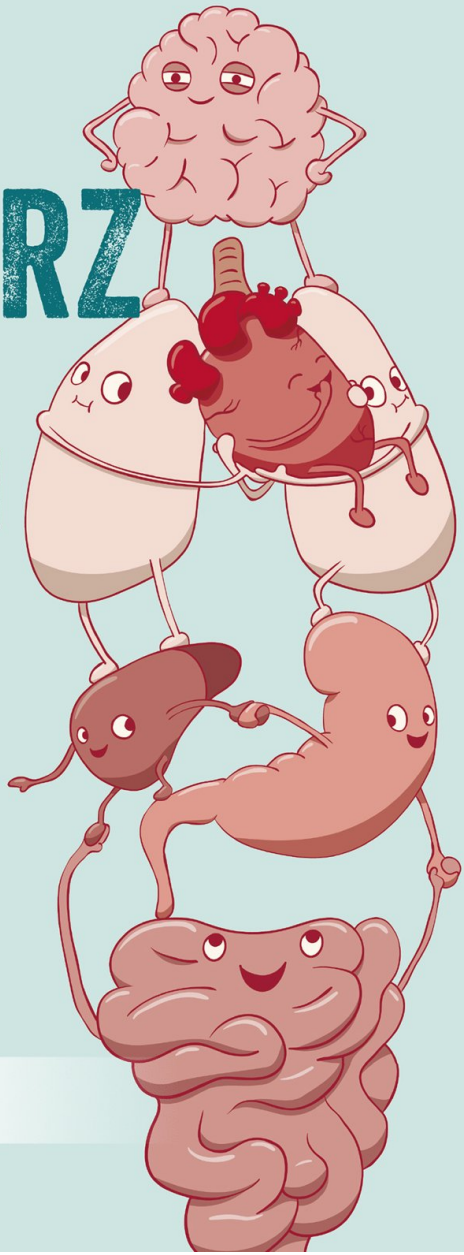
SAMIRA PESESCHKIAN
PROF. DR. NOSSRAT PESESCHKIAN

DER SCHMERZ UND SEINE KOMPLIZEN

Resilienz
bei chronischen
Krankheiten



HERDER

Samira Peseschkian
Prof. Dr. Nossrat Peseschkian

Der Schmerz und seine Komplizen

Resilienz bei chronischen Krankheiten

HERDER
FREIBURG · BASEL · WIEN

Für die Inhalte auf Webseiten Dritter übernimmt der Verlag Herder GmbH keine Haftung, da lediglich auf deren Stand zum Zeitpunkt der Erstveröffentlichung verwiesen wird.

Der Abdruck der Zitate erfolgt mit freundlicher Genehmigung:
S. 79: Nossrat Peseschkian, Positive Psychotherapie: Theorie und Praxis einer neuen Methode © 1985, S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main
S. 112: Nossrat Peseschkian, Steter Tropfen höhlt den Stein, Mikrotraumen. Das Drama der kleinen Verletzungen © 2000, Verlagsgruppe Droemer Knaur GmbH & Co. KG
S. 119: Nossrat Peseschkian, Der Kaufmann und der Papagei. Orientalische Geschichten in der Positiven Psychotherapie © 1979, S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main
Bei einigen Texten war es trotz gründlicher Recherchen nicht möglich, die Inhaber der Rechte ausfindig zu machen. Honoraransprüche bleiben bestehen.



©Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau 2021
Alle Rechte vorbehalten
www.herder.de

Satz: ZeroSoft, Timisoara
Herstellung: GGP Media GmbH, Pößneck

Printed in Germany

ISBN: 978-3-451-60255-9
ISBN E-Book: 978-3-451-82554-5

In Gedenken an meine Großeltern
Manije und Nossrat Peseschkian

Gewidmet allen, die trotz sichtbarer
oder unsichtbarer Leiden ihren Alltag meistern.

Inhalt

Vorwort 9
Zur Entstehung des Buches 11
Vom besten Freund zum meistgehassten Feind 15

Teil I 21
Chronische Krankheiten 21
Chronische Krankheit ist nicht gleich chronische Krankheit 23
Ist alles nur in meinem Kopf? Ein kleiner Ausflug in die Psychosomatik 24
Was die Behandlung chronischer Erkrankungen so herausfordernd macht 31

Chronische Krankheiten und chronischer Schmerz 33
Was bei Schmerz im Körper passiert: Die Gate-Control-Theorie 33
Spuren im Gehirn: Neuroplastizität 36

Chronischer Schmerz und seine Komplizen 42
Die Komplizen Schmerzgedächtnis und Angst 42
Der Komplize Stress: Vom genialen Schutzmechanismus zum unsichtbaren Angreifer 49
Der Komplize Schlaf: Die Teufelsspirale 62
Der Komplize Teilhabe am gesellschaftlichen Leben . . . 67
Der Komplize Zukunftsangst 74
Fazit 77

Teil II 79
Gesund ist nicht gleich gesund – Die Gesundheitsmodelle Pathogenese und Salutogenese 79

Die Pathogenese 79
Die Salutogenese 83

Die Positive Psychotherapie 90
Das positive Menschenbild in der Positiven Psychotherapie 93
Das Balance-Modell 99
Fünf-Stufen-Modell der Konfliktbewältigung 111
Fünf Stufen zur Konfliktlösung 120

Die Signale des Körpers 128
Körper und Psyche: Teamplayer oder Gegner? 129
Der Körper lügt nicht 132
Wie wir auf Konflikte reagieren 134

„Lieber Schmerz …" – Wie man einen Brief an seine Krankheit schreibt 139
Vorlage nach Prof. Dr. med. Nossrat Peseschkian 139

Epilog 165
Dank 171
Anmerkungen 172

Vorwort

Schmerz ist der häufigste Grund, warum Menschen einen Arzt aufsuchen. Diesen Satz habe ich erstmals vor über 25 Jahren als Medizinstudentin gehört. Seitdem ist er mir oft begegnet. Er ist immer noch wahr – und trifft insbesondere auf chronische Schmerzen zu.

Ich lernte Samira als eine meiner Medizin-StudentInnen kennen – höchstmotiviert, fleißig und brillant. Aber es gab immer wieder Momente, die nicht in dieses perfekte Bild passten. Momente, in denen sie quasi unsichtbar wurde, in denen offensichtlich war, dass etwas nicht stimmte. Als sie eines Tages im Operationssaal fast ohnmächtig geworden war, vertraute sie sich mir an. Das Wissen um ihre Schmerzen machte es mir leicht, die „Momente" einzuordnen – es war kein Desinteresse am Studium. Es hatte nichts mit dem „Außen" zu tun, sondern war ein Problem ihres „Inneren", dass nach außen Wirkung zeigte.

Seit vielen Jahren betreue ich als Neurochirurgin auch chronische Schmerzpatienten. Es ist immer wieder verstörend, zu sehen, wie totalitär ständige Schmerzen in ein Leben einbrechen, wie sie Menschen und ihr Umfeld verändern. Auch für den behandelnden Arzt ist es frustrierend, nur selten Therapien zur Verfügung zu haben, die echte, anhaltende Linderung bringen. Nur dann sehen sie ihre Patienten aufblühen wie vertrocknete Pflanzen, die endlich Wasser bekommen.

Die Geisteshaltung der westlichen Industrienationen ähnelt in medizinischen Belangen einer Reparatur-Mentalität: „Doktor, mach das weg." Aber Krankheit im Allgemeinen und Schmerzen im Besonderen sind in den seltensten Fällen ein kaputtes Rädchen im Getriebe, das man austauscht und der Motor läuft wieder. Es ist ein Zustand, der den ganzen Menschen erfasst – Körper und Geist. Er nagt an der Lebensfreude, der Willensstärke und Beziehungen zu anderen.

Viele haben die Vorstellung, dass Ärzte Krankheiten heilen. Tatsächlich habe ich das in meinem beruflichen Leben nur selten getan. Häufig lindert man Symptome, bis die Krankheit von selbst verschwindet wie bei Grippe und den meisten Bandscheibenvorfällen. Man versucht, den Krankheitsverlauf aufzuhalten oder zu verlangsamen wie bei vielen Krebserkrankungen oder Rheuma. Oder man bekämpft die Auswirkungen einer Krankheit, die nicht heilbar ist, wie beim Diabetes oder hohem Blutdruck. Medikamente sind nur ein kleiner Teil der Therapie. Die stärksten Substanzen können nicht viel ausrichten, wenn der Patient sich nicht auf seine Krankheit einlässt und sein Leben mit ihr lebt.

Wenn chronische Schmerz-Patienten zum ersten Mal in meine Sprechstunde kommen, höre ich oft, ich sei die letzte Rettung. Ihnen sage ich, dass es den Menschen, der ihre Schmerzen wegmacht, nicht gibt, aber dass wir gemeinsam versuchen können, die Situation zu verbessern. Schmerzen als verstehbar und bewältigbar und sich selbst als handelndes Subjekt und nicht als passives Objekt einer Therapie zu erkennen, ist ein langer Weg, den viele Patienten nicht meistern.

Deswegen ist dieses Buch so wichtig. Es erklärt leicht verständlich, was in Körper und Geist bei chronischen Schmerzen passiert und zeigt den steinigen Weg der Bewältigung, der zwar ein Ziel, aber kein Ende hat. Aber nicht nur für Patienten, auch für Menschen in deren Umfeld ist dieses Buch wichtig, weil Fehlinterpretationen oder der Wunsch, dass „alles wieder gut wird", den Blick für den eigentlichen Weg verstellen. Nicht zuletzt ist es auch ein Buch für „Gesunde", denn die Mechanismen und Wege, die hier aufgezeigt werden, funktionieren nicht nur im Schmerz, sondern sind universell. In diesem Sinne wünsche ich den LeserInnen bei der Lektüre ebenso viele erhebende und erhellende Momente, wie ich sie hatte.

Dr. med. Stefanie Kästner
(Oberärztin für Neurochirurgie und Schmerzärztin)

Zur Entstehung des Buches

Während monatelang Schmerzen meine Begleiter waren, regte mein Vater mich immer wieder an, einen „Brief an mein Organ" zu schreiben. Die organische Abklärung der Symptome sei unabdingbar, aber ich solle nicht den Einfluss der Psyche außer Betracht lassen. Häufig überbringe der Körper eine Botschaft und jedes Symptom habe etwas zu sagen. Mittels des Briefes sollte ich mit meinen Schmerzen Kontakt aufnehmen und die Botschaft meines Körpers entschlüsseln. Ich lachte und wechselte rasch das Gesprächsthema. So eine „Psycho"-Methode, die er bei seiner Arbeit als Kinder- und Jugendpsychiater anwandte, war mit Sicherheit nichts, was mir helfen konnte. Schließlich würden meine Schmerzen nicht durch Briefeschreiben verschwinden. Das diese Auffassung den Sinn eines solchen Briefes komplett verfehlt, hatte ich zu diesem Zeitpunkt noch nicht verstanden.

Als ich ein paar Monate später meine Großmutter besuchte, sprach auch sie das Thema an und versicherte mir, dass mein Großvater (er war Neurologe und Psychiater) mir zu Lebzeiten gewiss ans Herz gelegt hätte, mit meinen Schmerzen zu kommunizieren. Zum Beispiel indem ich einen Brief an sie adressierte. War das die neue Lieblingsmethode der Peseschkian-Familie? Langsam fragte ich mich, wieso sie alle davon sprachen. Meine Großmutter zeigte mir in dem Arbeitszimmer meines Großvaters seine alten Notizen und Akten. Beim Durchstöbern stieß ich auf eine Kiste mit der Aufschrift: Ein Brief an mein Organ.

Neugierig öffnete ich sie und fand zu meiner Überraschung ein Dutzend handgeschriebener Briefe, die an verschiedene Organe und Krankheiten gerichtet waren. Seine Patienten hatten sie geschrieben und jeder von ihnen war einzigartig. Ich fand Briefe an den Brustkrebs, die Kopfschmerzen, den Diabetes und unzählige andere Krankheitsbilder und Symptome. Einige wa-

ren voller Frustration und Wut, andere mit beruhigender Geduld und Humor verfasst. Eines hatten sie jedoch alle gemeinsam: Trotz all der Herausforderungen, von denen die Briefeschreiber berichteten, fand ich in jedem der Briefe eine Komponente der Dankbarkeit für die daraus gewonnene Lektion. Jeder Einzelne schrieb in seinen eigenen Worten davon, dass die Krankheit wie eine Notbremse wirkte. Das Lebenstempo musste reduziert werden und ohne die üblichen Ablenkungen des Alltags war man gezwungen, sich selbst wahrzunehmen.

Tiefer vergraben in der Kiste entdeckte ich nun auch eine Anleitung, die mein Großvater konzipiert hatte. Obwohl ich nach wie vor nicht verstand, welchen Sinn die Übung für mich haben sollte, entschied ich mich in diesem Moment, doch einen Brief an meine Bauchschmerzen zu verfassen. Ich hatte nichts zu verlieren – und vielleicht könnte ich den Psychiatern der Familie zeigen, dass es zwecklos war. Es war herausfordernd, wie in der Anleitung vorgegeben, einen Schritt zurückzutreten, um die Krankheit losgelöst von meinen Emotionen in ihrer Gesamtheit zu analysieren. Ich assoziierte mit ihr nur Schmerz und Herausforderungen. Wie sollte ich eine positive Lektion lernen aus einer Situation, die mich über Jahre hinweg täglich belastete?

Dieses Buch ist kein faktisches Lehrbuch über Psychosomatik und chronische Erkrankungen. Vielmehr strebe ich an, einen Einblick zu geben in die Körper chronisch kranker Patienten und auf die vielen Herausforderungen aufmerksam zu machen, denen sie sich in ihrem Leben stellen müssen. Vielleicht bist du als Leserin oder Leser selbst betroffen oder hast ein Familienmitglied oder einen anderen lieben Menschen, der sich in dieser Situation befindet. Die Wahrheit ist: Die wenigsten von uns kommen im Laufe ihres Lebens um dieses Thema herum und wir alle profitieren davon, uns ein ganzheitliches Bild von Gesundheit und Krankheit zu machen.

Das Buch besteht aus zwei Hauptanteilen: Zunächst werden wir uns mit chronischen Erkrankungen an sich beschäftigen –

und dabei ein besonderes Augenmerk auf ihre „Komplizen" haben (zum Beispiel die Ungewissheit, das Schmerzgedächtnis und die Angst). Diese werden wir mittels ihrer neurophysiologischen Verknüpfung analysieren, um zu verstehen, wieso chronische Erkrankungen alle Bereiche des Lebens beeinflussen können. Wie oft habe ich in medizinischen Vorlesungen Verblüffendes über Verknüpfungen im Gehirn erfahren, was wesentliche Fragen zum Thema chronischer Schmerzen („Wieso gehen chronische Schmerzen mit Angst einher und was passiert dabei im Gehirn?" „Weshalb kann Ablenkung schmerzreduzierend wirken?") erklärt. Doch finden diese Antworten kaum einen Weg aus dem Hörsaal hinaus und bleiben für die breite Gesellschaft meist unbekannt und unzugänglich.

Aufgrund der multifaktoriellen Natur chronischer Erkrankungen werden im Laufe des Krankheitsverlaufes verschiedene Lebensbereiche von ihr durchdrungen. Deshalb befassen wir uns im zweiten Teil des Buchs eingehend mit den Behandlungsmöglichkeiten chronischer Erkrankungen. Dabei werden wir uns exemplarisch mit der Positiven Psychotherapie auseinandersetzen, die die Vielschichtigkeit von chronischen Erkrankungen berücksichtigt. Die diesem Buch zugrunde liegende Methodik der Positiven Psychotherapie entstammt den Forschungsprojekten und Büchern meines Großvaters, Prof. Dr. med. Nossrat Peseschkian. Diese weltweit anerkannte Methode ist nicht auf Erkrankungen spezifiziert, sondern im Gegenteil eine Methode für jedermann zur persönlichen Reflexion seines/ihres Lebens. Wir werden uns mit Themenbereichen beschäftigen wie: Was bedeutet es, Balance in seinem Leben zu haben? Wie kommen innere Konflikte zum Vorschein oder an die Oberfläche und was für einen Einfluss haben sie auf unser Leben? Am Ende erhältst du als LeserIn mit einer Anleitung und Beispielen die Möglichkeit, das Reflexionsmedium des Briefeschreibens für dich selbst zu nutzen und einen Brief an deine eigenen Symptome zu verfassen.

Denn chronische Krankheiten und ihre Komplizen besser zu verstehen, ist nicht nur für Ärzte wichtig – für PatientInnen ist dieses Wissen ein Weg, Resilienz zu entwickeln und das Leben mit der Krankheit selbstbestimmter zu gestalten beziehungsweise belastende Selbstzweifel oder Schuldgefühle hinter sich zu lassen.

Einleitung
Vom besten Freund zum meistgehassten Feind

Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts. Neun Zehntel unseres Glücks beruhen allein auf der Gesundheit. (Arthur Schopenhauer)

Februar 2018: Der Beginn meiner Fahrt auf der Gesundheits-Achterbahn. Woher kamen plötzlich diese starken Bauchschmerzen? Waren es die Nachwehen einer Grippe, der Stress des Medizinstudiums oder hatte ich vielleicht doch nur etwas Falsches gegessen? Zu diesem Zeitpunkt hätte ich es mir in meinen wildesten Träumen nicht ausmalen können, noch hätte ich es mir gewünscht, dass ich später, nach zweieinhalb Jahren täglicher Schmerzen, die seltene Diagnose Dunbar-Syndrom bekommen würde, eine Krankheit, die nur fünf von einer Millionen Menschen betrifft.

Lasst uns von vorne anfangen. 20 Jahre alt, aktiv und sportlich, so hätte ich mich Anfang 2018 selbst beschrieben. Doch dann kam der Tag, als ich beim Lauftraining für einen Halbmarathon bereits nach ein paar Kilometern erschöpft nach Luft schnappte. Ein ungewöhnlicher Umstand, denn ein paar Wochen zuvor war ich noch problemlos 15 Kilometer gejoggt. Jetzt fühlte sich mein Körper schwer an, als müsste ich bei jedem Schritt fünf Kilo Blei an meinen Füßen mitziehen. Das war nicht nur eine verschlechterte Kondition, irgendetwas fühlte sich falsch an. Einige Tage nach dem Trainingslauf stellten sich dann plötzlich meine neuen „Mitbewohner" vor: Bauchschmerzen, ein unangenehmes Völlegefühl, Übelkeit und komplette Appetitlosigkeit. Auch ein Schwindel überraschte mich von nun an häufig und es

schlich sich über die nächsten Monate ein Gewichtsverlust von 15 Kilogramm ein.

Zunächst versuchte ich hartnäckig, die Schmerzen wieder loszuwerden. Ich machte mich auf die Suche nach der Ursache. Waren es meine geliebten Intoleranzen? Meine besten Freunde Laktose-, Fruktose- oder Histamin-Intoleranz? Ich suchte zahlreiche Fachärzte auf, die mich mehreren Gastroskopien, Endoskopien und Bluttests unterzogen und mir verschiedene Schmerzmedikamente verschrieben. Auch Homöopathie wurde nicht ausgelassen und ein strenger Diätplan eingeführt. Ich wurde vom Nutella-Liebhaber und Genussmensch zur glutenfreien, laktosefreien, zuckerfreien und histaminvermeidenden Spießerin. Immer wieder wurde ich gefragt: „Was darfst du überhaupt noch essen? Bleibt da eigentlich noch etwas übrig?" Etwas schon: Weißer Reis mit Brokkoli und ein wenig Hähnchen wurden zu meinen engsten Gefährten.

Eine richtige Lösung fand sich jedoch nicht. Die Schmerzen blieben und das Ergebnis aller Untersuchungen waren unauffällige Befunde. Eigentlich ein Grund zur Freude – oder etwa nicht? Wieso hatte ich dennoch tägliche Schmerzen? Dachte ich mir das alles nur aus? Nach sechs langen Monaten stellte man dann bei einer Magenspiegelung mit endoskopischer Kamera fest, dass die intestinale Wand meines Darms durchlässig war. So gelangten Giftstoffe, Essensreste und Bakterien in mein Blut und verursachten Immunreaktionen. Die Ursache für meine Probleme schien gefunden: „Leaky-Gut-Syndrom". Eine Untergruppe des Reizdarmsyndroms und die Lieblingsdiagnose aller verzweifelten Gastroenterologen. Doch half mir dieses „Etikett"? Hat es das Schmerzniveau oder sogar die Behandlung verändert? Leider nein. Rückblickend weiß ich, dass dies nur eine von vielen falschen Diagnosen auf dem langen Weg zu meiner tatsächlichen Diagnose sein würde.

Es gab kaum mehr etwas, das ich nicht probiert habe: drei Magenspiegelungen (weil jeder Arzt die Kompetenz des anderen

anzweifelte), zwei Darmspiegelungen, Antibiotika, Schmerzmedikamente, Akupunktur, Heilerde vor jeder Mahlzeit (schmeckt so eklig, wie es sich anhört), 24h-Knochenbrühe-Fasten, Biophysikalische Therapie und eine Moxa-Therapie (aus der Traditionellen Chinesischen Medizin). Nichts brachte mich einer Lösung näher, und das, obgleich die Spurensuche wirklich kein Vergnügen war. Für die Moxa-Therapie wurde ich von meiner Familie sogar nach draußen verbannt. Die Methode wird bei vielen chronischen Erkrankungen sowie Entzündungen mit großer Wirksamkeit eingesetzt. Dabei werden Akupunktur-Punkte anstelle von Nadeln mit intensiver Wärme gereizt. Die getrockneten und in Zigarettenform gerollten Beifußblätter, die man dazu über der Haut abbrennt, entwickeln allerdings einen, sagen wir mal, „ungewöhnlichen" Geruch. So saß ich abends auf einer Parkbank und zündete meine „Zigaretten" an, die ich dann auf die verschiedenen Körperstellen legte. Über die Grimassen der Passanten schweige ich lieber.

Ich entwickelte mich zusehends von einer doch eher sportlichen Person (zumindest hatte ich auf der höchsten Landesebene Tennis gespielt) zur „Frührentnerin", deren Gedanken nur noch darum kreisten, wie sie ihre zahllosen Medikamente, Probiotika und Vitamine in der richtigen Menge zur richtigen Zeit einzunehmen hatte. Nicht nur das Essen und der Sport waren beeinflusst durch die Schmerzen, auch bei meinem Medizinstudium war ich beeinträchtigt. Ich hatte Schwierigkeiten, den Vorlesungen zu folgen, während ich Stiche im Magen spürte. Der Schmerz wollte alle meine Aufmerksamkeit und ließ sich auch nicht vom spannendsten Vortrag über Anatomie beruhigen. Mit der Zeit schlich sich auch eine konstante Müdigkeit in das Geschehen.

In Prä-Krankheitszeiten lautete mein Essens-Motto: „Lecker, schnell und vor allem viel." Jetzt verging mir durch die nach jeder Mahlzeit auftretenden Schmerzen immer mehr der Appetit. Ich tauschte große Teller gegen kleine Schüsseln aus. Bald

räumte ich auch die kleinen Schüsseln zurück in den Schrank und füllte mein Essen in Teetassen. Eine Teetasse, eine Mahlzeit. Und trotzdem fühlte ich mich auch nach diesen Kleinstportionen derartig voll, als hätte ich eine halbe Weihnachtsgans verschlungen.

Die Portionsgrößen, die ich zu mir nahm, beeinflussten auch meine Wahrnehmung der geeigneten Mengen, wenn ich für meine Familie kochte. Während ich von Resten für eine ganze Woche ausging, war bei meiner Familie nach dem Essen gerade mal der Appetit angeregt, ganz zu schweigen davon, dass sie satt gewesen wäre. Zwar kochte ich nach wie vor gerne und verbrachte wie früher Stunden damit, mir auszumalen, was ich einkaufen, zubereiten und essen wollte. Häufig scheiterte ich aber in der Umsetzung des letzten Schrittes, dem Essen selbst. Meine Beziehung zum Essen hatte eine 180-Grad-Wendung gemacht: vom besten Freund zum meistgehassten Feind. Vielleicht war ich durch die nicht enden wollenden Beschwerden auch zum Pawlow'schen Hund (siehe S. 48) geworden. Die Angst vor den Schmerzen nahm bald einen so großen Teil von mir ein, dass ich sie schon kommen sah, bevor ich überhaupt den Löffel zum Mund hob.

Den Gipfel meiner Frustration erreichte ich 2019, rund ein Jahr nach der fälschlichen Leaky-Gut-Diagnose, als ein Gastroenterologe mich nüchtern anblickte und feststellte: „Die gute Nachricht ist, dass Sie keine verkürzte Lebenserwartung haben, sondern nur eine geringere Lebensqualität." Einerseits schwand meine Kampfbereitschaft, andererseits wuchs meine Angst, lebenslänglich Schmerzen leiden zu müssen. Mir blieben nur zwei Möglichkeiten: Entweder ich akzeptierte, dass ich ein Leben lang nur Portionen von zwei bis drei Bissen essen konnte, um Schmerzen zu vermeiden. Oder ich gab einer alternativen Heilmethode unvoreingenommen eine Chance. Beide Optionen gefielen mir nun nicht besonders gut. Doch der Gedanke, als „junge Rentnerin" eine restriktive und schmerzbelastete Existenz zu

fristen, war derart beängstigend, dass ich schließlich die Alternative in Erwägung zog.

Ich kannte bei mir selbst wie auch in meinem Freundeskreis ein skeptisches Misstrauen gegenüber ganzheitlicheren Methoden zur Behandlung körperlicher Symptome, die auch die Psyche als Akteur verstehen. Unvoreingenommen zu sein, ist auch nicht einfach, denn obwohl Akzeptanz von psychischen Krankheiten gewachsen ist, so schwingen beim Thema Psyche weiterhin Vorurteile und Scham mit und Betroffene erleben nach wie vor Diskriminierung. Als Medizinstudentin hörte ich im Klinikalltag regelmäßig Sätze wie: „Der Patient hat nichts. Das ist nur in seinem Kopf…", „Ist bestimmt psychosomatisch." Wer kann da unvoreingenommen bleiben? Ich konnte es jedenfalls nicht. Und das, obwohl ich ausgerechnet in einer Familie von Psychiatern groß geworden bin. Oder war genau das der Grund für meine Skepsis? Jedes Mal, wenn ein Familienmitglied auch nur ansatzweise vorschlug, dass ich mit Blick auf meine Erkrankung die psychische Komponente nicht außer Acht lassen sollte, ging ich demjenigen jedenfalls fast an die Gurgel und sagte: „Das ist nicht psychisch! Ich habe mir das nicht selbst angetan."

Rückblickend weiß ich: Die Vorstellung, dass organische Störungen nicht auch durch unsere Lebensweise und Lebenseinstellung beeinflusst werden, muss verworfen werden. Eine Trennung von Psyche und Körper in zwei Systeme, die unabhängig voneinander krank oder gesund sind, ist weder faktisch korrekt noch realistisch. Krankheiten sind häufig weder rein somatisch noch rein psychisch, denn es herrscht ein enges Zwischenspiel der Systeme. Körper und Psyche bilden eine Einheit.

Dass ich selbst dieser fragmentierten Denkweise anhing und meine Krankheit nur somatisch abklären ließ, hinderte mich monatelang daran, auch anderen „nicht schulmedizinisch orientierten Therapien" eine Chance zu geben. Als bei mir schließlich doch noch eine Fehlbildung entdeckt wurde, stand im Sommer 2020 eine Operation auf dem Plan. Nachdem die bei mir durch

das Dunbar-Syndrom verursachte verringerte Blutzufuhr zum Magen wieder normalisiert worden war, hätte ich rein körperlich beschwerdefrei sein müssen. Es zeigte sich aber, dass auch in meinem Fall eine psychische Komponente, das sogenannte Schmerzgedächtnis, mitspielte: Die Kaskade der Schmerzreduktion wurde zu einem intensiven und monatelangen Prozess und die „mechanische Reparatur" durch die Operation war erst der Anfang, nicht etwa das Ende meiner Reise zur Genesung. Und das Werk meines Großvaters wurde zum Teil dieser Geschichte.

Teil I

Chronische Krankheiten

Für eine spezielle Ausstellung hatte man einen Elefanten in einen dunklen Raum gebracht. Die Menschen strömten in Scharen herbei. Da es dunkel war, konnten die Besucher den Elefanten nicht sehen, und so versuchten sie, seine Gestalt durch Betasten zu erfassen. Da der Elefant groß war, konnte jeder Besucher nur einen Teil des Tieres greifen und es nach seinem Tastbefund beschreiben. Einer der Besucher, der ein Bein des Elefanten erwischt hatte, erklärte: „Der Elefant sieht aus wie eine starke Säule." Für einen zweiten, der die Stoßzähne berührte, war klar: „Der Elefant hat die Form eines spitzen Gegenstandes." Ein dritter, der das Ohr des Tieres ergriff, behauptete: „Der Elefant ist eine Art Fächer." Mit gleicher Überzeugung aber meinte der vierte, der über den Rücken des Elefanten strich, dass der Elefant so gerade und flach sei wie eine Liege.[1]

Chronische Erkrankungen sind als Begriff fester Bestandteil unseres Wortschatzes, aber wenn wir ehrlich sind, haben wir weder als Gesellschaft noch als Ärzte einen besonders guten Durchblick, was den Kern der Sache angeht. Weder über die Ursachen noch den Entstehungszeitpunkt noch die Art der Behandlung herrscht Einigkeit und es bedarf weiterer Forschung, um unsere Wissenslücken zu schließen. Doch ob wir „chronische Krankheiten" nun verstehen oder nicht, die meisten von uns kommen im Laufe des Lebens mit ihnen in Kontakt. Entweder durch Erfahrung am eigenen Leib oder durch Berührungspunkte bei Verwandten oder Bekannten. Die Last chronischer Erkrankungen beeinflusst uns dabei aber nicht nur auf persönlicher Ebene, sondern auch als Gesellschaft. Aus einem Report des In-

stituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt geht hervor, dass in Deutschland mehr als jeder Fünfte unter 30 Jahren an einer chronischen Erkrankung leidet. Mit zunehmendem Alter steigen diese Zahlen noch, bei den 65-Jährigen ist es sogar mehr als jeder Zweite.[2] In ihrer Analyse chronischer Schmerzerkrankungen beschreiben die Autoren, wie schwierig es ist, Fragen nach der „Bedeutsamkeit" chronischer Schmerzen zu beantworten, denn die Bedeutung einer Krankheit hängt immer maßgeblich von der gewählten Perspektive ab. Aus Sicht des Patienten sind es die Lebensqualität, Krankheitslast und Sterblichkeit, die einen besonderen Stellenwert einnehmen. Aus Sicht der Gesellschaft ist es die Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung von Patienten sowie die damit einhergehenden Kosten. Der durch chronische Krankheiten entstehende Versorgungsaufwand verursachte 2015 Kosten von fast 340 Milliarden Euro. Allein Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens schlugen mit 10,9 Milliarden Euro zu Buche, dicht gefolgt vom Bluthochdruck mit 10,1 Milliarden Euro. Auch in Bezug auf Arbeitsunfähigkeit liegen chronische Krankheitsbilder an der Spitze des Verursacherfelds. Besonders dominant sind hierbei die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und psychische Erkrankungen, welche gemeinsam ein Drittel der Fehlzeiten und 40 Prozent der Langzeit-Arbeitsunfähigkeit ausmachen. Weil sowohl persönliches Leiden als auch gesellschaftliche Kosten so hoch sind, bleibt es unabdingbar, chronische Krankheiten besser zu erforschen sowie die Ursachen, Behandlung und vor allem Prävention auszubauen.

Eine allgemeine einheitliche Definition von chronischen Erkrankungen gibt es zwar derzeit noch nicht, man beschreibt damit aber in der Regel lang andauernde und schwer heilbare Krankheitsverläufe. Ab einer Dauer von mindestens sechs Monaten bis zu einem Jahr grenzt man chronische Krankheiten von akuten ab. Mit der „Chronizität" gibt es also einen gemeinsamen Nenner – abgesehen davon unterscheiden sich die häu-

figsten Diagnosen aber in so ziemlich jedem anderen Bereich: angefangen bei den verschiedenen betroffenen Organen oder Körperteilen über die Art der Symptome und deren Schweregrad bis hin zur Behandlung. Manche chronische Krankheiten gehen mit Schmerzen einher, andere nicht. Und selbst innerhalb des Krankheitsbilds „Chronische Schmerzerkrankung" finden wir maßgebliche Unterschiede: Die Schmerzen können stechend, ziehend, pulsierend, krampfend sein. Auch die Ursachen sind bei einzelnen chronischen Erkrankungen unterschiedlich. Bei manchen ist die Genetik der Haupttäter (zum Beispiel bei Typ 1 Diabetes), andere werden im Zusammenspiel von Umwelteinflüssen, Lebensstil und altersbedingter Abnutzung ausgelöst (zum Beispiel Arthrose). Betrachtet man die weitgefächerte Liste chronischer Erkrankungen, bleibt fast kein Organ außen vor – „von Hacke bis Nacke" –, wüten Diabetes, Krebserkrankungen, Herz- und Kreislauferkrankungen, Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, Atmungssystemerkrankungen und psychische Störungen und beeinflussen unsere Lebensqualität, unsere Arbeitsfähigkeit und unsere Sterblichkeit.

Chronische Krankheit ist nicht gleich chronische Krankheit

Chronische Erkrankungen lassen sich in zwei Gruppen aufteilen: Die erste besteht aus den Erkrankungen, die eine konkrete Diagnose haben. Dazu gehören beispielsweise Diabetes, Multiple Sklerose, chronisches Herzversagen und so weiter. Die zweite Gruppe sind die medizinisch ungeklärten Erkrankungen. Ihnen lässt sich keine bestimmte Diagnose zuweisen, obwohl Patienten in ihrem Verlauf chronischer Symptome haben. In Gruppe zwei gehörte auch ich mit meinen Bauchschmerzen. Andere Beispiele sind das Schmerz-Symptom Fibromyalgie (bei dem man Muskelschmerzen, Müdigkeit, Erschöpfung und Schlafstörungen hat),

Rückenschmerzen, orthopädische oder neurologische Beschwerden. Bei dieser Gruppe spricht man von „funktionellen Erkrankungen". Das bedeutet, dass keine pathologische Schädigung eines Organs erfasst wurde, die Funktion von Organsystemen jedoch trotzdem gestört ist. Funktionelle Erkrankungen sind unter dem Hauptbegriff der Psychosomatik einbegriffen.

Es gibt eine Vielzahl verschiedener Ursachen für diagnostizierbare chronische Erkrankungen wie für funktionelle Erkrankungen. Die Symptome sind aber in beiden Gruppen oft identisch und für den Patienten nicht zu unterscheiden. Und auch ohne Diagnose ist das Leiden der Patienten in Gruppe zwei nicht weniger groß.

Ist alles nur in meinem Kopf? Ein kleiner Ausflug in die Psychosomatik

Bin ich schuld? Ist alles nur in meinem Kopf? Diese Fragen stellen sich besonders häufig Menschen, die an medizinisch ungeklärten Symptomen leiden. Diese Störungen sind wie bereits erwähnt „funktionell", das heißt, es kann keine unterliegende krankhafte Störung eines Organs gefunden werden, die Funktion des Organs ist jedoch trotzdem eingeschränkt. Wir können uns das so vorstellen: Unser Nervensystem ist wie ein Satellitenradio. Auch wenn es technisch einwandfrei funktioniert, hören wir nur Rauschen, solange das Radio nicht auf den richtigen Sender eingestellt ist. Das System funktioniert, aber die Kommunikation ist gestört.

Bei Patienten mit funktionellen Störungen wird in der Regel von „Psychosomatik" gesprochen. Davon gehört hat wohl jeder schon einmal, aber was genau bedeutet psychosomatisch? Der Begriff setzt sich aus den griechischen Worten Seele (Psyche) und Körper (Soma) zusammen und entsprechend befasst sich das Fachgebiet Psychosomatik mit seelischen Beschwerden, die

sich in körperlichen Symptomen äußern. Der Mensch wird dabei ganzheitlich in all seinen Facetten betrachtet und die Wechselwirkungen zwischen körperlichen, psychologischen und sozialen Bedingungen werden bei einer Erkrankung analysiert. Ist das seelische Befinden erheblich gestört, äußert sich das häufig körperlich. Aber auch umgekehrt kann eine körperliche Erkrankung einen Menschen seelisch aus dem Gleichgewicht bringen.

Lange Zeit folgte man in der Medizin der Annahme, psychische Ursachen für körperliche Symptome seien die Ausnahme und ausschließlich in bestimmten Krankheitsbildern vorzufinden, den sogenannten „Holy Seven": 1. Magengeschwür, 2. Asthma, 3. Arthritis, 4. Neurodermitis, 5. Bluthochdruck, 6. Schilddrüsenüberfunktion und 7. chronisch-entzündliche Darmerkrankungen. Inzwischen hat hier aber ein Umdenken stattgefunden. Beispielsweise in Deutschland geht man davon aus, dass rund 80 Prozent der Bevölkerung im Leben eine Erkrankung erleiden, die nicht rein körperlich, sondern auch psychisch bedingt ist.[3] Eine solche Zahl verdeutlicht ganz klar, dass das Zusammenspiel von Körper und Psyche keine Rarität, sondern der Normalfall ist. Nur wie stark Psyche und Körper jeweils beteiligt sind, variiert von Fall zu Fall. Immer schon gibt es unzählige Beispiele für physiologische (nicht krankhafte) körperliche Reaktionen auf emotionale Ereignisse, wie Tränen bei Trauer, Herzrasen bei Angst und Schwitzen bei Nervosität. Psyche und Körper sind immer im Wechselspiel und das nicht nur in Krankheit. Die Fragmentierung der zwei voneinander getrennten Systeme ist ein künstliches Konstrukt. Schon Platon bemerkte: „Das ist der größte Fehler bei der Behandlung von Krankheiten, dass es Ärzte für den Körper und Ärzte für die Seele gibt, wo beides doch nicht getrennt werden kann."

An einer Tafel in der Notaufnahme stehen bereits Informationen von Patient X, der gleich vom Rettungswagen eingeliefert werden wird. Verdacht auf Krampfanfall. Im nächsten Moment schieben die Rettungssanitäter den Mann auf der Trage herein

und berichten: Von einem Moment auf den nächsten hätten sich die Fäuste des Patienten geballt und er habe an allen Extremitäten gezuckt und gekrampft. Der Anfall habe drei Minuten gedauert, seither sei er lethargisch, aber wieder bei Bewusstsein. Die Familie, die den Notruf gewählt hat, sagte, dies sei bereits der dritte Anfall gewesen.

Sofort wird ein Bild des Kopfes (Computertomographie), ein EEG (Elektroenzephalografie), Bluttests und Untersuchungen des Blutzuckers angefordert, um abzuklären, wieso dieser Patient immer wieder Krampfanfälle erleidet – denn es gibt unzählige mögliche Ursachen: eine Alkoholvergiftung, ein Schädelhirntrauma (zum Beispiel durch einen Sturz), eine Infektion, eine kreislaufbedingte Synkope (Ohnmacht) oder eine Epilepsie (eine Erkrankung, bei der die Krampfschwelle im Gehirn herabgesenkt ist), um nur einige wenige zu nennen. Alle Untersuchungsergebnisse von Patient X kommen „unauffällig" zurück. Weder das CT noch das EEG zeigen etwas Pathologisches (Krankhaftes).

Nach unzähligen sorgfältigen Untersuchungen stellt sich heraus Patient X hatte einen psychogenen nicht epileptischen Anfall erlitten. Er ist damit keinesfalls allein. Circa jeder fünfte Krampfanfall entpuppt sich als psychogen und unterliegt keiner neurologischen Ursache wie einer Überstimulation der Nervenzellen.[4] Die Symptome sind aber für nicht spezialisierte Mediziner (und manchmal sogar für Neurologen) nicht immer von einem epileptischen Anfall zu unterscheiden. Die gleichartige und kaum unterscheidbare Symptomatik von psychisch verursachten und somatisch verursachten Krankheiten ist ein Muster, das die gesamte psychosomatischen Medizin durchzieht.

20 Prozent der Patienten in den Wartezimmern deutscher Hausarztpraxen leiden an psychosomatischen Beschwerden.[5] In der Regel ist ihnen das nicht bewusst oder sie werden es schwer nachvollziehbar finden, dass ihre Symptomatik nicht rein körperlich ist. Wenn nach vielen Untersuchungen schwere Krankheiten ausgeschlossen werden können, ist das eigentlich

eine gute Nachricht. Doch Patienten sind häufig regelrecht enttäuscht. Die ersten Reaktionen auf die Mittleitung des Arztes, dass keine krankhaften Veränderungen als Ursache für die Beschwerden festgestellt werden können und möglicherweise etwas Psychosomatisches vorliegt, ist fast immer: „Aber ich habe mir das nicht ausgedacht!“, „Ich habe doch wirklich Schmerzen!“.

Woher kommt diese Angst des Patienten? Sie entsteht aus dem Gefühl, dass seine Beschwerden und Schmerzen nicht von seinen Mitmenschen und Ärzten validiert wird, wenn diese nicht den Stempel einer Diagnose aufgedrückt bekommen. Die irische Neurologin Suzanne O'Sullivan, die sich eingehend mit diesem Zusammenhang beschäftigt, schreibt dazu: „Vielleicht ist es an der Zeit, dass wir aufhören die Etiketten von Erkrankungen zu verändern und stattdessen die Einstellungen zu psychischen Erkrankungen verändern." Um Patienten dann die Angst zu nehmen, nicht ernst genommen oder als „Psycho“ abgestempelt zu werden, ist von großer Wichtigkeit, dass von ärztlicher Seite betont wird, dass psychosomatische Beschwerden nicht imaginär sind. Dass sie so real und schmerzhaft wie somatische Erkrankungen sind.

Im Zweifel für den Angeklagten: Ohne Beweise darf es keinen Schuldspruch geben. Das gleiche Prinzip gilt in der Somatik: Haben die Ärzte einen Verdacht auf ein bestimmtes klinisches Bild, werden klinische Untersuchungen (Bildgebung, Bluttests etc.) durchgeführt, um den Verdacht zu bestätigen. Nur so kann eine definitive Diagnose gestellt werden. Bei psychosomatischen Erkrankungen ist diese „Beweisführung“ so nicht umsetzbar, was eine große Herausforderung für Ärzte und Patienten ist. Statt direkt durch zielgerichtete Untersuchungen eine Diagnose zu stellen, wird in der Psychosomatik eine sogenannte Ausschlussdiagnose gestellt, indem man eine organische Störung nach der anderen als Ursache der Beschwerden ausschließt. Patienten hoffen in diesem Prozess oft, dass der Arzt vielleicht einen Feh-

ler gemacht hat, etwas übersehen hat und sie doch noch eine „richtige" Diagnose bekommen. Wieso?

Aus Sicht eines psychosomatischen Patienten wäre es oft leichter, eine „richtige" Diagnose zu erhalten wie zum Beispiel Diabetes oder Parkinson. Zwar ist das an und für sich nicht erfreulich, doch weiß man dann ganz genau, was einen erwartet, wie die Behandlung verlaufen wird und – egal wie beängstigend es auch sein mag – was auf einen zukommt. Man hätte die Gewissheit, die psychosomatischen Patienten in der Regel fehlt, ein „Etikett", das das eigene Leiden für die Außenwelt validiert.

Psychosomatische Erkrankungen werden entsprechend häufig von Selbstzweifeln begleitet. „Bin ich überhaupt krank?", „Bilde ich mir das alles nur ein?" Dabei wird auch das eigene Selbstbild in Frage gestellt und die innere Stärke angezweifelt. „Bin ich vielleicht doch schwächer, als ich dachte?"

Zweifel an der Validität einer psychosomatischen Krankheit spüren Patienten aber nicht nur aus sich selbst heraus, auch von außen wird ihnen häufiger mit Vorurteilen begegnet, denn leider haftet allein dem Wort „Psyche" nach wie vor ein Stigma an. Was Akzeptanz und Empathie von Mitmenschen betrifft, rangieren lebensbedrohliche Erkrankungen ganz vorne (und das natürlich nicht ohne Grund). Psychische und psychosomatische Erkrankungen hingegen stehen ganz hinten. Da hält sich das Mitleid meist in Grenzen. Auch ich bemerkte einen Unterschied. Hatte ich mit meinen unerklärlichen Bauchschmerzen lange Zeit auf der untersten Stufe der Empathie-Leiter gestanden, kletterte ich in dem Moment, als ich schließlich meine Diagnose erhielt, ein gutes Stück nach oben. Dabei hatten sich meine Schmerzen nicht verändert, sie trugen jetzt nur ganz offiziell einen Namen.

Die fehlende Akzeptanz von außen ebenso wie die Selbstzweifel der Patienten wirken leider auch negativ auf die Genesungschancen von psychosomatisch Erkrankten. O'Sullivan sagt dazu: „Für die meisten Betroffenen hängt die Akzeptanz der Diagnose

davon ab, wie die Krankheit gesehen wird. Diejenigen, die es akzeptieren können, haben die besten Chancen auf Genesung."

Unter allen chronisch Erkrankten quälen sich insbesondere die funktionellen Patienten mit Schuldfragen. Ihr innerer Kritiker will sie überzeugen, dass sie Schuld tragen für ihre Symptome. Das Gefühl von Schuld wird immer beeinflusst durch verinnerlichte Vorstellungen von „richtig" und „falsch", welche wiederum durch die Werte einer Gesellschaft geprägt werden. In einer Studie über den Zusammenhang von Schmerz und Schuld nahmen die Autoren eine Einteilung in drei spezifische Komponenten des Schuldgefühls vor:[6]

Soziale Schuldgefühle
Werden ausgelöst, wenn man den sozialen Verantwortungen nicht nachkommt, zum Beispiel andere im Stich lässt oder eine Last für andere ist.

Schmerzens-Schuldgefühle
Werden ausgelöst, wenn man die Schmerzen nicht in den Griff kriegt und überzeugt ist, man strenge sich nur nicht genug an, um es zu schaffen.

Schmerz-Verifizierungs-Schuldgefühle
Werden ausgelöst, wenn man die Schmerzen nicht legitimieren kann (zum Beispiel anhand einer Diagnose), und sind besonders prominent bei medizinisch ungeklärten Symptomen in Abwesenheit einer organischen Ursache. Patienten befürchten mitunter, die Schmerzen selbst verursacht zu haben, oder sie haben das Gefühl, sich verteidigen und beweisen zu müssen, dass ihre Schmerzen wirklich existieren.

In einem Teufelskreis verstärken Schuldgefühle erst Selbstzweifel und Selbstzweifel dann wiederum Schuldgefühle. Patienten ziehen sich deshalb häufig sozial zurück. Die Studie zeigt, wie

dies schlussendlich mit einem erhöhten Stress-Level und dem Risiko assoziiert ist, an Depression zu erkranken – was sich nun auch wieder fördernd auf die Symptome der untersuchten Patienten auswirkte.

Psychosomatische Erkrankungen werden fälschlicherweise häufig als ein einziges Krankheitsbild mit einer bestimmten zugrunde liegenden Ursache klassifiziert. Diese rigide Zuordnung einer bestimmten Ursache zu allen psychosomatischen Erkrankungen ist jedoch unzureichend. Diese können vielmehr als ein Cluster verschiedener Krankheitsbilder gesehen werden, welche sich in ihren Symptomen stark ähneln. Die Ursache, Prognose und Behandlung ist jedoch in jedem sehr unterschiedlich und benötigt daher unterschiedliche Herangehensweisen. Vergegenwärtigt man sich das Beispiel der Krampfanfälle, so gibt es viele verschiedene Ursachen für die am Ende ähnlich resultierenden Krampfanfälle. Jemand, der an der Krankheit Epilepsie leidet, braucht eine Langzeit-Einstellung mit anti-epileptischen Medikamenten, um Krämpfe zu vermeiden, während jemand mit einem Alkoholentzugskrampf nur einmalig symptomatisch für den Krampfanfall behandelt werden muss, jedoch aber noch eine andere zusätzliche Behandlung (z.B. Verhaltenstherapie, Alkoholentzug) braucht, um in Zukunft Anfälle zu vermeiden.

Beharrt ein Patient mit nicht epileptischen Krampfanfällen dennoch auf einer Diagnose der Epilepsie, wieso behandelt man ihn dann nicht einfach mittels anti-epileptischer Medikamente? Weil in diesem Fall die Medikamente genauso hilfreich sind wie der Autoschlüssel zum Entriegeln der Wohnungstür. Man gelangt nicht an die Ursache der Krampfanfälle, wenn man lediglich die Symptome behandelt. Nicht immer ist die Ursache aber feststellbar. Das bringt uns zu den besonderen Herausforderungen der Medizin bei der Behandlung chronischer Krankheiten.

Was die Behandlung chronischer Erkrankungen so herausfordernd macht

Die Behandlung chronischer Patienten birgt viele Herausforderungen. Patienten müssen unter Umständen häufig von Ärzten verschiedener Fachrichtungen betreut werden. Insbesondere bei funktionellen Erkrankungen, bei denen keine eindeutige Diagnose gestellt werden kann, erfolgt die Behandlung dann rein symptomatisch – beispielsweise in der Gabe eines schmerzstillenden Medikaments. Wenn man die Ursache nicht kennt, kann man sie auch nicht behandeln.

Aber nicht nur bei funktionellen Erkrankungen bleibt die Frage nach der Ursache. Selbst bei diagnostizierten Erkrankungen wie Multiple Sklerose ist die sogenannte Ätiologie (also der ursächliche Zusammenhang) der Erkrankung nicht in Gänze bekannt und die Behandlung kann daher auch hier nur symptomatisch erfolgen beziehungsweise den Krankheitsverlauf verlangsamen.

In akuten Notfällen kommen Patienten mit neu aufgetretenen und sich oft rasch entwickelnden Symptomen zum Arzt. Bei chronischen Erkrankungen hingegen findet der Symptombeginn häufig schleichend statt. Weil rückblickend oft kein bestimmter Zeitpunkt mehr identifiziert werden kann, zu dem Beschwerden erstmals aufgetreten sind, ist es umso schwieriger, prädisponierende (also eine Krankheit begünstigende) Faktoren nachzuvollziehen. Je länger beispielsweise ein Patient schon unter Schmerzen leidet, desto unklarer die Ursachen, die die Schmerzen hervorgebracht haben. Nach Monaten beziehungsweise Jahren ist es dann kaum möglich, noch zu unterscheiden, ob es die Erkrankung selbst ist oder das Schmerzgedächtnis mit seinen Schmerzspuren im Gehirn, das sich zu Wort meldet.

Die Ursachensuche wird zusätzlich dadurch erschwert, dass chronische Erkrankungen in der Regel multifaktoriell sind, also durch viele verschiedene Faktoren beeinflusst. Auslöser für lang-

anhaltende Symptome könnte also der Unfall eines Patienten vor ein paar Monaten sein oder altersbedingte Abnutzung oder emotionaler Stress – oder alles drei. In diesem Zusammenhang fällt auch immer wieder ein Lieblingssatz meiner Professoren: „Der Patient kann auch Läuse und Flöhe haben. Eins schließt das andere nicht aus." Hat man eine Krankheit, heißt das nicht, dass man nicht zusätzlich andere Symptome zeigen kann. Viele Menschen, besonders mit zunehmendem Alter, haben mehrere chronische „Baustellen". Und die Nebenwirkungen der Therapie einer Erkrankung können schnell neue Schwierigkeiten auslösen, die wiederum neue therapeutische Maßnahmen (wie Medikamente) erfordern.

Die meisten chronischen Erkrankungen sind zwar alles andere als harmlos – man denke nur an ihre Auswirkungen auf Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung –, doch sie stellen meist keine akute Lebensbedrohung dar, insbesondere beim heutigen Stand der medizinischen Forschung und den uns dadurch zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten. Für funktionelle Erkrankungen bedeutet das: Die Beschwerden sind einerseits zu schwach, um eine direkte Behandlung des Patienten zwingend erforderlich zu machen, andererseits sind sie zu stark, um ihn einfach „damit leben zu lassen".

Ende der Leseprobe

Samira Peseschkian · Prof. Dr. Nossrat Peseschkian
Der Schmerz und seine Komplizen
Resilienz bei chronischen Krankheiten

176 Seiten · Verlag Herder 2021
ISBN 978-3-451-60255-9
E-Book: ISBN 978-3-451-82554-5

Erhältlich im Buchhandel und unter
samira.peseschkian.org