

Christian Grüny

Zwischen Aspirin und Algodizee

Zum Problemfeld Schmerz und Sinn

Das Problemfeld Schmerz und Sinn ist komplex. Schmerz als Erfahrung und als beobachtetes Phänomen scheint eine untrennbare innere Verbindung zum Sinn zu unterhalten, die aber aufklärungsbedürftig ist. Der Text unterscheidet Register von Sinn – Sinnlichkeit, Bedeutung und Rechtfertigung – und geht dabei von der Frage aus, wer wann wem gegenüber die Frage nach dem Sinn stellt bzw. wem sie sich stellt. Dabei ist von unscharfen Grenzen und von Übergängen zwischen den einzelnen Registern auszugehen, die in der Regel nicht bewusst sind. Es zeigt sich, dass es sich bei Schmerz um ein hochambivalentes Phänomen insofern handelt, als vor allem das Scheitern eindeutiger Sinnzuweisungen immer wieder derartige Registerwechsel provoziert, die in der Moderne auch die Variante vollständiger Sinnlosigkeit einschließen. Statt diese Erkenntnis in eine konservative Kulturkritik umzumünzen, wird dafür plädiert, die Situations-, Kontext- und Diskursabhängigkeit dieser Sinnzuweisungen anzuerkennen.

Schlüsselbegriffe: Schmerz, Sinn, Rechtfertigung, Anästhesie, Kulturkritik

Auf diese Weise wird die geistige Behandlung jeder Gegebenheit, jeder Erfahrung und jeden Gegenstandes durch die Art der Frage bestimmt.

Susanne K. Langer

Warum tut das so weh? Warum ich? Wie kann Gott all das Leiden zulassen? – Es gibt wohl keine Erfahrung, die sich die Sinnfrage derart unausweichlich und hartnäckig zuzieht wie die des Schmerzes. Man wird sogar sagen können, dass jene großgeschriebene Frage nach dem Sinn, die einigermaßen aus der Mode gekommen ist, hier eines ihrer letzten Refugien findet: Wer würde heute noch nach dem Sinn des Lebens fragen? Man muss nur die entsprechende Frage in Bezug auf den Schmerz formulieren, um zu sehen, dass sie hier durchaus nicht so abwegig erscheint: Was also ist der Sinn des Schmerzes? Man wird sich schnell darauf einigen können, dass so zu fragen mehr verdeckt als es erhellt: Es gibt nicht *den* Sinn, so wenig es *den* Schmerz gibt. An beiden Begriffen wäre



einige Differenzierungsarbeit zu leisten, wobei es Unterschiedliches zu berücksichtigen gilt.

Der Begriff des Sinns ist einer der vieldeutigsten und gerade in seiner Vieldeutigkeit produktivsten philosophischen Begriffe; schon Hegel geriet angesichts dieses »wunderbare[n] Wort[s]« (1970, S. 173) ins Schwärmen. Zu den beiden Bedeutungen Sinnlichkeit und Bedeutung, die Hegel unterscheidet, müssen wir gerade in unserem Kontext noch eine dritte hinzufügen: diejenige der Rechtfertigung. Auch wenn die Sinnfrage in unserem Fall auf Letztere zu zielen scheint, sind die anderen Felder auch hier mit im Spiel, und es macht den Begriff aus, dass sich eine scharfe Grenze gerade nicht ziehen lässt. – Das Phänomen des Schmerzes auf der anderen Seite führt die Suggestion unmittelbarer Bekanntheit und Eindeutigkeit mit sich, als finge die Fraglichkeit hier erst mit dem Stellen der Frage nach dem Sinn an. Genauere Betrachtung zeigt, dass dies keineswegs der Fall ist: Nicht nur ist durchaus unklar, was Schmerz überhaupt ist, sondern ebenso, ob der Begriff als Klammer für die doch sehr unterschiedlichen Erfahrungen taugt, die er zusammenzufassen beansprucht (vgl. zu diesem Konzept Grüny, 2004).

Offensichtlich öffnen diese Rückfragen Diskussionsfelder, die im Rahmen dieses Textes nicht annähernd angemessen behandelt werden können. Ich möchte daher einen etwas anderen Ansatz wählen, der seinen Ausgang von der Sinnfrage selbst nimmt und der auf eine Fraglichkeit führt, die mir der Erfahrung selbst innezuwohnen scheint: Wer fragt wen wann nach *dem Sinn des Schmerzes*? Und wozu dient die jeweilige Antwort? Anhand von unterschiedlichen Formen des Betroffenseins, Situationen, Frageregistern, Antwortmöglichkeiten und Diskurszusammenhängen kann daraus ein Profil des Feldes um Schmerz und Sinn gewonnen werden, das Herkunft und Stoßrichtung der Sinnfrage zu verstehen erlaubt, ohne sich selbst an einer Antwort zu versuchen, ohne sie aber auch schlicht zurückzuweisen. Nur so lassen sich weitergehende Fragen, wie etwa die nach dem gesellschaftlichen Umgang mit dem Schmerz, sinnvoll stellen. Um die Diskussion nicht ins Uferlose laufen zu lassen, werde ich mich dabei auf den körperlichen Schmerz beschränken.

Gehen wir von einer alltäglichen Situation aus: Eine Person läuft mit bloßen Füßen über eine Wiese und merkt plötzlich, wie etwas in ihren Fuß sticht. Sie wird vermutlich den betroffenen Fuß ruckartig hochheben, vielleicht begleitet von einem Schmerzlaut oder auch einem Fluch, und seine Unterseite ansehen. Es mag sein, dass das Stechende dort noch zu sehen ist – etwa ein Dorn, ein spitzer Ast oder gar eine Biene –, dass es zumindest eine Spur hinterlassen hat oder dass es spurlos verschwunden ist; dass der Schmerz anhält, schwächer geworden ist oder ebenfalls ganz verschwunden ist. Die betroffene Person wird Dorn, Ast oder Biene entfernen oder sich direkt der schmerzenden Stelle zuwenden und diese reiben oder sich doch zumindest versichern, wo der Schmerz war. Wenn es sich nicht gerade um einen Bienenstich handelte, so wird sie dann vermutlich ihren Weg fortsetzen, wobei fast sicher der Gedanke auftauchen wird, ob es nicht sinnvoller gewesen wäre, Schuhe anzuziehen.

Diese Situation erscheint vollkommen trivial und einigermaßen weit von der Frage nach dem Sinn entfernt. Aber so einfach ist die Sache nicht: Aufschlussreich ist sie gerade in ihrem recht unspektakulären Verlauf und den inneren Bezügen zu genau dieser Frage, die sich daraus ergeben. Das erste Register von Sinn, um das es hier gehen kann, ist dasjenige der Sinnlichkeit. Gerade in unserem alltäglichen Beispiel zeigt sich der Schmerz als das, als was er von der medizinischen Forschung vielfach bis heute betrachtet wird: als eigenständiger Sinn. Die Wortbildung Nozizeption, mit der die Medizin hier operiert, macht dies anschaulich. Analog der Perzeption, der Wahrnehmung der Welt und ihrer Dinge und Prozesse, wird ein Sinn postuliert, der es mit der Registrierung von Schädigendem zu tun hat. So glaubt man formulieren zu können: »Der Schmerzsinn informiert über bedrohliche, schädigende Einflüsse (Noxen) auf den Körper« (ten Bruggencate, 1992, S. 60).¹

Nun ist eine solche Aussage in mehrerlei Hinsicht problematisch, und hinter die Funktionalität des Schmerzes in allen seinen Ausprägungen kann ein deutliches Fragezeichen gesetzt werden²; dennoch trifft sie gerade für die hier skizzierte Situation uneingeschränkt zu. Die spazierende Person ist durch den plötzlichen Schmerz gewarnt worden, nicht noch fester aufzutreten, sie konnte den schädigenden Einfluss sofort erkennen

und beseitigen – auch wenn sie sich vielleicht dagegen verwehren würde, diese Warnung als bloße ›Information‹ zu bezeichnen. In jedem Fall kann der Schmerz in unserem Fall nicht nur *als* Sinn, sondern als eminent *sinnvoll* betrachtet werden – so sinnvoll, dass die Frage nach seinem Sinn gar nicht erst aufkommt. Man muss sich klarmachen, dass dies der Normalfall ist: Schmerz taucht auf, fungiert als drastischer Hinweis auf etwas, das man tunlichst unternehmen oder unterlassen sollte, und verschwindet wieder, wenn seine Ursache beseitigt ist. Sollte es sich um einen Bienenstich gehandelt haben, bleibt er noch einige Zeit erhalten, aber dieses Verharren kann man problemlos erklären und sein Ende abwarten. Dieser Schmerz weist auf ein Problem hin, ist aber selbst unproblematisch. Die Schmerzwahrnehmung als solche ist ein Sinn, und jeder konkrete Fall trägt seinen Sinn klar erkennbar in sich. Sinn bezeichnet hier freilich keine in sich ruhende Struktur, die zur Kenntnis genommen werden könnte, sondern eine Aufforderung, etwas zu tun. Fehlt diese, wie etwa bei angeborenen Störungen der Schmerzwahrnehmung, so wird man sich ständig verletzen und am Ende in den alltäglichsten Situationen in lebensbedrohliche Gefahr bringen.

Was genau ist nun aber damit gesagt, dieser Schmerz sei der Normalfall? Kaum haltbar wäre es, ihn als Paradigma für Schmerz überhaupt aufzufassen, wie es das zitierte Lehrbuch für Physiologie zu tun scheint: Es gibt derart viele eminent problematische Fälle von Schmerzerfahrung, dass sich die medizinische Schmerztheorie längst von einem so schlichten Modell entfernt hat.³ Ich möchte in einem anderen Sinne von Normalität sprechen: Jener unproblematische Schmerz ist normal, gerade weil ihn eine so große Kluft von anderen, offensichtlich dysfunktionalen Erfahrungen trennt: Von ihm aus ist eine Erwartung von Normalität formulierbar, die sich zuerst einmal an jede Schmerzerfahrung richtet. Fällt diese Normalität aus, so erfährt die Sinnfrage eine Reihe von grundlegenden Transformationen; dennoch bleibt noch die übergroße Frage nach dem Sinn des Schmerzes auf sie bezogen. Will man Mystifikationen und Trivialisierungen gleichermaßen vermeiden, so muss dieser Bezug berücksichtigt werden.

Was ist nun, wenn die Sache doch nicht so unproblematisch ist wie in unserem ersten Beispiel? Man wird sich Hilfe suchend an andere wenden, die der Bitte um Linderung nach ihren Möglichkeiten nachkommen; wenn diese Versuche nicht fruchten, ist in der Regel die Medizin die Instanz, die konsultiert wird. Wer Schmerzen hat, die er nicht zu ertragen bereit ist, deren Ursache er sich nicht erklären kann oder deren Beseitigung seine eigenen Kräfte überschreitet, wendet sich an einen Arzt (oder er greift zur Selbstmedikation, nimmt also ebenfalls das System Medizin in Anspruch). Er tut dies natürlich nicht in der Hoffnung auf Sinnstiftung, sondern mit der Bitte um Abhilfe. Dennoch darf man sich nicht darüber täuschen, dass die Sinndimension weiterhin im Spiel ist: Ein wesentlicher Teil dessen, was man sich vom Arzt erhofft, ist eine klare Diagnose, also eine eindeutige Aussage darüber, *was* es ist, an dem man leidet. Aus diesem ›Was‹ ergibt sich, so ist zu hoffen, eine benennbare Ursache für den Schmerz und in eins damit ein Weg seiner Beseitigung – also wiederum eine Klärung der für den Leidenden selbst getrüben Sinndimension.

Es mag sein, dass die an den Arzt gestellte Frage die Form einer Warumfrage hat, aber es ist zuerst einmal ein wenig emphatisches Warum, das nicht nach einer Begründung oder gar Rechtfertigung, sondern nach einer Ursache fragt. Grundiert ist all dies von der Unterstellung gelingender Diagnose und Therapie, also, wenn man so will, von einer Art Grundvertrauen in die Versteh- und Handhabbarkeit der Welt. Dieses Vertrauen ist bis zu einem gewissen Punkt nicht davon abhängig, wie stark die Schmerzen sind und wie lange sie andauern: So wird man tendenziell bereit sein, auch stärkere postoperative Schmerzen als Teil eines Heilungsprozesses zu ertragen. Voraussetzung ist wiederum das Versprechen einer wiederhergestellten Gesundheit – oder besser: eines wiederhergestellten Wohlbefindens – und damit eines absehbaren Endes der Schmerzen.

Überschreiten die Schmerzen eine gewisse, je nach Betroffenen und Situation unterschiedliche Intensität, so mögen sie unerträglich werden und die Analgetika zu einem Segen, in Bezug auf den man keiner Abwägung mehr fähig ist. Intensive Schmerzen, mögen sie auch kurz andauern,

verändern den Charakter dieses eigentümlichen Sinnes: Dem Schmerz schwacher oder mittlerer Intensität eignet eine mehr oder weniger klare Lokalisierbarkeit. Der Stich unseres Ausgangsbeispiels wurde an einer recht klar definierten Stelle der Fußsohle empfunden, und der Griff nach dem Fuß kann als Versuch gewertet werden, sich dieser Stelle zu versichern, sie in den Raum des auch mit anderen Sinnen Wahrnehmbaren und damit gewissermaßen Verfügbaren zu holen. Die kontrollierten Nadelstiche der klassischen Experimente zur Schmerzwahrnehmung setzen ganz auf diese Deutlichkeit, in der der Schmerz sich nicht grundlegend von anderen Sinneserfahrungen unterscheidet: Hier spüre ich Wärme, dort die Berührung des Stoffes meines Kragens und dort Schmerz. Ein solcher Schmerz ist gewissermaßen eingehegt und auch wenn er eine unwillkürliche Reaktion nach sich ziehen mag, kann er doch mit einer gewissen Disziplin als eines von vielen Vorkommnissen im Empfindungsfeld angesehen werden. Die klar umschriebene Stelle ist wesentlicher Teil der sinnlichen Normalität.

Der sich intensivierende Schmerz büßt seine Lokalisierbarkeit in dem Maße ein, in dem er anwächst. Um Elaine Scarry zu zitieren:

Am Anfang ist er lediglich ein erschreckendes, wiewohl begrenztes inneres Faktum, am Ende hat er den ganzen Körper mit Beschlag belegt und greift sogar noch darüber hinaus, zieht alles, innen und außen in seinen Bann, macht beides auf obszöne Weise ununterscheidbar und zerstört, was ihm fremd ist oder seine Ansprüche bedrohen könnte, die Sprache geradeso wie alles andere, das es uns ermöglicht, uns in die Welt auszudehnen (1992, S. 83).⁴

Die Tendenz des starken Schmerzes zur Totalisierung, von der Scarry hier spricht, entfernt ihn immer weiter vom Bild eines nüchternen Informationsorgans und scheint eine Personalisierung nahe zu legen, eine metaphorische Sprache, die ihn in ein übermächtiges, alles zerstörendes Ungeheuer verwandelt. Für die betroffene Person vollzieht sich hier eine Art Regression, indem unter dem Druck einer massiven Affektion die Differenzierung und Integration der Sinne und die Kontrolle über Bewegung und Stimme zugunsten eines »globalen Getroffenseins« (Buyten-

dijk) und unkontrollierten Ausdrucks rückgängig gemacht werden, die eher der Verfassung eines Säuglings entsprechen.

Dieser vollständige Kontrollverlust ist offensichtlich ein eben solcher Extremfall wie der Nadelstich des Experimentators, aber ein angemessenes Verständnis des Schmerzes kann nicht an ihm vorbeigehen. Bereits der Stich hat die Tendenz, seinen Rahmen zu sprengen, und selbst wenn er sich bei näherer Betrachtung als ungefährlich herausstellen sollte, belegt er doch momenthaft die Aufmerksamkeit vollkommen – und der Proband muss Kraft aufwenden, um dies zu unterdrücken. Schmerz ist weder Gefühl noch Empfindung,⁵ sondern eine Affektion, die von sich aus diese Register nicht einhält und noch dazu eine motorische Dimension hat, ein Modus des Empfindens, wie der von Erwin Straus und Merleau-Ponty gebrauchte Begriff lautet (vgl. Straus, 1978, S. 17f.; Merleau-Ponty, 1966, S. 31ff.; Scheler, 1980, S. 169f.). Er kann insofern als Sinn bezeichnet werden, als es sich dabei um ein spezifisches Verhältnis zur Welt handelt, nicht aber als Registrieren von Gegebenheiten. Differenzierung und Integration sind die Werkzeuge, diese Affektion in einem nüchternen Rahmen zu halten, und erst der vollständig lokalisierte und in eine Gesamtwahrnehmung integrierte Schmerz wirft die Frage auf, wie denn zu dieser klar umschriebenen Empfindung noch das Gefühl des Unangenehmen hinzukommen kann. Dabei bleibt dieser Rahmen ständig prekär und die globale Affektion droht alles zu überschwemmen. Mit Kant gesprochen:

Je stärker die Sinne, bei eben demselben Grade des auf sie geschehenen Einflusses, sich *affiziert* fühlen, desto weniger *lehren* sie. Umgekehrt: wenn sie viel lehren sollen, müssen sie mäßig affizieren (1983, S. 452).

Wenn der Schmerz durch übermäßiges Affizieren aufhört, lehrreich zu sein, und sich in Richtung Unerträglichkeit bewegt, regt sich zum ersten Mal eine neue Frage in Bezug auf seine Sinndimension. Im Kontext medizinischer Versorgung mag die große Sinnfrage weiterhin vom Versprechen auf Heilung in Schach gehalten werden, aber gerade hier wird der Schmerz ständig im Horizont der Möglichkeiten seiner Beseitigung erfah-

ren. Die soziale Dimension, die mit der Hinwendung zu einem Dritten ins Spiel gekommen war, wird damit besonders virulent: Es liegt in der Entscheidung des Arztes, ob er adäquate Mittel zur Schmerzbekämpfung einsetzt, oder zumindest wird dies unterstellt. Wer nun fragt, warum er diese Schmerzen ertragen muss, verlangt nicht mehr nur nach einer Erklärung, sondern nach einer Rechtfertigung.

Der Arzt muss sich im Klaren sein, dass jede Erklärung, die er anbietet, unter diesem Rechtfertigungsdruck steht. Warum die betroffene Person so starke Schmerzen hat, lässt sich problemlos sagen – etwa weil das Sprunggelenk zertrümmert ist. Warum sie sie aber ertragen soll, ist damit keineswegs beantwortet, und jede rein medizinische Erklärung wird mittlerweile Misstrauen auf sich ziehen. Die Forschung der letzten Jahre spricht hier eine deutliche Sprache: Medizinisch ist das Ertragen von Schmerzen dysfunktional, denn die Chronifizierungsrate ist erschreckend hoch (Vgl. S 3-Leitlinie *Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen* der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, Nr. 041/001). Diese Erkenntnis greift die Vorstellung eines biologischen Sinns des Schmerzes selbst an: Der Schmerz bringt frisch Operierte dazu, sich mehr zu schonen, als sie sollten, Rückenranke dazu, Haltungen einzunehmen, die ihr Problem verschlimmern; er nimmt den ganzen Körper in Beschlag und verzögert so den Heilungsprozess und neigt darüber hinaus dazu, sich von den ursprünglichen Ursachen abzukoppeln und eine gefährliche Eigendynamik zu entwickeln. Aus einer rein medizinischen Perspektive ist es damit unbedingt geboten, ihn zu bekämpfen.

Sieht man sich im Lichte dieser Erkenntnisse die teilweise immer noch drastische Unterversorgung selbst Sterbender mit Analgetika an, die gerade in Deutschland zu beobachten ist, so tritt die sozusagen moralische Dimension jeder Begründung nackt hervor. Natürlich wurde die Frage, warum Schmerzen ertragen werden sollen, lange vor der Möglichkeit gestellt, eine auf medizinische Erkenntnisse gestützte Abwägung zwischen Funktionalität und Dysfunktionalität anzustellen. Über Jahrhunderte und Jahrtausende stand sie überdies unter der Voraussetzung, dass es eben nicht möglich war, sie abzustellen, sodass jede Erklärung gleich-

zeitig eine Rechtfertigung sein *musste*. Dass sich die Frage unter modernen Bedingungen vollständig transformiert hat, bedeutet allerdings nicht, dass die alten Begründungsmuster damit auch verschwunden wären, und es ist bisweilen erschreckend, wie stark ärztliches Handeln, Einstellungen von Patienten und öffentliche Diskussion noch von diesen Mustern geprägt zu sein scheinen. So schreibt Le Breton: »Die Verordnung von Schmerzmitteln ist ein bisweilen erschreckendes Indiz der jeweiligen Einstellung, welcher der behandelnde Arzt anhängt und der gemäß er bestimmte Medikamentendosen verweigert bzw. verabreicht.« (2003, S. 107) – wobei das gleiche für die Patienten gelten kann, die nach Medikation verlangen oder eben nicht bzw. diese sogar ablehnen. In der Auffassung, Schmerzen müssten zuerst einmal ertragen werden, verbünden sich traditionelle Vorstellungen mit einer impliziten, diffusen Kulturkritik, die sich der Vorstellung universaler technischer Machbarkeit widersetzt. Hier mag es sein, dass sich umgekehrt die Ärzte mit ihrem Wissen um die Gefahr der Chronifizierung für eine angemessene Versorgung mit Schmerzmitteln einsetzen. Was auf dem Spiel steht, ist nicht mehr der Schmerz als Sinn, sondern der Sinn des Schmerzes.

Was sich allerdings auch zeigt, ist, dass die Pazifizierung der Sinnfrage als bloße Frage nach kausalen Zusammenhängen und biologischer Zweckmäßigkeit eine recht neue Errungenschaft ist und dass sie auch heute noch von einer darüber hinausgehenden Fraglichkeit durchdrungen ist – noch unter den Augen des Arztes wirft der extreme Schmerz die Frage auf »Does this mean I will die?« (Bakan, 1968, S. 80). Wichtig ist dabei, dass das Ziel dieser und ähnlicher Fragen Aufhören oder Erleichterung ist; sie sind, wenn man so will, in ihren verschiedenen Spielarten und Schattierungen die Ausformulierung des Aufforderungscharakters des Schmerzes selbst.

Die unterstellte Äquivalenz zwischen Schädigung und Leiden, die für den starken Schmerz das Schlimmste erwarten lässt, ist gleichwohl nicht immer gegeben. Eine noch einmal veränderte Situation ergibt sich, wenn er sich dieser Äquivalenz durch die eine oder andere Richtung entzieht: Sowohl der fehlende Schmerz, etwa bei einer so tödlichen Erkrankung wie Bauchspeicheldrüsenkrebs, als auch der übermäßige Schmerz, bei

vergleichsweise harmlosen Verbrennungen erschüttern das Vertrauen in die Zuverlässigkeit dieses Signals und damit seine Sinnhaftigkeit. Für eine Untersuchung des Schmerzes ist offenbar das zweite Beispiel relevanter, so drastisch die Erschütterung angesichts des im Stillen vor sich gehenden und nun zu spät zufällig entdeckten bösartigen Wachstums auch sein mag. Es führt zu dem nun wirklich prekären Fall, in dem das Versprechen auf Abhilfe und der Horizont der Heilung wegfallen: dem chronischen Schmerz. Chronifizierung von Schmerz bedeutet nicht bloße Verlängerung von etwas auch sonst Bekanntem und in seinen Grundzügen Verstandenem, sondern eine grundlegende Veränderung der Erfahrung selbst in allen ihren Dimensionen und damit auch der sie begleitenden Fragen.

Der akute Schmerz vom Wespenstich bis zum postoperativen Schmerz folgt dem Schema Warnung – Behandlung – Abklingen, egal wie intensiv und tief greifend er ist. So unterschiedlich bereits die beiden hier beispielhaft genannten Schmerzformen sind, so sehr ähneln sie einander doch verglichen mit dem chronischen Schmerz (der seinerseits natürlich höchst unterschiedliche Formen annehmen kann). Nun bezeichnet das Wort Chronizität tatsächlich nicht mehr als ein nicht Aufhören, und alle Veränderungen liegen in diesem nicht Aufhören beschlossen. Alles, was bisher über den Zusammenhang von Schmerz und Sinn gesagt wurde, beruhte auf seinem vorübergehenden Charakter, den er mit allen Empfindungen und Gefühlen teilt: Wärme, Druck, Helligkeit, Töne auch Wut und Traurigkeit sind Episoden im menschlichen Erleben, das in einer ständigen Modulation des körperlichen Empfindungsfeldes und des affektiven Haushalts besteht. All dies verändert sich grundlegend, wenn es andauert. Wenn man schon mit Bergson festhalten kann, dass »eine Empfindung [...] sich schon allein dadurch, dass sie andauert, so sehr [modifiziert], dass sie unerträglich wird« (1994, S. 116), um wie viel mehr gilt dies für den Schmerz selbst. Das Bleibende, das die Philosophie seit ihren Anfängen dem transitorischen Charakter der sinnlichen Erfahrung entgegengehalten hat, erweist sich für diese selbst als Katastrophe. Je länger der Schmerz andauert, desto deutlicher verwandelt sich der

Aufforderungscharakter in ein unbedingtes Gebot: Er soll, er muss aufhören – um jeden Preis.

Die Auffassung von Schmerz als Sinn gründete sich auf zwei Aspekte: Information über einen (potenziell) schädigenden Zustand und Aufforderung zur Abhilfe. Lange Zeit bleibt dies der Referenzrahmen von Betroffenen und Ärzten auch im Falle des chronischen oder sich langsam chronifizierenden Schmerzes, denn er markiert, wie gesagt, die Normalität, aus der dauerhaft heraus gefallen zu sein, man sich schlicht nicht vorstellen kann und in die zurückzukehren das höchste Ziel für alle Beteiligten ist. Im Prinzip bleibt die Vorstellung von Nozizeption auch hier noch zutreffend: Solange der Schmerz anhält, herrscht ein pathologischer Zustand, der nicht sein sollte, irgendetwas ist aus dem Lot. Aber was? Der chronische Schmerz ist keine Meldung über ein körperliches Problem mehr, auch wenn ein solches – eine Verletzung, eine Erkrankung, eine Operation – an seinem Anfang gestanden haben mag, er ist das Problem selbst. Er meldet nichts anderes mehr als sich selbst.

Gerade hier läuft die immer drängender werdende Aufforderung, ihn endlich abzustellen, ins Leere. Ob die Betroffenen noch damit beschäftigt sind, einen Arzt nach dem anderen aufzusuchen, von denen jeder versichert, die Mittel zu ihrer Heilung in der Hand zu haben, oder ob sie bereits an wirkliche Fachleute geraten sind, die ihnen eine ganze Palette an Therapiemöglichkeiten unterschiedlichster Couleur an die Hand geben – am Ende geht es wesentlich um die Anerkennung, dass das Unvorstellbare eingetreten ist, dass nämlich das als Vorübergehendes zu Ertragende auf Dauer bleibt. Sich mit dem Schmerz einzurichten bedeutet, ihn als Teil seines Selbstbildes aufzunehmen wie das eigene Gesicht im Spiegel, die körperliche Konstitution oder eine Behinderung. Aber der Stachel im Fleisch bleibt, verweigert sich dieser Integration.

Indem die Anderen, seien es Verwandte, Freunde oder wer auch immer, auf dieses eigenartige Geschehen aus einer festen Verankerung in der Normalität blicken, bleibt ihnen diese Erfahrungswelt zutiefst fremd. Von einer dauerhaften Kluft zwischen dem eigenen und dem fremden Schmerz kann im Grunde erst hier gesprochen werden – es wäre vollkommen abseitig, den Schmerz des Anderen, der sich neben mir verletzt

oder plötzlich stöhnend krümmt, als Paradigma des Zweifelhaften zu betrachten, wie Scarry (1992, S. 12) es tut. Im Falle des chronischen Schmerzes ändert sich dies grundlegend und beinahe unausweichlich:

If there is a single experience shared by virtually all chronic pain patients it is that at some point those around them – chiefly practitioners, but also at times family member – come to question the authenticity of the patient's experience of pain (Kleinman, 1988, S. 57).

Es mag überraschen, dass hier das medizinische Personal an erster Stelle genannt wird; die Macht der Normalität und der Struktur der eigenen Erfahrung ist offenbar so groß, dass selbst die professionell damit Beschäftigten ihr nicht entkommen und es entgegen allem *Wissen* doch nicht *glauben* können. Der jeweils konkrete Umgang – Zweifel oder Anerkennung, Sinnzumahmung oder Sinnlosigkeitszuschreibung – wird im Rahmen eines anspruchsvollen und sich immer am Rande der Überforderung bewegenden Tagesgeschäfts immer auch davon bestimmt sein, was in der jeweiligen Situation funktional und aus der beruflichen Sozialisation heraus plausibel erscheint.

Für die Betroffenen bleibt dabei die Diagnose als nur scheinbar schlichte Benennung von größter Bedeutung: An ihr hängt die intersubjektive Anerkennung, dass da tatsächlich etwas ist, dass das schreckliche Leiden keine bloße Einbildung ist bzw. man nicht ausweglos in einer Privatheit von Erfahrung gefangen ist, von der das normal seinen Gang gehende Leben nichts weiß. Beim Ausfall einer Benennung für eine derart alles durchdringende und sich gebieterisch zur Geltung bringende Erfahrung steht für den Betroffenen nicht weniger auf dem Spiel als die Zugehörigkeit zur gemeinsamen Welt. Die durch den Zweifel der Anderen geschaffene Situation verschärft sich noch, wenn die offizielle Bestätigung durch die Medizin als hier entscheidender Autorität ausfällt: Nicht nur sozial, sondern auch ökonomisch kann dieser Ausfall eine Katastrophe sein (vgl. Wendell, 1996, S. 127ff.; Good, 1992, S. 45).⁶

Aber auch wenn er noch einen Namen haben mag, *ist* dieser Schmerz kein Sinn mehr, und nun wird mit Macht etwas anderes von ihm ver-

langt: Er soll einen Sinn *haben*. Wenn man die Situation so rekonstruiert, wird deutlich, dass die nun auftauchende Sinnfrage Ergebnis eines Sinnentzugs oder -verlustes ist, der nicht akzeptiert werden kann. Sinn und Sinnlosigkeit des Schmerzes sind, wie sich hier zeigt, miteinander verwoben, und es ist unsinnig, entscheiden zu wollen, ob Schmerz – welcher Schmerz auch immer – denn nun einen Sinn habe oder nicht. Das gilt selbst für so extreme Fälle wie den Folterschmerz, auf den hier einzugehen, den Rahmen sprengen würde.⁷

Man kann davon ausgehen, dass nun die Warum- gegenüber der Wasfrage in den Vordergrund tritt: Warum habe ich diese schrecklichen Schmerzen? Es ist offensichtlich, dass sich damit die Sinnregister, nach denen gefragt werden kann und in denen gesucht wird, noch einmal vervielfältigen. Auch wenn man nicht vergessen darf, dass es weiterhin primär »justifications for practical action more than statements of a theoretical and rigorous nature« (Kleinman, 1988, S. 121) sind, um die es geht, wächst das Sinnbedürfnis mit jeder Frustration. Gerade am Beispiel des chronischen Schmerzes zeigt sich die Instabilität jeder Sinnzuschreibung besonders deutlich: Stabil wäre nur die eindeutige Diagnose, die eine klare und erfolgreiche Therapie nach sich zieht und die Frage so beantwortet, indem sie sie zum Verschwinden bringt. Jede andere Antwort bleibt prekär und unbefriedigend.

Die Medizin selbst hat mittlerweile in Bezug auf die Sinnfrage auch in erweiterter Fassung einiges anzubieten: Die über die klassischen Disziplinen der Körpermedizin erweiterten Schmerztherapien haben die psychische bzw. psychosomatische Dimension chronischer Schmerzen erkannt. Der Versuch, diese nicht nur im Hinblick auf körperliche Ursachen zu betrachten, sondern in einem psychoanalytischen oder hermeneutischen Sinne zu *verstehen*, bedeutet eine wichtige Erweiterung von Möglichkeiten. In diesem Zusammenhang ist bisweilen sogar die Rede von einer ›Sprache‹ des Schmerzes bzw. vom Schmerz als Sprache, also von der Krankheit als verbogener Mitteilung über Störungen auf einer ganz anderen Ebene und damit doch wieder als Symptom, das es zu lesen gilt.⁸

Mit diesen Angeboten vollzieht sich im Inneren des medizinischen Systems ein Diskurswechsel, der unmittelbaren Anschluss an das Sinnbe-

dürfnis der Betroffenen verspricht und gleichzeitig hochambivalent ist. Einzusehen, dass der eigene Schmerz eine verstehbare Dimension, eine Funktion im eigenen Leben hat, die sich nicht in einer körperlichen Schädigung erschöpft, kann Möglichkeiten des Umgangs eröffnen, die über die sonstige therapeutische Intervention hinausgehen. Wenn von einem Patienten gesagt wird, dass »all significant issues in his life were translated, so to speak, into the language of pain« (Szasz, 1975, S. 89 u. 100), so mag dies für den Betroffenen eine wichtige Erkenntnis sein. Sicher wird er professionelle Hilfe brauchen, um daraus produktive Konsequenzen zu ziehen, so wie bereits die Beobachtung selbst sich nur einem Blick von außen erschließen konnte. Was aber, wenn die positive Veränderung ausbleibt? Die Verantwortung, die dem Patienten im Sinne einer Ermächtigung gegeben wurde, kehrt sich nun gegen ihn, und der nahe liegende Schuldvorwurf ist für den Außenstehenden – und auch hier gehört medizinisches Personal an den Anfang der Liste – ähnlich unvermeidlich wie der Zweifel an seinem Leiden. Die Rede von »choice of pain as a symptom« (Engel, 1959, S. 905), die sich in einem der klassischen Texte zum psychogenen Schmerz findet, spricht dies deutlich aus: Wer den Schmerz gewählt hat, ist selbst Schuld daran, wenn er nicht vergehen will. Das Sinnangebot verwandelt sich unversehens in eine Sinnzumutung.

Die ganze Problematik des »pain-prone patient« (ebd.), der ›Schmerzpersönlichkeit‹, wird an einer etwas überraschenden Stelle, nämlich in einer Beobachtung von Lessing im *Laokoon* auf den Punkt gebracht. Im Vergleich der Zeitkunst Poesie mit den Raumkünsten Plastik und Bild greift er zur Veranschaulichung auf den Schmerzausdruck zurück: Philoktet kann in der Tragödie seinen Schmerzen in größtmöglicher Variation Ausdruck verleihen, während Laokoons steinernes Gesicht nicht in höchstem Schmerz verzerrt sein darf. Jener kann für sich geltend machen, was diesem versagt bleibt:

»Wir beziehen sein Schreien nicht auf seinen Charakter, sondern lediglich auf sein unerträgliches Leiden« (Lessing, 1974, S. 29).

Der Schmerz des chronisch Kranken ist immer in Gefahr, als Charakterfehler gewertet und damit zu einem untilgbaren Stigma zu werden.

Susan Wendell, die als selbst Betroffene dem gesamten psychosomatischen Diskurs äußerst skeptisch gegenübersteht, begreift die erweiterten Möglichkeiten der Sinnzuschreibung als Ausweitung des »myth of control« (Wendell, 1996, S. 93.ff.), also der Vorstellung unbegrenzter Machbarkeit, von der unsere Medizin zutiefst geprägt ist. Wenn noch die Psyche in diesen Mythos einbezogen ist, bleibt im Falle eines Scheiterns nur noch der Rekurs auf aktuelle pragmatische Grenzen des Könnens oder eben auf die Unwilligkeit des Patienten; und die in diesem System sozialisierten Praktiker haben in der Regel größte Schwierigkeiten, mit den Grenzen des eigenen Könnens umzugehen. Die Befreiung liegt für Wendell entsprechend in der Gegenbewegung der radikalen Abwehr jeder Sinnzumutung bzw. im Zulassen der Möglichkeit radikaler Sinnlosigkeit und in der Verteidigung der »idea that the body may have a complex life of its own, much of which we cannot interpret« (ebd., S. 175).⁹

Diese Auffassung liegt nur scheinbar ganz auf der Linie eines reduktionistisch-mechanistischen Körperdenkens; in Wirklichkeit betont sie die Opazität und Unverfügbarkeit des menschlichen Körpers. Aber sie fordert der betroffenen Person ein hartes Opfer ab: Nicht genug, dass die selbstverständliche Frage danach, um was es sich handelt, was die Ursache ist und wie es sich wieder beseitigen lässt, konsequent frustriert wird, auch die von dieser Frustration angestoßene, darüber hinausgehende Sinnsuche wird vorerst abgeschnitten. Die Entlastung trägt so die Hypothek einer massiven Sinnkrise: ein Schmerz, der nichts bedeutet, der keinen biologischen, keinen medizinischen und auch keinen biographischen Sinn hat, sondern der lediglich eine Dysfunktion jenes undurchschaubaren Organismus ist, der ich selbst bin – damit soll man nun leben.

Genau hier setzt Wendells zweiter Kritikpunkt an, der eng mit dem ersten zusammenhängt: In einer vom Machbarkeitsglauben durchdrungenen Welt werden die Möglichkeiten des Umgangs mit dem Unabänderlichen in den Hintergrund rücken, und nicht nur das – diejenigen, die es verkörpern, werden selbst an den Rand gedrängt werden. Wer die Maschinerie der Medizin erfolglos durchlaufen hat, wird von ihr wieder ausgespuckt und, insofern er nicht stirbt, für un-

ausgespuckt und, insofern er nicht stirbt, für unbelehrbar erklärt. Statt eine Klage über den Sinnverlust in der modernen Welt anzustimmen, ruft Wendell zur Empörung gegen die Sinnzumutung auf, fragt wiederum nach Möglichkeiten des Umgangs und fordert das Recht ein, dabei auf die gängigen Sinnsurrogate zu verzichten. Das ist nicht gleichbedeutend mit der Rede von einer »elementare[n] Sinnlosigkeit allen Schmerzes« (Scarry, 1992, S. 26) – eine Aussage, die in ihrer ungedeckten Allgemeinheit der universalen Sinnzumutung in nichts nachsteht –; es geht lediglich um die Zurückweisung dieser Zumutung.

Dennoch ist es mehr als verständlich, dass von den Betroffenen spätestens im Moment der Krise wiederum neue Register des Sinnes gezogen werden (zu denen, paradoxerweise, auch dasjenige der Sinnlosigkeit gehört). Für ein Beispiel, das auf der persönlichen Ebene bleibt, aber weder biologisch noch biographiehermeneutisch argumentiert und sich insofern dem medizinischen Diskurs auch in seiner erweiterten Fassung entzieht, kann man auf eine weitere klassische Antwort auf die Sinnfrage zurückgreifen, nämlich diejenige Nietzsches:

Erst der große Schmerz, jener lange, langsame Schmerz, der sich Zeit nimmt, in dem wir gleichsam wie mit grünem Holze verbrannt werden, zwingt uns Philosophen, in unsre letzte Tiefe zu steigen und alles Vertrauen, alles Gutmüthige, Verschleiende, Milde, Mittlere, wohinein wir vielleicht vordem unsre Menschlichkeit gesetzt haben, von uns zu thun (1980, S. 350).¹⁰

Die Tatsache, dass hier wiederum jemand aus eigener Betroffenheit spricht, kann zu einer gleichsam doppelten Lektüre anregen: Der hier Schreibende zieht eine Lehre oder einen Nutzen aus seinem Schmerz – oder zumindest wertet er es so –, er lässt sich zu einer Art Verwesenlichung anregen. Niemand hat das Recht, über solche »persönlichen Antworten« Betroffener auf ihren Schmerz, wie Buytendijk (1948, S. 148) es nennt, ein womöglich ablehnendes Urteil zu fällen; das läge auch Susan Wendell ganz fern.

Auf der anderen Seite ist Nietzsches Position nicht die private Äußerung eines tragisch Gequälten, sondern eine Aussage mit philoso-

phischem Anspruch, und genau hier stößt man auf ein Grundproblem der philosophischen Auseinandersetzung mit diesem Phänomen: der Sprung von der persönlichen auf die allgemeine Ebene. Auf welcher Grundlage wollte man ernsthaft behaupten, Schmerz führe notwendigerweise zu mehr Tiefe (und dabei gleichzeitig insinuieren, Schmerzfreiheit sei mit Oberflächlichkeit assoziiert)? Daran ändert nichts, dass diese Tiefe für Nietzsche keine empirische Gemeinsamkeit aller Leidenden ist, sondern an eine bestimmte *Leidensfähigkeit* gebunden, die er als eine Art aristokratischer Grundtugend begreift. Was hier formuliert wird, bleibt ein massiver Anspruch an den starke Schmerzen Erleidenden: Er möge gefälligst an seinem Schmerz wachsen. Wem dies nicht gelingt, der muss sich darauf gefasst machen, als Herdenmensch abqualifiziert zu werden.

Die Sinnzumutung ist bekannt, und auch der Topos von Stärke, Tiefe und Wahrheit hat lange Tradition. Er ist es meiner Auffassung nach, der noch in der heutigen Zeit in der medizinischen Praxis und der Haltung vieler Betroffener nachhallt und einer der wesentlichen Gründe für den zögerlichen Umgang mit Analgetika ist. Die immer wieder geäußerte Befürchtung, die Kranken könnten bei Opiatgabe abhängig werden, ist durch die Wirklichkeit nicht gedeckt, was jeder Arzt wissen und auch seinen Patienten nahe bringen kann; sie taugt nicht als Erklärung. Mindestens ebenso wichtig ist etwas anderes: Schmerz zu ertragen beweist eine Stärke, die an keiner anderen Stelle bewiesen werden kann. Die Gabe oder Einnahme von Analgetika ist nicht nur ein Zeichen von Schwäche, sondern macht schwach. Sie ist ein Ausweichen vor dem Wesentlichen, ein Verzicht auf Tiefe zugunsten einer schalen Behaglichkeit, die die Wirklichkeit in ihrer Härte nicht ertragen kann. Insofern repräsentiert der Schmerz ein sich der bedingungslosen Verfügbarkeit widersetzendes Lebenszeichen, einen Index einer tieferen Wirklichkeit. – Auch wenn sie in dieser Härte formuliert vermutlich allseitigen Widerspruch erregen würde, scheint mir dies doch genau die Position zu sein, die alle diskursiven und technischen Veränderungen weitgehend unbeschadet überstanden hat. Der Sinnhunger scheint einen wirklich rein therapeutischen Blick nicht zuzulassen.

Ein besonderer, hier aber recht illustrativer Fall ist der Geburtsschmerz. Für diesen Typ Schmerz wird man wohl am ehesten zugestehen, dass er ›Teil des Lebens‹ ist, wie man so sagt – für die Bibel ist er der geradezu prototypische Schmerz, der als Folge der Erbsünde als einziger ausdrücklich benannt wird (vgl. 1. Mose 3,16). Die Assoziation von Geburtsschmerz und Arbeit – während die Frau unter Schmerzen Kinder gebären muss, muss der Mann im Schweiß seines Angesichts den Acker bestellen, der ihm Dornen und Disteln trägt – erhält sich bis heute im englischen Wort für Wehen, *labor*. Der Schmerz, der den Beginn des Lebens auf der Welt begleitet, ist so paradigmatisch für die Mühsal, die Plackerei, die dieses Leben auf dieser Welt von uns verlangt, und er ist eine Strafe für die geerbte Schuld. Noch die Medizin hält an diesem Motiv fest, indem sie in eigenartig christlicher Sprache die Phase, in der das Kind tatsächlich zur Welt kommt, als ›Austreibungsphase‹ bezeichnet.

Anders als alle anderen Schmerzarten ist der Geburtsschmerz auf eine Gruppe Menschen und auf eine einzige Situation beschränkt. Kein Mann kann ihn erleben, und auch wer aus welchen Gründen auch immer keine Kinder bekommt, wird diese Erfahrung niemals machen. Eine Geburt tut weh, sie tut, wie auch der alles andere als neutrale Beobachter nicht bezweifeln kann, sehr weh. Der Schmerz ist dabei eindeutig akut: Er hat eine klare, benennbare Ursache und ein erwartbares Ende. Wenn er unerträglich wird, so aufgrund seiner Intensität. Vernachlässigen wir einmal die Tatsache, dass es in vielen Gegenden der Erde keine Wahl gibt, ob dieser Schmerz ertragen werden kann und dass er gerade dort in seinem Übermaß Signal gravierender Schädigungen und Ankündigung der Gefahr des Todes sein kann, und beschränken uns auf die Situation in einem westlichen Krankenhaus. Selbst unter Bedingungen maximaler medizinischer Versorgung gelingt die Einhegung nur bedingt, und selbst hier wird möglicherweise die von Bakan formulierte Frage erhalten bleiben: »Does this mean I will die?«

Dabei steht die ganze Zeit die Möglichkeit im Hintergrund, über eine Periduralanästhesie (PDA) Abhilfe zu schaffen. Wenn für die Gebärende das Ausmaß des Erträglichen überschritten ist, kann sie auf einen Arzt zurückgreifen, der über einen unaufwendigen Eingriff weitgehende

Schmerzfreiheit herstellt. Wenn man sich nun ansieht, wer wann auf diese Möglichkeit zurückgreift und wie diese Entscheidung bewertet wird, so stößt man auf ein ganzes Knäuel von unterschiedlichen Wertungen, Sinnzuschreibungen, -zumutungen und Funktionalitäten. Zuerst einmal ist es wichtig festzuhalten, dass es eine medizinische Funktionalität des Geburtsschmerzes nicht gibt. Die Wehentätigkeit geht weiter, ob sie von Schmerz begleitet ist oder nicht. Von dieser Seite gibt es also eine eindeutige Antwort: Der Schmerz muss nicht sein. Wenn eine Anästhesie trotzdem abgelehnt wird, muss dies wiederum andere Gründe haben.

Die Möglichkeit, dass die Betroffene Angst vor der Prozedur hat, ist sicher die am wenigsten aufschlussreiche, auch wenn sie nicht selten sein dürfte. Wichtiger ist das Gemenge an Vorstellungen über Sinn und Unsinn des Schmerzes allgemein und dieses Schmerzes im Besonderen. Wenn der Geburtsschmerz von Gott selbst an den Anfang des Lebens gesetzt worden ist, mag es beinahe als Frevel erscheinen, ihn schlicht abzustellen. Aber auch jenseits dieses christlichen Motivs, das sich unerschwinglich auch in areligiösen Kontexten erhalten haben mag, hat die Kopplung von Geburtsschmerz und Lebensbeginn eine große Plausibilität. Der Schmerz trägt hier einen Index von Wirklichkeit, der die überragende Bedeutung dieses Ereignisses beglaubigt. Das Kind, das im eigenen Leib herangewachsen ist, muss aus diesem heraus und zur Welt kommen. Es ist kaum vorstellbar, dass dieser drastische Verwandlungs- und Trennungsprozess ohne existenziellen Einsatz vor sich geht, zu dem auch der Schmerz als stärkster Wirklichkeitsindikator gehört, den wir kennen.

Dem steht die in den Industrieländern wachsende Tendenz zum elektiven Kaiserschnitt entgegen, also zur schmerzfreien Geburt auf Bestellung. Noch stärker als auf die harmlose PDA richtet sich die Kulturkritik auf dieses Phänomen, das als Inbegriff eines Abfalls von jeglicher sinnhafter Akzeptanz und Integration des Unverfügbaren hin zu grenzenloser Verfügbarkeit gelten kann: Der Versuch der Abschaffung des Geburtsschmerzes ist wohl das krasseste Beispiel jener Algophobie, von der schon Buytendijk (1948, S. 14) gesprochen hatte. Deutlich abgemildert klingt dieser Vorwurf ausgehend von den zuvor gemachten Beobachtungen: Wer sich um die existenzielle Erfahrung der Geburt bringt, verliert

etwas Wesentliches. Aber auch hier ist die Sache nicht eindeutig: Die zweifelsohne wichtige Erfahrung der Geburt ist gleichzeitig eine Art Initiation, und das Verhalten der Initiierten gegenüber denen, die sich der Prozedur nicht unterziehen wollten oder konnten, schwankt zwischen Ausgrenzung, Ablehnung, Bedauern und Neid. Ähnlich ambivalent werden die Haltungen derjenigen sein, denen diese Erfahrung ungewollt versagt geblieben ist.

Auch wenn Ärzte und Pflegende durchaus ähnliche Auffassungen vertreten mögen, spielt der medizinische Diskurs in diesem Fall eine eher neutrale Rolle. Der Kaiserschnitt ist deutlich aufwendiger, riskanter und teurer als eine Spontangeburt, sodass es für das Personal gute, aber ganz andere Gründe geben kann, hier eher zurückhaltend zu sein. Die anästhetischen Verfahren sind demgegenüber eingespielt, routiniert, weitgehend risikolos und können in manchen Fällen sogar die Geburt befördern.

Die Gebärenden und ihre Partner, aber auch Ärzte, Pflegende und Hebammen finden sich so inmitten eines Gemenges an Vorstellungen von medizinischer Funktionalität, Natürlichkeit, Fortschritt, Stärke und Schwäche, Recht und Verpflichtung, die auf verschiedene Weise die unterschiedlichen Sinnregister und Diskursangebote bedienen bzw. auf sie zurückgreifen. Wer wollte in einer solchen Situation sagen, was richtig ist?

All diese Überlegungen finden statt im Horizont der problemlos möglichen und verfügbaren Abschaltung des Schmerzes, und genau hier liegt einer der wesentlichen Ansatzpunkte für eine konservative Kulturkritik, wie sie etwa Ivan Illich verkörpert. Illich führt zahlreiche Schmerzdeutungen aus unterschiedlichen kulturellen und religiösen Traditionen an, um sie allesamt einer technischen – ›zivilisierten‹ – Auffassung entgegenzustellen, die im Schmerz nichts als eine abzustellende Dysfunktion sieht: »Kultur macht den Schmerz erträglich, indem sie ihn in ein sinnvolles Umfeld integriert; die kosmopolitische Zivilisation löst den Schmerz aus jedem subjektiven oder objektiven Kontext, um ihn zu beseitigen« (1995, S. 94). Illichs unmittelbare Kopplung von Sinngebung mit Ertragbarkeit und von Heilbarkeit mit Unerträglichkeit führt ihn konsequenterweise schließlich zur Aussage: »[N]ur als heilbar aufgefasster Schmerz ist unerträglich« (ebd.). Es ist der

träglich« (ebd.). Es ist der Horizont der pharmakologisch – der Kulturkritiker würde vermutlich mechanistisch oder technisch sagen – herstellbaren Schmerzfreiheit, der für ihn den eigentlichen Sündenfall darstellt und gegen der er einen aussichtslosen Kulturkampf anzettelt.

Dass die traditionelle, ›kulturelle‹ Auffassung des Schmerzes diesen als – wohl unvermeidliches – Übel bestimmt und die Vorstellung eines nun biologisch bestimmten ›Sinnes‹ des Schmerzes erst im 17. Jahrhundert aufkommt (vgl. Toellner, 1971), steht dem nicht entgegen. Beides erkennt Illich an, seine Forderung nach Sinnggebung zielt aber auf die Einordnung in einen größeren Zusammenhang kultureller und/oder religiöser Art. Dabei machen seine Formulierungen überdeutlich, dass den Betroffenen mit kulturkritischen oder philosophischen Verallgemeinerungen nicht geholfen ist – es geht ihm ganz anders als Wendell, deren Kritik sich an manchen Punkten mit seiner berührt, nicht primär um ein verständnisvolles, den Leidenden in seinen Bedürfnissen anerkennendes und ihm entgegenkommendes Umfeld, sondern eben um Sinnggebung, um mit dem Siegel der Kultur geadelte Deutungsangebote, die dem Kranken seinen Schmerz schmackhaft machen – um eine veritable Algodizee. Illich sehnt sich nach einer Situation zurück, in der das gilt, was Morris treffend über Pascal bemerkt: »Sein Schmerz wird daher durch sein Verständnis eines ganzen Universums gefiltert« (1994, S. 68).

Ob eine solche Situation gut oder schlecht ist, sei einmal dahingestellt, aber man muss sich noch einmal klarmachen, dass von Unerträglichkeit hier laut Illich keine Rede sein kann – die ist nämlich erst mit Descartes, wie der Bösewicht dieser Geschichte voraussehbarer Weise heißt, in die Welt gekommen. Man tut gut daran, sich von solchen spekulativen Verallgemeinerungen fernzuhalten, die am Ende zu nichts anderem dienen als zur Denunziation derer, die sich auf Analgetika verlassen. Wenn Morris über die mittelalterliche Gemeinde bemerkt, ein sinnloser Schmerz hätte »gedroht, sie in eine völlig sinnentleerte Welt zurückzuwerfen« (ebd., S. 74), so kann man daraus vor allem ablesen, dass die Sinnstiftung der alternativlose Versuch eines Umgangs mit dem Unerträglichen war. So unterschiedlich die Umgangs- und Deutungsweisen sind, die die verschiedenen Religionen hier anbieten, sie vereint doch

eben dies: Sie alle sind Versuche, einen über Praktiken stabilisierten und durch Texte kodifizierten Umgang mit dem Schmerz zu etablieren, der ihn im Rahmen hält und zumindest in Ansätzen verstehbar macht. Keine von ihnen geht so weit, ihn zu affirmieren oder zu glorifizieren, und die Alternative, Abschaffung oder Sinnstiftung, stellt ihnen eine Frage, die ursprünglich nicht in ihrem Horizont liegt (vgl. Le Breton, 2003, S. 89ff.).

Betrachtet man die unterschiedlichen Varianten von Sinnfragen, die Register und Angebote, auf die sie zurückgreifen, und die Diskurse, in denen sie eingebettet sind und zwischen denen sie hin- und herwechseln, so erscheint die Diagnose eines Sinnverlustes einigermaßen abwegig. Was in der Moderne tatsächlich in die Welt gekommen ist, ist eine Vervielfältigung der Sinnregister inklusive der Variante vollständiger Sinnlosigkeit, ein immer wieder neu auszutrierendes Verhältnis von Sinn und Nicht-Sinn – je nach der Situation und ihren Erfordernissen und der jeweiligen diskursiven Konstellation. Wenn das einheitliche Verständnis des ganzen Universums verloren geht, so teilt die stabile Sinnstiftung für den Schmerz dieses Schicksal. Ausgangspunkt all der hier angeführten Antworten und Sinngebungsversuche ist das eigene Betroffensein, sei es unmittelbar oder indirekt. Schmerz schickt die Betroffenen, seien es die Leidenden selbst, ihr Umfeld, die sie Behandelnden oder die die Welt mit Entsetzen Beobachtenden – wer den Schmerz nicht als Problem sieht, sich von seiner Aufforderung angesprochen fühlt, braucht auch keine Theodizee – auf eine Sinnsuche, die in der Moderne auf unterschiedlichste Ressourcen zurückgreifen kann. Diese haben auf verschiedene Weise Anhalt an der Erfahrung der Leidenden und erfüllen unterschiedliche Funktionen. Kritisierbar sind sie nicht von einem hypothetischen wahren Sinn, auch nicht im Horizont eines solchen, sondern nur als dysfunktional für die Betroffenen, denen mit einer hegemonialen Sinnzumutung am allerwenigsten gedient ist. So wenig wie irgendetwas anderes auf der Welt ›hat‹ Schmerz einen Sinn, aber als die kulturelle Tatsache, dass er unvermeidlich ist, ist noch seine Sinnlosigkeit eine Variante des Sinns. Was ihn von anderen Erfahrungen unterscheidet, ist die Beharrlichkeit, mit der er

Sinnzuschreibungen abwirft und subvertiert und so die Frage nicht verstummen lässt.

► **Anmerkungen**

- 1 Die Schmerztheorie war eines der letzten Refugien, in der sich ein derart schlichtes Modell halten konnte, das von der Wahrnehmungsforschung längst verabschiedet worden war. Mit der neueren Forschung und Theoriebildung ist das simple Reizweiterleitungsmodell schließlich auch in dem Bereich gefallen, von dem aus es seinen Siegeszug angetreten hatte (vgl. Descartes, 1632, 1648).
- 2 Buytendijk hatte für eine solche Auffassung schon 1943 nur noch Hohn übrig: »Die Schlußfolgerung, daß der Schmerz dort vorhanden sei, wo er im Plan des Organismus einen Platz hat und dementsprechend nötig und nützlich ist«, entbehrt jeder Begründung« (1948, S. 111; das eingeschobene Zitat stammt von Jakob von Uexküll).
- 3 Die Revolution in der medizinischen Schmerzforschung wurde eingeleitet von dem 1965 von Melzack und Wall vorgeschlagenen Modell.
- 4 Dass die Autorin von der der Trivialisierung des Laborversuchs komplementären Gefahr der Dramatisierung durch Ansetzen beim Ernstfall bedroht ist, wird vielleicht bereits bei diesem kurzen Zitat deutlich.
- 5 Seit dem 19. Jahrhundert und der Entstehung der Psychologie gibt es eine Diskussion darüber, ob der Schmerz Gefühl oder Empfindung oder eine wie auch immer geartete Verbindung beider sei; für eine vergleichsweise differenzierte Position vgl. Stumpf, 1928, S. 68 u. 70. Für unseren Kontext sei dazu nur angemerkt, dass die Bestimmung und damit Abgrenzung von Gefühl und Empfindung allgemein einigermaßen problematisch ist und dass es wenig produktiv erscheint, sich für eine wirkliche Auseinandersetzung mit dem Schmerz die Hände durch diese überkommenen Kategorien binden zu lassen. Für eine detailliertere Ausführung vgl. Grüny, 2004, Kap. II u. III.
- 6 Auch Wendell berichtet von der verstörenden Erfahrung, dass bei anhaltendem Leiden, dem die Medizin ihr Siegel verweigert, sich schließlich sogar Verwandte und Freunde abwenden.
- 7 An anderer Stelle (Grüny, 2003) habe ich versucht, die Folter als Inszenierung der Sinnlosigkeit als Sinn zu rekonstruieren, als höchst planvolle Zerstörung jedes Sinnzusammenhangs.
- 8 Dass dieses dürre Resümee dem betreffenden Feld vom psychoanalytischen Konzept der Konversionsneurose über die Psychosomatik im Anschluss an Viktor

von Weizsäcker bis zu hermeneutischen Ansätzen kaum gerecht wird, liegt auf der Hand.

- 9 Es ist genau diese Auffassung, die für Illich den Sündenfall *par excellence* darstellt: Vgl. Illich, 1995, S. 94ff.
- 10 Rilkes letzter Eintrag in seinem letzten Taschenbuch mutet wie ein Gegenentwurf an: »Bin ich es noch, der da unkenntlich brennt?! Erinnerungen rei ich nicht herein./ O Leben, Leben: Drauensein./ Und ich in Lohe. Niemand der mich kennt« (Rilke, 1956, S. 511).

► Literatur

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.). *S3-Leitlinie: »Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen«*. Online-Publikation: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/ll/041-001.pdf> [Stand 16. Juni 2009].

Bakan, David (1968). *Disease, Pain & Sacrifice: Toward a psychology of suffering*. Chicago: University of Chicago Press.

Bergson, Henry (1994). *Zeit und Freiheit*. Hamburg: Meiner.

Bruggencate, Gabriele ten. (1992). Somatoviszzerale Sensibilität. In Peter Deetjen & Erwin-Josef Speckmann (Hrsg.), *Physiologie* (S. 56-77). München: Urban & Fischer.

Buytendijk, Frederik J. J. (1948). *ber den Schmerz*. Bern: Medizinischer Verlag Huber.

Descartes, René (1969). *ber den Menschen [1632] / Beschreibung des menschlichen Krpers [1648]*, Heidelberg: Lambert Schneider.

Good, Byron J. (1992). A body in pain – the making of a world of chronic pain. In Mary-Jo Delvecchio Good, Paul E. Brodwin & Byron J. Good (Eds.), *Pain as human experience: An anthropological perspective* (S. 29-48). Berkeley: University of California Press.

Engel, George L. (1959). »Psychogenic« pain and the pain-prone patient. *The American Journal of Medicine*, 26, 899-918

Grny, Christian (2004). *Zerstörte Erfahrung. Eine Phänomenologie des Schmerzes*. Würzburg: Königshausen & Neumann.

Grny, Christian (2003). Zur Logik der Folter. In Burkhard Liebsch & Dagmar Mensink (Hrsg.), *Gewalt Verstehen* (S. 79-115). Berlin: Akademie.

Hegel, Georg W. F. (1970). *Vorlesungen über die Ästhetik I, Werkausgabe, Band 13*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Illich, Ivan (1995). *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*. München: C. H. Beck.
- Kant, Imanuel (1983). *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht, Werke Band VI*. Darmstadt: WBG.
- Kleinman, Arthur (1988). *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Le Breton, David (2003). *Schmerz. Eine Kulturgeschichte*. Zürich/Berlin: diaphanes.
- Lessing, Gotthold E. (1974). Laokoon: oder über die Grenzen der Malerei und Poesie. In ders., *Kunsttheoretische und kunsthistorische Schriften (Werke Band 6)* (S. 7-188). München: Hanser.
- Melzack, Ronald & Wall, Patrick D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-978.
- Merleau-Ponty, Maurice (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter.
- Morris, David B. (1994). *Geschichte des Schmerzes*. Frankfurt am Main: Insel.
- Nietzsche, Friedrich (1980). *Kritische Studienausgabe, Band 3*. München: dtv.
- Rilke, Rainer M. (1956). *Sämtliche Werke, Zweiter Band (Gedichte, Zweiter Teil)*. Wiesbaden: Insel.
- Scarry, Elaine (1992). *Der Körper im Schmerz. Die Chiffren der Verletzlichkeit und die Erfindung der Kultur*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Scheler, Max (1980). *Die Wissensformen und die Gesellschaft*. Bern: Francke.
- Straus, Erwin W. (1978). *Vom Sinn der Sinne. Ein Beitrag zur Grundlegung der Psychologie*. Berlin: Springer.
- Stumpf, Carl (1928). *Gefühl und Gefühlsempfindung*. Leipzig: Barth.
- Szasz, Thomas S. (1975). *Pain and pleasure: A study of bodily feelings*. New York: Basic Books.
- Toellner, Richard (1971). Die Umbewertung des Schmerzes im 17. Jahrhundert in ihren Voraussetzungen und Folgen. *Medizinhistorisches Journal*, 6, 36-44.
- Wendell, Susan (1996). *The rejected body: feminist philosophical reflections on disability*. New York/London: Routledge.