

**Zeitschrift:** Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Band:** 5 (2000)

**Heft:** 2

**Artikel:** Der Schmerz im Kontext von Leben, Glaube und Kultur : zum Umgang mit schwierigen Schmerzsituationen in der ambulanten Palliativpflege

**Autor:** Henkelmann, Martina

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1091749>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 25.04.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

Es gibt Pole, in deren Spannungsfeld Schmerz oder die Erfahrung, Deutung und Kontextualisierung dieses Phänomens uns im pflegerischen Handeln und Denken begegnen: Wir begegnen ihm als menschlicher Grunderfahrung und als Objekt medizinischen Handelns; als unlösbarem Geheimnis und als zu knackendem Rätsel wissenschaftlicher Forschung [Vgl. Morris, 1994, 19 - 48]. Der Elementarität und Universalität von Schmerz stehen die Fortschritte auf den Gebieten der Schmerztherapie und Schmerzforschung gegenüber. Die moderne Medizin scheint das Problem Schmerz lösen zu können.

Martina Henkelmann\*

## Der Schmerz im Kontext von Leben, Glaube und Kultur

zum Umgang mit schwierigen Schmerzsituationen in der ambulanten Palliativpflege

Demgegenüber steht die Tatsache, dass wir in der Praxis einerseits eine völlig unzureichende Ausbildung medizinischen Personals, weitreichende Vorurteile vor allem gegen den Einsatz von Opiaten und eine unzureichende Schmerzversorgung von Patienten mit starken und stärksten Schmerzen finden können. Diese Tatsache möchte ich hier nur erwähnen, sie ist aber nicht Thema dieser Reflexionen. Die Absicht, den Schmerz in seinem Kontext untersuchen zu wollen, entspringt vielmehr der Arbeit in der ambulanten Versorgung von palliativen PatientInnen, die von schmerztherapeutisch geschulten Mitarbeitern ohne Vorurteile gegen Schmerzmittel, betreut und versorgt wurden. Trotz Angebot einer adäquaten Schmerztherapie zeigte sich die Einstellung der Schmerzen in einigen Fällen als «schwierig». Schwierig hier soll heissen, dass die

Schmerztherapie entweder aus Sicht des medizinischen Personals alleine, aus Sicht des PatientInnen oder aber aus beider Sicht als unbefriedigend und unzulänglich erfahren wurde. Schwierige Schmerzsituationen unter Therapie und Begleitung von geschultem und erfahrenem Personal kommen aus meiner Erfahrung vorwiegend bei drei PatientInnengruppen vor:

1. PatientInnen, die eine gute Akzeptanz der angebotenen Therapiemassnahmen zeigen und eine recht hohe Compliance, denen man aber trotz grosser Bemühungen, Medikamenten-erhöhung, -umstellung oder Änderung der Applikationsart nicht zu einer ausreichenden Schmerzlinderung verhelfen kann.
2. PatientInnen, die sich mit der Therapie wie sie von in Schmerztherapie geschultem und erfahrenem Personal vorgeschlagen wird, schwer tun, dieser entweder unentschlossen, zögernd oder ablehnend gegenüberstehen. Sieht das medizinische Personal, dessen Auftrag u.a. die Optimierung der Schmerztherapie ist, bei solchen Patienten einen Handlungsbedarf auf dem Gebiet der Schmerztherapie, der Patient aber weniger oder nicht, so kann dies dazu führen, dass sich Ärzte bzw. Pflegende in ihrem Selbstverständnis angegriffen fühlen.
3. PatientInnen, die aus einem anderen kulturellen Kontext kommen, deren Weltbild, Verhaltensweisen, Erwartungshaltung, Krankheits- und Therapieverständnis teils völlig verschieden ist von dem unseren.

Auf Seite der Teammitglieder finden sich verschiedene Reaktionen auf die Tatsache, dass die Schmerztherapie bei der eigenen Erwartung, eine optimale Schmerztherapie anbieten und durchführen zu wollen, unzureichend ist: in den Besprechungen zeigen sich verschiedene Gefühle wie Aggression, Schuld, das Gefühl eigenen Versagens, Hilflosigkeit, Resignation und Angst. Diese Gefühle können sowohl gegen den Patienten als auch gegen Teammitglieder und die eigene Person gerichtet sein. Auf jeden Fall erlebe ich sie stets als Stresssituationen.

Mein Ziel hier ist es, diese Situationen in einem breiteren Kontext zu reflektieren, um sich bewusster zu machen, wie diese Stresssituationen aussehen, worauf sie zurückzuführen sind, wo es sinn-

\* Martina Henkelmann, Krankenschwester für Palliative Care, Pflegedienstleitung, Belthlestr. 19, 72076 Tübingen

volle Lösungsmöglichkeiten geben könnte.

Ich möchte an dieser Stelle ausdrücklich betonen, dass Überlegungen zum Kontext des Schmerzes niemals die Bemühungen um das In-Griff-Bekommen des Schmerzes im medizinischen Sinne unterbrechen oder ausschliessen dürfen. Doch dies ist nicht Thema dieser Reflexionen und ich möchte dazu auf Publikationen über morphin- oder therapieresistente<sup>1</sup> Schmerzen von ärztlicher Seite verweisen.

## 2. Schmerz und Schmerzdefinition

Die Definition von Schmerz bleibt trotz zunehmender Kenntnis in der Schmerztherapie schwierig. Letztlich ist sie abhängig vom zugrundeliegenden Menschen-, Welt- und Krankheitsbild desjenigen, der die Definition liefert und versucht, auf ihrer Grundlage zu arbeiten. Die gängigsten Schmerzdefinitionen beruhen auf unserem funktionalistischen Bild mit seiner Annahme von auslösender Ursache und ihrer Wirkung. Auf diesem Hintergrund ist z. B. die Definition der International Association for the study of pain zu sehen:

«Pain is an unpleasant sensory and emotional experience connected with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.» [z. n. Jung, 1996, 20]

Ich möchte diese Definition von Schmerz anfragen lassen durch Beispiele aus eigener Erfahrung und aus der Literatur:

- Bei der Symptomkontrolle einer Patientin mit Ovarialcarcinom und Peritonealkarzinose, die intravenös mit Morphin, Novalgin und Haldol sowie parenteraler Ernährung versorgt war, sagte mir die Patientin auf die Frage nach Schmerzen:  
«Ich habe Herzschmerzen». Da mir die Aussage zunächst unverständlich war und ich sie mit den Tumorschmerzen, aufgrund dessen man mit der Morphintherapie begonnen hatte,

nicht in Verbindung bringen konnte, fragte ich weiter nach. Es stellte sich heraus, dass die Patientin eine sehr grosse Sehnsucht nach oraler Nahrungsaufnahme und Verdauung auf normalem Weg hatte. Sie bezeichnete diese Sehnsucht als «Herzschmerzen», welche einen grösseren Leidensdruck machten als Schmerzen im Tumorgebiet oder das gelegentliche Erbrechen. Das, was Schmerz bereitet, ist unter Umständen etwas anderes als das, wovon wir erwarten, dass es Schmerz bereiten könnte.

- Während einer Hospitation in der Pain and Palliative Care Clinic am Medical College in Calicut / Indien sagte mir einer der Ärzte zur Schmerzanamnese bei der Erstaufnahme, dass sie die Schmerzanamnese zunächst von den ehrenamtlichen Laien machen liessen<sup>2</sup>. Seine Erklärung dazu war so: «Sagt ein Patient einem Arzt, er habe Schmerzen am ganzen Körper, so schreibt er es nicht auf und glaubt es nicht. Beauftragt man einen Laien mit der Schmerzanamnese, so wird dieser alles wörtlich festhalten und den Patienten in seinen Äusserungen ungefiltert durch medizinische Vorstellungen ernst nehmen. Die Schmerzanamnese durch den Laien ist daher eine gute Vorbereitung auf die ärztliche Untersuchung.» Die Schmerzanamnese so zu gestalten ist ein Versuch, ein durch die fachliche Ausbildung gefiltertes, einseitiges Schmerzverständnis jedenfalls teilweise zu vermeiden.
- M. Weissenberger- Leduc gibt ein Beispiel für die Verbindung von Schmerz und Leben, wenn sie eine Szene aus der Konversation zwischen PatientIn und medizinischem Personal schildert: «Wo haben sie Schmerzen?» «Ich habe Lebensschmerzen.» [Weissenberger- Leduc, 1997, 3] Dieses Beispiel zeigt, dass PatientInnen Schmerzen in einem sehr weiten Kontext begreifen können.
- E. Earnshaw- Smith schildert eine Patientin mit schweren körperlichen Symptomen, die auf die Frage, welches Problem das schwerwiegendste

1) Ich möchte bemerken, daß ich den Begriff therapieresistent für recht problematisch halte. Ich verwende den Begriff hier im Sinne von Schmerzen, die trotz Konsultation von in Schmerztherapie geschulten und erfahrenen Ärzten und damit verbundener Umstellung in der medikamentösen Therapie nicht ausreichend in Griff zu bekommen sind. Eine Akzeptanz des Wortes therapieresistent beinhaltet meiner Meinung nach die Gefahr, die Überlegungen und Bemühungen um eine adäquate Schmerztherapie einzustellen.

2) Die Laien hatten zunächst nach den Angaben über Personalien und Familie zu fragen, erstellten z. T. einen Familienstammbaum, schätzten den Grad der Armut ein und fragten dann nach allen Symptomen, wobei sie zunächst fragten, ob ein jedes Symptom vorlag oder nicht. Bei Schmerzpatienten füllten sie dann Körperkarten aus, fragten mittels VAS nach der Schmerzintensität und gaben den so ausgefüllten Bogen an den Arzt, der dann weitergehende Fragen stellen konnte.

sei, nicht, wie wir es als Mediziner oder Pflegepersonen vielleicht erwarten würde, antwortete, es seien die Schmerzen oder die Übelkeit, sondern: «The mental anguish» [Earnshaw-Smith, 1982, 1]. Der Aspekt von Schmerz in seinem weitesten Sinne, der uns in diesem Fall als erstes entgegentritt, ist ein seelischer. Damit dürfte diesem eine vorrangige Bedeutung und Beachtung zukommen.

Diese Beispiele sollen verdeutlichen, dass eine Definition des Schmerzes schwierig bleibt und im Kontext des Lebens gesehen werden muss. Eine geeignete patientenorientierte Definition von Schmerz bleibt schwierig, Ich lege folgende Definition zugrunde:

«Der Schmerz ist das, was die Person darüber sagt – und existiert jedesmal, wenn sie es sagt.» [Mc Caffery, z. n. Weissenberger-Leduc, 1997, 11]

Wir setzen den Umgang mit Schmerz so unabweichlich in das Feld der Kommunikation, sei es verbaler oder non-verbaler Art. Echte Kommunikation, die den Patienten in seiner Eigenständigkeit wahrnimmt führt uns unweigerlich auf das Gebiet des Lebenskontextes der Menschen, die wir palliativ betreuen.

### 3. «Schwierige Schmerzsituationen»:

#### Versuch zur Erfassung des Schwierigen

Meine Überlegungen zu dieser Arbeit sind entstanden in der Auseinandersetzung mit Patientenbetreuungen im ambulanten Bereich, d. h. in einem Bereich, in dem der Kranke viel mehr zuhause ist als beispielsweise in der Klinik, eingebundener und konfrontierter mit seinem eigenen Lebenskontext, seiner Biographie, seinen Beziehungen oder auch seinen Nicht-Beziehungen. Wir betreuen vorwiegend erwachsene Patienten mit einer malignen Erkrankung in den letzten Lebenswochen und -monaten, eine geringe Anzahl von Aidspatienten oder PatientInnen mit anderen Erkrankungen. Bei den allermeisten PatientInnen erreichen wir eine für alle Beteiligten befriedigende Einstellung sowohl der Schmerzen als auch anderer Symptome. Bei wenigen PatientInnen liess eine für das Team oder für PatientIn und Team unbefriedigende Einstellung der Schmerzsituation trotz Angebot einer sinnvollen und adä-

quaten Schmerztherapie eine grosse Unzufriedenheit im Team aufkommen, wobei die Emotionen im Team manchmal so hochschlugen, dass ich mir die Frage gestellt habe, was da eigentlich passiert, was schwierig ist: PatientIn, die Schmerzsituation oder das betreuende Team mit seiner Selbstkonzeption, seinen Erwartungen und Interpretationen?

Bei einem Teil der PatientInnen, die ich hier vor Augen habe, zeigten sich Schmerzen, die in der palliativmedizinischen Literatur als schwierig bezeichnet werden: Knochenschmerzen oder Schmerzen, die eine eindeutig neuropathische Komponente aufweisen. Zwei der Patienten zeigten eine Alkoholanamnese. Sie waren zum Zeitpunkt der beginnenden Schmerztherapie beide nicht mehr alkoholabhängig, zeigten aber im Verlauf der Schmerztherapie ausgeprägte Angstzustände und eine Art Suchtverhalten im Hinblick auf die PCA-Boli. Drei PatientInnen kommen mir in den Sinn, die ausgesprochen religiös in ihrer Lebenshaltung waren, in dem Sinn, dass sie sich auch geistig sehr mit religiösen Inhalten beschäftigten, was zwei andere PatientInnen ebenfalls taten, ohne spezifischen religiösen Gruppen anzugehören. Vier der PatientInnen befanden sich während der Schmerztherapie in ausgesprochen spannungsgeladenem sozialen Umfeld. Zwei der PatientInnen hatten von vorne herein ein sehr ablehnendes Verhalten gegen eine Schmerztherapie mit Opiaten, einer zeigte lediglich Vorbehalte und Ängste, die er nach eingehender Aufklärung und Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zum Team jedoch zurückstellen konnte. Dieser Patient bat auch um Reduzierung der Opiatmenge, um die Wirkung der palliativen Bestrahlung einschätzen zu können.

Vor allem bei den PatientInnen, die den Opiaten gegenüber und Medikamenten gegenüber generell ablehnend eingestellt waren, gab es auffallende Spannungen im Team, die einerseits dadurch zu erklären waren, dass einer der Inhalte, mit der das Team beauftragt ist und über das es sich selbst zu einem wesentlichen Teil definiert, nämlich die Schmerztherapie, vom Patienten abgelehnt wurde. Damit wurde auch eines der Erfolgskriterien eigenen Arbeitens, die Optimierung der Schmerztherapie als Kriterium für persönlichen und beruflichen Erfolg, nicht erreicht. Zudem wird man in solchen Fällen in seiner Ar-

beit konfrontiert mit der Hilflosigkeit gegenüber einer Situation, die im eigenen beruflichen Konzept weder vorgesehen noch erwünscht ist. Häufig erfolgt gleichzeitig eine Konfrontation oder auch ein Frontalzusammenstoß mit Lebenseinstellungen oder Krankheitsvorstellungen, die den eigenen nicht entsprechen, unter Umständen sogar widersprechen.

Im Folgenden möchte ich versuchen, aus der Erinnerung an frühere «schwierige PatientInnen» die Schmerzmodelle und die Kontexte des Schmerzes zu skizzieren, in denen Schmerz von PatientInnen manchmal anders erlebt wird als von Personal in der Palliativpflege oder -medizin.

#### 4. Schmerz im Kontext von Leben und Tod

Der schwerkranke und unheilbar kranke Mensch befindet sich in einer Nähe zum Tod, die ihm meist oft bewusst, manchmal auch nur unbewusst deutlich ist. In dieser Lebensphase können verschiedene Lebens- oder auch Todesthemen wichtig werden. Der Schmerz kann einerseits als Zeichen der Krankheit, die zum Tode führt, gesehen werden, andererseits aber auch als ein Zeichen des Lebens in dem Sinne, dass derjenige, der Schmerzen empfindet, unwiderruflich lebt. Schmerzen können zum Tode hin gedeutet werden, da manche Patienten die Krankheit, deren Sinnbild die Schmerzen sein können, nicht mehr ertragen wollen. Auf der anderen Seite gibt es Menschen, für die sich vielleicht gerade an den Schmerzen der Wille zum Gesundwerden, der Wille zum Leben und der innere Kampf darum entzündet.

Es gibt zahlreiche Patienten, die am Ende ihres Lebens Lebens- und Todesthemen regeln können. Gerade unter den Patienten in «schwierigen Schmerzsituationen» erscheint es mir häufiger, dass diese Dinge schlecht oder gar nicht regeln konnten. Wir betreuten zwei Patienten, die am Ende ihres Lebens abhängig waren von Ehefrauen, die sie in gesunden Zeiten geschlagen hatten, in einem Fall waren die Eheleute geschieden, die Ehefrau kehrte in die Wohnung ihres ehemaligen Gatten zurück, um ihn auf seine Bitte hin im Sterben zu pflegen. Ein Patient kehrte nach langer Abwesenheit vom Elternhaus zum Sterben in die Wohnung der Eltern zurück, zu denen die Beziehung vorher sehr gespannt und zeitweise recht lose war. Die Brisanz solcher Bedingungen

für die Situation am Krankenbett ist offensichtlich. Hier erscheint mir der schwer einstellbare körperliche Schmerz mit dem Schmerz um nicht mehr völlig herzustellende Widergutmachung und Versöhnung zu korrespondieren. Fragen nach Schuld und Vergebung lagen in der Luft ohne je angesprochen zu werden. Manchmal frage ich mich, ob nicht hier der körperliche Schmerz Sprache eines verborgeneren psychischen Schmerzes ist. Der körperliche Schmerz ist vielleicht leichter zu äussern, er ist gesellschaftsfähiger, entspricht dem, was man einem schwerkranken Menschen zugesteht oder gar von ihm erwartet. Den körperlichen Schmerz als Sprache des psychischen Schmerzes zu benutzen, heisst, dass die Patientin / der Patient von den eigentlichen Lösungsmöglichkeiten, nämlich einer aktiven Auseinandersetzung mit dem Partner, zu der ihm vielleicht Zeit und Kraft fehlen, entbunden wird. Er schiebt die Lösung seines inneren Schmerzes damit auf die medizinischen Lösungsmöglichkeiten, die aber u. U. aufgrund der eigentlich psychosozialen Problematik weniger zu greifen vermögen. Ich frage mich, ob der Schmerz nicht auch der Ausdruck eines nachträglichen Trauerns angesichts dessen sein kann, was weh tat im Leben. Gelegentlich scheint der Schmerz als notwendige Sprachform eines Patienten zumindest solange notwendig zu sein, bis das eigentliche Übel eine andere Form findet, sich auszudrücken.

Eine Ablehnung der Opiate ist bei einigen PatientInnen zu beobachten, die angesichts des Todes Leben und Genüsse nachholen wollen. Der falsche Mythos der Opiate sowie auch die normalen Nebenwirkungen von auch nur geringer Müdigkeit, können PatientInnen dazu bewegen, eine Schmerztherapie abzulehnen oder ihr zumindest zurückhaltend gegenüberzustehen. Es ist sehr bezeichnend, dass die Müdigkeit von PatientInnen oft als ein viel grösseres Problem angesehen wird als bei medizinischem Personal, bei welchem Müdigkeit in ihren Erwägungen oft eine äusserst geringe Rolle spielt. Dabei ist sie ein Symptom, das häufiger den Lebensvollzug stört als der Schmerz und v. a. durch Medikamente schlechter behandelbar ist. PatientInnen setzen häufig Prioritäten in ihren Krankheitssymptomen, die von Fachleuten schlecht nachvollzogen werden können.

Für wenige PatientInnen sind Schmerzen wie eine Art Personifikation der Erkrankung. Die wenigen, die die Erkrankung an sich leugnen und verdrängen, versuchen vielleicht auch die Schmerzen als Ausdruck der Erkrankung zu leugnen und zu verdrängen.

Schmerzen können unter Umständen Sinnbild für den Kampf ums Leben darstellen. Der Kampf gegen den Schmerz kann den PatientInnen als Katalysator für den Kampf um das Leben dienen.

Für manche PatientInnen kann es wichtig sein, trotz fehlender Besserung der Schmerzsituation nach palliativer Bestrahlung oder Chemotherapie, nach Beendigung der Therapie selbst auszuprobieren, ob man die Schmerzmittel reduzieren kann und somit ein Stück zurück zur Normalität, einem Leben ohne Schmerzmittel, gehen kann. Schmerzen sind u.U. die den Patienten eigene und verlässliche Indikatoren dafür, ob eine palliative Therapie zur Schmerzreduktion angeschlagen hat. Das Nehmen der Schmerzen ist für manche eng mit der Angst verbunden, damit auch einen Teil der Fähigkeit zur Selbsteinschätzung zu verlieren.

Der Patient braucht manchmal einfach Zeit, um den Beschluss des Schmerztherapeuten, der ja oft spontan in einer kurzen Zeit getroffen wird, für sich hin und her zu betrachten, die damit verbundene Akzeptanz der Verschlechterung der Schmerzsituation zu verarbeiten, was eher ein zeitlich längerer Prozess ist als die Therapieentscheidung der Ärztin / des Arztes.

Wie ein Patient seine Krankheit in einen biographischen Zusammenhang stellt und ihr somit Lebenskräfte abgewinnen kann, zeigt sich beispielsweise in dem Buch *Mars* von Fritz Zorn<sup>3</sup>. Er interpretiert seine maligne Krankheit als psychisch bedingt [Zorn; 1977;134]; im Vordergrund seiner Auseinandersetzung steht demgemäss die psychische Ebene. Er schreibt: «Vermutlich ist niemand glücklich, der Krebs hat, und ich bin es auch nicht; aber ich bin ein bisschen weniger unglücklich als zur Zeit, wo ich offiziell noch keinen Krebs hatte – ausser dem seelischen Krebs, den

ich aus meiner Familientradition übernommen habe.... Ich stelle mir vor, dass mein Schicksal, nachdem es eingesehen hat, dass ich mit dem Leben durchaus nicht zurande kommen konnte, sich gesagt hat: Na, wenns mit dem Leben so gar nicht gehen will, versuchen wirs mal mit dem Sterben. Und siehe da, es ging besser damit.» [Zorn, z.n. Rest, 1989,15] Hier hat die Krankheit mit all ihren Mitbringseln zu einer inneren Aufbruchsituation geführt und somit Kräfte freigesetzt, die nicht nur negativ sind, sondern den Patienten dazu befähigen, sich aktiv mit Lebensinhalten auseinanderzusetzen.

Schmerzen werden von den PatientInnen im weiteren Kontext ihres Lebens und Sterbens gesehen. Gerade in schwierigen Schmerzsituationen kann es hilfreich sein, diesen zu betrachten, den Patienten u. U. darauf anzusprechen oder ihm auch zu weiteren Hilfen für den Umgang mit seiner Lebensgestaltung wie z. B. einer psychosozialen Begleitung, einem Zusammensein mit engen Freunden oder auch gelegentlich einer therapeutischen Behandlung zu verhelfen.

##### 5. Schmerz im Kontext von Glaube

Gerade in unserer pluralistischen Gesellschaft mit ihrer Vielfalt an Glaubens- und Werteformen ist es schwierig von Schmerz im Kontext von Glauben zu reden, da es individuell höchst verschiedene Glaubenskontexte gibt. Religiöse oder spirituelle Glaubensformen haben Einfluss auf Krankheitsdeutung, -verarbeitung sowie die Einstellung zu unseren professionellen Formen damit: Religiös im Sinne der Zugehörigkeit zu einer spezifischen religiösen Gemeinschaft, die geprägt ist durch eine bestimmte Glaubenspraxis, eine Gemeinschaft von Glaubenden, ausgebildeten Geistlichen, die gewisse Strukturen, Texte, Riten aufweist; spirituell im Sinne einer inneren Haltung, die nicht unbedingt gebunden sein muss an eine spezifische religiöse Gemeinschaft, die häufig sogar in Opposition steht zu dogmatischen oder klerikalen Strukturen, die oft verbunden ist mit einer innigen Suche nach einer geeigneten individuellen Lebensgestaltung und einer Sinnfindung für das eigene Leben und alle Lebensäusserungen, wozu dann auch Leid- und Schmerzerfahrungen gehören. Spirituelle Menschen in ihrer Rolle als PatientInnen erlebe ich

3) Dies ist das Pseudonym eines 32-jährigen Schweizer, der in seinem Buch vor allem die Auseinandersetzung mit der malignen Erkrankung im Spiegel seines unglücklichen Lebens beschreibt.

häufig als solche, die das westliche medizinische System und gelegentlich auch unser Angebot der Symptomkontrolle in Frage stellen. Sie fügen ihr Krankheits-, Leidens- und Todesverständnis, ihr Konzept von idealer Medizin und Pflege oft ein in ihr Lebenskonzept, dem Ringen um Lebens-, Krankheits- und Sterbensgestaltung. Sie suchen ihren eigenen höchst individuellen Weg bis in den Tod und fordern uns dadurch persönlich heraus.

Unsere Medizin (d. h. die Grundlage unserer eigenen medizinischen Sozialisation) ist eine profane Wissenschaft, die auf einer entsäkularisierten Weltauffassung beruht. Sie glaubt an die Lösung von Problemen durch die Ratio und misst medizinischen Problemen wie dem Schmerz erst recht keine religiöse oder spirituelle Dimension bei, die sie in ihre Überlegungen einbeziehen könnte. Für einen religiösen oder spirituellen Menschen kann der Schmerz, den wir in erster Linie als medizinisches Problem betrachten, u. U. vorrangig ein Glaubensproblem sein. Vielleicht kann er die Unlösbarkeit eines Problems wie des Schmerzes nicht auf die menschlichen Mängel in der Erforschung oder Therapie des Schmerzes zurückführen, sondern den Schmerz einbetten in sein Glaubenssystem. Damit verliert sich die Dringlichkeit, mit der unbedingt und um jeden Preis schnell therapiert werden muss für manche PatientInnen. Die therapeutische Notwendigkeit wird relativiert. Glaube und Spiritualität mit ihrer Suche oder auch ihrem Angebot von Lebenssinn und Lebensgestaltung bieten eine Herausforderung für die Palliativmedizin, die Menschen betreut, für die Sinnfindung oder Sinngestaltung vielleicht genauso oder auch wichtiger sind als die rein somatisch- symptomatische Ursache. Wenn z. B. Fachpersonal Schmerzen als generell sinnlos betrachtet oder nur den akuten Schmerzen einen Sinn zugesteht [Weissenberger- Leduc, 1995, 11], so mag dies zwar häufig und legitim sein, kann aber u. U. mit dem Schmerz- Sinn- Verständnis des Patienten kollidieren, welches in gleicher Weise seine Legitimität besitzt. Wichtig für die tägliche Arbeit mit Schmerzpatienten, speziell aber mit solchen Patienten, die wir als «schwierige Schmerzpatienten» bezeichnen, ist vor allem die Auseinandersetzung mit Schmerzen über die rein medizinisch- somatische Ebene hinaus.

Beispiele für eine solche Schmerzreflexion über das allgemeine rein medizinische Verständnis von Schmerz hinaus können einige theologische Reflexionen sein. Eine Klinikseelsorgerin, die ich manchmal bei der Arbeit erlebte, konnte einigen Patienten, die in einer Leidens- oder Schmerzkriese steckten, helfen, indem sie aus dem warum des Patienten ein wohin/worauf hin formte. Dadurch bekam der Patient so etwas wie eine Zukunfts- und Sinnorientierung. Die Frage wohin stellt dem Patienten Perspektiven des Handelns, zeigt einen Weg und führt ihn somit aus der Abhängigkeit des warum. Die Frage, wer hat hier wen, der Schmerz den Patienten oder der Patient den Schmerz, wandelt sich hier zugunsten des Patienten. Die absolute Trennung zwischen Mensch und Schmerz wird zerstört, der Schmerz wird zu einem Teil des Menschen und verliert somit wenigstens einen kleinen Teil seines Schreckens und seiner Unbeherrschbarkeit. Er wird umgänglicher. Auch Dorothee Sölle geht in ihrem Artikel «Die Wehen der Geburt» [Schultz, 1998, 13 -25] auf diese Frage ein und schlägt vor, hinzukommen zu einer Theologie des Schmerzes, «die sich nicht an der Theodizeefrage abrackert und fragt: Wie kann der grosse und allgütige Gott es zulassen, dass guten Leuten böse Dinge zustossen? Wir brauchen endlich eine Theologie des Schmerzes, die endlich die Frage verweiblicht, so dass sie unseren Schmerz zum Schmerz Gottes in Bewegung setzt.» Konkreter fragt sie: «Was tut dieser Schmerz denen an, die ihn erleiden? Wie verändert er sie? Was will er ans Licht bringen?» [Schultz, 1998, 23] Schmerzen bei Sölle gehören zur Grunderfahrung des menschlichen Lebens: «So viel weiss ich: Der Schmerz gehört zum Leben, weil er zur Liebe gehört. Einen schmerzfreien Gott kann ich mir nicht wünschen, ich könnte ihm nicht trauen. Das Bild des Lebens, das mir hilft, ist nicht der unverwundbare Siegfried, der im Blut des Drachen gebadet hat. Die Kultur, die ich suche, ist nicht die der Herrschaft und des Siegenmüssens, sondern eine des Mitleids. In sie könnte die christliche Religion einüben, weil sie ihre Intensität aus dem Schmerz gewinnt. Sie hat den tiefsten Schmerz als Schmerz der Geburt gedeutet.» [Schulz, 1998, 21]

Im Kapitel «Visionärer Schmerz und die Politik des Leidens» beschreibt Morris [1996] das Ver-

hältnis von Heiligen zum Schmerz, der in ihrem Leben oft eine bedeutende Rolle gespielt hat. Wir sind dieser spezifischen Schmerzkultur heute sehr entfremdet; im religiösen Leben einiger Menschen spielt das Leben von Heiligen und ihre Schmerzkonzeption jedoch eine nicht unbedeutende Rolle. Schmerz kann von einigen Patienten eng verbunden werden mit tiefster religiöser Erfahrung. Der Schmerz weist auf etwas hin, das weit «über den Schmerz hinausgeht» [Morris, 1996, 187]. In unserer Zeit und in unserem Kulturkreis mögen solche Erfahrungen ungewöhnlich oder verrückt erscheinen, aber wir stossen gelegentlich auf Patienten, die sie in ihr Lebenskonzept eingebaut haben. Hier kann es manchmal sinnvoll sein, das Konzept von Schmerzbekämpfung zu lassen und dem Patienten zu helfen, mit den Schmerzen einen Umgang zu finden.

#### 6. Schmerz im Kontext von Kultur

Wie sehr unsere kulturelle Prägung unser Welt- und Lebens- und damit auch unser Schmerzverständnis prägt, ist uns in aller Regel sehr unbewusst. Wir halten unsere eigene Kultur, deren Bestandteil die medizinische Kultur ist, solange für selbstverständlich, bis sie heftig konfrontiert wird mit anderen, fremden, unverständlichen Kulturen, die wir entweder als faszinierend und anziehend empfinden oder die uns als bedrohlich und abstossend begegnen. Den Umgang mit fremden Kulturen im Krankenhaus erleben wir am ehesten bei GasterbeiterInnen, die uns als PatientInnen begegnen. Ich kann mich noch gut an meine Ausbildungszeit erinnern, in der mich das Verhalten von Angehörigen fremder Kulturen wie z. B. das Ausdrücken von Schmerzen oder Leiden überhaupt mich sehr verunsicherte. In der ambulanten Betreuung von Tumorpatienten ist es eher das völlig andere Familien- und Sozialverhalten, unsere Aufnahme bei Patienten und Angehörigen, die mich jetzt eher fasziniert, mir aber sehr fremd ist.

Um den Schmerz im Kontext von Kultur betrachten zu können, ist es wichtig, sich vorab ein Bild von unserer Schmerzkultur zu machen. Welchen kulturspezifischen Umgang mit Schmerz haben wir? «Unsere heutige Kultur hat die Aufgabe, Schmerzen zu deuten, willig und fast

dankbar in die Hände der Medizin gelegt.» [Morris, 1996, 32]

Wir vergessen darüber, dass Schmerz nicht immer und überall ein medizinisches Problem ist und war. In unserer Kultur ist der Schmerz ein Feind, der den Menschen aus seinem Alltagsleben, aus seinem Gefüge und seiner Sicherheit herausreisst, ein Störenfried im eigenen Haus. Die gängige Einstellung ist die, dass man den Schmerz beseitigen, ihn abwehren muss. Der Schmerz soll verbannt werden aus unserem Leben. Er soll und darf nicht sein. Dabei spielt der Schmerz in der beruflichen Sozialisation von ÄrztInnen und Pflegenden kaum eine Rolle. Mehr noch: wie C. Linkert in ihrem Aufsatz «Die Initiation der Medizinstudenten» behauptet, kann man den Präparierkurs zu Beginn des Medizinstudiums als Initiationsritus der MedizinerInnen deuten. «Der Preis für eine solche berufliche Sozialisation erscheint hoch: ein Krankheits(miss)verständnis, bei denen Körper und Psyche getrennt bleiben, eine affekt- und emotionslose Arzt- Patient- Beziehung....» [Linkert, 1993, 142] Es ist bemerkenswert, dass die Auseinandersetzung von MedizinstudentInnen mit dem menschlichen Körper an der Leiche stattfinden, d. h. an einem Objekt ohne Schmerzempfindung.

Jeder Mensch in jeder Kultur empfindet Schmerz, aber neben der Schmerzempfindung gibt es zahlreiche mit dem Schmerz verbundenen Faktoren, die kulturspezifisch sind. In der Auseinandersetzung mit fremden Kulturen oder aber auch der Kritik der eigenen Kultur, ist es sinnvoll, sich über kulturspezifische Faktoren von Schmerz Gedanken zu machen. Zum Umgang mit dem Thema Schmerz und Kultur gibt es eine Notwendigkeit, den anderen oder die andere und das Fremde im Kontext der ihm/ihr eigenen Lebenswelt und nicht in der uns eigenen zu begreifen. Dabei lässt sich Kultur in ihrem weitesten Sinne verstehen:

«Kultur ... ist das Ganze als Rest. Überall auf der Welt funktionieren Banken wie Banken, Bibliotheken wie Bibliotheken und Flughäfen wie Flughäfen. Aber da ist noch ein alltäglicher Rest, der dem Beobachter das Ganze als fremdartig und erstaunlich erscheinen lässt. Das ist die Kultur.» [Bude, z. N. Dornheim, 1997, 14 f]

Auch in unserer eigenen Kultur treffen wir immer wieder auf PatientInnen, deren Lebenswelt

uns zunächst völlig fremd und unverständlich erscheint, z. B. DrogenbenutzerInnen. Ihre Kultur kann man wiederum als eigene Kultur auffassen, die es als solche zu erkennen, zu achten und zu verstehen gilt. In ihr bewegt sich auch das Schmerzverständnis und der Umgang mit Schmerz. Der Umgang mit kulturellen Einflüssen will gelernt sein:

«Die Entwicklung und Erweiterung interkultureller Kompetenz ist ein weiterer Baustein zur Erweiterung interkultureller Handlungsspielräume. Unter 'Interkultureller Kompetenz' wird ein Komplex sozialer Handlungsfertigkeiten verstanden, der dazu befähigt, die Begegnung mit Menschen aus anderen Kulturen zu verstehen und erfolgreich zu bewältigen. Sie ist durch drei Phasen gekennzeichnet:

Die Entwicklung des Bewusstseins

1. für das eigene kulturelle Orientierungssystem (self-awareness),
2. für die kulturspezifische Prägung des Handelns 'fremder' Partner (cultural awareness),
3. für die Bedeutung kultureller Einflussfaktoren in der kommunikativen Interaktion (cross-cultural awareness).» [Scheibler, 1998, 23]

### 7. Schlussbemerkung

Wir erleben schwierige Schmerzsituationen bei Patienten in ihrer eigenen häuslichen Umgebung und somit im gewohnten psychosozialen Beziehungsgeflecht, ihrer allgemeinen, religiös/ spirituellen und kulturellen Lebensgestaltung. Je schwieriger die Schmerzsituation, sei es durch schlechte Einstellbarkeit der Symptome, sei es durch mangelnde Akzeptanz der vorgeschlagenen Therapie bei PatientInnen oder durch uns fremde kulturelle Gegebenheiten, desto notwendiger erscheint es mir, den Kontext, in dem sich Schmerzen zeigen, näher zu betrachten oder auch in die Schmerztherapie miteinzubeziehen. Für diejenigen, die die PatientInnen als ÄrztInnen oder Pflegenden betreuen, wird es notwendig, sich selbst mit ihrem Schmerz- und Krankheitsbild zu beschäftigen und zu sehen, inwieweit es mit dem der Patientin / des Patienten korrespondiert, wie die gegenseitigen Erwartungshaltungen sind und was dem Patienten in seiner gegenwärtigen Schmerzsituation am ehesten helfen

könnte. Kommunikation mit dem Patienten ist Teil einer effektiven Schmerztherapie und führt dazu, den Patienten in seinem Lebens-, Glaubens- und Kulturkontext wahr- und ernstzunehmen.

Gelingt dies, so kann daraus für medizinisches Personal eine erhebliche Bereicherung auf dem Gebiet ihrer Berufs- und Lebenserfahrung resultieren. Dies schliesst nicht aus, dass es immer wieder einzelne PatientInnen geben wird, zu deren Schmerzgang wir wenig Zugang bekommen.

«Eine Studie über den Schmerz hat keinen Schluss. Die Neuroanatomie und Neurophysiologie des Schmerzes sind noch immer nicht hinreichend erforscht. Ausserdem ändern die kulturellen Zusammenhänge, in denen Schmerz erfahren wird, sich fortlaufend. Daher ist es unmöglich, die Tür zu schliessen: zu sagen, dass der Schmerz von nun an dies oder jenes und nichts anderes bedeutet. Kann man auch nicht im sicheren Gefühl der Vollendung zu einem Schluss kommen, so wird doch eine Art zusammenfassende Perspektive möglich, die die Vergangenheit und die Zukunft deutlicher macht. Darin liegt meine Absicht: nicht ein für allemal über den Schmerz zu befinden, sondern Anregungen zu geben bezüglich seiner Laufbahn und der Richtung, die er einschlagen wird. Die beste Art, diese Perspektive zu gewinnen ... besteht in der Betrachtung mehrerer geeigneter Bilder, die meine Argumentation, dass Schmerz niemals nur eine Sache der Nerven und Neurotransmitter ist, sondern immer eine persönliche und kulturelle Sinnerfahrung, einfangen, rekapitulieren und verdichten.» [Morris, 1996, 369]

### 8. Literaturverzeichnis

- Arnold, David; 1993; *Colonizing the Body – State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India.*
- Aulbert, Eberhard u. a., Hrsg.; 1997; *Palliativmedizin – ein ganzheitliches Konzept.*
- Aulbert, Eberhard u. Zech, Detlev, Hrsg.; 1997; *Lehrbuch der Palliativmedizin.*
- Buytendijk, Frederik Jakobus Johannes; 1988; *Über den Schmerz; Curare 11, 17 – 29.*
- Clément, Catherine u. Kakar, Sudhir; 1993; *Der Heilige und die Verrückte – Religiöse Ekstase und psychische Grenzerfahrung.*
- Dornheim, Jutta; 1997; *Unterschiedliche Kulturbegriffe und ihre Bedeutung für Theorien der transkulturellen Pflege – ein Beitrag zu den Grundlagen der Pflegewissenschaft; in: Uzarewicz, Charlotte, Hrsg.; Transkulturelle Pflege Curare Sonderband 10/97, 11 – 32.*

- Dreut, Monika u. a.; 1997; Kopf draussen – Füsse drin? Wie erleben Patienten aus anderen Kulturen ein deutsches Krankenhaus? in: Uzarewicz, Charlotte u. a.: *Transkulturelle Pflege, Curare Sonderband 10/97*; 155 -169.
- Dunlop, Rob; 1997; *When Morphin is not enough*; Vortrag am St. Christopher's Hospice, London vom 18. 4 1997.
- Earnshaw-Smith, Elisabeth; 1982; *Emotional Pain in Dying Patients and their Family*; *Nursing, Times 3*; Kopie v. St. Christopher's Hospice London; ohne Seitenangabe.
- Editorial zur Curareausgabe: Schmerz – interdisziplinäre Perspektiven; 1988; *Curare 11*; 2 – 16.
- Heine, Rolf u. Bay, Frances; 1995; *Pflege als Gestaltungsaufgabe – Anregungen aus der Anthroposophie für die Praxis*.
- Hüper, Christa; 1997; *Schmerzverstehen in der interkulturellen Pflege*; in: Uzarewicz, Charlotte u. a.: *Transkulturelle Pflege, Curare Sonderbandnführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation*.
- Jung, Barbara; 1995; *Patientenorientierte Schmerztherapie in der Kinderintensivpflege – ein theoretischer und empirischer Beitrag*.
- Kakar, Sudhir; 1996; *The Analyst and the Mystic*.
- Kakar, Sudhir; 1992; *Shamans, Mystics and Doctors*.
- Kaye, Peter; 1990; *Notes on Symptom Control in Hospice and Palliative Care*.
- Kern, Martina; 1991; *Onkologischer Schmerz – aus Sicht der Pflege 2: Psychologische Prozesse bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Schmerzzuständen; Die Schwester / Der Pfleger 11/91*; 990 -992.
- Klingberg, Anette; 1997; *Schmerz - Ein Körper- Seele- Phänomen*; *Deutsche Krankenpflegezeitschrift 9/97; Beilage Unterricht*; 2 – 11.
- Laval G. u. a.; 1998; *Therapieresistente Schmerzen bei Kranken in der letzten Lebensphase. Zusammenfassung*; *Oncology Nurses heute 2*; 21.
- Linkert, Christine; 1993; *Die Initiation der Medizinstudenten*; in: Sippel - Süsse, Jutta u. a. Red.: *Ethnopschoanalyse 3 – Körper, Krankheit und Kultur*; 135 – 143
- Morris, David B.; 1994; *Geschichte des Schmerzes*.
- Redmond, K.; 1998; *Hindernisse bei der Durchführung einer wirksamen Schmerztherapie bei Krebskranken in häuslicher Umgebung*; *Oncology Nurses heute 2*; 10 – 13.
- Rest, Franco; 1989; *Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit*.
- Scheibler, Petra; 1998; *Interkulturelle Kommunikation und Interaktion in der Krankenpflege als Thema psychologischer Gesundheitsförderung*; *Pflege und Gesellschaft 3/98*; 22 – 24.
- Schulz, Hans- Jürgen; 1998; *Schmerz – Dimensionen einer Erfindung*.
- Sensmeyer, Alrun; 1986; *Schmerz aus pflegerischer Sicht*; *Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 3/86*; 141 – 145.
- Student, Christoph; 1988; *Das Sterben nicht verschlafen – Die Schmerztherapie mit Morphin in der Hauskrankenpflege*; *Forum Sozialstation 45*; 14 – 20.
- Weissenberger-Leduc; 1997; *Handbuch der Palliativpflege*.
- Zech, Detlev u. a.; 1996; *Therapiekompendium Tumorschmerz und Symptomkontrolle*.