

Schmerzen wegdenken

ein Interview mit DDDr. Karl Isak

Unter diesem Titel erschien 2012 Ihr Buch im Goldegg Verlag. Hört sich das nicht ein wenig nach „Wunderdoktor“ an? ... nur „Hau ab, Schmerz“ denken und schwuppdiwupp ist alles gut?

Denken ist ein neurobiologischer bzw. neuropsychologischer Vorgang. Unabhängig davon, ob ich jetzt aktiv und bewusst an etwas denke oder einen sinnlichen Reiz aufnehmen, werden immer Prozesse im Gehirn ausgelöst. Somit ist „Denken“ in einem etwas weiteren Sinne zu sehen und schließt unbewusste Vorgänge mit ein. In der Tat ist es längst wissenschaftlich bewiesen, dass Denkprozesse Schmerzen lindern bzw. zum Verschwinden bringen können. Die Placebo-Forschung verfügt über eine Vielzahl von Beweisen, dass es sich beim „Schmerzen wegdenken“ nicht um Humbug, sondern um ein wissenschaftlich fundiertes Modell handelt. Als Empiriker ist mir der wissenschaftliche Bezug auch wichtig.

Es gibt Menschen, die scheinen weniger schmerzempfindlich zu sein als andere. Ist das so – und wenn ja – woher kommt das?

Zweifellos ist das Schmerzempfinden immer subjektiv und kann sogar in verschiedenen Situationen unterschiedlich sein. Auch hier spielen das Gehirn und die über „Denkvorgänge“ erzeugten Botenstoffe eine wesentliche Rolle. Wenn ich mich in einer akuten Gefahrensituation befinde, dann erzeugt das Gehirn z.B. Neurotransmitter, die einen allfälligen Schmerz unterdrücken. Umgekehrt können Depressionen das Schmerzempfinden steigern, weil z.B. schmerzlindernde Botenstoffe – wie das Serotonin – nicht ausreichend produziert werden. Ein weiterer möglicher Grund liegt in der Hinwendung zum Schmerz. Menschen, deren Leben sich nur mehr um den Schmerz dreht und eine eigene „Schmerzpersönlichkeit“ entwickeln, denken andauernd an den Schmerz und schaffen sich so eine Wirklichkeit. Andere, deren Fokus sich z.B. auf erfüllende Tätigkeiten richtet, verspüren weniger oder sogar keinen Schmerz mehr.

Ich beobachte dieses Phänomen bei meinen Schmerzpatienten fast täglich, wenn ich sie mittels einer „mentalpsychologischen Intervention“ in Gedanken eine freudvolle Szene durchspielen lasse. In solchen Phasen gibt es keinen oder zumindest fast keinen Schmerz.

Was geschieht eigentlich in bzw. mit uns, wenn wir Schmerzen empfinden?

Verbrennen wir uns zum Beispiel versehentlich mit einem Zündholz, dann wird das Signal (in diesem Fall Temperatur) über eigene Rezeptoren aufgenommen und über unser Nervensystem über das Rückenmark in das Gehirn geleitet.



Dort wird die Information ausgewertet und es werden Befehle z. B. an die Muskeln zurückgesandt. Das geht alles rasend schnell, so können wir reflexartig den Finger zurückziehen.

Bei starken Schmerzen produziert unser Organismus – aufgrund der Befehle im Gehirn – körpereigene Schmerzblocker, die sogenannten Endorphine. Der Körper verfügt also über eine eigene „Apotheke“, die sowohl bei akuten als auch bei chronischen Schmerzen in Anspruch genommen werden kann.

Wenn ein Mensch über längere Zeit Schmerzen hat, kann es zur Entwicklung eines Schmerzgedächtnisses kommen, bei dem der Körper gewissermaßen selbst Schmerz produziert. Ist das nicht ein Teufelskreis?

Unser durchaus geniales Gehirn ist natürlich auch für unser Gedächtnis zuständig. Wir freuen uns, wenn wir etwas Neues lernen – und das geschieht u.a. auch durch Wiederholung oder indem wir einer Sache besondere Aufmerksamkeit widmen. Dann werden diese Informationen im Gehirn so abgespeichert, dass sie wieder gefunden werden. Beim Schmerz ist es nicht anders, nur dass wir uns darüber weniger freuen.

Durch die neuen bildgebenden Verfahren können die Prozesse im Gehirn bereits sehr genau beobachtet werden. Wiederholungen lassen nicht nur z.B. fremdsprachige Vokabeln ins Gehirn „einbrennen“, sondern natürlich auch Schmerzen. Patienten mit chronischen Schmerzen denken beinahe durchgehend an diese und somit prägen sich jene Informationen nachhaltig im Gehirn ein. Alleine das Wort „Schmerz“ lässt im Gehirn das vorhandene Vorwissen zu diesem Begriff abrufen und lässt die Schmerzen erinnerlich werden. Deshalb muss eine erfolgreiche Schmerztherapie unter anderem auch vom Schmerz wegführen.

Schmerzpatienten brauchen Ziele und Veränderungen, die eine positive Orientierung geben. Dann ist der Teufelskreis zu durchbrechen.

Es kommt dadurch ebenso zu einer so genannten neuronalen Bahnung, die aber z.B. Glückshormone im Gehirn produzieren lässt, die sogar analgetisch (schmerzhemmend) wirken.

Das ist eine wichtige symptomorientierte Arbeit, die durch eine ursachenorientierte begleitet werden sollte.

Denn auch der chronische Schmerz, der gern als eigenständige Krankheit bezeichnet wird, hat eine Ursache und um diese aufzudecken bedarf es oft tiefenpsychologischer Methoden.

Lassen sich mit dem „Schmerzgedächtnis“ auch Phantomschmerzen erklären?

Schmerzen entstehen im Gehirn, und der Phantomschmerz ist ein Beweis dafür, dass das Gehirn für das Schmerzempfinden verantwortlich ist. Beim Phantomschmerz handelt es sich um einen Schmerz, der amputierte oder gelähmte Gliedmaßen betrifft. Im Gehirn sind die Funktionalitäten des fehlenden Körperteils noch vorhanden. Dort ist alles gespeichert – auch der Schmerz, der diesen Körperteil einmal betroffen hat und aus der Sicht des Gehirns immer noch vorhanden ist. Bei Testpersonen mit amputierten Gliedmaßen registrierten die Forscher fast identische Aktivierungsmuster im Gehirn wie bei gesunden Menschen, die am gleichen Körperteil einen schmerzhaften Reiz erhielten. Diese Erkenntnis ist für den psychisch bedingten Schmerz von großer Bedeutung. Dies heißt nämlich nichts anderes, als dass das Gehirn alleine auch Schmerzen an den verschiedensten Stellen im Körper „erzeugen“ kann, ohne dass von diesen Stellen zuvor ein Signal an das Gehirn gesandt wurde.

Im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen oder Verletzungen erscheint es uns nachvollziehbar, Schmerzen zu haben. Doch manchmal lässt sich physisch keine Ursache finden. Welche Meinung vertreten Sie hierzu?

Dieses Phänomen ist weiter verbreitet als man glaubt. Wissenschaftler gehen davon aus, dass mindestens 30 Prozent der Hausarztpatienten ein so genanntes funktionales Syndrom haben – das ist eine Krankheit ohne körperliche Ursache.

Bei Rückenschmerzpatienten gibt es Vermutungen, dass diese Quote bis zu 80 Prozent beträgt. Die Psychosomatik bietet uns heute nachvollziehbare Argumente dafür an. Die Beweise sind eigentlich erdrückend, umso erstaunlicher ist es, dass der Psyche in der Schmerzbekämpfung eine untergeordnete Rolle beigemessen wird.

So gibt es einen Zusammenhang zwischen Gewalt- und Missbrauchserfahrungen aus der Jugend und chronischen Schmerzen. Auch steht wohl außer Zweifel, dass z.B. andauernde Kränkungen oder Erniedrigungen zu Krankheiten führen.

Das Wort „Kränkung“ sagt ohnehin schon alles aus. In meiner eigenen Arbeit mit Schmerzpatienten konnte ich diese Zusammenhänge immer wieder sehen.

Bei Rückenschmerzen finden sich eigentlich immer bewusste oder unbewusste Lasten, die man zu tragen hat.

Bei all diesen Beispielen wird deutlich, wie wichtig es ist, die Ursachen aufzudecken und zu bearbeiten, sonst bleibt ein Schmerzpatient ein solcher.

Chronische Schmerzen haben immer auch eine psychische Dimension – und zwar meiner Meinung nach ausnahmslos. Wohl mag ein Anlass gegeben sein – z.B. ein Unfall – aber daraus resultierende negative Folgen, die psychisch relevant sind, lassen den ursprünglich sinnvollen, den akuten Schmerz, nicht mehr verschwinden.

Heißt das, dass auch emotionale Ereignisse, wie Liebeskummer, körperlich empfundenen Schmerz auslösen können?

Liebeskummer ist eine leichte Form von Depression und sollte wieder vergehen. Aber neuropsychologisch betrachtet, erzeugt die Depression eine verminderte Serotoninproduktion und Schmerzen werden nicht mehr ausreichend gehemmt – man wird definitiv schmerzempfindlicher.



Wenn sich nun jemand in diese Enttäuschung tief „hineindenkt“, dann kann durchaus auch ein chronischer Schmerz entstehen.

Chronische Schmerzen haben eigentlich immer mit vorhergehenden negativen Emotionalitäten zu tun – egal, ob diese lange zurückliegen oder z.B. in einer aktuellen Beziehung auftreten.

Forschungen zum Placebo-Effekt haben bestätigt, dass die positive innere Erwartung des Erfolgs einer Therapie und auch das Vertrauensverhältnis zum Arzt wichtige Ursachen für den „Placebo-Effekt“ sind. Wie nutzen Sie diesen Aspekt in der Therapie?

Der Placeboeffekt hat auch einen „Gegenspieler“ – den Noceboeffekt. Damit ist gemeint, dass negative Botschaften genau das auslösen, was diese Botschaft benennt.

Das kann z.B. bei Diagnosen fatale Ursachen haben. Die Medizin kann bislang damit noch nicht wirklich umgehen. Das weiß man z.B. von Menschen, die mit „Diagnose: Krebs“ konfrontiert werden.

Im Rahmen meiner Therapie spielt deshalb das Modell der positiven Psychologie eine wichtige Rolle. Ich arbeite mit den Ressourcen der Patienten und stärke diese. Anders gesagt: Ich entwickle mit den Patienten gemeinsam Felder der Veränderung und Ziele. Der Placeboeffekt bestätigt ja meine These, dass Gedanken Realitäten erzeugen. Das gilt fürs Negative wie auch fürs Positive. Schmerzpatienten haben grundsätzlich eine negative Orientierung und brauchen im Sinne des homöostatischen Ausgleichsbedürfnisses positive Programme. Diese müssen erst einmal im Kopf entstehen – sie müssen also zuerst erdacht werden, bevor sie die Chance bekommen, Wirklichkeit zu werden.

Es gibt Erkenntnisse, dass Meditation, autogenes Training, Hypnose u.a. Schmerzen positiv beeinflussen und gar verschwinden lassen. Welche Therapiemöglichkeiten wenden Sie an, um das Schmerzgedächtnis zu „löschen“?

Zweifellos gibt es mit psychologischen Methoden in der Schmerztherapie nachhaltige Effekte.

Meine Methodik baut auf fünf Stufen auf und diese sind hierarchisch angeordnet. Es kann also durchaus sein, dass man z.B. die letzte Stufe gar nicht mehr benötigt. Diese letzte Stufe ist eine klassische Psychotherapie, die dazu dient, unbewusste Schmerzursachen aufzuspüren und zu verarbeiten.

Hier arbeite ich mit der anerkannten Form der Katathym-imaginativen Psychotherapie, die sich bei chronischen Schmerzen bewährt hat. Vorab gilt es aber, eine Art „Selbstprogrammierung“ vorzunehmen, die dazu dient, sich seiner eigenen Stärken bewusst zu werden und diese für Ziele und Veränderungen zu nutzen. Patienten mit chronischen Schmerzen, die unglücklich sind, haben in der Regel keinen Veränderungswillen. Die Konfrontation mit den eigenen Stärkefeldern schafft recht schnell eine völlig andere Einstellung zum Selbst, auch die Bereitschaft zur Veränderung wird gestärkt.

Eine solche ist aus zweierlei Hinsicht notwendig: Zum einen werden dadurch Denkprozesse geschaffen, die vom Schmerz ablenken und es kommt zu völlig anderen neuropsychologischen Prozessen im Gehirn – und zwar zu solchen, die positiv sind. Zum anderen ist die aktuelle Situation mit Schmerz verknüpft und eine Veränderung bzw. die Auseinandersetzung mit Neuem und mit Zielen schafft eine neue Welt. Wichtig ist mir, die bestehende Verbindung zwischen Schmerz und all den damit vorhandenen negativen Assoziationen aufzulösen.

Denn der Schmerz ist natürlich negativ besetzt, allerdings sollten wir sehr froh darüber sein, dass wir in der Lage sind, Schmerzen zu empfinden. Denn der Schmerz hat sowohl in seiner akuten wie auch in seiner chronischen Form eine Botschaft. Der akute Schmerz hat eine Warn- und Signalfunktion, der chronische Schmerz sagt dem Patienten, dass eine Belastung zu bearbeiten und zu verarbeiten ist. Beides bezieht sich auf Veränderung und auf Eigenverantwortung. Wenn man z.B. einen akuten Schmerz los werden möchte, dann ruht man sich aus – man handelt also. Gleiches gilt auch für den chronischen Schmerz – man muss selbst handeln. Medikamente können in beiden Fällen das Handeln unterstützen, aber nicht ersetzen. Schließlich baut meine Therapie noch auf den mentalpsychologischen Interventionen auf.

Was passiert bei mentalpsychologischen Interventionen nach Ihrer Methodik?

Es geht um bestimmte und besondere Botschaften, die in einem hypnoiden Zustand (Trance oder Entspannung) vermittelt werden. Sie sind immer eine Fokussierung auf etwas Bestimmtes, das generell oder individualisiert gestaltet sein kann. Wenn z.B. ein Patient über Knieschmerzen klagt, dann gehe ich mit ihm in seiner Phantasie über eine Wiese und lasse ihn das Gefühl dieses Spazierganges in Gedanken erleben. Vielleicht wird daraus ein kleiner Dauerlauf.



Schmerzen wegdenken

Helfen Sie sich selbst

Goldegg Verlag

ISBN: 978-3-902729-61-3

Fast ein Drittel aller Menschen leidet an Schmerzen. Die Skala reicht von erträglich bis zur Auslösung von Selbstmordgedanken. Viel zu oft wird nur mit Medikamenten behandelt. Ursachen werden nicht erkannt.

Der Schmerzexperte Dr. Karl Isak weiß, dass körperliche Leiden mit der Psyche in Verbindung stehen. Menschen mit chronischen Schmerzen haben immer eine belastende persönliche Geschichte, die oft verdrängt im Unterbewussten liegt. Kopf-, Rücken-, Brust-, Gelenks-, Unterbauch-, Knie- oder allgemeine Schmerzen sind die Folge.

Der Psychotherapeut arbeitet mit seinen Patienten auf der Ursachenebene und nutzt die Programmierungskraft des menschlichen Gehirns, um körperliche Reaktionen herbeizuführen. Mit seiner Methode und psychologischer Hilfe ist es vielen Patienten gelungen, die Schmerzen „wegzudenken“ oder wesentlich zu lindern.

Die neue Hoffnung für viele Menschen, die vor Schmerzen kaum wissen, wie sie den Tag überstehen sollen.

Das lädierte Knie spielt dabei keine Rolle, sondern das Erleben, die Gefühle hierbei. Im Sinne der These, dass Gedanken Wirklichkeit werden, sind solche Interventionen als vorweggenommene Realität zu sehen. Der Patient sieht und spürt seine Potenziale, er „erlebt“ sie bewusst und sein Gehirn erzeugt Hormone, die eine positive Stimmung produzieren. Diese Bilder werden in der Folge im Gehirn abgespeichert, erzeugen eine Erwartungshaltung, die zu einem schnelleren Therapieerfolg führen, sie nehmen also die Wirklichkeit vorweg.

Das Prinzip kennt eigentlich jeder: Wenn man sich ein neues Auto einer bestimmten Marke kaufen möchte, dann sieht man plötzlich nur mehr diese Fahrzeuge auf der Straße. Oder: Schwangere Frauen sehen nur mehr Mütter mit Kinderwagen auf den Gehsteigen. Die mentalpsychologischen Interventionen schaffen zuerst eine mentale Wirklichkeit, die in der Folge umgesetzt wird. Sie sind eine Form des Denkens, bei der durch den Entspannungszustand eine Nähe zum Unbewussten hergestellt wird, womit wiederum Automatismen erzeugt werden. Die Tiefenpsychologie, bzw. Sigmund und Anna Freud, haben uns mit der negativen Seite der Abwehrmechanismen und deren psychodynamischen Folgen den Beweis gegeben. Dass der umgekehrte – der positive Aspekt – ebenso funktioniert, zeigen Millionen Sportler, die mit solchen Methoden arbeiten.



Sie sind Psychologe, Pädagoge, Sozial- und Wirtschaftswissenschaftler, haben drei Dokortitel – wie ergänzen sich diese so verschiedenen Qualifikationen?

Ein holistischer Zugang war mir schon immer sehr nahe. Betrachtet man ein Thema von verschiedenen Positionen aus, ergeben sich völlig andere Resultate und das macht das Leben reicher.

Zweifellos ist es wichtig, Spezialgebiete abzudecken – aber es ist ebenso wichtig, gesamtheitliche Zugänge zu erfassen.

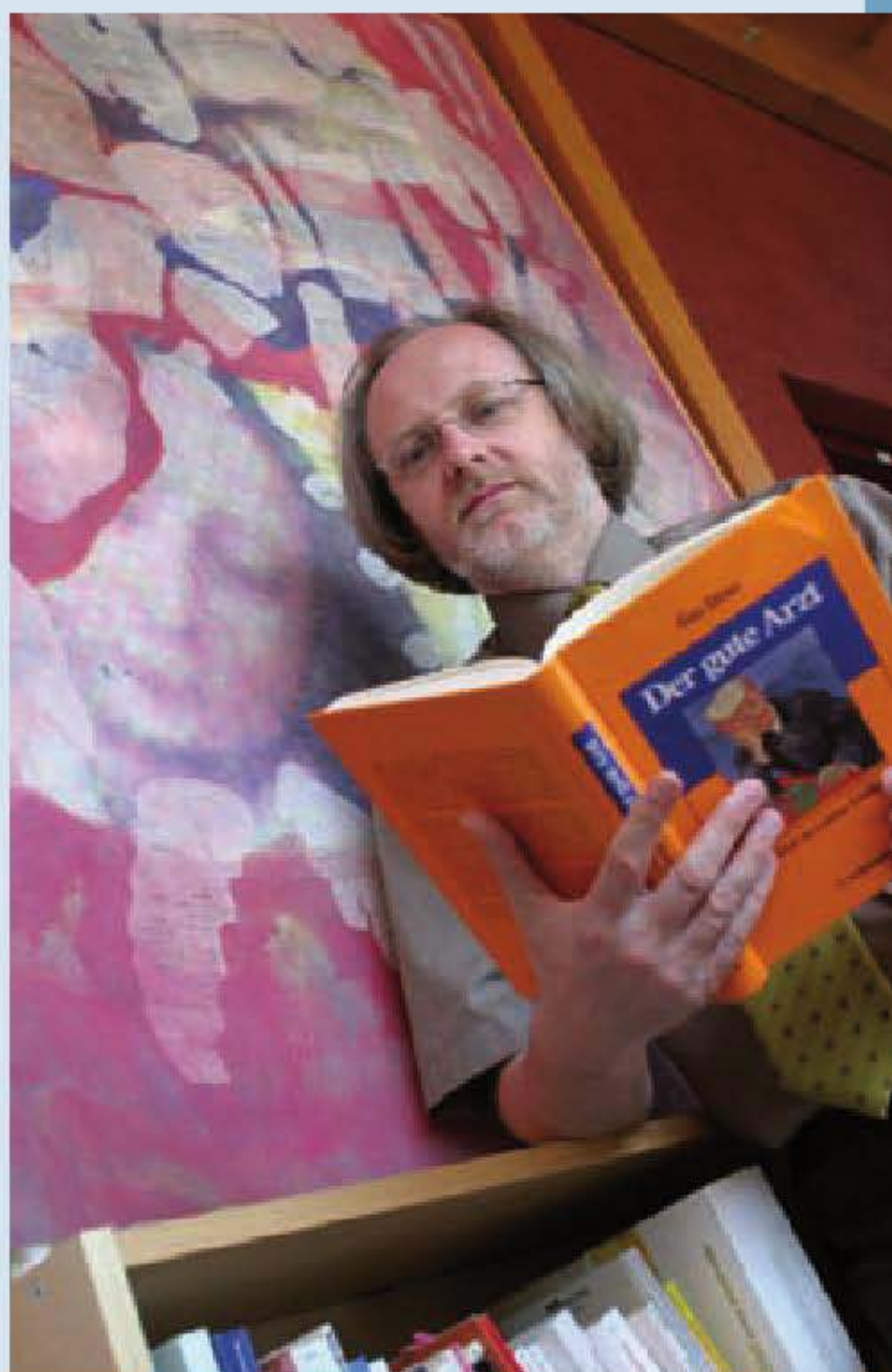
Die Beweggründe, mich mehreren Themen zuzuwenden, liegen in meinem Interesse am Vielen, eingeschlossen mein Interesse an Menschen.

Sie haben eine Ausbildung in katathymen imaginativer Psychologie – was verbirgt sich hinter diesem Begriff?

Der Mensch wird all zu oft als Objekt instrumentalisiert, der Nutzen bringt, und seine inneren Werte und Bedürfnisse scheinen immer mehr auf der Strecke zu bleiben.

Wohl auch deshalb arbeite ich mit dem katathymen Bilderleben, denn katathym bedeutet „von der Seele kommend“ bzw. die Wirkung eines affektbetonten Komplexes auf die Seele.

Damit wird deutlich, dass wir uns m.E. stärker der Psyche des Menschen zuwenden sollten, denn der Mensch ist weit mehr als nur ein biologisches Konstrukt. Das zeigen auch die Erfolge meiner psychologischen Schmerztherapie.



Kontakt:
 DDDr. Karl Isak
 Institut für
 psychologische Schmerztherapie (IpST)
 Semperstraße 16-18
 A- 1180 Wien
www.schmerzpsychologie.com
isak@schmerzpsychologie.com