

... mit den Füßen spielen ...

Dialog mit meinem Körper

Rupert Dinhobl

Auf die Suizidpräventionsstation, wo ich als Psychotherapeut arbeite, kommen immer wieder neurologische und onkologische PatientInnen, die suizidal wurden, weil sie ihre Schmerzen nicht mehr ertragen können oder keinen Sinn in ihrem Leben sehen. Ich versuche mit der phänomenologischen, existenzanalytischen Methode einen Dialog mit ihrem Körper und ihren Schmerzen zu induzieren, was oft zu erstaunlichen Ergebnissen führt. Auch PatientInnen mit Migrationshintergrund sprechen auf diese Methode meist gut an. In diesem Artikel stelle ich einen bosnischen Schmerzpatienten und eine onkologische Patientin im letzten Stadium ihrer Erkrankung vor.

Schlüsselwörter: onkologischer Patient, Personale Existenzanalyse (PEA); phänomenologische Methode, Psychosomatik, Schmerzpatient

Ich arbeite als Psychotherapeut auf der Station für Suizidprävention der Psychiatrischen Klinik in Salzburg, in die immer wieder PatientInnen aus anderen Abteilungen (Onkologie, Neurologie etc.) kommen. Der Grund dafür ist nicht schwer zu finden. Onkologische PatientInnen verlieren angesichts ihrer Krankheit die Hoffnung, sehen keinen Sinn mehr in ihrem Leben, fühlen sich der High-Tech-Medizin ohnmächtig ausgeliefert, verzweifeln und werden suizidal. Bei manchen SchmerzpatientInnen helfen keine Analgetika mehr und sie leiden unerträgliche Schmerzen. Internistische PatientInnen, mit vielen meist diffusen körperlichen Beschwerden, – sie gelten als „aus-therapiert“ – werden in ihrer Verzweiflung ebenfalls suizidal. Auffallend ist, dass sich bei PatientInnen mit Migrationshintergrund das seelische Leid vor allem im körperlichen Schmerz zeigt. Psychosomatische PatientInnen werden oft von einer Station auf die andere herumgereicht und landen dann schließlich bei uns – suizidal. In dieser verzweifelten Lage kommen die PatientInnen zum Erstgespräch, das sie oft mit den Worten einleiten: „Das ist meine letzte Chance, wenn ihr nicht helft, bring ich mich um.“ Diese Situation – jetzt sozusagen ein Wunder wirken zu müssen – hat bei mir am Beginn meiner Tätigkeit oft das Gefühl von Hilflosigkeit ausgelöst. Sehr bald aber hat sich die existenzanalytische Vorgehensweise als fruchtbarer therapeutischer

Weg erwiesen.

In den folgenden Fallbeispielen habe ich diese Arbeitsweise angewendet, angereichert mit Entspannungsübungen und der „Inneren Kindarbeit“. Meines Erachtens sind das Elemente, die sich organisch in unser existenzanalytisches Konzept einfügen. Grundlegend für meine Arbeit sind die phänomenologischen Grundprinzipien: Das, „was sich zeigt“, *wahr-* und *ernst nehmen*, was die PatientIn beschreibt, *aufnehmen* und mit ihr eine Reise – „zwiebelschalenförmig“ – in ihr Inneres *unternehmen*. Die PatientIn ist die *ExpertIn*, sie erlebt die Phänomene. Ich gehe mit ihr mit. Meine Aufgabe ist es, die PatientIn „*bei sich*“ zu halten. Wenn ich „*in mir*“ wahrnehme, dass die PatientIn vor sich flüchtet, dann dies ansprechen, damit sie wieder in die *Selbstwahrnehmung* und in den *inneren Dialog* mit sich kommt. Für mich ist eine entscheidende Seite der phänomenologischen Methode, darauf zu achten, was die Patientin *in mir* auslöst. Ich bin sozusagen *mit einem Ohr* (oder Sensor) „*bei mir*“ und mit dem anderen „*bei der PatientIn*“ – und das gleichzeitig. Diese Haltung („*existenzanalytisches Basistheorem*“, Selbstbezug und gleichzeitig Fremdbezug), gehört zum Grundbestand existenzanalytischer Therapie. Beim „Gleichzeitig“ beginnt die psychotherapeutische Kunst. Ziel ist es, die PatientIn wieder in den *Dialog mit sich und der Welt* zu bringen, oder eben in den *Dialog mit ihrem Körper*.

Josip, ein Schmerzpatient

Josip, ein 48-jähriger Bosnier kam zu uns auf die Station. Er war von Beruf Tiefbaumaschinist, arbeitete seit 20 Jahren in Österreich und dies bis zu 60 Stunden pro Woche, mit einem Monatsverdienst von Euro 3000,-. Josip war geknickt, gekränkt, verzweifelt und wütend, weil er seit drei Wochen nicht mehr arbeiten konnte. „Mein Rücken ist kaputt, ich halte die Schmerzen nicht mehr aus. Aber ich muss arbeiten, denn ich habe Schulden auf meinem Haus in Bosnien“, waren seine ersten Worte. Zwei Wochen wurde er schon auf der Neurologie behandelt, hatte die ganze Palette der Schmerzmittel bekommen, litt aber immer noch unerträgliche Schmerzen. „Wenn das so weiter geht, bleibt mir nur der Strick. Diese Station ist mein letzter Versuch, meine letzte Chance.“, so sein knapper Auftrag an uns. In dieser Verfassung saß Josip uns – einem kroatischen Assistenzarzt und mir – beim Erstgespräch gegenüber. Ich spürte in mir Hilflosigkeit, aber auch Wut aufsteigen. „Wahrscheinlich sind das die Gefühle, die auch Josip überschweben.“, und: „Jetzt kriegen wir wieder die ganze Verantwortung ab.“, dachte ich. Plötzlich schoss mir ein weiterer Gedanke ein: „Aber nicht annehmen!“ Das war der Auftrag, den *ich mir* gab. Dieser letzte Gedanke der *Selbstdistanzierung* und des *Umgangs mit mir*, brachte etwas Erleichterung in meinen Brustraum. Nun versuchte ich meiner *Wut* mehr Raum zu geben, indem ich dies bewußt zuließ. Sie half mir, seine und meine Hilflosigkeit besser auszuhalten. Langsam spürte ich, dass wir auf ähnlicher Wellenlänge waren. Die Voraussetzung für Verstehen, für Kommunikation war gegeben. Ich ließ mir Josips Schmerzen schildern und versuchte „mitzuspüren“, wahrzunehmen, was seine Erzählung in mir auslöste. Ich fragte immer weiter, *wo* und *wie* er die Schmerzen spüre, er kam

in einen leichten Trancezustand und begann Bilder zu gebrauchen: „Es ist wie ein Loch in meinem Rücken!“ „Wo?“ fragte ich. „Links neben der Wirbelsäule“ sagte er, „und ich will, dass *Ihr* mir dieses Loch mit Gips ausfüllt!“ Er drückte dies so plastisch aus, indem er seinen Arm verrenkte und auf die schmerzende Stelle zeigte – die Situation entbehrte nicht einer gewissen Komik – dass ich mir das Schmunzeln nicht verkneifen konnte. Josip spürte dies, wurde wütend und stürzte aus dem Behandlungszimmer mit den Worten: „So ein Kindergarten, ich geh, ich lass mich nicht ver...!“ Petar, der Assistenzarzt lief ihm nach und konnte ihn in seiner Muttersprache motivieren, die Behandlung fortzusetzen. Gott sei Dank konnte die Compliance wieder hergestellt werden. Am nächsten Tag versuchte ich noch intensiver *bei mir* zu bleiben und offener zu sein für Josips Prozess. Das „Loch“ blieb Hauptbild der Therapie, das wir behutsam zu behandeln versuchten. Ich fragte ihn noch genauer um die Beschaffenheit des Lochs. Er hatte eine gute Wahrnehmung, bekam eine Beziehung *zu* und schließlich einen Umgang *mit* „seinem Loch“. Es gelang *ihm selbst*, das Loch imaginativ zu füllen. Seine Methode war einfach: durch Selbstzuwendung, durch innere, imaginative, aber auch durch reale „hand“greifliche Berührung seines „Lochs“ im Sinn der liebevollen Eigenmassage. An dieser Stelle ist die Übergabe der Verantwortung an den Patienten im Sinn der „Hebammenmethode“ gelungen, der Hilfe zur Selbsthilfe. In der Folge halfen kleine Interventionen und Anregungen, wie: eine geringfügige Änderung im Sitzen vornehmen, eine langsame Bewegung ausführen, „Be-handeln“, d.h. die Hand auf die schmerzende Stelle legen, massieren und Wärme strömen lassen. Ein Dialog und schließlich ein guter Umgang mit seinem Körper setzte ein. Die Schmerzen gingen zurück und Josip arbeitet heute wieder auf seiner Maschine – zwei Jahre nach dem stationären Aufenthalt. So hat mir unlängst Petar, den Josip noch fallweise kontaktiert, erzählt. – Interessanterweise reagieren PatientInnen aus dem südosteuropäischen Raum meist besser auf die phä-

nomenologische Methode in der Schmerztherapie als jene aus unserem Kulturkreis. Die Sprachbarriere – viele sprechen sehr schlecht Deutsch – ist meiner Erfahrung nach kein wirkliches Hindernis in der Therapie.

Johanna, eine onkologische Patientin

Johanna, eine ca. 45 jährige Onkologiepatientin kam auf unsere Station, weil sie auf der Onkologie Selbstmordgedanken geäußert hatte. „Es wird nur ein kurzer Aufenthalt sein“, wurde uns versichert, „bis die Selbstmordgedanken abgeklungen sind, dann kommt sie wieder zurück.“ Ich sah die Patientin zum ersten Mal bei der Visite. Sie lag fahl, grau, apathisch in ihrem Bett und gab nur spärlich Auskunft über ihren Zustand. Sie machte auf mich einen resignierten, sich selbst aufgebenden Eindruck. Am Vormittag sah ich sie im Aufenthaltsraum in einer Ecke, allein und bewegungslos sitzen. Ich hatte das Gefühl, sie saugt – wie ein schwarzes Loch – alle Energie in sich ein. Als mir die Patientin zugeteilt wurde, überfiel mich ein schweres, lähmendes Gefühl der Ohnmacht. Ich erfuhr, dass sie bereits mit 22 Jahren an Brustkrebs erkrankt war, die Krebserkrankung in Folge drei weitere Male an verschiedenen Stellen auftrat und nun Leber und Milz schwer betroffen waren. Beim Erstgespräch saß sie mir gegenüber, gebeugt, eher teilnahmslos, und auf die Frage, wie es ihr denn gehe (eine Verlegenheitsfrage, die ich sonst selten stelle), kam die Antwort: „Ich komme nicht auf die Füße.“ Nach anfänglicher Ratlosigkeit meinerseits kam mir der Impuls, beim Ausdruck: „Ich komme nicht auf die Füße“ zu bleiben und weiter zu fragen: „Wie ist das für Sie, ‘nicht auf die Füße zu kommen’?“ „Ich spüre meine Füße nicht, sie sind so schwach, wie tot.“ war ihre Antwort. „Spüren Sie überhaupt nichts?“, versuchte ich mich weiter vor zu tasten. „Ich spüre nur ein Ziehen, manchmal ein Kribbeln.“ Die Patientin umfasste ihre Beine und streifte mit den Händen Richtung Oberschenkel. „Haben Sie das Bedürfnis, einen Impuls, etwas zu tun, oder brauchen Ihre Füße etwas, möchten Sie etwas mit ihren

Füßen tun?“, waren meine weiteren Fragen. Und dann kam die Antwort, die eine Wende einleitete und diesem Workshop den Titel gegeben hat: „Ja, ich würd´ gern mit den Füßen spielen!“ Eine Spur von Farbe durchzog ihr Gesicht, und in mir wuch etwas die Lähmung. Ein existentieller Prozess eröffnete sich.

Wochen später – die Patientin blieb vier Monate auf unserer Station – sagte mir Johanna, zu diesem Zeitpunkt war das Wichtigste für sie aus der Hilflosigkeit heraus zu kommen, mit ihrem Zustand umgehen zu lernen und *etwas tun zu können*. Sie fühlte sich nicht mehr ihrer Krebserkrankung und der onkologischen Behandlungsmaschinerie hilflos ausgeliefert. Sie gelangte dadurch in einen *Umgang mit sich und der Welt*. Und was die „Füße“ betrifft: Johanna entwickelte zu ihren Füßen ein liebevolles, fast lustvolles Verhältnis und hat begonnen, die Reflexzonenmassage für sich zu entdecken. Sie war sich – wie sie oft betonte – ihrer Füße fast immer gewahr.

Nun begann ein langer Prozess, in dem sie ihr Leben aufgerollt hat. In einer der nächsten Stunden berichtete sie, dass ihr ein starkes Druckgefühl in der Magengegend große Schmerzen bereitete. Auf die Frage, „Können sie den Schmerz lokalisieren?“, kam ein „Kann ich nicht.“ Ich blieb dran und ermutigte sie mit dem Finger rund um die schmerzende Stelle zu fahren. Das war nun möglich. Auf die Frage: „Wie empfinden Sie den Schmerz?“ kam ein: „Weiß ich nicht.“ Auch in diesem Punkt blieb ich konsequent dran, bis sie ein „drückend“ stammelte. Nun versuchte ich zu erspüren, was die Patientin in mir auslöste. Dies bildete dann den Impuls für weitere Fragen. Ich spürte in mir eine Blockade im Magenbereich und sprach meine Blockade an: „Können Sie etwas damit anfangen?“ Sie bejahte. Da längere Zeit wieder nichts weiter kam, sagte ich: „Bei mir ist es wie ein Stein.“ „Da schwindelt’s mich, ich kann nicht hinschau’n.“ war ihre Antwort. Im Lauf der Therapie, besonders wenn neue, belastende Phänomene auftauchten, kamen immer wieder diese Phasen des *Schwindels*, als wollte die Patientin damit sagen: „Ich kann und will mich da-

mit nicht konfrontieren.“ Ich habe versucht, sehr vorsichtig, aber doch konsequent „dranzubleiben“, der Patientin Zeit zu lassen, sie nicht zu drängen. „Ist es wie ein Stein?“ fragte ich nochmals. „Nein, es ist wie ein Ball.“ sagte sie. „Softball?“ frage ich eher assoziativ. „Nein, Hardball.“ Nun war das Bild geboren. Ich ließ sie diesen „Hardball“ genau beschreiben: Farbe: graubraun, die Konsistenz eher hart. „Hat dieser Hardball eine Botschaft für Sie, oder wollen sie mit ihm umgehen, ihn bearbeiten?“ waren meine weiteren Fragen. „Nein“ war ihre eher ratlose Antwort. In der nächsten Stunde kam Johanna mit einer siegessicheren Mine ins Gespräch. „Wissen Sie, was mir heute in der Nacht plötzlich gekommen ist? Der „Hardball“ ist meine behinderte Tochter, die in einem Heim lebt. Ich habe *Schuldgefühle*, dass ich sie ins Heim gesteckt habe, damals habe ich schlecht gehandelt.“ Es klang wie ein Bekenntnis. Die im Heim lebende Tochter und die damit verbundenen Schuldgefühle waren das erste biographische Thema, das auftauchte. „*Verstehen Sie sich*, dass Sie damals so gehandelt haben?“ fragte ich. „Ja, irgendwie schon, mein damaliger Partner ist nicht zu mir gestanden, er hat die Tochter abgelehnt. Ich wollte mich um sie kümmern, es war aber letztendlich nicht möglich.“ Methodisch habe ich versucht, die Frage nach dem „Sich-Verstehen“ (PEA 2, vgl. dazu Längle 2000, 24ff) zu stellen, damit sie in das *Selbstverstehen*, in das *Mitgefühl für sich* kommen konnte. An dieser Stelle war es auch wichtig, *Schuld* von *Schuldgefühlen* zu trennen. Die *Schuldgefühle* ließen sich durch den inneren Dialog – hier bot sich wieder die *PEA* an – auflösen. Zum Gefühl der *Trauer* kam Johanna erst später. Induzierte *Selbstzuwendung* – sie hat lange dazu gebraucht – weichte schließlich den „Hardball“ auf. Im Laufe des therapeutischen Prozesses nahm sie immer neue Schmerzen an verschiedenen Stellen ihres Körpers wahr, die für verschiedene unerledigte „Brocken“ in ihrem Leben standen. Nun eine Topographie von Johannas Schmerzphänomenen:

- Kopf/Schwindel: nicht hinschauen wollen
- Halsschmerzen: „den Brocken“ nicht

- schlucken können
- Schulterschmerzen: die Situation nicht tragen können
- Magen/„Hardball“: „es ist aussichtslos“, „es ist nicht zu bewältigen“
- Unterbauch: Exmänner
- Leistenegend: Angst, wenn etwas ansteht, wenn sich Streit anbahnt; bei Ungerechtigkeit
- Harninkontinenz: Angst, Leben nicht mehr unter Kontrolle zu haben
- Füße: keinen Halt mehr zu haben; „Ist es ehrlich, was ich tue?“
- Blockade: wenn etwas ansteht, gelöst zu werden
- rechte Seite: Vater, linke: Mutter

Im weiteren Verlauf der Therapie war das Bild des „*Inneren Kindes*“ wichtig: „Wie geht es der ‘kleinen Johanna’?“, „Was tut ihr weh?“ und: „Was braucht sie?“, waren die herantastenden Fragen. In diesem Punkt trifft sich m. E. die *Innere-Kindarbeit* mit der 1. Phase der *Personalen Existenzanalyse (PEA1)*: die primäre Emotion zu heben, den Impuls daraus zu erkennen und schließlich den phänomenologischen Gehalt zu verstehen (vgl. dazu Längle 2000, 24). Dieser Weg führte bei Johanna zu stärkerer Lebendigkeit. Der amorphe, überall auftretende Schmerz wurde klarer, lokalisierbarer, was den Umgang mit den Beschwerden erleichterte.

Ein weiteres wichtiges Thema in diesem Prozess war die *Wut*, die sie erst langsam wahrnehmen konnte. Eines Tages kam sie zum Gespräch mit den Worten „Ich glaub, ich hab eine irre Wut.“ „Auf wen?“ war meine Frage. „Auf den Ferdl, den Erzeuger von Marina.“ Johanna empfand dazu auch richtige Ekelgefühle. Ich fragte sie „Müssen sie erbrechen?“ „Nein, das passt nicht.“ Nach längerem Ringen platzte es förmlich aus ihr heraus: „Ich muss die Wut heraus gebären, aber nicht durch Kaiserschnitt wie bei Marina, sondern richtig!“ In der Folge kamen Johannas „Ex-männer“ zutage, die sich im tief liegenden Beckenbereich „festgesetzt“ hatten. Zuerst „erschieden“ die Männer als *Schwindel*, dann als *Schmerz*, in der Phase der Klärung schließlich als *Wut*. Wichtig war dabei die *Wut* als Kraft zu verstehen, die „etwas antreiben“ will. „Was will die Wut bewirken?“, fragte

ich. „Sie soll Gerechtigkeit herstellen!“ ihre prompte Antwort. In der Folge erarbeiteten wir, *wie* dies geschehen könnte. In diesem Punkt war Johanna kreativ. Sie schrieb ihre Anklage auf ein Blatt Papier, fuhr mit der Bahn an den Ort des früheren Geschehens und zerriss dort die Anklageschrift. Johanna war zusehends erleichtert. Andere Schuldner rief sie an oder unternahm eine imaginative Reise zu ihnen, um diesen „das Gestell zu putzen“, wie sie es ausdrückte. Die Folge war immer eine Erleichterung.

Ab da bot sich ein völlig anderes Bild der Patientin auf der Station: Das schwarze Loch verwandelte sich in eine Sonne, um im Bild zu bleiben. Farbe kam in ihr Gesicht, sie begann sich bunter zu kleiden, sich um ihre Haare zu kümmern. Hatte man vorher das Gefühl, dass sie alles Leben auf der Station in sich absorbiert, so wandte sie sich den MitpatientInnen zu, schloss Kontakt, lachte mit ihnen und tröstet sie. Johanna hat sich mit vielen auseinander gesetzt, so dass wir sie manchmal scherzhaft „Cotherapeutin“ nannten. Normalerweise ist dies auf der Station nicht unproblematisch, weil es eine heillose Dynamik auslösen kann.

Ein Märchen mit Happy End? Eine Bilderbucherfolgsgeschichte, gerade richtig für ein Workshop-Fallbeispiel? Die Existenz schreibt andere Geschichten. Johanna musste periodisch auf die Onkologie, um sich Chemotherapien zu unterziehen. Die Zahl der Thrombopen und Leukozyten sank immer wieder drastisch ab. Nach drei Monaten, nachdem klar war, dass ihr Leben nicht mehr lange dauern werde, stellten wir uns die Frage, ob wir Johanna nicht bis zum Tod begleiten sollten. Sie wäre gerne bei uns geblieben. Primär, Ärzte und Therapeuten stimmten zu, doch das Pflorgeteam äußerte schwerwiegende Bedenken, weil wir nicht auf die Pflege Schwerstkranker eingerichtet sind. Zurück auf der Onkologie wurde sie palliativ – und psychotherapeutisch von der Psychosomatik betreut. Ich selbst spürte den Impuls, weiter mit ihr Kontakt zu halten. Aber die Alltagsrealität holte mich ein. Nur einmal gelang es mir, Johanna im Zeitfenster zwischen Klinik und Privatpraxis zu besuchen. Sie wollte keinen

Besuch mehr, weil sie so schlecht beisammen war. Mich hat sie dann doch empfangen – sie war nur mehr ein „Häufchen Elend“. Johanna bestellte Grüße an die Station, bedankte sich noch einmal für alles. Nach zwei Monaten ist sie gestorben. Und trotzdem lebt Johanna in

mir weiter – in ihrer Lebendigkeit und Vitalität, die sie ausgestrahlt hat.

Literatur

Längle A (2000) Die „Personale Existenzanalyse“ (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Längle A (Hg) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas, 9-37

Anschrift des Verfassers:

*Dr. Rupert Dinhobl
Psychotherapeut in freier Praxis und am
Sonderauftrag f. Suizidprävention d.
Univ.kl. f. Psychiatrie u. Psychotherapie
A-5020 Salzburg, Thumeggerbezirk 7
Tel.: 0664/321 10 28
rupert.dinhobl@existenzanalyse.org*

Schmerz lass nach!

Ein existenzanalytischer Weg in der Behandlung chronischer Schmerzen

Marc Sattler

Schmerz besitzt einen eindringlichen Warn- und Signalcharakter. Als genetisches „Erfolgsprogramm“ wird er seit Millionen Jahren von Generation zu Generation weitergegeben. Doch was passiert, wenn die Schmerzen nicht mehr enden wollen? Für viele Betroffene beginnt eine endlose Schleife des Leidens, die sie auch in psychotherapeutische Behandlung führt.

Welchen Beitrag kann die Existenzanalyse im Kontext eines multiprofessionellen Behandlungsansatzes leisten? Dieser Frage wird im folgenden Artikel nachgegangen, wobei ein Bogen von der Diagnostik über Ansätze zur Behandlung bis zu immer wiederkehrenden Stolpersteinen im Umgang mit chronischen Schmerzpatienten¹ gespannt wird.

Schlüsselwörter: *chronische Schmerzen, Diagnostik chronischer Schmerzen, Existenzanalyse, existenzanalytischer Behandlungszugang*

Schmerz

Schmerz ist ein Meister, der uns klein macht,

Ein Feuer, das uns ärmer brennt,
Das uns vom eigenen Leben trennt,
das uns umlodert und allein macht.

Weisheit und Liebe werden klein,
Trost wird und Hoffnung dünn und flüchtig;

Schmerz liebt uns wild und eifersüchtig,

Wir schmelzen hin und werden Sein.

Es krümmt die irdne Form, das Ich,
Und wehrt und sträubt sich in den Flammen.

Dann sinkt sie still in Staub zusammen

Und überlässt dem Meister sich.

Hermann Hesse

1. Einleitung

Hermann Hesses tiefer Blick in die

Seele des Schmerzes berührt mich. Der Schmerz wird als Meister vorgestellt, in dessen mächtiger Gegenwart wir klein und nackt erscheinen. Selbst Liebe und Hoffnung, zwei starke Begleiter der Menschen, so sagt er, werden dünn und flüchtig. Schmerz macht einsam. Eine Erfahrung, die viele Patienten mit chronischen Schmerzen mit ihm teilen. Des Schmerzes Flammen brennen weg, was uns wichtig war, sie machen unser Leben ärmer. „Wir schmelzen hin und werden Sein“, schreibt Hesse weiter. Bedeutet das etwa die Aufgabe, die Niederlage im Kampf gegen den Schmerz?

Ich meine, in seinen angeführten Worten und im sich Überlassen an die höhere Macht, den Meister, eine wichtige Botschaft für einen existentiellen Umgang mit dem Schmerz zu finden.

2. Akuter und chronischer Schmerz

Schmerz ist ein Phänomen, das wesentlich zum Leben und Überleben des

Menschen dazu gehört! Es ist, so kann man sagen, ein von der Natur erfundenes „Erfolgsmodell zum Überleben“ und wird deshalb seit ca. 600 Millionen Jahren als genetisches Programm von Generation zu Generation weitergegeben. Entwicklungsbiologisch und evolutionär betrachtet ist die Geschichte des Schmerzes also eine uralte.

Der akute Schmerz besitzt einen eindringlichen Signal- und Warncharakter. Die Botschaft des Schmerzes ist eine drängende, eine aufdringliche, eine, die uns dazu anhält etwas zu unternehmen, den entstandenen Schaden zu beseitigen, um die Ganzheit und Integrität des Menschen wiederherzustellen. Ganz charakteristisch dabei ist dieses Prioritätssignal, das „sich in den Vordergrund schieben“, das kein anderes Erleben neben sich duldet. Hesse sagt: Der Schmerz ist eifersüchtig.

Der Mensch soll wieder „heil“ werden, das hat absoluten Vorrang!

Neben dieser lebenserhaltenden Funktion kann das Erleben von Schmerz, v.a. im chronischen Geschehen, sehr belastend und zum Mittelpunkt des gesamten Erlebens werden. Von chronischen Schmerzen ist die Rede bei einer Schmerzdauer von mehr als drei bzw. sechs Monaten (Kröner-Herwig, Frettlöh, Klinger, Nilges 2007), wobei sie dauernd oder in immer wiederkehrenden Intervallen auftreten können. Biologisch gesehen kann sich ein so genanntes Schmerzgedächtnis (Zimmermann 2007) entwickeln, das zur

¹Zur besseren Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwendet. Es werden dabei immer beide Geschlechter angesprochen.