



Schmerzgedächtnis

Frage(anonymisiert) an eine Gruppe von Fachleuten unterschiedlicher Fachgebiete

Hallo

...

Ich bin in etwas über 60 und ...

Vor gut 1 ¼ Jahr habe ich mein linkes Hüftgelenk operieren lassen und es wurde eine künstliche Prothese eingesetzt. Nach einem beschwerlichen und neun Monate andauernden Weg wurde eine Verkeimung entdeckt und eine Revisions-OP (Austausch der Prothese) vorgenommen. Anfangs lief alles auch in der Anschluss-Reha zunächst ganz gut, nach einem viertel Jahr gab es aber in mehreren Phasen bis heute andauernd eine starke Schmerz-Symptomatik.

Eine erneute Verkeimung wurde mit zweimaligen Analysen ausgeschlossen, die Prothese sitzt auch gut und fest, Röntgen- und MRT-Analysen weisen nichts Kritisches auf.

Das Fazit aus vielen Untersuchungen bei mehreren Orthopäden, Physio-Therapeuten, Heilpraktikern und einer Schmerz-Therapeutin ist, dass sich bei mir offensichtlich ein Schmerzgedächtnis gebildet hat.

Dies ist auch für mich nachvollziehbar und einleuchtend, Entsprechendes gibt auch hierzu ein gutes und informatives Buch von Butler/ Moseley: „Schmerzen verstehen“, Spinger-Verlag, wider.

Meine Frage

Kann mir jemand Impulse mit weiterhelfender Literatur, Interventionen, Trancen, Geschichten... zum Thema „auflösen eines Schmerz-Gedächtnissen“ geben?

.....

Meine Antwort auf der Liste:

Wie könnte der Schmerz ins Gedächtnis kommen?

Was könnte Schmerzgedächtnis heißen?

Wo könnte es sitzen?

Lieber ...,

wenn ich Sie richtig verstehe, wurde diese Operation nicht wegen einer akuten Verletzung notwendig, sondern wegen **Haltungs- und Bewegungsmustern**, die im Laufe eines längeren Entwicklungsprozesses allmählich *immer dysfunktionaler* wurden.

Um mit Schwierigkeiten, wie den von Ihnen beschriebenen, konstruktiv umgehen zu können, braucht es m. E. erst mal eine Vorstellung von den Prozessen, aus denen eine solche Entwicklung resultiert.

Natürlich können die tatsächlichen Zusammenhänge auch ganz anders sein, als ich das im Folgenden (be-)schreibe – als Metapher für das, was sich „im Raum dahinter“ tatsächlich abspielt, müsste diese Skizze aber doch taugen ...

Unabhängig davon, ob es sich um eine einzelne gravierende oder um mehrere/viele kleine, oft unbedeutend scheinende Verletzung(en) handelt, reagiert unser zentrales Nervensystem reflektorisch mit einer Erhöhung des Tonus aller beteiligten Muskeln auf 100 % Spannung und fixiert damit die betroffenen Gelenke.

So „schient“ es quasi den verletzten Bereich, und zwar wesentlich effektiver als es äußere Hilfsmittel (Gips-, Schienen...) je könnten – es „friert“ die Bewegung im Moment der Verletzung quasi ein.

So verhindert es, dass ein eventueller **struktureller** Schaden durch weiteren „**funktionalen** Gebrauch“ der beschädigten Teile weiter vergrößert wird.

Wollen wir die dadurch entstandene Einschränkung der Beweglichkeit wieder aufheben, müssen wir zunächst herausfinden, was unter den momentanen **strukturellen Bedingungen** (noch) möglich ist.

Je länger dieser Prozess dauert, desto schwieriger wird es, den Tonus wieder auf sein ursprüngliches Niveau zurückzufahren. So bleibt ein Rest dieser Spannung als „**Schutz!-Muster**“ übrig, was zu einem höheren „**Grund-Tonus**“ führt.

Nur wenn es gelingt, diesen wieder zu senken, werden die ursprünglichen **funktionalen Fähigkeiten** vollständig wiederhergestellt.

Geschieht das nicht, werden die Bewegungs- und Haltungs-Muster zunehmend dysfunktionaler und münden in immer noch „falschere“ Haltung/Bewegung.

Je stärker die Verletzung, desto drastischer die unmittelbare Reaktion des ZNS.

Im Extremfall geht es sogar so weit, dass es diese Bereiche isoliert, den Zugang zu diesen Teilen der zentralen Steuerung versperrt und damit den weiteren Gebrauch der betroffenen Körperteile verhindert.

Das Ergebnis könnte man als eine Art zentralnervöse „Amputation“ betrachten und somit als ein mögliches Gegenteil von „Phantomschmerz“:

- beim einen ist der Zugang zum „Steuerungsplan“ im Hirn verwehrt, die Gliedmaßen sind aber noch vollständig vorhanden,
- beim anderen sind zwar die Gliedmaßen abhanden gekommen, die zuständige Hirnregion nimmt sie aber weiterhin wahr, als würden sie noch existieren ...

Jede Operation sowie jede nachfolgende „Heil“-Behandlung, durchgeführt nach dem Motto „durch den Schmerz gehen“, wird vom ZNS als Bestätigung für die Notwendigkeit (miss-)interpretiert, den Alarm hochzuhalten oder gar noch weiter zu erhöhen.

So betrachtet könnte „Schmerzgedächtnis“ eine Art „Daueralarm“ sein, den das Gehirn zum Schutz zuvor beschädigter Körperteile aufrechterhält, obwohl die eigentliche Gefahr längst vorüber ist – im Kern genau das, was ein Trauma zu dem macht, was allgemein als „**Trauma**“ bezeichnet wird.

(Genaugenommen handelt es sich eigentlich um eine „post-Traumatische“ Fragestellung, weil die konkrete Schmerzerfahrung in der Vergangenheit liegt, der Schmerz aber in der Gegenwart wahrgenommen wird, als wäre er eben erst entstanden.

Was heißt das?

Statt

- gar nichts mehr zu tun, um möglichen Schmerz zu vermeiden oder
- „durch den Schmerz hindurch gehen“ zu wollen,

geht es meiner Erfahrung nach darum, Wege zu finden, diese **Schutz!-Muster** zu „öffnen“, damit wieder andere Wahrnehmungen zugelassen werden – das ist etwas anderes als Muster zu „brechen“, „aufzulösen“, zu „beseitigen“, ...

Um die Handlungsspielräume wieder zu erweitern, müssen wir zunächst dafür sorgen, dass die Missinterpretation aufgehoben wird – und hier beginnt mein „täglich Brot“ ...

Wenn wir diese **Schutz!-Muster** also als solche anerkennen, ihre Grenzen respektvoll von allen Seiten her erforschen, statt zu versuchen sie zu „überrennen“, sie verstehen, statt sie verdrängen zu wollen, wächst die Bereitschaft des Zentralen Nervensystems, wieder größere Bewegungsspielräume zuzulassen, ... - so kann allmählich Vertrauen in einen Prozess wachsen, der **Sicherheit und Freiheit** zugleich verspricht.

Auf diesem Weg können wir zwei Zugänge nutzen:

➤ den **Mentalen**:

Indem ich mir ein Bild von für mich optimalen Bewegungsabläufen mache, kann ich nicht nur mein Körpergedächtnis reaktivieren und so an früher „normale“ Muster anknüpfen, sondern gleichzeitig zusätzliche, weiterführende Alternativen entwickeln.

Da allein schon die Vorstellung einer konkreten Bewegung all die Nervenimpulse auslöst, die es braucht, die Bewegung tatsächlich zu erzeugen – wer's nicht glauben will, kann sich ja mal in aller Ruhe vorstellen, seine Augen würden sich ganz leicht hin- und her bewegen und beobachten, was dann geschieht – können wir von der Seite der Vorstellung her in den Raum kommen, in dem wir nicht mehr genau sagen können, ob wir noch „nur“ **Denken** oder ob wir schon dabei sind schon nur noch zu **Tun** ...

➤ den **Motorischen**:

Wenn wir behutsam und aufmerksam mit kleinen Bewegungsvariationen spielen und dabei darauf achten, dass wir uns von verschiedenen Seiten der Schmerzgrenze nähern, sie aber niemals verletzen, sie von Wiederholung zu Wiederholung nur noch halb so groß machen wie davor ... und wieder nur noch halb so groß ... und wieder ... und wieder ... - bis wir irgendwann nicht mehr genau sagen können, ob wir noch „nur“ **Tun** oder ob wir schon dabei sind nur noch zu **Denken** ...

So kann das Erforschen und Ausprobieren möglicher Denk- und Handlungs-Variationen mehr und mehr an die Stelle des Versuchs treten, den Schmerz niederzukämpfen oder ignorieren zu wollen.

Für mich werden diese beiden Zugänge durch **Milton Erickson** und **Moshé Feldenkrais** repräsentiert.

Beide betreten den **Raum zwischen** bewusst und unbewusst, den *Raum zwischen* Handlung und Vorstellung von unterschiedlichen Seiten, gehen aber in die gleiche Richtung:

- den konstruktiven Umgang mit eigenen Ressourcen und Potenzialen und
- die Erweiterung eigener Vorstellungs- und Handlungs- Kompetenzen.

Denn Stabilität, körperliche wie psychische, braucht Variabilität und Flexibilität – Be-/Verharren macht starr, verwundbar und instabil.

Natürlich kann man die beiden *als Methoden kombinieren* - ich selbst bevorzuge die *Integration der beiden Denk- und Vorgehensweisen* in meine eigenen.

Indem wir uns auf diese Weise sowohl *von der Idee zur Tat* und wieder zurück als auch *von der Handlung zur Vorstellung* und wieder zurück bewegen, kommen wir immer tiefer in den *Raum zwischen* bewusst und unbewusst, den *Raum*, in dem Lernen am effektivsten ist ...

Da Haltung und Bewegung weitgehend unbewusst gesteuert und bewusst nur bedingt beeinflussbar sind, ist aus meiner Sicht dieser Weg der erfolgversprechendste.

Ein Weg auf dem wir sowohl die *motorischen* Bahnen nutzen können als auch die *sensorischen*.

Falls Sie ein bisschen neugierig geworden sind und diese *Denk- und Handlungsweise* für sich ausprobieren wollen, finden Sie ein paar konkrete Vorschläge für den *motorischen* Zugang auf meiner Homepage, Beispiele für den *sensorischen* auf „[therapie.tv](#)“ – da ich nur wenige km von Rottweil lebe, ist es mehr oder weniger „naheliegend“, dass das Video-Team gelegentlich auch das eine oder andere Beispiel meiner Arbeit dokumentiert.

Herzliche Grüße
Martin Busch

Zur Frage der Literatur:

Das aus meiner Sicht umfassendste Buch zum Umgang mit chronifiziertem Schmerz von der Mentalen Seite her:

Mark Jensen

Der Autor hält auch in Deutschland immer wieder auf Kongressen/Tagungen Vorträge bzw. bietet Workshops an.

Die wohl gründlichste Möglichkeit ihn und seine Arbeit kennenzulernen sind die jedes Jahr stattfindenden mehrtägigen Workshops im Milton-Erickson-Institut in Rottweil.