Vom Warum zum Wozu

Zur Bedeutung einer philosophisch-existenzialistischen Haltung bei der Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen

Einleitung

Im Vordergrund gängiger somatischer wie psychotherapeutischer Schmerztherapien steht die Frage nach dem „Warum“ chronischer Schmerzen im Sinne einer Suche nach Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen, die das Entstehen und Chronifizieren von Schmerzen erklären. Eine einseitige Fokussierung auf die Frage nach dem Warum kann, vor allem im Kontext psychotherapeutischer Ansätze, problematisch sein. Sie kann zu einem Verharren auf der rückwärtsgewandten Suche nach ätiologischen Faktoren und im schlimmsten Fall zu einer Pathologisierung des Patienten führen. Wir plädieren deshalb dafür, die Frage nach dem Warum zu erweitern – um die Frage nach dem Wozu eines Weiterlebens mit chronischem Schmerz.

Die Frage nach dem Warum

Medizin und Psychologie haben sich in den vergangenen Jahrzehnten um Antworten auf die Frage nach dem Warum einer Chronifizierung von Schmerzen bemüht [12], das heißt um Erklärungen für das Aufkommen und Persistieren von Schmerzen. Kenntnisse über ihre Ätiologie und Aufrechterhaltung sollen helfen, Chronifizierungsprozesse zu

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir in diesem Beitrag überwiegend das generische Maskulinum. Dies impliziert immer beide Formen, schließt also die weibliche Form mit ein.

verhindern bzw. einen konstruktiven Umgang mit chronischen Schmerzen zu finden. Eine ausführliche Diskussion der wichtigsten Erklärungsansätze findet sich bei Kröner-Herwig et al. [13], hier sollen sie lediglich skizziert werden: Neurobiologischen Konzepten zufolge beruht der Chronifizierungsprozess auf neuroplastischen Veränderungen in Rückenmark und Gehirn [6]. Genetische Untersuchungen verweisen auf die Bedeutung der genetischen Grundausstattung eines Menschen im Hinblick auf sein Gefährdungsrisiko für Chronifizierungsprozesse [16]. Auch hormonelle, immunologische und myofasziale Faktoren werden in ihrem Einfluss auf den Schmerz untersucht. In den vergangenen 20 Jahren hat sich der Schwerpunkt der Forschung auf die Diagnostik und Therapie psychodynamischer und psychosozialer Mechanismen verlagert [10, 12]. Als wichtigstes Deutungsmodell gilt derzeit das biopsychosoziale Konzept, wonach chronischer Schmerz „als Phänomen beschrieben [wird], das durch biologische, psychologische und soziale Faktoren beeinflusst wird“ [14, S. 15]. Als Risikofaktoren werden Stressoren aus dem privaten und beruflichen Umfeld diskutiert sowie insbesondere dysfunktionale Bewältigungsstrategien wie Katastrophisieren, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Resignation, depressive Verstimmung und Angst, Schon- und Vermeidungsverhalten [12]. Bei aller vordergründigen Heterogenität teilen diese Ansätze eine gemeinsame Prämis-

se, die für eine naturwissenschaftlich orientierte Medizin und Psychologie kennzeichnend ist: nämlich die positivistische Annahme einer prinzipiellen Versteh- und Kontrollierbarkeit der Welt, wobei das Verstehen in der Aufdeckung von Ursache-Wirkungs-Mechanismen besteht. Die Suche nach Ursachen, also nach Antworten auf das Warum einer Chronifizierung von Schmerz, sowie die Zielsetzung seiner möglichen Kontrolle sind grundsätzlich gerechtfertigt, können jedoch in bestimmten therapeutischen Konstellationen ihrerseits zum Problem werden.

Das Problem bei der Frage nach dem Warum

Trotz zahlreicher Einzelerkenntnisse zum chronischen Schmerz bleiben eindeutige Antworten zur Entstehung und Therapie oftmals aus: Die Zahl chronisch schmerzkranker Menschen steigt kontinuierlich an [4].

Manche Schmerzleiden erhalten ihre Erklärung durch Missbrauchs- und andere traumatische Erfahrungen oder auch durch wiederkehrende Belastungssituationen im persönlichen Umfeld. Eine Auseinandersetzung mit diesen Faktoren kann dem Betroffenen helfen, das Geschehen einzuordnen, ihm etwas von seiner bedrohlichen Macht zu nehmen. Darüber hinaus gibt es Schmerzen, bei denen sich keine eindeutigen Ursachen finden lassen, sowie Schmerzen, bei denen kausale Faktoren ausgemacht,

aber nicht geändert werden können – wie z.B. bei bestimmten Grunderkrankungen (MS, Tumorerkrankungen, postoperative Verwachsungen usw.). Die Betroffenen stehen dann vor der Aufgabe, mit Schmerzen leben zu müssen, die sich nur begrenzt beeinflussen lassen. Vor allem bei Schmerzen dieser Art kann eine einseitige Fokussierung auf das Warum, also auf die Frage nach einer Erklärung, problematische, wenn nicht gar belastende Folgen für die Betroffenen haben. Die in den Leitlinien zur Behandlung von Schmerzen empfohlene „frühzeitige Diagnostik psychologischer Risikofaktoren“ [12, S. 116] zentriert die Aufmerksamkeit auf die vorgeblichen Defizite des Kranken – mit der Gefahr, dass dieser in die Rolle eines Menschen gedrängt wird, der sich für seinen Schmerz rechtfertigen muss. Nicht nur für seinen Schmerz, sondern auch für die Art seines Denkens, Fühlens und Handelns [7]. Eine Fibromyalgiepatientin bemerkt hierzu [17, S. 157]: „Ich verstehe ja, dass man versucht, eine Kausalität herzustellen, aber mich hat das wahnsinnig gemacht.“

Das explizite Anliegen bei der Analyse dysfunktionaler Einstellungs- und Verhaltensweisen besteht darin, das Bewusstsein der Patienten für ihre Eigenverantwortung zu fördern. Eine Orientierung am Leitbild von Eigenaktivität und Verantwortung kann jedoch auch zu Verunsicherung und Versagensangst führen bis hin zu Schuldgefühlen, wie sich den Fragen einer Schmerzpatientin (E-Mail vom 23.07.2015) entnehmen lässt: „Habe ich die Schmerzen, den nächsten Anfall, weil ich nicht gut mit mir umgehe und irgendwas falsch mache? Bin ich schuld? Für mich war jahrelang jeder Migräneanfall eine persönliche Niederlage, jede Medikamenteneinnahme ein Zeichen meiner Unfähigkeit.“

Wie die Zitate verdeutlichen, kann ein Verständnis von Schmerz als Folge und Ausdruck maladaptiven Verhaltens durchaus negative Folgen für die Patienten haben: Wird der Schmerz nicht als schicksalhafter Widerfahrnis, sondern als Zeichen dafür gedeutet, dass der Kranke etwas falsch macht, verschlechtert sich seine Beziehung zum Schmerz,

v. a. auch seine Beziehung zu sich selbst und zum eigenen Leben [7].

Das Problem bei der Frage nach dem Warum im Kontext chronischer Schmerzen ist also ein zweifaches: Erstens kann die Suche nach dem Warum zur Frustration des Patienten sowie seiner Behandler führen, da sich nicht für jeden Schmerz eine Erklärung finden lässt. Zweitens besteht die Gefahr, dass es zu einer Moralisierung der Schmerzen kommt, die letztlich mit Schuldzuweisungen an den Schmerzleidenden selbst enden kann. Im Folgenden wollen wir aufzeigen, weshalb eine Ergänzung der Suche nach dem Warum durch die Suche nach dem Wozu eine Möglichkeit darstellen kann, um Menschen dabei zu helfen, mit ihren und trotz ihrer Schmerzen zu leben.

Die Frage nach dem Wozu

Die Frage nach dem Wozu ist insofern zukunftsgerichtet, als sie die Frage beinhaltet: Auf welches Ziel hin lohnt es sich, weiterzumachen? Unser Vorschlag einer Erweiterung der Perspektive von der Warum- auf die Wozu-Frage orientiert sich an der philosophisch-existenzialistischen Idee, dass Menschen den Sinn für ihr Leben nicht einfach in der Welt vorfinden, sondern ihn selbst erschaffen können [1]. Die Grundfrage des Existenzialisten Albert Camus [2, S. 15] „Sich entscheiden, ob das Leben es wert ist, gelebt zu werden oder nicht“ stellt sich für *alle* Menschen. Für Schmerzkranken jedoch mit besonderer Wucht: Die Betroffenen haben ihren schmerzfreien Körper sowie viele Möglichkeiten früherer Selbstverwirklichung und Sinn-erfüllung verloren. Eine therapeutische Konsequenz besteht darin, den Patienten bei der Suche nach einem Wozu zu unterstützen, das tragfähig genug ist, um auch mit einem Schmerz leben zu wollen, dem die Medizin „den Sinn abspricht“ [18, S. 120].

Dieses Anliegen kommt der in der Palliativmedizin gängigen „würdezentrierten Therapie“ nach Chocinov nahe sowie dem Ansatz der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT), da es auch hier darum geht, sich „wichtigen persönlichen Zielen zuzuwenden, die mit Werten verbunden sind“ [5, S. 340].

Die Patienten werden in einer Vielzahl von Techniken zur achtsam akzeptierenden Beobachtung ihrer Schmerzen, Gedanken und Gefühle unterwiesen – mit dem Ziel, „das Schmerzerleben zu verändern und dadurch zu kontrollieren“ [15, S. 9]. Dieser Ansatz basiert auf der Vorstellung, dass Menschen ihren „Körper tatsächlich beeinflussen können, indem [sie] daran arbeiten, achtsamer zu werden“ [9, S. 30]. Auch wenn die Patienten dazu angehalten werden, ihren Schmerz nicht länger zu bekämpfen, so besteht auch bei achtsamkeitsbezogenen Ansätzen die Gefahr einer Überbetonung mentaler Einflussmöglichkeiten sowie einer Überstrapazierung von Eigenverantwortlichkeit. Vor allem aber: Solange sich Menschen auf eine Veränderung des Schmerzerlebens zentrieren, sind sie „gefangen“ im Schmerz. Wir schlagen deshalb vor, den Fokus vom Schmerz auf die Person des Patienten und seinen Lebensentwurf zu lenken. Die Suche nach dem Wozu hat primär nicht zum Ziel, das Schmerzerleben des Patienten zu verändern. Vielmehr soll ihm die Suche helfen, sich ein Gefühl für seinen Wert als Mensch zu bewahren – unabhängig davon, ob seine Schmerzen weniger, stärker oder gleich bleiben werden.

Im Folgenden wollen wir die Bedeutung der Suche nach dem Wozu im Rückgriff auf einige Überlegungen des Philosophen Albert Camus präziser herausarbeiten.

Zum Umgang mit dem Sinnwidrigen in den Werken von Albert Camus

In mehreren seiner Werke ist Camus der Frage nachgegangen, ob und wie es gelingen kann, in Anbetracht des Sinnlosen ein sinnhaftes Leben zu führen, insbesondere in seinem Essay *Der Mythos des Sisyphos*. Sisyphos ist von den Göttern zu einer leidvollen und vor allem sinnlosen Tätigkeit verurteilt worden: Er muss einen schweren Stein einen Berg hinaufwälzen, der sogleich wieder hinunterrollt. Trotz der Sinnlosigkeit nimmt Sisyphos die ihm auferlegte Aufgabe an, deklariert sie zum eigenen bejahten Schicksal: „Sein Fels ist seine Sache“ [2, S. 144].

Schmerz 2020 · 34:326–331 <https://doi.org/10.1007/s00482-020-00454-0>
© Der/die Autor(en) 2020

C. Bozzaro · D. Koesling · U. Frede

Vom *Warum* zum *Wozu*. Zur Bedeutung einer philosophisch-existenzialistischen Haltung bei der Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen

Zusammenfassung

Hintergrund. Menschen haben das Bedürfnis, für die Vorkommnisse in ihrem Leben eine Erklärung zu finden. Dies gilt insbesondere in Bezug auf Widerfahrnisse, die die gesamte Existenz beeinträchtigen, das Selbstwert- und Identitätserleben gefährden. Der chronische Schmerz ist eine solche Erfahrung. Die Suche nach dem Warum der Schmerzen ist v. a. durch die Erwartung motiviert, dass auf die Ursachenfindung eine Ursachenbehebung in Form einer den Schmerz auflösenden Therapie folgen möge. Diese Erwartung, die an die Medizin gerichtet wird, ist oftmals berechtigt. In den letzten Jahrzehnten ist es gelungen, grundlegende Mechanismen der Schmerzentstehung und -verarbeitung zu verstehen und auf diese einzuwirken.

Trotz dieser Erfolge bleiben viele chronische Schmerzerfahrungen aber auch heute noch schwer erklärbar, vor allem schwer beherrschbar.

Ziel. Im vorliegenden Beitrag wollen die AutorInnen zeigen, dass es gerade bei chronisch schmerzkranken Menschen wichtig ist, eine Fixierung auf die Frage nach dem Warum zu vermeiden.

Methode. Zunächst wird beschrieben, auf welche Weise sich die Orientierung am Ursache-Wirkungs-Schema, bei aller prinzipiellen Berechtigung im medizinischen Kontext, auch negativ auswirken kann. Anschließend wird durch den Rückgriff auf zentrale Thesen des Existenzphilosophen Albert Camus die Bedeutung der Wozu-

Perspektive aufgezeigt. An einem Fallbeispiel wird weiter veranschaulicht, wie dieser Perspektivwechsel im Rahmen einer therapeutischen Behandlung erfolgen kann.

Ergebnisse. Folgender Wechsel der Perspektive wird empfohlen: Die vergangenheitszentrierte Suche nach dem Warum sollte hinter die zukunftsorientierte Suche nach dem Wozu eines Weiterlebens mit chronischem Schmerz zurücktreten.

Schlüsselwörter

Chronischer Schmerz · Erklärungskonzepte · Existenzphilosophie · Sinnsuche · Perspektivwechsel

From *why* to *what for*. On the relevance of a philosophical-existentialistic approach in the treatment of patients with chronic pain

Abstract

Background. People have the need to find explanations for the events that occur in their lives. This is especially true when it comes to experiences that impact a person's entire existence and endanger their self-esteem and sense of identity. Chronic pain is one such experience. The search for the cause behind such pain is primarily motivated by the expectation that once the cause of the pain has been identified, an effective pain-alleviating therapy should ensue. Due to the numerous advances in the last several decades towards understanding the fundamental mechanisms governing the origins and processing as well as the treatment of pain,

such expectations towards medicine can frequently be met; however, in many cases the experiences of chronic pain remain difficult to explain and, above all, very difficult to manage.

Goal. In this article the authors aim to show that it is important to avoid fixation on the question of *why*, especially with people suffering from chronic pain.

Method. The article starts by describing how an exclusive orientation towards cause-effect-relationship in the medical context can also lead to negative consequences. Through recourse to the central theses of the existentialist philosopher Albert Camus,

the meaning of the *what for* perspective is then discussed. Finally, with the example of a case study, it is illustrated how this change of perspective can result within the framework of a therapeutic treatment.

Results. The following changes in perspective are recommended: the search for the past-centered *why* should make way for the future-oriented quest for the *what for* of continuing to live a life with chronic pain.

Keywords

Chronic pain · Explanation concepts · Existential philosophy · Search for meaning · Change of perspective

Nun ist Sisyphos eine mythologische Figur. Zudem lässt sich nicht von jedem Menschen erwarten, den ihm auferlegten Schmerz anzunehmen und zu bejahen. Camus ist sich dieser Einwände durchaus bewusst. Deshalb greift er in seinem Roman *Die Pest* die Frage nach dem Umgang mit dem offensichtlich Sinnwidrigen noch einmal jenseits des Mythos auf [3]. In diesem Fall zeigt sich das Sinnlose in Gestalt einer Pestepidemie. Die Hauptfigur dieses Romans ist ein Arzt, Dr. Rieux. Der Kampf gegen die Pest ist

ein Kampf gegen Windmühlen und der Arzt ist sich dessen mehr als bewusst. Dennoch führt er seine Arbeit im Dienst der kranken Mitbürger unablässig weiter. Sein Handeln zeichnet sich durch Liebe und Treue gegenüber seinen Kranken aus, gleichzeitig aber auch durch eine Form von Demut: Rieux weiß, dass er trotz seines unermüdlichen Einsatzes den Kampf gegen die Pest verlieren wird. Er weiß um die Grenzen seiner medizinischen Möglichkeiten, aber vor allem weiß er um die Grenzen der *conditio humana*.

Wie Sisyphos hat Rieux einen desillusionierten Blick auf die Fragilität menschlicher Existenz, zugleich auch den Willen, am eigenen Anspruch auf Sinnhaftigkeit festzuhalten. Camus führt dabei eindringlich vor Augen, dass Sinnhaftigkeit nicht gleichzusetzen ist mit einem „Happy End“. Am Ende des Romans, als die Pestepidemie fast besiegt ist, erkrankt Tarrou, Dr. Rieuxs bester Freund. Als deutlich wird, dass sein Freund trotz aller Bemühungen sterben wird, bleibt der Arzt neben ihm sitzen. Kurz vor seinem

letzten Atemzug dankt Tarrou seinem Freund, der „Tränen der Ohnmacht“ vergießt [3, S. 327]. Die Rolle des Arztes ist klar: Er ist Begleiter und Trostspendender bis zum bitteren Ende. Die Chronik der Pest endet mit folgenden Worten: „Während Rieux den Freudenschreien lauschte, die aus der Stadt aufstiegen, erinnerte er sich ... daran, dass diese Freude immer bedroht war. Denn er wusste, was dieser Menge im Freudentaumel unbekannt war ..., dass nämlich der Pestbazillus nie stirbt und nie verschwindet“ [3, S. 350].

Das Absurde ist nicht besiegt, nicht unwirksam gemacht: Die Sisyphearbeit geht weiter. Dennoch hält Rieux an einer Einsicht fest, die ihm gerade im Kampf gegen das Absurde offensichtlich wurde: „dass es an den Menschen mehr zu bewundern als zu verachten gibt“ [3, S. 350].

Zusammengenommen illustrieren die beiden Texte von Camus folgende Aspekte, die für die Frage nach einem zukunftsorientierten Umgang mit dem chronischen Schmerz wesentlich sein können:

1. Es kann sich lohnen, auch als chronisch schmerzkranker Mensch am Anspruch auf Sinnhaftigkeit festzuhalten – nicht an der Sinnhaftigkeit des Schmerzes, sondern an der Sinnhaftigkeit eines Lebens mit Schmerz.
2. Am Anspruch der Sinnhaftigkeit festzuhalten, bedarf der Demut und des Mutes. Es bedarf der Demut, um die eigene veränderte Lebenssituation anzunehmen. Es bedarf des Mutes, um mit den verbliebenen Möglichkeiten ein neues Lebenskonzept entwerfen zu können.
3. Schließlich sind Hilfe und Unterstützung durch die Mitmenschen entscheidend. Nicht, weil sie das Sinnlose beheben könnten. Doch können sie allein schon dadurch hilfreich sein, dass sie das Sinnlose, das dem Betroffenen widerfährt, anerkennen, mittragen und auf diese Weise Humanität im Leiden erschaffen.

Die durch Camus inspirierten Überlegungen finden Widerhall in vielfältigen Erfahrungen von Schmerzpatienten. Beispielhaft sei hier die Äußerung einer Schmerzpatientin [19, S. 20] zitiert, die nach einem Blinddarmdurchbruch und

damit verbundenen Narbenverwachsungen an chronischen Schmerzen leidet: „Ich musste lernen zu leben, ungeachtet der Schmerzen. Ich habe nach dem Wozu gefragt. ... Für mich heißt, Sinn zu finden, meine Lebensaufgabe auch als kranker Mensch zu finden. Das gibt mir geistigen und seelischen Halt.“

Die Suche nach dem Wozu eines Lebens mit Schmerz schließt die Beschäftigung mit der Vergangenheit des Erkrankten nicht aus, doch erfolgt sie mit einem anderen Schwerpunkt: Es geht weniger darum, Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge herzustellen als vielmehr darum, mehr über die Person und den Lebenskontext des Kranken zu erfahren: Die Rückwärtssuche steht im Dienste der Vorwärtssuche, im Dienste der Entwicklung eines neuen Lebenskonzepts, in dem auch der Schmerz seinen Platz hat. Wie auch immer die Antwort eines Patienten auf das Wozu ausfallen mag – sie ist nicht zu verstehen im Sinne einer Rechtfertigung oder gar Verherrlichung der Schmerzen. Auch kann und darf die Auseinandersetzung mit der Frage nach dem Wozu nicht vom Patienten *gefordert* werden, aber man darf ihm Hilfe bei der Suche danach anbieten.

Fallbeispiel

Ein Beispiel dafür, wie die Suche nach dem Wozu in der Praxis aussehen kann, liefert folgender Ausschnitt aus einem Gesprächsprotokoll mit einer 47-jährigen Patientin, die nach mehreren Operationen an der Wirbelsäule seit 6 Jahren an chronischen Schmerzen leidet. Frau H. hat als Grundschullehrerin gearbeitet, ist jedoch aufgrund ihrer Einschränkungen vorzeitig berentet worden. Während des zweiten Gesprächs wirkt sie in sich gekehrt und bedrückt. Sie berichtet von ihrer Einsamkeit, von Selbstwertverlust und Gefühlen der Sinnlosigkeit.

Frau H.: Mein Beruf, der war doch mein Lebensinhalt. Ich kann gar nichts anderes. Und jetzt? Wer bin ich denn jetzt noch? Das hat ja alles doch keinen Sinn. Mein Leben nicht, die Therapie nicht, gar nichts hat einen Sinn.

Th: Im Moment erscheint Ihnen Ihre Situation vollkommen hoffnungslos ...

Frau H.: Ja. Hoffnungslos. Ich habe die Hoffnung verloren.

Th: Frau H., Sie haben erwähnt, dass Sie früher gerne gezeichnet haben. Bitte, könnten Sie vielleicht ein Bild dafür finden, wie Ihnen gerade zumute ist?

Frau H. greift sofort nach einem Bleistift und zeichnet eine Mauer – aus dicken Steinen. Davor steht ein kleines Strichmännchen, das beide Schultern hängenlässt, in einer Haltung tiefer Resignation.

Th: Das Gegenteil von Hoffnungslosigkeit wäre Hoffnung. Sie fühlen sich im Moment nicht so. Dennoch möchte ich Sie bitten, wenn es Ihnen möglich ist, auch für diesen Begriff ein Bild zu finden.

Schweigend zeichnet die Patientin ein zweites Bild – mit der gleichen Mauer. Dieses Mal aber hat die Mauer ein Loch. Das Strichmännchen steht links seitwärts vor diesem Loch, zeigt mit ausgestrecktem Arm auf das, was man durch dieses Loch sieht: ein kleines Gesicht.

Die Therapeutin legt beide Bilder nebeneinander.

Th: Frau H., wenn Sie die beiden Bilder anschauen, woran bleibt Ihr Blick haften?

Frau H. (zeigt sofort auf das kleine Gesicht): Hier, dieses Gesicht fällt auf. Also die Person, die hinter der Mauer steht und hinausschaut. Das ist meine Großmutter. Sie schaut zu mir hin. Ich weiß nicht, aber irgendwie ist das tröstlich.

Th: Ihre Großmutter schaut zu Ihnen hin ... Sagt sie auch etwas?

Frau H.: Ja, sie sagt etwas zu mir: „Kind, du darfst dich nicht aufgeben!“ Ja, das würde sie sagen! Und weiter noch würde sie sagen: „Jedem Menschen wird ein bestimmter Platz zugeteilt, vom Schicksal, von Gott, wir wissen es nicht. Kein Mensch kann sich aussuchen, welcher Platz ihm zugewiesen wird. Es gibt bessere und schlechtere Plätze. Gerecht ist das alles wohl nicht. Es geht einfach darum, den Platz, auf den man gestellt worden ist, anzunehmen, und dann, auf diesem Platz, sein Bestes zu geben. Wenn man eine schwere Krankheit bekommt, hat das nichts mit Sieg oder Niederlage zu tun. Darum geht's nicht. Es geht nur darum, dass man seine Krankheit mit Anstand trägt, so, dass man sich selbst noch im Spiegel ansehen kann.“

Frau H. (schaut hoch, setzt sich aufrecht): Ich hatte es vergessen. Ja. Das hat mir meine Großmutter tatsächlich gesagt. Als sie im Sterben lag.

Th: Frau H., woran könnte Ihre Großmutter erkennen, dass Sie ihre Worte nicht vergessen haben?

Frau H.: Ich könnte meiner Nachbarin anbieten, ihren zwei Kindern bei den Hausaufgaben zu helfen. Die Mutter der beiden arbeitet, hat also nicht viel Zeit.

Th (lächelt): Ich brauche sicher nicht fragen, wie Ihre Großmutter die Idee finden würde.

Wie lässt sich diese Therapiesitzung einordnen? Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung können nicht „übersprungen“ werden. Sie müssen zunächst einmal gewürdigt, d. h. wahrgenommen und anerkannt werden, bevor sich ein Mensch dem zuwenden kann, was ihm Orientierung und Halt zu geben vermag. Im vorliegenden Beispiel lässt sich die Therapeutin auf die Gefühle der Patientin ein. Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung werden zur Kenntnis genommen und angesprochen. Die Bitte um ein Bild zur Verdeutlichung ihrer Befindlichkeit versetzt Frau H. in die Rolle einer Beobachterin, die ihren Gefühlen ein gleichsam wissenschaftliches Interesse entgegenbringt. Im Vorgang des Zeichnens ihrer Hoffnungslosigkeit gewinnt sie ein wenig Abstand von ihren Gefühlen, vermag sich und ihre Situation aus einer erweiterten Perspektive zu sehen. Aus dieser erweiterten Perspektive heraus erinnert sich Frau H. an ihre Großmutter, an das, was diese ihr vorgelebt hat. Plötzlich kann sie den Sinn ihres Lebens darin erkennen, den Platz, den das Schicksal ihr zugewiesen hat, anzunehmen und auszufüllen. Ein Wozu für ihr Leben ist gefunden, auch wenn die Frage „Wozu?“ kein einziges Mal gestellt worden ist: Zukünftige Gespräche zeigen, dass Frau H. ihren Plan einer zeitweisen Betreuung der Nachbarskinder in die Tat umgesetzt hat – zur Freude der Kinder, zur Entlastung der Nachbarin, zur Linderung ihrer eigenen Einsamkeit. Vor allem aber hat sich die Einstellung der Patientin zu sich selbst verändert: Sie sieht den Wert ihrer Person nicht länger im Wiedererlangen optimaler Funkti-

onstüchtigkeit, vielmehr im Bemühen darum, das zu tun, was sie tun kann – gemäß ihrer Fähigkeiten zum einen, ihrer schmerzbedingten Einschränkungen zum anderen.

An diesem Beispiel wird deutlich, dass wir den Schwerpunkt therapeutischer Arbeit nicht in der Beschäftigung mit den Schmerzen sehen, sondern in der Zuwendung zum Patienten. Diese Zuwendung beruht auf einem Verständnis von Schmerz, das sich vom Verständnis gängiger Schmerztherapie unterscheidet. Die in der Medizin vorherrschende Einstellung zum chronischen Schmerz ist „weitgehend durch ein Feind- und Kampfbild bestimmt“ [8, S. 44]. Er gilt als pathologisch und „böse“ [11, S. 89], vor allem als „sinnlos“. Dem von uns vorgestellten Ansatz liegt ein Menschenbild zugrunde, das sich an der grundlegenden Verletzlichkeit der menschlichen Natur orientiert, den Schmerz nicht isoliert von der Person des Leidenden ansieht und der Annahme folgt, dass ein Leben nicht nur dann sinnerfüllt sein kann, wenn der Betroffene schmerzfrei ist und optimal funktioniert. Entscheidend ist die Bereitschaft, sich dem eigenen Wesen gemäß mit den Gegebenheiten des Lebens auseinanderzusetzen. Wie das im Einzelfall aussieht, kann nicht von außen vorgegeben werden, ist vielmehr so besonders und einzigartig, wie es der jeweilige Mensch ist.

Fazit für die Praxis

- Die Zentrierung medizinischer und psychologischer Bemühungen auf das Warum chronischer Schmerzen steht im Dienste kausaler Erklärungsmodelle, die vorrangig das Ziel der Linderung bzw. Heilung der Beschwerden anvisieren. Die Erweiterung der Frage nach dem Warum um die Frage nach dem Wozu resultiert aus der Sorge um den Menschen, der mit seinem Schmerz leben muss – im Jetzt.
- Ein erfülltes Leben ist nicht unbedingt ein leichtes Leben, es kann durchaus voller Hindernisse und Entbehrungen sein. Erfüllt ist ein Leben, zu dem man „Ja“ sagen kann. Bejahung heißt nicht, den Schmerz gut zu

finden oder ihn resigniert über sich ergehen zu lassen. Bejahung heißt schlicht, den Schmerz anzuerkennen – als etwas, das nun zum eigenen Leben gehört.

- Aus der Anerkennung dessen, was ist, erwächst nicht selten die Suche nach dem Wozu eines Weiterlebens – mit chronischem Schmerz.
- Diese Suche wird dem Patienten erleichtert durch die wohlwollende Unterstützung auch seiner Therapeuten.

Korrespondenzadresse

Dr. Claudia Bozzaro

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin,
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Stefan-Meier-Str. 26, 79104 Freiburg,
Deutschland
bozzaro@egm.uni-freiburg.de

Förderung. Dieser Beitrag ist Teil des Forschungsprojekts S-19/01-W: Chronischer Schmerz – ein Problem der Gegenwartsgesellschaft? gefördert durch die HEAD-Genuit Stiftung.

Funding. Open Access funding provided by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Bozzaro, D. Koesling und U. Frede geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Bozzaro C, Frede U (2018) Chronischer Schmerz als Sinnkrise. *Spiritual Care* 7(3):263–270
2. Camus A (2014) *Der Mythos des Sisyphos*. Rororo, Hamburg
3. Camus A (2014) *Die Pest*. Rororo, Hamburg
4. DGS-Praxisleitlinien (2020) Grundlagen. <https://dgs-praxisleitlinien.de/index.php/contact/grundlagen>. Zugriffen: 20. Mai 2019
5. Diezemann A, Korb J (2017) Akzeptanz- und Commitment-Therapie. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hrsg) *Schmerzpsychotherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung*. Springer, Berlin, S337–348
6. Flor H (2017) Neurobiologische und psychobiologische Faktoren der Chronifizierung und Plastizität. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hrsg) *Schmerzpsychotherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung*. Springer, Berlin, S87–101
7. Frede U (2017) Schmerztherapeutische Konzepte und ihre möglichen Folgen. *Z Med Ethik* 63:135–146
8. Gadamer H-G (2003) *Schmerz. Einschätzungen aus medizinischer, philosophischer und therapeutischer Sicht*. Universitätsverlag Winter, Heidelberg
9. Gardner-Nix J, Costin-Hall L (2012) *Der achtsame Weg durch den Schmerz. Das Praxisprogramm gegen chronische Schmerzen*. Arbor, Freiburg
10. Gerlach G, Senf W (2017) Psychodynamische Konzepte: Schmerz, Chronifizierung und Interaktion. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hrsg) *Schmerzpsychotherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung*. Springer, Berlin, S133–142
11. Göbel H (2006) „Weil ich mit Schmerzen leben muss ...“ Interviews mit Schmerzpatienten. *Therapie Wege bei chronischen Beschwerden*. Südwest, München
12. Hasenbring MI, Korb J, Pflingsten M (2017) Psychologische Mechanismen der Chronifizierung – Konsequenzen für die Prävention. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hrsg) *Schmerzpsychotherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung*. Springer, Berlin, S115–131
13. Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (2017) *Schmerzpsychotherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung*. Springer, Berlin
14. Kröner-Herwig B (2017) Schmerz als biopsychosoziales Phänomen – eine Einführung. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hrsg) *Schmerzpsychotherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung*. Springer, Berlin, S3–16
15. Tamme P, Tamme I (2010) *Frei sein im Schmerz. Selbsthilfe durch Achtsamkeitsbasierte Schmerztherapie ABST*. Books on Demand, Norderstedt
16. Tölle TR, Berthele A (2004) Biologische Mechanismen der Chronifizierung – Konsequenzen für die Prävention. In: Basler H-D, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfsch H-P (Hrsg) *Psychologische Schmerztherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Schmerzpsychotherapie*. Springer, Berlin, S77–98
17. Tölle TR, Schiessl C (2019) *Das Handbuch gegen den Schmerz. Rücken, Kopf, Gelenke, seltene Erkrankungen: Was wirklich hilft*. ZS, München
18. Treichler M (2017) *Die Botschaft des Schmerzes: Anregung und Orientierung für Betroffene, Ärzte und Therapeuten*. Info 3, Frankfurt
19. Wendel K (2017) *Chronisch Hoffnungsvoll. Stärken finden in einem Leben mit Krankheit*. SCM, Holzgerlingen

Medizinische Codierung in Zukunft automatisiert?

Mit der computerbasierten Codierung medizinischer Informationen in Patientenakten befasst sich ein Forschungsprojekt an der Technischen Hochschule Mittelhessen (THM).

Nach Angaben des Statistischen Bundesamts werden pro Jahr in Deutschland etwa 20 Millionen Patienten im Krankenhaus behandelt. Für jeden werden alle medizinisch bedeutsamen Informationen in Patientenakten dokumentiert. Ziel des aktuellen Projekts ist es, mit Methoden des Transferlernens die Ergebnisse für alle Kundengruppen nutzbar zu machen.

Vereinheitlichte Codierung

Kooperationspartner der THM ist der Fachbereich Informatik und Mathematik der Frankfurter Goethe-Universität und das Unternehmen Minds-Medical, das eine Software entwickelt hat, die Patientenakten und Arztbriefe automatisch codiert. Synonym verwendete Begriffe in verschiedenen Kliniken sollen so erkannt werden und demselben Code zugeordnet werden.

Kliniken und private Versicherer

Potentielle Kunden seien die knapp 2000 Krankenhäuser in Deutschland, teilt die THM mit. Laut einer Studie von Minds-Medical entstehen den Kliniken heute Personalkosten für die medizinische Codierung in Höhe von einer Milliarde Euro jährlich. Die neue Technologie könnte auch von privaten Krankenversicherungen eingesetzt werden, um bei Neukunden eine automatisierte Risikoanalyse durchzuführen und anhand von Arztbriefen Vorerkrankungen zu erkennen.

Das Forschungsvorhaben läuft zwei Jahre und hat ein Gesamtvolumen von 500.000 Euro. Es wird im Rahmen der hessischen „Landes-Offensive zur Entwicklung Wissenschaftlich-ökonomischer Exzellenz“ (Loewe) unterstützt.

Quelle: Technische Hochschule Mittelhessen (www.thm.de)