

Johanna Lalouschek

**Medizinische und
kulturelle Perspektiven
von Schmerz**



Arbeitspapier zum Forschungsprojekt
"Schmerzdarstellung und Krankheitserzählung"
[*download [http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/
Schmerzprojekt/de/berichte.htm](http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Schmerzprojekt/de/berichte.htm)*]

2008 (work in progress · version 08/4)

Inhalt

1 EINLEITUNG.....	4
2 DIE KLASSIFIZIERBARKEIT VON SCHMERZ.....	5
2.1 Die medizinische Perspektive: Definition und Klassifikation von Schmerz.....	5
2.2 Die kulturwissenschaftliche Perspektive: <i>private vs. public pain</i> und <i>embodiment</i>.....	7
3 SCHMERZ UND MEDIZINFORMEN.....	11
3.1 Schmerz und Schulmedizin.....	11
3.1.1 Das biomedizinische Modell von Krankheit.....	11
3.1.2 Der diagnostische Prozess und die Transformation von Beschwerden.....	12
3.1.3 Die Reduktion von Schmerz und Schmerzerleben.....	14
3.2 Schmerz und ganzheitliche Medizinformen.....	16
3.2.1 Das ganzheitliche Modell von Krankheit – am Beispiel Psychosomatische Medizin .	16
3.2.2 Die Mehrdimensionalität von Schmerz.....	17
3.2.3 Zum Zusammenhang zwischen chronischem Schmerz, Angst und Depression.....	19
3.3 Akute vs. Chronische Erkrankung.....	20
3.3.1 Chronische Erkrankung – ein neues Paradigma?.....	20
3.3.2 Chronische Erkrankung und chronischer Schmerz.....	21
3.3.3 Die Veränderung von Identität, Beziehungen und Lebensführung.....	23
3.3.4 Die Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung.....	27
4 SOZIOKULTURELLE DIMENSIONEN VON SCHMERZ.....	29
4.1 Medizin und Kultur – Medizin als Kultur.....	29
4.1.1 Medizin als kulturelles Definitionssystem von Krankheit und Gesundheit.....	29
4.1.2 Gesellschaftliche Veränderungen – Veränderungen in der Medizin.....	30
4.2 Schmerz und Krankheit unter kultur- und geschlechtsspezifischen Aspekten.....	31
4.2.1 Kulturabhängige Schmerzbeschreibungen.....	31
4.2.2 Die soziokulturelle Konstruktion von Beschwerden: kulturspezifische Syndrome.....	33
4.2.3 Geschlechtsabhängige Aspekte von Krankheit, Gesundheit und Schmerzerleben.....	35
5 AUSBLICK.....	42
LITERATUR.....	43

1 EINLEITUNG

Schmerz, Schmerzerleben und Schmerzbeschreibung erweist sich in seiner Vielzahl von physiologischen, medizinischen und kulturellen Bedeutungen als facettenreiches und komplexes Phänomen. Die folgenden Ausführungen sollen einen Überblick über die für die sozialwissenschaftliche Forschung und medizinische Praxis relevanten Aspekte und ihre Zusammenhänge geben.

Einleitend erfolgt die Gegenüberstellung von medizinischer und kulturwissenschaftlicher Perspektive auf Schmerz: die medizinische Klassifizierung von Schmerz als multikausalem körperlichem Geschehen und die kulturwissenschaftliche Klassifizierung von Schmerz als von subjektiven, sozialen und kulturellen Einflüssen geprägtem Ereignis und Erleben. Diese Kontrastierung ergibt sich aus der elementaren Relation zwischen physiologisch erfahrbarem Schmerzreiz und soziokulturell geformter Schmerzreaktion ("*private vs. public pain*") (Abschnitt 2.).

Als Erweiterung zum Aspekt der medizinischen Klassifikation folgen Überlegungen, wie Schmerz in unterschiedlichen Medizinformen wie etwa der biomedizinisch orientierten Schulmedizin und der ganzheitlichen Medizin unterschiedlich klassifiziert und bearbeitet wird, wieweit also neben physiologischen auch psychologische und soziokulturelle Sichtweisen des Schmerzerlebens und der Schmerzverarbeitung in die Behandlung miteinfließen. Hier wird auch ein weiterer Aspekt bedeutsam, nämlich die Unterscheidung zwischen akutem und chronischem Schmerz. Während ein akutes Schmerzereignis vor allem unmittelbarer medizinischer Handlungen bedarf, wirkt eine sich chronifizierende Schmerzerkrankung in bedeutsamer Weise auf Lebensentwurf, Beziehungen und Identität der Betroffenen aus. Diese Krankheitsdynamik geht mit spezifischen Erwartungen an die ärztlichen Gespräche und an die Beteiligung bei medizinischen Entscheidungen und therapeutischen Maßnahmen einhergeht und entwickelt hohes Potenzial für die Veränderung gängiger medizinischer Praxis (Abschnitt 3.).

Als Erweiterung zum Aspekt der kulturwissenschaftlichen Perspektive erfolgen Überlegungen zur Kultur- und Geschlechtsspezifität von Schmerz. Hierbei geht es zum einen um die kulturabhängige Wahl von Symptomen und Symptomzuschreibungen ("kulturgebundene Symptome") und um kulturabhängige Formen von Schmerzdarstellung und Krankheitsbeschreibung, zum anderen geht es um geschlechtsspezifische Aspekte von Krankheit und Krankheitssymptomen, Schmerzerleben und Schmerzverarbeitung und die entsprechenden Konsequenzen für ihre Behandlung im ärztlichen Gespräch und der medizinischen Therapie (Abschnitt 4.).

2 DIE KLASSIFIZIERBARKEIT VON SCHMERZ

2.1 Die medizinische Perspektive: Definition und Klassifikation von Schmerz

Die International Association for the Study of Pain (IASP) definiert Schmerz folgendermaßen: "Schmerz ist eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die mit tatsächlicher oder möglicher Gewebeschädigung verbunden ist oder in der Begrifflichkeit einer solchen Schädigung beschrieben wird (zit. in Morris 2000, 138)".

Eine vergleichbare Definition findet sich im Klinischen Wörterbuch (Pschyrembel 1994, 1380): Schmerz ist eine "komplexe Sinneswahrnehmung unterschiedlicher Qualität (z.B. stechend, ziehend, drückend), die i. d. R. durch Störung des Wohlbefindens als lebenswichtiges Symptom von Bedeutung ist und in chronischer Form einen eigenständigen Krankheitswert erlangt".

Formen und Ätiologie von Schmerz werden in drei Gruppen eingeteilt (nach Pschyrembel 1994, 1380 und Milzner 1999, 25):

1. *Nozizeptorenschmerz* mit Erregung von Schmerzrezeptoren und Weiterleitung der Impulse an das ZNS, also Schmerzen infolge von Verletzung oder Überlastung eines Muskels oder Gelenks;
2. *neuropathischer Schmerz* infolge von Schädigung des peripheren oder zentralen Nervensystems (z.B. nach Amputation, Querschnittslähmung, Zoster, bei diabetischer Polyneuropathie);
3. *Schmerz infolge funktioneller Störungen* (z.B. Migräne durch vaskuläre Fehlregulation, Rückenschmerzen durch körperliche Fehlhaltungen) einschließlich psychosomatischer Vorgänge (z.B. Sympathikusaktivierung bei Angst, Muskelverspannung bei emotionalem Stress).

An dieser Stelle erfolgt auch der Zusatz: "Auch psychosoziale Einflüsse können schmerzverstärkend oder chronifizierend wirken (vermehrte Zuwendung bei Schmerzverhalten als sekundärer Krankheitsgewinn) und sind bei der Schmerztherapie zu berücksichtigen (Pschyrembel 1994, 1380)".

Als Differenzierung zum Begriff des Schmerzes gibt es den Begriff der Schmerzsyndrome. Hierbei handelt es sich hier um den Oberbegriff für Beschwerdebilder, die mit chronischen, d.h. seit mehr als 6 Monaten bestehenden, dauernden oder rezidivierenden Schmerzen einhergehen (so genannte Schmerzkrankheit). Es werden folgende Formen unterschieden (nach Pschyrembel 1994, 1381):

1. *Entzündungsschmerzen*: beruhen auf der Erregung von spezialisierten Nozizeptoren (Schmerzrezeptoren), wobei chemische Entzündungs- bzw. Schmerzmediatoren stark erregungsfördernd mitwirken, z.B. Schmerzen bei entzündlichen Erkrankungen wie rheumatoider Arthritis, Polyarthritis, Appendizitis, Zahnschmerzen, Wundschmerz etc.

2. *spastische Schmerzen*: beruhen auf der Erregung von Nozizeptoren durch übermäßige Kontraktion von glatter Muskulatur innerer Organe; dabei können eine Vielzahl von Auslösemechanismen mitwirken, z.B. mechanische Irritation eines Hohlorgans (Kolik durch Gallenstein), toxische Substanzen (chronische Gastritis), Ischämie (ischämische Kolitis), Nahrungsmittelallergie, übersteigerte Reflexe des enteralen Nervensystems (Reizkolons).
3. *Nervenschmerzen*: auch als neuropathische Schmerzen oder Neuralgie bezeichnet; beruhen auf Irritation oder Schädigung peripherer Nerven oder zentralnervöser Strukturen, ohne Beteiligung von Nozizeptoren; z.B. Amputationsschmerzen, Trigeminusneuralgie, Schmerzen bei Engpassyndromen wie Bandscheibenvorfall, Schmerzen bei Polyneuropathien (Diabetes mellitus), Schmerzen nach Rückenmarksverletzungen.
4. *Fehlregulationsschmerzen*: beruhen auf einer unangemessenen Funktion eines physiologischen oder biochemischen Regulationssystems, z.B. unangepasste motorische Steuerung der Skelettmuskulatur (Schmerzen bei Fehlhaltung), Fehlfunktion des sympathischen Nervensystems, Fehlregulation von Neurotransmitterwirkungen auf die Gehirngefäße (Migräne).
5. *Psychosomatische Schmerzen*: körperliche Äußerungen von unbewältigten psychischen oder psychosozialen Problemen. Beim Somatisierungsprozess können Mechanismen der Fehlregulation (z.B. psychisch ausgelöste Muskelverspannung) mitwirken.

Die Unterscheidung zwischen somatischem und psychosomatischem Schmerz wird zunehmend kritisch bewertet. Unter somatisch bedingtem Schmerz wird ein Schmerz verstanden, für den es sichtbare und greifbare Auslöser gibt, während sich für den psychosomatisch bedingten Schmerz nichts finden lässt, wiewohl er gefühlt wird. Diese Unterscheidung drückt nach dem Schmerztherapeuten Milzner (1999) ein mehrschichtiges Problem auf eine Schicht zusammen: Ihr liegt die Annahme zugrunde, es gäbe Phänomene ohne psychische und Phänomene ohne somatische Komponente. Eine modernere Unterscheidung zwischen Schmerz mit erkennbarer Organschädigung und Schmerz ohne belegte Organschädigung beginnt sich durchzusetzen (Milzner 1999, 26). Bei allen diesen Klassifikationen stellt sich nach Milzner auch die Grundfrage, ob Schmerz als Symptom oder als Diagnose betrachtet wird: "Im ersten Fall steht die Ursachenforschung und -therapie im Vordergrund, im zweiten die Wege, den Schmerz entweder auszuschalten oder ihn zumindest zu verringern (Milzner 1999, 17)."

Nach Hoffmann (2003a) existieren drei klinisch relevante Klassifikationssysteme für Schmerz: das DSM-IV (*Diagnostic and Statistic Manual*) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung), die ICD-10 (*International Classification of Diseases*) der WHO und die Klassifikation der Internationalen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (IASP), dazu kommen zwei neuere Systeme, die auf die psychodynamischen und psychosozialen Faktoren fokussieren, das System von Beyeler, Adler und Hürny (1991) und die Multiaxiale Schmerzklassifikation in der psychosozialen (MASK-P) und in der somatischen Version (MASK-S) (s. ausführlich in Hoffmann 2003a, 181ff). Während das DSM-IV das Hauptaugenmerk auf somatoforme Störungen legt, beziehen das ICD-10 und das IASP organische und psychogene Schmerzursachen mit ein. Obwohl es sich bei diesen beiden um mehrdimensionale und sehr differenzierte Klassifikationsraster handelt, sind Schmerzen, die nicht eindeutig organischer

Ursache sind, nach wie vor schwer zu erfassen und zuzuordnen (Hoffmann 2003a, 185). Der Klassifikationsvorschlag von Beyeler, Adler und Hürny (1991), der auf den schon genannten Ansätzen basiert und um die bio-psycho-soziale Dimension erweitert ist, hat sich nicht breit durchgesetzt, die Multiaxiale Schmerzklassifikation von Klinger et al. (2000), die zur Erfassung der psychosozialen Aspekte in der Entstehung und Behandlung von Schmerzen entwickelt worden ist, wird sukzessive verfeinert und erweitert und von der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes unterstützt.

Das Problem aller Klassifikationen, vor allem aber der erstgenannten, ist mit Hoffmann (2003a), dass sie ihren Akzent auf Klassifikation und nicht auf Konzeptualisierung haben, dass sie organisch verursachte Krankheitszustände begünstigen, obwohl dies in "in einem umgekehrten Verhältnis zur Relevanz der Ätiologie der Störungen, unter denen die Bevölkerungsmehrheit leidet (Hoffmann 2003a, 192)" steht und dass die klassifikatorischen Einteilungen dazu zwingen, selten vorkommende Störungen in anderen Rubriken einzuordnen oder zu übergehen.

Auch die Therapie akuter und chronischer Schmerzen lässt sich in drei Gruppen zusammenfassen (Pschyrembel 1994, 1381).

1. Kausale oder palliative Behandlung der Schmerzursache (exakte Diagnose des Schmerzes!) mit dem Ziel der Schmerzaufhebung bzw. -reduktion.
2. Beseitigung nervöser oder neurohumoraler Fehlregulationen, v.a. einer sympathischen Fehlsteuerung mit Selbstunterhaltung chronischer Schmerzen.
3. Symptomatische Schmerztherapie durch
 - a. Verringerung der Erregung von Schmerzrezeptoren
 - b. Blockade der Nervenleitung
 - c. Hemmung der zentralnervösen Schmerzinformation
 - d. Beeinflussung des Schmerzerlebnisses.

Zum kombinierten Einsatz kommen Pharmakotherapie (Analgetika, Spasmolytika bis Psychopharmaka), therapeutische Lokalanästhesie, rückenmarknahe Analgesie, physikalische bzw. radiologische Therapie, Akupunktur, neurochirurgische Schmerzoperationen, psychologische Verfahren wie Biofeedback und Verhaltenstherapie (Pschyrembel 1994, 1381).

Ausführungen zum Zusammenhang zwischen Schmerzklassifikation und biomedizinischer oder ganzheitlich-medizinischer Diagnostik und Therapie erfolgen in Abschnitt 3., ebenso wie Überlegungen zur Konsequenz bestehender und professionell eingesetzter medizinischer Schmerzklassifikationen für die Kommunikation über Schmerz im ärztlichen Gespräch.

2.2 Die kulturwissenschaftliche Perspektive: *private vs. public pain* und *embodiment*

Schmerz wird wegen seiner elementaren biologischen Rolle als körperliches Warnsignal oft als kulturfrei betrachtet (Helman 1994, 179). In Erweiterung zur medizinischen Perspektive ist Schmerz jedoch nicht bloß ein neurophysiologisches Ereignis, also ein Reiz, der über spezielle Kanäle übertragen wird, sondern eine komplexe Wahrnehmung der Individuen, die diesen Reiz erfahren. Eine Wahrnehmung, deren Natur nicht nur von der Stärke des Reizes ab-

hängt, sondern auch von der Situation, in der er erfahren wird, vor allem aber vom affektiven oder emotionalen Zustand des Individuums und vom Arsenal geteilter kultureller Einflüsse und Werte (Morris 2000, 139f). Mit anderen Worten: Die Reaktion auf einen physiologisch an sich gleichartigen Stimulus ist psychologisch und soziokulturell spezifisch geformt. Kleinman et al. (1992) formulieren diese Zweigesichtigkeit von Schmerz folgendermaßen:

"Pain is a ubiquitous feature of human experience. (...) At the same time, the cultural elaboration of pain involves categories, idioms, and modes of experience that are greatly diverse (Kleinman et al. 1992, 1)."

Genau dieses Spannungsfeld ist es, das die medizinanthropologische und kulturwissenschaftliche Forschung zu medizinisch-physiologischen, soziokulturellen und/oder psychologischen Anteilen von Krankheit und Schmerz vorantreibt und charakterisiert (vgl. z.B. Lux 2003, Turner 2000, Wolf/ Stürzer 1996, Pfeleiderer/ Greifeld/ Bichmann 1995, Helman 1994 sowie die Ausführungen zu kulturabhängigen Schmerzdarstellungen und kulturgebundenen Symptomen in Abschnitt 4.).

Einen Arbeits- und Erklärungsansatz liefert Helman (1994) mit der elementaren Unterscheidung zwischen dem Schmerzreiz und der *Reaktion* auf diesen Reiz. Die Reaktion auf den Schmerzreiz, das Schmerzverhalten, kann unmittelbar und spontan erfolgen, z.B. in Form von Schmerzlauten oder Schmerzgesten, Entfernung der Schmerzquelle und Ähnliches, das Schmerzverhalten kann aber auch verzögert stattfinden, verstärkt oder unterdrückt werden. Helman (1994, 180f) unterscheidet hier zwischen "*private pain*" und "*public pain*", also zwischen dem Schmerz, der von einem Individuum empfunden wird und dem Schmerz, den es interpretiert und den es nach außen und bestimmten Anderen darstellt, sichtbar und nachvollziehbar macht und kommuniziert – oder eben auch nicht. Die Interpretation und die Form der Präsentation hängt von den jeweiligen psychosozialen Faktoren ab, in denen das Individuum sich befindet:

"Pain behaviour, especially its voluntary aspects, is influenced by social, cultural and psychological factors. These determine *whether* private pain will be translated into pain behaviour, and the *form* that this behaviour takes, and the social settings in which it occurs (Helman 1994, 181)".

Bestimmende Faktoren sind die Signifikanz, die Abnormalität oder die Intensität des Schmerzes, die ihn als darstellbar und behandlungswürdig ausweisen (Helman 1994, 181). Diese Zuschreibungen sind kulturell definiert und wandelbar, z.B. abhängig davon, ob bestimmte Schmerzen als Teil des Lebens einzelner Gruppen definiert werden (z.B. Menstruationsschmerzen von Frauen, Kampfverletzungen von Männern), ob das Erdulden von Schmerz einen relevanten kulturellen Wert darstellt, und auch, welche Formen der Darstellung – Übertreibung, Relativierung, Verleugnung etc. – erwartet und präferiert oder dispräferiert werden (siehe ausführlich Abschnitt 4.). D.h., Kultur formt nicht nur kollektive und damit individuelle Bedeutung und Interpretation von Schmerz und Schmerzgeschehen, sondern auch die angemessenen Reaktionen darauf, "the responses to it which we fashion (Bendelow & Williams 1998, 200)".

Schmerzerleben und Formen der Schmerzdarstellung werden aber nicht nur von der individuellen menschlichen Psyche und den jeweiligen kulturellen Wertvorstellungen, sondern auch

von dem vorherrschenden Medizin- oder Heilsystem geprägt und modifiziert – in der westlichen Kultur spezifisch durch das naturwissenschaftlich geprägte Medizinsystem. "(...) the practices of Western medicine, which shape Western pain (Honkasalo 1998, 53)". Bendelow & Williams (1998, 199) sehen Schmerz deshalb auch in der Doppelgestalt von gleichzeitig alltäglicher Erfahrung wie relevanter medizinischer Problematik (siehe dazu auch die Ausführungen zum Diagnoseprozess in der Schulmedizin in Abschnitt 3.1.2. und zur kulturellen Definitionsmacht der Medizin in Abschnitt 4.1.).

Ein kulturwissenschaftliches und soziologisches Erklärungsmodell für die Verbindung zwischen Schmerzerleben und soziokulturellen Zuschreibungen bietet das aktuelle Konzept des "embodiments" (Verkörperung), das von der Annahme der Einbettung von Psyche, Körper und Umwelt ineinander ausgeht und damit einer konstanten sich gegenseitig beeinflussenden, prägenden und formenden Wechselwirkung (Storch et al. 2006). Der Geist, also das kognitive System, mitsamt seinem Organ, steht immer in Bezug zum gesamten Körper. Geist/Gehirn und Körper wiederum sind in die restliche Umwelt eingebettet. Diese Wirkungsweise ist zirkulär-kausal zu denken "of bodies both as *shapers of* and *shaped by* the society and social relations of which they are a part (Gabe, Bury & Elston 2004, 73)". Das Konzept des *embodiments* gilt als endgültige Überwindung des westlichen Leib-Seele-Dualismus: Der Körper ist Wahrnehmungsorgan, ist aber auch Ort psychologischer und soziokultureller Zuschreibungen, wodurch es zu einer Verbindung von "natürlichen", biologischen, genetischen Faktoren mit psychologischen und soziokulturellen Faktoren kommt. Ein Beispiel ist die bekannte geschlechtsspezifische Zuschreibung, dass Frauen einen "natürlicheren" Umgang mit Schmerz hätten und Schmerz besser ertragen könnten, weil Schmerz durch Geburts- und Menstruationsschmerz zu ihrer biologischen Grundausstattung gehöre. Diese Zuschreibung formt die Wahrnehmung, Verarbeitung und Präsentation von Schmerz bei Frauen auf spezifische Weise, ebenso wie die Wahrnehmung und Diagnose von Schmerz bei Frauen durch Umwelt und medizinische ExpertInnen – eröffnet aber auch Möglichkeit der Modifizierbarkeit und Veränderbarkeit von individueller und institutioneller Schmerz- und Krankheitswahrnehmung, wenn sich diese als dysfunktional herausstellen (s. auch Abschnitt 4.2.3.).

Aus kulturwissenschaftlicher Perspektive stellt sich Schmerz also als ein Phänomen mit historischen, kulturellen und psychosozialen Aspekten dar, das an der Schnittstelle zwischen Biologie und Kultur, also zwischen Individuum, Medizin und Gesellschaft positioniert und festgemacht wird (Bendelow & Williams 1998, Helman 1994, Morris 1994), "an intimate feature of lived experience of individuals in the context of their local social world and historical epoch (Kleinman et al. 1992, 2)".

Die Kulturwissenschaftler Morris und Helman formulieren folgende Grundannahmen (Morris 2000, 135; Helman 1994, 179):

- Schmerz ist nicht nur ein medizinisches Problem, das auf der Aktivität von Nerven und Neurotransmittern beruht.
- Schmerz hat eine historische, physiologische und kulturelle Dimension, d.h. Bedeutungszuschreibungen können die Schmerzerfahrung wesentlich beeinflussen und das Bewusst-

sein und die Kultur (als Träger von Bedeutung) haben Einfluss auf die Schmerzerfahrung, im guten wie im schlechten Sinne.

- Die alltagspraktischen Konsequenzen sind: Nicht alle sozialen oder kulturellen Gruppen reagieren auf Schmerz in völlig gleicher Weise, d.h. wie Menschen Schmerz wahrnehmen und damit umgehen, und zwar sowohl bei sich und wie bei anderen, ist von ihrem soziokulturellen Hintergrund abhängig, ebenso ob und wie Menschen ihren Schmerz präsentieren und kommunizieren, sei es im professionellen Bereich des Gesundheitswesens oder im Alltag.

Diese vieldimensionale Sichtweise vermag auch die prinzipielle Ambiguität, die mit Schmerz, Schmerzgeschehen und Schmerzerleben immer einhergeht, zu erklären. Sie ergibt sich aus der komplexen Natur von Schmerz, seine Unsichtbarkeit, seine Subjektivität und seine Herausforderung an den Geist/Körper-Dualismus westlicher Kultur (Jackson 1992, 138). Dies macht auch die Unterscheidung zwischen dem Erleben von Schmerz, Schmerzverhalten und emotionalen Zuständen wie Schmerz erleiden, die Schmerz begleiten, so schwierig (Jackson 1992, 139).

Diese Betrachtung von Schmerz ist eine entsprechende Herausforderung für die medizinische Schmerzdiagnostik und Schmerzbehandlung, da Schmerz nicht "an sich" ist und nicht lediglich auf einen physiologischen Zustand reduziert werden kann, sondern in seiner Interpretation, seinem Erleben, seiner Bewältigung und seiner Darstellung historisch, soziokulturell und individuell geformt ist und nur in dieser Komplexität und Bedingtheit vermittelt und angemessen behandelt werden kann. Auf diese widersprüchlichen Aspekte zwischen individuellem Schmerzerleben und Schmerzausdruck und medizinischer Schmerzbehandlung wollen wir im folgenden Abschnitt ausführlich eingehen.

3 SCHMERZ UND MEDIZINFORMEN

3.1 Schmerz und Schulmedizin

3.1.1 Das biomedizinische Modell von Krankheit

Der Biomedizin, von der die traditionelle Schulmedizin nachhaltig geprägt ist, liegt ein naturwissenschaftliches, kausal-analytisches Denkmodell zugrunde. Sie ist ein Produkt der westlichen Kultur und ihrer philosophischen Traditionen: Als Folge der cartesianischen Trennung von Geist und Körper wurde die Funktionsweise des Körpers als "Körpermaschine" festgeschrieben, im 20. Jh. wurde diese Analogie durch die Beschreibung des Körpers als "Informationssystem" abgelöst (Kathan 2000).

Die Biomedizin hat auf der einen Seite große Erfolge in moderner Diagnostik und Therapie zu verzeichnen, auf der anderen Seite ist ihr bei der naturwissenschaftlich-objektiven Beschreibung von Krankheitssymptomen die "erkrankte Person" abhanden gekommen: *Krankheit* stellt sich hier als Störung einer Organfunktion bzw. als eine pathologisch veränderte Organstruktur dar und definiert sich über das Vorhandensein typischer pathologischer Merkmale. Der kranke Mensch ist Träger eines krankhaften Prozesses und wird in Folge zum Objekt einer Behandlung (Heim & Willi 1986). Diese Krankheitskonzeption ermöglicht es, Krankheit unabhängig von der individuell erkrankten Person erfassbar und behandelbar zu machen.

Wie die Ausführungen zur Klassifikation von Schmerz und Schmerzsyndromen gezeigt haben (vgl. Abschnitt 2.1.) gilt diese Sichtweise in der Schulmedizin auch für Schmerz und Schmerzgeschehen: Die gestörte Organfunktion steht sowohl beim Akutschmerz wie beim chronischen Schmerz im Vordergrund, psychosozialen Einflüssen wie Stress oder sekundärem Krankheitsgewinn wird eine begleitende, etwa schmerzverstärkende oder chronifizierende Funktion zugeschrieben, emotionale Zustände wie Depressivität oder Erschöpftheit werden primär in ihrer reaktiven Komponente auf ein bestehendes Schmerzgeschehen eingeordnet, nicht in einer auslösenden, verursachenden Rolle.

Die Therapie der Schulmedizin zielt auf die Behebung der Funktionsstörung über pharmazeutische, operative oder andere medizinische Mittel bis zur Symptombefreiung und Normalisierung der körperlichen Werte und Funktionen bzw. zumindest auf die Kontrolle der Symptombeschränkung und -verstärkung, etwa bei chronischen Erkrankungen. Hierbei wird deutlich, dass ein akutes Schmerzgeschehen im schulmedizinisch geprägten Bedeutungs- und Handlungsrahmen angemessener und erfolgreicher behandelbar ist als ein chronisches Schmerzgeschehen: "while some forms of treatment are very effective, for example, hip replacement and cataract surgery, many disorders can only be treated palliatively, to relieve pain and to help physical functioning (Gabe, Bury & Elston 2004, 77)". So erfolgt im Falle von akutem Brustschmerz eine symptomatische Diagnose über die Erfragung von Lokalisation, Qualität und Intensität des Schmerzes und über technische Messungen wie EKG, gefolgt von einer zügigen Behandlung über einen operativen Eingriff wie z.B. eine Herzkatheteruntersuchung, ggfs. mit Dilatation und / oder Medikamentengabe. Bei einem über lange Zeiträume anhaltenden, sich

veränderndem, eventuell therapieresistentem chronischen Schmerzgeschehen, bei dem sich körperliche, psychische und soziale Komponenten miteinander verweben, gerät die Schulmedizin an ihre konzeptuellen und therapeutischen Grenzen (Honkasalo 1998, Kleinman et al. 1992, s. auch Abschnitt 3.3. zur Spezifik chronischer Erkrankungen).

3.1.2 Der diagnostische Prozess und die Transformation von Beschwerden

Bei jedem Krankheitszustand kommt dem Diagnoseprozess eine besondere Bedeutung zu, denn erst über die Diagnose können die Beschwerden im Rahmen des jeweiligen medizinischen Systems wahrgenommen und dann von den ÄrztInnen behandelt werden. Bei der Diagnose eines Schmerzgeschehens wird, um mit Helman (1994) zu sprechen, "*private pain*" in einen medizinisch und damit auch sozial angemessenen "*public pain*" überführt. Was jedoch als krankheits- und damit diagnosewürdig gilt, steht in direktem Zusammenhang mit dem jeweiligen Medizinkonzept, in dessen Rahmen der diagnostische Prozess abläuft (Lalouschek 2005b).

Ganz allgemein geht es bei der biomedizinischen Diagnose um die Erfassung typischer pathologischer Merkmale und um die Erhebung objektiver Daten – von technischen Messungen wie EKG, CTG, Röntgenbild und Laborwerten bis hin zu histologischen und genetischen Analysen. Die Betrachtung des kranken Körpers erfolgt vorzugsweise getrennt von sozialem Umfeld, Lebensgeschichte und Werthaltungen der kranken Person. Um eine fachlich korrekte Diagnose stellen zu können, müssen auch die nicht fachsprachlichen Beschwerdenschreibungen der Patienten, die auch lebensweltliche und emotionale Bedeutungsinhalte transportieren und das Krankheitsgeschehen individuell strukturieren, in die institutionell vorhandene Struktur und Begrifflichkeit eingepasst werden. Dieser "Übersetzungsprozess" verläuft vielschichtig (Cicourel 1995): Zum einen gibt es die Transformationsprozesse im ärztlichen Gespräch selbst, in dem die ÄrztInnen in ihren weiterführenden Redebeiträgen die selektierten umgangssprachlichen Begriffe der PatientInnen in eine medizinische, aber noch nicht rein fachsprachliche Form übersetzen, zum anderen gibt es diverse Transformationsprozesse, die im Anschluss oder auch schon während des Gesprächs als schriftliche und fachsprachliche Fixierungen erfolgen, sei es in Patientenkarteen, Arztbriefen oder Teambesprechungen und Übergabegesprächen (vgl. auch Menz 1991).

Die "professionalisierende Umstrukturierung des Wahrnehmungswissens der PatientInnen" (Rehbein 1986: 297), die im ärztlichen Gespräch stattfindet, wird als Prozess der "Institutionalisierung von Krankheit" (Rehbein 1986: 301) bezeichnet. Zum einen ist dieser Prozess von dem Kontrast zwischen medizinischer Fachsprache und Umgangssprache geprägt: ÄrztInnen verfügen zur Beschreibung von Krankheiten und Krankheitsbildern über das Repertoire der medizinischen Fachsprache, PatientInnen verwenden primär umgangssprachliche Beschreibungen für ihre individuellen Beschwerden. Der Soziologe Elliott Mishler (1984) unterscheidet zwischen der biomedizinisch orientierten Stimme der ÄrztInnen ("*voice of medicine*") und der lebensweltlichen Stimme der Kranken ("*voice of the lifeworld*"). Letztere enthält alltagsweltliche Beschreibungen, die in der zeitlichen Zuordnung und in ihrer Bedeutung auf die biographische und soziale Situation bezogen sind. Mishler versteht unter "*voice*" eine Bedeutungsstruktur bzw. normative Ordnung, die über die Art und Weise der sprachlichen Realisierung konstituiert wird. Ein gesamtes Interaktionsereignis wird dadurch geformt, welche

Stimmen überhaupt zur Sprache kommen und wie sich diese Stimmen gegenseitig unterbrechen oder durchdringen (Mishler 1984, 63ff). Erfahrene PatientInnen passen deshalb üblicherweise ihre "*voice of the lifeworld*" der "*voice of medicine*" an, nehmen also selbst schon "pseudo-professionelle" Umstrukturierungen (Löning 1994) vor, indem sie medizinnaher Äußerungen und Fachvokabular zur Beschwerdenbeschreibung verwenden ("*doctor's language*", Cicourel 1985), in der Meinung, so von den ÄrztInnen eher verstanden zu werden.

Zum anderen ist der Transformationsprozess des ärztlichen Gesprächs dadurch geprägt, dass ÄrztInnen die Beschwerdendarstellungen der PatientInnen in der Interaktion einem "Prozess der Fragmentierung" (Lalouschek 2002a, 2002b, 2004) unterziehen: Die individuellen, ganzheitlichen Beschwerdenschilderungen der PatientInnen werden in voneinander isolierte Einzelbeschwerden zerlegt, in medizinnaher Begriffe übersetzt und es werden jene "Beschwerden" herausselektiert und weiter bearbeitet, für die eine Symptomatik existiert. Dies geschieht über den Einsatz professioneller sprachlicher Handlungen wie das Stellen von Entscheidungs- und geschlossenen Fragen, die Vorgabe von Themen und über Re- und Umformulierungen. Zur Beschreibung dieses (mündlichen wie schriftlichen) Transformationsprozesses können die vier Änderungskategorien der klassischen Rhetorik herangezogen werden, also die Kategorie der Tilgung (welche Äußerungen der PatientInnen werden z.B. von den ÄrztInnen als relevant selektiert, welche als irrelevant weggelassen?), die Kategorie der Hinzufügung (welche Informationen fügen die ÄrztInnen der Krankengeschichte z.B. hinzu, die in den Äußerungen der PatientInnen nicht explizit enthalten sind?), die Kategorie der Vertauschung (welche Umstellungen nehmen die ÄrztInnen z.B. vor, um die Äußerungen der PatientInnen in der Krankengeschichte in eine Ordnung zu bringen, die jener der biomedizinischen Systematik entspricht?) und die Kategorie der Substitution (welche alltagssprachlichen Ausdrücke der PatientInnen werden in der Krankengeschichte z.B. durch welche medizinischen Fachtermini ersetzt?).

Dieser Transformationsprozess ermöglicht es, dass Beschwerden als körperliche Symptome institutionell wahrgenommen und entsprechend verarbeitbar werden. Die Ausblendung der lebensweltlichen Bestandteile der Beschwerdendarstellungen und die Umstrukturierung des Patientenwissens halten den biomedizinischen Diskurs und die professionelle Bedeutungsstruktur kohärent. Eine paradoxe Konsequenz dieses Prozesses ist, dass durch die Auflösung der zeitlichen und individuell bedeutungsmäßigen Zusammenhänge des Krankheitsgeschehens, gerade diese Fakten im gleichen Gespräch oder später oft mühsam rekonstruiert werden müssen. Dies führt nicht selten zu hochkomplexen, unklaren und zeitlich ausufernden Gesprächsverläufen und letztlich auch diagnostischen Problemen.

Die Diagnostik von Schmerz, besonders von chronischem Schmerz, stellt für die Biomedizin vor diesem Hintergrund eine spezielle Herausforderung dar. Wie schon ausgeführt, ist Schmerz im Rahmen des naturwissenschaftlich geprägten Verständnisses der Schulmedizin ein körperliches Phänomen, das wie alle Forschungsgegenstände nach Lokalisation, Ausbreitung, Dauer, Qualität und Intensität erfasst wird, dazu kommen Fragen nach Ätiologie und Mechanismen, die zu den Schmerzen führen (Engel/ Hoffmann 2003, 17). Die diesem Schmerzverständnis entsprechende diagnostische Zugangsweise prägt die professionelle Schmerzklassifikation (siehe Hoffmann 2003a und Abschnitt 2.1.) und prägt Art und Ablauf ärztlicher Ge-

sprache (vgl. ausführlich zu Schmerzdifferenzierungen Sator im Ersch.). Sie erweist sich nur bei akutem und körperlich direkt fassbarem Schmerz als angemessen, versagt aber bei chronischen Schmerzerkrankungen, die oft nicht unbedingt (nur) an einer bestimmten Körperstelle auftreten oder sich in der Lokalität verändern und aus verschiedenen Schmerzqualitäten von unterschiedlicher Dauer und Intensität zusammengesetzt sein können. Obwohl das biomedizinische Modell einen wesentlichen Unterschied macht zwischen objektivem medizinischem Wissen und ambiger subjektiver Erfahrung, ist sie gerade bei der Schmerzdiagnostik deshalb häufig auf das subjektive Schmerzerleben und die subjektive Schmerzbeschreibung angewiesen, ohne exakte Hinweise auf Sichtbarkeit, Lokalisierung oder objektive medizinische Befunde (Honkasalo 1998, 39). Damit gerät die Schulmedizin aber in das Dilemma, dass über die subjektiven Beschreibungen gerade jene individuellen, psychologischen und sozial relevanten Ebenen des Schmerzerlebens und der Schmerzinterpretation wieder Einlass finden, die über die objektive Erfassung der körperlichen Symptome ausgeschlossen werden sollten und die im Rahmen eines biomedizinisch geprägten Diagnoseverfahrens zudem nicht zuordenbar sind. Aus diesem Grund, so schließen Kleinman et al. (1992, 6), führt die Beschäftigung mit chronischem Schmerz automatisch zu einer Kulturkritik der Biomedizin und den sozialen Werten, die in ihre Konzepte und Praktiken eingebettet sind (ausführlich in Lalouschek 2005ab).

3.1.3 Die Reduktion von Schmerz und Schmerzerleben

Die naturwissenschaftlich-technokratische Sichtweise von Schmerz und Schmerzerleben kann mit Charmaz (2000) und Bendelow & Williams (1998) als eine um die individuelle, soziale und existenzielle Dimension reduzierte Sichtweise beschrieben werden: Jedem lokalisierbaren Schmerzgeschehen wird "Krankheitswert" zugeschrieben, damit es als Ausdruck eines körperlichen Krankheitsgeschehen klassifiziert und pharmakologisch oder operativ behandelt werden kann. Dies führt zu einer Medikalisierung von Schmerz. Um das biomedizinische Schmerzmodell konsistent zu halten, hat sich auch der "Mythos der zwei Schmerzen" (Morris 1994, 19) herausgebildet, also die Unterscheidung zwischen physischen und seelischem Schmerz. So kann die eine Schmerzart dem Körper, die andere dem Geist zugeordnet werden – und damit ebenso scharf getrennten "Heilsystemen" – der Schulmedizin und der Psychologie bzw. Psychiatrie.

Die damit einhergehende Problematik sei am Beispiel des Entwicklungs- und Behandlungsprozesses von *chronischem Schmerz* erläutert: Die systematische Reduktion von Schmerz auf ein rein körperliches Geschehen führt ja nicht automatisch dazu, dass die anderen Ebenen für das Individuum in ihrer Bedeutsamkeit irrelevant werden. Wenn das Schmerzgeschehen aber nicht an einem sehr frühen, akuten Zeitpunkt als Signal für eine gesamtheitliche Befindensstörung wahrgenommen und gedeutet wird und auf den "richtigen Ebenen" (Wilber 1992) behandelt wird, also auf der somatischen *und* der psychischen, sozialen und existenziellen, kann es rasch chronifizieren – im Sinne eines wiederholten und sich verstärkenden Hinweises auf ein Befindensproblem, das aber nie gelöst wird. Im Laufe dieser Chronifizierung (und oftmals auch Verschiebung in andere Körperregionen) verliert der Schmerz dann seinen ursprünglichen Bedeutungsgehalt für die Betroffenen und die ÄrztInnen, er verliert seine Schutzfunktion und die Behandlung setzt, z.B. in Form einer Operation, auf einer unangemes-

senen, weil verschobenen Ebene an. Dies ist mit ein Hauptgrund für die jahrelangen "Krankenhauskarrieren" und "Therapie- und Operations-Odysseen" von chronischen SchmerzpatientInnen (vgl. Küttemeyer 1998, Lalouschek 2002c, Garro 1992) und auch ein Teil der finanziellen Belastung des Gesundheitswesens (Kleinman et al. 2002). Einen weiteren Grund dafür sehen Hoffmann & Egle (2003) auch in der "verhängnisvollen Interaktion mit den Ärzten (Hoffmann/ Egle 2003, 123)": PatientInnen suchen mit dem Wunsch nach Heilung ihre ÄrztInnen auf, aber immer, wenn die Heilung auf sich warten lässt, wird ein weiterer anderer Spezialist aufgesucht. Dieser mehrfache Wechsel zwischen Hoffnung und Enttäuschung wird gespeist durch die schon genannte zu enge, auf organische Ursachen fokussierende Diagnostik und Therapie, aber auch durch überhöhte Erwartungen durch Heilsversprechen, die die Schulmedizin selbst forciert hat (Lalouschek 2005a, 39f).

Die biomedizinisch reduzierte Sichtweise von Schmerz führt dazu, dass auch PatientInnen – im schulmedizinischen System "aufgewachsen" – daran gewöhnt sind, ihre Schmerzen primär als rein körperliches Geschehen zu identifizieren, auf das sie selbst nur bedingt Einfluss nehmen können. Gerade bei unklaren Krankheits- und Schmerzsymptomen wird ein Großteil der Energie von ihnen vor allem darauf verwandt, eine eindeutige somatische Diagnose für das Krankheitsgeschehen zu erhalten, um nicht als psychisch labil abgestempelt und um in das professionelle Behandlungssystem aufgenommen zu werden. Denn ein weiteres Problem dieses Schmerzmodells ist, dass Personen, die "*ohne Befund*" bleiben, im Rahmen dieses Modells nicht behandelbar sind, auch wenn sie an Schmerzen leiden und sich krank fühlen. Dies betrifft in Allgemeinpraxen immerhin 30% der PatientInnen (Wedlich 2000). Lieb & Pein (1996) nennen dies die "kranken Gesunden", die sich subjektiv krank fühlen, von ÄrztInnen und Umwelt aber als simulierend oder hypochondrisch zurückgewiesen werden. Hier liegt die "Lösung" der Individuen sehr oft in einer Verstärkung, Generalisierung und Chronifizierung der Beschwerden und mehrjährigen Suche nach einer "richtigen" Diagnose. Da die gegenwärtige Medizin praktisch unbegrenzte Untersuchungsmöglichkeiten anbietet, die endlos wiederholt werden können, lässt sich eine solche Suche jahrelang fortführen (Bräutigam, Christian & von Rad 1997, 383). Und so ist auch hier eine Odyssee durch internistische, neurologische, chirurgische und dermatologische Kliniken und Praxen vorprogrammiert ebenso wie eine sekundäre Verselbständigung einzelner Symptome ("sekundäre Chronifizierung").

Zu den zunehmenden Schwierigkeiten der Biomedizin, chronischen Schmerz angemessen und einigermaßen erfolgreich zu diagnostizieren und zu behandeln, kommen auch die dramatisch steigenden volkswirtschaftlichen Folgekosten chronischer Schmerzerkrankungen (Stadt Wien 2004). Diesen Herausforderungen ist nur durch eine fachübergreifende Kooperation in Diagnostik und Therapie zu begegnen. Dabei sind biologische, psychische und soziale Faktoren hinsichtlich Pathogenese und Chronifizierung individuell zu gewichten und interdisziplinär gut abgestimmte Behandlungsstrategien daraus abzuleiten. Das führt mittlerweile und notwendigerweise zu komplexeren Ansätzen des Schmerzverständnisses und der Schmerztherapie, auch verstärkt durch entsprechende veränderte Erwartungen und Ansprüche von PatientInnen (s. dazu Abschnitt 3.3.4. zur Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung in der Behandlung chronischer Krankheiten und Lalouschek 2007 zu Patienten Anliegen).

3.2 Schmerz und ganzheitliche Medizinformen

3.2.1 Das ganzheitliche Modell von Krankheit – am Beispiel Psychosomatische Medizin

Die moderne psychosomatische Medizin vertritt einen "bio-psycho-sozialen", also systemischen und semiotischen Denkansatz und stellt den Menschen in seiner komplexen psychosozialen Vernetztheit in den Mittelpunkt der Behandlung. Körper und Seele werden als interagierende Einheit aufgefasst, das Auftreten einer Erkrankung ist Ausdruck einer Störung der komplexen Regulationsvorgänge zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Prozessen, d.h., der Zeitpunkt des Ausbruchs einer Erkrankung ist stets in Zusammenhang mit der Person, ihren Lebensumständen, ihrer Geschichte, ihrer Psychodynamik und ihren körperlichen Prädispositionen zu betrachten (vgl. Uexküll & Wesiak 1990, Bräutigam, Christian & von Rad 1997, Egle & Hoffmann 2003). So wird Krankheit nicht von vorneherein als Defizit im Kontrast zu Gesundheit definiert, sondern als Leistung im Sinne eines Lösungsversuchs einer schwierigen Situation.

Die Prinzipien des systemischen, vernetzten Denkens, der Regulation, der Wiederherstellung des Gleichgewichts und der individuellen Abstimmung der Behandlung charakterisieren praktisch alle ganzheitlichen bzw. alternativen Heilformen, seien dies Natur- und Pflanzenheilkunde (Phytotherapie), Osteopathie und Homöopathie oder die Traditionelle Chinesische Medizin und das indische Ayurveda (s. ausführlich Lalouschek 2005a, 13ff). Die relevanten Unterschiede bestehen in der Wahl und Anwendung der Heilmittel und Heilverfahren.

Die bio-psycho-soziale Bedingtheit einer Erkrankung erfordert eine Gesamtdiagnose im Sinne Balints, also die Erfassung der biologischen Daten, der psychosozialen Daten und der "subjektiven Daten" wie z.B. der individuellen Bewertung des Krankheitsgeschehens (Helmich et al. 1991). Ein Teil der Professionalität von ÄrztInnen ist es, entscheiden zu können, welche psychosozialen Angaben im Zusammenhang mit den erhobenen somatischen Daten wichtig sind und welche Bedeutung ihnen zukommt, wie diese Daten angemessen zu erheben sind und wie sie die Beziehung zu den PatientInnen gestalten, damit die Technik überhaupt wirksam ist. Nach Schwab (2003, 214) ist das Ziel des diagnostischen Vorgehens bei chronischen Schmerzen die ursächliche Zuordnung des Symptoms Schmerz zu einer morphologischen Veränderung, zu einer Störung von Funktionsabläufen, zu psychischen Erkrankungen sowie zu sozialen Bedingungen und Veränderungen. Alle diese Teilaspekte können gemeinsam oder isoliert relevant sein, die physiologischen Befunde bilden dabei das formale Ausgangsdatum. So sind die ganzheitlichen oder psychologisch-psychoanalytisch geprägten Medizinformen sowohl mit dem physiologischen Prozess der Behandlung befasst als auch mit dem menschlichen Erleben, das physisch, mental, emotional und spirituell angesichts von Krankheit möglich ist.

Gerade bei chronisch Kranken ist auch die Komplexität von Krankheitssymptomatik, Krankheitsprozess und Krankheitserleben von besonderer Bedeutung – aufgefächert zwischen den Begriffen Befund und Befinden (Lalouschek 2005a, 31): Befund und Befinden repräsentieren zwei unterschiedliche Aspekte von Krankheit, zum einen die objektive Krankheit und ihre Symptomatik, zum anderen das Kranksein, das subjektive Ausmaß des Leidens an der Krankheit. Aufschlussreich ist hier die im Englischen mögliche begriffliche Unterscheidung zwi-

schen *disease*, *illness* und *sickness* (Kleinman 1988): *disease* nennt die biologische oder psychologische Krankheit, die körperliche oder psychologische Fehlfunktion, *illness* steht für die Krankheitserfahrung und die soziale Reaktion auf die Erkrankung, also das Geflecht aus Perception, Bezeichnung, Erklärung und Bewertung; *disease* und *illness* machen die Krankheit (*sickness*) in allen ihren Aspekten aus: "Neither disease nor illness is a thing, an entity; instead, they are different ways of explaining sickness, different social constructions of reality (Kleinman 1988, 38)".

Mit diesem Krankheitsverständnis kann das oben schon genannte Paradoxon aufgelöst werden, dass ein Mensch Symptome "ohne medizinische Befunde" haben kann, also ohne den Nachweis anatomischer Läsionen oder physiologischer Funktionsstörungen. Krankheit und Leiden bedeuten einen Zusammenbruch der biologischen Anpassung, der sich auf vielen verschiedenen Ebenen der biologischen Organisation abspielen kann, von der psychologischen bis zur immunologischen; er kann zahlreiche Formen annehmen und auf ganz unterschiedlichen Wegen zur gleichen Erkrankung führen (Bräutigam, Christian & von Rad 1997). Dies bedeutet auch, dass die Diagnose eines psychosomatischen Zusammenhangs *positiv* zu stellen ist, also dass ein psychosomatischer Zusammenhang nicht aus dem Fehlen eines organischen Befundes abgeleitet werden kann und nicht daraus, dass für einen körperlichen Befund kein ausreichender somatischer Entstehungszusammenhang gefunden werden kann.

Dies erklärt, warum dem ärztlichen Gespräch und der ärztlichen Gesprächsführung in der psychosomatischen und ganzheitlichen Medizin ein so zentraler Stellenwert beigemessen wird, der sich nicht nur in der Ausbildung, sondern auch in entsprechend adaptierten institutionellen und organisatorischen Rahmen- und Arbeitsbedingungen widerspiegelt und widerspiegeln muss. Das ärztliche Gespräch dient den Kranken auch dazu, ihr Krankheits- und Heilungserlebnis zu benützen, die körperlichen Symptome in einen verstehbaren Sinnzusammenhang mit ihrer inneren und äußeren Lebensgeschichte zu bringen. Es öffnet ihnen Wege, sich in Bezug auf ihren Körper, ihr Selbst und ihre soziale Umgebung neu zu orientieren und Verantwortung für ihr eigenes Sein und Wohlbefinden zu übernehmen. Dies erfordert allerdings ein ganz anderes Maß an Selbstverantwortung als die schulmedizinische Vorgangsweise und erklärt, warum viele Kranke die Deutung einer organischen Ursache ihrer Beschwerden bevorzugen, auch wenn dies dann eine schwerere Krankheitsform bedeutet (Bräutigam, Christian & von Rad 1997, 20).

3.2.2 Die Mehrdimensionalität von Schmerz

Gemeinsame Grundannahme aller alternativen Medizinformen ist, dass der Körper zugleich Objekt *und* expressives Mittel ist und damit Krankheitsprozesse in analoger Weise auch als Ausdruck zugrunde liegender, systemischer Aspekte betrachtet werden müssen (s. dazu auch das Konzept des *embodiments*, Storch et al. 2006 in Abschnitt 2.2.).

Mechthild Küttemeyer, eine Expertin für psychogenen Schmerz, definiert die Bandbreite von Schmerz folgendermaßen:

"Schmerz ist immer psycho-somatisch; die geschilderte Pein ist körperlich und seelisch zugleich. Bei jedem Schmerz mischt sich eine neurologisch zu verstehende Sensation mit einem affektiven Geschehen (z.B. Angst, Lustgefühl); beim akuten organi-

schen Schmerz überwiegt der Sensationsanteil, beim psychogenen Schmerz der affektive (Kütemeyer 1998, 1)".

Das bedeutet, dass neben einem nozizeptiven, sensorischen Schmerzverständnis, also Schmerz als Antwort auf eine körperliche Schädigung (peripher oder zentral), ein affektives Schmerzverständnis besteht, das davon ausgeht, dass verdrängte Affekte und schmerzhafte Erinnerungen eine Verwandlung, eine Konversion, in Körperschmerz erfahren. Nach Egle (2003a, 15) stellt das psychogene Schmerzsyndrom die größte Diskrepanz zwischen physiologischen Schmerztheorien und der klinischen Beobachtung her, da die Schmerzzustände nachweisbar unabhängig von irgendeiner organischen Pathologie bestehen.

Moderne Schmerztheorien wie z.B. die *Gate-Control*-Theorie von Melzack und Wall (Egle 2003a, 15) geht davon aus, dass Schmerz eine physiologische und eine psychologische Dimension hat, deren gegenseitige Abhängigkeit sie als Einheit funktionieren lässt, ohne dass einer der Dimensionen das Primat zugesprochen würde. Die darauf aufbauende Neuromatrixtheorie von Melzack (Egle 2003b, 75) postuliert, dass eine so enge neuronale und hormonelle Verknüpfung zwischen Stress- und Schmerzsystemen besteht, dass eine getrennte Betrachtung von Schmerz und Stress nicht mehr möglich sei. Kütemeyer versteht psychogenen Schmerz als somatisierte Trauma-Erinnerung: Der organische Schmerz verläuft, bis auf seltene Ausnahmen, akut, episodisch; die Schädigung heilt aus, der Schmerz verschwindet. Jede paradoxe Schmerzpersistenz gilt als "psychogen verdächtig", d.h. das organische Trauma ist längst verheilt, die Schmerzempfindung bleibt. Der Schmerz hat Warn- und Schutzfunktion verloren, er ist zum "Selbstzweck" geworden und dient dazu, vergangenes (und gegenwärtiges) Leiden "mitzuteilen", das sonst keinen Ausdruck findet. Er hat den Sinn der Leidenserinnerung und -veröffentlichung, der körperlichen Re-Inszenierung verdrängter Traumata/Affekte/Konflikte. Die ganzheitliche Schmerztherapie geht also davon aus, dass beim chronischen/persistierenden Schmerz immer der affektive Anteil gegenüber dem sensorischen, neurologischen überwiegt (Kütemeyer 1998, 3).

Mittlerweile liegt eine große Anzahl von Untersuchungen zu chronischem Schmerz vor, die die psychosozialen, psychodynamischen, familiendynamischen und systemischen Ansätze aufarbeiten und nachweisen, dass chronischer Schmerz eine geradezu gängige Ausdrucksform ist, um persönliche und zwischenmenschliche Probleme auszudrücken (vgl. Kappis/ Egle 2003, Hoffmann/ Egle 2003, die Beiträge in Egle et al. 2003, Helman 1994 sowie z.B. die Arbeiten in Kleinman et al. 1992).

Im Gegensatz zur biomedizinischen Vorgangsweise werden in der psychosomatischen Schmerzdiagnostik und Schmerzbehandlung Schmerzsymptome nicht primär bekämpft sondern als Information genommen, um zu erkennen, was Kranken über das Körperliche hinausgehend fehlt und welches Defizit ihnen diese Symptome bescherten. Diese Form der *Deutung* von Krankheit und die entsprechende Behandlung gibt den Kranken die Möglichkeit, ihr Krankheits- und Heilungserlebnis dazu zu benützen, die körperlichen Symptome in einen verstehbaren Sinnzusammenhang mit der inneren und äußeren Lebensgeschichte zu bringen. Chronischen Rückenschmerzen wird z.B. zu 80% ein psychischer Hintergrund zugeschrieben, wenn etwa andauernde Konflikte am Arbeitsplatz, die zu negativen Gefühlen wie Wut, Ärger und Angst führen, die wiederum aber nicht thematisiert werden (können) als körperlicher

Schmerz Ausdruck finden. Ebenso ist bekannt, dass PatientInnen mit Rückenschmerzen psychosomatischer Ursache ebenfalls an allgemeinen Befindlichkeitsstörungen wie Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen, Herzbeschwerden oder an depressiver Verstimmtheit leiden (Marcus Schiltenswolf, Focus 26/2005).

3.2.3 Zum Zusammenhang zwischen chronischem Schmerz, Angst und Depression

Diese Phänomene haben in jüngster Zeit zu einer Refokussierung der Schmerzforschung in Richtung Zusammenhang zwischen Depression, Angst und chronischem Schmerz geführt (vgl. Hoffmann/Egle 2003). Bei chronischem Kopfschmerz deutet eine Vielzahl von epidemiologischen und klinischen Studien auf einen ausgeprägten Zusammenhang von primären Kopfschmerzen mit psychiatrischen Beschwerden, allen voran Angst und Depression hin (z.B. McWilliams et al. 2004, Zwart et al. 2003, Lake et al. 2005, Gentili et al. 2005, Sheftell & Atlas 2002). Die meisten Arbeiten behandeln den fraglichen Zusammenhang dabei unter dem Konzept der "Komorbidität" (Feinstein 1970). Einschlägige Untersuchungen dokumentieren, dass Angst-Erkrankungen (und Depressionen) unter Migräne-PatientInnen – aber auch unter PatientInnen mit anderen primären Kopfschmerzen – mindestens dreimal so häufig zu finden sind wie in Kontrollgruppen (Lake et al. 2005, Baskin et al. 2006, Breslau & Davis 1992, Lanteri-Minet et al. 2005, Hamelsky/ Lipton 2006).

Uneinigkeit herrscht nach wie vor über die Art des Zusammenhangs und über die Form der Wechselwirkung zwischen physiologischen und psychologischen Faktoren, also in welchem Ausmaß psychologische Faktoren an der Entstehung von Schmerz beteiligt sind bzw. ihn verursachen, oder in welchem Ausmaß anhaltendes Schmerzerleben Einfluß auf die Psyche nimmt oder beides (Kleinman et al. 1992, 5). Während früher eher mono-direktionale Erklärungsmodelle herangezogen wurden, tendiert die moderne Forschung dazu, von einer bi-direktionalen Beziehung zwischen Schmerz und psychopathologischen Störungen auszugehen (vgl. z.B. Gentili et al. 2005, Lake et al. 2005, Scher et al. 2005, Cerbo et al. 2000): Schmerz kann als Folge von Angst entstehen oder Angst als Folge von Schmerz, der Zusammenhang kann ein ursächlicher sein oder ein sich gegenseitig begünstigender, Kopfschmerzen und Angst bzw. depressive Beschwerden können sich gegenseitig verstärken, aus der Existenz gemeinsamer Risikofaktoren resultieren oder aus einer gemeinsamen pathophysiologischen Grundlage; schließlich kann Angst auch einen Chronifizierungsfaktor im Rahmen einer bereits bestehenden Schmerzerkrankung darstellen. Aufgrund dieser hohen Komplexität und Vernetztheit schlagen viele ForscherInnen integrative Erklärungsmodelle vor, die von einem komplexen psychoneurobiologischen Zusammenspiel ausgehen, in dem Schmerz und psychiatrische Komorbidität "can be thought as different points of a neuropsychobiological loop" (Gentili et al. 2005, 340)".

In vielen dieser Forschungsarbeiten wird betont, dass das zusätzliche Vorliegen von Angst und depressiven Beschwerden im Rahmen von Schmerzerkrankungen auch im klinischen Alltag unbedingt verstärkte Beachtung verdienen muss, zumal eine unerkannte bzw. unberücksichtigte psychiatrische Komorbidität den Therapieerfolg der Schmerzbehandlung deutlich verschlechtert (z.B. Lake et al. 2005: 498, Baskin et al. 2006) und die Zufriedenheit der PatientInnen mit der Therapie senkt (z.B. Lanteri-Minet et al. 2005).

Kütemeyer (1998) plädiert dafür, den psychogenen Schmerz (Erinnerungsschmerz) – der einen episodischen organischen Schmerz (oder den Schmerz einer anderen Person) als "Vorlage" benutzt – als eigene Erkrankung wahrzunehmen. Er folgt eigenen affektiven Gesetzen und ist an Besonderheiten der Intensität, Lokalisation und Ausbreitung klinisch zu erkennen, auch an der affektiv getönten Sprache, mit der die Schmerzqualität beschrieben wird. Der Einsatz von affektgetönter Sprache ("dramatisierende Beschreibungen") wird auch in der kardiologischen Forschung zur Unterscheidung von sogenannten psychogenen und organisch bedingten Formen von akutem Herzschmerz (Panikattacken etc.) herangezogen (Vodopiutz et al. 2002).

Eine psychosomatisch bzw. ganzheitlich orientierte Schmerztherapie kombiniert eine physische mit einer psychischen, emotionalen Herangehensweise. So werden z.B. PatientInnen mit chronischen Schmerzen der Stütz- und Bewegungsorgane angehalten, sich "viel zu bewegen, sowohl körperlich als auch emotional", um die Grenze zwischen seelischem und körperlichem Schmerz aufzulösen und selbst ein neues und umfassenderes Verständnis für den eigenen Schmerz bzw. das Schmerzgeschehen zu entwickeln (Schiltenswolf 2005, Jackson 1992, 138ff).

3.3 Akute vs. Chronische Erkrankung

3.3.1 Chronische Erkrankung – ein neues Paradigma?

Nachdem die größte medizinische Herausforderung im 19. Jh. die Bekämpfung von Infektionskrankheiten war, sehen MedizinsoziologInnen und GesundheitswissenschaftlerInnen das späte 20. und 21. Jh. mit dem neuartigen Phänomen eines "Greying of the West" (Turner 2000, 18) konfrontiert. Eine immer älter werdende Bevölkerung stellt die Gesundheitssysteme der westlichen Welt vor bedeutsame epidemiologische Konsequenzen: degenerative Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Nervensystems, aber auch Alzheimer und Demenz nehmen in ungeahntem Ausmaß zu, die Todesursachen verschieben sich in Richtung Krebs und Herz-Kreislaufkrankungen, die Langzeitbetreuung alter und sehr alter, zumeist multipel chronisch kranker und immer kränker werdender Menschen erfordert neue Behandlungs- und Pflegeformen. So hat sich seit einigen Jahren die Aufmerksamkeit der Medizin und der öffentlichen Gesundheitsförderung weg von der Akuterkrankung zum chronischen Krankheitsgeschehen gewandt und Präventivmedizin und die Aufklärung über Gesundheitsrisiken und Früherkennung von Erkrankungen sind in den Vordergrund getreten.

Das große medizinsoziologische und kulturwissenschaftliche Interesse an dieser bedeutsamen gesellschaftlichen Veränderung und speziell an der Herausforderung von chronischen Krankheiten resultiert aus zwei großen, eng miteinander verwobenen Themen, nämlich die Veränderung von Identität und Lebensführung durch ein chronisches Krankheitsgeschehen und die Veränderung von ärztlicher Tätigkeit bei der Behandlung von nicht Heilbarem.

"Chronic illness points to collective problems of living; it occurs within a social context and it poses problems that go beyond medical management and the individual patient. Managing a life can become as problematic as keeping symptoms quiescent, and that requires other people (Charmaz 2000, 287)".

Chronische Erkrankungen wirken sie sich in unvergleichbar anderer Weise als akute Erkrankungen auf die betroffene Person, ihr Selbstverständnis, ihre körperliche und psychische Integrität, ihren Alltag und ihre Berufstätigkeit aus, sie interagieren wie alle langzeitlichen Erkrankungen in vielfältigster Weise mit Rollenvorstellungen und Rollenerwartungen und allen Formen sozialer Interaktion (Gabe, Bury & Elston 2004, 77) und stellen eine besondere Herausforderung bzw. Belastung für die eigene Identität dar (Kleinman 1988, Kleinman et al. 1992, Charmaz 1995, 2000) – und dies sehr verschieden je nach Alter, Geschlecht, sozialem Status und ethnischer Zugehörigkeit. Die Arzt-Patient-Beziehung und das ärztliche Gespräch erlangen bei der Behandlung chronischer Erkrankungen eine Bedeutsamkeit, die über einzelne Symptomdarstellungen und einzelne Behandlungstätigkeiten hinausgeht, denn nicht die zügige Befreiung von akuten Beschwerden steht im Mittelpunkt, sondern kompetente und zum Teil neue Formen der Begleitung, Betreuung und Ansprechbarkeit (vgl. Egle et al. 2003 und die Ausführungen in Abschnitt 3.2.).

Diese vielfältigen Aspekte chronischer Erkrankungen seien im Folgenden ausgeführt.

3.3.2 Chronische Erkrankung und chronischer Schmerz

Unter einer chronischen Erkrankung allgemein versteht man eine langwierige, wiederkehrende, schwer heilbare, oft degenerative Krankheit. Aus krankensicherungstechnischen und steuerrechtlichen Gründen gibt es speziell für schwerwiegend chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit, Brustkrebs, rheumatische Erkrankungen oder Asthma einen relativ genauen Definitionsrahmen: Eine schwerwiegende chronische Erkrankung ist eine Erkrankung, für die über ein Jahr lang im Quartal mindestens ein Arztbesuch erforderlich ist, für die zudem entweder eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2-3 vorliegt, oder durch die eine Behinderung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit von mind. 60% erfolgt, und/oder die eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich macht – ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln –, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist (Veröffentlichung des gemeinsamen Bundesausschusses der kassenärztlichen Vereinigung 2005).

Akute Schmerzen wie Schnittverletzungen und Verbrennungen, aber auch Schmerzen bei einem akuten Krankheitsgeschehen oder nach einer Operation, haben die Funktion, sich schmerzvermeidend bzw. heilungsfördernd zu verhalten. Sie sind, wie schon ausgeführt, üblicherweise von kurzer Dauer, gut lokalisierbar und klar in der Bedeutung – also eine Schutz- oder Schonhaltung einzunehmen und/oder einen angemessenen Behandlungsprozess wie etwa einen Arztbesuch zu initiieren. Im Gegensatz zu akuten Schmerzen haben chronische Schmerzen wie Kreuz- und Rückenschmerzen, Nervenschmerzen, Tumorschmerzen oder Phantomschmerzen u.v.a.m. meist ihre Funktion verloren, sie sind, wie ebenfalls schon ausgeführt, entweder Teil einer langwierigen, zumeist nicht ursächlich zu behandelnden Erkrankung und damit quasi selbst zur Krankheit geworden oder körperlicher Ausdruck komplexer innerpsychischer Problematiken. Sie sind andauernd oder wiederkehrend, häufig diffus und damit schlecht diagnostizierbar und behandelbar und führen meist zu einer ständigen Beeinträchtigung der Lebensqualität. Körperliche und seelische Veränderungen im Rahmen des chroni-

schen Leidens können die Schmerzen ebenso beeinflussen wie typische, lebensqualitätsmindernde Konsequenzen chronischer Schmerzen wie Schlafstörungen, Mangelernährung oder depressive Verstimmung. Das Schmerzmanagement, also Arztbesuche, Medikamenteneinnahme, therapeutische Anwendungen etc. strukturiert bzw. beeinträchtigt den Alltag in einem oft beträchtlichen Ausmaß.

Chronische Erkrankung und chronischer Schmerz lassen sich dabei kaum voneinander trennen: Ein vielfältiges, akutes und andauerndes Schmerzgeschehen kann gleichermaßen Begleitsymptomatik von chronischen Erkrankungen sein, wie eine chronische Erkrankung selbst, zum anderen sind alle chronischen SchmerzpatientInnen auch chronisch Kranke, und damit den gleichen Herausforderungen an Krankheitsbewältigung und Veränderungen und Einschränkungen in Lebensführung und Selbstwahrnehmung ausgesetzt und mit vergleichbaren Erwartungen an die Behandlungs- und Betreuungsleistungen des medizinischen Systems ausgestattet wie chronisch Kranke generell.

Im Durchschnitt leiden etwa 20-30% der Bevölkerung unter einer oder mehreren chronischen Erkrankungen, ab dem 70. Lebensjahr über 50% – aufgrund des gesundheitsbeeinträchtigenden Lebensstils und der zunehmenden Lebenserwartung in fortgeschrittenen Industriegesellschaften mit steigender Tendenz (Stadt Wien 2004). Die sozialen, berufs- und geschlechtsabhängigen Unterschiede sind beträchtlich: In Wien beispielsweise sind Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung häufiger chronisch krank als Männer; neben Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, die beide Gruppen gleichermaßen betreffen, wenn sich auch Bluthochdruck, Schlaganfall und Herzinfarkt unterschiedlich verteilen, leiden Frauen häufiger an Erkrankungen des Bewegungsapparates (Gelenksschäden, Osteoporose) und des Nervensystems, Männer häufiger unter Erkrankungen der Atemwegsorgane wegen des höheren Anteils an Rauchern. Männer haben ein um die Hälfte höheres Risiko als Frauen, an Krebs zu erkranken, wobei bei ihnen Prostatakrebs und Lungenkrebs an erster Stelle stehen, bei Frauen Brustkrebs und Darmkrebs. Männer sind auch wesentlich häufiger von Multiinfarktdemenz betroffen als von Alzheimer-Demenz. Grund dafür ist, dass Multiinfarktdemenz mit den gleichen Risikofaktoren behaftet ist wie Herzerkrankung, also Bluthochdruck und Zigarettenrauchen, die in der männlichen Bevölkerung besonders gehäuft auftreten. Der Anteil mehrfacher chronischer Erkrankungen findet sich naturgemäß bei Personen ab dem 70. Lebensjahr, besonders aber auch in der Gruppe der Arbeitslosen beiderlei Geschlechts. Bei dieser Gruppe kommt eine besonders problematische Wechselwirkung von Selektions- und Kausaleffekten zum Tragen: Gesundheitlich beeinträchtigte Menschen werden eher arbeitslos, Arbeitslosigkeit und die damit verbundenen Stressoren machen krank bzw. verschlechtern bestehende Erkrankungen (Stadt Wien Männergesundheitsbericht 1999, Chronische Erkrankungen 2004, vgl. auch Kap. 4.2.).

3.3.3 Die Veränderung von Identität, Beziehungen und Lebensführung¹

Ob und ab welchem Krankheitsausmaß und -verlauf Personen sich als chronisch krank annehmen und wie sie sich dazu verhalten ist nicht nur eine individuelle Entscheidung, sondern ein Prozess, der in den jeweiligen medizinischen und soziokulturellen Kontext eingebettet ist, in der die Person sich befindet (Charmaz 2000, 277), und der abhängig ist von den bestehenden Konzepten zu Krankheit und Behinderung und von den bestehenden Identitätszuschreibungen in Bezug auf Alter, Geschlecht, soziale und ethnische Zugehörigkeit (Good 1992, DelVecchio Good 1992).

In einem gesellschaftlichen Umfeld, das von Werten wie Leistungsfähigkeit und Funktionsbereitschaft gekennzeichnet ist und das Krankheit und reduzierte Funktionsfähigkeit primär unter dem Aspekt eines Defizits betrachtet, das so rasch wie möglich beseitigt werden sollte (Lenzen 1993), stellt eine chronische Erkrankung eine "ungeheure, unsichtbare Krise inmitten des zeitgenössischen Lebens (Morris 1994, 15)" dar. Eine wichtige Rolle spielt hier das Konzept der körperlichen Integrität (Gabe, Bury & Elston 2004, 74), das in westlichen Gesellschaften zentrales Moment der Selbstdefinition und Identitätskonstitution darstellt. Wie Morris (1994) bezeichnen die AutorInnen den Eintritt einer chronischen Erkrankung als biografischen Bruch ("*biographical disruption*") (Bury, zit. in Gabe, Bury & Elston 2004, 78), der unter günstigen Umständen in eine biografische Stärkung ("*biographical reinforcement*") übergehen kann, wenn es gelingt, die Störung in eine veränderte und öffentliche Identität zu integrieren. Dies hängt davon ab, ob und wieweit bisherige identitätsstiftende Aktivitäten wie Berufstätigkeit, Familienarbeit, Kinderbetreuung und soziale Kontakte aufrechterhalten werden können bzw. sogar eine von der Erkrankung entlastende Funktion erhalten, einen "haven from pain" (Del Vecchio Good 1992). Conrad (1987) unterscheidet hier auch nach dem Typus der chronischen Erkrankung: eine Krankheit, die nicht unmittelbar lebensbedrohlich ist, mit der man lebt ("*lived-with-illness*") wie multiple Sklerose, chronisches Erschöpfungssyndrom oder Diabetes mellitus, und eine tödliche Erkrankung ("*mortal illness*") wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder Krebs, die von den Betroffenen dauerhaft als lebensbedrohlich erlebt wird, auch nachdem die akuten Symptome abgeklungen sind (zit. in Charmaz 1995, 287).

Charmaz (2000, 280) lokalisiert drei Hauptproblematiken für chronisch Kranke:

- (1) die diagnostische Suche, um die beunruhigende Symptomatik zu verstehen,
- (2) die (Wieder)Herstellung einer (neuen, veränderten) Ordnung in Form von Krankheitsmanagement,
- (3) die Aufrechterhaltung der Kontrolle über das Leben.

Gabe, Bury & Elston (2004, 78f) unterscheiden ebenfalls drei Stadien des Prozesses, nämlich zuerst die Erkenntnis und Bewältigung der Veränderung, dann die Entwicklung von Strategien und schließlich die veränderte Lebensführung:

¹ Die im Folgenden dargestellten Untersuchungen beziehen sich nicht ausschließlich auf chronischen Erkrankungen, in denen eine Schmerzerkrankung im Mittelpunkt steht, die Ergebnisse sind dennoch für die Bewertung der Bedeutung chronischer Schmerzen von besonderem Interesse.

- (1) Bewältigung (" *coping* ") – d.h., alle Erkenntnisprozesse, die dazu dienen, mit der veränderten Situation und einem veränderten Körper zuecht zu kommen und den eigenen Selbstwert zu erhalten.
- (2) Strategie (" *strategy* ") – d.h., alle Aktionen und Prozesse, die sich auf das Management der Erkrankung und deren Konsequenzen für Lebensumstände, Beziehungen etc. beziehen.
- (3) Lebensstil (" *lifestyle* ") – d.h., die Annahme eines bestimmten Lebensstils und die Durchführung bestimmter Anpassungsprozesse, also z.B. das Ausmaß der Sichtbarmachung oder Verdeckung des Leidens.

Helman (1994) betont hierbei noch einen oft unterschätzten Punkt chronischer Erkrankungen: Im Gegensatz zu akuten Erkrankungen verlieren chronische Beschwerden, und hierbei natürlich besonder chronischer Schmerz, im Laufe der Zeit häufig ihre Sichtbarkeit für andere, obwohl das Leiden für die Betroffenen nicht verschwindet. Dies bringt die Kranken in die unglückliche Position, zusätzlich zum Ertragen und Management der Beschwerden das Umfeld an diese "erinnern" und sie auch immer wieder für es "sichtbar" machen zu müssen, um ihre (veränderten) Bedürfnisse und Nöte deutlich zu machen – sei es durch Leidensausdruck, Schmerzerzählungen, Hinweise auf verringerte Verfügbarkeit, etc. (" *rhetoric of pain* ", Helman 1994, 190).

Warum chronische Erkrankungen derartig komplexe, umwälzende und umfangreiche Lebens- und Identitätsveränderung bewirken, sei im Folgenden anhand einiger Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen chronischen Erkrankungen und raumzeitlichen, sozialen Veränderungen, Veränderungen der Identität und unterschiedlichen Bewältigungsstrategien von Frauen und Männern erläutert.

Chronische Erkrankung, raumzeitliche und soziale Veränderungen

In Interviews mit Personen mit chronischen Schmerzerkrankungen (Honkasalo 1998) zeigt sich, dass die länger andauernden Schmerzerkrankungen zu neuen Zeit- und Raumstrukturierungen führen. Die Abwechslung von schmerzfreien und schmerzärmeren Zeiten, die mögliche Schlafdauer oder entsprechende Therapiepläne strukturieren die Zeit, die verbliebenen Bewegungsmöglichkeiten, angemessene Aufenthaltsdauer etc. strukturieren den Raum (" *spatiotemporal constriction* ", Honkasalo 1998, 43). Diese an die Erkrankung adaptierte Umstrukturierung wirkt sich auch auf die Beziehung zum sozialen und beruflichen Umfeld aus, meist in Form von zunehmender Isolation, sie wirkt sich aber auch auf die Verfügbarkeit der Kranken für das Umfeld aus. Chronische Erkrankungen bewirken nämlich, dass die Betroffenen ihre Aufmerksamkeit verstärkt auf ihren Körper bzw. einen Teil ihres Körpers richten, " *to here instead of there* (Leder 1990, 75 zit. in Honkasalo 1998, 43)", und dass sie sich nicht von ihrem Körper der Welt zuwenden, sondern ihrem Körper, d.h. " *the sufferer of pain is not living in the position from the body to the world, but the painful body becomes the 'to' to which s/he attends* (Honkasalo 1998, 37)".

Das Problem, das sich durch diese raumzeitlichen Veränderungen für die Integrität des Selbst, die Selbstwahrnehmung und das Gefühl bestehender sozialer Integration stellt, ist, dass die

Eingeschränktheit durch den Körper oder gar der Verlust der Bewegungsfreiheit als Verlust von Autonomie, von Körperbeherrschung und der Fähigkeit, sich um sich zu kümmern und damit als Versagen erlebt werden, da gerade Autonomie und Körperkontrolle fundamentale Werte westlicher Gesellschaften darstellen (Honkasalo 1998, McElroy/Jezewski 2000, 202).

Dies können Gründe sein, warum sich viele Betroffene weigern, ihre Erkrankung oder das Ausmaß der Erkrankung wahrzunehmen, Einschränkungen und Symptome nach außen bagatellisieren oder ganz verbergen oder beteuern, dass die Erkrankung keinen Einfluss auf sie selbst hat ("*just aging*", Charmaz 2000, 286), um ein unbeschädigtes Selbst aufrechtzuerhalten. Nur für sehr wenige ist es unproblematisch, Pläne und Projekte loszulassen und das Leben "herunterzuschrauben" (Charmaz 2000, 283). Aus diesen Gründen ist auch die Beibehaltung oder Wiederaufnahme bisheriger beruflicher oder sozialer Tätigkeiten im Rahmen eines Krankheitsmanagements in ihrer Funktion als Identität, Autonomie und Kontrolle fördernde Faktoren nicht zu unterschätzen ("*vehicles for self-realization and control*", DelVecchio Good 1992), außer diese Tätigkeiten haben sich als stressende oder krankmachende Faktoren erwiesen. Eine chronische Erkrankung kann aber auch dazu führen, ganz andere als die üblichen oder erwarteten Erfahrungen im Leben zu machen, und bewirken, dass ein Individuum diese auf einer anderen Ebene in sein Selbst reintegriert: "someone may leave old identities behind but gain deeper meanings (Charmaz 2000, 287)".

Chronische Erkrankung und männliche und weibliche Identität

Untersuchungen, die sich dem Thema Identitätsveränderungen von Männern mit chronischen Erkrankungen widmen (Charmaz 1995, 2000, Helgeson 1995, Bendelow & Williams 1998), zeigen, dass geschlechtsabhängig unterschiedliche Formen der Bewältigung chronischer Erkrankungen existieren und dass Männer und Frauen aufgrund ihrer unterschiedlichen Lebensstile, Lebensentwürfe und Identitätszuschreibungen von den mit chronischen Erkrankungen einhergehenden Identitätsbedrohungen in ganz unterschiedlicher Weise betroffen sind. Diese Identitätsbedrohungen ("*identity dilemmas*", Charmaz 1995) resultieren aus dem oben schon genannten, krankheitsbedingten Verlust von körperlichen Funktionen und Kontrolle, sozialen Rollen, persönlichen Zielen und damit positiven Fremd- und Selbstzuschreibungen und können ebenso wiederkehrend und chronisch werden wie die chronische Erkrankung selbst (Charmaz 1995, 267).

Die traditionelle männliche Identitätszuschreibung favorisiert Aspekte wie Aktivität, Kraft, Autonomie, problemorientiertes Verhalten und Tapferkeit angesichts von Gefahr. Dominanz und Hierarchie sind für Männer die zentralen Orientierungspunkte, d.h. die Teilnahme an beruflichen, sportlichen und sexuellen Aktivitäten bestimmt den Status in der männlichen Hierarchie (Helgeson 1995, Sabo & Gordon 1995). Bei chronischen Erkrankungen, vor allem wenn diese mit gröberen und sichtbaren Behinderungen einhergehen, erweist sich die traditionelle Zuschreibung für Männer als "zweischneidiges Schwert" (Charmaz 1995, 286): langdauernde Krankheit geht mit dem Verlust von Kontrolle, Autonomie und aktivem Tun einher und die geforderte Tapferkeit schlägt sich allzuhäufig in Krankheitsverleugnung nieder. Chronische Erkrankungen können bei Männern dazu führen, dass sich ihr hierarchischer Status

verringert, die Machtrelationen mit Frauen sich verändern und ihre eigene Männlichkeit in Frage gestellt wird, "consequently, chronic illness can relegate a man to a position of 'marginalized' masculinity in the gender order (Charmaz 1995, 268)"

Charmaz (1995, 269) lokalisiert mehrere aufeinander folgende Stadien, die Männer mit chronischen Erkrankungen erleben und bewältigen müssen (bzw. müssten): zuerst die Konfrontation mit Verletzlichkeit und Sterblichkeit durch die Akuterkrankung, d.h. die Notwendigkeit der Aufgabe der Idee der Unverletzbarkeit und lebenslangen Unversehrtheit, danach die Gewöhnung an die Unvorhersagbarkeit des krankhaften körperlichen Geschehens und die Konfrontation mit Krankheit und mit Behinderung und schließlich die Aufgabe, das eigene Selbst und ein Gefühl von Kohärenz im steten Wechsel und auch im Verlust zu erhalten. Ein Problem, das sich regelmäßig stellt, ist, dass für viele Männer die erste und oft einzige Bewältigungsstrategie darin besteht, die kritische Periode wie z.B. einen Herzinfarkt oder Schlaganfall auf das initiale krisenhafte Geschehen zu reduzieren. Im Einklang mit dem schulmedizinischen System erwarten sie, dass durch medizinische Eingriffe wie Operationen und pharmazeutische Maßnahmen die erforderlichen Reparaturen durchgeführt werden. Die Enttäuschung, sich mit den weiteren genannten Konsequenzen konfrontieren zu müssen, ist nachher um so gravierender (Charmaz 1995, 269ff). Bei chronisch kranken Männern können mit zunehmendem Alter manche Aspekte des Krankheitsgeschehens allerdings auch identitätsstiftend werden, indem z.B. Krankheit und Krankheitsmanagement durch einen speziell geregelten Tagesablauf ein bis dahin unstrukturiertes Leben strukturiert (Charmaz 1995, 275).

Die Lösung der Identitäts-Dilemmata kann verschiedene Formen annehmen. Manche Männer versuchen, ihr altes Selbst so lange wie möglich aufrecht zu erhalten. Sie kontrollieren die Sichtbarkeit der Erkrankung oder das Ausmaß der Behinderungen, indem sie bestimmte Tätigkeiten oder Anlässe vermeiden ("*stigma control*"), um die Auswirkungen der Erkrankung zu marginalisieren und "to maintain their earlier position in the gender order (Charmaz 1995, 284)". Manche Männer verschieben ihre Dominanzbedürfnisse in den häuslichen bzw. privaten Bereich, indem sie die Bedeutung ihrer Erkrankung bzw. Behinderung so hochstufen, dass diese zum Mittelpunkt des gesamten familiären Lebens und der Alltagsorganisation wird. Die produktivste, weil dieser Lebenssituation mit ihren drastischen und unvorhersagbaren Veränderungen angemessenste Lösungsform wäre allerdings, die Konzeption dieses starren männlichen Selbst in Richtung eines sich entwickelnden, flexiblen, nicht abgeschlossenen Selbst zu verändern.

In Charmaz' Untersuchungen zeigen Frauen mehr Flexibilität und Einfallsreichtum, Aspekte ihres Selbst zu bewahren; vor allem scheinen sie weniger davon abhängig zu sein, ihr altes Selbst wiederzuerlangen, um zukünftige Schritte unternehmen zu können, und sie haben weniger Probleme damit, körperliche Veränderungen als konstante Begleiterscheinung anzunehmen (Charmaz 1995, 280). Diese Überlegungen werden durch Untersuchungen von Bendelow & Williams (1998) unterstützt, die die unterschiedlichen Auswirkungen chronischer Erkrankungen auf Männer und Frauen auch darin verorten, dass die weibliche Identität durch das Zulassen von Schmerz und Verletzbarkeit weniger bedroht wird als die männliche (zu weiteren bedeutsamen Unterschieden im Krankheits- und Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern s. ausführlich Abschnitt 4.2.3).

3.3.4 Die Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung

Bei der Behandlung chronischer Erkrankungen verändert sich die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung und der ärztlichen Gespräche, da im Gegensatz zur Akutbetreuung hier nicht die punktuelle und zügige Befreiung von Beschwerden im Vordergrund steht, sondern die langfristige Begleitung und Ansprechbarkeit. (Egle et al. 2003 sowie Abschnitt 3.2.). Diese Veränderung bedeutet nicht nur eine zeitliche Ausweitung bisheriger ärztlicher Tätigkeiten, sondern sie macht, wie der Mediziner Hartmann schon 1993 formuliert hat, speziell für die Behandlung chronischer Erkrankungen einen geradezu paradigmatischen Wechsel ärztlicher Tätigkeiten und Prinzipien erforderlich, und zwar weg von der Behandlung hin zur Betreuung. Denn erstens lassen sich die Erfahrungen mit der Akutvorsorge nicht auf die Behandlung von chronischer Krankheit übertragen, und zweitens haben chronisch Kranke anders geartete, im Krankheitsverlauf wechselnde Bedürfnisse und Erwartungen an die Behandlungen und die ÄrztInnen. Dies hängt mit der speziellen Dynamik chronischer Erkrankungen im Chronifizierungsprozess zusammen: die Erkrankung selbst, die Krankheitsakzeptanz, die Krankheitsbewältigung und biopsychosoziale Faktoren spielen bei diesen PatientInnen eine ungleich wichtigere Rolle als bei PatientInnen mit akuten Beschwerden.

Interessant ist hierbei, dass in jüngster Zeit – über das Problem der Zunahme chronischer Erkrankungen hinaus – die schon skizzierten soziokulturellen und demografischen Veränderungen und auch die medizinkritischen Prozesse der letzten 20 Jahre einen paradigmatischen Wechsel im ärztlichen Handeln generell ausgelöst haben, der in der "*charter of medical professionalism*" (Brennan et al. 2002) festgehalten ist. Die in der Charta festgehaltenen Postulate fordern eine Umkehr von einer arztzentrierten zu einer patientenzentrierten Medizin, in der als handlungsleitende Prinzipien moderner medizinischer Tätigkeit das Wohlergehen und die Autonomie der PatientInnen im Vordergrund stehen. Dieser Wechsel bedeutet eine Umorientierung, die tief in bisherige Konzepte zu Rollenverteilung, Beziehungsmustern, Patientenbeteiligung und kommunikativer Praxis eingreift: Sie fordert von ÄrztInnen eine weitgehende Abkehr vom akutmedizinischen Behandlungszugang, auch eine Abkehr von der stillschweigenden Annahme, PatientInnen mit akuten und mit chronischen Beschwerden hätten im wesentlichen gleichgeartete Erwartungen und Bedürfnisse an ÄrztInnen und therapeutische Maßnahmen, sie fordert von ÄrztInnen die kompetente Gestaltung partnerschaftlicher Beziehungen, die Abstimmung mit den Bedürfnissen der PatientInnen und die Durchführung komplexer und z.T. neuer kommunikativer Aufgaben wie Informationsvermittlung, Aufklärung, Beratung, Motivation, und Unterstützung beim Abwägen von Entscheidungen etc. (Anderson/Funnell 2005, Schweickhardt/ Fritzsche 2007). Begriffe wie Patientenbeteiligung, Empowerment und partizipative Entscheidungsfindung (*shared decision making*) prägen den aktuellen Diskurs (Charles/ Ganfi/ Whelan 1997, Elwyn 2001, Scheibler/ Pfaff 2003, Härter/ Loh/ Spies 2005, Anderson/ Funnell 2005, Scheibler 2006). Vorteile dieser medizinischen Praxis zeigen sich in erhöhter Berufs- und Behandlungszufriedenheit und effektiveren Behandlungsverläufen, und ganz besonders bei chronischen Erkrankungen (Bertelsmann Stiftung und Zentrum für Sozialpolitik 2005, Trummer et al. 2003, Wagner 1998, Haskett 2006) – um diesen Kreis wieder zu schließen.

Wie sieht nun die spezielle Bedürfnisstruktur und Bedürfnisdynamik bei chronisch Kranken aus? In der Akutphase einer chronischen Erkrankung überwiegt bei PatientInnen das Bedürfnis und die Suche nach einer Diagnose, die das Schmerz- und Krankheitsgeschehen vom "*private pain*" in einen medizinisch und sozial angemessenen "*public pain*" (Helman 1994) überführen soll (vgl. Abschnitt 2.2). Danach steht die oft jahrelange Suche nach einer angemessenen und zufriedenstellenden Form der Behandlung im Vordergrund (Good 1992). Damit ist nicht nur die medizinische Behandlung im engeren Sinn gemeint, sondern auch die kompetente Unterstützung bei der Bewältigung der schon genannten Herausforderungen an veränderte Lebensführung und Identitätskonzeptionen, die eine chronische Erkrankung mit sich bringt. Diese mehr oder weniger bewussten Wünsche und Suchbewegungen verbergen sich häufig hinter Arztbesuchen und unterliegen den Gesprächen mit den ÄrztInnen, meist ohne explizit als Anliegen vorgebracht zu werden (siehe Lalouschek 2007 zu Patientenanliegen).

Häufig ist es deshalb so, dass PatientInnen in der akuten Phase ihrer Erkrankung die Verantwortung für die Behandlung und die entsprechenden therapeutischen Maßnahmen lieber den ÄrztInnen bzw. den jeweiligen Profis wie PhysiotherapeutInnen, ErnährungsberaterInnen etc. überlassen. Im weiteren Verlaufe der Erkrankung werden ihre Einstellung und Haltung dem Krankheitsgeschehen gegenüber, aber auch ihr Ängste und Sorgen oder ihre Kompetenzen und damit ihre Erwartungen an die Arzt-Patient-Beziehung starken Veränderungen unterworfen. Dies kann dazu führen, dass es ihnen zunehmend unangenehm wird, von ÄrztInnen kontrolliert zu werden in dem Ausmaß, in dem sie ihre Autonomie und Selbstbestimmung wiedererlangen und die kritische Periode der ersten Diagnose vorübergeht (Anderson & Funnell 2005, 17). Diese Dynamik des Chronifizierungsprozesses und ihr durchaus schwieriger Einfluss auf den Umgang mit ärztlichen Vorschlägen und Beratungsangeboten wird von ÄrztInnen häufig verkannt. Zeitmangel und eine an Erfolg ausgerichtete medizinische Praxis fördern Enttäuschungen auf beiden Seiten und münden allzuoft in eine mangelnde Befolgung von Therapieplänen (*noncompliance*), häufigen Ärztechsel und komplizierte und belastendere Krankheitsverläufe (May et al. 2004, Müller et al. 2004).

4 SOZIOKULTURELLE DIMENSIONEN VON SCHMERZ

4.1 Medizin und Kultur – Medizin als Kultur

4.1.1 Medizin als kulturelles Definitionssystem von Krankheit und Gesundheit

Die Medizin einer Gesellschaft oder Kultur setzt sich aus allen in ihr vorhandenen Medizin- und Heilformen zusammen. Diese Formen stehen üblicherweise in einem hierarchischen Verhältnis zueinander, meist mit einer vorherrschenden und mehreren neben- und untergeordneten. In westlichen Gesellschaften z.B. stellt die Biomedizin die vorherrschende Medizinform dar, die das Gesundheitswesen in all seinen Bereichen formt und definiert, von der ärztlichen Ausbildung und der klinischen Forschung über die medizinische Versorgung bis hin zu den Krankenversicherungsleistungen. Dazu gibt es eine große Vielfalt weiterer Medizinformen, die der Biomedizin untergeordnet sind, wie die Psychosomatische Medizin und andere meist unter dem Sammelbegriff alternative oder ganzheitliche Medizin subsumierte Heilverfahren wie die Homöopathie, die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) u.v.a.m. (ausführlich in Lalouschek 2005a, 13ff). Das Verhältnis zwischen Biomedizin und den anderen Medizinformen ist nicht statisch, sondern reagiert auf aktuelle gesellschaftlichen Veränderungen und veränderte Bedürfnisse. Ein bekanntes Beispiel ist die Traditionelle Chinesische Medizin, die noch bis vor wenigen Jahren von der Schulmedizin zuerst als exotisch abgewertet, später als Konkurrenz zurückgedrängt wurde. Nachdem PatientInnen sich vermehrt dieser alternativen Heilform zuwandten, v.a. weil sie als patientenzentriert galt und bei bestimmten Beschwerden als erfolgversprechender, wurde aus dem Fremdartigen das Neue und aus der Konkurrenz Kooperation, und mittlerweile gehört die chinesische Methode der Akupunktur fast schon zum Standardrepertoire schulmedizinisch ausgebildeter AllgemeinärztInnen.

Alle hierarchisch miteinander verwobenen Medizinformen lassen sich als ein *gesellschaftliches Handlungs- und Funktionssystem* (Stollberg 2002) verstehen, das in seiner Entwicklung von den bestehenden soziokulturellen Bedingungen beeinflusst wird und – in dialektischer Weise – diese selbst wieder beeinflusst. Medizin ist demgemäß ein *kulturelles Definitionssystem*, das bestimmte Erklärungen oder Deutungen für körperliche, psychologische und soziale Phänomene zur Verfügung stellt. Was als krank, behandlungswürdig, heilbar, abweichend oder gesund gilt, ist nicht nur naturwissenschaftliches Faktum, sondern erschließt sich erst im Lichte der Wertbegriffe und der Wertstruktur der jeweiligen Gesellschaft. Auch die Bedeutung von Krankheit für Identität und Selbstkonzept, die Unterschiede je nach Alter, Status und Geschlecht, das Ausmaß des Machtverlustes und der Entfremdung, die Krankheitswahrnehmung, Krankheitsverlauf und Krankheitsbewältigung bestimmen, sind kulturell determiniert (Bendelow & Williams 1998 und Abschnitt 3.3.3. zu Bedeutung von chronischer Erkrankung für Identität und Lebensentwurf).

So stehen Konzepte von Krankheit und Gesundheit als Erscheinungen des menschlichen Lebens sowohl in einem Zusammenhang mit der vorherrschenden medizinischen Praxis wie mit der soziokulturellen Wirklichkeit: Sie sind Beschreibung, Norm und Kulturgeschichte, sie berühren grundlegende kollektive Konzepte über die Bedeutung von Leben und Tod (Turner

2000, 9) und bilden ein normatives Definitions- und Bezugssystem für die Erreichung und Erhaltung von Gesundheit und die Behandlung von Krankheit (McElroy/Jezewski 2000, 190), d.h., Kranksein, die Antworten auf Kranksein, die Individuen, die Krankheit fühlen und behandeln, und die medizinischen Institutionen stehen in systematischen Beziehungen zueinander (Kleinman 1988).

Diese Wechselwirkung betrifft auch die ärztliche Behandlung und Konsultation, in der Krankheitsbedeutungen ausgehandelt und festgeschrieben werden. In jedem ärztlichen Gespräch treffen Konzepte der PatientInnen als Laien und Konzepte der ÄrztInnen als ExpertInnen aufeinander und bedingen den Verlauf des diagnostischen und therapeutischen Prozesses: Die Konzepte der Kranken zu Gesundheit, Krankheit und Krankheitsentstehung sind eingebettet in ein Verständnis des soziokulturell geformten Lebensalltags, die wissenschaftlichen Konzepte der MedizinerInnen, die vom jeweiligen kulturellen Kontext determiniert sind, stehen als Fachwissen zur Verfügung; die schon soziokulturell geprägten Beschwerdedarstellungen der Kranken werden in den jeweiligen medizinischen Kontext eingepasst ("Transformation von Beschwerden", s. Abschnitt 3.1.2.). Oft unbeachtet bleibt hier, dass in den ärztlichen Gesprächen und den diagnostischen Aushandlungsprozessen auch die persönlichen Konzepte der MedizinerInnen als TeilnehmerInnen des soziokulturellen Kontextes, in dem sie sozialisiert wurden, eine wichtige Rolle spielen, z.B. in Form von unreflektierten geschlechts- oder altersabhängigen Zuschreibungen, Vorannahmen oder Erwartungen.

4.1.2 Gesellschaftliche Veränderungen – Veränderungen in der Medizin

Aufgrund der naturwissenschaftlichen Prägung der vorherrschenden medizinischen Praxis der westlichen Welt steht ihren Individuen ein starkes somatophiles soziokulturelles Angebot zur Verfügung (Bräutigam, Christian & von Rad 1997 und Abschnitt 3.1.). Leid, Gefühle und andere Körpersignale können über somatische Krankheiten ausgedrückt und für andere wahrnehmbar gemacht werden, und da der gesamte medizinische Apparat mehr auf ein körperliches Krankheitsangebot ausgerichtet ist als auf ein seelisches, werden Symptome in erster Linie als Prozesse auf körperlicher Ebene identifiziert, diagnostiziert und therapiert. D.h., die somatische Ausdrucksform leibseelischer Prozesse wird von ÄrztInnen als somatisches Leiden behandelt, das von den anderen Individuen und dem Umfeld dann auch als ein solches wahrgenommen werden kann. Damit erhält die körperliche Befindlichkeit eines Individuums eine soziale Form, in der sie zum Gegenstand von Behandlung gemacht werden kann. Erst in dieser sozial legitimierten Form nimmt Krankheit Gestalt an und erst hier entscheidet sich, ob und wie sie behandelt wird (Stürzer & Wolf 1996).

Und hier kommen wir von einer anderen, nämlich kulturwissenschaftlichen Seite zum schon beschriebenen "naturwissenschaftlichen Problem" einer Medizin, die präferiert auf somatischer Ebene diagnostiziert und therapiert (vgl. Abschnitt 3.1.). Eine lokale symptomatische Therapie einer komplexen leibseelischen Befindensproblematik, also z.B. eine medikamentöse Behandlung von Bluthochdruck oder Kopfschmerz, kann kurzfristige Linderung der Beschwerden bringen, birgt aber die Gefahr der Symptomverschiebung, des Wiederauftretens und schließlich der Chronifizierung, da das zugrundeliegende Befindensproblem nicht mitbehandelt, also nicht gelöst wird. Als produktiver, aber für Heilende und Heilsuchende ungleich aufwendiger, erweist sich hier eine Kombination von lokaler und gesamtheitlicher Therapie

mit dem Ziel der Erkenntnis und situativen Veränderung für das Individuum (s. Abschnitte 3.1. und 3.2.).

Dies bedeutet aber eine grundlegende konzeptuelle Veränderung der vorherrschenden medizinischen Praxis, die sich in den letzten Jahren als paradigmatischer Wechsel von einer arztzentrierten zu einer patientenzentrierten Medizin (s. Abschnitte 3.3.1. und 3.3.4.) ja auch schon ankündigt. Auslöser für diese Veränderung in der Medizin wiederum sind fundamentale gesellschaftspolitische Prozesse (ausführlich in Lalouschek 2005a, 36ff):

- relevante epidemiologische Veränderungen durch eine immer älter werdende Bevölkerung und die rasante Zunahme multipler chronischer Erkrankungen, die andere als die bisherigen Formen von Behandlung und Betreuung erforderlich machen,
- immer deutlicher werdende Grenzen einer hochtechnologisierten, an Akutbehandlung orientierten Medizin, die den finanziellen Rahmen der Gesundheitssysteme sprengt und einer immer kränker werdenden Bevölkerung gegenübersteht,
- eine wachsende Unzufriedenheit von ÄrztInnen mit den Arbeitsbedingungen in einem schulmedizinisch geprägten System (Stichwort "burn out"),
- und eine wachsende Unzufriedenheit von PatientInnen, die sich in einer deutlichen Zuwendung zu alternativen und ganzheitlichen Behandlungs- und Betreuungsmethoden zeigt.

Dieser paradigmatische Wechsel in der medizinischen Versorgung wird im Laufe der kommenden Jahrzehnte seinerseits wieder zu veränderten soziokulturellen Definitionen von Krankheit, Gesundheit und Menschsein führen und veränderte Möglichkeiten des individuellen und medizinischen Umgangs mit dem Ausdruck von körperlichen und seelischen Befindensproblemen eröffnen.

4.2 Schmerz und Krankheit unter kultur- und geschlechtsspezifischen Aspekten

Die Variabilität von Beschwerden und Heilmethoden ist je nach Gesellschaft, Volkszugehörigkeit oder Mentalitäten beträchtlich, aber auch je nach Geschlechtszugehörigkeit. Dies lässt sich an der Kulturgebundenheit von Schmerzbeschreibungen, der soziokulturellen Konstruktion von Beschwerden und Krankheitssyndromen und der Geschlechtsspezifität von Krankheit und Gesundheit besonders gut verdeutlichen.

4.2.1 Kulturabhängige Schmerzbeschreibungen

Entsprechend den obigen Ausführungen geht die medizinische Anthropologie davon aus, dass Schmerz eine historische, physiologische und kulturelle Dimension hat: Schmerzerfahrung wird durch soziokulturelle Bedeutungszuschreibungen beeinflusst und geformt. D.h., nicht alle sozialen oder kulturellen Gruppen reagieren auf Schmerz in gleicher Weise, wie Menschen Schmerz wahrnehmen und damit umgehen, und zwar sowohl bei sich und wie bei anderen, ist von ihrem soziokulturellen Hintergrund abhängig, ebenso ob und wie Menschen ihren Schmerz präsentieren und kommunizieren, sei es im professionellen Bereich des Gesundheitswesens oder im Alltag (Morris 2000, 135; Helman 1994, 179 und Abschnitt 2.2.)

In kulturanthropologischen und ethnomedizinischen Studien zum Thema Krankheit und Schmerz zeigt sich eine deutlich kulturabhängige Präferenz für Symptomwahl, Symptomdifferenzierungen und Krankheitsbeschreibungen. Lynn Payer (1988) zeigt in ihrer vergleichenden Darstellung kulturspezifischer Leiden, dass es nationale Präferenzen für Symptome gibt: Franzosen klagen z.B. subjektiv in erster Linie über ihre Leber (*crise de foie*), Deutsche über das Herz. Entsprechend diagnostizieren deutsche ÄrztInnen häufig Herzinsuffizienz und verschreiben sechs- bis siebenmal häufiger Herzmedikamente als ÄrztInnen in England oder Frankreich. Unterschiedliche körperliche Symptome sind auch sozial unterschiedlich akzeptabel: So kann ein Engländer legitim über Kopfschmerzen klagen, nicht aber dass sich sein Penis in den Körper zurückzieht, was in Malaysia und Südchina ein vollständig akzeptables Symptom namens *Koro* darstellen würde (Showalter 1997, 17). Auch die Symptomdifferenzierung erweist sich als kulturspezifisch: Die Sakhalin Ainu in Japan differenzieren zwischen "Bärenkopfschmerzen", die vergleichbar sind den schweren Schritten eines Bären, "Rehkopfschmerzen", die etwas leichter sind, wie die Bewegungen eines Rehs, und "Spechtkopfschmerzen", die sich anfühlen wie das laute Klopfen eines Spechtes, der den Stamm eines Baumes bearbeitet. Nordamerikanische Latinos kennen und erleben den Unterschied zwischen *dolor de cabeza* (Kopfschmerzen) und *dolor del cerebro* (Gehirnschmerzen) (s. Kleinman et al. 1992, 1).

Aus der Ethnopsychologie (Gries 2002) gibt es Erklärungsansätze, die kulturell unterschiedliche Formen der verbalen und nonverbalen Schmerzäußerung und Schmerzdarstellung auf eine tief verwurzelte "traditionelle innere Zensur" zurückführen: So können nonverbale Ausdrucksformen, indirekte Aussagen und die Verwendung von Gleichnissen Ersatz für einen, aus westlicher Sicht, "freien" Ausdruck von Wünschen und bestimmten Emotionen gelten. Oft ist die Definition von Krankheit eng mit dem Symptom körperlicher Schmerz verknüpft. Entsprechende Äußerungen stehen daher im Mittelpunkt einer Hilfesuche beim Arzt. Dies gilt auch dann, wenn die wahrgenommene Störung des Wohlergehens im psychischen Bereich liegt. So gibt es Hinweise, dass z.B. die traditionelle bäuerliche Kultur der Türkei, die viele MigrantInnen der ersten Generation geprägt hat, nicht zwischen Körper und Seele trennt. Zudem lehnen PatientInnen aus orientalischen Herkunftskulturen Hinweise auf möglicherweise "soziale" Ursachen von Krankheiten zunächst oft ab. Die starke Einbindung in soziale Gefüge fordert Achtung und Respekt vor Personen des eigenen Umfeldes und lässt Kritik kaum zu. Eine der Folgen: PatientInnen fordern medikamentöse Behandlung ein, wo diese eher schädlich, zumindest aber unangemessen ist. Ein oft unbeachteter Aspekt dabei ist, dass die Mehrheit der MigrantInnen nicht in einer, sondern in zwei Kulturen lebt, und über eine mehr oder weniger umfangreiche interkulturelle Kompetenz und Sachkenntnis über die hiesige Lebenswelt verfügt, da sie ja in der Arbeitswelt und auch im Umgang mit Institutionen bestehen können müssen.

Derartige Unterschiede in Symptomwahl und Symptomentwicklung lassen sich auch auf geschlechtsspezifischer Ebene verfolgen: Aus der psychosomatischen Frauenforschung (Minker 1997, Maschewsky-Schneider 1996, Kolip 2000) ist bekannt, dass Kopfweg und Migräne, Magenschmerzen, Blutdruckschwankungen und Depressivität als typische "Frauenleiden nach altbekanntem Schwächemuster" gelten und sowohl entsprechend häufig in Beschwerdeschilderungen von Frauen vorkommen wie von Umfeld und medizinischen ExpertInnen bei Frau-

en diagnostiziert werden. Ähnliches gilt auch für Essstörungen wie Anorexie und Bulimie, also Magersucht und Ess-Brechsucht: 95% der Essgestörten sind Mädchen und Frauen (Garrett 1998, Gordon 2000). Umgekehrt gelten Herz- und Kreislauferkrankungen wie Schlaganfall und Herzinfarkt als typische "Männerkrankheiten" (Sabo & Gordon 1995), so dass die entsprechenden Symptome bei Frauen häufig fehldiagnostiziert werden, ähnlich wie Depression bei Männern (s. auch Abschnitt 4.2.3.). Es scheint also nicht nur eine kultur- und geschlechtsrollenabhängige Symptomwahl zu geben sondern auch eine entsprechende Symptomzuschreibung von Seiten der HeilerInnen bzw. ÄrztInnen.

4.2.2 Die soziokulturelle Konstruktion von Beschwerden: kulturspezifische Syndrome

Ein spezielles Beispiel für die soziokulturelle Konstruktion von Krankheit sind die kulturspezifischen Syndrome (Hörbst 1996, Shorter 1994, Lux 2003): Darunter ist eine Konstellation von körperlichen und psychischen Symptomen zu verstehen, die nur im Rahmen einer bestimmten Kultur als Dysfunktion oder Krankheit kategorisiert wird, die in anderen Kulturen unbekannt ist, und für die auch Vorbeuge- und Therapiemaßnahmen vorgesehen sind. Charakteristisch für ein kulturspezifisches Syndrom ist, dass es nicht unabhängig von seinem spezifischen kulturellen oder subkulturellen Kontext verstanden werden kann.

Ein bekanntes kulturgebundenen Syndrom aus dem mittel- und südamerikanischen Raum ist *Susto*, das mit "Schrecken, der zu Seelenverlust führt" übersetzt wird. Dabei handelt es sich um eine Mischung aus Depression, Schwäche und körperlichen Schmerzsymptomen im Anschluss an eine traumatische Begebenheit vor dem soziokulturellen Modell der Mehr-Seelen-Existenz. Das schon genannte *Koro* aus dem asiatischen Raum kennzeichnet einen Panikanfall, bei dem die Betroffenen befürchten, ihr Penis könne sich in den Unterleib zurückziehen. Die Ausbildung dieses Syndroms wird mit der Hochwertung der männlichen Potenz im chinesisch-indischen Raum in Zusammenhang gebracht. Bei den Inuit gibt es das Syndrom *Pibloktoq*, hierbei handelt es sich um ein mehrstündiges Koma nach kurzen, extrem aggressiven Anfällen.

In der westlichen Welt gelten z.B. die schon genannten Essstörungen *Anorexie* und *Bulimie* als typische kulturgebundene Syndrome, die – abgesehen von allen anderen Aspekten – nur in einem sozialen Kontext des Nahrungsüberflusses überhaupt als Krankheiten mit eigenständiger Bedeutung kategorisierbar sind. Weitere aktuelle, so genannte "moderne Leiden" (Shorter 1994, Lalouschek 2002c) sind z.B. das *Chronische Erschöpfungssyndrom* (CFS), das *Sick-Building-Syndrom* (SBS) oder die *multiple chemische Überempfindlichkeitsstörung* (MCS). Als prominente kulturspezifische psychologische Störung gilt auch die *Multiple Persönlichkeitsstörung* (von Braun & Dietze 1999).

Zwei weitere, nur Frauen betreffende kulturspezifische Syndrome der westlichen Welt sind das *Prämenstruelle Syndrom* (PMS) und das *Klimakterium* (Lorber 1997, Minker 1997). Wechseljahre und Menopause werden in einer "medikalisierten Kultur" (Lenzen 1993) dem Bereich Krankheit zugerechnet und mit Verlust, Verfall und steigendem Gesundheitsrisiko assoziiert. In anderen Kulturen wird diese Übergangszeit dem Bereich der Gesundheit, sozusagen zum normalen Lebens" dazugezählt. In einer vergleichenden Untersuchung zwischen USA und Japan (Lock 1993) zeigte sich, dass Symptome wie Wallungen, Kopfschmerzen,

Konzentrationsstörungen oder depressive Verstimmung in Europa und Nordamerika als typisch für diese Lebensphase von Frauen gesehen werden, nicht aber z.B. in Japan, wo etwa Schulterschmerz ein typisches Symptom der Menopause darstellt. Gerade die beiden letztgenannten Symptomatiken machen deutlich, dass es sich bei kulturspezifischen Syndromen auch um "normale", also physiologisch bedingte Befindens- oder Körperzustände handeln kann, die aus bestimmten soziokulturellen Gründen pathologisiert ("verkrankisiert", vgl. Pfeleiderer, Greifeld & Bichmann 1995, Kolip 2000) werden.

Charakteristika von kulturspezifischen Syndromen sind nach Hörbst (1996) folgende: Ihre Ätiologie symbolisiert zentrale Bedeutungen und Verhaltensnormen dieser Kultur, ihre Diagnose muss auf der kulturspezifischen Technologie oder Ideologie fußen und eine erfolgreiche Behandlung kann nur bei TeilnehmerInnen dieser Kultur erfolgen. So besteht der soziokulturelle Symbolisierungsgehalt eines Chronischen Erschöpfungssyndroms beispielsweise darin, dass hoch leistungsorientierte Personen plötzlich völlig leistungsunfähig werden, und dies in einer Gesellschaft, in der Leistungsfähigkeit, Flexibilität, Geschwindigkeit und Erfolg die zentralen Werte darstellen. Die Diagnose als "legitime" Krankheit kann von biomedizinisch orientierten ÄrztInnen zwar nur im Rahmen einer Ausschlussdiagnose erfolgen, da CFS sich klinisch nicht nachweisen lässt; dennoch gibt es exakte Diagnosekriterien, die in der internationalen Klassifikation von Krankheiten ICD-10 (*International Classification of Diseases*) der WHO festgehalten sind. Immer wieder interessant ist, dass Betroffene (als TeilnehmerInnen einer biomedizinischen Kultur) üblicherweise auf einer somatischen Diagnose bestehen und alle Hinweise auf psychologische Ursachen strikt von sich weisen (vgl. Zenker 1996, Lalouschek 2002c).

Wie aber ist der Prozess der individuellen Ausbildung von kulturell geprägten Erkrankungen, Schmerzsymptomatiken und Leiden zu erklären? Was die Wahl von bestimmten kulturgebundenen Symptomen betrifft, so spricht der Medizinhistoriker Edward Shorter von einem "*symptom pool*" (Shorter 1992, 285), also von einem Vorrat an legitimen und präsentierbaren Krankheitssymptomen, der Individuen zu einem gewissen Zeitpunkt zur Verfügung steht und der ihre Symptomwahl beeinflusst. Bei den schon genannten, von Frauen "bevorzugten" Beschwerdebildern wie Migräne, Magenschmerzen, Blutdruckschwankungen und Depressivität handelt es sich z.B. um speziell für Frauen legitime und sozial akzeptierte Formen, unterdrückte Wut und Aggressivität auszudrücken. Dies trifft besonders Frauen, die sich durch Sozialisation und Lebensumstände in Positionen befinden, durch die sie stark eingeschränkt werden ("Hausfrauensyndrom", Minker 1997).

Das Ansteigen der Beschwerdebilder und deren Epidemisierung wird dann durch folgende Eigendynamik bewirkt: ÄrztInnen werden auf bestimmte Phänomene aufmerksam, stellen diese bei Untersuchungen immer häufiger fest und geben damit ein neues medizinisches Paradigma vor, wodurch sich bestimmte Gruppen von Kranken eher bestätigt fühlen, diese paradigmatisch "relevanten" Symptome zu präsentieren (Shorter 1992, 288).

Der Aspekt der soziokulturellen Bedingtheit von Schmerzerfahrung, Schmerzerleben und Schmerzdarstellung wird im geplanten Folgeprojekt ein zentraler Forschungsbereich und entsprechend theoretisch und methodisch vertieft werden.²

4.2.3 Geschlechtsabhängige Aspekte von Krankheit, Gesundheit und Schmerzerleben

Wie sich in den bisherigen Ausführungen gezeigt hat, ist in der Kulturspezifik von Schmerzerleben, Schmerzdarstellung und Krankheitsbewältigung stets ein prominenter geschlechtsspezifischer Faktor erkennbar. Die ist ein Resultat der reichhaltigen medizinkritischen und sozialwissenschaftlichen Forschung zu Frauenkrankheit und Frauengesundheit der letzten zwanzig Jahre, durch die deutlich geworden ist, dass Frauen systematisch "anders" erkranken als Männer und in ihrer Symptomatik von den medizinischen Systemem unterschiedlich wahrgenommen werden (ein aktueller Überblick über eine Vielzahl von Studien findet sich in Lane/ Cibula 2000 und Gottschalk-Batschkus, Schuler & Iding 1997, sowie Verbrugge 1985, Maschewsky-Schneider 1997, Verbundprojekt-Frauengesundheit in Deutschland 2001, Klinge/Bosch 2005 und die Gesundheitsberichte Stadt Wien 1999, 2006).

Die Studien lassen sich im Wesentlichen nach zwei Ansätzen unterscheiden: nach dem kulturwissenschaftliche Ansatz zur Frage, wie Kultur die Geschlechtsrollen und die Konzeption von Krankheit und Gesundheit formt, und nach dem epidemiologische Ansatz zu Gesundheitszustand, Krankheit und Sterblichkeit. Für alle Studien und Untersuchungen gilt das Caveat, die enorme Variabilität zwischen Kulturen und innerhalb von Kulturen nicht zu unterschätzen und zu beachten, dass "cross culturally and within individual cultures, tremendous variation is the norm (Lane/ Cibula 2000, 136)". Ebenso muss die Differenzierung zwischen den Begriffen *sex* als biologischer Qualität und biologischem Geschlecht und *gender* als soziokulturellem Prozess und sozialem Geschlecht genau geführt werden (Klinge/Bosch 2005), um beantworten zu können, ob Unterschiede der unterschiedlichen genetischen Ausstattung von Männern und Frauen oder soziokulturellen Unterscheiden geschuldet sind:

"Differences between women and men concerning individual health or sensitivity to drugs, or differences in encounters with the health care system can be attributed to both sex differences and differences resulting from gender (Klinge/ Bosch 2005, 384)".

Das problematische Hauptergebnis aller Studien zu Frauenkrankheit und Frauengesundheit lässt sich mit den Begriffen Medikalisierung, Psychologisierung und Trivialisierung der Krankheitssymptomen von Frauen zusammenfassen ("medicalization, psychologization and the trivialization of women's symptoms", Klinge/ Bosch 2005, 378). Die Ergebnisse und Konsequenzen dieser Studien soll im Folgenden ausgeführt werden.

² Bis zur ersten Publikation sei auf die Projektwebsite und die dort laufend ergänzten Arbeitspapiere und Berichte verwiesen (<http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Schmerzprojekt/de/berichte.htm>).

Geschlechtsabhängige Aspekte zu Gesundheitsrisiken und Krankheitsverläufen

Grundgedanke zum Unterschied zwischen Krankheit und Gesundheit von Männern und Frauen ist folgender (Berkeley 2001, Verbundprojekt Frauengesundheit 2001) ist folgender: Die Unterschiede in genetischer und physiologischer Ausstattung von Frauen und Männern ebenso wie die Unterschiede in Sozialisations- und Lebensbedingungen und Lebensverläufen bedingen relevante unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitsfaktoren, unterschiedliches Gesundheitsverhalten, unterschiedliches Risikoverhalten, unterschiedliches Krankheitsmanagement bzw. Krankheits-Rollen und unterschiedliche Wahrnehmung und Diagnostik von Krankheiten, aber auch unterschiedliche Formen der effizienten Unterstützung.

Dazu speziell ein Beispiel, das die Komplexität zwischen biologischen, finanziellen und sozialen Facetten mehr als deutlich macht: Eine vier-Länder-Studie (Ägypten, Bangladesch, Indonesien und Indien) (Fortney und Smith 1997, zit. in Lane/Cibula 2000) kam zu dem Ergebnis, dass schwangerschaftsbedingte Gesundheitsrisiken für Frauen in diesen Ländern weniger biologischen Ursprungs sind als in direktem Zusammenhang mit den inadäquaten Transportmöglichkeiten, die für Frauen zur Verfügung stehen:

"Inadequate transportation and other impediments to access to emergency services were more salient causes of maternal morbidity (and a predictor of mortality) than the oft-cited clinical diagnoses (Lane/ Cibula 2000, 137)".

Lane & Cibula ziehen daraus den Schluss, wenn Männer von schwangerschaftsbedingten Risiken betroffen wären, stünden mehr und effizientere Rettungstransporte zur Verfügung um Tragödien zu verhindern. Diese Schlussfolgerung scheint auf den ersten Blick klischeehaft, die Untersuchungen und Zahlen für die unterschiedliche Behandlung von Männern und Frauen bei Herzinfarkt in Ländern wie etwa Deutschland und Österreich (längere Einlieferungszeit und weniger aufwändige Behandlung für Frauen, daraus folgend höhere Mortalität, s. weiter unten) lassen diese Überlegungen auf den zweiten Blick doch wiederum nicht so oberflächlich erscheinen.

Neben unterschiedlichen Krankheitsrisiken aufgrund der unterschiedlichen genetischen Ausstattung und den unterschiedlichen, sozialisatorisch bedingten Lebensstilen und beruflichen und anderen Tätigkeiten, zeigt sich, dass Krankheiten geschlechtsabhängig unterschiedliche Symptome und Verläufe entwickeln: Frauen und Männer erleben Krankheiten körperlich unterschiedlich, d.h. sie entwickeln unterschiedliche Symptome, spüren Schmerzen unterschiedlich intensiv und sind für ganz unterschiedliche Risiken für ähnliche oder gleiche Erkrankungen verantwortlich (für einen Überblick siehe Legato 2002, sowie Maschewsky-Schneider 1997). Dabei zeigt sich in allen Untersuchungen, dass Frauen Krankheiten körperlich anders erleben als Männer, d.h. andere Symptome entwickeln, Schmerzen intensiver spüren und häufiger unter "übertragenen Schmerzen" leiden, also unter Schmerzen in einem vom eigentlichen Organ entfernten Körperbereich (Legato 2002).

Besonders gut beforscht ist hier z.B. der Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, da sich gezeigt hat, dass die klassischen Risikofaktoren wie Stress und hoher Blutdruck Risikofaktoren einer "männlichen Lebenswelt" sind, dass der Herzinfarkt aber keine typisch männliche Erkrankung ist, sondern Frauen anderen, z.B. hormonellen Risikofaktoren ausgesetzt sind und

ihn lediglich in späteren Jahren und mit anderen Symptomatiken erleiden. Dieser Komplex von physiologischen, psychologischen und soziokulturell bedingten Unterschieden kann den in der Kardiologie inzwischen bekannten Befund erklären, dass Herzinfarkte bei Frauen häufig nicht oder fehldiagnostiziert werden und eine schlechtere, weniger rasche und energische Behandlung erfahren als bei Männern (vgl. ausführlich Ayanian & Epstein 1991, Hochleitner 1996, 1999, Maschewsky-Schneider 1997, Vollmer 1998).

Geschlechtsabhängiges Krankheits- und Gesundheitsmanagement

Frauen und Männer zeigen unterschiedliches "Krankheits- und Gesundheitshandeln" (Faltermeier et al. 1998), also unterschiedliche Umgangsformen mit Krankheit und Gesundheit. Gesundheitshandeln bedeutet Handeln, das sich direkt und indirekt auf die eigene Gesundheit bezieht, also der Umgang mit Körper, Beschwerden und Krankheiten, der Umgang mit Belastungen und Risiken und Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsorientierung allgemein. In Analogie dazu könnte man Krankheitshandeln als Umgang mit einer Erkrankung, Wahrnehmung und Bewertung der Erkrankung und Setzen von entsprechenden Handlungen (aktive Krankheitsbewältigung, Informationssuche vs. passive Krankheitsbewältigung, also Schicksalsergebenheit, Delegation) beschreiben.

Es zeigt sich, dass Frauen sensibler auf körperliche und psychische Beeinträchtigungen reagieren, eher an der Erhaltung ihrer Gesundheit interessiert sind, aber die eigene Erkrankungen weniger wichtig nehmen, auch in Bezug auf aktive Informationssuche etc. Männer sind eher an einer "Schadensbehebung" interessiert (Faltermeier et al. 1998). Frauen und Männer verfolgen auch unterschiedliche Gesundheitskonzepte: Männer beschreiben ihre Gesundheit eher über Aspekte wie "Abwesenheit von Krankheit" und "Leistungsfähigkeit". Frauen scheinen differenziertere und komplexere Gesundheitskonzepte zu verfolgen, zentral sind zB die Kategorie "Wohlbefinden", also die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt und einzelnen Lebensbereichen und die Kategorie "Körpererleben", also z.B. keine Schmerzen und Behinderungen zu haben (Helfferich 1993). Dies interagiert allerdings mit den Faktoren Alter und Sozialstatus: Personen mit höherem Sozialstatus scheinen stärker auf ihren Körper zu achten und Beschwerden eher zu verbalisieren und sind mit ihrer Gesundheit zufriedener, mit zunehmendem Alter gerät der Faktor der Leistungsfähigkeit gegenüber der Fitness bzw. Stärke ins Zentrum der Aufmerksamkeit und die Zufriedenheit mit der Gesundheit nimmt ab.

Interessant ist festzuhalten, dass nach Faltermeier (1994) das männliche Gesundheitskonzept "Abwesenheit von Krankheit und Störungen" dem organisch-medizinisch ausgeprägten Gesundheitsbewusstsein zugeordnet wird, das häufig mit einem Verständnis von Krankheit und Gesundheit als "schicksalhafter Prozess" einhergeht. Das weibliche Gesundheitskonzept "Wohlbefinden" wird dem psychologischen Gesundheitsbewusstsein zugerechnet.

- Männer beschreiben ihre Gesundheit eher über Aspekte wie "Abwesenheit von schwerer Krankheit" und "Leistungsfähigkeit"; dies wird einem organisch-medizinisch ausgeprägten Gesundheitsbewusstsein zugeordnet.

- Frauen beschreiben ihre Gesundheit eher über umfassende Aspekte wie "Wohlbefinden" und "positives Körpererleben"; dies wird einem psychologischen Gesundheitsbewusstsein zugeordnet.
- Frauen schätzen ihren Gesundheitszustand häufig schlechter ein als Männer. Gründe dafür sind unterschiedliche biologische und psychosoziale Risiken und die erhöhte Bereitschaft, über Krankheiten zu berichten – auch über leichter oder Befindlichkeitsstörungen; dies kann das Vorurteil fördern, Krankheitsdarstellungen von Frauen seien nicht so ernst zu nehmen wie die von Männern.

Geschlechtsabhängige Unterschiede in der klinischen Forschung

Klinische Testreihen von Medikamenten und Heilverfahren wurden bis vor kurzer Zeit vor allem oft ausschließlich an männlichen Probanden vorgenommen, um "Störvariablen" wie weibliche Zyklusschwankungen oder einen möglichen Eintritt einer Schwangerschaft im Studienverlauf auszuschließen.

Mittlerweile nimmt die klinische Forschung mit immer größerer Aufmerksamkeit zur Kenntnis, dass es grundlegende physiologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt: so verarbeitet der weibliche Organismus Medikamente hormonbedingt und physiologisch anders als der männliche, Frauen haben eine geringere Verdauungsgeschwindigkeit und anderen Fettstoffwechsel durch physiologisch höhere Fett- statt Muskelmasse, v.a. fettlösliche Medikamente verbleiben länger im weiblichen Organismus (Schmerzmittel, Schlaftabletten), d.h. sie passieren Magen und Darm wesentlich langsamer, sie werden in der Leber langsamer abgebaut und stärker im Fettgewebe gespeichert, sie "wirken" langsamer und länger und sie erzeugen stärkere Nebenwirkungen (z.B. Müdigkeit bei Beruhigungsmitteln) (vgl. Minker 1997, Legato 1997, 2002).

Entsprechende weiterführende Studien des Office of Research on Women's Health des US National Institutes of Health konnten zeigen, dass unter Einbeziehung von weiblichen Probandinnen in die klinischen Studien die "traditionellen" Testergebnisse nicht erzielt werden, und dies bedeutet in einem weiteren Schritt, dass "the drugs thus developed did not promote women's health because either no effects or different, sometimes harmful effects were reported (Klinge/Bosch 2005, 379)". So kommt es z.B. bei bestimmten kardiovaskulären Erkrankungen bei der Gabe von Betablockern bei Frauen häufig zu Überdosierungen, da die Dosierungsempfehlungen für einen "jungen, gesunden Mann mit 70kg Körpergewicht" gelten, Frauen sozusagen als "kleinwüchsiger Mann" (Legato 1997) klassifiziert werden. Dies führt zu der paradoxen Situation, dass die Dosierung von Psychopharmaka und Schmerzmitteln an männlichen Probanden erprobt wird, sie in der Praxis doppelt so häufig an Frauen verschrieben werden.

Geschlechtsabhängige Unterschiede bei der Krankheitszuschreibung

In den schon genannten Studien zeigen sich stets Aspekte von unterschiedlichen, soziokulturell gefärbten Wahrnehmung und Behandlung von Männern und Frauen bzw. deren Krankheitssymptomen durch Professionelle, also ÄrztInnen und Pflegepersonal.

Die psychosomatische Frauenforschung (Minker 1997) konnte zeigen, dass Frauen nach wie vor doppelt so viele Psychopharmaka verschrieben bekommen wie Männer, was soziokulturell geprägte Hintergründe nahe legt: Leiden von Frauen werden von ÄrztInnen eher als Ausdruck emotionaler Labilität denn als Ausdruck einer schweren Erkrankung oder eines relevanten physiologischen Geschehens diagnostiziert (Ussher 1989). Ebenso zeigt sich eine geschlechtsabhängige Verteilung bzw. Zuordnung von Krankheiten und Beschwerden: Kopfweg und Migräne, Magenschmerzen, Blutdruckschwankungen und Depressivität gelten als typische "Frauenleiden nach altbekanntem Schwächemuster", die sowohl entsprechend häufig in weiblichen Beschwerdeschilderungen vorkommen wie bei Frauen diagnostiziert werden (Maschewsky-Schneider 1996, Kolip 2000). Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen wie Schlaganfall und Herzinfarkt werden, entsprechend dem "männlichen Stärkemuster" traditionell eher Männern zugeschrieben (Sabo & Gordon 1995). Die Konsequenzen sind, dass Frauen sich doppelt so oft in medizinische Behandlung begeben müssen, bis ihre Symptome ernst genommen werden. Paradoxe Weise kann es genau dadurch bei der Verarbeitung der Diagnose zu einem Entlastungseffekt kommen, also endlich überhaupt eine Diagnose zu erhalten (Charmaz 1995).

Diese komplexen soziokulturellen Aspekte können die häufigere Verschreibung von Psychopharmaka an Frauen bei unspezifischen Befindlichkeitsstörungen erklären helfen: Frauen stellen Befindlichkeitsstörungen an einem frühen Zeitpunkt dar, aber ihre zu dem Zeitpunkt noch "leichten" Leiden werden als emotionale Labilität gedeutet; dazu kommt, dass Frauen aufgrund entsprechender weiblicher Sozialisation ihre körperlichen Beschwerden bagatellisieren.

In einigen Studien führen diese Überlegungen zu begründeten Zweifeln an der Valenz von bisherigen Untersuchungsdaten, verdeutlicht an den Bereichen Depression und Selbstmordrate. Die bekannten Untersuchungen sprechen von einer 2:1 höheren Rate an Depression bei Frauen und einer 4:1 höheren Rate an Selbstmordversuchen bei Frauen gegenüber einer 3:1 höheren Rate an Selbstmorden bei Männern. Wie sind diese Ergebnisse nun unter einem differenzierten Blickwinkel zu deuten?

Depression wird bei Männern sehr spät oder gar nicht diagnostiziert. Gründe dafür sind, dass sich verminderte Leistungsfähigkeit und steigende Empfindsamkeit besonders schlecht mit traditionellen männlichen Rollenzuschreibungen vertragen und entsprechende Symptome von Männern so lange es geht eher verleugnet als kommuniziert werden, und dass Männer symptomorientierte gegenüber problemorientierten Darstellungen präferieren. Verstärkt wird dies durch die geschlechtsspezifische Symptomwahrnehmung durch medizinische ExpertInnen: Depression und depressive Störungen gelten als typische "Frauenkrankheit" nach dem traditionell weiblichen Schwächemuster, entsprechende Symptome wie Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und Schlafstörungen werden im Rahmen von ärztlichen Konsultationen bei Frauen eher diagnostiziert als bei Männern (Klinge/Bosch 2005). Mittlerweile ist allerdings

bekannt, dass sich Depression bei Männern in "typisch männlichem Verhalten" wie Aggressivität, Gewalt gegen andere und riskantem Verhalten (Straßenverkehr, Sport) äußern kann, in dieser Form üblicherweise aber nicht angemessen diagnostiziert werden. Die rasche und erhöhte Zuschreibung von depressiven Zuständen bei Frauen wird wiederum durch das Faktum verstärkt, dass Frauen früher bereit sind, ihren Zustand öffentlich zu machen und eher bereit sind, deutlich problemorientierte Befindensdarstellungen zu liefern. Diese Aspekte vermögen die 2:1 Zuschreibungs-Rate erklären.

Ähnlich komplexe Zusammenhänge lassen sich auch für die unterschiedlichen Selbstmordraten bei Männern und Frauen belegen: Die Selbstmordrate bei Männern gilt üblicherweise als drei mal so hoch wie bei Frauen, Selbstmordversuche bei Frauen hingegen 3-4 Mal höher als bei Männern (siehe Männergesundheitsbericht 1999 für Österreich, Canetto 1995 für USA). Der Grund dafür liegt darin, dass im soziokulturellen Kontext männlicher Sozialisation das Überleben eines Selbstmordversuches "unmännlich" ist – sowohl für die Betroffenen wie für die anderen Mitglieder der Kultur. Dies kann bedeuten, dass die kolportierten Zahlen schlichtweg falsch sind, weil etwa ein typisches "nonfatal suicidal behavior" wie Alkohol- oder Drogenüberdosierung bei einer männlichen Person von den behandelnden ÄrztInnen nicht als Selbstmordversuch wahrgenommen und klassifiziert wird, zumal der "typisch männliche" Selbstmord durch Erhängen, Erschießen oder eine Form der massiven Selbstverletzung erfolgt (Canetto 1995). Der "typisch weibliche" Selbstmord erfolgt durch Überdosierung von psychotropen Substanzen – die sie, wie schon erwähnt, von ÄrztInnen auch häufiger verschrieben bekommen, um den Kreis zu schließen.

Geschlechtsabhängige Unterschiede bei der Behandlung und Diagnose von Krankheit

Interessant und bedeutsam ist, dass sich die unterschiedlichen Lebensbedingungen von Männern und Frauen ebenso wie die beschriebenen kulturellen Prägungen, denen ÄrztInnen wie PatientInnen durch ihre Sozialisation ja unterworfen sind, auch auf die reale und alltägliche ärztliche Behandlung und Wahrnehmung von Patienten und Patientinnen auswirken. Dies sei am Beispiel der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Herzinfarkt dargestellt (Legato 1997, 2002):

- Frauen werden im Durchschnitt später in ein Krankenhaus eingeliefert als Männer ("prä-hospitale Verzögerungszeit") und erfahren dort seitens der ÄrztInnen eine weniger energische Behandlung
- die unspezifische Beschwerdesymptomatik bei Frauen verlängert die Entscheidungszeiten für die Kontaktierung von ÄrztInnen
- der Familienstand, d.h. Frauen werden im Schnitt älter als Männer und sind im höheren Alter überproportional häufiger allein stehend
- die traditionelle Klassifikation des Herzinfarkts als "Männerkrankheit" – von Betroffenen und Angehörigen wie von Professionellen
- die Symptombeschreibung und klinische Differenzialdiagnose der koronaren Herzkrankheit wurde vorwiegend an männlichen Patienten entwickelt

- "typische" Beschwerden sind brennender Druckschmerz, enormer Druck in der Brustmitte, Schmerzausstrahlung in den linken Arm, Kiefer, Nacken
- die Symptome bei Frauen sind häufig "untypisch" als Schmerzen im Oberbauch, Schweißausbrüchen und extremer Kurzatmigkeit, diffuse Schmerzen
- bei Frauen werden die Beschwerden als Panikattacken, Depression oder psychosomatische Befindlichkeitsstörungen diagnostiziert
- Frauen werden häufiger konservativ (Medikamente) als invasiv (Herzkathederuntersuchung) behandelt
- Frauen werden weniger oft zur Rehabilitation geschickt, obgleich sie die dortigen Angebote intensiver nützen
- Frauen sterben häufiger an Herzinfarkt als Männer

Geschlechtsabhängige Unterschiede bei der Krankheitsdarstellung

In unseren linguistisch-kardiologischen Studien zur Beschreibung von akutem Brustschmerz (Menz et al. 2002, Vodupituz et al. 2002, Menz & Lalouschek 2005) zeigten sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede in der Darstellung von Krankheiten und Symptomen im ärztlichen Gespräch: Frauen stufen in der Darstellung ihre Schmerzen herab, d.h. sie schwächen sie ab und thematisieren eher das psychosoziale Umfeld. Männer stufen ihre Schmerzen hoch, d.h. sie nehmen ernst und zeigen sich informiert und interessiert. Frauen verhalten sich in der Interaktion eher als Schmerz ertragend, d.h. sie zeigen sich passiv in Bezug auf die Schmerzen und die Delegation der Behandlung an die Institution Krankenhaus. Männer stellen sich in der Interaktion eher als Schmerz bewältigend dar, also aktiv in Bezug auf die Therapie und die Ursachenerforschung. Männer zeigen stärker als Frauen den Wunsch nach Klärung der Ursachen. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede fanden sich auch in der Konkretheit oder Diffusität der Schmerzdarstellung. Männer beschreiben ihre Schmerzen konkret bis sehr konkret, d.h. sie verweilen lange bei der symptomatischen Schmerzbeschreibung, Frauen hingegen bevorzugen die Darstellung des Schmerzerlebens.

Die Konsequenzen dieser Unterschiede sind: Ärzte benötigen und fordern eine symptomatische Schmerzbeschreibung, also die möglichst exakte Darstellung von Lokalisation, Intensität und Dauer bzw. Häufigkeit des Brustschmerzereignisses. Das sprachliche Handeln der Männer erfüllt diese Erwartungen in weit höherem Ausmaß als dasjenige der Frauen. Patienten, die von sich aus die Relevanzsetzung „Ursachenklärung“ verfolgen und vorwiegend symptomatische Schmerzbeschreibungen produzieren, werden von der Ärzteseite als präziser, informativer und kooperativer wahrgenommen. Da der überwiegende Teil der Kardiologen nach wie vor männlichen Geschlechts ist und die Symptombeschreibung und klinische Differentialdiagnose der koronaren Herzkrankheit vorwiegend an männlichen Patienten entwickelt wurde, ist dieser Bias möglicherweise systemimmanent.

5 AUSBLICK

Die Erfahrung von Schmerz stellt sich als ein gleichermaßen subjektives wie kulturell bedingtes Geschehen dar, das auf unterschiedlichen analytischen Ebenen wirksam wird und dort untersucht werden muss und kann (McElroy/Jezweski 2000, 191): Auf der individuellen Ebene (*the individual level*) der persönlichen Identität und biogenetischer und ontogenetischer Spuren, auf der mikroulturellen Ebene (*the microcultural level*) der interpersonalen Rollen und Interaktionen, der Traditionen, und der makroulturellen Ebene (*the macrocultural*) der kulturellen und transkulturellen Systeme.

LITERATUR

- Adler, R. Anamneseerhebung. In: Uexküll. Psychosomatische Medizin. Adler, R. et al. (Hrsg.). Urban & Schwarzenberg, München, 212-220 (1990)
- Anderson, B./Funell, M.M. 2005. The Art of Empowerment: Stories and Strategies for Diabetes Educators with CD-ROM. 2. Aufl. American Diabetes Association: U.S.
- Antonovsky, A. 1987. Unraveling the Mystery of Health. Jossey-Bass: San Francisco.
- Ayanian J.Z./Epstein A.M. 1991.: Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. N Engl J Med 1991; 325: 221-225.
- Balint, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett-Cotta, Stuttgart, 1964
- Baskin, S.M./Lipchik, G.L./Smitherman, T.A. 2006. Mood and anxiety disorders in chronic headache. In: Headache. 2006. Oct;46. Suppl 3, 76-87.
- Bendelow, Gillian A./Williams, Simon J. 1998. Natural for woman, abnormal for men. Beliefs about pain and gender. In: Nettleton, Sahrah & Watson, Jonathan (eds.) 1998. The Body in Everyday Life. Routledge: London. 199-217.
- Berkeley, K. 2001. Sex differences in pain. Behavioral and Brain Sciences 35. 1-46.
- Bertelsmann Stiftung und Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (Hrsg.) 2005. Shared Decision-Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen. Bertelsmann: Gütersloh.
- Beyeler, K./Adler, R./Hürny, C. 1991. Die IASP-Klassifikation für Schmerzen und das bio-psycho-soziale Modell der Medizin. European Journal of Pain 1991, 12. 54-57.
- Binder-Fritz, Christine 2003. Gender, Körper und Kultur. Ethnomedizinische Perspektiven auf Gesundheit von Frauen. In: Lux, Thomas (Hg.) 2003. Kulturelle Dimensionen der Medizin. Reimer Verlag: Wien. 89-123.
- Bräutigam, W., Christian, P., von Rad, M. 1997. Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch. 6. unver. Aufl. Thieme: Stuttgart.
- Brennan, T. et al. 2002. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine. Annals of Internal Medicine 2002, 136(3), 243-246.
- Breslau, N./Davis, G.C. 1992. Migraine, major depression and panic disorder: a prospective epidemiologic study of young adults. In: Cephalalgia 1992. 12, 85-90.
- Canetto, Silvia S. 1995. Men Who Survive a Suicidal Act. Successful Coping or Failed Masculinity? In: Sabo, Donald & Gordon, David F. (eds.) 1995. Men's Health and Illness. Sage: London. 292-304.
- Cerbo, R./Prudenzado, M./Barbanti, P. et al. 2000. The importance of anxiety and depression as factors in chronicization of primary headaches. In: Journal of Headache and Pain 1b(suppl 1), 45-48.
- Charles, C./Gafni, A./Whelan, T. 1997. Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). In: Social Science & Medicine 1997 (44), 681-92.
- Charmaz, K. 1995. Identity Dilemmas of Chronically Ill Men. In: Sabo, Donald & Gordon, David F. (eds.) 1995. Men's Health and Illness. Sage: London. 266-291.
- Charmaz, K. 2000. Experiencing Chronic Illness. In: Albrecht, Gary, Fitzpatrick, Ray & Scrimshaw Susan (eds.). 2000. Handbook of Social Studies in Health and Medicine. Sage: London. 277-293.
- Cicourel, A. 1985. Doctor-Patient-Discourse. In: T.v.Dijk (ed.) Handbook of Discourse Analysis. vol 4(1985). Academic Press: London. 193-202.

- Cicourel, A. 1995. Medical Speech Events as Resources for Inferring Differences in Expert-Novice Diagnostic Reasoning. In: Quasthoff, Uta M. (ed.) *Aspects of Oral Communication*. de Gruyter: Berlin/NY.
- Conrad, P. 1987. The experience of illness: recent and new directions. In: Roth, J.A. & Conrad, P.C. (eds.) 1987: *research in the sociology of health care: The experience and management of chronic illness*. 1-31. JAI: Greenwich, CT.
- DelVecchio Good, Mary-Jo 1992. Work as a Haven from Pain. In: DelVecchio Good, Mary-Jo et al. (eds.) 1992. *Pain as Human Experience*. University of California Press: Berkeley. 49-76.
- DelVecchio Good, Mary-Jo/Brodwin, Paul E./Good, Byron J./Kleinman, Arthur (eds.) 1992. *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*. University of California Press: Berkeley.
- Egle, U.T. 2003a. Historische Entwicklung des Schmerzverständnisses. In: Egle, U.T. et al. (Hrsg.) 2003. *Handbuch Chronischer Schmerz*. Schattauer: Stuttgart. 11-16.
- Egle, U.T. 2003b. Psychosozialer Stress und Schmerz. In: Egle, U.T. et al. (Hrsg.) 2003. *Handbuch Chronischer Schmerz*. Schattauer: Stuttgart. 69-76.
- Egle, U.T./Hoffmann, S.O. 2003. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell. In: Egle, U.T. et al. (Hrsg.) 2003. *Handbuch Chronischer Schmerz*. Schattauer: Stuttgart. 1-9.
- Egle, U.T./Hoffmann, S.O./Lehmann, K.A./Nix, W.A. (Hrsg.) 2003. *Handbuch Chronischer Schmerz. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie aus bio-psycho-sozialer Sicht*. Schattauer: Stuttgart.
- Elwyn, G. 2001. *Shared decision making: patient involvement in clinical practice*. Diss: Univ.Nijmegen.
- Engel, J./Hoffmann, S.O. 2003. Transkulturelle Aspekte des Schmerzerlebens. In: Egle, U.T. et al. (Hrsg.) 2003. *Handbuch Chronischer Schmerz*. Schattauer: Stuttgart. 17-25.
- Faltermaier, Toni et al. 1998. *Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz im Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*. Juventa: Weinheim.
- Feinstein, A.R. 1970. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. In: *Journal of Chronic Diseases*. Volume 23, Issue 7, December 1970, 455-468.
- Gabe, Jonathan/Bury, Mike/Elston Mary Ann 2004. *Key Concepts in Medical Sociology*. Sage: London.
- Garrett, C. 1998. *Beyond Anorexia. Narrative, Spirituality and Recovery*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Garro, L. 1992. Chronic Illness and the Construction of Narratives. In: DelVecchio Good, Mary-Jo et al. (eds.) 1992. *Pain as Human Experience*. University of California Press: Berkeley. 100-137.
- Gentili, C./Panicucci, P./Guazzelli, M. 2005. Psychiatric comorbidity and chronicisation in primary headache. In: *J Headache Pain*. 2005 Sep. 6(4), 338-40.
- Good, B. 1992. A Body in Pain – The Making of a World of Chronic Pain. In: DelVecchio Good, Mary-Jo et al. (eds.) 1992. *Pain as Human Experience*. University of California Press: Berkeley. 29-48.
- Gordon, R.A. 2000. *Eating Disorders. Anatomy of a Social Epidemic*. Blackwell: Oxford.
- Gottschalk-Batschkus, Christa/Schuler, Judith/Iding, Doris (Hrsg.) 1997. *Frauen und Gesundheit. Ethnomedizinische Perspektiven*. Verlag für Wissenschaft und Bildung: Berlin.
- Gries, Marie-Luise 2002. Macht Migration krank? In: *Gesundheit interkulturell* 2002/1.
- Hamelsky, S.W./Lipton, R.B. 2006. Psychiatric comorbidity of migraine. In: *Headache*. 2006 Oct. 46(9), 1327-33.
- Härter, M./Loh, A./Spies, C. (Hrsg.) 2005. *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Deutscher Ärzteverlag: Köln.
- Hartmann, F. 1993. Chronisch krank oder bedingt gesund? In: Hammer, C./ Schubert, V. (Hrsg.) 1993. *Chronische Erkrankungen und ihre Bewältigung*. Schulz: Starnberg. 35-68.
- Haskett, T. 2006. Chronic Illness Management: Changing the System. In: *Home Health Care Management Practice* 2006, 18, 492-494.

- Heim, E., Willi, J.: Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht. Bd. 2. Springer Verlag, Berlin, 1986
- Helfferich, C. 1993. Das unterschiedliche "Schweigen der Organe" bei Frauen und Männern – subjektive gesundheitskonzepte und "objektive Gesundheitsdefinitionen". In: Franke, A./ Broda, M. (Hrsg.). Psychosomatische Gesundheit. Versuch und Abkehr vom Pathogenesekonzept. Dgvt-Verlag: Tübingen. 35-65.
- Helgeson, V. 1995. Masculinity, Men's Roles, and Coronary Heart Disease. In: Sabo, Donald/Gordon, David F. (eds.) 1995. Men's Health and Illness. Sage: London. 68-104.
- Helman, Cecil 1994. Culture, Health, and Illness: an introduction for health professionals. John Wright: Bristol.
- Helmich, P. et. al.: Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung. Springer Verlag, Berlin, 1991
- Hochleitner M. 1996. Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der kardiologischen Versorgung in Tirol. J Kardiol 1996; 6:406-408.
- Hochleitner, M. 1999. Schlagen Frauenherzen anders? Herzerkrankungen und Geschlecht am Beispiel Tirol. In: Groth, S. & Rásky, E. (Hrsg.) 1999. Frauengesundheiten. Studienverlag: Innsbruck.
- Hoffmann, S.O. 2003a. Diagnostische Klassifikationen bei Schmerz. In: Egle, U.T. et al. (Hrsg.) 2003. Handbuch Chronischer Schmerz. Schattauer: Stuttgart. 181-192.
- Hoffmann, S.O. 2003b. Psychodynamisches Verständnis von Schmerz. In: Egle, U.T. et al. (Hrsg.) 2003. Handbuch Chronischer Schmerz. Schattauer: Stuttgart. 77-95.
- Hoffmann, S.O./Egle, U.T. 2003. Klinisches Bild des Schmerzkranken. In: Egle, U.T. et al. (Hrsg.) 2003. Handbuch Chronischer Schmerz. Schattauer: Stuttgart. 118-125.
- Honkasalo, Marja-Liisa 1998. Space and Embodied Experience: Rethinking the Body in Pain. Body & Society, vol. 4/2 (1998). 35-58.
- Hörbst, V. 1996. Krankheit und Kranksein im Kulturvergleich: Kulturgebundene Syndrome. In: Wolf, A./Stürzer, M. (Hg.) 1996. Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Ein Sammelband zur Medizinethnologie. VWB: Berlin. 11-21.
- Hydén, L./Sachs, L. 1998. Suffering, hope and diagnosis: on the negotiation of CFS. In: Health vol 2(2). 175-193.
- Jackson, Jean E. 1992. "After a While No One Believes You": Real and Unreal Pain. In: DelVecchio Good, Mary-Jo et al. (eds.) 1992. Pain as Human Experience. University of California Press: Berkeley. 138-168.
- Kappis, B./Egle, UT. 2003. Chronischer Schmerz und Persönlichkeit. In: Egle, U.T./Hoffmann, S.O./Lehmann, K.A./Nix, W.A. 2003. Handbuch Chronischer Schmerz. Schattauer: Stuttgart. 126-139.
- Kathan, B.: Das Elend der ärztlichen Kunst. Eine andere Geschichte der Medizin. Döcker Verlag, Wien, 2000
- Kleinman, A. 1988. The Illness Narratives. Suffering, Healing/the Human Condition. Basic Books: New York.
- Kleinman, Arthur/Brodwin, Paul E./Good, Byron J./DelVecchio Good, Mary-Jo 1992. Pain as Human Experience: An Introduction. In: DelVecchio Good, Mary-Jo et al. (eds.) 1992. Pain as Human Experience. University of California Press: Berkeley. 1-28.
- Klinge, Ineke/Bosch, Mineke. 2005. Transforming Research Methodologies in EU Life Sciences and Biomedicine. Gender-Sensitive Ways of Doing Research. European Journal of Women's Studies. Vol. 12(3), 377-395.
- Klinger, R. et al. 2000. Die Multiaxiale Schmerzklassifikation MASK. Bd. 1: Psychosoziale Dimension – MASK-P. Deutscher Schmerzverlag: Hamburg.
- Kolip, Petra (Hrsg.) 2000. Weiblichkeit ist keine Krankheit. Juventa: Weinheim.

- Kütemeyer, M. 1998. Der Körper als Kompass in der stationären Psychotherapie. In: Vandieken, R., Häckl, E./Matte D. (Hg.) Was tut sich in der stationären Psychotherapie? Standort und Entwicklung. Gießen. 308-324.
- Lake, A.E./Rains, J.C./Penzien, D.B./Lipchik, G.L. 2005. Headache and psychiatric comorbidity: historical context, clinical implications, and research relevance. In: *Headache*. 2005; 45(5), 493-506.
- Lalouschek, J. 2002c Nimmermüde – immer müde. Zur soziokulturellen Symbolik und medialen Präsentation des Chronischen Erschöpfungssyndroms. In: Brünner G & Gülich E (Hrsg) 2002. Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Aisthesis-Verlag: Bielefeld, 209-234.
- Lalouschek, J. 2002a. Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Neuauflage. Online-Verlag für Gesprächsforschung: Radolfzell. (free-download unter www.verlag-gespraechsforschung.de)
- Lalouschek, J. 2002b. Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In: Brünner G, Fiehler R & Kindt W (Hrsg) 2002. Angewandte Diskursforschung: Grundlagen und Beispiele. Band 1. Online-Verlag für Gesprächsforschung: Radolfzell (free-download unter www.verlag-gespraechsforschung.de), 155-173.
- Lalouschek, J. 2005a. Inszenierte Medizin: Ärztliche Kommunikation und Krankheitsdarstellungen in Medizin-Sendungen und Talkshows. Online-Verlag für Gesprächsforschung: Radolfzell/download unter www.verlag-gespraechsforschung.de.
- Lalouschek, J. 2005b. Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung – am Beispiel der psychosomatischen Anamnese. In: Neises, M., Dietz, S. & Spranz-Fogasy, T. (Hrsg). Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart. 48-72.
- Lalouschek, J. 2007. Ärztliche Gesprächspläne und Anliegen von PatientInnen. Arbeitspapier zum Forschungsprojekt "Schmerzdarstellung und Krankheitserzählung" <http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Schmerzprojekt/berichte.htm>.
- Lane, Sandra D./Cibula, Donald A. 2000. Gender and Health. In: Albrecht, Gary, Fitzpatrick, Ray & Scrimshaw Susan (eds.). 2000. Handbook of Social Studies in Health and Medicine. Sage: London. 136-153.
- Lanteri-Minet, M., Radat, F., Chautard, M.H. & Lucas, C. 2005. Anxiety and depression associated with migraine: influence on migraine subjects' disability and quality of life, and acute migraine management. In: *Pain*. 2005 Dec 5. 118(3), 319-26.
- Legato, M. 1997. Frauenmedizin: Frauenkörper funktionieren anders. In: *psychologie heute compact* 1997/1. 56-59.
- Legato, M. 2002. Evas Rippe. Die Entdeckung der weiblichen Medizin. Kiepenheuer & Witsch: Köln.
- Lenzen, D. 1993. Krankheit als Erfindung. Medizinische Eingriffe in die Kultur. Fischer: Frankfurt/M.
- Lieb, H./ Pein, A. 1996. Der kranke Gesunde. Trias: Stuttgart.
- Lock, M. 1993. Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America. Univ. Press California: Berkeley.
- Löning, P. 1994. Versprachlichung von Wissensstrukturen bei Patienten. In: Reddeer, A./ Wiese, I. (Hrsg.) 1994. Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Westdeutscher Verlag: Opladen. 97-114.
- Lux, T. (Hg.) 2003. Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – medical anthropology. Reimer: Berlin.
- Martin, E. 1987. The Woman in the Body. Open University Press: Milton Keynes.
- Maschewsky-Schneider, U. (Hrsg.) 1996. Frauen – das kranke Geschlecht? Mythos und Wirklichkeit. Leske+Budrich: Opladen.
- Maschewsky-Schneider, U. 1997. Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland. Juventa: Weinheim.

- May, C., Allison, G., Chapple, A., Chew-Graham, C., Dixon, C., & Gask, L. et al. 2004. Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: A comparative study of general practitioners' accounts. *Sociology of Health and Illness*, 2004, 26, 2, Mar, 26(2), 135-158.
- McElroy, A./Jezewski, M.A. 2000. Cultural Variation in the Experience of Health and Illness. In: Albrecht, G., Fitzpatrick, R. & Scrimshaw S. (eds.). 2000. *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. Sage: London. 190-209.
- McWilliams, L.A./Goodwin, R.D./Cox, B.J. 2004. Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. In: *Pain*. 2004; 111, 77-83.
- Menz, F. 1991. *Der geheime Dialog. Institutionalisierte Verschleierungen in der Arzt-Patient-Kommunikation*. Peter Lang: Bern.
- Menz F./Lalouschek J. 2005. Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von akutem Thoraxschmerz. In: In: Neises, M., Dietz, S. & Spranz-Fogasy, T. (Hrsg). *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart.
- Menz, F./Lalouschek, J./Stöllberger, C./Vodopiutz, J. 2002. Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von akutem Brustschmerz: Ergebnisse einer linguistisch-kardiologischen Studie. In: *Linguistische Berichte* 191/2002.
- Milzner, Georg 1999. *Schmerz und Trance. Die Hypnotherapie von Schmerzsyndromen. Bd 1: Theorie und Transfer*. Carl-Auer-Systeme Verlag: Heidelberg.
- Minker, Margaret 1997. *Mit Leib und Seele gesund: Psychosomatik für Frauen*. dtv: München.
- Mishler, Elliot G. 1984. *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Ablex Publ.: Norwood.
- Morris, David B. 2000. *Krankheit und Kultur. Plädoyer für ein neues Körperverständnis*. Kunstmann: München.
- Morris, David. B. 1994. *Geschichte des Schmerzes*. Insel Verlag: FaM.
- Müller, K. et al. 2004. The process of shared decision making in chronic pain patients. evaluation and modification of treatment decisions. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 98(2), 95-100.
- Nettleton, Sahrah/Watson, Jonathan (eds.) 1998. *The Body in Everyday Life*. Routledge: London.
- Payer, L. 1988. *Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande*. Campus: Frankfurt a. M.
- Pfleiderer, B., Greifeld, K., Bichmann, W. 1995. *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Reimer Verlag: Berlin.
- Pschyrembel – *Klinisches Wörterbuch* 1994. 257. neu bearb. Auflage. de Gruyter: Berlin.
- Rehbein, J. 1986. Institutioneller Ablauf und interkulturelle Mißverständnisse in der Allgemeinpraxis. *Diskursanalytische Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation*. In: *Curare* 9/86. 297-328.
- Sabo, Donald/Gordon, David F. 1995. *Rethinking Men's Health and Illness*. In: Sabo, Donald/Gordon, David F. (eds.) 1995. *Men's Health and Illness*. Sage: London. 1-21.
- Sabo, Donald/Gordon, David F. (eds.) 1995. *Men's Health and Illness. Gender, Power and the Body*. Sage: London.
- Sator, M. (im Ersch.) *Schmerzdifferenzierungen*. In: Lalouschek, J./Menz, F./ Sator, M./ Wetschanow, K. *Schmerzdarstellung und Krankheitserzählungen (Arbeitstitel)*. Universitätsverlag Rhein-Ruhr: Duisburg.
- Scheibler, F. 2006. *Shared Decision-Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung*. Hans Huber: Bern.
- Scheibler, F./Pfaff, H. (Hrsg.) 2003. *Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*. Juventa: Weinheim.
- Scher, A.I./Bigal, M.E./Lipton, R.B. 2005. Comorbidity of migraine. In: *Curr Opin Neurol*. 2005 Jun;18(3), 305-10.
- Schwab, R. 2003. Diagnostik aus der Sicht des Schmerztherapeuten. In: Egle, U.T. et al. (Hrsg.) 2003. *Handbuch Chronischer Schmerz*. Schattauer: Stuttgart. 214-221.

- Schweickhardt, A./Fritzsche, K. 2007. Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Deutscher Ärzteverlag: Köln.
- Shorter, E. 1992. From Paralysis to Fatigue. A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era. The Free Press: N.Y.
- Shorter, E. 1994. Von der Seele in den Körper. Die kulturellen Ursprünge psychosomatischer Krankheiten. Hamburg.
- Showalter, E. 1997. Hystorien. Hysterische Epidemien im Zeitalter der Medien. Berlin Verlag: Berlin.
- Stadt Wien (Hrsg.). 1999. Männergesundheitsbericht 1999. Autorinnen: Schmeiser-Rieder, A./ Kiefer, I. Wien.
- Stadt Wien (Hrsg.). 2004. Chronische Erkrankungen in Wien 2004. Autorinnen: Urbas, E./ Klimont, J./ Bachinger, E. Wien.
- Stadt Wien (Hrsg.). 2006. Wiener Frauengesundheitsbericht 2006. Autorinnen: baldaszi, E./ urbas, E. Wien.
- Stollberg, G. 2002. Heterodoxe Medizin, Weltgesellschaft und Globalisierung: Asiatische Medizinformen in Westeuropa. In: Brünner, G./Gülich, E. (Hg.) 2002. Krankheit verstehen. Aisthesis: Bielefeld. 143-158.
- Storch, M./Cantieni, B., Hüther, G./ Tschacher, W. 2006. Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Huber: Bern.
- Stürzer, M./Wolf, A. 1996. Einleitung: Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. In: Wolf, A./Stürzer, M. (Hg.) 1996. Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Ein Sammelband zur Medizinethnologie. VWB: Berlin. 7-15.
- Trummer, U. et al. 2003. Koproduktion durch Empowerment. Mehr Qualität durch verbesserte Kommunikation mit Patient/innen in der Chirurgie. BM für Gesundheit und Frauen: Wien.
- Turner, Bryan S. 2000. The History of the Changing Concepts of Health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories. In: Albrecht, Gary, Fitzpatrick, Ray & Scrimshaw Susan (eds.). 2000. Handbook of Social Studies in health and medicine. Sage: London. 9-23.
- Uexküll, Th.v., Wesiak, W.: Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell. In: Uexküll. Psychosomatische Medizin. Adler, R. et al. (Hrsg.). Urban & Schwarzenberg, München, 5-38 (1990)
- Ussher, J.M. 1989. The Psychology of the Female Body. London: Routledge.
- Verbrugge, L. 1985. Gender and Health: An update on hypotheses and evidence. Journal of Health and Social Behavior, 30. 282-304.
- Verbundprojekt – Frauengesundheit in Deutschland. 2001. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 209. Kohlhammer: Stuttgart.
- Vodopituz J/Poller S/Schneider B/Menz F/Lalouschek J/Stöllberger C. 2002. Chest Pain in Hospitalized Patients: Cause-Specific and Gender-Specific Differences. In: Journal of Women's Health, Volume 11/8 (2002), 719-727.
- Vollmer, H. 1998. Der weibliche Infarkt: Risikofaktor Nr.1. Ullstein/Verlag Gesundheit: Berlin.
- von Braun, C. 1996. Frauenkörper und medialer Leib. In: Müller-Funk, W./Reck, H.-U. (Hg.) 1996. Inszenierte Imagination. Beiträge zu einer historischen Anthropologie der Medien. Springer: Wien. 125-146.
- Wagner E.H. 1998. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice 1998;1, 2-4.
- Wedlich, S. 2000. Krankheit ist mehr als ein Maschinenschaden. Tagungsbericht. SZ 115 (19.5.2000). 15.
- Wilber, K. 1992. Mut und Gnade. Scherz Verlag: München.
- Zenker, W. 1996. Das chronische Erschöpfungssyndrom. Wege zur Hilfe und Selbsthilfe bei CFS. Econ: Düsseldorf.
- Zwart, J.A./Dyb, G./Hagen, K. et al. 2003. Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trondelag Health Study. In: Eur J Neurol 2003; 10, 147–152.

