Schmerz — Urerfahrung oder kulturspezifisches Konstrukt?¹

Horst H. Figge

1. Das deutsche Wort "Schmerz"

Das deutsche Wort "Schmerz" ist ein Wort der Alltagssprache. Als ich mich, angeregt durch das Thema unserer Fachkonferenz, distanziert mit dem Thema "Schmerz" zu beschäftigen begann, habe ich mich deshalb zunächst einmal gefragt, was ich selbst meine, wenn ich dieses Wort verwende. Dabei stellte ich fest, daß es immer um Bewußtseinsinhalte geht, und zwar sehr verschiedenartige. Auch die zugrunde liegenden Auslöser dessen, was ich im Alltag Schmerz nenne, haben anscheinend nichts miteinander zu tun. Da ist die Schnittverletzung der Haut, der Krampf im Bein, ein schrilles Geräusch. Ich reagiere auch verschieden bei Schmerz: mal jammere ich und suche Trost oder Ablenkung, mal verkrieche ich mich und meide jede Möglichkeit, angesprochen oder berührt zu werden. Meine Schmerzen kann ich verschiedenartig beeinflussen oder auch nicht, der eine verschwindet durch Aspirin, der andere nicht. Besonders merkwürdig fand ich bei der Selbstbeobachtung, daß situative und andere Einflußfaktoren bewirken, daß ich einen Erlebnisinhalt mal als Schmerz empfinde und bezeichne, mal nicht. Unter anderem hat dies anscheinend mit der davon ausgehenden Beunruhigung zu tun. Ich bin geneigt, bereits bei einem leichten Druck in der Magengegend von "Leibschmerzen" zu sprechen; bei jeder minimalen Rückmeldung aus der Herzgegend von „Herzschmerzen". Dagegen würde ich sauren Geschmack, auch wenn er mich hin und her reißt, niemals als "schmerzhaft" bezeichnen; dasselbe gilt z.B. für das Brennen einer sehr scharf gepfefferten Speise. Bei einer Darlegung meiner Überlegung im kleinerem Kreis wandte ein Zuhörer ein, daß er scharf gewürzte Speisen durchaus als schmerzhaft empfinde. Genau dies ist aber, was ich sagen will: Mit dem

¹ Erste Veröffentlichung in: Curare, Sonderband 6 (1989), Schmerz - interdisziplinäre Perspektiven, S. 23-32.

deutschen Wort "Schmerz" bezeichnen Deutsche subjektive und völlig verschiedenartige Phänomenkomplexe. Die gleiche Begriffsverwirrung findet man in der gegenwärtigen Fachliteratur wieder. Autoren sprechen zum Teil über grundsätzlich verschiedene Themen, obwohl sie dasselbe Wort verwenden. Ja, es wird das Wort „Schmerz“ in einzelnen Arbeiten unreflektiert mal mit dieser, mal mit jener Bedeutung verwendet, so daß es zu Aussagen kommt, die, nebeneinandergestellt, unvereinbar sind oder sich sogar widersprechen. Gelegentlich geben Autoren sogar selbst zu, daß sie gar nicht wissen, worüber sie eigentlich schreiben.

2. Paradoxien

Im folgenden möchte ich zunächst eine Reihe von Paradoxien aus nach 1980 veröffentlichten wissenschaftlichen Büchern nennen.

2.1 Zur Schmerzdefinition

Ein Autor sagt "Schmerz ist ein subjektives Erleben" (KEESER 1982: 191). Im selben Buch überschreiben andere ein Kapitel mit "Schmerz als erlerntes Verhalten" (ebda.: 336). Weiterhin soll dann aber für den Neurophysiologen Schmerz "meist eine spezifische Aktivität im sensorischen System" sein (ebda.: 299). Mal wird also mit dem Wort "Schmerz" ein Bewußtseinsinhalt bezeichnet, mal ein Verhalten, mal eine sensorische Aktivität. Es liegt bereits auf diesem Hintergrund die Annahme nahe, daß die immer wieder beklagte Komplexität des sogenannten Schmerzproblems zunächst einmal weniger mit objektiven Sachverhalten zu tun hat, als mit semantischer Verwirrung. Ein Autor glaubt, die Lösung gefunden zu haben, wenn er schreibt: "Schmerz kann als eine Reaktion aufgefaßt werden, die auf drei Ebenen des Organismus abläuft: der subjektiv-psychologischen, der motorisch-verhaltensmäßigen und der physiologisch-organischen Reaktionsebene." In dieser Aussage liegt selbstverständlich keine Definition des Begriffs Schmerz.

Im Gegenteil wird seine Bedeutung noch unklarer, wenn der Autor bei der anschließenden Charakterisierung der drei Ebenen aussagt, daß sich "Schmerz" über sie nur äußert (MILTNER 1986:113). Wenn irgend etwas über drei Ebenen abläuft oder sich

über drei Ebenen äußert, muß es unabhängig davon existieren. Was das dann aber sein soll, was der Autor also meint, wenn er von Schmerz als solchem spricht, bleibt im Dunkeln.

Ein anderer Autor kommt zu Beginn eines längeren Aufsatzes über Schmerz zur Auffassung, daß "eine Übersicht über Schmerzphänomene zeigt, daß diese oder jede andere Definition unangemessen ist" (KEESER 1982:193). Offenbar merkt er nicht, daß es aufgrund dieser Aussage dem Leser völlig unbegreiflich bleiben muß, von was denn in seiner Arbeit überhaupt die Rede ist. Wissenschaftliche Aussagen zu undefinierbaren Sachverhalten gibt es schließlich nicht. Wenn der Autor tatsächlich zur Überzeugung gekommen sein sollte, daß jede Schmerzdefinition unangemessen ist, hätte er seine Beschäftigung mit dem Thema umgehend einstellen müssen.

2.2 Zur Entstehung von Schmerz

Angesichts der Schwierigkeiten mit dem Begriff einerseits und den drängenden Problematiken leidender Menschen andererseits, liegt es anscheinend nahe, in Physiologismen auszuweichen und ungeachtet der extremen Subjektivität des Schmerzerlebens und seiner subtilen Vielschichtigkeit von „Mechanismen“ zu sprechen. R. Melzack und P. D. Wall nennen Schmerz eine Modalitätsklasse, "die nur ein sprachliches Etikett für eine Vielzahl von Erlebnissen und Reaktionen ist" (ebda.:29). Daß sie daraus keinerlei Konsequenzen ziehen, sondern nichtsdestoweniger ihre physiologische "Gate-Control"-Theorie entwickeln, gehört unter die hier zu nennenden Paradoxien. Wenn Schmerz ein sprachliches Etikett ist, besteht die erste Aufgabe eines wissenschaftlichen Zugangs m.E. darin zu untersuchen, was im Einzelnen als "Schmerz" etikettiert wird. Die zweite Frage wäre dann, ob und inwieweit im einzelnen definierbare Phänomene vorliegen, die irgendeiner wissenschaftlichen Fachdisziplin als Gegenstand zugänglich sind.

Und erst wenn definierte und mit separaten Bezeichnungen versehene, wissenschaftsfähige Sachverhalte erarbeitet sind, kann es um die Erstellung von Theorien gehen. In einer Betrachtung zum Thema "Der Schmerz als medizinisches und philosophisches

Problem" meint ein Autor: "Eine einheitliche und allgemein anerkannte Schmerztheorie steht jedoch noch aus, was angesichts unserer Wissenslücken in der Physiologie, Anatomie und Biochemie des Schmerzes verständlich ist" (KURTHEN 1984:33f). Der erste Schritt zu einer Theorie ist aber doch wohl nicht die Anhäufung von irgendwelchem Wissen, sondern die Definition dessen, worauf sie sich überhaupt beziehen soll. Daß hier ein Philosoph seine Hoffnung auf die Chemie setzt, finde ich besonders bemerkenswert. Ein Autor, der aussagt "die physiologischen Bedingungen des chronischen Schmerzes sind [...] noch wenig erforscht", schreibt einige Zeilen später nichtsdestoweniger: "Schmerzen beruhen praktisch immer auf der Erregung von spezialisierten Rezeptoren, den Nozizeptoren, oder ihren afferenten Fasern" (KEESER 1982:46f).

23 Zum Schmerzverhalten

Auch bezüglich der Frage, ob es Schmerzverhalten gibt und was darunter verstanden werden soll, herrscht noch keine Klarheit.

Ronald Melzack und Patrick D. Wall analysieren im Rahmen der Vorstellung ihrer Schmerz-Theorie eine angebliche Schmerzreaktion, indem sie schreiben: "Auf die plötzliche und unerwartete Verletzung der Haut folgt a) das Überraschtsein, b) ein Beugereflex, c) das Wiedereinnehmen der normalen Haltung, d) der Schmerzscrei" usw. (ebda.: 24). Zunächst einmal werden hier alltäglichste Erfahrungen von Hautverletzungen unbeachtet gelassen, bei denen nicht ein einziges Glied der angegebenen Reaktionskette auftritt. Dann scheint mir eine Folge von Reaktionen, wie die genannte, normalerweise bei Schreck zu erscheinen. Das Überraschtsein bei Schmerz tritt, wenn nicht generell, dann doch in der Regel später auf als der Reflex.

Der Beugereflex bei der Berührung eines heißen Gegenstandes hat m. E. ebenso wenig mit Schmerz zu tun wie etwa das Zurückziehen des Unterschenkels bei Schlag gegen die Kniesehne. Ein anderer Autor schreibt dann auch: "Aber für den Schmerz ist gewiß, daß hinsichtlich der Abschätzung seiner Stärke keine ärztlich praktikable Methode existiert. Er ist beim Menschen... von außen unerkennbar, unerschließbar, seine

Existenz entzieht sich dem quantifizierenden Zugriff" (THOMS 1980:15).

Deshalb stellt die sogenannte Schmerzmessung ein m.E. besonders seltsames Kapitel dar. In einem Aufsatz über "Die Messung von Schmerz beim Menschen" heißt es: "Hauptprobleme für die Schmerzmessung sind einerseits eine allgemein anerkannte Definition von Schmerz, und andererseits fehlende Kenntnisse über die Natur der adäquaten Schmerzreize" (KEESER:113). Wenn ich das richtig verstehe, geht es also in dem 35seitigen Aufsatz um die exakte Messung von etwas, von dem nicht bekannt ist, um was es sich handelt. Der Autor schreibt, "daß elektrische Schmerzreizung vielleicht die am meisten benutzte Technik der experimentellen Schmerzauslösung ist, doch die elektrisch ausgelöste Reaktion ist eher eine des Unbehagens, als eine des Schmerzes" (ebda.: 115). Das hindert ihn aber nicht daran, die betreffenden Experimente trotzdem als Schmerzexperimente zu bezeichnen.

In Lexika findet man für das Wort "au" die Definition "Ausruf des Schmerzes". Dem wird man spontan zustimmen; die ethnologischen Belege sprechen sogar dafür, daß es sich um die Variante einer allgemein menschlichen Schmerzáußerung handelt. Das trifft auch für "weh" zu. Das "au" hat anscheinend etwas mit einem Schrei zu tun, das "weh" mit Schluchzen und Weinen (Ewe: *ao* oder *ae*; Umbundu: *we*; Ketschua: *wag*). Sieht man nun aber genauer hin, so treten diese Wörter weder spezifisch bei Schmerz auf, noch bei jedem oder irgendeinem bestimmten Schmerz. Gerade das uns so deutlich an Schmerz erinnernde Wort "au", ist tatsächlich wohl zunächst eine Reaktion auf eine bestimmte Form von Überraschung oder Schreck.

Das populäre Schmerzvokabular hat semantische Bedeutung und seine Erfassung kann der Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation dienen. Für die naturwissenschaftliche Sicht von Schmerz ist daraus keine Erhellung zu erwarten. Wenn sich ein Arzt nach Schmerzen erkundigt, bedeutet dies, genau besehen, daß er wissen will, was einen Patienten zur Annahme bringt, daß er krank ist. Und wenn ein Arzt als Beschreibung des Schmerzes die Auskunft erhält "es sticht" oder "es brennt", so hat dies die gleiche Qualität, wie wenn jemand sagt "Ich habe keinen Appetit mehr"

oder "Ich fühle mich matt". Daraus den wissenschaftlichen Schluß zu ziehen, es gäbe "stechenden Schmerz" oder "brennenden Schmerz" hat dieselbe Qualität, wie von "appetitraubener Krankheit" oder "passivierender Krankheit" zu sprechen.

2.4 Zur Funktion von Schmerz

Es wird immer wieder ausgesagt, Schmerz sei ein Signal. Gefahrensignale haben aber die Funktion, eine nahende oder mögliche Gefahr und damit die Schädigung vermeidbar zu machen. Wenn ein Schmerz z.B. bei einer Verletzung auftritt, ist die Schädigung aber bereits gegeben. Würden Reaktionen in schmerzauslösenden Situationen erst dann gezeigt, wenn Schmerz als Signal auftritt, würde niemand alltägliche Gefahrensituationen lange überleben.

Schmerz ist wohl zum einen als Indiz, als Anzeichen der Schädigung zu verstehen, zum anderen als negative Konsequenz, die zum Lernen von Vermeidungsverhalten führt. Auch z.B. ein Spannungskopfschmerz ist im üblichen Wortsinn kein Signal, sondern ein Indiz. Der Schmerz signalisiert nichts Kommendes, sondern er weist auf bestehende Belastung hin. Vollends paradox ist, wenn einerseits Schmerz als Gefahrensignal bezeichnet wird und andererseits an seiner Beseitigung, also an der Beseitigung des angeblichen Signals, nicht an der Beseitigung der Gefahr gearbeitet wird.

2.5 Zur Schmerztherapie

In bezug auf die Therapie ist offensichtlich, daß die Unklarheit des Schmerzbegriffs Hilfen im Fall konkreter Leiden behindern und verhindern kann. Sie führt in Einzelfällen sogar zu katastrophalen Fehlbehandlungen. Ich möchte dazu nur ein Beispiel zitieren. "Ursprünglich handamputiert, blieb einem Patienten mit Phantomschmerzen nach zehn weiteren Operationen nur noch ein Oberarm-stumpf. Trotzdem verlangte er nach einem erneuten Eingriff" (JORES 1981: 360). Daß Schmerzen psychologischer Einflußnahmen zugänglich sind, ist eine jedermann bekannte Tatsache. Statt von dieser Grundlage auszugehen und Schmerz auch als psychosoziales Problem

ernstzunehmen, reduzieren manche Psychologen selbst dies wieder auf die Chemie. In einer "Einführung in die Psychologie" lese ich zur Schmerztherapie: "Vielleicht wirken auch Verfahren wie Hypnose und Entspannung durch unmittelbare Freisetzung von Endorphinen" (KRECH und CRUCHFIELD 1985: 129).

Der massenhafte Konsum chemischer Schmerzmittel muß zum Teil auf das verbreitete mechanistische Verständnis des Schmerzes und seine Interpretation als Funktionsstörung zurückgeführt werden.

3. Schmerzprobleme

Das sogenannte Schmerzproblem entpuppt sich also zunächst einmal als ein Problem der Schmerzforschung, die nicht von real vorfindbaren Phänomenen ausgeht, sondern zum einen von einem vorwissenschaftlichen Begriff, zum anderen von mechanistischen Prämissen. Wulf Schiefenhövel hat 1980 auf die Ethnozentrität der Schmerzforschung hingewiesen (SCHIEFENHÖVEL 1980: 219). Nun muß Ethnozentrität für konkrete Hilfen nicht notwendigerweise ein Manko darstellen, weil und solange der Notleidende und der Helfer aus derselben Ethnie stammen. Wenn übereinstimmende Attributionen vorgenommen werden oder die Attribution des Helfers als letztlich gültig angesehen wird, mag Ethnozentrität sogar hilfreich sein; denn sie konstituiert Selbstverständlichkeiten, deren Existenz für die Beseitigung vieler Leiden sine qua non sind. In bezug auf das, was wir Schmerz nennen, gibt es bei uns aber, wie gezeigt, gegenwärtig kein gültiges Konzept der Helfer; genauer gesagt, bestehende Konzepte divergieren so stark, daß sie von den Hilfebedürftigen nicht in ausreichendem Maße als gültig akzeptiert werden.

Es können sich aufgrund dessen bei uns bereits im Alltag groteske Situationen ergeben. So kann jemand, der ein Leiden mit dem Wort Schmerz belegt und sich deshalb an einen Spezialisten zur Beseitigung von Schmerzen wendet, implizit oder sogar explizit zu hören bekommen, daß er überhaupt keine Schmerzen habe. Es kann umgekehrt jemand auf etwas hin behandelt werden, was ein solcher Spezialist Schmerzen nennt, obwohl ein vom Behandelten selbst so bezeichnetes Phänomen überhaupt nicht vorliegt. Wenn

mich ein Zahnarzt fragt: "Tut es weh?", weiß ich tatsächlich nicht, was er meint. Ich kann dann ebenso gut Ja" wie „Nein" antworten. Wenn er wissen will, ob mir das Bohren unangenehm ist, muß ich gegebenenfalls Ja" sagen; wenn er aber wissen will, ob es die Grenze des Erträglichen zu erreichen beginnt, muß ich im selben Fall "Nein" sagen.

Gelegentlich wird die Wahrnehmung plötzlich sehr intensiv und ich zeige eine heftige Reaktion, indem ich vielleicht aufschreie. Es liegt nahe, das als Schmerzäußerung zu bezeichnen. Wenn ich aber darauf vorbereitet bin, daß dieser Intensitätsgrad auftreten wird, zeige ich die Reaktion tatsächlich nicht. Das kann nur bedeuten, daß es also falsch ist, hier von Schmerzreaktion zu sprechen, weil es sich um eine Folge des Schrecks handelt. Der "Schmerz" ist von der Medizin zu einem wesentlichen Krankheitssymptom und damit diagnostisch verwendeten Indiz gemacht worden. Paul Ridder spricht 1979 vom "Schmerz als symbolischem Medium sozialer Interaktion und Kontrolle".

Dafür möchte ich hier ein weiteres Alltagsbeispiel geben: Wenn ich unangemeldet zum Zahnarzt komme, fragt die Sprechstundenhilfe: "Haben Sie Schmerzen?" Ich kann dann entscheiden: Wenn ich sage: "Ja, ich habe Schmerzen", werde ich sofort behandelt, wenn ich sage: "Nein, ich habe keine Schmerzen", bekomme ich einen Termin genannt und muß nochmal wiederkommen. Um also sofort behandelt zu werden, wie es ja doch mein Wunsch ist, muß ich zunächst einmal Schmerzen haben. Abgesehen von der suggerierten Anregung zur Lüge, wird dadurch meine Tendenz verstärkt, eine gegebenenfalls vorhandene Wahrnehmung in der Zahnregion als Schmerz zu definieren, während ich gleichzeitig vorhandene gleiche oder stärkere Wahrnehmungen in oder an anderen Körperteilen nicht so bezeichnen würde. Eine "Schmerz" genannte Wahrnehmung ist eben nicht mehr irgendeine Wahrnehmung, sondern eine, die fortwährend die angstbedingte Aufmerksamkeit auf sich zieht und nicht sein darf.

3.1 Zur Schmerzdefinition

Es braucht nicht betont zu werden, daß die mit dem deutschen

Wort Schmerz" bezeichneten Phänomene unabhängig von der Sprache bestehen. Trotzdem enthält die auch in wissenschaftlichen Veröffentlichungen immer wieder gestellte Frage "Was ist Schmerz?" einen Fehler in sich; denn sie müßte richtig lauten: "Was wird im Deutschen mit dem Wort Schmerz" bezeichnet?" Daß mit dem deutschen Wort Schmerz" und Zusammensetzungen wie Schmerzempfindungen" keineswegs irgendwelche Naturtatsache"(WITTGENSTEIN nach KURTHEN 1984:57) und damit ein per se wissenschaftsfähiger Sachverhalt gemeint ist, zeigen besonders deutlich Sprachen, in denen parallele Wörter in anderen Assoziationszusammenhängen stehen oder in denen Wörter, die auch nur einigermaßen zum deutschen Schmerz" passen, völlig fehlen. Bereits das englische *pain* hat ein etwas anderes Bedeutungsfeld wie das deutsche Wort "Schmerz". Im Deutschen ist ,weh tun" und ,krank sein" etwas weitgehend Verschiedenes und zwar auch, wenn es um körperliches Wehtun geht. Kaum jemand wird auf den Gedanken kommen, bei Kopfschmerzen zu sagen, sein Kopf sei krank. Im Russischen dagegen ist "ich habe Kopfschmerzen" dasselbe wie "mir ist mein Kopf krank", denn es gibt nur ein Wort für "weh tun" und "krank sein" (*botet*). Im westafrikanischen Ewe wird ein und dasselbe Wort je nach Zusammenhang verstanden als "Hunger, Mühe, Not" oder eben "Schmerz".

Zum deutschen Wort "Schmerz" ist zu bemerken, daß es in der Alltagssprache erstaunlich selten verwendet wird; das Verb ,schmerzen" fast überhaupt nicht. Wir sagen in aller Regel nicht, "es schmerzt", sondern "es tut weh". Das ist insofern interessant, als das Gegenteil von "es tut weh" ja "es tut gut" bzw. "es tut wohl" ist. Damit kommt bereits in der Alltagssprache zum Ausdruck, daß es meist nicht um Wahrnehmungsinhalte geht, sondern um deren Beurteilung. Wir können z. B. sagen "Es tut weh zu sehen, daß es schlechten Menschen gut geht".

Weil es in der Schmerzforschung eine Rolle spielt, wähle ich das Erleben von Wärme als Beispiel. Normalerweise merken wir nichts von der Temperatur der uns umgebenden Luft. Wir nehmen sie fortwährend wahr; die unbewußt ablaufende Beurteilung auf der aktuellen psychischen Gesamtsituation verhindert aber den

Eintritt ins Bewußtsein. Erst wenn die Gesamtsituation so ist, daß die Wärme irgendwie bedeutsam wird, tritt sie als Inhalt ins Bewußtsein, wir merken, daß es warm ist. Der unbewußte Beurteilungsprozeß wird dann durch einen bewußten ergänzt und führt gegebenenfalls zu Reaktionen, die den Zweck haben können, den Inhalt wieder aus dem Bewußtsein zu schaffen, um anderem Platz zu machen. Gelingt es nicht, den Inhalt relativ bald aus dem Bewußtsein zu bekommen, so daß er das Auftreten anderer Inhalte behindert, bekommt er die Assoziation des Unangenehmen. Dies ist erreicht, wenn wir im Deutschen von "heiß" sprechen. Sobald dann die Hitze unerträglich wird, nennen wir den gleichen Bewußtseinsinhalt "Schmerz". Wo die Grenzen zwischen angenehm warm, unangenehm heiß und schmerzhaft liegen, hängt von unzähligen kulturellen, individuellen und situativen Momenten ab. Ich bin der Meinung, daß immer dann, wenn es um die direkten Folgen der Reizung von Nozizeptoren geht, konsequent von Nozizeption oder Noxenwahrnehmung gesprochen werden sollte. Der Begriff "Schmerz" wird erst dann wissenschaftlich brauchbar, wenn mit ihm eine Qualität von Wahrnehmungserlebnissen und anderen Bewußtseinsinhalten bezeichnet wird.

3.2 Zur Entstehung

Bewußtseinsinhalte sind stets das Produkt eines vorangegangenen unbewußten Verarbeitungs- und Bewertungsprozesses. Dabei werden Nozizeptionen unter bestimmten Umständen zu Schmerz, z. B. nämlich dann, wenn sie aufgrund des subjektiven Bewertungsprozesses mit Angst verknüpft sind. Sie tendieren dann dazu, das Bewußtsein zu überwuchern, d.h. andere Inhalte zu verdrängen. Ein in irgendeiner Form mechanistisches Verständnis von Schmerz ist damit seiner Grundlage beraubt.

Eine Feststellung, die Medard Boss in bezug auf die Geschichte der Psychotherapie trifft, gilt m. E. auch für das Problem der wissenschaftlichen Schmerzforschung. Er schreibt von der Notwendigkeit "der strengen Unterscheidung zwischen einer Ursache in naturwissenschaftlichem Sinne und einer Motivation als einem menschlichen Phänomen. Daß diese Unterscheidung [...] aufs übelste vernachlässigt wurde und immer noch wird, ist

die Quelle schlimmster Verwirrungen innerhalb der Psychologie und Psychopathologie im ganzen... Das Kausal-Denken läßt sich mit großem manipulativen Erfolg auf Materielles anwenden. Zu einem Verstehen von Phänomenen des menschlichen Existieren jedoch vermag es nichts beizutragen" (BOSS 1979:691).

Es ist allgemein bekannt, daß man Schmerzen bei Kindern durch Ablenkung beseitigen kann. Ebenso allgemein bekannt ist, daß man sich auch als Erwachsener verletzen kann, ohne es zu merken, und daß dann Schmerzen in dem Augenblick auftreten, in dem man auf die Verletzung aufmerksam wird. Bei Kindern sind Schmerzen unter Umständen suggestiv durch Blasen wegzubekommen; bei Erwachsenen durch Plazebos.

Ob eine Nozizeption als Schmerz erlebt wird oder nicht, hängt von unbewußten Beurteilungsprozessen ab. Diese beziehen sich zum einen auf die echten oder vermeintlichen Ursachen, zum anderen auf die echten oder vermeintlichen Folgen. Die subjektiven Überzeugungen in bezug auf die Ursachen werden Attributionen genannt. Wenn eine bestimmte Rückmeldung vom Magen vorliegt, die auf Hunger oder vorangegangenes Essen zurückgeführt wird, wird sie wahrscheinlich nicht als Schmerz erlebt. Wenn die gleiche Rückmeldung dagegen auf ein befürchtetes Magengeschwür zurückgeführt wird, wird sie wahrscheinlich als Schmerz erlebt.

Dem liegt wohlgermerkt ein subjektiver Prozeß zugrunde, der mit objektiven Gegebenheiten überhaupt nichts zu tun zu haben "braucht. Konkrete Attributionen sind nun selbstverständlich nicht restlos individuell bedingt, sondern beruhen weitgehend auf tradierten Attributionsmustern, d.h. sie sind kulturabhängig. Es kann deshalb ein direkter Zusammenhang zwischen der anscheinend zunehmenden Schmerzproblematik in unserer Gesellschaft und der Medizinisierung populärer Attributionen gesehen werden. Die Möglichkeit, eine Nozizeption auf ein Magengeschwür zurückzuführen, setzt einen gewissen Grad an medizinischen Kenntnissen voraus.

Mit der Unterscheidung von Nozizeption und Schmerz wird auch verständlich, daß das Schmerzerleben in hohem Maße rollenabhängig ist. Die Beurteilung einer Nozizeption findet auf dem

Hintergrund des gegenwärtigen Selbstverständnisses und der damit verbundenen Beurteilung der Gesamtsituation statt. Berichte über Selbst- und Fremdbeobachtung belegen, daß das Nichtauftreten von Schmerz auch bei massivsten Verletzungen nicht ausschließlich durch Ablenkung erklärt werden kann, sondern etwas mit anstehenden Aufgaben zu tun hat, deren Bewältigung nicht möglich wäre, wenn die Nozizeption als Schmerz zum Bewußtsein zugelassen würde. Ich habe bei Besessenheitsmedien beobachtet, daß sie Nozizeptionen offenbar nicht bemerkten oder vorsichtiger ausgedrückt: nicht beachteten, solange sie sich in einer bestimmten Geistrolle (z.B. der eines Teufels) befanden, daß sie aber sogleich Schmerzverhalten zeigten, wenn sie aus der Geistrolle in ihre Alltagsrolle zurück kamen. Dieselben Medien zeigten dagegen heftige Schmerzreaktionen in anderen Geistrollen (z. B. der eines Kindes).

3.3 Zum Verhalten

Daß erzieherische Einflußnahmen auf die Schmerzempfindlichkeit versucht werden und möglich sind, ist allgemein bekannt. Eine unserer Erziehungsmaximen lautet: "Ein Junge weint nicht"; das heißt, männliche Kinder werden aufgefordert, Äußerungen von Leid und auch Schmerz nach Möglichkeit zu unterlassen. In arabischen Sprachen wird sogar kategorisch ausgesagt: "Einem Jungen tut nichts weh". Dementsprechend scheint bei Jungen allgemein eine Tendenz zu bestehen, sich gegenseitig Schmerz zuzufügen, ohne entsprechende Reaktionen zu zeigen. Berichte Wulf Schiefenhövels über Eipo-Buben (SCHIEFENHÖVEL 1980:224) erinnerten mich daran, daß wir uns als Zehn- oder Elfjährige im Kreis nach Kräften an den Haaren gerissen haben und derjenige verlor, der als erster ein Schmerzzeichen von sich gab. Es muß also offensichtlich auch zwischen Noxenreaktion und Schmerzreaktion unterschieden werden.

3.4 Zur Funktion

Die derzeit bei uns noch vorherrschende Sichtweise von Schmerz führt notwendigerweise zur Frage des Warum (aus welchem

Grund) und läßt die Frage nach dem Wozu (zu welchem Ziel) gar nicht erst aufkommen. Die Psychosomatik hat hier eine Verschiebung der Blickrichtung mit sich gebracht. Obwohl Schmerz ein Erlebnisinhalt ist, den wir normalerweise nicht bewußt anstreben und los sein wollen, sobald er auftritt, gehört er doch zu denen, die am leichtesten erreichbar sind. Es ist kaum etwas leichter, als sich selbst Schmerz zuzufügen. Menschen fügen sich Schmerz nicht nur zu, wenn und weil sie ihn masochistisch erleben. Da Schmerzreize ins Bewußtsein drängen, haben sie auch die Qualität von Weckreizen; mit selbst zugefügten Schmerzreizen kann man seine Bewußtseinshelligkeit steigern.

Da Schmerzen andererseits dazu tendieren, das Bewußtsein zu überschwemmen, können sie aber auch das Bewußtwerden von Inhalten verhindern. Das heißt, sie können die Funktion eines Abwehrmechanismus annehmen. Und da Schmerzen passivierende Wirkung haben, kann der Mensch sich über Schmerzen selbst zwingen, Verhaltensweisen zu unterlassen oder sich aus Arbeitsprozessen zurückzuziehen, gewissermaßen ohne dabei vor sich selbst das Gesicht zu verlieren. Mit der Unterscheidung der physiologischen Nozizeption vom psychologischen Schmerz verschwindet auch die Paradoxie der Aussage, daß Schmerz lustvoll erlebt werden kann. Nozizeptionen können schmerzhaft erlebt werden oder in Grenzfällen auch lustvoll.

Ich möchte aus ethnopsychologischer Sicht nicht unerwähnt lassen, daß die Rede von „Schmerzmechanismen“ in klassischer Weise magische Züge hat. Etwas Bedrohliches wird mit einem Namen belegt, der schlichte Bewältigbarkeit suggeriert. Angesichts extremen Leidens kann es für alle Beteiligten entlastend wirken, statt von psychosozialen Problemen, fehlendem Lebenssinn und dergleichen, von Nervenfasern und dergleichen zu sprechen. Das tatsächlich vorliegende Leiden kann dadurch aus dem Blick geraten und unter Umständen erträglicher werden.

3.5 Zur Therapie

Aufgrund des Gesagten muß der bei uns vorherrschenden Meinung entgegengetreten werden, daß Schmerzen generell ein

im engeren Sinn medizinisches Problem darstellen. "Ein 34jähriger Patient sollte wegen einer Anästhesia dolorosa im Bereich der Sacralsegmente [...] chordotomiert werden. Nach einer sechswöchigen Psychotherapie, die auch das Problem der Iatrogenie berücksichtigte und einer klärenden Konfrontation mit dem verantwortlichen Arzt nicht auswich, milderten sich die Schmerzen [...] der Patient war ein Jahr später wieder aktiv berufstätig" (JORES 1981:360). Tatsächlich ist also der konkrete ärztliche und psychologische Umgang mit Schmerzen stellenweise den Überlegungen von Schmerztheoretikern weit voraus. Beispielsweise unterscheidet F. Beyme (JORES 1981:216) im Bereich dessen, was im Alltag Kopfschmerzen genannt wird, zwischen organischen und funktionalen, wobei er diese unterteilt in vier Formen von vaskulären Kopfschmerzen, in die Muskelkontraktions- bzw. Spannungskopfschmerzen und in die Neuralgie. Zu jeder dieser Kopfschmerzarten sind ganz verschiedenartige, spezifische Auslöser, Symptome, Verläufe und Therapiemöglichkeiten herausgearbeitet worden.

Charles T. Tart hat Postulate der orthodoxen Psychologie der westlichen Welt zusammengestellt; darunter führt er an: "Während die orthodoxe Psychologie des Westens einerseits durchaus anerkennt, daß es sich beim Schmerz um ein nützliches Signal handeln kann, das uns vor einer psychischen Krankheit oder einer bedrohlichen Situation warnt, betrachtet man ihn andererseits als etwas, das unter allen Umständen vermieden werden sollte... Beiden spirituellen Psychologien begegnen wir in der Regel einer ganz anderen Einstellung: Sie betonen, daß gerade durch das Bestreben, dem Schmerz auszuweichen und ein Maximum an Lustgewinn zu erzielen, menschliches Leiden erst zum Problem wird. Da in unserer unvollkommenen Welt zwangsläufig jeder Mensch ein gewisses Maß an Schmerz und Unglück ertragen muß, werden wir durch unser Ausweichen vor dem Schmerz... zu Opfern des Schmerzes, wenn wir ihm einmal absolut nicht mehr ausweichen können" (TART 1978:159f.).

Sieht man das Problem "Schmerz" unter diesem Gesichtswinkel, so kommen Dimensionen der Leidensfähigkeit und des Sinns von Leiden in den Blickwinkel. Dann geht es nicht mehr in jedem Fall

primär um die Beseitigung von Schmerz, sondern um die Akzeptierung von Schmerz als Lebensäußerung. In einem Aufsatz über Schmerz ist von der Verzärtelung die Rede, die nach Nietzsche charakteristisch sei für die Gegenwartssituation in Europa (THOMS 1980:20). Ich habe das Wort "Verzärtelung" kurioserweise einmal als "Verärztelung" gelesen und meine, daß auch dies zutrifft. Es darf nicht übersehen werden, daß die Unfähigkeit oder Unwilligkeit, Unannehmlichkeiten des Lebens zu ertragen, mit dem Angebot von Auswegen zunimmt.

Abb. 1: Schmerz als Ergebnis des unbewußten Prozesses der Beurteilung einer „Nozizeption“

4. Zusammenfassung

Zusammenfassend komme ich zu dem Ergebnis, daß der Begriff "Schmerz" die gleichen Dimensionen besitzt wie der Begriff "Krankheit". Das heißt, allgemeine Aussagen gleich welcher Art über "den Schmerz" haben die Qualität von allgemeinen Aussagen über "die Krankheit". Versuche, "den Schmerz" zu definieren entsprechen Versuchen, "die Krankheit" zu definieren. Wenn Schmerztheorien die Qualität von Krankheitstheorien haben, so bedeutet dies, daß es müßig ist, aus naturwissenschaftlicher Sicht über eine umfassende Schmerztheorie nachzudenken. Das heißt, es kann nur je spezifische Schmerztheorien geben, die auf den Begriff "Schmerz" ebenso verzichten, wie irgendeine Krankheitstheorie eine einzelne Krankheit beim Namen nennt, den Begriff "Krankheit" selbst aber nicht verwendet. Die Abgrenzung zwischen Schmerz und Nozizeption läßt deutlich werden, daß der Arzt zwar fortwährend mit Schmerz zu tun hat, daß es im engeren Sinn medizinische Mittel aber nur gegen Noxen und Nozizeption geben kann. Schmerz dagegen ist der Psycho- und Soziotherapie zugänglich.

Literatur

- BOSS M. 1979: Das Irrationale in der psychotherapeutischen Behandlung. In: Condrau G.: *Transzendenz, Imagination und Kreativität*. Die Psychologie des 20. Jahrhunderts Bd. XV:687-696.
- BULLINGER M. 1983: *Kognition und Aktivierung in aversiven Situationen*. Ansätze zu einer psychosomatischen Grundlagenforschung am Beispiel von Streß und Schmerz. Phil.Diss.
- JORES A. 1981: *Praktische Psychosomatik*.
- KEESER W., PÖPPEL E., MITTERHUSEN P. (Hrsg.) 1982: *Schmerz*.
- KRECH D. und CRUTCHFIELD R.S. et al 1985: Grundlagen der Psychologie Bd. 2 Wahrnehmungspsychologie. Bearb. u. hrsg. v. Benesch H..
- KURTHEN M. 1984: Der Schmerz als *medizinisches und philosophisches Problem*. Anmerkungen zur Spätphilosophie Ludwig Wittgensteins und zur Leib-Seele-Frage.
- LARBIG W. 1982: Schmerz. *Grundlagen Forschung Therapie*.

Stuttgart u.a. MELZACK R. 1978: *Das Rätsel des Schmerzes*.
MILTNER W., BIRBAUMER N., GERBER W.-D. 1986:
Verhaltensmedizin.
SCHIEFENHÖVEL W. 1980: Verarbeitung von Schmerz und
Krankheit bei den Eipo, Hochland von West-Neuguinea. *Med.*
Psychol. 6:219-234.
TART C.T. 1978: *Transpersonale Psychologie*.
THOMS, H. (Hrsg.) 1980: *Diagnose und Therapie des Schmerzes*.
WÖRZ R. (Hrsg.) 1986: *Pharmakotherapie bei Schmerz*.