

unimagazin

Schmerz und Leiden.
Körper und Seele in Not

Schnittstelle Schmerz

Schmerzen sind unangenehm und zuweilen unerbittlich hartnäckig. Sie nagen an der Persönlichkeit und verdunkeln die Lebensumstände der Betroffenen und ihrer Angehörigen. In der Schweiz leiden einer Schätzung zufolge rund 700 000 Menschen an chronischen Schmerzen – rund 60 000 davon sehr stark. Anders als etwa die Angst sei der Schmerz ein Phänomen, dem kein Objekt ausserhalb des Körpers entspricht, betont die Kulturtheoretikerin Elaine Scarry. Diese Objektlosigkeit macht es nahezu unmöglich, ihn in Worte zu fassen. Wer unter chronischen Schmerzen leidet, wird auf sich selbst zurückgeworfen. «Warum gerade



ich?», mögen sich Betroffene fragen. Oder: «Was habe ich falsch gemacht?» Oft werden sie von Zweifel, Furcht, Wut und von einem Strudel damit zusammenhängender Fragen ergriffen, die nach einer Antwort, einem Sinn des Leidens suchen.

Biologisch gesehen können akute Schmerzen durchaus sinnvoll sein. Als Warnsignal weisen sie darauf hin, dass unser Körper einer – möglicherweise lebensbedrohlichen – Gefährdung ausgesetzt ist. Bei einem Beinbruch oder bei einer Schnittwunde etwa hat die akute Schmerzempfindung eine klare Ursache und kann mit entsprechenden Medikamenten schnell und effektiv gelindert werden. Bei chronischen Schmerzen ist eine so eindeutige Zuordnung von Ursache und Wirkung oft nicht mehr möglich. Sie haben keine klare biologische Funktion mehr und weisen ein Krankheitsbild auf, das keine monokausalen Erklärungen mehr zulässt.

Der Komplexität chronischer Schmerzen entspricht die Tatsache, dass die medizinischen Einzeldisziplinen im therapeutischen Umgang damit immer wieder an die eigenen Grenzen stossen. Bei der Behandlung von chronischen Schmerzpatienten sind die Ärztinnen und Ärzte auf eine fächerübergreifende Zusammenarbeit angewiesen. Ausdruck dafür sind die vielen interdisziplinären Schmerzkliniken und -sprechstunden, die in den letzten Jahren wie Pilze aus dem Boden geschossen sind. Auch das Zürcher Universitätsspital bietet heute ein breites Therapieangebot für Patienten mit chronischen Schmerzen an. Dem Wissen und den Erfahrungen, die dort im Umgang mit Schmerzpatienten erworben wurden, gilt ein Schwerpunkt dieses Magazins.

Schmerzen lassen sich nicht auf Probleme der Physis einschränken. Gerade die Psyche hat bei chronischen Schmerzen in der Regel einen grossen Einfluss. In den Schmerzprogrammen der Spitäler

hat man dieses Zusammenwirken von Körper und Seele bereits berücksichtigt; Psychiater und Psychologinnen sind fest in die interdisziplinäre Zusammenarbeit eingebunden. Dass man in seelischer Hinsicht auch ohne genau lokalisierbare Schmerzen leiden kann, zeigt ein Beitrag aus der psychiatrischen Forschung: Analog wie bei den Schmerzpatienten verändern sich bei depressiven Menschen die Aktivitäten in jenem Hirnareal, das für die emotionale Komponente des Schmerzes verantwortlich ist.

Das Phänomen Schmerz betrifft unser Leben in ganz zentraler Weise. Deshalb haben sich neben der Medizin auch immer die Sozial- und Geisteswissenschaften damit befasst. Das vorliegende Magazin spannt denn auch einen Bogen von Fragen der medizinischen Forschung und Praxis bis hin zu Themen etwa der Philosophie, der Religionswissenschaft oder der Ethnologie. Sie fragen nach den kulturellen Rahmenbedingungen, den historischen Traditionen und den Ausdrucksformen der Schmerzwahrnehmung und -erfahrung. Denn *den* Schmerz gibt es nicht – Schmerzwahrnehmungen und Schmerzerfahrungen sind stark vom kulturellen Kontext abhängig, in den sie eingebettet sind. Wird etwa in afrikanischen Ländern jemand von Schmerz und Leid heimgesucht, so werden zur Klärung der Ursachen und als therapeutische Massnahme oft magische Praktiken angewendet. In verschiedenen Stammeskulturen wiederum werden die Teilnehmer von Initiationsritualen schmerzvollen Praktiken unterworfen – die Initianden sterben einen symbolischen Tod, um hernach in einem «neuen Leben» wieder aufzuerstehen.

Dass die Relativität und Individualität im Umgang mit Schmerzen auch im historischen Rückblick gilt, betonte René Leriche (1879–1955), ein Pionier der Schmerzchirurgie: «In Bezug auf den Schmerz sind wir nicht alle gleich. Die körperlichen Empfindungen der Menschen von heute sind ganz anders als diejenigen der Menschen von früher, und auch heute hat der Schmerz nicht für alle den gleichen Klang.» Unser eigener Umgang mit Schmerz und Leiden hat durchaus ambivalente Züge; wir meiden sie nicht nur, sondern sie faszinieren uns auch. So wird das Erleiden von Schmerzen nicht erst seit den sexuellen Eskapaden des Marquis de Sade als Quelle der Lust thematisiert. Auch religiöse Praktiken bieten Möglichkeiten, um dieser Ambivalenz Ausdruck zu geben und sie für das Leben zu erschliessen. An der Schnittstelle von Körper, Seele und Kultur, an der Schmerzen entstehen, können wir letztlich etwas über die Bedingungen unserer eigenen Existenz erfahren.

Roger Nickl



6

Herzgänge

Ein literarischer Gang durch eine Erinnerungslandschaft des Sterbens.

ANNE DUDEN

8

Schmerzforschung im Überblick

Was unterscheidet akute von chronischen Schmerzen?

MONIKA JAQUENOD UND
BEATRICE SCHAEPP

13

«Schmerzfremheit ist eine Chimäre»

Trotz Fortschritten in der Bekämpfung bleibt das Phänomen Schmerz ein Teil der *Conditio humana*.

BEAT RÜTTIMANN

17

Schmerzarbeit am runden Tisch

Die Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Ein Erfahrungsbericht aus dem Universitätsspital.

RETO M. AGOSTI

21

Wenn Bilder sprechen

Mit einer neuen Visualisierungsmethode kann der subjektive Leidensdruck von Patienten erfasst werden.

STEFAN BÜCHI

UND CLAUS BUDEBERG

26

Ein schmerzloses Leiden?

Auch wenn Kopfschmerzen nicht selten sind, können depressive Menschen leiden, ohne einen körperlich lokalisierbaren Schmerz zu spüren.

DANIEL HELL,
JEROME ENDRASS UND
JEAN-PIERRE BADER

28

Ganzheitliche Betreuung unheilbar Kranker

Das Kompetenzzentrum Palliative Care am Universitätsspital bietet unheilbar Kranken eine ganzheitliche Betreuung an.

KATHRIN ZAUGG

31

Was nützt es zu leiden?

Ein Schwerpunkt der ethischen Auseinandersetzung mit dem Thema betrifft die Frage des Nutzens von Schmerz- und Leiderfahrungen.

ALBERTO BONDOLFI

33

Schmerzempfinden bei Tieren

Das Fehlen des typisch menschlichen Schmerzverhaltens trägt dazu bei, dass Tieren das Schmerzempfinden immer wieder abgesprochen wird.

SABINE KÄSTNER

38

Auf den Spuren de Sades

In seinen späten Notizen geht Nietzsche dem Schmerz auf den Grund und skizziert dabei unwillentlich die Philosophie des sadeschen Libertins, der Schmerz in Lust verwandelt.

MICHAEL PFISTER UND
STEFAN ZWEIFEL

42

Beglückender Schmerz, seliges Leiden

Der Mensch weicht Schmerz und Leiden nicht nur aus, sondern versucht sie auch auszuloten. In religiösen Praktiken kommt diese Ambivalenz zum Ausdruck.

FRITZ STOLZ

46

Hexerei in Afrika

Wenn man den Umgang mit Schmerz und Leiden in anderen Kulturen untersucht, stösst man in Afrika bald auf das Konzept der Hexerei.

DAVID SIGNER

50

Die «Not des Lebens»

Im Entwicklungsmodell der Psychoanalyse wird das Kind auf vielfältige Weise mit der «Not des Lebens» konfrontiert.

BRIGITTE BOOTHE

54

Trauer in der Vormoderne

In Texten und Bildern werden kulturell kodierte Schmerz- oder Kummergefühle historisch lesbar, welche die Artikulation von Trauer je bestimmten.

CHRISTIAN KIENING

57

Der Schmerz der Bilder

Eine Kunstgeschichte des Schmerzes existiert noch nicht. Ein mögliches Kapitel könnte den Titel «Kunsttränen» tragen.

PETER CORNELIUS CLAUSSEN

62 Das Buch Von Diktatoren und Maultieren**63 Porträt** Marc Bamert – der eiserne Mann**64 Bau und Kunst** Zu Gast im Haus der toten Dichter**67 Zeichen** Gott und Milgram**RUBRIKEN****IMPRESSUM****unimagazin**

Die Zeitschrift der Universität Zürich
Nr. 4, Dezember 2000

Das Magazin der Universität Zürich
ist auf dem WWW:
<http://www.upd.unizh.ch/magazin/>

Herausgegeben von der Universitätsleitung der Universität Zürich durch **unicommunication**, Schönberggasse 15a, CH-8001 Zürich, Telefon 01/634 44 30, Fax 01/634 23 46, **Internet:** <http://www.unicom.unizh.ch/magazin/> **Leitung:** Dr. Heini Ringger (E-Mail heini.ringger@unicom.unizh.ch). **Redaktion:** Roger Nickl (E-Mail roger.nickl@unicom.unizh.ch). **DTP-Produktion:** Atelier Peter Schuppisser, Zürich. **Sekretariat:** Romana Semadeni. **Druck:** NZZ Fretz AG. **Auflage:** 20 000 Exemplare, erscheint viermal jährlich. **Illustrationen Heft:** Ana Axpe und Regula J.Kopp. Die Redaktion behält sich die sinnwährende Kürzung von Artikeln, das Einsetzen von Titeln und Hervorhebungen vor. Beiträge von Dritten müssen nicht unbedingt die Meinung der Universitätsleitung der Universität Zürich entsprechen. Alle nicht entsprechend gekennzeichneten Artikel wurden exklusiv für dieses Magazin geschrieben. Artikel und Fakten können auch ohne ausdrückliche Genehmigung der Redaktion abgedruckt werden, sind aber mit dem Hinweis «unimagazin. Die Zeitschrift der Universität, Nr. 4/00» zu kennzeichnen. Davon ausgenommen sind Beiträge und Illustrationen, die mit einem Hinweis auf ein bestehendes Copyright versehen sind. Belegexemplare sind erwünscht. Die nächste Ausgabe des unimagazins erscheint im April 2001. Thema: «Nachhaltige Entwicklung».

Das beredte Schweigen des Körpers

VON ROGER NICKL

Der Körper ist eine Bühne für wortlose Schauspiele. In Symptomen und Gesten spricht er schweigend von einer Realität, von einem Geheimnis des Fleisches, über die wir nur beschränkt Wissen und Kontrolle haben. In je unterschiedlicher Weise gehen die beiden Künstlerinnen Ana Axpe und Regula J. Kopp, die mit Video-Stills ihrer Arbeiten in diesem Heft präsent sind, mit dem Realen des Körpers um.

Ana Axpe fokussiert in ihrer einstündigen Videoinstallation «Pied, main, œil, oreille, nez, tête, langue, dents» aus dem Jahr 1996 einzelne Körperteile, indem sie deren Umfeld mit Verbandstoffen abdeckt und dadurch gleichzeitig einen «klinischen» Kontext herstellt (Seite 5 unten). Kontrastiert werden die synchron über acht TV-Geräte flimmernden Videobilder mit einem in Französisch, Englisch, Spanisch und Deutsch gesprochenen Monolog. Diese Tonspur zitiert eine Liste von Körpermetaphern und den Körper betreffende Redewendungen, wie sie etwa in Lexika zu finden sind. Das durch die Sprache hergestellte Spannungsfeld verdeutlicht die bestehende Kluft zwischen dem fragmentierten Körper-Bild und dem Verbalisierten und unterstreicht so das Eigenleben des Körpers. Für dieses, wenn auch in anderer Weise, werden auch die Betrachter der Video-Stills sensibilisiert, deuten die Bilder in ihrer klaren Bildsprache doch auf die Differenz zwischen subjektivem Leiden und dem Objektstatus des Körpers hin.

Politik und Wahnsinn

Die früheren Videoarbeiten Axpes bedienten sich der Mittel von Reportage und Collage. So etwa, wenn die seit Ende der 80er-Jahre in Genf lebende argentinische Künstlerin baskischer Abstammung im Video «Marie Claire» im Outfit eines Fotomodells aus dem Jahre 1938 Erinnerungen des Vaters wiedergibt. Dieser hatte sich im spanischen Widerstand gegen Franco engagiert. Kontrastiert und damit in einen schillernden Kontext gestellt werden die Zeitzeugenberichte mit Zitaten des Frauenmagazins aus jener Zeit.

Mit der 1996 entstandenen Arbeit «Pied, main, œil, oreille, nez, tête, langue, dents» habe sie die Auseinandersetzung mit der politischen Vergangenheit ihres Vaters verlassen und sich im Rahmen der Beschäftigung mit dem Leben ihrer Mutter dem Thema des Wahnsinns angenommen, erklärt die 32-jährige Künstlerin. So hätten die inszenierten

Körperfragmente vor allem einen Bezug zu ihrer Mutter und deren Wahrnehmung des eigenen Körpers. Mit dem Perspektivwechsel hat sich auch das Darstellungsverfahren hin zu eher performativen Elementen verschoben. Eine Fortsetzung gefunden hat die Inszenierung des Körpers im Video «Incrustation», das noch bis zum 14. Januar im Rahmen der Ausstellung «Das Jahrhundert des Körpers. Der Triumph des Fleisches» im Musée de l'Élysée in Lausanne zu sehen ist.

Kunst und Kung Fu

Regula J. Kopp inszeniert den Körper explizit als Medium des Schmerzes. In ihren Performances, die sie allein oder bis zum letzten Jahr zusammen mit Karin Jost im Duo «JOKO» zeigte, will sie «das Tabuthema Schmerz darstellen». Es gehe darum, den Schmerz, ein Phänomen, das in der Öffentlichkeit verdrängt werde, publik zu machen. So nähten sich Jost und Kopp – im Schmerz verbunden – im Rahmen der Performance-Serie «connected» an den Brustwarzen zusammen. Anlässlich der vom jüdischen Taufritual inspirierten und an die Tradition der Wiener Aktionisten erinnernden Performance «Vino rosso» zwängte sich Regula J. Kopp 1997 in einen engen, mit Rotwein gefüllten Schacht. Und in der Aktion «Alpenmilch» traktierte sie ihren Körper nach einer Fastenwoche mit einer grossen Menge kuhwarmer Milch. Im Kontext der symbolträchtigen Substanzen Wein und Milch inszenierten und thematisierten die beiden Aktionen den schmerzhaften Übergang in den Tod beziehungsweise ins Leben. Video-Stills dieser beiden Performances sind in diesem Heft zu sehen (siehe unter anderen Seite 5 oben).

«Performance» versteht die 32-jährige Zürcher Künstlerin in ihrer Arbeit ganz wörtlich als Leistung, als Körperarbeit an den Grenzen der Physis. Speziell interessiert Kopp daran auch die Beherrschung des eigenen Körpers. Kein Wunder, hat sie sich parallel zu ihrer Performancetätigkeit auch immer mit asiatischen Kampfsportarten, insbesondere mit dem Kung Fu, beschäftigt. Es gehe ihr letztlich auch darum, den Schmerz, welcher für uns alle unausweichlich sei, als Bestandteil des Alltags zu akzeptieren und den Umgang damit zu lernen, meint die Performerin. Und ganz in stoischer Tradition ergänzt sie: «Erst mit Akzeptanz und Körperbeherrschung können wir uns auch ein wenig vom Schmerz befreien.»



Herzgänge

VON ANNE DUDEN

«*All I want is certain sensations*»

John Couper Powys

In Northumberland schon war es das Ende. Alles lag ausser sich in der Vergangenheit, zuckend, aufschluchzend und winselnd. Nur Stücke englischer Landschaft, und das auch nur tagsüber, waren erhaben und die ausgetretenen Stufen der Nachttreppe in Hexham Priory sowie die azurine Turmuhr, diese leicht gewölbte, aus der ausgezählten Ewigkeit herausgetrennte Scheibe, scharf geschnittene Linse des Himmels, die auf allen Fotos an der Stunde festhielt, die die Verlassende verliess.

Die letzten Tage verbrachte ich in Northumberland, und es sollte mir bloss kein Ende dazwischenkommen und überhaupt keiner die Worte stören, an denen die Welt hängt wie am seidenen Faden.

– *An die Götter, an die Schatten* – an alles hier Gewesene, das gehügelte Meer aus Moor und Heide, an das lichternde Grün und Rostrot, den Purpur und Zimtstaub ganzer Farnhänge, an das lange verblühte Wut- und Vernunftkraut, das Kuckucksheil, das auf nackten Äckern wächst, selbst an das Grabmal des Römers, der hier zum Zeichen seines Ablebens über einen Barbaren noch hinwegreitet.

In the beginning the Word already was, wie nebenbei gesagt und doch vor allem. Aber Wahrheit und Wirklichkeit lassen sich nur halbherzig erzählen und halbfertig in Worte fassen, damit es weitergehen kann.

Seit fünfzig Jahren war sie gestorben, stehend, liegend, sitzend, sich krümmend. Ich hatte teil an ihr und starb stück- und streckenweise mit, aus der Nähe, aus der Ferne und manchmal ganz unbesehen; und es gab nicht die geringste gute Aussicht,

obwohl Nachbarn, Freunde, Verwandte und einer der Söhne ständig das Gegenteil behaupteten. Immer gehetzt und abgewrackt, auf dem vorletzten Atemzug, ging es noch gerade irgendwohin, bisweilen sogar, wider besseres Wissen freudig erregt, ins englische Jenseits mit Erbrechen, Durchfall und schwacher Blase. Bei einem bestimmten Lichteinfall klebt am Bett noch nach Jahren das unausgesetzt Klägliche und der Nachhall der wüstesten und wütendsten Nacht. Und weder das Bett noch das Urteil, das ich über mich spreche bei so viel Unauflösbarem, lassen sich löschen. Und die Gefühle lassen sich nur ablegen wie eine brandige Gespinsthaut, ein in die Körperausenwand schwelend sich einfressendes und nach innen durchschlagendes Nessushemd, als verbrühte sich dort selbst noch die Hitze am Fiebersekret.

Ich selbst stand ja lebenslänglich im Sterben, immer inmitten der Aushaucher, Fallsüchtigen und Vergifteten der in Stücke gehenden und zugleich eingeschmolzenen Weltteile und konnte nur noch eine einzige Verbindung herstellen, nach England nämlich, wo, gleich zu Beginn, hoch über der Themse in Richmond die Fleischlampions der Eiben so glühen, sogar dann noch, wenn sie aus dem Dunkel auf die Trottoirs gefallen sind und die Kehlchen ihre Stimmen ausschicken in die Nacht hinein oder so früh schon, dass noch keiner es hören kann, was sowieso keiner hört. Ich brauche den ganzen Tag, um mich zum Leben hin anzuziehen und nachts ist kaum Schlaf, denn ich weiss noch nicht, ob mir einer die Hals- und Fusskette öffnen könnte.

Nie lassen sich die Gefühle verschieben noch die Beunruhigungen, die Rettungsversuche, die letzte Kraftanstrengung. Bis die Worte wieder in Frage kommen und die Sterbenden sich umbetten und aus dem Gesichtsfeld gelegt haben. *Word of all worlds*.

Oft ist es zu grell hier für die wegfallende Zeit, während sie steintot eingesunken unter dünner Decke, reliefartig wie unter der petrifizierten oder nachgebildeten Haut eines anderen, nur noch abwarten kann, im-

Anne Duden ist Schriftstellerin

und lebt in London. Zuletzt erschien von ihr der Essayband «Zungengewahrsam» (Verlag Kiepenheuer & Witsch, 1999) und der Gedichtband «Hingegend» (zu Klampen Verlag, 1999).

mer noch einmal die nächste Zeit mit dem grossen Hunger eines ganz klein und leicht gewordenen Leibes, des nackten Körpers eines nicht mehr flügge werdenden Vögelchens, heiss hungrig auf Schneenarzissen, die sich mittlerweile durch gedämpften Zuruf unterirdisch vermehren.

Man lehnt sich ins Auge zurück, um diese Zeit, die nicht mehr zu retten ist, kalt aufzufangen zu können, und man überlässt sich unsterblich den Blicken, um vielleicht die einst abgetrennten Ekstasen wieder heranzuziehen und sich nun in die Wiege der Erscheinungen zu legen.

Perlwehen gingen durch die Wiese am Grolsloch direkt hinter den Mordstrassen und heute über den Bahndamm in Willesden drei, vier Wochen lang. Und unter dem Laub eines nicht einmal sehr grossen Baumes in Maresfield Gardens wattierte ein ganz leichter Wind im Vorübergehen plötzlich die Ohren, und etwas weiter noch hielten die Hortensien ihre Verfärbungen den Blicken entgegen. Nachts stürzte aus dem schon herbstlich frostigen Weltraum, mit der Deichsel voran, der Grosse Wagen auf eines der Glashäuser zu. Es war sein Ziel und er würde es treffen, aber, weich nachfedernd, nicht zerschlagen.

Während ich einen grossen Schreibtisch in der Form eines Schachtes leerräume und dabei noch auf einen Brief von ihr an mich stiess wie auf einen Schatz, lag sie, weder lebend noch gestorben, am anderen Ende desselben Raumes in einem ausladenden Bett auf dem Rücken. Mit geschlossenen Augen. Und ihr Mund ging plötzlich lautlos auf und blieb nun weit geöffnet, so dass die ganze Mundhöhle bis zum Zäpfchen sichtbar wurde wie ein offenstehendes Mansardenzimmer auf der Höhe von Birkenkronen. Von der Sonne im Raum und der Helle war die Mundhöhle selbst erhellt und milde durchsonnt. Ja, die Wangen waren durchscheinend rötlich und man sah deutlich, dass sie wie feines Tuch abwechselnd leicht sich blähten und wieder erschlafften. Die gesamte Höhle bis hin zur Schlundenge und zum Zungengrund und auch die Lippen und Gaumensegel und -zäpfchen flatterten und bebten leise.

Sie war also zum Atmen aufgebahrt, in der südlichsten, der vierten Kammer. Eine Schlafbegrabene im angestammten Luftzelt über der Rautengrube. Und unter Hinter- und Nachhirn verschlug sich nichts mehr.

Es begann die lange Traumzeit, in der sie müde auferstanden herumlag, in der sie verschwand und abgerissen, verstört und abgekämpft, eine alte bag-lady, wieder auftauchte oder auch, um dreissig Jahre verjüngt, an der Haustür klingelte und vieles erzählen und unternehmen wollte.

Immer blieb im Dunkeln, wo sie seit ihrem Sterben gewesen war. Es war aber auch nicht wichtig.

Oft musste ich mit ihr, die völlig geschwächt und hilflos war und die innerhalb weniger Tage wieder sterben würde, bei Nacht über einen Fluss, eine Schlucht, einen rasenden Gebirgsbach oder über schon überlaufende Talsperren, über die nur schwankende und schlingernde Hänge- und Notbrücken oder schmale und geländerlose Betondämme führten. Ein schwerer Koffer musste mitgenommen werden, auch ein kleines Mädchen, das ich zuerst hinübertrug, während aus dem steinigen Flussbett Schreie heraufschallten. Es waren ja Überführungen zwischen unwirtlichen und unhaltbaren Zonen. Einmal im Wasser eines stillen Sees oder Teichs aber schwamm sie, die am Ufer verdämmernd bewegungslos gelegen hatte, robbenähnlich mit glänzenden Augen umher. Manchmal musste die ganze Umgebung nach ihr, weil sie in verlassenem Gelände verloren gegangen war, abgesucht werden. Und ich wusste einfach nicht, ob man gehalten war, sie bei den Behörden, und sei es nur für die wenigen Tage, wieder für lebendig erklären zu lassen oder zumindest Bescheid zu sagen, dass sie noch nicht tot war.

Bis sie dann doch noch einmal, im Nachthemd, nach England kommt, wo es in Gloucestershire ein Hotel gibt, in dem die verschiedenen Jahres- und Tageszeiten auf verschiedene Räume und Bereiche verteilt sind und wo die immer offene Lounge, in der Frühjahr ist und später Vormittag, auf einen alten englischen Grabgarten geht, zwischen dessen vielen, auch schräg stehenden Gedenksteinen anhaltend Sommer und Abend wird. Dort finde ich sie, das Stimmengewirr aus der Lounge im Ohr, nach einer kurzen oder längeren Abwesenheit, hilflos, durchnässt und von Speiseresten befleckt auf der Erde liegend, und sie sagt, sie wolle *heim*, obwohl sie ihr Lebtage dieses Wort nicht in den Mund genommen hätte.

Schmerzforschung im Überblick

Während akute Schmerzen eine lebensnotwendige Warnfunktion besitzen, haben chronische Schmerzen diese weitgehend verloren. Für die Therapie von Patienten mit chronischen Schmerzen ist eine differenzierte, interdisziplinäre Abklärung der Ursachen notwendig. Für therapeutische Massnahmen wichtig ist auch die Erkenntnis, dass sowohl das Schmerzempfinden als auch die Wirkung von Medikamenten sehr individuell sind.

VON MONIKA JAQUENOD UND
BEATRICE SCHAEPPI

Jeder von uns hat ein gewisses Quantum an Schmerzerfahrung gemacht – die einen mehr, die anderen weniger. Gerade, wenn sie länger anhalten, zermürben uns Schmerzen, machen uns lustlos, müde und gereizt. Gerne würden wir in diesen Momenten auf das Schmerzsystem ganz verzichten. Doch die Schmerzempfindung ist eine elementare Voraussetzung für die Erhaltung der körperlichen Integrität. Schmerzen haben eine Warnfunktion und schützen uns vor potenziellen Schädigungen. Diejenigen Menschen, die von Geburt an über kein intaktes Schmerzleitungssystem verfügen, sterben früh an den vielen Verletzungen, die sie sich zuziehen. Die chronischen Schmerzen hingegen haben diese Schutzfunktion verloren. Im Gegenteil, oft werden gerade Nervenschmerzen – wie wir sie im Folgenden beleuchten werden – in Körperregionen empfunden, die vollständig intakt sind.

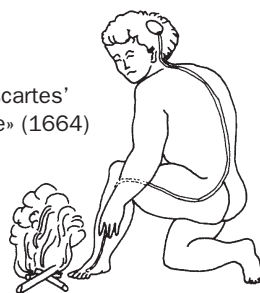
Dr. Monika Jaquenod ist Oberärztin und Leiterin des Schmerzambulatoriums am Institut für Anästhesiologie des Zürcher Universitätsspitals. Dr. Beatrice Schaeppi ist Oberärztin i.V. am Institut für Anästhesiologie.

Schmerzen sind ein höchst individuelles Geschehen, das je nach persönlicher Erfahrung gewertet und verarbeitet wird. Das endgültige und eigentliche Schmerzerlebnis ist von vielen Faktoren abhängig. Wir alle kennen dieses Phänomen: Sind wir übermüdet, verärgert oder stehen unter grossem Zeitdruck, kann der sonst banale Kopfschmerz unerträglich werden. Schmerzen in ihrer ganzen Dimension umfassend zu definieren ist schwierig. Die Definition der Internationalen Schmerzgesellschaft (IASP) lautet wie folgt: «Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.»

Grundlagen der Schmerzleitung

Descartes zeichnete 1664 als einer der wichtigen «Schmerzforscher» der Vergangenheit ein bekanntes Modell: Der Schmerz wird dem-

René Descartes' «L'homme» (1664)



nach durch Hitze ausgelöst und wird durch einen Leitungsstrang von der Peripherie zum Gehirn geführt. Diese Erkenntnis war neu, früher glaubte man, der Schmerz würde im Herz wahrgenommen. Man glaubte, dass ein schmerzhafter Reiz zu einer klaren voraussagbaren Antwort führe und der Schmerz folglich proportional zum Ausmass des Stimulus sei.

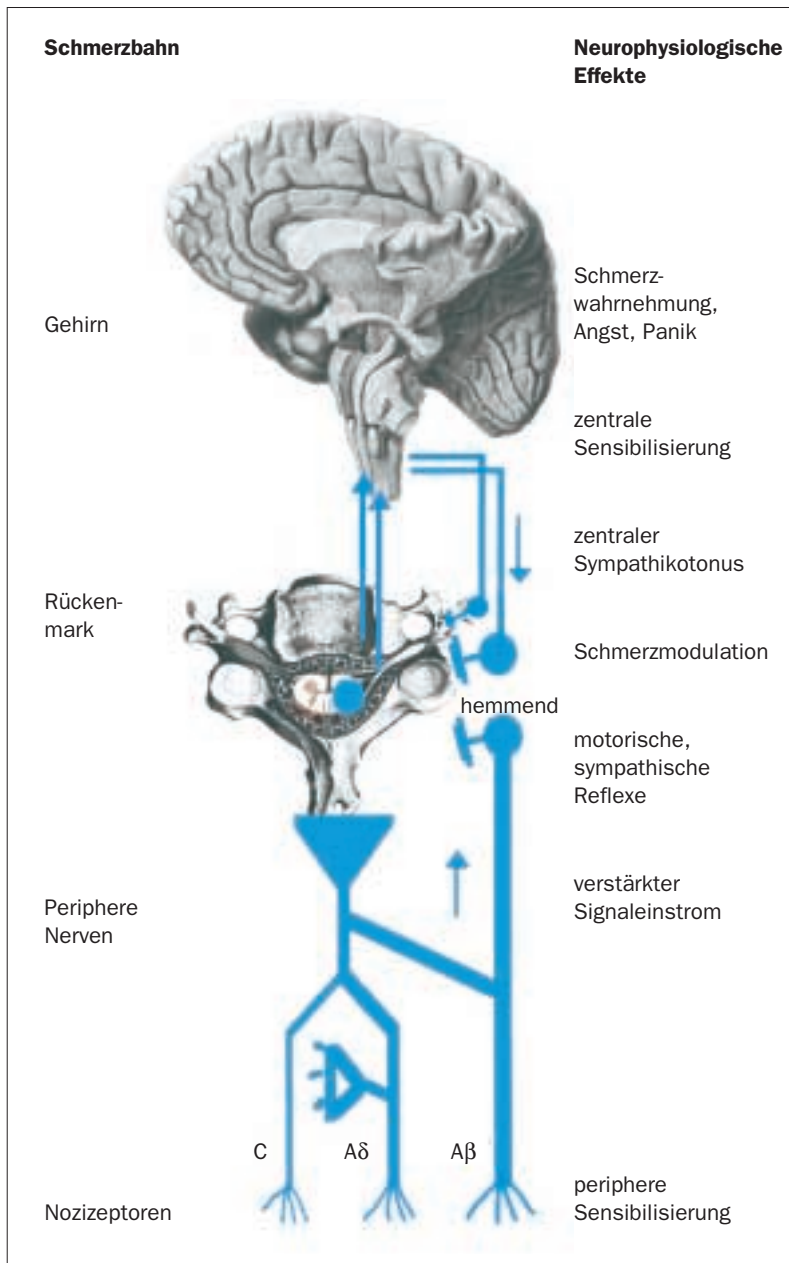
Dieses einfache Schmerzmodell war bis in die Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts gültig: Die in den letzten zwanzig Jahren ge-

wonnenen Forschungsergebnisse zeigen aber, dass unser Nervensystem sehr viel komplexer und plastisch veränderbar ist. Heute weiss man, dass Meldungen von Schadenereignissen im Körper von spezialisierten Nervenfasern, den so genannten Nozizeptoren, aufgenommen werden. Nozizeptoren sind in fast allen Organen vorhanden. Sie reagieren auf mechanische, chemische und Temperaturreize.

Erreicht der Reiz eine gewisse Schwelle, so reagiert der Nozizeptor, die Information wird entlang der Nervenfasern weitergeleitet und erreicht die erste Umschaltstation, das Rückenmark. Vom Rückenmark ziehen Nervenbahnen über weitere Umschaltstationen zur Hirnrinde. Dort findet die bewusste Erkennung und Lokalisation der Schmerzen statt. Die Reaktion des Körpers auf Schmerzen entsteht aus komplexen Reaktionen des Zentralnervensystems (Gehirn und Rückenmark). Auf verschiedenen Ebenen des zentralen Nervensystems werden durch die Erregung von Schmerzfasern andere Systeme aktiviert: Wenn wir mit der Hand eine heisse Herdplatte berühren, ziehen wir sie zurück, bevor wir bewusst einen Schmerz verspüren – diese motorischen Reflexe und Fluchtreflexe werden vom Rückenmark aus gesteuert.

Im Hirnstamm werden Schmerzinformationen in die Steuerung von Atmung und Kreislauf integriert. Die Atmung wird schneller und tiefer, der Puls und der Blutdruck steigen an – über reflektorische Vorgänge stellt sich der Körper auf «Flucht und Kampf» ein. Auf allen Ebenen des Nervensystems gibt es zusätzlich schmerzhemmende Systeme zur Schmerzmodulation (siehe Abbildung Seite 10). Dazu gehören diverse absteigende schmerzhemmende Nervenbahnen und ein





Modell der Schmerzleitung und Schmerzverarbeitung des Körpers

höchst effizientes körpereigenes Opioidsystem. Diese körpereigenen, schmerzhemmenden Systeme schützen zum Beispiel Schwerverletzte mit massiven Gewebeerkrankungen vor stärksten Schmerzen. Der Patient, der über Jahre an solchen Schmerzen leidet, hat ein «erschöpft» schmerzhemmendes System. In der Schmerztherapie wird die Aktivierung dieses Systems zum Beispiel mit physikalischen Massnahmen, mit Akupunktur oder dem Rücken-

markstimulator therapeutisch genutzt.

Auch andere Faktoren wie etwa die Plastizität des Nervensystems beeinflussen unser Schmerzempfinden. Eine Gewebeschädigung oder eine Entzündung führen zur Ausschüttung einer Vielzahl von chemischen Stoffen («inflammatory soup»); dadurch erhöht sich die Erregbarkeit der Schmerzrezeptoren am Ort der Schädigung und im Nachbargewebe. Bisher nicht schmerz-

hafte Reize erzeugen nun Schmerzen. Jeder von uns kennt dies: nach einer Verletzung ist das Wundgebiet viel empfindlicher auf Berührung und Schmerz. Es ist eine so genannte periphere Sensibilisierung eingetreten. In einer ganz akuten Situation ist diese sinnvoll, denn so wird der Patient den verletzten Körperteil schonen, und eine bessere Wundheilung kann stattfinden.

Bei wiederholten Schmerzmeldungen von der Peripherie an das Rückenmark kommt es zu komplexen Veränderungen auf zentraler Ebene, der so genannten zentralen Sensibilisierung. Bisher inaktive, «schlafende» Rezeptoren werden nun aktiviert, neue Proteine werden hergestellt, und es entstehen tiefgreifende Veränderungen auf molekularer Ebene. Eine zentrale Rolle spielen dabei die so genannten NMDA-Rezeptoren (spezielle Rezeptoren für Botenstoffe). Werden diese medikamentös blockiert, so können Sensibilisierungsprozesse gebremst werden.

Bei der zentralen Sensibilisierung werden neue Verbindungen zwischen verschiedenen Nerven geknüpft: Normalerweise sind die Nervenfasern, die Berührung (A- β -Fasern) und die Nervenfasern, die Schmerzen leiten (C-Fasern und A- δ -Fasern), anatomisch voneinander getrennt. Bei der zentralen Sensibilisierung kommt es nun aber zu neuen Verknüpfungen zwischen diesen Systemen. In der Abbildung auf Seite 11 wird dies anschaulich gezeigt: Die Schmerzfasern sind in das Gebiet der Druckfaser-Nervenendigungen eingedrungen. Bei solchen Patienten wird nun der Druck auf die Haut als Schmerz empfunden, man nennt dieses Phänomen Allodynie.

Anhaltendes Schmerzgedächtnis

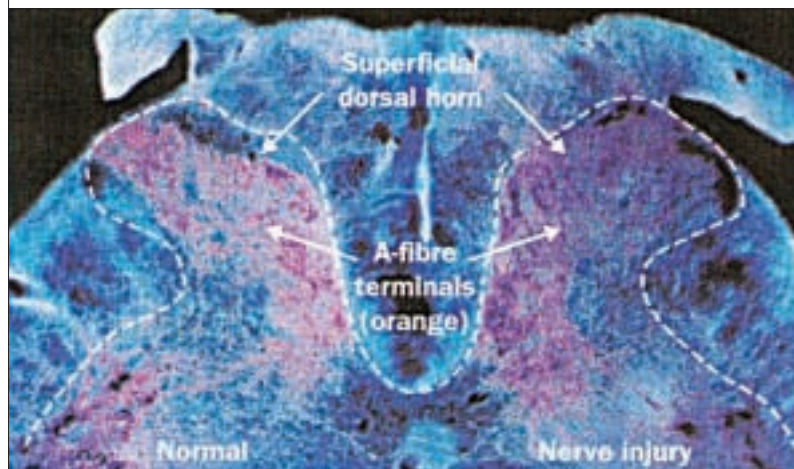
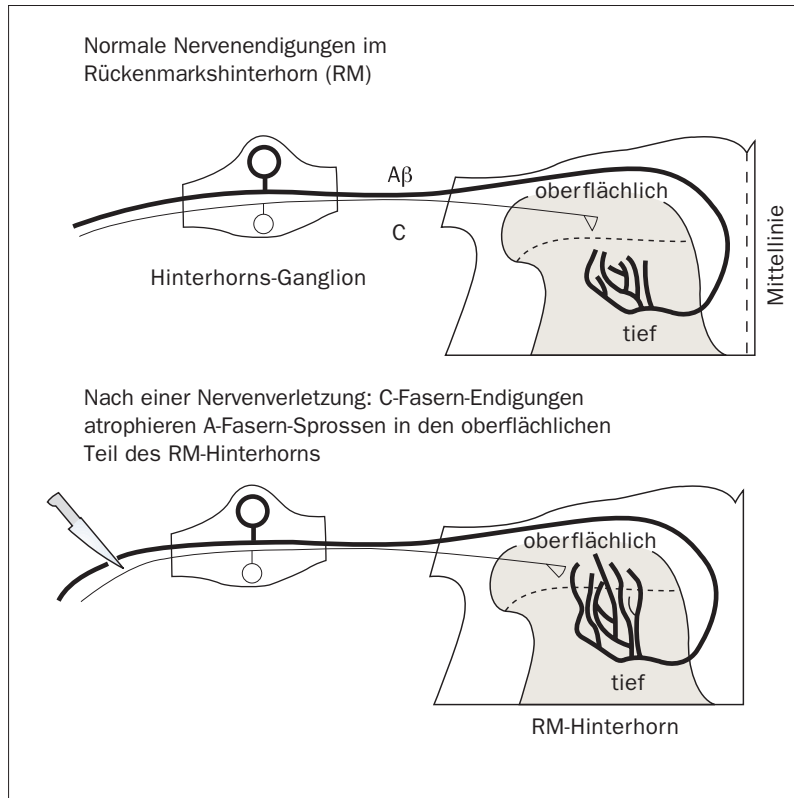
Die vielen plastischen Veränderungen im Nervensystem führen zur Ausbildung eines Schmerzgedächtnisses. Der Schmerz überdauert auf diese Weise das schä-

digende Ereignis um Tage, Wochen, Monate oder sogar Jahre. Werden periphere oder zentrale Nervenstrukturen verletzt, können sich wegen denselben plastischen Veränderungen im zentralen Nervensystem lang anhaltende so genannte neuropathische Schmerzen ausbilden. Nach einer Amputation kann zudem ein Phantomschmerz entstehen. Das heisst, Querschnittsgelähmte können unerträgliche Schmerzen in den gelähmten Körperteilen empfinden, dies als Folge der Verletzung zentraler Nervenstrukturen. Neuropathische Schmerzen gibt es auch nach einer Gürtelrose oder Verletzungen peripherer Nerven zum Beispiel nach einer Operation. Der neuropathische Schmerz hat einen ganz typischen Schmerzcharakter: er ist als brennend, elektrisierend, spitzig oder kribbelnd zu beschreiben.

Gerade bei eingetretenen Sensibilisierungsprozessen kann das vegetative Nervensystem (Sympathikus) die Erregbarkeit von Schmerznerve verstärken, aufschaukeln und die Chronifizierung begünstigen. Die Mitbeteiligung des vegetativen Nervensystems bei Schmerzen kann man oftmals durch eine Temperaturdifferenz, bläuliche Hautverfärbung und Flüssigkeitseinlagerungen erkennen.

**Akute Schmerzen
konsequent behandeln**

Im klinischen Alltag trennt man akute und chronische Schmerzen. Ein akuter Schmerz entsteht in der Folge eines schädigenden Einflusses auf die Haut, tiefere Strukturen oder innere Organe. Akute Schmerzen haben eine wichtige Warnfunktion und bewahren den Körper vor weiterer Schädigung. Die Differenzierung der Schmerzursache ist oft einfach, und die therapeutischen Massnahmen sind meist erfolgreich. Wie bei chronischen Schmerzen haben psychologische Faktoren einen Einfluss auf das Empfinden von akuten Schmerzen; diese stehen aber meist im Hintergrund.



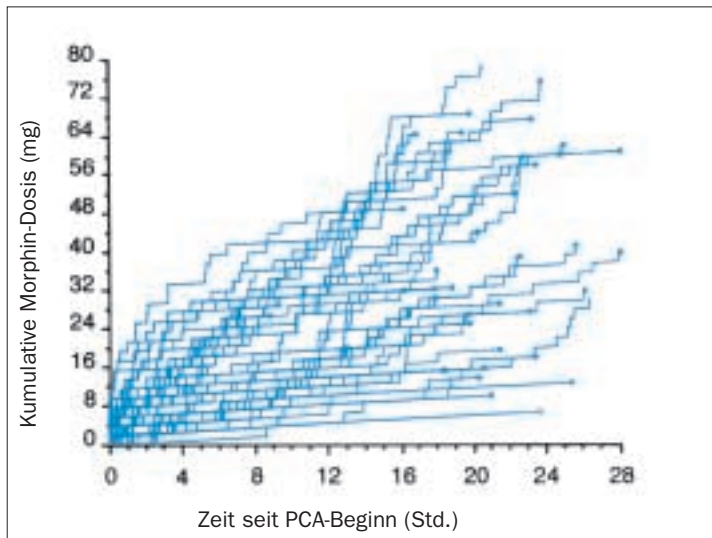
Prozess der zentralen Sensibilisierung: Aufgrund der Verbindung von Berührungssignale leitenden A-β-Fasern und schmerzleitenden C-Fasern im Rückenmarksbereich wird der Druck auf die Haut als Schmerz empfunden.

Akute, sehr starke Schmerzen können mit unseren heutigen Methoden gut kontrolliert werden. Der akute intraoperative Schmerz kann durch eine Narkose unterbunden und der heftige Geburtsschmerz durch rückenmarksnaher Schmerztherapie (Epiduralanästhesie) gelindert werden. In der postoperativen Schmerztherapie sind ebenfalls Fortschritte erzielt worden; man versucht heute die Schmerzen so früh und so konsequent wie möglich zu behandeln.

Denn postoperative Schmerzen führen zu einer verzögerten Mobilisation und damit zu erhöhtem Thromboserisiko. Sie erhöhen die Belastung der Atem- und Kreislaufsysteme, und nicht zuletzt kann durch die beschriebenen Sensibilisierungsvorgänge ein Schmerz chronifiziert werden.

**Schmerztherapie
individuell gestalten**

Ganz wichtig für die Schmerztherapie ist die Erkenntnis, dass



Die Schmerzintensität und die Wirkung von Schmerzmitteln wird sehr unterschiedlich wahrgenommen. Die Grafik zeigt die Morphinmengen, welche sich 40 Patienten nach einer Bauchoperation im Rahmen der Patientenkontrollierten Analgesietechnik (PCA) selber zuführten.

Schmerzen und die Wirkung von Schmerzmitteln höchst individuell sind. So kann etwa die Schmerzintensität nach derselben Operation von Patient zu Patient stark variieren, und auch der Bedarf an Schmerzmitteln kann sehr unterschiedlich sein. Bei grösseren Eingriffen ist deshalb die Individualisierung der Schmerztherapie oberstes Gebot. Bei der Patientenkontrollierten Analgesietechnik (PCA) ist diese Voraussetzung erfüllt: Der Patient kann sich mittels Knopfdruck selbst die von ihm benötigte Menge eines Schmerzmittels, meist Morphin, applizieren (siehe Grafik).

Aus den gewonnenen Erkenntnissen über die Plastizität des Schmerzernervensystems ist das Konzept der präemptiven Analgesie entstanden. Die Überempfindlichkeit des Schmerzernervensystems sollte verhindert werden können, so die Überlegung, wenn das «Schmerzleitungssystem» vor Schmerzimpulsen geschützt wird. Demnach müsste die Schmerzbehandlung vor dem Schmerzereignis beginnen. Dies ist in vielen Situationen sicher nicht möglich (beispielsweise bei Unfällen); auch konnte die Wirksamkeit der präemptiven Analgesie bisher nicht bewiesen werden. Die pa-

thophysiologische Grundlage ist aber viel versprechend. Eine konsequente und effiziente Schmerzbehandlung wird in Zukunft sicher an erster Stelle stehen.

Weitgehende Folgen

Schmerzen, die über längere Zeit fortauern, haben ihre Schutzfunktion verloren. Chronische Schmerzen führen zu tief greifenden Veränderungen beim Patienten und seiner Umgebung. Schmerzen verursachen Angst, Traurigkeit, Wut, soziale Isolation, Schlaflosigkeit und Inaktivität. Schon bei geringen körperlichen Aktivitäten treten Schmerzen auf, oft verbunden mit Schwindel und Schweissausbrüchen. Die körperliche Inaktivität hat weitere Folgen auf den ganzen Körper; es kommt zu einem Schwund der Muskulatur und zum Teil zur Verkürzung von Sehnen, Kapseln und Bändern. Chronische Schmerzen können zudem zum Verlust der Arbeitsfähigkeit führen, dies wiederum führt zu finanziellen Problemen und eventuell zu Rechtsstreitigkeiten um Rentenfragen.

Für die Therapie chronischer Schmerzen ist eine differenzierte Abklärung der Schmerzursache notwendig. Meist müssen mehre-

re Fachgebiete zusammenarbeiten (Rheumatologen, Physiotherapeuten, Neurologen, Psychiater, Schmerzspezialisten) und ein umfassendes Behandlungskonzept für die körperliche, soziale und berufliche Reintegration erarbeitet werden. Oft auch kann der chronische Schmerzpatient nicht geheilt werden. Das primäre Ziel in der chronischen Schmerztherapie ist deshalb nicht die Schmerzfreiheit, sondern die Senkung des Leidensdrucks und die Steigerung der Lebensqualität und der Aktivität.

Schmerzlinderung bei Krebspatienten

Siebzig Prozent der Patienten mit bösartigen Tumoren (Krebs) leiden an Schmerzen. Die Schmerzursache ist vielschichtig. Durch Einwachsen des Krebses in Nervengewebe und/oder Knochen werden heftigste Schmerzen verursacht. Tumore im Bauch führen oft zusätzlich zu Übelkeit, Appetitlosigkeit und Erbrechen. Für die Tumorschmerztherapie wichtig ist es, eine gute Schmerzlinderung zu erreichen. Der Patient sollte ein möglichst «normales» Leben weiterführen können. Relativ schnell setzt man hochwirksame Opiate ein. Bei ungenügender Schmerzkontrolle mit einfachen Massnahmen kann man Schmerzpumpen (PCA) oder Schmerzkatheter einsetzen.

Ausblick in die Zukunft

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit bildet die Grundlage der modernen Schmerztherapie. Die Schmerzforschung hat viele neue Erkenntnisse gebracht und wird immer grössere Dimensionen des Schmerzes aufzeigen. Noch gibt es keine klinisch einsetzbaren Medikamente, die plastische Veränderungen des Nervensystems verhindern oder rückgängig machen können. Tierexperimentelle Untersuchungen geben uns jedoch einen Einblick in die Vielfalt der Ansatzmöglichkeiten zur Behandlung und zum Vorbeugen akuter und chronischer Schmerzen.

«Schmerzfreiheit ist eine Chimäre»

Deutung, Erfahrung und Bekämpfung von Schmerzen nehmen im medizinhistorischen Rückblick verschiedene Formen und Gestalten an. Trotz Fortschritten in der Schmerzbekämpfung bleibt das Phänomen aber ein fester Bestandteil der *Conditio humana*.

VON BEAT RÜTTIMANN

Wenige Jahre, bevor am 16. Oktober 1846 erfolgreich eine Operation unter Narkose stattfand, schrieb und sagte Alfred-Armand-Louis-Marie Velpeau (1795–1867), ein bekannter Chirurg in Paris, wiederholt: «Echapper à la douleur au cours des opérations chirurgicales est un rêve chimérique qu'il ne nous est plus possible de caresser de nos jours.» Natürlich hat er sich getäuscht, und doch wieder nicht: Bislang ist der Schmerz unbesiegt. Sonst wäre das vorliegende Heft eine einzige historische Abhandlung.

Eigene und fremde Schmerzerfahrungen

Je nach ihrer fachlichen Ausrichtung begegnen Medizinalpersonen mehr oder weniger häufig Patienten mit mehr oder weniger starken Schmerzen. Wichtiger Bezugspunkt für die Erkennung, Vorstellung und Beurteilung von fremden Schmerzen ist wohl oder übel und am naheliegendsten die eigene Schmerzerfahrung. Sie wird ergänzt durch die Angaben des Patienten, durch die Kenntnisse und den klinischen Erfahrungsschatz, durch die Registrierung von psychologischen, verhaltensmässigen, sozialen und kulturellen Momenten.

Dr. Beat Rüttimann ist ordentlicher Professor für Geschichte der Medizin und Direktor des Medizinhistorischen Instituts und Museums der Universität Zürich.

Johann Friedrich Horner (1831–1886), erster Professor für Augenheilkunde in Zürich, äusserte in seinen autobiografischen Notizen: «Die Deutschschweizer sind im Allgemeinen sehr tapfer. Ich habe in Gegenwart Albrecht von Graefes 16 Operationen hintereinander gemacht ohne Laut, ohne Unruhe der Patienten, ohne Chloroform, ohne Kokain, sodass von Graefe in vollstem Erstaunen meinte: «Diese Leute sind ja von Holz.» Aber diese Leute waren sehr unruhig, solange ich selbst es war, solange ich selbst nicht verstand, in heiterer Sicherheit eine behagliche Stimmung um mich zu verbreiten.» In einer heilen Welt ohne Bedrohung, Schreck, Furcht und Angst kann es «Schmerzen ohne Schmerz» geben. Die Umkehr dieser Erfahrung liegt auf der Hand; Angst vor Schmerzen gehört zu den schlimmsten Ängsten. Schmerzfreiheit, Gesundheit und Sicherheit haben gemeinsam, dass man keinen Vorrat schaffen, dass man sie nicht kompensieren kann.

Selbstschutz und Abstumpfung

Angesichts von Horrorszenarien wie sie Hieronymus Bosch und Pieter Brueghel gemalt haben oder wie sie uns die Medien tagtäglich vor Augen führen, übersteigt die «Summe der Schmerzen», «die Summe aller Leiden» jede persönliche Erfahrung. Diese ist die oberste Grenze und gleichzeitig ein Selbstschutz, denn Schmerz in so unermesslicher Grösse müsste das Denken lähmen oder ganz ausschalten. Den Vorgang rettender Abstumpfung und Teilnahmslosigkeit schilderte zum Beispiel Axel Munthe (1857–1949) im «Buch von San Michele», wo er sich an seine ärztliche Hilfe bei einer Choleraepidemie in Neapel erinnerte.

Auch René Leriche (1879–1955), Pionier der Schmerzchirurgie, betonte die Individualität

solcher Erlebnisse und Erfahrungen: «Nous ne sommes pas tous égaux devant la douleur. – La sensibilité physique des hommes d'aujourd'hui est toute autre que celle des hommes d'autrefois, et parmi les hommes d'aujourd'hui, elle n'a pas le même son pour tous.» Und er forderte Rücksichtnahme auf diese jedem Einzelnen eigene Empfindungs- und Erfahrungsfähigkeit. Das «Leben des Schmerzes» wird vom autonomen Nervensystem und vom Spiegel der Hormone, aber auch von der Moral, der Energie und dem Willen des Individuums beeinflusst.

Heroische Unempfindlichkeit

Auf den Schlachtfeldern beobachtete der Chirurg und Wundarzt Jacques Guillemeau (1550–1613) «l'exaltation des esprits», und dass diese im Verein mit «le cœur gonflé d'honneur» die Verwundeten ihre Schmerzen geringachten liess. Sauerbruch berief sich auf mehrere Beispiele aus dem Ersten Weltkrieg, als er gemeinsam mit dem Nervenarzt Hans Wenke für diese Erscheinung 1936 den Begriff des «seelischen Wundstups» prägte. Die Kehrseite der Medaille zeigt ein gegensätzliches Bild, nämlich, dass viele in Elend, Angst, Erschöpfung, Unterkühlung, ausgeblutet sich selbst verloren, dass der Schmerz zu einem Teil ihres Lebens wurde. Chronifiziert sich der Prozess, kann ein Patient mit Schmerzen zum Schmerzpatienten, zum «homo dolorosus» oder «pain patient» werden.

Dass Schmerzerfahrungen einen Sinn haben, ist unbestritten, wenn man den Schmerz als «Wetterzeichen der Gefahr», als «Pfadfinder und Helfer für den Arzt», als «Vater des Mitleids» auffasst. Solang man ihn «als Erbübel, Plage des Teufels, Macht des Bösen, Strafe für Schuld, als Ausdruck einer widergöttlichen, disharmonischen, unvollkommenen Natur»



Zuspruch und Heilsgewissheit lassen diesen Patienten gelassen und gefasst eine Unterschenkelamputation über sich ergehen. Die lateinische Inschrift ist ins Diesseits, die deutsche ins Jenseits ausgerichtet. (Illustration aus der Bildersammlung des Medizinhistorischen Instituts)

betrachtete, «musste jeder Versuch seiner Ausschaltung als widersinnig gelten», wie der emeritierte Münsteraner Medizinhistoriker Richard Toellner formulierte. Er stellte aber im Lauf des 17. Jahrhunderts eine «Umbewertung des Schmerzes» fest und führte sie vor allem auf Descartes und später Leibniz zurück. Somit gab es nun auch sinnlosen Schmerz, und es erschien sinnvoll, dagegen anzutreten.

Praktiken der Schmerzlinderung

Heilkulte seit der Antike, Tempelschlaf, Glaube und Aberglaube, magische und alchemistische Praktiken, die Sorge und Zuwendung des barmherzigen Samariters, die Tränke, Wässer, Pillen, Pulver; die Salben, Umschläge und Pflaster von Kräuterfrauen, Heilkundigen, später von Apothekern und Ärzten zielten allesamt auf eine Schmerzlinderung, zumindest auf einen leichteren Umgang mit den Schmerzen ab. Bei chirurgischen Eingriffen wurde zudem grosszügig dosierter landesüblicher Alkohol verab-

reicht, Schnaps in unseren Ländern, Genever in Holland, Rum in der britischen Marine.

Man umschnürte eine Extremität mit der «ligatura fortis», liess abundant zur Ader und profitierte von einem bereits erfolgten Blutverlust – bei Verletzungen – oder einer vielleicht durch die Operationsvorbereitungen schreckbedingten Ohnmacht. Die Patienten bissen auf ein Stück Leder oder Holz, auf ihr Taschentuch oder den Gehstock des Chirurgen. Als Medikation erhielten sie bisweilen Cannabis, Laudanum (Opiumtinktur), Mandragora mit Wein, Tollkirschen- und Bilsenkrautextrakte oder Äther als «süßes Vitriol», die bekannten «Hoffmanns Tropfen».

Der Magnetismus – nach Franz Anton Mesmer (1734–1815) auch «Mesmerismus» genannt – bezweckte die Übertragung von Nervenkraft und die Auslösung des «magnetischen Schlafes». Die «Magnet-Curen» wurden nicht zuletzt der Schmerzbehandlung nutzbar gemacht. 1843 kreierte der britische Chirurg James Braid in diesem Zu-

sammenhang neue Begriffe: Die «Neurypnologie» – so auch der Titel seines Buches –, als nervöser Schlaf verstanden, hat sich zwar nicht gehalten, im Gegensatz zu «Hypnose» und «Suggestion», die heute allgemein verbreitet sind. Unter Hypnose wurden seither immer wieder und erfolgreich schmerzfreie Eingriffe durchgeführt und Schmerzattacken coupiert, während die Rolle der Suggestion im guten Sinn nicht mehr wegzudenken ist, wenn es um Angst, Schmerz oder Leiden geht. Horners «heitere Sicherheit» und die «behagliche Stimmung», die der Arzt schaffen soll, gehören selbstredend dazu.

«Narcose à la reine»

Äther oder «Lethion», das erste Narkosemittel, war in seiner an sich einfachen Anwendung nicht frei von unerwünschten Nebenwirkungen; es konnte zu erheblichen Komplikationen führen. Deshalb suchte man nach anderen Narkotika und generell nach potenten, gut verträglichen Medikamenten gegen den Schmerz. Bereits 1847 löste das Chloroform

Dieses Bild bot sich am Morgen des 4. Novembers 1847 dem Hausdiener, als er die Tür zum Arbeitszimmer von James Simpson öffnete. Simpson hatte mit seinen Assistenten am Vorabend eine neue Substanz auf ihre narkotisierende Wirkung getestet: das Chloroform. (Illustration aus der Bildersammlung des Medizinischen Instituts)



für den Rest des Jahrhunderts im klinischen Bereich den Schwefeläther ab. James Young Simpson (1811–1870), Geburtshelfer in Edinburgh, war mit seinen Assistenten Duncan und Keith in einem ziemlich dramatischen, kollektiven Selbstversuch darauf gestossen.

Es lag nahe, dass Simpson das Chloroform in der Geburtshilfe einsetzte, doch regte sich Widerstand in der schottischen Geistlichkeit: der Geburtsschmerz sei Teil von Evas Fluch, hiess es. Simpson konterte mit dem Hinweis, dass Gott den Adam «narkotisiert» hatte, als er ihm eine Rippe entnahm. Die Auseinandersetzungen fanden ein einstweiliges Ende, als Queen Victoria – auch Oberhaupt der Kirche – ihre beiden letzten Kinder in Narkose gebar, in der «narcose à la reine» mit Chloroform.

Schuldhafte Patienten

Mit Bezug auf die erwähnte Erbschuld und die früher gängige Auffassung, Schmerz sei Strafe für eigene oder gar elterliche Sünden, öffnet sich ein weiterer Weg der Schmerzbekämpfung: die Trennung von Schuldbewusstsein und Schmerz, mindestens soweit es um Lehrmeinungen geht. Konsultierte Theologen haben keine Einwände, dass man den Schmerz nicht noch mit Schuld und Strafe

assoziiert. Es ergibt sich nämlich auch ein medizinischer Aspekt. Je genauer man die Ursachen der Krankheiten kennen lernte, desto eher konnte man Prävention betreiben.

Man malte sozusagen den Teufel an die Wand, und zwar in vielen verschiedenen Fragen der Lebensführung. Erinnert sei beispielsweise an die so genannte «Cholesterin-Neurose». Tritt dann aber das Krankheitsereignis ein, ist der Patient eo ipso auch schuld daran. Vorbeugung und Abschreckung werden zu Schuldzuweisungen, womöglich noch zu Unrecht, jedenfalls stets dem Stand des Wissens oder Irrtums entsprechend. Schuldbeladen ist der Schmerz schlimmer.

Aspirin und Morphium

Leichter einzunehmende, besser dosierbare und spezifischer wirksame Substanzen wurden von der aufblühenden chemischen Industrie seit Ende des 19. Jahrhunderts in den Handel gebracht, als Paradebeispiel die Acetylsalicylsäure oder das «Aspirin». Die fiebersenkenden, schmerzstillenden und antirheumatischen Eigenschaften von Extrakten aus Weidenrinde und -blättern waren seit jeher von der Volksmedizin genutzt worden; nun konnte man sie in verträglicherer Form synthetisch herstellen und auch in Kom-

binationspräparate wie das beliebte «Treupel» einbringen.

Für starke Schmerzen injizierte man weiterhin Morphinum unter die Haut oder in den Muskel. Die letzten fünfzig Jahre brachten nicht nur synthetische Opiate und ähnlich starke Analgetika anderer Stoffklassen, sondern zu ihrer Unterstützung und Wirkungssteigerung ganze Gruppen und Generationen von Neuroleptika, von Pharmaka, die einzeln oder in Kombination die Psyche beeinflussen. Tatsächlich vermittelt etwa das Merkblatt der Zürcher Krebsliga ein reich dotiertes Arsenal an medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten; hinzu gesellen sich physikalische und chirurgische Therapieverfahren.

Und dennoch gibt es weiterhin Schmerzen, vielleicht nicht einmal weniger als vor 150 Jahren. Ähnlich verhält es sich mit anderen Errungenschaften der modernen Medizin, wenn – um nur ein einziges Beispiel zu nennen – vermeintlich überwundene Infektionen erneut auftauchen oder durch andere, womöglich noch brutalere abgelöst werden. Es ist ein kleiner Trost, wenn man den Schmerz einfach der *Conditio humana* zuschlägt. Entscheidend bleibt wohl, wie gut es einem gelingt, sich in dieser Lebenswelt einzurichten und zu verhalten.



Schmerzarbeit am runden Tisch

Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen verstehen und behandeln zu können erfordert oft mehr als das Know-how der einen oder anderen medizinischen Fachdisziplin. In der Interdisziplinären Schmerzprechstunde des Universitätsspitals treffen sich Ärztinnen und Ärzte regelmässig zum fächerübergreifenden Informationsaustausch. Ein Erfahrungsbericht

VON RETO M. AGOSTI

Freitagmorgen 9 Uhr 45, Arbeitsraum der Kopfwehsprechstunde des Universitätsspitals Zürich (USZ). Rebecca Rindlisbacher zieht den runden Tisch aus der Ecke, um den sie zehn Stühle anordnet. Jeden Freitag treffen sich hier Schmerzexpertinnen und -experten des Universitätsspitals, um über jeweils zwei Patienten in einer einstündigen Schlussrunde zu diskutieren und dann mit ihnen gemeinsam über mögliche neue Therapieansätze zu sprechen. Es handelt sich um Schmerzpatienten, deren Leiden bereits von verschiedenen Seiten als besonders schwer zugänglich und dementsprechend «unheilbar» beurteilt wurden.

Sie haben zu diesem Zeitpunkt eine einwöchige konzentrierte Tour hinter sich, die wie eine Metapher ist für das, was sie in nicht selten jahrelangen Parcours durch das heutige Gesundheitssystem – von der Rheumatologie über die Anästhesie und Neurologie zur Psychiatrie – hinter sich gebracht haben. In je ein- bis zweistündigen Sitzungen wurden sie auf diesen Abteilungen untersucht, und wenn es dann am Freitag zu einem ausgiebigen Informations-

austausch von Vertretern der erwähnten Fachrichtungen kommt, dann ist die lange Reihe von Spezialuntersuchungen beendet, ganz im wörtlichen Sinne. Denn diese Einzelergebnisse sollen nun zu einem Gesamtbild zusammengefügt werden, das modernste Schulmedizin und individuelles Schmerzerleben zueinander in Beziehung treten lässt.

Das Modell einer Abklärung mit einem interdisziplinären Zugang zu Schmerzpatienten versteht sich als eine Antwort auf die Komplexität chronischer Schmerzen. Diese entstehen eben nicht akut und sind kausal nicht so eindeutig erfahrbare wie Schmerzen nach Gewebsschädigung (beispielsweise Hautschnitte, Wespenstiche, Knochenbrüche, Operationen), wie wir alle sie kennen. Chronische Schmerzen sind vielmehr eine Spätfolge solcher Ereignisse, sie bleiben und beginnen ein Eigenleben zu entwickeln. Sie kommen auch ohne ersichtliche Ursachen vor, oder die anfängliche Gewebsschädigung ist längst abgeheilt und war «viel zu gering», um als plausible Erklärung zu dienen. Chronische Schmerzen gehen auch oft über das ursprünglich betroffene Körperareal hinaus – nicht selten breiten sie sich über eine ganze Körperhälfte aus. Und auch innere Organe, deren «Schweigen» nach antiken Lehren die Gesundheit definierte, werden plötzlich als schmerzhaft oder krank erlebt.

Interdisziplinäre Schnittstellen

Interdisziplinäre Zusammenarbeit hat sich in der Medizin bewährt. Allein am Universitätsspital gibt es mehrere interdisziplinäre Schnittstellen, überall dort, wo Krankheitsgeschehen und therapeutische Möglichkeiten besonders komplex geworden sind, also zum Beispiel in der Transplantationsmedizin oder der Krebsbehandlung. Gerade bei

der Schmerzabklärung aber werden leider oft nur Spezialuntersuchungen aneinandergereiht, ohne dass es am Schluss zu einem Konsens käme, wie an unserem runden Tisch.

Konsens heisst hier, dass die verschiedenen Aspekte durch das abschliessende Gespräch in einen gemeinsamen Rahmen eingebettet werden. Denn gerade die Diskussion am Ende einer solchen Woche kann entscheidende neue Gesichtspunkte hervorbringen. So klingt es in der Diskussion gelegentlich, als habe der Psychiater einen ganz anderen Patienten untersucht als etwa die Neurologin. So überbrücken wir Grenzen, die nicht nur durch die verschiedenen Disziplinen, sondern auch durch unsere eigene Wahrnehmung gegeben sind – ein Moment, das bei der Arbeit mit Schmerzpatienten besonders zu berücksichtigen ist.

In diesem Sinne ist die Zürcher Schmerzprechstunde (SSS), die bereits vor über zehn Jahren von Hansruedi Isler initiiert wurde, recht einmalig. Die Erfahrungen, die Patienten und zuweisende Hausärzte mit der SSS machen, werden übrigens momentan analysiert und sind das Thema einer Dissertation; dies gilt auch für das «outcome» der Schmerzprechstunde.

Keine magische Befreiung von Schmerzen

Patienten mit schweren chronischen Schmerzen überfordern nicht nur das Fachwissen eines Einzelnen, sie überfordern auch emotional. Aber genau das ist der Punkt, an dem wir ansetzen müssen. Denn das, was wir oft als monotone Klage hören, die gar nicht mehr auf Resonanz zu warten scheinen, ist der einzige noch offene Zugang zur Erlebniswelt, aus der die Schmerzen kommen. Depressive Gemütsverfassung und mehr oder weniger versteckte Wut, wie sie mit chroni-

Dr. Reto M. Agosti ist Oberarzt und Leiter der Abteilung für Kopfweh und Schmerz am Universitätsspital Zürich.

schen Schmerzleiden oft verbunden sind, laden nicht so offensichtlich zu tatkräftiger Hilfe ein wie ein schreiendes Kind oder ein blutendes Unfallopfer.

Unerfahrenen kommt es manchmal so vor, als täten diese Patienten sogar alles, um weitere Helfer in die Flucht zu schlagen,

und die oft sehr langen Listen mit all den bereits erfolglos versuchten Medikamenten, die sie in die Sprechstunde mitbringen, sind die materiellen Zeugen ihrer Enttäuschungen. Der Stapel von mitgebrachten Austritts- und anderen Berichten, die sie auf dem Schoss halten wie ein Bollwerk gegen

weitere Versuche, ist ein greifbarer Beweis für ihr langes Umherirren im Gesundheitssystem. Das Bedürfnis nach magischer Abhilfe, das viele Patienten in der Schmerzprechstunde äussern, wird ja tatsächlich für viele schwere Krankheiten von der modernen Medizin auch ge-

Therapieangebot für Schmerzpatienten

An den Zürcher Universitätskliniken steht Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen eine Vielzahl von therapeutischen Angeboten offen.

Universitätsspital Zürich

Rämistr. 100, 8091 Zürich

NEUROCHIRURGISCHE KLINIK

Abteilung für funktionelle Neurochirurgie

Therapien gegen resistente neurogene Schmerzen nach Verletzung von Nerven oder Gehirn; prä- und postoperative Sprechstunde, ergänzt durch psychotherapeutisches Angebot

KONTAKT:

Dr. med. Daniel Jeanmonod, Dr. med. Monika Siegemund
Telefon 01 255 26 84

E-MAIL:

jeanmd@nch.unizh.ch

INSTITUT FÜR ANÄSTHESIOLOGIE

Schmerzambulatorium

Medikamentöse Schmerztherapie mit Spezialisierung auf starken Schmerzmitteln vom Typ der Opiode (Morphium); Invasive Schmerztherapie (z. B. Schmerzpumpen, Nervenblockaden), Neuraltherapie; bei chronischen malignen und nicht malignen Schmerzen

KONTAKT:

Dr. med. Monika Jaquenod und Dr. med. Beatrice Schaeppi
Telefon 01 255 40 85 oder 255 26 96

E-MAIL:

monika.jaquenod@ifa.usz.ch

KLINIK FÜR RADIO-ONKOLOGIE

Ambulante Schmerzberatung für Tumorpatienten

Die Klinik und Poliklinik für Radio-Onkologie bietet Tumorpatienten auch im ambulanten Bereich Beratung und Behandlung von Schmerzen.

KONTAKT:

Maria Bösch
Telefon 01 255 29 34

INSTITUT FÜR PHYSIKALISCHE MEDIZIN

Ambulantes Interdisziplinäres Schmerzprogramm (AISP)

Das AISP richtet sich an Patientinnen und Patienten, die an chronischen Schmerzen jeglicher Ursache leiden. Das Programm dauert drei Monate, wird dreimal jährlich angeboten und findet an drei Halbtagen pro Woche in geschlossenen Gruppen von 8 bis 12 Personen statt.

Inhaltlich besteht das AISP aus einem umfassenden Theorieteil, medizinischer Trainings-Therapie, Gruppenpsychotherapie, Entspannungsmethoden sowie einem Bewegungsteil, wo vor allem die Freude an der Bewegung (wieder) erlernt wird.

KONTAKT:

Liliane Ryser
Telefon 01 255 11 11
E-MAIL: liliane.ryser@ruz.usz.ch
INTERNET: www.aisp.ch

NEUROLOGISCHE KLINIK

Interdisziplinäre Schmerzprechstunde

Chronische Schmerzen, das heisst Schmerzen, die über Monate und Jahre bestehen, sind oft schwer zu verstehen und schwierig zu behandeln. Sie berühren das Leben der Betroffenen in verschiedener Hinsicht. Deshalb wird Wissen und Erfahrung verschiedener Disziplinen herangezogen und die Patienten in einem einwöchigen Abklärungsgang interdisziplinär beurteilt, unter Beteiligung von Vertretern aus Anästhesie, Rheumatologie, Psychiatrie und Neurologie.

KONTAKT:

Dr. med. Reto Agosti
Telefon 01 255 55 14
Fax 01 255 43 80
E-MAIL: kopfweh@nos.usz.ch

NEUROLOGISCHE KLINIK

Kopfwehsprechstunde

Spezialsprechstunde zur Abklärung und Behandlung von Migräne, Spannungskopfweh und anderen Kopfschmerzarten. Anwendung von medikamentösen wie auch nicht-medikamentösen Therapien. Anmeldung nur durch ärztliche Überweisung. Ein zweites Schwergewicht unserer Tätigkeit ist die Erforschung von Migräne

und Kopfschmerzen, unter anderem durch die Magnetresonanztomographie.

KONTAKT:

Dr. med. Reto Agosti,
Telefon 01 255 55 14
Fax 01 255 43 80
E-MAIL: kopfweh@nos.usz.ch
INTERNET: www.kopfwww.ch
(ab Januar 2001)

KLINIK FÜR KAUFUNKTIONSRÜNGEN UND TOTALPROTHETIK

Interdisziplinäre Schmerzprechstunde für Patienten mit Kiefer- und Gesichtsschmerzen

Plattenstr. 11,
8028 Zürich

KONTAKT:

Patienten können jeweils dienstags und freitags im Tagdienst vorsprechen (Sprechstunde 8–10 Uhr) oder sich über Telefon 01 634 32 40 täglich morgens von 7–11.30 Uhr anmelden.

Orthopädische Universitätsklinik Balgrist

Forchstr. 340,
8008 Zürich

ABTEILUNG FÜR RHEUMATOLOGIE

Interdisziplinäre Rückenschmerzprechstunde

KONTAKT:

Dr. med. R. Kissling
Telefon 386 35 04

ABTEILUNG FÜR ANÄSTHESIOLOGIE

Schmerzprechstunde

KONTAKT:

Dr. med. A. Borgeat
Telefon 386 38 32

schürt. Aber es gibt diese Art Hilfe für viele chronische Schmerzen nicht – auch heute nicht.

Unsichtbares Leiden

Entscheidend für unsere Arbeit und erschwerend für unsere Patienten ist zudem, dass Schmerzen stets und immer subjektives Empfinden sind, was natürlich dem auf wissenschaftliche Evidenz ausgerichteten westlichen Gesundheitssystem zuwiderläuft. Trotz modernster Bildgebung wie der Positronen-Emissionstomographie (PET) oder dem funktionellen Magnetresonanz-Imaging (fMRI) können Schmerzen noch nicht bewiesen werden. Im besten Fall gelingt es, in PET oder fMRI darzustellen, dass Schmerzen eine Mehraktivität in gewissen Hirnarealen verursachen.

Dies trifft aber nur für die klarer definierten akuten Schmerzreize zu. Dieselben Hirnareale «leuchten» auch auf, wenn man sich in der Untersuchung Schmerzen lediglich vorstellt, beispielsweise durch den Gedanken an eine drohende Injektion. Hier scheint sich die Frage nach der «Einbildung» von Schmerzen, wie sie die Patienten immer verfolgt, gänzlich zu verwischen, denn alle Empfindungen scheinen ja ein Bild in unserem Gehirn zu hinterlassen. Wie ernst diese Frage für Schmerzpatienten ist, lässt sich am immer wieder gehörten Wunsch ermessen, doch bloss etwas Sichtbares wie einen Tumor zu haben, damit einem die Umgebung das Leiden endlich glaube. Wie viele ärztliche Schmerzberichte sind heute noch im distanzierenden Konjunktiv geschrieben: «Der Patient gibt an, er habe Schmerzen...»

Begeisterte Mitarbeiter

Dank dem Teamwork in der Zürcher Schmerzsprechstunde fühlen sich die Patienten zumeist ernst genommen, was sie ermutigt, daran zu glauben, dass sie irgendwann einmal mit ihren Schmerzen umgehen können beziehungsweise dass es möglich sei,

Bild: ZVG



diese zu vermindern oder gar aufzuheben. Was die SSS-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter angeht, so sind diese nach meiner Beobachtung von ihrer Arbeit ausnahmslos begeistert, was paradox klingen mag. Tatsächlich ist vor Beginn der Freitagrunde ein innerer Widerstand spürbar. Nicht selten denke ich selbst seufzenderweise an den Freitagmorgen und verlasse nach getaner Arbeit dann doch zumeist in aufgeräumter Stimmung die Runde – hungrig und müde, nicht ungleich einem Chirurgen nach einer Operation. Diese Genugtuung kommt daher, dass diese Arbeit professionell gründlich und ganzheitlich zugleich ist.

Anhaltende Schmerzerinnerung

Die allen bekannte akute Schmerzempfindung beginnt zumeist mit einer lokalen Gewebereizung oder -zerstörung. Lokal werden so genannte Nozizeptoren aktiviert, überall auf der Haut und in den Organen vorkommende Nervenäste, welche auf Schmerzverarbeitung spezialisiert sind. Diese (primären) Nervenäste werden im

Kommunikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten ist im Umgang mit chronischen Schmerzpatienten unumgänglich.

Rückenmark auf hoch spezialisierte (sekundäre) Nervenfasern umgeschaltet und von dort in verschiedene Hirnareale fortgeleitet, welche für eine «zentrale Verarbeitung» der Schmerzreize verantwortlich sind. Erst diese Vorgänge im Gehirn sagen uns, wo und wie ein Schmerz entstanden ist, verknüpfen Erinnerungen mit dem Schmerzereignis und lösen unter anderem sehr starke Emotionen aus.

Chronische Schmerzen werden heute dadurch erklärt, dass gewisse schmerzbezogene Regelkreise im Gehirn auch ohne Nozizeption weiter aktiv bleiben. Bei dieser Chronifizierung wirkt das Schmerzgedächtnis wie ein Moderator, der die einzelnen Stränge der Geschehnisse individuell zusammensetzt und so den Umgang mit den Schmerzen bestimmt. Eine unserer Patientinnen hatte beispielsweise während einer Nierensteinzertrümmerung stärkste Schmerzen, obwohl ihr zuvor



Nach einer einwöchigen Abklärung erörtern Ärztinnen und Ärzte der interdisziplinären Schmerzsprechstunde gemeinsam mit einem Patienten therapeutische Massnahmen.

Schmerzmittel in der dafür üblichen Dosierung gegeben worden waren. Die Behandlung wurde ganz lege artis weitergeführt, was die Patientin dennoch als Folter erlebte. Erinnerungen an die Misshandlungen durch ihren früheren Ehemann kamen hervor. Diese Schmerzerinnerung persistierte auch nach der korrekt durchgeführten Behandlung. Die Nieren waren unauffällig, aber die Schmerzen blieben.

Körpernahe Therapien

Dass chronische Schmerzen durch aktivierte Nervenverbände im Grosshirn formiert und erhalten werden, benötigt einiges an medizinischem und insbesondere neurologischem Vorstellungsvermögen. Gerade auch westlich ausgebildete Medizinerinnen und Mediziner lösen sich schwer vom mechanistischen Leitbild der peripheren (nozizeptiven) Schmerzen und suchen Heil im Ausschalten nicht mehr existenter Schmerzquellen. Aber auch für die Patienten ist es schwer, ihr tägliches Leiden auf eine derart abstrakte Ebene zu heben. Eine wichtige Erfahrung aus unserer Schmerzsprech-

stunde ist, dass Patienten ihre Schmerzen leichter in «den Griff» bekommen, wenn es ihnen gelingt, die Ebene der Nozizeption zu verlassen, das heisst, ihre Schmerzen nicht mehr nur als einen von allem isolierten Reiz zu verstehen.

Der Zugang zum eigenen Erleben, zum eigenen Körper wirkt durch den Schmerz wie vermauert, und es ist hier müssig, die Frage, ob die Mauer oder der Schmerz zuerst da war, zu stellen. Körpernahe Schmerztherapien, wie sie von den Psychologen Rolf Aeberli und Daniel Bärlocher an unserer Abteilung entwickelt wurden, oder auch das Ambulante Interdisziplinäre Schmerzprogramm (AISP, Leitung Liliane Ryser) des Instituts für Physikalische Medizin bieten in dieser Hinsicht oft erfolgreiche Behandlungen an (siehe Seite 18).

Kulturelle Unterschiede werden untersucht

In den letzten Jahren bemerken wir in der Schmerzsprechstunde einen zunehmend hohen Anteil von ausländischen Patientinnen und Patienten – insbesondere aus dem Kosovo und Bosnien stammende Ex-Jugoslawen und Albaner. Wir verstehen nicht nur die Sprache dieser Patienten nicht, sondern auch ihre Kultur. Damit

bleibt auch ihr Umgang mit Schmerzen uns oft fremd. Dieser ist, wie wir wissen, in hohem Masse kulturell geprägt. So stellen diese Patienten eine besondere Herausforderung dar, die wir gerne annehmen.

In Bezug auf die sprachlichen und kulturellen Übersetzungsprobleme kann die Schmerzsprechstunde seit diesem Sommer auch auf die Unterstützung der Historikerin Nada Boskovska zählen. Nada Boskovska war Lehrbeauftragte der Universität Zürich, unter anderem für die Geschichte des Balkans, und spricht Schweizerdeutsch und Serbokroatisch genau so gut wie ihre Muttersprache, das Makedonische. Eine erste von ihr durchgeführte ethnomedizinische Analyse in der Schmerzsprechstunde zeigte, dass die Schmerzen der Patienten aus Ex-Jugoslawien zwar nicht durch den Krieg verursacht (denn fast alle Patienten dieser Gruppe sind schon seit über zehn Jahren in der Schweiz ansässig), aber möglicherweise durch die Begleitumstände des Kriegs moduliert worden sind. Wir können in wissenschaftlicher Hinsicht viel lernen von den Faktoren, die Traumata in Schmerz umwandeln. Durch die Zusammenarbeit mit der Historikerin ist die Schmerzsprechstunde noch interdisziplinärer geworden. Was vorher eine kulturbedingte Blockade war, wurde so zu einem spannenden Unterthema – dem des transkulturellen Schmerzverständnisses.

Ein Bild sagt mehr als tausend Worte

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient hat einen entscheidenden Einfluss auf Behandlungsverläufe bei körperlichen Störungen. PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) unterstützt diese Zusammenarbeit: Mit der neuartigen visuellen Methode kann der subjektive Leidensdruck von Krankheit und Schmerz erfasst und therapeutisch angegangen werden.

VON STEFAN BÜCHI UND
CLAUS BUDDERBERG

Bei der Behandlung von körperlichen Krankheiten ist neben der Bestimmung von somatischen Parametern die Erfassung der individuellen Beeinträchtigung des Patienten wichtig. Das gemeinsam von Arzt und Patient geteilte Verständnis der körperlichen Störung und des subjektiven Leidensdruckes hat wesentlichen Einfluss auf die Patienten-Compliance und ist daher für Therapie- und Krankheitsverläufe von grosser Bedeutung.

Aus verschiedenen Gründen kann es in der klinischen Praxis zur Störung der Arzt-Patient-Kommunikation kommen: In der somatischen Medizin sind Konsultationszeiten so eingeschränkt, dass sich die ärztliche Tätigkeit auf diagnostische und therapeutische Bemühungen reduziert. Der individuellen Bedeutungszu-

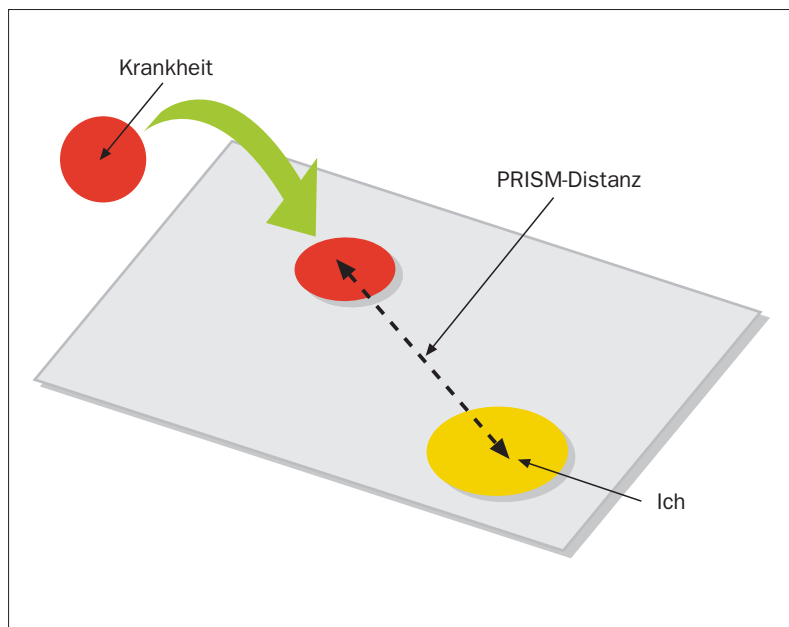


Abbildung 1: Durch die Platzierung einer magnetischen «Krankheitsscheibe» gibt der Patient im PRISM-Test an, welche Rolle das Leiden in seinem Leben spielt.

schreibung von Symptomen wird häufig nur wenig Beachtung geschenkt. Vielen Ärzten ist auch nicht bewusst, dass zwischen dem Schweregrad einer Krankheit und dem subjektiven Leiden häufig kein unmittelbarer Zusammenhang besteht. Neben situativen und von ärztlicher Seite mitverursachten Störungen trägt auch die häufig eingeschränkte Verbalisationsfähigkeit von Patienten wesentlich zu Kommunikationsproblemen bei. Manche Patienten sind kaum in der Lage, ihre Beschwerden präzise zu beschreiben. Noch schwerer fällt es ihnen, ihren Leidensdruck, der für ein individuell differenziertes ärztliches Vorgehen von Bedeutung ist, in Worten auszudrücken.

Subjektives Krankheitserleben

Um das Ausmass einer gesundheitlichen Störung zu erfassen wurden verschiedene generische oder allgemeine Krankheitsfragebogen entwickelt. Diese versu-

chen die Folgeerscheinungen von Krankheiten im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich zu erfassen. Die Einsatzmöglichkeiten dieser Instrumente im klinischen Alltag sind aber limitiert. Das Ausfüllen von Fragebogen benötigt teilweise viel Zeit und ist an die Sprachkenntnisse des Patienten gebunden. Zudem sind die Angaben meist erst nach statistischen Auswertungen interpretierbar. Da diese Instrumente für epidemiologisch-empirische Zwecke entwickelt wurden, sind sie für das individuelle Verständnis und die Therapieplanung nur von beschränktem Nutzen.

Bisher fehlte ein breit anwendbares Instrument zur Erfassung des subjektiven Leidensdruckes, welches einerseits den Beeinträchtigungsgrad, andererseits aber auch Erfolge symptomorientierter Bewältigungsstrategien erfassen konnte. Um diese Lücke zu schliessen, entwickelten wir 1995 in Kooperation mit dem Imperial

Dr. Stefan Büchi ist Oberarzt an der Abteilung für Psychosoziale Medizin des Universitätsspitals Zürich.

Dr. Claus Buddeberg ist ausserordentlicher Professor für Psychosoziale Medizin an der Universität Zürich und Leiter der Abteilung für Psychosoziale Medizin des Universitätsspitals.

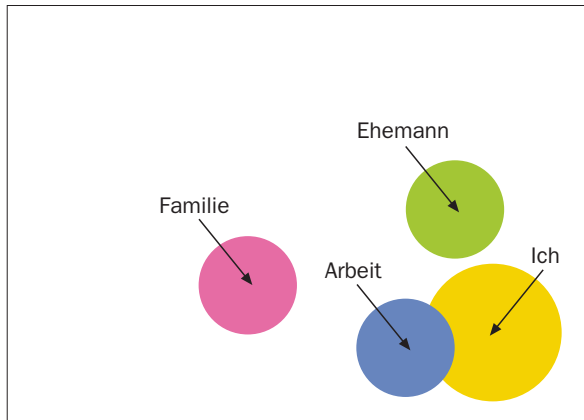


Abbildung 2a: Frau F. vor Ausbruch der Krankheit

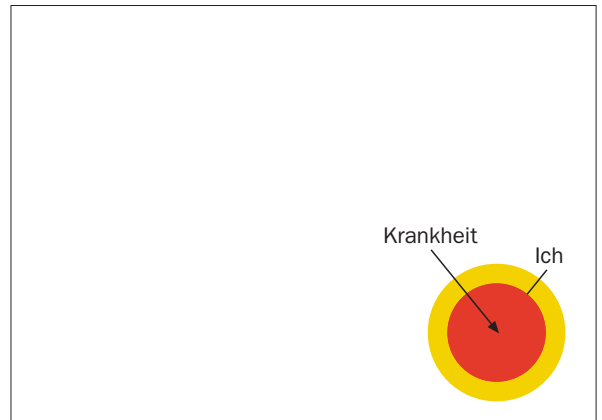


Abbildung 2b: Frau F. kurz nach der Diagnose

College of Medicine in London die neuartige PRISM-Visualisierungsmethode (PRISM steht für Pictorial Representation of Illness and Self Measure).

Belastung visualisieren

Beim PRISM-Test wird dem Patienten eine weisse A4-Platte mit einem fixen gelben Kreis von sieben Zentimeter Durchmesser in der rechten unteren Ecke präsentiert. Es wird ihm erklärt, dass die Platte sein «Leben» und der gelbe Kreis sein «Ich» darstellt. Dann wird eine rote, kreisförmige, magnetische Scheibe von fünf Zentimeter Durchmesser gezeigt, welche als Repräsentanz für «Krankheit» eingeführt wird. Schliesslich wird der Patient mit der Frage: «Welchen Platz nimmt Ihre Krankheit zurzeit in Ihrem Leben ein?» aufgefordert, die «Krankheitsscheibe» zu platzieren. Die Distanz zwischen dem Zentrum des «Ich» und der «Krankheitsscheibe» wird PRISM-Distanz genannt und ist

das quantitative Mass des Testes (Abbildung 1).

PRISM wurde bisher bei zwölf verschiedenen körperlichen und psychischen Krankheiten bei rund 1500 Patienten eingesetzt. Mehr als 95 Prozent aller Probanden konnten den Test ohne Probleme durchführen. Die Anwendung erfordert zwischen zwei bis fünf Minuten. Die bisher durchgeführten Studien zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen kleinerer PRISM-Distanz und grösserer individueller Belastung. Stellvertretend für die bisherigen empirischen Resultate kann man die Ergebnisse bei Patienten mit chronischer Polyarthrits (cP) aufzeigen (siehe Tabelle unten links).

Mass für den individuellen Leidensdruck

Die Resultate wurden durch Auswertungen der von den Patienten während des Testes gemachten Aussagen eindrücklich bestätigt. Patienten mit kleiner PRISM-Distanz zeigten sich besonders belas-

tet und eingeschränkt, dies unabhängig vom objektiven Schweregrad ihrer Erkrankung. Stellvertretend für diese Gruppe halten wir die Aussage einer 61-jährigen geschiedenen Patientin, welche seit 13 Jahren unter einer nur wenig fortgeschrittenen chronischen Polyarthrits leidet, fest: «Ich lege die Krankheit ganz auf mich, weil sie zurzeit der wichtigste Teil meines Lebens ist. Ich bin mir der Krankheit dauernd bewusst. Früher konnte ich besser mit der Krankheit umgehen, damals hätte ich die Krankheit etwas weiter weg von mir gesehen.» (PRISM-Distanz 2 cm)

Bei Patienten mit grosser PRISM-Distanz wurden ganz andere Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit geschildert, wie beispielsweise bei einer 75-jährigen verheirateten Frau mit vier Kindern, wobei das Jüngste unter einer Trisomie 21 leidet. Die Patientin leidet seit 25 Jahren unter einer fortgeschrittenen chronischen Polyarthrits. Sie hat ausgeprägte Deformitäten aller Extremitätengelenke und benötigt für die Fortbewegung eine Gehhilfe. Sie meint: «Ich sehe die Krankheit nicht als das Zentrum meines Lebens. Meine Krankheit ist eine Realität, die es zu akzeptieren gilt, die ich aber häufig vergesse. Sie gehört zu mir, ist aber nur ein kleiner Teil meiner Person. Es gibt so viel Wichtigeres für mich als meine Krankheit.» (PRISM-Distanz 23 cm)

Zusammenhang von kleiner PRISM-Distanz und individueller Belastung	
↑	Schmerzen
↑	Funktionelle Beeinträchtigung
↑	Angst- und Depressionssymptome
↓	Individuelle Stress-Resistenz
↓	Subjektive Kontrolle über Krankheitsverlauf
↑	Zeitliche Beschäftigung mit Krankheit
↑	Anzahl verschiedener Symptome bedingt durch Krankheit
↑	= gross
↓	= gering

Eine kleine PRISM-Distanz ist ein Indikator für eine grosse individuelle Belastung. (Belastungsprofil von Patienten mit chronischer Polyarthrits)

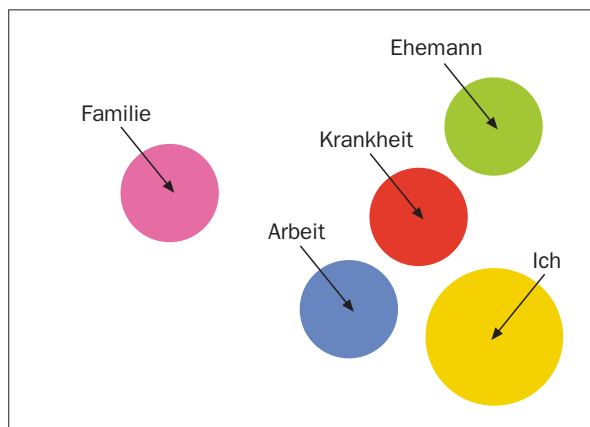


Abbildung 2c: Frau F. nach sechs Therapiesitzungen

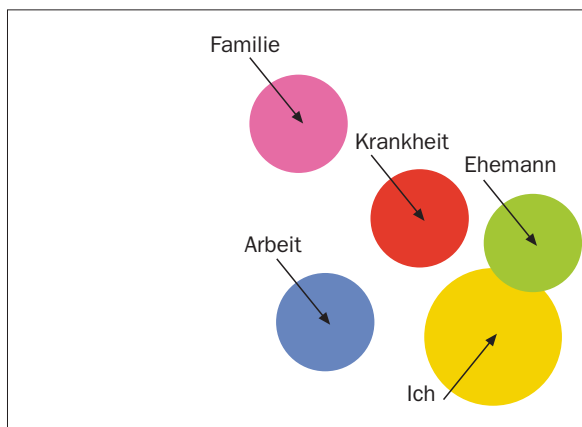


Abbildung 2d: Frau F. sechs Monate nach der Therapie

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die PRISM-Distanz ein Mass ist, welches mit kognitiven Faktoren (Beschäftigung mit Krankheit, Kontrollierbarkeit, Attribution von Körpersymptomen) und der Einschätzung von krankheitsbezogenen Belastungen (wie Schmerz oder funktioneller Beeinträchtigung) wie auch der eingeschätzten Widerstandsfähigkeit gegenüber Stress zusammenhängt. Auch affektive Faktoren wie Angst und Depression haben einen wesentlichen Einfluss auf die Beziehung zur Krankheit.

Aufgrund unserer bisherigen umfassenden empirischen Daten und den Kommentaren, welche die Probanden während der Durchführung von PRISM machten, sind wir davon überzeugt, dass PRISM ein Mass für den individuellen Leidensdruck ist. «Leidensdruck» ist wahrscheinlich ein kognitives Konzept höherer Komplexität, welches verschiedene Faktoren wie Krankheitsüberzeugungen, Depression und Coping-Ressourcen beinhaltet. Obwohl der Leidensdruck nur schwierig zu definieren ist, ist diese Grösse für das Verständnis eines Patienten und seiner individuellen Reaktionsweise auf eine Krankheit von Bedeutung.

Überforderung hinterfragen

Bevor wir den klinischen Einsatz von PRISM anhand eines Fallbeispiels kurz vorstellen, möchten wir einige theoretische Überle-

gungen für den therapeutischen Einsatz darlegen. Hierzu bietet sich das Stressmodell von Lazarus an. In dessen neueren Arbeiten wird Stress als ein relationales Geschehen verstanden. Entscheidend ist nicht die spezifische äussere Reizsituation (situationsbezogene Definition) oder das Reaktionsmuster (reaktionsbezogene Definition), sondern die Beziehung (Lazarus spricht von «Transaktion») zwischen Person und Umwelt. Innerhalb dieses Modells kann PRISM als Instrument zur Visualisierung der individuellen Person-Krankheits-Beziehung verstanden werden.

Die Überlappung von Krankheit und Ich kann als Ausdruck einer Einschätzung von Überforderung angesehen werden. Diese Überforderung drückt sich in kognitiven, affektiven und verhaltensmässigen Verarbeitungsproblemen aus. Fokus der therapeutischen Arbeit ist demnach eine Prüfung und Modifizierung dieser grundlegenden Beurteilung. Ziel des Therapeuten ist es, die Bewertungen des überforderten Patienten zu verstehen, zu hinterfragen und zu modifizieren. Falls dies gelingt, ist der Patient in der Lage, besser mit seiner Krankheit zu leben, was sich visuell in einer grösseren PRISM-Distanz, respektive in neu aktivierten Lebensbereichen ausdrückt.

Für die klinische Tätigkeit wurde PRISM erweitert. Beim

so genannten «PRISM+»-Instrument stehen dem Patienten weitere Scheiben verschiedener Farben zur Verfügung. Je nach der individuellen Situation können diese als Repräsentanzen für wichtige Aspekte des Patienten, wie zum Beispiel Familie, Arbeit, Hobby oder Freunde, definiert werden.

PRISM in der Praxis

Bei Frau F., einer 33-jährigen Bankangestellten, wurde als Ursache eines kurzzeitigen Doppelsehens und einer intermittierenden Beinschwäche die Diagnose einer Multiplen Sklerose (MS) gestellt. Die Körpersymptome bildeten sich unter medikamentöser Behandlung rasch vollständig zurück. Sie suchte ihren Hausarzt einige Wochen später wegen Schlafstörungen, Appetitverlust, Konzentrationsstörungen sowie Kopfschmerzen auf. Bei vollständig unauffälligen neurologischen Befunden wurde eine leichte bis mittelschwere Depression diagnostiziert und eine Antidepressiva-Therapie eingeleitet. Da verschiedene medikamentöse Therapieversuche scheiterten, kam es sechs Monate später zur Zuweisung in die psychosomatische Sprechstunde der Neurologischen Klinik, wo sie vom Erstautor untersucht und behandelt wurde.

Beim Erstgespräch litt Frau F. unter Symptomen einer Depression: Sie war innerlich dauernd mit ihrer Krankheit beschäftigt und konnte sich kaum mehr auf die

Arbeit oder andere Inhalte konzentrieren. Zudem litt sie unter Freudlosigkeit, Antriebsstörungen, Appetitverlust und Schlafstörungen. Sie hatte sich in den letzten Monaten zunehmend von Freunden und der Familie zurückgezogen und war am liebsten für sich allein. Bis zum Ausbruch der Krankheit war die Patientin eine sehr ambitionierte Berufsfrau. Nach einer KV-Lehre hatte sie sich bis ins mittlere Kader hochgearbeitet. Jetzt war sie davon überzeugt, dass die Multiple Sklerose sowohl ihre Karriere- wie auch familiären Zukunftspläne zerstören würde.

Beim Einsatz von PRISM legte sie die Krankheitsscheibe direkt auf ihr «Ich» (Distanz 0 cm). Auf die Frage, wo sie sich den Platz der Krankheit in sechs Monaten wünschte, legte sie die Krankheitsscheibe zuerst weit weg ausserhalb der Platte. Als sie sich der Unmöglichkeit dieses Wunsches bewusst wurde, legte sie die Krankheitsscheibe schliesslich in deutlichem Abstand zum Ich (12 cm). Auf die Frage, wie sie diese Position erreichen könne, meinte sie, sie müsse ihre Gedanken wohl von der Krankheit ablenken und sich mehr auf ihre Arbeit konzentrieren und auch vermehrt soziale Kontakte pflegen.

Zwei Wochen später, in der zweiten Therapiestunde, fühlte sich die Patientin bereits besser. Sie konnte wieder konzentrierter arbeiten, obwohl sie immer noch unter starken Kopfschmerzen litt. In dieser Stunde kam PRISM+ zum Einsatz, um sie als Person mit ihrer Lebensgeschichte besser zu verstehen. Bevor es zum ersten Schub der MS kam, war die Arbeit ihr wichtigster Lebensbereich. Andere Lebensbereiche wie ihre Ehebeziehung und die Beziehung zu Freunden und Eltern waren weniger wichtig (Abbildung 2a). Seit dem Krankheitsausbruch vor sechs Monaten war die MS der alles absorbierende Lebensaspekt (Abbildung 2b). In den nächsten zwei Therapiestunden rückten ihre Zukunftsvisionen ins

Zentrum. Als besonders belastend erlebte sie den unvorhersagbaren Verlauf ihrer Krankheit. Trotzdem hatte sich die PRISM-Distanz vergrössert (5 cm), da sie sich in den letzten Wochen wieder besser auf ihre Arbeit einlassen konnte. Sie hatte sich zwischenzeitlich auch mit einer MS-Selbsthilfegruppe in Kontakt gesetzt und war gut über mögliche Verlaufsformen ihrer Krankheit informiert.

Nach sechs Therapiesitzungen konnte die Behandlung abgeschlossen werden, da die Patientin die Überzeugung gewonnen hatte, ihr Leben und den Umgang mit der Krankheit wieder selber kontrollieren zu können: Sie konnte sich wieder gut auf die Arbeit konzentrieren und hatte nur noch wenig Kopfschmerzen. Auch hatte sie keine Appetit- und Schlafprobleme mehr. Die Beziehung zu ihrem Mann hatte sich verbessert, und sie traf wieder regelmässig Freunde. Die PRISM-Distanz betrug nun 10 cm (Abbildung 2c). Bei weiteren Untersuchungen nach drei respektive sechs Monaten hatte sich der psychische Zustand weiter verbessert. Frau F. hatte ihren Lebensstil verändert – sie arbeitete etwas weniger und verbrachte mehr Zeit zusammen mit ihrem Ehemann und Freunden. Sie fühlte sich ihrem Mann so verbunden wie nie zuvor, da sie sich durch diesen in ihrer schwierigsten Lebensphase sehr unterstützt fühlte. Die PRISM-Distanz betrug immer noch 10 cm. (Abbildung 2d). Die Patientin kämpfte immer wieder mit starken Gefühlen der Trauer und Wut. Körperlich litt sie glücklicherweise unter keinerlei Beeinträchtigungen durch die MS.

Krankheit besser verstehen

Wie diese Falldarstellung zeigt, ist PRISM+ ein therapeutisches Instrument, welches Patienten hilft, Krankheiten in kurzer Zeit in einem erweiterten bio-psycho-sozialen Kontext zu verstehen. Die Visualisierung komplexer innerpsychischer Prozesse vermittelte

der Patientin ein neues Verständnis für sich und gab ihr ein neues Gefühl der Kontrolle und Beeinflussbarkeit im Umgang mit ihrer zuvor als unkontrollierbar und überwältigend erlebten Krankheit. So konnte sich die zuvor blockierte Patientin neu auf andere Lebensbereiche und die Gestaltung von Zukunftsvisionen einlassen.

Neben den Einsatzmöglichkeiten als Messinstrument in wissenschaftlichen Studien ist PRISM zur Erfassung und Modifikation des Leidensdruckes in der klinischen, medizinischen Tätigkeit prädestiniert. So wird das Instrument beispielsweise in der neu eröffneten Palliativ-Station des Universitätsspitals zur Klärung des individuellen Therapiebedarfes verwendet. Der Einsatz als Instrument zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen ist gut etabliert.

PRISM findet auch zunehmend Verbreitung bei Hausärzten, die einerseits ihre intuitive Bewertung des Leidensdruckes eines Patienten überprüfen können und andererseits in einer effizienten Weise die Kompetenz von Patienten im Umgang mit gesundheitlichen Problemen verbessern können. Eine computergestützte Version von PRISM, mit welcher der Einsatzbereich noch erweitert werden kann, ist in Entwicklung.

LITERATUR

- Büchi S., Sensky T., Sharpe L., Timberlake N.: Graphic representation of illness: A novel method of measuring patients' perceptions of the impact of illness, in: *Psychother Psychosom* 1998; 67: 222–225
- Büchi S., Sensky T.: Pictorial Representation of Illness and Self Measure (PRISM) – a brief nonverbal measure of illness impact and therapeutic aid in psychosomatic medicine, in: *Psychosomatics* 1999; 40: 314–320
- Lazarus R.S.: Coping theory and research: past, present, and future, in: *Psychosom Med* 1993; 55: 234–247



Depression – ein schmerzloses Leiden?

Depressive Menschen leiden an einer gedrückten Stimmung, an Antriebsverlust und Interesse-mangel. Sie haben Schwierigkeiten, Entscheidungen zu fällen, und klagen häufig über ein vermindertes Konzentrationsvermögen. Auch wenn schmerzhafte Druckgefühle wie Kopfschmerzen nicht selten sind, können sie auf schlimmste Weise leiden, ohne einen körperlich lokalisierbaren Schmerz zu spüren.

VON DANIEL HELL,
JEROME ENDRASS UND
JEAN-PIERRE BADER

Was macht den Unterschied zwischen depressivem Leiden und körperlichem Schmerz aus? Schmerz ist eine bestimmte Empfindungsqualität. Er kann quantitativ als mild, heftig oder unerträglich bewertet werden. Gemäss der International Association for the Study of Pain (IASP) ist Schmerz «ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird».

Damit wird die Warnfunktion des Schmerzes betont. Ferner besagt diese Definition, dass zwar Schmerzen so erlebt werden, als ob Gewebe zerstört sei, dass sie aber auch auftreten können, wenn überhaupt keine Gewebe-

schädigung vorliegt. Bei dieser Schmerzdefinition ist bereits das Leiden am Schmerz mit enthalten.

Neurobiologische Grundlagen

Die Neurowissenschaft unterscheidet zwischen einer sensorischen Komponente des Schmerzes, welche Auskunft über Lokalisation und Intensität des Schmerzreizes gibt, und einer emotionalen Komponente, welche die Schmerzreize als unangenehm erleben lässt. Von dieser emotionalen Komponente des Schmerzes soll im Folgenden die Rede sein.

Viele Hinweise sprechen dafür, dass depressive Menschen, auch wenn sie keinen Schmerzreiz wahrnehmen, an der emotionalen Komponente des Schmerzes leiden. So ist sowohl bei einem Teil depressiver Personen als auch bei Schmerzpatienten die Aktivität eines bestimmten Stirnhirnareals verändert. Dieses Areal wird in der neuroanatomischen Terminologie als «subgenualer Bereich des Gyrus cinguli anterior» bezeichnet und liegt in der Mittellinie des Stirnhirns nahe über und hinter den Augen.

Dieses Gebiet ist in ein Funktionssystem eingebettet, das für die emotionale Komponente des Schmerzes verantwortlich ist. Die quälend erlebte Verstimmung depressiver Menschen könnte also ihr organisches Substrat in neuronalen Systemen haben, die auch bei körperlich traumatisierten Schmerzpatienten eine Rolle spielen. Dafür sprechen unter anderen Befunde, die A.J. Bouckoms bei der Behandlung therapieresistenter Depressionen und bei unbehandelbaren chronischen Schmerzsyndromen erhoben hat.

Es konnte gezeigt werden, dass nach beidseitigen stereotaktischen Läsionen von ungefähr ei-

nem Zentimeter Durchmesser, die der Neurochirurg im oben beschriebenen Bereich gesetzt hatte, das subjektive Leiden, das heisst die emotionale Komponente des Schmerzes, gelindert wurde. Allerdings liess sich mit dieser umstrittenen Behandlungsmethode die Häufigkeit erneuter depressiver Episoden nicht beeinflussen. Bei der Diskussion solcher neurobiologischen Theorien gilt es den Umstand zu berücksichtigen, dass im depressiven Zustand die Aktivität vieler weiterer Hirnareale verändert ist. Zudem ist das Aktivitätsmuster im depressiven Zustand nicht bei allen Menschen identisch. Auch gilt es zu berücksichtigen, dass nicht das Gehirn leidet, sondern dass sich das Leiden einer Person in einem bestimmten, individuellen Hirnzustand repräsentiert.

Quälende Erfahrung

Noch schwieriger als die Definition des Schmerzes ist diejenige des Leidens. Leiden ist eine quälende Erfahrung von sozialem oder körperlichem Ausgeliefertsein. Auf einen einfachen Nenner gebracht, wird Schmerz empfunden, Leiden aber erfahren. So lässt sich ethymologisch Leiden vom althochdeutschen Wort «lidan» für Reisen, Fahren ableiten.

Man kann an Schmerzen, aber auch an realen oder vorgestellten Verlusten leiden. Im Falle der Depression setzt das Leiden häufiger nach Verlustsituationen als in Folge von körperlichen Schmerzen ein. Es kann sogar beobachtet werden, dass depressive Menschen sich willentlich Schmerzen zufügen, um das Leiden am Verlust erleben und dem damit verbundenen Leeregefühl erträglicher zu machen.

Mit dem Schmerz wird vom depressiven Leiden abgelenkt.

Dr. Daniel Hell ist ordentlicher Professor für klinische Psychiatrie und klinischer Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli. Dr. Jérôme Endrass ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und Dr. Jean-Pierre Bader Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli.

Daraus muss sich nicht zwingend eine neue Form des Leidens ergeben. Als fundamentale Empfindung kann Schmerz, beispielsweise im Liebespiel, auch als angenehm wahrgenommen werden. Führen Schmerzen zu Leiden, darf davon ausgegangen werden, dass der Schmerz negativ bewertet wird. Das Leiden ist in diesem Falle eine prozesshafte Reaktion auf den Schmerz, wie es in einem anderen Falle eine prozesshafte Reaktion auf den Verlust sein kann.

Zwei Fallbeispiele

Frau A. leidet daran, dass ihr Mann kürzlich verstorben ist, und reagiert mit starker Trauer auf den Verlust. Sie erlebt ihre Situation als sehr belastend. Ihr Leiden findet Erleichterung, als sie Anteilnahme erlebt oder über ihren Verlust weinen kann. Frau A. leidet an einer Trauerreaktion, ohne depressiv zu sein.

Frau B. verlor ebenfalls ihren Mann, vermag aber keine echte Traurigkeit zu empfinden, obwohl sie ihrem Mann sehr nahe stand. Allmählich verliert sie das Interesse an ihrer Umgebung, vernachlässigt ihre Aufgaben und zieht sich immer mehr zurück. Sie verliert die Fähigkeit, Gefühle zu empfinden, und wird durch diese Veränderung zusehends verunsichert. Ihr Leiden, durch den Tod ihres Mannes ausgelöst, wird zum Leiden an sich selber. Ihr Gefühls-, Interesse- und Antriebsverlust erfüllen dabei die Haupt-

kriterien einer depressiven Episode.

Im Falle der depressiven Frau B. kommt zum Leiden am Verlust ein Leiden am eigenen Zustand hinzu. Das Spezifische des depressiven Leidens scheint zu sein, dass nicht nur ein Schmerzempfinden oder eine Verlustsituation vorliegt, sondern der Leidende sich selber als Person negativ beurteilt. Dadurch verwandelt sich das «übliche» Leiden in ein Leiden über die Vorstellung der eigenen Person.

Leiden an der eigenen Person

Wenn aber der Mensch zu einem Leidenden an sich selbst wird, geht leicht verloren, was das ursprüngliche Leiden ausgelöst hat. Dann richtet sich der Stachel des Leidens nicht mehr gegen das Un-erträgliche, das zum Leiden geführt hat, sondern gegen die eigene Person.

Das Risiko einer solchen Entwicklung ist umso grösser, je mehr das ursprüngliche Leiden zur Erschöpfung führt und mit einer mentalen Blockade einhergeht. Diese zeichnet sich durch eine Beeinträchtigung der Planung und Ausführung von Handlungen aus. Bei depressiven Menschen äussert sich die Blockade vor allem in einer Verlangsamung der Denk- und Erinnerungsvorgänge. Depressive Versuchspersonen reagieren in Tests langsamer auf Reize und haben vermehrt Mühe, Gelerntes aus dem Gedächtnis spontan abzurufen. Gleichzeitig sind ihre Bewegungsabläufe gehemmt. Diese Initiierungshemmung, die sich wie eine Störung der zentralen Exekutive auswirkt, trägt dazu bei, dass depressive Personen auf sich selber zurückgeworfen sind und an Selbstvertrauen verlieren.

Bewertet sich ein Mensch hauptsächlich aufgrund seiner sozialen Fertigkeiten, so trifft ihn eine Depression an seinem verletzlichsten Punkt. In der heutigen Gesellschaft werden Leistung, Erlebnisfähigkeit und Flexibilität sehr hoch veranschlagt. Selbst



Edvard Munch hat 1899 seine Schwester Laura gemalt, als sie an einer Depression litt. Im Bild kommt die typische psychomotorische Unbeweglichkeit prägnant zum Ausdruck.
(Munch-Museet, Oslo)

wenn die Depression als Krankheit gesellschaftlich toleriert wird, leidet der depressive Mensch an den gesellschaftlichen Ansprüchen, die er nicht erfüllen kann.

Verlust des sinnlichen Erlebens

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass depressive Menschen emotional wie Schmerzpatienten leiden, jedoch ohne genau definierbare Schmerzen. Sie erleben eine Veränderung, die sie in unterschiedlichem Ausmass behindert, ohne dass diese Veränderung mit einer sichtbaren Organverletzung einhergeht. Selbst wenn depressive Menschen diffuse Schmerzgefühle haben, so fehlt ihnen in der Regel gerade das, was Schmerzpatienten auszeichnet: Das sinnliche Erleben, das heisst die sensorische Komponente eines körperlich begründbaren Schmerzes.

LITERATUR

- Bader, J.-P./Hell, D.: Der psychische Schmerz als Symptom der Depression, in: Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie 2000, 68: 1–11
- Bouckoms, A.J.: Limbic surgery for pain, in: Wall, P.D./Melzack, R.: Textbook of Pain, Edinburgh 1994
- Hell, D.: Welchen Sinn macht Depression – Ein integrativer Ansatz, Rowohlt Verlag, Reinbeck 1994

Beratung bei Depressionen

Beratung bei Depressionen bieten folgende Stellen in der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli an:

Klinische Emotions- und Kommunikationsforschung
Dr. med. Jean-Pierre Bader und
Dr. phil. Jérôme Endrass
Tel. 01 384 21 11

Ambulatorium Ost
Tel. 01 389 15 70

Ambulatorium West
Tel. 01 296 74 50

Ganzheitliche Betreuung unheilbar Kranker

Bei der Betreuung unheilbar kranker Menschen sind Ärzte, Psychologinnen und Therapeuten interdisziplinär gefordert. Seit Anfang Januar bietet das Kompetenzzentrum für Palliative Care am Universitätsspital vor allem Krebspatienten eine ganzheitliche Pflege an, welche auch individuelle Bedürfnisse abzudecken vermag.

VON KATHRIN ZAUGG

Das Lindern von Schmerzen gehört zu den Uraufgaben des Arztes und die palliative ärztliche Betreuung und Pflege war schon immer Bestandteil der Medizin. Angesichts der grossen Erfolge der modernen Medizin wurde sie jedoch eine Zeitlang in den Hintergrund gedrängt. Das Interesse der medizinischen Welt war geprägt von den Durchbrüchen zu neuen Heilverfahren und fasziniert von den neuen technischen Möglichkeiten. Aufgrund der Euphorie der kurativen Medizin (Antibiotikatherapie, Transplantationsmedizin) ist es immer schwieriger geworden, Einschränkungen durch Krankheiten wie Schmerz und Leid und letztendlich auch den Tod zu akzeptieren.

Erst in letzter Zeit begann ein Umdenken und eine Rückbesinnung auf alte Traditionen. Bei Patienten mit nicht mehr heilbaren Erkrankungen wurde vermehrt wieder die bestmögliche Erhaltung der Lebensqualität in den

Mittelpunkt gerückt. Nicht mehr nur das medizinisch-technisch Machbare, sondern auch die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten sowie der Angehörigen wurden wieder vermehrt ins Zentrum der Bemühungen gerückt. Basierend auf diesen Grundgedanken hat die Weltgesundheitsorganisation 1990 diese neue Tendenz in der Medizin unter dem Begriff «Palliative Care» zum ersten Mal definiert und damit auch als entscheidenden Bestandteil der Medizin anerkannt (siehe Seite 30).

Behandlung von Krebspatienten im Vordergrund

Um im Sinne der Definition der Weltgesundheitsorganisation den Patienten eine individuelle und bestmögliche Betreuung zu gewährleisten, haben wir im Universitätsspital ein interdisziplinäres Kompetenzzentrum für Palliative Care für Krebspatienten aufgebaut. Die Palliativmedizin soll zwar nicht nur den Krebspatienten zugute kommen; da Krebs jedoch in der Schweiz die zweithäufigste Todesursache ist und mit besonders belastenden Symptomen verbunden sein kann, fokussiert sich die Tätigkeit des Kompetenzzentrums Palliative Care besonders auf nicht mehr heilbare Krebserkrankungen.

Ziel ist es, den Patienten durch umfassende ärztliche Betreuung, ganzheitliche Pflege und psychosoziale sowie seelsorgerische Begleitung die Erhaltung einer möglichst guten Lebensqualität zu gewährleisten. Anhand des bei Krebspatienten häufigen Symptoms «Schmerz» soll hier das Konzept des Kompetenzzentrums Palliative Care genauer erläutert werden.

Ein Drittel aller Krebspatienten unter aktiver Therapie sowie

70 bis 90 Prozent der Patienten mit weit fortgeschrittenem Karzinom leiden unter Schmerzen. Da gemäss Bundesamt für Statistik in der Schweiz ungefähr 16 000 Tumorpatienten registriert sind, ist davon auszugehen, dass ungefähr 11 000 Menschen unter Tumorschmerzen leiden. Schmerz ist das von Krebspatienten am meisten gefürchtete Symptom, da es häufig mit unstillbarem Leiden assoziiert wird. Es bedarf deshalb spezieller Beachtung. Je nach zeitlichem Auftreten innerhalb eines Krankheitsverlaufes können Schmerzen verschiedene Bedeutungen aufweisen.

Bei ungefähr 30 Prozent aller Krebspatienten führen Schmerzen überhaupt erst zum Erstellen der Krebsdiagnose. Unter einer aktiven antitumorösen Therapie kann eine Reduktion der Schmerzintensität als mögliches Ansprechen interpretiert werden. Da keine Messverfahren zur Objektivierung des Gewebeschadens existieren, sind Angaben bezüglich Schmerzen und Schmerzintensität immer subjektiv und von zusätzlichen Faktoren beeinflusst. Nicht überraschend ist deshalb die Aussage grosser Studien, dass eine bedeutende Diskrepanz zwischen der Beschreibung der Schmerzintensität der Ärzte und Pflegenden gegenüber derjenigen der Patienten besteht.

Neben der genauen Schmerzanamnese (Lokalisation der Schmerzen, Intensität, Schmerzcharakter, zeitlicher Verlauf) ist deshalb die konstante Evaluation und Dokumentation der Schmerzen durch den Patienten selbst absolut entscheidend. Verschiedene Messverfahren sind dafür vorhanden. Da Begriffe sehr unterschiedlich verwendet werden und nicht für alle dieselbe Bedeutung haben, wird im Kompetenzzent-

Dr. Kathrin Zaugg ist Oberärztin an der Abteilung für Radio-Onkologie und Leiterin des Kompetenzzentrums Palliative Care am Universitätsspital Zürich. Zurzeit befindet sie sich für eine zweijährige Weiterbildung am Princess Margaret Hospital in Toronto (Kanada).



rum Palliative Care das System der «Visuellen Analog-Skala» verwendet. Der Patient dokumentiert bei Bedarf mehrmals pro Tag seine Schmerzintensität mit Hilfe einer Skala, wobei 0 keine und 10 die stärksten sich vorstellbaren Schmerzen bedeuten. Anhand dieser Angaben des Patienten wird die Dosierung des Schmerzmedikamentes angepasst und auch die allfällige Möglichkeit einer tumorgerichteten Therapie erneut evaluiert.

«Total pain»

Psychologische Faktoren spielen eine grosse Rolle bei der Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung, vor allem bei Patienten, bei denen eine palliative antitumoröse Therapie wenig oder keinen Effekt mehr zeigt, jedoch Nebenwirkungen der Therapie im Vordergrund stehen. Hoffnungslosigkeit und Angst vor dem bevorstehenden Tod können Schmerzen verstärken. Ganz im Gegenteil steht Leiden nicht unmittelbar in direktem Zusammenhang zur Intensität des Schmerzes. Leiden kann auch beschrieben werden als der Teil der Empfindung, welcher

bestehen bleibt, wenn der physische Schmerz behandelt ist.

Cicely Saunders, eine der Wegbereiterinnen der Palliative Care, hat deshalb den Begriff «total pain» geprägt: Schmerz hat demnach nicht nur physische, sondern auch emotionale, soziale, finanzielle, bürokratische und spirituelle Ursachen. Das Wahrnehmen der zugrunde liegenden Faktoren des Schmerzes und des Leidens ist daher ganz entscheidend, um für den Patienten den bestmöglichen Therapieansatz zu finden und eine optimale und individuelle Betreuung zu gewährleisten.

Was bietet «Palliative Care»?

Das Kompetenzzentrum Palliative Care am Universitätsspital Zürich wurde Anfang Januar 2000 eröffnet. Auf der Bettenstation für Radio-Onkologie stehen sechs Zimmer zur Verfügung. Palliative Care steht Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem beziehungsweise unheilbarem Tumorleiden offen, welche einer Linderung von Krankheitssymptomen bedürfen, die im ambulanten oder allgemein stationären Bereich nicht ausrei-

Im Umgang mit unheilbar Kranken sind auch die Angehörigen enormen Belastungen ausgesetzt: Das Bild «Die Sterbende» vom 24. Januar 1915 zeigt in ergreifender Weise die Auseinandersetzung Ferdinand Hodlers mit dem bevorstehenden Tod seiner Geliebten Valentine Godé-Darel. (Öffentliche Kunstsammlung Basel, Kunstmuseum).

chend therapierbar sind oder die eine psychologische Betreuung benötigen.

Wenn immer möglich wird den Patientinnen und Patienten ein Einzelzimmer angeboten. Dieses bietet genügend Raum für Ruhe und Erholung, Privatsphäre und Gespräche. Das Zimmer kann mit persönlichen Gegenständen wie Bildern, Blumen, CD-Player und Ähnlichem gestaltet werden. Angehörige haben auf Wunsch die Möglichkeit, im Patientenzimmer zu übernachten.

Schmerzen – wie viele andere Krankheitssymptome auch – sind eine interdisziplinäre Herausforderung. Aufgrund des komplexen Wechselspiels der verschiedenen Einflussfaktoren auf die Schmerzsituation werden die Patienten sowie deren Angehörige entsprechend durch ein interdisziplinäres

Team, das langjährige Erfahrung mit neuestem Wissen vereinigt, betreut.

An der wöchentlichen interdisziplinären Visite – bestehend aus Oberärztinnen und Oberärzten verschiedener Fachdisziplinen (Radio-Onkologie, Medizinische Onkologie, Anästhesie, Psychiatrie und Psychologie) – werden im Gespräch mit den Patienten die aktuellen Probleme sowie das weitere Vorgehen besprochen. Ziel ist in erster Linie die bestmögliche Symptomkontrolle – beispielsweise die Schmerzkontrolle – sowie die psychosoziale Begleitung der Patienten und deren Angehörigen, um eine Verbesserung des persönlichen Wohlbefindens zu erreichen.

Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird mit dem Patienten gemeinsam die wirksamste Therapiemodalität ausgewählt. Den medikamentösen Schmerztherapien wird dabei besondere Beachtung geschenkt: In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass eine wirkungsvolle

Stichwort «Palliative Care»

Palliative Care bedeutet die aktive und umfassende Behandlung, Pflege und Begleitung von Patienten ab dem Zeitpunkt, da ihre Krankheit nicht mehr auf eine kurative (heilungsorientierte) Behandlung anspricht. Schmerzbehandlung und die Beherrschung weiterer Begleitsymptome sowie die Linderung psychischer, sozialer und spiritueller Probleme gewinnen dann eine überragende Bedeutung. Sie unterstützt Leben und betrachtet Sterben als einen natürlichen Vorgang. Palliative Care legt also den Schwerpunkt auf Schmerz- und Symptomlinderung und integriert körperliche, psychische, soziale und seelisch-geistige Aspekte. Sie will damit sowohl den Patienten unterstützen, um ihm ein möglichst selbstbestimmtes Leben bis zum Tod zu ermöglichen, als auch seinen Angehörigen zur Seite stehen, damit sie mit Krankheit und Trauer besser zurechtkommen.

Definition der Weltgesundheitsorganisation 1990

Schmerztherapie mittels Einhalten einfacher Richtlinien bei neun von zehn Patienten möglich ist, das heisst, mittels Schmerzmedikamenten in Tablettenform können 90 Prozent aller Krebspatienten zufriedenstellend therapiert werden. Für komplexere Schmerzzustände können die an der Visite teilnehmenden Fachpersonen oder weitere Fachspezialisten angefragt werden.

Psychische Belastungen abbauen

Die psychosoziale Sprechstunde findet wöchentlich oder bei Bedarf statt. Sie richtet sich nach den Wünschen und Bedürfnissen sowohl der Patientinnen und Patienten wie auch der Angehörigen und hat zum Ziel, psychische Belastungen abzubauen und mit schwierigen Situationen besser umgehen zu lernen. Sie beinhaltet allgemeine Fragen zu Sterben, Tod und Trauer genauso wie das spezifische Erarbeiten von Inhalten, die zur Klärung offener Problemstellungen wie Patientenverfügung, Patiententestament und juristisches Testament führen.

Besonderes Augenmerk wird der durch die Krankheitsentwicklung bedingten familiendynamischen Veränderung beigemessen. Die Komplexität der Krankheit in ihrer physischen, psychischen und sozialen Dimension verlangt eine sorgfältige, effiziente und rasche Erfassung aller Möglichkeiten und Ressourcen. Langwierige und aufwendige Abklärungen belasten den Patienten und schmälern seine Lebensqualität.

In Form einer interdisziplinären Sprechstunde werden diese umständlichen Wege verkürzt und zusammen mit dem Patienten und seinen Angehörigen effiziente Möglichkeiten der physischen und psychischen Betreuung besprochen. Zur Qualitätsprüfung und -sicherung findet regelmässig auf der Abteilung eine fallbezogene Supervision statt. Verhaltensformen sowohl des Patienten, seiner Angehörigen und des involvierten Personals werden

Kompetenzzentrum für Palliative Care

Kontakt:
Dr. med. Pia Huguenin,
Tel. 01 255 30 18
E-Mail: pia.huguenin@dmr.usz.ch

dabei überprüft, Interaktionen reflektiert und qualifiziertere Formen der Begegnung und Auseinandersetzung diskutiert.

Individuelle Betreuung

Weitere Supportsysteme können die Patienten unterstützen und zur Symptomlinderung beitragen. Dazu gehört etwa die Physiotherapie. In der Ausdruckstherapie haben die Patienten zudem die Möglichkeit zur kreativen Krankheitsverarbeitung. Auf Wunsch der Patienten wird auch die Komplementärmedizin miteinbezogen. Die Religion und Gedanken zur menschlichen Existenz spielen meist eine wichtige Rolle in dieser schwierigen Lebenssituation. Gedanken über den Sinn des Lebens sowie das Erkennen des bevorstehenden Todes, welcher mit der Trennung von geliebten Menschen verbunden ist, erhalten eine zentrale Rolle. Die seelsorgerische Betreuung wird nach den Bedürfnissen des Patienten in das Gesamtkonzept eingebettet.

Da Schmerz und Leiden multifaktoriell verursacht werden und jeder Mensch verschiedene psychische und physische Voraussetzungen mit sich bringt, ist ein individueller Ansatz zum Wohle des Patienten das Ziel des Kompetenzzentrums Palliative Care. Dies erfordert ein kommunikatives und zur interdisziplinären Zusammenarbeit fähiges Team, welches sich den Prinzipien der ganzheitlichen Medizin verpflichtet fühlt.

Was nützt es zu leiden?

Schwerpunkte der ethischen Auseinandersetzung mit den Themen Schmerz und Leiden betreffen die Fragen nach Rechten und Pflichten der Schmerzlinderung sowie die Frage des Nutzens von Schmerz- und Leidenserfahrungen.

VON ALBERTO BONDOLFI

Vom Leiden im Allgemeinen und von Schmerzen insbesondere und von ihrer Bedeutung beziehungsweise ihrem Wert ist in der ganzen Philosophie- und Theologiegeschichte sehr oft die Rede. Die Zusammenhänge und die thematischen Bezüge, in denen Leiden und Schmerz zur Sprache kommen, sind so vielfältig und komplex, dass sie an dieser Stelle kaum gebührend dargestellt werden können. Ich werde mich also, ausgehend von heutigen Auseinandersetzungen im Bereich der biomedizinischen Ethik, mit einigen Präzisierungen der Gesamtproblematik begnügen.

Vor allem in der Debatte um eine angemessene Sterbehilfe wird das moralische Gebot der Schmerzlinderung bei kranken Menschen in den Vordergrund gestellt. Diese Pflicht scheint uns heute allen selbstverständlich. Gestritten wird nur über die Modalitäten dieser Linderung und über mögliche Konflikte zwischen dieser und anderen Pflichten. Wenn man aber in die bisherige Denkgeschichte zurückschaut, wird man sofort entdecken, dass diese Bezugnahme auf die Bekämpfung menschlichen Leidens und menschlicher Schmerzen nicht immer als evident galt. Vor allem im 18. Jahrhundert kann man eine entgegengesetzte

Grundeinstellung in dieser Frage beobachten, welche nicht so sehr dem spezifischen Problem der Verpflichtung der Schmerzlinderung als solchem gilt, sondern das umfassende Verständnis des Ethischen überhaupt betrifft. Dies aber mit je anderen Folgen für die Beantwortung der genannten Frage nach der Berechtigung der Schmerz- und Leidensbekämpfung.

Ethische Grundpositionen

Kant und Bentham gelten hier als die Hauptrepräsentanten je verschiedener ethischer Grundpositionen. Während der deutsche Philosoph meint, dass die Sphäre des Ethischen von jeglicher konstitutiven Berücksichtigung von Gefühlen, Neigungen und Empfindungen frei sein muss, vertritt Bentham die Auffassung, dass die primäre moralische Pflicht jedes Individuums und jeder Gesellschaft darin bestehe, Leiden und Schmerzen bei jedem Lebewesen zu minimieren. Positiv formuliert, besteht die Suche nach dem Guten in der Maximierung des möglichen Glücks für die grösste Zahl von Lebewesen. Diese maximierende und minimierende Pflicht stellt eine Form des klassischen Utilitarismus dar.

Nützlichkeitsabwägungen im Zusammenhang mit Schmerzen und Leiden sind also in der ersten kantischen Perspektive einfach ungehörig, stattdessen in der utilitaristischen Perspektive je nachdem ohne weiteres relevant. Es ist hier sicherlich nicht der Ort, eine so breit angelegte Problematik der Grundlegung des Ethischen in Zusammenhang mit Nützlichkeitsabwägungen überhaupt bewältigen zu können. Es reicht festzustellen, dass Nützlichkeitsüberlegungen bei der Sinnsuche im Zusammenhang mit dem Auftreten von Schmerzen oder Leiden eine tröstende Funktion gehabt haben, oder immer noch haben.

Man erträgt die Nachteile der Schmerzerfahrungen leichter, wenn man zur Überzeugung kommt, dass diese Schmerzen irgendjemandem von Nutzen sein können.

Religiöse Sinnggebung

So wird die Schmerz- oder Leidenserfahrung in eine so genannte «oeconomia salutis», das heisst in eine Heilsökonomie (man redet nicht von ungefähr von einer Heils-«Wirtschaft») eingebettet, das heisst, man versucht dieser negativen Erfahrung eine übergeordnete religiöse Sinnggebung zu verleihen, welche das Negative ins Positive kehrt. Die leidende Person wird zum (Mit-)Subjekt einer Heilsgeschichte gemacht, und das Leiden beziehungsweise die Schmerzen werden zu einem Werkzeug einer übergeordneten Strategie. So redet die altchristliche Liturgie zu Weihnachten vom Austausch zwischen Gott und der Menschheit in der Menschwerdung Jesu Christi als von einem «admirabile commercium», von einem «wunderbaren Tauschgeschäft» also. Diese theologisch gefärbten Nützlichkeitsabwägungen im Zusammenhang mit Schmerzen und Leiden gelten umso mehr für eine theologische Erklärung des Kreuzgeschehens.

Macht die Tatsache, dass sogar in religiösen Traditionen der Nützlichkeitscharakter der Schmerzens- und der Leidenserfahrung betont worden ist, eine solche Nützlichkeitsabwägung plausibel? Man könnte an dieser Stelle andere geschichtliche Zeugnisse zum Thema heranziehen und eine ganz andere Grundeinstellung zur Nützlichkeitsabwägung erwähnen. Denken wir etwa an die Devise «Arbeit macht frei» vor dem Eingang des Lagers in Auschwitz, dann wird uns selbstverständlich jede Lust auf eine ethische Begründung der Nützlichkeitsabwägung des Leidens vergehen.

Alberto Bondolfi ist Oberassistent am Institut für Sozialethik der Universität Zürich und Privatdozent an der Universität Luzern.

Trotz dieser eher unangenehmen Gedankenassoziationen meine ich, dass man die komplexe Realität des Leidens und des Schmerzens weiter untersuchen, und dabei die Nützlichkeitsfrage nicht verdrängen, sondern weiter differenzieren und dann zu beantworten versuchen muss. Auf der Suche nach einer angemessenen Einschätzung unserer Fragestellung, welche auch und vor allem eine ethische Reflexion miteinbezieht, muss man in erster Linie sowohl die Gefahr des Reduktionismus als auch des Atomismus vermeiden. Was ist damit gemeint?

– Jede Betrachtung von Leiden und Schmerz, die ein solch komplexes Phänomen auf ein einziges und alles erklärendes Element oder eine Theorie reduzieren würde, ist nicht vertretbar und stellt eine Form des dogmatischen Reduktionismus dar.

– Ebenso ideologisch wäre es aber, diese Wirklichkeit in viele verschiedene und isolierte Elemente so zu zerstreuen, dass dabei jede Gesamtschau und Gesamtbewertung verunmöglicht wird. Worte wie «Leiden» oder «Schmerz» würden jede Kontur verlieren, da die Aufmerksamkeit nur den isolierten Teilelementen gewidmet würde.

Jenseits beider erwähnter Extremversuchungen sollte man eine mittlere Linie einschlagen, welche sowohl von Unterscheidungen als auch von Zusammenführungen lebt. Eine solche mittlere Linie berücksichtigt die Tatsache, dass der Mensch als «animal rationale», als vernunftbegabtes Tier, die Erfahrung des Negativen von der physiologischen bis zur geistigen Ebene wahrnimmt und verarbeitet. Wir alle leiden also mit unserem ganzen Selbst, von den kleinsten Nervenendungen bis zu den tiefsten Schichten unserer Psyche.

Im Lichte dieser Gesamtbeachtung wird eine Unterscheidung plausibel, nämlich diejenige zwischen Leiden und Schmerz. Man muss in der Tat zwischen der

physiologischen und der psychischen Ebene unserer Gesamtexistenz nicht trennen aber zumindest unterscheiden können, um genauer zu wissen, welche Phänomene man anvisieren und danach auch bewerten möchte.

Für eine echte palliative Medizin

Schmerzen plagen uns in unserer Leiblichkeit, treffen indirekt aber unser ganzes Sein und somit sind sie nur partiell verkraftbar und erträglich. Wenn man mit medikamentösen Mitteln versucht zumindest die physiologischen Schmerzen abzuschalten, dann wird somit Leiden nicht automatisch abgeschafft. Zumindest ist aber der schmerzbedingte Stress und die dazugehörige Angst eingeschränkt.

Sterbende Patienten und Patientinnen möchten zu Recht sowohl bei der Linderung der Schmerzen als auch bei der Todesangst angemessene Hilfe erhalten. Eine echte palliative Medizin, welche die Ursachen einer Krankheit nicht mehr bekämpfen, sondern den Todesprozess so erträglich wie möglich gestalten will, und dies nicht nur auf der Ebene der physischen Schmerzen, sondern auch auf der Ebene der psychischen Grundbefindlichkeit, macht diese Linderung zu ihrer Hauptaufgabe.

Die palliative Medizin ist heute, zumindest verbal, allgemein akzeptiert. Der Weg zu ihrer allgemeinen Einsetzung ist aber noch lang. Vielfältig sind auch die dazu notwendigen Massnahmen, die sowohl die Grundausbildung der Medizinerinnen und Mediziner als auch die Einstellung der Gesamtbevölkerung betrifft.

Rechtliche Versuche

Auch im Bereich des Rechts ist in letzter Zeit versucht worden, der Schmerzbekämpfung bei leidenden Menschen, eine grössere Plausibilität zu verschaffen. So plädiert der im Jahre 1999 veröffentlichte Bericht einer Exper-

tengruppe des eidgenössischen Justizdepartementes für eine Interpretation der moralischen Pflicht des Medizinalpersonals, Schmerzen und Leiden angemessen zu lindern, auch als rechtliche Pflicht. Die Folgen einer solchen Interpretation sind im Moment noch nicht abzuschätzen. Eine Gesetzgebung in diesem Bereich ist sicherlich noch in weiter Ferne. Es ist auf alle Fälle interessant, hier festzustellen, dass dieser Vorschlag die veränderte Grundeinstellung unserer Gesellschaft zur Schmerz- und Leidensbekämpfung echt widerspiegelt.

Andererseits kann das Recht, in anderen Kontexten und aus anderen Gründen, der Schmerzbekämpfung im Weg stehen. So ist etwa in Italien zurzeit eine hitzige Debatte um die Einsetzung von Opiaten bei leidenden, sterbenden Patienten und Patientinnen in Gang. Jede Verschreibung wird mit bürokratischen Schikanen erschwert. Dies mit dem Argument, dass diese Patienten einer Suchtabhängigkeit verfallen könnten.

Ich habe diese zwei Beispiele erwähnt, um zu zeigen, dass das Recht nicht immer unbedingt das angemessene Mittel zur Verwirklichung moralischer Ideale, wie das der Schmerzlinderung, sein kann. Nichtsdestotrotz bleiben diese Linderungsversuche ethisch hoch bedeutsam, und sie sollten von uns allen, welche berufliche Position wir immer ausüben, als moralisch geboten gelten. In der Person des Leidenden wird die Position von uns allen, als künftige Sterbende, präfiguriert und antizipiert. In der jetzigen Nächstenliebe widerspiegelt sich hier auch ein bisschen Selbstliebe.

LITERATUR

Moltmann, J.: Der gekreuzigte Gott, München 1972

Empfinden Tiere Schmerzen?

Das Fehlen des typisch menschlichen Schmerzverhaltens trägt dazu bei, Tieren das Schmerzempfinden abzusprechen. Tiere sind aber keine reflexgesteuerten Automaten. Auch wenn wir nicht wissen können, wie sie Schmerz erfahren, so wissen wir doch, dass sie unter Schmerzen leiden. Dieses Wissen verpflichtet uns, entsprechend zu handeln.

VON SABINE KÄSTNER

Die vierzehnjährige «Zoe» mag keine Nahrung zu sich nehmen, sie wälzt sich am Boden, steht auf, schaut sich um und wirft sich wieder hin. Ihr Körper ist schweissgebadet und ihre Augen stehen weit offen. Die Warmblutstute «Zoe» hat eine Kolik. Wer würde bei diesem Anblick daran zweifeln, dass das Tier Schmerzen hat. Erst als ihr ein Schmerzmittel verabreicht wird, kommt die Stute zur Ruhe.

Die philosophische Frage: «Können Tiere im gleichen Aus-

mass wie der Mensch Schmerzen empfinden und an ihnen leiden?», wird seit Jahrhunderten diskutiert und ist in einer Zeit, in der Tiere zunehmend die Funktion als Sozialpartner einnehmen, aktueller denn je. Ein Tier kann sich nicht verbal äussern, und so ist ein emotionaler Zustand wie Schmerz nicht direkt zugänglich. Es können nur Folgerungen aus indirekten Messungen oder Beobachtungen, wie hormonellen oder metabolischen Veränderungen oder dem Verhalten, abgeleitet werden. Hier zeigt sich, dass die Abgrenzung des Begriffes Schmerz von Stress, Distress, und Leiden oder Mangel von Wohlbefinden schwierig ist und nur auf der sensorischen Ebene klar möglich ist.

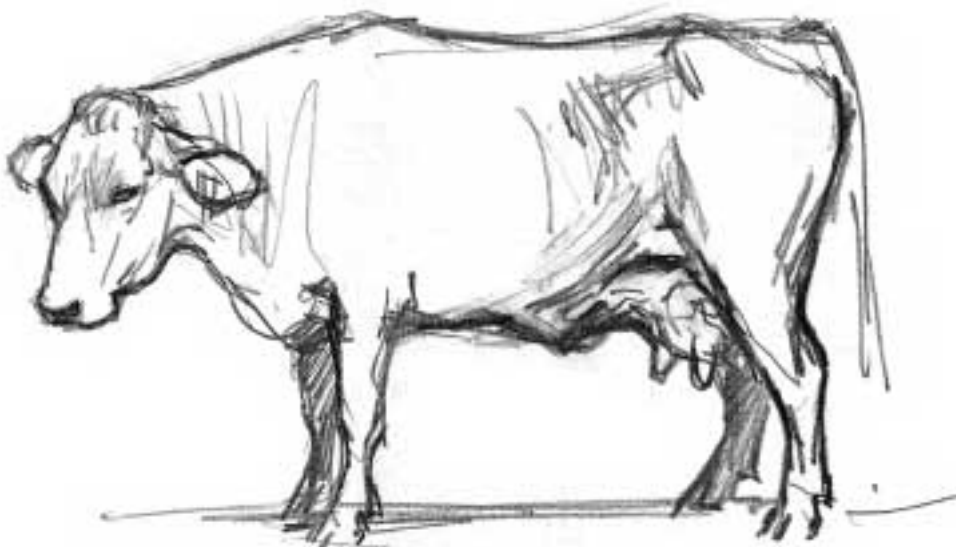
Die Internationale Gesellschaft zum Studium von Schmerz arbeitet mit der Definition: «Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Beschädigung beschrieben wird.» Eine Gewebeschädigung muss also nicht immer vorhanden sein. Hinzugefügt wurde der Definition der Passus: «Schmerz ist immer subjektiv.» Die individuelle

Erfahrung von Schmerzen ist nie direkt zugänglich und kann somit von einem Untersucher nie vollständig nachvollzogen werden. Die «unangenehme Empfindung» Schmerz kann somit nicht quantifiziert werden. Auch beim Menschen nicht, es sei denn im Selbstversuch. Beim Tier gestaltet sich die Beurteilung des Schmerzempfindens noch schwieriger.

Übereinstimmungen zwischen Mensch und Tier

Auf der sensorischen Ebene (Nozizeption) müssen Menschen und Säugetiere grundsätzlich als gleich betrachtet werden. Trotz einiger Unterschiede in der Neuroanatomie gibt es viele Übereinstimmungen bei den anatomischen Strukturen und chemischen Überträgerstoffen in Bezug auf die Schmerzbahnen zwischen Mensch und Tier. Diese Übereinstimmungen werden als Argumente in der Diskussion um die Validität von Tiermodellen in der Schmerzforschung für den Menschen verwendet. Würde die Gleichheit in der Nozizeption bezweifelt werden, wären viele physiologische Studien wertlos.

Es ist vor allem die psychologische Ebene des Schmerzes, die



dem Tier in der Cartesianischen Denkweise abgesprochen wurde und zum Teil noch abgesprochen wird. Das Fehlen der psychologischen Komponente des Schmerzes, würde das Tier auf einen reflexgesteuerten, unbewussten Automaten reduzieren. Jeder Mensch, der täglichen Umgang mit Tieren hat, wird dies verneinen – auch wenn Schmerz und Leid nicht zwingend definierbar sind.

Kleineres Schmerzempfinden?

«Kinder und vor allem Neugeborene sind wenig schmerzempfindlich.» Diese Aussage wurde oft damit begründet, dass die Schmerz Wahrnehmung vom Entwicklungsgrad der Hirnrinde und der Myelinisierung des Nervensystems abhängig ist. Auch Kindern wurde deshalb sehr lange eine effektive Schmerztherapie vorenthalten. Die These, dass Tiere nicht oder wenig schmerzempfindlich sind, stützt sich auf die gleichen Argumente.

Neuroanatomische Studien schreiben vor allem dem präfrontalen Cortex die Aufgabe zu, der Empfindung Schmerz die «unangenehme» Komponente zu geben. Menschliche Patienten, die aus verschiedensten Gründen einer Lobotomie des präfrontalen Cortex unterzogen wurden, konnten zwar Schmerz wahrnehmen, aber

waren dadurch nicht beunruhigt und empfanden den Schmerz nicht als unangenehm. Da bei den meisten Tierspezies der präfrontale Cortex wenig ausgeprägt ist, führte dies zu dem Schluss, dass Tiere Schmerzen nicht als unangenehm empfinden und folglich nicht leiden können. Es ist jedoch nicht gesichert, ob nicht auch in anderen Regionen des Cortex oder anderen Teilen des Gehirns eine Gewichtung des ankommenden Signals stattfinden kann. Dem Tier ein reduziertes Schmerzempfinden zuzusprechen, ist deshalb nicht zweifelsfrei möglich.

Schmerzverhalten als Indikator

Beim erwachsenen Menschen kann Information über Schmerzqualität und -quantität mehr oder weniger genau durch eine Befragung gewonnen werden. Daneben ist die Interpretation des Verhaltens eine wichtige Methode zur Erfassung von Schmerzzuständen. Das Tier entzieht sich wie das Kleinkind einer solchen Befragung und die Verhaltensbeurteilung tritt in den Vordergrund. Rückschlüsse von eigenen schmerzhaften Erfahrungen wie zum Beispiel einem Beinbruch auf den Haushund sind sicherlich legitim und hilfreich, aber dennoch kann das Schmerzverhalten des Menschen nicht als Grundlage für

die Schmerzbeurteilung beim Tier verwendet werden.

Das Fehlen des «typischen menschlichen» Schmerzverhaltens beim Tier trägt dazu bei, dem Tier das Schmerzempfinden an sich abzusprechen. Die Beurteilung von unprovokierten Verhaltensabläufen wie Futter- und Wasseraufnahme, Fellpflege oder Wach- und Schlafzyklus im Hinblick auf Veränderungen durch Schmerzen setzt eine gute Kenntnis des speziesspezifischen Verhaltens der jeweiligen Tierart voraus. Daneben muss das Verhalten im Zusammenhang mit der Stellung des Tieres innerhalb seines Sozialverbandes beurteilt werden. Ein Leittier kann es sich vielleicht nicht «leisten» Schwächen (Schmerzen) zu zeigen. Ein einzelnes oder isoliertes Tier zeigt ein anderes Verhalten als im Herdenverband. Der Hund mit Familienanschluss zeigt seinen Schmerz anders als der Wolf im Rudel. Neben diesen Unterschieden im Schmerzverhalten innerhalb einer Spezies bestehen grosse Unterschiede zwischen den verschiedenen Tierarten.

Eine Katze mit multiplen Kiefer- und Beckenfrakturen nach einem Sturz aus dem fünften Stockwerk sieht mit den Kriterien des menschlichen Schmerzverhaltens betrachtet erstaunlich normal aus. Kein Jammern, Schreien und



kein Stöhnen. Sie sitzt nur da, verhält sich ruhig – wenn sie kann, versteckt sie sich. Die stoische Kuh und das Schaf, die auch bei einem Beinbruch nur an das Fressen denken und scheinbar gar keinen Schmerz zeigen – sie alle sind lautlos und wenig spektakulär in ihrem Verhalten und werden daher oft in der Schmerztherapie wenig beachtet. Das extrovertierte, tobende Pferd mit einer Kolik zieht dagegen viel mehr Aufmerksamkeit auf sich. Dennoch können wir nicht sagen, wer von diesen Tieren seinen Schmerz als unangenehmer erfährt.

Keine Typologie möglich

Eine Einteilung in mehr oder weniger schmerztolerante Arten ist daher kaum möglich. Versuche, Veränderungen im Spektrum des Elektroencephalogrammes mit Veränderungen im Verhalten nach schmerzhaften Stimuli bei verschiedenen Tierarten zu korrelieren und damit zu objektivieren, sind wenig konstant und erlauben keine klare Aussage über die Stärke der Empfindung.

Im Zweifel ist die Beurteilung einer Verhaltensänderung nach der Gabe von wirksamen Schmerzmitteln ein pragmatischer Ansatz. Dabei haben sich vor allem bei Labortieren völlig unerwartete Verhaltensweisen als Schmerzindikatoren gezeigt.

Masthühner, die aufgrund ihres schnellen Wachstums oft an arthrotischen Veränderungen in den Gelenken leiden, lernen die Selbstmedikation mit Schmerzmitteln über die Auswahl des zur Verfügung stehenden Futters. Veränderungen im Verhalten nach der Verabreichung von Schmerzmitteln müssen jedoch grundsätzlich kritisch beurteilt werden und setzen die genaue Kenntnis speziesspezifischer Wirkungen der verschiedenen Schmerzmittel voraus. Eine Verhaltensänderung kann auch durch eine zentral depressive oder sedative Wirkung eines Medikamentes hervorgerufen werden. Zum Beispiel können Opiate beim gesunden Hund zu Vokalisation (Heulen) und beim gesunden Pferd zu starken Exzitationen führen.

Fortschritte in der Klinik

In der klinischen Tiermedizin hat die Frage der Schmerzbeurteilung und Schmerzbekämpfung innerhalb des letzten Jahrzehntes einen grösseren Stellenwert eingenommen und Fortschritte gemacht. Schmerzbeurteilungssysteme basierend auf der Verhaltensbeobachtung vor allem aus der Pädiatrie wurden für die Anwendung in der Tiermedizin adaptiert und evaluiert. In Kombination mit der Messung von kardiovaskulären

(Herzfrequenz, Blutdruck) und hormonellen Veränderungen («Stresshormone») konnte somit eine Grundlage für die Einstufung des Grades der Beeinträchtigung des Wohlbefindens geschaffen werden, auch wenn der Schmerz nicht direkt gemessen werden kann. Vor allem im Zusammenhang mit der Verwendung von Tieren in Tierversuchen ist eine Einstufung der zu erwartenden Beeinträchtigung des Wohlbefindens des Tieres unablässig.

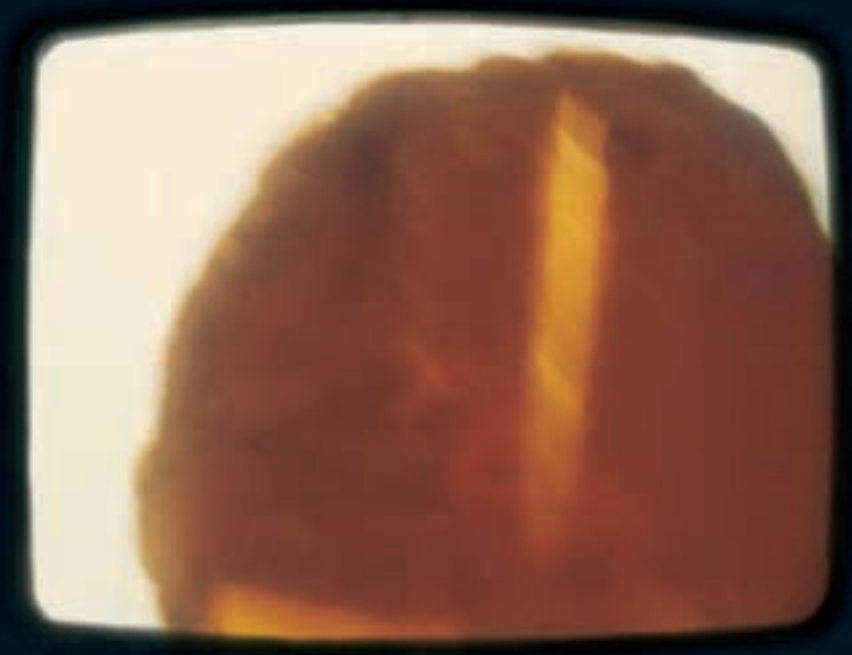
Aus ethischen Gründen ist es notwendig, eine Schmerzbeurteilung vor, während und nach dem Versuch fachgerecht, konsequent und kritisch durchzuführen und aus Respekt vor der Kreatur mit adäquaten Massnahmen zu reagieren. Wir wissen um Schmerz bei Tieren, ohne notwendigerweise zu wissen wie Schmerz von Tieren erfahren wird. Dieses Wissen verpflichtet uns, unser Handeln darauf einzustellen.

LITERATUR

- Flecknell, P./Waterman-Pearson, A. (Hrsg.): Pain Management in Animals, London 2000







Zuckende Leiber, rollende Wogen

In seinen späten Notizen geht Nietzsche dem Schmerz auf den Grund und skizziert dabei unwillentlich die Philosophie des sadeschen Libertins, der Schmerz in Lust verwandelt. Der «göttliche Marquis» kann als Begründer einer Poetik des Schocks und der Revolte betrachtet werden, die sich bis zu den Surrealisten des 20. Jahrhunderts fortpflanzt.

VON MICHAEL PFISTER UND
STEFAN ZWEIFEL

«Nietzsche (dieser Sodomasochist an sich selber)»

Lou Andreas-Salomé

Einsam in Zugabteilen von einem mondänen Kur- und Spielort zum anderen reisend, ofenlos in kalten Dachstuben hausend und als letzte Gesprächspartner die Kühe von Surlej, hätte der verarmte Professor Nietzsche allen Grund gehabt, sich jener Masse von grünlich und grämlich dreinblickenden Ressentiment-Menschen anzuschliessen, die den Bessergestellten noch jedes Glück missgönnen: «Von einem fernen Gestirn aus gelesen, würde vielleicht die Majuskel-Schrift unsres Erden-Daseins zu dem Schluss verführen, die Erde sei der eigentlich asketische Stern, ein Winkel missvergnügter, hochmüthiger und widriger Geschöpfe, die einen tiefen Verdruss an sich, an der Erde, an allem Leben gar nicht loswürden und sich selber so viel Wehe thäten als mög-

lich, aus Vergnügen am Wehe-thun: – wahrscheinlich ihrem einzigen Vergnügen.»

So weit war es also gekommen. Alle Lust will Grausamkeit – doch da der Ressentiment-Mensch es nicht wagt, seine Lust am «Leidenmachen» aktiv auszuüben, findet und erfindet er Schlupfwinkel und Schleichwege, um den verpönten heidnischen Trieben dadurch zu frönen, dass er sie nach innen wendet und der qualvollen Dressur durch das asketische Ideal unterwirft. Gegen diese Verkümmern und Selbstverkrüppelung träumte Nietzsche unverzagt von antiken Festzügen und tanzenden Füßen, tanzenden Schreibfedern auch, sowie vom ekstatischen Selbstverlust im Schoss der Urmütter des Seins: Wille und Wahn und Wehe.

Hedonismus und Ressentiment

Doch auch die scheinbare Befreiung vom asketischen Ideal im Zuge des demokratischen Massenedonismus des «letzten Menschen» kann Nietzsches Ansprüchen nicht genügen, denn so wie die moralische Selbstkasteiung nur ein Abklatsch des orgiastischen Urschmerzes ist, erschöpft sich die Vergnügungssucht des modernen Spassspiesers in einem «Lüstchen für den Tag» und einem «Lüstchen für die Nacht». Am Wochenende wirft man eine Glücksspiellein («ein wenig Gift ab und zu, das macht angenehme Träume»), und zuletzt verhilft einem das dosierte Glück «zu einem angenehmen Sterben» ... «Wir haben das Glück erfunden – sagen die letzten Menschen und blinzeln.»

Der letzte Mensch ist indes nur eine raffinierte Maske des Ressentiment-Menschen. Wo dieser sich vom wilden Leben abwendet und scheinheiligen Himmel schielet, versteckt der andere das Unvermögen, sich der ganzen Tiefe und Reichweite der dionysi-

schen Erfahrung hinzugeben, hinter einem von Fun und Sun geblendeten Blinzeln. Die einen finden ihre «Individualität» in der Unsterblichkeit der Seele, die anderen richten es sich in den vier Wänden ihrer individuell designierten Konsum-Monaden behaglich ein und versinken gerade hiedurch im Einheitsbrei der Massenkultur. So oder so: die Fähigkeit zum Exzess verkümmert, und das mickrige Glück der normierten Freizeitlust ist nichts als das Make-up auf den Gesichtszügen der ewig-gleichen Biederkeit.

Der Kultivierung des schlechten Gewissens und der Orientierung an Werten wie «Armuth, Demuth und Mitleiden» war Nietzsche genauso spinne- wie dem guten Gewissen des freizügigen Konsumenten feind. Als freier Geist wollte er sich bewusst «krank, sich toll machen: die Symptome der Zerrüttung provociren», sich zugrunde richten und als Untergeher der Übergang zum Übermenschen sein, jenem «höheren Menschen», den er auch schon «Dandy» genannt hat. Doch je weiter er sich in die Journale der Brüder Goncourt und die Atmosphäre des Pariser Fin-de-siècle vorlas, um so grösser wurde seine Einsamkeit und die Gewissheit, dass ihm diese Freigeister noch nicht frei genug waren.

Mit einer Umkehrung der Moral war es nicht getan. Diese Haltung erschien Nietzsche als passive oder schwache Décadence, die sich ihre Werte noch vom alten Feind diktieren liess. Ihm schwebte mit dem höheren Menschen jedoch ein Individuum vor, das sich in jedem Moment in souveräner Weise selbst in Frage stellt und sich dadurch eigene Gesetze schafft. Sosehr ihm die weibisch-weichliche Décadence Wagners verhasst war, der schliesslich wieder zu Kreuze kroch, sosehr ahnte er in den intensiven Blitz-Au-

Die beiden Philosophen Dr. des. Michael Pfister und Dr. des. Stefan Zweifel arbeiten seit 1990 an der ersten vollständigen deutschen Übersetzung von de Sades «Justine und Juliette». Soeben ist der neunte Band beim Verlag Matthes & Seitz erschienen. Ansonsten sind sie als freie Journalisten tätig.

genblicken der Lust, dass es auch eine «prunk&prächtige» aktive Décadence geben muss, eine Art heroische Epoche der Zertrümmerung.

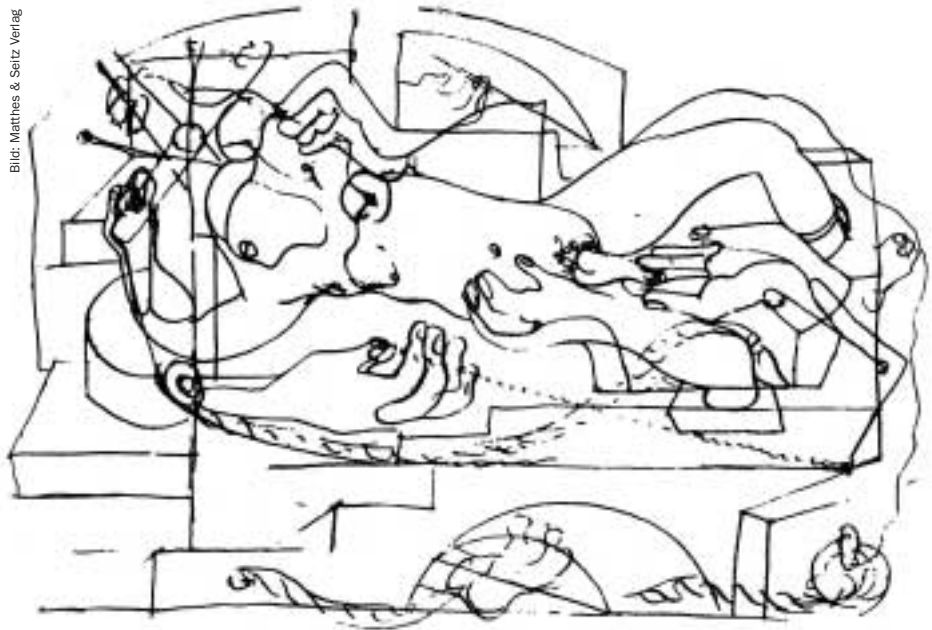
Heroische Dekadenz

Für Huysmans, für die Brüder Goncourt, für Flaubert und Baudelaire verkörperten Petron, den auch Nietzsche als mögliches Vorbild nennt, sowie der Marquis de Sade diese heroische Seite der Dekadenz: «Man muss immer auf Sade, das heisst auf den natürlichen Menschen zurückgreifen, um das Böse zu erklären.» Dies las Nietzsche 1888 beim «Dreiviertels-Narren» Baudelaire, ohne der Spur zum Marquis jedoch nachzugehen. Immerhin fand er dabei Baudelaires Quintessenz des sadomasochistischen Dialektik der Sexualität und übertrug sie in eines seiner letzten Notizbücher vor dem Turiner Zusammenbruch: «Dass die Liebe der Tortur gleicht oder einer chirurgischen Operation. Dass Einer von Beiden immer der Henker oder der Operateur ist.»

Damit war ausformuliert, was er sechs Jahre zuvor, im Sommer 1882, auf dem Monte Sacro am Orta-See ahnungsvoll mit Lou Andreas-Salomé erörtert und – zumindest in seiner Version – mit einem Kuss besiegelt hatte. Sie erinnerte sich später: «Insofern als grausame Menschen immer auch Masochisten sind, hängt das Ganze mit einer gewissen Bisexualität zusammen. Und es hat einen tiefen Sinn – . Als ich zum ersten Mal im Leben mit jemanden dies Thema besprach, war es Nietzsche (dieser Sadomasochist an sich selber). Und ich weiss, dass wir hinterher nicht wagten, uns anzusehn.»

Angeregt von der Lektüre Flauberts, Baudelaires und der Brüder Goncourt, geht Nietzsche in seinen spätesten Notizen dem Schmerz auf den Grund und skizziert dabei unwillentlich die Philosophie des sadeschen Libertins: «Der Schmerz ist etwas Anderes als die Lust», notiert Nietzsche, «ich will sagen, er ist nicht deren

Bild: Matthes & Seitz Verlag



André Masson:
Sadesche Szene (1925)

Gegenteil. Wenn das Wesen der Lust zutreffend bezeichnet worden ist als ein Plus-Gefühl der Macht, so ist damit das Wesen der Unlust noch nicht definiert. Die falschen Gegensätze, an die das Volk und folglich die Sprache glaubt, sind immer gefährliche Fussfesseln für den Gang der Wahrheit gewesen. Es giebt sogar Fälle, wo eine Art Lust bedingt ist durch eine gewisse rhythmische Abfolge kleiner Unlust-Reize: damit wird ein sehr schnelles Anwachsen des Machtgefühls, des Lustgefühls erreicht. Dies ist der Fall z.B. beim Kitzel, auch beim geschlechtlichen Kitzel im Akt des coitus: wir sehen dergestalt die Unlust als Ingredienz der Lust tätig. Es scheint, eine kleine Hemmung, die überwunden wird und der sofort wieder eine kleine Hemmung folgt, die wieder überwunden wird – dieses Spiel von Widerstand und Sieg regt jenes Gesamtgefühl von überschüssiger überflüssiger Macht am stärksten an, das das Wesen der Lust ausmacht.»

Sades surreale Poetik des Schmerzes

Dutzende von Bänden kritzelte der Marquis de Sade im Geheim-

kabinett seines provençalischen Stammschlösses Lacoste, auf wilden Liebesfahrten mit der Schwester seiner Frau durch Italien und in den düsteren Verliesen von Vincennes und der Bastille voll, bis er schliesslich – in den letzten drei Büchern seines zehnbändigen Hauptwerkes «Justine und Juliette» – aus dem starren, mechanizistischen Gegensatz Lust/Schmerz zu einer Art ästhetischem Sadomasochismus im Zeichen der Imagination fand. Wie Nietzsche galt auch ihm, bei genauerer Betrachtung, der Schmerz für «realer» als die Lust, doch zuletzt bricht er die starre Systematik dieses Gegensatzes auf, nicht um einen Willen zur Macht zu analysieren (der freilich auch schon sein Werk und die Konstellation Henker/Opfer durchherrscht), sondern um die surreale Kraft der Imagination zu erfahren.

Wie bei Hegels Dialektik von Herr und Knecht steht bei Sades Dialektik von Henker und Opfer die Frage der Anerkennung durch den anderen im Mittelpunkt. Ein Individuum kann sich seines Wertes nur durch die Reaktion des anderen versichern, wobei im Falle des Schmerzes die Reaktion des

Dutzende Bände kritzelte der Marquis de Sade unter anderem in den Verliesen von Vincennes und der Bastille voll, bis er schliesslich in den letzten drei Büchern von «Justine und Juliette» zu einer Art ästhetischem Sadomasochismus im Zeichen der Imagination fand.



Bild: Keystone

Gegenübers und damit die Anerkennung überwältigender und damit verlässlicher ausfällt als bei der Lust.

Während sich bei der Lust die vom Gegenüber «ausgestrahlten Atome mit denjenigen unseres Nervenfluidums verkoppeln lassen», kommt es beim Schmerz zu einem eindringlicheren Schock, da sie «mit Ecken und Spitzen aufeinanderprallen, ohne sich ineinander verzahnen zu wollen». Auch wenn in dieser etwas eigenwilligen Weiterführung von Demokrits Atom-Modell der Schmerz durch Abstossung entsteht, hindert dies nicht, dass seine Wirkungen «heftiger und aufwühlender als alle anderen» ausfallen. Der Schmerz ist nicht wie bei Wittgenstein eine private Empfindung («nur ich kann wissen, ob ich wirklich Schmerzen habe; der Andere kann es nur vermuten»), sondern der verläss-

lichste Draht zwischen den Nervenbahnen des Henkers und des Opfers.

Moderner «Isolismus»

Im Hintergrund steht eine typische Erfahrung der Moderne, zu deren Chronisten Baudelaire geworden ist: die existenzielle Einsamkeit des Menschen und die Unmöglichkeit der Kommunikation. Die Notwendigkeit, «sein Ich in fremdem Fleisch zu vergessen, die der Mensch vornehm Liebesbedürfnis nennt», barg für Baudelaire aufgrund des «unüberwindbaren Abgrunds, welcher zu Kommunikationslosigkeit führt», stets nur Enttäuschung. Sade nennt die Vereinzelung des Individuums mit einem von ihm erfundenen Wort «Isolismus».

Romantischen Liebesvorstellungen misstrauen die sadeschen

Helden zutiefst, sie gelten ihnen als trügerische «Metaphyselei». Liebe ist nur die Maske der körperlichen Lust, und selbst auf die ist kein Verlass. Oft genug, so weiss der Mönch Clément, täuscht der jeweilige Verlustierungspartner jene Sinnesempfindungen nur vor, auf die man selber angewiesen ist. «Es gibt aber keine aufwühlendere... keine einschneidendere Empfindung als den Schmerz; seine Anzeichen sind unzweideutig; sie täuschen uns niemals; dies im Gegensatz zu denjenigen der Lust, welche von den Frauen unablässig vorgegaukelt und nur höchst selten wirklich empfunden wird.»

So wird der Schmerz für Sade zum Zeichen der Wahrheit. Damit entspricht er der Figur des Nihilisten bei Nietzsche, der «die Sensationen» für «die letzte Realität» hält und «sich zur Ausschweifung» überredet: «Es ist der letzte Hunger nach Wahrheit, der die Ausschweifung anrät – Es könnte nicht die Liebe sein: es müssen alle die Schleier und Verschönerungen d.h. Fälschungen abgewischt (werden); deshalb muss es die Ausschweifung, der Schmerz und die Combination von Ausschweifung und Schmerz sein.»

Von der Apathie zur Literatur

Ob durch Lust oder durch Schmerzensschreie, welche erst den Kontakt zwischen Libertin und Opfer herstellen – der Henker als reiner Sadist bleibt von der Anerkennung durch sein Opfer abhängig, solange er nicht die «sensibilité», die Feinfühligkeit überwindet, welche «unter allen Gesichtswinkeln etwas rein Mechanisches» ist und den Menschen von den Reizen der Aussenwelt abhängig macht. Um sich von der S/M-Dialektik wirklich zu befreien, muss sich der sadesche Held von der Lust oder dem Schmerz seiner Opfer emanzipieren, den materialistischen Mechanismus durch die Wundermechanik der Imagination ersetzen.

Als Mittel der Loslösung von der «Feinfühligkeit» dient zunächst die «segensreiche Fühllosigkeit», die Apathie. Die Apathie aller Gefühle wird zur Wiege der Lust.

Die Aufforderung, Verbrechen apathisch zu begehen, rückt Sade in die Nähe der kantischen Ethik, derzufolge ebenfalls nicht aus «Neigung», sondern aus «Pflicht» gehandelt werden soll. Indem sie das Verbrechen, gereinigt von allen anderen Triebfeuern, allein aufgrund der Treue zu den zerstörerischen Gesetzen einer stiefmütterlichen Natur begehen und im Rahmen der Apathie dem Imperativ des Bösen gehorchen, überheben sich die sadeschen Libertins über die Zufälligkeiten der physischen Welt und machen sich zu souveränen Herren über Lust und Schmerz.

Dem apathisch gewordenen Libertin eröffnet sich nun ein neues Reich: das Reich der Phantasie und der Literatur. Anstatt die asketischen Ideale länger zu denunzieren, macht sie sich der Schriftsteller zu eigen. Zwei Wochen lang darf sich Juliette keinerlei Ausschweifungen hingeben, muss sich in vollständiger Enthaltensamkeit üben, um dann, nächstens, im Rahmen einer Art «écriture automatique du désir» ihren erotischen Gewaltsphantasien freien Lauf zu lassen und sie mit einem Griffel auf eine neben dem Bett bereitliegende Wachstafel zu ritzen. Der Orgasmus, den sie bei dieser «Bussübung» erlebt, verüberflüssigt letztlich das reale Ausleben des Lust- und Triebverbrechens; das Schreiben, so heisst es bei Sade, ist «das grösste und am längsten währende Verbrechen».

Eine moderne Ästhetik des Hässlichen

In einer Umkehrung des passiven Sadismus des christlichen Ressentiments entwickelt Sade eine Art aktiven Sadismus, einen poetisch-dionysischen Sadismus, und so lässt Vespoli, der Direktor einer Irrenanstalt unweit von Neapel, Jesus in Gestalt eines Insassen, der

sich für den Sohn Gottes hält, an jenes Kreuz schlagen, nach dem er sich insgeheim schon immer gesehnt hat... Auch das schleichen- de Gift des Mitleids wird neu destilliert und in vielfarbige Phiolen gegossen: Nachdem Clairwil und Juliette einen mit drei Hoden gesegneten Karmeliter entmannt haben, reisen sie mit seinem ausgestopften Glied zur Hexerin Durand, die ihre Opfer vom Luftgeist Alzamor vögeln lässt und den Giftmord als schöne Kunst betreibt: Sie berauscht sich am Klang ihrer Schlangengifte «Cucurucu, Kokob, Aimorrhöus und Polpoch», streut die Körner über den Gottesacker, der von unsichtbarer Hand umgepflügt wird, sich auftut und den Grabesgrüften blütenweisse Mädchen und Knaben entsteigen lässt, die «hinter einem wilden Feigenbaum aus Cayenne» hervortreten und gar anmutig zucken und verröcheln, während sich die drei Schlitzbübinnen auf blanken Totenschädeln zum Orgasmus schaukeln.

Bei solchen Szenen wird der Schmerz Bestandteil einer neuartigen Ästhetik des Hässlichen, wie sie von den Sade-Adepten Flaubert und Baudelaire entworfen und von Octave Mirbeau in seinem «Garten der Qualen» und von Huysmans in «A Rebours» zum schwülstigen Genre fixiert wurde – eine Poetik des Schocks und der Revolte, die sich über die Dadaisten bis zu den Surrealisten fortpflanzte. Sie haben Sade zum «göttlichen Marquis» erhoben, und André Breton sorgte für die späte Vereinigung von Nietzsche und Sade in der «Anthologie des schwarzen Humors», in die er neben Nietzsches Wahnsinnszetteln an Burckhardt Sades Episode rund um den Riesen und Menschenfresser Minski aus der «Juliette» aufnahm, der in einem versteckten Schloss in den Apenninen lebt und sich mit erotischen Lebendmöbeln im Stil von Pop-Artist Allen Jones umgibt:

«Minski gibt ein Zeichen, und der Tisch zuckelt los; stand er zu-

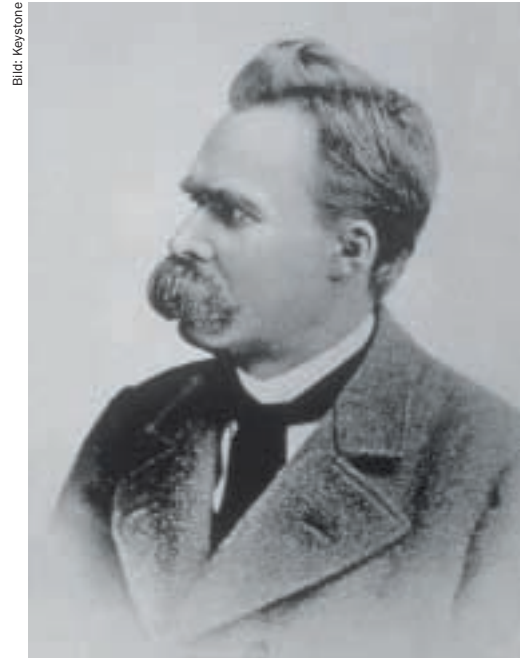


Bild: Keystone

Auf seiner Suche nach dem «höheren Menschen» orientierte sich Nietzsche an einer heroischen Form der Décadence, die unwillentlich der Spur de Sades folgte.

vor noch in der Ecke des Raumes, so stellt er sich jetzt in der Mitte auf; in gleicher Weise scharen sich fünf Armsessel um ihn herum; von der Decken gleiten zwei Lüster herab und schweben mitten über dem Tisch.

– Ein schlichter Mechanismus, meint der Riese und lässt uns die Machart dieser Möbel aus der Nähe in Augenschein nehmen. Wie ihr seht, werden dieser Tisch, diese Lüster, diese Sessel einzig und allein aus kunstsinnig ineinander verflochtenen Mädchen- gruppen gebildet; meine Platten werden brühheiss auf die Lenden dieser Geschöpfe gestellt; meine Wachslichter stecken in ihren Scheiden...

Zwölf nackte Mädchen zwischen zwanzig und fünfundzwanzig Jahren servierten die Platten auf den lebenden Tischen; und da das Silbergeschirr glühend heiss war und die Arschbacken und Brüste jener Geschöpfe, welche diese Tische bildeten, versengte, entstand eine recht vergnügliche, zuckende Bewegung, die dem Rollen der Meereswogen gleich.»

Beglückender Schmerz, seliges Leiden

Es scheint zum Menschen zu gehören, dass er Schmerzen und Leiden nicht nur ausweicht, sondern auch auszuloten versucht. In religiösen Praktiken kann diese Ambivalenz erfahren werden. Der gesunde Menschenverstand von heute hat dafür aber nur noch wenig Verständnis.

VON FRITZ STOLZ

Der gesunde Menschenverstand besagt, dass der Mensch als vernünftiges Wesen alles dazu tut, Schmerzen zu vermeiden oder jedenfalls zu lindern. Seit es Menschen gibt, gibt es deshalb die Heilkunst, welche Heilkräuter sucht und Heilpraktiken anwendet. Für den aufgeklärten Beobachter gehen Erfahrungswissen und Magie unmerklich ineinander über – nicht nur in exotischen Zonen. Aber auch der Bereich des Religiösen im eigentlichen Sinne ist mit dem Leiden befasst. Wer schwer krank ist, wendet sich an Götter und heilende Heilige, Jesus heisst nicht umsonst Heiland.

Votivgaben in den Heiligtümern aller Zeiten künden vom Erfolg der religiösen Vorkehrungen, und viele Religionen, nicht nur das Christentum, wissen von einem künftigen Leben, in dem Gott alle Tränen abwischen wird. Wo die natürlichen Mittel gegen Leiden und Schmerz nicht mehr helfen, wendet man, so scheint es, übernatürliche an, und was hier und jetzt nicht geheilt werden kann, soll wenigstens in einer jenseitigen Welt in Ordnung gebracht werden.

Dr. Fritz Stolz ist ordentlicher Professor für allgemeine Religionsgeschichte und Religionswissenschaft.

Allein, so einfach ist die Sache nicht, wie schon ein Blick auf traditionelle Pilger zeigt, die sich ihren Weg nicht einfach, sondern möglichst beschwerlich machen, streckenweise auf den Knien rutschen und sich weitere Unannehmlichkeiten aufladen. Der Pilgerweg wird zum Schmerzensweg, der Heiland geht den Weg der Passion, in der Ferne begleitet von seiner Mutter, der Mater dolorosa. Religionen beseitigen nicht nur Schmerzen, sondern sie produzieren sie gleichzeitig. Ein kurzer Überblick mag dies belegen.

Schmerzhaftes Initiation

In vielen Gegenden Westafrikas (und anderswo) werden (oder vielmehr wurden) die Jungen zur Einweihung in die Geheimnisse des Erwachsenenlebens in ein Initiationscamp im Busch, ausserhalb von Dorf und Zivilisation, geführt. Dort werden sie beschnitten – es wird ihnen also Schmerz zugefügt. Die Operation ist nicht ungefährlich, es gibt immer wieder Todesfälle. Aber das ist nicht der einzige Schmerz: Die Kinder müssen lernen, sie müssen Regeln einhalten, die offensichtlich nur den Sinn haben, zu disziplinieren; und jede Übertretung wird mit schmerzhaften Strafen geahndet.

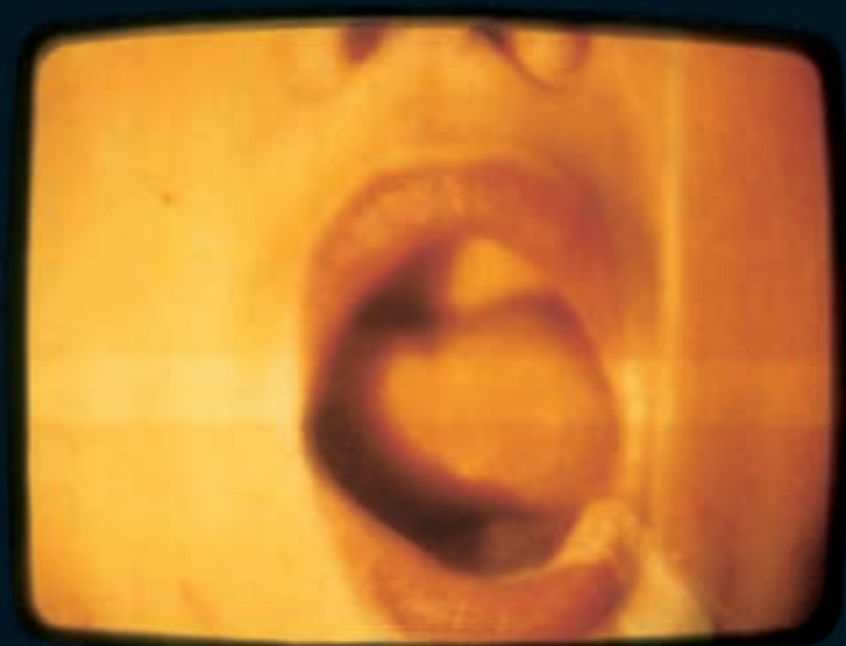
Zur Initiationserfahrung gehört offenbar, dass gewisse normale Massstäbe umgekehrt sind. Man verzichtet beispielsweise auf die Annehmlichkeiten der Zivilisation – schon das schmerzt. Manche Regeln, die sonst gelten, gelten jetzt gerade nicht, umgekehrt sind jetzt viele besondere Restriktionen zu beachten. Schmerz wird nicht gemieden, sondern geradezu systematisch zugefügt. Der Leidensweg führt nicht nur den einen oder anderen

in reale Todesgefahr durch drohende Infektionen, sondern er führt planmässig bis an die Grenze des Todes. Dies hat einen soziologischen Aspekt: Das Kind «stirbt» für eine bestimmte Altersklasse und wird in einem anderen Bereich der Gesellschaft neu geboren. Aber das Erlebnis des Sterbens wird eben konkret erfahrbar gemacht – als äusserste Leidenserfahrung.

Freiwillige Askese

Auch das Leben indischer Asketen ist durch ähnliche Erfahrungen geprägt; während der Teilnehmer des Initiationslagers seinen Leidensweg häufig unter einem gewissen Zwang geht, ist beim Asketen die Freiwilligkeit offensichtlich. Auch hier zeigt sich eine vergleichbare Umkehrung der Massstäbe: An die Stelle der Werte normaler menschlicher Zivilisation tritt in mancherlei Hinsicht deren Gegenteil. Nicht Überfluss an Nahrung, sondern Mangel wird gesucht, nicht Bequemlichkeit, sondern Kasteiung, geradezu Schmerz.

Nicht nur Menschen kasteien sich, sondern auch Indiens Götter fasten, legen sich Beschränkungen aller Art auf, meditieren – und es zahlt sich aus: Indra, der Kämpfergott der Frühzeit, konnte nur so seine Energie sammeln, um den feindlichen Dämon zu erschlagen. Später wendet man die Energie gegen innen, man führt den Kampf gegen sich selbst, man besiegt und befreit sich selbst. Das göttliche Urbild des Asketen ist Shiva, der das Leben vernichtet, aber der es gleichzeitig in neues Leben verwandelt, der auch sich selbst verwandeln kann in die furchtbare Göttin Kali – auch sie eine Lebensvernichterin und gleichzeitig Schöpferin, eine Verkörperung der Auflösung und der Vereini-



Ambivalente
Gottheit:
Die indische Göttin
Kali ist Lebens-
vernichterin und
Schöpferin, eine
Verkörperung der
Auflösung und
der Vereinigung
zugleich.



gung. Askese, das bewusste und freiwillig gewählte Leiden, ist also kreativ, die Vernichtung schlägt um in neue Schöpfung; aber die Frage nach einem allfälligen Sinn des Leidens wollen wir noch zurückstellen.

Islamische Passionsspiele

Erneuter Szenenwechsel. Am 10. Muharram begehen die muslimischen Schiiten den Todestag Husseins, eines Enkels Muhammads, der in den Anfängen dieser Bewegung eine wichtige Rolle gespielt hatte und in einer Schlacht beim Versuch, sich als Kalif durchzusetzen, gefallen war. Dieser Tod wird als Märtyrertod aufgefasst, und man gedenkt des Vorgangs in einer zehntägigen Feier. «Passionsspiele» werden aufgeführt, in welchen man sich den Tod des Vorgängers und Vorbildes vergegenwärtigt. Umzüge finden statt; die Gläubigen schwingen Peit-

schen und verletzen sich selbst, bis das Blut fliesst.

Dies bringt die Festteilnehmer in eigenartige Erregung, sie identifizieren sich mit dem Ursprungsgeschehen, erleiden mit, was ihr Meister erlitten hatte. Westliche Beobachter sehen es mit Schauern, obwohl auch unsere Vorfahren vor einigen hundert Jahren als Geissler durch die Strassen zogen (um dann vielleicht später auf dem Kreuzzug die gewonnene religiöse Energie abzureagieren). Im frommen Kirchenlied können wir uns vielleicht noch von ferne in die «Passionsmystik» einstimmen, welche sich am Leiden und Mitleiden orientiert, in der Nachfolge dessen, der auch gezeißelt wurde und einen schrecklichen Tod starb, als Opfer, aus dem neues Leben wurde. Die Opfertheologie, welche das Leiden in dieser Weise zu würdigen vermag, ist allerdings nicht

mehr gefragt, die Kirchgänger wollen das «Haupt voll Blut und Wunden» nicht mehr besingen. Wir kommen auf die Fremdheit einer positiven Einschätzung des Leidens zurück.

Schmerz und Leiden suchen

Gehören alle diese Dinge überhaupt zusammen? Gehen die Ähnlichkeiten über Oberflächliches hinaus? Vielleicht doch: Regelmässig wird in zentralen religiösen Vorgängen die Normalität, in der man dem Schmerz und dem Leiden ausweicht, umgekehrt. An die Stelle der Normalität tritt die Anomalie; und das heisst dann eben, dass man Schmerz und Leiden sucht oder herbeiführt. Der Tod wird normalerweise gemieden; aber in der Initiation wird die Todeserfahrung hergestellt und durchlebt, allerdings in einem überblickbaren Rahmen: Die Initianten sterben ja nicht «richtig», sondern sie überleben, Leiden und Schmerz sind sicher kaum auszuhalten, aber man steht sie eben doch durch, gemeinschaftlich.

Man könnte sagen: In der Initiation werden Leiden, Schmerz und Tod der sozialen und kulturellen Kontrolle erschlossen, so weit das möglich ist. In der Initiation wird der Mensch also unter kontrollierten Bedingungen an den Rand des Lebens (und noch etwas darüber hinaus) geführt – um dann allerdings wieder in die Normalität zurückzukehren, nicht unähnlich den schiitischen und christlichen Geisslern, welche das Leiden und Sterben des Glaubensvorbildes oder gar des Gottessohnes nachvollziehen, allerdings nur gerade für einige Zeit. Die Asketen und Mönche dagegen siedeln sich dauernd an jenem Rand an, sie bleiben in der Marginalität und bilden eine menschliche Gegenwelt ab, in der man dem Schmerz und dem Leiden nicht ausweicht, sondern es durchleidet – vielleicht sogar auskostet?

Wir stossen hier auf eine eigenartige Ambivalenz: Es scheint

zum Menschen zu gehören, dass er nicht nur dem Schmerz und dem Leiden ausweichen will, sondern dass er diese Erfahrungen in einer gewissen Weise auch ausloten und damit umgehen will. Wenn Religionen vom «Leben» oder vom «Heil» sprechen, dann ist das Leiden in der Regel nicht ausgeklammert, sondern in irgendeiner Weise integriert; die religiösen Praktiken leiten an, Wege des Leidens zu gehen, temporär oder sogar auf Lebenszeit, und sie stellen die Erfahrung in Aussicht, dass das Leiden sich als heilvoll erweisen würde.

Gewinn und Lust maximieren

Der neuzeitliche gesunde Menschenverstand hat damit Mühe. Die hedonistische und die ökonomische Vernunft haben sich zusammengeschlossen, sie rechnen mit einem durchsichtigen Menschenbild, dem es auf die Maximierung von Gewinn und Lust bei gleichzeitiger Minimierung von Unkosten und Schmerzen ankommt. Die initiatorischen Leidenserfahrungen sind mehr oder weniger getilgt, in der Schule wird nicht mehr geprügelt oder anderweitig gequält, und in den Rekrutenschulen sind die systematischen, sinnlosen Drangsalierungen verschwunden (wir hoffen es jedenfalls).

Die Zeit, da man dem Leiden etwas abgewinnen konnte, scheint vorbei. Aber dann sieht der Fernsehzuschauer Bilder von Tennisspielerinnen, Grossaufnahmen von schmerzverzerrten, hässlichen Gesichtern. Gesichter, von denen man weiss, dass sie normalerweise hübschen jungen Mädchen gehören. Und dem regelmässigen Besucher des Konditionstrainings kommt jener seltsame Oberturner in den Sinn, der anfeuert, eine gewisse Übung bis über die Schmerzgrenze hinaus durchzuziehen (wobei er ins Mikrofon jauchzt, dass einem die Ohren gellen) – offenbar vermittelt der Sport, eine der Nachfolgeinstitutionen von Religion, heute die gleichzeitige Erfahrung von

Schmerz und Lust, ohne dass der gesunde Menschenverstand daran Anstoss nähme. Natürlich gibt es rationale Gründe dafür, die Entbehrungen und Schmerzen des Sports auf sich zu nehmen, er macht gesund, stark und selbstbewusst – wenn er nicht gerade die Gelenke ruiniert, das Gehirn erschüttert, das Herz überstrapaziert. Die Ambivalenz bleibt also.

Ambivalenzen leben

Der Umgang mit den Ambivalenzen des Lebens war immer das zentrale Thema der Religionen; und dies zeigt sich nun eben auch am Erfahrungsbereich von Schmerz und Leiden. Religionen lindern den Schmerz, heilen das Leiden, schon hier, aber erst recht dann, wenn der ewige Tag anbricht. Aber sie führen auch ins Leiden hinein, sie behaupten sogar, dass aus Leiden und Tod das Leben geboren wird; allerdings geht es eben nicht um ein passives Erdulden des Leidens, vielmehr werden kulturelle Umgangsformen zum Begehen des Leidensweges entwickelt.

Der gesunde Menschenverstand von heute hat sowohl für die Kultur religiösen Heilens als auch religiösen Leidens nur noch wenig Verständnis. Gesundbeten gilt als abergläubisch, Mädchenbeschneidungen sind ein Inbegriff der Unterdrückung von Frauen, die christlichen Andachtsformen der Leidensvergegenwärtigung entsprechen nicht mehr dem Lebensgefühl der Gegenwart. Das Heilen und die Beseitigung der körperlichen Schmerzen ist der Medizin überlassen, gegen andere Formen des Leidens werden Sozialtechnologien entwickelt.

Nun wird man die Leistungsfähigkeit dieses gesunden Menschenverstandes und seiner wissenschaftlich-technologischen Konkretisierungen nicht gering achten wollen. Aber es scheint fast, als ob die Breite menschlichen Erfahrungsbedarfs von diesem gesunden Menschenverstand nicht vollständig erfasst würden; der Sport stellt nur ein Beispiel für



Schiitischer Selbstpeiniger:
In jährlich wiederkehrenden
«Passionsspielen» vergegenwärtigen die Schiiten den Tod
Husseins am eigenen Leib.

die Erfahrungsfelder dar, wo es nicht nur darum geht, dem Schmerz und dem Leiden auszuweichen, sondern wo diese Bereiche so etwas wie Faszination erregen.

Diese Erfahrung haben die Religionen vielfach aufgenommen; sie haben sie anderen Ambivalenzen zugeordnet und mit paradoxiefähigen Symbolen versehen. Dann kann es eben dazu kommen, dass Schmerz, Leiden und Lebensvernichtung plötzlich als ihr Gegenteil erscheinen: als Freude, Genuss und Schöpfung von Leben. In unseren Breitengraden hat sich, wie gesagt, die ökonomisch-hedonistische Vernunft solcher Frömmigkeit gegenüber weitgehend durchgesetzt. Für die Religion bleibt dann bestenfalls die ästhetische Rezeption einstiger religiöser Leidenserfahrung. Dann hört man sich eben die Matthäuspassion in Stereo-Wiedergabe im angenehm temperierten Wohnzimmer an und trinkt dazu ein Glas Bordeaux.

«Wer steckt dahinter?» – Hexerei in Afrika

Wenn man den Umgang mit Schmerz und Leiden in andern Kulturen untersucht, stösst man vor allem in Afrika bald einmal auf das Konzept der Hexerei. Während bei uns die medizinische Ursache oder der philosophische und psychologische Grund im Mittelpunkt der Auseinandersetzung stehen, fragt man in Gegenden, wo die Idee der Hexerei verbreitet ist, eher nach dem Bösen.

VON DAVID SIGNER

Vor kurzem bin ich von einer dreijährigen Feldforschung in Westafrika zum Thema «Hexerei» zurückgekehrt. «Hexerei?!», fragt sich wohl der eine oder andere und greift sich an den Kopf. «Hängen die Ethnologen trotz Kriegen, Krankheiten, Hungersnöten, Elend, politischen, wirtschaftlichen und sozialen Katastrophen in Afrika immer noch ihren Orchideenthemen nach, anstatt sich endlich den wesentlichen Problemen zu stellen?»

Nun, der springende Punkt ist, dass all dieses Leiden in weiten Teilen Afrikas eben gerade im Idiom der Hexerei wahrgenommen und verarbeitet wird. Und der angeblich so handfeste Zugang, der diese Probleme frontal angehen will, wird allzu oft von diesen unfassbaren Perspektiven vereitelt, die für die Betroffenen gar nichts Exotisches haben, sondern so normal und alltäglich sind wie für uns etwa die Idee, dass jeder seines eigenen Glückes Schmied sei.

Dr. David Signer ist Ethnologe und Publizist. Er hat kürzlich an der Universität Zürich seine Habilitationsschrift unter dem Titel «In Afrika ist Erfolg gefährlich. Das Verteilgebot und die Verhexungsangst» eingereicht.

Wenn Menschen – um ein konkretes Beispiel zu geben – annehmen, dass AIDS mit Vorliebe von eifersüchtigen Frauen übertragen werde, um sich an einem Mann zu rächen, dann muss die Präservativpropagierung als eine vielleicht hilfreiche, aber oberflächliche und auch etwas naive Massnahme betrachtet werden, weil man sich, wie jeder weiss, gegen eine Hexe, vor allem nachts, und vor allem, wenn man noch mit ihr im Bett liegt, mit Gummi allein sicher nicht schützen kann.

Entlastende Hilfskonstruktionen

Bei uns wird Schmerz und Leiden medizinisch in einer Art angegangen, die Fragen nach dem tieferen Grund gegenstandslos macht: Man hat sich halt angesteckt oder infiziert; die Medizin beschäftigt sich lediglich mit der genauen Identifizierung des Krankheitserregers und der Heilung der Krankheit. Das «Warum» fällt in den Bereich von Zufall und Wahrscheinlichkeit. In christlicheren Zeiten konnten Erklärungen wie «Schuld», «Sühne», «Prüfung» und der Vergleich mit den Leiden Jesu einen gewissen Sinn stiften. Heute, in einem eher psychologischen und esoterischen Zeitalter, sucht man Deutungen in den Tiefen der Seele, geheimnisvollen Kräften oder kosmischen Zusammenhängen.

In Afrika nun ist noch eine andere Möglichkeit zur persönlichen Entlastung in schweren Zeiten entwickelt worden, eben jene, die man vielleicht etwas irreführend als Hexerei bezeichnet: die Zuweisung der Schuld an eine andere Person, der in den meisten Fällen als Motiv Neid unterstellt wird. Irreführend ist dies, weil die Hexen nicht wie bei uns früher verbrannt werden. In den meisten

Fällen scheint es zu genügen, dass das «Opfer», oder auch nur der «Sachverständige», weiss, um wen es sich handelt, und symbolische Gegenmassnahmen ergreift. Die Hexe selber ahnt oft gar nichts von all dem Aufheben, das um sie gemacht wird. Das Böse wird zwar «extern» gesucht, aber «intern» verarbeitet.

«Hexerei» als Erklärungsmuster

Ich möchte zur Illustration des Gesagten ein paar Beispiele anführen, und zwar als erstes eine Schilderung, die Hexerei lediglich als Erklärungsmuster für Leiden benützt, ohne dass sich daraus eigentliche Konsequenzen (für die Betroffenen und die Verdächtigen) ergeben würden. Sie stammt von Marie-Laure, einer 20-jährigen Agni aus Abengourou in der Côte d'Ivoire:

«Ich komme aus einem Dorf in der Nähe der ghanesischen Grenze. Mein ältester Bruder starb bei einem «Unfall», wie es hiess. Aber als man nachschauen ging, sah man, dass sein Wagen zwischen zwei Bäumen stecken geblieben war. Sein Herz war herausgerissen! Mein anderer Bruder hat in Kanada studiert. In den Ferien kehrte er ins Dorf zurück, wo er von den Hexen angebunden wurde. Bis heute ist er nicht nach Kanada zurückgekehrt, immer ist er krank. Der König höchstpersönlich bestätigte, dass es sich um einen Hexereifall handelte. Alle andern fünf Brüder sind im Ausland. Sie kommen nicht zurück, sonst würden sie auch verhext. Ich selber hatte nach dem Examen plötzlich eine Sehstörung. Ich ging zum Arzt, aber er sagte, medizinisch sei alles in Ordnung. Um eine Brille zu kaufen, ging ich nach Accra, weil sie dort billiger sind. Und siehe da: Kaum war ich von meiner Familie weg, sah ich wie-

der klar. Da entschied ich mich, aus dem Dorf weg und nach Abengourou zu ziehen.»

Schadenzauber neutralisieren

Die folgende Schilderung stammt von einem Patienten von Tieg-nouma Coulibaly, einem Heiler aus Mali, der ebenfalls in Abengourou wohnt wie die oben genannte Marie-Laure. Der Fall unterscheidet sich vom vorhergehenden insofern, als der Hexerei-verdacht hier auch therapeutische Konsequenzen hat: Der Hexer wird zuerst durch divinatorische Methoden identifiziert, nachher wird sein Schadenzauber neutralisiert und das Opfer geschützt. Der angebliche Hexer selbst bleibt aber unbehelligt.

Der Patient heisst Moussa. Er ist Griot, Schmied und Spiegelverkäufer, gehört, wie sein Heiler Coulibaly, dem Volk der Bambara an und stammt aus Koulikoro in Mali. Coulibaly erklärte mir, Moussas Problem hätte darin bestanden, eine Frau heiraten zu wollen, die bereits vergeben war. Wir trafen ihn an einem Fleischstand: ein korpulenter Mann Anfang dreissig, der mit seinem roten T-Shirt und seiner Sonnenbrille wie ein «Draufgänger-Typ» aussah. Moussa erzählte folgendes:

«Ende der Achtzigerjahre habe ich zum ersten Mal geheiratet. Vor drei Jahren schickte ich dem Vater einer andern Frau Kolas. Sie ist eine Malinké aus Mali. Ich wollte sie zur zweiten Frau nehmen; aber mangels Geld schickte ich keine zweiten Kolas (um die Hochzeit einzuleiten). Nach diesen fast drei Jahren fühlte sich ihr Vater hingehalten. Ein anderer Anwärter tauchte auf, der beim Vater um ihre Hand anhielt. Der wollte unsere Verbindung auflösen und seine Tochter dem andern geben, der eher fähig schien, sie gleich zu heiraten. Aber ich wollte sie nicht verlieren. Dann wurde ich plötzlich lahm in den Beinen und konnte nur noch schlep-pend gehen. Ich hatte einen Juckreiz am ganzen Körper, der

Foto: David Signer



Der Bambara-Heiler Diarra Sida versucht in den Sandzeichen das Schicksal eines Patienten zu entziffern (Oualogo, Mali, im Herbst 1997).

mich nachts nicht schlafen liess. Und wenn ich mal eine halbe Stunde eindöste, hatte ich Alpträume.

Coulibaly warf die Kauris für mich. Er sah «compétition»: mein Rivale hatte ein «médicament» vergraben, und ich war darübergegangen! Coulibaly gab mir eine Medizin, ein Wasser, in dem ich meine Füsse baden musste. Dann trug er mir ein Opfer auf, unter anderem Kolas. Er fertigte mir ein Gris-Gris (Amulett) an, um mich vor dem andern zu schützen. Da ging es plötzlich wieder gut. Ich konnte auf einmal wieder normal gehen und arbeiten. Auch das Geld war plötzlich da. Vor drei Monaten habe ich die Frau geheiratet.»

Inquisitorische Methoden

Die folgende Erzählung stammt von «Doktor» Yoboué Edmond, einem etwa 40-jährigen Baule aus einem Dorf bei Beoumi (Côte d'Ivoire). Er arbeitet als «Tradipraticien» in Yopougon, einem Quartier von Abidjan. Die Schilderung unterscheidet sich von den vorherigen insofern, als die «Hexe» hier nicht nur vom Entzauberer entlarvt, sondern auch mit inquisitorischen Methoden zum Sprechen gebracht wird. Das

Wichtigste scheint das Geständnis zu sein; hat man dieses einmal erhalten, fällt die Strafe dann relativ mild aus.

«Einer Frau ist kürzlich die Tochter krank geworden. Ich habe herausgefunden, dass die Mutter eine Hexe ist. Alle sprachen von einem giftigen Holz, an dem das Mädchen erkrankt sei. Aber ein Holz allein kann nicht töten. Es muss jemand dahinterstecken. Ich sah in den Kauris, dass die Mutter und ihre Kollegin vor einigen Wochen die Tochter der letzteren gegessen hatten. Jetzt war die eigne Tochter dran gewesen. Ich schlug die Mutter, aber sie gab es nicht zu. Da merkte ich, dass sie gar nicht mehr in ihrem Körper war, sondern in einem Baum. Ich schlug den Baum, und jetzt begann sie zu schreien und zu schluchzen und gab es zu. Aber die Leber der Tochter war schon gegessen, man konnte nichts mehr machen. Einen Fuss, eine Nase, sogar das Auge kann man ersetzen, aber innere Organe nicht.



Foto: David Signer

Der Bambara-Heiler Tieg-nouma Coulibaly erstellt mit Hilfe des Kauri-Orakels und seines Fetichs die Diagnose für eine kinderlose Patientin (Abengourou, Côte d'Ivoire, im Frühling 1998).

Das Mädchen starb. Ich versteckte einen Tontopf im Haus der Mutter mit Blättern und Wasser drin. Nach drei Tagen wirkte es. Die Frau wurde etwas «toc-toc», sie redete wild drauflos und erzählte allen, dass sie die Tochter getötet und gegessen habe. Sie wurde ins Dorf zurückgeschickt, es gab ein traditionelles Gerichtsverfahren mit dem Dorfchef, und sie musste eine Busse bezahlen.»

Zwischen Deutung und Hexenjagd

Wir haben es also gewissermassen mit drei Stufen des Hexereiglaubens zu tun. Im allgemeinsten Fall dient «Hexerei» einfach als Deutungsmuster, so wie wir etwa in einem vagen Sinn von «Mikroben» oder «schlechten Einflüssen» sprechen. Allein schon die personifizierende Zuschreibung des Leidens scheint oft zu entlasten. Kommt ein Heiler (der in solchen Fällen meist auch Hellseher

und Antihexer ist) ins Spiel, übernimmt er als Spezialist die Identifizierung des Verantwortlichen und verschreibt Gegenmassnahmen, ohne jedoch die «Hexe» selbst an den Pranger zu stellen oder auch bloss namentlich zu nennen (meistens belässt er es bei vagen Andeutungen).

Im dramatischsten Fall (der auch der europäischen Hexenverfolgung am nächsten kommt) wird eine Verdächtige zu einem Geständnis gedrängt und zu einer Strafe verdammt. Manchmal kommt es dabei zu regelrechten Hexenjagden, wo beispielsweise Häuser von Beschuldigten angezündet werden, wie in den letzten Jahren wiederholt in Südafrika geschehen. Dort wird dann auch besonders sichtbar, dass man für den Begriff «Hexe» oft einfach «politischer Widersacher», «ökonomischer Rivale», «sozialer Abweichler» oder «religiöser Häretiker» einsetzen kann.

Egal wie weitgehend die Hexereivorstellung jedoch in die (diagnostische, therapeutische oder juristische) Tat umgesetzt wird, immer fällt auf, dass das Übel, das wir «hier» vordergründig medizinisch fassen, und in letzter Instanz vielleicht als «existenziell» kennzeichnen würden (womit wir einfach seine Unausweichlichkeit und Unerklärbarkeit ausdrücken), «dort» zu einem moralischen Problem gemacht wird, zur Frage und zur Suche nach dem «Bösen».

«Krank machende Familie»

Damit sollte auch klar geworden sein, dass es beim Thema «Hexerei» nicht einfach um irgendwelche aussterbenden Praktiken und Vorstellungen geht, die bestenfalls noch exotischen Reiz haben, sondern um einen Kristallisationspunkt, in dem eine ganze Seinsweise aufleuchtet und erahnbar wird, die vom französischen Ethnologen Marc Augé schlicht und einfach als «Heidentum» bezeichnet wird.

Er schreibt: Das Bild des Hexers fügt sich «in eine umfassenden

de Konzeption des gesellschaftlichen Lebens, in eine Vorstellung der Verfolgung durch das Böse und, allgemeiner, in eine interpretative Auffassung des Ereignisses ein, für die sich kein Unglück ereignet, das seine Ursache nicht anderswo als in der Person, die es trifft, hat, keine Krankheit oder kein Tod jemanden treffen, die nicht von jemand anderem böswillig und auf wirksame Weise gewollt werden, kein Ereignis eintritt, das nicht auf seine Weise das Eingreifen eines Willens bezeugt. Im Grunde ist nichts willkürlich oder zufällig, und jede Ursache ist in letzter Analyse gesellschaftlich.»

Das Frappierende scheint mir zu sein, dass wir solche Phänomene am andern Ende der Welt studieren können, weil sie für uns dort besonders krass aufscheinen, nur um dann bei der Rückkehr zu erkennen, dass sie auch bei uns existieren, vielleicht etwas verschütteter, aber immer bereit, sich Gehör zu verschaffen, gerade in Momenten individuellen oder kollektiven Leidens.

Etwas sensibler auf das Thema als vorher, horchen wir dann auf, wenn von einer «krank machenden Familie» gesprochen wird oder davon, dass einer wegen seiner nervtötenden Frau oder seinem mobbenden Mitarbeiter schliesslich ein Magengeschwür gekriegt habe. Der «heidnische» Umgang mit der Unbill des Lebens, die «Sündenbockmethode», wäre demnach nicht nur gewissen Kulturen zuzuordnen, sondern auch der Kultur schlechthin, als ein möglicher Versuch des Menschen, mit etwas fertig zu werden, mit dem man eigentlich nie fertig wird.

LITERATUR

Augé, M.: Der Geist des Heidentums, Klaus Boer Verlag, München 1995



«Mich wundert, dass ich so fröhlich bin»

In der «Not des Lebens» lernt das Kind während seines Entwicklungsprozesses eine Vielfalt von Leid- und Schmerzerfahrungen kennen. Im mehrstufigen Modell der Psychoanalyse nimmt diese Auseinandersetzung in jeder Phase je verschiedene Formen an.

VON BRIGITTE BOOTHE

*Ich geh, weiss nit wohin.
Ich komm, weiss nit von wo.
Ich bin, ich weiss nit was.
Mich wundert, dass ich so
fröhlich bin.*

Variante eines anonymen Verses

Das Glück ist im Schöpfungsplan nicht vorgesehen», bemerkt Freud zur Condition humaine. Und an anderer Stelle: «Die Psychoanalyse kann dazu verhelfen, neurotisches Elend in normales Elend zu überführen.» Beide Sentenzen sind kaum erfreulich, denn ein Leben ohne Glücksaussichten erscheint nicht als erstrebenswert, und niemand würde einen Psychoanalytiker oder Psychotherapeuten aufsuchen, nur um weiterhin dem Elend ins Auge blicken zu können, wenn auch ohne neurotische Trübung. Aber die Provokation bringt eine psychoanalytische Grundannahme zum Ausdruck, den Gedanken, dass Leiden nicht nur von aussen auferlegt, sondern auch aus innerem Antrieb erzeugt und genährt werden kann, und dass es Gründe gibt, eine allgemeine Herrschaft des Glücks für unrealistisch zu halten.

Die Psychoanalyse sieht einen Hauptgrund in der Rolle, die das Leiden bei der Entwicklung des

psychischen, sozialen und geistigen Lebens spielt. Der Mensch meidet Unlust; in seiner biologischen und sozialen Verfassung strebt er nach Selbsterhaltung. Oder anders formuliert: Es gibt den Imperativ der Unlustmeidung zum einen, den Imperativ des Überlebens zum andern. Beide können miteinander im Widerspruch stehen. Unlustmeidung beispielsweise kann körperliche Gesundheit beeinträchtigen, weil man den Besuch beim Zahnarzt aufschiebt; die Nachtwache am Bett des kranken Säuglings fordert im Dienst des Kindeswohls ein hohes Mass an Unlusttoleranz.

«Not des Lebens»

Stellen wir uns also den Säugling und das kleine Kind in seinem Umfeld vor. Mutter und Kind haben gemeinsam die schmerzvolle Anstrengung der Geburt bewältigt. Ohne intensive Betreuung überlebt ein Neugeborenes nicht. Hunger, Durst, Kälte, Leibreize setzen ihm zu, es ist ihnen ausgeliefert und ausserstande, von sich aus Abhilfe zu schaffen. Zur Bedarfsregulierung, zur Herstellung von Sicherheit und Wohlbefinden ist das Kind auf Personen angewiesen, die sich für sein Gedeihen engagieren.

Die Eltern sorgen beim Kind für Unlustersparnis durch empathiegeleitetes Handeln. Unlustersparnis kann freilich nie so weit gehen, dass ein Kind bewahrt bleibt vor allen Schmerzen und Missempfindungen. In der Beziehung zur Pflegeperson erfährt es durch bedarfs- und bedürfnisorientierte Interaktion – wie Füttern und Windeln – Befriedigung und Stillung. Aber es geschieht noch mehr. Die Eltern beruhigen das Kind, streicheln es, trösten es, reden ihm zärtlich zu; und so wird

es allmählich fähig, sich selbst zu besänftigen und Unbehagen in kleinen Dosen zu tolerieren.

Unlustmeidung ist ein psychophysischer Imperativ, aber keine realistische Option. In der «Not des Lebens», mit Freud formuliert, lernt das Kind eine Vielfalt von Leid- und Schmerzerfahrungen kennen – wenn es Glück hat, die schlimmsten nur vom Hörensagen.

Trost in der Phantasie

Wichtig für den kreativen Umgang mit negativen Empfindungen ist ein mentaler Prozess, der aus dem Alltag und der Schönen Literatur zwar gut bekannt ist, aber dennoch bisher wenig wissenschaftliche Aufmerksamkeit gefunden hat: die Vorstellung des Angenehmen, während es einem schlecht geht, oder wissenschaftlich formuliert: die Evokation angenehmer Befindlichkeit im aktualisierenden Nacherleben in der Phantasie. Diese Vorstellung des Angenehmen ist in der Lage, das unangenehme Empfinden zu überdecken, wenn auch nur kurzfristig.

Während beispielsweise jemand Hunger, aber noch nichts Essbares zur Verfügung hat, stellen sich ihm unwillkürlich Geruchs-, Geschmacks- oder Wahrnehmungssensationen von appetitlichen Dingen und erfreulichen Mahlzeiten ein – als Ausdrucksformen des Appetits oder der Vorfreude. Freud bezeichnet dieses lustorientierte Evozieren – das vor- und aussersprachlich seinen Ursprung hat – als wunscherfüllendes nachträgliches Erleben erfahrenen Genusses in der Phantasie; und er sieht darin ein Regulativ mit enormem Einfluss auf Vernunftgebrauch, Beziehungs- und Arbeitskultur: Die Vorstellung des Angenehmen hat Vorrang vor

Dr. Brigitte Boothe ist
ordentliche Professorin für
Klinische Psychologie.

der Vorstellung des Wirklichen. Das Erste und Ursprünglichste ist, der Unlust auszuweichen, sie von der Wahrnehmung auszuschliessen. Das ist in psychoanalytischer Diktion der Prozess der Abwehr.

Kurz gesagt, der Eintritt ins Leben konfrontiert uns mit der Empfindlichkeit des Leibes und seiner Schutzlosigkeit. Wir brauchen elterliche Anwälte im Dienst des Überlebens, und wir brauchen Beruhigung und Trost, bis wir körperlich und geistig so weit sind, dass wir uns – bis zu einem gewissen Grad – selbst sichern und trösten können. Wir brauchen, wenn wir nicht in der Lage sind, Quellen von Unlust durch aktive Eingriffe zu beseitigen, Trost in der Phantasie, und sei dieser auch flüchtig.

Auf die Welt einstimmen

Kinder entwickeln sich ins Leben hinein, das geschieht in charakteristischen Phasen. Was lehren uns diese über die Schicksale von Schmerz und Leiden? Die erste Phase wird traditionell als Phase der Oralität bezeichnet. Gemeint ist, dass für das Kind die Nahrungsaufnahme als körperliche, psychische und soziale Situation im Mittelpunkt der Erfahrung steht. In der Situation der Fütterung entsteht als Nebenprodukt der Bedarfregulierung und Bedürfnisstillung Vergnügen am Schmecken, Riechen, Kauen, Saugen, Schlucken; Freude an der Weichheit der mütterlichen Brust, Wärme, dem Gewiegt- und Gehaltenwerden. Das ist orale Trieblust. Sie entsteht und entfaltet sich von früher Säuglingszeit an und bleibt lebenslang erhalten.

Die Mutter oder ein Muttersubstitut erscheint als Vermittlerin von Welt, als diejenige, die den Blick ins Leben ermöglicht. Sie kann dem Kind die Welt als freundliche oder trostlose, als Vertrauen erweckende oder als bedrohliche vermitteln, ihre emotionale Haltung, ihre Art, das Kind auf die Menschen, Dinge, die Umgebung einzustimmen, prägt im Sinne eines Urvertrauens

oder Urmisstrauens das grundlegende Verhältnis zur Welt. Eltern und andere Pflegepersonen wollen gewöhnlich, dass ihr Kind die Welt mit frohem Interesse begrüsst und mehr Vergnügen als Qual von ihr erwartet. Und sie sorgen dafür, dass ihre Kinder sie als wirksame Nothelfer erleben können.

Auf dieser Basis entstehen Lebenslust und Zuversicht als grundlegende emotionale Einstellungen. Eltern können dem Kind im ersten Lebensjahr nicht viel Schmerztoleranz und nicht viel Unsicherheit zumuten. Das Kind entwickelt über die erinnernde Vergegenwärtigung erfahrener Freuden – jene wunscherfüllenden Vorstellungen, von denen bereits die Rede war – erste Ansätze zu einer eigenen inneren Welt. Diese hat aber nur dann ein freundliches Gesicht, wenn auf die vorgestellte Genusssituation, die das Hungerverlangen oder die Missempfindung vorübergehend überdeckt, bald das wirksame Handeln folgt. Andernfalls ist das Kind dem Schmerz, der Unlust, der Qual hilflos ausgeliefert und erfährt elterliche Figuren eher als desinteressiert, feindselig oder bedrohlich.

Eigene Stärke erproben

Aufregend sind: das Laufenlernen, die Beherrschung der Schliessmuskulatur, die Erprobung der eigenen Kraft. Psychoanalytiker nennen das die Phase der Analität, denn der Umgang mit den Empfindungen des Darmausgangs, mit Retention und Produktion, sind für das Kind lustvoll, zugleich aber Konfliktpunkte bei der Sauberkeitserziehung. Hinzu kommen die Erprobung von Stärke, die Ausübung von Kontrolle, das Sichfügen im Gehorsam, das Ertragen von Einschränkung und Strafe. Unlust und Schmerz rufen zwar weiterhin den Reflex der Meidung hervor, werden aber auch zu Herausforderungen, die eigene Stärke zu erproben und standzuhalten. Auch geschieht als Kulturtraining eine dramatische



In seinem Drang, die Welt zu erforschen, erfährt das Kind die Zuwendung der Eltern als Schutz, aber auch als Einengung.

Umwertung der Werte: Was ursprünglich vergnüglich ist – zum Beispiel das Spielen in Matsch und Schlamm – soll jetzt eklig sein. Und man soll keinen Spass mehr haben an Dingen, die genussvoll waren.

Auf der Grundlage des Urvertrauens exploriert das Kind aktiv die Welt mit den eigenen Kräften und Möglichkeiten. Dabei fasst es den Mut, Angst und Unsicherheit in Kauf zu nehmen, um eine Aufgabe zu bewältigen. Es überwindet Angst und nähert sich etwa einem grossen Hund neugierig und aufgeregt, stolz, eine Bewährungsprobe zu meistern. Die Eltern sind in dieser Phase Schutzgestalten, aber auch für Einschränkungen und Sanktionen verantwortlich. Sie sind Quellen von Freuden wie auch von Leiden. Man liebt sie und lernt sie zwischenzeitlich auch hassen. Die Beziehung zu ihnen wird jetzt für das Kind zur Herausforderung, sich anzupassen oder zu behaupten,

Frustration und Schmerz in Kauf zu nehmen, gerade um die Beziehung aufrechtzuerhalten.

Die anale Phase konfrontiert das Kind in Bezug auf Schmerz und Leiden einerseits mit der Herausforderung, zugunsten der mächtigen Eltern Frustration zu ertragen und Leiden zu dulden, andererseits mit der Herausforderung, die eigenen Leiden zu artikulieren und darzustellen. Unlust, Frustration und Schmerz gewinnen Artikulation, Bedeutung und Gewicht innerhalb der Kommunikation, innerhalb der Beziehung. Erlittene Einschränkung kann zum Gegenstand des Protests, der Klage, der Anklage werden, massive Einschüchterung kann zum Kadavergehorsam führen.

Stolz und Beschämung

Der analen folgt die phallische Entwicklungsphase, die ihren Namen vom zentralen Triebgenuss erhielt, der in ihrem Mittelpunkt steht. Der Genuss des eigenen Körpers, insbesondere der genitalen Region als Quelle vielfältiger, durch Manipulation und Empfindung hervorgerufener Genüsse sind hier zentral. Neben diesem besonderen Triebgenuss tritt das Entzücken an der eigenen Person, der Stolz auf die eigenen Leistungen, das Aussehen, die eigene Wirkung und Ausstrahlung. Dafür fordert das Kind Applaus, Achtung und Bewunderung.

Es entwickelt hohe Empfindlichkeit für Nichtbeachtung, Zurücksetzung und Beschämung. Es nimmt Anstrengung und Stress in Kauf, um sich als bewunderungswürdig darzustellen. Und es erfährt Schmerz und Leid in einem neuen Bedeutungshorizont: Angst vor Beeinträchtigung oder Verlust der eigenen körperlichen Attraktivität und sinnlichen Potenz. Freud hat diesen Umstand als Kastrationsangst etikettiert. Und er formulierte in diesem Zusammenhang auch den Neid, den kleine Kinder entwickeln können, wenn sie ihnen vergleichbare Wesen körperlich besser, in ihren Au-

gen imposanter ausgestattet wahrnehmen. Diese Lebensphase ausgeprägten Selbstbezugs konfrontiert das Kind mit der Herausforderung Zurücksetzung, Beschämung, Marginalisierung als potenziell nicht vermeidbares Leiden in Kauf zu nehmen. Das Kind mobilisiert Kräfte, den eigenen Wert darzustellen und sich selbst zu schützen.

Intime Gemeinschaft

Die grösste Entwicklungs herausforderung der frühen Kindheit ist die ödipale Phase. Kindliches Liebesbegehren richtet sich auf ein elterliches Gegenüber, beispielsweise auf die Mutter oder auf den Vater. Das Kind schätzt sich als stark ein, ist selbstbewusst, glaubt, fähig zu sein, einem geliebten Gegenüber Lust und sinnliches Vergnügen zu bereiten. Und so will es ein vertrautes Liebesobjekt gewinnen, mit ihm eine besondere, exklusive, intime Gemeinschaft herstellen – dies nach dem Motto: Wir beide haben es gut miteinander, können einander in ganz besonderer Weise beglücken, wir gehören zusammen und schliessen die übrigen aus.

Hier hat das Kind sich mit neuen leidbringenden Erfahrungen zu konfrontieren: mit dem Leid unerfüllten Verlangens, nicht vollgültig erwideter Liebe, mit Zurückweisung und Niederlage in der Konkurrenz. Die Konfrontation mit dem souverän überlegenen Rivalen – beispielsweise dem Vater – zwingt es sogar dazu, das gesamte Liebes- und Intimitätsprojekt zu verwerfen. Anlass ist die Angst, durch elterliche Sanktionen Verlust der körperlichen Integrität – Kastration – erleiden zu müssen, ebenso die Angst, dem bewunderten hochgeschätzten Liebesobjekt nicht zu genügen.

Die Verwerfung des Liebesprojekts hat die Verinnerlichung der elterlichen Sanktionsmacht als innere Gewissens-, Normen- und Wertbildung zur Folge. Die realen Eltern werden in der Folge respektiert, sie werden

dankbar wie auch kritisch geliebt, das Überich entwickelt sich in einem bis ins Erwachsenenalter dauernden Prozess weiter als idealisierte innere Elterninstanz. Damit erwirbt man ein Sicherheitsregulativ und eine vergleichsweise unabhängige Urteilsfunktion, die psychosoziale Integrität wirksam fördert. Zugleich aber hat man Ja zum Leiden sagen müssen. Denn das Überich ist eine Instanz der Infragestellung, der Reue, der Scham, der Trauer und des Kammers über eigenes Versagen. Mit dem Überich entwickelt man Vollkommenheitssehnsucht, Wissen um eigenes Ungenügen und das Ungenügen des geliebten Wesens, das Hinnehmen eigener Marginalisierung und das traurige Bewusstsein, dass die eigenen Wünsche die eigenen Möglichkeiten notorisch überschreiten.

Grundloses Fröhlichsein

Aber ist das menschliche Los deswegen ein trauriges? Ich geh, weiss nit wohin. Ich komm, weiss nit von wo. Ich bin, ich weiss nit was. Mich wundert, dass ich so fröhlich bin. Der am Anfang zitierte Vers drückt die Kurzschlüssigkeit menschlicher Zielorientierung aus, die Dunkelheit des Ursprungs und die Mangelhaftigkeit unserer Selbstkenntnis, aber daraus folgt als letzte Zeile nicht: «weiss nur, bald kommt der Tod» – eine Variante der bekannten Redewendung, dass allein der Tod sicher ist. Sondern es kommt die Zeile: «Mich wundert, dass ich so fröhlich bin.» Kein Appell an ein Dennoch, kein trotziges: Fröhlich bin ich jedenfalls trotzdem.

Es ist die Grundlosigkeit des Fröhlichseins, über die sich das Ich wundert. Schon die kindliche Lebenserfahrung lehrt, dass Sicherheit ohne Einbusse an Vergnügen nicht zu haben ist – und doch kann einer verbunden bleiben mit der Urerfahrung, dass einem die Mutter das Strahlen und Glänzen der Welt gezeigt hat und dass wir beide da fröhlich wurden.



Trauer in der Vormoderne

Auch Trauer hat eine Geschichte. Doch diese Geschichte ist weder eine des konkreten Verhaltens noch eine von gelebten oder unterdrückten Affekten. In Texten und Bildern werden nicht so sehr spontane als vielmehr kulturell kodierte Schmerz- oder Kummergefühle historisch lesbar, welche die Bedingungen der Artikulation von Trauer bestimmten.

VON CHRISTIAN KIENING

Zwar lassen sich auch für frühere Zeiten Trauerbräuche erschliessen – zum Beispiel anhand der vehementen frühchristlichen Kritik an lokalen (mediterranen) Praktiken. Gesten der Klage (Schreien, Weinen, Ringen der Hände und so weiter) und der Autoaggression (Ausraufen, Abschneiden oder Ausbrennen der Haare, Schläge an die Stirn, ins Gesicht, auf die Brust) waren, wie es scheint, universal verbreitet. Ebenso Riten, die in Zusammenhang mit der Aufbahrung, Herrichtung und Bestattung des Toten den Übergang zwischen Zuständen verschiedener Stabilität und die Neubestimmung sozialer Bindungen begleiteten. Doch die Aussagen der Texte erlauben es nicht, im Sinne einer historischen Ethnographie eine klare Abfolge von Situationen zu rekonstruieren, geschweige denn für einzelne Gruppen oder Regionen im Wandel der Zeiten zu entfalten.

Individuelle «Affektdramen»

Um etwas von den psychischen Prozessen im Gefolge eines Verlustes zu erfahren, muss man auf literarisch geformte Texte zurückgreifen, die wiederum nicht lebensweltliche Praktiken abbil-

den, sondern individuelle «Affektdramen» entwerfen. Im akkadisch-sumerischen «Gilgamesch-Epos» sucht Gilgamesch, rasend vor Schmerz über den Tod des Freundes Enkidu, eine Lösung des Problems des Todes. In den «Confessiones» erzählt Augustinus, wie er sich durch den Tod eines Jugendfreundes in abgrundtiefe Verzweiflung gestürzt sah und selbst zur Frage wurde.

So zerfällt denn die Geschichte der Trauer in eine Vielzahl von Partikulargeschichten, die sich in den Spannungsfeldern von Allgemeinem und Individuellem, von Theorie und Praxis, von abstrakt-regulativer Norm und konkret-rituellem Vollzug überkreuzen. Trauer mag psychologisch gesehen ein originäres Element des menschlichen Affektverhaltens darstellen und anthropologisch gesehen einen Statusübergang markieren, der dazu zwingt, das Verhältnis zwischen Lebenden und Toten neu zu bestimmen – historisch gesehen besitzt sie ihre «Orte» und «Nicht-Orte» (Marc Augé), und dies in den Lebenswelten, die Entfaltungen ebenso wie Verhinderungen kennen, nicht anders als in den Diskursen, die Verdichtungen ebenso wie blinde Flecken einschliessen.

Form und kulturelle Norm

Zumal in ständisch organisierten Gesellschaften ist Trauer nicht abzukoppeln von Formen kultureller Normierung, konkret im Falle des abendländischen Mittelalters: einerseits von dem lebensphilosophischen Modell der Affektkontrolle und -unterdrückung, das die stoische Doktrin vertritt, und andererseits von dem theologischen Modell der Aufhebung des Irdischen, das die christliche Anthropologie prägt. Die beiden Modelle können sich überlagern und ergänzen, können mehr oder weniger rigoristische Formen annehmen. Gemeinsam

ist ihnen der Versuch, die nicht nur leibliche, sondern auch geistig-seelische Affizierung des Menschen durch die Welt zu relativieren.

Für das christliche System, auf der Transzendierung des Irdischen gründend, hat innerweltliche Trauer schon angesichts des Auferstehungsglaubens und seiner Manifestation im Opfer des Gottessohnes als temporär und relativ zu gelten. Sie besitzt Berechtigung als Ausdruck diesseitiger Existenz, als Aspekt menschlicher Passion, ist aber zugleich einzuschränken im Hinblick auf ein jenseitiges Glück, in der Hoffnung auf ein besseres Leben. Damit eröffnet sich ein Spielraum von Akzeptanz und Unterdrückung, der verschieden besetzt werden konnte: In der gleichen Zeit stehen beispielsweise die Rüge des Trauernden durch den Kirchenvater Hieronymus und die Rechtfertigung des Schmerzes durch seinen Zeitgenossen Augustinus nebeneinander.

Tendenz zur Affektsteigerung

Normen der Trauermässigung blieben das ganze Mittelalter hindurch wirksam. Gleichwohl brach sich seit dem 12. Jahrhundert eine Tendenz zur Affektsteigerung Bahn, die auch genuin geistliche Aspekte erfasste. In einer lateinischen Predigt über das Hohelied schaltete Bernhard von Clairvaux eine bewegte, als Selbsttrost gestaltete Totenklage um seinen geliebten Bruder Gerhard ein, die bald auch altfranzösisch verbreitet wurde. In einer lateinischen Trostschrift wiederum erprobte der Benediktinermönch Lorenz von Durham, wie das Vertreiben des Schmerzes mit einem Festhalten an dessen Berechtigung zu verbinden war, wie Trost sich einstellen konnte, ohne dass mit der Trauer auch die Erinnerung an den verlorenen Freund vergeinge.

Dr. Christian Kiening ist ordentlicher Professor für Deutsche Literaturwissenschaft (von den Anfängen bis 1700).

Auch in Malerei und Plastik begegnen neuartige Visualisierung des Trauermoments: bei dem schmerzvoll seiner Situation eingedenk gewordenen Urelternpaar (Sündenfallszenerie), bei dem mit Leid geschlagenen Hiob, bei den ihre gemuechelten Kinder beklagenden Müttern (bethlehemitischer Kindermord) oder bei den um den toten Lazarus Trauernden. Bei der Passionsdarstellung verbindet sich eine immer stärkere Vermenschlichung der Person Christi und der Kreuzigungsszenen mit einer zunehmenden Ausgestaltung des Affekts der Beteiligten.

Rehabilitierung der Trauer

Trauer gewinnt seit dem 12. Jahrhundert nicht zuletzt dort an Bedeutung, wo sich laikale Diskurse etablieren. Die volkssprachige höfische Literatur gestaltet neuartige affektbestimmte Personenbeziehungen und mit ihnen gelegentlich ans Exzessive reichende Trauerszenarien. Wolfram von Eschenbach zeigt in seinem «Parzival» mit Sigune eine Figur, deren Liebe sich auf kühne Weise in einer Trauer zum Tode erfüllt. Jo-

hannes von Tepl gesteht in seinem «Ackermann» (um 1400) dem Menschen auf bewegende Weise ein Recht auf Trauer zu. Ein Witwer wehrt sich im Wortstreit mit dem Tod gegen den erlittenen Verlust und erhebt Anspruch auf ein dauerhaftes innerweltliches Glück und eine emphatisch verteidigte Daseinsfülle. Erst mit dem Schlussgebet fügt er sich ins Unabänderliche.

Explizit vollzieht sich eine Rehabilitierung der Trauer – als eines die menschliche Lebensordnung in Frage stellenden und zugleich in ihrer affektiven Eigenheit zum Vorschein bringenden Phänomens – im italienischen Renaissance-Humanismus. Trauer wird zum Medium, sich affektiv-rhetorisch einer sozial erfolgreichen Lebensgestaltung und eines kommerziell begründeten Familienheils zu versichern und zugleich die Frage nach der *Conditio humana* zu diskutieren. Begräbnisriten werden als symbolische, körpergebundene Aktionen eingesetzt, mit denen sich Standes- und Geschlechterbeziehungen thematisieren, politisch-soziale Gefüge angesichts der durch den Tod ent-

standenen Verwundung rituell stabilisieren lassen (siehe Abbildung).

Um eine Lizenz zum Exzess geht es auch hier nicht. Der Affekt dient dem Funktionieren sozialer Gemeinschaften, wird gleichzeitig aber (weniger theoretisch als pragmatisch) reglementiert, um öffentliche Erregung zu verhindern, obrigkeitliche Kontrolle zu gewährleisten, geschlechterspezifische Differenzen aufrechtzuerhalten.

Aufgezeichnete Affekte

Auch nördlich der Alpen sind es nicht zuletzt neue literarische Formen – private Briefe, Tagebücher, Familienchroniken –, die im ausgehenden 15. und frühen 16. Jahrhundert ein Forum für Affekte bieten. Kaufleute und Humanisten nehmen in ihren Aufzeichnungen auf Todesfälle Bezug. Ludwig von Diesbach berichtet von Selbstmordgedanken angesichts des Todes seiner Frau Antonia von Ringoltingen. Heinrich Lur rechtfertigt in Auseinandersetzung mit Hermann Schedel seine Klage über den Tod eines Freundes mit der Natur-



Gesten der Trauer an einem Begräbnisritual zeigt ein Holzschnitt aus einer deutschen Petrarca-Übersetzung (Augsburg 1532).

gegebenheit der Trauer. Erasmus von Rotterdam zeigt sich im Brief an Johann von Heemstede erstaunt darüber, wie wenig eingeübte Formen des Trostes angesichts eines übermässigen Schmerzes vermögen:

«Der unerwartete Tod meines Freundes Johannes Froben hat mich so gepackt, dass keinerlei Zerstreuung mir die Trauer vom Herzen nehmen konnte. Auch die Zeit, die sonst selbst den bittersten Schmerz zu heilen pflegt, linderte meinen Kummer so wenig, dass der Schmerz vielmehr allmählich sich steigerte, wie ein schleichendes, tückisches Fieber, das, wie man sagt, das Unheilbarste ist, was es gibt. Wider meinen Willen verzehrte mich die zutiefst eingefressene Sorge. So viel stärker ist ein vom Zug des Herzens und gegenseitiger Zuneigung geknüpfter Bund als die Bande der Natur. Wie habe ich mit mir gerungen! Wie meine Weichheit gescholten! Wo, sagte ich, ist jetzt der beredete Redner, der mit glänzenden Worten anderer Trauer zu beseitigen oder zu rügen pflegt? Wo ist der stoische Philosoph, der menschliche Leidenschaften bändigt? Wo der Theologe, der zu lehren pflegte, dem Tod frommer Menschen dürfe man nicht mit Trauer und Tränen nachhängen, sondern müsse sich dazu beglückwünschen und fröhlich sein?»

Individuelles verallgemeinern

Der stoische Philosoph ist wieder präsent, als Erasmus einige Jahre später an den Freund Bonifacius Amerbach schreibt, der eine Tochter verloren hat. Nun spricht der Rotterdamer wieder ganz in der Rolle des Konsolators. Er benutzt klassische Elemente der Konsolationsliteratur, verweist auf das universale Gesetz der Sterblichkeit, die zeitliche Befristung des von Gott Verliehenen, das Glück, das irdische Jammerthal verlassen zu dürfen. Doch er zielt nicht auf eine rigorose Trauerunterdrückung. Unter den Ratschlägen für den Freund fin-

det sich die Erinnerung daran, dass dieser immerhin noch eine zweite Tochter habe und Vater weiterer Kinder werden könne, ausserdem die Ermahnung, an die lebensweltlich Verbundenen zu denken, die den Verlustgeplagten nicht an seinem Schmerz zugrunde gehen sehen wollen.

Auch wenn Briefe wie diese, die jeweils wenig später in Sammlungen gedruckt erscheinen, keine Privatbriefe im modernen Sinne darstellen, suchen sie doch das individuelle Ereignis auch in der Verallgemeinerung präsent zu halten. Sie privatisieren den Affekt und akzeptieren den Trauerschmerz als Ausdruck der Menschlichkeit. Sie stellen sich gegen moralphilosophische Rigorismen, ohne aber die aus einem soteriologisch-eschatologischen Systemdenken erwachsenen Einschränkungen einfach aufheben zu können. Dort, wo es um die allgemeine Norm ging, dominierte auch um 1500 die nur bedingte Anerkennung der Trauer als Ausdruck der *fragilitas humana*. Als Johannes Geiler von Kaysersberg seinen «Trostspegel» zusammenstellt, der zur erfolgreichsten deutschsprachigen Konsolationschrift des 16. Jahrhunderts werden wird, hält er an der Nutzlosigkeit, ja Schädlichkeit von Tränen und (übermässiger) Trauer fest.

Norm und Pathologie

Das kann davor warnen, den Prozess der Rehabilitierung der Trauer zu überschätzen. Auch in der frühen Neuzeit – und nicht nur dort, wo die klerikale Norm an Wirkung verlor – wird Trauer gedacht im Modus ihrer sozialen Regulierung und Kanalisierung. Die Befreiung aus den Zwängen dogmatischer Affektkontrolle ist allemal nur eine relative, die sich weniger durch Modifizierung als durch Ausblendung theologischer Systemzwänge konstituierte. Sie bleibt damit selbst ambivalent. Denn der Versuch, die Freiheit des Menschen – im Sinne des anthropologischen Diskurses der Re-

naissance – als Freiheit zur Selbstannahme, zur Akzeptanz der eigenen Affektbestimmtheit zu verstehen, impliziert zugleich die Annahme der Möglichkeit, dass der Mensch seinen Affekten ausgeliefert sei. Wird Trauer als naturhaft vorgestellt, so wird damit zugleich der Gedanke befördert, die menschliche Psyche sei von ihrer eigenen Natur her determiniert.

Galt von stoisch-christlicher Tradition her Trauer als willentlich kontrollierbares Phänomen, so wird die Kontrollierbarkeit nun eingeschränkt im Sinne einer notwendigen Prozessualität der Trauerarbeit, im Sinne also jenes Phasenmodells, das die Grundlage bietet für Analyse und Therapie der Trauer seitens der modernen Psychologie. Die heilsgeschichtliche Verwerflichkeit unmässiger Trauer wird zur psychologischen Problematik, doch die Schwierigkeit, den Menschen zu denken in der Ganzheit von widerstrebenden Einzelkräften und in einem je neuen Balanceakt zwischen der Auslieferung an die Trauer und der Unfähigkeit zu trauern, ist damit nicht behoben. Vielmehr ermöglicht die Grenzziehung zwischen Norm und pathologischer Abweichung, eine Exklusionspraxis, nun wissenschaftlich, neu zu begründen, die dem je neu erfahrbaren Widerstand des Trauernden gegen die Aufhebung des Schmerzes gilt.

LITERATUR

- Kiening, Ch.: Schwierige Modernität. Der «Ackermann» des Johannes von Tepl und die Ambiguität historischen Wandels, Tübingen 1998
- von Moos, P.: *Consolatio*. Studien zur mittellateinischen Trostliteratur über den Tod und zum Problem der christlichen Trauer, München 1971/72

Der Schmerz der Bilder

Die Ausdrucksformen des Schmerzes in der Kunst vom Mittelalter bis in die Moderne sind vielfältig. Eine eigentliche Kunstgeschichte zum Thema hat aber bislang noch niemand geschrieben. Ein mögliches Kapitel dieser kunstgeschichtlichen Abhandlung könnte den Titel «Kunsttränen» tragen. Solche Tränen gibt es sowohl auf Seiten der Bilder als auch auf Seiten der Betrachter.

VON PETER CORNELIUS CLAUSSEN

Schmerz im Bild hat einen Namen: Guernica. Pablo Picasso hat das Bild nach dem Bombardement der gleichnamigen Stadt durch die deutsche Legion Condor für den Pavillon des republikanischen Spanien zur Weltausstellung in Paris 1937 gemalt. Jeder hat das grelle Entsetzen dieser gequälten Wehrlosigkeit vor Augen. Ich auch, und ich hätte geschworen, dass den himmelschreienden Schmerzensfrauen des Bildes Tränen aus den Augen stürzen. Meine Erinnerung hat mich getäuscht. Es gibt keine Tränen, wenn auch einige Vorzeichnungen und manche Gemälde Picassos aus der Folgezeit die Leiden des Krieges in deformierten Frauengesichtern einfangen, denen die Tränen blutig aus den Augen schiessen. Guernica selbst zeigt den Schmerz tränenlos. Die Tränen hatte der Betrachter hinzugefügt. Womit das Bild seine Wirksamkeit bewiesen hat.

Eine Kunstgeschichte des Schmerzes hat noch niemand geschrieben. Sie hätte viele Kapitel, von denen eines lauten könnte: Kunsttränen. Diese gibt es sowohl auf Seiten des Bildes als auch in den Augen des Betrachters. Und schliesslich gibt es die Träne der

Vollendung, die der Betrachter dem Bild hinzufügt.

Mittelalterliche Passionsbilder

Die hohe Zeit des Passionsbildes ist das späte Mittelalter. Es ist, als ob Leiden und Freuden im bildlichen Ausdruck erst wieder neu erfunden werden mussten, nachdem die mittelalterliche Kunst bis ins 13. Jahrhundert die Gesichter fast ohne Regung liess. Erst zur Zeit der Gotik wird das psychische Ausdruckspotential des menschlichen Gesichts für die Aussage des Bildes gezielt genutzt. Die Gequälten der ewigen Verdammnis im Weltgericht des Fürstenportals am Bamberger Dom (vor 1226) wollen den Betrachter mit grotesken Schmerzgrimassen schrecken.

Differenzierter dagegen nutzt das Andachtsbild Leiden und Mitleiden, indem es eine persönliche, psychologische Beziehung zum Betrachter stiftet. Der Betrachter leidet mit dem Bild, das Bild leidet mit dem Menschen. Die Pietà, deutsch Erbärmdebild, trägt das Mitleiden schon im Namen, ebenso das Bild des Schmerzensmannes (Imago Pietatis) oder das der Mater dolorosa.

Weinende Madonnen

Dass Statuen Blut schwitzen und Madonnenbilder Tränen weinen, berichten viele Legenden. Das Leid bewegt sie. So wird im Busstraktat des Jacopo Passavant aus dem 14. Jahrhundert von einem reuevollen Ritter erzählt, der vor einer holzgeschnitzten Madonnenfigur tränenreich Vergebung erbittet. Darauf legt das Marienbild bei dem Kind auf ihrem Schoss ein Wort für den Sünder ein. Zunächst vergeblich, der Christusknabe wendet nur den Kopf ab. Daraufhin steht Maria auf, setzt ihren Sohn auf den Altar und wirft sich ihm zu Füssen. Erst dieses kniefällige (tränenreiche?) Flehen kann Christus um-

stimmen und den reuevollen Ritter retten.

Von weinenden Marienbildern kann man auch heute noch in der Zeitung lesen. Dass Tränen die Währung der Andacht sind, macht folgende Legende deutlich: In der römischen Kirche S. Maria in Aracoeli soll ein abgewiesener Franziskanernovize 1257 weinend vor der Marienikone gebetet haben. Da fühlte er sich in seinem Schmerz in die Höhe gehoben, Engel fingen seine Tränen auf und überreichten sie dem Marienbild, das sich von ihnen erweichen liess und einen guten Ausgang seiner Angelegenheit versprach. Das Bild wurde seitdem selbst als weinende Maria verehrt.

Solche Legenden verlebendigen die angebeteten Personen. Dabei ist die theologisch «korrekte» Funktion der Andachtsbilder eigentlich nur die, den inneren Bildern Hilfestellung zu leisten. Das heisst, in den meisten Fällen, den Schmerz der Passion Christi oder auch den Schmerz seiner Mutter Maria in mystischer Versenkung nachfühlbar zu machen. Die Wunden der Passion werden in einzelnen Gebetsschritten kontempliert.

Einen ganzen Kanon der Leiden Christi vermittelt, mnemotechnisch geordnet, das Bild des im Spätmittelalter weit verbreiteten Schmerzensmannes mit den Leidenswerkzeugen (Arma Christi): Die Halbfigur des vom Kreuz genommenen toten Christus präsentiert sich im Zentrum und weist ihre Wunden. Dieses Hauptbild der Compassio ist auf irritierende Weise umgeben von den isolierten Zeichen der einzelnen Passionsgeschehnisse, die wie die Nägel, die Dornenkrone oder die Geisselsäule jeweils eine Station des Leidensweges in Erinnerung rufen.

Neben solchen Bildern, die eine numerisch additive Andachtspraxis spiegeln, gibt es andere, die

Dr. Peter Cornelius Claussen ist ordentlicher Professor für Kunstgeschichte des Mittelalters.



Die Pietà Röttgen aus der ersten Hälfte des 14. Jahrhunderts präsentiert die Wunden Christi als plastische Bluttrauben. (Landesmuseum, Bonn)

den Schmerz mit darstellenden Mitteln konzentrieren und steigern. Ein berühmtes Beispiel aus der ersten Hälfte des 14. Jahrhunderts ist die Pietà Röttgen (Bonn, Landesmuseum). Der schreiende Jammer der Mutter, die den zerbrochenen, wieder zum Kind ausgezehrten Körper ihres

Sohnes so präsentiert, dass man in die plastischen und grellrot bemalten Bluttrauben der klaffenden Wunden hineinschauen kann, soll auf den Andächtigen überspringen. In den schmerzlichen Zügen der Maria sind die Tränen nicht nur gemalt, sondern auch plastisch zu ertasten. In solchen Bildern wird die Ekstase des Schmerzes vorweggenommen, und man fragt sich, was der Imagination, dem inneren Erleben übrig bleibt. Vielleicht hat man

gespürt, dass die Übertreibung des Schmerzes der Wirksamkeit des Bildes nicht immer gut tut. Die weitaus überwiegende Zahl der Andachtsbilder deutet das Leiden nur an und überlässt die Tränen dem Betrachter.

Allerdings greifen einige der erzählenden Altarbilder im Laufe des 15. Jahrhunderts zu immer stärkeren Mitteln, die Folterszenen in den Martyrien häufen sich und sind besonders in deutschsprachigen Gebieten an Drastik kaum zu überbieten. Ob das Medium Altarbild partiell «verroht» und ob damit auch Wirklichkeit gespiegelt wird, sei dahingestellt. Manches religiöse Bild betritt ein Feld, dessen Anziehungskraft dem Horrorfilm entspricht und kaum mehr von Didaktik oder religiöser Andacht gedeckt ist.

Moderner Grünewald?

Auf andere Weise drastisch sind die Spuren der erduldeten Schmerzen dem Fleisch des Gekreuzigten in Grünewalds Isenheimer Altar eingeschrieben. Realismus und Ausdruckskraft konnte von Künstlern des Expressionismus als wesensverwandt empfunden werden. Ob Grünewalds Bildrhetorik allein aus der Passionsfrömmigkeit des Spätmittelalters zu erklären ist oder ob dieser Materie gewordene Schmerz nicht doch etwas mit einem neuzeitlichen oder modernen Verständnis der menschlichen Existenz zu tun hat, hat sich jede Generation des 20. Jahrhunderts neu gefragt.

Die meisten und die schönsten Tränen fließen auf einer Kreuzabnahme (Madrid, Prado), die vermutlich Rogier van der Weyden gemalt hat. Sie laufen den trauernden Marien, Johannes und Josef von Arimathäa als schillernde Augentäuschung über die Wangen, dass man um die Oberfläche des Bildes fürchtet und ein Taschentuch zücken möchte. Dabei ist gerade dieses Bild bei aller gedrängten Theatralik ein Wunder an kühler Distanz. Zu Grünewalds Christus ist kaum ein grös-

serer Gegensatz denkbar als diese elfenbeinfarbene Glätte und Schönheit.

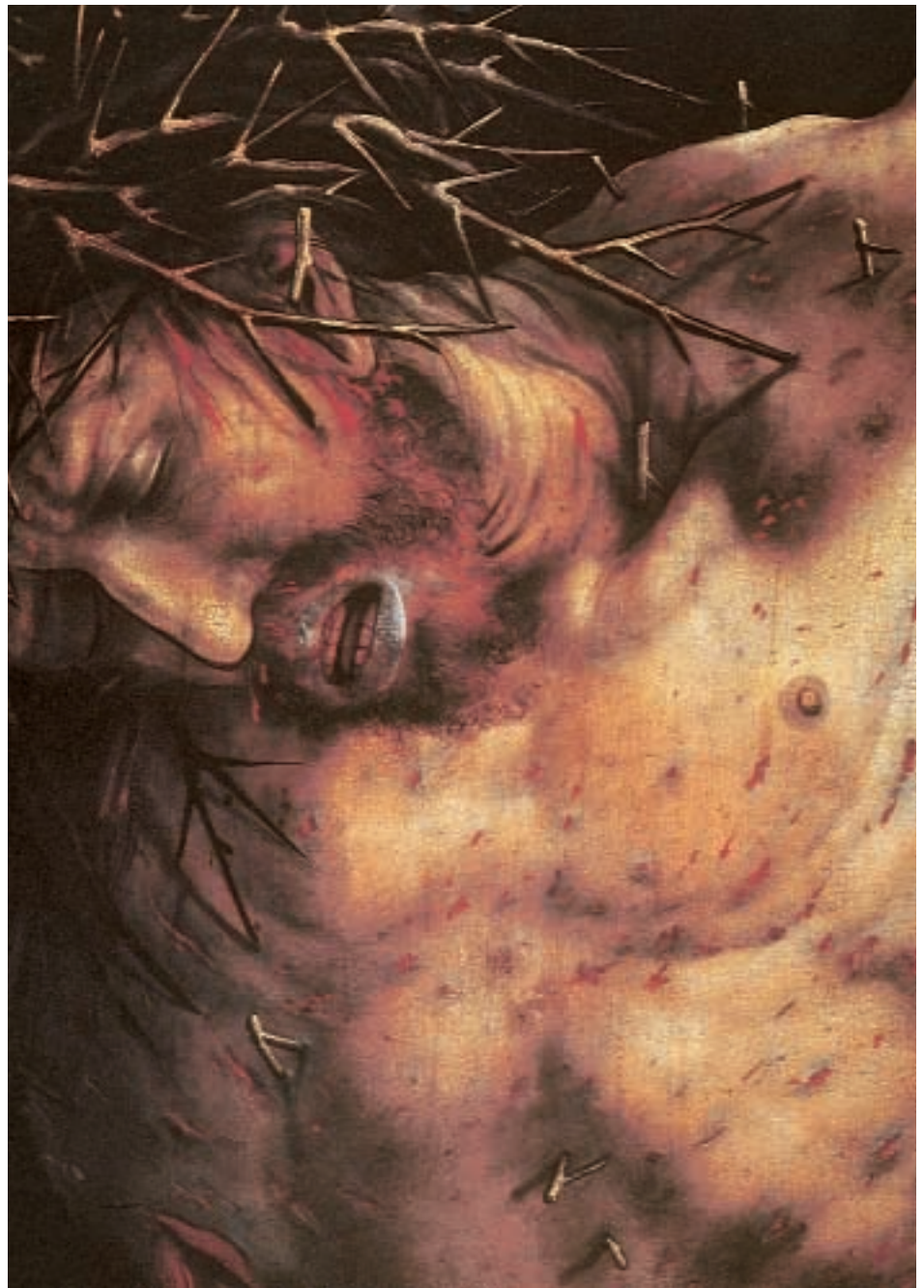
Die Macht des Künstlers

Wie sehr der hier angedeutete Diskurs über den Schmerz im Andachtsbild auch den Stolz des Künstlers über die Möglichkeiten seiner Kunst betrifft, macht ein lateinischer Hexameter deutlich, den Giovanni Bellini als Signatur seines Schmerzensmann-Bildes (Pietà) um 1470 gewählt hat: «Sobald die (vom Weinen) geschwellenen Augen die Klagen hervorbrechen liessen, konnte das Werk des Giovanni Bellini weinen.» Hans Belting betont die Sprachfähigkeit des Bildes und sieht ein neuzeitliches Künstlerprogramm in Bild und Wort gesetzt, indem der Maler als Erfinder (dem Poeten im Anspruch gleichberechtigt) zwischen Bild und Betrachter tritt.

In seiner Sicht sind die im Vers angesprochenen geschwellenen Augen die der Begleitpersonen Maria und Johannes. Aber ist das die einzig mögliche Lesart? Liegt es nicht viel näher, dass nach antikem Vorbild (Properz) auf die Reaktion des Gegenübers angespielt wird? Der Vers gewinnt an Logik, wenn es die verweinten Augen und die Klagen des Betrachters sind, die das Bild, auf dem keine Träne zu sehen ist, weinen lassen.

Verklärung und Entsetzen

Nun gibt es auch einen Schmerz im Bild, der dadurch gross ist, dass er nicht gezeigt wird. Märtyrer wie der mit Pfeilen gespickte Sebastian stehen gefesselt und dennoch ganz gelöst an ihrem Marterpfahl und blicken relativ gefasst oder gar heiter zum Himmel, der ihnen sicher ist. Die drastische Marter des heiligen Erasmus, dem in Dierick Bouts Bild (Löwen, Peterskirche, ca.1469) die Gedärme mit einer Winde herausgewickelt werden, ist gerade dadurch so schrecklich, dass der Heilige die Folter ohne Gemütsregung über sich ergehen lässt.



Ganz anders der falsche Richter Sisannes in einem profanen Gerechtigkeitsbild des Gerard David (Brügge, Akademie, 1498). Die Häutung bei lebendigem Leibe erspart dem Betrachter nichts und wirkt ohne «göttliche Anästhesie» wie eine Sektion bei lebendigem Leibe. Der Maler schildert genau Entsetzen und Schmerz in den verkrampften Zügen des Übeltäters, dessen Strafe Gerechtigkeit bedeutet. Sein Schmerz ist Abschreckung, die

Der Realismus und die Ausdruckskraft des Gekreuzigten von Grünewalds Isenheimer Altar wurde von den Expressionisten als wesensverwandt empfunden.
(Museum Unterlinden, Colmar; Ausschnitt)

Überwindung des Schmerzes durch den Heiligen dagegen Trost.

Der Schmerz im Bild lässt sich so funktional nur im Mittelalter fassen. Anders stehen die Dinge, wenn Werke geschaffen wurden, um Kunst zu sein und in den Kategorien der Ästhetik zu bestehen.



Schmerzvolle Moderne: Picasso malte «Guernica» 1937 auf Grund der Bombardierung der gleichnamigen spanischen Stadt durch die deutsche Legion Condor. (Metropolitan Museum, New York; Ausschnitt)

Die Dramaturgie des Schmerzes der Laokoon-Gruppe hat schon in der Antike und dann wieder nach der Wiederentdeckung 1506 Kunsttheorie und Ästhetik beschäftigt. Schmerz wird hier durch Zügelung und Grösse erhaben und schön. Feste Kategorien der Schmerzdarstellung, Pathosformeln der Gestik und Physiognomie bestimmen die genau berechnete Wirkung der Kunst im 17. und 18. Jahrhundert, deren Ziel es immer ist, schön zu bleiben. So zeigt Berninis heilige Theresa von Avila (Rom, Santa Maria della Vittoria, 1644–1651) religiöse Ekstase und höchsten Liebesschmerz als Fest für die Augen.

Und die Moderne? Von den vielen Gesichtern des Schmerzes

in der modernen Kunst zeigt Picassos Guernica eines, das über den Anlass des Bildes hinaus so allgemeine Gültigkeit gewonnen hat, dass es bis heute für alle Greuel des Krieges und der Vernichtung Wehrloser einsteht. Warum ist es nach Auschwitz nicht verblasst oder in den Schatten gestellt worden? Das liegt vielleicht daran, dass der Schmerz an Objektivierbarkeit verloren hat und auch in der Kunst vor allem als individueller Schmerz existiert.

Der Künstler als Schmerzensmann

In vielen Fällen nimmt der Künstler selbst die Pose des Leidenden ein – ein Schmerzensmann ohne Trostversprechen. Max Beckmanns offene und versteckte Selbstbildnisse nach 1916 spielen diese neue Künstlerrolle durch als prototypisches Leiden an der Welt. Der Schmerz, wie ihn Gefoltete und Quäler in Beckmanns klaustrophobischer «Nacht» (Düsseldorf, Kunstsammlungen, 1919) gleichermassen ohnmächtig erdulden und zufügen, wirkt wie ein Mittel, der Kunst gewaltlosam eine Tür ins Innere des Menschen zu öffnen.

Ob das Bild oder Bildwerk, das immer zunächst ästhetischen Gesetzen gehorcht, in der Lage ist, solche existenzielle Erfahrung wie Gewalt und Schmerz zu vermitteln, haben Künstler der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zunehmend bezweifelt. Manche sind so weit gegangen, ihren rituell selbst verletzten Körper zum Thema zu machen. Günter Brus, der bekannteste Vertreter des Wiener Aktionismus, ist einer der Protagonisten und auf eine neue Intensität aus, die man vielleicht als eine neue Art von Mystik ansehen könnte.

Viele Bereiche der heutigen Körperkunst, der sich ausstellenden Introspektive, haben mit Schmerz und seiner Aura des Eigensten und Eigentlichen zu tun. Die Kunst sucht diesen stärksten Reiz, ohne andere Kategorien dafür bereit zu halten als die des

Religiösen. So ist Josef Beuys immer wieder als Heiliger, als christusähnlich und als Schmerzensmann bezeichnet worden. Sein Wort «Zeige deine Wunde!» geht wie ein Leitmotiv durch die Rezeption. Kein Wunder, dass seine Werke kürzlich zusammen mit mittelalterlicher Kunst ausgestellt wurden. Umso wichtiger ist es, die Unterschiede deutlich zu machen. Statt von neuerlicher Mystik zu reden, ist es vermutlich klüger, wie David B. Morris davon auszugehen, dass die «kreative, transformative Kraft der Kunst sich alles zunutze machen kann, selbst den Schmerz.» Allerdings bleibt die Frage, ob eine Kunst, die keinen anderen Inhalt als den Schmerz hat, über die unmittelbare Reaktion des Abscheus oder Mitleids hinaus mehr bewirken kann, als ästhetische Schmerzgrenzen zu verschieben.

LITERATUR

- Belting, H.: Bild und Kult. Eine Geschichte des Bildes vor dem Zeitalter der Kunst, München 1990
- Belting, H.: Das Bild und sein Publikum im Mittelalter. Form und Funktion früher Bildtafeln der Passion, Berlin 1981
- Belting, H.: Giovanni Bellini Pietà. Ikone und Bilderzählung in der venezianischen Malerei, Frankfurt a. M. 1985
- Brus, G.: Der Überblick, Salzburg/Wien 1986
- Eberle, M.: Max Beckmann. Die Nacht. Passion ohne Erlösung (Kunststück), Frankfurt a. M. 1984
- Heusinger von Waldegg, J.: Der Künstler als Märtyrer, Worms 1989
- Morris, D.B.: Geschichte des Schmerzes, Frankfurt a. M./Leipzig 1994
- Suckale, R.: Arma Christi. Überlegungen zur Zeichenhaftigkeit mittelalterlicher Andachtsbilder, in: Städel Jahrbuch N.F. 6 1977, S. 177 bis 208
- Wolf, G.: Salus Populi Romani. Die Geschichte römischer Kultbilder im Mittelalter, Weinheim 1990
- Ullmann, L.: Picasso und der Krieg, Bielefeld 1993



Von Diktatoren und Maultieren

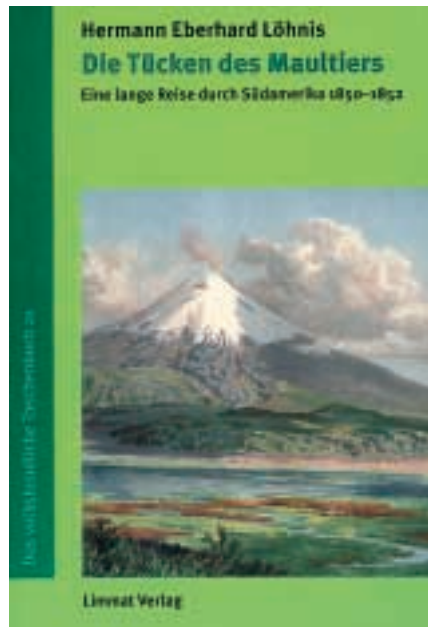
Mehrere Jahre bereist Hermann Eberhard Löhnis um die Mitte des 19. Jahrhunderts Südamerika. Der Reisebericht des Kaufmanns gibt interessante Einblicke in die wirtschaftlichen, aber auch in die politischen Verhältnisse der jungen Republiken. So beschreibt Löhnis etwa die Gewaltherrschaft des argentinischen Präsidenten Manuel Rosas, der sich als Prototyp moderner Diktatoren erweist.

Im Jahr 1850 begibt sich der deutsche Kaufmann Hermann Eberhard Löhnis in Le Havre an Bord des Seegelschiffes «L'Universel» und damit auf eine weite und gefährvolle Reise nach Südamerika. Davon zeugt ein dickes Bündel handgeschriebener Folio-Blätter, die ein glücklicher Zufall an Land gespült hat. Sie lagen zusammen mit Küchengeschirr in einer Bananenschachtel bei einer Hausratsversteigerung in Lausanne und bilden den Stoff dieses Buches.

Reisender Beobachter

Löhnis reiste im Auftrag eines englischen Handelshauses, um die Möglichkeiten des Marktes in Südamerika zu erkunden. Die Überfahrt dauert fast acht Wochen, sie bringt Stürme, Windstille und die obligate Seekrankheit. Dann taucht Buenos Aires auf. Löhnis arbeitet zuerst auf einem ehemals deutschen Kontor. Der gemächliche Alltag auf dem Bureau gibt ihm Gelegenheit, Leben und Treiben in der Stadt zu beobachten.

Buenos Aires ächzte damals unter der Diktatur des Präsidenten Manuel Rosas (1793–1877). Aus den Schilderungen Löhnis ergibt sich ein erstaunliches Bild: Rosas nahm bereits viele Züge der Diktatoren des 20. Jahrhunderts vorweg – Gesinnungsterror, Knebelung der Presse, Bespitzelung des Privatlebens, Korruption, Willkür bis hin zur vorgeschriebenen Parteifarbe Rot, welche alle Amtsträger tragen mussten. Das führte zu grotesken Formen der Unterwürfigkeit, wenn beispielsweise sogar



Hermann Eberhard Löhnis: *Die Tücken des Maultiers*. Eine lange Reise durch Südamerika 1850–1852, herausgegeben von Kurt Graf und Paul Hugger, Das volkskundliche Taschenbuch 21, Limmat Verlag, Zürich 2000, 38 Franken

der Reise über Quito und Bogotá Richtung Norden, kommen die Maultiere zum Zug, sie sind fortan die treuen Begleiter des einsamen Mannes auf den Hochebenen und in den oft unwegsamen Flusstälern. Von der Gefährlichkeit der Wege zeugen die Kadaver abgestürzter Reittiere. Schliesslich erreicht Löhnis den imposanten Magdalenenstrom. Die Fahrt mit einem Raddampfer führt hinüber zum Isthmus von Panama, wo gerade die transkontinentale Eisenbahn gebaut wird. Hier endet auch das Manuskript, die Weiterreise nach dem Goldland Kalifornien ist nicht dokumentiert, der betreffende Text wohl verloren gegangen.

Vielseitiger Text

Löhnis Bericht bereitet nicht nur Lesevergnügen und lädt zu einer imaginären Reise ein, wie sie heute nicht mehr möglich ist, er ist auch eine wichtige Quelle zur Geschichte Südamerikas, dessen Staaten kaum die Kolonialherrschaft abgeschüttelt hatten und vor dem Umbruch zur Moderne standen. Der Text stellt sich würdig zu anderen Beschreibungen der Zeit, wie etwa der des Schweizer J. J. Tschudi.

Die Reihe «Das volkskundliche Taschenbuch» publiziert unveröffentlichte Manuskripte, versieht sie mit Einleitung und Kommentar und macht sie so für ein breites Publikum zugänglich. Solche Texte sind wichtige Zeugnisse des kollektiven Gedächtnisses, die einen unmittelbaren Einblick in die früheren Lebensformen und Denkweisen vermitteln.

Paul Hugger

auf Altarbildern die verpönte Farbe Violett rot übermalt wurde.

Nach einem Jahr bietet sich Löhnis die Gelegenheit, an Bord einer holländischen Fregatte die Fahrt um das Kap Horn nach Chile fortzusetzen. Was heute eine touristische Attraktion mit allem Komfort ist, war damals ein strapaziöses Unternehmen. Doch das Schiff landet glücklich in Valparaiso. Wiederum schildert Löhnis Land und Leute. Sein besonderes Interesse gilt aber der deutschen Einwanderung. Er beschreibt die Schwierigkeiten des grossen Siedlungsprojekts von Valdivia. Löhnis nimmt kein Blatt vor den Mund, er attestiert den Agenturen «Unverschämtheit in einer grausen-erregenden Weise». «Es giebt in Europa Leute, denen kein Mittel zu niedrig, kein Weg zu schmutzig zur Verfolgung ihrer pecuniären Interessen ist, Leute, die, um ihre Taschen zu

füllen auf die unverantwortlichste Weise Glück, Ehre, das Leben ganzer Familien opfern, und dies unter der Maske schön klingender Phrasen.» Nicht selten wurden die Auswanderer ins Elend gestürzt, so wenn sie wegen Zahlungsunfähigkeit ins Gefängnis kamen.

Unsichere Wildnis

Weiter geht es entlang der Küste bis nach Guyaquil. Jetzt beginnt der spannendste Teil der Reise. Löhnis verlässt den Pazifik, um auf dem Fluss Honda in die andinischen Hochlande zu gelangen, «nach dem Herzen des americanischen Südens, der Verwirklichung sehnlicher Träume früherer Jahre». Zuerst geht es durch eine tropische Wildnis. Die Gegend ist unsicher, nicht nur wegen des Bürgerkriegs, sondern auch durch das Räuberwesen. Wegen der Hitze, und ermöglicht durch den Mondschein, reist man auch nachts. Dann, auf

Der eiserne Mann

Marc Bamert ist Triathlet und will vor allem eines: die Grenzen seiner physischen Leistungsfähigkeit ausloten. Dafür schwimmt, rennt und fährt er Velo oder quält sich im Krafraum. Stundenlang, fast jeden Tag. Bremsen kann ihn nur sein Körper, der gelegentlich rebelliert und seinen Dienst versagt.

Als es zum ersten Mal spürte, war Marc Bamert mit dem Trottnett seiner Freundin unterwegs: Plötzlich bemerkte er im linken Fuss einen leichten Schmerz. Der 27-jährige Jusstudent mass dem keine grosse Bedeutung bei, denn er ist Triathlet: «Da hat man immer mal ein Boboli», erzählt er lachend. Deshalb trainierte er weiter und bestritt am darauffolgenden Wochenende einen weiteren Wettkampf, einen Triathlon über die olympische Distanz: 1,5 Kilometer Schwimmen, 40 Kilometer Velofahren und zum Dessert noch 10 Kilometer Laufen.

Pro Saison bestreitet Bamert zehn bis fünfzehn solche Wettkämpfe. Nach den sonntäglichen Parforceleistungen ist er normalerweise am Mittwoch wieder in der Lage, substantiell zu trainieren. Diesmal war es anders: «Im Ziel konnte ich nicht mehr auf meinen linken Fuss stehen, die Schmerzen waren zu gross.» Als er dann die ganze Nacht keinen Schlaf fand, ging er zum Arzt. Diagnose: Ermüdungsbruch am Sprunggelenk. Das bedeutete zwei Monate Trainingspause.

Rückschläge gehören dazu

Das war im August, gegen Ende der Saison. Vor seiner Verletzung hatte Bamert innerhalb von sieben Wochen sieben Wettkämpfe bestritten, einer davon war ein Ironman. Das heisst: 3,8 Kilometer Schwimmen, 180 Kilometer Velofahren, 42 Kilometer Laufen. «Durchaus möglich, dass ich mir etwas viel zugemutet habe.» Bamert zuckt mit den Schultern. Was solls. Rück-

Leiden für mehr Leistung: der Triathlet Marc Bamert trainiert bis zu dreissig Stunden pro Woche.



Foto: Christoph Schumacher

schläge wie dieser werfen ihn nicht mehr aus der Bahn. Sie gehören längst zu seinem sportlichen Alltag. In den letzten drei Jahren habe er keine Saison durchziehen können. Immer sei etwas dazwischen gekommen. Vor zwei Jahren war es ein schwerer Velounfall, dieses Jahr vermasselte ihm das Pfeifersche Drüsenfieber bereits den Saisonauftakt. «Monatelang war ich oft extrem müde», erzählt Bamert.

Unter den Top Ten

Trainiert und Wettkämpfe bestritten hat er in reduziertem Masse trotzdem. Schliesslich sollte die gute Vorbereitung nicht für die Katz sein: vier Monate hat er im letzten Winter in San Diego studiert und vor allem trainiert. In der intensivsten Phase dreissig Stunden pro Woche, das reichte für 30 Kilometer Schwimmen, 400 bis 500 Kilometer auf dem Velo und 80 bis 90 Kilometer Laufen. Auf diesem Niveau trainiert er rund zwei Monate im Jahr, wobei jede vierte Woche das Pensum auf 15 Stunden pro Woche reduziert wird.

Triathlon-Wettkämpfe bestritt Bamert seit elf Jahren. Früher schwamm er und machte Leichtathletik. «Da war es

nahe liegend, Triathlet zu werden», meint er rückblickend. Damals, Ende der 80er-Jahre, dachte er aber zuerst gar nicht daran. Eigentlich wollte er nur wieder anfangen zu schwimmen und geriet so in seinem Wohnort Meilen in eine Gruppe von angefressenen Triathleten. Die hätten ihn mitgerissen. Heute gehört Bamert zu den Top Ten der Schweizer Triathleten und ist seit drei Jahren Mitglied der Nationalmannschaft.

Für einen grossen Wettkampf wie eine Weltmeisterschaft oder die Olympiade hat es bisher jedoch nicht gereicht. Dieses Jahr belegte er an der Studentenweltmeisterschaft in Ungarn immerhin den 29. Platz. Sein bestes Resultat ist ein siebter Rang am Wildeflower Triathlon 1995 in Kalifornien – über die halbe Ironmandistanz. Damit qualifizierte er sich für den härtesten Triathlon der Welt, den Ironman auf Hawaii. Teilgenommen hat er nicht, weil er sich damals noch zu jung für eine solche extreme Herausforderung fühlte. Dieses Ziel hat er sich für das nächste Jahr vorgenommen.

Nach seiner zweimonatigen Verletzungspause trainiert Marc Bamert wieder. Auf die

«Eingewöhnungsphase» mit etwas zehn Stunden Training pro Woche folgt im Januar der «Schwimmzyklus» – Bamert wird fünf bis sechs Mal pro Woche ins Wasser gehen und 30 bis 40 Kilometer schwimmen, im Februar folgt der «Laufzyklus» mit einem Pensum von 80 bis 100 Kilometern und im März dann der «Velozyklus» mit wöchentlichen Trainingsdistanzen von gegen 600 Kilometer. Daneben werden immer auch die anderen Disziplinen trainiert, allerdings in reduziertem Umfang.

Körperliche Grenzen ausloten

Noch mehr, noch härter, noch intensiver trainieren will Bamert. Denn er könne noch besser werden, davon ist er überzeugt. «Potenzial habe ich in allen drei Disziplinen.» Bamert verweist darauf, dass gerade in Ausdauersportarten Leistungssteigerungen auch jenseits dreissig noch möglich sind. Jüngstes Beispiel ist Brigitte McMahon. Die 33-jährige Mutter hat an der Olympiade in Sydney für die Schweiz Gold im Triathlon gewonnen.

Wie motiviert er sich tagtäglich für die stundenlangen Trainings? «Mein Ziel ist der perfekte Wettkampf. Ich will die Grenzen meiner körperlichen Leistungsfähigkeit ausloten und immer weiter hinauschieben.» Das sei der eigentliche Kick: an die Grenze gehen. Immer wieder. Das tut manchmal weh, und manchmal rebelliert der Körper. Doch: «Boboli» gehören zum Alltag von Leistungssportlern. Eiserne Männer kennen keinen Schmerz. *Thomas Gull*

Zwischen Mensa, Schönberggasse und dem Hauptgebäude der Universität steht ein altes Zürcher Landhaus, in dem sich im 18. Jahrhundert berühmte Dichter und Denker trafen. Erinnerungen an sie sind in den alten Räumen, die heute der Universität gehören, noch wach. Ein Rundgang durch das Bodmerhaus.

Zu Gast im Haus der toten Dichter



Foto: ZVG

Wer von der Stadt kommt, gerät auf dem Weg zum Haus an der Schönberggasse 15 tüchtig ins Schnaufen. Ein berühmter Besucher hat diese Erfahrung beschrieben: «Wir mussten uns auf den Weg machen, den alten Bodmer zu besuchen und jugendlich zu verehren. Er wohnte auf einer lieblichen Anhöhe über der (...) Stadt; diese durchkreuzten wir und erstiegen auf immer steileren Pfaden die Höhe hinter den Wällen, wo sich zwischen den Festungswerken und der alten Stadtmauer gar anmuthig eine Vorstadt (...) gebildet hatte. Hier nun stand Bodmers Haus, der Aufenthalt seines ganzen Lebens, in der freiesten, heitersten Umgebung.»

So weit Goethe über seinen Besuch bei dem 1775 fast 80-jährigen Zürcher Gelehrten Johann Jakob Bodmer im Haus auf dem Hügel. Das 1665 für Zunftmeister Heidegger erbaute Haus trägt viele Namen: Einmal hiess es «Zum oberen Schönberg», ein andermal «Haus am Berg». Es ist ein Riegelhaus, dessen Holzkonstruktion unter dem Verputz ver-

borgen ist, und stand damals ausserhalb der Stadtmauern auf dem Land. Bis heute wirkt es inmitten der neueren Universitätsgebäude geradezu dörflich.

Ist der Aufstieg durch den Rechberg-Garten geschafft und der Eingang von oben gefunden, wird man von einem Schild mit der Aufschrift «Durchgang verboten» begrüsst. Daneben heisst es: «Ausser für Besucher des Thomas-Mann-Archivs». Ob die Bodmersche Tradition der Gastfreundschaft, die so vielen Dichtern und Gelehrten zugute kam, weiterhin besteht, ist also vorerst unklar. Die Klingel funktioniert nicht, aber die Türe ist ohnehin nicht geschlossen und gibt den Blick frei auf eine Eingangshalle mit hellem Tonfussboden und bemalter Balkendecke. Wäre der Besuch erwartet worden, hätte ein raffinierter Mechanismus ermöglicht, die Türe vom oberen Stock aus wie von Geisterhand zu öffnen. Vielleicht hat der alte Bodmer es so gehalten, um sich das Treppensteigen zu ersparen, oder aber die Besucher

wurden von Dienstboten in den ersten Stock gebeten, in den getäferten Raum, der heute «Bodmerzimmer» heisst.

Lebensfroher Klopstok

Der 1698 geborene Bodmer war Professor am Carolinum in Zürich und füllt in der Kantongeschichte mit seinen Aktivitäten und Bekanntschaften ganze Kapitel. Sein Werk umfasst literaturtheoretische Schriften, Übersetzungen, historische Dramen und Epen, eine Geschichte der Stadt Zürich und Editionen mittelhochdeutscher Dichtung. Als Gelehrter und durch sein Geschick, junge Talente wie Klopstok, Wieland oder eben Goethe zu fördern, machte er sein Haus zu einem Zentrum der deutschen Dichtung. Manchmal waren dem ernsthaften Patrioten Bodmer seine jungen Besucher jedoch etwas gar lebenslustig: So blieb der Dichter Klopstok 1750 nicht lange, da Bodmer arg von ihm enttäuscht war. Er hatte einen frommen Jüngling erwartet, der fleissig an seinem «Messias» schreiben würde, es kam aber ein Mensch aus

Fleisch und Blut, der weltlichen Freuden nicht abgeneigt war.

Bodmer mietete das «Haus am Berg» 1739, da er nicht in der Stadt wohnen wollte, die ihm zu laut und zu dreckig war. 1756 konnte er es kaufen. Seinen Zeitgenossen erschien sein Lebensstil als sehr bescheiden; es wird berichtet, er habe nur das Nötigste besessen, und auch das Haus galt als sehr einfache Wohnstätte für einen so wichtigen Mann. Dennoch wurde es zum Treffpunkt des «Bodmerkreises», zu dem auch Lavater, Pestalozzi und Füssli gehörten. Bodmer starb 1783 kinderlos und vermachte das Haus der kurz zuvor gegründeten Töchterschule, die mehr Raum brauchte. Die Bürger von Zürich befanden aber, es sei allzu abgelegen: Die Töchter sollten sich nicht so weit aus der Obhut ihrer Beaufsichtiger entfernen. Die Schule blieb in der Altstadt, und Bodmers Haus gelangte in den Besitz der Familie Meyer von Knonau, die allerdings nur sehr kurz darin wohnte.

Durch das Bodmerzimmer gelangt man in einen Raum, in



Foto: Christoph Schumacher

Das Bodmerhaus oberhalb des Rechberggartens gestern und heute: Wo sich vor 250 Jahren Dichter und Denker trafen, ist heute unter anderem das Thomas-Mann-Archiv zu Hause. Bürgerliche Behaglichkeit strahlt auch heute noch das «Bodmerzimmer» (oben rechts) aus.

dem sich ein anderer Mann im Gedächtnis seiner Nachwelt zu verankern versuchte: Der Zürcher Industrielle Carl Julius Abegg, der 1962 der Universität seine Privatbibliothek vermachte. Abegg verfügte testamentarisch, die Schenkung müsse im Bodmerhaus untergebracht und jedes einzelne Buch und die Gestelle mit dem Vermerk «Schenkung C. J. Abegg» versehen werden. Ein Kuratorium solle darüber wachen, dass die Bücher gut erhalten bleiben und den höheren Fakultätsangehörigen zur Verfügung stehen. Da jedoch die Mitglieder des Kuratoriums nach und nach alle in Pension gingen, ist die Hinterlassenschaft des gebildeten Industriellen in der kleinen Kammer im Herzen der Universität nicht nur gelegentlich von Fotografen gestört, die die Büchergestelle als Hintergrund für intellektuelle Porträtfotos schätzen.

1965 erfuhr das Bodmerhaus grössere Veränderungen: Ein Umbau machte aus dem

Wohnhaus ein repräsentatives Universitätsgebäude. Da das Haus keine architektonischen Besonderheiten aufzuweisen hat, stand damals zur Diskussion, ob es neueren Gebäuden Platz machen solle. Die Antiquarische Gesellschaft setzte sich jedoch vehement dagegen ein. «Das Bodmerhaus ist ein Kulturdenkmal ersten Ranges, wie Zürich kein bedeutenderes aufzuweisen hat», schrieb sie dem Regierungsrat. Es sei zu erhalten, denn «unser kleines Land ist arm an solchen durch den Geist seiner Bewohner geweihten Stätten». Nicht nur Naturdenkmäler solle man bewahren, sondern auch «geistige Güter». Als die Schweizerische Rückversicherungsgesellschaft die Renovationskosten übernahm, die so hoch budgetiert waren, dass sie das Parlament wohl kaum bewilligt hätte, stand diesen Plänen nichts mehr im Weg.

Keine Mühe war zu gross, die Traditionsverbundenheit der zukünftigen Erinnerungsstätte zu betonen: Es wurden antike Möbel gekauft, und manche Einrichtungsgegen-

stände wurden eigens nach alter Technik hergestellt, wie etwa die handbedruckten leinenen Vorhänge und Tapeten. Einige Räume wurden für die Beherbergung von Universitätsgästen reserviert. Zwei dieser Zimmer seien sehr gut ausgestattet, heisst es in einem damaligen Bericht, «ein drittes ist eher klein und bescheidener eingerichtet, so dass es am ehesten für einen Oberassistenten geeignet ist». Die Gästezimmer sind inzwischen längst zu Büros geworden, doch ihre Vergangenheit erklärt, warum Prorektor Udo Fries in seinem Büro ein eigenes Badezimmer hat.

Goethe und Thomas Mann

Die Personen, die heute im Bodmerhaus arbeiten, loben alle ihren Arbeitsort. Susanne Blißgenstorfer, die Stabstellenleiterin des Prorektorates Lehre, die vor einigen Jahren die Geschichte des Hauses akribisch recherchiert hat, sagt: «Ich habe eines der schönsten Büros der Stadt. Das Wissen, wer schon alles in diesem Haus gewesen ist, wirkt beflügelnd

und die Aussicht ist wunderbar.»

Eine mit einem weichen, roten Läufer belegte Treppe führt hinauf in den zweiten Stock. Unterwegs begleitet einen eine «Ahnengalerie» aus Fotografien von Thomas Mann in verschiedenen Lebensaltern; er ist ein weiterer Dichter, der in diesem Haus der Literatur «wohnt»: Seine Erben vermachten seinen literarischen Nachlass der ETH, die sich deshalb seit 1961 im zweiten Stock des Bodmerhauses eingemietet hat. Dort, im Thomas-Mann-Archiv, kann der Nachlass eingesehen und sein originalgetreu nachgestelltes Arbeitszimmer bewundert werden.

Mittelpunkt der Ausstellung ist der legendäre Mahagonischreibtisch, ein riesiges Möbelstück, das Mann vor dem Ersten Weltkrieg in München kaufte und das ihn auf seiner Flucht vor den Nazis nach Küsnacht, Kalifornien und wieder zurück in die Schweiz begleitete. Darauf sind heute zahlreiche Gegenstände genau so arrangiert, wie es auf Fotos des Schreibtisches zu sehen ist:

Musentempel:

Im 19. Jahrhundert war das Nebengebäude des Bodmerhauses – das so genannte «Schnäggli» – das Malatelier Ludwig Vogels. Heute ist es der Sitz der unicommunication, der Kommunikationsstelle der Universität.



Offenbar hat Mann selber seinen Arbeitsort schon museal inszeniert. Die Gegenstände haben alle ihre Geschichte und ihre Bedeutung: Zwei Kerzenhalter «zu Häupten des Manuskripts» verweisen auf das Vorbild Schiller, erklärt Archivmitarbeiterin Katrin Bedenig, die durch die Ausstellung führt.

Wer noch einen Stock höher steigt, gelangt in eine Dachmansarde, die «Goethezimmer» genannt wird. Sie steht leer, denn sie müsste renoviert werden, wollte man sie brauchen, und dazu fehlt das Geld. Ob Goethe je hier war, ist unbekannt. Gewohnt hat er bei seinen Besuchen in den Jahren 1775 und 1779 jedenfalls nicht bei Bodmer, sondern bei dessen Schüler Lavater. Sicher ist, dass ihm die Aussicht aus der Mansarde gefallen hätte, denn er war auf der Durchreise für eine Fahrt auf den Gotthard, und der Blick in die Alpen liess Sehnsucht in ihm aufkommen: «Wir (...) priesen ihn (Bodmer) glücklich, dass er als Dichter, der patriarchalischen Welt angehörig und doch in der Nähe der höchst gebildeten Stadt

eine wahrhaft idyllische Wohnung zeitlebens besessen und in hoher freier Luft sich einer solchen Fernsicht mit stetem Wohlbehagen der Augen so lange Jahre erfreut habe.» Aus dem Fenster sehe man den See und «mit grösster Sehnsucht» in der Ferne auch «die blaue Reihe der höheren Gebirgsrücken».

Beschauliche Gartenidylle

Wer den Blick von Bergen und See losreissen kann, sieht aus dem Mansardenfenster auch das Nebengebäude des Bodmerhauses, das wegen seiner (nicht mehr erhaltenen) Wendeltreppe «Schnäggli» heisst. Durch den herbstlichen Garten geht es zum kleinen Riegelhaus, an dessen Veranda Brombeeren ranken. Unter einem Baum stehen ein Gartentisch und vier Stühle, an der Türe des «Schnäggli» klemmt Post für die unicommunication, die Kommunikationsstelle der Universität, die dort arbeitet. Aus der Stadt tönt Verkehrslärm herauf, und durch das Gebüsch ist eine Betonmauer zu erkennen, die sich bei näherem

Hinblicken als Ecke des Mensagebäudes entpuppt.

Heute steht das romantische Häuschen voll modernster Technik für die Arbeit der Kommunikationsstelle; im 19. Jahrhundert hingegen war das «Schnäggli» das Atelier des Malers Ludwig Vogel. Sein Vater, der Zuckerbäckermeister und Ratsherr David Vogel, nannte die beliebteste Konditorei Zürichs sein eigen und war damit zu Wohlstand und Ansehen gekommen, denn nicht erst mit Luxemburgerli kann man ansehnliche Vermögen erwirtschaften. 1811 verkaufte Vogel sein Geschäft an Bäcker Sprüngli, erwarb das Bodmerhaus samt Umschwung und Nebengebäude, und die Familie Vogel zog von der Marktgasse aufs Land.

Der Sohn Ludwig war 1808, nach einer Bäckerlehre im elterlichen Geschäft, nach Wien gereist, wo er fünf Jahre lang Confiserie und Malerei studierte. Inzwischen hatten seine Eltern das «Schnäggli» zum Atelier ausgebaut, denn der Sohn sollte sich, zurück in Zürich, voll und ganz der Kunst wid-

men können. Er benutzte das Gebäude den Rest seines Lebens als Arbeitsort, wo er seine Bilder einer ländlich-bäuerlichen Schweiz malte, die Aussicht genoss, am warmen Ofen las und Freunde wie beispielsweise Gottfried Keller empfing. Das Bodmerhaus blieb bis 1912 im Besitz der Nachkommen der Familie Vogel, dann kaufte es der Kanton.

Dass das «Schnäggli» genauso wie das Bodmerhaus unter Heimatschutz steht, ist einem späteren Bewohner zu verdanken: Der Kanton vermietete es von 1914 bis 1969 dem Strafrechtsprofessor Hans Felix Pfenninger, der sich für die Erhaltung einsetzte, als 1969 diskutiert wurde, ob es der neuen Mensa weichen sollte. Das «Schnäggli» steht deshalb immer noch, und so kann man auf der Veranda sitzen und darüber sinnieren, ob Goethe tatsächlich hier seinen Urfaust geschrieben hat, wie behauptet wird; und wie es wohl wäre, so wie Ludwig Vogel ein solches Schneckenhaus und alle Zeit der Welt für seine Arbeit zu haben. *Tanja Wirz*

Gott und Milgram

In einem Experiment vermittelte der Psychologe Milgram seinen Testpersonen den Eindruck, sie hätten anderen Menschen mit Elektroschocks massive Schmerzen zugefügt. Auch wenn das Konzept solcher Versuche eine altehrwürdige biblische Tradition hat, bleiben sie für uns ethisch fragwürdig.

Fundamentalistische Bibel-Exegeten versuchen uns weiszumachen, all die zahllosen Fossilien, die eine lange Entwicklungsgeschichte des Lebens auf diesem Planeten belegen, seien von Gott bei der Erschaffung der Welt vor etwa 5000 Jahren als bewusste Falsifikate erst geschaffen worden, um unseren unverbrüchlichen Glauben zu prüfen. Nun konnte sich Einstein bekanntlich nicht vorstellen, dass Gott würfelt – ich vermag nicht zu glauben, dass er lügt; denn was wäre das absichtsvolle Herstellen falscher Indizien anderes als Lüge?

Hier nun stellt sich eine Frage der Ethik, die sich in analoger Weise auch den Experimentalpsychologen immer wieder stellt, ist doch die Psychologie ein Fach, das nicht nur die Rechte menschlicher Erkenntnis immer wieder zu überschreiten versucht, sondern auch die Regeln des Anständigen. Zu Recht berüchtigt ist die Geschichte vom kleinen Albert, dem eine Phobie vor weissen Ratten ankonditioniert wurde, nicht minder problematisch aber auch die Sache in Harvard, wo, wie gelegentlich kolportiert wird, Leute im psychologischen Laboratorium gefoltert worden sein sollen. Tatsächlich wurde da niemandem auch nur ein Haar gekrümmt; aber es wurde in der Tat Versuchspersonen der Eindruck vermittelt, sie hätten anderen Personen mit Elektroschocks massiv Schmerzen zugefügt.



Rembrandt (1606–1669)
«Isaaks Opferung».
(Alte Pinakothek, München)

Die Macht der Autorität

Dieses nach seinem Erfinder so genannte Milgram-Experiment sollte aufzeigen, wozu Menschen imstande sind, wenn sie von Autoritätspersonen dazu aufgefordert werden, als sei das Erteilen von Elektroschocks die selbstverständlichste Sache der Welt. Man mag solche Menschen-Versuche aus heutiger Sicht für fragwürdig halten (um noch ein milderer Adjektiv zu verwenden); und vermutlich käme Milgram mit seinem Versuchsplan heute schwerlich noch bei einer Ethik-Kommission durch; aber zu seiner Ehrenrettung sollte gesagt werden, dass das Experiment eine altehrwürdige Tradition hat. Das Konzept dieser Art von Versuchen am lebenden Menschen wurde von keinem Geringeren

als Gottvater selbst erfunden, als er den Stammvater seines auserwählten Volkes ohne Umschweife aufforderte, seinem einzigen Sohn die Kehle durchzuschneiden. (Und man darf sich fragen, welche Ethik-Kommission ihm wohl diese Sache hat durchgehen lassen...)

Nun müssen Versuchsarrangements nicht immer so drastisch sein wie die beschriebenen; aber Psychologen sind in der Tat darauf angewiesen, ihre Versuchspersonen in vielen Fällen über ihre wahren Absichten und Ziele zunächst im Unklaren zu lassen, sie gar zu täuschen, um gerade diese Ziele nicht von vornherein zu vereiteln. Täuschungen sind gelegentlich notwendige Bestandteile jener erfundenen Szenarien, mit deren Hilfe Dinge herausgefunden werden sollen, die man auf anderem Wege nicht herausfinden könnte. Das rechtfertigt freilich nicht alles; aber doch manches. Über die Grenzen muss verhandelt werden.

Lakonische Bibel

Wie aber steht es in dieser Sache mit Gott? Wieso sollte er, der doch alles weiss, Experimente benötigen? – Wenn er aber schon von vornherein wusste, dass Abraham seinem Befehl gehorchen würde, warum ihn dann noch zur Ausführung provozieren? Menschlich gefragt: Warum musste er ihm das antun? Wer sollte dabei eigentlich welche Lektion

lernen? Dass es dabei nicht um die Prüfung des Glaubens ging, nehme ich als sichere Prämisse; denn wie sollte Gott etwas erfahren wollen, was er doch schon wusste, nein, Abraham sollte etwas erfahren, was er noch nicht wusste, etwas über Gott und etwas über sich selbst. Und er hat es erfahren, welche Konsequenzen auch immer er daraus gezogen haben mag. Die Bibel ist ja in Motivations-sachen oft ein wenig lakonisch.

Wie auch immer: Gott und Milgram sind am Ende zu einem vergleichbaren Resultat gelangt, wenn auch wohl zu einer unterschiedlichen Bewertung. Gott scheint die Tatbereitschaft Abrahams ganz in Ordnung gefunden zu haben. Milgram war von den, wenn auch nur fiktiven, Taten seiner Versuchspersonen weit weniger erbaut.

Ich kann das nachvollziehen, erinnere ich mich doch an das namenlose Entsetzen, das mich erfasste, als meine Religionslehrerin den alten Patriarchen über den Schellenkönig zu loben begann. Es gelang ihr mitnichten, damit mein verstocktes und zutiefst verstörtes Gemüt zu erreichen; denn ich hatte mich an Isaaks Stelle gefühlt. – Und ich frage mich noch heute, welche dauerhaften psychischen Beschädigungen der arme Junge von dieser Scheinhinrichtung davongetragen haben mag. Damals bin ich zum Gnostiker geworden. Das führt uns zurück zur Frage der Ethik, zur Frage, ob in didaktischen und experimentellen Kontexten wirklich alles erlaubt ist. Ich denke, uns Menschen jedenfalls nicht.

Wolfgang Marx

