

# Leben mit Schmerz

## Neue Wege mit multimodaler Rehabilitation und Psychotherapie

Simone Bruckner, Wien

### Zusammenfassung

Die multimodale Behandlung chronischer Schmerzen stellt eine Alternative dar zu dem im österreichischen Gesundheitswesen nach wie vor vorherrschenden physikalisch-kausalen Vorgehen. Im vorliegenden Beitrag wird der multimodale Ansatz des Zentrums für ambulante Rehabilitation in Wien vorgestellt und auf Basis eines kritisch-realistischen und feldtheoretischen Zugangs beschrieben und reflektiert.

### Einleitung

Dieser Beitrag basiert auf einem Vortrag mit dem Titel *Conceptualizing pain therapy* auf der GTA-Tagung in Triest 2022 und widmet sich zwei Schwerpunkten: Zum einen soll die Relevanz einer multimodalen Behandlung bei chronischen Schmerzen als Alternative zu dem immer noch vorherrschenden physikalisch-kausal ausgerichteten Vorgehen aufgezeigt werden. Zum anderen reflektiert die Autorin ihre praktischen Erfahrungen als Psychotherapeutin im Rahmen eines solchen multimodalen Rehabilitationsansatzes im *Zentrum für ambulante Rehabilitation* in Wien (in weiterer Folge als *ZAR Wien* abgekürzt) unter gestalttheoretischen Gesichtspunkten.

Zunächst möchte ich den Kontext vorstellen, in dem ich meine klinischen Erfahrungen mit Menschen mit chronischen Schmerzen gesammelt habe, die als Grundlage meiner Überlegungen dienen. Es

handelt sich um ein Rehabilitationsprogramm zur multimodalen Schmerztherapie (*MUST*) im *ZAR Wien*. Eine der Besonderheiten an diesem Programm – im Unterschied zu anderen Angeboten dieser Einrichtung – ist seine bottom-up Entstehungsgeschichte. Sie geht auf die Initiative von Psychotherapeutinnen und später auch Physiotherapeutinnen zurück, die feststellten, dass für chronische Schmerzpatientinnen die angebotene orthopädische Rehabilitation mit dem Schwerpunkt auf klassische Bewegungstherapien nicht hilfreich ist. Typische Problemlagen waren etwa die stark reduzierte Belastbarkeit der Patientinnen sowie die Angst vor schmerzauslösender Bewegung, die ein klassisches Training beinahe verunmöglichten. Daher gestaltete sich auch für das medizinische Personal die Zusammenarbeit mit dieser Patientinengruppe als herausfordernd. In einem ersten Schritt wurde daher eine eigene Psychotherapiegruppe als Ergänzung zur orthopädischen Rehabilitation angeboten. Im Laufe der Zeit wurden zunächst die Zusammenarbeit mit den Physiotherapeutinnen verstärkt und nach und nach auch andere Berufsgruppen eingebunden. So wurde die *MUST* von einem Pilotprojekt zu einem fixen Bestandteil des Angebots des *ZAR Wien*. Kennzeichnend für die multimodale Rehabilitation ist, dass es sich um ein Gruppenangebot handelt und die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen eng aufeinander abgestimmt ist.

Die Patientinnen, die an der *MUST* teilnehmen, haben großteils langjährige Beschwerden (vorrangig chronische Rücken-, Schulter-, Kopf- und Gelenkschmerzen). Trotz individueller Unterschiede sei hier der Versuch gewagt, anhand der klinischen Beobachtungen charakteristische Aspekte der Situation dieser Patientinnen zu beschreiben.

Kennzeichnend ist die vielfältige Weise der Einschränkung in der Lebensführung, die sich etwa durch reduzierte Freizeitaktivitäten sowie eine Beschwerlichkeit bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens ausdrückt. Viele der betroffenen Patientinnen können ihren Beruf nicht mehr ausüben, was meist zu gravierenden psychosozialen Folgen sowie einem Spießrutenlauf zwischen Gesundheitskasse, Arbeitsmarktservice und Pensionsversicherungsanstalt führt. Die Patientinnen erleben diese Situation meist als demütigend und empfinden sich als Bittstellerinnen, deren Schilderungen misstraut wird. Die finanzielle Unsicherheit sowie der Wegfall eines Betätigungs- und sozialen Feldes können zu einer regelrechten Erschütterung der Existenz führen. Die umfassende Verengung der Lebensführung ist mit tiefgreifenden Verlusterfahrungen – auch im Hinblick auf das Selbstbild – verbunden. Zudem erfährt die Gestaltung der zwischenmenschlichen Beziehungen häufig Veränderungen. Patientinnen berichten etwa, dass sie Ablehnung oder Unverständnis im Hinblick auf das Nicht-wie-gewohnt-Funktionieren erfahren und

sich zurückziehen. Doch auch ein besonders fürsorglicher Umgang von Angehörigen kann zu einer Herausforderung werden, etwa wenn das Annehmen von Hilfe als Autonomieverlust empfunden wird oder Schuldgefühle entstehen.

Die oben genannten Schwierigkeiten können zu einem Negativkreislauf führen, mit dem Ergebnis, dass sich das Erleben immer stärker auf die Schmerzempfindung zentriert.

### **Wenn das Gesundheitssystem krank macht**

Mit Hinblick auf die Frage der Entstehung solcher Beschwerden finden sich in den Berichten der Patientinnen viele Ähnlichkeiten, anhand derer sich die iatrogenen Aspekte in der Entwicklung von chronischen Schmerzen skizzieren lassen. Von iatrogen (altgriechisch: vom Arzt erzeugt) spricht man dann, wenn ärztliches Verhalten eine negative Auswirkung auf eine Erkrankung hat; in diesem Falle eine Chronifizierung begünstigt. Dies kann sämtliche Interventionen umfassen, wie das ärztliche Gespräch, das Durchführen oder Veranlassen von Untersuchungen, das Verschreiben von Medikamenten und das Hinzuziehen von weiterem Fachpersonal – sowie die Unterlassung all dieser Interventionen.

Viele der Patientinnen, die unter chronischen Rückenschmerzen leiden, beschreiben ein charakteristisches Szenario, wenn es um die Etablierung der medizinischen Behandlung geht. Dieses ist unabhängig davon, ob sich das Schmerzgeschehen langsam und graduell entwickelt hat oder eine anfängliche Schmerzattacke in ein dauerhaftes Geschehen übergegangen ist, um zwei typische Verläufe zu nennen.

Dieses Szenario ist von einer Suche geprägt, auf die sich Patientin und Ärztin begeben, um spezifische körperliche Ursachen für das Schmerzereleben zu finden – etwa mithilfe bildgebender Verfahren (wie Röntgen oder Magnetresonanztomografie). Die Bilder der anatomischen Strukturen sollen gemäß den ärztlichen Leitlinien sicherstellen, dass keine schwerwiegenden Erkrankungen (etwa ein Tumor, eine Fraktur oder infektiöse Prozesse) schmerzursächlich sind.

Es erscheint intuitiv völlig richtig, dass bei gesundheitlichen Problemen die Ursache gefunden werden soll. So ist es essentiell für eine Person zu erfahren, ob ihr Fieber im Rahmen einer Influenza, einer Pneumonie oder Sepsis auftritt, da sich daraus unterschiedliche Konsequenzen für die Behandlung ergeben. Im Fall der chronischen Rückenschmerzen ist es jedoch so, dass nur ein kleiner Prozentsatz von Menschen solche spezifischen Ursachen aufweist. Dies ist in der Medizin schon lange bekannt. Eine in Fachkreisen sehr bekannte Studie von Spitzer et al. hat bereits 1987 beschrieben, dass dies lediglich bei etwa 15 Prozent der Betroffenen der Fall ist. Aber: Was ist mit den anderen 85 Prozent, die unter sogenannten „unspezifischen“ Rückenschmerzen leiden, wo eine solche Ursache nicht festgestellt werden kann?

### **Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis**

Die zeitgenössische Medizin betont, dass chronische Schmerzen ausschließlich anhand eines biopsychosozialen Konzeptes verstanden werden können. Zu den beforschten psychosozialen Einflussfaktoren auf das Schmerzgeschehen zählen berufliche Un-

zufriedenheit, frühe traumatische Erfahrungen, Konflikte in der Partnerschaft, das Erleben von Depression, hohes Schonverhalten u.v.m. (Flor et al. 2020). Ebenso wird theoretisch anerkannt, dass die Erfahrung von Schmerz und die Ergebnisse der bildgebenden Diagnostik nicht korrelieren und viele Veränderungen der Wirbelsäule auftreten, die als „natürliches“ Zeichen für deren Nutzung über die Jahre gesehen werden können. In der Praxis werden diese detaillierten Bilder jedoch immer noch sehr häufig auf eine pathologisierende Art und Weise beschrieben und interpretiert (Hasenbring et al. 2017, 123), was bei den Patientinnen entsprechende Annahmen zum Krankheits- und Gesundungsgeschehen befördert. So werden „abgenutzte Wirbel“ zu einer kausalen Ursache der Schmerzen erklärt, was Tür und Tor für einen rein somatisch orientierten Behandlungsansatz öffnet – inklusive invasiver Techniken, wie etwa Operationen. Viel zu oft helfen diese den betroffenen Personen nicht dauerhaft (Pfungsten & Hildebrandt 2017, 538).

Auf der anderen Seite kann es eine frustrierende Erfahrung für Patientinnen sein, wenn die Interpretation eines Befundes ihnen folgende Botschaft übermittelt: „Es konnte keine Ursache auf den Bildern gefunden werden, daher gibt es auch keine medizinische Erklärung für die Schmerzen.“ Ohne ein mehrdimensionales Konzept zur Erklärung von Schmerzen kann dies bei Klinikern zu dem Fehlschluss führen, dass Schmerzen ein rein psychologisches Phänomen sind. Im schlimmsten Fall werden diese als „Einbildung“ abgetan, was zur fatalen Konsequenz führen kann, dass die betroffene Person an ihrer Wahrnehmung zu

zweifeln beginnt, sich – zu Recht – in ihrem Leid nicht wahrgenommen fühlt und zweifelt, ob es im medizinischen System überhaupt Hilfe für sie geben kann.

Ich stellte mit Erstaunen fest, dass sich die Behandlungsansätze dieser zwei so unterschiedlichen Lesarten der Bilder („es lässt sich/ eine Ursache durch die Untersuchung finden“) kaum unterscheiden. Dies wird nachvollziehbar, wenn man die beiden beschriebenen Situationen als jeweils eine Seite der Medaille der einseitigen Betrachtungsweise versteht. Meist wird über einen langen Zeitraum die Reduzierung der Schmerzen ausschließlich mittels herkömmlicher somatischer Interventionen verfolgt. Bei fehlendem Erfolg geht die Suche nach körperlichen Ursachen für gewöhnlich weiter (dies bietet sich besonders dann an, wenn die Schmerzen „wandern“) und die betroffenen Personen suchen verzweifelt immer mehr Spezialistinnen auf, in der Hoffnung auf Linderung der Beschwerden. Diese werden im Verlauf dann häufig stärker und die Ohnmacht nimmt zu.

Diesen Sog, so lange ausschließlich nach somatischen Schädigungen zu suchen, erkläre ich mir zum einen dadurch, dass Ärztinnen keine schwerwiegenden Verletzungen bzw. Erkrankungen übersehen wollen und möglicherweise nicht genug über chronische Schmerzen wissen, zum anderen aber auch dadurch, dass im Allgemeinen körperliche Faktoren greifbarer erscheinen und gesellschaftlich akzeptierter sind. Psychosoziale Aspekte kommen meist recht spät in Form des unspezifischen Faktors „Stress“ als Grund für die „unspezifischen“ Rückenschmerzen in Verdacht. Ohne eine genauere Dif-

ferenzierung und Betrachtung von Wechselwirkungen ist diese späte Ergänzung meist wenig hilfreich.

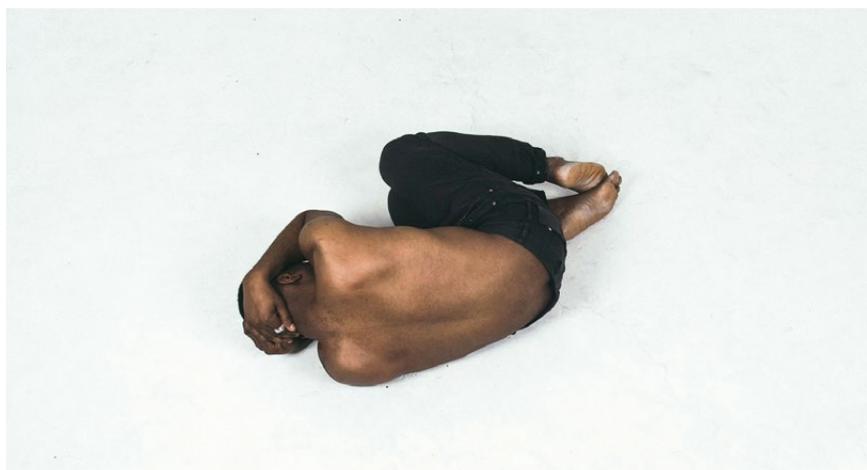
So wird aus dem biopsychosozialen Modell, das ein tieferes Verstehen ermöglicht, wenn das Ineinandergreifen der einzelnen Aspekte beleuchtet wird, die alte Polarität, dass Schmerzen entweder ausschließlich körperlich oder ausschließlich psychisch verursacht sind.

### Eine gestalttheoretische Antwort

Zusammenfassend lässt sich der geschilderte Behandlungsverlauf aus einer kritisch-realistischen Perspektive so beschreiben, dass die Untersuchung des physikalischen Körpers mit dem Ziel, eine Schädigung zu identifizieren, im

Schmerzerleben einhergehen. Häufig wird dieses Konzept so rezipiert, dass die Hirnprozesse als entkoppelt vom Erleben der gegenwärtigen Situation (und damit als wieder rein organische) Ursache für die Schmerzen verstanden werden.

Wie kann eine gestalttheoretische Antwort auf die beschriebene Problemstellung aussehen und damit Grundlage für eine konstruktive Hilfestellung sein? Das Hauptaugenmerk sollte zunächst auf dem Versuch liegen, auf Basis der vorgenannten kritisch-realistischen Perspektive in einer feldtheoretischen Betrachtungsweise die dynamischen Eigenheiten der psychologischen Situation zu erfassen. Eine Grundlage hierfür bietet das Konzept des Lebensrau-



Fotocredit: Mwangi Gatheca\_unsplash

Zentrum steht. Die fehlende Unterscheidung zwischen physikalischem Körper (Organismus), der mittels Theorien und Messungen konzeptualisiert wird, und dem von der Patientin phänomenal erlebten Körper, verursachen das beschriebene Dilemma.

Auch die gängige Auffassung eines „Schmerzgedächtnisses“ (z.B. Flor 2017) bietet keinen befriedigenden Ausweg aus der Misere. Es beschreibt die neuronalen Veränderungen, die mit einem chronischen

mes von Lewin (1963), bei dem das Erleben und Verhalten einer Person als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen den wirkenden Kräften einer Person und ihrer (erlebten) Umwelt verstanden wird. Der Lebensraum wird als ein sich veränderndes dynamisches Feld verstanden, das sich in unterschiedliche Regionen gliedert. Diese Regionen unterscheiden sich unter anderem darin, wie leicht diese zugänglich sind und können eine unterschiedliche Art von Aufforderungscharakter für

bestimmte Handlungen beinhalten (Lewin 1935). Fuchs (2016) hat in diesem Zusammenhang das Schmerzerleben als eine Barriere im Lebensraum beschrieben und charakteristische Veränderungen u.a. anhand der Zeitperspektive (die davon geprägt ist, dass kein Ende der Misere in Sicht ist und ein ständiger Abgleich mit der eigenen vermeintlich schmerzfreien Vergangenheit erfolgt) und der Dimension der Weite/Enge (im Hinblick auf die Verengung des Erlebens) aufgezeigt. Ergänzend dazu wird aus der Situation der eingangs beschriebenen Patientinnen deutlich, wie viele Regionen durch das Schmerzerleben einen negativen Aufforderungscharakter erhalten und damit eine abstoßende Kraft besitzen. So können etwa vormals positiv erlebte Lebensbereiche aus Angst vor einer Verschlechterung der Beschwerden oder durch die Konfrontation mit entstandenen Einschränkungen einen solchen negativen Aufforderungscharakter aufweisen und infolgedessen gemieden werden. Zudem wird die psychologische Situation wesentlich durch die Wirkung der Machtfelder anderer mitbestimmt, die vor allem durch den Autonomieverlust und die nunmehr existentielle Abhängigkeit von Versicherungsleistungen begründet werden (beispielsweise nach dem Verlust der Arbeitsstelle durch die unterschiedlichen zuständigen Versicherungsträger).

Auf Basis eines solchen gestalttheoretischen Verständnisses werden in der Behandlung auch die Annahmen und Kenntnisse der Patientinnen über das individuelle Schmerzerleben vor dem jeweiligen sozio-kulturellen Kontext herausgearbeitet und deutlich gemacht. Dieser Aspekt des Wissens und der Alltagstheori-



Fotocredit: Rodolfo Clix\_ pexels

en über den Körper wird in der Gestalttheorie als kritisch-phänomenales Körper-Schema bezeichnet (Bischof 1966a, 28ff) und wirkt auf das Erleben des Körpers ein. In der behandelten Thematik könnte sich das beispielsweise dadurch zeigen, dass das Wissen, "abgenutzte" Wirbel zu haben, dazu führt, dass der Rücken aufmerksamer und ängstlicher wahrgenommen wird und in weiterer Folge eine Spirale aus Bewegungsvermeidung und Reduzierung der körperlichen Belastbarkeit entsteht.

Der gestalttheoretische Zugang zum Schmerzerleben ist damit nicht auf ein örtliches, einseitig somatisches oder psychisches Geschehen gerichtet, sondern erlaubt mit seinem feldtheoretischen Verständnis den Lebensraum insgesamt und das Zusammenwirken der jeweils konkreten Bedingungsfaktoren gemeinsam mit den Patientinnen in den Blick zu nehmen und zu erforschen.

### **Die multimodale Behandlung in der Praxis**

Die Praxis der multimodalen Behandlung braucht Grundhaltungen, die auch in der Gestalttheoretischen Psychotherapie eine unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen ei-

ner Behandlung sind, nämlich die Achtung und Akzeptanz des Erlebens der Betroffenen. Dies mag als Psychotherapeutin wie eine Selbstverständlichkeit klingen, doch die Rückmeldungen der Patientinnen machen deutlich, wie oft es an dieser Haltung mangelt: zu widersprüchlich und unplausibel erscheinen die Symptome, zu übertrieben, repetitiv oder inkongruent die Darstellung der Beschwerden. Auch bei Angehörigen von "Psy-Berufen" kann sich Ungeduld einstellen, etwa wenn Patientinnen wiederholend und ausführlich über ihr körperliches Befinden sprechen und dabei eine ausschließlich somatische Sichtweise einnehmen. Das empathische Sich-Einfühlen kann auch dadurch erschwert werden, dass die Therapeutin infolge der starken Fokussierung der Patientinnen auf die schmerzenden Körperregionen eigene Schmerzen oder körperliche Missempfindungen deutlicher wahrnimmt.

So bedarf es immer wieder einer gemeinsamen Anstrengung, eine solche akzeptierende Haltung als Basis in der multimodalen Rehabilitation zu etablieren. Ein wesentlicher Beitrag dazu findet im gemeinsamen Austausch in den regelmäßigen Besprechungen statt – zum einen, da so ein umfassen-

deres Bild über die Situation der Patientin entsteht, das ein tieferes Verstehen ermöglicht und zum anderen, weil es in schwierigen Situationen eine gegenseitige Unterstützung im Team gibt.

Auf dieser akzeptierenden Haltung aufbauend, ist der multimodale Behandlungszugang dadurch gekennzeichnet, dass ein Team aus Mitgliedern mit unterschiedlichen Professionen verschränkt zusammenarbeitet – anstatt des häufig etablierten multiprofessionellen Nebeneinanders.

Für die teilnehmenden Patientinnen stellt sich das ambulante Reha-Programm, das aktuell etwa fünf Monate dauert, als ein geschlossenes Gruppenangebot dar. Es beinhaltet wöchentliche psychologisch-psychotherapeutische Gruppensitzungen und Achtsamkeitspraxis sowie ein gemeinsames Bewegungstraining. Diese Gruppen finden alle unter gemeinsamer Leitung von jeweils einer Psychotherapeutin und einer Physiotherapeutin statt. Ergänzend werden verschiedene Vorträge angeboten und individuelle Therapien in den Bereichen Physiotherapie, Psychotherapie, Massage, Diätologie sowie ärztliche Gespräche.

Allen Therapieangeboten liegt zugrunde, dass sie nicht mehr auf den physikalischen Körper zentrieren, sondern auf das phänomenale Gesamtfeld der Patientinnen, was besonders in der Psychotherapiegruppe deutlich wird. Diese verfolgt das Ziel, einen Raum zu schaffen, in dem die Patientinnen offen über ihre Erfahrungen mit chronischen Schmerzen sprechen können. Dieser Austausch stellt das Verbindende der Gruppe in den Vordergrund und so entsteht meist schon in kurzer Zeit eine hohe Gruppenkohäsion, eine Art Schick-

salsgemeinschaft, die einen Zug in Richtung gemeinsamer Kollaboration entwickelt und von gegenseitiger Empathie getragen ist.

In den ersten Wochen dieser Gruppensitzungen findet eine interaktive Form von Psychoedukation statt und es werden Informationen zu aktuellen wissenschaftlichen Befunden über die Verbindungen von körperlichem und psychischem Erleben – besonders im Hinblick auf das Schmerzerleben – thematisiert. Der wesentliche Fokus ist dabei, die Patientinnen einzuladen, das eigene Verstehen ihrer Situation anzureichern und zu erweitern. Dies stellt oft einen neuen Zugang für die Patientinnen dar, die jahrelang nach einem physikalisch-kausalen Prinzip behandelt worden sind. Daher steht zu Beginn eine Auseinandersetzung mit der alltäglichen Erfahrung von körperlich-psychischen Wechselwirkungen und Anregungen, diese zu beobachten, zu experimentieren und zu reflektieren. Dabei können etwa die erlebten Zusammenhänge von Körperempfindungen mit Gefühlen in den Blick genommen werden. Die Erfahrungen der Gruppe zeigen eindrucksvoll, dass der physikalische Körper nicht ident mit dem phänomenal erlebten Körper-Ich ist – dass man sich etwa „erleichtert“ oder schwer fühlen kann, ohne dass sich die Anzeige auf der Waage verändern würde. So schilderte eine Patientin, dass sie das gemeinsame Spielen mit ihrer Enkeltochter als so anregend empfindet, dass sie sich geistig und körperlich deutlich verjüngt empfindet.

Ein weiterer wichtiger Teil der Psychoedukation ist das ermutigende Eingehen auf die Fragen der Patientinnen durch die Physiotherapeutin. Dabei wird thematisiert, dass der Körper in der Lage ist

(z.B. Verletzungen) zu heilen oder es werden Mythen (wie etwa von den „guten“ und „schlechten“ Bewegungen oder vom „irreparablen Bandscheibenvorfall“) revidiert. Die gemeinsame Anwesenheit von Physio- und Psychotherapeutin in dieser Gruppe ermöglicht es, den Verschränkungen von körperlichen und psychosozialen Aspekten unmittelbar Rechnung zu tragen.

Als gestalttheoretische Psychotherapeutin verstehe ich diesen Teil des Rehabilitationsprogrammes als einen absichtsvollen Versuch, die einseitig mechanistischen Annahmen zum Krankheitsgeschehen, sowie das aktuelle kritisch-phänomenale Körper-Schema herauszufordern und zu verändern – ohne den Anspruch, jemanden von einer Wahrheit überzeugen zu wollen. Dieser Prozess, das kritisch-phänomenale Körper-Schema so zu verändern, dass etwa ein einseitiges physikalisches (oder sehr selten auch psychologisches) Ursachen-Konzept von Schmerz „breiter“ werden darf, braucht Zeit und erfolgt meiner Erfahrung nach nicht linear. Dieser Prozess wird durch das Gruppensetting enorm unterstützt. Die Vielfalt von Erfahrungen und Meinungen regen die eigene Sichtweise an und neue Fragen können entstehen. Ich bin überzeugt, dass dieser Austausch in der Gruppe die Patientinnen tiefgreifender anregt, sich bestimmten Aspekten ihres kritisch-phänomenalen Körper-Schemas bewusst zu werden, diese zu hinterfragen und zu verändern, als dies die Vermittlung von Wissen bewirken könnte. In diesem Rahmen kann ein Gemeinschaftsgefühl von Betroffenen entstehen und es zu einer veränderten Beziehung zwischen Behandlerinnen und Behandelten kommen. Die Patientin wird nicht auf die Rolle einer passiven Ausführenden von Be-

handlungsanweisungen reduziert, sondern in einem gemeinsamen Erkundungsprozess darin begleitet, sich (wieder) als selbstwirksam und aktive Gestalterin ihres eigenen Lebens zu empfinden. Neben diesen Gruppensitzungen sind das körperliche Training im Fitnessraum und das gemeinsame Bewegen in der Achtsamkeitsgruppe die weiteren Kernelemente der *MUST*. Dabei geht es in erster Linie darum, eine positive Erfahrung mit Bewegung möglich zu machen. Daher sind Ziele wie Muskelaufbau oder Stärkung der Ausdauer nicht vorrangig, selbst wenn Patientinnen in diesen Bereichen große Schwächen ha-

die Veränderung der Stimmung und dergleichen. So kommt es auch immer wieder zu Querverbindungen zwischen den Bewegungserfahrungen und den Themen der Therapiegruppe.

Beispielhaft möchte ich dazu die Erfahrungen mit der 51-jährigen Frau K. schildern, die bereits viele Jahre unter massiven Gelenks- und Rückenschmerzen litt, als sie die Rehabilitation begann. Sie hatte in diesen Jahren verzweifelt versucht, ihre Schmerzen zu ignorieren und mit Härte gegen sich selbst gekämpft. Es kostete sie immer mehr Kraft und höhere Dosen von

Als in der Gruppe unterschiedliche Arten des Umgangs mit Schmerzen ersichtlich wurden, erkannte sich Frau K. als eine „Durchbeißerin“ und begann diese Thematik zu reflektieren. Dabei kam sie mit traumatischen Verlusterfahrungen in ihrer Kindheit in Berührung, was sie veranlasste, noch während der Reha eine weiterführende Psychotherapie zu beginnen.

In der Trainingsgruppe zeigte sich das Durchbeißen von Frau K. ganz unmittelbar. Sie berichtete, dass sie schon lange keinen Sport mehr betrieben habe und dies nun mit voller Kraft nachholen wolle. Den Aufforderungen der Physiotherapeutin, in einem Bereich zu trainieren, der keine Schmerzverstärkung bewirkt, konnte sie kaum nachgehen. Immer wieder ermutigten wir sie, sich auf das Spüren einzulassen und sich nicht zu überfordern. Im Laufe der Zeit konnte Frau K. ein Stück sanfter mit sich umgehen und kommentierte es humorvoll, wenn sie sich selbst in ihrer Strenge ertappte. Die lockere Atmosphäre beim Training, die Musik und das Plaudern mit den Mitpatientinnen benannte sie als hilfreich, sich neu auszuprobieren. Es war bewegend für mich zu sehen, dass sie die Erfahrung machen konnte, einfühlsam mit sich umzugehen und dies als Empowerment, und nicht als Schwäche, zu erleben. Am Ende der Reha war mein Eindruck, dass Frau K. sich besser kennengelernt hatte und ihr sehr klar vor Augen stand, wie sie sich mit diesen Themen weiter auseinandersetzen wollte.



Fotocredit: Stefano Pollio\_unsplash

ben sollten. Es steht die Förderung eines freundlichen Umgangs mit dem eigenen Körper, ein achtsames Wahrnehmen von Grenzen und ein spielerisches Ausprobieren im Vordergrund. In diesen Gruppen sind die Physiotherapeutinnen in der Leitung sehr aktiv und die Rolle der Psychotherapeutin ist das Anregen von Reflexion, um die gemachten Bewegungserfahrungen zu integrieren. Dabei kann es sich um das Achten auf den Umgang mit dem eigenen Körper handeln, das Erleben im Gruppenprozess,

Schmerzmedikamenten, ihrem Beruf im Einzelhandel nachzugehen und die Care-Arbeit in der Familie zu leisten. In der Reha war besonders auffallend, dass Frau K. als eine Freude strahlende Frau erschien, der keine Beschwerden anzusehen waren. In der Psychotherapiegruppe zeigte sie sich berührt, dass sie in den Mitpatientinnen Leidensgenossinnen gefunden hat, die ungeschönt ihre belastende Situation schilderten. Zunehmend erlaubte sich Frau K., auch auszudrücken, wenn es ihr schlecht ging.

### Ergebnisse

Abschließend möchte ich mich noch zu den Ergebnissen der multimodalen Schmerztherapie äußern. Nicht sie alle berichten von einer (anhaltenden) Schmerzreduktion, was

auch eine Enttäuschung für Patientinnen sein kann. Eine ausschließliche Orientierung an der erlebten Schmerzintensität würde einem multimodalen Ansatz jedoch nicht gerecht. Am Ende der Reha berichten viele Patientinnen, dass sie sich mit ihrer Schmerzerfahrung als weniger isoliert empfinden, sie sich ernst genommen gefühlt haben, die Reha ermutigt beenden und mehr Sicherheit bei Bewegung gewonnen haben. Häufig liegt nun ein umfassenderes Verständnis über die eigene (Schmerz-)Situation vor, was hilfreich ist, um die nächsten Schritte zu setzen. Dies und die positiven Veränderungen in der Beziehung zu sich selbst sind es, die die Notwendigkeit und Wirksamkeit solcher Therapiekonzepte belegen.

### Conclusio für die psychotherapeutische Praxis

Auch im Arbeiten in der eigenen psychotherapeutischen Praxis, in der für gewöhnlich kaum Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen stattfindet, ist es möglich, eine solche disziplinübergreifende Haltung verstärkt einzunehmen.

So erinnere ich mich gerne an den Prozess mit einer Klientin, die von einer Beratungsstelle zu mir in die niedergelassene Praxis verwie-

sen wurde. Die 45-jährige Frau P. litt bereits seit vielen Jahren unter Schwindel und Nackenschmerzen. Sie zeigte sich der Psychotherapie gegenüber grundsätzlich offen, doch für das Thematisieren ihrer Schmerzen erschien ich ihr zunächst nicht die geeignete Adressatin zu sein. Frau P. äußerte Bedenken, dass ich ihre Beschwerden zu sehr psychologisieren könnte. Ich zeigte ihr dennoch immer wieder aktiv mein Interesse an diesem so wichtigen Aspekt ihres Erlebens. Eines Tages kam es so zu einem Gespräch über einen geplanten Termin bei ihrem Orthopäden. Ich ermutigte die Klientin, diesen Termin aktiv mitzugestalten und die Fragen, die sie hatte, zu stellen. Dies hatte zur Folge, dass ihr der Orthopäde zum ersten Mal seit Jahren wieder eine Physiotherapie verordnete, wovon sich Frau P. Hilfe versprach. Tatsächlich war die Physiotherapeutin sehr einfühlsam und es entwickelte sich rasch eine gute Zusammenarbeit. Ich fragte aktiv nach, wie die Klientin die Physiotherapie erlebte und sie ließ sich auf eine Reflexion und ein Nachspüren in unseren Sitzungen ein. Sie berichtete mir von ihren Ängsten und Unsicherheiten, wenn sie sich bewegte und wie wichtig für sie das Zutrauen der Physiotherapeutin war. Frau P. konnte in Worte fassen, dass sie im Begriff war, ihren Körper

zunehmend differenzierter zu spüren und begann dabei, ihrer eigenen Wahrnehmung mehr zu trauen. So ermutigt war es möglich, psychologische Aspekte ihrer Schmerzerfahrung in der Psychotherapie zu thematisieren.

Für das Gelingen dieses Prozesses erachte ich auf Seite der Therapeutin neben der Verwirklichung gestalttheoretischer Grundhaltungen wie der Berücksichtigung der Geschwindigkeit der Klientin und das Dulden von Umwegen, den Gedanken einer interdisziplinären Zusammenarbeit in Form eines aktiven Aufgreifens und Einbindens dieser Erfahrungen in die Psychotherapie, als wesentlich.

So ist diese kurze Falldarstellung als Anregung gedacht, auch in der niedergelassenen psychotherapeutischen Praxis, die nicht die Möglichkeiten einer multimodalen Behandlung bietet, eine interdisziplinäre Sicht einzunehmen. Eine ganzheitliche Herangehensweise ist notwendig, um die strikte und künstliche Trennung von Körper und Psyche zu überwinden und als Psychotherapeutinnen einem rein biologisch-kausalen Erklärungsmodell nicht ein rein psychologisch-kausales Erklärungsmodell entgegenzuhalten.

### Literatur:

- Bischof, Norbert (1966): Erkenntnistheoretische Grundlagenprobleme der Wahrnehmungspsychologie. In: Metzger, Wolfgang & Heiner Erke (Hrsg.) *Handbuch der Psychologie. Bd. 1*, Göttingen: Verlag für Psychologie, 27–78.
- Flor, Herta (2017): Neurobiologische und psychobiologische Faktoren der Chronifizierung und Plastizität. In: Kröner-Herwig, B.; Frettlöh, J.; Klinger, R. & P. Nilges (Hrsg) *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen-Diagnostik-Krankheitsbilder-Behandlung*. Heidelberg: Springer, 87–101.
- Flor, Herta et al. (2020): Rückenschmerz. In: Nobis, H.-G., Rolke, R. & T. Graf-Baumann (Hrsg.) *Schmerz – eine Herausforderung. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Heidelberg: Springer, 22–24.
- Fuchs, Thomas (2016): Schmerz lass nach. Anmerkungen zur psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung von Schmerzzuständen. *Gestalt Theory*, 38(2/3), 297–310.
- Hasenbring, Monika; Korb, Joachim & Michael Pfungsten (2017): Psychologische Mechanismen der Chronifizierung – Konsequenzen für die Prävention. In: Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & P. Nilges (Hrsg) *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung*. Heidelberg: Springer, 115–131.
- Kröner-Herwig, Birgit; Frettlöh, Jule; Klinger, Regine & Paul Nilges (Hrsg): *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen–Diagnostik–Krankheitsbilder–Behandlung*. Heidelberg: Springer, 135–143.
- Lewin, Kurt (1935): *A dynamic theory of personality*. New York, London: Mc Graw-Hill.
- Lewin, Kurt (1963): *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Bern: Huber.
- Pfungsten, Michael & Jan Hildebrandt (2017): Rückenschmerzen. In: Kröner-Herwig, B.; Frettlöh, J.; Klinger, R. & P. Nilges (Hrsg): *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen–Diagnostik–Krankheitsbilder–Behandlung*. Heidelberg: Springer, 531–553.
- Spitzer, Walter O.; LeBlanc, F.E., Dupuis, M. et al. (1987): Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders: a monograph of clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine* 12(7), 1–5.

# Fachspezifische Psychotherapieausbildung in Gestalttheoretischer Psychotherapie

Die ÖAGP ist die staatlich anerkannte Einrichtung für die fachspezifische Psychotherapieausbildung in der Methode Gestalttheoretische Psychotherapie (GTP)

## Informationen zum Fachspezifikum

### Eingangs-/Aufnahmephase

Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung wird im Vorfeld empfohlen

Informationsgespräch zur Ausbildung	
Aufnahmegespräch mit 2 LehrtherapeutInnen	3 AE

Zulassung zur Ausbildung, Abschluss des Ausbildungsvertrages, Beitritt zur ÖAGP und GTA

AE=Ausbildungseinheit, ST=davon in Form von Seminartagen

**1. Abschnitt:** 2 Jahre  
(1118 AE, davon 56 ST)  
jeweils Mindestanforderungen

Ausbildungsgruppe (20 Tage pro Jahr)	40 ST	320 AE
Theorie Grundlagen-Seminare	6	48
Fachseminare	6	48
Literaturseminare*	4	32
Einzelanalyse in der Dyade*		60
ÖAGP-Arbeitskreise (6 Treffen)		30
Fachspez. Praktikum*		550
Supervision zum fachspez. Praktikum*		30
* können in 2. Abschnitt hineinreichen		
Sonstige Anforderungen Schriftl. Arbeiten in der Ausbildungsgruppe; 2 Fachvorträge in der Ausbildungsgruppe; Literaturstudium nach Literaturliste; Regionalgruppe/Peer-Group empfohlen.		
Bescheinigung über die Absolvierung des 1. Ausbildungsabschnittes Zulassung zum 2. Ausbildungsabschnitt		

**2. Abschnitt:** 2 Jahre  
(1118 AE, davon 53 ST)  
jeweils Mindestanforderungen

Ausbildungsgruppe	20 ST	160 AE
Theorie-Seminare	6	48
Fachseminare	9	72
Literaturseminare	2	16
Wahl-Pflichtseminare	3	24
Kolloquium zur Abschlussarbeit (Kleingruppe)		6
Gruppen-Lehrsupervisionen	13	104
Einzel-Lehrsupervision (20 Doppelseinheiten)		40
Theorie-Einzel-SV (4 DE) Theorie-Hausarbeiten		8 10
ÖAGP-Arbeitskreise (6 Treffen)		30
Eigene psychotherapeutische Praxis		600
nach Beginn der Einzel-Lehrsupervision Freigabe zur eigenständigen psychotherapeutischen Tätigkeit unter Supervision		
Sonstige Anforderungen Fachvortrag im Arbeitskreis; Literaturstudium nach Literaturliste; Theoriegespräch zur Vorbereitung der Abschlussarbeit; Regionalgruppe/Peer-Group empfohlen.		
Bescheinigung über Absolvierung des 2. Ausbildungsabschnittes		

### Schriftliche Abschlussarbeit (min. 160 AE) und Graduierung

Die Gesamtkosten der Ausbildung betragen im Rahmen der Mindestanforderungen insgesamt ca. € 30.095,- (lt. Tarifordnung vom 1.1.2023, ohne Unterkunft und Verpflegung)

### Dauer der Ausbildung:

mind. vier Jahre

### Aufbau:

zwei Abschnitte zu je zwei Jahren plus Abschlussarbeit (siehe auch Schema)

### Kosten:

ca. 30.095,- Euro (Stand 2023), excl. Fahrtkosten und Unterbringung bei den Seminaren

### Schwerpunkte:

Selbsterfahrung/Eigenanalyse im Einzel- und Gruppensetting (Kleingruppe von 8-10 Personen), Vermittlung theoretischer Grundlagen und praktischer therapeutischer Kompetenz in der Ausbildungsgruppe, Fach-, Theorie- und Wahlpflichtseminare, Einzel- und Gruppen-Lehrsupervision zur eigenständigen psychotherapeutischen Arbeit

Der Einstieg in die fachspezifische Ausbildung ist bei der Erfüllung der Aufnahmebedingungen jederzeit möglich. Die Aufnahme kann nach einem Aufnahmegespräch bei zwei LehrtherapeutInnen der ÖAGP erfolgen. Es wird empfohlen, im Vorfeld die Gelegenheit zu nutzen, im Rahmen eines der regelmäßig angebotenen Selbsterfahrungsseminare die Methode kennen zu lernen. Nähere Auskünfte zu solchen Seminaren und zum Aufnahmeverfahren, sowie zu allen anderen Aspekten der Ausbildung erteilt die ÖAGP (Kontaktmöglichkeiten siehe unten) – Hinweise darauf finden sich auch auf der Homepage der ÖAGP.

## ÖAGP

A-1150 Wien, Fünfhausgasse 5/20

Tel: 0699 / 81 30 40 99

Email: info@oeagp.at

<http://www.oeagp.at>