

Das Stichwort

Eckhard Frick* und Johanna Anneser

Total Pain

DOI 10.1515/spircare-2016-0194

Vorab online veröffentlicht 19. Januar 2017

Cicely Saunders' klassische Beschreibung von T.P. stammt aus dem Gespräch, das sie 1963 mit einer Patientin führte:

“Well doctor, it began in my back but now it seems that all of me is wrong’. She spoke of several other symptoms and went on – ‘I could have cried for the pills and the injections but I knew I mustn’t. Nobody seemed to understand how I felt and it was as if the world was against me. My husband and son were marvellous, but they were having to stay off work and lose their money. But it’s wonderful to begin to feel safe again’. Physical, emotional and social pain and the spiritual need for security, meaning and self-worth, all in one answer. Such a holistic approach will enable the dose of opioid to remain between each patient’s own effective and sedative levels while regular giving enables constant control of the almost invariably constant pain” (Saunders 2000/2006: 253).

Der Begriff T.P. hat zwei Aspekte, die für Palliative Care von gleicher Bedeutung sind: Mit dem Patienten im Gespräch sein und für gute Symptomkontrolle sorgen. Palliative Patienten sprechen nicht nur von Schmerzen und anderen Symptomen, sondern äußern zusammen mit diesen Beschwerden auch seelische, soziale, spirituelle Not. Spirituelle Not wird nicht durch Erhöhung der analgetischen Dosis gemildert. Im Unterschied dazu bessern sich aber Angst und Depression meist, wenn die physischen Symptome gut kontrolliert werden. „Much of this ‚t.p.’ can be alleviated without the use of analgesics. At the same time, attention to physical symptoms relieves much anxiety and depression“ (Saunders 1964: 68).

T.P. ist ein paradoxer Begriff: Durch die von Saunders geforderte „holistische“ Zugangsweise wächst auch die Gefahr eines totalitären ärztlichen Paternalismus: Der Arzt ist nicht nur für die Behandlung des organisch bedingten Schmerzes mit somatischen (vorwiegend pharmakologischen) Mitteln zuständig. Wenn er sich für psychische, soziale und spirituelle Belange seines Patienten interessiert, nimmt er auch Aufgaben wahr, die für gewöhnlich an die Seelsorge, an Psychiatrie und Psychotherapie, an

die Pflege, an Soziale Arbeit usw. delegiert werden. Die Öffnung für andere, über die somatische hinausgehende, Dimensionen des Schmerzes „humanisiert“ zwar die Schmerzbehandlung (Clark 1999), birgt aber zugleich die Gefahr, dass der Arzt sich eine neo-pastorale Macht (Foucault 1979/2005) anmaßt. Palliativmedizin ist dadurch ein Korrektiv gegenüber dem ärztlichen Paternalismus und dessen mögliche „totalitäre“ Gefahren, weil sie im Kern multiprofessionell angelegt ist. Der „totalitäre ärztliche Paternalismus“ beruht also auf einem grundsätzlichen Missverständnis von Palliative Care.

Das T.P.-Konzept gewinnt eine besondere Bedeutung in klinischen Situationen „unbehandelbaren“ Schmerzes. Psychiatrische und psychosomatische Erfahrung zeigen, dass Schmerz – selbst wenn keine organische Läsion nachweisbar ist – Symptom von Depression, Demoralisation (Kissane et al. 2001) oder Somatisierung sein kann. Organische und somatoforme Pathologie können beim selben Patienten vorliegen (Chaturvedi & Maguire 1998). Somatisierung ist bei palliativen Patienten eine häufige Schmerz-Ätiologie (Delgado-Guay & Bruera 2015) und hilft das Phänomen T.P. verstehen. In palliativen Situationen ist Somatisierung körperliche Darstellung von psychischer oder spiritueller Not durch verstärkten Ausdruck mehr oder minder erklärbarer und bekannter Symptome, viel weniger als Symptombildung ohne nachweisbare Pathophysiologie, wie dies bei neurotischen Störungen der Fall ist (Delgado-Guay & Bruera 2015).

Im multi-disziplinären Palliativteam tragen Ärzte, Pfleger, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Seelsorgende und andere Berufe zum Verständnis von T.P. bei. Trotzdem bleibt das o.a. Paradox bestehen: Die verschiedenen Dimensionen von T.P. wahrzunehmen, für diese offen zu sein, heißt nicht, den Schmerzpatienten ‚imperialistisch‘ zu beherrschen. Er oder sie braucht die Freiheit, den Augenblick, die Person, die Art und Weise der Mitteilung über das eigene Leiden zu wählen. In diesem Sinne war Cicely Saunders nicht nur Pionierin der Schmerztherapie, sondern auch eines patienten-zentrierten Ansatzes im Verständnis von T.P.

*Korrespondenzautor: Eckhard Frick, München,
E-Mail: eckhard.frick@tum.de
Johanna Anneser, München

Literatur

- Chaturvedi SK, Maguire GP (1998) Persistent somatization in cancer: a controlled follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research* 45:249–256.
- Clark D (1999) 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. *Social Science & Medicine* 49:727–736.
- Delgado-Guay M, Bruera E (2015) Multidimensional patient assessment. In: Bruera E, Higginson I (Hg.) *Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care*. Boca Raton: CRC Press. 323–334.
- Foucault M (1979/2005) "Omnes et singulatim": zu einer Kritik der politischen Vernunft. In: Defert D, Ewald F, Lagrange J (Hg.) *Schriften in vier Bänden. Dits et Écrits (Bd. 4)*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. 165–198.
- Kissane DW, Clarke DM, Street AF (2001) Demoralization syndrome – a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care* 17:12–21.
- Saunders CM (1964) The symptomatic treatment of incurable malignant disease. *Prescribers' Journal* 4:68–73.
- Saunders CM (2000/2006) The evolution of palliative care. In: Cicely Saunders: selected writings 1958–2004. New York: Oxford University Press. 251–258.