

1. Einführung

Schmerz ist ein radikales Scheitern der Sprache.

(David Le Breton 2003, S. 40)

Den Schmerz kenne ich aus zwei Perspektiven: zum einen aus der Perspektive der Psychologin, insbesondere während meiner langjährigen Arbeit mit Hirntumorpatienten, zum anderen aus der Perspektive der persönlich Betroffenen – nach drei Operationen an der Lendenwirbelsäule. Mein Schmerz verbirgt sich hinter folgender Diagnose im Krankenblatt: „Nucleotomie L5/S1 mit nachfolgendem Postdiskotomiesyndrom infolge narbiger Wurzelkompression, Arachnopathie und Instabilität der caudalen Segmente. Doppelseitige Radikolyse mit anschließender transpediculärer Spondylodese. Sanierung einer Arachnoidalzyste mit Durariss.“

In den letzten Jahren wächst die Literatur zum Verständnis sowie zur Bewältigung von Schmerz aus medizinischer und psychologischer Sicht. Berichte über das Leben mit chronischen Schmerzen aus der Sicht von *Betroffenen* sind selten. Besonders eindrücklich sind die Notizen von Alphonse Daudet (1840 – 1897) über seine Schmerzen im Endstadium der Syphilis.¹ In autobiographischen Schilderungen anderer unheilbar Erkrankter geht es nicht so sehr um den Schmerz, als vielmehr um die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des eigenen Lebens (z.B. Digelmann 1981, Hammerman & Nieraad 2005, Noll 1984, Wander 1981, Wilber 1994). Wenn die Schmerzen stärker werden, hört der Bericht der Betroffenen auf. Manchmal wird er fortgesetzt von Angehörigen oder Freunden. Das aber heißt, anhaltend starker Schmerz wird überwiegend aus der *Außenperspektive* beschrieben. Doch manches – der Schmerz gehört dazu – sieht von außen betrachtet *anders* aus als von innen heraus *erlebt*.

Die Wahrheit über den Schmerz gibt es nicht. Jeder Mensch geht von einer anderen ‚Wahrheit‘ über ihn aus. Seit die Aufklärung die *Relativität von Wahrheit* und Johann Martin Chladenius (1710 – 1759) die Bedeutung des *Sehepunktes* entdeckt hat, lässt sich nicht mehr so einfach behaupten: ‚Das ist falsch, das ist richtig‘. Weil jedes Urteil immer auch eine Frage des *Standpunktes* ist, weil jede Wahrnehmung und jede Bewertung eines Ereignisses immer auch abhängig ist von der inneren und äußeren Beschaffenheit des Betrachters – von seinem „Sehepunkt“, wie Chladenius sagt: „Der Sehepunkt ist der innerliche und äußerliche Zu-

¹ Veröffentlicht wurde das Buch in Frankreich erst 1930 (unter dem Titel „La Douleur“), in Deutschland 2003 (unter dem Titel „Im Land der Schmerzen“).

stand eines Zuschauers, in so ferne daraus eine gewisse und besondere Art, die vorkommenden Dinge anzuschauen und zu betrachten, flüßet“ (in: Schödlbauer 1996, S. 36). Der „innerliche und äußerliche Zustand“ von Menschen, die hin und wieder an Kopf-, Zahn- oder Rückenschmerzen leiden, ansonsten jedoch ein schmerzfreies Leben führen, unterscheidet sich vom Zustand derer, die anhaltend starke Schmerzen haben. Ihr „Sehepunkt“ ist ein anderer und damit auch ihre Einschätzung des Schmerzphänomens.

Ein weiterer Aspekt, der bei der Beschreibung starker Schmerzen beachtet werden muss, bezieht sich auf die *Sprache*, genauer: auf die *Grenzen* der Sprache. Seit der Antike beschäftigen sich Philosophen, Dichter und Sprachwissenschaftler mit der Frage nach der Beziehung zwischen Sprache und Wirklichkeit. In modernen Sprachtheorien wird die Auffassung vertreten, dass Sprache nicht der Erkenntnis von Wahrheit dienen kann, da in den Wörtern nicht die Dinge selbst zum Ausdruck kommen, sondern lediglich die *Vorstellungen*, die wir uns von diesen Dingen machen. Nicht alles Erlebte lässt sich der Sprache unterwerfen. Erfahrungen wie z.B. Liebe, Hass, Trauer, Verzweiflung sind dem sprachlichen Zugriff entzogen. Ebenso der Schmerz. Der Schmerz ist ein höchst persönliches Erlebnis, das sich jedem Bemühen, sein Wesen und seine Stärke mitzuteilen, entzieht.

Schmerzen konfrontieren uns nicht nur mit den Grenzen der Sprache, sondern auch mit den *Grenzen menschlicher Handlungsmöglichkeiten*. Sie konfrontieren uns mit unserer materiellen Existenz, unserer Hilflosigkeit und ‚Zerbrechlichkeit‘ – trotz aller Fortschritte in Medizin und Pharmakotherapie. Von einem möglichen Scheitern dem Schmerz gegenüber ist in der modernen Schmerztherapie bisher nur selten die Rede. Im Gegenteil: Betont werden Kontroll- und Einflussmöglichkeiten, während Hilflosigkeitserfahrungen vor allem als individuelles Problem des Betroffenen aufgefasst werden, das er durch so genannte „Bewältigungskognitionen“ nach Möglichkeit ‚in den Griff‘ bekommen sollte. Begriffe wie „Schmerzbewältigungsprogramm“, „Schmerzbewältigungstraining“, „Behandlungsverfahren zur Schmerzkontrolle“ wecken Erwartungen, die bei vielen Patienten kaum oder gar nicht erfüllt werden können.² Beispielsweise bei Patienten, die an schmerzbezogenen Schädigungen leiden, die nicht mehr zu beheben sind oder sogar noch zunehmen können (etwa bei degenerativen Erkrankungen oder metastasierenden Krebserkrankungen). Die meisten psychologischen Ratgeber zum Thema „Schmerz“ suggerieren die Vorstellung, dass wir unsere Schmerzen positiv beeinflussen können, sofern wir nur wirklich wollen, ihre Bot-

² Aus Gründen leichter Schreib- und Lesbarkeit verwende ich im Folgenden die *männliche* Form als die *verallgemeinernde* Redewendung - und bitte Leserinnen und Leser darum, sich zu vergegenwärtigen, dass mit dem Begriff „Patienten“ sowohl *Patienten* als auch *Patientinnen* gemeint sind, mit dem Begriff „Therapeuten“ sowohl *Therapeuten* als auch *Therapeutinnen*.

schaft verstehen, seelische Fehlhaltungen aufgeben, unsere Muskeln stärken, uns ausreichend bewegen – kurz: unser Leben ändern. So richtig diese Empfehlungen im Einzelfall auch sein mögen – eine solche Literatur kann mitunter *falsche* Hoffnungen wecken und Menschen in tiefe Verzweiflung stürzen, wenn die Schmerzen trotz verschiedenster Behandlungsmaßnahmen und höchster persönlicher Anstrengung nur geringfügig gelindert werden können.

Im Folgenden soll ein **Konzept psychologischer Begleitung von Schmerzpatienten** entwickelt werden, das auch die ‚dunkle Seite‘ des Schmerzes einbezieht. Die Frage „Wie können Schmerzen kontrolliert und bewältigt werden“ wird ersetzt durch die Frage: „*Wie kann dieser individuelle Mensch in seiner konkreten Situation lernen, mit seinem Schmerz zu leben?*“ Das Bemühen um eine Antwort auf diese Frage ist unabhängig von Ursache, Art und möglicher Linderung der Schmerzen. Das Konzept wird sowohl von meiner *Außensicht* als Psychologin als auch von meiner *Innensicht* als Schmerzpatientin bestimmt. Meine persönliche Sicht wird ergänzt durch Äußerungen von Schmerzpatienten, die ich als Therapeutin sowie als Mitpatientin kennen gelernt habe, darüber hinaus durch Zitate von Schriftstellern, Dichtern und Philosophen über ihre persönlichen Schmerzerfahrungen. Der Kerngedanke des Konzepts besteht darin, dem Schmerz gegenüber weder zu resignieren noch von seiner Kontrollierbarkeit auszugehen, ihn vielmehr als Bestandteil unserer Existenz zu respektieren, mit dem es zu leben gilt.

Zielsetzungen und konkretes Vorgehen im Rahmen einer jeden Therapie werden entscheidend vom Welt- und Menschenbild beeinflusst, das dem jeweiligen therapeutischen Ansatz zugrunde liegt. Der *erste (überwiegend theoretische) Teil* des Buches beginnt deshalb mit **ethischen und anthropologischen Einstellungen**, die als Grundlage einer psychologischen Begleitung von Schmerzpatienten verstanden werden. Diese therapeutischen Positionen werden in zum Teil deutlicher Abgrenzung von Einstellungen diskutiert, wie sie den verhaltenstherapeutisch orientierten Schmerzbewältigungsmodellen zugrunde liegen. Die unterschiedlichen Positionen werden konkretisiert und verdeutlicht im Zusammenhang mit Fragen, die für jeden Schmerzpatienten von Bedeutung sind, auch wenn er sie nicht immer explizit thematisiert: **die Frage nach dem Sinn von Leiden und Schmerz, die Frage nach der Kontrollierbarkeit von Schmerzen, die Fragen nach Gott und dem Tod.**

Im Anschluss an die Diskussion dieser Fragen wird die **Situation von Schmerzpatienten** beschrieben, wobei ich mich auf drei Problembereiche beschränke, von denen fast alle Schmerzpatienten betroffen sind: **Einsamkeit, Psychopathologisierung und Autonomieverlust.** Jeder Schmerztherapeut sollte über eine ausreichende Kenntnis dieser Aspekte verfügen, denn was das Leben mit dem Schmerz oft so schwer macht, ist nicht nur die Erkrankung bzw. der Schmerz an sich, sondern die *Lage*, in der sich der Patient seit seiner Erkrankung befindet.

Die möglichen Auswirkungen dieser Lage werden vor dem Hintergrund zweier theoretischer Modelle diskutiert: der **Rollentheorie** von Jakob L. Moreno sowie des **Hilflosigkeitskonzepts** von Martin E. P. Seligman. Beide Modelle tragen zu einem vertieften Verständnis der Reaktionen von Schmerzpatienten bei. Auch lassen sich aus beiden Ansätzen therapeutische Implikationen ableiten, die sowohl den beschriebenen ethischen Grundpositionen entsprechen als auch wesentliche Aspekte der Situation von Schmerzpatienten berücksichtigen.

Anschließend werden die **neuronalen Grundlagen** von Schmerzen beschrieben sowie die jüngsten Erkenntnisse der Neurowissenschaften über das Zusammenspiel von Körper und Geist. Neurophysiologische Erkenntnisse sollten bei der Therapie von Schmerzpatienten allein schon deshalb berücksichtigt werden, weil sie vor einseitiger Psychologisierung bewahren und Hinweise dafür geben, mit welchen Interventionen die naturgegebenen Fähigkeiten des Menschen zur Selbstregulation unterstützt werden können.

Aus dem eingangs beschriebenen Welt- und Menschenbild und der Situation von Schmerzpatienten zum einen, aus den theoretischen Überlegungen und neurobiologischen Erkenntnissen zum anderen werden **Leitlinien** für eine psychologische Begleitung abgeleitet. Diese sind nicht als Erwartungsnorm zu verstehen, sondern als *Orientierungshilfen* im Hinblick auf das übergeordnete Ziel, dem Patienten dabei zu helfen, sich mit sich selbst und seinem Schmerz auszusöhnen sowie mit einer Welt, die nicht nur Gesundheit und Glück, sondern immer auch Krankheit, Schmerzen und Tod enthält.

Der *zweite (überwiegend praktische) Teil* des Buches beginnt mit der Problematik einer **Verständigung über den Schmerz**. Das Schmerzerleben selbst entzieht sich objektiver Messung und Definition. Im Rahmen moderner Schmerztherapie sind verschiedene Skalen, Eigenschaftswörterlisten, Fragebögen und Schmerztagebücher entwickelt worden, um Intensität und Qualität der Schmerzen zu erfassen. Für die *therapeutische* Begegnung mit dem Patienten erscheinen jedoch vor allem *Bilder, Vergleiche, Metaphern* hilfreich. Bildhafte Umschreibungen liefern wertvolle diagnostische und therapeutische Anhaltspunkte, können sowohl zur Verständigung über den Schmerz genutzt werden als auch zur Entwicklung von Möglichkeiten, wie der Betroffene mit ihm umgehen kann.

Im Anschluss daran werden **therapeutische Grundprinzipien** bei der psychologischen Begleitung von Schmerzpatienten diskutiert. Diese orientieren sich nicht an einer bestimmten Therapie-Schule, sondern am *Patienten*. Bei aller Individualität gibt es einige *Grundbedürfnisse*, die bei allen Menschen vorhanden sind und auch im Rahmen einer Therapie berücksichtigt werden sollten. Ihre Verletzung verschlechtert, ihre Befriedigung verbessert das seelisch-körperliche Wohlbefinden. Gemeint sind die Bedürfnisse nach *Selbstwerterhöhung und Achtung, Selbstverwirklichung und autonomer Lebensführung, Sicherheit und Orientierung, emotionaler Nähe und Zuwendung*. Aus diesen Bedürfnissen werden fol-

gende *Therapeutenmerkmale* abgeleitet: *Standhalten* und *Einfühlung*, *Wertperspektive* und *Förderung von Autonomie, Echtheit und Verlässlichkeit*, *Wertschätzung* und *Mitgefühl*. Möglichkeiten zur Verwirklichung dieser Therapieprinzipien werden veranschaulicht und begründet – mit Verweis auf die Situation von Schmerzpatienten zum einen, auf die jüngsten Erkenntnisse der Neurowissenschaften zum anderen.

In einem weiteren Kapitel werden **konkrete Interventionen** dargestellt, mit denen die therapeutischen Grundpositionen in praktisches Handeln umgesetzt werden können. Indikation und Auswirkungen werden begründet und zu den zuvor entwickelten Leitlinien einer psychologischen Begleitung von Schmerzpatienten in Beziehung gesetzt.

Ein **transkribierter Gesprächsausschnitt** veranschaulicht den Einsatz einiger der beschriebenen Grundhaltungen und Interventionen im Verlauf eines Erstgesprächs mit einem Schmerzpatienten.

Abschließend wird die **Rolle des Therapeuten** bei der Begleitung von Schmerzpatienten reflektiert. Äußere und innere Belastungen vor, während und nach einer Therapie werden diskutiert – vor allem im Hinblick darauf, wie ihnen begegnet werden könnte.

Die *Zitate* unter den einzelnen Kapitelüberschriften sind als *Kurzzusammenfassungen* der jeweils diskutierten Inhalte zu verstehen.

2. Weltanschauung und Menschenbild

Ich wollte herausfinden, was Wissen wert ist und ob der Mensch die Ursachen dessen, was auf der Erde geschieht, begreifen kann. Aber ich musste einsehen: Ein Mensch kann das, was Gott tut und was er unter der Sonne geschehen lässt, niemals in seinem Zusammenhang wahrnehmen, selbst wenn er Tag und Nacht kein Auge zumacht. Mag er sich noch so abmühen, den Zusammenhang der Dinge durchschaut er nicht. Und wenn ein Philosoph es anders behauptet, dann irrt er.
(Kohélet 8, 16 – 17)

Wie ein Mensch mit seinen Schmerzen umgeht, ist weitgehend von seiner persönlichen Weltanschauung abhängig, vom Sinn, dem er seinem Leben im Allgemeinen und seinen Schmerzen im Besonderen gibt. Menschen beispielsweise, die den Schmerz als Bestandteil des Lebens akzeptieren, haben eine wesentlich höhere Toleranzschwelle als Betroffene, die davon ausgehen, dass Schmerzen im Grunde nicht sein dürfen:

„Die einen halten das Leben ohnehin für mühevoll und lassen als unumgänglich betrachtete körperliche Beeinträchtigungen klaglos über sich ergehen; die anderen erklären die gleichen körperlichen Zustände für unerträglich und bekämpfen sie mit allen ihnen zur Verfügung stehenden medizinischen Mitteln. Schmerz ist keine bloße Gegebenheit, sondern die menschliche Folge einer Sinngebung, die ein spezifisches Verhalten nach sich zieht“ (Le Breton 2003, S. 155).

Die enge Verbindung zwischen Sinngebung und Verhalten zeigt sich auch bei Ärzten und Psychologen. *Wie* sich diese gegenüber Schmerzpatienten verhalten, wird entscheidend von ihrer persönlichen Einstellung gegenüber dem Phänomen „Schmerz“ bestimmt. Die gleiche therapeutische Technik kann höchst unterschiedlich durchgeführt werden – je nach Sinngebung und Wertesystem des Therapeuten. Nicht im ‚Was‘ bestimmter Methoden, sondern im ‚Wie‘ ihrer Anwendung liegt das Geheimnis ihrer Wirkung. Wobei dieses ‚Wie‘ im Welt- und Menschenbild des jeweiligen Therapeuten verankert ist. Bevor also die Frage nach den Methoden einer psychologischen Begleitung von Schmerzpatienten diskutiert werden kann, sind *anthropologische und ethische Grundpositionen* zu reflektieren, die im Zusammenhang mit dem Thema *Schmerz* von Bedeutung sind.

2.1. Die Frage nach dem Sinn

O ja, ich glaube sehr wohl dass das Leben einen Sinn hat. Allerdings glaube ich auch, dass dieser Sinn für jeden Menschen anders aussieht, dass jeder Mensch den Sinn, den sein eigenes, ganz speziell nur von ihm und keinem anderen zu lebendes Leben in sich birgt, nur selbst suchen und finden kann.
(Walter Jens, in: Zwerenz 2004)

Trotz zunehmender Publikationen zur Diagnostik und Therapie von Schmerzen in den beiden letzten Jahrzehnten sind viele Fragen zum Wesen des Schmerzes nach wie vor ungeklärt. Dies zeigen allein schon die vielen Versuche, Schmerz zu definieren. In Fachbüchern zum Thema **Schmerz** wird überwiegend die **Definition** durch die International Association for the Study of Pain (IASP) zitiert: „Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer tatsächlichen oder potenziellen Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (in: Zimmermann 2004, S. 17). Diese Konzeptualisierung des Schmerzes wird vor allem deswegen kritisiert, weil sie „den Schmerz einseitig als Erleben“ definiert und „nicht zwischen akutem und chronischem Schmerz“ unterscheidet (Kröner-Herwig 2004 b, S. 4).

Der **akute Schmerz** ist *zeitlich begrenzt*. Seine Ursache ist bekannt und kann in der Regel durch Verhaltensweisen des Betroffenen selbst oder durch bestimmte Behandlungsmaßnahmen beseitigt werden, so dass Schmerzfremheit wieder hergestellt wird. Der Sinn akuter Schmerzen besteht in ihrer *Schutz- und Warnfunktion*: Sie dienen der körperlichen Unversehrtheit des Organismus. Menschen, die an einer angeborenen Schmerzunempfindlichkeit leiden, haben meist nur eine kurze Überlebensdauer, da Körpersignale fehlen, die sie vor Fehl- und Überbelastungen oder vor schädigenden äußeren Reizen warnen könnten. Leprakranke zum Beispiel verlieren deshalb ihre Finger und Zehen, weil sie bei einer Verletzung oder übermäßigen Beanspruchung ihrer Extremitäten keinen Schmerz empfinden.

Vom akuten Schmerz unterschieden wird der **chronische Schmerz**. Der chronische Schmerz ist *anhaltend* oder *immer wiederkehrend*.³ Die Ursache ist entweder unbekannt bzw. vielschichtig oder aber bekannt, kann aber weder durch Reaktionen des Betroffenen selbst noch durch therapeutische Maßnahmen beseitigt werden. Der Schmerz ist vom Symptom zur eigenständigen Krankheit geworden. Ziel der Behandlung ist nicht mehr Schmerzfremheit, sondern *Schmerz lindern*: Beim Übergang von einem akuten zu einem chronisch andauernden oder einem chronisch wiederkehrenden Schmerz spielen nach derzeitigem Wissens-

³ Der Begriff „chronisch“ ist aus der lateinischen Bezeichnung *morbus chronicus* = *anhaltende Krankheit* entlehnt - „eine Bezeichnung, die langwierige Krankheiten von akuten Krankheiten unterscheidet“ (Kluge 1999, S. 155).

stand sowohl biologische, psychologische als auch soziale Faktoren eine Rolle, wobei - je nach fachlicher Orientierung des Autors - mal mehr die biologischen Mechanismen, mal mehr die psychologischen und/oder sozialen Aspekte betont werden. Der Begriff „chronischer Schmerz“ bezieht sich auf ein breites Spektrum von leichten Beeinträchtigungen bis hin zu schweren Erkrankungen verbunden mit massiven Behinderungen der körperlichen (u.U. auch geistigen) Leistungsfähigkeit. Um das Ausmaß der Schmerzchronifizierung klassifizieren zu können, sind verschiedene Modelle entwickelt worden. Am bekanntesten ist „Das Mainzer Stadienkonzept des Schmerzes“ nach Gerbershagen (vgl. Hasenbring & Pflingsten 2004, S. 114 ff.). Im vorliegenden Text wird die Bezeichnung *chronisch* immer dann verwendet, *wenn ein Schmerz nicht mehr beseitigt, bestenfalls gelindert werden kann, wenn die Grenzen sowohl der persönlichen Beeinflussbarkeit als auch der medizinisch/pharmazeutischen Möglichkeiten erreicht sind.*

Anhaltende oder immer wiederkehrende Schmerzen tun nicht nur weh, sie lösen auch eine Vielzahl von Gefühlen aus – wie z.B. Angst, Trauer, Wut und Verzweiflung. Schmerz als **Wahrnehmungsinhalt** und **körperliche Missempfindung** ist das eine, Schmerz als **Leiden an der Missempfindung** das andere. Nicht immer wird das eine vom anderen unterschieden. Allein die Vielzahl der Synonyme für das Wort „Schmerz“ (z.B. Leid, Qual, Weh, Marter, Pein) zeigt die enge Verbindung von physiologischer Empfindung, emotionaler Befindlichkeit sowie damit verbundenen Vorstellungen und Bewertungen. Mit dem Begriff **Schmerzkrankheit** wird gewöhnlich der *gesamte Prozess* bezeichnet, der sich aus dem Krankheitsbild und dem persönlichen Leiden daran zusammensetzt. Der Begriff **Krankheitsbild** bezieht sich auf den *körperlichen*, mit verschiedenen Methoden *mess- und nachweisbaren Teil* der Krankheit (z.B. das Ausmaß einer Schwellung oder Muskelverhärtung, Veränderungen der Durchblutung in bestimmten Hirnarealen, usw.). Mit dem Begriff **Leiden** ist die *persönliche Erfahrung* der Krankheit gemeint. Es gibt kein Maß, womit das Leid eines Menschen objektiv bestimmt oder mit dem Leid eines anderen Menschen verglichen werden könnte. Das Leid lässt sich nicht nachweisen und nur sehr schwer erklären – und doch ist es *wirklich*. Auch ich unterscheide im Folgenden nicht immer genau zwischen den einzelnen Begriffen (die Grenze zwischen „körperlicher Missempfindung“ und dem „Leiden an dieser Missempfindung“ ist oft fließend). In erster Linie jedoch geht es mir nicht um den Schmerz als Wahrnehmungsinhalt, sondern um den *Schmerz als Leiden*.

Vor allem dann, wenn Schmerzen ihre Schutz- und Warnfunktion (zumindest vordergründig) verloren haben, stellt sich die **Frage nach ihrem Sinn** – damals wie heute, in unserer eigenen ebenso wie in anderen Kulturen. Die Sinnfrage wird nicht immer explizit gestellt, verbirgt sich aber hinter Äußerungen wie „Warum (wozu) muss ich diese Schmerzen haben?“. Der kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz der Schmerztherapie befasst sich kaum mit dieser Frage: „Es ist eine Frage, deren Ant-

wort die Wissenschaft der ‚Psychologie‘ grundsätzlich *nicht* geben kann, da sie Metaphysisches anspricht. Hier können nur die Philosophie oder die Religion Antworten versuchen“ (Kröner-Herwig 2000, S. 186). Mit der Delegation der Sinnfrage an Philosophie und Religion wird jedoch übersehen, dass ein *jeder* Mensch – sowohl der Betroffene als auch sein Therapeut – eine mehr oder minder bewusste Einstellung zu dieser Frage *hat*. Tatsächlich kann die Aufgabe des Therapeuten nicht darin bestehen, Fragen des Patienten nach dem Sinn seiner Schmerzen zu *beantworten*. Doch sollte er diesen Fragen nicht ausweichen, vielmehr den Patienten bei der Suche nach seiner *persönlichen* Antwort darauf *begleiten*. Da die individuelle Auseinandersetzung mit der Sinnfrage immer auch geprägt ist von Sinngebungsversuchen des kulturellen Umfeldes, in dem der Betroffene lebt, sollen die häufigsten Erklärungsansätze der westlichen Welt kurz reflektiert werden.

2.1.1. Sinngebungsversuche der Vergangenheit

Das Schmerzverständnis **archaischer und antiker Hochkulturen** beruht überwiegend auf magisch-religiösen Vorstellungen. Dennoch gibt es bereits damals Versuche, anatomische Strukturen für Schmerzempfindungen zu finden. In der ältesten Beschreibung – dem Papyrus Ebers, das auf Kenntnisse der 3. – 6. Dynastie (2660 – 2160 v. Chr.) zurückgeht –, werden Herz und Gefäße „als Sitz der Seele, der Gefühle und des Schmerzes angesehen“ (Müller-Busch 2004, S. 152). Auch Platon und Aristoteles betrachten das Herz als „Empfindungszentrum für Schmerz und andere Gefühle“ (ebd.). Dem hippokratischen Modell zufolge resultiert der Schmerz aus einem Ungleichgewicht der im Körper befindlichen Säfte (gelbe und schwarze Galle, Blut und Schleim). Das heißt, er wird zunehmend als ein Symptom pathologischer Mechanismen begriffen. Der *Sinn* menschlicher Leiden jedoch wird überwiegend *metaphysisch* erklärt: Im aussichtslosen Kampf gegen ein übermächtiges Schicksal muss der Mensch unterliegen. Seine Handlungen sind einem transzendenten Willen unterworfen. Der Mensch gilt lediglich als ein Vollstrecker der Absichten von höheren Mächten – von Mächten, die er nicht kontrollieren, oft nicht einmal begreifen kann. Die ausschließliche Orientierung an *metaphysischer Sinngebung* lässt natürliche Wirkkräfte wie eigenes Verschulden, zwischenmenschliche Interaktionen und gesellschaftliche Bedingungen außer Acht. Auch wenn ein bestimmtes Leiden auf menschliches Handeln zurückgeführt werden kann, richten sich die Fragen nach dem „Was?“ und „Warum?“ der Katastrophe „an Gott als die zulassende Instanz, ohne dessen Willen Gewalt und Leiden nicht statthaben können“ (Wölfel 1986, S. 59). In den Tragödien der alten Griechen ist deshalb nicht von einer ‚Untat‘ die Rede, bei der dem Helden durch das Verhalten anderer Menschen ein Leid zugefügt wird, son-

dern von einem ‚*Unglück*‘, das ihm *widerfährt* – als göttliches Verhängnis, als göttliche Bestrafung oder Prüfung.

Im **christlichen Mittelalter** behalten Schmerzen und Leiden ihren religiösen Sinn: Hinter bzw. über allem Geschehen steht der Wille Gottes, wenn auch der Himmel der griechischen Götter durch den Himmel des *einen* - des christlichen - Gottes ausgetauscht worden ist. Der Blick der leidenden Menschen wird vor allem auf das *Jenseits* gelenkt. Man ist davon überzeugt, dass hinter allem Leiden - dem göttlichen Heilsplan zufolge - die Zusage der Erlösung steht, dass irdisches Leiden aufgewogen wird durch ein besseres Jenseits. Der Sinn menschlicher Leiden wird auf zweierlei Weise erklärt: Nach dem *Schuld-Strafe-Modell* sind Krankheit und Schmerz gerechte Strafen Gottes für moralische Schuld. Dem *Bewährungs-Modell* zufolge muss sich der Held durch stoisches Aushalten seiner Schmerzen bewähren und sich der göttlichen Prüfung als würdig erweisen. In Analogie zum Leidensweg Christi wird das Ertragen körperlicher Schmerzen als Weg zur persönlichen Erlösung mystifiziert. Als entscheidend für den Umgang mit Schmerzen gilt die Kraft des Glaubens – gemäß dem Lehrsatz des Thomas von Aquin (1224 – 1274): „Der selige Genuss, der in der Beschauung göttlicher Dinge liegt, vermindert den körperlichen Schmerz, deshalb ertrugen Märtyrer ihre Qualen geduldiger, weil sie ganz in die Liebe Gottes versenkt waren“ (in: Müller-Busch 2004, S. 154). Hinter diesem Satz steht die Überzeugung, dass Schmerz durch den menschlichen Willen, d.h. durch mentale Fähigkeiten bezwungen werden kann – eine Auffassung, die im Rahmen verhaltenstherapeutisch orientierter Modelle der Schmerzbewältigung wieder an Aktualität gewonnen hat.

Zu Beginn der **Aufklärung** bleibt die religiöse Sinngebung menschlicher Leiden zunächst noch bestehen, doch interessieren nun zunehmend Fragen des *Diesseits*, in dem nur noch dasjenige gültig sein soll, was der *Verstand* als vernünftig erkannt hat (Rationalismus). Wie aber kann der Verstand die Wirklichkeit des Übels und das damit verbundene menschliche Leiden erklären? Wie kann Gott das Leiden in der Welt überhaupt zulassen? Mit der Entlastung und Rechtfertigung Gottes im Hinblick auf das von ihm zugelassene Übel befasst sich u.a. Gottfried Wilhelm Leibniz (1646 – 1716). In seinen „*Essais de Théodicée*“ bezeichnet er die bestehende Welt als „die beste aller möglichen Welten“ – weil in ihr Freiheit möglich ist (Ulfig 1999).⁴ Das Böse wird als Konsequenz dieser Freiheit betrachtet, aber auch als ein Mittel zum Zweck, schlimmere Übel zu verhindern und/oder größere Güter herbeizuführen. Der Sinn des Übels wird demnach in dem *Guten* gesehen, das durch das Übel ermöglicht wird. Diesem Erklärungsansatz entsprechen auch die Schmerztheorien des 17. Jahrhunderts, wie sie vor allem von Descartes (1596 – 1650), Spinoza (1632 – 1677) und Locke (1632 – 1704) entwickelt

⁴ Der Begriff *Theodizee* leitet sich ab aus dem griechischen *theos* = Gott und *dike* = Gerechtigkeit.

worden sind: Der Schmerz wird zunehmend als *Warnsignal* für körperliche und seelische Fehlfunktionen gesehen. Damit gilt er nicht mehr als Strafe oder als Prüfstein der Bewährung, sondern aufgrund seiner funktionellen Bedeutung als etwas *Nützliches*.

In der **zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts** weichen metaphysische und theozentrische Sinngebungen des Leidens einer zunehmend *rationalen* Begründung: Menschliches Leiden wird nicht mehr als schicksalhaft vorgegeben, sondern als natürliche Konsequenz, als *nachvollziehbare Folge* aus dem Fehlverhalten des Betroffenen erklärt. Diese Sichtweise wird begünstigt durch eine *Aufwertung des Individuums* und ein wachsendes Interesse am Charakter des Einzelnen, wobei unter dem *Charakter* eines Menschen das verstanden wird, was ihn von anderen Menschen unterscheidet, was seine unverwechselbare *Individualität* ausmacht. Subjektivismus und Individualisierung sowie die Betonung von Beobachtung, Erfahrung und Experiment (Empirismus) verstärken einen säkularen Prozess, in dem menschliches Leiden entmythisiert wird: Der Blick ist nicht mehr auf rächende oder strafende Götter gerichtet, sondern auf das menschliche Verhalten und seine Folgen. Ausgehend von der Überzeugung ‚Der Mensch bereitet sich sein Schicksal *selbst!*‘ werden die Ursachen für ein bestimmtes Leid im *Charakter* des Betroffenen gesucht. Der säkulare Anspruch auf Autonomie des Menschen ist somit verbunden mit der Betonung seiner *Selbstverantwortlichkeit*. Die Betonung der Eigenverantwortung des Betroffenen wiederum leitet über zur Frage nach seiner *Schuld*: Das Leid wird nicht mehr als von Göttern verhängt angesehen, sondern als von *Menschen* schuldhaft verursacht.

Zusammengefasst: Aufklärerische Vernunft und Aufwertung des Individuums führen dazu, dass menschliche Leiden - ohne mythisch-religiöse Rückbezüge - allein aus den Aktionen und Interaktionen des Menschen abgeleitet werden, wobei das Interesse zunächst dem *Charakter* der Betroffenen gilt. Erst später werden vermehrt auch soziale und gesellschaftliche Faktoren in ihrer Wirkung auf das Individuum berücksichtigt. Fragen der *Behandlung von Schmerzen* jedoch werden noch bis ins 19. Jahrhundert hinein stark von mittelalterlichen Vorstellungen bestimmt – genauer: von der Haltung der *Kirche*. Beispielsweise werden der Einführung von Betäubungsmitteln zur Geburtserleichterung oder zur Durchführung von Operationen lange Zeit große Widerstände entgegengesetzt, da die Verwendung von Narkotika als Eingriff in natürliche oder göttliche Heilungsprozesse angesehen wird. Auch Auffassungen wie ‚Wunden müssen schmerzen, um zu heilen‘ zeigen, dass mystische Konzepte nach wie vor wirksam sind, in denen zwar die biologische und funktionelle Bedeutung des Schmerzes als Alarmsignal anerkannt wird, gleichzeitig jedoch Vorstellungen vom Schmerz als gerechte Strafe für begangene Sünden eine Rolle spielen (vgl. Müller-Busch 2004).

2.1.2. Sinngebungsversuche der Gegenwart

Es gibt keinen gefährlicheren Irrtum, als die Folge mit der Ursache zu verwechseln: ich heiße ihn die eigentliche Verderbnis der Vernunft.
(Friedrich Nietzsche 1967 a, S. 346)

Versuche *unserer* Zeit, die Frage nach dem Sinn menschlicher Leiden zu klären, sind nicht grundsätzlich anders als die Sinngebungen früherer Jahrhunderte. In der **christlichen Trostliteratur** beispielsweise heißt es, dass Leiden läutert, dass wir durch das Leid unsere Schuld erkennen oder uns im Leid bewähren können, dass Gott Leid über uns kommen lässt, „um uns dadurch zum Heile zu führen“ (Katholischer Katechismus 1955). In seiner Broschüre „Über den christlichen Sinn des menschlichen Leidens“ schreibt Papst Johannes Paul II (2000, S. 35): „Während der Mensch *sein Kreuz auf sich nimmt* und sich dabei geistig mit dem Kreuz Christi vereint, enthüllt sich vor ihm mehr und mehr der heilbringende Sinn seines Leidens.“ Im *Neuen Testament* selbst ist von einer „Heilsbedeutung des Leidens“ (ebd. S. 33) allerdings *keine* Rede. Weder Jesus noch seine Jünger bezeichnen das Leid als „eine besondere Gnade“ (ebd.) oder als „Grundlage für das endgültige Gute“ (ebd. S. 34). An keiner Stelle wird Krankheit als heilbringend oder Strafe Gottes gedeutet. Als Jesus und seine Jünger an einem Blinden vorbeikommen, fragen die Jünger Jesus, wer schuld sei. Der Blinde selbst oder seine Eltern? Jesus antwortet: „Seine Blindheit hat weder mit den Sünden seiner Eltern etwas zu tun noch mit seinen eigenen. Er ist blind, damit Gottes Macht an ihm sichtbar wird“ (Johannes 9, 1 - 3). Die Aufforderung zur Kreuzesnachfolge (Lukas 9, 23) bezieht sich auf den Aspekt der *Verfolgung*, nicht aber auf eine Krankheits- und Leidensmystik!

Subjektive Krankheitstheorien ähneln denen der christlichen Traktatliteratur insofern, als auch hier die Existenz der Schmerzen mit ihrem *positiven Ziel* begründet wird. Krankheit selbst sei „der Weg, auf dem der Mensch dem Heil entgegenwandert“ betonen Thorwald Dethlefsen und Rüdiger Dahlke in ihrem Bestseller „Krankheit als Weg“ (1988, S. 26). Der Schmerz enthalte eine *Botschaft*, die auf Fehler in der Lebensführung aufmerksam machen wolle. Habe der Erkrankte die Botschaft verstanden und in seinem Verhalten berücksichtigt, würde der Schmerz wieder verschwinden. Diesem Ansatz entsprechend verfolgt der Schmerz „eine gute Absicht“; er ist sogar „klüger“ als der Mensch, wobei „mit ‚klüger‘ ... ganz einfach gemeint (ist), dass der Schmerzteil meistens den besseren Plan hat, selbst wenn Sie oder Ihr Arzt sich etwas ganz Kluges zu seiner Bekämpfung ausgedacht haben“ (Besser-Siegmund 1989, S. 153). Was wollen Sinngebungsversuche dieser Art sagen? Sollen sich Schmerzkranken als Auserwählte betrachten, weil der Schmerz ihnen dabei hilft, ein besserer Mensch zu werden, während die Gesunden es ohne diese Chance versuchen müssen? Oder besagt das Motto „Krankheit als Chance“ genau das Gegenteil – dass nämlich die Kranken den Schmerz als Korrektiv für ihre (falsche) Lebensführung benöti-

gen, während gesunde Menschen dieser Chance nicht (mehr) bedürfen, da sie bereits auf dem rechten Weg *sind* (was ihre Gesundheit beweist)? Der Schmerz wird funktionalisiert, d.h. in ein übergeordnetes Konzept eingeordnet, wonach physische Phänomene einem höheren Ziel verpflichtet sind: dem *Heil* des Patienten. Dieser Optimismus subjektiver Krankheitstheorien gleicht dem Optimismus der Aufklärung und der Leibniz'schen Deutung des Übels. Wer heutzutage noch versucht, Gott mit dem Hinweis darauf zu rechtfertigen, er lasse das Übel zu, um Gutes zu bewirken, wird auf die spekulative Enge seiner Argumentation verwiesen und nicht weiter ernst genommen. Wer den *Schmerz* als Ermöglichungsgrund für das Gute interpretiert, argumentiert im Grunde nicht minder spekulativ – doch seine Bücher verkaufen sich bestens. ‚Chance‘ und ‚Heil‘ sind nichts weiter als abstrakte Begriffe, die beliebig mit Inhalt ‚gefüllt‘ werden können. Der Körper des Menschen jedoch ist eine materielle Realität – jenseits aller Beliebigkeit und Spekulation:

Der Weise sagt uns unerbittlich,
Der Schmerz veredle und sei sittlich.
Jedoch er straft sich Lügen glatt,
Sobald er selber Bauchweh hat.
(Eugen Roth: „Schmerzen“ 1950, S. 88)

Einige Menschen werden keineswegs ‚besser‘, sondern eher bitter, zynisch und gereizt, wenn sie über einen längeren Zeitraum hinweg starke Schmerzen haben. Akute Schmerzen, deren baldiges Ende abzusehen ist, haben meist keine Auswirkungen auf das Identitätsgefühl des Betroffenen. Die Gewissheit über das zu erwartende Ende der Schmerzen hilft, ihnen standzuhalten. Der chronische Schmerz dagegen „greift den Menschen als Person an und gefährdet seine Identität“ (Le Breton 2003, S. 13) – eine Feststellung, die von Menschen mit starken Schmerzen immer wieder bestätigt wird. Der an Blasenkrebs erkrankte Peter Noll (1984, S. 178) schreibt: „Das Leiden stiehlt nicht, sondern macht wehleidig.“ Auch Franz Schoenberger (1957, S. 161) – nach einem Unfall lange Zeit gelähmt – weist die Auffassung von der angeblich „reinigende(n) und verfeinernde(n) Macht des Leidens“ entschieden zurück. Der Mensch wird kein grundsätzlich anderer im Leid. Anhaltend seelischer und/oder körperlicher Druck kann jedoch sowohl die guten als auch die schlechten Eigenschaften des Menschen stärker hervortreten lassen. Vertreter anderer subjektiver Erklärungsansätze spekulieren weniger über Finalitäten, als vielmehr über *Kausalitäten*, indem sie chronischen Schmerz mit der *psychologischen Situation* des Betroffenen verknüpfen und ihn „als Ausdruck dysfunktionaler psychischer Regulation und Instrument innerpsychischer Regelung“ betrachten (Raudszus-Nothdurfter 2005, S. 96). Schmerz wird zur Metapher für kognitiv-emotionale Störungen. Olbricht (1989, S. 198) z.B. schreibt: „Einem Bandscheibenschaden vorausgegangen ist immer die äußere und meistens auch die seelische Fehlhaltung.“ Siegel (1996, S. 111) verkündet: „Glückliche

Menschen werden im Allgemeinen nicht krank, das ist die ganze Wahrheit.“ Der mit Argumentationen dieser Art verbundene moralisierende Zeigefinger ist unübersehbar. Krankheit (bzw. Gesundheit) wird zum Maßstab der Lebensführung eines Menschen, zum Prüfstein seiner Moral.

Offensichtlich ist es eine menschliche Eigenart, Phänomene, die nur zum Teil verstanden werden können, auf *moralische* Weise zu erklären. Im 19. Jahrhundert galt Tuberkulose als eine Folge von Trauer und Verzweiflung. Vor etwa zwanzig Jahren wurde Krebs auf die anhaltende Unterdrückung von Gefühlen zurückgeführt, vor allem von Gefühlen aggressiver Art. Obgleich diese These inzwischen entkräftet worden ist, bleibt der Mythos von der Krebspersönlichkeit weiter bestehen. Psychologisierungen dieser Art vermitteln dem Menschen vordergründig ein Gefühl der *Kontrolle* über Ereignisse, die er in Wahrheit nur begrenzt kontrollieren kann (vgl. 2.2.). Betroffenen allerdings suggerieren sie, dass sie ‚falsch‘ gelebt haben.

Lässt sich keine „seelische Fehlhaltung“ feststellen, wird das subjektive Verursachungskonzept dadurch zu retten versucht, dass man der Schmerzerkrankung *unbewusste Motive* unterstellt – den unbewussten Wunsch nach Umsorgtwerden, das unbewusste Gefühl der Überforderung am Arbeitsplatz, das unbewusste Vermeiden von Konflikten, etc.. Überlegungen dieser Art zeugen von einer erheblichen *Überschätzung* des Unbewussten, wird ihm doch unterstellt, dass es mächtiger sei als die *bewusste* Entscheidungskraft des Menschen. Selbst C. G. Jung (1988 a, S. 27), ein Verfechter der unbewussten Seelentätigkeit, warnt vor einer Übertreibung ihrer Macht: „Wenn das Unbewusste dem Bewusstsein tatsächlich überlegen wäre, so wäre schlechterdings nicht einzusehen, worin denn schließlich der Nutzen des Bewusstseins bestände, bzw. warum überhaupt je in der Phylogenese das Bewusstseinsphänomen als Notwendigkeit entstanden wäre.“

Trotz oder gerade wegen der logischen Ungenauigkeiten ist die Unterstellung unbewusster Motive „Psychologie der grausamsten Art“ (Wilber 1994, S. 249), da jeder Einwand des Patienten als Selbstrechtfertigung oder Schutzbehauptung umgedeutet und damit als Beweis für die Richtigkeit der These benutzt werden kann. Wirkt der Patient bei der Vorstellung, seinen Schmerz selbst bewirkt zu haben, niedergeschlagen und bedrückt, wird dies nicht selten als Ausdruck seiner Depressivität, also als Beweis für eine seelische Fehlhaltung verstanden. Weigert er sich, die Ursache seiner Schmerzen in unbewussten Motiven oder unbewältigten Konflikten zu sehen, wird diese Weigerung als *fehlende Compliance* bewertet. Wie auch immer der Patient also reagiert: Sein Verhalten wird pathologisiert. Das explizite Anliegen subjektiver Erklärungsansätze besteht darin, das Bewusstsein des Patienten für seine *Eigenverantwortlichkeit* zu fördern. Implizit jedoch handelt es sich um *Schulduzuweisungen*: ‚Der Kranke hat nicht genug Verantwortung gezeigt. Also trifft ihn die Schuld.‘ Der Schritt von ‚Er selbst ist schuld an seinem Schmerz‘ ist nicht weit zu ‚Und deshalb geschieht es ihm recht!‘. Hier tauchen die

Bestrafungsideen religiös-moralischer Sinngebungen in neuem Gewand wieder auf: Krankheit als Strafe! Die Auffassung, Krankheit sei eine Strafe Gottes, gilt im 21. Jahrhundert als ‚überholt‘. Die Vorstellung, Schmerzen seien *persönlich verschuldet*, lebt weiter.

Subjektive Krankheitstheorien entsprechen dem menschlichen Bedürfnis, eine *Ursache* für menschliches Leid zu finden. Oft jedoch kommt die Suche nach einer Ursache der Suche nach dem Schuldigen gleich. Wie eine solche Suche aussehen kann, hat Friedrich Nietzsche eindrücklich beschrieben: „Die Leidenden ... durchwühlen die Eingeweide ihrer Vergangenheit und Gegenwart nach dunklen, fragwürdigen Geschichten, wo es ihnen freisteht, in einem quälerischen Verdacht zu schwelgen und am eigenen Gifte der Bosheit sich zu berauschen – sie reißen die ältesten Übeltäter auf, sie verbluten sich an längst ausgeheilten Narben, sie machen Übeltäter aus Freund, Weib, Kind und was sonst ihnen am nächsten steht“ (in: Cermak 1983, S. 221 f.). Psychologische Erklärungsansätze unterstützen ein solches „Grübeln über Schlechtigkeiten“ (ebd.), begünstigen die Tendenz, sich mit Spekulationen über eigenes und fremdes Fehlverhalten verrückt zu machen. Die Auffassung, Schmerzen, die man nicht mehr loswird, mehr oder weniger *selbst* verursacht (und damit selbst verschuldet) zu haben, macht es somit nicht unbedingt leichter, mit ihnen zu leben. Im Gegenteil: Diese Vorstellung kann bittere Verzweiflung bis hin zum Selbsthass auslösen – Gefühle, die ihrerseits zum ‚Problem‘ werden können. Das, was geschehen ist, lässt sich nicht mehr rückgängig machen. Auch im Blick auf die Zukunft sind subjektive Krankheitstheorien mit ihrem überfordernden Druck der Verantwortlichkeit kaum entlastend. Wenn nicht nur die Entstehung, sondern auch der weitere Verlauf einer Erkrankung vom Verhalten des Betroffenen abhängt, muss er es dann nicht wiederum als persönliches Versagen ansehen, wenn sein Schmerz bestehen bleibt? Durch interne Attribuierungen dieser Art werden eben diejenigen kognitiv-emotionalen Prozesse begünstigt, die von verhaltenstherapeutisch orientierten Schmerztherapeuten als *Risikofaktoren* für Schmerzchronifizierung betrachtet werden: eine depressive Stimmungslage, Angst, Hilf- und Hoffnungslosigkeit sowie die Tendenz zu katastrophisierendem Denken (vgl. 4.2.).

Die Betonung von Eigenverantwortlichkeit ist an sich eine gute Sache, da sie den Betroffenen in seinem Bedürfnis nach autonomer Lebensführung bestärkt (vgl. 8.3.). Einen Menschen für Entstehung und Aufrechterhaltung seiner Schmerzen verantwortlich zu machen, ist jedoch psychologische Besserwisserei, die vor allem dem *Therapeuten* dient: Behandlungsschwierigkeiten können dem *Patienten* zugeschrieben werden – seiner mangelnden Motivation, seinem Schon- und Vermeidungsverhalten (vgl. 2.2.3.). Susan Sontag (1980, S. 62) bringt es ‚auf den Punkt‘: „Psychologische Krankheitstheorien sind machtvolle Instrumente, um die Schande auf die Kranken abzuwälzen.“

Damit erinnern sie an die **Opfertheorie** der Sozialpsychologie, wonach ein Mensch nicht zufällig zum Opfer von Gewalt wird, sondern deshalb, weil er dem Täter bestimmte Signale gesendet hat. Bei dieser „Das-Opfer-ist-selbstschuld“-Argumentation wird das Opfer getadelt, damit das, was ihm widerfahren ist, nicht mehr ganz so unverständlich erscheint und die Welt auch weiterhin „als gerecht“ angesehen werden kann (Montada 1995, S. 25): ‚Wenn Frau X. sich nicht so aufreizend verhalten hätte, wäre sie nicht vergewaltigt worden.‘ ‚Wenn Herr Y. nicht so negativ denken würde, wäre er seine Schmerzen längst los.‘ Wer den Opfern die Schuld an ihrem Leid zuschreibt, versucht, in der beruhigenden, wenn auch illusorischen Überzeugung zu leben, selbst von einem solchen Leid verschont zu bleiben: ‚Mir wäre das nicht passiert!‘ oder ‚Mir wird das nicht passieren! Denn ich denke und verhalte mich anders.‘

Für Gesunde mag die Vorstellung tröstlich sein, Krankheiten und Schmerzen vermeiden oder überwinden zu können, sofern sie sich nur gut genug ernähren, sich ausreichend bewegen und positiv denken. Für Betroffene jedoch ist die Auffassung niederschmetternd, dass ihnen eben das *nicht* gelungen, ihr Schmerz somit der Preis (genauer: die Strafe) für ein falsch gelebtes Leben ist. Nun müssen sie nicht nur mit den Schmerzen leben, sondern auch noch mit der Schuld daran. Wie belastend diese Vorstellung ist, zeigt sich u.a. daran, dass die meisten Patienten - zumindest im ersten Moment - *erleichtert* reagieren, wenn ein organischer Befund entdeckt wird, der ihre Beschwerden erklärt: „Wenigstens trifft jetzt nicht mehr *mich* die Schuld an diesem Schmerz“ (ein Schmerzpatient)!

Als *Beweis* dafür, dass der Schmerz eine gute Absicht verfolgt oder Ausdruck einer seelischen Fehlhaltung ist, werden hin und wieder Lebensgeschichten von Menschen erwähnt, die sich durch ihre Krankheit weiterentwickelt haben. Wenn einige Schmerzpatienten ihr Leben in bestimmter Hinsicht ändern, so muss das jedoch nicht zwangsläufig bedeuten, dass sie deshalb krank geworden sind, weil ihr früheres Leben falsch gewesen ist. Von der Wirkung auf die Ursache zu schließen, ist unzulässig – schon allein deshalb, weil eine Vielzahl *verschiedenster* Ursachen zu demselben Resultat führen kann und „das Schlussfolgern von den Wirkungen auf die Ursachen eine so schwierige Sache ist, dass allein Gott der Richter sein kann“ (Eco 1982, S. 43). Wir können lediglich ein *Nach-* oder *Nebeneinander* von Ereignissen beobachten, aus diesem Nach- oder Nebeneinander jedoch nicht schließen, dass eine Ereignis sei von dem anderen *bewirkt*.

2.1.3. Schmerz – unabdingbarer Bestandteil menschlicher Existenz

Wir müssen unser Dasein so weit, als es irgend geht, annehmen; alles, auch das Unerhörte, muss darin möglich sein. Das ist im Grunde der einzige Mut, den man von uns verlangt: mutig zu sein zu dem Seltsamsten, Wunderlichsten und Unaufklärbarsten, das uns begegnen kann.

(Rainer Maria Rilke 1994 a, S. 9)

Angeichts starker Schmerzen lösen sich theoretische Rückführungen auf unbewusste Motive ebenso auf wie romantische Bemäntelungen, die dem Schmerz eine höhere Absicht zu unterstellen suchen. Wenige Tage vor seinem Tod am 29.12.1926 schreibt Rainer Maria Rilke (1992, S. 241) sein letztes Gedicht. Es ist ein Entwurf geblieben:

Komm du, du letzter, den ich anerkenne,
heilloser Schmerz im leiblichen Geweb:
wie ich im Geiste brannte, sieh, ich brenne
in dir; das Holz hat lange widerstrebt,
der Flamme, die du loderst, zuzustimmen,
nun aber nähr' ich dich und brenn in dir.
Mein hiesig Mildsein wird in deinem Grimmen
ein Grimm der Hölle nicht von hier.
Ganz rein, ganz planlos frei von Zukunft stieg
ich auf des Leidens wirren Scheiterhaufen,
so sicher nirgend Künftiges zu kaufen
um dieses Herz, darin der Vorrat schwieg.
Bin ich es noch, der da unkenntlich brennt?
Erinnerungen reiß ich nicht herein.
O Leben, Leben: Draußensein.
Und ich in Lohe. Niemand, der mich kennt.

Die hier vermittelte Schmerzerfahrung macht eine Verklärung von Schmerz als Chance ebenso zunichte wie seine Rationalisierung als Folge seelischer Fehlhaltungen oder als Ausdruck verdrängter Motive. Der Körper ist mehr als ein ausführendes Organ geistiger Interessen, mehr als ein Vollstrecker unbewusster Wünsche. Der Schmerz ist weder „symptomatische Endstrecke eines psychogenen Konflikts“ (Franz 1992) noch Folge dysfunktionalen Denkens. Er ist vielmehr ein komplexes Geschehen, das Gesetzen unterliegt, von denen wir trotz aller Fortschritte der Medizin längst noch nicht alle kennen, und über dessen Sinn wir höchstens spekulieren, nicht aber Wahrheiten verkünden können.⁵ Schmerz gehört zur Natur des Menschen – ebenso wie es zu seiner Natur gehört, dass sich nach einem Schnitt im Gewebe Narben bilden und sich bei einer Entzündung die Leukozyten vermehren. Die Abläufe der Natur unterliegen eigenen Gesetzen: „Sie weiß gar nicht, die

⁵ Die neurobiologischen Grundlagen des Schmerzes werden in Kapitel 5.5. beschrieben.

Natur, dass sie, nebenbei, *uns* Schmerzen macht, während sie sich da um ihre Ordnung bemüht und wehrt. Sie rechnet nicht mit unserem Bewusstsein, und deshalb ist's unsere Aufgabe, den Schmerz auch nicht in unserem Bewusstsein aufzulösen; er verträgt keine Auslegung“ (Rilke 1994 a, S. 87). Statt den Schmerz zum Objekt von Spekulationen zu machen, sollten wir ihm mit *Respekt* und *Ehrfurcht* begegnen. Das Gefühl der Ehrfurcht ist dem der Furcht in einer Hinsicht ähnlich: Man hat das Empfinden, von etwas überwältigt zu sein (Kushner 1983). Doch ist Ehrfurcht - im Gegensatz zur Furcht - nicht mit dem Impuls zu Kampf oder Flucht verbunden. Man denkt nicht an sich selbst, an die eigene Unfähigkeit, mit der Situation fertig zu werden. Im Vordergrund steht vielmehr die Achtung vor dem, was größer ist als man selbst. Dass Leben nicht nur Gesundheit und Glück, sondern immer auch Schmerzen und Leiden enthält, gehört zu den Kernaussagen *aller Religionen*. Man denke an den Lehrsatz des *Buddhismus*: „Das Leben ist Leiden“ (Kapleau 1984, S. 42) oder an die Vorstellung des *Islam* vom Kismet (dem von Gott zugeteilten bzw. unabwendbaren Schicksal). Menschen leiden – und das ist normal. Auch im *Neuen Testament* wird kein theologischer Überbau des Leidens entworfen. Krankheit, Schmerzen und Leid sind unvermeidlich – ebenso wie Alter und Tod. Wer diese Seite des *Lebens* als Beschränkung auffasst, grenzt einen Teil des Lebens aus. Die einzig hier angebrachte Haltung ist die der *Akzeptanz*. Auch Philosophen, Schriftsteller und Gelehrte unterschiedlichster Kulturen und aller Zeiten haben gelehrt, das wirklich Unbeeinflussbare und Unvermeidbare *anzunehmen*. Schopenhauer (1987, S. 179 f.) beispielsweise schreibt: „Nichts aber wird uns zum gelassenen Ertragen der uns treffenden Unglücksfälle besser befähigen als die Überzeugung: Alles, was geschieht, vom Größten bis zum Kleinsten, geschieht *notwendig* ... Wer davon durchdrungen ist, wird zuvörderst willig tun, was er kann, dann aber willig leiden, was er muss.“ Nietzsche (1967 b, S. 428) geht noch einen Schritt weiter: Man sollte das Unvermeidbare nicht nur annehmen, man sollte es *lieben*: „Meine Formel für die Größe am Menschen ist *amor fati*: dass man nichts anders haben will, vorwärts nicht, rückwärts nicht, in alle Ewigkeit nicht. Das Notwendige nicht bloß ertragen, noch weniger verhehlen - aller Idealismus ist Verlogenheit vor dem Notwendigen -, sondern es *lieben* ...“ Von dem indischen Dichter und Philosophen Rabindranath Tagore (in: Rampe 2004, S. 88) stammen die Verse:

Schicksal, ich folge dir freiwillig,
denn täte ich es nicht,
so müsste ich es ja dennoch unter Tränen tun.

Der deutsche Lyriker Eugen Roth (1950, S. 95) empfiehlt das Gleiche:

Rezept: Trag lieber gleich mit Lust,
was du doch schließlich tragen musst.

Die Übereinstimmung zwischen Religionen, Philosophien, Dichtung und Literatur verschiedenster Zeiten und Länder ist erstaunlich – und berechtigt zu dem Schluss, dass *Zustimmung* ganz offensichtlich ein heilsamer Weg ist, um unabänderlichem Leid zu begegnen. Zustimmung bedeutet nicht, sich seinem Schicksal pessimistisch-passiv zu unterwerfen, vielmehr anzuerkennen, was nun einmal nicht zu ändern ist. Ein Therapeut, der diese Haltung vertritt, braucht das Leid seiner Patienten weder zu verdrängen noch zu rationalisieren – etwa durch Spekulationen über seelische Konflikte und unbewusste Motive. Er kann sich auf *alle* Empfindungen des Betroffenen einlassen – in dem Bewusstsein, dass menschliches Dasein immer auch dunkle Seiten hat, dass Schmerzen, Leiden und Sterben zu einem *jedem* Leben dazugehören. Wer den Schmerz psychologisiert und einseitig in die persönliche Verantwortlichkeit des Betroffenen stellt, distanziert sich von diesem. Wer den Schmerz dagegen als naturgegebenen Bestandteil des Lebens ansieht, kann sich mit dem Schmerzkranken solidarisieren, ist dieser doch von etwas betroffen, das jederzeit auch *ihn selbst* treffen kann. Denn der Schmerz ist keine Möglichkeit, die man *wählen* könnte, sondern eine *Wirklichkeit*, mit der man *leben* muss, ob man das will oder nicht.

Patienten, die mit dem Unabänderlichen einverstanden sind, können sich und ihr Leben auch *mit* dem Schmerz leichter bejahen als Patienten, die den Schmerz als zu bekämpfendes Übel und/oder als Folge persönlichen Fehlverhaltens verstehen. Wer seinem Schicksal begegnen kann – *so wie es ist* –, wer einsieht, dass die Frage nach der Gerechtigkeit irrelevant ist und es für den Schmerz, den er leiden muss, keine Entschädigung gibt, der kann die im Kampf gegen das Schicksal geballten Fäuste wieder lockern, um mit geöffneten Händen das an Leben zu gestalten, was ihm noch gegeben ist. Im *Wie* dieser Gestaltung liegt die Freiheit des Menschen (Frankl 1987). Und in der Art, *so oder so* auf sein Schicksal zu reagieren, verwirklicht er das, was den Sinn seines ganz persönlichen Lebens ausmacht. Nicht für den *Schmerz* ist der Einzelne verantwortlich, sondern dafür, *wie er mit ihm umgeht*.

Dies alles ist geheim – so viel geheim
und man ist dazu da, dass man's erträgt,
und in dem „Wie“ –
da liegt der ganze Unterschied.
(Richard Strauss: „Der Rosenkavalier“)

Zusammenfassung

Die Frage nach dem Sinn kann, wenn überhaupt, nicht nach rückwärts, sondern nur nach vorwärts beantwortet werden – mit der Art und Weise, *wie* ein Mensch sein Leben mit anhaltendem Schmerz gestaltet. Die Frage nach dem Sinn der eigenen Schmerzen ist letztlich eine Frage nach dem Sinn des eigenen Lebens. Diese Frage kann nur von jedem Einzelnen beantwortet werden. Persönlich betrachte ich es als Sinn meines Lebens, meine Situation – so, wie sie nun einmal ist –, als *Herausforderung*

anzunehmen, immer wieder neu herauszufinden, wie ich mit meinen Schmerzen möglichst gut leben, den mir verbliebenen Spielraum nutzen und meine persönlichen Fähigkeiten im Rahmen der bestehenden Grenzen einsetzen, vielleicht sogar noch entfalten kann.

2.2. Die Frage nach der Kontrollierbarkeit

Die Größe des Menschen ist darin groß, dass er sich als elend erkennt.
(Pascal)

Die Fortschritte der Medizin und Pharmakologie seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts „haben zu einer Medikalisierung des Phänomens ‚Schmerz‘ geführt“ (Müller-Busch 2004, S. 162), die Entwicklung psychologischer Bewältigungsprogramme in den letzten zwanzig Jahren zunehmend auch zu seiner *Psychologisierung*. Philosophische und erkenntnistheoretische Überlegungen werden in den modernen Schmerztheorien kaum oder gar nicht mehr berücksichtigt. So ist das Schmerzbewusstsein des 20. und 21. Jahrhunderts vor allem dadurch gekennzeichnet, dass Schmerz nicht mehr als unvermeidlicher Bestandteil des Lebens, sondern als vermeidbares Übel verstanden wird, das mit speziellen Mitteln und Verfahren bekämpft und nach Möglichkeit beseitigt werden muss. Aussagen von Schmerztherapeuten wie „Schmerzen müssen nicht sein“ (in: Gesundheit 2005, S. 5), Titel von Audio-CDs und Büchern wie „Chronischen Schmerz bewältigen“ (Glier 2002), „Den Schmerz besiegen“ (Stein 1990), „Nie mehr Schmerzen“ (Müller-Schwefe & Likar 2006) und Werbeslogans von Schmerzzentren wie „Chronische Schmerzen sind heilbar“ (in: NOVA 1/2005, S. 17) suggerieren, dass Schmerzen besiegt, überwunden, geheilt werden können. Die solchermaßen geschürte Illusion der Kontrollierbarkeit von Schmerz wird unterstützt und genährt durch die **gesellschaftliche Überschätzung der Machbarkeit des Lebens**. Das Akzeptieren von Grenzen fällt schwer in einer Welt, in der gilt: ‚Nichts ist unmöglich‘. Was aber, wenn der Betroffene sein Bestes getan hat und doch nicht eintritt, was er erhofft hat? Im Folgenden werden einige Varianten der Kontrollprämisse beschrieben, mit denen fast jeder Schmerzpatient im Verlauf seiner Erkrankung irgendwann einmal konfrontiert wird.

2.2.1. Die Lehre vom Positiven Denken

Ein Mensch kann zwar tun, was er will, aber nicht wollen, was er will.
(Arthur Schopenhauer)

Als entscheidender Schlüssel für ewige Gesundheit (ebenso wie für Erfolg im Beruf, Reichtum und Glück) gilt das so genannte **Positive Denken**. Das Prinzip des Positiven Denkens ist von Norman Vincent Peale

(1898 – 1993) entwickelt und durch psychologisch-esoterische Ratgeber in einem Maße verbreitet worden, dass es heutzutage zur allgemein anerkannten Lebensregel geworden ist. Sie beruht auf der Überzeugung, dass unsere Gedanken und Wünsche die Kraft haben, die äußeren Umstände zu beeinflussen, und uns nur das geschieht, was wir bewusst oder unbewusst gewollt, was wir mit unseren Gedanken herbeigeführt haben. Louise Hay beispielsweise behauptet, dass wir uns unsere Krankheiten durch bestimmte Gedankenmuster selbst erschaffen. In ihrem Buch mit dem viel versprechenden Titel „Heile Deinen Körper“ (1990) verbindet sie Krankheitssymptome in Form einer Tabelle mit alten (krankmachenden) und neuen (gesundmachenden) Gedankenmustern: In der linken Spalte sind verschiedenste Krankheitssymptome von „Abszess“ bis „Zystitis“ alphabetisch angeordnet. In der mittleren Spalte werden die seelisch-geistigen Ursachen für das jeweilige Symptom angegeben, in der rechten Spalte die symptombeseitigenden Gedanken. Zum „Problem“ *Dauerschmerz* ist zu lesen (ebd. S. 20):

<i>Problem</i>	<i>Wahrscheinlicher Grund</i>	<i>Neues Gedankenmuster</i>
Dauerschmerz	Sehnsucht nach Liebe und Halt.	Ich liebe und akzeptiere mich. Ich bin liebevoll und liebenswert.

Auch Joseph Murphy (1983, S. 52 f.) ist von der Kraft des menschlichen Geistes überzeugt und verkündet: „Bedenken Sie, dass Sie lediglich jene Chancen haben, die Sie sich selbst schaffen. Diese Chancen aber haben Sie Ihr ganzes Leben lang! Beginnen Sie jetzt gleich damit, den unerschöpflichen, unendlichen Vorrat in Ihrem Inneren anzuzapfen, und Sie werden feststellen, dass Sie vorankommen, dass Wohlstand für Sie selbstverständlich wird und dass Sie höher steigen, Gott entgegen.“ Genau besehen handelt es sich bei Versprechungen dieser Art um wohlklingende Worthülsen, die allein schon deshalb nicht zu befolgen (und damit auch nicht zu widerlegen) sind, weil sie wenig konkret und mehrdeutig sind. Um welchen „Vorrat“ handelt es sich? Wie „zapft“ man ihn an? Was bedeutet „höher steigen, Gott entgegen“?

Der Glaube an die Macht der Gedanken entspringt einem *magischen Weltbild*, vergleichbar etwa der Vorstellung, dass sich Frömmigkeit in Form von Reichtum, Gesundheit und Glück auszahlen wird – gemäß dem Motto: „Gott ist mit dem Tüchtigen.“ Ein gottesfürchtiges Leben jedoch stellt keine Versicherung gegen Unglück dar – ebenso wenig wie positives Denken eine Garantie für Schmerzfreiheit ist. Es gibt kein angestammtes Recht auf ein gesundes und schmerzfreies Leben. Es gibt nur spektakuläre Fallgeschichten von Menschen, die es angeblich durch die Kraft ihrer Gedanken geschafft haben, ihre Schmerzen zu überwinden. Auf Schmerztherapiestationen sind solche Geschichten im Umlauf, um Zuversicht und Motivation der Patienten zu stärken: „Auch ihr könnt es schaffen!“ Doch man kann nicht einfach *beschließen*, schmerzfrei zu sein. Viele Menschen werden nicht gesund, *obwohl* sie positiv ge-

dacht, *obwohl* sie gewollt haben – sehr sogar! Die Auffassung, dass positive Gedanken den Schmerz verringern oder gar zum Verschwinden bringen können, ist so naiv wie der Glaube von Kindern, dass man nur die Augen zu schließen brauche, um unsichtbar zu werden, dass sich das eigene Schicksal zum Guten wende, wenn man beim Gehen nicht auf die Fugen zwischen den Steinplatten tritt. Sätze wie „Alles kann, wer will!“, „Jeder ist seines Glückes Schmied“ zeugen von einer grandiosen Überschätzung persönlicher Einflussmöglichkeiten auf das eigene Leben, die zum Hohn wird angesichts von Menschen, die gesund werden *wollen* – und dennoch unsäglich Schmerzen erleiden müssen. Gesundheit als Willenssache? Welch ein Hochmut! Welch ein Druck auf die Kranken! Die Vorstellung, dass wir all das, was uns geschieht, *selbst* bewirkt haben, ist destruktiver Allmachtsglaube, der es erschwert, sich mit dem Gedanken zu versöhnen, dass nicht jede Krankheit geheilt, nicht jeder Schmerz gelindert werden kann, und dass die in den Medien verbreitete Zusage „Heutzutage muss niemand mehr Schmerzen erleiden“ einem Wunschdenken, nicht aber der Realität entspricht.

Welche Auswirkungen das Konzept des Positiven Denkens auf Betroffene haben kann, zeigen die Worte einer Schmerztherapeutin, als sie selbst schwer erkrankt: „Die Problematik des positiven Denkens erlebe ich nun selbst. Mit diesem Muss setzt die Umwelt den Kranken unter Druck, der Momente hat, in denen er beim besten Willen nicht positiv denken kann, andererseits lebt er im Bewusstsein der Notwendigkeit des positiven Denkens für die Gesundung. Insgesamt hinterlässt das Unvermögen eine Unsicherheit und das schlechte Gewissen: ‚Ich mache zu wenig für mich selbst, um gesund zu werden‘.“

2.2.2. Das Fakir-Modell

Der von Larbig psychophysiologisch untersuchte und dadurch berühmt gewordene Fakir gab in einem Gespräch allerdings zu, mit seinen Kopfschmerzen ganz und gar nicht „fakirmäßig“ umgehen zu können und zeigte auffälliges Schmerzverhalten.

(Birgit Kröner-Herwig 2000, S. 133)

Der kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz der Schmerztherapie beruft sich zwar nicht auf esoterisches Gedankengut, betont jedoch ebenfalls den Einfluss kognitiver Prozesse auf die Schmerzerfahrung – „und zwar bei jeglicher Art von Schmerz, d.h. auch bei Schmerzen mit erwiesener organischer Grundlage (z.B. Schmerz bei chronischer Polyarthrit, Tumorschmerz“ (Flor & Hermann 2004, S. 589). Als Beweis für die prinzipielle Kontrollierbarkeit von Schmerz wird auf **Fakire** verwiesen, die angeblich allein durch Konzentration ihrer Gedanken einen Bewusstseinszustand herbeiführen können, „in welchem jede Schmerzempfindung ausgeschaltet ist“ (Weber 1991, S. 48). Fakireigenschaften wie Entspannung und Aufmerksamkeitslenkung sind ohne Zweifel hilfreich im Umgang mit *zeitlich begrenzten* Schmerzen. Gegenüber *anhaltend* starken Schmerzen jedoch erweisen sie sich als unzureichend, allein

schon deshalb, weil die *Umstände* unter denen ein Fakir seine Schmerzen kontrolliert, nicht mit den Bedingungen bei *chronischen Schmerzen* verglichen werden können:

- Fakire kennen sich in der Anatomie des Körpers sowie in physikalischen Gesetzmäßigkeiten aus, d.h. sie wissen, wie ein bestimmter Reiz am *günstigsten* (schonendsten) zu setzen ist.
- Fakire setzen sich den Reiz *selbst* und können ihn jederzeit wieder *beenden*.
- Fakire sind dem Reiz (z.B. dem Nagelbrett) nicht 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr ausgesetzt, sondern nur für eine *begrenzte* Zeitspanne, in der maximale Entspannung und Aufmerksamkeitslenkung möglich sind.

In ihrem Buch „Was macht der Fakir auf dem Nagelbrett?“ weisen der Nobelpreisträger Georges Charpak und sein Physiker-Kollege Henri Broch (2003) ebenso humorvoll wie anschaulich nach, dass die ungewöhnlichen Taten der Fakire weniger auf ihrer Geisteskraft beruhen, als vielmehr auf dem bewussten Ausnutzen *physikalischer Gesetze*. Das Geheimnis des Nagelbretts beispielsweise liegt in der Anzahl der Nägel: „Je mehr Nägel das Brett hat, umso komfortabler ist es. Niemand, nicht einmal ein großer indischer Fakir, könnte sich auf zwei oder drei Nägeln ausstrecken. Sobald die Nägeldichte dagegen so hoch ist, dass der Druck, den der Körper auf die einzelnen Nägel ausübt, hinreichend schwach ist und die Nägel sich nicht in den Körper bohren, ist das Ganze ein Kinderspiel“ (ebd. S. 68). Auch die Fähigkeit, über glühende Kohlen zu gehen (das berühmte Feuerlaufen), ist nicht auf die Macht bestimmter Gedanken zurückzuführen, sondern auf „elementare physikalische Faktoren“: „die Zeit, die Isolation, den sphäroidalen Zustand, die Wärmekapazität und die Wärmeleitfähigkeit“ (ebd. S. 79). Selbst Wolfgang Larbig (1999, S. 52) - bekannt durch seine Feld- und Laborstudien an Fakiren - kommt nach einer Untersuchung an Feuerläufern in Nordgriechenland zu dem Schluss, dass für das Fehlen aktueller Schmerzen vor allem geschicktes *Laufverhalten* verantwortlich ist: „Bei schlechtem Laufverhalten sind massive Verbrennungen möglich“, weshalb der Feuerlauf eher „als Mutprobe für erwartete Schmerzen und nicht in jedem Fall als Schmerzkontrollsituation“ anzusehen ist. Der Feuerläufer vermag Erstaunliches – nicht aber, weil er positiv denkt, sondern weil er sich die Naturgesetze zunutze macht.

Aussagekräftiger im Hinblick auf Schmerzkontrollprinzipien sind Larbigs neurophysiologische Untersuchungen an einem Fakir während kleinerer Operationen (z.B. einer Blinddarmoperation oder Zahnbehandlung), die ohne Anästhesie durchgeführt wurden. Sowohl in Felduntersuchungen als auch in kontrollierten Laborexperimenten zeigten sich bei EEG-Ableitungen „vor und während der Schmerzreizung starke Verlangsamungen der Hirnströme vor allem über Hirnabschnitten, die mit der Schmerzverarbeitung befasst sind“ (Larbig 1999, S. 56). Die deutlich erhöhte Thetaaktivität ähnelte „EEG-Mustern in verschiedenen Schlafstadien“ sowie „in tiefen Entspannungs- und Meditationszustän-

den ..., in denen vermutlich die Schmerzempfindlichkeit ebenfalls stark herabgesetzt ist“ (ebd.). Auf die Möglichkeit, sich durch mentale Fixation, d.h. durch bewusste Konzentration auf bestimmte Themen, in eine Art *Mikroschlaf* zu versetzen, haben bereits Hypnoseforscher verwiesen: Während Sensorik und Motorik erhalten bleiben, werden Schmerzreize nicht mehr wahrgenommen – ein Phänomen, das als **Dissoziation zwischen Körper und Geist** bezeichnet wird. Eine solche Ablösung von sich selbst kann - unabhängig von willentlicher Aufmerksamkeitslenkung - auch in Situationen eintreten, die ein Mensch seelisch oder körperlich nicht mehr ertragen kann. Neurowissenschaftler führen die Trennung von Körper und Geist auf die Ausschüttung körpereigener Opiate, so genannter Endorphine, zurück (vgl. 5.5.). Wie auch immer es zur Dissoziation zwischen Körper und Geist kommt – ob durch willentliche Aufmerksamkeitslenkung oder durch autonome Freisetzung von Endorphinen: die damit verbundenen Erfahrungen lassen sich, wenn überhaupt, nur eingeschränkt auf den alltäglichen Umgang mit *chronischen Schmerzen* übertragen:

- Zur *endorphinbedingten* Dissoziation zwischen Gehirn und Körper kommt es nur in *extremen* Schmerzsituationen. Der chronische Schmerz jedoch ist überwiegend von *mittlerer*, mitunter auch *starker*, nur selten jedoch von *extremer* Intensität.
- Der von Larbig (1999, S. 53) untersuchte Fakir setzte sich für jeweils „ca. 30 Minuten“ einem bestimmten Schmerzreiz aus. Chronischer Schmerz dagegen ist *von Dauer*. Auch immer wiederkehrende Schmerzphasen (z.B. Migräneattacken oder Gichtanfälle) dauern meist *länger* als 30 Minuten. Betroffene können sich jedoch nicht stunden- oder tagelang in einen Mikroschlaf versetzen – es sei denn auf Kosten einer ‚normalen‘ Lebensführung.
- Gewöhnlich bestimmt der Fakir selbst die *Bedingungen*, unter denen er sich dem Schmerzreiz aussetzt. Er selbst fügt sich den Schmerz zu. Zum Wesen chronischer Schmerzen jedoch gehört, dass sie nicht selbst zugefügt sind und auch nicht jederzeit wieder beendet werden können: „Wenn man sich einer Situation unkontrollierbar ausgeliefert fühlt, werden dieselben unangenehmen Reize, wie etwa Lärm oder Schmerzen, als deutlich unangenehmer erlebt, als wenn man denselben Reizen ausgesetzt wird im Bewusstsein, sie vermeiden, abstellen oder verringern zu können, wenn man wollte“ (Grawe 2004, S. 244). Auch willentliche Aufmerksamkeitslenkung fällt in einer *selbst gestalteten* Situation wesentlich leichter als in einer Situation, die durch eine Vielzahl *unbekannter Variablen* gekennzeichnet ist.
- Unerlässliche Voraussetzung für Schmerzkontrolle bei von außen zugefügten Schmerzreizen sind ausführliche *Informationen* über den Schmerz (seine Dauer, Art und zu erwartende Stärke). Larbig (1999, S. 58) erwähnt, dass ‚sein‘ Fakir „über starke Schmerzen (berichtete), wenn er vor medizinischen Eingriffen kaum Informationen erhielt.“ Die Situation chronisch Schmerzkranker ist durch ein hohes Maß an *Ungewissheit* gekennzeichnet. Über den weiteren Verlauf der Schmer-

zen, ihre Dauer und Intensität gibt es - je nach Krankheitsbild - bestenfalls Erfahrungswerte, deren Gültigkeit für den einzelnen Patienten jedoch meist erst im Nachhinein bestimmt werden kann.

Zusammengefasst: Bei chronischen Schmerzen fehlen wesentliche Voraussetzungen, die Fakire für ein Gelingen ihrer ‚Schmerzdemstrationen‘ benötigen. Das Fakir-Verhalten ist hilfreich für den Umgang mit *kurzdauernden* Schmerzen. Als Modell für die subjektive Kontrolle *chronischer* Schmerzen kann es jedoch *nicht* gelten. Im Gegenteil: Durch eine Überbetonung von Fakir-Eigenschaften werden überhöhte Erwartungen an die Kraft der eigenen Vorstellung und Aufmerksamkeitslenkung geweckt, die den Betroffenen unter Druck setzen, Anspannung und Versagensängste steigern und damit die Voraussetzungen für einen konstruktiven Umgang mit dem Schmerz eher verschlechtern können. Wie wenig sich das Fakirverhalten als Modell für den *alltäglichen* Umgang mit *länger* anhaltenden Schmerzen eignet, bestätigte der von Larbig untersuchte Fakir selbst, indem er zugab, „mit seinen Kopfschmerzen ganz und gar nicht ‚fakirmäßig‘ umgehen zu können“ (Kröner-Herwig 2000, S. 133)!

2.2.3. Schmerzbewältigungsprogramme

Nur dieses Wort „bewältigen“ müsste bewältigt werden.
(Erich Fried 1995, S. 23)

Die im Rahmen psychologischer Schmerztherapie entwickelten Schmerzbewältigungsprogramme bauen auf der **Gate-Control-Theorie** von Melzack und Wall (1965) auf, wonach im Zentralen Nervensystem vier Systeme voneinander unterschieden werden können, die die Schmerzverarbeitung entscheidend beeinflussen (vgl. Weber 1991, S. 31-32):

- Das *Eintrittskontrollsystem* im Hinterhorn des Rückenmarks (als ‚Einfallstor‘ fungierend): Hier werden die von der Peripherie eintreffenden Schmerzreize vor ihrer Weiterleitung zum Gehirn abgeschwächt oder verstärkt.
- Das *sensorisch-diskriminierende System* in der Großhirnrinde: Hier werden die eintreffenden Afferenzen bezüglich Lokalisation, Dauer und Intensität analysiert.
- Das *motivierend-affektive System* im Stammhirn (v.a. im Thalamus sowie im limbischen und retikulären System): Hier wird über den Schmerz-Charakter entschieden, von dem wiederum die Reaktion auf den Schmerzreiz abhängig ist (z.B. Zurückziehen der Hand von einer heißen Herdplatte).
- Das *zentrale Kontrollsystem* im Großhirn: Hier werden die gesammelten Schmerzinformationen bewertet und beeinflusst – entsprechend der Bewusstseinslage und Aufmerksamkeit des Betroffenen, entsprechend früherer Schmerzerfahrungen sowie seiner aktuellen Situation.