

Einsamkeit im Falle chronischer Schmerzen

Frede, Ursula

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Frede, U. (2009). Einsamkeit im Falle chronischer Schmerzen. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 33(3), 69-89.
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-391814>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Ursula Frede

Einsamkeit im Falle chronischer Schmerzen

In diesem Artikel geht es um die mit chronischem Schmerz sehr oft verbundene innere Einsamkeit – bedingt vor allem durch Veränderungen im Freundes- und Bekanntenkreis, die Schmerzerfahrung an sich, die Prämisse prinzipieller Kontrollierbarkeit von Schmerz sowie Schwierigkeiten bei der Verständigung über den Schmerz. Einsamkeit kann gelindert werden – insbesondere durch eine insgesamt akzeptierende Einstellung gegenüber dem Schmerz sowie durch eine vermehrte Orientierung an der Person des Patienten, seiner individuellen Situation und seiner ganz persönlichen Schmerzerfahrung. Ein gewisses Maß an Einsamkeit jedoch gehört zu jeder chronischen Krankheit dazu, weil Kranke nach zum Teil anderen Werten und Regeln leben als Gesunde, weil Schmerzen erschöpfen und Verständigung über sie nur begrenzt möglich ist.

Schlüsselwörter: chronischer Schmerz, Einsamkeit, Verständigung, Einstellung gegenüber dem Schmerz

Einführung

Den Schmerz kenne ich sowohl aus der Perspektive der Psychologin während meiner langjährigen Arbeit mit Hirntumorpatienten als auch aus der Perspektive der persönlich Betroffenen – nach drei Operationen an der Lendenwirbelsäule mit nachfolgenden Verwachsungen der Rückenmarkshaut. Schätzungen zufolge leiden in Deutschland »5-8 Mio. Menschen« unter *chronischen Schmerzen* (Hasenbring & Pflingsten, 2007, S. 103). Im Gegensatz zu *akuten* Schmerzen, die zeitlich begrenzt sind und deren Ursachen in der Regel wieder beseitigt werden können, sind *chronische* Schmerzen, anhaltend oder immer wiederkehrend. Ihre Ursachen sind unbekannt und vielschichtig oder aber bekannt, können jedoch nicht (mehr) beseitigt werden. Zum einen sind Schmerzen eine *körperliche Missempfindung*, zum anderen ein *persönliches Leiden an der Missempfindung*. Während es für die körperliche Missempfindung messbare Korrelate gibt (endokrine Reaktionen, Höhe der Muskelspannung, Aus-

maß einer Gelenkschwellung, usw.), ist das Leiden am Schmerz eine ganz und gar subjektive Erfahrung, die sich jeder Messung entzieht. Schmerzen haben neben ihrer biologischen und seelisch-geistigen zudem eine soziale Dimension: Sie verändern das Verhältnis der Betroffenen zur Welt, insbesondere zu den Menschen in ihrer engeren und weiteren Umgebung. Von einer dieser Veränderungen soll im Folgenden die Rede sein – von der *Einsamkeit*. Trotz wachsender Literatur zur Entstehung, Diagnostik und Behandlung von Schmerzen wird das Thema *Einsamkeit bei chronischen Schmerzen* nur selten erwähnt; wenn überhaupt, dann im Zusammenhang mit dem Rückzugsverhalten der Patienten und ihrer Tendenz zu »psychosozial[er] Inaktivität« (Kröner-Herwig, 2007a, S. 13).¹ Damit wird suggeriert, Einsamkeit sei eine Folge dysfunktionalen Krankheitsverhaltens und zu beheben, würde der Patient wieder aktiver. Einsamkeit hängt jedoch nicht nur vom Verhalten des Betroffenen ab, sondern auch von Faktoren, die er nur begrenzt oder gar nicht beeinflussen kann. Diese Faktoren sollen beschrieben und Möglichkeiten diskutiert werden, wie die Einsamkeit chronisch Schmerzkranker, wenn schon nicht aufgehoben, so doch gelindert werden kann.

Veränderungen im Freundes- und Bekanntenkreis

Was Einsamkeit fördert

Viele Schmerzpatienten berichten, dass ihr Freundes- und Bekanntenkreis nach ihrer Erkrankung *kleiner* geworden sei. Als besonders belastend werden jedoch Verhaltensweisen erlebt, die zu *innerer Einsamkeit* führen – unabhängig davon, ob die sozialen Kontakte bestehen bleiben oder nicht:

- *Alles-ist-machbar-Argumentation*: Bemerkungen wie »Das wird bestimmt wieder besser! Die Medizin macht doch solche Fortschritte!« sind zwar gut gemeint, aber nicht tröstlich. Allein bleibt der Kranke mit seiner Erfahrung, dass eben *nicht* alles von Menschen machbar ist.

- *Mitleid*: Mitleidige Kommentare wie »Ach, Sie Arme. Sie tun mir so leid. Das ist doch kein Leben mehr!« wirken demütigend und selbstwertmindernd. Der Gesunde distanziert sich vom Kranken, indem er ihm mehr oder minder deutlich vermittelt, dass er, der Kranke, sich in einer weit schlechteren Lage befinde als er, der Gesunde. Da Mitleid meist als persönliche Anteilnahme getarnt ist, kann sich der Kranke kaum dagegen wehren.
- *Überfürsorglichkeit und Entmündigung*: Überfürsorglichkeit kann die innere Einsamkeit des Erkrankten fördern, wenn alles, was er sagt, nur noch im Lichte (d. h. im Schatten) seiner Schmerzen betrachtet wird: »Jetzt machen wir mal eine Pause mit dem Erzählen. Sonst wird es für dich zu anstrengend.«, »Ich will dich nicht mit meinen Problemen belasten. Du hast selbst so viel zu tragen.« Der Betroffene versteht, dass Äußerungen dieser Art zumindest teilweise auf Hilflosigkeit und Sorgen um ihn, den Kranken, beruhen. Doch sie tun weh, weil sie ihm vermitteln: »Du gehörst nicht mehr zur Welt der Gesunden.«
- *Ratschläge*: Einige Freunde überhäufen den Kranken mit Empfehlungen, einen gewissen Arzt oder Heiler aufzusuchen, bestimmte Bücher zu lesen, diese und jene Medikamente, Salben und Tinkturen zu verwenden, eine Edelstein- oder Aromatherapie zu beginnen, Schaffelle zu kaufen (oder zu entfernen)... Ratschläge sind zunächst einmal Ausdruck des Bemühens, dem Erkrankten zu helfen. Anstrengend wird es, wenn aus Vorschlägen Befehle werden – gemäß dem Motto: »Wenn du das nicht machst, bist du selber schuld.« Einige Ratschläge sind nichts anderes als verkappte Kritik: »Du solltest positiver denken! Dann wird es dir bestimmt besser gehen!«, »Du musst nur ganz fest an deine Gesundheit glauben! Gesundheit beginnt im Kopf!« Empfehlungen dieser Art zeugen von einer Überschätzung persönlicher Einflussmöglichkeiten, die der Betroffene als destruktiv erleben kann, wird ihm doch unterstellt, sich im Umgang mit seiner Erkrankung falsch zu verhalten.

- *Psychologisierungen*: Spekulationen über psychische Ursachen der Erkrankung wie »Das muss etwas ganz Tiefes sein, womit du deine Gesundung blockierst!«, »Du hast diese Schmerzen bestimmt bekommen, weil...« beruhigen den Gesunden (es gibt eine Erklärung für den Schmerz, also lässt er sich vermeiden, wenn man das entsprechende Verhalten meidet), der Kranke aber wird in die Einsamkeit gedrängt: Ein Miteinander kommt nicht zustande in einer Beziehung, in der die Macht (den Erkrankten zu analysieren und zu beurteilen) beim Gesunden liegt.

Vermutlich wird jeder von uns – ob ›gesund‹ oder ›krank‹ – auf das Leid eines anderen Menschen gelegentlich mit einer der beschriebenen Verhaltensweisen reagieren, ohne dass die Beziehung dadurch beeinträchtigt wird. Anders ist es jedoch, wenn Äußerungen dieser Art sich häufen und Ausdruck einer durchgängigen Abwehr des Leidens sind.

Was Einsamkeit lindert

Wie sich ein Mensch gegenüber vom Schmerz Betroffenen verhält, ist weitgehend von der *Bedeutung* abhängig, die er dem Schmerz beimisst. Für den, der den Schmerz als ein Übel betrachtet, das auf jeden Fall und mit allen Mitteln bekämpft werden muss, können chronisch Kranke zur Bedrohung werden, weil sie die Alles-ist-machbar-Prämisse gefährden. Wer sich dagegen vom Mythos der Machbarkeit zu befreien vermag, wer den Schmerz zwar nicht schön findet, ihn jedoch als Bedingung menschlicher Existenz versteht, wird sich mit dem Schmerzkranken solidarisieren und ihn dadurch etwas aus seiner Einsamkeit erlösen können, leidet dieser doch an etwas, das jederzeit auch ihn selbst treffen kann: »Ebenso wie der Tod ist der Schmerz ein Schicksal, das alle Menschen vereint« (Le Breton, 2003, S. 14). Für das *konkrete* Verhalten gegenüber Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden, gibt es keine Regeln. Ein jeder hilft auf eine Weise, die *seiner* Persönlichkeit und *seiner* Situation entspricht. Entscheidend ist, einfach *da* zu sein, den Kranken von seinem Schmerz erzählen zu lassen, ihm zuzuhören (seinen Worten ebenso wie seiner Mimik und Gestik) und ihn gelegentlich zu fragen: »Was kann ich

für dich tun?« Die Einsamkeit eines Menschen zu lindern, ist keine Frage der Zeit. Oft reichen ein Lächeln, ein freundlicher Blick oder eine leichte Berührung, um ihm zu vermitteln: »Du bist nicht allein.«

Ein gewisses Maß an Einsamkeit bleibt bestehen – nicht, weil irgendjemand das so will oder sich falsch verhält. Einsamkeit ist eine soziale Realität, weil Gesunde und Kranke nach zum Teil anderen Werten und Regeln leben – ihrer jeweiligen Situation entsprechend. Die früher mehr oder minder große Überschneidungsmenge gemeinsamer Interessen und Aktivitäten verkleinert sich, sodass ein ›Zusammenspiel‹ oft erschwert, manchmal unmöglich wird.

Die Schmerzerfahrung an sich

Was Einsamkeit fördert

Manche Schmerzkranken ziehen sich von Kontakten oben beschriebener Art zurück, weil Einsamkeit in Gegenwart anderer besonders schwer zu ertragen ist. Es gibt jedoch noch einen anderen Grund für das Rückzugsverhalten: Schmerzen *erschöpfen*. Diese Erschöpfung wird noch verstärkt durch Nebenwirkungen von Medikamenten (Benommenheit, Übelkeit, Schwindel...). Vieles, auch das Alltägliche, strengt an – selbst das Zusammensein mit Menschen, die man mag. Die Vorstellung, nur negative Ereignisse seien belastend, ist ein Irrtum. Der Schmerz zehrt auch im Kreise guter Freunde an den Kräften, sodass gemeinsame Treffen oft erst im Nachhinein genossen werden können, wenn die Situation ›geschafft‹ und das damit verbundene Mehr an Schmerz wieder abgeklungen ist. Längere Geselligkeiten sind nicht mehr möglich, weil Konzentration und Belastbarkeit bereits nach ein oder zwei Stunden nachlassen. Wenn sich also ein Schmerzkranker von sozialen Kontakten zurückzieht, so nicht immer deshalb, weil er depressiv und antriebsschwach, sondern weil seine Kraft verbraucht ist, weil er seine Energien sorgfältig einteilen muss und dabei andere Schwerpunkte setzt als vor der Erkrankung. Das Gefühl der Einsamkeit entsteht nicht unbedingt durch den Rückzug selbst, jedoch immer dann, wenn dieser Rückzug nicht respektiert, wenn er-

erschöpfte Kraft als Willensschwäche, die Berücksichtigung eigener Grenzen als Schon- und Vermeidungsverhalten gedeutet werden. Psychologisierungen dieser Art mögen im Einzelfall zutreffen, dürfen jedoch nicht als allgemeines Erklärungsmodell für das Rückzugsverhalten chronisch kranker Menschen dienen.

Was Einsamkeit lindert

Die Frage nach der Adäquatheit eines Verhaltens angesichts chronischer Schmerzen kann nicht allgemein gültig beantwortet werden. Auch Rückzugsverhalten ist zunächst einmal ›normal‹, sollte nicht durch Vorgabe eines generellen Lernziels ›Aktivität‹ pathologisiert werden. Mitunter helfen Fragen wie: »Wie würde ich mich fühlen, wie würde ich mich vermutlich verhalten, wenn ich an seiner Stelle wäre?« Um die schnelle Erschöpfbarkeit im Falle starker Schmerzen nachzuvollziehen, könnte sich der Gesunde beispielsweise daran erinnern, wie er sich bei der letzten Zahnwurzelentzündung oder nach der Extraktion eines Weisheitszahns gefühlt hat. War ihm zu dieser Zeit nach längeren Gesprächen zuzumute? Hatte er Lust auf Besuch? Einfühlung im Falle chronischer Schmerzen ist immer nur annähernd möglich. Weil mit einem akuten Schmerz andere Bewertungen verbunden sind als mit chronischem Schmerz. Weil dem Gesunden bestimmte Erfahrungsgrundlagen des chronisch Kranken und dem Kranken die Worte fehlen, um seinen Schmerz zu beschreiben. Doch allein schon das *Bemühen* um Einfühlung vermag Einsamkeit zu lindern, weil es dem Kranken vermittelt: »Mir ist nicht egal, wie es dir geht. Ich will dich mit deinem Schmerz nicht allein lassen!«

Psychopathologisierung und Kontrollprämisse

Was Einsamkeit fördert

Verhaltenstherapeutisch orientierte *Schmerzbewältigungsprogramme* beruhen häufig auf einem Denken in Schablonen: Bestimmte Verhaltensweisen von Schmerzpatienten – ursprünglich als Risikofaktoren für

Schmerzchronifizierung beschrieben – werden im *Bild des typischen Schmerzpatienten* verallgemeinernd zusammengefasst, einem Bild, das vor allem durch sozial negativ bewertete Merkmale gekennzeichnet ist: Hilflosigkeit, Ohnmacht und Resignation, Angst vor Schmerz und Beeinträchtigung, Katastrophisierung und depressive Verstimmung, ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten, Rückzug von Alltagsaktivitäten (vgl. Hasenbring & Pflingsten, 2007, S. 116). Die Gefahr besteht, dass Therapeuten von der Vielzahl individueller Verhaltensweisen und Eigenschaften eines Patienten nur diejenigen registrieren, die der Kunstfigur des (durchschnittlichen) Schmerzkranken entsprechen, andere Verhaltensweisen dagegen übersehen. Entindividualisierung und vorschnelle Psychopathologisierung sind häufige Folgen, die zu Lasten der therapeutischen Beziehung gehen sowie zu Lasten der spezifischen Hilfe, die dem Einzelnen zuteil werden könnte. Einwände des Patienten gegen Vorabpathologisierungen werden meist als mangelnde *compliance* und Ausdruck von Somatisierungsbedürfnissen interpretiert. Oft bleiben ihm nur zwei Möglichkeiten: Er beendet die Beziehung oder er schweigt. Die mit beiden Entscheidungen verbundene Einsamkeit ist insofern besonders traurig, weil sie nicht sein müsste und ein – zusätzlich zum Schmerz – völlig überflüssiges Leiden schafft.

Entscheidend dafür, dass immer wieder *psychologische* Mechanismen zur Erklärung von Chronifizierungsprozessen herangezogen werden, ist die Überzeugung prinzipieller *Kontrollierbarkeit* von Schmerz – getreu der Prämisse, Schmerz sei »eine von Verhalten, Gefühlen und Kognitionen beeinflusste und damit veränderbare Erfahrung« (Flor & Hermann, 2007, S. 606). Um Schmerzen zu lindern, sollte jeder nur mögliche Weg genutzt werden. Doch darf die Macht persönlicher Einflussnahme nicht überschätzt und die Chronifizierung von Schmerz nicht einseitig den unzureichenden Bewältigungsstrategien des Patienten angelastet werden.

Was Einsamkeit lindert

Orientierung an der individuellen Person des Patienten

Was ist funktional, was dysfunktional im Umgang mit chronischem Schmerz? Der *Kontext* entscheidet! Das gleiche Verhalten kann für den

einen Menschen richtig, für den anderen falsch, das gleiche Verhalten unter bestimmten Umständen adäquat, zu einem anderen Zeitpunkt und in einer anderen Situation unpassend sein. Viele als dysfunktional erscheinende Verhaltensweisen sind oft nichts anderes als *normale Reaktionen* auf eine *abnorme Situation*. Warum sollte jemand *nicht* weinen, wenn wichtige Lebensmöglichkeiten unwiederbringlich verloren sind? Warum sollte jemand *keine* Angst haben, wenn sein Arbeitsplatz und seine finanzielle Sicherheit bedroht sind? Nicht nur der *situative Kontext* bestimmt das Verhalten eines Menschen auf seinen Schmerz, auch seine *persönlichen Wert- und Zielsetzungen* sowie das, was er unter einem ›guten Leben‹ versteht. Patient A mag andere Vorstellungen von Lebensqualität haben als Patient B Entsprechend unterschiedlich fallen ihre Reaktionen aus – selbst auf vergleichsweise ähnliche Bedingungen.

Auch *kulturhistorische Erklärungsansätze* zum Ursprung, zur Bedeutung und Behandlung von Schmerzen beeinflussen den Umgang mit ihnen. Diese Einflussgröße wird bisher nur bei *ausländischen* Patienten reflektiert, d. h. bei Personen, die mit der deutschen Sprache kaum oder gar nicht vertraut sind. Schmerzäußerungen von Patienten aus südeuropäischen Ländern beispielsweise werden von deutschen Therapeuten ›häufig als übertrieben wahrgenommen und in ihrem Krankheitswert und ihrer Bedeutung für den hilfeschenden Patienten abgewertet, z. B. mit Bezeichnungen wie ›Mittelmeersyndrom‹ oder ›Morbus Bosphorus‹« (Glier & Erim, 2007, S. 234). Wie ein Mensch auf seinen Schmerz reagiert, hängt weitgehend davon ab, wie er ihn *versteht*, d. h. welche Vorstellungen er sich vom Wesen des Schmerzes macht, entspricht seinem Welt- und Menschenbild, das wiederum kulturellen und religiösen Einflüssen unterliegt. Zur *emotionalen* Verständigung reichen Dolmetscher ebenso wenig aus wie sprach- und wortlose Wege der Kommunikation (z. B. Piktogramme oder die Smily-Analogskala). Entscheidend ist vielmehr, dass sich der Therapeut mit dem *subjektiven Schmerzkonzept* und den damit verbundenen Therapieerwartungen seiner Patienten vertraut macht – und zwar *unabhängig* davon, ob sie der deutschen Sprache mächtig sind oder nicht!

Gleichermaßen wichtig wie eine zumindest ungefähre Kenntnis der Weltsicht, aus der heraus der Patient seine Schmerzen beschreibt, ist die Auseinandersetzung des Therapeuten mit seinem *eigenen* Schmerzkonzept und seiner *persönlichen* (ebenfalls kulturell bestimmten) Wertorientierung. Ein Therapeut, der den gleichen kulturellen Hintergrund hat wie sein Patient und ein ähnliches Schmerzkonzept vertritt, wird dessen Einstellungs- und Verhaltensweisen leichter nachvollziehen können als ein Therapeut, der sich in einem anderen Weltbild bewegt. Doch auch wenn der Therapeut ein anderes Schmerzkonzept haben sollte als sein Patient, kann er dessen innere Einsamkeit allein schon dadurch lindern, dass er die Vorstellungen des Patienten *respektiert* und sie aus dessen Lebenspraxis, dessen Welt- und Menschenbildes zu verstehen sucht.

Zusammengefasst: Einsamkeitslindernd wirkt, wenn Therapeuten sich nicht an der fiktiven Figur des typischen Schmerzpatienten orientieren, sondern an der konkreten Person und Situation des Betroffenen, an seinem ganz spezifischen Schmerz, an seinen individuellen Ressourcen und Werten.

Abschied von der Kontrollprämisse

Solange Schmerztherapeuten wie z. B. der Münchener Schmerzforscher Walter Ziegglängsberger behaupten, dass chronischer Schmerz »besonders stark vom seelischen Befinden« (2008, S. 164) abhängt und durch eine Kombination von Medikamenten und Verhaltenstherapie behandelbar sei, lebt die Kontrollprämisse und mit ihr die Tendenz zur Pathologisierung von Schmerzpatienten weiter. Deren Einsamkeit wird verstärkt, solange der Schmerz auf ein Problem reduziert wird, für das es immer eine Lösung gibt – vorausgesetzt, man findet das richtige Medikament in der richtigen Dosierung und der Patient zeigt eine hohe *compliance*. Hier werden Illusionen geschaffen, die für alle Beteiligten nachteilig sind. Denn nicht jedes Schmerzproblem lässt sich lösen.

Was wäre, wenn wir (ob Therapeut oder Patient) uns von der Prämisse prinzipieller Kontrollierbarkeit von Schmerz verabschiedeten? Wenn wir den Schmerz als *Merkmal menschlicher Existenz* anerkannten und uns bemühten, ihn nach Möglichkeit zu lindern, *ohne* im Falle eines

Misslingens nach dem Schuldigen zu suchen? Therapeuten und Patienten wären befreit – der Therapeut vom Druck überhöhter Erwartungen, der Patient von Enttäuschungen sowie von der Last, im Umgang mit seinem Schmerz versagt zu haben. An die Stelle direkter oder indirekter Pathologisierung des Patienten könnte Achtung treten angesichts der Herausforderungen, mit denen er täglich konfrontiert wird. Therapeut und Patient könnten sich miteinander *solidarisieren* – bei der *gemeinsamen* Trauer über vorhandene Grenzen, bei der *gemeinsamen* Suche nach Möglichkeiten, den verbliebenen Spielraum zu nutzen. Wenn auch nicht unbedingt der Schmerz, so wäre doch die Einsamkeit des Betroffenen gelindert – zumindest die Einsamkeit, die aus einer mangelnden Anerkennung seiner Individualität und dem impliziten Vorwurf dysfunktionalen Verhaltens erwächst.

Schwierigkeiten einer Verständigung über den Schmerz

Was Einsamkeit fördert

Einsamkeit beruht nicht zuletzt darauf, dass Therapeuten und Patienten verschiedenen Welten angehören und die Vorstellungen von Schmerz sehr unterschiedlich sind, je nachdem, zu welcher Welt man gehört (vgl. Morris, 1996, S. 87). Entsprechend schwierig ist die Verständigung über den Schmerz. Im Rahmen moderner Schmerztherapie sind eine Vielzahl von Methoden zur Schmerzdiagnostik und Verlaufskontrolle entwickelt worden, von denen hier nur die gebräuchlichsten genannt werden (vgl. Kröner-Herwig, 2007b, S. 295ff.). Zur ›Messung‹ der Schmerzintensität dienen insbesondere die *numerische Ratingskala* (NRS) und die *visuelle Analogskala* (VAS). Die Vorteile dieser Skalen liegen in ihrer schnellen Durchführbarkeit und hohen Plausibilität. Unklar jedoch bleibt, wofür genau eine bestimmte Zahl im Einzelfall steht. Eine 8 auf der numerischen Ratingskala kann Zeichen sehr starker Schmerzen sein, möglicherweise aber auch darauf hinweisen, dass der Patient seinen Schmerz als äußerst bedrohlich erlebt. Jeder Patient benutzt bei der Skalierung ein ihm eigenes Bezugssystem, das sowohl von kulturellen Einflüssen und

seiner individuellen Lebenspraxis abhängig ist als auch von seinen früheren Schmerzerfahrungen und der Bedeutung, die der Schmerz für ihn hat. Mit der Bezeichnung des Skalenendpunktes als »stärkster vorstellbarer Schmerz« glaubt man, ein »möglichst einheitliche(s) Bezugssystem« geschaffen zu haben (Kröner-Herwig, 2007b, S. 295). Diese Vorstellung ist jedoch ebenso fragwürdig wie die zugrunde liegende Prämisse, Schmerzerleben sei quantifizierbar: Kein Schmerz ist so stark, dass er nicht *noch* schlimmer werden könnte, »nach oben hin gibt es keine Grenze« (Hoeg, 2007, S. 243).

Zur Erfassung der *Schmerzqualität* werden so genannte *Adjektivskalen* verwendet – z. B. die *Schmerzempfindungsskala* (SES) von Geissner (1996). Adjektivlisten sollen *differenzierte* Angaben über die sensorischen, affektiven und evaluativen Dimensionen der Schmerzempfindung ermöglichen. Doch auch sie werden der Vielfalt und Komplexität des Schmerzgeschehens nicht gerecht. Zu bedenken gilt:

- Der Umgang mit einer Adjektiv-Liste verlangt ein gewisses Maß an sprachlicher Kompetenz und verbaler Gewandtheit. Ein sprachlich geübter Patient wird Adjektive wie ›erschöpfend‹, ›entnervend‹, ›pochend‹ und ›klopfend‹ vermutlich leichter voneinander unterscheiden können als ein Patient, der sich mit den Feinheiten deutscher Sprache nicht so gut auskennt.
- Das Angebot von Adjektiven kann den Patienten u. U. dazu verleiten, seinen Schmerz mit Worten zu beschreiben, die er von sich aus *nicht* verwendet hätte.
- Jeder Mensch assoziiert *andere* Bedeutungen mit einem bestimmten Wort. Was unter ›erschöpfend‹, ›grausam‹ usw. verstanden wird, ist je nach Lebenskontext und biographischer Situation verschieden. Die Bedeutung eines Wortes »zeigt sich in seinem Gebrauch und ist unabhängig von diesem nicht feststellbar« (Schmitz-Emans, 1994, S. 19). *Das Brennen, das Pochen* eines Schmerzes gibt es nicht. Mit der Vorgabe von Eigenschaftswörterlisten wird eine Eindeutigkeit der

Schmerzerfassung suggeriert, die der Wirklichkeit des Schmerzerlebens nicht entspricht.

Zusammengefasst: Erkenntnisse über den Schmerz eines Menschen allein anhand einer Ratingskala oder Eigenschaftswörterliste sind begrenzt. Zahlen auf der Skala und Kreuzchen auf der Liste spiegeln Scheinsicherheiten vor, die eine Verständigung über den Schmerz sogar verhindern können, weil sich der Therapeut nicht auf das einzigartige *Erleben* des Patienten einlässt – eine Erfahrung, die (wenn sie sich wiederholt) Einsamkeit erzeugt. Aufrichtige Verständigung (und damit Linderung von Einsamkeit) beginnt in dem Moment, indem der Therapeut seinem Patienten eingesteht, seinen Schmerz nicht zu kennen, es sei denn, der Patient erzähle ihm davon.

Was Einsamkeit lindert

Wie lässt sich Einsamkeit lindern, die aus der Sprachlosigkeit um einen Schmerz erwächst, der seine bisherige Wirklichkeit übersteigt? Die meisten Menschen verwenden intuitiv ein *Bild*, einen *Vergleich*, eine *Metapher*, um andere an ihrem Schmerz teilhaben zu lassen. Vermutlich hat jeder von uns schon einmal zu einem ›Als ob‹- oder ›Es fühlt sich an wie‹-Vergleich gegriffen, um seinem Gegenüber wenigstens eine *ungefähre Ahnung* von eigenen Hals- oder Kopfschmerzen zu vermitteln: »Mein Hals brennt bei jedem Schlucken wie Feuer«, »Mein Kopf fühlt sich an, als ob er gleich platzen wird.« Bildhafte Umschreibungen chronischer Schmerzen jedoch werden von vielen Schmerztherapeuten als katastrophisierend, dramatisierend und damit schmerzverstärkend zurückgewiesen.

Was aber ist so schlimm an Bildern? Wir alle denken in Bildern, vor allem angesichts menschlicher Grenzerfahrungen. Erinnerung sei an die Gleichnisse Jesu, an die Vielfalt der Märchen, Gedichte, Erzählungen, in denen existentiell bedeutsame Lebenserfahrungen (z. B. Angst und Verzweiflung, Hoffnung und Zuversicht) in Bilder übersetzt werden. Könnten Patienten eine Geschichte, *ihre* Geschichte, über ihren Schmerz erzählen, kämen wir ihrem Schmerzerleben vermutlich näher als mit Skalen

und Listen. Die Erfahrung anhaltend starker Schmerzen ist nicht beschreibbar, höchstens *umschreibbar*.

Beispiele für Bilder zum Schmerz:

- Der Schmerz durchfährt mein Gesicht wie ein Blitz.
- Als ob sich ein Messer in meinen Oberschenkel bohren würde.
- Als ob sich eine schwere Kugel in meinem Kreuz dreht. Die Kugel ist rundum voller spitzer Eisenstacheln.
- Als ob sich ein Hund in meine Wade verbissen hätte, so fühlt sich dieser Ischiasschmerz an.
- Als ob viele kleine Zwerge in den Blutgefäßen sitzen – im Bereich der Schläfen und entlang der Nasenflügel. Sie alle hämmern mit Spitzhacken ununterbrochen gegen die Wände der Adern.

›Als ob‹ und ›wie‹ der Umschreibungen machen deutlich, dass wir uns dem Wesen des Schmerzes mit Worten nur *annähern* können. Weder der Patient noch sein Gegenüber haben in der Realität *erlebt*, was das Bild darstellt. Doch wenn *beide* versuchen, sich *vorzustellen*, wie sich das, was im Bild geschieht, anfühlen könnte, wird zumindest ansatzweise eine Gemeinsamkeit des Erlebens hergestellt, die über eine Zahl niemals erreicht werden kann. Selbst dann, wenn Patient und Therapeut zum Teil unterschiedliche Vorstellungen mit einer Eisenkugel im Kreuz oder einem Messer im Oberschenkel verbinden, gibt es eine mehr oder minder große Schnittmenge übereinstimmender Fantasien. Diese Schnittmenge kann zur Grundlage des Ein- und Mitfühlens werden.

Neurobiologischen Untersuchungen zufolge beruht dieser Vorgang auf dem System der *Spiegelneuronen*: Lassen wir uns auf die Bilder eines Erkrankten ein, werden in den emotionalen Zentren unseres Gehirns Spiegelneurone aktiviert, die es uns ermöglichen, das, was in ihm vorgeht, in uns selbst zu rekonstruieren und nachzuvollziehen. Das Schmerzerleben eines Menschen objektiv zu erfassen, ist bislang nicht möglich. Entscheidend für eine Verständigung über den Schmerz ist unsere *Einführung*. Diese erfolgt über den Weg neuronaler Resonanz, d. h.

dadurch, dass im Zuhörer etwas zum Schwingen gebracht wird, das dem Erleben des Patienten möglichst nahe kommt:

Aus neurobiologischer Sicht besteht aller Grund zu der Annahme, dass kein Apparat und keine biochemische Methode den emotionalen Zustand eines anderen Menschen jemals so erfassen und beeinflussen kann, wie es durch den Menschen selbst möglich ist (Bauer, 2005, S. 51).

Neuronale Resonanz – und damit Einfühlung in das Erleben des Patienten – wird *erschwert*, wenn der Gesunde (ob Therapeut, Angehöriger oder Freund) Bilder und Vergleiche des Betroffenen als »dysfunktional« von sich abwehrt und auf einer abstrakten Zahl besteht. Schmerztherapeuten begründen die Verwendung der numerischen Ratingskala mit höherer Objektivität und Vergleichbarkeit, d. h. mit der statistischen Verwertbarkeit der Patienten-Aussage. Hier wird eine Illusion von Wissenschaftlichkeit erzeugt, die der Realität nicht standhält. Die Frage nach einer Zahl auf der Ratingskala sollte deshalb immer ergänzt werden durch Fragen nach dem *konkreten Erleben* der Schmerzen, wie es in einem *Bild* veranschaulicht werden kann. Wer bildhafte Umschreibungen generell ablehnt, fürchtet womöglich die emotionale Ansteckung durch das Bild. Zahlen auf einer Ratingskala sind klinisch rein. Bilder aber konfrontieren uns mit einem Erleben, das wir vielleicht lieber von uns fernhalten möchten. Zahlen zielen auf den Verstand, Bilder dagegen wenden sich an Verstand und Gefühl gleichermaßen, vermitteln insbesondere den emotionalen Gehalt einer Aussage (vgl. Roth, 2008, S. 12f.). Eine 7 oder 8 lässt uns weder erschrecken noch mitfühlend nach Luft schnappen – was bei einem Bild durchaus der Fall sein kann. Rainer Maria Rilke (1992, S. 241), an Leukämie erkrankt, schreibt:

Komm du, du letzter, den ich anerkenne,
heilloser Schmerz im leiblichen Geweb:
wie ich im Geiste brannte, sieh, ich brenne
in dir; das Holz hat lange widerstrebt,
der Flamme, die du loderst, zuzustimmen,

nun aber nähr' ich dich und brenn in dir. (...)
O Leben, Leben: Draußensein.
Und ich in Lohe. Niemand, der mich kennt.

Mit welcher Zahl lässt sich eine solche Schmerzerfahrung beziffern? Mit keiner. Wer den Schmerz eines anderen Menschen wirklich verstehen will, dem bleibt kaum ein anderer Weg als über die *Bilder*, mit denen er seinen Schmerz umschreibt. Das aber heißt, sich u. U. auf Erfahrungen einzulassen, die den eigenen Seelenfrieden erschüttern – wenn auch nur für einen Moment. Bilder, Vergleiche, Metaphern konzentrieren ein *hohes Maß an Aussagegehalt* auf engstem Raum, rufen neben visuellen gegebenenfalls auch akustische, taktile, mitunter sogar olfaktorische Assoziationen hervor (vgl. Rico, 1984, S. 163). Nicht um Sachinhalte geht es beim Bild, vielmehr um eine *Beseelung* der Schmerzen, um ihre erlebte emotionale Qualität und Bedeutung sowie um die *Beziehung* des Betroffenen zu seinem Schmerz.

Patienten, denen der Umgang mit Worten schwer fällt, können gebeten werden, ihren Schmerz mit ihrem *Körper* (mimisch und gestisch) oder mit *Farben* und *Formen* darzustellen. Auf welche Weise auch immer: Wichtig ist, der Schmerzerfahrung *Gestalt zu geben*. Im Prozess der Gestaltung lernt der Patient nicht nur den Schmerz, sondern auch seine persönlichen Reaktionen darauf besser kennen. Ein bestimmtes Szenarium wird gewählt, bei dem das eigene Empfinden nachfühlbar und verständlich erscheint: Wird der Schmerz z. B. als ein Drachen gezeichnet, der dem Betroffenen den Rücken zerfleischt, so ist es nur natürlich, in einer solchen Situation Angst zu haben. Im erzählerischen (oder malerischen) Gestalten eignet sich der Patient eine ihm bislang unvertraute Erfahrung an, was ihm wiederum hilft, seine persönliche Identität zu bewahren – trotz vielfältiger Veränderungen seiner äußeren Situation.²

Therapeuten, die sich von den Bildern des Patienten zurückziehen, verweigern die Spiegelung existenziell bedeutsamer Erlebnisse. Eine solche Verweigerung erschwert es dem Betroffenen, mit dem Schmerz verbundene Erfahrungen in sein Selbstbild zu integrieren und ein sicheres Gefühl persönlicher Kontinuität zu entwickeln. Neurowissenschaftlichen

Untersuchungen zufolge führt die Erfahrung mangelnder sozialer Resonanz nicht nur zu psychischen, sondern auch zu *neurobiologischen* Beeinträchtigungen. Kernspintomografieaufnahmen von Testpersonen, die sich aus einer Gemeinschaft ausgeschlossen fühlen, zeigen »eine Aktivierung der Schmerzzentren, wie sie normalerweise nur zu beobachten ist, wenn man jemandem ›echten‹ Schmerz zufügt« (Bauer, 2005, S. 108f.).

Ein Therapeut, der sich auf bildhafte Umschreibungen ein- und sich von ihnen ›berühren‹ lassen kann, bestätigt den Patienten in seinem Erleben und seiner Existenz. Man kann den Schmerz nicht mit anderen teilen. Schmerz kann überhaupt nicht geteilt, nur *bezeugt* werden. Niemanden zu haben, der den eigenen Schmerz bezeugt, ist eine *bedrohliche* Erfahrung. Die bezeugende Zuwendung eines anderen Menschen verändert den Schmerz nicht, doch wird ihm etwas entgegengesetzt – *Verständnis*: »Helfen kann einem keiner – man kann höchstens auf Verständnis hoffen, das ist das einzige, was wirklich hilft« (eine Tumorpatientin). Vor der drohenden Auflösung des eigenen Selbst im Schmerz rettet die Erfahrung, von einem anderen Menschen *wahrgenommen* zu werden: »Esse est percipii« = Sein heißt Wahrgenommenwerden, so der irische Philosoph und Theologe George Berkeley (1685-1753).

Um diesen Gedanken geht es auch in dem Versroman *Parzival* des Wolfram von Eschenbach (1170-1220): Auf seiner Suche nach dem Gral gelangt Parzival eines Abends in die prächtige Burg des Königs Anfortas. Anfortas leidet an einer schweren Wunde, die nur dann heilen kann, wenn ein fremder Ritter unaufgefordert danach fragt. Parzival ist zwar berührt vom Leid des Königs, doch er schweigt. Nach vielen Reisen und harten Kämpfen kommt er erneut auf die Burg – und dieses Mal fragt er: »*Oeheim, waz wirret dir?*« (Wieland, 1986, S. 151). Endlich wird der in seinem Leid erstarrte König erlöst.

Die Aussage der Geschichte ist heute ebenso aktuell wie damals. Wie Parzival zu fragen, überbrückt die Einsamkeit des Kranken, vermittelt ihm, dass er und sein Leiden *wahrgenommen* werden: »Erzählen Sie mir von Ihrem Schmerz... Vielleicht fällt Ihnen ein Bild ein, mit dem Sie das, was Sie erleben, ausdrücken können?«

Bilder können mehrdeutig sein. Darin liegt ihr Reiz, aber auch ihre Schwierigkeit. Auslegung und therapeutische Arbeit werden dem Therapeuten erleichtert, wenn er die Position des Zuschauers verlässt, sich gleichsam in das Bild ›hineinfallen‹ lässt, den Patienten um Konkretisierung einzelner Aspekte bittet und bestimmte Impulse aufgreift, die sich aus der Bildhandlung ergeben. Wie ein solches ›Hineingehen‹ aussehen kann, sei an einem Beispiel verdeutlicht:

Patientin: »Als ob viele kleine Zwerge in den Blutgefäßen sitzen – im Bereich der Schläfen und entlang der Nasenflügel. Sie alle hämmern mit Spitzhacken ununterbrochen gegen die Wände der Adern.«

Therapeut: »Wie viele Zwerge sind es? Wie sind sie gekleidet? Wenn Sie sich einen der Zwerge einmal näher anschauen: Welchen Gesichtsausdruck hat er? Was drückt seine Körperhaltung aus? Beobachten Sie die Zwerge eine Weile... Glauben Sie, dass sie einfach drauflos hämmern oder gibt ihnen jemand das Kommando? Angenommen, Sie müssten diese Person für einen Tag vertreten, wie würden Sie sich in dieser Rolle fühlen? (Oder:) Angenommen, Sie könnten ein Gespräch mit dieser Person führen, was möchten Sie ihr sagen? Was würde sie Ihnen wohl antworten? (Oder, wenn die Patientin einer Annäherung an die Zwerge eher ausweicht:) Stellen Sie sich einmal vor, Sie würden *mich* zu den Zwergen schicken, als Ihren Stellvertreter: Was sollte ich ihnen sagen?«

Eine weitere Möglichkeit, mit den Bildern eines Patienten zu arbeiten, besteht darin, ihn zum *Rollenwechsel* mit einem oder mehreren der Bildelemente aufzufordern – einer Person oder einem Gegenstand (vgl. Frede, 2007, S. 312ff.). Ein solcher Rollenwechsel dient nicht nur einer vertieften Verständigung über den Schmerz, sondern auch der Entwicklung von Möglichkeiten, wie der Herausforderung des Schmerzes begegnet werden kann: Im bloßen Erdulden ist der Betroffene passiv, im Gestalten und Beobachten dessen, was im Bild geschieht, ist er aktiv. Er wird zum Zeu-

gen, der seinem Schmerz ein fast wissenschaftliches Interesse entgegenbringt: »Ich *habe* Schmerzen, aber ich bin nicht diese Schmerzen. Denn es gibt einen Teil in mir, der *nicht* mit dem Schmerz identifiziert ist, der diesen Schmerz beobachtet« (Wilber, 1991, S. 170ff.). Im Beobachten und/oder im Dialog mit ihm gewinnt der Patient Distanz zu seinem Schmerz. Gleichzeitig bringt er ihn sich näher, macht ihn sich zu Eigen. Sich »etwas zu Eigen machen« bedeutet immer auch, es *anzuerkennen*. Nicht, dass der Betroffene den Schmerz nun haben möchte oder ihn positiv erlebt. Doch er nimmt ihn zur Kenntnis – als zu seinem Leben dazugehörig: »Ja, so ist es. Ja, so fühlt sich das an!«

Die aktive Auseinandersetzung mit bildhaften Umschreibungen ermöglicht es dem Therapeuten, sich über das Erleben seines Patienten »ins Bild« zu setzen. »Im Bild zu sein« impliziert eine Art *Zusammenschau* verschiedenster Ebenen der Schmerzerfahrung, die dadurch vollständiger und differenzierter zugleich verstanden werden kann. Vor allem verändert sich die Patient-Therapeut-Beziehung: Indem der Therapeut die Erfahrungen des Patienten nicht von außen analysiert, sondern sie von innen heraus nachzuvollziehen sucht, zeigt er eine *Haltung mitfühlender Solidarität*, die das Bedürfnis des Patienten nach emotionaler Nähe und Zuwendung zutiefst befriedigt. Chemische Botenstoffe werden freigesetzt (z. B. endogene Opioide, Dopamin und Oxytocin), wodurch sich im Gehirn des Betroffenen neuronale Erregungsmuster bilden, die den Erregungsmustern bei Angst entgegenwirken und sein körperlich-seelisches Wohlbefinden verbessern (vgl. Grawe, 2004, S. 425). Sich in einen anderen Menschen ein- und mit ihm zu fühlen, ist nur begrenzt möglich. Dennoch führt aufrichtiges Mitgefühl zu einem umfassenderen Verständnis, wie dem Kranken zumute ist, als der Einsatz so genannter »objektiver« Messinstrumente:

Was ein Mensch fühlt, wird sich niemals mit neurobiologischen Mitteln beschreiben lassen (die Neurobiologie wird nur herausfinden, welche biologischen »Utensilien« vorhanden sein müssen). Was ein Mensch fühlt, lässt sich – außerhalb dieses Menschen –

nur durch das Mitgefühl eines anderen Menschen beschreiben (Bauer, 2004, S. 73).

Wie sich Mitgefühl *äußert*, ist in erster Linie keine Frage bestimmter Techniken, sondern des *Welt- und Menschenbildes*. Wer Krankheit und Schmerz als etwas ansieht, das eigentlich nicht sein dürfte, wird sich auf das Leid eines Patienten nicht wirklich einlassen können. Wer dagegen Krankheit und Schmerz als Bedingungen des Lebens annehmen und sich mit den Grenzen menschlicher Kontrollmöglichkeiten ebenso aussöhnen kann wie mit den Grenzen eigenen therapeutischen Handelns, wird sich dem Patienten (und seinem Schmerz) zuwenden und *mit* ihm fühlen können.

Abschließend

Einsamkeit im Falle chronischer Schmerzen entsteht durch ein Zusammenwirken vieler Faktoren, von denen einige nur zum Teil, andere gar nicht beeinflusst werden können. Für die Linderung insbesondere der *inneren* Einsamkeit ist vor allem eine veränderte Einstellung gegenüber Krankheit und Schmerz entscheidend – eine Einstellung, wonach der Schmerz nicht als ein Übel, sondern als ein Phänomen des Lebens verstanden wird, das aus sich selbst heraus ebenso gerechtfertigt ist wie Alter und Tod. Solange Schmerztherapeuten und Medien betonen, jeder Schmerz sei kontrollier- und behandelbar, werden Menschen in die Einsamkeit gedrängt, wenn sie diese Prämisse durch ihren anhaltenden Schmerz gefährden. Gelingt es uns jedoch, Krankheit und Schmerz als zwar leidige, aber unabdingbare Bestandteile des Daseins anzuerkennen, können wir denen mit solidarischer Zuwendung und Mitgefühl begegnen, die davon betroffen sind. Darüber hinaus gilt es zu akzeptieren, dass ein gewisses Maß an Einsamkeit zum Menschsein dazugehört,

dass das im Grunde nichts ist, was man wählen oder lassen kann. Wir *sind* einsam. Man kann sich darüber täuschen und tun, als wäre es nicht so. Das ist alles. Wie viel besser ist es aber, einzuse-

hen, dass wir es sind, ja geradezu, davon auszugehen (Rilke, 1994, S. 43).

► Anmerkungen

- 1 Aus Gründen leichter Schreib- und Lesbarkeit verwende ich im Folgenden die *männliche* Form als die *verallgemeinernde* Redewendung. Mit dem Begriff ›Patienten‹ sind stets sowohl *Patienten* als auch *Patientinnen* gemeint, mit dem Begriff ›Therapeuten‹ sowohl *Therapeuten* als auch *Therapeutinnen* usw.
- 2 Unter Identität verstehe ich den *Wesenskern* einer Person, die Gesamtheit aller Merkmale, die ein Mensch als zu sich selbst gehörend ansieht, das ›geheime Erwas‹, das ihm ein Gefühl von Kontinuität und Zusammenhalt unter den verschiedensten Umständen verleiht und ihn »Ich« sagen lässt.

► Literatur

- Bauer, Joachim (2004). *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. München: Piper.
- Bauer, Joachim (2005). *Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Flor, Herta & Hermann, Christiane (2007). Kognitiv-behaviorale Therapie. In Birgit Kröner-Herwig, Jule Frettlöh, Regine Klinger & Paul Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung* (S. 603-616). Berlin/Heidelberg/New York/Tokio: Springer.
- Frede, Ursula (2007). *Herausforderung Schmerz. Psychologische Begleitung von Schmerzpatienten*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Geissner, Edgar (1996). *Die Schmerzempfindungsskala – SES*. Göttingen: Hogrefe.
- Glier, Barbara & Erim, Yesim (2007). Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In Birgit Kröner-Herwig, Jule Frettlöh, Regine Klinger & Paul Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung* (S. 231-244). Berlin/Heidelberg/New York/Tokio: Springer.
- Grawe, Klaus (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hasenbring, Monika & Pflingsten, Michael (2007). Psychologische Mechanismen der Chronifizierung – Konsequenzen für die Prävention. In Birgit Kröner-Herwig, Jule Frettlöh, Regine Klinger & Paul Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung* (S. 103-122). Berlin/Heidelberg/ New York/Tokio: Springer.
- Hoeg, Peter (2007). *Das stille Mädchen*. München: Hanser.

- Kröner-Herwig, Birgit (2007a). Schmerz – eine Gegenstandsbeschreibung. In Birgit Kröner-Herwig, Jule Frettlöh, Regine Klinger & Paul Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung* (S. 7-19). Berlin/Heidelberg/New York/Tokio: Springer.
- Kröner-Herwig, Birgit (2007b). Klinische Schmerzdiagnostik. In Birgit Kröner-Herwig, Jule Frettlöh, Regine Klinger & Paul Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung* (S. 293-309). Berlin/Heidelberg/New York/Tokio: Springer.
- Le Breton, David (2003). *Schmerz. Eine Kulturgeschichte*. Zürich/Berlin: diaphanes.
- Morris, David B. (1996). *Geschichte des Schmerzes*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Rico, Gabriele L. (1984). *Garantiert schreiben lernen. Sprachliche Kreativität methodisch entwickeln – ein Intensivkurs auf der Grundlage der modernen Gehirnforschung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Rilke, Rainer Maria (1992). *Leben, Werk und Zeit in Texten und Bildern*. Frankfurt am Main: Insel.
- Rilke, Rainer Maria (1994). *Briefe an einen jungen Dichter*. Frankfurt am Main: Insel.
- Roth, Axel (2008). *Die bildhaften Stilmittel. Fernlebrgang »Das lyrische Schreiben«*. Bibliothek deutschsprachiger Gedichte. München: Realis.
- Schmitz-Emans, Monika (1994). *Das Problem Sprache: Poesie und Sprachreflexion. Studienbrief. Kurseinheit 3*. Hagen: FernUniversität.
- Wieland, Friedemann (1986). *Die ungeladenen Götter. Selbsterfahrung mit Mythen und Märchen*. München: Kösel.
- Wilber, Ken (1991). *Wege zum Selbst. Östliche und westliche Ansätze zu persönlichem Wachstum*. München: Goldmann.
- Zieglängsberger, Walter (2008). »Lieber Tango statt Fango«. *Der Spiegel*, 36, 164.