

Personal pdf file for
P. U. Henß

With compliments of Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

**Die Entwicklung des
Schmerzkonzepts bei Viktor
von Weizsäcker zu unter-
schiedlichen Zeiten am
Beispiel dreier seiner Werke
(1923, 1936 und 1951)**

DOI 10.1055/s-0034-1361139
Balint 2014; 15: 63–72

For personal use only.
No commercial use, no depositing in repositories.

Publisher and Copyright
© 2014 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 1439-5142

Reprint with the
permission by
the publisher only

 **Thieme**

Die Entwicklung des Schmerzkonzepts bei Viktor von Weizsäcker zu unterschiedlichen Zeiten am Beispiel dreier seiner Werke (1923, 1936 und 1951)

Three Works of Viktor von Weizsäcker Demonstrating the Evolution of his Concept of Pain in Response to Changing Times (Germany 1926, 1936 and 1951)

Autor **P. U. Henß**
 Institut Wald-Michelbach

Schlüsselwörter

- Schmerz
- polar
- Leistung
- Biografie
- Unbewusstes

Key words

- pain
- polar
- function
- biography
- the subconscious

Zusammenfassung

Der Schmerzbegriff wird in dieser Arbeit anhand dreier aus unterschiedlichen Schaffensperioden stammenden Arbeiten Viktor von Weizsäckers beleuchtet: die Aufsätze „Die Schmerzen“¹ (1926), „Das Missliche am Schmerz“² (1951) und „Zur Klinik der Schmerzen“³ (1936). Schmerz ist ein als polares Phänomen und als Leiden und Tun zugleich.⁴ Das Vorhandensein des Schmerzes ist misslich, gleichzeitig wird er als Leistung anerkannt. Dem Unbewussten kommt für das menschliche Verhalten im Schmerz, das immer im sozialen Kontext stattfindet, große Bedeutung zu. Viktor von Weizsäcker (1886–1957) stellt die körperliche Krankheitswahrnehmung, die subjektive Krankheitserfahrung des Kranken, in den Mittelpunkt seiner Schriften. Subjektiv erlebte körperliche Phänomene wie Schmerz, Übelkeit und Schwindel sind Ausgangspunkt seiner Überlegungen. Sie lassen sich durch eine ausschließlich objektive Betrachtungsweise nur unzureichend erfassen und verstehen. Die Kommunikation mit dem Patienten, die Beachtung metakommunikativer und verbaler Äußerungen des Patienten und die Erfragung seiner Biografie ermöglichen ein besseres Verständnis dieser Phänomene sowie paradoxer Schmerzzustände, wie Schmerzlosigkeit bei ausgedehntem Gewebeschaden.⁵

¹Die Bearbeitung dieses Aufsatzes stellt eine verkürzte und leicht modifizierte Fassung der Darstellung in meiner Promotionsarbeit „Schmerz als interdisziplinärer Forschungsgegenstand: Der Schmerzbegriff in Viktor von Weizsäckers medizinischer Anthropologie und seine Bedeutung in der medizinischen Praxis“ dar.

²Die Interpretation dieses Aufsatzes ist Teil meiner Promotion „Schmerz als interdisziplinärer Forschungsgegenstand: Der Schmerzbegriff in Viktor von Weizsäckers Anthropologie und seine Bedeutung in der medizinischen Praxis“ am Karlsruher Institut für Technologie, Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften (2012) und bisher unveröffentlicht.

³Die Interpretation dieses Aufsatzes ist Teil meiner Promotion und bisher unveröffentlicht.

Abstract

In this article, the concept of pain shall be examined in light of 3 works of Viktor von Weizsäcker (1886–1957) written in Germany during 3 separate periods of its 20th century history:

„Die Schmerzen“ (Pain) (1926): „Zur Klinik der Schmerzen“ (On the Symptoms of Pain) (1936); and „Das Mißliche am Schmerz“ (The Awkwardness of Pain) (1951).

Pain is conceived as a polar phenomenon comprising concurrent suffering (passive) and doing (active). The existence of pain is disturbing; its endurance, however, may be recognized as a positive achievement. Befitting significance is given to the influence of the unconscious on human restraint in confronting pain, which appears always to take place in a social context.

Viktor von Weizsäcker places the patient's physical perception of his disease and his subjective experience of illness at the midpoint of his writings. Subjectively experienced corporeal phenomena, such as pain, nausea and dizziness, are points of departure for his reflections. Exclusively objective methods of observation, measurement and examination are insufficient for an adequate comprehension and understanding of these phenomena.

A precondition for this understanding is an empathetic communication with the patient, sensitive observation of his metacommunicative expressions (e.g. body language and tortured looks), his verbal descriptions, and, on direct questioning, an appreciation of his personal biography, social history and personality development. This in-depth communication facilitates a better understanding of these phenomena, as well as paradoxical states of pain (such as the absence of pain perception under conditions of extensive tissue destruction).

⁴Vgl. Wiehl R: Ontologie und pathische Existenz. Zur philosophischen-medizinischen Anthropologie Viktor von Weizsäckers, *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 38, [4] (1990), 263–288

⁵Vgl. Küttemeyer 2003, 55 [18].

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1361139>
 Balint 2014; 15: 63–72
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 1439-5142

Korrespondenzadresse

Dr. med. Peter Uwe Henß
 Goethestraße 8
 D-69493 Wald-Michelbach
 hedan8@web.de

Einleitung



Viktor von Weizsäckers Aufsatz: „Die Schmerzen“

Im Jahr 1926 erschien Viktor von Weizsäckers Aufsatz „Die Schmerzen“ [1] in der gemeinsam mit Martin Buber und Joseph Wittig herausgegebenen Zeitschrift „Die Kreatur“ vgl. [2] (S. 345). Sie stellt einen grundlegenden Text zu seiner medizinischen Anthropologie dar.

Der Aufsatz gliedert sich in 4 Kapitel: „Urszene“, „Geisterfahrung“, „Erzählung in Begriffen“ und „Geboterfüllung“.

In seinem Aufsatz stellt V. v. Weizsäcker 2 polare Ordnungen gegenüber, die Lebensordnung und die Denkordnung (vgl. [3]). Der Arzt und Philosoph entwickelt über die Schmerzordnung, die Teil der Lebensordnung ist, eine eigene ärztliche Ordnung, die Ordnung der Gebote, die von Sachlichkeit gekennzeichnet ist. Ontologisch leitet sie sich aus dem So-sein-Sollen des Menschen ab und steht der Naturordnung in einer weiteren Polarität gegenüber. Sachlichkeit bedeutet Geboterfüllung (vgl. [3], und vgl. [1] S. 46). Für Arzt und Patient bedeutet dies, dass das Ziel „nicht die Beseitigung des Schmerzempfindung, sondern die Bewältigung der Schmerzarbeit ist“ ([1] S. 46).

Die Urszene

Die berührende Hand der Schwester, die den Bruder dort berührt, wo es wehtut, kann den Schmerz beeinflussen: Sie kann ihn lindern oder sogar ganz verdrängen. Als Taterfahrung kann sie vom Heilenden nur durch sein Tun begriffen werden. Vom Patienten wird sie nur in dem Augenblick erlebt, in dem sie an ihm vollzogen wird. Diese erste Heilhandlung stellt bereits einen Gestaltkreis dar.

„Arzt-werden ist also *Hinwendung* zum Akt des Schmerzes“ ([1] S. 28). Man kann dem Schmerz nicht neutral gegenüberstehen. Der Umgang der Eltern mit den Schmerzen ihres Kindes zeigt, dass die Schmerzen durch Zuwendung, Pusten oder Berühren gelindert werden können. Im Arzt-Patienten-Verhältnis stellen die Patientenerwartung einerseits und die ärztliche und menschliche Zuwendung andererseits wesentliche Elemente für das Gelingen einer Schmerztherapie dar. Beispiele hierfür sind das empathische Gespräch, die Akupunktur, der Placeboeffekt 2 und die „Magie“ der Spritze.

Der konkreten Taterfahrung stellt Viktor von Weizsäcker die „Geisterfahrung“ gegenüber, die das Ergebnis der phänomenologisch-anthropologischen Schmerzanalyse darstellt. Den beiden Begriffen entsprechen polar angeordnete Prädikate: konkret-abstrakt, subjektiv-objektiv, unmittelbarer Bezug zum Krankenphänomenologische Erkenntnis, individuelles Erleben-abstrakte Erkenntnis.

Geisterfahrung

Ein Kennzeichen des Schmerzes ist seine Gestaltlosigkeit. Nur solange er andauert, ist er fassbar. In seiner Abwesenheit ist die Vorstellung von ihm nur undeutlich. Durch den Schmerz wird die Persönlichkeit verändert und man wird „durch seine Gegenwart ein Anderer“ ([1] S. 30). Dies erklärt auch, warum „man in seiner Abwesenheit diesen Anderen kaum mehr begreifen [kann]“ [1] S. 30). Die Vergänglichkeit des Schmerzes, die Viktor von Weizsäcker hier beschreibt, trifft nur für den akuten Schmerz zu. Chronische Schmerzen weisen eine qualitativ neue Auswirkung auf den Patienten und besonders auf dessen Psyche auf und können erklären, dass bei vielen chronischen Schmerzpatienten Depressionen auftreten.

Bei seinen Überlegungen geht es dem Arzt und Philosophen nicht um die Frage, ob der Schmerz im Hinblick auf seine ontische Bestimmung etwas Geistiges oder etwas Körperliches sei. Vielmehr steht das menschliche Verhalten im Schmerz (der Kranke) und im Angesicht des Schmerzes (Mitmensch, Arzt) im Fokus seines⁶ Denkens (vgl. [4] S. 269).

Ein wesentliches Charakteristikum des Schmerzes ist seine polare Struktur. Diese kann sich unterschiedlich ausdrücken, als Zweideutigkeit, Gegensatz, oder Ambivalenz. Wiehl hat bei V. v. Weizsäcker 4 grundsätzliche polare charakteristische Eigenschaften des Schmerzes herausgearbeitet: (vgl. [4] S. 269)

1. Kommunikative, dialogischer Charakter vs. anti-kommunikativ, anti-dialogisch
2. Individuell, individualisierend vs. allgemein, verallgemeinernd
3. Ordnung gebende, Struktur gebende Eigenschaft vs. destruktive, chaotische Eigenschaft
4. Gestalterische und schöpferische Eigenschaft vs. zerstörerische Eigenschaft (vgl. [4] S. 269).

Der kommunikative Charakter des Schmerzes

Die Unterscheidung zwischen dem unmittelbar erlebten Schmerz des Kranken und den über die Wahrnehmung des Schmerzausdrucks vermittelten sympathetischen Schmerz ist für die Analyse der kommunikativen Eigenschaft des Schmerzes wichtig. Nach Viktor von Weizsäcker besteht hier ein qualitativer Unterschied. Die doppelte Schmerzerfahrung der Geschwister in der Urszene bezeichnet V. v. Weizsäcker als „Doppelbewegung zweier Lebewesen“ ([1] S. 31).

Stets ist Kommunikation auf jemanden gerichtet. Aus dem metakommunikativen Axiom des Kommunikationswissenschaftlers Paul Watzlawick (vgl. [5]) lässt sich folgern, dass Nichtkommunikation unmöglich ist. Kommunikation besitzt einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, wobei der Inhaltsaspekt durch den Beziehungsaspekt bestimmt wird (vgl. [5]).

Kommunikation kann aktiven oder passiven Charakter aufweisen. Kommunikation entfaltet sich auf verschiedenen Ebenen: nonverbal mithilfe von Gestik und Mimik, metakommunikativ und verbal. Auch auf der Sprache der Organe („Organsprache“) findet eine Kommunikation statt, z. B. der typische Schmerz bei einer Appendizitis mit Druckschmerz über dem McBurney-Punkt.

Kennzeichnend für den Schmerz ist seine *Omnipräsenz*, die den Menschen in seiner ganzen Vielschichtigkeit erfasst. Organe, Skelett, Muskulatur, Gelenke, Haut oder der ganze Körper zugleich können Angriffspunkt und Entfaltungsort des Schmerzes sein. Er kann sich in der Seele heimisch machen und die Gefühle und die Persönlichkeit befallen (vgl. [4] S. 269–270).

Ein weiteres Charakteristikum des Schmerzes stellt seine *Herrschaft* dar. Der Schmerz als tyrannischer Begleiter beherrscht das Denken, Handeln und Fühlen. Einerseits führt der Schmerz in die Isolation, andererseits weist er über den Schmerzausdruck appellativen Charakter auf und stellt somit ein Streben nach Kommunikation dar. Er ist somit beides: ein Leiden und ein Tun⁷ (vgl. [4] S. 270–271).

⁶Ich folge in der Darstellung der polaren Eigenschaften des Schmerzes Wiehl 1990 [4].

⁷Rainer-M. E. Jacobi weist darauf hin, dass der Aufsatz „Die Schmerzen“ den Grundtext der Lehre vom Gestaltkreis darstellt [6].

Der Schmerz ist individuell, individualisierend und allgemein zugleich.

Schmerz wird subjektiv erlebt und ist an ein Subjekt gebunden. Der kranke Mensch, das Subjekt, ist Träger des Schmerzes. Dadurch, dass der Schmerz einen Sitz hat, diskriminiert er. Er trennt den an Schmerzen leidenden Patienten von anderen Menschen (vgl. [4] S. 270–272).

Der Schmerz des Patienten selbst und die Auseinandersetzung des Menschen mit dem Schmerz verleihen dem individuellen Schmerzausdruck seine Form. Die Persönlichkeit stellt für die Auseinandersetzung mit dem Schmerz einen wichtigen Faktor dar und erklärt die individuelle Verschiedenartigkeit des Schmerzausdrucks. Dieselbe Person kann sich zu verschiedenen Zeiten und Situationen unterschiedlich im Schmerz verhalten.⁸ (vgl. [4] S. 270–271).

Der Schmerz individualisiert 2-fach: Er erzwingt ein individuelles Verhalten gegenüber dem Schmerz und er schafft ein individuelles raum-zeitliches biografisches Ereignis: „Anders schmerzt der Zahn wie 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“⁹ ([1] S. 34 vgl. [4] S. 271).

Aus der polaren Struktur des Schmerzes im Hinblick auf seine Individualität und Individuation postuliert Wiehl, dass der Schmerz, indem er individuell und spezifisch sei, gerade auch ein allgemeiner Schmerz sei. Ein körperlicher Schmerz bzw. ein seelischer Schmerz im Speziellen stelle zugleich auch einen körperlichen bzw. seelischen Schmerz im Allgemeinen dar, ein Zahnschmerz im Speziellen sei gleichzeitig auch ein Zahnschmerz im Allgemeinen. Indem sich die Schmerzen voneinander unterscheiden, generalisierten sie auch. Die Verallgemeinerungsfähigkeit von Schmerzen ermögliche ein Verstehen zwischen Individuen und sei *conditio sine qua non* für Mitleid und die Wissenschaft vom Schmerz (vgl. [4] S. 271).

Der Schmerz ist ein Ordnungsprinzip und Stifter von Unordnung zugleich.

Viktor von Weizsäcker entwickelt eine weitere Dichotomie: die Denkkordnung (vgl. [3]) (die „Ordnung der chemischen Verbindung, der molekularen Kohäsion, dynamischer Attraktion der Naturkräfte“ ([1] S. 34–35)) wird der Lebensordnung gegenübergestellt. Für die Schmerzordnung gilt, dass sie Teil der Lebensordnung ist.

Jedes Organ besitzt seinen eigenen typischen Schmerz. Als Beispiel sei der charakteristische Schmerz beim Angina-pectoris-Anfall genannt. V. v. Weizsäcker bezeichnet diese Organsprache als „Organdialekt“ ([1] S. 34).

Die Lebensordnung steht für die individuelle, charakteristische Ordnung des Subjekts. Der Autor beschreibt sie als „Ordnung der lebendigen Aneignung und Enteignung, der Ordnung der Wahrheithaftigkeit des Zu-eigen-seins“ ([1] S. 35) und als „Ordnung des lebendigen Zusammenhanges alles Lebendigen“ ([1] S. 35).

Schmerz stellt eine Leistung dar, die nur da entstehen kann, „wo eine *echte* Zugehörigkeit bedroht“ ([1] S. 35) wird: „[W]o Seien-des schmerzfähig ist, da ist es wirklich gefügt, nicht nur ein mechanisches und räumliches Nebeneinander, sondern ein wirkliches, d. h. lebendiges Miteinander“ ([1] S. 35). Der Schmerz ist

⁸ Bei der Interpretation von missverständlichem Verhalten kann die Differenzierung in einen Inhalts- und in einen Beziehungsaspekt hilfreich sein (vgl. [5]).

⁹ Viktor von Weizsäcker bemerkt an dieser Stelle, dass es zutreffender sei, von den Schmerzen zu sprechen als vom Schmerz.

ein Beförderer der menschlichen Selbsterkenntnis. Erst das Schmerzerleben ermöglicht es dem Menschen, zu erkennen, wie wichtig und wertvoll sein Körperteil für ihn ist.

Die Unordnung stellt den Antipoden des Schmerzes unter dem Aspekt der Ordnung dar (vgl. [4] S. 269, 271, 272). In diesem Traktat wird über sie nichts näher ausgesagt. Die Unordnung kann man aber wegen der polaren Struktur des Schmerzes postulieren. Schmerz kann die Ordnung in vielen Bereichen bedrohen und zerstören. Dies gilt beispielsweise für die physiologische Ordnung, die Ordnung des Tag-Nachtrhythmus, die Familienordnung, viele andere Beispiele wären hier zu nennen. Bei einem Patienten könne beide polare Eigenschaften gleichzeitig auftreten, die eine polare Qualität kann dominieren und umgekehrt.

Der Schmerz ist gestaltend, schöpferisch und zerstörerisch zugleich.

Der Schmerz formt und gestaltet. V. v. Weizsäcker beschreibt den Schmerz als „*schwebende* Entscheidung zwischen Ich und Es“ ([1] S. 33). Bei einer Schnittverletzung kann das geschädigte Glied wieder anwachsen, verheilen und so mein eigen bleiben oder es kann von mir abgetrennt werden, stirbt damit ab und fällt der Außenwelt anheim. Letzteres entspricht einem Teiltod. Dieses Beispiel veranschaulicht den Zerstörungsschmerz.¹⁰ Der Schmerz ist ein Lehrmeister und zeigt uns, was wir als zu uns gehörig empfinden und was wichtig für uns ist ([4] S. 271). Er formt und befördert die Identität der Person. Der Schmerz verbindet gleich zweifach: einen Körperteil (z. B. einen teilweise durchtrennten Finger) mit dem Körper zu einem Gefügten, Gelebten, aber auch das Individuum mit seiner Umwelt: „[E]r verlötet mein Sein mit dem der Welt *ebenso* stark wie er mich von ihr trennt“ ([1] S. 32). Indem er uns verbindet, formt er auch, inwieweit er trennt, zerstört er. Hieran werden der Doppelcharakter des Schmerzes und seine aktive Komponente sichtbar.

Nicht nur bei drohendem Teiltod kann Schmerz auftreten. Der Autor unterscheidet den Zerstörungsschmerz und den Werdeschmerz. V. v. Weizsäcker sagt über den Werdeschmerz aus: „Nicht aus dem Chaos schafft ja der *Mensch* die Form, sondern von gestalteter alter Form löst er sich zu neuer Form, zwingt er sein Dasein zur Wandlung“ ([1] S. 33). Diese Metamorphose finde unter „Schmerzlust“ ([1] S. 33) statt.¹¹ Praktische Beispiele für den Werdeschmerz sind der Geburtsschmerz und der Erziehungsschmerz.

V. v. Weizsäcker fordert einen differenzierten Umgang mit den Schmerzen. Der Arzt soll sich an die Ordnung der Schmerzen halten, die keine der Werte und Größen sei. Er soll „den Zerstörungsschmerz lindern, den Werdeschmerz aber bestehen lassen“ ([1] S. 36).

Erzählung in Begriffen

Zunächst beschreibt V. v. Weizsäcker die Komplexität des Manigfaltigen, das sich auf Krankheit und Genesung auswirkt. Der Krankheitsverlauf sei wesentlich unberechenbar und „nichtlogisch“ (vgl. [1] S. 33f).^{12,13} Die Denkkordnung alleine ist nicht in

¹⁰ Als weitere Beispiele für den Zerstörungsschmerz und die zerstörerische Qualität des Schmerzes seien der Tumorschmerz und der „Vernichtungsschmerz“ beim Herzinfarkt genannt.

¹¹ Zum Verhältnis zwischen Schmerz und Lust schreibt Nietzsche, „Schmerz ist auch eine Lust, Fluch ist auch ein Segen [...]“ [7] S. 249, „Denn alle Lust will sich selber, darum will sie auch Herzeleid!“ [7] S. 249 und „[...]Die Welt ist tief, und tiefer als der Tag gedacht. Tief ist ihr Weh -, Lust - tiefer noch als Herzeleid: Weh spricht: Vergeh! Doch alle Lust will Ewigkeit-, - will tiefe, tiefe Ewigkeit!“ [7] S. 249.

der Lage, das Wesen der Krankheit im Allgemeinen und des Schmerzes im Speziellen hinreichend erfassen zu können (vgl. [8] S. 113).

Viktor von Weizsäcker untermauert zunächst seine These, dass der Schmerz nur in Beziehung auf den Zustand der Person existent sei. Er beschreibt eine wechselseitige Interdependenz von Schmerz und dem Subjekt (vgl. [1] S. 39, [4] S. 272). Dazu verwendet er als Beispiel die Schmerzlosigkeit unter Hypnose bei einem Nadelstich und Schmerzempfinden auch ohne einen solchen. Hier lässt sich eine Brücke zur Psychosomatik schlagen. Wir kennen im Alltag ja auch die Auswirkung von Stimmungen auf das Schmerzempfinden, dergestalt, dass ein Schmerz bei guter Stimmung als weniger stark empfunden wird und umgekehrt.

Im Folgenden führt der Autor den Begriff der Schmerzarbeit ein. Der Schmerzausdruck des Patienten ist als Ausdruck der Schmerzarbeit zu verstehen. Der Schmerz besitzt Ich- und Es-Qualität. Er wird als Ursprung der „Entwindung des Ichseins von einem Nichtich-Seienden“ ([1] S. 32) bezeichnet. Die Schmerzarbeit bewirkt eine Entscheidung über die Art der Entwindung. Viktor von Weizsäcker unterscheidet 3 Verhaltensweisen des kranken Subjekts gegenüber dem Schmerz: die hingebende (leidenschaftlich-kämpferische), die objektivierende (stoische) Haltung und die triebgewollte Haltung. „Schmerzarbeit ist [...] zugleich Entwindung von einem Es im Schmerz“ ([1] S. 39–40). „[D]as Ergebnis der Schmerzarbeit ist Entscheidung: Wiederherstellung der Einheit des Selbst mit sich nach Ausstoßung eines Es“ ([1] S. 41).¹⁴ Die Art dieses Es sei charakteristisch für das Individuum, das unter Schmerzen leidet. Der individuelle Umgang mit dem Schmerz ist eine wesentliche Determinante für die Persönlichkeit. Er versetzt uns in die Lage, Erkenntnisse über die Schmerzordnung aus einer anderen Perspektive zu erlangen. Ebenso, wie man sagen kann, dass Schmerz nur bei einem „lebendig-wahre[n] Gefüge“ ([1] S. 41) auftreten kann, lässt sich feststellen, dass der vergehende Schmerz eine charakteristische „unauslöschbare Spur davon, wie er verging“ ([1] S. 41), hinterlässt.

Im weiteren Verlauf der Abhandlung wird der Schmerz von den Begriffen Qual und Pein abgegrenzt. Die Qual sei älter und grundlegender als der Schmerz. Der Schmerz werde zur Qual durch den Zwang zur Entscheidung.

Schmerz lässt sich nicht auf die Begriffe Affekt, Gefühl oder Empfindung reduzieren. „Nein, der Schmerz ist auch etwas, was nicht sein soll, er ist etwas Böses und er kommt von etwas Bösem“ ([1] S. 41). Der Zerstörungsschmerz, auf den hier abgehoben wird, besitzt eine sittlich-moralische Dimension. Das Auftreten von Schmerz zeigt, dass etwas nicht in Ordnung ist und stellt in dieser Hinsicht eine sittlich-moralische Kritik am Ist-Zustand dar.

Der Arzt und Philosoph beschreibt für die moralische Kategorie einen Schwebezustand, der eine Analogie zum Schwebezustand einer Verletzung aufweist, die in einer Unentschiedenheit besteht, ob Heilung oder Teiltod (z. B. Amputation) auftritt. Für die moralische Kategorie bedeutet dies, dass für einen Zeitraum ein Schwebezustand besteht, auf welche Seite das Böse fällt. Wird es

auf die Seite des Ichs (Individuum) oder auf die Seite des Es (Außenwelt) fallen? Dieser Zustand drückt für Viktor von Weizsäcker den Begriff Pein aus: „[...] so ist Pein also ein Böses in statu generandi: noch nicht ein Es, auch noch nicht nur ein Ich, aber auch noch nicht ein – Er. *Der Böse -[...]*“ ([1] S. 42).

V. v. Weizsäcker benennt diesen Schwebezustand als „*sinnlicher Zweifel*“ ([1] S. 42). Dieser lasse sich auch bei den Gefühlen der Schwäche, der Schwindels, der geschlechtlichen Erregung und des Ekels [15] finden. Gemeinsam ist allen der Zweifel, eine „peinvolle Unentschiedenheit“ ([1] S. 42) in Bezug auf die moralisch-sittliche Kategorie.¹⁵

Durch Verallgemeinerung des Prinzips der Unentschiedenheit auf die Krankheit selbst, kommt der „Arztphilosoph“ [10] zum Schluss, dass für die wirkliche menschliche Situation allein charakterisierende sei, dass die Unentschiedenheit, die sich in einer Person finde, zweifacher Art sei: die Unentschiedenheit in Bezug auf den Ausgang der Erkrankung einerseits (Teiltod oder Verheilung) und über das Verhalten des kranken Menschen zum Schmerz und zur Krankheit andererseits, ob Stärke oder Schwäche vorherrscht (vgl. [1] S. 43).

Der Autor sagt über den sinnlichen Zweifel, dass er „[...] unsere Existenz nicht nur als Existenz sondern als Kreatur in Frage stellt. Nicht unser Vorhandensein unter den anderen vorhandenen Dingen der Natur wird erschüttert, wenn wir Schmerzen haben und also etwas haben, was wir sonst nicht haben, sondern wenn wir Schmerzen haben, so *leiden* wir, und wenn wir leiden, so ist etwas an und in uns, was nicht sein soll, was einer *gebotenen* Ordnung widerstrebt“ ([1] S. 43–44). Im Leiden werde das Sein als Kreatur sichtbar.

Hier ist der Mensch als Geschöpf in der pathischen Existenz gemeint. Der Mensch erlebt sich in der pathischen Existenz nicht primär als handelndes Wesen, sondern es geschieht ihm, es widerfährt ihm, es wird über ihn verhängt (vgl. [4] S. 268–269). Der Begriff Kreatur bezeichnet etwas Ursprüngliches. Der Mensch tritt mit der Schöpfung als leidendes Wesen in die Welt ein. Kreatur verweist darüber hinaus auf die Stellung des Menschen zu Gott.

Aus dem obigen Zitat lässt sich schließen, dass der Schmerz als „eine ursprünglich zur pathischen Existenz gehörige Bestimmung“ ([4] S. 269) aufgefasst werden muss. Er ist zwangsläufig Teil des Lebens.

Geboterfüllung

In der Auseinandersetzung mit der Erkenntnisfähigkeit der Psychoanalyse als Vertreter der Denkordnung (Antipode der Lebensordnung) kommt Viktor von Weizsäcker zu dem Schluss, dass der Schmerz eben nicht ein Abstraktes und Analytisches sei, sondern konkret Erfahrenes. Zu begreifen sei er nur in Bezug auf das Subjekt (vgl. [1] S. 44).

Der im Schmerz vorhandene „Widerspruch von Sollen und Dasein“ ([1] S. 45) ist Ausgangspunkt für weitere ontologische Betrachtungen: „Der Mensch als Kreatur hat nicht nur die kalte Existenz, sondern sein Dasein ist immer ein So-sein-Sollen: dies ist der richtige *ontologische* Begriff vom Menschen und seiner Wirklichkeit“ ([1] S. 45). Deshalb sei die Ontologie des Menschen eine „Lehre von Geboten“ ([1] S. 45): Die Existenz des Menschen findet im Spannungsfeld zwischen Sollen und Dasein statt, sodass sein Dasein stets als ein „In-Geboten-Stehen“ ([1] S. 45) zu begreifen sei.

¹² Vgl. [4] S. 272–277.

¹³ „Schmerzen sind – wie übrigens auch Freuden – und überhaupt alle menschlichen Affekte und Leidenschaften antilogisch.“ [4] S. 278.

¹⁴ Als Ergebnis der Schmerzarbeit kann Verheilung, Teiltod oder der Tod auftreten. Der Tod ist dadurch gekennzeichnet, dass es keine Entwindung von einem Es mehr gibt; der ganze Körper wird gleichsam als Es ausgestoßen und damit Teil der Außenwelt.

¹⁵ Vgl. Sartre 1938 [9].

V. v. Weizsäcker stellt der Naturordnung¹⁶ in einer weiteren Polarität die Ordnung der Gebote gegenüber. Das Gesetz des Stärkeren ist kennzeichnend für die Naturordnung. Schmerzen müsse man als Aufgabe verstehen. Aufgabe des Arztes sei es, sich nach der Ordnung der Gebote sachlich den Schmerzen zu zuwenden. Sachlichkeit bedeutet hier Geboterfüllung. Aufgabe für den Kranken und den Arzt sei nicht etwa die „Beseitigung der Schmerzempfindung“ ([1] S. 48), sondern die „Bewältigung der Schmerzarbeit und ihrer Entscheidung“ ([1] S. 46).

Der Kranke, der dies nicht alleine bewältigen kann, sucht Hilfe beim Arzt. Der Schmerz muss in all seinen Verknüpfungen erkannt werden, um die Schmerzarbeit bewältigen zu können. (vgl. [12]). Das Ziel der Entscheidung stelle das Ziel des menschlichen Lebens überhaupt dar und letztendlich „der Gehorsam gegen den Vater“ ([1] S. 47). Hier ist der Gehorsam gegenüber Gott gemeint.

Viktor von Weizsäcker vermeidet im Aufsatz „Die Schmerzen“ klassische *termini technici* und umgeht dadurch das einschlägige Denken in diesen Begriffen [13]. Dadurch wird ein eigener Zugang zum Schmerz und zur Krankheit gefördert, andererseits ist hier die Gefahr der Abkapslung gegeben.

Der Dialog stellt die Grundlage der Arzt-Patienten-Beziehung dar. Für Viktor von Weizsäcker steht die Sprache des Schmerzes im Mittelpunkt, d. h. die Verbindung zwischen Schmerz und Schmerzempfindung einerseits und von Schmerzempfindung und Schmerzausdruck andererseits. Der Arzt und Philosoph vermeide, so Wiehl, die formale und allgemeine Begriffssprache, die die europäische Philosophie benutzt. Er bediene sich stattdessen einer eigenen Mixtur aus Alltags- und Wissenschaftssprache. Dabei kämen Begriffe mit erzählendem Charakter und solche, die selbst Hypothesen formulieren zur Anwendung (vgl. [13]).

Viktor von Weizsäcker: „Das Mißliche am Schmerz“

Ebenso wie die Träume einen Sinn haben ([14] S. 246), so zeigt Viktor von Weizsäcker auf, kommt den Schmerzen ein Sinn zu. Schmerzen könne man aber nicht so leicht übergehen wie die Träume.

Schmerzlust und Aggression

In diesem Abschnitt widmet sich der Autor zunächst dem Begriff Schmerz. Man kann einen seelischen und einen körperlichen Schmerz unterscheiden. Der Schmerz kann subjektiv und objektiv aufgefasst werden.

Über Arbeiten des Physiologen Max von Frey, der den Zusammenhang von Jucken und Schmerz untersucht hat und Jucken als eine Funktion von Schmerznerven auffasst, leitet Viktor von Weizsäcker zum Begriff der Schmerzlust, als eine „Fähigkeit eines Menschen, Schmerzen zu genießen“ ([15] S. 505) über. Hier stellt er eine bemerkenswerte Übereinstimmung zwischen dem psychologischen Phänomen und der physiologischen Analyse fest. Wenn jemand Schmerzen hat, reagiere er motorisch darauf. Der den Schmerz Erleidende könne angreifen, die Zähne zusammen beißen, die Fäuste zusammenballen oder fliehen, erschlafen. Analog tritt beim Juckreiz eine Handlung auf, das Kratzen, das mit einem gewissen Genuss verbunden ist. Viktor von Weiz-

säcker berichtet über Fälle, bei denen sich aus einer Juckneurose eine Schmerzneurose entwickelt hat (vgl. [15] S. 505).

In der medizinischen Arztpraxis kommen Patienten mit Fußpilz oder Mykosen im Analbereich häufig spät in die Praxis, um sich behandeln zu lassen. Dies führe ich darauf zurück, dass das Lustgefühl, das mit der Tätigkeit des Kratzens verbunden ist, erst bei Progredienz der Erkrankung vom lästigen Schmerzgefühl mehr und mehr verdrängt wird. Hier wird eine spezielle Form des Schmerzes (Schmerzlust) durch eine andere als unangenehm erlebte Schmerzform abgelöst. Letztere möchte man natürlich schnell loswerden.

Viktor von Weizsäcker bemerkt, dass in der motorischen Reaktion auf den Schmerz auch eine Aggression liege, die sich entweder gegen ein anderes oder gegen sich selbst richte. Diese erstrebte Fremd- bzw. Eigenzerstörung könne bis zur Tötung führen. Er verweist in diesem Zusammenhang auf die umgangssprachlichen Begriffe „totkitzeln“ ([15] S. 505) und „Verzweiflung“ ([15] S. 505). Der Autor unterscheidet ein männliches aktiv-aggressives und ein weibliches passiv-tolerantes Verhalten gegenüber dem Schmerz. Letzteres habe auch den Stachel der Aggression in sich, „daß Resignation falsch wäre, daß man hier etwas geschehen läßt, was nicht sein sollte. Die passive Haltung denunziert dieses sozusagen als ein Unrecht, das geschieht“ ([15] S. 505).

Die Angst

Der Schmerz ist ein Mächtiger und ein Verdränger. So kommt es, dass sich das Subjekt über die Arten, wie man auf den Schmerz reagieren kann, im „gegenwärtige[n] Schmerz“ ([15] S. 506) nicht bewusst sei. Es erfolgt eine Verdrängung ins Unbewusste. Der Schmerz sei ein Warnender, ein Bewegter und ein Wissender, letzteres, als ob er schon von dem Bewusstsein informiert wäre, wenn er warnt und bewegt. Dem Unbewussten komme hier eine große Bedeutung zu, sowohl als Unbewusstes als auch wenn es bewusst gemacht wird. Weizsäcker folgert daraus, dass so die vielen Beziehungen zwischen Angst und Schmerz begreifbar werden. Schmerz und Angst können sich begleiten, sich aber auch gegenseitig ersetzen, so der Autor ([15] S. 506). Man kann Angst vor Schmerzen haben; Schmerz kann aber auch Angst erzeugen (vgl. [15] S. 506): Der Patient kann beispielsweise Angst vor einem Tumor haben, der den Schmerz ausgelöst haben könnte.¹⁷

Die Flucht in die Angst anstelle des Schmerzes und umgekehrt sind so V. v. Weizsäcker mögliche Verhaltensweisen. Angst und Schmerz können sich ersetzen: „Jetzt ist jedenfalls der Schmerz aus seiner Isolierung erlöst und inmitten einer Umgebung wichtiger Leistungen als eine von ihnen“ ([15] S. 506).

Der Traum vom schmerzfreien Leben

Während Viktor von Weizsäcker im vorherigen Abschnitt den Schmerz auf das Individuum beschränkt betrachtet, untersucht er hier den Schmerz in seiner Beziehung auf andere.

Neben dem eigenen Schmerz wird der Mensch auch mit den Schmerzen anderer konfrontiert. Verhalten findet immer im sozialen Kontext statt, ebenso wie Kommunikation. Mitleid, so der Philosoph, sei keine ethisch wertvollere Art des Fühlens. Extreme Ausformungen wie Egoismus und eine „besondere karitative Betulichkeit“ ([15] S. 507) seien sozial nicht erwünscht: „Immer aber bleibt der Schmerz gemeinsam; man kann der Schmerzge-

¹⁶Über die Natur führt Viktor von Weizsäcker in dem Vortrag „Von den seelischen Ursachen der Krankheit“ aus: „Wir anerkennen, daß es bei jeder Krankheit etwas gibt, was wir *nicht tun* können; aber wir sprechen dann von der Heilkraft der Natur und bedenken nicht, daß auf diese Natur kein Verlaß ist; daß die Natur mit Gesundheit und Krankheit, mit Leben und Tod nur spielt; daß gerade diese Natur also uns das Unzulängliche unseres Daseins am allermeisten vorhält“ [11] S. 412.

¹⁷Bei Angsterkrankungen dominiert die Angst das Erleben und Denken des Patienten.

meinschaft nicht entrinnen –“ ([15] S. 507). Im Aufsatz „Die Schmerzen“ schreibt Viktor von Weizsäcker, der Arzt soll sich nach der Ordnung der Gebote sachlich den Schmerzen zuwenden. Sachlichkeit ist hier als Geboterfüllung zu verstehen und sei gegenüber dem Sentimentalen vorrangig (vgl. [1] S. 46).

Das Missliche am Schmerz sei nicht, „daß man nicht weiß, ob man ihn bejahen oder verneinen soll, sondern, daß es ihn gibt“ ([15] S. 508). Dem an Schmerzen leidenden Kranken sei es im Augenblick des Schmerzes gleich, auf welche Weise sein Schmerz verschwinde. Viktor von Weizsäcker stellt fest, dass wir, Ärzte und Patienten, zur Verhinderung oder Beseitigung des Schmerzes zusammenarbeiten sollten. Die Schmerzlust sei nur ein Weg, der nur dann seine Rechtfertigung habe, wenn andere Mittel nicht erfolgreich seien. Die Wege der Schmerzabkämpfung sollten nach Weizsäcker unterschiedliche Priorität besitzen ([15] S. 508).¹⁸ Wo es möglich ist, solle der Arzneimitteltherapie der Vorrang über die chirurgische Behandlung, der Psychotherapie der Vorzug vor der Organotherapie gegeben werden, weil diese Reihenfolge „ein Fortschritt von der Gewaltanwendung zur Versöhnung, vom Gröberen zum Feineren, von ‚zu spät‘ zum ‚rechtzeitig‘ ist“ ([15] S. 508).

Sadismus und Masochismus

In diesem Abschnitt geht Viktor von Weizsäcker auf „andere Fallstricke“ ([15] S. 509) ein, nämlich „so raffinierte Arten, Schmerzen zuzufügen und zu erleiden, daß viele sie gar nicht merken, und die, welche es merken, ein Vergnügen daran haben, daß die anderen nichts merken“ ([15] S. 509). Der Sadismus könne so verborgen sein, dass für den Sadisten die Bedingung seiner Lust, die Schmerzen anderer, gar nicht direkt wahrnehmbar sei, indem er andere mit der Bestrafung beauftrage. In diesem Zusammenhang erwähnt er u. a. Strafverfahren.

Umgekehrt erörtert er einen raffinierten verborgenen Masochismus, bei dem das eigene Leiden die Voraussetzung für die eigene Lust darstellt. Er beschreibt einen General, der nach einer Schädelverletzung sagte: „Der böse Feind tut mir leid“ ([15] S. 509). Erst die eigene Katastrophe war die Voraussetzung dafür, dass der General dies aussagen konnte. Der Arzt und Philosoph ist der Auffassung, dass wir alle in diese Richtung, die auf Selbsterstörung gerichtet ist, tendieren. Jacob vertritt den Standpunkt, dass die Psychoanalyse erst seit einigen Jahrzehnten verstehe, dass die „*biografische Struktur der Krankheit*, das Eingebettet- und Verwurzelte in der Lebensgeschichte des Patienten nicht nur den Lebens-, sondern auch den Todestrieb umkreist“ ([16] S. 158).

Für die beiden speziellen Schmerzformen Sadismus und Masochismus sei der Unterschied von Gut und Böse und der Lustgewinn von wesentlicher Bedeutung. Der Autor veranschaulicht dies am Beispiel von Geben und Nehmen eines Geschenkes. Aus der Perspektive des Nehmenden stecke durch die Annahme des Geschenkes ein Zwang zu nehmen. Im idealen Fall sei für den Geber und den Nehmer ein Lustgewinn da. Anders verhalte es sich, wenn man sich (psychologisierend) bewusst mache, dass im Geben ein Stück Sadismus und im Nehmen ein Stück Masochismus stecke oder umgekehrt.

Abschließend führt Viktor von Weizsäcker zum „letzte[n] Wort über die Schmerzen“ ([15] S. 510) aus: „Zum Krankhaften müssen wir sagen: ‚Ja, aber nicht so.‘ [...] Man muß immer eine Kleinigkeit in Ordnung zu bringen suchen“ ([15] S. 510). Hier wird

angedeutet, dass der Kampf gegen den Schmerz und die Krankheit eine immerwährende Aufgabe ist. Ähnlich wie Sisyphus immer wieder einen großen Stein den Berg hinaufrollen muss, bleibt es Aufgabe des Arztes (vgl. [17]), gegen Krankheit und Schmerz immer wieder neu und Stück für Stück zu handeln. Ein schmerzfreies Leben ist für Viktor von Weizsäcker wohl Illusion, ein Desiderat, dessen Verwirklichung allenfalls in ferner Zukunft seine Realisierung finden kann. Dafür spricht auch, dass er dem vorherigen Abschnitt den Titel „Der Traum vom schmerzfreien Leben“ gegeben hat. Einschränkend muss gesagt werden, dass der Schmerz zum Leben gehört. So interpretiert Wiehl Weizsäcker dahin gehend dass der Schmerz als „eine ursprünglich zur pathischen Existenz gehörige Bestimmung“ ([4] S. 269) aufgefasst werden muss.

Viktor von Weizsäcker: „Zur Klinik der Schmerzen“

Zunächst geht Viktor von Weizsäcker auf schmerzphysiologische und neuroanatomische Vorstellungen seiner Zeit ein und resümiert, dass es um diese Grundlagen nicht gut stehe. Insbesondere die Frage der Schmerzbedingung sei nicht geklärt. Der gleiche pathologische Prozess verursache bei dem einen Patienten Schmerzen, bei dem anderen nicht (vgl. [18] S. 56, S. 61f). Der bloße Reiz auf die „nervöse Substanz“ [19] S. 537 reiche als Schmerzbedingung also nicht aus. Die Reiz-Erregungs-Empfindungslehre der älteren Schmerzphysiologie könne dieses Paradoxon nicht auflösen.

Die neue Physiologie seiner Zeit gehe davon aus, dass Schmerz dann entstehe, wenn eine bestimmte Funktionsform zustande komme. Der Vorteil der funktionalen Betrachtungsweise bestehe darin, dass er „gestattet, die sog. psychogenen, so z. B. die hysterischen, Schmerzerscheinungen mit den sog. organischen einheitlich aufzufassen, und ich gestehe, daß die Überwindung dieses Dualismus mir von jeher als Ziel vorschwebt“ ([19] S. 538). Der Autor beschreibt eine spezielle Form des Schmerzes, den Gesundungsschmerz, am Beispiel einer hysterischen Kontraktion. Löse man eine solche hysterische Kontraktion (mit hohem Kraftaufwand), z. B. einen Faustschluss, so trete der Gesundungsschmerz auf. Er wird dabei von einer starken affektiven Reaktion begleitet. Dieser Schmerz markiere den „Übergang von einem pathologisch fixierten zu einem harmonischen Innervationszustand“ ([19] S. 538), er stehe zwischen dem kranken und dem gesunden Zustand.

Viktor von Weizsäcker analysiert nun Myalgien (Muskelschmerzen). Dabei unterscheidet er die Primärerkrankung und den chronisch-sekundären Schmerz. Primär könne einer Myalgie z. B. eine Fraktur, ein Plattfuß oder eine Neuritis zugrunde liegen. Persistiert der Schmerz, wird er chronisch. Die chronisch-sekundäre Krankheit, bei der der Schmerz zum führenden Symptom werde, sei als zweite Krankheit aufzufassen, die nur an die erste anknüpft. Alle chronisch-sekundären Zustände wiesen die gleiche Genese auf, für die die zur „*Gewohnheit gewordene unharmonische*“¹⁹ Form der Innervation und des Muskelgleichgewichtes“ ([19] S. 539) eine entscheidende Rolle spiele. Die Pathogenese der dem akuten Schmerz zugrunde liegenden Erkrankung sei grundverschieden von der chronischen sekundären Erkrankung, die für den chronischen Schmerz verantwortlich ist. Der zuerst genannte werde durch einen gewebstraumatischen Prozess (z. B. Fraktur) verursacht. Bei den chronisch gewordenen, sekundären Erkrankungen, die zu chronischen Schmerzen

¹⁸ Im Aufsatz „Die Schmerzen“ wird die Schmerzlust im Zusammenhang mit dem Werdeschmerz erwähnt: (vgl. [1] S. 33).

¹⁹ Der Gesundungsschmerz führt hingegen von einem pathologisch fixierten in einen harmonischen Innervationszustand.

führen, liegt die Ursache nicht in dem, was vorherging, „sondern in dem, was kommen soll, aber nicht kommt, in dem Mißlingen der Anpassung an die geforderte neue Leistung. Wo ein irreparabler Defekt, etwa eine Parese mit Atrophie, eine Versteifung oder Deformierung vorliegt, erzwingt sie ja neue Innervationsbilder (Koordinationen), und wo diese nicht entstehen, bekommen wir das Symptom, die Chronizität“ ([19] S. 539).

Viktor von Weizsäcker beschäftigt sich in diesem Zusammenhang mit der Frage, warum der chronische Schmerz gerade eine bestimmte Muskelgruppe befällt. Hierbei kommt der Biografie des Erkrankten und der biografischen Methode eine entscheidende Bedeutung zu. Der Bewegungsapparat wird als Projektionsfläche und Ausdrucksorgan innerer psychischer Konflikte angesehen²⁰.

„Es gibt in der Biographie eines Menschen doch so viele Möglichkeiten, zum Versagen zu gelangen. Die *Entmutigung* kann aus vielen Windrichtungen kommen, aber *immer* ist sie auch ein *Akt des Subjektes*. Der Bewegungsapparat aber ist hier das *große Ausdrucksorgan* und der Schauplatz des Nichtvollzugs neu geforderter Leistung, aber eben darum der Verewigung nicht wirklichkeitsgerechter motorischer Haltungen, Spannungen und Erschlaffungen. Es handelt sich also um ein persönliches Verhalten in der Wiederherstellungsphase“ ([19] S. 540).

Dem Nichtvollzug neu geforderter Leistungen als persönliches Verhalten des Subjekts (Anpassungsstörung) entspricht im motorischen Bereich die Fixierung einer aufgabenwidrigen Motorik.

Der schwedische Kliniker Lindstedt und die Erfahrung der Heilgymnastik (insbesondere durch Arbeiten der Krankengymnastin Gertrud Schönborn) hätten neue Einsichten über den motorischen Schmerz aufgezeigt. Motorischer Schmerz trete nur in der Phase der Winkeländerung (bei Bewegung eines Gelenks) auf, klinge dann ab, bis die nächste Winkeländerung erfolge: „Die *Schmerzbedingung* ist also beim motorischen Schmerz gebunden an eine an sich *verschiebliche raumzeitliche Funktionsgestalt*, und der an sich verschiebliche *Entstehungsort* fällt zusammen mit dem Ort, welcher *ausgezeichnet ist durch die Anpassungsstörung*“ ([19] S. 540). Der Schmerz wird aufgefasst als „Abkömmling stattgehabter Ereignisse“ ([19] S. 541) und als „Ankläger versagender Anpassung“ ([19] S. 541)²¹. Dies weist darauf hin, dass in seelischer Hinsicht beim Patienten Konflikte stattgefunden haben und noch stattfinden, die zu einer „Fehlleitung in der Readaptation“ ([19] S. 541) geführt haben. Analog zur Entstehung motorischer Schmerzen durch Winkeländerungen eines Gelenkes entsteht der Schmerz an der Stelle, „wo eine andere, die rechte Funktionsgestalt, stehen müßte“ ([19] S. 541). Viktor von Weizsäcker bezeichnet dies als Äquivalenzannahme: Der Schmerz sei „demnach das Äquivalent einer Nicht-Leistung: „[w]eh tut das, was man zu tun unterläßt“ ([19] S. 541).

Der Arzt und Philosoph betont den Primat des Funktionsprinzips vor dem Leitungsprinzip. Er weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es beim pathologischen Abbau im Nerven-

system nicht zu Funktionsausfällen, sondern zum Funktionswandel²² komme. Als klinisches Beispiel hierfür nennt er die Hyperpathie (vgl. [19] S. 542). Unter Hyperpathie versteht man Schmerzen, die schon bei leichter Berührung auftreten.

Tatsächlich kommt es ja bei der inkompletten Schädigung von Nerven, wie z.B. bei der diabetischen Polyneuropathie, nicht zum Ausfall des Schmerzgefühls, zum Verlust des Schmerzempfindens. Vielmehr tritt eine qualitativ neue Schmerzform auf, die vorher nicht da war: der neuropathische Schmerz.

Die Tatsache, dass ein hysterischer Zustand einen Schmerz völlig auslöscht, (im Aufsatz „Die Schmerzen“ wurde als Beispiel hierfür die Hypnose benannt (vgl. [1] S. 39)) lege Zeugnis dafür ab, dass Schmerzentstehung und das Verschwinden des Schmerzes von der „zentralen Stimmung der Systeme“ ([19] S. 542) abhängen. Der Schmerz stellt nicht nur eine lokale periphere Erregung dar, das bewusste Erleben wird über das Gehirn vermittelt. Es ist ein Alltagsphänomen, dass ein Schmerz zunimmt, wenn wir traurig sind, hingegen, wenn wir gut gelaunt sind und geschäftig, den Schmerz kaum noch wahrnehmen. Diese Schwankungen des Schmerzempfindens verlaufen in normalen physiologischen Grenzen, während es sich bei dem Beispiel V. v. Weizsäcker um einen pathologischen Zustand handelt.

Der Autor führt weiter aus, seine Untersuchungen zum Funktionswandel (1923) hätten ergeben, dass das physiologische Korrelat eines Schmerzes neben der Erregung einer spezifischen Schmerzbahn auch ein weitverzweigtes Bedingungssystem für das Zustandekommen einer noch unbekanntem Funktionsform erfordere. Das lokale Prinzip müsse mit dem formalen verbunden werden (vgl. [19] S. 542). Heute hat man sich diesem Ziel meines Erachtens ein großes Stück angenähert. Morphe und Funktion sind eng miteinander verknüpft. Die Neuroplastizität, Veränderungen der Rezeptordichte und -art an den Synapsen, Veränderungen der Genexpression (vgl. [23] S. 31–33, [24] S. 30, 37, 38) im Nervengewebe und auch eine Veränderlichkeit in der Größe der Repräsentanzen im Kortex (vgl. [24] S. 34 [25]) ermöglichen die Anpassung der neuroanatomischen Strukturen an veränderte Funktionen. Der ursprüngliche Schmerzreiz, der den akuten Schmerz bewirkt hat, ist für die Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen nicht erforderlich. Auf Rückenmarksebene hat ein Neuron seine Funktion verändert und „schießt“ (autonom) und bewirkt seinerseits plastische Veränderungen im Gehirn (Neuroplastizität). Chronische Schmerzen in einem bestimmten Körperareal bewirken eine nachweisbare Vergrößerung in der entsprechenden kortikalen Repräsentanz. Diese Vorgänge bestätigen die Auffassung Viktor von Weizäckers, dass es sich bei der chronisch-sekundären Erkrankung, die zu chronischen Schmerzen führt, um eine zweite Erkrankung handelt, die sich pathogenetisch grundsätzlich von der primären Erkrankung unterscheidet, die den akuten Schmerz verursacht hat.

²⁰Bei der Frage „Warum gerade hier“ weist Janz darauf hin, dass am lumbosakralen Übergang in der phylogenetischen Entwicklung vom Vier- zum Zweibeiner und in der Ontogenese der Prozess der Aufrichtung erfolgt (vgl. [20] S. 44). An diesem Ort könnten sich Konflikte zwischen Regressions- und Machtbedürfnis besonders auswirken (vgl. [21] S. 844)

²¹Die Begriffe sind allgemein gehalten, sie können sowohl für organische Erkrankungen gelten als auch für psychische Erkrankungen wie Neurosen. Dies entspricht von Weizäckers Absicht den Dualismus von psychogenen und somatogenen Krankheiten zu überwinden.

²²In diesem Zusammenhang ist das Prinzip des Funktionswandels, z. B. bei einem geschädigten Nerven zu erwähnen. Der spanische Arzt, Medizinhistoriker und Schriftsteller Laín-Entralgo erläutert den Begriff des Funktionswandels bei V. v. Weizsäcker und konstatiert, dass die pathologische Aktivität des geschädigten Organismus nicht als verminderte normale Aktivität des geschädigten Organs oder Zentrums anzusehen sei. Entscheidend sei vielmehr eine qualitativ neue Tätigkeit. Der Funktionswandel beschreibt also die qualitative Änderung der Aktivität eines Organismus, wenn eine Funktionsstörung oder eine Zerstörung der Funktion eines seiner Teile aufgetreten ist (vgl. [22] S. 31). Ein Beispiel dafür stellt der neuropathische Schmerz dar. Hier führt die Schädigung bestimmter Schmerzfasern (z. B. im Rahmen einer Polyneuropathie bei Diabetes mellitus) nicht zu einer quantitativen Funktionsabnahme, sondern es tritt eine neue Schmerzqualität auf.

Viktor von Weizsäcker wendet sich nun 3 Schmerzgruppen unter dem Aspekt zu, was sie über das oben erwähnte Bedingungs-system und die nicht näher bekannte Funktionsform aussagen können: die Neuralgie, die Migräne und atypische (sympathische) Schmerzen. Am Beispiel der Trigeminusneuralgie zeigt der Autor wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse seiner Zeit auf und kommt dabei zu der Schlussfolgerung: „Das sensible Schmerzsystem muß als im höchsten Maße umstimmungsfähig beurteilt werden, und überdies als eine große Systemeinheit“ ([19] S. 543–544).

Bestätigung dafür findet er auch im Krankheitsbild der Migräne. Diese Erkrankung kann mit Sehbeeinträchtigungen wie Flimmertotomen und Augenmuskellähmungen (*Migraine ophthalmologique*), Übelkeit und Erbrechen sowie neurologischen Funktionsstörungen (*Migraine accompagnée*) einhergehen. Die Koppelung der Symptome könne sich lösen, die Symptome könnten auch alleine auftreten, manche könnten ganz wegfallen. Die Migräne könne auch ganz und gar ausbleiben und von tachykarden Anfällen abgelöst werden: „Die *Dissoziation* und die *Verschiebung* dieser episodischen Krisen, womit die eine Form als *Stellvertreter*, als Äquivalent der anderen erscheint, ist eine sehr verbreitete Erscheinung, und sie umfaßt auch vestibuläre, stenokardische, epileptische Äußerungen“ ([19] S. 544).²³ Die Krise, die sich in Verschiebung und Stellvertretung äußern kann, stellt Viktor von Weizsäcker in einen biografischen Zusammenhang; sie wird Ausdruck einer persönlichen biografischen Krise. Die Stellvertretung bezieht sich also nicht nur auf das Verhältnis von einem Symptom zum anderen, sondern meint auch die Vertretung eines psychischen Konfliktes durch ein körperliches Symptom (Psychogenie) in einer biografischen Krise:

„Denn die unter unseren Fällen, welche psychologisch sehr genau beobachtet werden konnten, haben uns gelehrt, daß an der psychologischen Einbettung und der biographischen Bedeutung des *wann*, des *wo* und des *wie* der Anfallkrisen kein Zweifel erlaubt ist, und ich bestreite ganz entschieden die Behauptung von der psychologischen oder biographischen Sinnlosigkeit der Anfälle“ ([19] S. 544).

Der Autor wendet sich nun der dritten Schmerzgruppe zu, der Gruppe der atypischen oder sympathischen Schmerzen. Über diese Schmerzen könne man zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur in Form von Kasuistiken diskutieren. Während bei der Trigeminusneuralgie die chirurgische Therapie Mittel der Wahl sei und bei der Migräne die Behandlung durch Internisten, Neurologen und Psychotherapeuten zu erfolgen habe, gebe es hinsichtlich der atypischen Schmerzen genug Fälle, wo Patienten durch Psychotherapie einer Heilung zugeführt werden konnten (vgl. [19] S. 546).

Hier schließt sich der Kreis:

„Da unser Problem hier wieder einmündet in den ersten, den psychophysischen Ansatz, soll wenigstens eine Bemerkung zur Frage der sog. Psychogenie gestattet sein. Der Schmerz ist zwar nach unserer Auffassung eine Funktion eines unbekannt großen nervösen Systems – nicht Wirkung eines erregten Elementes. Er ist verschieblich, er ist vertretbar, er selbst vertritt eine Krise im System. Aber er bleibt dabei immer noch organisch gebunden – daran zu zweifeln ist kein einziger Grund. Und ebenso fehlt jeder triftige Grund, sich das physiologische Substrat bei sog. psycho-

genen Schmerzen grundsätzlich anders vorzustellen als bei sog. organisch bedingten“ ([19] S. 546).

Viktor von Weizsäcker spricht sich für eine differenzierte Betrachtungsweise von Schmerzen aus. Der Unterschied der verschiedenen Schmerzformen, wie sie z. B. bei der Trigeminusneuralgie, bei Schmerzneurosen und beim sog. Sympathikus-Schmerz auftreten, lasse sich nicht an einer unterschiedlichen Lokalisation eines schädigenden Agens, einer Noxe, festmachen, „sondern an dem Weg der *Pathogenese* und an der *Art* der ursprünglich gestörten *Leistung* [...] Schmerz kann entstehen sowohl, wenn ein Kopfarbeiter an seiner intellektuellen Aufgabe verzagen muss, wie wenn das primitive Leben der Gewebe durch Entzündung oder Zirkulationsstockung gestört ist. Psychophysisch ist die eine wie die andere Leistung gebaut, periphere und zentrale Funktionen müssen immer zusammenwirken; aber der Weg, auf dem es zum Schmerz kam, ist je nach der gestörten Leistung sehr verschieden. Dazu stimmt gut die große phänomenale Verschiedenheit der Schmerzen [...]“ ([19] S. 546–547). Die Mannigfaltigkeit der verschiedenen Schmerzphänomene erlaube keine sicheren Rückschlüsse auf ihre spezifische Pathogenese. Hinter dem Phänomen Kopfweh könne sich ein innerer Konflikt, eine Myopie oder ein Hirntumor verbergen. Das Phänomen Schmerz markiere „in dem psychischen Zusammenhang eine Lücke, eine Fehlentwicklung, ein verborgenes Versagen [...]“ ([19] S. 547). Dem Begriff der Psychogenie konstatiert er hier eine Unklarheit in Bezug auf den Schmerz: „[E]ine Körperfunktion soll psychisch bedingt sein und steht doch genau an der Stelle, wo das psychisch Sinnvolle in das Sinnlose umschlägt. Es ist daher angemessener, nicht von einem Sinn der Schmerzen zu reden, sondern dem Auftrag nachzugehen, den dieser König der Unlust uns stellt“ ([19] S. 547).

Der Schmerz ist als Auftrag zu verstehen, er motiviert, drängt, ruft zur Wandlung auf und fordert uns dazu auf, die Chance zur Entwicklung, zur Persönlichkeitsentfaltung wahrzunehmen. Ein Sinn der Schmerzen könne sich nur konkret auf das Subjekt beziehen: „Vom Sinn des Schmerzes aber kann wohl nur ad personam gesprochen werden. Eine allgemeine Sinnlehre vom Schmerz gibt es nicht. Nur wer ihn hat, kann wissen, was er ihm erschlossen, was er vernichtet²⁴ hat. Wer vor unbekämpfbaren Schmerzen steht, weiß das eigentlich“ ([19] S. 547).

Eine zukunftsweisende Pathologie der Schmerzen müsse neben der Erforschung von Schmerzbahnen auch das Studium der Pathogenese verschiedenster Leistungskreise beinhalten. In diesem Vortrag sieht der Autor die naturwissenschaftliche Methode als wichtige Ergänzung zur Psychotherapie und zur biografischen Methode an: „Wir werden unseren Geist trotzdem nicht nachlassend anstrengen und ihn durch Intellekt, Chirurgie, Chemie und Psychologie hindurch zur Wirkung bringen. Wie man diesen *Geist* als *Widersacher* der *Seele* hat verklagen können, verstehe ich nicht und will ich vielleicht nicht verstehen. Im Kampf gegen die Schmerzen ist *er*, meine *ich*, *ihr* Freund“ ([19] S. 548).

Schmerzordnung- Funktionen des Schmerzes

Schmerzen sind ein gutes Beispiel dafür, wie man unter Berücksichtigung biografischer krisenhafter Ereignisse und neuer Bedeutungen und Funktionen der Schmerzen eine große Anzahl paradoxer Schmerzphänomene, die durch eine rein naturwissenschaftliche Betrachtungsweise nur unzureichend erklärt werden können, besser verstehen kann (vgl. [26] S. 56).²⁵

²³ Aus unserer internistisch-allgemeinmedizinischen Praxis erinnere ich mich an eine Patientin, bei der es zu einer Verschiebung von funktionellen Störungen gekommen ist. So traten nach dem Sistieren von Palpitations-Episoden in der Folge funktionelle Bauchschmerzen auf.

²⁴ Auch hier wird der polare Charakter des Schmerzes deutlich.

²⁵ In diesem Kapitel folge ich Küttemeyer 2003 [18].

Schmerz weist in der Medizin auf eine Störung, eine Erkrankung hin. Er wird vom Arzt und vom Patienten als Gegner aufgefasst, der aufgespürt und bekämpft werden muss (vgl. [26] S. 56).

Im medizinischen Alltag lassen sich viele Schmerzzustände wie geringer Schmerz oder Schmerzlosigkeit bei großem körperlichen Schaden (z.B. ausgedehntes Bronchialkarzinom), Weiterbestehen des Schmerzes trotz abgeschlossenem Heilungsprozess und Schmerzen ohne somatisches Korrelat nur unzureichend erklären (vgl. [26] S. 56). Viktor von Weizsäcker arbeitet in seinem Aufsatz „Die Schmerzen“ (1926) neue Funktionen und Bedeutungen des Schmerzes heraus. Aus dem polaren Charakter des Schmerzes im Hinblick auf die Pole „schöpferisch“ und „zerstörerisch“ lässt sich der Schluss ziehen, dass der Schmerz sowohl ein Indikator für Zerstörung und Schädigung (*Zerstörungsschmerz*) darstellt als auch für Werden und Wachstum (*Werdeschmerz*) (vgl. [26] S. 56). Daneben unterscheidet der Arzt und Philosoph von Weizsäcker noch andere Schmerzformen wie den Erziehungsschmerz (vgl. [1] S. 33) Im Aufsatz „Das Mißliche am Schmerz“ wird der Schmerz als wichtige Leistung unter anderen Leistungen bezeichnet, der als Vertreter von Angst auftreten könne (vgl. [15] S. 506).

Der Arzt und Philosoph beschreibt in den Aufsätzen „Die Schmerzen“ und „Zur Klinik der Schmerzen“, dass die gleiche Schmerzbedingung zu unterschiedlichen subjektiven Schmerzempfindungen führen kann. Ein hypochondrischer Patient z.B. leidet unter starken Schmerzen, ohne dass für den aktuellen Schmerz ein auslösender Reiz vorausgegangen ist. Umgekehrt klagt ein Patient mit einem Krebsleiden häufig erst in einem fortgeschrittenen Stadium über Schmerzen (vgl. [26] S. 56).

Viktor von Weizsäcker kritisiert den cartesischen Reiz-Reaktions-Mechanismus als Modell zur Entstehung von Schmerzen. Das Kontingenzprinzip ist geeignet, die komplexen und „antilogischen“ Zusammenhänge des Lebendigen und Viktor von Weizsäckers Denkansatz besser zu verstehen [27].

Der Autor beschreibt den Schmerz als „*schwebende* Entscheidung zwischen Ich und Es“ ([1] S. 33), der bei drohendem Teiltod wie dem Verlust eines Gliedes auftritt. Die Bedrohung der „Eigenheit durch [eine] Fremdheit“ ([1] S. 32) bestimmt die Entstehungssituation des Schmerzes. Schmerz hat prozessualen Charakter und ist Ausdruck eines Kampfes zwischen den destruierenden trennenden Kräften einerseits und den heilenden integrierenden Kräften andererseits. Solange der Schmerz noch da ist, ist über den Ausgang des Kampfes noch nicht entschieden, ob z.B. eine Schnittwunde verheilt oder ein Teiltod auftritt und ein Körperteil abstirbt. Schmerz ist demnach nicht Folge eines Teiltodes, um im Beispiel zu bleiben, dem Verlust eines Körperteils (vgl. [26] S. 56-57).

Nach V. v. Weizsäcker kann Schmerz nur da auftreten, wo es zuvor zu einer gelungenen Einverleibung, einer intakten Integrität zwischen dem Menschen und seinem Körperteil gekommen ist. Diese Schlussfolgerung beinhaltet nach Kütemeyer (2003) einen Schlüssel zur Erklärung von Zuständen paradoxer Schmerzempfindlichkeit. Eine Selbstentfremdung werde durch abnorme Schmerzempfindlichkeit sichtbar. Schmerzfähigkeit besitze bei Viktor von Weizsäcker einen positiven Aspekt. Er ist Ausdruck einer positiven Körperbesetzung und stellt eine Leistung des Körpers dar. Hieraus können therapeutische Ansätze entwickelt werden (vgl. [26] S. 56–57, 69–70). Ziel der ärztlichen Haltung zum Schmerz ist nicht die Zerstörung des Schmerzes *per se*, sondern die Differenzierung der Schmerzen (Werdeschmerz, Zerstörungsschmerz und andere Schmerzformen), die Auseinandersetzung mit dem Schmerz (vgl. [26] S. 57) sowie das Erlernen

der Schmerzfähigkeit. Letzteres entspricht nach Kütemeyer (2003) dem „Auffinden der jeweiligen Form der Selbstentfremdung“ ([26] S. 57).

Zur Person



Der Autor führt mit seinem Bruder, Dr. med. Klaus-Ulrich Henß, eine internistisch-allgemeinärztliche Gemeinschaftspraxis; 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). Er lebt in Deutschland und in Kanada.

Ihre Meinung zu diesem Artikel können Sie gerne der Redaktion mitteilen (geschaeftsstelle@balintgesellschaft.de).

Literatur

- 1 Weizsäcker Vv. Die Schmerzen (1926). Gesammelte Schriften 5, Weizsäcker V v- Gesammelte Schriften, 10 Bände. Achilles P, Janz D, Schrenk M, Weizsäcker CFv, Hrsg. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1987; 27–47
- 2 Achilles P. Literatur, Anmerkungen in: Viktor von Weizsäcker Gesammelte Schriften, 10 Bände. Achilles P, Janz D, Schrenk M, Weizsäcker CFv, Hrsg. (5), Der Arzt und der Kranke. Stücke einer medizinischen Anthropologie. Bearbeitet von Peter Achilles unter Mitwirkung von Dieter Janz, Mechthilde Kütemeyer, Wilhelm Rimpau, Walter Schindler, Martin Schrenk. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1987; 345–392
- 3 http://www.viktor-von-weizsaecker-gesellschaft.de/ver_sub.php?id=13&a=0&slID=9Ankündigung der Viktor-von-Weizsäcker-Gesellschaft zur 13. Jahrestagung vom 4.–6.10.2007
- 4 Wiehl R. Ontologie und pathische Existenz. Zur philosophisch-medizinischen Anthropologie Viktor von Weizsäckers, Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 1990; 38: 263–288
- 5 Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. 11. Aufl. Bern: 2007
- 6 Jacobi R-ME. Leben im Zwischen. Vorüberlegungen zu einem erkenntniskritischen Verständnis in der Gestaltkreislehre Viktor von Weizsäckers. In : Jakobi R-ME, Hrsg. Selbstorganisation. Jahrbuch für Komplexität in den Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften Band 7, Zwischen Kultur und Natur. Neue Konturen medizinischen Denkens. Duncker & Humblot Berlin: 1996; 97–118 zitiert nach [8] 197
- 7 Nietzsche F. Also sprach Zarathustra, Goldmanns gelbe Taschenbücher Band 403. München: Goldmann, 1958
- 8 Rimpau W. Einführung und Einleitungen. In: Viktor von Weizsäcker Warum wird man krank? Ein Lesebuch. Rimpau W, Hrsg. Mit einem Vorwort von Klaus Dörner und Wilhelm Rimpau. Band 5, Reine medizin Human; hrsg. von Dr. Bernd Hontschik. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2008; 15–23, 27–30, 73–78, 113–115, 191–197, 223–227, 293–296
- 9 Sartre JP. La Nausée. Paris: Gallimard, 1938
- 10 Benzenhöfer U. Der Arztphilosoph Viktor von Weizsäcker. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2007
- 11 Weizsäcker Vv. Von den seelischen Ursachen der Krankheit (1947). Gesammelte Schriften 6, Viktor von Weizsäcker Gesammelte Schriften, 10 Bände. Achilles P, Janz D, Schrenk M, Weizsäcker CFv, Hrsg. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1986; 399–417
- 12 Weizsäcker Vv. Krankengeschichte (1928). Gesammelte Schriften 5, Weizsäcker V v. Gesammelte Schriften, 10 Bände. Achilles P, Janz D, Schrenk M, Weizsäcker CFv, Hrsg. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1987; 48–66
- 13 Wiehl R. Vortrag anlässlich der 13. Jahrestagung der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft vom 4.–6. Oktober 2007 in Heidelberg. In: Mitteilungen der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft Nr. 22 (2008), Zusammenfassung von Weichelt M: „Die Unzulänglichkeit des Lebens“, Redaktion: Jacobi, R-M E, Verantwortlich: Stoffels H. Fortschr Neurol Psychiat 2008; 76: 625–634 Nr. 22 (2008).
- 14 Freud S. Allgemeine Neurosenlehre (1917). 17. Vorlesung. Der Sinn der Symptome. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Hamburg: Nikol, 2010; 246–261

- 15 Weizsäcker Vv. Das Mißliche am Schmerz (1951). Gesammelte Schriften 6, Viktor von Weizsäcker Gesammelte Schriften, 10 Bände. Achilles P, Janz D, Schrenk M, Weizsäcker CFv, Hrsg. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1986; 504–510
- 16 Jacob W. Anthropologische Medizin. In: Hahn P, Jakob W, Hrsg. Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag, Beiträge zum Symposium der Universität Heidelberg (1.–3.5.1986) sowie 24. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (5.3.1986) und der 36. Lindauer Psychotherapiewochen (19.4.1986). Schriften zur anthropologischen und interdisziplinären Forschung in der Medizin Bd. 1. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer, 1987; 154–159
- 17 Camus A. La Peste. Paris: Hatier, 1972
- 18 Küttemeyer M. Ärztlicher Umgang mit Schmerzen und Schmerzkranken. In: Jacobi R-ME, Janz D, Hrsg. Zur Aktualität Viktor von Weizsäckers, Beiträge zur medizinischen Anthropologie Band 1, im Auftrag der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft, besorgt von Cramer F, Janz D, Wiehl R. Würzburg: Königshausen & Neumann, 2003; 55–74
- 19 Weizsäcker Vv. Zur Klinik der Schmerzen (1936). Gesammelte Schriften 3, Viktor von Weizsäcker Gesammelte Schriften, 10 Bände. Achilles P, Janz D, Schrenk M, Weizsäcker CFv, Hrsg. Frankfurt am Main: 1990; 537–548
- 20 Janz D. Anthropologische Erfahrungen in der Klinik. In: Jacobi R-ME, Janz D, Hrsg. Zur Aktualität Viktor von Weizsäckers, Beiträge zur medizinischen Anthropologie Band 1, im Auftrag der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft, besorgt von Cramer F, Janz D, Wiehl R. Würzburg: Königshausen & Neumann, 2003; 41–54
- 21 Küttemeyer M, Schultz U. Psychosomatik des Lumbago-Ischias-Syndroms. In: Uexküll Tv, Hrsg. Psychosomatische Medizin. 3. Aufl. München, Wien, Baltimore: 1986; 835–848 nach [20] 44
- 22 Laín-Entralgo P. Viktor von Weizsäcker und die ärztliche Praxis. In: Hahn P, Jakob W, Hrsg. Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag, Beiträge zum Symposium der Universität Heidelberg (1.–3.5.1986) sowie 24. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (5.3.1986) und der 36. Lindauer Psychotherapiewochen (19.4.1986). Schriften zur anthropologischen und interdisziplinären Forschung in der Medizin Bd. 1. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer, 1987; 23–44
- 23 Freynhagen R, Baron R. Kompendium Neuropathischer Schmerz. 2. Aufl. Linkenheim-Hochstetten: Aesopus, 2006
- 24 Zieglgänsberger W. Grundlagen der Schmerztherapie. In: Junker U, Nolte T, Hrsg. Grundlagen der Speziellen Schmerztherapie. München: Urban & Vogel, 2005; 17–49
- 25 Flor H, Braun C. Extensive reorganization of primary somatosensory cortex in chronic back pain patients, Neuroscience Letters 224 (1997): 5–8, zitiert nach Flor 2004, 118–119 aus Flor H: Schmerz und Lust. In: Bromm B, Pawlik K, Hrsg. Neurobiologie und Philosophie zum Schmerz. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2004; 117–127
- 26 Küttemeyer M. Ärztlicher Umgang mit Schmerzen und Schmerzkranken. in: Jacobi R-M E, Janz D (Hrg.): Zur Aktualität Viktor von Weizsäckers, Beiträge zur medizinischen Anthropologie Band 1, im Auftrag der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft, besorgt von Cramer F, Janz D, Wiehl R, Würzburg: Königshausen & Neumann; 2003, 55–74
- 27 Wörz R. am 13.3.2013 anlässlich der Schmerzkonferenz (Leitung: Dr. B. Zöller und Dr. R. Hage) in Heidelberg