

Manuskript „**Schmerzliche und nichtschmerzliche Patienten**“ für die Zeitschrift Trauma und Berufskrankheit

DOI 10.1007/s10039-007-1231-6

Korrespondenzadresse: PD Dr. N. Kohnen
Werderstraße 31
50672 Köln,
Kohnen@uni-duesseldorf.de

Bitte überprüfen Sie die oben angegebenen Daten und korrigieren Sie sie gegebenenfalls.

- Bitte kreuzen Sie die gewünschten Optionen an und faxen Sie dieses Formular an die oben angegebene Nummer. Dies ist auch dann wichtig, wenn Sie keine Korrekturen haben. Vielen Dank. Die Erteilung der Rechtseinräumung ist für eine Veröffentlichung erforderlich!

I. Imprimatur

Bitte beachten Sie, dass nach Imprimatur keine weiteren Textkorrekturen, Änderungen der Autorenschaft oder der Autorenreihenfolge möglich sind.

- Hiermit gebe ich mein Manuskript **direkt frei**. Korrekturen sind nicht notwendig. Das Manuskript wird nicht zurückgefaxt.
- Ich habe **einzelne Seiten** des Manuskriptes korrigiert und diese dem Antwortfax beigelegt. Nach ausgeführter Korrektur ist das Manuskript imprimiert.
Folgende Manuskript-Seiten habe ich beigelegt:
- Dieses Fax enthält das **komplette Manuskript** mit entsprechenden Korrekturwünschen. Nach ausgeführter Korrektur ist das Manuskript imprimiert. Mir ist bewusst, dass größere Korrekturen oder Änderungen an der Textlänge ein **späteres Publikationsdatum** nach sich ziehen können.

II. Sonderdrucke

- Ich wünsche kostenpflichtige Sonderdrucke meines veröffentlichten Manuskriptes. Das ausgefüllte Formular „Sonderdruckbestellung“ liegt bei.

III. Interessenkonflikt

Die Angabe eines Interessenkonflikts ist seriöse Publikationspraxis. Bitte geben Sie alle finanziellen oder persönlichen Beziehungen zu Dritten an, deren Interessen vom Beitragsinhalt positiv oder negativ betroffen sein können, auch wenn aus Ihrer Sicht keine Beeinflussung stattfindet. Beispiele: finanzielle Verbindung zu Pharmafirmen, Beschäftigungsverhältnisse, Beratungs- und Referententätigkeiten, Honorare, Reisekostenübernahmen, Drittmittel, Aktienbesitz. Die Erklärung bezieht sich auf die Gegenwart und die vergangenen 3 Jahre und wird veröffentlicht.

Auch wenn kein Interessenkonflikt besteht, ist dies anzugeben. Sollte der Interessenkonflikt bereits im Manuskript genannt worden sein, erübrigt sich die Angabe an dieser Stelle.

- Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.
- Der korrespondierende Autor weist auf folgende Beziehung/en hin:
.....

IV. Rechtseinräumung

In Erweiterung von §38 Abs. 1 UrhG räume ich als erstgenannter Verfasser Springer Science+Business Media GmbH das ausschließliche, geografisch und zeitlich unbeschränkte Recht der Speicherung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe meines Beitrags (inkl. Bilder, Video- und Audiodateien) ein. Dies schließt das Recht zur Übersetzung und Bearbeitung ein und gilt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts für alle Auflagen und Publikationen in gedruckter und elektronischer Form (online, offline, mobile Nutzung, embedded content). Springer ist berechtigt, die Nutzungsrechte am gesamten Beitrag und Teilen daraus in gedruckter und elektronischer Form wahrzunehmen und weiterzugeben.

Hiermit versichere ich – auch im Namen der Miturheber –, dass ich berechtigt bin, über die urheberrechtlichen Nutzungsrechte an dem o.g. Beitrag zu verfügen. Das Einverständnis abgebildeter Personen bzw. deren Erziehungsberechtigten liegt vor.

Ort, Datum

Unterschrift

Ihr imprimierter Beitrag erscheint nach Rücksendung an den Verlag in unserem Internetangebot unter <http://www.springerlink.com>.
Eingereichte Fotos oder Abbildungen werden nur auf ausdrücklichen Wunsch des Autors nach Veröffentlichung zurückgesandt.

Sonderdruckbestellung

Wenn Sie Sonderdrucke Ihres Artikels bestellen möchten, füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es zusammen mit Ihren Korrekturen an uns zurück. Sollten Sie erst nach dem Druck eines Heftes Sonderdrucke bestellen, beträgt die Mindestabnahme 300 Exemplare, da der Nachdruck erhöhten Aufwand bedeutet.

Achtung: Ihre Bestellung kann nur bearbeitet werden, wenn eine Kreditkartennummer und Unterschrift vorliegen.

Hiermit bestelle ich:

<input type="checkbox"/> 50 Exemplare	250 EUR
<input type="checkbox"/> 100 Exemplare	300 EUR
<input type="checkbox"/> 200 Exemplare	400 EUR
<input type="checkbox"/> 300 Exemplare	500 EUR
<input type="checkbox"/> 400 Exemplare	610 EUR
<input type="checkbox"/> 500 Exemplare	720 EUR
<input type="checkbox"/> über 500 Exemplare	Wir erstellen Ihnen ein individuelles Angebot.

(Preise inkl. Porto und Verpackung)

Bitte geben Sie Ihre VAT-Nummer an:
Kunden aus EU-Ländern ohne VAT-Nummer müssen den allgemein gültigen Steuerbetrag addieren.

Bitte geben Sie Ihre Kreditkartennummer an:

- Eurocard/Access/Mastercard
- American Express
- Visa/Barclaycard/BankAmericard

Kartennummer (inkl. Prüfziffern):

Gültig bis: __ / __

Datum / Unterschrift: _____

Für Autoren wohnhaft in Deutschland ist die Zahlung per Bankeinzug möglich:

Hiermit erteile ich Springer die Abbuchungsgenehmigung von meinem Bankkonto über den Rechnungsbetrag bei Fälligkeit.

Kontonr.: _____

Bankleitzahl: _____

Bank: _____

Datum / Unterschrift: _____

Rechnungsanschrift:

- siehe Lieferanschrift
- _____

Lieferung an:

- PD Dr. N. Kohlen
Werderstraße 31
50672 Köln
Deutschland

Bitte verwenden Sie bei der Rechnungsstellung folgende Bestellnummer/folgendes Zeichen: _____

Bitte überprüfen Sie die oben angegebenen Daten und korrigieren Sie sie gegebenenfalls.

DOI	10.1007/s10039-007-1231-6
Copyright	Springer Medizin Verlag – 2007

Körperintegrität und Schmerzwahrnehmung

Schmerzliche und nichtschmerzliche Patienten

Transkulturelle Aspekte des Schmerzerlebens

N. Kohnen^{1,2}

¹ Institut für Geschichte der Medizin, Universität Düsseldorf, Düsseldorf

² Werderstraße 31, Köln

Korrespondenzadresse

PD Dr. N. Kohnen

Werderstraße 31

50672 Köln

Kohnen@uni-duesseldorf.de



Zusammenfassung

Untersuchungen in verschiedenen Kulturen zur Schmerzwahrnehmung und zum Schmerzerleben zeigten Unterschiede v. a. im Erleben des emotionalen Schmerzaspekts, in der Schmerzlichkeit des Schmerzerlebens. Schmerzen werden unterschiedlich erlebt: je nachdem, ob ein somatisch oder ein emotional betonter Schmerz begriff und eine familien- oder individualorientierte Kontrollüberzeugung vorliegen und je nachdem wie weit die individuell verschiedenen, erlernten und kulturell geprägten Schmerzbewältigungen durchgeführt werden können. Deutsche Ärzte haben aus ihrer soziokulturellen Sicht eine Vorstellung, welches Schmerzerleben, welche Schmerzaußerungen und welche

Schmerzbewältigungen angebracht und welche unangemessen sind. Diese bezieht sich in der Regel aber nur auf ihre Erfahrungen in einer einzigen Ethnie, nämlich in der eigenen Bevölkerung. Diese einseitige ethnozentristische Sicht kann zu Verständigungsschwierigkeit und Fehltritten bei der Schmerzbehandlung ausländischer Patienten führen.

Schlüsselwörter

Schmerzwahrnehmung · Schmerzerleben · Schmerzbewältigung · Ethnische Aspekte · Ausländische Patienten

Presence and absence of emotional distress in pain patients

Transcultural aspects of how pain is experienced

Abstract

Research into how pain is perceived and experienced in different cultures has shown that there are differences especially in the way the emotional aspects of pain are experienced, i.e. in the kind and degree of emotional distress it causes. Pain is experienced differently within different cultures, depending on whether the concept of pain is somatically or emotionally oriented and the locus of control is family or individual oriented, and also on the degree to which the individually different, learned and culturally determined strategies for coping with pain can be applied. Because of their sociocultural background, German doctors have a particular idea of what ways of experiencing pain, what statements about pain and what coping strategies are and are not appropriate. As a rule, however, this draws exclusively on their own experience in a particular ethnic group, i.e. their own population. This one-sided ethnocentric view can lead to difficulties in communication and to misjudgements in the treatment of foreign patients.

Keywords

Pain perception · Experience of pain · Coping with pain · Ethnic aspects · Foreign patients

Schmerzempfinden, Schmerzschwelle und Schmerztoleranz in anderen Kulturen

Schmerzen werden in verschiedenen Kulturen unterschiedlich wahrgenommen und gedeutet, die Empfindungs-/Reizschwelle dagegen ist bei allen Völkern gleich.

Sternbach u. Tursky [11] führten Empfindungsschwellenmessungen bei Frauen verschiedener ethnischer Gruppen (Italienerinnen, Jüdinnen, Irländerinnen und Frauen alteingesessener amerikanischer Familien) durch, ohne signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen festzustellen. Melzack [9] deutete dies als Hinweis, dass der sensorische Leitungsapparat bei allen Menschen ähnlich funktioniert.

Die Schmerztoleranz dagegen ist in verschiedenen Kulturen unterschiedlich. Nach Sternbach et al. [12] zeigen Italienerinnen die niedrigsten Schmerztoleranzwerte. Italienische und jüdische Frauen demonstrierten deutliche Schmerzreaktionen, während amerikanische und irische Frauen durch eine wesentlich höhere Schmerztoleranz auffielen.

Auch die Schmerzschwelle ist kulturell unterschiedlich. Sie ist der Punkt, an dem eine Person einen Stimulusreiz als schmerzhaft empfindet. Clark u. Clark [2] benutzten elektrische Reize zur Schmerzschwellenmessung und stellten fest, dass bei nepalesischen Trägern (Sherpas) und bei westlichen Touristen die Empfindungsschwelle gleich hoch war, dass die Nepalesen allerdings erst bei einem höheren Stimulus den Reiz als schmerzhaft empfanden.

Nach Hardy et al. [3] werden Hitzereize von Ethnien, die aus dem Mittelmeerraum stammen, schon als schmerzhaft wahrgenommen, die Nordeuropäer noch als warm bezeichneten.

Emotionale Faktoren des Schmerzerlebens: die Schmerzlichkeit

In der deutschen Sprache kann zwischen dem körperlichen (schmerzhaften) und dem seelisch emotionalen (schmerzlichen) Schmerz unterschieden werden. So sagt man, dass Erblinden und Blindheit „schmerzlich“ sei, weil der Begriff „schmerzlich“ im Unterschied zu „schmerzhaft“ die emotionalen Faktoren des Schmerzes benennt. Untersuchungen zum Schmerzerleben bei den Cabuntogüeños, einer Fischergruppe im Süden der Philippinen, ergab, dass diese einen erweiterten Schmerzbegriff besitzen, weil sie die emotionalen

Schmerzfaktoren stärker betonen als die körperlichen [5]. Die untersuchte Fischergruppe hält z. B. Erblinden, Blindheit, Taubheit und Geistesschwäche für sehr schmerzhaft.

Unsere Untersuchungen zum Schmerzbegriff in Deutschland ergaben, dass auch bei Deutschen die emotionalen Faktoren des Schmerzes einen größeren Raum einnehmen, als dies für Ärzte bisher offenbar ist. Dabei wurde nach der Schmerzhaftigkeit (nicht Schmerzlichkeit) gefragt. Die Frage lautete: „Ist Krankheit X nicht schmerzhaft, schmerzhaft, sehr schmerzhaft oder sehr sehr schmerzhaft?“

Deutsche Patienten (n=393) halten Erblinden in 66% und Blindheit in 55% für schmerzhaft (Kohnen [7], S 52–54). Nun wäre es unangebracht, der Mehrheit der Bevölkerung ein erweitertes Schmerzerleben zuzusprechen, denn wer sollte dann die Grundlage für ein normales Schmerzbefinden gründen, vielmehr ist es so, dass die naturwissenschaftlich ausgebildeten Mediziner einen rein auf den somatischen Aspekt reduzierten Schmerzbegriff haben. Ein Grund hierfür ist, dass der Schmerzbegriff im Sprachgebrauch der Ärzte operationalisiert wurde und der Schmerz im allgemeinärztlichen Gespräch in einer bestimmten Funktion und zu einem bestimmten Zweck eingesetzt wird. Er ist für Ärzte dasjenige Zeichen, durch das sie in ihrem organpathologischen Krankheitsverständnis den Ort der Gesundheitsstörung lokalisieren können. Die emotionalen Aspekte des Schmerzes werden im Arzt-Patienten-Gespräch oft ausgeklammert und sind hinderlich, wenn es darum geht, den Sitz der Krankheit anhand des Schmerzes herauszufinden.

Schmerzliche Patienten

Schmerzliche Menschen sind diejenigen, die bei der Schmerzeinschätzung von Krankheiten die emotionalen Schmerz Aspekte stärker bewerten als nichtschmerzliche Menschen.

Schmerzliche werden die Menschen genannt, die Erblinden, Blindheit, Taubheit und Geistesschwäche als schmerzhaft einschätzen. Der Anteil der Schmerzlichen liegt in der deutschen Bevölkerung bei 50% (n=582). Die Schmerzlichen erwarten aber nicht nur bei diesen 4 genannten Krankheiten einen stärkeren Schmerz, sondern liegen in ihren Einschätzungen bei allen Krankheiten über dem Schmerzniveau der Nichtschmerzlichen (**Abb. 1**). In unserer Untersuchung beurteilten Nichtschmerzliche die Schmerzen von 24 vorgegebenen Krankheiten im Mittel mit 3,9 (Männer) bis 4,1 (Frauen) auf einer numerischen Analogskala (NAS) ein; Schmerzliche dagegen mit 5,5 (Männer) bzw. 5,6 (Frauen). So liegen generell schmerzliche Männer 41% und schmerzliche Frauen 37% über

dem Niveau von Nichtschmerzlichen. Unserer These nach *reflektieren Schmerzliche die Bedeutung einer Krankheit für ihre Vitalität und Lebensfreude sowie ihre Arbeitskraft und Bewegungsfähigkeit stärker* und erleben deshalb die emotionalen Faktoren des Schmerzes stärker. Schmerz ist nicht nur ein körperliches Phänomen, er ist das emotionale Erleben, das wir die Schmerzlichkeit des Schmerzerlebens [5] nennen und das bei chronischen Schmerzen das Leiden ausmacht. Krankheit oder Schmerz werden bei schmerzlichen Patienten umso schmerzlicher erlebt, je mehr der gewohnte vitale körperliche, familiäre, gesellschaftliche und seelische Lebensvollzug als eingeschränkt empfunden wird.

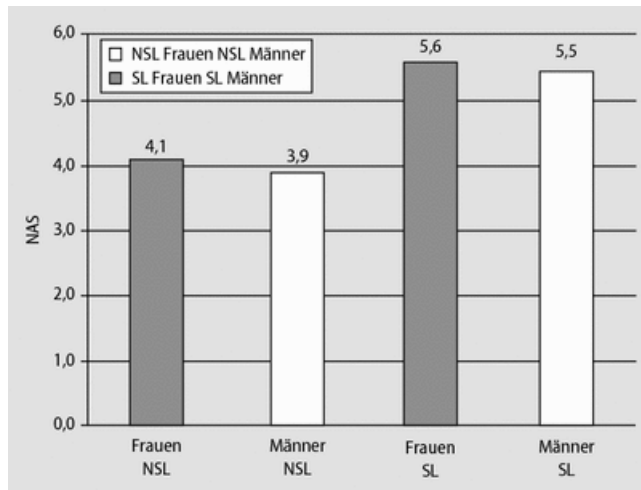


Abb. 1 Schmerzniveau Schmerzlicher (SL) und Nichtschmerzlicher (NSL) in Deutschland, n=602, schmerzliche Männer erwarten 41%, schmerzliche Frauen 37% mehr Schmerzen als Nichtschmerzliche

Eine hohe Schmerzerwartung geht mit einer erhöhten Schmerzlichkeitseinschätzung einher. Ein Rangordnungsvergleich zeigt weiter, dass eine erhöhte Schmerzerwartung fast ausschließlich auf emotionale Faktoren des Schmerzes zurückgeht, die zusätzlich zur gesamten Schmerzeinschätzung körperlicher Schmerzen hinzuaddiert wird.

Schmerzlichkeit und Kulturen

Innerhalb der Kulturen gibt es große Unterschiede zwischen den prozentualen Anteilen der nichtschmerzlichen und der schmerzlichen Bevölkerung, wobei die untersuchten Kubaner und Griechen die emotionalen Faktoren stärker erlebten als Deutsche (Tab. 1). Die Interviews mit den Informanten verdeutlichten, dass Menschen mit mangelnder sozialer Absicherung (fehlende Sozialversicherungen: Renten-, Kranken-, Arbeitslosen-, Berufsunfähigkeits-, Pflege-, Unfall-, Risiko- und Lebensversicherungen) die Bedeutung von zu erwartenden

Krankheiten anders einschätzten als diejenigen mit einer hohen sozialen Absicherung. Jede Krankheit, und sei sie nur vorgestellt, wurde vermehrt daraufhin reflektiert und beurteilt, inwieweit sie das Leben, die Arbeitsfähigkeit, das Lebensgefühl, die Vitalität und die Bewegungsfähigkeit zur Bewältigung des alltäglichen Lebens beeinträchtigen würde. Ob und inwieweit Sozialversicherungen den Menschen tatsächlich die Schmerzlichkeit des Schmerzerlebens nehmen können, ist bisher noch nicht bedacht und untersucht worden.

Der westlich ausgebildete Arzt ist hervorragend in der Behandlung der körperlichen Aspekte des Schmerzes geschult. Die Heiler in traditionell lebenden Kulturen entwickelten spezielle Methoden zur Beeinflussung des emotionalen Schmerzaspekts: Ablenkung, Umdeutung und Umwertung des Schmerzes („reframing“), Entspannungstechniken, Wärmeapplikationen, entlastende Riten, die die individuelle und soziale Dimension des Schmerzes lindern und ihren Patienten neue Bewegungsräume aus einer familiären und gesellschaftlichen Einschränkung eröffnen.

Schmerzbewältigung und Kulturen

In allen Kulturen haben Menschen Methoden entwickelt, Krankheiten und Schmerzen zu behandeln. Dieses uralte Wissen, das oft in kulturelle Heilriten eingebettet ist, nennt die ethnomedizinische Forschung die kulturellen Krankheits- und Schmerzbewältigungsstrategien. Je nach Kultur werden bei Schmerzen unterschiedliche Verhaltensweisen beobachtet, die wesentlich von der Kontrollüberzeugung in den einzelnen Ethnien geprägt sind. Man unterscheidet zwischen:

- individualorientierten Gesellschaften (Deutsche, Briten, Iren, Nordeuropäer und Nordamerikaner) und
- familienorientierten Gesellschaften (Italiener, Türken, Mittelmeervölker, Asiaten).

Familienorientierte Gesellschaften sind überzeugt, Krankheit und Schmerz nur mit Hilfe der Familie bewältigen zu können. Patienten werden beim Arztbesuch notwendigerweise von vielen Angehörigen begleitet. Sie haben eine hohe externale Kontrollüberzeugung, während Patienten aus individualorientierten Gesellschaften überzeugt sind, sich selbst helfen zu können, indem sie der Vernunft folgend fachärztlichen Rat einholen.

Dies hat entscheidende Bedeutung für die Compliance. Bei Patienten aus familienorientierten Gesellschaften sollte der Arzt rechtzeitig darüber nachdenken, ob die

Familie des Patienten in die Behandlungsmaßnahme mit einbezogen werden muss. Er kann nicht davon ausgehen, dass sein Patient eine teure Therapie oder eine Behandlung, bei der der Ehepartner mit einbezogen werden muss, allein in seiner Familie durchsetzen kann, insbesondere wenn er (oder sie) keine Vormachtstellung in der Familie hat. Hier wird der Arzt mit der Familie oder besser mit einem besonders einflussreichen Familienmitglied eigene Gespräche führen müssen.

Individuelle Dimension von Krankheit und Schmerz

Viele in fremden Traditionen erzogene Patienten erleben ihre Krankheit als ein individuelles Ereignis. Sie verstehen deshalb die Diagnose ihres Arztes nicht: Sie verstehen nicht, dass sie nun eine Krankheit haben sollen, die mit ein und demselben Begriff bezeichnet wird, wie die Krankheit anderer Menschen und dass sie z. B. nun eine Krankheit haben sollen, die auch ihr Nachbar hat. Es ist doch ihre ganz individuelle Krankheit, die sie an einem bestimmten Ort, zu einer ganz bestimmten Zeit plötzlich und unerwartet befallen hat. Der Arzt sollte deswegen bei seinen ausländischen Patienten individualisieren und nicht generalisieren.



Abb. 2 Heiler bei der Anamnese, Krankheit als individuelles Ereignis: An einem bestimmten Tag, zu einer bestimmten Stunde ist dieses Individuum von dieser Krankheit ereilt worden

In traditionellen Gesellschaften wird Krankheit als ein individuelles Ereignis erlebt, das den Kranken an einem bestimmten Ort zu einer ganz bestimmten Zeit getroffen hat. Der Heiler lässt sich vom Kranken ausführlich über die letzten gesunden und ersten Krankheitstage berichten, damit sie den Zeitpunkt und den Ort herausfinden, wann und wo ihn die Krankheit befallen hat ([Abb. 2](#)). Daraufhin zieht der Heiler aus, um die verlorene Seele des Kranken wieder einzufangen oder die verletzten Ahnen und Geister durch Gebete um Verzeihung zu bitten [[8](#)]([Abb. 3](#)).



Abb. 3 Heiler mit Ritualtuch und Ritualspeer auf der Suche nach der verlorenen Seele

Schmerzbewältigungsstrategien in verschiedenen Kulturen

Im Folgenden werden verschiedene Schmerzbewältigungsstrategien vorgestellt, die inhaltlich bezeichnet sind. Stellvertretend werden ihnen einzelne ethnische oder religiöse Gruppen zugeordnet, in denen die Bewältigungsstrategie häufiger angetroffen wird. In allen Kulturen finden sich anteilmäßig verteilt alle der genannten Strategien.

Die bekanntesten 5 Schmerzbewältigungsstrategien sind:

- die fatalistische (Filipinos),
- die religiöse (gläubige Christen, Juden, Buddhisten),
- die willentliche (Iren, Indianer),
- die familiäre (Italiener, Türken, Mittelmeervölker),
- die rationale (Nordamerikaner: Protestanten britischer Abstammung, Nordeuropäer).

Ausländische Patienten äußern nicht nur Schmerzen auf dem Hintergrund dieser erlernten Schmerzbewältigungsstrategien, sie gebrauchen den Begriff „Schmerz“ bei mangelnder Sprachkenntnis auch als Synonym für Krankheit. Schmerzbewältigungsstrategien sind gekennzeichnet durch (Kohnen [[7](#)], S 70–75):

- eine strategische Leitüberzeugung,
- die Kontrollüberzeugung,
- eine strategische Verhaltensweise,
- das subjektive Verhalten zum Schmerz und
- eine strategische Handlungsanweisung.

Fatalistische Schmerzbewältigung (Filipinos)

Natürlich ist auch bei traditionell lebenden Filipinos eine symptomatische Behandlung von Schmerzen mit Schmerzmittel bekannt, allerdings ist ihre Kontrollüberzeugung gering und sie sind überzeugt, dass nur Gott ihnen wirklich helfen und Krankheit oder Schmerz beseitigen kann ([Abb. 4](#)). Eine solche fatalistische Einstellung hat den Vorteil, dass Krankheit keinen weiteren Stress erzeugt, ganz im Unterschied zu unseren individualorientierten Verhaltensweisen im Krankheitsfall, sofort den besten Fachmann, die beste Klinik und den führenden Therapeuten für die vorliegende Krankheit zu suchen. Filipinos verhalten sich duldsam gegenüber den Schmerzen und beklagen ihr Schicksal. Die eigene Initiative, eine Diagnostik zur ursächlichen Behandlung des Schmerzes einzuleiten, ist dagegen gering.

In abgelegenen Gebieten werden noch magische Behandlungsformen beobachtet. Sie sind hervorragend geeignet, das Krankheits- und Schmerzerleben (den emotionalen Aspekt des Schmerzes, die Kontrollüberzeugung und die Erwartungen) zu beeinflussen, während sie keine körperliche Änderung herbeiführen [[4](#), [6](#)].



Abb. 4 Junge kranke philippinische Frau vor Hausaltar, Gott um Hilfe bittend

Religiöse Schmerzbewältigung (gläubige Christen, Juden, Buddhisten)

Was geschah mit dem armen Hiob im Alten Testament? Gott sandte ihm Schmerz und Krankheit, um ihn zu prüfen, ob er standhaft im Glauben sei. Was wollte Gott ihm damit

sagen? Es war für den Gläubigen die einmalige Chance, sein Leben nach Prüfung zu ändern und einen anderen Lebensweg einzuschlagen.

Krankheit und Schmerzen können Zeichen Gottes sein, einen heilvolleren Lebensweg einzuschlagen. Man verhält sich zum Schmerz so, dass er ertragen und erduldet werden muss, damit das Zeichen und die Botschaft Gottes erkannt werden. Er wird geäußert und er ist lästig, weswegen Wehklagen durchaus erlaubt ist, aber er sollte deshalb nicht durch Medikamente beseitigt oder völlig unterdrückt werden. So wurde beobachtet, dass die Schmerztabletten bei gläubigen Juden oft vom Nachttisch des Krankenbetts verschwanden, ohne eingenommen zu werden [13]. Schmerzen erhalten einen besonderen Sinn. Auch gläubige Moslems deuten Schmerz und Krankheit als Zeichen ihres Gottes. Buddhisten glauben an die Wirksamkeit des Karmas, das als die Summe der guten und schlechten Taten angesehen wird. Derjenige, der hier auf Erden viel Leid erduldet, wird im Jenseits dafür reichlich entlohnt werden [10]. Dies sind 2 Beispiele für ein hervorragendes „reframing“. Das bedeutet: Ein schmerzhaftes Erleben wird in ein anderen Sinnzusammenhang gestellt und dadurch als nicht mehr so schmerzlich erlebt.

Sozial geleitete und willentliche Schmerzbewältigung (Iren, Indianer)

Die strategische Leitüberzeugung der willentlichen Schmerzbewältigung ist: Ich werde den Schmerz nicht zulassen und falls er auftritt, ihn unterdrücken. Folglich werde ich mich in die Einsamkeit zurückziehen und den Schmerz ertragen. Die Kontrollüberzeugung lautet: Ich alleine werde mit meinem Willen den Schmerz bewältigen. Zunehmende Selbstkontrolle (Kompetenzvertrauen, „self-efficacy“ [1]) und das Erleben von Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit sind als effiziente Schmerzregulationsstrategien bekannt. Unter den Iren ist es „unfein, Schmerzen zu äußern“. Man ist überzeugt, dass Gott den Sünder mit Krankheit und Schmerz bestraft. Man zieht sich zurück, damit zur körperlichen Pein nicht auch noch die gesellschaftliche Verachtung hinzukommt. Diese Art der Schmerzbewältigungsstrategie zeugt von einer starken Selbstbeherrschung und dem Einfluss der Werte und Normen, die in einer Gesellschaft vermittelt und erlernt werden können.

Und warum empfinden Indianer keinen Schmerz? Bestand zwischen 2 Indianerstämmen Krieg und ein Mitglied des gegnerischen Stammes wurde gefangen genommen, quälte man ihn am Marterpfahl. Dies war eine einfache und wirksame Messmethode, um herauszufinden, wie tapfer die Gegner waren und wie viel Entbehrungen sie aushalten würden. Es war das

Maß zur Einschätzung der Gefährlichkeit und der Stärke des Gegners. Deshalb lernten die indianischen Krieger früh, ihren Schmerz nicht zu äußern.

Familiäre Schmerzbewältigung (Italiener, Türken)

Die traditionelle Form der Lebensbewältigung bei Italienern und Türken ländlicher Herkunft lautet: Schwierige Lebenssituationen werden durch Unterstützung der Familie bewältigt. Bei Krankheit und Schmerzen wenden sich traditionell lebende Italiener deshalb an die Familie. Sie sind überzeugt, dass diese bei der Lebens- und Schmerzbewältigung durch familiäre Unterstützung und soziale Zuwendung hilft. Nun kann nur demjenigen geholfen werden, der seine Hilfsbedürftigkeit laut und deutlich äußert. Das Verhältnis zu Schmerzen ist also dadurch gekennzeichnet, dass sie zugelassen werden und ihr Erleben laut gegenüber anderen geäußert wird. Die Handlungsanweisung beim Erleben von Schmerzen lautet: die Notwendigkeit oder den Wunsch nach sozialer Zuwendung anderen deutlich präsentieren. Im Mittelmeerraum, bei christlichen sowie auch moslemischen Gruppen, ist diese Schmerzbewältigungsstrategie weit verbreitet.

Rationale Schmerzbewältigung (Nordamerikaner: Protestanten britischer Abstammung, Nordeuropäer)

Die Kontrollüberzeugung lautet: Wenn ich meine Schmerzen so präzise wie möglich beobachte und dem Arzt beschreibe, kann er am sichersten die Lokalisation der Gesundheitsstörung herausfinden, die Krankheit diagnostizieren und eine ursächliche Therapie einleiten. Diese Gruppen sind überzeugt, dass Schmerzen technisch und fachlich bewältigt werden sollen. Dies setzt ein bestimmtes Verhalten gegenüber den Schmerzen voraus: Ich werde sie nüchtern ohne emotionale Beteiligung objektiv beobachten und schildern. Sofortiges Handeln und Einholen einer fachlichen Beratung ist angesagt.

Fazit

Die Unterschiede zwischen den individual- und familienorientierten Krankheitsbewältigungsstrategien sowie den kulturell verschiedenen Schmerzbewältigungsstrategien sollte der praktizierende Arzt bedenken, denn das Verweigern der erlernten kulturellen Bewältigungsstrategien führt zu Hilflosigkeit, Verzweiflung, erhöhtem Stress und damit zur Verschlechterung des Befindens in der Krankheit und zu größerer Schmerzempfindlichkeit. Transkulturelle Kommunikation ereignet sich im Zuhören, Erfassen und Erlernen andersartiger, wenn auch laienhafter Erklärungsweisen von

Krankheit und Schmerz. Ärzte können sich in die Erlebniswelten ihrer fremdländischen Patienten eindenken, wenn sie von dem alleinigen Gültigkeitsanspruch der wissenschaftlichen Krankheitserklärungen absehen und sich auf das Denken der Patienten einlassen, um sie zu verstehen.

Jeder Patient ist ein Informant, doch nicht jeder Informant ist ein guter Informant. Ob er gut ist, liegt am untersuchenden Arzt und wie er es versteht, den Denk- und Erlebenshorizont des Informanten zu eröffnen und zu erfahren. So wird bei der Untersuchung ausländischer Patienten eine transkulturelle Kompetenz gefordert.

Interessenkonflikt Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Bandura A (1978) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Adv Behav Res Ther* 1: 139–161
2. Clark WC, Clark SB (1980) Pain responses in Nepalese porters. *Science* 209: 410–412
3. Hardy JD, Wolff HG, Goodell H (1952) Pain sensations and reactions. Williams & Wilkens, Baltimore
4. Kohnen N (1986) Igorot. Alltag und traditionelle Wege des Heilens bei philippinischen Bergstämmen, 1. Aufl. Tritsch, Düsseldorf
5. Kohnen N (1990) Schmerzerleben der Cabuntogüños. Faktoren des Schmerzes in einer philippinischen Fischergruppe. *Natur Ganzheitsmed* 3: 246–251
6. Kohnen N (1992) Traditionelle Medizin auf den Philippinen. Angstbewältigung und Kognition bei Krankheit. *Beiträge zur Südasiensforschung*. Südasiensinstitut, Universität Heidelberg, Bd 154. Steiner, Stuttgart
7. Kohnen N (2003) Von der Schmerzlichkeit des Schmerzerlebens. Wie fremde Kulturen Schmerzen wahrnehmen, erleben und bewältigen. pvv-Verlag, Ratingen
8. Kohnen N (2007) Schmerzäußerungen bei fremdländischen Patienten (1). *Orthodoc* 1: 34–36
9. Melzack R (1978) Das Rätsel des Schmerzes. Hippokrates, Stuttgart
10. Reichwald C (2003) Ethnomedizinische Untersuchungen bei emigrierten Burmesen über die menschliche Anatomie und Krankheiten. *Med. Dissertation*, Universität Düsseldorf

11. Sternbach RA, Tursky B (1965) Ethnic differences among housewives in psychophysical and skin potential responses to electric shock. *Psychophysiology* 1: 241–246
12. Sternbach RA, Murphy RW, Timmermans G et al. (1974) Measuring the severity of clinical pain. *Adv Neurol* 4: 281–295
13. Zborowski M (1952) Cultural components in responses to pain. *J Soc Issues* 8: 16–30

Tab. 1 Nichtschmerzliche (NSL) und Schmerzliche (SL) in verschiedenen Kulturen

	NSL (NAS 0–3) [%]	SL (NAS 3–10) [%]	Anzahl (insgesamt 974 Personen)
Österreicher	62	38	39
Spanier	62	38	65
Rumänen	55	45	55
Filipinos	49	51	134
Deutsche	47	53	423
Australier	46	54	54
Franzosen	27	73	44
Kubaner	19	81	130
Griechen	7	93	30