

Editorial

Es ist so eine Sache mit dem Schmerz: Jeder erwachsene Mensch kennt ihn und doch vermag er nicht eindeutig zu bestimmen, was das ist, Schmerz. Er kann sagen, dass er weh tut, er kann wünschen, dass er aufhört, und er kann ihn sogar (begrenzt) beseitigen, aber sagen, was er sei, das kann er nicht. So lassen sich sprachgeschichtlich viele Unterscheidungen finden, die dem Phänomen habhaft werden sollten, wie z. B. Pein (Körper) und Schmerz (Seele) oder Schmerz (Körper) und Leid (Seele), doch alle blieben insuffizient. Lediglich der permanente Verweis auf ein Mehr als eine eindimensionale Ursache lässt sich als Schnittmenge herauschälen.

Auch wenn der in der Medizin verwendete Biologismus ›Nozizeption‹ nahe legt, es gäbe so etwas wie eine einseitig auf dem Körper basierende physiologische Erklärung des Schmerzes, so muss die Medizin doch eingestehen, dass damit nur die Hälfte erklärt ist: einen rein physiologischen Schmerz gibt es nämlich nicht – vielmehr tritt er auch ohne körperliche Korrelate auf und seine Wahrnehmung wird in verschiedenen Formen im Verlauf der Ontogenese erst erlernt. Sicherlich lässt sich auch dann argumentieren, dass Schmerzen immer dann entstehen, wenn bestimmte Nervenfasern elektrisch und chemisch stimuliert und diese Stimuli an das Gehirn weitergeleitet oder erinnert werden. Aber was ist das, was so entsteht? Was hat man damit beschrieben und was möglicherweise mit Medikamenten bekämpft? Nicht umsonst ist man in der Schmerztherapie dazu übergegangen rein medizinische Interventionen durch psychosoziale Angebote zu begleiten.

Schmerzen scheinen also darüber hinaus eine *Wahrnehmungs-* und eine *Affektkomponente* zu besitzen – und damit ist die psychologische Zuständigkeit angesprochen. Nun mag man einwenden, dass der Affektbegriff einem antiquarischen Begriffsarsenal entstammt, doch ist dem entgegenzuhalten, dass Schmerz eben keine Emotion im eigentlichen

bzw. im heutigen Sinne ist, denn ihm fehlt die Qualität nachempfunden und geteilt zu werden. »Es gibt keine emotionale Erinnerung an Schmerzen (mit der wir wahrscheinlich nicht überlebensfähig wären), die uns im Nachfühlen zu Mitleidenden machen könnte, wie das bei den reinen Emotionen der Fall ist« (Dreitzel, 1997, S. 859). Das Spezifikum des Affekts ist es, dass er zum Einen stärker auf den Körper verweist und zum Anderen einen Ausdruck zur zwingenden Folge hat – er ist irgendwo zwischen dem Körperlichen und dem Psychischen angesiedelt.

Vom Ausdruck ist es nicht mehr weit zur Wahrnehmung, denn sie ist dessen Komplement. Lässt sich der Schmerzausdruck noch vermeintlich leicht identifizieren, ist es mit der eigenen Wahrnehmung schwieriger, denn so recht verorten lässt sich der Schmerz nicht. Er verweist auf eine Grenze zwischen $\psi\upsilon\chi\eta$ und $\sigma\omega\mu\alpha$, wenn er hier wie dort wirksam ist. Helmut Plessner hat dieses menschliche Existenzparadox einmal wie folgt beschrieben: »Der Mensch *ist* immer zugleich Leib [...] und *hat* diesen Leib als diesen Körper« (1982, S. 238); der unverfügbare Körper wird erst als seine Repräsentation als sinnhafter Leib erfahr- und verfügbar. Doch wie viel Sinn hat bzw. ergibt Schmerz?

»Keinen!«, so die Antwort, die der Philosoph *Christian Grüny* zu Beginn dieses Themenheftes gibt. Sinnlichkeit, Bedeutung und Rechtfertigung dienen ihm als Raster, um phänomenologisch zu analysieren, wer wann wem gegenüber die Frage nach dem Sinn bzw. wem sie sich stellt. Letztlich, so der Autor, besteht der Sinn des Schmerzes selbst in seiner Sinnlosigkeit vor allem darin, dass er den Menschen auf sich selbst als ein Sinn suchendes Wesen zurückverweist und damit die Frage nach dem Sein virulent hält, denn was letztlich als Sinnhaftigkeit des Schmerzes erkannt wird, bleibt situations-, kontext- und diskursabhängig.

Mit ihrem Beitrag zur Unabänderlichkeit des Schmerzerlebens gibt anschließend *Laurence Croix* einen Einblick in die klinische Schmerztheorie aus psychoanalytisch-lacanianischer Perspektive. Mit diesem Essay kehrt der ›frühe‹ Freud auf Umwegen über Frankreich und über Lacan nach Deutschland zurück: Die Autorin untersucht Vorurteile über psychischen und/oder physischen Schmerz, diskutiert Schmerzerleben als Symptom, Zeichen, Symbol, Signal; sie reflektiert Schmerz in einer tem-

poralen Logik des vorweggenommenen Objektverlusts und einer nachträglichen Objektentstehung, thematisiert Fragen schmerzlichen Genießens als Lust in Unlust...

Nach Sinn und Erleben des Schmerzes stellt der Publizist *Christian Mürner* das menschliche Leid in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen und fragt danach, ob es dem Schmerz gleich nicht in Form des Mitleids und der Stellvertretung gefasst werden kann. In einer *tour d'horizont* durch die europäische Geschichte der Philosophie oder besser Aisthesis prüft er die Antworten von Schriftstellern und Philosophen.

Wird hier das menschliche Leid zu einem ästhetischen Phänomen erhoben, so thematisiert es *Ursula Frede* im Kontext der in der Moderne von der Aisthesis abgespaltenen Ethik: Schmerz ist asozial, er macht einsam. »Die Einsamkeit des Leidenden liegt auch daran, dass der Schmerz unsere Sprachfähigkeit unterminiert und schließlich zerstört« (Dreitzel, 1997, S. 859). Aus einer doppelten Perspektive – als Therapeutin und als chronische Schmerzpatientin – sucht die Autorin Wege aus der Sprachlosigkeit und hinein in ein gewisses Maß – wenn schon nicht Mitgefühl – so doch »solidarischer Zuwendung«.

Damit der Schmerz aber nicht zu vorschnell in eine Schublade verfrachtet wird, interpretieren die Soziologen *Stefan Dreßke & Gerd Gökencjan* den Schmerz nicht als asoziales, sondern als sozial funktionales Phänomen – und damit im Sinne *Christian Grünys* als situations-, kontext- und diskursabhängig – womit sich der im Themenheft aufgespannte Bogen schließt. Aus funktionalistischer Perspektive hat nach empirischen Untersuchungen der beiden Autoren der Schmerz und – man mag es kaum aussprechen – das (bewusste) Zufügen von Schmerzen durchaus Sinn: Er weist den betroffenen Personen ihren Platz wie ihre Identität zu, indem er in einer Statuspassage als Initiationsritus fungiert.

Die Abbildungen von Exponaten in dieser Ausgabe stammen von *Till Ansgar Baumhauer*, der diese unter dem Titel *an Wasserflüssen B. saßen wir und weinten* im vergangenen Jahr vom 22.2.2008 – 23.3.2008 in Buxtehude ausstellte. Wesentlicher Arbeitsansatz des jungen Dresdner Künstlers ist es, vermeintlich vertraute Elemente aus der europäischen Kunst- und Kulturgeschichte aus ihrem angestammten Kontext zu lösen

und ihnen dadurch eine neue Aktualität zu verleihen. Häufig finden sich in seiner Arbeit Überkreuzungen mehrerer künstlerischer und geisteswissenschaftlicher Sparten wie Installation, Musik, Literatur und Religion.

Für seine hier z. T. abgebildete Werkgruppe *an Wasserflüssen B. saßen wir und weinten* greift der Künstler auf den Psalm 137 des Alten Testaments, der Hebräischen Bibel, , der die Gefangenschaft des Volkes Israel bei den Babyloniern zum Thema hat, und auf dessen Vertonungen sowohl als Reformationschoral als auch als Orgelfantasie [von Johann Sebastian Bach (1685-1750) und Johann Adam Reincken (1643-1722)] zurück, löst den Text jedoch von seinem ursprünglichen Kontext und konzentriert sich auf die Thematik von politischer Gefangenschaft und dem Gefühl kollektiver Demütigung und gemeinsamer Rachephantasien. Indem der Künstler den Text ins aktuelle Zeitgeschehen überführt, ohne jedoch weit vom ursprünglichen Schauplatz abzuweichen, verknüpft er den Bibeltext mit der aktuellen politischen Lage im Irak.

Lars Allolio-Näcke

► Literatur

Dreitzel, Hans-Peter (1997). Leid. In Christoph Wulff (Hrsg.), *Vom Menschen. Handbuch Historische Anthropologie* (S. 854-873). Weinheim/Basel: Beltz.

Plessner, Helmut (1982). Lachen und Weinen. Eine Untersuchung der Grenzen menschlichen Verhaltens. In *ders., Ausdruck und menschliche Natur. Gesammelte Schriften, Band VII* (S. 201-387). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

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 unabweichlich 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