

LOUISE BOURGEOIS *Cell VII*, 1998

## permutationen reinen schmerzes. zum problem des schmerzes ohne läsion – von der geburt der klinik bis zur dekade des gehirns

nicolas langlitz

### geburtsfehler der klinik

Inmitten des Terrors der Französischen Revolution suchte der Pariser Arzt Marie François Xavier Bichat im Inneren der Körper seiner verstorbenen Patienten nach den Ursachen jener klinischen Symptome, von denen sie zu Lebzeiten betroffen gewesen waren. Sein Rat an die Kollegen: »Öffnen Sie einige Leichen: alsbald werden Sie die Dunkelheit schwinden sehen, welche die bloße Beobachtung nicht vertreiben konnte.«<sup>1</sup> In einer Zeit, bevor Anästhesie und Narkose feste Bestandteile chirurgischer Praxis geworden waren, konnte er jedoch mitunter auch am Lebenden lernen. Zum Beispiel von einem Patienten, dem bei vollem Bewusstsein ein Bein durch Bichats Lehrer Pierre-Joseph Desault amputiert worden war. Der Mann erkundigte sich, warum ihm das Durchtrennen der Haut, das Zerschneiden der Muskeln und Nerven sowie das Zersägen der Knochen fühlbar unterschiedliche Schmerzen bereitet habe. Bichat – nicht zuletzt sensibilisiert durch derartige Beschreibungen – erkannte binnen Kurzem, dass sich eine Vielzahl subjektiv erlebter Schmerzarten verschiedenen Gewebetypen zuordnen ließ.<sup>2</sup> In Zukunft, so hoffte er, würde man anhand der vom Patienten erfahrenen Schmerzen auf den Ort der zugrunde liegenden Läsion oder Schädigung schließen können.

In seinem Buch *Die Geburt der Klinik* hat der französische Philosoph und Historiker Michel Fou-

cault dargelegt, wie sich die Logik medizinischen Denkens und Handelns zu dieser Zeit, also um 1800, tiefgreifend wandelte. Die Entstehung des modernen Krankenhauses und das Aufkommen der pathologischen Anatomie verliehen dem medizinischen Wissen eine neue Form: Während sich das 18. Jahrhundert noch ganz auf die Entzifferung der an der Körperoberfläche sichtbaren Symptome konzentriert hatte, um die Krankheit systematisch beschreiben und einordnen zu können, drang die Klinik nun in die Tiefe des Körpers ein, wo sie Läsionen als ursprüngliche Herde der Krankheit suchte.<sup>3</sup> Die Autopsie toter Patienten sowie Operationen an Lebenden erlaubten es, dem oft zufälligen und selten eindeutigen Ensemble oberflächlicher Symptome die zugrunde liegende krankhafte Veränderung zuzuordnen und somit die Krankheit scheinbar genau zu diagnostizieren.

Doch die klinische Medizin kam Ende des 18. Jahrhunderts mit einem Geburtsfehler zur Welt: dem Schmerz ohne Läsion. Mit der Suche nach den pathologischen Korrelaten der Symptome traten zugleich auch die Grenzen der anatomisch-klinischen Methode zutage. Im Falle mancher Schmerzen fanden sich keine Verletzung und kein Organ, das seinen Dienst nicht mehr tat. Man stand vor einem Symptom ohne Ursache, einem scheinbar sinnlosen Krankheitszeichen, das auf nichts verwies. Doch

woher stammte der Schmerz, wenn sich keine Verletzung oder funktionelle Organstörung nachweisen ließ? Mit diesem Problem »reiner Schmerzen« ringt die moderne klinische Medizin nun seit ihrer Entstehung vor gut 200 Jahren.

#### schmerzen auf der couch

Die Psychoanalyse lässt sich auch als Reaktion auf das Problem des Schmerzes ohne körperliche Schädigung verstehen. Die Krankheit, um die herum sich die Analyse Ende des 19. Jahrhunderts konstituierte, war die Neurose. Den Begriff der Neurose (*névrose*) hatte Bichats Kollege Philippe Pinel bereits 1798 geprägt, um jenes Zusammenspiel von Symptomen zu bezeichnen, die sich nicht auf eine organische Ursache zurückführen ließen. Sigmund Freud und sein Kollege Josef Breuer griffen Pinels Terminus auf und entwickelten daraus eine ganz neue Krankheitslehre und Behandlungspraxis. Körperliche Schmerzen spielten darin von Anfang an eine zentrale Rolle. Schon die erste, noch auf gänzlich unsystematische Weise »psychoanalytisch« behandelte Anna O. (i. e. Bertha Pappenheim) litt an Schmerzen im Gesicht, die sich durch die von Breuer geleitete Talking cure allerdings nicht besserten. Schon bald entwickelten Freud und Breuer eine Theorie, wie es zu den oftmals persistierenden Schmerzerebnissen von Hysterikerinnen wie Pappenheim kam. Ganz im Sinne der klinischen Medizin vermuteten die beiden Wiener Ärzte, dass die Symptome ihrer Patientinnen durchaus auf Läsionen zurückzuführen seien, nur lägen diese nicht im Inneren des Körpers, sondern im Bereich des Seelischen, verursacht durch ein »psychisches Trauma« (ein Begriff, der erst in den sechziger Jahren des 19. Jahrhunderts von der Chirurgie – dort bezeichnete er eine Wunde – in die Psychologie überführt worden war\*). Die Beziehung zwischen psychischer Verletzung und körperlichem Symptom sei eine symbolische. In Bezug auf den Fall Cécilie M. (i. e. Anna von Lieben) erklärt Freud: »Nicht in allen Fällen ist in die Determination des Symptoms durch das psychische Trauma so durchsichtig. Es besteht oft nur eine sozusagen symbolische Beziehung zwischen der Veranlassung und dem hysterischen Symptom. Dies bezieht sich besonders auf Schmerzen. So litt eine Kranke an bohrenden Schmerzen zwischen den Augenbrauen. Der Grund dafür lag darin, daß

sie einmal als Kind von ihrer Großmutter prüfend, »durchbohrend« angeschaut worden war. Dieselbe Patientin litt eine Zeitlang an ganz unmotivierten heftigen Schmerzen in der rechten Ferse. Diese Schmerzen hatten, wie sich herausstellte, Beziehung zu einer Vorstellung, welche die Patientin hatte, als sie zuerst in die Welt eingeführt wurde; es überkam sie damals die Angst, daß sie das »richtige« oder »rechte Auftreten« nicht finden könnte. Solche Symbolisierungen werden von vielen Kranken für eine ganze Reihe von sogenannten Neuralgien und Schmerzen in Anspruch genommen. Es besteht gleichsam eine Absicht, den psychischen Zustand durch einen körperlichen auszudrücken, und der Sprachgebrauch bietet hierfür die Brücke.«<sup>8</sup>

Neben der Konversion psychischer Traumata und Konflikte in physisch erfahrene Pein vermutete Freud auch die Existenz »unbewusster Schmerzen«. Der französische Psychoanalytiker Jean-Bertrand Pontalis hat diese Konzeption anhand einer Fallgeschichte erörtert. Darin beschreibt er, wie sein Patient Simon erst im Laufe seiner Analyse Zugang zu dem psychischen Schmerz gewann, den ihm die Deportation seiner Eltern während des Holocausts verursacht hatte.<sup>9</sup> In diesem Fall sollte die Behandlung nicht vom Schmerz befreien, sondern dem Patienten ermöglichen, diesen überhaupt erst bewusst zu erleben: Psychoanalyse als Anti-Analgesie. Linderung war nicht das Ziel. Um das Trauma bewältigen zu können, musste das Subjekt sich mit seinem Schmerz über den Verlust der Eltern zunächst aktiv auseinandersetzen, indem es die erforderliche Trauerarbeit leistete. Ähnlich wie in der Anekdote Bichats erforscht der Analytiker die pathologische Anatomie der menschlichen Seele durch qualvolle Vivisektion auf der Couch. Auch wenn die Psychoanalyse die Ursachen des Schmerzes aus der Tiefe des Körpers in die Innenräume des Geistes verschoben hat, so bleibt sie doch der Logik der Klinik treu und setzt die Suche nach einer zugrunde liegenden Läsion auf anderem Terrain fort.

#### vom symptom zur krankheit

Zum Bruch mit dem klinischen Denken und seiner Fixierung auf Krankheitsursachen kam es erst mit der Entstehung der Schmerzmedizin Mitte des 20. Jahrhunderts. Hier avancierte das Schmerzereleben vom bloßen Symptom zu einer eigenständigen und

für sich genömmen bewertungswürdigen Krankheit. In diesem Zusammenhang führte man in den vierziger Jahren die Unterscheidung von akutem und chronischem Schmerz ein.<sup>8</sup> Der akute Schmerz blieb weiterhin der Klinik eingeschrieben. Hier galt es nach wie vor, das Übel bei der Wurzel zu packen und die angenommene schmerzverursachende Läsion zu behandeln, statt den Patienten bloß symptomatisch zu therapieren. Doch zugleich wuchs die medizinische Aufmerksamkeit gegenüber all jenen Fällen, in denen die Suche nach einer behandelbaren Ursache fehlschlugen war. Oder es hatte sich etwas Gefunden und erfolgreich behandeln lassen, nur der Schmerz war über die Heilung der Läsion hinaus bestehen geblieben. Die französische Medizinhistorikerin und Soziologin Isabelle Baszanger hat beschrieben, wie aus diesem Scheitern der klinischen Medizin die Schmerzmedizin entstand. Teams von Spezialisten (Ärzte, Psychologen, Pfleger), Institutionen (Schmerzkliniken) und therapeutische Praktiken formierten sich rund um einen neuen medizinischen Gegenstand: die Erfahrung des chronischen Schmerzes. Erstmals wurde das Schmerzereleben nicht mehr als Symptom gewertet, sondern als eigenständige Krankheit verstanden. Statt weiterhin nach einer objektivierbaren Ursache im Inneren des Körpers zu fahnden, rückte nun die subjektive Erfahrung des Patienten in den Mittelpunkt ärztlicher Aufmerksamkeit. Hier musste die medizinische Intervention ansetzen.<sup>9</sup>

Im Unterschied zur Psychoanalyse ging es dabei aber nicht um tiefenpsychologisches Aufdecken und Durcharbeiten verdrängter Traumata. Stattdessen ging man eine Allianz mit Behaviorismus und Verhaltenstherapie ein, die sich ebenfalls auf unmittelbar wahrnehmbare Äußerungen des menschlichen Innenlebens konzentrierten. Es mag auf den ersten Blick paradox wirken, dass eine Medizin, die eine radikal innerliche Erfahrung wie den Schmerz zu ihrem Gegenstand machte, am äußerlichen Verhalten ansetzte. Doch die Strategie dieser therapeutischen Arbeit zielte nicht auf Heilung ab, sondern auf sogenanntes Pain Management: die Einübung eines neuen Umgangs mit dem chronifizierten Schmerz im Alltag. Es galt, mit dem Schmerz als situativ unangenehmem Verhalten leben zu lernen.<sup>10</sup>

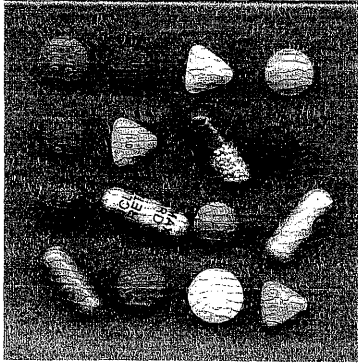
Zu diesem Zweck muss die Doublette von Erfahrung und Verhalten zunächst als Feld therapeutischer

Interventionen konstituiert, der Schmerz formbar gemacht werden. Der Patient wird angeleitet, von einer Wahrnehmung seines Schmerzes als ausschließlich im Körper verortetes Phänomen zu einem Verständnis zu gelangen, das die Situationsabhängigkeit des Schmerzes berücksichtigt. Detaillierte, in einem Schmerztagbuch aufgezeichnete Selbstbeobachtungen sollen sein Aufmerksamkeitsfeld erweitern. Der Schmerz wird so in eine Reaktionsabfolge eingeschrieben: Was löst ihn aus, wodurch wird er verstärkt? Der Kranke soll lernen, wie er persönlich auf bestimmte Situationen reagiert. Dadurch wird ein Raum für mögliche Interventionen geschaffen, in dem nicht der isolierte Schmerz, sondern die situationsabhängige Erfahrung der Person in den Blick genommen wird. Denn es ist die gesamte Person, die von durchdringenden Schmerzen gequält und verformt worden ist. In diesem Prozess wird der Patient angeleitet, sich als ein Mensch zu verstehen, der zu übersteigerten Reaktionen auf bestimmte Reize und Herausforderungen neigt. Diese Selbstbeobachtung ermöglicht eine Distanzierung vom eigenen Erleben, was wiederum die Basis für den Einsatz verschiedener Selbsttechniken schafft: Entspannungsübungen, Biofeedback, systematische Desensibilisierung, Stress-Management usw. Neben diesen verhaltenstherapeutischen Maßnahmen lernt der Patient, an seinen Denkprozessen zu arbeiten und bestimmte Gedanken immer dann zu mobilisieren, wenn eine Schmerzattacke unmittelbar bevorsteht. Er muss sich darin üben, seine exzessiven Reaktionen zu kontrollieren und sich in das Alltagsleben einzupassen. Ziel dieser Strategie ist es, über kognitiv-behaviorale Interventionen auf das Erleben einer Person zurückzuwirken, ein verändertes Außen in das Innere einzufalten.<sup>11</sup>

Diese Art des Pain Management unterscheidet sich von früheren Formen patientenzentrierter Medizin wie der Psychoanalyse dadurch, dass hier kein authentisches Selbst erschlossen werden soll, sondern eine irreduzible und undurchdringliche, aber formbare Subjektivität vorausgesetzt wird. Der Arzt versucht nicht, die Worte seines Patienten auf eine tiefere Bedeutung hin zu interpretieren. Vielmehr behandelt er ihn als autonomes Individuum, indem er Behandlungsoptionen aufzeigt, die Entscheidung aber dem Betroffenen selbst überlässt. Anstelle einer psychotherapeutischen Herangehensweise, die zum

Woher stammt der Schmerz, wenn sich keine Verletzung oder funktionelle Organstörung nachweisen lässt? Mit diesem Problem »reiner Schmerzen« ringt die moderne klinische Medizin nun seit ihrer Entstehung vor gut 200 Jahren.

Das Hirn fungiert als blinder Fleck der Schmerzwahrnehmung. Es ist als Organ selbst nicht schmerzempfindlich, und doch ermöglicht es uns überhaupt erst, Schmerzen zu erfahren.



PHARMACOPŌIA. *One for the Road*, 2003, Detail +s.204

Geheimnis des Subjekts vorzudringen sucht, erscheint der an chronischen Schmerzen leidende Kranke in der Schmerzmedizin als unlösbares Rätsel.<sup>12</sup> Doch diesem Rätsel und seiner praktischen Lösung nähert man sich in jüngster Zeit auch noch aus einer ganz anderen Richtung.

#### neurobiologisierung des schmerzes

Die zeitgenössische Schmerzmedizin befasst sich mit einem breiteren Spektrum von Schmerzen als dem chronischen Schmerz allein und kann in ihrem therapeutischen Instrumentarium nicht auf Verhaltens- und Kognitionstherapie reduziert werden. Auch die Behandlung akuter und anhaltender Schmerzen mit Läsion – im Falle von Krebserkrankungen zum Beispiel – fallen in ihr Ressort. Die Palette von Therapieformen hat sich ebenfalls verbreitert und reicht inzwischen von Akupunktur bis Motorkortex-Stimulation. Zentraler Bestandteil beinahe jeder Schmerztherapie ist die pharmakologische Intervention. Mit unterschiedlichen Medikamenten kann auf verschiedenen Ebenen in die Schmerzwahrnehmung eingegriffen werden: von den peripheren Schmerzrezeptoren über Verschaltungen der Schmerzbahn im Rückenmark bis hin zu den Schmerzzentren im Gehirn. Dort laufen schließlich alle Schmerzsignale zusammen und steigen ins Bewusstsein auf. Das Hirn fungiert als blinder Fleck der Schmerzwahrnehmung. Es ist als Organ selbst nicht schmerzempfindlich, und doch ermöglicht es uns überhaupt erst, Schmerzen zu erfahren. Hier fallen die verschiedensten Formen des Schmerzerlebens zusammen: Was uns »in der Seele wehtut« und körperlich erfahrene Pein, Schmerzen mit und ohne Läsionen, ja sogar der lediglich mitfühlende Schmerz werden zum Teil in denselben Hirnregionen repräsentiert.<sup>13</sup>

Diese Neurobiologisierung des Schmerzerlebens ist mit einer erneuten Umwertung von Erfahrung einhergegangen. Sahan die klinische Medizin und die in ihr wurzelnde Psychoanalyse in der Erfahrung des Schmerzes nichts als einen Indikator einer tiefer gelegenen Schädigung – sei es im Körper oder in der Psyche –, avancierte das Schmerzerleben in der Schmerzmedizin vom bloßen Symptom zu einer eigenständig behandlungswürdigen Krankheit.

Spätestens seit der von George H. W. Bush im Jahre 1990 proklamierten »Dekade des Gehirns«<sup>14</sup>

hat sich allerdings noch einmal eine neue Perspektive eröffnet. War in den Jahren, als der Behaviorismus die Psychologie dominierte, das Problem des Bewusstseins beinahe tabu, erlebt es seit den neunziger Jahren eine Renaissance. Es ist seitdem Gegenstand sowohl der philosophischen Reflexion als auch der neurobiologischen Forschung, welche nun vermehrt das subjektive Erleben von Patienten und Probanden miteinbezieht.<sup>15</sup> Fortschritte in Auflösung, Empfindlichkeit und Messgeschwindigkeit von Neuroimaging-Technologien haben die Hoffnung geweckt, man könne damit dem »Geist bei der Arbeit zuschauen und mentale Prozesse auf das Hirn abbilden.«<sup>16</sup> Diese Entwicklung hat viele Forscher ermutigt, sich – ganz im Geiste der Klinik – auf die Suche nach den neuronalen Korrelaten von Phänomenen zu machen, die dem wissenschaftlich sonst so schwer fassbaren Reich der Subjektivität entstammen. Bewusstes Erleben findet seinen Ort im Gehirn, das auf diese Weise zur Möglichkeitsbedingung jeglicher Schmerzerfahrung wird.

Die philosophische Frage, die an die Jagd nach den Neural Correlates of Consciousness geknüpft wurde, beschäftigt sich mit dem Verhältnis zwischen bewusstem Erleben und Hirnaktivität. Handelt es sich bei den subjektiven Empfindungen um ein reines Epiphänomen neuronaler Prozesse, das selbst funktional bedeutungslos ist? Oder macht es auch biologisch einen Unterschied, ob wir etwas bewusst erleben oder nicht? In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage neu, wie die Erfahrung von Schmerzhaftigkeit in Abwesenheit eines schmerzhaften Reizes zu deuten und zu behandeln ist.<sup>17</sup>

Die Neuformulierung der Konzeption des Schmerzes ohne Läsion vor dem Hintergrund der Hirnforschung lässt sich an einer besonderen Spielart des chronischen Schmerzes verdeutlichen. Wird einem Menschen – wie von Bichats Lehrer Desault – ein Bein amputiert, so fährt der Patient zunächst fort, die schon gar nicht mehr vorhandene Extremität zu spüren, mitunter auch Schmerzen darin wahrzunehmen. Dieses eigenartige Phänomen wird heute damit erklärt, dass die mentale Repräsentation des Beines mit dessen Abtrennung nicht automatisch erlischt. Ihre Tilgung ist ein erst nachträglich einsetzender neuronaler Prozess, der unter bestimmten Bedingungen gestört werden kann. Verselbständigt sich diese mentale Repräsentation, so leidet der

Patient über die akute postoperative Phase hinaus an Schmerzen in der sogenannten Phantomgliedmaße. Auch hier handelt es sich also im Grunde um einen Schmerz ohne Läsion. Denn dieser in einem nur mehr halluzinierten Körperteil erlebte Schmerz hat seinen Sitz im Gehirn.

Wie andere Formen von chronischem Schmerz wird auch der Phantomschmerz häufig mit Psychopharmaka, vor allem mit Antidepressiva, behandelt. Diese Behandlungsstrategie wird seit den sechziger Jahren praktiziert.<sup>18</sup> Dabei ging man zunächst davon aus, dass die antidepressive Wirkung dieser Substanzen helfen würde, den Teufelskreis von Schmerzen, Depressionen und noch mehr Schmerzen zu durchbrechen. Doch neuerdings haben sich die Hinweise verdichtet, dass Antidepressiva zusätzlich eine schmerzstillende Wirkung entfalten, die vom Vorliegen einer klinischen Depression unabhängig ist. Zugleich geht man inzwischen aber auch davon aus, dass Schmerzen und Depressionen zum Teil gemeinsame neurochemische Mechanismen zugrunde liegen.<sup>19</sup> Auch auf neuropsychopharmakologischer Ebene scheinen sich nun seelischer und körperlicher Schmerz zu überlappen. Demnach greifen die Antidepressiva (wie auch andere zentral wirksame Analgetika) direkt an den neurophysiologischen Korrelaten des Schmerzbewusstseins an. Wo keine Verletzung existiert, geht es nun darum, den im Gehirn repräsentierten Schmerz zu therapieren. Statt der fehlenden Läsion wird die mentale Repräsentation behandelt.

#### die neue militanz des homo patiens

Das Subjekt des Schmerzes ohne Läsion hat sich mit den Konzepten, Normen und Praktiken, die es konstituieren, seit der Geburt der Klinik mehrfach gewandelt. Mit dem modernen Krankenhauswesen, in dessen Rahmen sich die klinische Medizin herausbilden konnte, änderte sich auch die Beziehung von Arzt und Patient grundlegend. Während der Arzt durch das Patronagesystem des 18. Jahrhunderts finanziell auf seine überwiegend wohlhabenden Patienten angewiesen war und ständig um seinen guten Ruf bemüht sein musste, konnte der Krankenhausarzt unabhängig von seinem Patientenpublikum agieren, hatte für seinen beruflichen Erfolg doch in erster Linie das Urteil seiner Kollegen Gewicht.<sup>20</sup> Die individuellen Bedürfnisse und das

Zum Bruch mit dem klinischen Denken und seiner Fixierung auf Krankheitsursachen kam es erst mit der Entstehung der Schmerzmedizin Mitte des 20. Jahrhunderts.

Hier avancierte das Schmerzerleben vom bloßen Symptom zu einer eigenständigen und für sich genommen behandlungswürdigen Krankheit.

subjektive Erleben seiner häufig der Unterschicht entstammenden Patienten waren für ihn von zweitrangiger Bedeutung. Beschwerden über Schmerzen, die sich nicht auf eine nachweisbare Krankheit oder Verletzung zurückführen ließen, konnte er gestrotzt ignorieren.

Die Psychoanalytiker hingegen waren (wieder) auf ihre bürgerliche Klientel angewiesen. Deren Leiden ihre ganze Aufmerksamkeit zu widmen, war das Erfolgsrezept der Talking cure. Dabei versprach die Analyse demjenigen, der sich ihr unterwarf, Befreiung von den Zwängen des Unbewussten und den verinnerlichten Fesseln einer bürgerlichen Sexualmoral, deren strenge Anforderungen die Natur des Menschen zu überfordern schienen. Das Unterfangen war zugleich ethischer und medizinischer Natur. Ziel war ein bewusster, aufgeklärter und selbstverantwortlicher Umgang mit Wünschen, Begierden und Trieben. Würden diese verbalisiert statt verdrängt, müssten sie sich nicht länger unter Schmerzen und anderen Symptomen verborgen Bahn brechen.

Auch der verhaltens- und kognitionstherapeutische Ansatz der Schmerzmedizin verlangte vom Patienten eine aktive Arbeit. Sie vollzog sich in einem normativen Spannungsfeld zwischen zwei Polen: auf der einen Seite die Forderung nach Anpassung des Individuums an äußerliche Verhaltensnormen, auf der anderen Seite der distanzierte Respekt des Arztes gegenüber seinem autonomen Patienten. In diesem Kontext wurde der Schmerz als eigenständige Krankheit anerkannt, auf deren Behandlung der Patient ein Recht hat, ohne seine intimsten Geheimnisse preisgeben zu müssen.

Pharmakotherapien psychologischer Probleme, wie Psychoanalyse und Schmerztherapie sie im Falle des Schmerzes ohne Läsion am Werk sehen, wird ein emanzipatorisches Potential hingegen häufig abgesprochen. Eine vom Arzt verordnete Medikation verändert die Funktionsweise des Gehirns und damit das Erleben des Patienten. Das Subjekt erscheint dabei doppelt fremdbestimmt: von einem Mediziner und der (manipulierten) Natur seines Nervensystems. Der Schmerz wird nicht durch eine therapeutisch unterstützte Arbeit an sich bezwungen, sondern mit Hilfe eines rein äußerlichen Eingriffes. Viele Psychotherapeuten befürchten – wohl nicht zuletzt, weil dadurch ihre Ständesinteressen verletzt

werden –, dass die Neurobiologisierung unseres Selbstbildes, die spätestens seit den neunziger Jahren in vollem Gange ist, die Patienten in die Unmündigkeit treibt. Auch wenn dem Schmerz ohne Läsion keine heilbare Ursache im Sinne der Klinik zugeschrieben wird, erhoffen sich an chronischen Schmerzen Leidende, dass der Arzt sie von ihrem Leid befreien wird, indem er auf Ebene der neuronalen Korrelate des Schmerzerlebens eingreift. Da sie glauben, nicht sie, sondern ihr Gehirn sei krank, so wird gewarnt, erwarten die Patienten vom Arzt, ihre Gesundheit medikamentös wiederherzustellen, ohne eigene Verantwortung zu übernehmen.

Es zeichnen sich gegenwärtig aber auch soziale Phänomene ab, die in eine ganz andere Richtung deuten. Die Integration neurobiologischen Wissens in das eigene Selbstverständnis muss nicht notwendigerweise Passivität und Hörigkeit gegenüber wissenschaftlichen und medizinischen Autoritäten nach sich ziehen. Tatsächlich kann daraus auch ein andersartiger, aber nicht weniger selbstverantwortlicher Umgang mit der eigenen Krankheit in Form eines aktiven biopolitischen Engagements erwachsen.<sup>21</sup> Die neunziger Jahre waren nicht nur zur Dekade des Gehirns ausgerufen worden, sondern auch das Jahrzehnt, in dem Patientenorganisationen eine maßgebliche Rolle zu spielen begannen. Der amerikanische Wissenschaftsanthropologe Paul Rabinow hat zur Beschreibung dieser Kollektivbildung von Menschen, die nichts miteinander verbindet als ihr Wissen um bestimmte biologische Faktoren und Krankheitsdispositionen, den Begriff der Biosozialität geprägt.<sup>22</sup>

Wie viele Bevölkerungsgruppen, die von chronischen Krankheiten betroffen sind, haben sich auch Schmerzpatienten in Form von Interessengruppen miteinander vernetzt. Das wichtigste Medium der Biosozialisation ist das Internet, dessen Entstehung zeitlich nicht zufällig mit der von Patientengruppen zusammengefallen ist, hat es doch den Zugang zu medizinischem Fachwissen demokratisiert und eine Infrastruktur geschaffen, die es einander fremden, weit auseinander lebenden Individuen ermöglicht, sich auszutauschen und ihre Aktivitäten zu koordinieren. Eine Vielzahl von Websites für die Betroffenen jedes erdenklichen Schmerzsyndroms gibt darüber Auskunft. Allein im Bereich chronischer Schmerzen reicht das Spektrum von der Seite der

American Chronic Pain Association und der Chronic Pain Support Group über Websites von lokalen Selbsthilfegruppen zu solchen von Einzelpersonen.<sup>23</sup> Diese erfüllen eine Vielzahl von Funktionen. Chatrooms bieten die Möglichkeit, aus der Isolation auszubrechen und sein Leid mit anderen zu teilen. Man erhält Tipps, um an wohlfahrtsstaatliche Unterstützung zu gelangen, tauscht Erfahrungen bezüglich effektiver Pain-Management-Strategien aus und organisiert sich als Lobby, um besser für seine Interessen eintreten zu können. Es geht vor allem darum, sich für die Förderung der Forschung stark zu machen und um legalen Zugang zu Pharmaka zu kämpfen, die sich in informell (und mitunter illegal) durchgeführten Selbstexperimenten bewährt haben und unter Schmerzpatienten als therapeutisch wirksam gelten. Da es sich bei vielen dieser Substanzen um Narkotika und andere verbotene bzw. streng kontrollierte Stoffe handelt und die von chronischen Schmerzen gequälten Patienten häufig keine medizinisch objektifizierbare Ursache ihres Leidens aufzuzeigen vermögen, kommt es darüber nicht selten zu Konflikten mit staatlichen Behörden wie Arzneimittelzulassungsstellen oder der Drug Enforcement Agency, die den amerikanischen War on Drugs anführt.

Der bisweilen militante Aktivismus der Patientengruppen deutet darauf hin, dass die Aneignung und Verinnerlichung biologischen und medizinischen Wissens in diesem Zusammenhang den normativen Raum, in dem Schmerzpatienten sich mit ihrem Leiden auseinandersetzen, umstrukturiert hat. Obwohl sie also gezwungen waren, ihren Schmerz als neurobiologisches Phänomen zu begreifen, zog das bei den Betroffenen weder Fatalismus noch eine unkritische Überantwortung an medizinische Experten nach sich. Stattdessen sind daraus neue Handlungsmöglichkeiten erwachsen, die von Arzneimittelregulierungen, Interessen und Produkten der pharmazeutischen Industrie, dem Aktivismus der Patientengruppen usw. zugleich eröffnet und begrenzt werden. Nervensystem und Erfahrung werden nun als gedoppelter pharmakologischer Interventionsraum begriffen, in dem die »Sorge um sich« eine neue Gestalt annimmt.<sup>24</sup>

Martin Kurthen hat in seinem Buch *Der Schmerz als medizinisches und philosophisches Problem* darauf hingewiesen, dass die unbekümmerte Identifikation

von Schmerzempfindungen mit Gehirnzuständen neu sei: »Nicht Gehirne, sondern Menschen haben Schmerzen.«<sup>25</sup> Er plädiert dafür, der Einbettung des Schmerzes in eine durch Sprache und soziale Praktiken strukturierte Lebensform Rechnung zu tragen. Diese Lebensform wird jedoch zunehmend von Elementen neurobiologischen und psychopharmakologischen Wissens und Tuns durchsetzt, die psychoanalytisch und verhaltenspsychologisch orientierte Denk- und Handlungsweisen zum Teil ersetzen, vor allem aber komplexe, zuvor so nicht da gewesene Verschränkungen mit ihnen eingehen. »Mensch« und »Gehirn« stehen dabei nicht in einem Gegensatz zueinander. Eher hat die Figur des Menschen als *l'homme neuronal* (Jean-Pierre Changeux) eine neue Gestalt angenommen. Auch nach dessen Einschreibung in die Neurowissenschaften und ihre implizite Anthropologie dürfte der Schmerz ohne Läsion im 21. Jahrhundert ein Problem bleiben, das weiterhin überraschende Antworten generiert.

Für die zahlreichen Anregungen, kritischen Kommentare und Ermüthigungen zu »mehr kluger Einfachheit« danke ich Donya Ravasani, Felix Hasler und Boris Queudnow, Carlo Caduff, Katrin Solhdju und Jennifer Windt sowie Torsten Passie und Daniela Simon.

1 MICHAEL FOUCAULT *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, Frankfurt a. M. 1988, S. 160f.  
 2 ANDREW HODGKISS *From Lesion to Metaphor. Chronic Pain in Britain, French and German Medical Writings, 1800–1914*, Amsterdam 2000, S. 30f.  
 3 FOUCAULT *Die Geburt der Klinik*, S. 137–161.  
 4 JAN HACKING *Multiple Persönlichkeiten. Zur Geschichte der Seele in der Moderne*, Frankfurt a. M. 1996, S. 242. Zur verwandten Konzeption der »Krankheit ohne Materie« vgl. auch ALEXANDRE MÉTRAUX »Metamorphosen der Hirnwissenschaft. Warum Signum und Freud's Entwurf einer Psychologie aufgegeben wurde«, in: *Ezec Cortex. Beiträge zur Geschichte des modernen Gehirns*, hg. v. Michael Hagner, Göttingen 1999, S. 75–109, bes. S. 84–91.  
 5 SIGMUND FREUD »Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene (Vortrag, 1893)«, in: ders., *Gesammelte Werke, Nachtragsband*, Frankfurt a. M. 1978, S. 189f.  
 6 DERS. »Das Ich und das Es«, in: ders., *Gesammelte Werke, Bd. XIII*, Frankfurt a. M. 1940 ff., S. 230.  
 7 JEAN-BERTRAND FONTAINE »On Psychic Pain«, in: *Frontiers in Psychoanalysis. Between the Dream and Psychic Pain*, London 1981, S. 194–205.  
 8 Akteur und chronischer Schmerz unterscheiden sich jedoch nicht ausschließlich – wie die Ausdrücke nahelegen – durch ihre Dauer, sondern auch physiologisch infolge der Anpassung des Organismus an die ständige Schmerzreaktion. Vgl. ISABELLE BASZANGER *Inventing Pain Medicine. From the Laboratory to the Clinic*, New Brunswick: 1998, S. 89.  
 9 Ebd., S. 1–16 und S. 4f. Diese sich in den fünfziger Jahren vollziehende Rückkehr von der Klinik im Sinne Foucaults zu einer patientenzentrierten Medizin wurde zuerst von David Armstrong beschrieben. Dabei handelt es sich natürlich nicht um eine totale Wende, sondern um eine Wiedererziehung und Rekonfiguration von Elementen, die vor der Entstehung

Nervensystem und Erfahrung werden als gedoppelter pharmakologischer Interventionsraum begriffen, in dem die »Sorge um sich« eine neue Gestalt annimmt.

der Krankheitsmedizin eine maßgebliche Rolle gespielt hatten, in den neu entstandenen und eng umschriebenen Bereich der Schmerzmedizin. Dennoch ist und bleibt moderne Medizin primär klinische Medizin. DAVID ARMSTRONG »The Emancipation of Biographical Medicine«, in: *Social Science & Medicine, Medical Psychology & Medical Sociology* 13 A (1979), S. 1–8; sowie dets.

»The Patient's View«, in: ebd., 18 (1984), S. 737–744.

10 BASZANGER *Inventing Pain Medicine*, S. 92f.

11 Ebd., S. 190–234.

12 Ebd., S. 226f.

13 PHILIP JACKSON, PIERRE RAINVILLE, JEAN DECETY »To what extent do we share the pain of others? Insight from the neural bases of pain empathy«, in: *Pain* 123 (2006), S. 5–9. TANIA SINGER, BEN SEYMOUR, JOHN O'DONOVAN, HOLGER KAUBE, RAYMOND DOLAN, CHRIS FRITH »Empathy for Pain Involves the Affective but not Sensory Components of Pains«, in: *Science* 303, 20. Februar 2004, S. 1157–1162.

14 GEORGE H.W. BUSH »Presidential Proclamation 6558« (1990), [www.loc.gov/brain/proclsim.html](http://www.loc.gov/brain/proclsim.html).

15 JEFFREY GRAY *Consciousness: Creeping up on the Hard Problem*, Oxford 2004. S. V; SYLVE KÄRMER »Einleitung«, in: *Bewusstsein. Philosophische Beiträge*, hg. v. diess., Frankfurt a. M. 1996, S. 9–15, hier S. 10.

16 MICHAEL HAGNER »Der Geist bei der Arbeit. Überlegungen zur visuellen Präsentation cerebraler Prozesse«, in: *Anatomie medizinischen Wissens. Medizin. Macht. Moleküle*, hg. v. Cornelius Borch, Frankfurt a. M. 1996, S. 259–286; vgl. auch SIMON COHN »Increasing resolution, intensifying ambiguity: an ethnographic account of seeing life in brain scans«, in: *Economy and Society* 33 (2004), Nr. 1, S. 51–76; JOSEPH DOMIT *Picturing Personhood: Brain Scans and Biomedical Identity*, Princeton 2004. Viele Jahrzehnte, bevor man die Arbeit des Geistes mit der entfaltenden Schönheit bunter PET-Bilder und verwandter Neuroimaging-Verfahren zu verbinden begann, wurde sie mit Hilfe der Elektroenzephalografie (EEG) aufgezeichnet. Vgl. CORNELIUS BORCK *Hirnströme. Eine Kulturgeschichte der Elektroenzephalografie*, Göttingen 2005.

17 Eine eingehende Auseinandersetzung mit den philosophischen Konsequenzen solcher Dissoziationsphänomene findet sich bei NIKOLA GRAHNE *Feeling Pain and Being in Pain*, Oldenburg 2001.

18 Wobci die Regulierungsbehörden die Anwendung von Antidepressiva speziell zur Linderung neuropathischer Schmerzen erst in jüngster Zeit zugelassen haben.

19 JUAN MIGÓ, DARIUS ARDID, ESTHER BERRACOSO, ALAIN ESCHALLER »Antidepressants and pain«, in: *Trends in Pharmacological Sciences* 27 (Juli 2006), Nr. 7.

20 NICHOLAS JEWSON »The Disappearance of the Sick-man from Medical Cosmology, 1770–1870«, in: *Sociology* 10 (1976), S. 225–240; JENS LACHMUND, GUNNAR STOLLBERG »The Doctor, his Audience, and the Meaning of Illness. The Drama of Medical Practice in the Late 18th and Early 19th Centuries«, in: *The Social Construction of Illness. Illness and Medical Knowledge in Past and Present*, hg. v. diess., Stuttgart 1993.

21 Vgl. NIKOLAS ROSE »Neurochemical Selves«, in: *Society* 41 (2003), Nr. 1, S. 46–59; dets.: »The Neurochemical Self and its Anomalies«, in: *Risk and Morality*, hg. v. R. ERICSON, Toronto 2003, S. 407–437; NIKOLAS ROSE, CARLOS NOVA »Biological Citizenship«, in: *Global Assemblages. Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, hg. v. Stephen Collier u. Aihwa Ong, London 2005, S. 439–465.

22 PAUL RABINOW »Artificialität und Aufklärung. Von der Soziobiologie zur Biosozialität«, in: *Anthropologie der Vernunft. Studien zu Wissenschaft und Lebensführung*, Frankfurt a. M. 2004, S. 129–152. Fallstudien zum Phänomen der Biosozialität finden sich in dem Band *Genetics, Biosociality and the Social Sciences. Making Biologies and Identities*, hg. v. Carlos Novas u. Saira Gibbon, London 2007, sowie THOMAS LEMKE *Veranlagung und Verantwortung. Genetische Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Schicksal*, Bielefeld 2004. Für eine

Diskussion des Konzepts der Biosozialität vgl. auch HACKING »Genetics, Biosocial Groups & the Future of Identity«, in: *Dialectics*, Fall 2006, S. 81–95.

23 American Chronic Pain Association: [www.theacpa.org](http://www.theacpa.org);  
Chronic Pain Support Group: [www.chronicpainsupport.org](http://www.chronicpainsupport.org);  
Ed's Chronic Pain Site: [members.tripod.com/~EAT\\_2/index\\_2.html](http://members.tripod.com/~EAT_2/index_2.html).

24 Vgl. FOUCAULT *Die Sorge um sich. Sexualität und Wahrheit* 3, Frankfurt a. M. 1989.

25 MARTIN KURTHEN *Der Schmerz als medizinisches und philosophisches Problem. Anmerkungen zur Spätphilosophie Ludwig Wittgensteins und zur Leib-Seele-Frage*, Würzburg 1984, S. 92 und S. 97.

## den schrei malen. zwischen ästhetik und anästhetik in der zeitgenössischen kunst

catherine nichols

Wenn man den Schmerz betrachtet, oder vielmehr, wenn man die *Betrachtung des Schmerzes* betrachtet, dann ergibt sich eine Frage, die, um ein schönes Wort Nietzsches zu gebrauchen, einen stets so treu begleitet wie ein Hund – eben wie der Schmerz selbst. Untrennbar verknüpft mit dem Phänomen und der Erfahrung von Sinnesempfindungen, der Sinnes-Erfahrung, ist diese Frage entscheidend sowohl für jedes Bemühen, den Schmerz visuell, akustisch oder auf andere sinnlich-erfahrbare Weise wiederzugeben, als auch für jegliche Beurteilung desselben. Mit Blick auf einen Großteil religiöser wie säkularer westlicher Kunstgeschichte, Literatur, Musik und Theater lautet die Frage wie folgt: Wie ließe sich Kunst so (re)präsentieren, dass der Betrachter, der Leser, der Zuhörer – kurz der Rezipient – in die Lage versetzt wird, etwas von diesem prägenden, existentiellen, vermeintlich unbegreifbaren menschlichen Phänomen sinnlich mitzuerfahren? Wenn vom Diskurs über das Schöne und Erhabene ausgegangen wird, könnte dann vielleicht von einer »Ästhetik des Schmerzes« gesprochen werden, wobei *aisthesis*, also die Empfindung, per definitionem das Primäre wäre? Oder sollte besser von einer »Anästhetik« gesprochen werden, wobei die Schmerzempfindung zwar antizipiert, letztlich aber zugunsten anderer Empfindungen wie Abscheu oder Erregung ausgeschlossen wird? Anders gesagt: Kann man, um Francis Bacon zu zitieren, besser den Schrei malen als den Horror?

Das implizit Herausfordernde in Bacons Unterscheidung liegt darin, dass der Schrei als solcher – eine wilde Konvulsion des Körpers, Ausdruck der

Agonie – die Tendenz hat, eine Sublimierungsfunktion innerhalb des formalen Rahmens der Kunst zu erfüllen. Die Auseinandersetzung mit dieser Tendenz kreiste ursprünglich um die Schreie des Laokoon und ist in jenem Diskurs verankert, der aus Johann Joachim Winckelmanns früher Analyse der Skulptur<sup>2</sup> hervorgegangen ist und an die Gotthold Ephraim Lessing polemisch anknüpft.<sup>3</sup> Winckelmann brachte frühzeitig Körper und Sinne als wichtige Partner intellektueller Fähigkeiten für ein Kunstverständnis ein und vertrat die These, Kunst könne nie direkt erscheinen, sondern würde gerade da, wo sie am greifbarsten sei, völlig verschwinden. Während der naive Rationalismus einer Logik der Bezeichnung folge und den Inhalt, den er offenbaren oder erzeugen wollte, offen zeige, setzte sich Winckelmann für eine Logik der »Unbezeichnung« ein, ein ganz bewusst paradoxes Insistieren auf der Abwesenheit des zentralen Inhalts.

Seit Winckelmann die Schwierigkeit formulierte, eine Empfindung zu erzeugen, wird immer wieder versucht, die Dimensionen und den Umfang des Phänomens der »Unbezeichnung« auszuloten. Beispielsweise bevorzugten Lessing und, wesentlich später, Susan Sontag<sup>4</sup> poetische oder narrative Formen – der ihnen eigenen Zeitlichkeit und des größeren Immanenzpotentials wegen – als wirksamere Vehikel, um eine Empfindung des Schmerzes zu vermitteln, im »Auge« des Betrachters Mitgefühl zu wecken. Gilles Deleuze wiederum – bei seinem Versuch, eine auf dem Werk Francis Bacons basierende »Logik der Empfindung«<sup>5</sup> zu entwickeln – würdigt durchaus die Tatsache, dass dessen Figuren gewisser-

merz

DUMONT

schmerz. kunst + wissenschaft  
blume, hürlimann, schnalke, tyradellis [hg.]