

Die Anästhesie der Anästhesie

Schmerzmedizin in kulturethischer Perspektive

Die medizinische Ethik hat in den letzten Jahren und Jahrzehnten wohl vor allem darum reüssiert, weil (und insofern) sie sich auf relativ konkrete Einzelfragen des ärztlichen Handelns, dessen situative Vielfältigkeiten und die damit verbundenen Entscheidungsprobleme gerichtet hat. In diesem hohen Grad der pragmatischen Operationalisierung nähert sich die Ethik der hochoperationalisierten modernen Medizin an. Solche Annäherung birgt Stärken, aber auch Schwächen. Eine der Stärken ist, dass die Ethik dadurch eher in der Lage ist, fallbezogene Handlungsratschläge zu geben. Eine Schwäche dürfte sein, dass sie die Wahrnehmung der größeren Zusammenhänge, nämlich der größeren kulturellen, auch historisch-kulturellen Zusammenhänge, in denen das ärztliche Handeln steht, tendenziell eher ausblenden muss. Diese Wahrnehmung ist jedoch die klassische Aufgabe, ja die Domäne der Geistes- und Kulturwissenschaften wie auch der Theologie. Der Blick, den diese Wissenschaften auf die berufliche Wirklichkeit ärztlichen Handelns werfen, ist von Hause aus ein recht anderer, als der, der dem ärztlichen Handeln, insbesondere unter den modernen Bedingungen einer hochtechnisierten Medizin, inhärent ist. In diesem Sinne und in dieser Perspektive sollen im Folgenden einige kultur-ethisch-philosophische und -theologische Überlegungen zur Schmerzmedizin ange stellt werden. Ob und inwiefern das ärztliche und näherhin das schmerzmedizinische Handeln davon profitieren kann, mögen seine Akteure selbst beurteilen.

Medizin als Schmerzmedizin

Das objektive Dilemma der Schmerzmedizin

Wenn es das generelle Ziel der Medizin ist, Schmerzen zu lindern, dann und in diesem Sinne ist alle Medizin eigentlich Schmerzmedizin.¹ Entsprechend wäre die Medizinethik insgesamt eigentlich Schmerzethik. „Nihil nocere“, nicht schaden, bedeutet: keine Schmerzen zufügen bzw. bestehende Schmerzen lindern. Schmerzen sind dabei sehr weit zu fassen. Schmerzen sind nicht nur physische, sondern auch psychische Beeinträchtigungen des Wohlbefindens. Schmerz ist der subjektive Aspekt von Leiden. Schmerzen zu lindern ist an sich ethisch gut. Denn Leiden, Schmerzen sind an sich ethisch schlecht. Das ist keine hedonistische These. Schmerzen sind auch etwa von der jüdischen und christlichen, von der biblischen Ethik stets als ein Übel eingeschätzt worden: „Unter Schmerzen sollst du Kinder gebären“ (Gen. 3, 16). Das ist ein Fluch, das ist die Tragik des menschlichen Lebens: Es ist gerade nicht Ausdruck des menschlichen Leben, wie es nach der Bibel ursprünglich von Gott gemeint ist.

Aber zu betonen ist: Schmerzen sind *an sich* – also: für sich genommen – ethisch schlecht. Denn Schmerzen sind in der Re-

gel ja selbst nicht das Übel, d. h. die Krankheit, sondern sie melden sie nur. Darum kann es notwendig sein, Schmerzen zuzufügen, um Schmerzen zu lindern, bzw. um die Krankheit, die sie anzeigen, zu heilen. Wenn alle Medizin Schmerzmedizin, Schmerzlinderungsmedizin ist, dann lässt sich Medizin grundsätzlich als die Verabreichung von Schmerzmitteln beschreiben. Aber in jedem Schmerzmittel steckt zumindest potenziell wiederum der Schmerz als Mittel, also die Medizin als bittere Medizin.

Gewöhnlich nennt man dieses Problem das Problem der Nebenwirkungen. Unter diesem Gesichtspunkt lassen sich vielleicht alle ethischen Fragen der Medizin betrachten. Freilich verdeckt die glatte Rede von der intendierten medizinischen Hauptwirkung und den in Kauf zu nehmenden Nebenwirkungen genau die Tatsache, dass hier tatsächlich ein Dilemma besteht, das objektive Dilemma der Medizin: Indem sie eingreift in den Organismus, muss sie – häufig – Schmerzen zufügen, um Schmerzen zu lindern.

Das subjektive Dilemma der Schmerzmedizin

Diesem objektiven Dilemma der Schmerzmedizin entspricht ein subjektives. Es besteht darin, dass solche Eingriffe in einen Organismus, der Schmerzen hat, nur von

¹ Für die hier angestellten Überlegungen können die Begriffs- und Sachdifferenzen von Anästhesie, Analgesie und Schmerzmedizin eingeklammert werden.

Der Verfasser, Dr. Georg Pfeleiderer, ist Ordinarius für Systematische Theologie/Ethik an der Universität Basel.

jemandem vorgenommen werden können, der selbst in diesem Moment keine oder jedenfalls nicht sehr gravierende Schmerzen hat. Man kann sagen: Die Anästhesie des Anästhesisten ist Voraussetzung seines beruflichen Handelns. Das nenne ich das subjektive Dilemma der Medizin als Schmerzmedizin; man könnte es auch ihr Solidaritätsdilemma nennen. Warum ist das ein Dilemma? „Geteiltes Leid ist halbes Leid“, sagt der Volksmund. In einem elementaren Sinne darf die Therapeutin das Leid ihres Patienten aber eben nicht teilen, sonst wäre sie selbst Patientin.

Gewiss, man kann sich Schmerzen einigermaßen vorstellen. Wir sind als Menschen fähig, uns (zumindest bis zu einem gewissen Grad) ineinander hineinzuversetzen. Das ist in der Tat ein wichtiger Bestandteil schmerzmedizinischen Handelns. Aber um diesen wahrnehmen und sachgerecht ausüben zu können, ist es wichtig, sich des strukturellen Problems bewusst zu sein: Der Mediziner ist im vollen Doppelsinn des Wortes Anästhesist: Als einer, der selbst keine Schmerzen hat, behandelt er jemanden, der Schmerzen hat.

In dieser Distanz des Therapeuten zum Schmerz ist die Möglichkeit zur Objektivierung des Schmerzes begründet, damit aber eben auch das Dilemma: Für den Patienten ist der Schmerz zunächst subjektiv: Mein Schmerz – ich fühle ihn, ich „bin“ der Schmerz.² Für die Ärztin ist der Schmerz objektiv, nämlich ein Gegenstand der Beschreibung: „Wo tut’s denn weh?“ Diese Differenz liegt in der Natur des ärztlichen Verhältnisses, sie ist nicht erst eine Folge neuzeitlicher Hightechmedizin. Und das bedeutet: Die Differenz ist selber Teil des Problems und Teil der Lösung. Indem die Ärztin fragt: „Wo tut’s denn weh?“, nimmt sie eine Achsendrehung vor und lädt die Patientin ein, ihr zu folgen. Sie dreht die Patientin sozusagen aus sich heraus: „Objektivieren Sie mal Ihren Schmerz!“, lau-

² Zum philosophischen Problem des Schmerzausdrucks vgl. Schmitz Barbara: Die Beziehung zwischen Schmerzempfindung und Schmerzausdruck. Eine Wittgensteinsche Perspektive. In: Der Körper in der Philosophie, hrsg. von Emil Angehrn u.a., Bern u.a. 2003, 167–180 [11]; als Beispiel für eine literarische Bearbeitung des Themas vgl. Daudet, Alphonse: Im Land der Schmerzen. Eingeleitet und kommentiert von Julian Barnes, Bremen 2003 [2].

tet gewissermaßen ihr erster Therapievorschlag – ein Vorschlag zur Selbsttherapie. Wenn er angenommen wird, ist die Besserung schon eingeleitet; andernfalls ist der Zustand schlimmer als vorher.

Das subjektive Dilemma besteht also darin, dass man Schmerzen objektivieren muss, um sie behandeln zu können. Dadurch werden die Schmerzen relativiert; damit werden sie aber auch in ihrer subjektiven Wirklichkeit immer auch teilweise verkannt und verfehlt. Darin liegt ein grundsätzliches ethisches Problem. Es wird noch deutlicher, wenn das Dilemma der Schmerzmedizin als das herausgearbeitet wird, was es eigentlich ist: ein Wahrnehmungsdilemma.

Schmerzmedizin und Kultur

Das Wahrnehmungsdilemma der Schmerzmedizin

Die Medizin, die Anästhesie, muss in einem gewissen Maß anästhetisch, schmerzimmun, sozusagen kalt sein, um arbeiten zu können. Die Attitüde der Kälte, der distanzierenden, objektiven Beobachtung rechtfertigt sich durch ihren Zweck. Sie ist Mittel zum Zweck. Der Zweck heiligt das Mittel. Aber hier liegt auch die Gefahr. Denn der Blick des Arztes ist – phänomenologisch betrachtet – dem Blick des Zuschauers verwandt, der Leiden unbeteiligt, apathisch, gleichgültig betrachtet oder womöglich sogar dem des Zuschauers, dem das Zuschauen heimlich Vergnügen bereitet, dem Voyeur.

„Das Leiden anderer betrachten“³ So ist das jüngste Buch der (inzwischen verstorbenen) amerikanischen Kulturphilosophin Susan Sontag betitelt. Die Friedenspreisträgerin des deutschen Buchhandels 2003 widmet sich darin der Kriegsfotografie im 20. Jh. Kriegsfotografien sind oft zu Propagandazwecken gemacht worden, aber auch nicht selten, um die Grausamkeit des Krieges zu zeigen, und um so Abschreckungswirkungen zu erzielen. Doch häufig erreichen Kriegsphotos das Gegenteil. Sie verherrlichen, ob sie wollen oder nicht, den Krieg, oder sie lassen uns ab-

³ Sontag, Susan: Das Leiden anderer betrachten. Aus dem Englischen von Reinhard Kaiser, München/Wien 2003 [14].

stumpfen. Wir haben zu viel gesehen. Wir reagieren apathisch.

Die ersten modernen bildgebenden Verfahren der Medizin, die Röntgenbilder, sind etwa im selben Zeitraum entstanden bzw. breitenwirksam geworden wie die Fotografie, auch die Kriegsfotografie. Das Durchleuchten der Körper in der Medizin und das Ablichten der geschundenen Körper des Krieges sind im selben Zeitraum aufgekommen: etwa um die Jahrhundertwende 1900, kurz vor dem Ersten Weltkrieg. Beides hat die kulturellen Sehgewohnheiten und damit zusammenhängend die Wahrnehmungshaltungen massiv verändert, auch die medizinischen.⁴ Die moderne Medizin hat Teil an einer kollektiven Wahrnehmungshaltung, an einem Wahrnehmungsideal des 20. und vielleicht auch 21. Jh., nämlich am Ideal des nüchternen, des „coolen“, eigentlich: des apathischen oder auch amüsiert-distanzierten Beobachters: Hercule Poirot, John Wayne, Humphrey Bogart, James Bond. – Man könnte übrigens hinzufügen: Charly Chaplin oder auch Lorient. Die Medizin hat Teil am Ideal des Mannes, der sich durch das, was er sieht und erlebt, nicht wirklich innerlich erschüttern, nicht aus der Ruhe bringen lässt: am 20.-Jh.-Typus des „Mannes ohne Eigenschaften“ (R. Musil).

Im 20. Jh. sind Schmerzen und Leiden extremsten Ausmaßes zugefügt, erlitten und zugleich mit dem nüchternen Blick des Mediziners wahrnehmbar geworden und wahrgenommen worden. Noch vor der Einrichtung der großen Massenquartiere, der Konzentrationslager des Nationalsozialismus und des Archipel Gulag, wurde dies durch die Literatur antizipiert. Paradigmatisch dafür steht Franz Kafkas Novelle *Die Verwandlung*: „Als Gregor Samsa eines Morgens aus unruhigen Träumen

⁴ Schmerzwahrnehmung ist grundsätzlich und in sehr viel höherem Maß als gemeinhin angenommen ein kulturabhängiges und darum kulturvariables Phänomen. Vgl. dazu insgesamt z. B. Morris, David B.: Geschichte des Schmerzes. Aus dem Amerikanischen von Ursula Gräfe, Frankfurt/M., Leipzig 1994 [9]; Engelhardt, Dietrich von: Krankheit, Schmerz und Lebenskunst. Eine Kulturgeschichte der Körpererfahrung, München 1999, bes. 102–138 [3]; Scarry, Elaine: Der Körper im Schmerz. Die Chiffren der Verletzlichkeit und die Erfindung der Kultur, übersetzt von Michael Bischoff, Frankfurt/M. 1992 [10].

Anaesthesist 2005 · 54:192–200
DOI 10.1007/s00101-005-0806-5
© Springer Medizin Verlag 2005

G. Pfeleiderer

Die Anästhesie der Anästhesie. Schmerzmedizin in kulturethischer Perspektive

Zusammenfassung

In einer kulturethischen Perspektive betrachtet, lässt sich Schmerzmedizin als Inbegriff aller Medizin verstehen. Als solche enthält sie zwei Dilemmata: Sehr oft müssen Schmerzen zugefügt werden, um Schmerzen zu lindern; und dies kann nur einer tun, der selbst (relativ) frei ist von Schmerzen. Die berufsnotwendige Apathie oder ‚Anästhesie‘ des Anästhesisten entspricht einerseits einem allgemeinen Wahrnehmungstypus des 20. Jh.: dem kühlen Beobachter. Andererseits ist sie die moderne Variante der ursprünglich religiösen Konstellation von Priester und Krankem bzw. Opfer. Heilung geschieht durch Stellvertretung. Das schwache Ich des Kranken übernimmt im Opfer das starke Ich des Therapeuten. In der Kunst und Literatur des 20. Jh. ist dieser Vorgang vielfach beschrie-

ben und gedeutet worden. Kunst und Kultur selbst können solche therapeutische Stellvertretungsfunktion übernehmen. Was hier geschieht, ist wiederum vor dem Hintergrund einer philosophisch-phänomenologischen Analyse des Schmerzes zu verstehen. Schmerz ist der Verteidigungskampf des Leibes gegen die Gefahr, auf den bloßen physischen Körper reduziert zu werden. In den Klagepsalmen des biblischen Hiob-Buches hat solcher Schmerzausdruck vielfältige Ausdrucksformen gefunden, die auch heute hilfreich sein können.

Schlüsselwörter

Anästhesie · Anästhesist · Schmerzmedizin · Kulturethische Perspektive

The anesthesia of anesthesia. Pain therapy in a cultural-ethical perspective

Abstract

Viewed from a cultural-ethical perspective, anesthesiology can be understood as a comprehensive concept of medicine in general. As such it contains two dilemmas: very often pain must be inflicted in order to alleviate pain and this can only be done by somebody who is himself relatively free of pain. The necessary apathy or anesthesia of the anesthetist is correlated with a general twentieth century-type of perception: the cool observer. Nevertheless, it is also a modern variation of the original religious constellation of the priest in relationship to the sick person. Curing occurs by representation. The weak self of the

sick person is able to take over the strong self, represented by the therapist. In twentieth century art and literature this process of self-therapy by representation was often illustrated. On the background of a phenomenological philosophy that process can be understood as the regaining of a balance between body and soul. In the psalms of the biblical Book of Job there a variety of fundamental forms of pain which may be helpful even in this secular age.

Keywords

Anesthesia · Anesthetist · Pain therapy · Cultural-ethical perspective

erwachte, fand er sich in seinem Bett zu einem ungeheuren Ungeziefer verwandelt. Er lag auf seinem panzerartig harten Rücken und sah, wenn er den Kopf ein wenig hob, seinen gewölbten, braunen, von bogenförmigen Versteifungen geteilten Bauch, auf dessen Höhe sich die Bettdecke, zum gänzlichen Niedergleiten bereit, kaum noch erhalten konnte. Seine vielen, im Vergleich zu seinem sonstigen Umfang kläglich dünnen Beine flimmerten ihm hilflos vor den Augen.“⁵ Dies ist die gleichsam medizinisch-distanzierte Beschreibung eines extremen, eines monströsen Leidens: Das Leiden hat den ganzen Körper besetzt: Das Ich ist nicht mehr zu Hause im eigenen Leib. Die Eigentümlichkeit dieses Zustandes besteht darin, dass dieses extreme Leiden ohne Schmerzen einhergeht, jedenfalls ohne Äußerung von Schmerzen. Der Patient betrachtet sich selbst mit einem ärztlich-distanzierten Blick; aber er kann sich nicht therapieren. Wie sollte er auch?! Aber dass er es nicht einmal versucht, hat nicht mit dieser Einsicht zu tun, sondern mit der äußersten Hilflosigkeit, die sich eben darin bekundet, dass sie sich gar nicht bekundet, dass der Leidende nicht einmal – schreit.⁶

Schmerzmedizin als Stellvertretung

Die Hochtechnologisierung des 20. Jh. mit seinen rasant beschleunigten Veränderungen, Katastrophen und beispiellosen Inhumanitäten hat unsere kulturellen Lebensverhältnisse extrem modernisiert, – und es hat sie zugleich und vielleicht dadurch auf ihre archaischen Formen hin durchsichtig werden lassen. Für das Arzt-Patient-Verhältnis gilt dies in besonderer Weise. Das Arzt-Patient-Verhältnis ist im 20. Jh. als ein, ja vielleicht als das Grundmodell soziokultureller Verhältnisse überhaupt erkennbar geworden, weil es

⁵ Kafka, Franz: Die Verwandlung. In: Ders.: Ein Landarzt und andere Drucke zu Lebzeiten (Ges. Werke Bd. 1), Frankfurt/M. 1994, 91–158, hier: 93 [5].

⁶ Vgl. dazu und zum Thema des Abschnitts insgesamt: Matt, Peter von: Der Schrei und die Dichtung. In: Ders.: Die verdächtige Pracht. Über Dichter und Gedichte, München 2001, 305–320, bes. 313 f [7].

Hier steht eine Anzeige
This is an advertisement

als Verhältnis von Schmerztherapeut und Schmerzträger verstehbar wurde.

Die geschichtliche Frühform des Schmerztherapeut-Schmerzträger-Verhältnisses ist das Verhältnis von Mediziner und Krankem, das aber zugleich eng mit dem Verhältnis von Priester und Opfer verbunden ist. Schwerere Krankheiten werden in archaischen Kulturen geheilt durch Opfer, also durch Stellvertretung. Der Kranke gibt etwas hin aus seinem Besitz, dieses wird in die sakrale Sphäre überführt, es wird kommunalisiert, kommuniziert, geweiht, geopfert. Dadurch wird dem Kranken Heil, Genesung zuteil, er wird frei vom Fluch der Krankheit. Medizinische Heilung geschieht durch stellvertretendes Opfern, durch stellvertretende Abspaltung, durch Objektivierung. So kommt das Subjekt wieder zu sich. Genesung ist Wiederganzwerden, Subjektwerdung.

Diese Stellvertretungsstruktur ist in der Medizin latent stets enthalten geblieben: Dem Pathos, dem Leiden des Patienten, steht die Apathie des Therapeuten, des Priesters gegenüber, der das Heilige vertritt. Das Heilige als solches leidet nicht; der Priester als solcher leidet nicht. Heilung geschieht elementar dadurch, dass der Leidende durch das Heilige instand gesetzt wird, die priesterliche Sicht seiner selbst zu übernehmen: „Sieh her, so objektiv dein Leiden ist, so objektiv es mit dir zusammenfällt, so verschieden ist es doch auch von dir.“ Im Machtkreis des Heiligen findet eine Identifikation und zugleich eine Differenzierung von Selbst und Leiden statt. Als schuldhaft wird das Leiden erkennbar, wenn und insofern es dieser Doppeldeutung entzogen, es mithin entweder als bloß äußerlich oder aber als Zerstörung des Selbst in seinem Kern wahrgenommen wird; denn dann verdrängt das Selbst das Leiden, oder es stellt sich gewissermaßen tot.⁷

Zurückgeführt auf sein sakrales Urmotiv lässt sich am Arzt-Patienten-Verhältnis zugleich erkennen, was es eigentlich ist: Es ist ein Rollenspiel. Es ist selbst und als ganzes Stellvertretung; in der Stellvertretung liegt die Auflösung des objektiven und subjektiven Dilemmas. Im Akt der Stellvertretung übernimmt der Therapeut die Rolle gewissermaßen des besseren, des gesunden, des schmerzlosen Ichs und bietet dem schmerzvollen Ich dadurch Hilfe

an. Darum das Opfer: Denn damit wird sichtbar, dass die Stellvertretung selbst übernommen werden muss; Gesundung kann nur eintreten, wenn das kranke Ich zurückgelassen wird. Dazu muss es aber zunächst als das eigene Ich akzeptiert werden. Die darin ermöglichte Loslösung vom kranken Ich ist der eigentliche Schmerz. Es ist ein Geburtsschmerz. Gesundung als Neuwertung des Ichs ist eigentlich neue Geburt.

Krankheitsbedingte Schmerzen werden in der abendländischen Tradition, in einer prinzipiellen Schicht zumindest, bevorzugt als Schmerzen von Selbstwerdung gedeutet. Nicht selten sind dabei die beiden Ich-Teile genderlogisch besetzt worden: Die Frau ist das leidende, das alte Ich, das Schwache, die Patientin; der Mann repräsentiert das neue, das starke Ich, den Arzt. In dieser Besetzung wird aber zugleich auch der problematische Aspekt dieses Modells erkennbar: Wo das Rollenspiel nicht als Rollenspiel durchschaut wird, wo der Arzt als der gleichsam seinhaft Starke und der Patient als der gleichsam seinhaft Schwache erscheinen, da kann ein wirklich tief greifender Heilungsprozess nicht gelingen. Die überstrapazierte Rede von den „Halbgöttern in Weiß“ enthält beides: die Ironisierung des Sujets und seine man-

⁷ Die Stoa hat diese Prozedurallogik ins Philosophisch-Rationale übersetzt und sie damit freilich ganz auf die subjektive Seite verschoben. Ihr Ideal der Apathie konzentriert das Selbst auf ein reines praktisches Vernunft-Ich, das zu seinen Affekten dadurch auf Distanz zu gehen sucht, dass es alles Pathische in ihnen als Produkt seiner eigenen wertenden und insofern aktiven Tätigkeit identifiziert. Darin ist die Stoa ideengeschichtlich gesehen, die Vorläuferin heutiger Therapiekonzeptionen, die mentalen Kräften und der Willensstärke entscheidende Bedeutung in Heilungsprozessen zuschreiben. Der oben skizzierte religiös-therapeutische Vorgang ist von der stoischen Konstruktion und ihren modernen Nachfolgerinnen darin verschieden, dass hier das gesunde Selbst nicht durch die kognitive Konzentration auf einen gegen das Leiden indifferenten Ich-Kern gewonnen bzw. wiedergewonnen wird, sondern durch einen Vorgang der Selbstverwandlung, in dem das pathische Element in seiner Negativität nicht bestritten, sondern von einer Struktur prinzipieller Pathik her gedeutet werden kann, die in den abrahamitischen Religionen Geschöpflichkeit genannt wird.

gelhafte Durchdringung. Sie zeigt aber zugleich auch ein hintergründiges Problem an: Wo das Heilige ausschließlich apathisch gedacht wird, wie etwa in der griechischen und römischen Mythologie, können seine Repräsentanten leicht in die Gefahr geraten, sich selbst zu überschätzen – und das Leid zu unterschätzen. Der gemeinantiken Leidensvorstellung, die sich von der Perspektive des amüsanten, zirzensischen Spectakulums nie ganz lösen kann oder will, hat das Christentum jedoch einen pathischen Gott entgegengestellt, der sein eigenes Geschick auf das Kreuz des „Schmerzensmannes“ flicht.

Kultur als schmerztherapeutische Selbststellvertretung

Als *das* Bild des 20. Jh. ist nicht selten „Der Schrei“ von Edvard Munch (1893) bezeichnet worden.⁸ Es zeigt – nicht umsonst – eine Frauengestalt, die vor einem rotgelben Himmel auf einer nordischen Seepromenade sich den Kopf hält vor Schreien; sie ist ganz Schrei. Der Schrei ist ein plötzlicher, scheinbar unbegründeter Ausbruch, mitten im bürgerlichen Leben (hinter der Frau sind Promenierende sichtbar). Er ertönt in einer Landschaft, die eigentlich gar nicht zum Schreien ist, sondern klassisch romantisch: ein Sonnenuntergang, Sinnbild neuzeitlicher Natursensibilität. Der Schrei durchbricht diese Sensibilität, die ihrerseits auf Naturdistanz beruht, indem er ihre Empfindungskala nach oben durchstößt. Er durchbricht damit auch die bürgerliche Etikette: Seit dem 18. Jh. gilt Schreien, zumal in der Öffentlichkeit, als ungehörig, als schamlos.⁹ Es ist der Einbruch apokalyptischer Panik in die bürgerliche Ordnung, auch in die Ordnung der neuzeitlichen Distanzierung von der Natur, die die Voraussetzung der Ästhetisierung der Natur ist. Im Schrei bricht die bürgerliche Contenance zusammen.

⁸ Vgl. dazu auch Lenz, Siegfried: Über den Schmerz. Essays, Hamburg 1998, 7–30 [6].

⁹ Vgl. dazu aus Adam Smiths Theory of Moral Sentiments: „...[N]ichts [ist] unanständiger oder eines Mannes unwürdiger, als wenn er den Schmerz, auch den allerheftigsten, nicht mit Geduld ertragen kann, sondern weint und schreit“. Zit. nach Lenz, a.a.O., 23 [6].

Der Schrei ist reine Expressivität. Er ist, was er ist, Ausdruck eines Schmerzes, der im Bild sichtbar wird, ohne dass er gehört werden kann und muss. Es ist der Schmerz existenzieller Angst. In einer autobiographischen Notiz schreibt Munch dazu: „Ich ging mit zwei Freunden die Straße entlang, die Sonne ging unter – ich spürte einen Hauch von Schwermut – der Himmel färbte sich plötzlich blutig rot. Ich blieb stehen, lehnte mich todmüde gegen einen Zaun – sah die flammenden Wolken wie Blut und Schwerter – den blauschwarzen Fjord und die Stadt – meine Freunde gingen weiter – ich stand da zitternd vor Angst – und ich fühlte, wie ein langer unendlicher Schrei durch die Natur ging.“¹⁰

Munch hat den Schrei der Natur personifiziert – in einer Frau. Er hat seinen eigenen Schrei auf eine Frauengestalt umgeleitet. Es ist der Schrei, den die menschliche Kreatur mit der tierischen und pflanzlichen Natur gemeinsam hat. Es ist ein Schrei des nackten Seins, der Nacktheit des Seins. Als gemalter Schrei kommt der Schrei zu kulturellem Ausdruck, jedoch eben gerade so, dass er nicht zum Ausdruck kommt. Der Schrei ist gewissermaßen sichtbar, nicht hörbar; er muss von den Betrachtern des Bildes nachempfunden, synästhetisch hervorgebracht werden. Die Kunst, so kann man sagen, übernimmt hier die Rolle des Arztes, des Therapeuten. Sie macht den stummen Schrei der Kreatur sichtbar. Es ist die Angst des Menschen, nichts als Kreatur zu sein; die Angst des Menschen, aller kulturellen Schichten und Falten seines Menschseins, aller kulturellen Selbsttherapie entkleidet zu werden; es ist die Angst des Menschen vor sich selbst – angesichts seiner Unbehaustheit in der modernen Welt. Munchs Bild ist, ähnlich wie Kafkas Erzählungen, oft als Wetterleuchten der totalitären Vergewaltigung des Menschen im 20. Jh. verstanden worden. Hier lassen sich in der Tat Linien ziehen und Zusammenhänge erkennen.

In den berühmten Aufzeichnungen des Arztes, Psychologen und Existenzphilosophen Viktor E. Frankl über seinen Aufenthalt in den Konzentrationslagern Aussch-

witz und Dachau schildert er, wie das Bewusstsein und die Phantasie der Lagerinsassen, auch seine eigene, völlig von den Anforderungen der Aufrechterhaltung einfachster Lebensfunktionen absorbiert war: „Was wird es heute Abend zu essen geben? Soll ich die Scheibe Wurst, die es vielleicht als Zubusse geben wird, nicht lieber für ein Stück Brot eintauschen? Soll ich die letzte Zigarette, die mir von der ‚Prämie‘ vor vierzehn Tagen verblieben ist, gegen eine Schüssel Suppe einhandeln? Wie komme ich zu einem Stück Draht, um den gebrochenen zu ersetzen, der mir als Schuhriemenersatz dient? Werde ich jetzt an der Baustelle rechtzeitig den Anschluss an die gewohnte Arbeitsgruppe finden oder aber in eine andere, zu irgendeinem wüsten und prügelnden Vorarbeiter verschlagen werden?... Schon eckelt mich dieser grausame Zwang an, unter dem all mein Denken sich täglich und stündlich nur mit solchen Fragen ablagen muss. Da gebrauche ich einen Trick: Plötzlich sehe ich mich selber in einem hell erleuchteten, schönen und warmen, grossen Vortragssaal am Rednerpult stehen, vor mir ein interessiert lauschendes Publikum in gemütlichen Polstersitzen – und ich spreche; spreche und halte einen Vortrag über die Psychologie des Konzentrationslagers! Und all das, was mich so quält und bedrückt, all das wird objektiviert und von einer höheren Warte der Wissenschaftlichkeit aus gesehen und geschildert... Und mit diesem Trick gelingt es mir, mich irgendwie über die Situation, über die Gegenwart und über ihr Leid zu stellen und sie so zu schauen, als ob sie schon Vergangenheit darstellte und ich selbst, mitsamt all meinem Leiden, Objekt einer interessanten psychologisch-wissenschaftlichen Untersuchung wäre, die ich selber vornehme.“¹¹

Frankl beschreibt diesen Vorgang selbst in der Rückschau als einen Akt der Sinnstiftung, der Hoffnungstiftung. Seine mentale Selbstdistanzierung löst den Blick vom Bann durch das Allernächste, von sei-

nen Schnürsenkeln. In der Situation extremen, existenziellen Leidens an Leib und Seele, in der Situation mutwillig erzeugter chronischer Multitraumatisierung wird der Geist buchstäblich zum Lebenselixier, indem er die Fixierung auf den Schmerz, die Flucht in die Apathie, durchbricht. In der Phantasie übernimmt der geschundene Häftling Frankl ein anderes, ein starkes, objektivierendes Therapeuten-Ich, und das gibt ihm Kraft.

Diese „kopernikanische Wende“¹² habe nun aber, so deutet Frankl später, nicht einfach in der Entdeckung und Ausübung der Kraft des Mentalen bestanden, sondern im Aufgehen der inhaltlichen Einsicht, „dass wir nicht mehr einfach nach dem Sinn des Lebens fragen, sondern dass wir uns selbst als die Befragten erleben, als diejenigen, an die das Leben täglich und stündlich Fragen stellt – Fragen, die wir zu beantworten haben, indem wir nicht durch ein Grübeln oder Reden, sondern nur durch ein Handeln, ein richtiges Verhalten, die rechte Antwort geben. Leben heisst letztlich nichts anderes als: Verantwortung tragen für die rechte Beantwortung der Lebensfragen, für die Erfüllung der Aufgaben, die jedem einzelnen das Leben stellt, für die Erfüllung der Forderung der Stunde.“¹³

Die Flucht aus der Apathie geschieht durch die Imagination eines besseren Zustandes, eines besseren Ichs, also, könnte man sagen, durch Projektion. Aber diese Projektionstätigkeit des Geistes, der Phantasie wird nun ihrerseits noch einmal reflektiert: Sie versteht sich ihrerseits als Reaktion, genauer: als bejahendes Antwortverhalten. Im Leben selbst liegt eine Herausforderung, es ist nicht einfach nur der subjektive Lebens- oder Überlebenswille. Es ist vielmehr die Struktur des Lebens als eines menschlichen Lebens, die eine Frage an uns stellt: nämlich die Frage, wie wir diesem, unserem Leben, das so und nicht anders ist, wie es eben ist, gerecht werden wollen. Das Leben selbst ist bei Frankl also ethisch strukturiert. Es enthält eine Frage, mit einer älteren Formulierung: Es liegt in ihm ein Ruf, eine vo-

¹⁰ Zit. nach Meyer [8], <http://www.cyberinstitut.de/munch.htm>.

¹¹ Frankl, Viktor E.: ... trotzdem Ja sagen zum Leben. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager, Vorwort von Hans Heigel, 23. Aufl. München 2003, 120 f [4]; vgl. dazu Morris, David B: Geschichte des Schmerzes. Aus dem Amerikanischen von Ursula Gräfe, Frankfurt/M. u. Leipzig 1994, 233–241 [9].

¹² Frankl, Viktor E.: ... trotzdem Ja sagen zum Leben, 125 [4].

¹³ Ebd.

catio. Der Ruf heißt: Trage etwas bei zum allgemeinen Leben, was nur du beitragen kannst, weil das Material dafür dein individuelles Leben ist. Es ist der Lebensbeitrag, den niemand anderer als du selbst leisten kann, weil niemand anderer als du selbst dein Leben leben kann.

Schmerz und Klage

Schmerz als Balanceverlust

Die Dialektik von allgemeiner, gewissermaßen gestaltloser Lebendigkeit auf der einen Seite und individuell-ausdrucksvoll gestaltetem Leben auf der anderen Seite lässt sich auch beschreiben als die Balance des leiblichen Lebens.¹⁴ Der phänomenologische Philosoph Hermann Schmitz nennt sie die Balance von Enge und Weite. Enge ist die Konzentration, die Verdichtung unserer Körper- und Lebenskraft, unseres Körper- und Lebensgefühls. Ohne Konzentration kein Ich, kein Körper. Weite ist die Öffnung, der Austausch, das Ausfließenlassen der Körper- und Lebenskraft. Ohne Weite keine Interaktion, keine Kommunikation. Das klingt ein wenig mystisch, ist aber nicht so gemeint; es geht um eine leibnahe Ausdrucksweise dessen, was sich auch in anderen philosophischen Theoriesprachen, etwa in einer Subjektivitäts- oder Systemtheorie formulieren ließe. „Leiblichsein bedeutet...in erster Linie: zwischen Enge und Weite in der Mitte zu stehen und weder von dieser noch von jener ganz loszukommen, wenigstens so lange, wie das bewusste Erleben währt.“¹⁵ Der Vorteil von Schmitz' Sprache ist ihre Plastizität. In ihr lässt sich der Lebensvollzug beschreiben eben als ein ständiger Balanceakt zwischen Enge und Weite. In dieser Sprache lässt sich auch ganz gut ausdrücken, was der Schmerz ist: Es ist ein bestimmter akuter oder chronischer Verlust solcher Balance. Der Schmerz ist „ein innerleiblicher Konflikt zwischen En-

gung und Weitung, in Gestalt eines aufgehaltene Dranges, wegzukommen. Dieser Drang schwillt weitend gegen eine Hemmung an, die ihn übermächtig hemmend zurückdrängt. Daher ist die motorische Unruhe dem Schmerz wesentlich... Jemand bäumt sich vor Schmerz auf..., so dass er vor Schmerz ‚die Wände hochgehen‘ möchte. Die bezeichnendste motorische Äusserung des gehemmten Schmerzdranges ist aber die akustische; der Gepeinigste jammert, wimmert, schreit: [er könnte] aus der Haut fahren.“¹⁶

Schmerz ist eine u. U. enorme Mobilisierung von Energie, die freilich im Körper selbst bleibt. Es ist ein Verteidigungskampf des Leibes, in dem aller Drang ins Weite in der Enge umgesetzt wird, auf die Enge konzentriert wird, sozusagen wie bei einem Dampfdrucktopf. Der Schmerz reduziert den menschlichen Leib beinahe ganz auf den Körper. Denn als Leibwesen sind wir interaktiv, balanciert; als reine Körperwesen wären wir nur Funktion, nur Natur. Der Schmerz ist der verzweifelte Versuch des Leibes, sich der Reduktion auf bloße Körperlichkeit zu widersetzen.

Der Schmerzensschrei ist die reduzierte Form von Bewegungsenergie, von Kommunikationsenergie; in ihm ist die leibliche Kommunikation auf den Ausdruck von Leiden reduziert. Darin ist er zugleich Schrei um Hilfe. Hilfe sucht der vor Schmerz Schreiende bei einem Wesen seinesgleichen, das jedoch nicht, wie er selbst, völlig absorbiert ist von der Verteidigung seiner selbst. Der Schmerzensschrei nimmt jeden, der ihn hört, als Ärztin und Arzt, d. h. als Stellvertreter, in Anspruch, um die verlorene Balance wiederzufinden und der Verzweiflung zu entkommen. Die elementare ärztliche Hilfe, die jede und jeder leisten kann, heißt – die Sprache drückt es gut aus – Beistand.

Hiob: eine Phänomenologie der Klage

In Luthers Bibelübersetzung heißt der Schrei nach Beistand in existenzieller Not, Zetergeschrei. Wer im alten Israel Zetergeschrei hörte, in der Stadt oder auf dem freien Feld, war zum Beistand unbedingt verpflichtet. Darum durfte das Zetergeschrei

auch nicht missbraucht werden. Das Alte Testament kennt aber nicht nur diesen Alarmschrei des akuten, lebensbedrohlichen Schmerzes oder der Todesangst, sondern es kennt vor allem auch vielfältige Ausdrucksformen des chronischen oder akuten Schmerzes, der Wehklage. Die Klagepsalmen des Alten Testaments enthalten einen großen Reichtum von solchen Klagegedichten, die zugleich bestimmten Grundformen folgen. In diesen geformten und zugleich variierten Klageliedern liegen Schmerzausdruck, Schmerzbeschreibung, Analyse und Sinndeutungsversuche ineinander. Indem er sich eines bestimmten, traditionsgeprägten Formenarsenals bedient, durchläuft der Klagende Ausdrucks- und Deutungsstufen, die es ihm erlauben, schon durch ihre einfache Inanspruchnahme, seine Not in eine kulturelle, in eine überindividuelle Form zu bringen. Die Klage ist darin schon als solche Therapie: Sie führt den in seinem Schmerz und durch seinen Schmerz Isolierten ins Leben, in die Gemeinschaft der Lebenden, die als solche aber auch immer Klagende sind, zurück.

Eine im Alten Testament einzigartige Sammlung von Klagepsalmen stellt das Buch Hiob dar. Hiob probiert gewissermaßen alle traditionellen Klageformen aus, um seinen eigenen ungeheuren und vielgestaltigen Schmerz angemessen zu formulieren.¹⁷

Notklage

„Mein Fleisch ist um und um eine Beute des Gewürms und faulig, meine Haut ist verschrumpft und voll Eiter... Wenn ich dachte, mein Bett soll mich trösten, mein Lager soll mir meinen Jammer erleichtern, so erschrecktest du mich mit Träumen und machtest mir Grauen durch Gesichte, dass ich mir wünschte, erwürgt zu sein, und den Tod lieber hätte als meine Schmerzen“ (Hiob 7, 5.13).

Fluchklage

„Ausgelöscht sei der Tag, an dem ich geboren bin, und die Nacht, da man sprach: Ein Knaabe kam zur Welt.... Warum bin ich nicht gestorben bei meiner Geburt?“ (Hiob 3, 3.11).

¹⁴ Vgl. auch: Brenner, Andreas; Zirfas, Jörg: Schmerzen haben. In: Dies.: Lexikon der Lebenskunst. Leipzig 2002, 295–301 [1].

¹⁵ Schmitz: Hermann: Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik, hrsg. von Hermann Gausebeck und Gerhard Risch, Paderborn 1989, 155 f [12].

¹⁶ Aa.O., 157.

¹⁷ Vgl. Seybold, Klaus: Studien zur Psalmenauslegung. Stuttgart 1998, 270–287, bes.: 284 f [13].

Hier steht eine Anzeige
This is an advertisement



Daseinsklage

„Ein Baum hat Hoffnung, auch wenn er abgehauen ist; er kann wieder ausschlagen, und seine Schösslinge bleiben nicht aus. Ob seine Wurzel in der Erde alt wird und sein Stumpf im Boden erstirbt, so grünt er doch wieder vom Geruch des Wassers und treibt Zweige wie eine junge Pflanze. Stirbt aber ein Mann, so ist er dahin; kommt ein Mensch um – wo ist er? Wie Wasser ausläuft aus einem See, und wie ein Strom versiegt und vertrocknet, so ist ein Mensch, wenn er sich niederlegt, er wird nicht wieder aufstehen; er wird nicht aufwachen, solange der Himmel bleibt, noch von seinem Schlaf erweckt werden“ (Hiob 14, 7–12).

Gottklage

„Deine Hände haben mich gebildet und bereitet; danach hast du dich abgewandt und willst mich verderben? Bedenke doch, dass du mich aus Erde gemacht hast, und lässt mich wieder zum Staub zurückkehren?“ (Hiob 10, 8f).

Feindklage

„Warum verbirgst du dein Antlitz und hältst mich für deinen Feind? Willst du

ein verwehendes Blatt schrecken und einen dünnen Halm verfolgen, dass du so Bitteres über mich verhängst und über mich bringst die Sünden meiner Jugend?“

Rechtsklage

„Siehe, ich bin zum Rechtsstreit gerüstet; ich weiss, dass ich recht behalten werde... Wie gross ist meine Schuld und Sünde? Lass mich wissen meine Übertretung und Sünde“ (Hiob 13, 17,23–26).

Bußklage

„So höre nun, lass mich reden; ich will dich fragen, lehre mich! Ich hatte von dir nur vom Hörensagen vernommen; aber nun hat mein Auge dich gesehen. Darum spreche ich mich schuldig und tue Buße in Staub und Asche“ (Hiob 42, 4–6).

In nachreligiösen Zeiten sind an die Stelle solcher geprägten Klagelieder die vielfältigen Ausdrucksformen der Literatur, der Lyrik und die analytischen Instrumentarien der Psychologie und Psychotherapie getreten. Damit geht eine Individualisierung des Schmerzausdrucks einher, die Vor- und Nachteile hat. Sie macht die Not des Schmerzleidens präziser for-

mulierbar, aber damit steigt auch das Risiko, von den Adressaten der Klage nicht verstanden zu werden. Die Klage kann ins Leere gehen.

Bei Hiob hat die Klage einen klaren Adressaten: Gott. Hiobs Klage ist Dialog. In diesem Dialog verwendet Hiob unterschiedliche Dialogformen: expressiv-notleidende, selbstzerstörerische, weisheitlich-kontemplative, werbende, streitende, juristisch-argumentative, selbstbezüglichende. Durch diesen Dialog gewinnt der Schmerzensschrei Hiobs gewissermaßen Fassung; und so gewinnt Hiob seine Balance zurück. Im Medium der einzelnen Formen geschieht dies so:

- Durch die Mehrzahl der Klageformen entsteht ein Bewusstsein für die Aufgabe, die dem jeweiligen Leiden und dem jeweiligen Ich gemäße Leidensbeschreibung aufzufinden. Das Formenangebot kann so geradezu *individualitätsfördernd* wirken.
- In der Metaphorik der *Feindschaft* werden Not und Schmerz in ihrer Aggressivität beschreibbar; dadurch findet eine Externalisierung des Schmerzes

- statt, die Widerstandskräfte mobilisieren lässt.
- Die *Rechtsklage* („Ich habe das nicht verdient“) enthält ebenfalls ein Moment – positiver –, nämlich moralischer Distanzierung vom eigenen Leiden und damit einen Stärkegewinn.
 - Die *Gottklage* nimmt das Faktum der bloßen Existenz in Anspruch, um auszudrücken, dass das Leben es wert ist, weitergelebt zu werden. Es ist zu schade, um es zu ruinieren.
 - Die *Daseinsklage* steigert die Einsicht in den unendlichen Wert des individuell-biographisch zu lebenden menschlichen Lebens; sie steigert damit auch die Widerstandskraft, um an ihm festzuhalten.
 - Die *Bußklage* räumt ein, dass das eigene Leben nicht in moralischer Unfehlbarkeit gelebt worden ist und gelebt wird. Sie demonstriert die Bereitschaft zu einem Neuanfang und schöpft also Kraft aus dem Bewusstsein, dass der Sinn des Lebens nicht durch die eigene aktive Integrationsleistung verbürgt ist. Sinnerfahrung ist kontingent; sie kann uns nur zufallen.

Stellvertretung als Solidarität des Lebendigen

Gewiss ist die Klage des Hiob nicht ablösbar von der Adresse, an die sie sich richtet, also von Gott und damit vom Glauben an Gott. Gewiss ist die Klage Hiobs auch nicht ablösbar von der hintergründigen Vorstellung, dass Krankheit die Folge eigener Schuld ist, also von der gemeinantiken, metaphysisch-moralischen Vorstellung eines „Tat-Ergehens-Zusammenhangs“.

Was erstens die Voraussetzung des Gottesglaubens angeht, so dürfte am Hiob-Buch zu lernen sein, dass diese Voraussetzung nicht per se die Antwort auf alle Fragen des Sinns, des Leidens und des Schmerzes enthält. Dies wird in heutigen säkularen Perspektiven oft übersehen. Der rechte Vertrauensglaube an Gott musste und muss vielmehr auch unter den Bedingungen eines selbstverständlichen Glaubens, dass es Gott gibt, allererst gefunden werden.

Der Tat-Ergehens-Zusammenhang, zweitens, ist in der Tat überholt, und zwar schon in der Bibel selbst. Gerade das Buch Hiob ist eine permanente Auseinandersetzung mit

der Erfahrung, dass es den Gottlosen in der Welt bestens zu gehen scheint und die Gerechten leiden müssen. Die Lösung, die das Hiob-Buch dafür, für das Leiden der Gerechten findet, dürfte heute folgendermaßen zu reinterpretieren sein:

Schmerz und Leid sind die großen Feinde des Lebens, wie es eigentlich gemeint ist. Sie sind in der Tat als solche grundsätzlich ethisch schlecht, ja böse. Ihre Überwindung, Relativierung und Zurückdrängung, auch und gerade mit den Mitteln moderner medizinischer Technologie ist grundsätzlich ethisch gut und theologisch gesprochen: gottgewollt. Gleichwohl werden Schmerz und Leid die große Bedrohung für menschliches Leben und seine Sinnerfahrung bleiben, so lange es dieses gibt. Ärztliche Hilfe ist in dem Maß ethisch gerechtfertigt, in dem sie um ihren stellvertretenden Charakter weiß; indem sie weiß, dass sie nicht unmittelbar auf die Seite Gottes, sondern auf die Seite der Freunde Hiobs gehört, die seine Klage mit ihm teilen und, christlich-theologisch gesprochen, auf einen Gott hoffen, dem das Leiden selbst nicht fremd ist. In der Solidarität des Lebendigen haben wir stellvertretend Rollen zu übernehmen. Wer das tut, hat auf die Sinnfrage des Lebens schon geantwortet und zeigt, dass er, mit Viktor E. Frankl zu sprechen, den Ruf des Lebens gehört und verstanden hat. In der Bereitschaft zu stellvertretendem Handeln liegt die eigentliche Hilfe für die, die fürchten an ihren Schmerzen verzweifeln zu müssen.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. G. Pfeleiderer

Professur für Systematische Theologie/Ethik,
Universität Basel,
Missionsstraße 17a, 4055 Basel, Schweiz
E-Mail: georg.pfeleiderer@unibas.ch

Interessenkonflikt: Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.

Literatur

1. Brenner A, Zirfas J (2002) Schmerzen haben. In: Brenner A, Zirfas J (Hrsg) Lexikon der Lebenskunst. Reclam, Leipzig
2. Daudet A (2003) Im Land der Schmerzen. Eingeleitet und kommentiert von Julian Barnes. Manholt, Bremen

3. Engelhardt D von (1999) Krankheit, Schmerz und Lebenskunst. Eine Kulturgeschichte der Körpererfahrung. Beck, München
4. Frankl VE (2003) ...trotzdem Ja sagen zum Leben. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager, Vorwort von Hans Heigel, 23. Aufl. Kösel, München, S 120 f
5. Kafka F (1994) Die Verwandlung. In: Kafka F (Hrsg) Ein Landarzt und andere Drucke zu Lebzeiten (Ges. Werke Bd. 1). Fischer, Frankfurt/M, S 91–158
6. Lenz S (1998) Über den Schmerz. Essays. Hoffmann Campe, Hamburg, S 7–30
7. Matt P von (2001) Der Schrei und die Dichtung. In: Matt P von (Hrsg) Die verdächtige Pracht. Über Dichter und Gedichte. Hanser, München, S 305–320
8. Meyer S (2003) Der fühlende Mensch als Maß einer freien Kunst. Edvard Munch – „Der Schrei“. cyberinstitut <http://www.cyberinstitut.de/munch.htm>. Gesehen 19 Jan 2005
9. Morris DB (1994) Geschichte des Schmerzes. Aus dem Amerikanischen von Ursula Gräfe. Insel, Frankfurt/M Leipzig
10. Scarry E (1992) Der Körper im Schmerz. Die Chiffren der Verletzlichkeit und die Erfindung der Kultur, übersetzt von Michael Bischoff. Fischer, Frankfurt/M
11. Schmitz B (2003) Die Beziehung zwischen Schmerzempfindung und Schmerzausdruck. Eine Wittgensteinische Perspektive. In: Angehrn E, Baertschi B (Hrsg) Der Körper in der Philosophie. Haupt, Bern, S. 167–180
12. Schmitz H (1989) Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik. In: Gausebeck H, Risch G (Hrsg) Junfermann, Paderborn 1989, S 155 f
13. Seybold K (1998) Studien zur Psalmenauslegung. Kohlhammer, Stuttgart
14. Sontag S (2003) Das Leiden anderer betrachten. Aus dem Englischen von Reinhard Kaiser. Hanser, München Wien