

# Der psychische Schmerz – Stiefkind im «wissenschaftlichen Dialog»

«Was tun mit Schmerzen ohne fassbare Ursachen?», fragt sich Prof. Keel im Leitartikel zum Synapse-Heft 4/13, welches dem Thema Schmerz gewidmet war. In seinen Ausführungen tauchen immer wieder «mögliche psychische Zusammenhänge» auf, einen eigentlichen, klar als solchen definierten und auch diagnostisch festgelegten psychischen Schmerz erwähnt er aber nicht. Keel beschränkt sich auf den Kasten-Hinweis: Chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Darin steht klar: Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exacerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht (Hervorhebung von mir) die ursächliche Rolle für deren Beginn.

In den Beiträgen der Synapse zu akuten resp. chronischen Schmerzen bei Kindern wird der psychische Faktor entweder überhaupt nicht erwähnt oder nur als möglicher Verstärker gestreift, aber nicht wirklich thematisiert.

Dass Schmerztherapie im Rahmen des Departementes für Anästhesie wenig zu psychischen Faktoren beizutragen hat, ist weniger erstaunlich: Im und um den OP stellen sich relevantere Fragen.

Dass aber die Klinik Laufen, welche speziell für Schmerztherapie konzipiert wurde, psychische Schmerzen nur im Zusammenhang mit der «psychischen Umkonditionierung» erwähnt, ist für mich überraschend. Zwar wird therapeutisch auch in Gruppen gearbeitet, ein echter Körperbezug mit tiefenpsychologischer Aufarbeitung scheint aber nicht stattzufinden.

Summa summarum: Das Vorhandensein, ja nur die Möglichkeit des Vorliegens von «reinen» psychischen Schmerzen bleibt immer noch «im Dunkeln». Zumindest in der zurzeit vorherrschenden Wissenschaftswelt. Dabei sind diese psychischen Schmerzen im Volksmund allgegenwärtig. Sie ziehen sich auch wie ein roter Faden – neben der damit vielfach verknüpften Sexualität – durch Literatur, Filme und alles Kunstschaffen.

## Was nicht sein darf, kann nicht sein.

Einer der Gründe, welcher zu dieser Tabuisierung geführt hat, ist der, auch in der Synapse-Ausgabe erwähnte Druck der Versicherer und Krankenkassen: «Härtere Gangart des Bundesgerichtes gegenüber Schmerzpatienten».

Ein weiterer Grund dürfte der Druck der Pharmaindustrie sein. Sie verkauft lieber Medikamente gegen chronische Schmerzen oder gegen die Folgediagnosen von psychischem Schmerz (Ängste, Depression oder Hyperaktivität), als darauf zu verweisen, dass das eigentliche Problem «psychisch» ist und deshalb zwischenmenschlich oder individualpsychologisch gelöst werden müsste, wenn nicht gar gesellschaftlich.

Viel tiefer und damit «besser verdrängt» ist in meinen Augen der durch die Sozialisation in Gang gesetzte und damit gesellschaftlich allge-

genwärtige Widerstand der durch die «Verdrängungskaskade» ausgelösten Prozesse. (Keel hat selbst darauf hingewiesen: «Auch ermöglichen die diagnostischen Kriterien kaum, die Diagnose somatoforme Störung «positiv» zu stellen, da die postulierten emotionalen Konflikte den Patienten in der Regel nicht bewusst sind oder vehement negiert werden.»)

Und da zwar vereinfachend, aber trotzdem mit grosser Wahrscheinlichkeit gesagt werden kann: «Je kopflastiger, desto körper-un-bezogen und damit auch vom eigenen psychischen Schmerz entfremdeter» darf es dieses Phänomen aus akademischer Sicht einfach nicht geben. Und zwar weder den ursprünglichen psychischen Primärschmerz des Säuglings/Kleinkindes noch, wie im Falle der Kränkung, den sekundären psychischen Schmerz (als Folge eines Gesichtsverlustes). Zum sekundären psychischen Schmerz gehören auch die «schmerzhaft nachwirkenden Erinnerungen» an einen als äusserst intensiv empfundenen Körperschmerz. Gerade letzteres Phänomen ist im Zusammenhang mit Schmerz zufügenden familiären Disziplinierungspraktiken oder vielfältigen Initiationsritualen von enormer sozial-«pädagogischer» Bedeutung. Dazu zählen auch die sowohl bei sogenannten «primitiven» Stammesgesellschaften als auch bei religiösen Hochkulturen vorgenommenen Beschneidungen. Es geht hier nicht darum, diese Praktiken zu hinterfragen, sondern nur darum, deren psychische Langzeitfolgen anzuerkennen.

Das «Rachebedürfnis der Volksseele» ist ein weiteres Folgephänomen psychischer Primär- und Sekundärschmerzen, welches nicht nur als Vorwand zur Verübung brutalster Auswüchse in Kriegen und Revolutionen dient. Das tiefe Bedürfnis nach Rache fordert auch im zivilisierten Alltag immer wieder ein «härteres Durchgreifen».

## Anerkennen, BENENNEN ... Transzendieren

Dabei verlangt gerade die akademische Wahrhaftigkeit nach einer Anerkennung des Vorhandenseins psychischer Schmerzen.

Die dabei zu gewinnenden Einsichten wären enorm. Viele, für die Gesellschaft völlig «unfassbare Ereignisse» wie der Tod eines Carsten Schlotter oder das «völlig unverständliche Verhalten» des albanischen Mehrfachmörders von Menzau, die unerklärliche Gier so vieler Manager und die zunehmende Aggressivität in der globalen Gesellschaft (Erreichen der Schmerzgrenze) hätten damit plötzlich einen klaren, für alle nachvollziehbaren Hintergrund.

Zweifellos wäre das erst die Diagnose. Um Konsequenzen zu ziehen oder erst recht um entsprechend ausgerichtete Therapien in Angriff zu nehmen, müsste beispielsweise auch der Zusammenhang zwischen psychischen Schmerzen und Liebesverlust berücksichtigt werden. Auch dies wieder ein politisch-gesellschaftliches «No-go».

Doch was ist, ist nun einmal: «We need to call a spade a spade». Der erste Schritt zur Änderung

geschieht ja immer darin, «einen Fehler einzugestehen», so es denn wirklich einer ist ...

Dann müsste sich auch die akademische Psychologie und Psychiatrie ernsthaft mit der Frage des Selbst auseinandersetzen; d.h. mit dem enormen Einfluss der Sozialisation auf das frühkindliche Primär-Selbst. Die Thematisierung der Verdrängungskaskade bis hin zur materiell einträglichen Konsumgesellschaft wäre ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung «Kostenwahrheit».

Was verstehe ich unter dieser Verdrängungskaskade? Der psychische Schmerz wird innerpsychisch als äusserst unangenehm empfunden. Deshalb haben sich – auf der Grundlage der physiologischen Fight-or-flight-Mechanismen – zuerst die «Abwehrgefühle» Wut/Angst entwickelt. Die Sozialisierungsenergie drängt weiter in Richtung Gewalt/Depression und Verachtung/Hörigkeit sowie zu den gesellschaftsfähigeren Stufen Ersatzkonsum (respektive zu den entsprechenden Süchten) sowie der Leistungssucht/Verweigerung.

Mit dem sozialisationsbedingten Ersatzverhalten in unmittelbarem Zusammenhang steht die zunehmende Verdrängung des Körperbezugs. Der Hinweis auf den Körperbezug darf dabei nicht mit der Körperaktivität im Sport und bei anderen körperlichen Ertüchtigungen verwechselt werden. Es geht vielmehr darum, in einfühlsamem Bezug zum eigenen Körper zu stehen und dessen wirkliche Bedürfnisse wahrzunehmen. Dies setzt das Vorhandensein einer echten Beziehung zur Gefühlsebene, insbesondere zu den Primärgefühlen voraus, Messgeräte und Ranglisten sind dabei von geringem Nutzen.

Auch die vor allem über die Life-Science-Wissenschaften forcierte Relativierung des echten Lebens, hin zu einer virtuellen und damit nicht auf die Dauer lebensfähigen abstrakten Welt gehört zu diesem Themenbereich.

Transzendieren? Vorerst geht es nur darum, die grundlegenden Fakten anzuerkennen und ehrlich zu benennen.

Darüber hinaus gilt: «All you need is love». Das mag nostalgisch und naiv klingen; trotzdem werden wir ohne die – auch wissenschaftliche – Anerkennung dieser menschlichen Wahrheit, das heisst, der enormen Bedeutung der (Seins-) Liebe kaum einen Ausweg aus unserer existenziellen Sackgasse finden. Die bewusste Umkehr (Metanoia), das persönliche Begehen eines spirituellen Weges, ist seit Tausenden von Jahren der Versuch, auf diese grundlegenden Fragen eine Antwort zu finden.

Dr. med. Kurt Schneider

Dr. med. Kurt Schneider, von 1993–2001 psychotherapeutische Praxis in Basel. Ursprünglich Praxis in Zürich als Spezialarzt für Plastische und Wiederherstellungschirurgie (Ausbildung an den Chirurgischen Kliniken in Zürich und in den USA). Mail: k.e.schneider@bluwin.ch