

Gesichter des Schmerzes

Vortrag auf der 24. Arbeitstagung des Wildunger Arbeitskreises für Psychotherapie
„Gesichter der Menschlichkeit“

A. Schmerz, Schmerzforschung und Schmerztherapie

Die Behandlung von Schmerz - und vor allem von chronischem Schmerz - ist eine der größten therapeutischen Herausforderungen.

Starke, unbehandelbare Schmerzen werden als zerstörerisch und grausam, ja oft sogar als unmenschlich empfunden.

Andererseits ist Schmerz an sich eine so alltägliche Erfahrung, ist so untrennbar mit dem Menschsein verbunden, dass es sich lohnt, das Schmerzempfinden genauer zu beleuchten und sich die Frage zu stellen, wo dieser Punkt anzusiedeln ist, an dem das Alltägliche ins Unerträgliche umschlägt. Wie kommt es dazu - und muss das so sein?

Es ist noch nicht so lange her, da galten chronische Schmerzen als lästige Begleiterscheinungen von zugrunde liegenden somatischen Erkrankungen. War die Krankheit heilbar, so hoffte man auf das Verschwinden der Schmerzen, war dies nicht möglich, so blieben eben auch ihre „Begleiter“. War keine Grunderkrankung festzustellen, so ging man davon aus, dass die diagnostischen Möglichkeiten entweder noch nicht ausreichten, oder aber die Betroffenen sich ihre Schmerzen „einbildeten“. Und leider ist es nicht ganz richtig, hier von „früher“ zu sprechen, denn auch heute noch ist dies eine weit verbreitete Vorstellung bei Laien, aber auch bei Ärzten – zumindest wird häufig noch entsprechend dieser Vorstellung gehandelt.

Dessen ungeachtet haben sich aber die Erkenntnisse in Bezug auf die Entstehung und Aufrechterhaltung akuter und chronischer Schmerzen grundlegend gewandelt: von einem peripheren, nocizeptiven Verständnis sind wir zu einem zentralen, „nocifacivem“ Verständnis gelangt. Das heißt, man weiß heute, dass der Schmerz seinen Ursprung nicht zwangsläufig am Ort seines Auftretens hat, sondern das Ergebnis einer zentralnervösen Entscheidung ist, die erst nach der Zusammenführung der verschiedensten Informationen gefällt wird. Diese Informationen stammen sowohl aus dem Organismus, wie auch aus seiner Umgebung, aus Erfahrungen der Vergangenheit ebenso, wie aus der Projektion in die Zukunft.

Der Ort, an dem der Schmerz auftritt, **kann** dabei eine Verletzung oder Schädigung aufweisen, muss es aber nicht. Es gibt zwar das spezifische System der peripheren Schmerzleitung, aber es gibt kein zentrales Schmerzzentrum. Vielmehr handelt es sich um verschiedene Gehirnareale, die für das Entstehen unterschiedlicher angenehmer oder unangenehmer Empfindungen zuständig sind. Dies ist auch der Grund, weshalb man nicht mehr zwischen körperlichem und seelischem Schmerz unterscheiden kann. Verschiedene Experimente mit bildgebenden Verfahren zeigen, dass bei seelischem und körperlichem Schmerz dieselben Areale aktiv werden (wie es letztlich zu der Entscheidung kommt, den Schmerz auf der körperlichen oder der seelischen Ebene zu melden, ist noch unklar).

Diese Experimente legen auch die Vermutung nahe, dass Schmerz der Ausdruck einer Bedrohung oder eines Verlustes von Kontakt- und Austauschmöglichkeiten ist, unabhängig davon, ob sie physischer oder seelisch-geistiger Natur sind.

Grundsätzlich gibt es keinen Schmerz, der nicht auch eine emotionale und kognitive Aktivierung nach sich ziehen würde, die ja wiederum die Auslöser für die entsprechenden Handlungsimpulse sind. Dieser Ablauf: Schmerz – Schmerzinterpretation - Schmerzhandeln ergibt einen Situationskreis, der als Schmerzerfahrung gespeichert wird und das nächste Schmerzgeschehen wiederum mit beeinflusst.

Im Laufe der Zeit entwickelt sich so die individuelle, spezifische Schmerzmatrix. Daraus ergibt sich eine für die Betroffenen oft schwer verständliche – aber sehr weit reichende – Konsequenz: es gibt keinen rein körperlichen, aber auch keinen rein seelischen Schmerz!

All diese neuen Erkenntnisse, aber auch die schon lange bekannte Tatsache, dass viele Schmerzzustände auf keinerlei medizinische Intervention ansprechen und manche von ihnen – wie z.B. der Phantomschmerz – dem peripheren Modell direkt widersprechen, führten schließlich auf internationaler Ebene zur Festlegung des „biopsychosozialen Schmerzmodells“.

Ausgerechnet die Anästhesie, eine Disziplin, die bis dahin kaum im Verdacht stand, sich psychosomatischer Denkweisen zu bedienen, stellte sich an die Spitze der Verfechtung eines Krankheitsmodells, um das die Psychosomatik lange gekämpft hatte, und das den medizinischen Therapieansätzen die psychologischen gleichberechtigt zur Seite stellt. Die Zusammenarbeit der beiden Fachgebiete, vor allem aber die Erkenntnis, wie unabdingbar die aktive Schmerzbewältigung der Betroffenen ist, führte schließlich zu den interdisziplinären, multimodalen Therapieprogrammen, die heute aus wissenschaftlicher Sicht als die wirksamste Therapieform bei chronischen Schmerzsyndromen anzusehen sind.

Diese Schmerz-Programme beinhalten einerseits medizinische Behandlungsansätze, einschließlich denen der alternativ-komplementären Medizin, außerdem physiotherapeutische Behandlungs- und Übungsformen, psychotherapeutische Methoden und selbstübende Verfahren wie Entspannung und körperorientierte Übungsmethoden. Kognitive, psychoedukative Verfahren runden das Angebot in der Regel ab.

Die Tatsache, dass diese Erkenntnisse über Schmerztherapie in der medizinischen Basisversorgung bei uns noch kaum umgesetzt werden, stellt eine große gesundheitspolitische Herausforderung dar, ist aber hier nicht Gegenstand meiner Überlegungen.

Ich selbst arbeite seit 7 Jahren in einem solchen multimodalen Schmerztherapieprogramm („Münchener Naturheilkundliches Schmerzintensivprogramm“ am Klinikum Innenstadt der Universität München) und aufgrund dieser Erfahrungen möchte ich hier den folgenden Fragen nachgehen: Welche Erkenntnisse können wir über das Phänomen Schmerz gewinnen, wenn wir interdisziplinär und multimodal arbeiten? Welches Gesamtbild entsteht, wenn wir die Erfahrungen aus den verschiedenen Therapie-Bereichen zusammensetzen?

Zunächst möchte ich die zwei möglichen Schmerz-Reaktionsformen vorstellen, um anschließend aufzuzeigen, was bei Chronifizierungsprozessen geschieht. Darauf

aufbauend will ich versuchen, auf die Frage „Mit welchem Schmerzkonzept arbeiten wir in den multimodalen Programmen?“ eine Antwort zu geben.

B. Schmerz als Welt- und Selbsterfahrung

„Weh spricht: Vergeh“

F. Nietzsche

Wenn wir der Definition der International Association for the Study of Pain folgen, die Schmerz als "... ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird" beschreibt, dann sehen wir zunächst, dass Schmerz als ein Bewusstseins- und Wahrnehmungsprozess gesehen wird und nicht als ein von Außen messbares, objektives Geschehen.

Diese Definition bestätigt das gerade Dargestellte. Man sieht aber auch, dass hier kein Unterschied zwischen akutem und chronischem Schmerz gemacht wird, d.h. Schmerz ist gleich Schmerz, unabhängig davon, wie lange er anhält, und ob wir ihn verstehen und einordnen können oder nicht - und er ist immer „unangenehm“, was bedeutet, dass wir Schmerz prinzipiell zu vermeiden suchen. „Gebranntes Kind scheut das Feuer“ heißt das dazu passende Sprichwort, und schon Aristoteles meint dazu ganz lapidar: "Man begehrt ja, was Lust gewährt, und flieht, was schmerzlich ist."

Wenn wir Schmerz nicht vermeiden konnten, versuchen wir ihn so schnell wie möglich wieder los zu werden. Starker Schmerz aktiviert unser somatisches, emotionales und kognitives Alarmsystem und löst eine Notfallreaktion, also eine starke Stressreaktion, aus. Wie bei jeder starken Stressreaktion findet dabei eine hohe Energiebereitstellung statt, und wir stellen auf verengte Problemwahrnehmung und schnelles Handeln um.

Dies ist, verkürzt dargestellt, das gängige Verständnis von Schmerz: er dient als Warn- und Schutzsignal, auf das wir – im Sinne der Stresstheorie – nur mit Flucht oder Kampf reagieren können. Diese Reaktionsform – ich nenne sie die unmittelbare aversive Schmerzreaktion - hat ihre Berechtigung, wenn ihr Sinn, nämlich eine schnelle Problemlösung, möglich ist. Nun ist es aber so, dass diese Reaktion auch bei chronischem Schmerz beibehalten wird, obwohl eine schnelle Lösung hier eben in der Regel nicht möglich ist. Dann führt chronischer Schmerz zu chronischem Stress, mit allen negativen Folgen, die wir heute kennen, und auf diesen Sachverhalt bezieht sich die durchaus problematische Aussage „der chronische Schmerz hat seinen Sinn verloren“.

Problematisch ist diese Aussage deshalb, weil es noch einen ganz anderen Zugang zum Phänomen Schmerz gibt, der eher in anthropologischen, philosophischen oder auch künstlerischen Konzepten zu finden ist, und meines Wissens bisher nicht in schmerztherapeutische Überlegungen einbezogen wurde. Das Erstaunliche daran ist, dass es sich um einen Zugang, eine Strategie handelt, die wir ganz selbstverständlich immer dann anwenden, wenn wir vor einem komplizierten Problem, einer komplexen Situation stehen – vorausgesetzt wir stehen nicht unter Druck!

Die Grundlage für diesen „anderen Zugang“ bildet die Beobachtung, dass Schmerz nicht nur warnt und schützt, sondern auch herausfordert.

Wir erfahren über **alle Sinne**, wie die Welt und wir selbst beschaffen sind, und aus systemischer Sicht könnte man auch sagen: über unsere Sinne erschaffen wir uns und die Welt.

Der Schmerzsinne hat dabei aber eine besondere Funktion: wenn wir die Welt und uns selbst kennen lernen wollen, können wir die Erfahrung von Schmerz nicht ganz vermeiden: er zeigt uns, wo es nicht weitergeht, weil wir an eine schmerzhaft Grenze stoßen, und unsere soziale und natürliche Umwelt und unser eigener Körper zeigen uns viele solcher Grenzen auf, die zu spüren schmerzhaft sein kann.

Grenzen sind aber immer auch Kommunikationslinien, und diese zu überschreiten kann uns neue Räume eröffnen. Es kann sich daher durchaus lohnen, diese Grenzen genauer in Augenschein zu nehmen: wie absolut sind sie, kann ich sie verschieben, sind sie immer da, oder nur ab und zu? Habe ich Einfluss auf den Verlauf der Grenze, und kann ich hier etwas verändern, so dass der Kontakt weniger schmerzhaft wird?

Viele dieser Grenzen sind ja auch gar nicht materieller Natur, sondern wir erleben sie im zwischenmenschlichen Bereich in unseren sozialen Kontakten – was sich natürlich auf die Einflussnahme auswirkt.

So schärft der Schmerz genau dieses wichtige Verhältnis zwischen Innen und Außen. Die Grenze ist selten absolut, und zwischen Verschmelzung und Abgrenzung besteht ein fließender Übergang, so dass wir hier das wesentliche und allgemein gültige Merkmal des Schmerzes erkennen können: er ist ein Signal für gefährdete oder unterbrochene **Kommunikation** an unseren Grenzflächen.

Er weist neben dem schmerzenden Körperteil immer auf einen Kontakt-Verlust hin, und dem entspricht auch, dass es zwischen seelischem und körperlichem Schmerz in der zentralnervösen Interpretation keinen Unterschied gibt: Trennung, Kontaktverlust, Unterbrechung von Verbindung schmerzt. Die aversive Reaktion: „das darf nicht mehr passieren, dies oder diese Situation muss ich künftig meiden“, kann dabei nur eine – und wahrscheinlich sogar die seltenere Option sein.

Die häufigere Option besteht im Interesse – nicht unbedingt am Schmerz, aber an der Grenze, die er aufzeigt und an den Möglichkeiten, die in ihm aufscheinen: Autonomiestreben und Selbstsetzung sind oft ohne Schmerz nicht zu haben. Hier setzen wir selbst Grenzen, die zwar nötig sind, aber dennoch wehtun können. Aber auch das Herstellen von Nähe, die Annäherung an Grenzen – Grenzen eines begehrten Objektes – kann schmerzen oder zumindest die Möglichkeit von Schmerz aufscheinen lassen.

Diese – interessierte - Reaktion nenne ich die aproximative, forschende Schmerzreaktion, und sie unterscheidet sich grundlegend von der aversiven.

Auch jenseits von Schmerzerfahrungen wissen wir, dass das, was wir erkennen und verstehen wollen, sich oft nicht auf den ersten Blick erfassen lässt, und so nähern wir uns langsam, pirschen uns an, deuten Zeichen und Spuren, gehen nicht von eindeutigen, sondern von vieldeutigen Signalen aus, die auf etwas hindeuten, was wir noch nicht ganz begreifen, aber begreifen wollen und vielleicht schon ahnen.

Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Gesamtheit all dieser „Spuren“ möglicherweise ein Bild dessen ergibt, was wir suchen. Wir lauschen, tasten, spüren, schauen. Dabei sind wir

ganz wach und aufmerksam. Unsere Wahrnehmung ist nach Außen **und** Innen eingestellt. Wir haben Zugang zu unserer Intuition, ohne die Konzentration auf das Problem zu verlieren.

Und wenn wir all diese Verhaltensweisen auf den Schmerz anwenden, so bedeutet das: der Schmerz veranlasst uns, Brücken zu bauen, Umwege zu suchen und Kontakt aufzunehmen, um Grenzen zu überschreiten und neue Räume zu erobern. Es bedeutet, dass der Schmerz uns nicht nur die Grenze zwischen Selbst und Welt aufzeigt – und damit wesentlich zum Körper-Ich beiträgt – sondern auch die Fähigkeit herausfordert, sich immer wieder in einem neuen Raum von Möglichkeiten zurecht zu finden.

Der Schmerz öffnet uns so den Weg in unsere Entwicklung. Wir suchen das Abenteuer, indem wir Grenzen herausfordern, und das heißt nicht, dass wir den Schmerz suchen, wir vermeiden ihn aber auch nicht um jeden Preis. Oder um es mit Kant zu sagen: „Der Schmerz ist der Stachel der Tätigkeit, und in dieser fühlen wir zu allererst unser Leben; ohne diesen würde Leblosigkeit eintreten.“

Diese approximierte, forschende Reaktionsform auf Schmerz ist eine Grundfähigkeit des Menschen. Sie erlaubt uns, auch in Gefahrensituationen, die nicht mit Hilfe der Stressreaktion lösbar sind, der spontanen, instinktgeleiteten Abwehrreaktion ein lösungsorientiertes Verhalten entgegenzusetzen.

Um es noch plakativer ins Bild zu setzen: „Not macht erfinderisch“ sagt das Sprichwort – aber nur, wenn wir unseren Erfindergeist auch einsetzen - sonst macht sie nur klein.

Meiner Meinung nach handelt es sich hier auch nicht um eine gehobene Kulturtechnik im Sinne der Theorie der Sublimation. Die approximierte Reaktion ist ebenso wie die Stressreaktion eine archaische Überlebenstechnik.

C. Chronifizierung - der Sturz in den Schmerz

„Die Kranke macht die Bekanntschaft des Fremden, den sie in ihrem Hirn auf und ab gehen hört. Gewiss kennt sie ihn vom Sehen nicht, aber aus den Geräuschen, die sie ihn machen hört, leitet sie seine Gewohnheiten ab. Ist er ein Übeltäter? Eines Morgens hört sie ihn nicht mehr. Er ist fort. Ach, dass es doch für immer wäre! Am Abend ist er wieder da.“

Marcel Proust

Es ist wichtig, diese beiden Reaktionsformen auf Schmerz zu kennen, um zu verstehen, was bei Schmerz, der nicht aufhört – also bei chronischem Schmerz - passiert.

Die schnelle aversive Schmerzreaktion setzt ihrer Natur nach auf eine zielgerichtete, schnelle Lösung. „Problem erkannt, Problem gebannt“ heißt es dann. Was aber, wenn genau dies nicht eintritt?

Alle Maßnahmen der Schmerzbekämpfung sind fehlgeschlagen. Das Gefühl, selbst Kontrolle über den Schmerz zu haben, verliert sich zunehmend, und die Fixierung auf medizinische Hilfe verfestigt sich dadurch.

Äußerlich tritt oft eine Art Verlangsamung ein: eine Reduktion der bisherigen Aktivitäten und der sozialen Kontakte, aber auch der körperlichen Beweglichkeit ganz allgemein. Innerlich sehen wir aber eine Beschleunigung: die Aktivierung der Stresshormon-Achse

mit der Erhöhung des Adrenalin- und Cortisolspiegels, die emotionale Erregung in Form von Angst, aber auch von Wut und innerer Unruhe nimmt zu. Negative, resignative Gedanken (katastrophisieren), Grübeln und eine Verengung des Wahrnehmungsspektrums sind die Folgen auf der kognitiven Ebene. Schlafstörungen und Symptome von Erschöpfung kommen langfristig hinzu. Wir beobachten hier also ganz ähnliche Vorgänge wie bei der Depression.

Fatal ist vor allem die häufig starke Fixierung auf die schmerzende Körperstelle: „dort, wo es weh tut, muss das Problem liegen“. Unnötig zu erwähnen, dass den Betroffenen hier viel Unterstützung von Seiten der ärztlichen Zunft zuteil wird: von Untersuchung zu Untersuchung, von Facharzt zu Facharzt, von Intervention zu Intervention – die Sichtweise von Patienten und Ärzten kommt hier zur Deckung. Schnell und gezielt will man gegen den Schmerz vorgehen - aber eigentlich ohne das Ziel zu kennen. Die Folgen sind bekannt: leider trägt die Medizin mit dieser Art des Umgangs mit Schmerz erheblich zur Chronifizierung bei.

Zusammenfassend kann man sagen, dass auch bei anhaltenden Schmerzen die unmittelbare, aversive Schmerz-Stress-Reaktion erhalten bleibt, sich im Lauf der Zeit sogar noch verstärkt, und damit wird auch das neuronale Schmerzsystem „hochgefahren“: die Schmerzschwelle nimmt ab und die schmerzhaften Gebiete können sich – auch in der neuronalen Repräsentation - vergrößern.

Wir stürzen in den Schmerz, er verschlingt uns, er raubt uns die Welt, in die er uns eigentlich leiten sollte. Er frisst den Raum, bzw. das Raumbewusstsein, er verändert unser Zeitgefühl. Er presst uns in einen Körper, den wir zunehmend als Feind empfinden.

Das ganze Drama findet jetzt nur noch Innen statt. Die einzigen Fluchtmöglichkeiten bietet die Medizin – aber wenn sie nicht hilft, macht sie das Gefängnis nur noch enger.

Und das ist der Punkt, an dem Schmerz als unmenschlich empfunden wird. Als gesichtsloses Monster sitzt er im eigenen Fleisch, er ist zweifellos Ich – aber ich will nicht Er sein! Er ist da, aber nicht greifbar. Christian Grüny gibt seiner sehr fundierten „Phänomenologie des Schmerzes“ den Titel „Zerstörte Erfahrung“ (Christian Grüny, Zerstörte Erfahrung, Würzburg 2004). Patienten sagen ja oft „Ich bin nicht mehr ich selbst“ und drücken damit die Aushöhlung ihrer Persönlichkeit aus. Wir haben es hier mit demselben Phänomen zu tun, das bei Folter auftritt – und dort ja auch bewusst mit diesem Ziel eingesetzt wird. Aber gerade der Vergleich mit Folter lässt die Frage auftauchen: ist es der Schmerz, der als unmenschlich empfunden wird oder mehr das Gefühl des Ausgeliefertseins?

D. Dem Schmerz begegnen

Ich kann jetzt zu der eingangs gestellten Frage zurückkommen: was machen wir eigentlich in den multimodalen Programmen, wenn wir unseren Patientinnen und Patienten bei den selbstübenden Verfahren einen Mix aus Entspannung, Körperorientierten Methoden, Meditation und kognitionspsychologischer Schulung anbieten?

Schmerz ist eine Wahrnehmung, die aufgrund eines komplizierten internen Interpretationsprozesses auf die Bühne unseres Bewusstseins tritt.

Die „Techniken“, die wir unseren Patientinnen anbieten, z.B. Qui-Gong, Kunsttherapie oder Meditation, haben oft einen unmittelbaren schmerzstillenden Effekt, der aber nur selten anhält. Dies führt zu der Vorstellung, dass die Methode eine unmittelbare Wirkung auf die zentralen oder peripheren Schmerzmechanismen hat. So hat man ja beispielsweise mehrmals nachgewiesen, dass Achtsamkeitsmeditation die Empfindlichkeit für akuten Schmerz deutlich senkt. Früher war ich der Meinung, dass man diese Übungen nur lange und intensiv genug praktizieren muss, um diesen Effekt zu stabilisieren. Dieser Meinung kann man auch immer noch sein, da man im positiven Fall annehmen kann, dass genug geübt wurde, und im negativen Fall eben nicht.

Was wir aber vor allem beobachten – und dies ist ein weitgehend gleicher Effekt bei allen untersuchten multimodalen Programmen – ist eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität, speziell bezüglich der subjektiven Bewertung des Schmerzerlebens. Dies erklärte ich mir bisher einerseits mit der allgemeinen Entspannungs- und Erholungswirkung: Vom ergotropen, stressbetonten Alarm- und Aktionsmodus hin zum trophotropen Speichermodus – also das was man gewöhnlich unter Erholung und Regeneration zusammenfassen kann. Andererseits mit der sog. kognitiven Restrukturierung – letztlich also mit dem Copingkonzept. Das alles will ich zunächst gar nicht in Frage stellen. Ich habe nur eine Idee, wie es noch anders sein könnte, und wie man mit dieser Sichtweise eher verstehen kann, auf welcher Prozessebene Schmerzlinderung passieren kann – und soll.

Ich habe oben die zwei Grundfähigkeiten dargestellt, mit deren Hilfe wir lernen mit Schmerzen umzugehen. Die aversive, beschleunigte stressbetonte und die aproximative, forschende, verlangsamte Schmerzbewältigung. Bei der anschließenden Schilderung des Chronifizierungsprozesses habe ich gezeigt, wie das Aufrechterhalten der aversiven Stressreaktion und der Organfixierung wesentlich zur Chronifizierung beitragen kann. Es liegt jetzt nahe, darüber nachzudenken, ob wir mit unseren Therapieprogrammen nicht eben diese biologisch angelegte Grundfähigkeit des Umgangs mit Schmerz und Schmerzwahrnehmung nämlich die aproximative, forschende und erfinderische Reaktionsform aktivieren.

Am Beispiel der Achtsamkeitsmeditation, möchte ich diesen Gedanken nun ausführen.

Die Achtsamkeitsmeditation als formale Übung besteht im Kern darin, innerhalb einer begrenzten Zeit, z.B. während 10 oder 20 Minuten, die Aufmerksamkeit, das Bewusstsein wach, sanft aber bestimmt auf den Atem zu lenken. Tauchen währenddessen Gedanken, Schmerzen, Bilder, Gefühle oder Stimmungen auf, kann man bemerken, dass dabei die klare Wahrnehmung des Atems entweder ganz oder teilweise verloren geht. Diese auftauchenden Bewusstseinsinhalte werden freundlich und achtsam als das wahrgenommen, was sie sind – als Gedanken, Schmerzen, Bilder usw. – und wenn wir sie wahrgenommen haben, lassen wir sie bewusst los und kehren sanft, freundlich aber bestimmt zur Beobachtung des Atems zurück – ganz wach, klar und präzise.

Diese Übung beinhaltet im Grunde alle Kriterien der approximativen Schmerzwahrnehmung:

- **Präsenz:** bevor wir mit der konkreten Atem-Achtsamkeit beginnen, stimmen wir uns auf eine Grundeinstellung, eine Grundposition ein. Sie lautet: „Ich bin ganz da! Ich nehme meinen Körper wahr, so wie er sich jetzt anfühlt. Ich nehme den Raum wahr, in dem ich mich befinde und bin mir des momentanen Augenblicks bewusst.“
- **Offenheit:** die zweite Grundposition lautet „Für den Zeitraum der Übung versuche ich ganz offen und mitfühlend zu sein für alles was kommt, ohne es zu bewerten. Ich bin an allem interessiert, was auftaucht, ohne zu bewerten oder ein Ergebnis zu erwarten.“

- **Wahrnehmungslenkung:** das ist der zentrale Aspekt der Atemachtsamkeit: während wir da sitzen richten wir unser Bewusstsein, unseren Geist, unsere Wahrnehmung wie mit einer hellen Lichtquelle auf den Atem. Auf die Atembewegung als Ganzes oder auf einen bestimmten Aspekt, wie z. B. die Bewegung der Bauchdecke. Was dann passiert, kennt jeder: gerade weil wir so schön unbeschäftigt sind, melden sich Gedanken, Stimmungen, Bilder, Gefühle und natürlich auch Schmerz und drängen sich in unser Bewusstsein. Dadurch verschwimmt die Atemwahrnehmung oder verschwindet ganz.

Dies wahrzunehmen, den Inhalt nicht zu bewerten, es dann bewusst loszulassen und den Geist wieder auf die Atmung zu lenken, das ist wie eine Laborsituation für eine sich annähernde, erforschende Haltung gegenüber dem Schmerz. Dem Zwang, den Schmerz beachten zu müssen, setzen wir sanft aber konsequent immer wieder die Fähigkeit entgegen, ihn als etwas „augenblickliches“ wahrzunehmen und dann loszulassen – auch wenn dies nur für Momente gelingt.

- **Erweiterung der Wahrnehmung durch Nicht-Identifikation:** durch das Zulassen, Nicht-Bewerten und anschließende Loslassen von Wahrnehmungsinhalten- und eben vor allem von Schmerz – kann es gelingen die eigene Schmerzmatrix langsam kennen zu lernen. Weil wir versuchen, nicht dem unbewussten Matrixprogramm zu folgen, sondern nur beobachten, kann man dieses Konglomerat von Schmerz, Gedanken, Gefühlen und Handlungsimpulsen zunehmend differenzierter wahrnehmen und voneinander trennen.
- **Wachheit:** obwohl die Meditation eine entspannende, erfrischende Wirkung haben kann, ist das wichtigste Merkmal doch die Wachheit. Die Nicht-Identifikation erfordert zwar eine gewisse Zurücknahme der Alltagswachheit, was eine leichte Tranceinduktion zur Folge hat, durch die Bündelung der Aufmerksamkeit bleibt aber ein hoher Wachheitsgrad erhalten. Der ist auch nötig, will man dem Schmerz begegnen und nicht ausweichen bzw. ausblenden. EEG-Messungen an buddhistischen Mönchen zeigten auch, dass nicht die für Trance oder tiefe Entspannung typischen Thetawellen im Vordergrund standen, sondern die für hohe Konzentration und hohen Informationsdurchfluss typischen Gammawellen.
- **Planen und Handeln:** hat man bei der Lösung eines schwierigen Problems dem stressorientierten Handlungsdruck widerstanden, Abstand genommen, beobachtet, Hinweise und Spuren vorurteilsfrei gesammelt, dann kommt irgendwann doch der Punkt, an dem man Schlüsse aus all dem ziehen und schließlich auch handeln muss. Hilft hier auch die Achtsamkeitsmeditation? Ja – aber indirekt. Meditation führt nicht direkt zu einem Ergebnis. Aber sie hilft zu bündeln, zu fokussieren und vor allem hilft sie die Konglomerate aus Gefühlen, Meinungen und Handlungsimpulsen etwas mehr voneinander zu trennen. Meditation löst kein Problem, aber sie hilft, Probleme klarer zu sehen und Lösungswege zu erkennen. Interessanterweise zeigt sich bei bildgebenden Funktionsdarstellungen des Gehirns, dass bei Achtsamkeitsmeditation vor allem Areale im Bereich des präfrontalen Kortex aktiviert werden, also Areale, die für Planung und Handlungsentscheidung zuständig sind.

E. Eine andere Schmerz-Kultur?

Ich hätte nicht gedacht, dass eine Methode, die aus einer alten klösterlichen Kultur stammt, derart basale, ja archaische Fähigkeiten anspricht und trainiert, die eigentlich dem Überlebensrepertoire aus der Zeit der Jäger und Sammler entstammt. Die klösterliche Meditation beinhaltet ja in der Regel sehr starke asketische Anteile, und häufig werden diese bei uns im Westen auch besonders aufgegriffen. Schmerz wird hier als etwas verstanden, was man lernt auszuhalten, um sich so von ihm unabhängig zu machen. Die Achtsamkeitsmeditation, wie ich sie hier beschrieben habe, folgt einem anderen Ziel: sie trainiert eine Fähigkeit, die alle Menschen im Laufe ihrer Biographie - mehr oder weniger gut – gelernt haben: auf eine schwierige, komplexe, nicht unmittelbar lösbare Problemlage ruhig, bedächtig, überlegt, lösungsorientiert usw. und eben nicht „kopflös“ zu reagieren.

Buytendijk prägte bereits 1948 den Begriff der „Algophobie“, einer in unserer Kultur vorherrschenden Vorstellung, der Schmerz sei in jedem Falle zu vermeiden bzw. zu anästhesieren. (F.J.J. Buytendijk, Über den Schmerz, Bern, 1948) Diese Vorstellung hat sich seither mit Sicherheit eher verstärkt. Wie sollte sich dabei eine andere Schmerz-Kultur als die des „Sofort-Wegmachens“ entwickeln können?

Die Opfer dieser Kultur sind leider die Menschen, deren Schmerzen sich auch mit Hilfe aller Anästhesie nicht „wegmachen“ lassen. Sie müssen sich tatsächlich von allen bisherigen Vorstellungen lösen und die Bereitschaft aufbringen, ganz neue Wege zu gehen.