

Versuche, das Phänomen Schmerz zu deuten

Mediziner aller Zeiten haben sich dem Schmerz mit unterschiedlichen Konzepten und Erklärungsmodellen genähert. Im Prinzip unterscheiden sich alle Modelle an einem einzigen Kriterium, der Frage nach der Integration bzw. der Desintegration des Schmerzes: Soll man Schmerz als Teil des menschlichen Lebens «integrativ» verstehen oder ihn «abspalten» und separat behandeln? Oder gilt es, beides zu kombinieren?

Klassisch-neuzeitliche Begriffs-Oppositionen wie subjektiv–objektiv, real–imaginiert, körperlich versus psychisch scheinen durchwegs ungeeignet, Schmerz zu beschreiben. Schmerz setze «die am Dualismus orientierte Wissenschaft in unüberwindliche Verlegenheit», schrieb 1978 Ronald Melzack, Pionier der neueren Schmerzforschung.

Ich habe daher versucht, den Schmerz von der Rezeptionseite her zu beschreiben: als eine aversive Wahrnehmung, auf die mit einer Kombination von integrativer und desintegrativer Geste reagiert wird. Integrierend erlebe ich einen Schmerz als etwas, was zu mir gehört, dem ich mich stelle, das mich betrifft, eine Botschaft, die es zu entziffern gilt. Gleichzeitig behandle ich ihn desintegrierend als etwas Fremdes, Störendes, das ich aus meinem Leben entfernen möchte. «Der Schmerz ist sowohl eigener leiblicher Zustand als auch eindringender Widersacher», schrieb der Philosoph Hermann Schmitz.

Die Art des Umgangs mit dem Schmerz hat aber auch Rückwirkungen auf die Leidenden: Mehr Integration bedeutet grössere Schmerztoleranz und angehobene Schmerzgrenze. Mehr Desintegration bedeutet geringere Schmerztoleranz – ein Schmerz wird rascher unerträglich.

Schmerz und Wunde: *dissolutio continuitatis*

Seit Galen und bis weit in die Neuzeit hinein sind Schmerz und Wunde (= griechisch Trauma), gleichermassen als *dissolutio continuitatis*, als Unterbrechung des Zusammenhanges verstanden worden.

Das griechische Wort Trauma bedeutete damals und über Jahrhunderte nichts anderes als «Wunde, Schaden, Verlet-

zung». Und wie der Schmerz wird die «Wunde» bis weit in die Neuzeit hinein als *solutio continuitatis* (*continui solutio*) beschrieben. Sie figuriert als Bild, Verkörperung und Modell für den Schmerz. Die *solutio* (oder *dissolutio*) *continuitatis* umfasst also von der Schnittwunde bis zum Trennungsschmerz das zentrale Spektrum menschlicher Leidensmöglichkeit. Ein schmerzfreies Leben ist im Rahmen dieses Konzepts weder denkbar noch ge-diehllich. In Galens *solutio continuitatis* sind Desintegration und Integration untrennbar verbunden: Die *solutio* bezeichnet die Auflösung, die Verletzung einer Integrität, die *continuitas* das Ganze, das schmerzhaft verletzt wird.

Im Rahmen mittelalterlicher Christlichkeit sind Wunde und Schmerz in Form von Christi Wundmalen und Christi Leidensweg sakralisiert worden. Ein guter Christ sollte bereit sein, Schmerz in Leben und Persönlichkeit zu integrieren. Schmerz gehörte zu ihm, als Bussübung, Prüfung, Opfer, Reinigung oder als Übergang zur anderen Welt. So betrachtet fiel er indessen nicht in den Kompetenzbereich der Medizin.

Die Neuzeit hat den Schmerz demgegenüber wieder in den ärztlichen Blick genommen. Sie will – kurz zusammengefasst – das Schicksal wieder in die eigenen Hände nehmen, betrachtet Leidensbereitschaft als Schwäche und orientiert sich am Idealbild des glücklichen, schmerzfreien Lebens – und des makellosen, unversehrten Körpers. An die Stelle der Erlösung durch den Schmerz setzte sie allmählich die Erlösung vom Schmerz. Die neuzeitliche Medizin betrachtete den Schmerz als körperliches Ereignis.

Die Neurologisierung des Schmerzes – der Schmerz wird zum Leitungsereignis

In der Neuzeit hat sich das Körperbild verändert: Wurde der Körper in antiker humoralpathologischer Tradition wesentlich als ein säfthaltiges Gefäss betrachtet, wird er nun als «aus Organen zusammengesetzt» wahrgenommen – als Organismus. Die Ursachen der Krankheiten werden entsprechend weniger in den Humores als vielmehr in Veränderungen dieser Organe gesucht – und gefunden. 1761 erschien Morgagnis pathologisch-anatomischer Klassiker «über

den Sitz und die Ursachen der Krankheiten». Dementsprechend zielte die Therapie nun auf das organische Substrat der Krankheiten. Das Denken der Mediziner, der Inneren Mediziner, näherte sich damit demjenigen der Chirurgen, der Wundärzte an. Die hatten es schon immer mit materiellen Substraten und beschädigten Organen zu tun. Im 17. und 18. Jahrhundert kam es in diesem Sinn zu einer «Chirurgisierung» der gesamten Medizin. Die Anatomie, die Zergliederungskunst (griech. *ana-témnein* = schneiden, zerteilen), wurde nun zur medizinischen Grundlagenforschung, die pathologische Anatomie zur Grundlage der Lehre von den Krankheiten. Gerade die Wissenschaften also, die durch das systematische Lösen von «Zusammenhängen» zu ihren Erkenntnissen gelangten, wurden zu medizinischen Leitwissenschaften.

Damit wurde nun auch nach der organischen Grundlage von Schmerzen gefragt. Als solche wurde das Nervensystem ausgemacht. Damit änderte sich einiges:

- Die Wunde, die lokale, materielle, blutende *dissolutio continuitatis* der Haut, wurde zum Sonderfall eines Schmerzherdes.
- Körperlicher und seelischer Schmerz wurden unterschiedlich wahrgenommen.
- Die nichtkörperliche Seite des Schmerzes wurde aus dem Bereich medizinischer Aufmerksamkeit ausgeklammert.
- Auch Schmerzereignis und Schmerzwahrnehmung wurden unterschiedlich wahrgenommen. Zwischen Schmerzereignis und Schmerzwahrnehmung waren nun Nervenbahnen eingeschaltet. Der Schmerz wurde zum Leitungsereignis.

Ein Meilenstein in dieser Entwicklung war René Descartes' «Traité de l'homme» von 1632, erschienen 1662 als «De homine». Descartes versuchte, sich eine Maschine vorzustellen, die wie ein menschlicher Organismus funktioniert. Die Nerven dachte er sich als Röhren, durch welche feine Fasern laufen, die in der Peripherie befestigt sind und bei der Hirnkammer enden. Damit war auch der Gedanke, geboren, die schmerzleitenden Strukturen zu durchtrennen und auf diese Weise Schmerzfreiheit herzustellen.

Narkose und Anästhesie: der Sieg über den Schmerz

Es war ein Zahnarzt, der die Narkose erfand. Am 16. Oktober 1846 hatte William Morton am General Hospital zu Boston dank dem Einsatz von Äther die erste schmerzlose Zahnoperation in Narkose durchgeführt. So erzählt es jedenfalls die Kurzfassung der Geschichte. Das Ereignis löste unerhörten Jubel aus, es wurde als Sieg über und als Erlösung vom Schmerz begrüßt. Noch lange wurde der 16. Oktober jährlich als «Äther-Tag» gefeiert. 50 Jahre später wurde er als «Todestag des Schmerzes» besungen.

Was folgte, wurde als Siegeszug gegen den Schmerz erlebt: die Entwicklung der Lokalanästhesie, der Spinalanästhesie, der Morphin-Injektionen bis hin zur Schmerzchirurgie.

Ein integrierender Umgang mit dem Schmerz schien damit überholt, der Traum vom schmerzfreien Leben greifbar, das Ertragen von Schmerzen eine unnötige Selbstquälerei. Wer schmerzende Stellen massierte, Wärme verabreichte oder dem Schmerz einen metaphysischen Sinn gab, wurde zu den Pfaffen, Weibern und Pfüschern geräumt. Noch 1985 schrieben amerikanische Autoren, stolz auf die Pionierstellung der USA in der Geschichte von Narkose und Anästhesie, in Europa sei eine mittelalterliche Einstellung zum Schmerz schwer auszurotten gewesen.

Die Hysterisierung des Schmerzerlebens

Die allgemeine Dämpfung der Schmerzwahrnehmung, meinte der Schmerzhistoriker David B. Morris, bringe auch eine diffuse psychische Betäubung mit sich, ein *psychic numbing*. Zu dieser gewissen Taubheit aber trete eine typische Überempfindlichkeit hinzu. Er fand diese Veränderung des Schmerzerlebens derart umwälzend, dass er vorschlug, den Anfang des Modernismus auf 1899 zu datieren. 1899 war das Jahr, in dem Bayer das Aspirin herausbrachte – welchem andere Analgetika folgten – und später die Antidepressiva, die ja nebenbei auch analgetisch wirken. Mit diesen neuen Möglichkeiten der Schmerzbekämpfung richtete sich die allgemeine Aufmerksamkeit wieder vermehrt auf das Schmerzerleben. Oft schaffen neue Therapiemöglichkeiten neue Aufmerksamkeiten und neue Diagnosen.

Es bestehe, schrieb Morris, eine besondere Beziehung zwischen Hyper- und Hypästhesie. Denn die Analgesie senke zwar

die Schmerzempfindlichkeit, wenn man sich aber daran gewöhne, senke sie auch die Schmerztoleranz. Die Integrationsbereitschaft für Schmerz sei dann gering, die Bereitschaft zu Schmerzalarm aber gross, geringe Reize wirkten rasch unerträglich und würden mit Desintegrationsbewegungen beantwortet. Schmerz zeigt dann nicht mehr so sehr Verlust und Trennung an als vielmehr eine gewisse Desorientierung im Bezug auf die eigene Integrität. Man könnte dies als Hysterisierung des Schmerzerlebens bezeichnen. Denn die Kombination von Hyperästhesie und Hypästhesie ist ein typisches Merkmal der klassischen Hysterie des 19. Jahrhunderts und, wie Morris meinte, dessen, was sich im 20. Jahrhundert als Normalität etabliert habe.

Die verletzte Psyche

Gerade im Zusammenhang mit der Hysterie hat nun aber gegen Ende des 19. Jahrhunderts die Psyche, die verletzte Psyche, wieder Eingang in das medizinische Denken gefunden. Und insofern die Hysterie als Mutter der heutigen dissoziativen Zustände gelten kann, tritt in ihr die alte traumatische *dissolutio continuitatis* neu in Erscheinung.

Auch das «Trauma» war freilich nicht das alte geblieben. Das chirurgische Trauma der späteren Traumatologie hatte sich vom späteren Psychotrauma zu lösen angefangen, nachdem man festgestellt hatte, dass Unfälle nicht allein körperliche Verletzungen bewirkten, sondern auch nichtmaterielle, psychische. Solche fand man im Schock, in der Erschütterung und im baren Schrecken.

Die Hypnose

Der Philosoph und spätere Mediziner Pierre Janet war gerade dreiundzwanzig, als Charcot 1882 die Hypnose zum akademiefähigen Gegenstand erhob. Davon begeistert, begann er an hysterischen Patientinnen und Patienten mit Hypnose zu experimentieren. Dabei fand er immer wieder, dass diese in der Hypnose andere Empfindungen, eine andere Motorik und Sensibilität, andere Erinnerungen und oftmals andere Identitäten hatten als im Wachzustand. Im Wachzustand wussten die Patientinnen und Patienten von alledem nichts. Oftmals erzählten die in der Hypnose auftretenden Teilpersönlichkeiten ihm von schrecklichen, schmerzhaften Erlebnissen, von Traumata, die dem Wachbewusstsein seiner Hysterikerinnen nicht zugänglich waren, die aber manche von deren Sym-

ptomen erklärten – und von den Erfolgen einer Behandlung, welche sich um eine Re-Integration der Persönlichkeit – ein Re-Membering – bemühte.

Janet nahm an, es fehle seinen Kranken unter belastenden Umständen die Kraft, die Einheit ihrer Psyche aufrechtzuerhalten, daher würden einzelne assoziative Komplexe vom Bewusstsein abgespalten, eben: dissoziiert. Dieses Konzept sieht der psycho-sozialen Seite der Galen'schen *dissolutio continuitatis* eigentlich ganz ähnlich. Tatsächlich spricht Janet von einer «scission dans la continuité des souvenirs» bei der Hysterie und allgemein von einer «dissolution ... de la personnalité» unter dem Einfluss einer Emotion. Seine Therapie bestand entsprechend in der Bemühung, die verschiedenen Persönlichkeitsteile mit Hilfe von Hypnose, Gespräch, Suggestion, Massagen und anderem wieder miteinander in Verbindung zu bringen. Dabei konnten Schmerzen, die in abgespaltenen Teilen der Psyche wurzelten, vergehen. Sie konnten indes auch erst im Verlauf einer Heilung überhaupt spürbar werden.

Die chronischen Schmerzsyndrome

Soweit die Psychoanalyse im 20. Jahrhundert den psychotherapeutischen Markt beherrschte, ist der integrierende Umgang mit dem Schmerz eher wenig gepflegt worden. Gleichzeitig entwickelte sich die linear denkende somatische Schmerztherapie samt Schmerzchirurgie weiter. Es entstanden spezielle *Nerve block-clinics*. Die Leukotomie, ursprünglich zur Schmerzausschaltung empfohlen, wurde am Menschen erstmals 1936 ausgeführt.

Im Rahmen dieser Medizin war Schmerz im Wesentlichen entweder ein körperliches Leiden, oder er war verdächtig auf Hysterie, Masochismus oder Krankheitsgewinnssucht.

Im Lauf der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts änderte sich das. Mit den Fortschritten in der Schmerztherapie und der Einrichtung spezieller Schmerzkliniken waren therapieresistente chronische Schmerzsyndrome aufgetreten beziehungsweise übriggeblieben – und zwar in nachgerade epidemischem Ausmass. Komplexere Modelle des Schmerzverständnisses wurden nötig, die Misserfolge der am Leitungsmodell orientierten Schmerzbekämpfung zu erklären. 1965 brachte Ronald Melzack, zusammen mit Patrick Wall, eine «neue Schmerztheorie» heraus – die *Gate control theory*.

Diese «Schleusen-Kontroll-Theorie» besagt, dass eine Art aktiver Eingangskontrolle des Rückenmarks bestimmt, ob und welche Reize als Schmerz wahrgenommen werden. Diese Kontrolle werde sowohl von der Peripherie als auch vom Gehirn her gesteuert. Melzacks und Walls' Theorie schrieb dem Gehirn also einen entscheidenden Einfluss auf das Schmerzerleben zu. Damit konnten auch die Erfolge mancher bis dahin als wertlos abgetaner Behandlungsweisen besser verstanden werden. Entsprechend schossen solche nun – etwa im Rahmen des sogenannten Psychobooms der 1960er und 70er Jahre und der aufkommenden Alternativmedizin – wie Pilze aus dem Boden. Und der Schmerz wurde zum Thema multipler Gesellschaften, Symposien, neuer Periodika und Publikationen.

In dem neuen Licht gewannen die alten Theorien neue Aktualität, welche den Schmerz nicht als eine rein durch spezifische Nervenbahnen vermittelte Empfindung angesehen hatten. So hatte Ernst Heinrich Weber 1846 angenommen, dass verschiedene Empfindungen mit steigender Intensität in Schmerz umschlagen können. Dazu gehörte auch Sherringtons Lehre von der «Integrativen

Funktion des Nervensystems» aus dem früheren 20. Jahrhundert. Die älteren Arbeiten eines Ronald Melzack stiessen nun ebenfalls auf breiteres Interesse – Melzack hatte sich schon länger um die Schmerzwahrnehmung gekümmert.

Fazit

Im Zusammenhang mit der «traumatischen Hysterie» ist es im späten 19. Jahrhundert möglich geworden, Schmerz als körperliche Folge einer unerträglichen und deshalb marginalisierten oder ganz abgespaltenen traumatischen Einwirkung zu verstehen. Allerdings wurde mit der Idee der psychischen Verursachung eines Schmerzes im Grunde das alte lineare Leitungskonzept fortgeführt.

Im Zusammenhang mit dem chronischen Schmerz hingegen wurden im 20. Jahrhundert komplexere nichtlineare neuropsychologische Konzepte (Wechselwirkungen, Rückkoppelungsmechanismen etc.) in das medizinische Denken integriert. Modelle, im Rahmen deren die alten klassisch-neuzeitlichen Begriffs-Oppositionen wie subjektiv–objektiv, real–imaginiert, körperlich versus psychisch nun reflektiert und transgrediert werden konnten. Der chronische Schmerz hat

einen Paradigmenwechsel herbeigeführt, der dann das ganze psychosomatische Denken im Sinne von George L. Engels bio-psycho-sozialem Modell veränderte.

So nehmen wir in den letzten Jahrzehnten die «Unterbrechung von Zusammenhängen» vielleicht wieder etwas schmerzhafter wahr als in der Zeit der Zergliederungs- und Anästhesierungseuphorie.

Vielleicht könnte man ja den vielerorts ausgesprochenen Wunsch nach einer ganzheitlicheren Sicht auf uns und unsere Welt als Ausdruck einer wiedergewonnenen Empfindungsfähigkeit deuten.

Prof. Dr. med. Esther Fischer-Homberger

.....
Prof. Dr. med. Esther Fischer-Homberger, geboren 1940, 1968 Psychiatrische Universitätsklinik Burghölzli, Zürich; 1978–1984 Lehrstuhl für Medizingeschichte an der Universität Bern, seither psychotherapeutisch tätig. Seit 2005 Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Kontakt über: <http://fischer-homberger.ch.galvani.ch-meta.net>

Dieser Text ist eine gekürzte und redigierte Fassung eines Vortrages von Prof. Dr. med. Esther Fischer-Homberger, den sie am 6.11.2012 an der Universität Bern gehalten hat. Thema des Vortrages: Zur Geschichte des Umganges mit Schmerz und Wunde. Integration und Desintegration der «dissolutio continuitatis».

.....