

Systematisches Schmerz Coaching

**Systematische Ansätze in der Beratung von Patienten/
Kunden mit chronischen Schmerzen**

Seminararbeit im Rahmen der Ausbildung zum „Systemischen Berater“ INSYS®

Vorgelegt von

Sissi Tiedemann
Freseniusstr. 50
81247 München

Tiedemann

Inhaltsverzeichnis:

1. Vorwort
2. Der Schmerz
 - 2.1 Pathophysiologie des Schmerzes
 - 2.2 Chronifizierung des Schmerzes
 - 2.3 Biopsychosoziales Schmerzmanagement
3. Schmerz – „Kommunikationstypen“ – (Virginia Satir)
4. Inkongruenz und Kongruenzen
5. Nichtwissen
6. Systemischer Ansatz
 - 6.1 Auftragsklärung, Lösungsorientierte Aufklärung
 - 6.2 Meta Model der Sprache
 - 6.3 Reframing
 - 6.4 Paradoxe Intervention
7. Lösungsorientierte Beratung
 - 7.1 von der Problemtrance zur Lösungstrance
 - 7.2 Skalenfragen
8. Resümee: Schmerz – Coaching: Balance zwischen Prozessberatung und Expertenberatung

Literaturverzeichnis

Tiedemann

1. Vorwort:

Schmerzen sind ein multidimensionales Problem.

In der Physiotherapeutischen Behandlung sind häufig nicht nur körperliche Symptome, sondern auch psychosoziale Faktoren auffällig.

In diesem Sinne muss das Schmerzverhalten eines Patienten sowohl unter Berücksichtigung physiologischer Schmerzmechanismen, der funktionellen Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) als auch im Hinblick auf psychische Veränderungen beurteilt werden.

Besteht Grund zu der Annahme, dass eine anhaltende Schmerzverbesserung nicht zu erreichen ist, sollte das vorrangige Therapieziel eine Funktionssteigerung und eine Zunehmende Selbstständigkeit des Patienten (Schmerzmanagement im Sinne „Wie Kann ich mir selbst helfen?“) sein.

Die Integration systemisch-verhaltenstherapeutischer Strategien in ein Physiotherapeutisches Behandlungskonzept ermöglicht es dem Therapeuten, auf die Verschiedenen neuronalen Verschaltungsebenen von Schmerzwahrnehmung einzuwirken.

Es ist mittlerweile weitläufig, dass Schmerzen ein biopsychosoziales Problem sind. Das Zusammenspiel von Nozizeption, Kognition, Emotion und dem sozialem Umfeld hat Einfluss auf das individuelle Schmerzverhalten. (Loeser u. Cousines 1990)

Ich möchte in der vorliegenden Arbeit darstellen, welche Denkmodelle der Systemischen Beratung, welche Gesprächsstrategien und welche Techniken in einem Systemischen Schmerz Coaching eingesetzt werden können.

Im Folgenden werde ich den Patienten als Klienten ansprechen, da ich denke, dass Dies bereits eine Veränderung der Beziehung darstellt.

Der Patient ist therapiebedürftig, der chronische Schmerzpatient braucht keine Therapie, im Sinne von „Ich BEHANDLE Sie, ich HEILE Sie“, er braucht Beratung, Coaching, Hilfe zur Selbsthilfe. Die Aufgabe ist, mit dem Schmerz zu leben. Der systemisch arbeitende Physiotherapeut kann ihn dabei unterstützen und begleiten.

Tiedemann

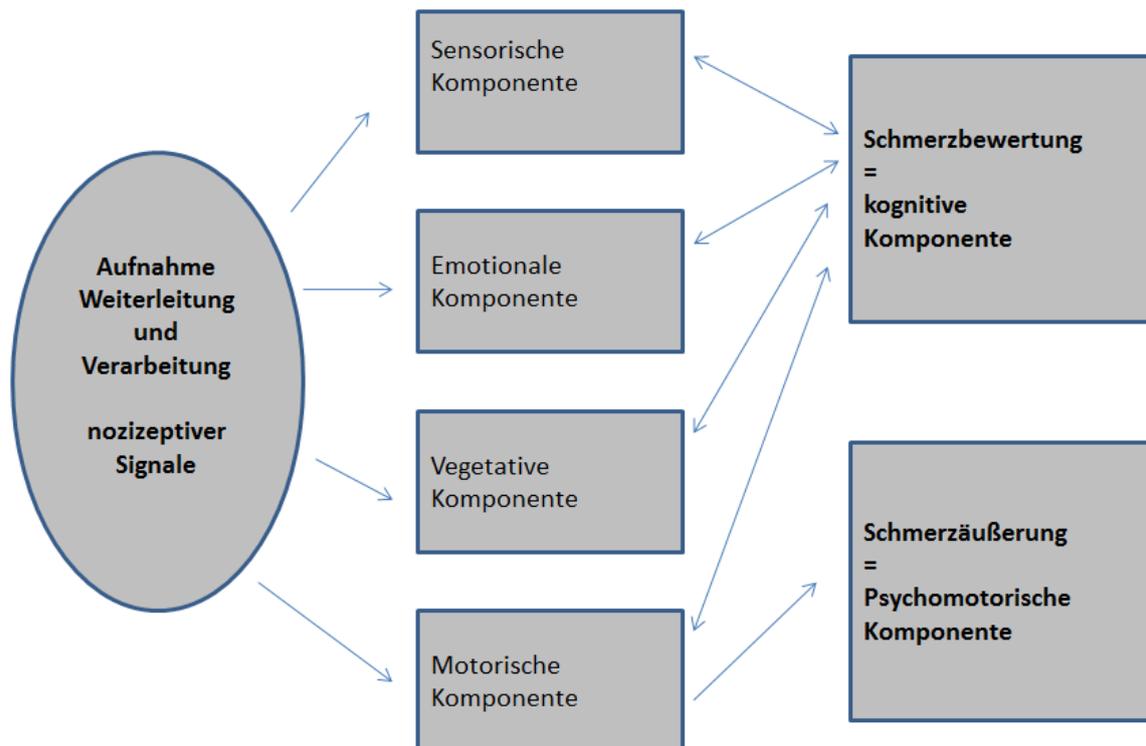
2. Der Schmerz:

Definition:

Unangenehmes Sinnes- Und Gefühlserlebnis (sensorisch und emotional), das einhergeht mit einer wirklichen oder einer drohenden Gewebeschädigung, häufig begleitet von vegetativen Erscheinungen wie Blässe, Schweiß, Blutdruckanstieg.

2.1 Pathophysiologie des Schmerzes:

Schmerzkomponenten:



Tiedemann

Akuter Schmerz	Chronischer Schmerz
begrenzt: zeitlich, örtlich, Intensität	unbegrenzt
nützlich (Warnsignal)	unnütz
häufig mit vegetativen Symptomen	selten mit vegetativen Symptomen
Symptom	Krankheit in der Krankheit
sinnvoll schützend, lebenserhaltend	hat keinen Sinn mehr psycho-soziale Belastung
therapeutisch meist kein Problem	therapeutisch schwierig

Häufigkeit des chronischen Schmerzes

Nach Aussage von Dr. Daniel Büche (Oberarzt Pallitivstation, KSSG, Schweiz) sind ca. 10% der Weltbevölkerung sind betroffen, davon 90% therapeutisch unterversorgt. Jedoch 70-80% wären gut behandelbar.

Bei 1 Mio. Pat./Jahr wird weltweit neu die Diagnose chronischer Schmerz gestellt.

Die Kosten der Patienten mit chronischen Schmerzen sind höher als die für Aids, Krebs und Herzkrankheiten.

Folgen des chronischen Schmerzes:

- Sozial und psychisch zermürend
- Verarmung von Aktivitäten
- Einengung der Interessen
- Charakterisiert durch: Depression, Reizbarkeit, Schwäche

Systemisches Schmerz Coaching

Sissi

Tiedemann

Risikofaktoren für chronische Schmerzpatienten:

- Arbeitsunfähigkeit länger als 4 Monate
- Niedrige berufliche Qualifikation
- Geringe Arbeitszufriedenheit
- Niedriger Sozialstatus
- Depression
- Psychische und soziale Schwierigkeiten
- Vermeidungsverhalten
- Belastete Kindheit
- Mangelnde emotionale Beziehungen
- Häufiger Streit im Elternhaus

Schmerztherapie:

Akuter Schmerz – medikamentöse Schmerztherapie,

Chronischer Schmerz – Schmerzmanagement – Systematisches Schmerz Coaching

Die Komplementären Teufelskreise zwischen

2.3 Das Biopsychosoziale Schmerzmanagement

Es gibt keinen „körperlichen“ und „psychischen“ Schmerz voneinander getrennt. Die Diagnostik und Therapie beim chronifizierten Schmerz muss deshalb mehr als nur den körperlichen Bereich umfassen.

Im Biopsychosozialen Schmerzmanagement gibt es folgende Schlagwörter, die ich gerne mit den systematischen Gedanken zusammen bringen möchte:

- realistische Ziele
- Rollenwechsel
- Kapitän statt Opfer
- Coach statt Therapeut
- Pacing = schrittweises Vorgehen
- Selbsttraining
- Anerkennung kleiner Leistungen
- sich selbst gern haben
- sich akzeptieren lernen
- Reframing: kreatives Umdenken, Blickwinkel ändern
- inneres Team, gesunde Anteile stärken
- Aufmerksamkeit umlenken.

8

Systemisches Schmerz Coaching

Sissi

Tiedemann

3. Die Kommunikationstypen

Virginia Satir hat sich intensiv mit der Kommunikation innerhalb der Familie gewidmet und beschreibt in ihrem Buch *Kommunikation Selbstwert Kongruenz* 4 Kommunikationstypen. Diese kann man bei Patienten mit chronischen Schmerzen Wiederfinden.

3.1 Der Beschwichtigte Typ:

Die von Virginia Satir beschriebene Opfer- und Märtyrerhaltung kommt in der gesamten Körpersprache zum Ausdruck. Die Wirbelsäule ist gekrümmt, es fehlt an Spannung der Muskulatur. Der Kopf ist oft geneigt. Der Blick geht nicht nach vorne, sondern ist eher Richtung Boden orientiert.

Diese Klienten geben sich selbst die Schuld, suchen nach Fehlern, die sie z.B. während der Rehabilitation gemacht haben könnten. Sie suchen nach eigenen Versäumnissen.

Oft haben sie wenig Hilfe in Anspruch genommen, trauen sich innerhalb der Familie Nicht zu klagen, da diese ja im Vordergrund steht und kaum Zeit zum „Jammern“ ist.

Die tatsächlichen Sorgen und Schmerzen werden heruntergespielt.

Es fällt schwer die angebotene Hilfe anzunehmen.

3.2 Der Anklagende Typ:

Dieser Klient sucht die Schuld für seine Situation bei den mangelnden Fähigkeiten der Ärzte, dem Kassensystem, seinem Beruf, der Umwelt usw.

Er ist ungeduldig und befolgt Ratschläge nicht, da er es ja besser weiß oder nicht Richtig zuhört.

Er ist oft bei mehreren Therapeuten und Ärzten gleichzeitig in Behandlung und spielt diese auch gerne gegeneinander aus, nach dem Motto Dr. X hat aber das gesagt... oder Prof. Sowieso ist aber der Meinung

3.3 Der Rationalisierende Typ:

Dieser Klient führt oftmals Buch über den Verlauf der Krankheit. Er notiert genau wann er bei welchem Arzt in Behandlung war und mit welchem Ergebnis. Er verschafft sich umfangreiche Informationen im Internet und liest die entsprechende Fachliteratur . Er führt Statistiken und Diagramme über seine Befindlichkeiten und deren Medikation. Er fachsimpelt gerne über seine Krankheit.

Systemisches Schmerz Coaching

Sissi

9

Tiedemann

3.4 Der Ablenkende Typ

Der Satz „Mach einfach das Beste draus!“ passt hervorragend zu diesem Kommunikationstyp. Es fehlt die Krankheitseinsicht, er überanstrengt sich Regelmäßig, führt empfohlene Trainingseinheiten zu oft und zu ungenau aus. Allerdings wundert er sich dabei auch nicht, dass ihm hinterher möglicherweise schlechter geht. Er gibt z.B. voller Stolz offen zu, am Vortag bei einem Umzug geholfen zu haben. Der Rücken ist heute zwar deutlich schlechter und die Schmerzen stärker, aber dank eines Schmerzmittels ist die nachmittägliche Golfrunde gesichert. Auftragsklärung, eigene Ziele formulieren ist für diesen Patienten schwierig.

4. Inkongruenz und Kongruenz

4.1 Inkongruenz

Der Begriff Inkongruenz bezeichnet eine Situation, bei der die kommunizierende Person Botschaften durch ihre Outputkanäle vermittelt, die nicht zusammen passen oder nicht kompatibel sind.... (Bandler/ Grindler 2001,55)

Als Outputkanäle werden Sprache, Sprechgeschwindigkeit, Stimme, Atmung, Körperhaltung und Körperbewegung bezeichnet.

Inkongruenzen sehen wir als Physiotherapeuten häufig. Klienten beteuern, es gehe Ihnen gut, die Atmung ist aber schnell und oberflächlich, die Körpersprache ist verhalten oder ängstlich, manche Patienten sind blass und kalter Schweiß steht ihnen auf der Stirn.

Andere wiederum lachen laut auf, wenn die Therapie Schmerzen verursacht oder sie behaupten, die schmerzhafteste Stelle sei eine kitzelige Stelle.

Es besteht eine Inkongruenz zwischen Gesagtem und Gefühltem.

Die Aufgabe des Beraters besteht darin, diese Inkongruenz wahrzunehmen. Eine genaue Beobachtung des Gesichtsausdrucks, der Augen und der Atmung ist eine gute Möglichkeit, Schmerzzunahme und Schmerzabnahme während der Behandlung zu registrieren.

Hier gilt es als Berater die Parabotschaften zu benennen und dem Klienten dazu zu verhelfen, diese unterschiedlichen Schmerzintensitäten wahrzunehmen und diese deutlich und klar zu benennen. Die Skalenfrage ist hier ein sehr gutes Instrument.

4.2 Kongruenz

Zeigt der Patient kongruentes Verhalten, sehen wir keine Parabotschaften. Diese Patienten haben ein gutes Körpergefühl. Das Gefühlte kann verbal und körperlich angemessen ausgedrückt werden.

Kongruentes Verhalten kann als Ressource genutzt werden.

Systemisches Schmerz Coaching

10

Sissi

Tiedemann

5. Nichtwissen

Hybris des Wissens (*Dr. Manuel Barthelmes*)

Physiotherapie ist in erster Linie Expertenberatung. Der Physiotherapeut hat genaue Kenntnisse über die Anatomie, über die physiologischen Vorgänge im menschlichen Körper. Er lernt in den einzelnen Fachgebieten die unterschiedlichen Krankheitsbilder und deren Symptome kennen und er stellt anhand dieser Symptome eine physiotherapeutische Diagnose.

Der Physiotherapeut ist der Experte für den Bewegungsapparat. Muskeln und Gelenke sind sein Spezialgebiet.

Prof. Dr. Theo Mulder schreibt in seinem Buch *Das Adaptive Gehirn*, Bewegung ist Problemlösung. Er schreibt wie das Gehirn ständig körperliche (interne) Informationen und körperexterne (umweltabhängige) Information abgleicht. Das

Ergebnis ist immer eine Integration aus bereits vorhandener Strategie in Kombination mit neuen Erfahrungen.

Der Patient ist also im wahrsten Sinne des Wortes Experte für sein Bewegungsverhalten und seine motorischen Strategien.

Der Physiotherapeut kann auch deshalb nicht das Problem und die Schmerzen für den Patienten lösen, weil er aus Sicht und auch aus der Sicht des motorischen Lernens nur der Betroffene selbst definieren kann, wann das Problem besser geworden ist oder nicht mehr existiert.

Der Systemische Schmerz Coach ist also Profi, der Impulsgeber nach außen.

Die Haltung des Nichtwissens ermöglicht es dem chronischen Schmerzpatient seine Eigene Idee von „gesunder Bewegung“ zu konstruieren.

„Nichtwissen“ in dem Sinne bedeutet jedoch keineswegs, nicht kompetent zu sein, im Gegenteil; man braucht viel Wissen, um die Haltung des Nichtwissens während der Beratung einnehmen zu können. Man braucht Wissen über die Psyche und die Kommunikation des Menschen, ebenso wie den sicheren Umgang mit Techniken und Methoden, sowie Erfahrungswissen in Therapie, Beratung oder Coaching (Dr. M. Barthelmess).

Als systematisch arbeitender Schmerz-Coach gehört zusätzlich das Wissen über Anatomie, Physiologie und über die Symptome und Abläufe der einzelnen Krankheiten dazu.

Systemisches Schmerz Coaching

Sissi

11

Tiedemann

6. Systematischer Ansatz:

6.1 Erstgespräch/ Befundaufnahme/ Auftragsklärung:

Im Erstgespräch sind folgende Fragen aus dem systematischen Fragenkatalog der Schulungsunterlagen der systemischen Ausbildung der INSYS© von Bedeutung:

- Fragen zum Überweisungskontext
- Fragen zu anderen Therapieerfahrungen
- Fragen zum Faktor Zeit
- Fragen zum Anliegen/ Problem
- Fragen zu Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens
- Fragen zu den Erwartungen des Klienten
- Fragen zu den Zielen des Klienten
- Fragen zu den Erfolgskriterien
- Fragen zu möglichen Ressourcen, Hobbys, Sport.

Danach folgt eine physiotherapeutische Untersuchung.

6.2 Meta Modell der Sprache

Chronische Schmerzpatienten neigen dazu, auf der Oberflächenstruktur Generalisierungen, Tilgungen und Verzerrungen zu verwenden.

6.2.1 Generalisierungen

In seinem Skript zur Ausbildung zum Systematischen Berater schreibt Dr. M. Barthelmess, dass Generalisierungen einerseits notwendig sind, um handlungsfähig zu werden, gleichzeitig beinhalten sie aber die Gefahr, zu sehr auszugrenzen und so Wahl- und Entwicklungsmöglichkeiten zu blockieren.

Chronische Schmerzpatienten sehen in ihrer Realitätskonstruktion keine Wahl- und Entwicklungsmöglichkeiten mehr. Sie blockieren sich selbst.

Ich sehe die Aufgabe des Systematischen Schmerz-Coaches darin, diese Entwicklungs- und Wahlmöglichkeiten wieder ans Tageslicht zu bringen.

Das gelingt meist gut mit den ebenfalls im Skript beschriebenen Techniken des Hinterfragens und spezifischen Nahgehens.

Patienten mit chronischen Schmerzen reduzieren ihre Wahrnehmung nur noch auf den Schmerz. Der Schmerz ist immer da und immer in der gleichen Intensität.

Es fehlt die Aufmerksamkeit dafür, dass es auch Phasen gibt, in denen der Schmerz Geringer ist oder sogar gänzlich verschwunden ist.

Hier ist die oben beschriebene Haltung des Nichtwissens hilfreich, um neugierig zu bleiben.

12

Systemisches Schmerz Coaching

Sissi

Tiedemann

Der chronische Schmerzpatient soll seine generalisierte Aussage mit der unmittelbaren Erfahrung in Verbindung bringen. Dazu bittet der Berater den Klienten seine Darstellung noch genauer zu beschreiben.

Aber auch Ärzte und Therapeuten verhalten sich generalisierend.

Patienten mit Rückenschmerzen wird generell das Golfspielen oder Tennisspielen verboten.

Hier wird nicht gesehen, dass oft nur kleine Maßnahmen und Verhaltensregeln (Aufwärmübungen vor dem Spielen, Dauer reduzieren, weniger aggressiv spielen) die Gefahr vermehrter Schmerzen eingegrenzt werden kann, und somit dem Patienten die Sportart und damit ein Teil seiner Lebensqualität erhalten bleibt.

Ärzte, Therapeuten und Berater, die Patienten mit chronischen Schmerzen begleiten, sollten deshalb selbst einer Supervisionsgruppe angehören, um die eigenen

Handlungen und Interventionen immer wieder zu prüfen und zu hinterfragen.

6.2.2. Tilgungen

Durch Tilgungen werden Teile der ursprünglichen Erfahrung weggelassen, der chronische Schmerzpatient merkt selbst gar nicht mehr, dass er etwas weggelassen hat und lebt in diesem eingeschränkten Modell.

Präsentierte Oberflächenstruktur:

„Nach der letzten Sitzung/ Behandlung ging es mir tags darauf sehr viel schlechter.“

Tiefenstruktur:

Frau Müller ging es direkt nach der Behandlung viel besser. Sie war beschwingt und motiviert, und hat noch am selben Nachmittag die Fenster in ihrer Wohnung geputzt. Dadurch kam es zu einer Überlastung der Muskulatur, die die Schmerzzunahme am nächsten Tag verursachte.

Chronische Schmerzpatienten haben ihre Aufmerksamkeit selektiv auf den Schmerz, andere positive Erfahrungen (Bewegungserfahrungen) werden ausgeblendet.

Die Welt des chronischen Schmerzpatienten ist auf den Schmerz reduziert.

Genaueres Hinterfragen durch das Zurückgehen in die Situation, ermöglicht es dem Klienten das Wohlfühl noch einmal aufleben zu lassen, warum es überhaupt zum Fensterputz gekommen ist.

6.2.3 Verzerrungen:

Durch Verzerrungen stellen wir bestimmte Erfahrungen in falschen Proportionen dar. Erfahrungen aus unserer Lebenswelt werden zu Ereignissen verdinglicht, die der Eigenen Kontrolle entzogen sind oder entzogen scheinen. (Dr. M. Barthelmess)

Systemisches Schmerz Coaching

13

Sissi

Tiedemann

Präsentierte Oberflächenstruktur:

Diese Therapie habe ich schon gemacht. Das hat auch nicht geholfen.

Tiefenstruktur:

Ich habe die Therapie nach 3 Wochen abgebrochen, da sie mir nichts gebracht hat, vielleicht hätte ich länger durchhalten müssen.

Beraterverhalten:

Die Sprache des chronischen Schmerzpatienten ist gekennzeichnet von Unklarheiten, Verdrehungen, Auslassungen etc., ohne dass er es bewusst wahrnimmt.

Auch hier läuft der Zuhörer Gefahr, in eine Art „Trance“ versetzt zu werden, in der dann der eigene Film, die eigenen Vorstellungen des Geschehens ablaufen.

Wichtige Voraussetzung für den Berater oder Coach ist es, die „neutrale und professionelle Distanz“ zu wahren, um die Neugierde und das Nichtwissen aufrecht zu erhalten.

7. Reframing (Umdeutung)

„Eine Umdeutung besteht... Darin, den begrifflichen und gefühlsmäßigen Rahmen in dem eine Sachlage erlebt und beurteilt wird, durch einen anderen zu ersetzen, der den `Tatsachen` der Situation ebenso gut oder besser gerecht wird und dadurch ihre Gesamtbedeutung ändert.“ (Watzlawick et. al., 1975, S. 118)

Nehmen wir als Beispiel wieder die Klientin, der es nach der Sitzung so viel besser geht, dass sie hoch motiviert die Fenster in ihrer Wohnung putzt. Diesmal kommt sie in die darauffolgende Stunde, und auf die Frage, wie es ihr in den Tagen danach ergangen sei antwortet sie: „ Es ist mir etwas besser gegangen. Die Schmerzen waren weniger und ich habe mich insgesamt wohler gefühlt. Dann habe ich die Fenster in meiner Wohnung geputzt und später war alles wie vorher! Das war ein Fehler!“

Ziel des Reframings ist es, dass der Klient befähigt wird, sinnvollere und nicht abwertend-problematische Interpretationen für sein Verhalten zu finden, oder andere soziale Situationen (Kontexte) zu reflektieren, in welchen das als problematisch erlebte Verhalten durchaus angebracht ist und sogar eine wichtige Ressource seiner Persönlichkeit darstellt. (Dr. M. Barthelmess)

Reframing basiert auf folgenden Grundannahmen:

- Jedes noch so problematische Verhalten bezweckt etwas Gutes und ist in irgendeiner Weise sinnvoll.

Systemisches Schmerz Coaching

Sissi

Tiedemann

- Es gibt nicht nur die eine „Wirklichkeit“ oder die eine „Wahrheit“.
- Jeder Mensch hat die Ressourcen, die er für einen neue Sicht seiner Welt und Einen produktiven Umgang mit ihr braucht.

Jeder Sachverhalt, der von dem Klienten als „Problem“ gesehen wird, beinhaltet auch positive Aspekte. Diesen Blick kann man insbesondere dann gewinnen, wenn man untersucht, welchen Nutzen das Problem im Lebenszusammenhang des Klienten hat.

Bleiben wir bei dem Beispiel.

Auf die Frage, wie sie sich gefühlt habe, als die Fenster geputzt waren, antwortet die Klientin, sie wäre stolz gewesen, es geschafft zu haben. Sie wäre begeistert

gewesen, als die Sonne auf die klaren Scheiben schien und sie hätte für einen Moment vergessen, dass sie krank ist. Ich habe mich wie eine normale Hausfrau Gefühlt.

Medizinisch könnte man es auch so erklären:

Dadurch, dass die Klientin ein positives Erlebnis hatte, wird die Produktion von Endorphinen gesteigert. <diese verändern den Stoffwechsel im Gehirn und damit in der Muskulatur und im Bewegungsapparat.

Dass am anderen Tag vermehrt Schmerzen auftreten, kann auch an der mangelnden Kondition oder an dem mangelnden Training liegen, muss also nicht kausal mit der Grunderkrankung etwas zu tun haben.

8. Paradoxe Intervention

Durch paradoxe Interventionsformen werden dem Klienten Handlungsanweisungen gegeben, die seinen Erwartungen und Absichten entgegenstehen. Das vorgestellte Problem wird in einer Art und Weise interpretiert, dass es auf der Grundlage dieser Erklärung nicht mehr als problematisch gesehen werden kann. (Dr. M. Barthelmess)

Nehmen wir als Beispiel einen Klienten mit chronischen Kiefergelenkschmerzen. Er sitzt mehr oder weniger den ganzen Tag. Er hat wichtige Meetings, ist viel unterwegs und reist viel. Sein Tagesablauf ist fremdbestimmt. Er sieht keine Möglichkeit einer Veränderung oder etwas für sich zu tun. Außerdem steht er der Meinung seines Zahnarztes sehr kritisch gegenüber.

Im Schlaf knirscht er mit den Zähnen. Er geht manchmal joggen, wenn es zeitlich passt. Seine Fragestellung ist, ob er sein Kissen im Bett ändern soll oder ob er die vom Zahnarzt empfohlene Schienentherapie beginnen soll.

15

Systemisches Schmerz Coaching

Sissi

Tiedemann

8.1. Symptomverschreibung

Ich erkläre ihm, dass er erst mal gar nichts ändern soll, das Phänomen des Knirschens sei ja ein Stresssymptom und ganz normal in seiner Situation. Er sollte beobachten wann es auftritt, damit er herausfindet in welchem Zusammenhang es steht.

8.2 Abraten

Ich rate dem Patienten von einer Therapie ab, da sein Zeitmanagement es nicht zulässt eine intensive Therapie zu beginnen. Er müsste sich umstellen und das Reisen einschränken. Ich erkläre ihm, dass er mit dem Joggen sein Problem

einigermaßen im Griff hat.

8.3 Splitting

Ich reagiere ambivalent. Ich erkläre ihm Vor- und Nachteile der Therapie und bestärke ihn, sich weiter so wie bisher zu verhalten.

Gerade bei diesen Klienten ist die Paradoxe Intervention eine gute Möglichkeit, da sie Nicht überredet werden wollen, etwas zu unternehmen. Wichtig ist die freie Entscheidung.

9. Lösungsorientierte Beratung

In der lösungsorientierten Beratung geht es darum, die persönlichen Kompetenzen Und sozialen Ressourcen eines Klienten zu identifizieren und zu aktivieren. Ziel ist es, mit dem Klienten den Beginn eines Lösungsweges zu finden und ihm selbsttätige Lösungsschritte zu ermöglichen.

9.1 Von der Problemtrance zur Lösungstrance

Klagephase:

Dem Klienten wird Raum und Zeit gegeben, sein Problem zu schildern. Der Klient möchte, dass der Berater erkennt, wie schwer er es hat. Im systemischen Kontext nennen wir es die *Betonung der schwere des Problems*. Als Physiotherapeut würden wir sagen, wir holen den *Patienten dort ab, wo er gerade mit dem Problem steht*. Aufgrund einer lösungsorientierten Grundhaltung kann der Systemische Schmerz-Berater jedoch neben dem empathischen Verstehen immer wieder lösungsorientiert anknüpfen und Fragen stellen, die den Klienten aus seiner „Problemtrance“ herausholen.

„Wenn sie sich überlegen, welche Bereiche durch die Erkrankungen eingeschränkt sind und **welche nicht**, was fällt ihnen zu beiden Bereichen ein?“

Systemisches Schmerz Coaching

Sissi

16

Tiedemann

9.2 Lösungen und Ausnahmen

Da chronische Schmerzpatienten auf den immer anwesenden Schmerz reduziert sind, sollten sie während des Gesprächs Erfahrungen machen, die sich lösend auswirken.

Mir ist in einer Sendung vom Bayrischen Rundfunk vom 20.06.2009,

„Gesundheitsgespräch, Therapie bei chronischen Schmerzen“ aufgefallen, dass alle Beteiligten in der Problemtrance bleiben.

Beide anwesenden Ärzte nahmen die Wortwahl der Patienten auf und sprachen ebenso von starken und unerträglichen Schmerzen, die extrem negative Sprache

aller Beteiligten war unüberhörbar.

Obwohl die Patienten ihrerseits von Ausnahmen, in denen die Intensität des Schmerzes deutlich niedriger war, blieb die Haltung der Ärzte problemorientiert.

Alle Patienten haben Phasen in denen sie die Schmerzen entweder besser verdrängen können, oder in denen der Schmerz tatsächlich niedriger ist. Aufgabe des lösungsorientierten Beratungsgesprächs ist es diese Phasen herauszuarbeiten. Abgezielt wird auf eine Veränderung der Wirklichkeitskonstruktion, weg vom „Ich habe immer Schmerzen!“ hin zum „Ich habe schmerzfreie Phasen, in denen es mir gut geht und ich Dinge machen kann, an denen ich Freude habe.“

9.4 Wunderfrage

„Stellen sie sich vor, wir haben mit der Beratung Erfolg und ihre Probleme sind verschwunden. Was wäre dann anders? Woran würden sie das als erstes merken? Woran würde ihre Familie merken, dass sich etwas verändert hat?“

Die Patienten finden diese Frage oftmals sehr befremdlich. Die erste Antwort ist oft „Das passiert ja sowieso nicht“ oder „Darauf warte ich schon lange.“ Ich sage dann, „Sehen sie es als Spiel und spielen sie mit mir.“ Das klappt ganz gut.

Dieses Verhaltensmuster ist ein Teil der Erkrankung, die Patienten sehen keine Veränderungsmöglichkeiten.

Sie sind depressiv, da sich nichts verändert. Gleichzeitig haben sie Angst vor der Veränderung.

Entscheidend ist, dass sich die Klienten auf die Wunderfrage einlassen und eine intensive Erfahrung mit dem Wunder, mit der Lösung machen.

9.4 Skalenfragen

Skalenfragen in Verbindung mit Vorher- und Nachher-Tests, die ebenfalls mit Skalen abgefragt werden, sind einerseits für den Berater wichtig, da er durch die Skalierung den Klienten besser versteht. Andererseits kann der Wert, der als Ziel genannt wird, spezifiziert werden. „Was hat sich verändert, wenn sie bei der 5 angekommen sind?“ Berater und Klient bekommen so eine genauere Vorstellung wie das Ziel aussieht.

17

Systemisches Schmerz Coaching

Sissi

Tiedemann

10. Resümee

Die Arbeit mit chronischen Patienten ist für alle Beteiligten eine große Herausforderung. Es bedarf großer Therapie- und Beratungserfahrung, sowie Geduld und Durchhaltevermögen auf beiden Seiten.

Der Weg aus dem chronischen Schmerz ist ein langer. Oftmals geht es nicht stetig Bergauf, sondern es gibt immer wieder Rückschläge, die den Patienten verunsichern und Zweifel aufkommen lassen.

Mir scheint besonders wichtig zu sein, dass zwischen Klient, Arzt und Berater ein Vertrauensverhältnis besteht, das in den Phasen des Zweifels dann Bestand hat.

Das häufige Wechseln von Therapeut, Arzt und Klinik trägt oftmals dazu bei, in dem oben genannten Teufelskreis zu verharren.

In der Verbindung der Systemischen Arbeit mit den medizinischen Kenntnissen sehe ich eine große Chance für die Behandlung chronischer Schmerzpatienten.

Ich bin mir sicher, dass wir im Laufe der Arbeit mit chronischen Schmerzpatienten Immer wieder neue Absätze und Denkmodelle finden werden.

Deshalb kann diese erste Idee nur der Anfang eines Weges sein.

Dr. Barthelmess, Manuel, Von der Hybris zur Expertise

Büche Daniel, Schmerz Pathophysiologie, Kanton Spital St. Gallen,

Manuelle Therapie, 5. Jahrgang, Juni 2001, Physiotherapie und Schmerz

Maturana, H. R., F.J. Varela 1987, Baum der Erkenntnis, Goldmann, 12. Auflage, 1987

Mulder Theo, Das Adaptive Gehirn, 3. Auflage, 2005

Satir Virginia; Kommunikation Selbstwert Kongruenz, Junfermann, 7. Auflage, 2004

Schmidbauer Wolfgang, Hilflöse Helfer rororo, 16. Auflage, 2004

Watzlawick Paul, Janet H. Beavin, Don. Jackson, Menschliche Kommunikation, 11. Auflage, 2007

