sekundären Schmerzen medizinisch nicht länger mit nachvollziehbaren körperlichen Korrelaten zu erklären sind. Der Patient leidet unter Symptomen aus allen Kategorien der posttraumatischen Belastungsstörung, wie sie das DSM-IV auflistet:

- Wiedererleben durch Erinnerungen und Wahrnehmung, wiederkehrende Träume, dissoziative Flashback-Episoden, intensive Belastung und körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit Auslösefaktoren
- Vermeiden von Reizen und Informationen, die mit dem Trauma verbunden sind
- Anhaltende Symptome des erhöhten Arousal: Schlafstörungen, Hypervigilanz, Schreckreaktionen, Konzentrationsschwierigkeiten.

Im weiteren Kontext: Der Unfall ist eine biografische Zäsur nach anhaltender und wiederholt akuter Traumatisierung seit Beginn des Berufslebens. Schlimm und häufig waren die Szenen, denen der Patient als Feuerwehrmann, meist als erster, am Ort eines Unfalls ausgesetzt war. Als noch belastender beschreibt er die zahllosen Nächte, in denen er über einen Pager in Bereitschaft war. Es begleitete ihn eine ständige Angst vor dem spezifischen, durchgehenden Läuten des Telefons. Dazu kommt eine merkwürdige Häufung von grausamen Todesfällen, von denen er Zeuge wurde oder in einer Beziehung betroffen war.

Heilverlauf

1. Shift im Locus of Control (5): Von unvorhersehbaren und verstörenden Attacken zu bewusster Autonomie im Umgang mit Schmerz und Angst. Von generalisierter Angst zu begreifbarer Angst vor dem Verlust des gesunden rechten Auges. Nachvollziehbares Er-

schrecken und entlastendes Reagieren bei einer Konfrontation mit tatsächlichen oder möglichen Unfallsituationen. Im biografischen Kontext: vom aussengesteuerten Hyperfunktionieren zum selbstgetakteten Alltag auf erlebensbezogener Basis.

2. Der chronifizierte, lange Zeit unkontrollierbare Kopfschmerz hinter dem kranken Auge bekommt allmählich eine verlässliche Funktion als Signalschmerz.
3. Ressourcen-Management: erlebensbezogenes Ausprobieren von dem, was situativ möglich ist und das auf der Basis einer lebenslangen Begeisterung für das Handwerkliche.
4. Effizientes Frühwarnsystem dank sensibilisierter Wahrnehmung von Triggerfaktoren.
5. Adaptation und neue Lebensqualität für den Patienten und seine Ehefrau.

Das berichtet der Patient:

Auge, Schmerz, Raum: «Mein krankes Auge ist mein Warnsystem. Ich sehe praktisch jedes Unfallrisiko, ob ich will oder nicht. Dann muss ich mich abwenden, ablenken, sonst kommt das Kopfweh. Ich habe auch gelernt, dass mir Stille nicht gut tut. Die Ruhe lässt mein Gehirn rasen. Es schaltet nicht ab, studiert und fantasiert und lässt mich nicht schlafen. Auch kleine Einzelgeräusche werden extrem lästig. Am besten ist regelmässiger Verkehrslärm: das Rauschen lässt mich erholsam schlafen. Was ich auch weiss und was der Augenarzt gemessen hat: Wenn es mir gut geht, ist der Augendruck im kranken Auge gut – und umgekehrt. Was immer besser geht, ist Treppensteigen und Hochblicken, zum Beispiel im Hauptbahnhof auf die Anzeigetafel für die Züge. Früher bekam ich da Schwindel und es wurde mir übel. Ich habe auch Folgendes bemerkt: Wenn es mir gut geht, wenn meine Stimmung gut ist, dann habe ich eine Einäugigkeit. Das heisst, ich sehe dann ein Bild. Damit komme ich prima zurecht und ich kann funktionieren. Wenn es mir schlecht geht, dann habe ich eine Zweiäugigkeit. Nämlich ein Bild und dazu Schwarz, wegen dem kranken Auge. Das ist eine massive Belastung für mich. Zuerst schmerzt das Auge und später der Kopf. Zugfahrten sind sehr angenehm und entlastend. Heute habe ich die Schmerzen gut im Griff. Wenn ein Kopfweh unvermeidlich ist, dann hilft mir ein Ponstan. Das ist heute zwischen null bis fünf Mal im Monat. Mir ist wohl, wenn ich im Apothekerschrank etwas habe.»

Angst, Zeit: «Ich lebte vor dem Unfall wie ferngesteuert. Ich war ständig am Arbeiten. Oder ständig in Alarmbereitschaft für die Feuerwehr. 18 Jahre lang. Wenn ich heute in meinem Tempo irgendwo hingeh, mich bewege, etwas mache: dann bin ich einigermaßen kopfwahrfrei. Pressieren ist Gift für mich. Heute bin ich viel langsamer in allem. Wenn ich genügend Zeit für etwas habe, die Termine flexibel selber bestimmen kann: dann geht es mir gut. Ich habe gelernt zu bemerken, wenn sich

mein Körper an den Unfall erinnert. Ich merke das an einem typischen Unwohlsein. Dann muss ich denken: Aha, das ist es. Und es als Warnung für mein gesundes Auge nehmen. Es ist immer wieder gefährdet.»

Prognosen

Die Prognosen zu Schmerz und Angst, aus der jeweiligen Perspektive von Therapeut/Patient, haben sich in drei Phasen positiv verändert:

1. Prognose im ersten Jahr der Therapie:
unsicher/verzweifelt.
2. Prognose während drei weiteren Jahren:
offen/hoffnungsvoll.
3. Prognose seit knapp zwei Jahren:
günstig/zuversichtlich.

Das Schmerz-Coping wird auch langfristig von äusseren Einflüssen abhängig bleiben. Die mediale Unfall- und Katastrophenberichterstattung, soweit unvermeidbar, gehört wesentlich zu den Auslösern. Mit dem entsprechenden Erschrecken hat der Patient umzugehen gelernt. Dasselbe gilt für Schlafstörungen und Alpträumen. Mit anhaltender Sorgfalt muss er auch den Alltag seinem eigenen Rhythmus gemäss gestalten. Ein weitere therapeutische Begleitung im Umfang von etwa zehn Sitzungen pro Kalenderjahr ist vorderhand erwünscht und sinnvoll.

Der Patient ist seit 1999 IV-Rentner. Zur Vollständigkeit für den Leser soll im Rahmen dieses Beitrags ausnahmsweise auch aus psychologisch-psychotherapeutischer Sicht etwas zur Arbeitsfähigkeit gesagt sein: handwerkliche Arbeiten werden dem Patienten, trotz Neigung, auf absehbare Zeit nicht möglich sein. Alternative, intellektuelle Tätigkeiten sind aufgrund seiner kurzen Zeitfenster der Belastbarkeit im üblichen Rahmen nicht realistisch.

Tatsächlich gäbe es jedoch eine Art beruflicher Utopie, die, dem Patienten zwar vorstellbar, im heutigen Kontext jedoch nicht umsetzbar scheint: Herr Dahinden kann durch blosser Präsenz und ein Beobachten aus sicherer Distanz in einem beliebigen handwerklichen Betrieb in 20 bis 30 Minuten konkrete berufliche Risiken für Mitarbeiter identifizieren. Ob irgend eine Versicherung einen formal diplomlosen, de facto hoch qualifizierten Experten als freien Mitarbeiter unter Vertrag nehmen würde, ist allerdings mehr als fraglich.

Schlussbemerkungen

Hat sich diese Schmerzpsychotherapie gelohnt? Ja, sagt der Patient und führt Verschiedenes an: Unterstützung, Sicherheit, Normalität, Lebensqualität, Würde. Und die Kosten? Im Vergleich mit dem Schicksal einer Vielzahl chronischer Schmerzpatienten kann man festhalten, dass eine Schmerzpsychotherapie vieles einspart:

1. Somatisierungsprozesse mit teils unabsehbaren Folgekosten.

2. Frustrierte Behandelnde im medizinischen und paramedizinischen Bereich, die vor den chronischen Schmerzen kapitulieren.
3. Folgen verzweifelter Hilflosigkeit beim Patienten und seinen Nächsten.

Einschränkungen gibt es in zweifacher Hinsicht. Erstens: Die Indikation ist restriktiv, nur eine Minderheit derart betroffener Patienten mag sich in eine solche Therapie begeben, aus unterschiedlichen und respektablen Gründen. Zweitens: Das Angebot ist restriktiv. Qualifizierte, in eigener und selbstständiger Praxis niedergelassene Schmerzpsychotherapeuten sind in der Schweiz derzeit rar. Immerhin ist das Angebot in unterschiedlichen Kliniken im Auf- und Ausbau. ■



*Dr. phil. Daniel (Kuma) Bärlocher
Psychotherapeut SPV/ASP
European Certificate of Psychotherapy
Dreikönigstrasse 51
8002 Zürich*

Interessenskonflikte: keine

Literatur:

1. Daniel Bärlocher, *Schmerzpsychotherapie von primären chronischen Schmerzsyndromen und Körperschemastörungen*. In: G. Schönbachler (Hg.), *Schmerz – Perspektiven auf eine menschliche Grunderfahrung*, Chronosverlag, Zürich, 2007 (in press/download von der Internetseite des Autors unter der Rubrik «LeseStoff»).
 2. *Weltgesundheitsorganisation, Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, 2006, ISBN 3-456-84255-4.
 3. Eugene T. Gendlin, *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebnisbezogenen Methode*. Pfeiffer Verlag, München, 1998, ISBN 3-7904-0660-0.
 4. Daniel Bärlocher, *Schmerzen lindern mit Focusing. Neue Wege in der Kopfschmerztherapie*, Ratgeber Ehrenwirth, 2002, ISBN 3-431-04021-7 (aktuell vergriffen).
 5. N.J. Martin et al, *The Headache-Specific Locus of Control Scale*, in: *Headache*, October 1990.
- (Anm.: eine ausführlichere Literaturliste gerne auf Anfrage über die Internetseite des Autors www.bearpause.org)