

Schmerzäußerung und Schmerzbewältigung in verschiedenen Kulturen

Vortrag von

Dr. Antje Huster-Sinemillioglu (Frauenärztin)

und

Kurdistan Imad Sidki (Physiotherapeutin, M.Sc.)

Satellitensymposium Endometriose des AKF ,

Berlin 1.11.2019

Vorbemerkungen:

Als Frauen aus der Praxis sind wir angefragt worden, diesen Workshop über Schmerzerfahrung und -äußerung und Krankheitsbewältigung unter kulturellen Aspekten zu gestalten. Als Frauen aus der Praxis werden wir sowohl aus der Literatur, aber auch aus unserer eigenen Erfahrung berichten und darüber diskutieren. Dabei werden wir uns auf Frauen aus dem Nahen Osten und Mittelmeerraum einerseits, sowie aus Westeuropa andererseits konzentrieren. Südländerinnen, wie wir diese Frauen im Folgenden nach einigem Überlegen nennen möchten, machen den größten Teil der Nicht-West-Europäerinnen in unserem Gesundheitssystem aus und hier liegt auch der Schwerpunkt unserer Erfahrung.

Für eine flüssigere Vortragsweise verwenden wir in diesem Vortrag personenbezogene Bezeichnungen, die sich zugleich auf Frauen und Männer beziehen, generell nur in der weiblichen Form.

Dies soll jedoch keinesfalls eine Geschlechterdiskriminierung oder eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes zum Ausdruck bringen.

Sollte sich eine wissenschaftliche Arbeit bzw. eine Aussage nur auf ein Geschlecht beziehen, wird dies gesondert erwähnt. Zitate werden unverändert übernommen.

Einleitung

Zu Beginn hatten wir Zweifel, ob es nicht ausgrenzend ist, zu betonen, dass Frauen aus einer anderen Kultur einen besonderen Zugang in der Kommunikation benötigen. Wir fragten uns, ob es nicht eigentlich nur an guter sprachlicher Verständigung, Zeit, Geduld und zwischenmenschlichem Verständnis mangelt und eigentlich dieser Unterschied gar nicht so bedeutend ist.

Bei näherem Hinsehen ist uns aber klar geworden, dass es sich lohnt, die Umgangsweisen mit Schmerz und Krankheit einmal zu beleuchten. Dabei soll der Blick genauso auf die eigenen Umgangsweisen und wie auf die, die für westeuropäisch sozialisierte Menschen ungewohnt sind, gerichtet werden. Ziel wäre, sich so zu einem wert- und vorurteilsfreien Zugehen auf Patientinnen zu befähigen. Es geht darum zu erkennen, dass der in Westeuropa übliche Umgang mit Schmerzen genauso gut eine kulturell geprägte Art und Weise ist wie der, den wir bei Angehörigen ethnisch und kulturell anders geprägter Gruppen beobachten. Es gibt offenbar Unterschiede, - vielleicht gar nicht so große, wie wir denken-, die aus bestimmten familiären und kulturellen Kontexten erwachsen sind. Uns geht es um einen Versuch, die Unterschiede zu beschreiben und wertfrei nebeneinander zu stellen.

Später werden wir auf die wissenschaftliche Literatur zurückkommen, die untersucht, inwiefern solche Unterschiede nachweisbar sind.

Warum ist dieses Thema insbesondere bei der Beschäftigung mit der Krankheit Endometriose wichtig?

Die Diagnose einer Endometriose mit klinischer Untersuchung oder apparativer Diagnostik ist oft in den früheren Stadien nicht möglich und erfolgt manches Mal sehr spät durch eine Laparoskopie. So

ist auf langer Strecke die Schilderung der Schmerzen durch die Patientin und die Wahrnehmung durch die Ärztin eines der wichtigsten Diagnostika. Schmerzen werden aber von medizinischem Personal oft unterschiedlich bewertet, je nach kulturellem Hintergrund der Patientin.¹

Das kann bei akuten Erkrankungen zu lebensgefährlichen Situationen führen (Bericht einer persönlichen Erfahrung durch Antje Huster-S.: Marokkanerin mit eingeklemmter Zwerchfellhernie, deren Wehklagen als „Mittelmeer-Schmerz“ abgetan wurde und die kurz darauf verstarb). Bei einer Endometriose kann eine solche Fehleinschätzung zu einer langen Zeit mit unnötigen Schmerzen und Eintreten von irreversiblen Schäden bedeuten.

Eine zutreffende Einschätzung der Schwere von Schmerzen kann hingegen einerseits eine verspätete Diagnosestellung der Endometriose verhindern, aber auch eine zu häufige Indizierung von Operationen auf der anderen Seite.

Was ist so unterschiedlich im Krankheitserleben, in der Schmerzäußerung und -bewältigung von Südländerinnen im Vergleich zu den Westeuropäerinnen?

Der Medizinethnologe Peter van Eeuwijk schreibt²: Bei jedem Krankheitsereignis knüpft der Patient an kulturell geformtes Wissen an. Dadurch bringt er seine vorerst als rein somatisch empfundene Abweichung in für ihn verständliche Sinnzusammenhänge.

Das Wissen und die Sinnzusammenhänge unterscheiden sich in verschiedenen Kulturen und auch die Sichtweise der PatientInnen und der ÄrztInnen auf Krankheit und Heilung:

Der Medizinethnologe Arthur Kleimann³ unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen Krankheit und kurieren versus Kranksein und heilen.

Aus der Perspektive der körpermedizinisch, westlich orientierten Ärztin geht es um Krankheit und kurieren aus naturwissenschaftlicher Sicht, Abweichen eines biologischen Parameters, der wieder in Ordnung gebracht wird.

Aus der Perspektive der Patientinnen und traditioneller Heilerinnen geht es um Kranksein und Heilen.

Die Erkrankung verändert die Situation der Erkrankten in psychischer, sozialer und ökonomischer Hinsicht und das kann je nach gesellschaftlichem Kontext ganz Unterschiedliches bedeuten. Kranksein und das Bestreben nach Heilung unterscheiden sich demnach entsprechend der Herkunftskultur der Erkrankten.

Kohnen⁴ beschreibt unterschiedliche **Strategien zur Schmerzbewältigung** (Originaltext sinngemäß gekürzt):

„**Fatalistische Schmerzbewältigung:** Sie ist vor allem bei traditionell lebenden Filipinos beschrieben. Auch wenn sie ihren Schmerz beklagen, erdulden sie ihn ergeben. Ihrer Ansicht nach entsprechen Schmerzen dem Willen Gottes und Gott gibt ihnen daher auch die Kraft, diese Schmerzen zu ertragen.

„**Religiöse Schmerzbewältigung:** Hier sieht der Patient den Schmerz als Zeichen Gottes, einen heilvolleren Lebensweg einzuschlagen. Er ist überzeugt, dass Gott ihm den Schmerz gesendet hat, um ihn zu prüfen, ob er standhaft im Glauben sei. Der Schmerz ist für den Gläubigen die einmalige

¹ Ethnic differences in the perception of pain: a systematic review of qualitative and quantitative research, Ferid Krupić, Svemir Čustović, Mahir Jašarević, Sahmir Šadić, Mirsad Fazlić, Kemal Grbic, Kristian Samuelsson, Med Glas (Zenica) 2019; 16(1):S.109

² Peter van Eeuwijk, Diese Krankheit passt nicht zum Doktor, Basler Beiträge zur Ethnologie, Band 41, Basel 1999, Seite 62

³ Peter van Eeuwijk, Diese Krankheit passt nicht zum Doktor, Basler Beiträge zur Ethnologie, Band 41, Basel 1999, Seite 62-63, siehe auch: <https://adogcalledpain.wordpress.com/2016/02/18/arthur-kleinman-the-illness-narratives-suffering-healing-the-human-condition/> Zugriff 26.10.2019

⁴ N. Kohnen, Schmerzliche und nichtschmerzliche Patienten, Trauma und Berufskrankheit, Supplement 3, 2007, S. 323-328

Chance, sein Leben zu ändern und andere Wege zu gehen. Man verhält sich dem Schmerz gegenüber so, dass er ertragen und erduldet werden muss, damit das Zeichen und die damit verbundene Botschaft Gottes erkannt werden. Schmerz wird sehr wohl als unangenehm empfunden und kann – durchaus auch laut – geäußert werden; er sollte aber nicht durch Medikamente beseitigt oder völlig unterdrückt werden. Diese Bewältigungsstrategie findet sich bei insbesondere bei frommen Juden, Moslems und Christen.

„Willentliche Schmerzbewältigung: Hier ist die generelle Leitüberzeugung, den Schmerz nicht zuzulassen. Tritt er dennoch auf, so wird er unterdrückt. Diese Patienten sind davon überzeugt, dass Schmerz zu äußern nicht angemessen sei und ziehen sich daher in die Einsamkeit zurück und ertragen den Schmerz im Stillen. Die Kontrollüberzeugung lautet: „Ich allein werde mit meinem Willen den Schmerz bewältigen.“

Familiäre Schmerzbewältigung: Diese Art der Schmerzbewältigung ist vor allem in kollektivistischen Gesellschaften wie dem Mittelmeerraum, der Türkei oder dem Nahen Osten weit verbreitet. Bei dieser Bewältigungsstrategie wird Schmerz kollektiv verarbeitet: Der Patient erhält uneingeschränkte Aufmerksamkeit und Unterstützung von der Familie. Damit die familiäre Unterstützung aktiviert wird, muss der Patient sein Leid laut und deutlich vortragen. Denn es kann nur demjenigen geholfen werden, der seine Hilfsbedürftigkeit auch deutlich äußert, so die Überzeugung. Bei diesen Patienten kann daher der Schmerzausdruck weit stärker und emotionaler ausfallen als es in der westeuropäischen Kultur üblich ist.⁵

„Rationale Schmerzbewältigung: Diese in Mittel- und Nordeuropa sowie in Nordamerika verbreitete Bewältigungsstrategie ist mit einer hohen internalen Kontrollüberzeugung verbunden. Der Schmerz wird als etwas wissenschaftlich Kontrollierbares betrachtet. Der Patient schildert den Schmerz möglichst objektiv, nimmt an, dass der Schmerz einen körperlichen Ursprung hat und dass ein Arzt die Ursache durch genaue Beschreibung herausfinden und zielgerichtet behandeln kann.“

Diese Art passt gut in die westliche Leistungsgesellschaft, in der Glaube an Wissenschaft, Glaube daran, dass die naturgegebenen Bedingungen beherrschbar sind überwiegt, wo Krankheit nicht positive Aufmerksamkeit, sondern eher Mitleid von außen und oft Versagensgefühle beim Betroffenen auslöst. Wo entsprechend versucht wird, möglichst schnell wieder zu funktionieren. Kranke isolieren sich schnell oder sind auch schnell ausgeschlossen.

Bestätigt die Forschung die Zuordnung bestimmter kultureller Prägnen zu bestimmten Schmerzbewältigungsstrategien?

Wir haben eine Literaturrecherche auf den Plattformen Pubmed, Cochrane und Lilacs durchgeführt unter den Mesh-Terms „pain perception and cultural differences“ und „pain perception and endometriosis“ und konnten 118 bzw. 40 Studien bzw. Reviews identifizieren. Die Ausgekräftigsten sind folgende:

Krupic et al.⁶ führten ein Review durch, welches 1 qualitative und 9 quantitative Studie umfasst, und werteten die Ergebnisse unter zwei Gesichtspunkten aus:

1. Unterschiedlichen Erfahrungen verschiedener ethnischer Gruppen mit Schmerzen und Behandlung ausschließlich aus der Perspektive der Patientinnen. Mithilfe verschiedener Schmerzbewertungsinstrumente fanden sich große Unterschiede in der Art und Weise, wie Menschen ihre Schmerzen wahrnehmen
2. Unterschiedliche Bewältigungsstrategien in Abhängigkeit von der ethnischen Zugehörigkeit. Es zeigte sich, dass verschiedene ethnische Gruppen mit ihren Schmerzen auf unterschiedliche Weise umgehen.

⁵ Es gibt ein türkisches Sprichwort, das sehr plastisch diese Art dokumentiert: „Aglamiyana meme yok / Wer nicht brüllt, bekommt auch nicht die Brust“. Huster-Sinemillioglu/Imad Sidki

⁶ Krupić et al. The pain from different ethnical point of view. Gothenburg. 2018. Med Glas (Zenica) 2019; 16(1):108-114

Die Autoren schlussfolgerten, dass angesichts dieser Unterschiede

- Angehörige von Gesundheitsberufen verpflichtet seien, die Erfahrungen der Patientinnen mit ihrer Krankheit und ihrem Leiden zu berücksichtigen und zu verstehen und diese durch geeignete Maßnahmen so weit wie möglich zu mildern,
- zu diesem Zweck ethnische, kulturelle und religiöse Unterschiede zwischen verschiedenen Patientinnen verstanden werden müssen
- und ethnische Unterschiede bei der Berichterstattung von Schmerzen beachtet und deren Folgen untersucht werden müssen.

Ein weiteres Review von **Orhan et al.**⁷ ergab vorläufige bis mäßige Evidenz für einen Unterschied in den Bewältigungsstrategien, der Wahrnehmung von Krankheiten, der Selbstwirksamkeit, den Vorstellungen zur Vermeidung von Angst, Kontrollüberzeugung und den Schmerzhaltungen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen.

Auch das Review von **Rahim-Williams et al.**⁸ fand potenziell wichtige ethnische Gruppenunterschiede bei der Wahrnehmung von Schmerzen. Die Autoren sahen einen wichtigen Wert für eine kulturell kompetente klinische Versorgung sowie für die Beseitigung und Verringerung von Schmerztherapieunterschieden, diese Unterschiede genauer zu klären.

Sind diese Ergebnisse auf Südländerinnen und Westeuropäerinnen übertragbar?

Bei der Durchsicht der englisch- und deutschsprachigen Literatur sind wir leider auf keine größeren Studien oder Reviews gestoßen, die sich mit dem direkten Vergleich dieser beiden Gruppen befassen.

Bei Beachtung großer individueller Variationen würden wir aber der Einschätzung von Kohnen folgen und:

- die südländischen Frauen der Gruppe der Patientinnen zuordnen, die tendenziell der familiären Schmerzbewältigung zuneigt,
- die Westeuropäerinnen der Gruppe, die eher eine rationale Schmerzbewältigung zeigt.

Um Stereotypisierungen zu vermeiden finden wir in dem Zusammenhang aber die folgende Bemerkung von Eeuwijk zu solchen tendenziellen Unterschieden wichtig:

dass nämlich „Gesundheits- und Krankheitsverhalten generell situations- und kontextgebunden“ ist und nicht „allgemeingültig voraussagbar“ sei und nicht „von allen Mitgliedern der in einer Gemeinschaft geteilt“⁹ werde. Die konkreten individuellen Lebenserfahrungen und Lebensbedingungen sicherlich in besonderer Weise prägend für das Verhalten der Menschen, die Kultur ist nur der Hintergrund.

Wir stießen bei unseren Recherchen aber auf vereinzelte kleinere Untersuchungen und Betrachtungen von Autorinnen, die interessante Überlegungen zu südländischen Patientinnen angestellt haben.

7 Orhan, C. et al. (2018). Are Pain Beliefs, Cognitions, and Behaviors Influenced by Race, Ethnicity, and Culture in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. *Pain Physician* 2018; 21:541-558 ISSN 1533-3159

8 Rahim-Williams, B. et al. (2012). A Quantitative Review of Ethnic Group Differences in Experimental Pain Response: Do Biology, Psychology, and Culture Matter?. *Pain Medicine* 2012; 13: 522–540 Wiley Periodicals, Inc.

⁹ Peter van Eeuwijk, *Diese Krankheit passt nicht zum Doktor*, Basler Beiträge zur Ethnologie, Band 41, Basel 1999, Seite 65

In der Arbeit von Erim und Glier¹⁰ fanden wir beispielsweise Beschreibungen, die wir sehr passend zu unseren Beobachtungen und Erfahrungen fanden. Sie schreiben:

Menschen aus den Nahost-Gesellschaften insbesondere aus dem noch feudal geprägten ländlichen Bereich sind „eingebettet in die übergeordneten Systeme der Großfamilie und Nachbarschaft. Die Beziehungsstrukturen sind von großer interpersoneller Verbundenheit in festgelegten, einander ergänzenden Rollen geprägt. ... Der Einzelne erlebt sich nicht als individuelles, autonomes Selbst, sondern als kollektives Selbst.“

Das Individuum ist dort recht sicher aufgehoben, hat aber auch nicht so viel Handlungsfreiheit.

Dieses Gemeinschaftsgefühl, das daraus resultiert, möchten wir eigener Erfahrung ein wenig plastischer machen; mit einer Schilderung des traditionellen Dorflebens:

Dinge können nicht oder nur mühsam konserviert werden,-

Wer erntet oder schlachtet, gibt den anderen ab,- und bekommt ebenso etwas, wenn der andere schlachtet oder erntet. Jeder hilft Verwandten oder in der Nachbarschaft aus, sonst würden auf die Dauer alle untergehen. Ausborgen von etwas was ausgegangen ist: hier in Westeuropa gefühlt eine Peinlichkeit „Du hast deinen Haushalt nicht in Ordnung“, dort eine Gelegenheit, die Beziehungen zu stärken, die freudig ergriffen wird. Und ähnlich gemeinschaftlich wird auch mit Erkrankten umgegangen.

Weiter schreiben die Autorinnen: „Nicht der Einzelne mit seinen persönlichen Merkmalen und eigenen Anteilen, sondern außerhalb des Individuums liegende Faktoren- wie familiäre, berufliche oder soziale Bedingungen werden in hohem Maße verantwortlich gemacht.“ Von dort, von extern, wird dann entsprechend tendenziell auch Hilfe erwartet

Für uns als Therapeutinnen heißt das, dass die Familie beim Heilungsprozess ggf. mit einbezogen werden kann,

es könnte auch heißen, dass möglicherweise eine Offenheit für die,- ja immer vorhandenen - psychosomatischen Aspekte einer körperlichen Erkrankung vorhanden sind.

Es kann aber auch einer passiven Haltung Vorschub leisten, mit der wir rechnen müssen. Es kann bedeuten, dass Erkrankte davon ausgehen, dass die Familie sie schonen muss, sie selbst aber nichts machen können und müssen.

Erim und Glier schildern, dass türkische Patientinnen ihre Schmerzen mit ihrem ganzen Befinden beschreiben. „Das Schmerzerleben ist ganzheitlich körperbezogen und wird auch so geäußert.“ „Der ganze Körper schmerzt“.

Sie sagen bzgl. türkischer Patientinnen, dass, während die westliche Ärztin für eine sorgfältige Diagnostik möglichst genaue anatomische Antworten erwartet, antworte die Patientin mit einer Beschreibung ihres ganzen Befindens. „Das Schmerzerleben ist ganzheitlich körperbezogen und wird auch so geäußert.“ „Der ganze Körper schmerzt“.¹¹ Auf „westliche“ Art und Weise würden wir vielleicht stattdessen sagen: ich fühle mich schrecklich elend.

Erim und Glier schränken ihre kulturspezifische Interpretation allerdings wiederum mit der Bemerkung ein, dass diese Art der Schmerzdarstellung kulturübergreifend auch an sozialen Status und Wissensdefizite bzgl. der eigenen Körperfunktionen geknüpft sei.

¹⁰ B. Glier, Y. Erim, Schmerz bei Migranten aus der Türkei, Schmerzpsychotherapie, 2011, Ausgabe: 7, Springer Verlag, Berlin Heidelberg S. 236

¹¹ B. Glier, Y. Erim, Schmerz bei Migranten aus der Türkei, Schmerzpsychotherapie, 2011, Ausgabe: 7, Springer Verlag, Berlin Heidelberg S. 235

Der Medizinethnologe Kohnen unterscheidet zwischen Schmerzhaftigkeit und Schmerzlichkeit, wobei die Schmerzlichkeit die emotionalen Faktoren eines Schmerzes miteinschließt.¹²

Die westlich naturwissenschaftlich ausgebildete Ärztin ist auf die somatische Behandlung des Schmerzes ausgerichtet. Je wichtiger für die Patientin der Aspekt der Schmerzlichkeit ist, desto weniger wird das ärztliche Handeln für sie zufriedenstellend sein.

Uns fällt manchmal auf, dass türkische Patientinnen ihre Beschwerden schildern und wenn wir dann intensiv, auf körpermedizinische Art, fragen: wo sitzt der Schmerz genau, was macht ihn schlimmer, wann wird es besser, wie hat er sich im Laufe der Zeit verändert usw. -, uns also nach unserem Empfinden intensiv mit ihrem Problem beschäftigen-, dann wiederholen sie oft nach einer Weile ihre anfängliche Schilderung wortgleich noch eindringlicher. Wir interpretieren das so, dass wir in der Situation nicht genug auf den schmerzlichen, den emotionalen, Aspekt der Krankheit eingegangen sind.

Innerhalb der Familien herrscht traditionell eine ausgeprägte Hierarchie: Männer stehen über den Frauen, Ältere über den Jüngeren.

Das ist besonders wichtig, wenn in einer Familie der Zugang zu Gesundheitsleistungen aufgrund der Beschränkung materieller Ressourcen nicht allen, die es benötigen, offensteht. Diesen Erfahrungshintergrund haben viele Frauen aus dem Nahen Osten. Dann entscheidet schnell die Stellung in der Familienhierarchie, wer etwas bekommt oder nicht. Van Eeuwijk schreibt: „Frauen sind, bei traditioneller Arbeitsteilung in großem Maße für Gesundheitserhalt und-Wiederherstellung zuständig, das heißt aber nicht, dass sie selbst gleichberechtigten Zugang zu Mitteln der Gesundung haben“.¹³ Es ist vielmehr so, dass eher der Mann als die Frau, eher die Schwiegermutter als die Schwiegertochter usw. Zugang zu Therapien und Operationen bekommt,- Grund genug, sich expressiv Gehör zu verschaffen.

Auch, wenn konkret in einer Familie aktuell solche materiell begrenzten Verhältnisse nicht mehr vorhanden sind, ist das Verhalten ja erlernt und abgeschaut und wird, so vermuten wir, wahrscheinlich weiter beibehalten.

Vorsicht: auch in westlichen Familien ist eine Hierarchisierung des Zugangs zu Mitteln der Gesundung nicht gänzlich unbekannt, aber- dank allgemeiner Versicherungspflicht-, geht es bei uns mehr um die Ressourcen Zeit und Aufmerksamkeit. Auch die Tatsache, dass z.B. bei der Erforschung von Medikamenten und Erkrankungen Frauen oftmals gar nicht mitgedacht und berücksichtigt werden, gehört hier hin.

Zusammenfassung

Was die Äußerung und Bewältigung von Krankheit und Schmerzen betrifft, sind Mechanismen und Überzeugungen in verschiedenen Kulturen tendenziell unterschiedlich.

In familienorientierten Gesellschaften sind die Menschen eher davon überzeugt dieses mit Hilfe der Familie schaffen zu können und eher gewohnt ihr Leiden laut zu äußern, um den sozialen Unterstützungsapparat zu aktivieren.

In der individualorientierten westlichen Leistungsgesellschaft glaubt man eher sich selbst helfen zu können, indem man der Vernunft folgend fachärztlichen Rat einholt.

Das Geschlecht, soziale, bildungsabhängige, ökonomische und ganz individuelle Faktoren, modifizieren das Verhalten.

¹² N. Kohnen, Schmerzliche und nichtschmerzliche Patienten, Trauma und Berufskrankheit, Supplement 3, 2007, S. 323-324

¹³ Peter van Eeuwijk, Diese Krankheit passt nicht zum Doktor, Basler Beiträge zur Ethnologie, Band 41, Basel 1999, Seite 81

Diese Erkenntnisse haben die Bedeutung von Hintergrundwissen,- sie dürfen nicht zu Stereotypisierungen führen.

Aber sie können helfen geschilderte Beschwerden nicht über- oder unterzubewerten.

Und sie sollen helfen, den Zugang zu erleichtern, dafür zu sensibilisieren, was aus dem Verhalten der PatientInnen abgelesen und für Diagnose und Therapie nutzbar gemacht werden kann.

Jede Patientin muss immer individuell gesehen und gehört werden.