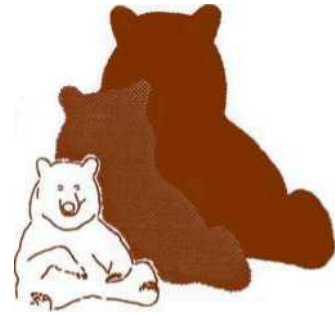


bernhard schlage

körperpsychotherapie, schriftstellerei



eine kurzfassung dieser studie erschien erstmals in der zeitschrift connection im januar 1996 und dann in überarbeiteter version im ICPIT-world-bulletin anfang 1998. die letzte überarbeitung erfolgte anlässlich einer fortbildung für heilpraktiker im juni 1999.

autsch, aua,...

schmerzerfahrungen in der körperpsychotherapie

Untertitel

die schlüsselfragen dieser studie lauten:

- den kampf gegen schmerzen im eigenen leben aufzugeben, kann einen umfangreichen prozess der persönlichkeitsveränderung auslösen.
- was ist schmerz?
- wie gehen klientInnen in der körperpsychotherapie mit schmerzen um?
- schock und schmerzempfinden
- wie funktioniert verdrängung im körper?
- neuronales und metabolisches gedächtnis
- was bewegt menschen dazu, schmerzen zu suchen? körpereigene opiate
- wieso kommt es zu schwellungen im gewebe bei psychischen schmerzen? die muskelpumpe
- wie wirken schmerzen in sozialen systemen? die schmerz-feld theorie
- ein zusammenfassendes modell der schmerzforschung
- das gate-kontrol-system
- das rad der schmerzen

ein klient berichtet:

wir befinden uns in der praxis einer körperpsychotherapeutin: ein teppich mit warmen farben, helle wände und die sonne scheint durch die vorhänge ins zimmer. eine pflanze, eine kerze brennt im raum, eine wolldecke. ein paar bücher zum thema in einem regal. mitten im raum steht eine art massagebank. ein weißes laken liegt darauf. ich liege auf dieser bank und schaue zur decke. dort hängt ein mobile, das meine aufmerksamkeit auf sich zieht. nach einigen anleitungen meiner körperpsychotherapeutin atme ich tief und gleichmäßig durch meinen mund. mein körper lädt sich mit energie auf. es kribbelt und pulsiert und eine reihe unwillkürlicher bewegungen durchzucken meinen körper. dann die erste berührung. sie legt ihre warme hand auf mein fußgelenk. augenblicklich entspannt sich etwas in mir. gleichzeitig beschleunigt sich mein atem etwas. dann macht sie tastende, suchende bewegungen mit ihren fingern auf meiner haut. an der einen oder anderen stelle drückt sie leicht mit ihren fingern gegen einen muskel. der gleitet, rutscht oder schiebt sich zur seite. plötzlich fließt wärme durch meinen körper. von dem fuß, an dem sie arbeitet, durch mein bein, durch mein becken, meinen bauch und mündet in meine herzregion. ich seufze auf und spüre erleichterung.

als sie um mein knie herum arbeitet, ziehe ich mich zusammen. erst durch ihren hinweis fällt mir auf, dass ich meinen atem anhalte. wenn ich wieder mit der vertieften atmung fortfahre, schießt ein heißer, stechender schmerz durch mein bein. noch einmal krümme ich mich und meine körperpsychotherapeutin ermuntert mich dazu, den schmerz auch stimmlich auszudrücken. ich stöhne, seufze, schweiß tritt auf meine stirn. plötzlich erinnere ich einen unfall von vor 10 jahren wieder, bei dem mir beim basketball meine kniescheibe aus dem gelenk gesprungen ist. minutenlang ist der ganze schmerz wieder zu spüren. ich erinnere auch den geruch des krankenhauses, in dem die operation stattgefunden hat. ich denke nicht mehr nur, "ach ja, ich hatte da mal einen unfall", sondern ich fühle auch. ich fühle, wie ich mein bein und meinen bauch zusammengezogen habe, und ich fühle, wie diese anspannung erst jetzt wieder aus meinem körper weicht. ruhige, kreisende bewegungen ihrer hände vermitteln mir angenehme empfindungen in dieser partie.

etwas weiter oben, am hüftgelenk, fühle ich meinen körper bei berührungen wie taub. als würde ich gar nichts empfinden. nachdem meine körperpsychotherapeutin einige zeit in dieser partie gearbeitet hat, bemerke ich einen dumpfen schmerz. mir wird übel, und ich werde blass. auf ihr anraten hin beginne ich mit einem kurzen, hechelnden atem. meine lenden fangen an zu schmerzen. aus dem dumpfen schmerz wird ein trotz: "du sollst mich endlich in ruhe lassen", denke ich, und im weiteren verlauf der arbeit beginne ich laut zu klagen: "was machst du da? warum tust du mir so weh?" durch meine körperpsychotherapeutin ermuntert, verstärke ich meine klagen und beschimpfungen und gerate dabei in schimpfkanonaden gegen die frauen und gegen meine mutter, und was ich vorher nur als dumpfen schmerz empfand, drücke ich jetzt als kraft und lust und animalisches knurren und fauchen aus. schließlich erlebe ich eine art höhepunkt: etwas in mir bäumt sich auf und fällt zusammen. mein beckenboden entspannt sich tief, meine augen schließen sich und ich reise in eine andere welt: dort sehe ich sterne, dunkelheit, milchstraßen und erlebe grenzenlose freiheit. ich fühle den gleichmäßigen herzschatlag in meiner brust, wie das tönen eines universalen rhythmus, der alles leben lebendig hält. dieser ton holt meine aufmerksamkeit langsam wieder hierher zurück und als ich meine augen öffne, erscheint mir der raum in dem ich liege viel heller als vorher. auch in den folgenden tagen erscheint es mir, als würde ein licht mein herz erfüllen.

mein unterkiefer wirkt noch ein wenig fest, und die leichten, schiebenden bewegungen meiner körperpsychotherapeutin in dieser partie scheinen nichts dagegen ausrichten zu können. ich bekomme kopfschmerzen. eine art

ziehender und bohrender schmerz; ziemlich in der mitte meines kopfes, und während ich meine augen bewegen soll, arbeitet sie an meinem nacken. ich fühle, wie die schmerzen aus meinem kopf heraus fließen und ein pulsieren darin zurückbleibt. bubum, bubum, sich kontrahierend und wieder lösend, fühle ich diesen pulsschlag in meinem kopf, und er weitet sich in meinen körper hinein aus; hin zu meinen händen, in mein becken und in meine knie und füße. ein gefühl, als wäre ich eine zelle, die pulsierend neben tausend anderen liegt. ich empfinde mich friedlich und still und gleichzeitig mächtig und umfassend, wie ein tropfen im ozean.

welche arten von schmerz fallen mir noch ein?

- *sich in den finger schneiden *sich etwas geprellt haben
- *dumpfer eingeweideschmerz *magenschmerzen
- *kopf-schmerzen *migräneschmerzen
- * einsamkeits-schmerzen *verbrennungsschmerzen
- *taub vor schmerzen *schmerz, weil ich verlassen worden bin
- *operations-schmerzen *zahnschmerzen
- *verspannungsschmerzen

- *schmerzen vor glück *muskelkaterschmerzen * knochen-bruchschmerzen
- *nervenschmerzen *rheumatische oder arthritische schmerzen
- *brennende schmerzen bei bienenstichen
- *erleichternde schmerzen *schmerzen, vor denen ich angst habe
- *schmerzen denen ich meine aufmerksamkeit gebe,
- um herauszufinden, was da wehtut
- *schmerzen, wenn ich mich in der sauna mit birkenreisig schlage
- *hitzeschmerzen z.b. beim auftragen einer wärmenden salbe
- *schmerzen, die mir lust machen wie zwicken, kneifen
- *schmerzen, wenn jemand über glühende kohlen läuft
- ohne sich zu verbrennen...

ich wende nun meine aufmerksamkeit der frage zu:

wie gehen menschen mit schmerzen um?

ich erinnere das gesicht von klientInnen, wenn ich beispielsweise an den waden gearbeitet habe und sie plötzlich die augen aufreißen und den atem anhalten. ich weiß dann unmittelbar, dass ihnen etwas wehgetan hat, aber der schmerz kommt so überraschend, dass sie zuerst erstarren. wenn ich mir beim brotschneiden in den finger schneide, habe ich dasselbe empfinden: ich schaue mit weit aufgerissenen augen auf die wunde. im ersten moment empfinde ich gar nichts. es mag nur ein bruchteil einer sekunde sein. aber in diesem ersten augenblick stehe ich unter schock, dies' ist die erste art mit schmerzen umzugehen, die ich kennengelernt habe. als zweite art fällt mir eine häufige reaktion ein: wenn ich nach dem schockmoment genauer nachfrage, reagieren viele leute mit den worten: "nein es tut mir nicht weh !" und legen so ein komisches grinsen auf. ich frage mich oft, was zum teufel macht es diesen leuten so schwer, ihre schmerzen zuzugeben? warum weinen die menschen nicht mehr, wenn sie beispielsweise das tägliche leid in den nachrichten hören? diese reaktion auf schmerzen nenne ich verdrängung. sie ist in situationen unseres täglichen lebens notwendig. sie hilft uns, während wir eine flut sensorischer und motorischer informationen kreieren und verarbeiten, diejenigen funktionen, die unser überleben gewährleisten, zu sichern (vgl. kapitel 2). so reagieren wir beispielsweise auf bilder eines bürgerkrieges im fernsehen nicht mit flucht- oder kampferhalten, da wir die distanz zu den bildern bewahren können. gleichzeitig kann diese verdrängung verhängnisvoll sein, da sie uns auch die aus den erlebnissen gefolgerten schlüsse vergessen lässt. so hat in dem beispiel der klient die schläge seiner mutter verdrängt und dabei ebenfalls den kindlichen

beschluss verdrängt, alle frauen würden ihn verletzen. in seinem weiteren leben mag er einige schwierigkeiten mit liebesbeziehungen haben, ohne aber zu begreifen, woher diese kommen. so mögen einzelne szenen, tage oder orte verdrängt werden und am ende weiß eine/r dann nicht einmal mehr e i n erlebnis aus der zeit vor jener misshandlung zu erinnern.

in der körperpsychotherapie schafft verdrängung große schwierigkeiten, weil der emotionale kontakt zu jenen körperpartien, wie der tauben hüfte in unserem beispiel, unterbrochen ist. diese sensitive empfindungslosigkeit kann dysfunktionale bewegungsgewohnheiten schaffen, oder zu zunehmender ablagerung toxischer stoffwechsel-produkte führen (vgl. i.rolf; strukturelle integration; münchen 1998; s.25). am ende arbeite ich dann mit menschen die überrascht darüber sind, welche gefühle und empfindungen in einzelnen bereichen ihres körpers entstehen. so fremd, so entfremdet kann verdrängung einen menschen von seinem körper machen !

ebenfalls diesem bereich von schmerzreaktion ordne ich jene außergewöhnlichen menschen zu, die als fakire, sich ganz bewusst schmerzen zufügen und sie nicht wahrnehmen (vgl. a.weber; schmerz; stuttgart 1991; s.47f). der fakir hat mit den erstgenannten gemeinsam, schmerzen auszuweichen. während die einen ihre schmerz-verdrängung jedoch vergessen, wählt er bewusst zwischen verdrängung und wieder vergegenwärtigung seines schmerzempfindens.

eine weitere reaktion auf schmerzen hat mich am anfang meiner praxis erstaunt. es gibt unter den klientInnen in der körperpsychotherapie solche, die schmerzen suchen. wenn es während einer sitzung nicht irgendwo richtig wehgetan hat, haben sie den eindruck, dass sie etwas falsch gemacht haben. es gibt untersuchungen (anzieu; das haut-ich; frankfurt 1991; s.264f), nach denen diese menschen nur über schmerz ein gefühl für den eigenen körper bekommen. sie spüren ihren körper also nicht, es sei denn, etwas tut ihnen weh. dabei gibt es jene, denen die schmerzen wieder als rechtfertigung dienen, sich emotional schützen zu müssen ("man wird mich auf jeden fall wieder verletzen."); oder die wehleidigen ("fass mich nicht so doll an ! nein weicher, nicht so grob. nein anders, mehr da lang. oder besser hier. du wirst mir wehtun.") und es gibt jene, für die schmerzen eine lustvolle qualität haben. diese können während des schmerzerlebens in deutlich sexuelle atemmuster oder töne geraten und sie sind frustriert, wenn ich behandlungen in dieser phase unterbreche (vgl. das höhepunkt-erlebnis in meinem beispiel). sie mögen empfinden, wie während der schmerzen ein sanftes ziehen oder reißen im gewebe vorgeht und erleben diese lösung von verspannungen als angenehme begleit-erscheinung des schmerzes. ich habe auch erlebt, dass klientInnen schmerzen gesucht haben, weil sie dadurch unmittelbar mit einer realität konfrontiert wurden, der sie nicht ausweichen konnten und die ihnen daher geholfen hat, aus lähmenden geistig-körperlichen empfindungen herauszufinden. hier spielen auch die immer stärker verbreiteten s/m-techniken sexueller unterwerfung/beherrschung eine rolle (siehe auch: s.a.geissler; lust an der unterwerfung; münchen 1990). diese menschen wehren sich gegen eine abwertung ihrer bedürfnisse als krankhaft oder pervers und bekennen sich zu ihrer besonderen form zu lieben.

in meinem beispiel verwandelt sich die empfindungslosigkeit in der hüfte des klienten zunächst in schmerz und schließlich kann er sich eine anzahl verdrängter gefühle wieder zugänglich machen. hier verwandelt der schmerz sein taubes empfinden in ein gefühl von kraft und beweglichkeit im becken.

im weiteren bemerke ich eine art depressiven umgang mit seelischen oder körperlichen schmerzen. diese menschen können derzeit keinen anderen umgang finden, als den schmerz auszuhalten. ich erlebe in ihrer reaktion etwas resigniertes: "niemand kann mir helfen." sie liegen auf dem

massagetisch und leiden stumm vor sich hin. am ende der sitzung fühlen sie dann keine erleichterung, oder haben zusätzlich zu ihren anfangsbeschwerden auch noch kopf- oder gliederschmerzen. auch wenn ihr verhalten unschuldig oder leidend wirkt, so scheinen sie gegen den schmerz anzuhalten. sie wehren sich innerlich, dass sich etwas in ihrem körper verändern wird. manche klagen auch an: "immer wieder muss mir so etwas passieren; das geschieht mir gerade recht." sie mögen sich alleine fühlen, getrennt von allen menschen oder auch innerlich leer und hilflos, sie verbrauchen, ohne sich dessen bewusst zu sein, sehr viel energie zum festhalten an schmerzen. ich finde bei diesen menschen häufig geschwollen wirkende hautpartien z.b um die knöchel, im gesicht oder an den handgelenken. es kann sein, dass ein aktueller schmerz einen schmerz aus der kindheit dieser menschen reaktiviert und daher ein öffnen, eine emotionale entlastung der schmerzen, wie weinen, seufzen oder schreien zu bedrohlich sind (vgl. y.spiegel; der prozess des trauerns; münchen 1989). diese menschen erleben oft jede art von veränderung im menschlichen leben als schmerz. bei berührungen in schmerzhaften körperpartien ziehen sie sich zurück und spannen sich an, was den schmerz oftmals vergrößert. diese art umgang mit schmerzen ist nach meiner wahrnehmung in unserer kultur am meisten gesellschaftlich akzeptiert.

dagegen ist der folgende umgang mit schmerzen für betroffene am schwierigsten zu akzeptieren und daher werden diese gefühle häufig verdrängt: aggression. diese leute werden über schmerzen wütend. es mag sein, dass sie schon viele schmerzen in ihrem leben erfahren haben und die körperpsychotherapie einfach "das fass zum überlaufen bringt". sie wollen nicht mehr leiden, also werden sie wütend. sie können auch eine art protest fühlen, eine art 'nein' zu sagen, wo es reicht, verletzt, hintergangen, benutzt oder ausgebeutet zu werden. sie fühlen heilsame wut, die entlastet, und hilft, sich von schwierigkeiten zu befreien. für diese gefühle haben wir keine kultur, wie beispielsweise die begräbnisriten auf den philipinen, bei denen die trauernden über ihre schmerzen heulen, sie herausschreien und den verstorbenen laut beschuldigen dürfen (vgl. h.petzold; gestaltdrama, totenklage und trauerarbeit; stuttgart 1982). dies ist eine offensive auseinandersetzung mit schmerzen.

vom aggressiven umgang mit schmerzen habe ich noch zwei andere arten beobachten können:

die einen, die auf keinen fall schmerzen erleben wollen und wenn sie verletzt werden, wie wild um sich schlagen. hier finden wir eine motivation für jugendproteste, krawalle und die 'lust an gewalt'. solche klientInnen in der körperpsychotherapie greifen mich verbal an, oder machen die methode für ihre schmerzen verantwortlich, obwohl wir regeln für die behandlung haben, die jeder/m erlauben, gut für ihr/sein eigenes wohlbefinden in der sitzung zu sorgen. aber um ihr wohl geht es ihnen gar nicht. es geht um die abwehr von schmerzen und sei es, indem sie andere verletzen: "wenn ich nur ahne, dass du mich verletzen willst, werde ich im vorfeld so stark zuschlagen, dass du mich nicht mehr verletzen kannst (die militärische verteidigung der bundesrepublik trägt ähnliche charakteristika: sie heißt vorneverteidigung und beinhaltet, dass bereits bei einem hinweis auf eine aggression von außen der erste militärische schlag so groß sein wird, dass der potentielle gegner zu keiner weiteren reaktion mehr in der lage sein wird.).

die anderen sind die, die im winter in eiskaltem wasser baden, oder krafttraining bis an die schmerzgrenze machen, oder drei stunden joggen und ähnliche dinge. sie kommen in die körperpsychotherapie um sich einmal mehr zu beweisen, was für knallharte typen sie sind. sie sind irgendwie stolz darauf, wieviele male sie sich im krankenhaus wieder haben zusammenflicken lassen. hierzu zähle ich auch jene menschen aus dem

kampfsport oder aus kriegssituationen, die trotz schwerer verletzungen keine schmerzen empfinden, weil sie nur die wahl zwischen weiterkämpfen oder sterben haben (a.weber; a.a.o.; s.42/43). in der körperpsychotherapie vertragen diese klientInnen verdammt viel schmerzen. sie beißen die zähne zusammen und kämpfen gegen den schmerz an; hängen in ihrem muster fest und geben nicht nach; werden nicht empfindsam. eigentlich verweigern sie, sich lebendig zu fühlen.

dann habe ich noch jene menschen erlebt, die angst vor schmerzen haben, diese menschen erschrecken und verkrampfen sich, wenn sie ahnen, dass etwas wehtun könnte. für jemanden mit einer wirbelsäulenverletzung, ist angst in der körperpsychotherapie eine notwendige wahrnehmung um verschiedene arten von schmerzen rechtzeitig einschätzen und darauf angemessen reagieren zu können. dann gibt es jene, die in ihrem leben schon viele, oder besonders schwerwiegende schmerzen erlebt haben und mit angst reagieren. sei es, weil sie sich mit einer reihe von schicksalsschlägen zurechtfinden mussten, oder weil sie wegen einer chronischen erkrankung viele schmerzen erleiden.

besonders ängstlich sind jene klientInnen, die nicht angefasst werden wollen, weil es weh tun könnte. diese menschen haben nach meiner erfahrung einen starken emotionalen schutz gegen jede art von berührung entwickelt, und ihre angst vor schmerzen dient der aufrechterhaltung dieses emotionalen schutzes. sofern es dem therapiewunsch dieser klientInnen entspricht, ist ein vorsichtiges, aber intensives berühren für sie geradezu eine erlösung, da sie häufig einen tiefen wunsch nach berührung und liebevoller zuwendung verbergen.

als weitere art des schmerzverhaltens konnte ich menschen erleben, denen es peinlich war, schmerzen zu empfinden. ich kann mich leicht in jemanden einfinden, dem es zunächst unangenehm ist, in einer fremden situation und in der gegenwart eines unvertrauten menschen, wie mir, ungewohnte schmerzempfindungen zuzulassen. aber ich habe menschen erlebt, die sich schämten, wenn sie schmerzen fühlten; die sich bei mir dafür entschuldigten, wenn sie eine bewegung oder einen laut gemacht haben, der mich erkennen ließ, dass sie schmerzen haben. da gibt es sowohl jene, die immer den eindruck vermitteln, es sei alles in bester ordnung und ihr leben sei eine aneinanderreihung glücklicher umstände, die sich für schmerzen schämen, nachdem sie sie nicht mehr wegleugnen können. als auch jene, denen es peinlich ist, ihre schmerzen zu fühlen; z.b. weil sie als kind geschlagen wurden und wenn sie dann geweint haben, wiederum für das weinen bestraft wurden: solche menschen trauen sich nicht, schmerz zu spüren, da sie unbewusst angst vor einer erneuten bestrafung haben; oder jene, die nicht weinen, aus angst, dass diese schwäche ausgenutzt werden könnte. ich erinnere mich auch an menschen, denen es peinlich war, schmerzen zuzugeben, die sie in ihrer familie erlebt haben, weil sie damit das tabu brachen, etwas intimes aus ihrer familie mitzuteilen.

dann gab es einige wenige, die in gegenwart ihrer eigenen schmerzen neid auf jene menschen empfanden, die weniger schmerzen in ihrem leben erfahren.

als letztes erwähne ich hier das akzeptieren von schmerzen. damit sind also nicht jene klientInnen gemeint, die im depressiven umgang mit schmerzen hängen und resigniert haben. es sind jene klientInnen, die schon schmerzen in ihrem leben erlebt haben; sie waren schon schockiert, oder verzweifelt oder resigniert oder aggressiv. sie stellen sich den schmerzen, ohne sie zu suchen. sie verdrängen sie auch nicht, sie verändern ihre atmung, oder ihren stimmlichen ausdruck, oder sie korrigieren meine art der berührung, kurz: sie gehen mit dem schmerz so wie er ist um und suchen nach adäquaten reaktionen. sie finden in schmerzen manchmal etwas erlösendes. das kann sehr konkret sein, wie sie

an der Kiefererentspannung in meinem Beispiel am Anfang dieses Kapitels bemerken konnten. Auch die Lösung von miteinander verklebten Gewebepartien, wie am Fußgelenk in dem Beispiel (thixotropischer Effekt; Juhani; Körperarbeit; München 1992; S.179), kann gleichzeitig schmerzhaft und ungeheuer entspannend sein. Das Wiedererinnern verdrängter seelischer Schmerzen wird ebenfalls zunächst als körperlich schmerzhaft empfunden und am Beispiel meiner Knieverletzung (s.o.) gleichzeitig als große Erleichterung erlebt. Solche Art von Schmerzen schaffen die Gelegenheit, Erlebnisse, die früher zu bedrohlich waren und verdrängt werden mussten, heute im geschützten Kontext der Körperpsychotherapie zu verarbeiten und zu integrieren. Diese Menschen erleben Schmerzen als Lösung festgefahrener körperlicher, seelischer oder geistiger Strukturen. Ihnen gibt Körperpsychotherapie die nötigen sensorischen Hinweise für ein vertieftes, angenehmes Körperempfinden.

Historisch gesehen lässt sich erkennen, dass in verschiedenen Epochen der Menschheitsgeschichte verschiedene Arten von Schmerzempfindungen vorherrschten. Derzeit ist die Einnahme von Schmerzmitteln in Europa sehr weit verbreitet (jeder vierte Deutsche nimmt regelmäßig Schmerzmittel.). Wir können also von einer Epoche der Verdrängung sprechen. Im Ersten und Zweiten Weltkrieg herrschte eher der aggressive Umgang mit Schmerzen vor. Sei es als Soldat oder als schwer arbeitende Hausfrau/Zivilistin: "weitermachen" war die Devise. In Frankreich des neunzehnten Jahrhunderts gab es eine breite Bewegung, die sich mit Lustgewinn durch Schmerzzufügung, später Masochismus genannt, beschäftigte (vgl. Sacher-Masoch; Venus im Pelz; Frankfurt/M. 1968).

wie kommt es zu so verschiedenem Erleben von Schmerzen?

dazu möchte ich in diesem Absatz einige physiologische Grundlagen unseres Schmerzempfindens darstellen. Ich möchte die Fragen klären,

- wie Verdrängung im Körper funktioniert?
- was Menschen dazu bewegt, Schmerzen zu suchen?
- wieso es bei manchen Menschen zu Schwellungen im Gewebe bei psychischen Schmerzen kommt?
- weshalb der abwehrende/ kämpfende Umgang mit Schmerzen langfristig gesundheitsgefährdend ist?
- welche Folgen Schmerzen in sozialen Systemen haben können?
- und schließlich: wie lassen sich diese widersprüchlichen Arten von Schmerzerleben in einem zusammenfassenden Modell darstellen?

als erste Frage erarbeite ich:

warum jemand im Zustand des Schocks seinen Schmerz nicht wahrnimmt?

unser Nervensystem verarbeitet ständig eine große Anzahl von Informationen. Alle Sinnesreize von außen, z.B. die über Verletzungen brauchen eine gewisse Zeit, um über die peripheren und zentralen Schmerzleitungsfasern des Nervensystems weitergeleitet zu werden. Wenn sie sich etwas stärker als gewöhnlich in ihren Unterarm kneifen, werden sie merken, dass ein kleiner Moment vergeht, ehe sie sich der Schmerzen bewusst werden. Es vergehen also winzige Momente, bis der Schmerz überhaupt im zentralen Nervensystem ankommt. Unterstellen wir einmal, sie sind gesund und bei Bewusstsein, nehmen sie den Schmerz dann wahr. In

einer emotional insgesamt unsicheren situation, wie das bei einer körperpsychotherapiesitzung der fall sein kann, verarbeitet ihr nervensystem eine große zahl von informationen, erinnert und reflektiert, während sie weiter berührt werden. so mag es sein, dass sie mit erinnerungen an eine frühere verletzung ihres rechten knies beschäftigt sind, während ihre körperpsychotherapeutin bereits längst am hüftgelenk oder dem rippenbogen arbeitet. in der vielzahl von auf sie einströmenden sensorischen informationen und erinnerungen mag ein grund für die verzögerte reaktion auf schmerz liegen.

in diesem falle würde körperpsychotherapie langsamer arbeiten und ihnen zeit geben, die vielzahl der auf sie einströmenden informationen und erinnerungen zu besprechen und dabei zu integrieren.

der zweite hintergrund lässt sich leicht darstellen, wenn sie sich weiter kneifen: sie werden merken, dass der zunächst heiße, stechende schmerz vom anfang durch einen dumpfen, länger andauernden schmerz ersetzt wird, der nicht so gut lokalisiert ist (lassen sie sich jetzt ruhig wieder los). das liegt daran, dass es nervenfasern gibt, die von einer bindegewebigen myelinschicht umhüllt sind und die den schmerz sehr schnell leiten: den sogenannten a-delta-fasern und anderen, die langsam leiten: den c-fasern (weber, a.; a.a.o.; stuttgart 1991; s.42). die verschiedene schmerzwahrnehmung in ihrem unterarm beruht also auf den verschiedenen wegen, auf denen diese schmerzreize geleitet werden. nun kann es sein, dass der schnell-leitende nerv beispielsweise durch eine starke anspannung in ihren halsmuskeln in seiner leitungs-fähigkeit behindert ist. dann erreicht er ihr zentralnervensystem erst mit einiger verzögerung.

hier würde ihre körperpsychotherapeutin sie darin unterstützen, jene gefühle, die sie vielleicht in ihrem angespannten hals zurückhalten, auszudrücken und dadurch eine entspannung der schmerzhaften partien zu ermöglichen.

der dritte hintergrund hat etwas mit dem aufbau des gesamten nervensystems zu tun. da wir mehr sensorische und motorische rezeptoren für wahrnehmungen aus unserem organismus selbst haben, als solche, für wahrnehmungen aus der außenwelt, erhalten wir mehr informationen über unseren eigenen körper als über die umwelt. und zwar unabhängig davon, ob wir uns dessen bewusst sind, oder nicht. es mag sein, dass ihr nervensystem gerade mit ganz anderen wichtigen informationen beschäftigt ist und der schmerz als von geringerer bedeutung behandelt wird. in der umgangssprache sagen wir, sie werden sich ihrer schmerzen erst bewusst, indem sie ihre aufmerksamkeit darauf lenken.

das beispiel unseres geschockten klienten in der körperpsychotherapie erlaubt uns, an seinen verzögerten reaktionen zu erkennen, dass er offensichtlich mit etwas ganz anderem beschäftigt ist. vielleicht verarbeitet er gerade eine erinnerung, oder er ist von der vielzahl der eindrücke verwirrt oder überhaupt unsicher darüber, ob er sich uns als körperpsychotherapeutIn anvertrauen kann. interessant im zusammenhang mit schock sind auch die forschungen des britischen schmerzspezialisten david b.morris (in: the culture of pain; london 1991). morris et.al. untersuchten speziell menschen in katastrophensituationen, wie schweren naturkatastrophen oder großen verkehrsunfällen. dabei fanden sie zunächst die bekannten physio-psychischen reaktionen auf schock und schmerzen bei opfern und deren angehörigen, sowie den beteiligten der rettungsmannschaften. interessanter weise aber fanden sich diese schockparameter auch bei anwohnern, die nicht unmittelbar von der katastrophe betroffen waren; ja selbst bei solchen, die noch nicht einmal die unfallstelle besichtigt hatten.

morris et.al. entwickelten daraus eine theorie, dass erlebte schmerzen sich auf alle mitglieder des betroffenen systems physio-psychisch auswirken. selbst dann, wenn diese nicht unmittelbar betroffen sind. so werden beispielsweise generationsübergreifende häufungen von schmerzkrankheiten in bestimmten familien erklärt und in systemischen behandlungsformen aufgearbeitet.

wodurch auch immer der schock ausgelöst wurde, körperpsychotherapie vermag unsere klientInnen darin zu unterstützen, ihre aufmerksamkeit von den schockierenden erinnerungen zu lösen und wieder auf ihr gegenwärtiges körperempfinden zu richten, während ihnen angenehme empfindungen vermittelt werden.

wie funktioniert verdrängung im körper?

eine möglichkeit besteht darin, körpereigene, schmerzstillende mittel auszustoßen. es handelt sich dabei um aminosäure-verbindungen, die in der lage sind, die aktivität einzelner neuronen zu beeinflussen. wird also ein schmerzsignal entlang der a-delta-fasern gesendet, kann der körper, können sie als mensch, durch eine ausschüttung dieser "endorphine" genannten substanzen jene neuronen hemmen. damit hemmen sie die schmerzweiterleitung und schließlich können sie den schmerz erfolgreich verdrängen. für die körperpsychotherapie ist dabei besonders interessant, dass menschen, die unter emotionalem schmerz leiden, mehr endorphine produzieren, als solche, die unter physischem schmerz leiden.

jene klientInnen also, die vermindert auf schmerzen reagieren, haben vermutlich einen höheren endorphinspiegel; sprich leisten bereits viel emotionale verdrängung. (a.janov; gefangen im schmerz; frankfurt 1981; s.139). solche klientInnen kann ich in der körperpsychotherapie emotional provozieren, oder verunsichern, um ihnen schmerzen, die sie verdrängt halten, leichter bewusst werden zu lassen (vgl. f.farelli; provokative therapie; berlin 1986).

jene klientInnen aber, die rasch auf körperlichen schmerz reagieren, haben einen verminderten endorphinspiegel und sind eher für körperlich-seelische veränderungen offen. diese klientInnen lassen sich leichter durch angenehme berührungen zu einer verringerung der endorphinausschüttung bringen, um verdrängte schmerzen auftauchen zu lassen, weiter oben sprach ich von den peripheren schmerzbahnen (a-delta und c-fasern). hier erwähne ich jetzt die zentralen schmerz-bahnen. dazu gehört das sogenannte spinothalamische system (juhan; körperarbeit; münchen 1992; s. 380 f). es überträgt die schmerz-empfindung von den peripheren nerven durch das rückenmark hin zum mittelhirn (dem thalamus; daher spino(rücken-)-thalamisch). sie sind nicht mit myelin umhüllt und bilden zahlreiche synaptische verbindungen mit anderen nervenbahnen. die reizleitungs-geschwindigkeit beträgt in diesem teil des nervensystems etwa 80 km in der stunde (im vergleich zu den ferrari-geschwindigkeiten von rund 400 stundenkilometern im übrigen nervensystem) und kann im schockzustand weiter verlangsamt werden. wir gewinnen dadurch einen kurzen augenblick, bevor wir reagieren und unser fluchtreflex lässt sich besser der tatsächlichen schmerzquelle anpassen. mit anderen worten: ich kann die intensität eines schmerzes beurteilen und sicherstellen, dass ich unter den händen meiner körperpsychotherapeutin nur soweit zurückzuckte, dass ich sie nicht mit dem bein trete.

für die körperpsychotherapie ist dieser zeitintervall besonders wichtig, beispielsweise übertragen sich angenehme berührungsempfindungen schneller und über das dorsale säulensystem; d.h. wir können unsere aufmerksamkeit mit angenehmen empfindungen überfluten, ehe die schmerzreize eintreffen, das ist das prinzip, das hinter so einfachen handlungen steckt, wie eine hand auf eine schmerzende stelle legen, oder reiben, oder auf- und

abspringen, oder wenn die mutter ein verletztes kind streichelt: wir überfluten unser nervensystem mit anderen, schneller geleiteten informationen und dadurch wird die schmerzinterpretation im gehirn gedämpft.

was bewegt menschen dazu, schmerzen zu suchen?

wie ich oben beleuchtet habe, gibt es körpereigene morphium-ähnliche substanzen, die uns helfen, schmerzen zu verdrängen (endorphine). ebenso gibt es substanzen, die in der lage sind, schmerzen im körper zu steigern (z.b. prostaglandine). beide substanzen verändern die arbeitsweise unseres nervensystems. unsere aufmerksamkeit kann dabei stark focussiert werden, oder es entstehen rauschähnliche zustände. das in christlichen exerzitien übliche geißeln zur erlangung der gotteserkenntnis, erschien meinem humanistischen geist früher unverständlich. auf der physiologischen ebene der betrachtung muss ich aber erkennen, dass diese mönche sich mittels geißelung in eine art rausch aus körpereigenen schmerzmitteln versetzt haben und in dieser extase möglicherweise religiöse erkenntnis erlangten.

ebenso gibt es klientInnen in der körperpsychotherapie, die diese faszination von schmerzen kennen. es gibt auch solche, die schmerzen dazu verwenden, ihre körpereigene, endorphine abwehr gegen psycho-physische veränderung zu verstärken. dabei ist es unerheblich, ob der körperliche schmerz auch emotional verletzend ist, oder der seelische schmerz auch körperlich empfunden wird. der körperliche schmerz wird von den nozizeptoren der haut vermittelt und der seelische schmerz kann sich durch die wechsel-beziehungen von schmerzhemmenden und schmerzfördernden körpereigenen substanzen überall im körper lokalisieren. ob klientInnen diese reize aber als schmerzen wahrnehmen, und wie sie darauf reagieren, hängt von den gesamteindrücken ab, mit denen unser nervensystem umgeht und worauf unsere wahrnehmung gerichtet ist.

mit angenehmen, wärmenden und lustvollen berührungen, kann körperpsychotherapie diese klientInnen unterstützen, freude als teil ihres lebens zu akzeptieren. den einen wird damit ein zweiter weg zu rauschähnlichen zuständen gezeigt, den anderen ein ausweg aus ihrer schmerzhaften abwehr von veränderungen.

wie kommt es zu den schwellungen im gewebe, die ich bei depressivem umgang mit schmerzen beobachtet habe?

dazu müssen wir uns zunächst mit einem weiteren modell der erklärung von schmerzen vertraut machen. bisher habe ich mich mit reizen beschäftigt, die über das nervensystem weitergeleitet und im zentralnervensystem als schmerzen interpretiert werden. während diese vorstellung eines neuronalen gedächtnisses schmerzhafter erfahrungen vielen menschen vertraut erscheint, gibt es auch ein zelluläres gedächtnis. so können sich traumatische ereignisse nicht nur im zentralnervensystem, sondern auch in kontrahierten muskelfasern niederschlagen. dabei verändert sich die ladung der zellmembrane; d.h. von einer nervös bedingten kontraktion kann nicht die rede sein (e.jantsch; die selbstorganisation des universums; münchen; 1982; s.302). diese angespannten muskeln werden beispielsweise in der bioenergetik in stress versetzt. mit dem zellulären erinnern ändern sich die spannungsverhältnisse in den zellen wieder und die reaktionsfähigkeit auf neuronale impulse wächst. erinnern sie sich an die berührung meines knies in dem praktischen beispiel am anfang dieser studie:

erst erlebte ich einen heißen schmerz, dann seufzen und stöhnen und ich begann zu schwitzen. erst dann kam die - neuronale - erinnerung. und

schließlich die rückkopplung und entspannung einiger körperpartien, die ich unbewusst seit einem unfall festgehalten hatte.

gerda boyesen machte eine für meine frage bedeutsame entdeckung: sie konnte beobachten, dass sich einige zeit vor einer emotionalen entladung in der entsprechenden partie gewebe Flüssigkeit ansammelt (z.b. um die sprunggelenke, bevor es zu stampfendem und tretendem ausagieren kommt). sie differenzierte also das konzept des metabolischen gedächtnisses weiter und stellte einen zusammenhang zwischen der ladung von zellmembranen (n. wilhelm reich), der energetischen ladung der gewebe Flüssigkeit und schmerzen her (g.boyesen; über den körper die seele heilen; münchen 1987; s.50/51/59).

lassen sie mich dieses zusammenwirken näher betrachten. ein solcher lymphstau bereitet sich über einige zeit vor. von den arterien wird an deren feinsten kapillarenden flüssigkeit in das umliegende gewebe abgegeben. es diffundiert durch die nicht arteriell versorgten gewebe partien und fließt schließlich wieder gesammelt in den lymphbahnen ab. dieser fluss bewegt sich passiv durch die neigung chemischer und elektrolytischer ungleichgewichte zum ausgleich (so wie ein tintentropfen, der in ein glas wasser geschüttet wird, dazu neigt, sich gleichmäßig zu verteilen). er wird aktiv durch pumpende oder pressende einflüsse des umliegenden gewebes unterstützt. so wird beispielsweise gewebe Flüssigkeit zwischen zwei kontrahierenden muskelfasern in umliegende gewebe bereiche gepresst.

dieser vorgang unterstützt in ähnlicher weise auch den venösen rückstrom des blutes zum herzen, wie folgende abbildung veranschaulicht:

(Grafik nur in Originalpublikation enthalten)

diese bewegung von gewebe Flüssigkeiten und blut durch muskelkontraktionen wird muskelpumpe genannt. in der körperpsychotherapie spielt dieser vorgang eine große rolle. die molekularstruktur der lymphhe lässt sich durch mechanischen druck verändern (thixotropischer effekt; s.o) und damit lassen sich positive auswirkungen auf die funktionsfähigkeit von muskeln erzielen.

lassen sie mich ein jungens-beispiel nehmen. ich vergegenwärtige mir eine handvoll lymphhe in der wade von klaus. klaus spielt gerade fußball. sein körper ist warm und gut trainiert. die lymphhe ist sehr gleitfähig und unterstützt ein differenziertes muskelspiel. anspannen, klaus rennt los und gleich wieder lockerlassen, damit der muskel beim heben des beines vom rasen nicht verkrampft. nur die außenseite anspannen, damit der ball beim tritt den richtigen 'drive' bekommt. die lymphhe wird dabei ständig im gewebe gepresst, gedrückt und weitertransportiert, wobei sie stoffwechselprodukte in die wade trägt und stoffwechselreste ausschwemmt. dann bekommt klaus einen tritt in die wade. es entsteht eine kleine quetschung. sagen wir, einige zellen sind geschädigt. der schmerzreiz wird sofort an die motorneuronen weitergeleitet, die im rückenmark für jene muskelfaser zuständig sind und richtung zentrales nervensystem geschickt. aber das spiel ist sehr spannend, und klaus ist ganz wild darauf, dabei zu sein. vielleicht mag er auch seine freunde nicht enttäuschen oder schämt sich dafür, seine schmerzen zuzugeben. alle diese informationen werden im aufsteigenden spinothalamischen system an den internunitalkreuzungen ausgetauscht und klaus entscheidet, es sei ein geringfügiger schmerz und spielt weiter. (bis hierher haben wir es mit verdrängung zu tun). der spinale reflexkreis veranlasst das

muskelgewebe, um die verletzung herum zu kontrahieren, um das geschädigte gewebe zu unterstützen. gleichzeitig werden körpereigene schmerzdämpfer ausgeschüttet, die das weitere aussenden von schmerzsignalen aus der wade eindämmen.

klaus' wade ist jetzt also erstens kontrahierter als vorher und außerdem leicht betäubt. in der folge wird die koordination der muskelfasern schwieriger. die muskeln werden eher en block bewegt und das senso-motorische feedback ist reduziert. das führt wieder zu einer vermehrten anspannung in der partie. auf der ebene des neuronalen gedächtnisses werden möglicherweise durch die verstärkte kontraktion weitere quetschungen wahrgenommen und die eigentliche stützende kontraktion nimmt zu. auf der ebene des blutkreislaufsystems wird die funktion der muskelpumpe in der wade vermindert. klaus versucht, durch vermehrte atmung und kreislauftätigkeit diese schwäche auszugleichen. die vermehrte durchblutung führt zu einer vermehrten lymphdiffusion aus den feinen blutkapillaren. in der folge nimmt der lymphfluss der verletzten partie zu, und es entstehen stauungs- oder schwellungs-gefühle in der gegend. in diesem fall durch die akute verletzung.

klaus mag sich zwar emotional entladen, indem er über seine bewegungseinschränkung flucht und schimpft - welcher fußballer hat sich auf diese art noch nicht zu erleichtern versucht - da er sich aber entscheidet weiterzuspielen, bleibt die erleichterung aus. gleichzeitig wird er sich auf der metabolischen ebene des gedächtnisses seiner verletzung immer weniger bewusst sein. das chemische milieu hat sich durch die endorphine so verändert, dass er den schmerz weniger spürt. möglicherweise kommt es zu rissen in den muskelhüllen und in den folgenden wochen treten verwachsungen der fascien der wadenmuskeln auf; oder in der interzellulärschicht werden vermehrte collagene stützstrukturen gebildet, die die partie stabilisieren.

ein paar jahre später mag klaus in dem verletzten bein häufiger schmerzgefühle haben oder druck empfinden. vielleicht entsteht auch eine neigung zu krämpfen. so hat sich innerhalb einiger jahre ein anfangs verdrängter schmerz im neuronalen und metabolischen gedächtnis von klaus' wade eingelagert. bis klaus dann nach vielleicht einem jahrzehnt mit seinen beschwerden zu mir als körperpsychotherapeut kommt. ich werde mir seinen körper genauer anschauen und vielleicht auch einzelne partien berühren, schließlich wird mir jene kleine schwellung auffallen und bei einer kundigen palpation meiner hände wird klaus jenen kleinen zwischenfall bei dem fußballspiel erinnern. nach einer entsprechenden emotionalen entladung wird auch der stoffwechsel in dieser partie sich wieder normalisieren. der kreislauf von anspannung und stauung wird umgekehrt und mit der erlebten entspannung beginnt der abbau der dort gelagerten schmerzdämpfenden stoffwechselprodukte durch den wieder strömenden lymphfluss. wenn viele solcherart gebundene schmerzmittel oder schlackstoffe gelöst werden, und der organismus sie vermehrt über lympe und blutbahn ausscheidet, können sich klientInnen nach körperpsychotherapie-sitzungen müde oder erschöpft fühlen.

der dargestellte zusammenhang von schmerzerfahrung, flüssigkeitsansammlung im gewebe und damit verbundener verdrängung des schmerzsignals ist typisch für die entwicklung eines depressiven umgangs mit schmerzen und gilt auch für ursprünglich seelische schmerzen. als unterstützung zur körperpsychotherapie sind hier eine veränderung der atemgewohnheiten (mehr bewegung und einatembetonung) und der ernährung (mehr basische lebensmittel wie obst und gemüse; bis zu 70% des täglichen nahrungsmittelbedarfs!) angezeigt.

weshalb wirkt der abwehrende/kämpfende umgangng mit schmerzen langfristig gesundheitsschädlich?

die klientInnen, die mit schmerzen kämpfen, erleben sie mehr als herausforderung, denn als bedrohung. sie reagieren mit einer anderen art des metabolischen gedächtnisses. sie reagieren auf schmerzen mit der wechselbeziehung von hypophysen- und nebennieren-stoffen. lassen sie mich diese kurz darstellen:

die hypophyse ist über kapillare und neuronen eng mit dem hypothalamus gekoppelt. am unteren ende der wirbelsäule schütten die nebennieren hormone aus. darunter cortisol und adrenalin, die den körper auf kampf- oder fluchtreaktionen vorbereiten. als ergebnis dieser komplexen aktivitäten können wir erhöhte geistige präsenz, ja sogar euphorie erleben. unsere sinne sind um ein vielfaches schärfer, unser reflexgeschehen größer und der muskeltonus höher (juhan,d.; körperarbeit; münchen 1992; s.632).

gleichzeitig aber werden alle autoimmunreaktionen vermindert. der körper hat keine möglichkeit mehr, akute infektionen zu kurieren, sondern versucht, wegen dem andauernden starken stress, diese entzündungsherde einzukapseln, um sie später ausheilen zu können. dabei werden im körper zum einen immer mehr solche "depots" angelegt, die eines immer größeren immunologischen aufwandes bedürfen. es ist dann meist eine frage der gesamtconstitution, wie lange der körper diesem stress standhält und wann er seine fähigkeit der abwehr kleinerer infekte wie etwa einer grippe verliert oder aber mit allergien reagiert. deane juhan spricht in diesem zusammenhang von der "adrenalin-cortisol-vergiftung" (d. juhan; a.a.o.; s.638) des körpers. die folge dieser schmerzreaktion des hormon- und drüsensystems ist also paradox, denn gerade diejenigen stoffe, die der körper zu seinem schutz in notfällen ausschüttet, wirken langfristig nachweislich zerstörerisch und im falle von tumorbildung sogar tödlich.

im falle der arthritischen krankheitsbilder, die etwa 20% der behandlungsfälle in der allgemeinärztlichen praxis ausmachen, liegen meist mischungen von gewebeveränderungen und hormonellen ursachen vor, wie wir sie auf dieser und der letzten seite behandelt haben.

die kämpfer können in der körperpsychotherapie lernen, sich stärker in die emotionalen variationen dieses metabolischen wechspiels einzulassen, indem es von den körperpsychotherapeutInnen auf provozierende art in gang gebracht wird und die klientInnen mit den zyklen der hypophysen-nebennieren-aktivität vertrauter werden. jenen aber, die auf diese reaktion als umgang mit schmerzen fixiert sind, können durch art und intensität der berührungen mit den anderen möglichkeiten von schmerz Umgang vertraut gemacht werden. dabei können sie andere formen gesteigerter psycho-physischer wahrnehmung bemerken (vgl: wahrnehmungs-veränderungen durch endorphin-/prostaglandin-ausschüttung oder veränderungen im ladungsniveau der zellmembrane...).

welche folgen können schmerzen in sozialen systemen haben?

weiter oben habe ich bereits auf die forschungen des britischen spezialisten david b.morris hingewiesen. seine schmerz-feld-theorie besagt nun, dass schmerzen ebenso wie etwa glücks- oder trauergefühle zu der natürlichen bandbreite menschlicher emotionen gehören. von den älteren forschungen aus den siebziger jahren (zit.n. arthur janov, gefangen im schmerz; frankfurt/main 1981) wussten wir bereits, dass klientInnen mit extrem schmerzhaften erlebnissen in ihrer kindheit einen erhöhten dopamin-spiegel in ihrem emotionalen gehirn (dem limbischen system) aufweisen und dass dieser nach kathartischen, entlastenden phasen in der psychotherapie nachweislich abnahm. este armstrong u.a. (in: brain

research 394.397; 1986; the limbic system system in culture) fanden nun heraus, wie wichtig das Gleichgewicht dieses limbischen Systems für den Ausgleich der gesamten Gehirnaktivitäten ist. Wird nun eine schmerzhaft Erfahrung lange Zeit oder mit Hilfe von Analgetika unterdrückt, ist sie zwar dem Bewusstsein nicht mehr zugänglich, steuert aber weiterhin eine Reihe von Verhaltensweisen über das limbische System.

So kommt es beispielsweise zu dem typischen Vermeidungsverhalten gegenüber der ursprünglich schmerzhaften Situation, das in der Folge immer mehr zu vermeidenden Situationen betrifft. Oder aber die sozialen Verhaltensweisen drehen sich mehr und mehr um Schmerzvermeidungsverhalten, wovon das ganze familiäre System betroffen wird: sei es, indem eine allgemeine Rücksichtnahme um das betroffene Familienmitglied geübt, oder indem über bestimmte Inhalte in der Familie nicht mehr gesprochen wird. Auf diese Art geraten die "emotionalen Gehirne" aller Betroffenen einseitig ins Ungleichgewicht, mit vielfältigen sozialen und psycho-immunologischen Folgen. So wird die normale menschliche Reaktion 'Schmerz' zu einem das ganze soziale System irritierenden Faktor, obwohl das Schmerzempfinden dem Betroffenen selbst nicht mehr bewusst sein mag.

Als eine soziale Auswirkung eines solchen Verhaltens entsteht dann beispielsweise der Glaube, dass eine Kultur ohne Schmerzen eine wünschenswerte soziale Struktur wäre, wie er in Europa und Nordamerika derzeit weit verbreitet ist.

Unabhängig davon, wie Menschen mit ihren Schmerzen umgehen, haben diese Schmerzen also weitreichende Auswirkungen in das soziale System der Betroffenen und nicht zuletzt entscheidet auch der Umgang der Angehörigen über das Schmerzerleben der Betroffenen.

Es gibt jedoch nur sehr wenige Menschen, die aufgrund einer Krankheit ihres Nervensystems nicht in der Lage sind, Schmerzen wahrzunehmen und gerade diese sind es, die ständig lebensgefährlich bedroht sind. Denn schon wenn sie am Morgen ihre Kaffeetasche in der Hand halten, spüren sie deren Temperatur nicht und fügen sich möglicherweise schlimme Verbrennungen ihrer Fingerkuppen zu. Nicht auszudenken, was passieren würde, wenn wir unsere Schmerzen nicht mehr als korrektiv unseres Verhaltens wahrnehmen und wertschätzen könnten.

wie lassen sich so verschiedene Reaktionen wie Neid auf Menschen, die keinen Schmerz empfinden, oder Scham, dass man Schmerz empfindet oder Angst vor Schmerzen in die bisher genannten Erklärungsmodelle integrieren?

fassen wir das bisher Gesagte noch einmal zusammen:

Jeder körperliche Schmerz ist auch ein emotionaler Schmerz und jeder emotionale/seelische Schmerz tut auch im Körper weh. Dabei gilt es, zwischen dem Reiz und seiner Interpretation als Schmerz zu unterscheiden, was der eine als Schmerz empfindet, mag ein anderer gar nicht als Schmerz wahrnehmen. Außerdem reagieren die Angehörigen unseres sozialen Systems auf Schmerzen sehr verschieden und diese Reaktionen beeinflussen unser Schmerzerleben. Als Schmerzreize können wir sowohl neuronale Reize wahrnehmen, als auch metabolische, wobei als physiologisches Bindeglied zwischen beiden Reiz/Reaktions-Mustern die beiden Drüsen: Hypophyse/Hypothalamus erscheinen.

Als ein integrierendes Modell der Schmerzen möchte ich das "Rad der Schmerzen" vorstellen, das auf der 'Gate-Kontroll-Theorie' der beiden amerikanischen Schmerzforscher Melzack & Wall (in: Das Rätsel des

schmerzes; stuttgart 1978) beruht und mehrere systeme, der schmerzverarbeitung verbindet:

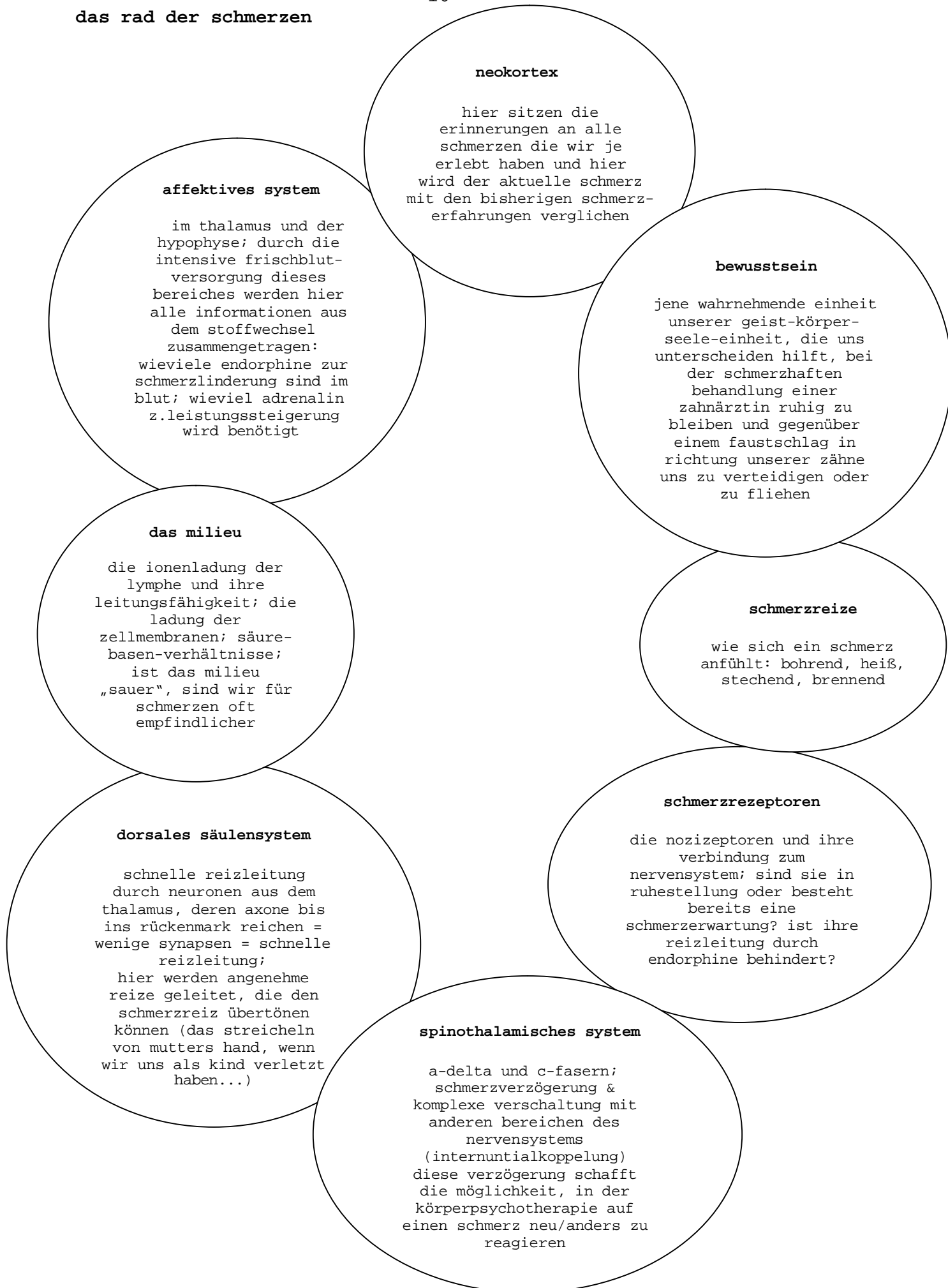
(Grafik nur in Originalpublikation enthalten)

in diesem schmerz-modell ist ein ursache-wirkungszusammenhang zwischen reiz/schmerz/reaktion nicht mehr linear. vielmehr wirken alle 8 systeme gleichzeitig und ermöglichen solcherart die verschieden reaktionen, die ich in dieser studie dargestellt habe. es kehrt sich ab von dem repräsentationistischen modell (hier reiz; dort reaktion) und versteht schmerz als komplexe interaktion verschiedenster perturbationen, bei der das nervensystem seine stabilität insgesamt zu bewahren versucht.

schmerz wird so gesehen nicht mehr zu einem eindeutigen physischen phänomen, sondern entsteht aus den wechselbeziehungen aller 8 systeme, wie bei einer heftigen diskussion, in der eine stimme ein weiterer beitrag zum ergebnis aller beteiligten ist. ob diese stimme, dieser reiz aber zu einer veränderung des diskussionsverlaufs, des verhaltens als ganzem führt, hängt von seiner intensität oder qualität ab und ist nicht vorhersagbar, im sinne eines mechanistischen erklärungsmodells.

es liegt eine gefahr darin, wenn wir unsere aufmerksamkeit beispielsweise zwanghaft auf andere dinge richten und dadurch bedeutsame schmerzsignale unterdrücken. der stress vieler sogenannter zivilisierter kulturen begräbt meiner meinung nach unsere selbstwahrnehmung unter einer schicht schneller, scharfer und banaler empfindungen. zu den stärken der körperpsychotherapie gehört das wieder-zugänglich-machen jener sensomotorischen informationen, die wir brauchen, um überlastung zu identifizieren und durch unsere selbstwahrnehmung zu korrigieren.

das rad der schmerzen



literatur

1. anzieu, didier; das haut-ich; frankfurt/main 1991
über menschen, die nur durch schmerz sich selbst erleben können
2. bly, robert; eisenhans; münchen 1991
enthält kapitel über die notwendigkeit von seelischem schmerz zur emotionalen reifung und der bedeutung von narben
3. boyesen, gerda; über den körper die seele heilen; münchen 1987
über die lymphflüssigkeit und ihre bedeutung im schmerzgeschehen
4. farelli, frank; provokative therapie; berlin 1986
5. geissler, sina aline; die lust an der unterwerfung; münchen 1990
detaillierte berichte über die lust am seelischen schmerz
6. hentschel, h.d.; massagetherapie und schmerz; in: pysikalische
therapie heft 7/92; s.500-504; hamburg 1992
detaillierte techniken zur bindegewebsbehandlung bei verschiedenen
schmerzleiden
7. janov, arthur; gefangen im schmerz; frankfurt/main 1981
vom begründer der primärtherapie über die rolle der endorphine im
schmerzgeschehen
8. jantsch, e.; die selbstorganisation des universums; münchen 1982
zusammenfassung der aktuellen forschung über das metabolische
gedächtnis
9. juhan, deane; körperarbeit; münchen 1992
klassisches lehrbuch der ganzheitlichen
körperpsychotherapie
10. lowen, alexander; bioenergetik; reinbeck 1979
vom begründer der bioenergetik über die rolle von schmerzen im
therapeutischen prozess
11. melzack, ronald; wall, patrick; das rätsel des schmerzes; stuttgart
1978
namhafte schmerzforscher stellen den aktuellen wissensstand der
schmerzforschung zusammen
12. mittag, oskar; psychologische und psychotherapeutische aspekte des
trauerns; in: psychotherapie, psychosomatik und medizinische
psychologie; s.150-157; stuttgart 1992 einfühlsame beschreibung der
verschiedenen phasen des trauerns
13. morris, david b.; the culture of pain; london 1991
die aktuellen forschungsergebnisse vor allem um die auswirkungen von
schmerzen auf soziale systeme
14. petzold, hilarion; gestaltdrama, totenklage und trauerarbeit; in:
ders.; dramatische therapie; s.335-368; stuttgart 1982 vom begründer
des deutschen fritz-pearls institutes verfasstes kompendium über die
trauersitten und -gebräuche verschiedener völker
15. rolf, ida; rolfing; münchen 1989
ein kapitel über schmerz erfahrung
16. sacher-masoch; venus im pelz; frankfurt/main 1968

17. schmerzratgeber der ZDF; mainz 1997
populärwissenschaftliche zusammenfassung aller aktuellen praktischen hinweise
18. spiegel, y.; der prozess des trauerns; münchen 1989
über die verschiedenen stufen des trauerprozesses bei schwerstkranken und deren angehörigen
19. uexküll, thure von; psychosomatische medizin; münchen 1997, kapitel 17; s.262-276;
alle aktuellen daten über schmerzkrankheiten und das neue interaktionistische schmerzmodell
20. weber, alfons; schmerz und schmerzkrankheiten; stuttgart 1991
praktischer ratgeber in allen schmerzangelgenheiten

Kontakt:

bernhard schlage

körperpsychotherapie, schriftstellerei

gemeinschaftspraxis kugel e.v. in
der steinriede 7, hofgebäude 30161
hannover

telefon & fax 05 11 / 161 42 11

e-mail: post@bernhardschlage.de
internet: www.bernhardschlage.de