

# **Statt eines Vorworts – ein Dialog**

*zwischen Johanna Anneser und Eckhard Frick*

*Eckhard Frick:* Psychosomatische und Palliative Medizin seien Geschwister, sagt Peter Henningsen. Wo ist denn da der Familienzusammenhalt, um welches Thema geht es in dieser Familie?

*Johanna Anneser:* Geschwister sind manchmal ähnlicher, manchmal verschiedener. Sie verstehen sich oft unterschiedlich gut, manchmal ist es auch ganz harmonisch. Gelegentlich gibt's Auseinandersetzungen. So wird es wahrscheinlich auch mit der Geschwisterschaft zwischen medizinischen Fachrichtungen sein. Wie ist das nun bei Psychosomatischer Medizin und Palliativmedizin? Ich glaube, der wesentliche Punkt, der »Familienzusammenhalt« ist, dass sich beide Fachrichtungen bemühen, den Menschen – um jetzt psychosomatisch zu sprechen – in seinem bio-psycho-sozialen Zusammenhang zu verstehen. Sie versuchen herauszufinden, was er oder sie als Person in einer konkreten Situation und in all diesen unterschiedlichen Aspekten gerade braucht. Gleichzeitig versuchen beide, bei diesem Blick aufs Ganze auch die Details zu beachten – oder wie Cicely Saunders es formuliert hat: *attention to detail*. Das geht am besten im multi-professionellen Behandlungsteam, wo die Behandler auch aufeinander hören.

*Eckhard Frick:* Dieses berühmte bio-psycho-soziale und vielleicht sogar auch spirituelle Modell wird ja von wenigen bestritten. Aber was heißt das in der technischen, ökonomischen und organisatorischen Realität so eines High-Tech-Klinikums? Wie lässt sich da Palliative Care implementieren?

*Johanna Anneser:* Der kontroverseste Punkt des bio-psycho-sozialen Modells im High-Tech-orientierten Gesundheitssystem ist vermutlich der soziale Aspekt, der ja das Umfeld des Patienten, die Angehörigen oder Zugehörigen mit einschließt. Hier ist sicher nicht nur in der Palliativmedizin, sondern vor allem in vielen anderen Bereichen noch ein längerer Weg zu gehen. Aber ich glaube, dass es in der Palliativmedizin dazu gute Ansätze gibt, die zum Teil auch vorbildhaft sein könnten. Wenn man die ökonomische Seite ansieht, so gibt es in der Palliativmedizin Abrechnungsziffern, in die Leistungen, die an An- und Zugehörigen erbracht wurden, mit einfließen, beispielsweise Gespräche, die mit diesen geführt werden, erhöhen dann den erzielten Erlös – das ist in vielen anderen Fachbereichen nicht so. Allerdings zweifle ich manchmal daran, ob die Sichtweise eines bio-psycho-sozialen Modells und dessen Bedeutung bei den Kostenträgern schon zur Gänze angekommen ist. Ich erinnere mich an einen Patienten, nach dessen Versterben wir abschließend Gespräche mit den Angehörigen geführt und diese für die Abrechnung auch dokumentiert haben. Diese Leistungen wurden dann von der Krankenkasse gestrichen mit der lapidaren Begründung, dass die Leistungspflicht des Kostenträgers mit dem Tod des Versicherten erlischt.

*Eckhard Frick:* Das Erlöschen der Leistungspflicht mit dem Versterben ist ein auffälliges Stichwort. Spiritualität hat es ja mit Transzendenz zu tun. Unser Menschsein geht auch über solche Grenzen hinweg. Trauer, Erinnerung, Auseinandersetzung mit dem Tod gehören zum Leben. Es scheint in den Kosten-Überlegungen schwer abzubilden zu sein, dass all das zum Leben gehört. Auch die Trauer, gewissermaßen die Nacharbeit und die bleibende Präsenz eines verstorbenen Menschen gehört zu unserem Leben, ist nicht einfach zu Ende mit dem Feststellen des Todes.

*Johanna Anneser:* Ja, ganz genau. Andererseits ist die Bedeutung von Spiritualität und Spiritual Care, wie wir wissen, ja nicht beschränkt auf die Palliativmedizin, sondern hat mit allen Lebens- und Krankheitsphasen und allen medizinischen Fachrichtungen zu tun. Das müsste allerdings erst einmal in die Köpfe, seien es jetzt die der Ärzte, des Pflegepersonals als auch in die Köpfe derer, die die Finanzierung in Händen halten. Vorerst ist aber die Palliativmedizin die einzige Fachrichtung, die spirituelle Bedürfnisse in ihrer Definition aufführt und als integralen Bestandteil betrachtet – so ist es ja auch in der Definition der WHO von »*Palliative Care*« aufgeführt. Wie das dann im Einzelfall funktioniert, ist natürlich wieder sehr unterschiedlich gelebt. Es gibt da die aktuelle Diskussion der Abrechenbarkeit von spiritueller Begleitung bei Palliativmedizin. Da gab es einige Urteile, die ja sehr positiv waren.

*Eckhard Frick:* Trotz des Rollbacks nach den Urteilen der Sozialgerichte...

*Johanna Anneser:* ... ja: positiv war dann das darauffolgende Engagement der beiden großen Kirchen, die genauso wie wir in der Palliativmedizin in ihrer Stellungnahme sagen: Spiritual Care ist Teil der Behandlung und diejenigen, die diese Leistung erbringen, sind Team-Mitglieder. Dies muss dann auch in die Dokumentation und Abrechnung einfließen können. Was meinst Du: welche Initiativen brauchen wir, damit Spiritual Care besser berücksichtigt wird?

*Eckhard Frick:* Wir haben von spirituellen Bedürfnissen kranker Menschen gesprochen. Die gibt es nicht nur in der Palliativmedizin, wir haben sie z. B. gerade in einer großen internistisch-chirurgischen Notfallambulanz untersucht (Büssing et al. 2021; Frick et al. 2021). Darüber hinaus müssen wir auch an die spirituellen Bedürfnisse der Mitarbeitenden denken, also an ihre Motivation. Alles, was sie stärkt, was sie an spirituellen Ressourcen mitbringen, selbstverständlich in der ganzen Pluralität, die den Begriff »Spiritualität« ausmacht. Welche Kraftquellen haben Menschen, damit sie diese anstrengenden Berufe ausüben können? Und zwar nicht nur in der Begeisterung der ersten Jahre, sondern ein langes Berufsleben lang. Da denke ich ganz besonders an die Pflege. Pflegenotstand ist nicht nur ein Problem der Finanzen, also der Unterbezahlung der Pflege hierzulande, sondern hängt auch von der Art ab, wie die Pflege eingesetzt wird, wie die persönlichen Ressourcen gefördert werden. Da sind beide Bereiche Vorreiter, sowohl Palliativ- als auch psychosomatische Medizin, wegen des interprofessionellen Charakters und der hohen Bedeutung der Pflege, die keineswegs überall so ist. Der Beitrag könnte sein, auf die Ressourcen der Mitarbeitenden zu schauen und ganz ähnlich wie Cicely Saunders, von der *Unit of Care* spricht, auf das *Caring* für die *Carers* zu achten.

*Johanna Anneser:* Noch ein anderer Punkt: Unsere Klinik heißt ja »für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie«. Was kann denn die Palliativmedizin lernen von der Psychotherapie?

*Eckhard Frick:* Ich denke, in erster Linie das Verstehen von Beziehungen und von Geschichten, von Ereignissen, die sich zwischen Menschen abspielen. Psychotherapie ist ja eine sehr arme Art von Medizin. Wir haben keine Medikamente. Wir können eigentlich nur reden und zuhören. Es gibt zwar auch übende, leiborientierte und kreative Elemente. Aber im Wesentlichen geht es über die Sprache. Also: Welche Ressourcen, welche Probleme bestehen aktuell in der Familie der Patienten und Patientinnen oder aber in ihrer Erinnerung, welche in ihrem Beruf, in ihrem sozialen Umfeld? Was gibt es da zu klären? Wo haben sich vielleicht sogar Störungen gebildet? Im Sinn von Angststörungen oder depressiven Störungen oder auch der sogenannten funktionellen Störungen? Um Verstehen geht es aber auch, wenn eine Patientin oder ein Patient »aus der Beziehung aussteigt«, z. B. ins Delir rutscht und nicht mehr erreichbar ist. Dann denken viele nur: Jetzt müssen wir Medikamente geben, was natürlich notwendig sein kann. Andererseits: Gerade dann hat auch Psychotherapie eine Chance, wenn wir nichts verstehen, nicht mit dem Anspruch daherkommen, alles zu psychologisieren. In Situationen, wo der zerebrale Zustand gewissermaßen die Führung übernimmt und z. B. er oder sie nicht mehr in der Lage ist, klar am Gespräch teilzunehmen. Auch das sind wichtige Momente, weil wir auch da das Team unterstützen können und, je nach Krankheitsverlauf den Patienten unterstützen, wieder in die Normalität der Beziehungen zurückzukehren.

Ein wichtiges interdisziplinäres Gebiet ist auch die Sinsuche kranker Menschen und ihrer Familien und vor allem die Auseinandersetzung mit der Sinnlosigkeit. Das hat einen spirituellen und einen psychotherapeutischen Aspekt, ohne dass man beide Seiten gegeneinander ausspielen darf. Deshalb entwickeln wir jetzt gemeinsam das Projekt »*legacy*«: Was wollen Sterbende noch erledigen, was wollen sie als Vermächtnis hinterlassen? Welchen Raum und welche Unterstützung brauchen sie dazu?

*Johanna Anneser:* Die »*legacy*« hat dann schon was mit der Bezogenheit, mit der Relationalität zu denen, die dableiben, zu tun. Gäbe es da nochmal verstärkt eine Rolle für Psychotherapie oder Spiritual Care, was die Angehörigen betrifft? Könnte man sich da vielleicht vorstellen, präventiv zu arbeiten, dass die Menschen mit dem Verlust, der ja dann unvermeidlich auftritt, besser zurechtkommen?

*Eckhard Frick:* Innerhalb der Psychotherapie gibt es familientherapeutische Ansätze, z. B. die systemische Therapie, die nicht nur auf den individuellen Patienten schauen, was wir meistens auch in der Medizin machen, siehe unser Beispiel der Abrechnung von Trauerbegleitung, sondern immer systemisch vorgehen, also den Patienten innerhalb eines Kontextes sehen, innerhalb einer *Unit of Care*. Und über das Professionelle hinaus gibt es das Selbsthilfe-Potenzial. Also: Wie können wir Räume zur Verfügung stellen, dass Menschen sich auch selbst organisieren, von einander wissen, sich in Gruppen zusammentreffen und sich gegenseitig unterstützen? Da haben wir eher eine Hebammenfunktion, spielen nur die zweite Geige. Denn wir müssen das nicht als Profis in der Hand behalten, sondern vielmehr anregen und bestärken, wie wichtig dieses Selbsthilfepotenzial ist: In der sozialen Unterstützung, in ganz konkreten Dingen und dann auch in den Fragen, die du ansprichst, in der Verarbeitung der Trauer, also sowohl dieses Abschieds, wenn Menschen sehr schwer krank sind und sich das Sterben abzeichnet.

Noch einmal zum »Geschwisterpaar« Palliativmedizin und Psychosomatische Medizin: Wo können sich beide in der Forschung unterstützen?

*Johanna Anneser:* Palliativmedizin hat in jedem Haus, in dem sie etabliert ist, eine andere Färbung, ein eigenes Erscheinungsbild. Das hängt vor allem auch damit zusammen, dass die komplett eigenständigen palliativmedizinischen Kliniken und Abteilungen in der Minderheit sind. Die meisten palliativmedizinischen Einheiten sind an eine andere Klinik angegliedert. Ich glaube, es macht schon einen Unterschied, ob man als Palliativmedizin Teil einer onkologischen Klinik, einer Anästhesiologie, Neurologie, Strahlentherapie oder eben einer Psychosomatik ist.

Das wird die klinische Arbeit und auch die Forschungsinteressen prägen. Wir werden in den kommenden 10–20 Jahren weitersehen, wie diese Kooperation zwischen den einzelnen Fachrichtungen, in unserem Fall mit der Psychosomatik, wiederum Auswirkungen auf die Palliativmedizin selber hat: auf die Form, wie dieses sich entwickelnde und sich weiterentwickelnde Fach gelebt werden wird und sich aus den »Mutterkliniken« auch emanzipiert.

*Eckhard Frick:* Das sind ja auch wissenschaftspolitische Fragen. Palliativmedizin ist ein recht junges Fach und wie bei allen jungen Fächern gibt es da auch entweder entwicklungsfreudige Geschwister oder andere, die sagen: »Was will denn die jetzt hier, die kleine Schwester? Das haben wir doch bisher alles gut selbst gemacht. Was soll denn jetzt eigentlich dieser neue Ansatz?« Das kann auch erst einmal stören, weil es da jemanden gibt, der neue und eigene Sachen einbringt. Gibt es schon Anzeichen, wie diese Entwicklung gerade in der universitären Palliativmedizin verlaufen wird?

*Johanna Anneser:* Meines Erachtens wird die spannendste Entwicklung nicht in den Fragen der Symptomkontrolle liegen. Ich glaube, Schmerzen, Atemnot, die meisten körperlichen Symptome bekommt man mittlerweile ganz gut in den Griff – aber natürlich gibt es auch da noch Verbesserungsmöglichkeiten. Hier sind wir relativ weit. Ich glaube, das Spannendste wird die weitere Auseinandersetzung mit ethischen Fragen und auch mit spirituellen Fragen sein. Es bleibt die Auseinandersetzung mit den existenziellen Fragen: Die Unausweichlichkeit des Todes und das Leben mit der Gewissheit des möglicherweise sehr bald eintretenden Todes, der Verlust von geliebten Angehörigen. Wie kann ich die Situation bewältigen, sodass für die einen das Leben weitergeht und für die anderen, die gehen müssen, das möglichst nicht in vollkommener Verzweiflung und als Katastrophe erlebt wird.

*Eckhard Frick:* Wenn ich zurückdenke an meinen eigenen medizinischen Werdegang, kann ich da schon mit einer historischen Betrachtung aufwarten. Ich erinnere mich an chirurgische Visiten, ganz hinten im kleinen Zimmer war ein Patient, wo das Tumorleiden die Bauchwand perforierte. Dort wurde kaum Visite gemacht, kaum mit ihm gesprochen. Vor der Tür hieß es dann; »nur noch palliativ!«. Ich habe im Studium das Wort »palliativ« meistens mit dem Zusatz »nur noch« gehört ...

*Johanna Anneser:* ... oder dieses doch sehr schlimme Wort der Minimaltherapie. »Wir machen nur mehr Minimaltherapie« oder: »Der Patient verstarb unter Minimaltherapie«. Das verkennt völlig, dass Palliativmedizin in den meisten Fällen gar keine Minimaltherapie ist, sondern oft hoch aufwändig sein kann, was sich ja darin

widerspiegelt, dass Palliativstationen, die den Namen auch verdienen, personell ausgerüstet sein müssen.

*Eckhard Frick:* Ja, in der Palliativmedizin geht es zwar um Trauer und um eine Haltung der Abschiedlichkeit, aber nicht um Niedergeschlagenheit oder eine permanente Depression. Es ist ein dynamisches Feld, das deshalb gut zur Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie passt.

*Johanna Anneser:* Das stimmt. Zur Abschiedlichkeit und dem Traurig-Sein am Lebensende gehört durchaus auch das Lachen und der Humor. Ich denke, dass viele in *Palliative Care* tätige Menschen bestätigen können, dass es auf einer Palliativstation oft erstaunlich fröhlich zugeht. Und auch das ist vielleicht ein gemeinsames Merkmal der beiden Fächer: das interessierte Mitgehen mit unseren Patienten und ihren Zugehörigen, eben auch durch verschiedene Höhen und Tiefen. Etwa so wie Thomas Mann den Protagonisten Hans Castorp im »Zauberberg« erkennen lässt: Alles Interesse an Krankheit und Tod ist nur ein anderer Ausdruck für das Interesse am Leben.

## Literatur

Büssing A, Wapler C, Dodt C, Beivers A, Härtl K, Frick E (2021) Spiritual needs of patients' relatives. In: A. Büssing (Hrsg.) Spiritual needs in research and practice. S. 397–406. Cham: Springer.

Frick E, Büssing A, Rodrigues Recchia D, Härtl K, Beivers A, Wapler C, Dodt C (2021) Spirituelle Bedürfnisse von Patienten eines Notfallzentrums. Medizinische Klinik Intensivmedizin und Notfallmedizin 116: 245–253.

# **1      Total pain – Was die Psychosomatik von Cicely Saunders lernen kann**

*Eckhard Frick*

## **1.1    Für das ausgeschlossene Subjekt sorgen**

Gesellschaftliche Diskurse dienen der Machtausübung durch äußere Kontrolle (z.B. Verbote), durch innere Kontrolle (z.B. Beschränkung der Gegenstände oder Methoden innerhalb einer Disziplin) sowie durch Verknappung und Zulassungsbeschränkung der Diskursberechtigten (Foucault 1972/1991). Die Fortschritte der wissenschaftlich begründeten Medizin, insbesondere die erfolgreiche Bekämpfung der Infektionskrankheiten (seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts) wurden dadurch erkauft, dass der kranke Mensch zugunsten der Krankheit aus dem medizinischen Diskurs ausgeschlossen und in ein Objekt der Medizin transformiert wurde.

Für die Vorgeschichte der psychosomatischen Medizin spielt der medizinische Hysterie-Diskurs eine wichtige Rolle. So identifizierte der Neurologe Jean-Martin Charcot (1825–1893) innerhalb der unter Anfällen leidenden Patientinnen diejenigen, deren Symptomatik durch Hypnose beeinflussbar war, die unter hysterischen (pseudo-epileptischen) Anfällen litten. Die diesbezügliche ärztliche Macht liegt nicht nur in der Fähigkeit zur Suggestion und De-Suggestion und im hypnotischen »Rapport« der Patientinnen zum Hypnotiseur, Vorläufer des psychoanalytischen Übertragungsgeschehens. Vielmehr hatte Charcots diagnostische und therapeutische Autorität auch die Konsequenz, den Hysteriediskurs zu begründen *und* das Leid der »Nervösen« aus der Neurologie auszuschließen.

In der gegenwärtigen medizinischen Praxis und Lehre wird dieser Ausschluss durch mehrere Diskurs-Strategien fortgeführt: Marginalisierung oder sogar völliges Verschweigen der Thematik, durch Bestreitung des Krankheitswertes von Beschwerden, Gleichsetzung mit Simulation, massive Entwertung der betroffenen Patientinnen und Patienten (Schimak 2014). »Subjektiv« heißt in dieser Argumentation: nicht fassbar oder sogar nicht glaubwürdig.

Der genannte diskursive Ausschluss betrifft nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern auch die Subjektivität von Ärztinnen und Ärzten: Auch der Arzt handelt nicht mehr als Subjekt innerhalb der therapeutischen Beziehung, sondern als Agent des herrschenden Diskurses, sodass Lebrun (2017) von einem »doppelten Ausschluss« des Subjektes spricht. Durch die Abstraktion von der Singularität des Subjekts vermag die evidenzbasierte Medizin Symptome des einzelnen Kranken als Zeichen einer Krankheit einzuführen und aufgrund von an vielen Patienten durchgeföhrten empirischen Studien zu behandeln, was vielen Individuen zugutekommt (Generalisierung von Diagnose, Prognose und Therapie).

Auf den doppelten Ausschluss der Subjektivität von Arzt *und* Patient bezieht sich Viktor von Weizsäckers »Einführung des Subjektes«, womit kein Psychologisierungsprogramm gemeint ist, sondern »ein methodisches Prinzip: die (Wieder-) Einführung einer intentionalen, also teleologischen Beschreibungs- und Erklärungsebene« (Henningsen 2007, S. 30):

»Sodann hat die Einführung des Subjektes nicht etwa die Bedeutung, dass die Objektivität damit eingeschränkt würde. Es handelt sich weder um Subjektivität allein noch um Objektivität allein, sondern um die Verbindung beider. Eben darum ist nun hier doch eine Veränderung des Wissenschaftsbegriffes zu bemerken. Wissenschaft gilt nämlich hier nicht als ‚objektive Erkenntnis‘ schlechthin, sondern Wissenschaft gilt als eine *redliche Art des Umganges von Subjekten mit Objekten*. Die Begegnung, der Umgang ist also zum Kernbegriff der Wissenschaft erhoben« (Weizsäcker 1933/1997, S. 96).

»Subjekt« heißt nicht »Psyche«; auch unabhängig von psychischen Merkmalen des Wissenschaftlers geht es im Umgang mit dem Lebendigen, z.B. auch mit Tieren, um die Berücksichtigung der eigenen Perspektive, also um Wieder-Einführung des ausgeschlossenen Subjekts. Dieses Empowerment steht im Gegensatz zur Naturalisierung der Beschwerden kranker Menschen, wie sie insbesondere durch die »Ausschlussdiagnostik« erfolgt, durch die nach umfangreichen, häufig sogar mehrfach durchgeführten Untersuchungen alle Negativbefunde in die Restkategorie »Befindlichkeitsstörungen ohne Befund« einsortiert werden. Im Englischen heißt diese Restkategorie häufig: »medically unexplained symptoms«, in der ICD-11 sowohl bei der Körperstressstörung (6C20) als auch bei den dissoziativen Störungen (6B60-6B6Z) zu finden. Sowohl Patienten als auch Ärzte äußern häufig ein Unbehagen mit einer derartigen Ausschlussdiagnostik (Burbaum et al. 2010). Das Fehlen »harter« somatischer Befunde führt zur Annahme eines »psychogenen« oder »somatoformen« Schmerzes und zur Kodierung im F-Kapitel der ICD-10 (Nilges und Diezemann 2018). Die S3-Leitlinie »Funktionelle Körperbeschwerden« empfiehlt hingegen:

- »Warten Sie nicht die »vollständige« somatische Ausschlussdiagnostik ab, bevor Sie erstmals (auch nur geringfügige) Hinweise auf psychosoziale Belastungen aufgreifen. Sie signalisieren sonst eine Nachrangigkeit psychosozialer Aspekte und erhöhen das Risiko einer »iatrogenen Chronifizierung« und Stigmatisierung.
- Vermeiden Sie dualistische (»Entweder-Oder-Modell«) oder hierarchische Erklärungsmodelle (»körperliche Erkrankungen sind wichtiger/gefährlicher als psychische«, »jetzt, wo organische Ursachen ausgeschlossen sind, muss es doch ein psychisches Problem sein«). Die Erklärungsmodelle der beteiligten Behandler sollten miteinander kompatibel sein.
- Vermeiden Sie einseitige »Psychologisierung« (mangelndes Einbeziehen des Körpers, mangelnde Flexibilität im Umgang mit somatischen Behandlungswünschen) ebenso wie eine einseitige »Somatisierung« (Nicht-Einbeziehung psychosozialer Umstände und Beschwerden)« (AWMF 2019, S. 189–190).

Weizsäcker verwendet die Metapher der Drehtür, um den Umgang des Subjektes Arzt mit dem Objekt Krankheit und dem Subjekt Patient, sein Hin- und Hergehen zwischen der Welt des medizinischen Diskurses und der Welt des ausgeschlossenen Subjekts zu kennzeichnen:

»Diese Lage gleicht der eines Menschen, welcher, in einer Drehtür eingesperrt, im Kreis gehen muss, um dabei abwechselnd den Innenraum des Hauses und die Außenwelt desselben zu Gesicht zu bekommen« (Weizsäcker 1944/1987, S. 24).

In der ersten Welt wird untersucht und gemessen, werden körperliche, aber auch psychische Funktionen operationalisiert, sodass sie kategorial beurteilbar (krank vs. nicht krank) und damit behandelbar werden. Die erste Welt funktioniert in der Dritte-Person-Perspektive, also durch Objektivierung. Die zweite Welt der Subjektivität und Intersubjektivität ist hingegen von der Erste-Person-Perspektive der Selbstmitteilung und der Zweite-Person-Perspektive des (therapeutischen) Dialogs geprägt. Hier geht es um die Seele, die als solche kein Gegenstand der Wissenschaft ist, die aber Wissenschaftler, Ärztinnen, Pflegekräfte insofern betrifft, als sie sich (auch) um die Seele sorgen (Voll et al. 2017).

Subjektivität ist vermittelt über den Leib, von dem wir im Wahrnehmen, Bewegen, Denken und Fühlen nicht abstrahieren können. Auch die therapeutische Präsenz ist verleiblich (»embodied«), zwischenleiblich (Merleau-Ponty 1960/2007). Der Leib ist immer »mit dabei« (Husserl 1952), aber dieses Mitgegebensein ist implizit und unbewusst. Das eigenleibliche Spüren geschieht im Auftauchen und Wiederverschwinden von »Leibesinseln« (Schmitz 1998/2007), die ich wahrnehme und lokalisiere, als Enge, Weite, Druck, Entspannung oder Schmerz.

Der Schmerz alarmiert mich und lässt mich z. B. fragen: Woher kommt das? Hat mich jemand geboxt? Hat mich ein Insekt gestochen? Ist es ein störender Fremdkörper? Ist es der Magen oder sind es die Gallensteine usw.? In dieser Erste-Person-Perspektive äußert sich Schmerz als »sinnlicher Zweifel«, der mich als Subjekt versichert. Der Schmerz lässt mich Antworten auf die erwähnten Fragen suchen und provoziert eine Unterscheidung zwischen mir als Subjekt und dem unklaren Gegenstand Schmerz:

»Gerade, dass diese Unterscheidung noch schwebt, zeigt deutlich die Unfähigkeit des rein objektiven Es-Denkens (welches das naturwissenschaftliche ist), den Schmerz richtig zu denken, nämlich eben als *schwebende* Entscheidung zwischen Ich und Es« (Weizsäcker 1926/1987, S. 33).

Der Schmerz kann mich dazu bringen, meinen Leib als Gegenstand, als Körper zu behandeln (zu objektivieren und zu korporifizieren). Auch die auf professionell-wissenschaftlichen Standards beruhende Behandlung in Medizin und Pflege ist eine derartige Korporifizierung: Auch die »personalisierte« Präzisions-Medizin bedeutet keine Begegnung auf Augenhöhe zwischen zwei Personen, sondern die möglichst passgenaue Einordnung der Patientin in den medizinischen Diskurs durch Diagnose und Therapie.

## 1.2 Schmerz in multidimensionaler Perspektive

Cicely Saunders (2000) leitet das Konzept »total pain« aus ihrer klinischen Erfahrung ab. Auf die Bitte, ihren Schmerz zu beschreiben, hatte ihr eine Patientin geantwortet:

»Well, doctor, it began in my back but now it seems that all of me is wrong. [...] I could have cried for the pills and the injections, but I knew that I mustn't. Nobody seemed to understand how I felt, and it was as if the world was against me. My husband and son were marvelous, but they were having to stay off work and lose their money. But it's wonderful to begin to feel safe again.«

Saunders fasst diese kurze Beschwerdeschilderung folgendermaßen zusammen: »Physical, emotional and social pain and the spiritual need for security, meaning and self-worth, all in one answer« (Saunders 2000, S. 9). Das »total pain«-Konzept ist geboren, das den Kern der WHO-Definition von Palliative Care bildet:

»Palliativversorgung ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und deren Familien verbessert, die mit den Problemen im Zusammenhang einer lebensbedrohenden Erkrankung konfrontiert sind, dies mittels Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitiges Erkennen und umfassende Erfassung sowie durch die Behandlung von Schmerz und anderen Problemen auf körperlichen, psychosozialen und spirituellen Ebenen« (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin o.J.).

## 1.3 Ist Schmerz eine Kategorie, eine Dimension oder ein Typos?

»Insgesamt kann bei Klassifikation zunächst ganz grundsätzlich zw. kategorialen, dimensionalen und typologischen Vorgehensweisen unterschieden werden. Kategoriale Vorgehensweisen nehmen dabei qual. unterschiedliche Phänomene an, die sich inhaltlich eindeutig voneinander abgrenzen lassen und durch klare Kriterien festgelegt sind. Dimensionale Vorgehensweisen gehen von einem Kontinuum des interessierenden Merkmals aus und stellen (meist mehrdimensional) die Frage nach dem differenzierten Ausprägungsgrad bzw. der Häufigkeit seines Auftretens. Typologische Vorgehensweisen gehen von prototypischer Konstellation versch. Merkmale aus, denen einzelne Fälle mehr oder weniger genau entsprechen – konstituieren sich i. Ggs. zur kategorialen Vorgehensweise jedoch nicht durch klare, notwendige und hinreichende Kriterien« (Strohmer 2020, o. S.).

Im medizinischen Alltag werden Krankheiten häufig als Kategorien »behandelt« (terminologisch *und* therapeutisch-praktisch), die der erkrankte Mensch entweder »hat« oder nicht. Auch im Bereich der Psychopathologie bemüht man sich um möglichst trennscharfe diagnostische Kriterien. Diese werden in multiaxialen Klassifikationssystemen wie der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD 2004) durch eine (multi-)dimensionale Betrachtungsweise ergänzt. Für Saunders und die zitierte WHO-Definition sind jedoch weder die Elemente physisch – psychisch – sozial – spirituell noch der diese Elemente umfassende (»totale«)

Schmerz trennscharfe Kategorien. Es handelt sich nicht um nosologische oder symptomatologische Kriterien, auch nicht um ein klinisches Syndrom oder eine Konstellation von Komorbiditäten, die additiv zu behandeln wären, etwa durch eine Verordnungsliste von Medikamenten und anderen therapeutischen Interventionen. Vielmehr soll der Ausdruck »total pain« menschliches Leiden als »single, integrated, multi-dimensional experience« (Krikorian und Limonero 2012, S. 29) zusammenfassen. Die Bevorzugung der dimensionalen Betrachtungsweise oder wenigstens ihre Gleichberechtigung mit der kategorialen ermöglicht die psychotherapeutische (Mit-)Behandlung auch auf der Ebene sub-syndromaler Befindlichkeitsstörungen (Valdes-Stauber und Bachthaler 2016).

Saunders, die durchaus auch im kategorialen Sinn eine Pionierin ist (durch Erkennen einzelner Schmerzkomponenten bei Tumorkranken und deren gezielte Opiat-Behandlung) denkt offensichtlich dimensional, wenn sie von »Total Pain« spricht, genauer gesagt: multidimensional. Als Klinikerin hat sie darüber hinaus konkrete Patientinnen und Patienten vor Augen, die sich in Praxis und Lehre zu *Typen* verdichten. Insbesondere die existenziell-spirituelle Dimension muss auch typologisch beschrieben werden (ausgehend von konkreten Kasuistiken), um für die Gesundheitsberufe verständlich zu werden (Kissane 2012).

In mehrdimensionaler und typologischer Hinsicht stellt Monika Müller (2007) das Total-Pain-Konzept als Synonym für die Trauer- und Abschiedsarbeit Sterbender vor. So wichtig und geradezu lebensnotwendig die kategoriale Symptomkontrolle in der Schmerztherapie ist, so zentral ist gleichzeitig der Verzicht auf das totale Kontrollieren-Können, auf das »perimortale Omnipotenzsyndrom« (Heller 2012):

»Dies erfordert von den Betreuenden nochmals einen anderen Umgang und Handlungsauftrag, in dem es primär weniger um »Kontrolle« und Beseitigung umfassender Schmerzen und weiterer damit verbundener Phänomene geht, es auch nicht um die fremdeinschätzende Deutung dessen geht, was der schwer kranke und sterbende Mensch erlebt, sondern [...] die Einzigartigkeit, die Einmaligkeit und Individualität des sterbenden Menschen zu verstehen und zu bedienen« (Müller 2007, S. 413).

Auch die Schmerz-Definition der International Association for the Study of Pain (IASP: [www.dgss.org](http://www.dgss.org)) entscheidet sich klar für die Erste-Person-Perspektive des unter einem Schmerz leidenden Menschen (»Patient[in]«): »Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer tatsächlichen oder drohenden Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird« und für eine multidimensionale, aukasale (nicht nach Ursachen klassifizierende) Betrachtungsweise. Sie verzichtet darauf, die »Glaubwürdigkeit« der Beschwerden zu bewerten:

»Many people report pain in the absence of tissue damage or any likely pathophysiological cause; usually this happens for psychological reasons. There is usually no way to distinguish their experience from that due to tissue damage if we take the subjective report. If they regard their experience as pain, and if they report it in the same ways as pain caused by tissue damage, it should be accepted as pain. This definition avoids tying pain to the stimulus. Activity induced in the nociceptor and nociceptive pathways by a noxious stimulus is not pain, which is always a psychological state, even though we may well appreciate that pain most often has a proximate physical cause« (Treede 2018, S. 2).