

Persönliche PDF-Datei für Henss P.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

**Der Mensch und seine
Schmerzen - Möglichkeiten
und Grenzen der Erfahrbar-
keit der Schmerzen des
anderen**

Balint Journal

2022

108–115

10.1055/a-1969-2471

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership

© 2023. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *Balint Journal* ist Eigentum von Thieme.

Georg Thieme Verlag KG,
Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 1439-5142

Der Mensch und seine Schmerzen – Möglichkeiten und Grenzen der Erfahrbarkeit der Schmerzen des anderen

The Comprehension of Human Pain – Possibilities and Limits to the Experience and Comprehension of the Pain of Others

Autor

Peter Uwe Henß

Schlüsselwörter

Schmerz, Qualia, Phänomenales Bewusstsein, Erklärungslücke, physikalische Tatsachen

Key words

pain, qualia, phenomenal consciousness, explanatory gap, physical facts

Bibliografie

Balint-Journal 2022; 23: 108–115

DOI 10.1055/a-1969-2471

ISSN 1439-5142

© 2022. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. med. Dr. phil. Peter Uwe Henß
Platzrietstrasse 7
CH- 8880 Walenstadt

ZUSAMMENFASSUNG

Der Schmerz nimmt als *primum movens* für den Arztbesuch, durch seinen diagnostischen Stellenwert und als Indikator für die Therapiewirksamkeit eine zentrale Stellung im Arzt-Patienten-Verhältnis ein.

Die Frage, ob und ggf. wie der Schmerz des anderen erfahrbar ist, hat epistemische Bedeutung. Der Schmerz als Sinneszustand muss vom Schmerz als Bewusstseinsphänomen unterschieden werden.

Qualia werden von Nagel als „*what is it like*“- Zustände beschrieben, die im phänomenalen Bewusstsein erlebt werden. Sie sind phänomenale Zustände und charakterisiert durch den qualitativen Charakter eines unmittelbar gegebenen subjektiven Gefühlsinhaltes. Der Schmerz als Quale ist subjektiv und an die Erste-Person-Perspektive gebunden. Phänomenale Zustände entziehen sich der begrifflichen Beschreibbarkeit.

Wissenschaftler und Ärzte untersuchen den Schmerz objektiv aus der Dritte-Person-Perspektive. Abstraktion und Objektivierung werden dem subjektiven phänomenalen Schmerzerleben nicht gerecht.

Die Erklärungslücke bei Levine besteht, weil es keinen Nexus zwischen der physischen Reizung einer C-Schmerzfasers und dem Auftreten der phänomenalen Eigenschaft des Schmerzes (Bewusstseinsphänomen) gibt. Nagels Thesen zeigen, dass Tatsachen, die phänomenale Zustände betreffen, keine physikalischen Tatsachen sind. Erstere sind nur Wesen zugänglich, die die geeignete Erfahrungsperspektive einnehmen können. Der Schmerz des anderen als Quale ist für den Arzt nicht erfahrbar. Medizinische Untersuchungsverfahren in der Medizin sind Surrogate für das Schmerzverständnis, die zugleich für die ärztliche Diagnostik und Therapie unverzichtbar sind. Wiehl postuliert (in der Auseinandersetzung mit Viktor von Weizsäckers Aufsatz „Die Schmerzen“), aufgrund der polaren Struktur des Schmerzes, dass der Schmerz, indem er individuell und spezifisch sei, gerade auch ein allgemeiner Schmerz sei. Wenn in der empathischen Begegnung von Patient und Arzt der Schmerz des anderen mitteilbar wird, könnte durch diesen sprachlichen Annäherungsversuch auf der Seite des Therapeuten modifiziert etwas vom phänomenalen Erleben des Patienten erfahrbar werden.

ABSTRACT

The experience of pain is known to act as the prime mover for the visit to the doctor and, as an alarm signal quickly to be silenced, serves as a key factor in evaluating the success of the doctor-patient relationship. This may be due to its value in the diagnosis of the origin and cause of the pain and as an indication of the effectiveness of the therapy offered against it.

The question of whether, and indeed how, the pain experienced by another can be experienced and comprehended by the examining consultant, has epistemological significance. Here it is imperative to distinguish, firstly, pain as a sensory neurological condition with the activation of sensory C-fibers from, secondly, pain as a conscious psychological perception by the subjective self.

Nagel describes the *qualia* of pain in terms of an individual's conscious sensory experience of qualitative "What is it like?"-situations, experienced in *phenomenal* consciousness. These situations are characterized by the qualitative character of an immediate individual conscious feeling, (the subjectively

experienced content of a mental situation). Pain as *quale* is subjective and tied to the *first-person perception* of the sufferer. *Phenomenal* situations defy conceptual description.

Scientists and physicians perform objective examinations of pain from a *third-person perspective*. Attempts to abstract and objectify the experience of pain do not do justice to the subjective *phenomenal* experience of the pain's sufferer.

The explanatory gap of Levine exists because there is no nexus between the physical stimulation of a C-pain fiber and the appearance of the *phenomenal* property of pain (as a conscious phenomenon). Nagel's theses show that the facts which apply to *phenomenal* situations are not physical facts. *Phenomenal* situations are accessible only to beings who themselves, are enabled to adopt an appropriate experiential perspective.

The pain of another as subjective *quale* cannot be experienced by the physician. Medical examination procedures are surrogates for the comprehension of pain, which understanding is indispensable for both medical diagnosis and therapy.

Wiehl postulates (in a dispute with Viktor von Weizsäcker's essay "Die Schmerzen"), based on the polar structure of pain: because of the fact that the experience of pain is individual and specific, pain is also general and common to living things.

In the doctor-patient interaction, the patient's subjective experience of pain may become communicable by an imaginative choice of words surpassing a simple description of the patient's sensory pain perception and thereby facilitating in the doctor an "I'm-feeling-your-pain-and-hearing-your-hurting" empathy, creating a modified reciprocal *phenomenal* experience of the recounted pain.

„Ein kranker Mensch ist für den Arzt also *letzten* Endes weder einfühlbar noch verstehbar, und ich muß überhaupt bestreiten, daß man als schmerzfreier den *Schmerz*, den wirklichen Schmerz des Kranken selbst, die wirkliche Minorität des Neurotikers selbst, die wirkliche Schuld des Melancholikers selbst nachfühlen und verstehen kann. Wer dies behauptet, verfälscht ontologisch die Situation des Arztes zum Kranken“.

Weizsäcker, Viktor, von (1927): *Über medizinische Anthropologie*: [1] S. 192 f.

"No man is an *Iland*, intire of it selfe; every man is a peece of the *Continent*, a part of the *maine*; if a Clod bee washed away by the *Sea*, *Europe* is the lesse, as well as if a *Promontorie* were, as well as if a *Mannor* of thy *friends* or of *thine owne* were; any mans *death* diminishes *me*, because I am involved in *Mankind*; And therefore never send to know for whom the *bell* tolls; It tolls for *thee*."

Donne, John (1624): *Devotions Upon Emergent Occasions, and severall steps in my Sicknes*, Meditation XVII. [2] S. 98

Einleitung

Der Schmerz als *primum movens* führt den Patienten häufig in die Arztpraxis oder in das Spital. Er weist als Symptom einer Krankheit eine Schlüsselstellung für den diagnostischen Prozess auf. Gleichzeitig ist er auch Merkmal für die Wirksamkeit einer Therapie. Er steht als Paradigma für die Problemsituation, in der sich Patient und Therapeut befinden. Als Therapeuten wüssten wir gerne, was der andere empfindet.

Für das Arzt-Patient-Verhältnis kommt ihm in vielfacher Hinsicht große Bedeutung zu. Dem Patienten ist es wichtig, in seinem Schmerz vom Arzt richtig wahrgenommen und verstanden zu werden. Der Arzt bemüht sich mit Hilfe von Empathie und medizinischen Methoden der Schmerzdiagnostik um ein Verständnis des Schmerzes seines Patienten. Hier ist die kritische Frage berechtigt, inwieweit dies überhaupt möglich ist. Die einleitenden Zitate beleuchten zwei antagonistische Positionen. Das Zitat Viktor von Weizsäckers hebt auf den Quale-Charakter des individuell erlebten Schmerzes ab. Danach sind phänomenale Zustände nur für das Individuum erlebbar. Donns Zitat spiegelt eine Gegenposition wider.

Bei ihm sind die Individuen miteinander verbunden; kein Mensch ist eine Insel.

Der Schmerz als Manifestation an einem konkreten Ort in einer bestimmten Zeit ist individuell am Patienten und sehr verschiedenartig: „Anders schmerzt der Zahn als die Zehe, anders das Messer als das Feuer, anders der Leib als die Seele. Ja sogar: verschieden schmerzt mein Daumen von meinem Zeigefinger, mein linkes und mein rechtes Auge“ [3] S. 34.¹ Der Schmerz kann bei demselben Patienten zu verschiedenen Zeiten unterschiedlich empfunden werden.

Schmerz ist ein Bewusstseinsphänomen. Physiologie, Anatomie und Neurologie beschreiben wissenschaftlich genau, wie adäquate (nozizeptive) Reize von den Schmerzrezeptoren detektiert und über unterschiedliche Schmerzfasern bis ins Gehirn weitergeleitet werden. Wie der Schmerz in das Bewusstsein gelangt, ist jedoch ungeklärt.

Relevanz des Themas - Formulieren der These

Der Zugang zu den Schmerzen des Patienten hat für Diagnostik und Therapie in der Medizin hervorragende Bedeutung. Schmerz hat viele Facetten. Zunächst muss der Schmerz als Sinnesereignis vom Schmerz als Bewusstseinszustand unterschieden werden.

Schmerz kann sowohl als Symptom einer Erkrankung auftreten als auch eigenständig als Schmerzkrankheit. Nach dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell sind für die Schmerzwahrnehmung mehrere Einflussgrößen von Bedeutung. Im therapeutischen Prozess dient die Linderung oder Beseitigung des Schmerzes als Gradmesser des Erfolges der ärztlichen Bemühungen, eine Erkrankung kurativ oder palliativ zu behandeln. Schmerzen spielen auch eine Rolle beim sekundären Krankheitsgewinn.

Ein besseres Verständnis der Schmerzen des Patienten hilft bei der Entscheidung, ob der Schmerz Symptom einer organischen Erkrankung, einer funktionellen Störung oder psychosomatischer

¹ Viktor von Weizsäcker merkt an dieser Stelle an, dass es zutreffender ist, von den Schmerzen zu sprechen als vom Schmerz.

Genese sein kann. Empathisches Einfühlungsvermögen, die Beobachtung der sprachlichen, metakommunikativen und nonverbalen Äußerungen des Patienten (vgl. [4] S. 55) sowie die Anwendung medizinischer Untersuchungsverfahren der Schmerzdiagnostik, darunter auch objektiver Messverfahren, helfen dem Arzt, den Schmerz besser zu verstehen und stellen allenfalls eine Annäherung an das subjektive Schmerzempfinden des Patienten dar. Diese Methoden sind das Handwerkszeug, das dem Arzt überhaupt zur Verfügung steht. Sie erlauben diagnostische Überlegungen sowie Therapiemonitoring und sind für ihn unverzichtbar. Wie der Patient den Schmerz subjektiv empfindet, bleibt meines Erachtens jedoch dem Arzt verborgen. Dieser Gedankengang führt zur Formulierung meiner These:

Der Schmerz des anderen (als Quale) ist für den Arzt nicht erfahrbar – medizinische Untersuchungsmethoden in der Schmerzdiagnostik sind Surrogate, die zugleich für die ärztliche Diagnostik und Therapie unverzichtbar sind.

Damit stellt sich auch die Frage nach der prinzipiellen Einschränkung der Erkenntnisfähigkeit im Bereich der subjektiven Wahrnehmung: Ist phänomenales Erleben eines Menschen grundsätzlich einem Untersucher (Arzt oder Wissenschaftler) zugänglich?

Definition des Schmerzes

Nach der „International Association for the Study of Pain“ (IASP) ist Schmerz wie folgt definiert:

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.“ [5] S. 250.

Diese Definition differenziert Schmerz zweifach: als Sinneserlebnis (Nozizeption) und als Gefühlserlebnis (phänomenales Erleben). Vgl. [6] S. 63.

Dem subjektiven Zustand des Leidens, einem seelischen Zustand, trägt die Definition des IASP ebenfalls Rechnung. Alle Zustände, die als unangenehmes Gefühlserlebnis mit den Begriffen einer aktuellen oder potentiellen Gewebsschädigung beschrieben werden, werden als Schmerz anerkannt, auch dann, wenn kein Gewebsschaden vorliegt. Die Definition impliziert, dass Schmerz an das Subjekt gebunden ist und dass der Schmerz eines Menschen durch Begriffe wenigstens teilweise einem anderen Menschen begreiflich gemacht werden kann. Vgl. [6] S. 64).

Das Besondere am Schmerz als subjektives Gefühlserlebnis im Speziellen und als phänomenales Erleben im Allgemeinen wird durch den Begriff der Qualia näher charakterisiert.

Qualia und phänomenales Bewusstsein

Begriffsbestimmung

Nach Precht bezeichnet das phänomenale Bewusstsein „die Besonderheit von Wahrnehmungs- und Erlebniszuständen, den intrinsisch subjektiven Charakter, eine Erlebnisqualität zu haben [...]“. [7] S. 46).

Das phänomenale Bewusstsein findet auf der subjektiven Ebene statt und ermöglicht uns durch unsere Sinne zu erleben, wie etwas

ist. Phänomenale Zustände umfassen perzeptuelle Erlebnisse (über die Sinne vermittelte Wahrnehmungen), somatomotorische Erlebnisse (z. B. Hunger und Schmerzen) sowie Emotionen und Stimmungen (vgl. [8] S. 6). Im Gegensatz zu intentionalen Zuständen [innere Überlegungen, wie fürchten oder glauben, dass ein Ereignis auftreten werde (vgl. [7] S. 46)], lassen sich phänomenale Zustände nicht durch Begriffe oder Sprache beschreiben. Sie sind deshalb nur durch die Innenperspektive subjektiv erfahrbar (vgl. [9] S. 14 f. nach [8] S. 6). Der Philosoph Thomas Nagel beschreibt Qualia als „*what is it like*“-Zustände. Als Beispiele seien Zustände wie das subjektive Empfinden von Schmerzen, Wut oder der Farbe Rot genannt. Qualia-Zustände sind subjektiv und an die Erste-Person-Perspektive gebunden (vgl. [8] S. 7). Precht beschreibt Quale als „... den wiederholbaren und wiedererkennbaren qualitativen Charakter eines unmittelbar gegebenen Erfahrungsinhaltes (z. B. die Unmittelbarkeit von Rote) in Abstraktion von seiner begrifflichen Interpretation.“ [7] S. 168. Qualia werden nach Precht von den meisten Autoren als ein wesentliches Charakteristikum einiger mentaler Phänomene, nämlich der Gefühls- und Empfindungszustände, betrachtet. Sie seien jedem Subjekt, das sich in einem bestimmten mentalen Zustand befindet, unmittelbar bewusst, prinzipiell nicht vollständig mitteilbar und niemandem sonst epistemisch zugänglich als dem Individuum und allein aus der subjektiven Perspektive des Individuums begrifflich vollständig erfassbar. Es gibt jedoch Philosophen (z. B. D. Dennett), die die Existenz von Qualia bestreiten. Vgl. [7] S. 168 f.

Nagels „*what is it like*“-Zustände

Am Beispiel einer Fledermaus beschreibt Nagel eine Quale, für die er den Ausdruck „*what is it like*“-Zustand verwendet. In seiner Arbeit „Wie ist es, eine Fledermaus zu sein?“ stellt Thomas Nagel wider den Reduktionismus die These auf, dass in Bezug auf das Verhältnis vom Mentalen zum Physischen wir „... in der Tat keine Konzeption von etwas haben, das eine Erklärung der physikalischen Natur eines mentalen Phänomens wäre.“ [10] S. 261.

Bewusste Erfahrung komme nur Organismen zu und determiniere ihn auch ontisch: „Die Tatsache, daß ein Organismus überhaupt bewußte Erfahrung hat, heißt im wesentlichen, daß es irgendwie ist, dieser Organismus zu sein.“ [10] S. 262. Dieser subjektive Charakter von Erfahrung lasse sich nicht begrifflich fassen. Der subjektive Charakter solcher Bewusstseinsphänomene lasse eine physikalistische Erklärung als unmöglich erscheinen. Da subjektive Phänomene an die Erste-Person-Perspektive gebunden seien und der Physikalismus als objektive Theorie von dieser Perspektive abstrahiere, entstehe ein Gegensatz. Vgl. [10] S. 262 f.

Wenn wir uns nun vorstellen, wie es ist, eine Fledermaus zu sein, wie wir beispielsweise von einer Höhlendecke nach unten hängen oder im Morgengrauen durch eine Höhle fliegen, so stellen wir uns eigentlich vor, wie es wäre, wenn wir eine Fledermaus wären, aber tatsächlich nicht, wie es ist eine Fledermaus zu sein (vgl. [10] S. 264). Wir sind nicht in der Lage, die Erlebnisperspektive der Fledermaus einzunehmen. Wenn nun aber „...“ Erlebnistatsachen – Tatsachen bezüglich dessen, wie es für den Organismus ist – nur einer bestimmten Perspektive zugänglich sind, dann ist es ein Rätsel, wie der wahre Charakter von Erlebnissen in der Funktionsweise dieses Organismus entdeckt werden könnte.“ [10] S. 267.

Je mehr wir uns von anderen Organismen unterscheiden (z. B. von der Rose in ► **Abb. 1**), desto schwieriger fällt es uns, die Erste- Person- Perspektive einzunehmen (vgl. [10] S. 266 f.). Nagel unterscheidet Erlebnistatsachen und objektive Tatsachen. Erstere entsprechen Tatsachen, die phänomenale Zustände betreffen. Sie können nur von Wesen erlebt werden, die eine geeignete Erfahrungsperspektive besitzen. Objektive Tatsachen entsprechen physikalischen Gegebenheiten und lassen sich aus verschiedenen Perspektiven erfassen (vgl. [10] S. 267 f.). Daraus folgt, dass Tatsachen, die phänomenale Zustände betreffen, nicht identisch mit physikalischen Tatsachen sind (vgl. [11] S. 6). Die Methode des Physikalismus besteht in der Abstraktion vom Subjekt und reduziert die Analyse auf das, was objektiviert werden kann. Damit entfernt sie sich im Bereich phänomenaler Zustände gerade von dem, was sie zu untersuchen vorgibt, der subjektiven Erlebnisperspektive: „Wenn wir anerkennen, daß eine physikalische Theorie des Mentalen den subjektiven Charakter der Erfahrung erklären muß, dann müssen wir zugeben, daß uns keine der gegenwärtig verfügbaren Konzeptionen einen Hinweis gibt, wie das geschehen könnte“. [10] S. 269.



► **Abb. 1** Geschnittene Rose (eigenes Foto des Autors).

Die Erklärungslücke bei Levine

Joseph Levine entwickelt auf der Basis zweier Identitätsaussagen sein Argument der Erklärungslücke (vgl. [11] S. 6–8):

1. Schmerz ist das Feuern von C-Fasern
2. Hitze ist die Bewegung von Molekülen [12] S. 354.

Die Aussage 2 ist nach Levine vollständig explanatorisch: Sie lässt sich kausal begründen. Der Zusammenhang zwischen der Temperatur und den Molekülen, z. B. eines Gases, ist vollständig beschrieben. Man kann sich kein Gas vorstellen, bei dem diese Aussage nicht wahr ist. Der explanatorische Charakter von Aussage 2 ist durch das Bestehen eines kausalen Verhältnisses begründet. Vgl. [12] S. 357, [11] S. 6f.

Bei Aussage 1 verhält es sich hingegen anders. Hier geht es um ein psychophysisches Ereignis, den Schmerz. Aussage 1 ist nach Levine nicht vollständig explanatorisch. Das Phänomen Schmerz lässt sich nicht auf ein kausales Verhältnis reduzieren. Auch wenn man die funktionelle Bedeutung der C-Fasern für die physiologische Entstehung von Schmerzen nicht in Abrede stellt, wird die qualitative Schmerzwahrnehmung mit dem Argument 1 nicht erfasst. Nach Beckermann lassen sich zwei Gründe nennen, warum Aussage 1 nicht vollständig explanatorisch ist: Einerseits umfasst der Schmerzbegriff neben der kausalen Rolle auch einen zusätzlichen qualitativen Aspekt. Andererseits lässt sich mit Methoden der Naturwissenschaft nicht zeigen, wie das Feuern von C-Fasern das spezifische Bewusstseinsphänomen Schmerz bewirkt (wie es sich anfühlt, Schmerz zu haben). Vgl. [11] S. 7f. und [12] S. 357.

Nachdem grundlegende Aspekte des phänomenalen Erlebens aufgezeigt wurden, entwickle ich im Folgenden die beiden Argumente meiner These.

Argument 1: Der Schmerz des anderen (als Quale) ist für den Arzt nicht erfahrbar

Der Schmerz ist individuell, er existiert nur im Subjekt. Als „jemeiniger“ Schmerz ist er nur dem schmerzerfahrenden Menschen direkt und unmittelbar zugänglich. Der Arzt kann den Schmerz des Patienten, wie er sich für den Patienten anfühlt, nicht erfassen. Nagels Thesen und Levines Erklärungslücke zeigen, dass Tatsachen, die phänomenale Zustände betreffen, keine physikalischen Tatsachen sind bzw. dass phänomenale Zustände nicht auf Gehirnzustände reduziert werden können. Nagels Kernthesen (nach [11] S. 6) lauten:

1. „ Es gibt Begriffe, die nur erwerben kann, wer in der Lage ist, eine bestimmte Erfahrungsperspektive einzunehmen.
2. Zu diesen Begriffen gehören insbesondere die Begriffe, die phänomenale Zustände charakterisieren.
3. Tatsachen sind nur Wesen zugänglich, die über entsprechende Begriffe verfügen.
4. Tatsachen, die phänomenale Zustände betreffen, sind nur Wesen zugänglich, die die geeignete Erfahrungsperspektive einnehmen können.
5. Physikalische Tatsachen sind dadurch gekennzeichnet, daß sie von den unterschiedlichsten Erfahrungsperspektiven aus zugänglich sind.
6. Tatsachen, die phänomenale Zustände betreffen, sind keine physikalischen Tatsachen.“ [11] S. 6.

Das Argument der Erklärungslücke lautet:

- (i) „Phänomenale Zustände sind nicht nur durch eine kausale Rolle, sondern auch durch eine bestimmte Erlebnisqualität charakterisiert.
 - (ii) Mit den Mitteln der Naturwissenschaft lässt sich nicht verständlich machen, warum mit einem bestimmten Gehirnzustand eine bestimmte Erlebnisqualität verbunden ist.
 - (iii) Also können phänomenale Zustände nicht auf Gehirnzustände reduziert werden“
- [11] S. 8, vgl. [12] S. 354–361.

Die Erklärungslücke besteht, weil es keine Verbindung zwischen der physischen Reizung einer C-Faser und dem Auftreten der phänomenalen Eigenschaft des Schmerzes gibt. Vgl. [8] S. 13.

Dem Schmerz kommt spezifische Erlebnisqualität zu, die an das Subjekt gebunden ist. Als phänomenaler Zustand² wird er in der Erste-Person-Perspektive erlebt. Nach Nagel sind Tatsachen, die phänomenale Zustände betreffen, nur Wesen zugänglich, die die geeignete Erfahrungsperspektive einnehmen können. Sicher können wir den Schmerz eines anderen Menschen eher nachvollziehen als etwa den Schmerz einer Fledermaus. Da der Schmerz jedoch in der Erste-Person-Perspektive subjektiv wahrgenommen wird, ist die Nachvollziehbarkeit zumindest begrenzt. Naturwissenschaften abstrahieren vom Subjekt und objektivieren das zu analysierende Phänomen. Deswegen sind wir als Therapeuten oder Wissenschaftler in der Dritte-Person-Perspektive nicht in der Lage, phänomenalen Zuständen wie dem Schmerz gerecht zu werden. Mit jeder Abstraktion und Objektivierung entfernen wir uns gerade von dem *Subjet*, das wir erforschen wollen. Diesen Schluss legen insbesondere die oben genannte 6. These von Thomas Nagel (vgl. [11] S. 6) und das oben beschriebene Argument Levines nahe. Somit scheidet auch die Wissenschaft mit ihren Methoden aus, *qua* Objektivierung den unter Schmerzen leidenden Patienten gänzlich dem Arzt zu erschließen. Ein weiteres Argument, das die prinzipielle Unmöglichkeit des Begreifens des subjektiven Patienten-Schmerzes durch den Arzt verdeutlicht, liegt in der Unmöglichkeit, phänomenale Zustände (Qualia) sprachlich und begrifflich zu fassen (vgl. [9] S. 14f. nach [8] S. 6).

Argument 2: Medizinische Untersuchungsverfahren in der Schmerzdiagnostik sind Surrogate, die zugleich für ärztliche Diagnostik und Therapie unverzichtbar sind

Medizinische Untersuchungsverfahren in der Schmerzdiagnostik fokussieren auf den quantitativen Effekt des Schmerzes, auf den Schmerz als Sinnesleistung. Dieser ist objektivierbar und der Wissenschaft zugänglich. Der Schmerz als phänomenales Erleben wird hierbei nicht erfasst. Ein Surrogat stellt ja einen Ersatz dar und impliziert die Minderwertigkeit dieses Ersatzes (hier konkret) im Hinblick auf das Verstehen des phänomenalen Schmerzerlebens des Patienten. Der Arzt ist jedoch auf diese Methoden angewiesen, da die direkte Erfassbarkeit der qualitativen subjektiven Schmerzerfahrung nicht möglich ist. Die Erlebnisperspektive, die wir einnehmen können, ist nur bedingt geeignet, den Schmerz des anderen

Menschen als Quale nachzuvollziehen. Wenn der Patient bei der Erhebung der Schmerzanamnese auf die Frage nach der Schmerzqualität über einen bohrenden Schmerz oder einen Vernichtungsschmerz (z. B. beim Myokardinfarkt) beschreibt, können wir uns eine Vorstellung darüber machen, wie er den Schmerz empfindet. Für den Patienten mag sich aber der bohrende Schmerz bzw. der Vernichtungsschmerz anders anfühlen als für den Untersucher, so dass hier keine Gewissheit über die Qualität des tatsächlichen Schmerzerlebens des Patienten erreicht werden kann. Physikalische Tatsachen hingegen, wie der quantitative messbare Schmerz (der Schmerz als Sinnesleistung), sind dadurch charakterisiert, dass sie von den unterschiedlichsten Erfahrungsperspektiven zugänglich sind (vgl. [10] S. 267). Der Schmerz in seiner Funktion als Sinnesleistung lässt sich mit Hilfe wissenschaftlicher Methoden untersuchen. Phänomenale Zustände unterscheiden sich von physikalischen Tatsachen und können nicht auf Gehirnzustände reduziert werden. Medizinische Untersuchungsmethoden in der Schmerzdiagnostik haben sich in der Diagnosestellung und im Therapiemonitoring bewährt. Immerhin erlaubt die visuelle Analogskala, die die subjektive Schmerzempfindung in einer Skala von 0–10 erfasst, eine individuelle Einschätzung der Schmerzstärke vor einer Behandlung und während der Therapie. Der Fokus des Arztes liegt auf der Beseitigung oder wenigstens Linderung des Schmerzes und auf der Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung. Dies ist auch der Wunsch des Patienten. Im Arzt-Patient-Setting spielt das phänomenale Schmerzerleben des Patienten eine untergeordnete Rolle. Werkzeuge des Arztes im Hinblick auf den Schmerz sind die körperliche Untersuchung, die Erhebung der biographischen Anamnese und der Schmerzanamnese, die Anwendung spezieller technischer Untersuchungen und Empathie. Der Patient kann beschreiben, welcher Art der quälende Schmerz ist, wo er sich befindet, wohin er ggf. ausstrahlt, wie lange er dauert, wann er auftritt und was ggf. Linderung verschafft. Daraus lassen sich wichtige diagnostische Hinweise ableiten, die zur Diagnose und dann auch zur Therapie führen.

Der Arzt beachtet das Leiden und den Schmerz des Patienten. Die klinische Diagnostik des Schmerzes gründet auf der Funktionsfähigkeit des nozizeptiven Systems als Sinnesleistung. Die Elemente der sensorisch-diskriminativen Schmerzkomponente sind die Lokalisation des Schmerzes, die Intensitätsdiskrimination sowie die Einschätzung der Schmerzdauer und Schmerzqualität. Vgl. [6] S. 66.

Phänomenale Zustände – eine Aporie?

Versuch einer Annäherung

Der subjektive Charakter phänomenaler Zustände und die Tatsache, dass sie sich einer begrifflichen Beschreibung entziehen (vgl. 2.2), stellen ein epistemisches Problem für eine objektive (physikalistische) Theorie dar. Ein hermeneutischer Zugang kann eine Annäherung an phänomenale Zustände begünstigen.

Physikalistische Modelle zur Entstehung phänomenaler Zustände (Auswahl)

Wie der Schmerz als Bewusstseinsphänomen entsteht ist nicht geklärt. Die Theorien, die die Bedingungen für das Auftreten phänomenaler Zustände beschreiben, können zu einem besseren Verständnis phänomenalen Erlebens beitragen. Die Auswahl zeigt die Unterschiedlichkeit der Modelle.

² Die Begriffe „phänomenaler Zustand“ und „phänomenales Erleben“ verwende ich synonym.

Nagel hält es trotz seiner Kritik am Reduktionismus für möglich, dass die physikalistische Perspektive wahr sein könnte. Es wäre möglich, dass wir einfach nicht genug wissen und so ein mangelhaftes Verständnis vom *Nexus* zwischen phänomenalem Erleben und die dieses bedingenden physikalischen Prozesse besitzen. Er schlägt vor, neue Begriffe und Methoden zu entwickeln, die eine objektive Phänomenologie ermöglichen könnten. Vgl. [10] S. 271.

Nach Wörz liegt die fundamentale Verbindung von Materie, Energie und Information zum Bewussten hypothetisch im Übergang von Nozizeption zum Schmerz. Der Bewusstseinsinhalt Schmerz sei das Ergebnis des „immanenten Komplexitätsprinzips, phylogenetisch höherer Entwicklung und ontogenetischer Ausreifung“ [15] S. 474. Akuter Schmerz bewirkt, dass sich der Organismus von der Gefahrenquelle entfernt. Dieses Verhalten werde in der Phylogenese als bewährtes Prinzip beibehalten und an höher entwickelte Lebewesen weitergegeben. Vgl. *ibid.* Bei komplexen Schmerzsyndromen reicht das Reiz-Reaktion-Modell der Nozizeption nicht aus. Die multimodale nonlineare Schmerzkonzeption von Roland Wörz ermöglicht ein tieferes Verständnis komplexer menschlicher Schmerzsyndrome (vgl. [16] S. 129–133).

Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell hat die Beziehung zwischen Seele und Körper zum Gegenstand. Egger sieht als Grundlage für dieses Modell die Allgemeine Systemtheorie, die auf Ludwig von Bertalanffy zurückgeht: Die Allgemeine Systemtheorie untersucht den Zusammenhang alles Lebendigen. Der Begriff der Emergenz aus der Allgemeinen Systemtheorie verdeutlicht, dass es in der evolutionären Entwicklung des Lebendigen hin zu einer komplexeren Ordnung zu Sprüngen in der Qualität von Lebenserscheinungen kommen kann. Die neuen Systemeigenschaften bauen auf der darunter liegenden Systemebene auf. Sie bilden eine eigene Phänomenebene mit der für sie typischen Eigenschaften. Diese Phänomenebene lässt sich nicht auf die darunter liegenden Ebenen reduzieren. Die neuen Systemeigenschaften sind auf der darunter liegenden Ebenen ja gerade nicht vorhanden. Egger folgert daraus für das Anwendungsgebiet seelischer Phänomene, dass diese auf der Ebene neurobiologischer Gegebenheiten weder adäquat erfassbar noch ausreichend verstanden werden können, obwohl sie immer auf der Basis solcher Vorgänge aufgebaut seien. Vgl. [17] S. 1158. Dies gilt entsprechend auch für die unterschiedlichen Ebenen des Schmerzes (Schmerz als phänomenales Erleben vs. Nozizeption). Systemtheoretisch kann man phänomenales Schmerzerleben als neue Qualität auf einer höheren Systemebene ansehen, die auf neurobiologischen Elementen der Nozizeption aufgebaut ist.

Hermeneutische Aspekte phänomenaler Zustände

Die Möglichkeit, eine geeignete Erlebnisperspektive einnehmen zu können, stellt nach Nagel (vgl. [10] S. 266 f.) eine *conditio sine qua non* für das Verständnis phänomenaler Zustände, so auch des Schmerzes (als Qualia), dar. Je weniger wir uns von einer Spezies unterscheiden, desto eher besteht die Möglichkeit, dass allgemein phänomenale Zustände und speziell der Schmerz in seiner spezifischen Erlebnisfunktion begreifbar gemacht werden können. Tatsächlich finden sich in der wissenschaftlichen Literatur unterschiedliche Auffassungen, ob phänomenale Zustände bzw. Qualia wenigstens teilweise mitteilbar sind. Nach Prechtl sind Qualia prinzipiell nicht vollständig mitteilbar (vgl. [7] S. 168). Das legt den Schluss nahe, dass Qualia wenigstens teilweise mitgeteilt werden können.

Auch Treede geht von einer wenigstens partiellen Mitteilbarkeit des Schmerzes des Patienten aus (vgl. [6] S. 64).

In seiner Analyse des Aufsatzes „Die Schmerzen“ von Viktor von Weizsäcker (1926) zeigt Wiehl auf, dass der Schmerz in vielerlei Hinsicht eine polare Struktur aufweist. Wiehl postuliert aus dieser polaren Struktur des Schmerzes im Hinblick auf seine Individualität und Individuation, dass der Schmerz, indem er spezifisch und individuell sei, gerade auch ein allgemeiner Schmerz sei. Ein körperlicher Schmerz sowie ein seelischer Schmerz im Speziellen stellen zugleich auch einen körperlichen Schmerz bzw. einen seelischen Schmerz im Allgemeinen dar. Ein Zahnschmerz im Speziellen sei zugleich auch ein Zahnschmerz im Allgemeinen. Dadurch, dass sich die Schmerzen voneinander unterscheiden, generalisiereten sie auch. Dass Schmerzen verallgemeinert werden können, ermögliche ein Verstehen zwischen den Menschen und sei eine notwendige Bedingung für Mitleid und die Wissenschaft vom Schmerz. Vgl. [13] S. 271 und [14] S. 65.

Eine Annäherung an das phänomenale Erleben des Patienten könnten zwei Begriffe, „transjektives Verstehen“ und das „ungedachte Bekannte“, ermöglichen.

Im Anschluss an das eingangs vorangestellte Zitat betont Viktor von Weizsäcker die Unterschiedlichkeit der ontischen Situation von Arzt und Patient. Vgl. [1] S. 192 f. Zum Ausgangs- und Kritikpunkt für die Entwicklung der konkreten Aufgaben des Arztes, nämlich die Bestimmung des Wesens der ärztlichen Sache und das Verständnis des kranken Menschen, macht Viktor von Weizsäcker den berühmten Satz von Descartes „*cogito, ergo sum*“. An seiner statt postuliert er: „[I]ch verstehe jemand, also ist er“ [18] S. 19. Der Arzt verstehe, „daß ein *anderer* das denkt, was er denkt“ [18] S. 20. Das Subjekt sei das Ich des anderen, nicht das seinige und das Objekt das des anderen und nicht das seinige. *Jemand* verstehen und *Etwas* verstehen seien ganz verschiedene Fälle. Viktor von Weizsäcker bezeichnet diese Art des Jemand-Verstehens, in dem das Verstehen des Arztes gleichsam in den anderen hineinschlüpfe, *transjektiv*. Man könne *ihn* verstehen, aber nicht es. Vgl. [18] S. 18–21 und [19] S. 172–174.

Nach Christopher Bollas kann das Objekt seinen Schatten auf das Kind werfen. Der Säugling ist nicht in der Lage die Objektbeziehung mit Hilfe der Sprache oder psychischer Repräsentationen zu verarbeiten. Die Mutter stellt das erste Objekt in der Beziehung des Säuglings zu seiner Umwelt dar. Bollas nennt sie „Verwandlungsobjekt“, da sie als nicht klar umschriebenes Objekt fungiert, sondern als Prozess, der eng mit dem Sein und den Veränderungen des Seins des Säuglings verbunden ist. Im psychoanalytischen Prozess der Übertragung und Gegenübertragung können die vorsprachlichen Lebenserfahrungen, die immer schon gewusst (und bekannt) aber nicht gedacht sind, sprachlich zum Ausdruck gebracht werden und somit in das Denken Eingang finden. Vgl. [20] S. 15–20. Gemäß Bollas stellen Winnicotts Theorie vom wahren Selbst und die Idee Freuds vom primären verdrängten Unbewussten die Grundpfeiler des Konzeptes des „ungedachten Bekannten“ dar. Vgl. [20] S. 288.

Fazit und Diskussion

Nach Nagel sind Tatsachen, die phänomenale Zustände betreffen, nicht identisch mit objektiven Tatsachen. Angewandt auf den

Schmerz bedeutet dies, dass der Schmerz als phänomenaler Zustand sich vom nozizeptiv vermittelten Schmerz unterscheidet. Die Erklärungslücke nach Levine besteht in der Tatsache, dass es keine Verbindung zwischen der physischen Reizung einer C-Faser und dem Auftreten der phänomenalen Eigenschaft des Schmerzes gibt.

Medizinische Untersuchungsmethoden in der Schmerzdiagnostik, aber auch die Beobachtung des Schmerzausdrucks des Patienten, verbaler, mimischer und metakommunikativer Mitteilungen, sind nicht in der Lage das phänomenale Schmerzerleben darzustellen. Dennoch stellen die oben beschriebenen medizinischen Untersuchungsmethoden ein unverzichtbares Werkzeug der ärztlichen Diagnostik und Therapie dar. Insbesondere die Erhebung der Schmerz- und biographischen Anamnese, die Berücksichtigung des sozialen Umfeldes und psychischer Faktoren sowie die Selbsteinschätzung des Patienten bezüglich der Schmerzstärke auf Ratingskalen und der Schmerzausdruck berücksichtigen subjektive und individuelle Faktoren und lassen etwas von dem Schmerz des Patienten (als Quale) erahnen. Der Schmerz des Patienten ist an das Subjekt gebunden. Tatsächlich diskriminiert der Schmerz den Patienten, der den Schmerz erlebt von seiner Umwelt und auch von seinem Arzt (vgl. [13] S. 270–272). So ist das einleitende Zitat von Viktor von Weizsäcker zu verstehen, dass die ontische Stellung des Patienten von der des Arztes verschieden ist.

Für Wiehl ist die Verallgemeinerungsfähigkeit der Schmerzarten Voraussetzung für Kommunikation zwischen den Menschen und für eine wissenschaftliche Betrachtungsweise des Schmerzes überhaupt (vgl. [13] S. 271, s. u.).

„Transjektives Verstehen“ und das „ungedachte Bekannte“ könnten ein Tor zum phänomenalen Erleben des Patienten darstellen – meines Erachtens eher im Sinne einer Ähnlichkeit als der einer Identität.

Das phänomenale Bewusstsein ermöglicht uns, eine spezifische Welt (neben der objektivierbaren) zu erschließen. Es individualisiert uns und trennt uns gleichzeitig von anderen Subjekten. Phänomenales Erleben gewährt uns Freiheitsgrade in der subjektiven Erlebnisperspektive und begrenzt uns gleichzeitig in der grundsätzlich eingeschränkten intersubjektiven Mittelbarkeit von Qualia. Phänomenale Zustände entziehen sich als solche der begrifflichen Beschreibbarkeit, da sie subjektiv erlebt werden. Es wäre doch hier eine „logische Sackgasse“ erreicht, wenn aus dem „Wovon man nicht sprechen kann ...“ (Wittgenstein), nicht ein „Worüber sprechen“ werden soll (wie es auch im philosophischen Diskurs über den Schmerz stattfindet). Was, wenn Menschen bei anderen Menschen mit genau diesem subjektiven Zustand (Schmerz) und dessen Gebundenheit an die Erste-Person-Perspektive Unterstützung suchen und von diesem Schmerz sprechen? Wird mit diesem Akt nicht bereits die Ein-Person-Perspektive durchkreuzt und mit einer intersubjektiven Perspektive im Sprechen vom Schmerz ein „ungedachtes Bekanntes“ (Christopher Bollas) als Bezugspunkt im Sinne eines hermeneutischen Prozesses etabliert und eben nicht mit einem logischen Begründungsvorgang oder einem Diskurs, in dem über den Schmerz des anderen gesprochen wird?³ Wie anders sollte das „Verstehen“ des Schmerzes eines anderen vor sich gehen

können, wenn dieser als Bewusstseinsvorgang nicht in der Vereinzelung oder in einem autoritären Diskurs (der medizinischen Institutionen, der versicherungsmedizinischen Praxis etc.) übergehen, sondern mit-teil-bar werden soll? Wenn nicht in der Praxis die diskursive Dritte-Person-Perspektive überwunden werden soll?

Kritisch muss angemerkt werden, dass die begriffliche Auseinandersetzung mit dem phänomenalen Bewusstsein diesem gerade nicht gerecht werden kann, wie Hugo von Hofmannsthal's fiktiver Brief des Lord Chandos aufzeigt; phänomenales Erleben entzieht sich ja gerade der Begrifflichkeit. Dennoch ist sie meines Erachtens gerechtfertigt, um ein Verständnis der Welt der Qualia zu erlangen.

Interessenkonflikte

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren

Uwe Henß, Dr. med.

Studium der Medizin und Philosophie (Nebenfächer Psychologie und Europäische Kunstgeschichte) an der Universität Heidelberg. Promotion in Medizin (Universität Heidelberg, 1988) und Philosophie (Karlsruher Institut für Technologie, 2012). CAS Philosophie + Medizin Univ. Luzern 2019. Seit 01.04.2015 Tätigkeit als Internist in freier Praxis in der Schweiz

Literatur

- [1] Weizsäcker VV. Über medizinische Anthropologie (1927). In: Achilles P, Janz D, Schrenk M, Weizsäcker CFv. Hrsg. Viktor von Weizsäcker – Gesammelte Schriften, Bd. 5, bearb. von Peter Achilles unter Mitwirkung von Janz D, Küttemeyer M, Rimpau W, Schindler W, Schrenk M. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1987: 177–194
- [2] Donne J. Donne's Devotions. Cambridge: Cambridge University Press; 1923
- [3] Weizsäcker VV. Die Schmerzen (1926). In: Achilles P, Janz D, Schrenk M, Weizsäcker CFv. Hrsg. Viktor von Weizsäcker – Gesammelte Schriften, Bd. 5, bearb. von Peter Achilles unter Mitwirkung von Janz D, Küttemeyer M, Rimpau W, Schindler W, Schrenk M. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1987: 27–47
- [4] Küttemeyer M. Ärztlicher Umgang mit Schmerzen und Schmerzkranken. In: Jacobi R-ME, Janz D, Hrsg. (2003): Zur Aktualität Viktor von Weizsäcker's. Beiträge zur medizinischen Anthropologie, (i. A. der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft, besorgt von F. Cramer, D. Janz und R. Wiehl, Bd. 1). Würzburg: Königshausen & Neumann; 2003: 55–74
- [5] Merskey H, Albe-Fessard D, Bonica JJ et al. Pain terms: a list with definitions and notes on usage, Recommended by the IASP subcommittee on taxonomy. Pain 1979; 6: 249–252
- [6] Treede R-D. Nozizeption und Schmerz. In: Bromm B, Pawlik K, Hrsg. Neurobiologie und Philosophie zum Schmerz. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2004: 63–74
- [7] Prechtel P. Hrsg. Grundbegriffe der analytischen Philosophie. Stuttgart: Weimar: J. B. Metzler; 2004

³ An dieser Stelle ist auch der Begriff des „transjektiven Verstehens“ Viktor von Weizsäcker's zu nennen.

- [8] Heutling C. Qualia und die Erklärungslücke, PS Bewusstsein aus psychologischer und philosophischer Sicht bei Dipl.-Psych. Tobias Ballweg, Univ. Luzern, Kultur- und Sozialwissenschaftliche Fakultät. (21.02.201). Im Internet: <https://www.unilu.ch/fileadmin/fakultaeten/ksf/institute/philesem/PDFs/hausarbeit-Camilla-Heutling-webversion.pdf>; Stand: 01.03.2021
- [9] Pauen M. Einleitung. In: Pauen M, Stephan A. Hrsg. Phänomenales Bewusstsein – Rückkehr zur Identitätstheorie? Paderborn: Mentis; 2002: 9–35
- [10] Nagel T. Wie ist es, eine Fledermaus zu sein? In: Bieri P, Hrsg. Analytische Philosophie des Geistes. Meisenheim: Anton Hein; 1981: 261–275
- [11] Beckermann A. Was macht Bewusstsein für Philosophen zum Problem? Logos 1997; 4: 1–19
- [12] Levine J. Materialism and Qualia: The Explanatory Gap. Pacific Philosophical Quarterly 1983; 64: 354–361
- [13] Wiehl R. Ontologie und pathische Existenz. Zur philosophisch-medizinischen Anthropologie Viktor von Weizsäckers. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 1990; 38: 263–288
- [14] Henß PU. Die Entwicklung des Schmerzkonzepts bei Viktor von Weizsäcker zu unterschiedlichen Zeiten am Beispiel dreier seiner Werke (1923, 1936 und 1951). Balint 2014; 15: 63–72. doi:10.1055/s-0034-1361139
- [15] Wörz R. Schmerz – Verbindung zwischen Soma und Psyche, psychoneuro 2006; 32: 474–479
- [16] Wörz R. Die multidimensionale nonlineare Schmerzkonzeption. Ein breiter Ansatz für Erklärung und Verständnis komplexer Schmerzsyndrome. Fortschritte der Medizin 2001, 119 Jg. – Originalien Nr. III-IV 2001; 129–133
- [17] Egger JW. (2018): Das biopsychosoziale Modell. Schweizerische Ärztezeitschrift 2018; 99: 1156–1158
- [18] Weizsäcker VV. Der Arzt und der Kranke (1926). In: Achilles P, Janz D, Schrenk M, Weizsäcker CFV. Hrsg. Viktor von Weizsäcker – Gesammelte Schriften, Bd. 5, bearb. von Peter Achilles unter Mitwirkung von Janz D, Küttemeyer M, Rimpau W, Schindler W, Schrenk M. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1987: 9–26
- [19] Henß PU. Schmerz als interdisziplinärer Forschungsgegenstand. Der Schmerz begriff in Viktor von Weizäckers medizinischer Anthropologie und seine Bedeutung in der ärztlichen Praxis. [Dissertation], Karlsruher Institut für Technologie (KIT) Fakultät für Geistes und Sozialwissenschaften. In: Thum B, Schütt H-P, Hrsg. Europäische Kultur und Ideengeschichte, Studien. Band 6. Karlsruhe: KIT Scientific Publishing; 2012. doi:10.5445/KSP/1000031359
- [20] Bollas C. Der Schatten des Objekts. Das ungedachte Bekannte: Zur Psychoanalyse der frühen Entwicklung. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2005