

Achtsamkeit und Akzeptanz in der Schmerztherapie

Mindfulness and Acceptance in the Therapy of Chronic Pain

Joachim Korb

Themenschwerpunkt Schmerz

Zusammenfassung

Seit einigen Jahren haben sich Achtsamkeit und Akzeptanz in der Behandlung chronischer Schmerzpatienten als wichtige Aspekte erwiesen. Akzeptanz bedeutet dabei nicht Passivität oder Resignation. Vielmehr zeigen Schmerzpatienten mit hoher Akzeptanz eher geringere schmerzbedingte Beeinträchtigungen und höhere Lebensqualität. In enger Beziehung zu Akzeptanz steht die Praxis und Haltung der Achtsamkeit als nicht-wertendes Gewahrsein dessen, was im gegenwärtigen Moment geschieht. Zu diesem Thema haben zwei Therapieansätze konkrete und hilfreiche Beiträge geliefert: Die Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) und die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT). Ihre positiven Wirkungen sind inzwischen durch zahlreiche Studien evaluiert.

Abstract

In recent years, mindfulness and acceptance have become important aspects in the treatment of chronic pain patients. Acceptance does not mean passivity or resignation. Rather, pain patients with high acceptance show reduced pain-related disability and better quality of life. Closely related to acceptance is the attitude and practice of mindfulness as a non-judging awareness of what is happening in the present moment. On this subject, two treatment approaches have given practical and useful contributions: Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Their positive effects have been evaluated by numerous studies.

1. Einführung

„Sie müssen lernen, mit den Schmerzen zu leben!“ Diesen Satz hören Patienten mit chronischen Schmerzen häufig, aber es ist schwer zu akzeptieren. Denn sie wollen – wie wir alle – nicht mit, sondern ohne Schmerzen leben.

Wieso sollten Schmerzen auch akzeptiert werden, wenn in Medienberichten und Werbung oft etwas anderes versprochen wird (z.B. „Chronische Schmerzen müssen nicht sein“ – „Ein Recht auf Schmerzfreiheit“). Wird jedoch die geweckte Hoffnung nicht erfüllt, suchen Patienten nach immer neuen Behandlungsmöglichkeiten, oft verbunden mit überhöhten Erwartungen und weiteren Enttäuschungen.

Schmerzbewältigung im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie hat sich für die Patienten zwar als sehr hilfreich und effektiv erwiesen, um die schmerzbedingten Beeinträchtigungen zu verringern und die Lebensqualität zu verbessern. Doch laufen auch diese Gefahr, missverstanden zu werden als Möglichkeiten, die Schmerzen zu besiegen oder vollständig unter Kontrolle zu bringen. Dies wiederum kann zu einer immer stärkeren Fokussierung auf die Symptomatik führen. Die Beschäftigung mit dem Schmerz wird im Extremfall zum wesentlichen Lebensthema und der Blick für andere Lebensbereiche und die eigenen Werte geht immer stärker verloren.

2. Akzeptanz

Im Gegensatz dazu definiert McCracken (2005) Akzeptanz als die aktive Bereitschaft, vorhandene Schmerzen und damit verbundene Erfahrungen anzunehmen, ohne Versuche diese zu kontrollieren und zu vermeiden, vor allem wenn diese Versuche die Lebensqualität beeinträchtigt haben. Er konnte zeigen, dass chronische Schmerzpatienten mit höherer Akzeptanz geringere kör-

perliche und psycho-soziale Beeinträchtigungen, weniger Depressionen und schmerzbezogene Ängste zeigen, während die üblichen Copingstrategien wie Ablenkung, Umbewertung oder Ignorieren nur geringe oder sogar negative Effekte haben (McCracken & Eccleston, 2006).

Meist sind mit dem Begriff Akzeptanz jedoch negative Konnotationen wie Aushalten, Resignation, Passivität oder Rückzug verbunden, was verständlicherweise beim Patienten Ablehnung und Widerstand auslöst. Auch könnte man denken, Akzeptanz stehe im Gegensatz zu den Zielen multimodaler Schmerztherapie, die Patienten zum aktiven Umgang mit den Schmerzen anregen wollen, z.B. zur regelmäßigen Durchführung von eigenen physiotherapeutischen Übungen zur Beeinflussung der Schmerzen.

Dabei könnte jedoch gerade eine Haltung von Akzeptanz den wahrgenommenen Handlungsspielraum wieder erweitern und die internale Kontrollattribution fördern. So scheinen von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schmerzgruppen vor allem die Patienten zu profitieren, die eine gewisse Akzeptanz bereits mitbringen, die sich nicht ausschließlich auf eine mögliche Schmerzfremheit fixieren und so einen freieren Blick haben für hilfreiche Strategien im Umgang mit den Schmerzen. Patienten mit höherer Akzeptanz drängen auch weniger auf immer weitere diagnostische Untersuchungen zur Auffindung der Ursache (z.B. noch ein MRT) und erwarten weniger Hilfe durch passive Therapiemaßnahmen (z.B. Massage, Spritzen, Medikamente), sondern sind stattdessen eher bereit, selbst aktiv zu werden und etwas zu verändern.

Ein Schmerzpatient hat seine veränderte Erfahrung im Umgang mit den Schmerzen einmal mit folgender Metapher beschrieben: „Ich habe den Eindruck, dass der Schmerz mit mir zusammen im Auto durchs Leben fährt – und lange Zeit saß der Schmerz am Steuer und ich saß auf dem Beifahrersitz. Meine Versuche, ihn aus dem Wagen zu befördern waren vergeblich und kosteten viel Kraft. Als ich dieses Ziel schließlich aufgab, gelang es mir jedoch, die Plätze zu tauschen. Inzwischen habe ich das Gefühl, der Schmerz sitzt auf dem Rücksitz und mein Ziel ist es, dass er vielleicht noch in den Kofferraum kommt.“

Nun lässt sich jedoch eine Haltung von Akzeptanz nicht so einfach „verordnen“, sondern bedarf eines behutsamen Vorgehens. Unterstützung bietet dabei die Vermittlung und Übung von Achtsamkeit.

3. Achtsamkeit

Der im deutschen etwas sperrige Ausdruck Achtsamkeit (im engl. mindfulness) hat seinen Ursprung in einer 2500-jährigen buddhistischen Tradition (dort „sati“ genannt) und wird interessanterweise im Pali-Kanon, den ältesten Schriften des Buddhismus, als der einzige Weg zur Überwindung von Schmerz und Trübsal beschrieben.

Die verschiedenen Definitionsversuche von Achtsamkeit umfassen meist drei charakteristische Merkmale:

1. Bewusstheit (ein absichtliches Bemühen um Wachheit, Gewährsein, Klarheit)
2. Gegenwärtigkeit (unmittelbare Erfahrung von Moment zu Moment)
3. Akzeptanz (offen, nicht-wertend, nicht-reagierend, kein Ergebnis erwartend)

Diese Merkmale machen deutlich, dass Achtsamkeit mehr ist als Aufmerksamkeit und grenzen sie ab von Trance, Entspannung, Imagination oder Genussübungen. Es erscheint wichtig, dies in der Praxis auch gegenüber den Patienten immer wieder klar zu trennen. Achtsamkeitsübungen können durchaus entspannend, beruhigend und angenehm sein, doch gilt es zu betonen, dass dies nicht das eigentliche Ziel ist, denn ansonsten schleicht sich der Wunsch und die Erwartung ein, mit Achtsamkeit vielleicht doch zur Schmerzfremheit gelangen zu können. Dabei scheint es besonders hilfreich, gerade bei unangenehmen Erfahrungen, diesen mit Achtsamkeit begegnen zu können.

3.1. Innere Haltung

Achtsamkeit ist weniger eine Technik als eine innere Haltung, mit der wir unseren Erfahrungen begegnen. Daher ist es wesentlich, neben den Übungen vor allem auch diese Haltung den Patienten zu vermitteln. Hier wird oft die Rolle eines unabhängigen, nicht-wertenden Beobachters vorgeschlagen. Die damit verbundene Distanzierung ist in vielen Situationen erwünscht und hilfreich und bringt schnelle Entlastung (man denke nur an die Anwendung von Achtsamkeit bei Borderline-Patienten im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie). Andererseits ist es schwierig und zu Beginn wahrscheinlich sogar unmöglich, die Position eines inneren Beobachters einzunehmen, der nicht wertet, womit wir beim Patienten eher Versagensgefühle produzieren, mit immer neuen (Ab-)Wertungen. Besonders gegenüber schmerzlichen inneren Erfahrungen wäre statt einer objektiv-kühlen Beobachtung eher eine Haltung von freundlicher Zuwendung eine angemessene Alternative. Ein schreiendes, leidendes Kind möchte schließlich auch nicht distanziert und objektiv beobachtet, sondern liebevoll in den Arm genommen werden.

3.2. Wirkmechanismen

Die positiven Wirkungen von Achtsamkeit werden unter anderem auf vier Faktoren zurückgeführt, die auch mit beobachteten neuronalen Prozessen in verschiedenen Hirnarealen in Verbindung gebracht werden können (Hölzel et al., 2011b): 1. Eine bessere bewusste Lenkung der Aufmerksamkeit, 2. ein differenzierteres Körperbewusstsein, 3. eine leichtere Regulation von Emotionen (damit verbunden auch eher Exposition von negativen Erfahrungen statt Vermeidung) sowie 4. eine Veränderung der Perspektive auf das eigene Selbst im Sinne

einer flexibleren Sichtweise. Akzeptanz wird unter anderem durch die Nicht-Identifizierung mit belastenden inneren Erfahrungen erhöht („Gedanken und Emotionen sind nicht die Realität“), womit sich der Druck verringert, auf diese sofort mit Kontrolle oder Vermeidung reagieren zu müssen.

3.3. Achtsamkeit des Therapeuten

Meist wird Achtsamkeit verkürzt zu einer Methode, die Patienten lernen und üben sollen. Dabei sind mehrere Gründe denkbar, weshalb eine Achtsamkeitspraxis auch für Therapeuten wichtig und hilfreich sein kann.

Versteht man Achtsamkeit, wie bereits erwähnt, eher als eine Haltung, so ist der Therapeut für den Patienten ein Modell und sollte diese Haltung auch ausdrücken und vermitteln. Daher wird z.B. beim MBSR von Seiten des Therapeuten eine langjährige und regelmäßige Achtsamkeits- und Meditationspraxis erwartet.

Vor allem in der Beziehungsgestaltung mit sogenannten „schwierigen“ Schmerzpatienten dürfte Achtsamkeit vielfältige positive Auswirkungen haben. Sie könnte beitragen zu einer allgemein besseren Aufmerksamkeit und Präsenz, unabhängig von situativen und persönlichen Faktoren (z.B. auch bei Langeweile oder Müdigkeit des Therapeuten), einer besseren Affekttoleranz in emotional belastenden Gesprächssituationen, einer höheren Akzeptanz mit weniger Bewertungen und Vorwürfen, einer ausgewogenen Balance von Empathie und Gleichmut sowie zu einem schnelleren Bewusstwerden eigener narzißtischer Motive und Kränkungen (vgl. Germer et al., 2009; Zarbock et al., 2012).

Eine randomisiert-kontrollierte Doppelblind-Studie (Grepmaier et al., 2007) konnte nachweisen, dass durch die Einführung einer Achtsamkeitsmeditation für Therapeuten, bei unverändertem Therapieprogramm, sich die Therapieergebnisse von Patienten mit psycho-somatischen Beschwerden in erheblichem Maße verbessern. Patienten profitieren also nicht nur von eigenen Achtsamkeitsübungen, sondern auch, wenn lediglich ihr Therapeut diese praktiziert.

4. Therapeutische Ansätze

Vor allem zwei therapeutische Ansätze haben einen wesentlichen Beitrag zur Etablierung von Achtsamkeit und Akzeptanz in der Schmerztherapie geleistet. Bereits Ende der 70er-Jahre hat Jon Kabat-Zinn das Programm der Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) für chronische Schmerzpatienten entwickelt (Kabat-Zinn, 1982), die inzwischen auch in unterschiedlichsten anderen klinischen Bereichen Anwendung findet und auch für spezifische Bereiche weiterentwickelt wurde, wie z.B. die Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen (Segal et al., 2008).

Eine zweite Linie beruht auf der Akzeptanz- und Com-

mitment Therapie (ACT – Hayes et al., 1999). Auf deren Grundlage wurden auch spezifische Behandlungsprogramme für chronische Schmerzpatienten entwickelt (Dahl et al., 2005; Dahl und Lundgren, 2006; McCracken, 2005).

4.1. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

MBSR orientiert sich stark an traditionellen Meditationsübungen und erfordert von Patienten ein relativ hohes Engagement für die Umsetzung in den Alltag. Nach einem Vorgespräch finden Gruppensitzungen von 2 bis 2½ Stunden in wöchentlichem Abstand statt. Neben Edukation wird Achtsamkeit durch formelle Praxis (u.a. Sitz- und Gehmeditation) und leichte Yogaübungen erlernt. Ausgehend von den Themen der Teilnehmer werden außerdem die Anwendung der Achtsamkeit im Umgang mit schwierigen Gefühlen sowie die Möglichkeit einer achtsamen Kommunikation geübt. Besondere Bedeutung haben die informellen Achtsamkeitsübungen, die einen Transfer in den Alltag gewährleisten sollen (z.B. achtsames Spülen, Bügeln, Essen etc.). Die Patienten werden angehalten täglich etwa 45 Minuten der Praxis zu widmen. Außerdem findet gegen Ende ein gemeinsamer Achtsamkeitstag statt. Von den verschiedenen Achtsamkeitsübungen sollen hier exemplarisch einige Elemente dargestellt werden, die vor allem im Rahmen der Schmerztherapie von besonderer Bedeutung sind. Detaillierte Darstellungen mit den ausführlichen Übungsanleitungen finden sich bei Lehrhaupt und Meibert (2010) sowie Stahl und Goldstein (2010).

4.1.1. Edukation: Autopilot vs. Achtsamkeit

Die von Kabat-Zinn eingeführte Unterscheidung von Autopilot und Achtsamkeit als zwei verschiedene Bewusstseinsmodi hat sich für Patienten als gut nachvollziehbar und sehr hilfreich erwiesen, um schnell ungünstige Verstrickungen zu erkennen und in den Modus der Achtsamkeit umzuschalten (vgl. Abb. 1).

Abb. 1: Einige Kriterien zur Differenzierung von „Autopilot“ und „Achtsamkeit“



Daneben werden in der Edukation Informationen über Stress, Stressauslöser und Stressreaktionen sowie auch kognitive Strategien im Umgang mit Stress vermittelt.

4.1.2. Achtsames Atmen

Die Achtsamkeit auf den Atem stellt vielleicht die grundlegende formelle Praxis dar. Die besondere Bedeutung kann dem Patienten vermittelt werden, indem wir ihn mit Erfahrungen in Kontakt bringen, wie Atmung und emotionale Zustände sich wechselseitig beeinflussen. Außerdem hat der Atem den Vorteil, jederzeit verfügbar zu sein. Wir haben dadurch einen schnellen Zugang, um vom Autopilot in den Achtsamkeits-Modus „umzuschalten“, uns wieder in die Gegenwart zu holen und uns zu stabilisieren. Während der Übung dient die Atmung als Anker für unsere abschweifende Aufmerksamkeit, zu der wir immer wieder zurückkehren können.

Der Patient wird angeleitet, mit der Aufmerksamkeit zu der Stelle im Körper zu gehen, an der die Atmung am deutlichsten spürbar ist (z.B. Bauchdecke, Brustkorb, Nase) und mit einer Haltung von freundlichem Interesse beim Atem zu verweilen. Wichtig ist darauf hinzuweisen, dass es nicht um eine Veränderung der Atmung geht, da ansonsten einige Patienten versuchen, bewusst langsam zu atmen und sich eher verkrampfen. Auch hilfreich ist der immer wieder eingestreute Hinweis, dass es ganz natürlich ist, wenn die Gedanken und die Aufmerksamkeit ganz woanders sind, dass es aber genauso natürlich ist, dass wir die Fähigkeit haben, dies zu bemerken und immer wieder zum Atem zurückzukehren. Es hat sich bewährt, eher mit kurzen Übungsphasen (5-10 Minuten) zu beginnen und diese im weiteren Verlauf zu verlängern.

4.1.3. Gehmeditation – achtsames Gehen

Gehmeditation ist Achtsamkeit in Bewegung. Wieder wird die Aufmerksamkeit auf die gegenwärtigen Erfahrungen gelenkt, z.B. die Berührungsempfindungen der Füße beim Kontakt mit dem Boden oder die Bewegung der Beine. Das Tempo kann variieren von einer flotten Gehgeschwindigkeit bis hin zur Superzeitlupe, in der die wechselnden Empfindungen bei jedem einzelnen Schritt genau wahrgenommen werden. Für viele Patienten fällt diese Form der Achtsamkeitsübung wesentlich leichter, z.B. wenn aufgrund von Schmerzen das längere Einnehmen einer bestimmten Körperhaltung Probleme macht oder bei hoher innerer Unruhe die Stille beim Sitzen schwer fällt.

4.1.4. Body-scan

Beim Body-scan wird der gesamte Körper von den Füßen bis zum Kopf wie mit einem Aufmerksamkeits-Scheinwerfer quasi „gescannt“, Körperteil für Körperteil (Zehen, Fußsohle, Ferse, Fußrücken, ... usw.). Auch hier geht es darum, keine bestimmten Empfindungen zu erwarten

und nichts erreichen zu wollen. Die Länge der Übung variiert von 20 bis 40 Minuten, wobei für Schmerzpatienten eher kürzere Versionen vorteilhaft sind. Auch kann es, abweichend von der klassischen Vorgehensweise, zu Beginn erleichternd sein, die entsprechende Körperregion jeweils etwas zu bewegen oder wie beim Jacobson-Training leicht anzuspannen, so dass die Körperempfindung deutlicher wird.

Schmerzpatienten haben durch die Schmerzen überwiegend negative Körpererfahrungen, was dazu führt, dass sie bestrebt sind, Körperempfindungen eher zu vermeiden und zu unterdrücken. Der Body-scan kann nun neben einer allgemeinen Verbesserung der Körperwahrnehmung auch erreichen, dass die Aufmerksamkeit wieder mehr auf (angenehme oder neutrale) Körperempfindungen gerichtet wird. Allerdings können während der Übung natürlich auch die Schmerzen vermehrt wahrgenommen werden. Wenn es hierbei gelingt, den Patienten anzuleiten, sich nicht abzulenken, sondern mit Achtsamkeit im Schmerzgebiet zu bleiben, kann dieser lernen, die unterschiedlichen Aspekte der Schmerzerfahrung zu differenzieren. Er erkennt, dass neben der sensorischen Körperempfindung (z.B. ziehen, drücken, brennen) seine kognitiven Bewertungen (z.B. „Oh nein! Das halte ich nicht aus!“) und emotionalen Reaktionen (z.B. Angst, Hilflosigkeit) hinzukommen und wie diese wiederum die Schmerzerfahrung verstärken. Den Schmerzen dagegen mit der Haltung einer nicht-wertenden Achtsamkeit zu begegnen, indem er bei der „reinen“ Körperempfindung bleibt und die sekundären Prozesse wie Bewertungen und Emotionen als solche durchschaut, kann eine erhebliche Entlastung darstellen.

4.1.5. 3-Minuten-Atemraum (Breathing Space)

Der „Breathing Space“ ist zwar nicht Teil des MBSR-Programms, sondern stammt ursprünglich aus der oben erwähnten Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), stellt aber eine sehr geeignete Möglichkeit der „Mini-Meditation“ im Alltag dar (Segal et al., 2008). Die Übung gliedert sich in drei deutlich voneinander abgetrennte Phasen:

1. **Gewahrsein – Bewusstwerden der „inneren Wetterlage“**
Zunächst bewusst die Körperhaltung etwas ändern, eine aufrechte und würdevolle Körperhaltung einnehmen. Sich dann fragen: Was geht gerade in mir vor? Was ist meine Erfahrung in diesem Moment (Körperempfindungen – Gedanken – Gefühle)?
2. **Sammlung**
Die Aufmerksamkeit sanft auf den Atem richten und einige Atemzüge begleiten über die volle Länge der Einatmung und die volle Länge der Ausatmung (so wie in der Atemachtsamkeit geübt).
3. **Ausdehnen**
Das Feld des Gewahrseins wieder erweitern. Ein Gefühl für den Körper als Ganzes bekommen und sich wieder dem öffnen, was um uns herum geschieht.

Mit einiger Erfahrung kann die Übung weiter verkürzt werden und dazu dienen, im Alltag schnell aus dem Autopilot-Modus in die Achtsamkeit zu kommen, z.B. indem man an geeigneten Orten (Waschbecken, Kopierer, Bildschirmschoner etc.) entsprechende Anker platziert (z.B. Abb. 2).

Abb. 2: Drei-Minuten-Atemraum – „Kurzversion“ als Anker im Alltag



4.2. Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT)

Die Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT) geht von den Grundannahmen aus, dass für seelisches Leiden und viele psychische Störungen vor allem eine Vermeidungshaltung gegenüber unangenehmen Erfahrungen, eine typische Verstrickung in dysfunktionale Gedankenmuster sowie der Verlust der Perspektive für die eigenen Werte eine Rolle spielen. Akzeptanz und Commitment (Selbstverpflichtung zu werteorientiertem Handeln) sind dabei nur zwei von sechs aufeinander bezogenen Modulen bzw. therapeutischen Prozessen (vgl. Abb. 3).

Abb. 3: Therapieprozesse der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)



Aufgrund der Annahmen, dass vor allem die Entfernung von unseren Erfahrungen durch gedankliche Prozesse

die Schwierigkeiten erhöhen, setzt ACT in ihren Interventionen vermehrt auf erlebnisorientierte Übungen, Metaphern und Paradoxien und weniger auf rational-kognitive Strategien. Es wird eine Reihe von teils originellen Interventionen vorgeschlagen, die sich je nach Situation und Patient kreativ verändern und anwenden lassen (Wengenroth, 2008).

4.2.1. Werte

Gerade bei Schmerzpatienten empfiehlt es sich zum Einstieg nicht über Akzeptanz, sondern über deren Werte im Leben zu sprechen, vor allem wenn durch die Schmerzen der Kontakt mit diesen verloren gegangen ist und die Hauptbemühungen des Patienten sich fast ausschließlich um eine Schmerzlinderung drehen. Bei der Formulierung der Werte wird betont, dass diese letztlich rational nicht zu begründen und von Zielen zu unterscheiden sind. Ziele können erreicht werden (z.B. Haus, Heirat, Marathonlauf), Werte geben dagegen eine Ausrichtung und Orientierung, bei denen es jedoch keinen endgültigen Abschluss gibt (z.B. ein guter Vater sein, Kreativität, körperliche Fitness). Auch sollten die Werte immer so formuliert sein, dass ein Lebender diese besser verwirklichen kann als ein Toter (also z.B. nicht „Schmerzfreiheit“, „keinen Stress haben“). ACT bietet eine Reihe von Hilfsmitteln, die Therapeuten und Patienten bei der Formulierung der Werte unterstützen, wie z.B. einen Wertekompass und Wertefragebogen, auf das eigene Leben zurückblickende Übungen bis hin zu eher drastischen Vorstellungsbildungen (Rede beim eigenen Begräbnis; was soll auf meinem Grabstein stehen?). Zahlreiche Materialien und Anregungen, auch zu den übrigen Modulen von ACT finden sich bei Wengenroth (2012).

4.2.2. Akzeptanz

Durch die Verdeutlichung der eigenen Werte kann dem Patienten natürlich leidvoll bewusst werden, wie weit er sich von diesen entfernt hat. Oft werden dann die Schmerzen als der einzige Grund angeführt, weshalb sich diese nicht verwirklichen lassen („Ich würde ja gerne ins Theater gehen, aber ich kann nicht wegen der Schmerzen!“), was wiederum die Anstrengungen begründet, um jeden Preis zuerst die Schmerzen los werden zu müssen, um dann anschließend wieder mehr am Leben teilnehmen zu können. In dieser Phase gilt es, diese Versuche des Patienten zu würdigen und seine Bemühungen um Schmerzfremigkeit anzuerkennen, verbunden mit dem Vorschlag, die bisherigen Strategien hinsichtlich ihres Erfolges einmal genauer zu überprüfen. Dabei werden die kurz- und langfristigen Effekte berücksichtigt, aber vor allem auch die Auswirkung auf die Lebensqualität und inwieweit er dadurch seinen Werten näher gekommen ist oder sich eventuell davon entfernt hat („Hat dies dazu beigetragen, Ihr Leben so zu leben, wie Sie es wollten?“; vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Überprüfung bisheriger Versuche, Schmerzen zu kontrollieren

Bisherige Versuche	Kurzfristige Ergebnisse	Langfristige Ergebnisse	Auswirkungen auf die Lebensqualität
Was haben Sie schon versucht, um Ihre Schmerzen zu verringern oder zu kontrollieren?	Waren die Schmerzen kurzfristig verringert?	Waren die Schmerzen auf Dauer verringert?	Hat dies dazu beigetragen, dass Sie Ihr Leben so leben konnten, wie Sie wollten?

Bei dieser Auflistung können sich durchaus hilfreiche Strategien zeigen, die Schmerzen positiv zu beeinflussen, ohne dass andere Lebensbereiche wesentlich darunter leiden. Aber es kann auch sein, dass dem Patienten bewusst wird, dass die meisten Anstrengungen, die er unternimmt bestenfalls vorübergehende Linderung erbringen, dabei aber mit erheblichem Zeit- und Kostenaufwand verbunden sind, seine Aufmerksamkeit sich immer mehr auf die Schmerzen richtet und er dadurch seine Lebensqualität nicht verbessert. Die dabei entstehende Verwirrung („Ja, wenn das alles nichts bringt, was soll ich denn dann machen?“) ist durchaus erwünscht und wird in ACT „Kreative Hilfs- oder Hoffnungslosigkeit“ genannt.

„Kontrolle ist das Problem!“ Es gibt Erfahrungen im Leben, die wir gut und andere, die wir nur schlecht, oder gar nicht kontrollieren können, sondern im Gegenteil sich durch unser Bemühen um Kontrolle noch verschärfen (z.B. Einschlafen, keine Angst haben, nicht so viel denken). Wie schon erwähnt, geschieht die Vermittlung dieser Einsicht in ACT nicht durch rationales Argumentieren, sondern durch erfahrungsorientierte Übungen und Metaphern. Von zahlreichen Möglichkeiten seien beispielhaft die chinesische Fingerfalle, die sich umso enger zuzieht, je stärker man zieht (Abb. 4) und die Polygraph-Metapher erwähnt: „Stellen Sie vor, Sie sind an einem hochempfindlichen Polygraphen angeschlossen, der jede kleine Anspannung und Aufregung registriert. Ihre einfache Aufgabe ist: Sie müssen ganz entspannt und ruhig bleiben! Als Hilfestellung halte ich Ihnen dabei eine Pistole an den Kopf. Wenn Sie ruhig bleiben, ist alles in Ordnung, doch bei der kleinsten Anspannung schieße ich Ihnen das Gehirn aus dem Kopf! Also, bleiben Sie einfach ganz ruhig und entspannt!“

Abb. 4: Chinesische Fingerfalle als Erfahrungsübung für „Kontrolle ist das Problem“. Je stärker die Zugkraft, desto enger zieht sie sich zu



Wenn der Patient nicht nur rational, sondern auch „mit dem Herzen“ zu verstehen beginnt, dass sein bisheriger Veränderungsplan kontraproduktiv ist, wird Akzeptanz als Alternative eingeführt. Es können dazu Beispiele aus seinem Leben gefunden werden, in denen er unangenehme Gefühle und Empfindungen akzeptiert hat, weil er ein Ziel verfolgte, das ihm wichtiger war (z.B. die Führerscheinprüfung, das erste Rendezvous, eine anstrengende Bergtour) und zeigen, welche Folgen Nicht-Akzeptanz gehabt hätte (z.B. „Ich hätte ja gerne den Führerschein gemacht, aber ich konnte nicht, weil ich davor immer so Angst hatte!“). Auch lassen sich mögliche Vorteile sammeln, die mit einer Haltung von Akzeptanz verbunden sind. Am wichtigsten dürfte jedoch sein, gemeinsam mit dem Patienten Möglichkeiten zu erarbeiten, wie es ihm wieder besser gelingen kann, sich in seinem Leben weniger an den Schmerzen und mehr an seinen Werten zu orientieren und wie er diese trotz Schmerzen verwirklichen kann. Hier wird auch die Bedeutung der Unterscheidung von Werten zu Zielen deutlich. Hat ein früher sportlich-aktiver Patient zum Beispiel das Ziel, wieder einen Marathonlauf zu absolvieren, wäre dies schmerzbedingt eventuell blockiert. Durch Erarbeitung der damit verbundenen Werte (z.B. körperlich aktiv sein, seine Leistung mit anderen messen, in der Natur sein), lassen sich eher Alternativen finden, wie diese Werte in konkretes Handeln umgesetzt werden können.

4.2.3. Kognitive Defusion

Eine besondere Berücksichtigung findet in ACT die Verstrickung mit unserem sprachlich-rationalen Denken, die uns von wertorientiertem Handeln abhalten kann, vor allem indem wir Gedanken mit der Wirklichkeit gleichsetzen (Fusion). Einschränkende Sätze wie zum Beispiel „Ich schaff' das nicht!“ oder „Ich würde ja gerne spazieren gehen, aber ich habe Schmerzen!“ werden dabei nicht wie in der kognitiven Verhaltenstherapie überprüft oder versucht durch hilfreiche Kognitionen zu ersetzen. Vielmehr zielt ACT darauf ab, dass der Patient erkennen kann, was diese Gedanken tatsächlich sind – nämlich Gedanken und nicht die Realität. Wir sind daher nicht gezwungen, unsere Handlungen nach ihnen auszurichten, sondern können uns quasi von ihnen abkoppeln (kognitive Defusion). Für die meisten Menschen widerspricht dies allerdings ihrer bisherigen intuitiven Auffassung. Auch hier setzt ACT nicht auf rationales Argumentieren, sondern auf direkte Erfahrungen, wofür

zahlreiche Übungen und Metaphern zur Verfügung stehen, von denen hier jedoch wieder nur beispielhaft einige wenige erwähnt werden können.

So zielen einige Übungen darauf ab, unsere Unabhängigkeit von unseren Gedanken zu zeigen, indem bewusst eine Diskrepanz zu unserem Handeln erzeugt wird (z.B. der Patient wiederholt laut immer wieder den Satz „Ich kann meinen rechten Arm nicht heben!“, während er genau dies tut). Andere Erfahrungsübungen demonstrieren, wie die Wirkung und Glaubwürdigkeit von Kognitionen sich ändern, wenn diese in verschiedener Weise in ihrer Äußerung verfremdet werden (z.B. indem diese Sätze mit hoher Mickey Mouse-Stimme oder ganz langsam gesprochen oder auch als Schlager, Operarie, Hip-Hop gesungen werden). Die einschränkende Macht der Sprache kann am Beispiel des Wortes „aber“ demonstriert werden, welches scheinbar logisch sofort einen Ausschluss von weiteren Möglichkeiten nahelegt, wie bei dem obigen Satz: „Ich würde ja gerne spazieren gehen, aber ich habe Schmerzen“ (dies funktioniert aber auch ohne Schmerzen! „... , aber es regnet“; „... , aber ich bin so müde“). Diese pseudologische Verknüpfung wird nun dadurch gelockert, indem das „aber“ durch ein „und“ ersetzt und dann die veränderte Wirkung des Satzes auf unser Erleben überprüft wird.

Es sei nochmals betont, dass es dabei nicht um eine rationale Auseinandersetzung mit dem Inhalt der Kognitionen geht. Sie müssen nicht verändert oder gar überwunden und ersetzt werden. Stattdessen begegnet man auch den Kognitionen mit einer Haltung von Akzeptanz. Die Distanzierung und Nicht-Identifikation schafft aber mehr Freiraum, das Handeln weniger an unseren wechselhaften Gedanken, sondern mehr an unseren dauerhaften Werten auszurichten.

4.2.4. Achtsamkeit, Selbst als Kontext und Commitment

Da eine ausführliche Darstellung von ACT in diesem Rahmen nicht möglich ist, seien die übrigen Module der Vollständigkeit halber nur kurz erwähnt.

Achtsamkeit wurde bereits ausführlich dargestellt. Innerhalb von ACT hat sie ihren besonderen Stellenwert unter anderem darin, dass dadurch immer wieder Kontakt mit der direkten Erfahrung hergestellt und ein Loslösen von den gedanklichen Verstrickungen erreicht werden kann.

So wie die kognitive Defusion die Flexibilität in Bezug auf unsere Gedanken erhöhen soll, zielt „Selbst als Konzept“ darauf ab, sich von allzu starren Identifizierungen mit einem „konzeptualisierten Selbst“ zu lösen, welche die Bandbreite von Erfahrungsmöglichkeiten einschränken.

Im Modul „Commitment (Selbstverpflichtung)“ werden Hilfestellungen gegeben, dass nach Erkennen der eigenen Werte wir uns auch wirklich danach ausrichten, uns diesen verpflichten und auch bei auftretenden Schwierigkeiten demgemäß handeln.

5. Evaluation

Zur Wirksamkeit liegen bereits eine große Anzahl kontrollierter Studien und auch Überblicksarbeiten vor. Eine Meta-Analyse von Veehof et al. (2011) zeigte für MBSR und ACT bei der Behandlung chronischer Schmerzen für die Outcome-Variablen Schmerz und Depression vergleichbare Ergebnisse wie die kognitive Verhaltenstherapie mit Effektstärken im mittleren Bereich. Positive Auswirkungen von Achtsamkeit auf die psychische Gesundheit zeigen sich auch in einem höheren subjektiven Wohlbefinden und besserer Lebensqualität, reduzierten psychischen Symptomen und geringerer emotionaler Belastung in Zusammenhang mit Stress und Burnout sowie einer verbesserten Verhaltenssteuerung (Keng et al., 2011).

Interessant sind auch Studien, die neuronale Veränderungen durch die Achtsamkeitspraxis nachweisen. So konnten Hölzel et al. (2011a) in einer Längsschnittstudie bei Teilnehmern an einem MBSR-Training bereits nach 8 Wochen im MRT nicht nur funktionelle, sondern auch strukturelle Veränderungen in der grauen Substanz nachweisen, die mit Lern- und Gedächtnisprozessen, Körperwahrnehmung, emotionaler Regulation und Perspektivenwechsel in Verbindung stehen.

6. Schlusswort

Achtsamkeit und Akzeptanz sind eher eine Haltung, weniger eine Technik. Als Therapeut sollte man der Versuchung widerstehen, dem Patienten immer neue Übungen vermitteln zu wollen, was die Erwartung wecken kann, es handele sich um eine weitere Copingstrategie, eine Möglichkeit oder einen Trick, vielleicht die Schmerzen „wegakzeptieren“ zu können.

Eine Haltung von Akzeptanz lässt sich nicht auf Schmerz beschränken (McCracken und Zhao-O'Brien, 2010), sondern steht im Zusammenhang zu dem allgemeinen Umgang mit negativen Erfahrungen, Gefühlen, Gedanken, Körperempfindungen etc. und dies sollte auch in der Therapie Berücksichtigung finden. Es ist nicht zu erwarten, dass ein Patient, der schon gegenüber leichten negativen emotionalen Erfahrungen ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten zeigt, in der Lage sein wird, ausgerechnet Schmerzen mit Akzeptanz begegnen zu können.

Akzeptanz ist ein schwieriger Begriff, der Missverständnisse, Ängste und Widerstände auslösen kann. Stellt man stattdessen die Frage „Wie kann ich ein erfülltes, sinnvolles Leben führen?“ an den Anfang und in den Fokus der Therapie, so wird sich das Thema „Leben mit/trotz Schmerzen – Akzeptanz?“ früher oder später zwangsläufig stellen, allerdings dann mit Ausblick und Ziel auf eine mögliche Verbesserung der Lebensqualität. Akzeptanz und Achtsamkeit stehen nicht im Widerspruch zur kognitiven Verhaltenstherapie, sondern stellen eine Ergänzung und hilfreiche Erweiterung dar.

Wie zu Beginn erwähnt, will niemand mit Schmerzen leben und diesen Zustand zu akzeptieren ist schwierig. Gerade bei diesem Thema dürfte in der therapeutischen Arbeit ein besonderes Eingehen auf den Patienten sowie ein entsprechend sensibles und langsames Vorgehen umzusetzen sein, vergleichbar mit der Haltung, wie es Max Frisch einmal formuliert hat: „Man sollte die Wahrheit dem anderen hinhalten wie einen Mantel, dass er hineinschlüpfen kann und nicht wie ein nasses Tuch um den Kopf schlagen!“

Literatur

- DAHL, J. C., WILSON, K. G., LUCIANO, C. & HAYES, S. C. (2005). Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain. Reno: Context Press.
- DAHL, J. C. & LUNDGREN, T. (2006). Living Beyond Your Pain. Using Acceptance and Commitment Therapy to Ease Chronic Pain. Oakland: New Harbinger Publications.
- GERMER, C., SIEGEL, R. & FULTON, P. (2009). Achtsamkeit in der Psychotherapie. Freiamt im Schwarzwald: Arbor-Verlag.
- GREPMAIR, L., MITTERLEHNER, L., LOEW, T., BACHLER, E., ROTHER, W. & NICKEL, M. (2007). Promoting Mindfulness in Psychotherapists in Training Influences the Treatment Results of Their Patients: A Randomized, Double-Blind, Controlled Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 332-338.
- HAYES, S. C., STROHSAHL, K. D. & WILSON, K. G. (1999) Acceptance and Commitment Therapy – An Experiential Approach to Behaviour Change. New York: Guilford.
- HÖLZEL, B. K., CARMODY, J., VANGEL, M., CONGLETON, C., YERRAMSETTI, S. M., GARD, T. & LAZAR, S. W. (2011a). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res.*, 191, 36-43.
- HÖLZEL, B. K., LAZAR, S. W., GARD, T., ZEV, S.-O., VAGO, D. R. & OTT, U. (2011b). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 537-559.
- KABAT-ZINN, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*, 4, 33-47.
- KENG, S.-L., SMOSKI, M. J. & ROBINS, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31, 1041-1056.
- LEHRHAUPT, L. & MEIBERT, P. (2010). Stress bewältigen mit Achtsamkeit. Zu innerer Ruhe kommen durch MBSR. München: Kösel-Verlag.
- MC CRACKEN, L. M. (2005). Contextual Cognitive-behavioral Therapy for Chronic pain. *Progress in Pain Research and Management*, 33.
- MC CRACKEN, L. M. & ECCLESTON, C. (2006). A comparison of the relative utility of coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. *European Journal of Pain*, 10, 23-29.
- MC CRACKEN, L. M. & ZHAO-O'BRIEN, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than pain itself. *European Journal of Pain*, 14, 170-175.
- SEGAL, Z. V., WILLIAMS, J. M. G. & TEASDALE, J. D. (2008). Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression. Tübingen: dgvt-Verlag.
- STAHL, B. & GOLDSTEIN, E. (2010). Stressbewältigung durch Achtsamkeit. Das MBSR-Praxisbuch. Freiburg im Breisgau: Arbor-Verlag.
- VEEHOF, M. M., OSKAM, M.-J., SCHREURS, K. M.-G. & BOHLMMEIJER, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152, 533-542.
- WENGENROTH, M. (2008). Das Leben annehmen – So hilft die Akzeptanz- und Commitmenttherapie. Bern: Huber-Verlag.
- WENGENROTH, M. (2012). Therapie-Tools. Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT). Weinheim, Basel: Beltz-Verlag.
- ZARBOCK, G., AMMANN, A. & RINGER, S. (2012). Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater. Weinheim: Beltz Verlag.

Autor

Dr. Dipl.-Psych. Joachim Korb

Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Spezielle Schmerzpsychotherapie, Klinische Hypnose (MEG), Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie, 20-jährige klinische und wissenschaftliche Tätigkeit (Gruppen- und Einzeltherapie) im DRK Schmerz-Zentrum Mainz, Dozent und Supervisor in Fort- und Weiterbildung, 30 Jahre Meditationspraxis (Zen- und Vipassana-Meditation)



DRK Schmerz-Zentrum Mainz
Auf der Steig 16
D-55131 Mainz
Telefon: +49 (0) 6131 988955
joachim.korb@drk-schmerz-zentrum.de