

Im Gegensatz zu den somatoformen Schmerzen (die zu den psychosomatischen Erkrankungen gerechnet werden) gibt es bei der chronischen Schmerzerkrankung eine körperliche Verursachung des Schmerzerlebens, das in seinem Ausprägungsgrad aber weder für die Intensität noch für die Dauer der Schmerzerkrankung als ursächlich angesehen werden kann. Anhaltende Schmerzen, egal ob in erster Linie körperlich oder seelisch bedingt, führen zur einer erhöhten Cortisolausschüttung. Die Messung der Cortisolkonzentration ist heutzutage durch eine Haaranalyse leicht möglich (Nater et al. 2013). Die anhaltend erhöhte Cortisolausschüttung ist einer der Gründe für Degenerationsprozesse im limbischen System. Wie in keinem anderen Bereich sind bei der Schmerzerkrankung psychische und somatische Prozesse miteinander verknüpft und können sich negativ wie positiv gegenseitig verstärken. D. h. chronische Schmerzen führen u. a. zu einer depressiven Symptomatik, die wiederum das Schmerzerleben steigert. Schmerz, als Ausdruck nicht gelöster seelischer Konflikte, führt zu einer verstärkten Schmerzsensibilität, damit zu einer Verstärkung der Schmerzwahrnehmung und einer schlechten psychischen Grundverfassung. Therapeutische Interventionen, und hier insbesondere das therapeutische Klettern, können – in einem individualisierten Rahmen – zu einer Normalisierung der gestörten Cortisolausschüttung führen. Neuroregenerative Vorgänge im limbischen System werden initiiert. Auf die Ausschüttung verschiedener, die Schmerzschwelle anhebende neuroaktive Substanzen habe ich bereits in Kapitel 2 hingewiesen. Auf psychologischer Ebene erhöht das therapeutische Klettern wie kaum ein anderes bewegungstherapeutisches Verfahren das Selbstwirksamkeitsgefühl des Patienten. Patienten, die sich ihrem immer wiederkehrenden und scheinbar unbeeinflussbaren Schmerzerleben hilflos ausgeliefert fühlten, erfahren eine Wendung zum Positiven. Dies ist der erste Schritt, wieder aktiv Zugriff auf das Schmerzerleben zu bekommen.

5.6 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Diese Erkrankung wird im ICD-10 wie folgt beschrieben:

„Die Betroffenen waren einem kurz oder lang anhaltendem Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde, ausgesetzt.“ (Dilling et al. 2016, 136)



Die Symptomatik ist gekennzeichnet durch Flashbacks (Nachhallerinnerungen), Intrusionen, sich wiederholende Träume, Vermeidungsverhalten, erhöhte Reizbarkeit, Wutausbrüche, Konzentrationsstörungen, Übererregbarkeit und Schlafstörungen.

In früheren Auflagen der ICD-10 wurden als Beispiele Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophen, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall, Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderer Verbrechen zu sein, genannt. Eine PTBS ist eine schwere psychische Erkrankung, die un- oder falsch behandelt in eine chronische und tiefgreifende Persönlichkeitsstörung übergehen kann. Zum Leidwesen der Betroffenen ist die PTBS zu einer „Mainstream-Diagnose“ geworden. D. h. schon bei geringen Traumata (Beule an der Stirn, da Patient aus Unachtsamkeit gegen eine Glastür gelaufen war) wird eine PTBS diagnostiziert, es folgen z. T. langjährige, frustrierte ambulante oder stationäre Behandlungen. → **Komorbiditäten** und psychische Vorerkrankungen werden außer Acht gelassen, therapeutisch wird einzig auf die Aufarbeitung des angeblichen Traumas fokussiert. Bei Erfolglosigkeit wird der erkrankte Mensch zu anderen Therapeuten oder in die Klinik abgeschoben. Wie keine andere Erkrankung zeigt sich in der Behandlung der PTBS noch ein ausgeprägter Schulenstreit, d. h. es finden sich Gegner der wichtigen psychopharmakologischen Begleitbehandlung und Verfechter der „reinen“ Lehre (egal ob tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch begründet). Trotz anhaltender, schwerer und für den Betroffenen sehr belastender Symptomatik wird diesem oftmals vermittelt: „Wenn Sie ein Psychopharmakon einnehmen, können wir Ihr Trauma nicht aufarbeiten“. Dies geht soweit, dass bei Frauen, die unter einer psychischen Symptomatik leiden, leider zu häufig gemutmaßt und ihnen damit suggeriert wird, dass bei Ihnen vielleicht ein sexueller Missbrauch vorliege, den Sie jedoch nicht mehr erinnern. Diese Voreingenommenheit schadet Menschen, die an einer echten PTBS leiden und denen, deren psychische Erkrankung andere Ursachen hat (Lukowski 2015; Dressing/Foerster 2014). Die PTBS kann, wie eine chronische Depression, zu Zellzerstörungen im Hippocampus führen (Kap. 2). Deshalb profitieren die Betroffenen von allen therapeutischen Maßnahmen, die auch auf organischer Ebene nachweisbare Effekte erzielen, z. B. Psychotherapie, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), Psychopharmakotherapie und Bewegungstherapie. Die Betroffenen leiden zentral unter dem Gefühl, einer äußerst bedrohlichen Situation völlig hilflos ausgeliefert zu sein. Diese Situation und die immer wiederkehrenden Erinnerungen daran führen zu einer Überaktivierung des Furchtzentrums und stärkeren Engrammierung des

Geschehens. Die Klettertherapie ist hier ein hervorragendes Medium, in einem abgesicherten, jedoch risiko-behafteten Rahmen, Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeitsgefühl und Handlungs- und Situationskontrolle wieder aufzubauen und zu stärken:

BEISPIEL

Frau L., 35 Jahre, seit 15 Jahren als Rettungsassistentin tätig. In dieser Zeit war sie wiederholt an Unfallschauplätzen mit schwer-, mehrfach und tödlich verletzten Menschen tätig. Sie war jedoch immer der Meinung, „robust“ zu sein und das gut wegzustecken. Nach einem Unfall an einem unbeschränkten Bahnüberfall bargen Frau L. und ihr Team ein grauenvoll verstümmeltes Kleinkind aus dem beteiligten PKW, das noch an der Unfallstelle verstarb. Bereits wenige Tage später stellten sich bei ihr massive Ein- und Durchschlafstörungen, Albträume (auch bezüglich früherer Rettungseinsätze), Intrusionen, Gereiztheit, Überempfindlichkeit mit Gefühlsausbrüchen, Attacken von Gefühlen völliger Hilflosigkeit, absoluter innerer Leere und Erschöpfung, im Wechsel mit einer quälenden, unproduktiven Hyperaktivität ein. Die Patientin wurde in einem → [Traumazentrum](#) mittels traumazentrierter Psychotherapie und EMDR behandelt. Dies führte zu einer Reduktion der Symptomatik um ca. 30%. Die schweren Schlafstörungen blieben unbeeinflusst. Im Vordergrund standen weiterhin Hypernervosität, Hilflosigkeit und Erschöpfung. Nach Ansetzen einer geringen Dosis von Mirtazapin (eines schlafanstoßenden und -vertiefenden Anti-Depressivums) verbesserte sich der Schlaf deutlich, die Nervosität, die ständige Gereiztheit und die Überempfindlichkeit nahmen ab. Mit Frau L. wurden die Möglichkeiten einer Klettertherapie besprochen. Als „Bewegungsmensch“, wie sie sich selber bezeichnete, war die Patientin dazu sehr motiviert. Bereits an der Boulderwand fiel aber auf, dass sich Frau L., ein sportlicher Typ, bereits bei einfachen Bewegungsaufgaben ca. eineinhalb Meter über dem Boden verkrampfte und fast bewegungsunfähig wurde. Sie berichtete, schon bei dieser geringen Höhe unter Angstattacken zu leiden, hier die Kontrolle zu verlieren und „abzustürzen“. Daraufhin wurden mit der Patientin nur einfache Querboulder, Tritte nur wenige Zentimeter über den Weichbodenmatten, durchgeführt. An einer fest installierten Toprope-Station konnte sie sich in Seil setzen und ausgiebig schaukeln. Hier war es in der zweiten Klettereinheit möglich, den Abstand zum Boden auf zwei Meter zu erhöhen, ohne dass es zu Angstattacken kam. Gemeinsames Schaukeln (s. Abb. 21) wurde fester Bestandteil jeder Klettereinheit. Im Boulderraum wurden zusätzlich Körperspürübungen nach

der → [Feldenkrais-Methode](#) durchgeführt. Es zeigte sich, dass die Patientin, die Hallenzeiten eher dazu nutzte, ins therapeutische Gespräch zu kommen, also von diesem „normalen“ Gesprächssetting profitierte. Sie schilderte sich als einen Menschen, der noch nie in seinem Leben ernsthaft krank gewesen sei. Arztbesuche und die Behandlung in den Therapieräumen der Traumazentren seien ihr ein Gräuel, da habe sich alles immer um den letzten Unfall gedreht. Aufgrund ihrer schweren Schlafstörungen habe sie sich auf nichts konzentrieren können. Seit sie wieder besser schlafe, komme sie wieder zum Nachdenken. Durch den letzten schweren Unfall mit dem toten Kind habe sie zum ersten Mal die eigene Verletzlichkeit gespürt. Frustrierende Erlebnisse und belastende Situationen habe sie bisher immer mit Aktivität und einer handlungsorientierten Einstellung kompensiert. Dies sei ihr auf einmal nicht mehr möglich gewesen. Sie habe sich immer stark und „unverwundbar“ gefühlt. Seit dem Unfall denke sie oft an den Tod des eigenen Vaters vor sechs Jahren. Dieser hat an einer → [infausten](#) Krebserkrankung gelitten. Es sei alles versucht worden, der Krebs habe sich nicht aufhalten lassen. Sie erinnere jetzt, schon damals für einige Tage an einem Gefühl frustrierender Hilflosigkeit und innere Leere gelitten zu haben. Der Rettungsdienst habe ihr jedoch keine Zeit gelassen (oder sie wollte sich diese nicht nehmen), sich damit wirklich auseinandersetzen. Sie müsse nun ernsthaft darüber nachdenken, ob sie ihren Beruf weiter ausüben wolle. Zusammen mit ihrem Partner gebe es schon lange einen Kinderwunsch, dafür sei aber auch nie Zeit gewesen und sie überlege, eine Umschulungsmaßnahme zu beantragen. Die innere Ruhe, die sie für diese Überlegungen brauchte, konnte sie gut nach den einfachen Boulder-, Schaukel- und Körperspürübungen finden.

Mehr war nicht nötig.



Abb. 21: Gemeinsames Schaukeln hilft bei jeder ausgeprägten psychischen Symptomatik.

5.7 Schizophrenie

Wesentliche Diagnosekriterien nach ICD-10, auszugsweise:

- Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder -entzug, Gedankenausbreitung.
- Kontroll-, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken oder Empfindungen, Wahnwahrnehmung.
- Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten oder sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen. ►