

Kulturanthropologische Überlegungen zur Bedeutung des Schmerzes in der versicherungsmedizinischen Begutachtung der Schweiz (Teil 2)

Rüdiger Brinkmann

In Teil 1 (Heft 3/2009, 35–39) wurde unter anderem dargestellt, dass Schmerz bei Repräsentanten mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund möglicherweise unterschiedlich empfunden und – vor allen Dingen – hinsichtlich seiner Bedeutung für die Zumutbarkeit von Erwerbstätigkeit unterschiedlich bewertet wird. Die Kontroverse läuft im Kern auf die Frage hinaus, ob ein nur kulturbedingtes Schmerzverhalten überhaupt ein versichertes Risiko darstellen sollte. In einer homogenen Kultur erübrigt sich der Hinweis auf ein kulturbedingtes Schmerzverhalten. Bezogen auf die Schweiz lautet eine Frage also: Konnte die schweizerische Sozialgesetzgebung jemals davon ausgehen, kulturell homogen zu sein?

Kulturen und Subkulturen en masse

Es fällt nicht in die Kompetenz eines Mediziners, darauf eine fundierte Antwort zu geben. Indes: Allein die Verteilung der (idealierten) urschweizerischen Bevölkerung auf allemannophone, frankophone, italophone und retoromanophone Gruppen lässt Zweifel aufkommen. Die Realität unserer Arbeit als versicherungsmedizinische Gutachter zum hier angesprochenen Thema kulturanthropologischer Aspekte des Schmerzes verweist uns zudem darauf, dass gegenüber dieser oligokulturellen Sozialgesetzgebung der Schweiz Menschen aus höchst unterschiedlichen kulturellen Hintergründen als Versicherte hinzugekommen sind: Türken, Griechen, Serben, Mazedonier, Albaner, Montenegriner, Bosnier, Kroaten, Slowenen, Ungarn, Tschechen, Slowaken, Österreicher, Deutsche, Franzosen, Engländer, Niederländer, Polen, Spanier, Portugiesen, Italiener, US-Amerikaner, Tamilen, Kambodschaner, Thailänder, Vietnamesen. Ich spreche nur von Kulturträgern, die wir im Verlauf von fünf Jahren Begutachtungspraxis und rund 1000 Gutachten in dieser Zeit in unserer vom Volumen her relativ kleinen Institution gesehen haben, und dabei sind noch nicht

einmal alle Kulturträger angeführt, die wir getroffen haben. Und wenn schon die flächen- und bevölkerungsmässig relativ kleine Schweiz in mindestens 4 grosse zumindest sprachlich unterschiedliche Gruppen zerfällt – und bekanntlich zudem in 26 Kantone mit einem gehörigen Mass an Autonomiebestrebungen –, wie ist es dann mit den anderen Kulturträgern? Haben zum Beispiel die Türken eine einheitliche Kultur? Müssen wir nicht mindestens die Kurden, die zwar in der offiziellen türkischen Nomenklatur als «Bergtürken» bezeichnet werden, obwohl sie eindeutig nicht zu den Turkvölkern gehören, von den Türken unterscheiden? Oder wäre es sinnvoller, Repräsentanten der westlich-urbanen Zentren von Istanbul (inzwischen rund 14 Mio. Einwohner, also fast doppelt so bevölkerungsreich wie die Schweiz), Izmir (2,7 Mio.) und Bursa (1,5 Mio.) von den ruralen Repräsentanten aus Zentralanatolien, der nordöstlichen Schwarzmeerküste und Kurdistan zu unterscheiden?

Wir können davon ausgehen, dass wir auch in vielen der anderen erwähnten Länder ganz ähnlich gelagerte Probleme von höchst unterschiedlichen Subkulturen vorfinden. Denken wir zum Beispiel an die neu entstandenen Staaten des Balkans mit ihren ethnischen Minderheiten und unterschiedlichen Sprach- und Religionsgruppen, Menschen aus Sri Lanka mit verschiedenem religiösem Hintergrund und so weiter. Möglicherweise könnte unser Thema dann auch so lauten: Medizinische Aspekte des Schmerzverhaltens bei Armen und Reichen, bei Herrschenden und Unterdrückten. Und wieder eine andere Formulierung könnte lauten: Medizinische Aspekte des Schmerzverhaltens bei Menschen mit und ohne Bildung.

Werfen wir also noch einmal einen Blick auf die Medizin und speziell auf das Schmerzverhalten. Keine andere «Kulturrevolution» hat eine auch nur annähernd so umfassende



Abbildung 1: Kopf einer schmerzerfüllten Frau (Correggio, 1510-1529)

Erkenntnis geliefert wie die vom christlichen Abendland geprägte Neuzeit. Der Durchbruch des naturwissenschaftlich ausgerichteten Denkens der Aufklärung und die damit einhergehende Unterwerfung der medizinischen Wissenschaft führte zu einem seither anhaltenden und immer breiter werdenden Strom systematischer Erkenntnisse über unsere (menschliche) Natur. Die Orientierung an Physik (Physiologie und physikalische Diagnostik) und Chemie (Biochemie, Pharmakologie, Genetik und chemische Diagnostik), an das Experiment und die Mathematik – Letztere gewissermassen als Grammatik der Naturwissenschaften – und die aus diesem Ansatz sich entwickelnde Wissenschaftstheorie brachte eine den Kultur- oder Sozialwissenschaften diametral gegenüberstehende Geisteshaltung mit sich:

Wenn das Lebendige mit allgemein und zeitlos gültigen Gesetzen der Naturwissenschaften erklärbar ist, dann ist damit nicht nur der Grundstein für einen gewaltigen Reduktionismus gelegt, sondern auch noch eine zeitgeschichtsunabhängige Allgemeingültigkeit in unser Verständnis von der lebendigen Natur einbezogen, die soziologische oder kulturalanthropologische Betrachtungsweisen als vorwissenschaftlich seichtes Geschwätz von Geisteswissenschaftlern (im Gegensatz zu Naturwissenschaftlern) erscheinen lässt. So gesehen wurden Versuche, soziologische oder kulturalanthropologische Ansätze in die Medizin zu übernehmen, vom konservativen Block der Ärzteschaft wahrscheinlich so empfunden, als sollten wir zu Schamanismus oder Kräuterméizin zurückkehren. Das waren in den Augen der naturwissenschaftlichen Medizin seichte Ansätze, weil sie keine Tiefe entwickeln konnten. Und Geschwätz war es in den Augen der Naturwissenschaftler, weil scheinbar jeder sagen kann, was ihn richtig dünkt, und es eben keine Sprachregelung beziehungsweise Grammatik (Mathematik) für die Zutageförderung von Erkenntnis gibt.

Körperlicher vs. seelischer Schmerz – ein überholtes Modell

Für den Schamanen oder seine modernen Nachfolger, die Naturheilmediziner, Homöopathen oder wie sie alle heissen mögen sind Regeln der Erkenntnis- und Wahrscheinlichkeitstheorie und daraus abgeleitete Konzepte der Signifikanz von Aussagen («evidenzbasiert») nicht massgebend. Zur Besänftigung der schamanistisch arbeitenden Kollegen sei allerdings schon an dieser Stelle hervorgehoben, dass die naturwissenschaftlich orientierte Medizin trotz aller Erfolge in den naturgesetzlich verortbaren medizinischen Problemen auf Schwierigkeiten stossen muss, wenn historische/zeitgeschichtliche oder psychosoziale/sozioökonomische oder kulturalanthropologische Faktoren für das Verständnis von Krankheitsentstehung und -aufrechterhaltung bedeutsam werden. Genauer gesagt: So lange gerade das Gehirn beziehungsweise das Nervensystem als etwas ausschliesslich im Individuum Vorhandenes verstanden wird, wirkt eine geisteswissenschaftliche Betrachtung der Natur des Menschen veraltet, oder, schärfer formuliert: inadäquat. Das noch sehr junge Fach der transkulturellen Neurobiologie widmet sich genau der Aufhebung dieses nur scheinbaren Widerspruchs.

Wir müssen uns also fragen, ob unsere schulmedizinische Betrachtungsweise und

das dazugehörige, extrem ausgebaute naturwissenschaftlich-medikale System nicht die Basis für ein anderes Rollenverständnis des Kranken verstellen. In einem kulturalanthropologisch erweiterten Modell kann der Kranke die seelischen Aspekte seiner Krankheit viel unangefochtener zulassen und die Bereitschaft aufbringen, sein eigenes Erleben und Verhalten infrage zu stellen und sein Leben zu verändern.

Die unmittelbare Reaktion auf akuten Schmerz, sei er nun körperlich oder seelisch, ist hinsichtlich des dafür zur Verfügung stehenden mimischen, körperlichen, lauthaften und sprachlichen Repertoires durch alle Kulturen ähnlich und wird immer ähnlicher, je jünger der Schmerzgeplagte ist¹. Jedoch wird Schmerzverhalten – also eine komplexe Folge von Reaktionsweisen – schon in der Kindheit kulturell überformt, worauf wir an einem Beispiel aus Neuguinea noch zurückkommen.

Entsprechend dem bisher Gesagten könnte es sinnvoll sein, eine Schmerzreaktion von Schmerzverhalten zu unterscheiden. Die Reaktion wäre dann das kleinste Element eines noch stark im biologischen Repertoire verhafteten Verhaltensmusters. Wir würden erwarten, dass sich Verhaltensmuster mit zunehmender Lebenserfahrung entsprechend den umgebenden kulturellen Normen und auch innerhalb eines Schmerzgeschehens verändern.

Der entscheidende medizinische Aspekt in Hinblick auf die ständigen Diskussionen um Krankheitswertigkeit ist, dass das Phänomen Schmerz durch die naturwissenschaftlich-biologistische Betrachtungsweise dahingehend vereinfacht wurde, dass Schmerz zu einem Symptom definierter Pathomechanismen wurde und diese – und nur diese! – sich mit Methoden der Biomedizin nachweisen/objektivieren lassen. Der Schmerz ohne diese Objektivierbarkeit wird damit zu einem Symptom ohne anerkannte Ursache und gerät so in den Dunstkreis der zweckdienlichen Erfindung, oder er wird als somatoformes Symptom zur Äusserungsform einer psychiatrischen Störung. Die Dichotomisierung des Schmerzes in eine körperliche und eine seelische Dimension ist eine typisch abendländische Betrachtungsweise, die, ausgehend von Descartes, durch die naturwissenschaftliche Medizin gewissermassen zur allein selig machenden Erklärung mutierte. Tatsächlich sind die daraus ent-

wickelten Verständnismodelle auch sehr viel differenzierter als eine naive holistische Betrachtungsweise. In der Zukunft wird diese Dichotomie jedoch wieder überwunden werden müssen.

Der Humanethologe Wulf Schievehövel konnte bei den Eipo (auf Steinzeitniveau lebende Ureinwohner Neuguineas) folgende Beobachtungen machen: Die Schmerzschwelle ist zunächst einmal bei allen Menschen zu Beginn des Lebens im Sinne einer biologischen Konstante etwa gleich. Mit zunehmender kultureller Überformung ändert sich dann bei den Eipo die Schmerztoleranz, indem sich mit zunehmendem Alter ein erstaunlich stoisches Verhalten gegenüber allen «natürlichen» Schmerzen (Verletzungen, Durchnässung und Kälte, Knochenbrüche usw.) entwickelt. Solche Schmerzen führen kaum noch zu Schmerzverhalten und werden vorzugsweise mit Gegenschmerzen (Abreiben mit Brennesseln) behandelt. Hingegen zeigen dieselben Eipo gegenüber «inneren» Schmerzen durch Geschwüre, Infekte, Krebs oder auch seelische Auslöser keinerlei Schmerztoleranz. Neben sichtbaren Zeichen des Schmerzes (Mimik usw.) treten auch noch Symptome der Depression und Resignation sowie eine deutliche Angst vor bösen Geistern auf. Die «Therapie» besteht jetzt in massiver Zuwendung, Hautkontakt und umfangreichen Ritualen, bei denen auch die Ahnen des Erkrankten um Hilfe gebeten werden. Stellen Sie sich nun vor, ein Eipo wäre als Arbeitsmigrant in dieses Land – oder irgendein anderes postindustrielles Land Europas – gekommen und würde hier an einer nach seinem Verständnis «inneren Ursache» erkranken, für die die Schulmedizin keine objektivierbare Erklärung findet und deshalb auf eine psychische Störung schliessen muss, wenn es überhaupt noch eine Störung sein soll! Gerade aber die Besessenheit des Körpers durch böse Geister ist für einen Eipo eine – wenn man so will – körperliche Krankheit. Der Versuch einer psychiatrischen Behandlung muss scheitern.

Dieses Scheitern psychotherapeutischer Bemühungen können wir geradezu regelhaft bei Versicherten mit Migrationshintergrund beobachten. Aus medizinischer Sicht stellt sich deshalb die Frage, ob es sich dabei um einen intrinsischen oder extrinsischen Mechanismus handelt. Zugleich soll damit die Frage nach der Kulturspezifität ansatzweise beantwortet werden.

¹ Frühe Arbeiten von Mark Zborowski (*J Social Issues* 8/4: 16–30, 1952) und Irving K Zola (*Amer Social Review* 31: 615–630, 1966) zeigen, wie Schmerzausdruck bei gleichem klinischem Befund mit zunehmender kultureller Überformung sich wandelt und damit kulturspezifisch wird.

Ein kleines neurobiologisches Experiment

Betrachtet man das folgende Bild, werden darin nur einige Leser auf Anhieb eine Kuh erkennen.



Abbildung 2: Was erkennen Sie auf diesem Bild? (Lösung im Text)

Viele sehen eine liegende weisse Gestalt oder meinen, es mit einer Landkarte zu tun zu haben. Ist das Rätsel allerdings erst einmal gelüftet, wird der nun Eingeweihte hinfort immer eine Kuh sehen. Natürlich kann man weiterhin auch noch andere Dinge hineinsehen, aber es wird nie mehr gelingen, die Kuh nicht mehr zu sehen. Zwischen der primären Sehrinde und einer Hirnregion, die für die Erkennung von Gesichtern und Objekten – und deren Benennung – zuständig ist, ist eine dauerhafte neuronale Beziehung hergestellt worden. Ja sogar individuelle emotionale Zuordnungen zu dem Objekt werden nun durch dieses Bild ausgelöst. Dieses einfache sinnesphysiologische Beispiel zeigt exemplarisch, wie wir uns vorstellen müssen, dass auch soziale Interaktionen durch Sinnggebung der Umgebung zu dauerhaften neuronalen Verknüpfungen werden, die für den Rest des Lebens bestehen bleiben. Diese Sinnggebung findet in den ersten Lebensabschnitten (Kleinkind, Kind, Jugendlicher, junger Erwachsener) statt. Wenn das Schmerzgeschehen nicht in seiner Akutphase – also zu einem sehr frühen Zeitpunkt – als Signal für eine ganzheitliche Befindensstörung wahrgenommen, gedeutet und auf den «richtigen Ebenen» behandelt wird, also der somatischen und der psychischen, kann es rasch chronifizieren – im Sinne eines wiederholten und sich verstär-

kenden Hinweises auf ein Befindensproblem, das aber nie gelöst wird. Personen, die «ohne Befund» bleiben, sind im Rahmen des biomedizinischen Modells nicht behandelbar, auch wenn sie an Schmerzen leiden und

sich krank fühlen. Das betrifft in Allgemeinpraxen immerhin 30 Prozent der Patienten². Man hat diese Patienten auch als die «kranken Gesunden»³ bezeichnet, weil sie sich subjektiv krank fühlen, von Ärzten und Umwelt aber als «simulierend» oder «hypochondrisch» zurückgewiesen werden, worauf die Patienten sehr oft mit einer Verstärkung, Generalisierung und Chronifizierung der Beschwerden und mehrjähriger Suche nach der «richtigen» Diagnose reagieren. Sehr prägnant wurde diese Situation von der Psychotherapeutin Kütemeyer⁴ zusammengefasst: «Schmerz ist immer psychosomatisch; die geschilderte Pein ist körperlich und seelisch zugleich. Bei jedem Schmerz mischt sich eine neurologisch zu verstehende Sensation mit einem affektiven Geschehen (z.B. Angst, Lustgefühl). Beim akuten organischen Schmerz überwiegt der Sensationsanteil, beim psychogenen Schmerz der affektive.» Kütemeyer versteht psychogenen Schmerz als somatisierte Traumaerinnerung: Der organische Schmerz verläuft, bis auf seltene Ausnahmen, akut, episodisch; die Schädigung heilt aus, der Schmerz verschwindet – zumindest zeitweise. Jede paradoxe Schmerzpersistenz oder gar -erweiterung gilt als «psychogen verdächtig», das heisst, das organische Trauma ist längst verheilt, die Schmerzempfindung aber ge-

blieben. Der Schmerz hat seine Warn- und Schutzfunktion verloren, er ist zum «Selbstzweck» geworden und dient dazu, vergangenes (und gegenwärtiges) Leiden «mitzuteilen», das sonst keinen Ausdruck findet. Er hat den Sinn der Leidenserinnerung und -veröffentlichung, der körperlichen Reinszenierung verdrängter Traumata, Affekte und Konflikte. Diese Interpretation deckt sich sehr gut mit unseren umfangreichen Erfahrungen bei Versicherten mit chronischen Schmerzen und anderen nicht objektivierbaren Beschwerden nach Unfall mit Beschleunigungsmechanismus.

Fazit

Es gibt kulturspezifisches Schmerzverhalten. Kulturspezifisches Verhalten wird immer erst in einer anderen Kultur auffällig. Verhalten ist immer intrinsisch und extrinsisch zugleich. Seine Verankerung ist neurobiologisch, also somatisch. Seine Auslösung geschieht sowohl aufgrund äusserer wie innerer Anlässe, weshalb wir am bio-psychosozialen Krankheitsmodell ohne Dichotomisierung in körperlich und seelisch festhalten müssen. Zurzeit können wir die ablaufenden neurobiologischen Prozesse des Verhaltens noch nicht ausreichend gut darstellen, um auf ein ausschliesslich biologisches Krankheitsmodell zurückzukommen. Die Infragestellung kulturspezifischer Anteile im Schmerzverhalten führt zu einer Somatisierung, die dann, weil psychosozial verursacht, je nach Interessenlage als durch Willensanstrengung überwindbar oder eben nicht überwindbar erachtet wird. ♦



Dr. med. Rüdiger Brinkmann
 Facharzt für Neurologie
 und Psychiatrie
 Ärztlicher Leiter der MEDAS Bern
 Effingerstrasse 29
 3008 Bern

2 S Wedlich: Krankheit ist mehr als ein Maschinenschaden. Tagungsbericht. SZ 115 vom 19.5.2000.
 3 H Lieb, A Pein: Der kranke Gesunde. Trias: Stuttgart, 1996.
 4 M Kütemeyer: Der Körper als Kompass in der stationären Psychotherapie. In: R Vandieken, E Häckl, D Matzke (Hrsg.): Was tut sich in der stationären Psychotherapie? Standort und Entwicklung. Giessen 1998, 308–324.