

### Der unabwendbare Schmerz des Subjekts

Croix, Laurence

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

**Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:**

Croix, L. (2009). Der unabwendbare Schmerz des Subjekts. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 33(3), 33-51. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-386450>

**Nutzungsbedingungen:**

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

**Terms of use:**

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Laurence Croix

## Der unabwendbare Schmerz des Subjekts\*

*Klinische Erfahrung lehrt, eine spezifische Gesetzmäßigkeit des Schmerzes anzuerkennen. Schmerz ist keineswegs eine Vorstellung, doch stellt Freud bereits mit seinen frühen Arbeiten eine Untersuchungsspur dieses besonderen Phänomens zur Verfügung, der es sich zu erinnern gilt. Im ersten Teil des Beitrags soll insbesondere die Beziehung des Schmerzes zum Körper einem Verständnis zugeführt und eine Unterscheidung von den Symptomen vorgenommen werden. Im zweiten Teil wird Schmerz als Zeichen einer grundlegenden Verlusterfahrung aufgefasst und als Paradigma des Geburtsschmerzes diskutiert.*

*Schlüsselbegriffe: Affekt, Körper, Schmerz, Verlust, Zeichen*

In der Auseinandersetzung mit dem Schmerz seiner Patienten begegnet jeder Kliniker (Psychologe, Arzt, Psychoanalytiker, Krankenpfleger u. a.) den komplexen Verschränkungen von Psyche und Soma im Subjekt. Immerhin haben wir zum Schmerz nicht dieselbe Beziehung wie zu anderen Formen des Leidens, ob diese sich im Körper manifestieren oder nicht. In der Tat sprechen wir eher von Schmerz als von Leid(en), weil wir im allgemeinen ein Bewusstsein von ihm haben. Das erste Postulat lautet daher, dass es sich bei ›Schmerz‹ um ein bewusstseinsfähiges Phänomen handelt, was für andere Formen des Leidens (wie den Symptomen im psychoanalytischen Sinne oder auch Traumatisierungen) nicht unbedingt der Fall ist. Affekte sind *per definitionem* bewusst, doch bereits Freud bemühte sich, den Schmerz von anderen Affekten wie Angst oder Unlust zu unterscheiden. In erster Linie ist gewiss, dass Schmerz das Subjekt affiziert, doch ist dieses Leiden durch einen unbeherrschbaren und unbezähmbaren Aspekt charakterisiert, der im Gegensatz zu anderen unlustvollen Affekten steht. Zudem sind die verursachten vitalen Spuren wiederbelebbar (Wiederholung desselben Schmerzes, Wiedererkennen seiner Unerträglichkeit in einem neuen Schmerz), andererseits jedoch nicht als

Erlertes reproduzierbar wie ein (Un)Lustaffekt (den man fantasmatisch oder halluzinatorisch erinnern und wieder hervorrufen kann): Indem ich die Augen schließe, bin ich imstande, die durch einen Kuss hervorgerufene Lust oder eine in der jüngeren oder früheren Vergangenheit durchlittenen Angst wieder zu durchleben. Dies ist möglich, weil der Affekt an eine Vorstellungsrepräsentanz gebunden ist, wohingegen ich, wenn ich mich Schmerzen gehabt zu haben erinnere, diesen Schmerz nicht neu durchleben kann. Zwar kann Schmerz auf dieselbe Weise im Traum hervorgerufen werden, doch durchlebe ich ihn im Traum nicht in seiner Eigenschaft als spürbarer Schmerz. Schmerz erweist sich daher als »asignifikant«, ohne Bindung an die Vorstellungsrepräsentanz. Speziell in dieser Hinsicht können wir ihn von anderen Unlustaffekten unterscheiden.

Was die Angst betrifft, hatte Freud deren grundlegende Bindung an ein Objekt erkannt, was Lacan dann hat weiterentwickeln können. Angst und Schmerz treten recht häufig gemeinsam auf, doch sind sie ganz offensichtlich unterschiedlicher Natur.<sup>1</sup> Hier sollen primär Hinweise auf die Charakteristika des Schmerzes, insbesondere was dessen grundlegendes Verhältnis zum Körper betrifft, herausgearbeitet werden. Dabei werden diesbezügliche Erkenntnisse Freuds die Berechtigung der o. g. These über die enge Beziehung des Schmerzes zum Erleben eines Verlusts belegen und erlauben, den Entbindungsschmerz als emblematische Figur des Schmerzes zu untersuchen.

### Schmerz und Körper

»Mit welchem Schmerz befassen Sie sich eigentlich?«, fragt man mich häufig. Ich antworte jedes Mal spontan: »Mit dem Schmerz eben.« »Ja, aber mit dem physischen oder dem psychischen Schmerz?« Ich suche zu erklären, dass im allgemeinen nicht überzeugend ist, Affekte einem Körperaspekt zuzuschlagen. Wir leben alle in der widersinnigen<sup>i</sup> Überzeugung, das Subjekt als solches sei affiziert, was angesichts seiner Körperlichkeit nur eine [gedankliche] Notlösung darstellt. Doch die Verwirrung des Gesprächspartner dauert an: »Also sprechen sie vom Leiden...«.

Warum diese Irritation? Leidet, wer Schmerzen hat, etwa nicht? Hat der Leidende mehr oder weniger Schmerzen, je nachdem ob er einen körperlich lokalisierbaren Schmerz empfindet oder nicht? Zieht das durch den Tod eines nahestehenden Menschen verursachte Leid nicht zwangsläufig einen bis ins Körperliche schmerzlich empfundenen Riss nach sich? Kann sich ein Affekt überhaupt außerhalb leiblicher Existenz manifestieren?

›Schmerz‹ und ›Leiden‹ sind keineswegs Synonyme, sondern der Versuch einer körperbasierten Grenzziehung zwischen beiden Phänomenen entspringt einer westlichen Dichotomie vom Seele und Körper, zunächst christlichen, dann medizinischen Ursprungs auf der Grundlage eines komplexen Netzes mehr religiös denn durch beobachtbare Fakten bedingter Gewissheiten. Entsprechend weiß der ›gesunde Menschenverstand‹, wann es ›weh tut‹, dass es schmerzt und dass dieser Schmerz vom betreffenden Individuum – und nicht von seinem Arm, seinem Bein, seinen Nieren usw. – erlitten wird. Ob man nun eine organische Grundlage voraussetzen kann oder nicht, der Schmerz ist so gesehen einzigartig. »Ich habe Schmerzen« ist eine Gewissheit, was keineswegs auf dieselbe Weise objektivierbar ist, wenn »ich mich unwohl fühle«. Trotz dieser herausgestellten Differenzierungen zwischen Schmerz und Leiden ist deren zumindest funktionelle Nähe zueinander zu erwähnen. Immerhin gelangt Pontalis zu der Feststellung, es komme vor, dass »das manifeste, lärmende Leiden gar als Schirm gegen den Schmerz« dient. »Ist es nicht so, dass einige Formen von Leiden – ich denke dabei vor allem an das sadomasochistische Leiden [...], die Funktion haben, den psychischen Schmerz zu evakuieren?« (1998, S. 236).

Das den Schmerz zeitlich und topologisch<sup>ii</sup> überlagernde Leiden ist auch eine ›Reaktion‹ auf die Grundbedingungen des Subjekts, von denen Roland Barthes sagt, ›es sei das Subjekt, das leidet‹. Durch diese Überstellung oder Super-Position<sup>iii</sup> können Schmerz und Leiden mitunter synonym erscheinen. Nicht jedem Schmerz dieselbe Wertigkeit zuzuschreiben, zieht allerdings ernsthafte ethische Probleme nach sich. Zum Beispiel wird ein Schmerz ohne ›eindeutigen‹ physiologischen Ursprung von einer ganzen Anzahl von Ärzten als Hypochondrie eines ›hysterischen‹,

›nervigen‹, ›jammerigen‹ usw. Patienten interpretiert. Die Leichtigkeit, mit der gewisse Schmerzen unglaubwürdig gemacht werden, bringt Behandler dazu, das Erleben des klagenden Patienten mit dem zu kontrastieren, was er ihres Erachtens empfinden müsste. Ein so umsichtiger Arzt wie René Leriche schob dennoch seinen Argwohn mit Nachdruck beiseite:

Ich habe zahlreiche Simulationshypothesen tilgen können. Ich bin davon überzeugt, dass fast immer die Leidenden auf die berichtete Weise leiden und dass sie, indem sie ihrem Schmerz eine extreme Aufmerksamkeit schenken, noch mehr leiden, als man sich vorstellen kann. Es gibt nur einen leicht zu ertragenden Schmerz, und das ist der Schmerz der anderen (1937, S. 28).

Trigeminusneuralgie oder Spannungskopfschmerzen, Migräne oder unbehandelbare Rückenleiden sind klassische Beispiele unbezweifelbarer Schmerzen ohne erkennbare physiologische Begründung. Ähnlich verhält es sich mit durch Unfälle verursachten Läsionen, gelegentlich selbst banalen Verletzungen, die auch nach ihrer Heilung weiterhin erhebliches Leiden hervorrufen.

In Spezialzentren für Schmerztherapie verwendet man hierfür den Begriff ›Psychalgie‹. Er bezeichnet Schmerzen, die in ihrer Charakteristik unscharf, in ihrer Ausdehnung untypisch sind und deren Auslöser von psychoaffektiven Faktoren abhängen. Die Psychalgie ist ein Schmerz, dem angesichts des Fehlens erkennbarer Ursprünge eine Entstehung auf der Grundlage rein psychischer Prozesse zugeschrieben wird und der als irgendwie imaginär betrachtet wird!

Seit Freud wird für die Beziehungen von Psyche und Soma anerkannt, dass diese wesentlich komplexer sind, als eine solch klare, jedoch simple Abgrenzung angibt. Er schreibt: »Und doch kann es nicht sinnlos sein, dass die Sprache den Begriff des inneren, des seelischen, Schmerzes geschaffen hat und die Empfindungen des Objektverlusts durchaus dem körperlichen Schmerz gleichstellt« (1926, S. 204).

Selma wäre – dem sie mir überweisenden Arzt zufolge – so ein Fall von Psychalgie; sie erkrankte mit etwa fünfzig Jahren an einem Krebs der

rechten Brust und hatte zur selben Zeit einen heftigen Schmerz, der rechts vom Handgelenk zum Ellenbogen verlief und den die Ärzte, wengleich sie die ›untypische‹ Form dieses Schmerzes erkannten, mit der Ersterkrankung in Verbindung gebracht hatten. Die Entfernung der Brust hatte keinerlei Auswirkung auf den Schmerz, der mit derselben Heftigkeit und selbstverständlich an derselben Stelle fortbestand – und das zwanzig Jahre lang! Sie war 70 Jahre alt, als sie die Sprechstunde des Schmerzzentrums wegen dieses Schmerzes im Arm aufsuchte. Innerhalb weniger Sitzungen konnte sie dann ihren Schmerz mit einem traumatischen Lebensereignis in Beziehung setzen: Als sie zwanzig Jahre alt war, lag sie während einer Bombardierung mit ihrer Mutter und ihrer Schwester auf der Straße:

Wir befanden uns in den Armen meiner Mutter, alle drei eng umklammert. Als ich mich wieder erheben konnte, waren meine Mutter und meine Schwester tot, ich selbst hatte nicht einmal Kratzer abbekommen.

Vor allem zeigt dieser Fall gut auf, dass der chronische Schmerz, an dem sie erkrankt war, unabhängig von der Krankheit auftrat und Zeichen eines traumatischen Ereignisses war, dass dabei die Organwahl, im vorliegenden Fall der Arm, den Ort des erlebten Schocks anzeigt und dass dies ein Symbol des ›Arms der Mutter‹ ist. Wie und warum dieser Armschmerz erwacht ist, ist Angelegenheit anderer Signifikanten und Vorgänge, doch bleibt an dieser Stelle festzuhalten, dass der physische Schmerz (und nicht der organische) nicht weniger wirklich ist, als der eines gebrochenen Arms.

Wie soll man Schmerzen wie den Phantomschmerz begreifen, wenn man ihn nicht von einer vermeintlich physiologischen Fundierung und einem unterstellten organischen Ursprung ablöst? Und umgekehrt: Wie soll ein Leiden wie die Analgesie (Schmerzunempfindlichkeit), unter der Hysteriker leiden können, sonst verstanden werden? Und zudem irreversible Analgesien, die klinisch beim sog. Cotard-Syndrom, einem psychotischen Todeswahniv, oder beim Autismus anzutreffen sind. Diese klinischen Bilder sind beispielhaft für die Unterbrechung der Verbindung des

Schmerzes – zwar nicht mit dem Körper, wohl aber mit dem Organischen.<sup>2</sup>

Es konnte gezeigt werden, dass das Phantomglied, wie es bei der überwiegenden Mehrzahl von Gliedmaßenamputationen auftritt, nicht mehr eine Halluzination darstellt als jede andere Vorstellung eines real existierenden Gliedmaßes. Es zeugt von einer ›Normalität‹ des Spiegelbildes, anders gesagt, von einer Negierung des verstümmelten Körpers. Der das Phantomgeschehen quasi systematisch begleitende Schmerz signalisiert dem Subjekt keineswegs (im Sinne der bekannten These vom Signalschmerz) eine Gefahr, da keinem Gliedmaß bei diesem klinischen Beispiel Gefahr droht, sondern er zeigt die unmögliche Beziehung zwischen der psychischen Realität und der an den Verlust geknüpften Realität an. Amputierte klagen nicht über Symptome, Beschwerden und andere Empfindungen, die von dem Phantomglied herrühren. Sie leben mit ihnen, wie jedes andere Subjekt mit seinen Leiden lebt, doch scheint der Schmerz dem Amputierten eine Bewusstheit der Realität abzufordern, sozusagen als Unmöglichkeit der Vorstellung einer Abwesenheit, nicht in der objektiven Wirklichkeit (gerade Psychosekranken sind Menschen, bei denen Phantomgliedmaßen nicht auftreten oder zerstückelt bleiben), sondern in der psychischen Realität.

Außerdem bleibt festzustellen, dass im Rahmen von Massenunfällen, wengleich der Schmerz eine Schicksalsgemeinschaft entstehen lassen kann, dieser Schmerz das Subjekt weder seiner Einsamkeit entreißen kann noch dem Gefühl, an dem es auf einzige, ihm eigene Weise leidet. Anders gesagt, allein der Schmerz überdauert identifikatorische Prozesse. In dieser Hinsicht könnte man sagen: »Wo es Schmerz gibt, gibt es ein Sein.« Und in Bezug auf die an der Schwelle zum Tod auftretenden Schmerzen: Zeugt nicht dieser Schmerz ganz einfach davon, dass es dieses Subjekt noch gibt? Schmerz ist immer Schmerz des Subjekts. Ausgehend von diesem grundlegenden Befund lassen sich die Analgesien, unter denen gewisse Patienten (wie bspw. Autisten) leiden, untersuchen.

## Zu einigen Besonderheiten des Schmerzes

Freud kannte sein Leben lang heftige Schmerzen. Von Anbeginn seiner Arbeiten schrieb er ihnen spezifische Eigenschaften zu. Bereits 1890 stellte er sich Fragen bezüglich der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit des Schmerzsubjekts:

Wie Schmerzen durch Zuwendung der Aufmerksamkeit erzeugt oder gesteigert werden, so schwinden sie auch bei Ablenkung der Aufmerksamkeit. Bei jedem Kind kann man diese Erfahrung zur Beschwichtigung verwerten; der erwachsene Krieger verspürt den Schmerz der Verletzung nicht im Eifer des Kampfes; der Märtyrer wird sehr wahrscheinlich in der Überhitzung seines religiösen Gefühls, in der Hinwendung all seiner Gedanken auf den ihm winkenden himmlischen Lohn vollkommen unempfindlich gegen den Schmerz seiner Qualen« (1905, S. 297).

Die psychische Dimension war bereits für den Neurologen Freud, der ursprünglich war, eindeutig nachweisbar. Bereits sein *Entwurf einer Psychologie* (Freud, 1895b) enthielt einen ursprünglichen Versuch, das »Schmerzerlebnis« (Freud) zu konzeptualisieren. Wesentlich erscheint an dieser frühen Arbeit, dass Freud bereits in diesem Entwurf durchgängig vom »Schmerz«, »Schmerzerlebnis« und »Schmerzflucht«, nicht jedoch – wie in diesen Jahren an anderer Stelle durchaus (Freud, 1893) – von »Leiden« spricht.<sup>3</sup> Das darin enthaltene Kapitel *Der Schmerz* (Freud, 1895b, S. 399f.)<sup>4</sup> ist ein Text, der mit den vorhergehenden Textpassagen bricht, denn während er bis dahin Spekulationen über die beiden grundlegenden Modellvorstellungen der »Neuronentheorie« und des »Quantitätsproblems« anstellte, erkennt Freud in der Auseinandersetzung mit dem Schmerz die Begrenztheit dieser Systemvorstellung: »Gibt es eine Erscheinung, die sich zur Deckung bringen lässt mit dem Versagen dieser Einrichtungen? Ich glaube, es ist der Schmerz« (Freud, 1895b, S. 399). Der Schmerz wird noch weitere freudsche Systemvorstellungen, insbesondere die der Verdrängung (vgl. Freud, 1916a), zum Scheitern bringen. Immer einen Sonderfall darstellend, widersteht der Schmerz allen (philo-



sophischen, neurophysiologischen und psychoanalytischen) Rationalisierungen.

Die (physischen) Schmerzen und die hysterischen Symptome stellen unbestreitbar den Ausgangspunkt der Psychoanalyse dar und werden auch weiterhin Paradigma dieser spezifischen Klinik bleiben. Ab 1895 wurden sie von Freud als Produkt der Konversion eines rückerinnerten seelischen Schmerzes in einen ›invalidisierenden‹, unerträglichen physischen Schmerz wahrgenommen, deren Ursache darin gesehen wurde, dass die betreffende Erinnerung im Psychischen nicht ertragen werden konnte:

Dieser ursprüngliche rheumatische Schmerz wurde nun bei der Kranken zum Erinnerungssymbol für ihre schmerzlichen psychischen Erregungen, und zwar, soviel ich sehen kann, aus mehr als einem Grunde. Zunächst und hauptsächlich wohl darum, weil er ungefähr gleichzeitig mit jenen Erregungen im Bewusstsein vorhanden war; zweitens weil er mit dem Vorstellungsinhalte jener Zeit in mehrfacher Weise verknüpft war oder verknüpft sein konnte (Freud, 1895a, S. 243).

Das »Erinnerungssymbol« repräsentiert im vorliegenden Fall einer von Freud als solche erkannten Hysterikerin das Leiden des Subjekts. Dieses Leiden wird – zum Beispiel bei Lähmungen, Phobien usw. – nicht unbedingt von physischen Schmerzen begleitet. Später entdeckt Freud, dass das Symptom jenen Wiederholungszwang anzeigt, der – vom Subjekt unbemerkt – aktiviert wurde, unabhängig davon, ob das ursprüngliche Trauma physischer Natur war oder nicht.

Das Symptom erweist sich also seit der ›Geburt der Psychoanalyse‹ als durch einen gänzlich anderen Zugang definiert: »Das der Zeit nach erste Motiv der Symptombildung ist die Libido. Das Symptom ist also eine Wunscherfüllung wie der Traum« (Freud, 1897b, S. 181).

Die freudsche Formulierung »in mehrfacher Weise verknüpft oder verknüpft sein konnte« (s. o.) richtet die Reflektion auf eine ursprüngliche Kausalität, die jedem Schmerz vorausgeht, doch kann dieser aus eben diesem Grund als ein Symptom unter anderen missverstanden werden,

der damit aus einem Vorgang der Verdichtung und Verschiebung hervorgeht. In der »Krankengeschichte« von »Fräulein Elisabeth v. R...« (Freud, 1895a, S. 186-251), die nicht nur lang war, sondern in die auch zahlreiche schmerzhaft erlebte Erlebnisse verwoben waren, macht sich Freud wie bei seinen anderen Patientinnen an die Untersuchung der Gründe für die zuerst auftretenden Schmerzen:

Aber die Suche nach einem psychischen Anlasse für diese ersten Schmerzen mißlang, so oft sie auch wiederholt wurde. Ich glaubte annehmen zu dürfen, dass jene ersten Schmerzen wirklich ohne psychischen Anlass als leichte rheumatische Erkrankung gekommen seien [...]. Dass sich diese Schmerzen als organisch begründete in gemildertem Maße und unter geringer Aufmerksamkeit eine Zeitlang fortgesetzt hätten, blieb nach der Natur der Sache immerhin möglich. Die Unklarheit, die sich daraus ergibt, dass die Analyse auf eine Konversion psychischer Erregung in Körperschmerz zu einer Zeit hinweist, da solcher Schmerz gewiss nicht verspürt und nicht erinnert wurde – dieses Problem hoffe ich durch spätere Erwägungen und andere Beispiele lösen zu können.

Freud setzt in einer Fußnote hinzu, dass er »nicht ausschließen, aber auch nicht erweisen [könne], dass diese [...] Schmerzen neurasthenischer Natur gewesen« sein können (Freud, 1895a, S. 211). Die Auflösung findet er, ohne sie konzeptualisieren zu können, schließlich intuitiv: »Allmählich lernte ich diesen geweckten Schmerz als Kompaß gebrauchen« (ebd., S. 212).

Anzumerken bleibt, dass der Schmerz, einem Brief vom 07. 01. 1895 (Freud, 1895c, S. 92) zufolge, bereits aus einem »Verlust« resultieren könne. Wenn eine neuronale »Sexualgruppe sehr stark an Erregungsgröße verliert, bildet sich gleichsam eine Einziehung im Psychischen, die auf die anstoßenden Erregungsgrößen saugend wirkt. Die assoziierten Neuronen müssen ihre Erregung abgeben, was Schmerz erzeugt« (ebd., S. 96).

Der ausschlaggebende Faktor des Verlusts findet sich in erster Linie in einem Text über *die Verdrängung* (Freud, 1915) wieder, in dem Freud den Schmerz als einen »Pseudotrieb« definiert, und des weiteren natür-

lich in seiner bekannten Arbeit *Trauer und Melancholie* (Freud, 1916b), wo der Schmerz – im Gegensatz zu den Vorhaltungen von Allouch (1995) – sehr klar von der Trauer(arbeit) unterschieden wird.

Damit bleibt in dieser kurzen Übersicht über den Stellenwert des Schmerzes im Verlauf der ›Geburt der Psychoanalyse‹ festzuhalten, dass im sog. Manuskript L (Freud, 1897a) die Schmerzen aus einer »Fixierung«, mithin »nicht direkt« aus einer »Fixierungsempfindung«, sondern einem Wiederholungsvorgang herrühren, der noch nicht zur Dimension des Todestriebes gehört und den Freud daher als »absichtliche Wiederholung« bezeichnet. In dieser dem Schmerz gewidmeten Mitteilung gibt er folgendes Beispiel:

Das Kind stößt sich an eine Kante, Möbel etc. und berührt sich dabei ad genitalia, um eine Szene zu wiederholen, bei welcher die jetzt schmerzhaft, damals an die Kante gedrückte Stelle der Fixierung diente (Freud, 1897a, S. 171).

Soweit im Wesentlichen zur psychoanalytischen Theorie, die als solche aufgrund des spezifischen Platzes des Schmerzphänomens in der freudischen Theoriebildung durchgängig von dieser Thematik durchzogen bleibt. Man muss lediglich das Hauptregister der *Gesammelten Werke* zum Begriff ›Schmerz‹ (Freud, 1999, S. 544ff.) konsultieren, um sich – im Gegensatz zu der diesen Stellenwert des Schmerzes unterschlagenden Übersetzung ins Französische – über die Bedeutung des Schmerzes innerhalb der und für die Psychoanalyse Rechenschaft abzulegen.

Mit der hier vorgestellten Ausarbeitung wurde versucht, freudsche Spuren wieder aufzunehmen, sie in Hinblick auf neurophysiologische Fortschritte, auf psychoanalytische Konzepte (der Angst, der Kastration, des Symptoms, der Schuld und insb. des Masochismus) sowie vor allem in Hinblick auf die klinische Praxis wirken zu lassen.

Der Schmerz erweist sich als in verschiedener (kontinuierlicher, sporadischer, chronischer, unfallbedingter, sehr unterschiedlich – oder auch nicht – an eine Erkrankung gebundener, körperlich – nicht – lokalisierbarer usw.) Form aktiv, doch behält er in all diesen Fällen den Stellenwert eines Zeichens. Das Zeichen ist für sich nicht interpretierbar, doch

es macht den Kliniker auf eine Verlusterfahrung aufmerksam. Auf einen Verlust, der immer mit dem ursprünglichen Verlust in Beziehung steht...

### Verlust, eine irreversible Erfahrung

Psychoanalytiker sind gewohnt, den existentiellen Schmerz als eine Evidenz anzuerkennen. Dies reicht vom Unbehagen in der Kultur bis hin zum Mangel an Genießen. Der Schmerz ist *a priori* zwangsläufig ursprünglich. Leiden entspringt im weitesten Sinne und in seiner Symptombedeutung aus der Verschränkung von Lebens- und Todestrieben. Man könnte von einer phallischen Verwicklung sprechen, bei der sich alle Triebaspekte als miteinander unter dem Primat des Phallus (der Kastration) vermischt erweisen, sodass alle Strebungen durch diese Verknotung beider Triebe am – durch den Schmerz angezeigten – Ort bzw. der Kluft des Mangels ausgerichtet und zusammengehalten werden.

Nietzsche hatte bereits vor Freud die These von der Sinnhaftigkeit an sich, und sei es nur von seinem eigenen Schmerz ausgehend, verworfen. In der Philosophie wurde diese Fragestellung zwischen Gedanke und Schmerz ebenfalls von Heidegger behandelt, der sich diesbezüglich auf Hölderlin bezieht: »Ein Zeichen sind wir, deutungslos« (Hölderlin, 1803). Hinter den verschiedenen Fiktionen, Täuschungsmanövern und Maskierungen des Denkens, der Fantasmen und der Symptome verbirgt sich jener Abgrund, der eine Ahnung vom Subjekts begründet.

Von dem Moment an, wo der Schmerz mit dem ersten Verlust verbunden ist, d. h. noch vor der Einsetzung des Wiederholungszwangs, und wo sich die Lust am Leiden das erste Mal in der Selbstbestrafungsreaktion auf diesen Verlustschmerz manifestiert, d. h. im Fort-Da-Spiel (als Wiederholung dessen, das Schmerz zufügt), wird uns bestätigt, dass das, was man als Masochismus bezeichnet, zwangsläufig an einen – frühen – Prozess der Symbolisierung gebunden ist.

Das Konzept der ›logischen Zeit‹ trägt dazu bei, die zeitliche Vornahme des Schmerzes in seiner vorauslaufenden Beziehung zur Symptombildung aufzudecken. In diesem Sinne kann die Herausbildung der Objekte nur auf den Objektverlust folgen. Es gibt kein Objekt, wenn

diesem nicht sein Verlust vorausging. Assoun hat durchaus Recht, wenn er anmerkt:

Die entscheidende Frage dürfte sein: Was ist abgelaufen? Was ist verschwunden? Was bleibt? Das Subjekt der Separation (er)zeugt sich buchstäblich selbst durch dieses Ereignis, an dem es – allerdings lediglich per definitionem – in höchstem Grade beteiligt ist, dieses jedoch nicht beherrscht. Tatsächlich ist der einzige Index seines Erlebens – sofern man daran festhält, den Begriff ›Schmerz‹ in einem objektiven und subjektiven Sinn, mit einer Unterscheidung zwischen Innen und Außen, zu verwenden – darin zu finden, dass es wehtut. Die Separation wird im ›Perfekt‹ konjugiert, der Schmerz im Indikativ Präsens (1994, S. 407).

Wenngleich dieser grundlegende Verlust zahllosen Nachhall in der psychoanalytischen Literatur erfahren hat, ist es verwunderlich, dass der Schmerz, der Freud zufolge doch eine entscheidende Spur dieser Lücke ist, bei seinen Nachfolgern keine größere Resonanz gefunden hat.

Es ist vermutlich auch die Nähe des Subjekts zum Nichts, zur Abwesenheit, zum Mangel in seinem Schmerzerleben, die ›Schmerz‹ immer wieder mit dem Weiblichen in Verbindung bringt und – ähnlich dem Französischen mit ›la douleur‹ – ursprünglich im Althochdeutschen als die ›smerza‹, im Mittelhochdeutschen als die ›smerze‹, im Mittelniederdeutschen als die ›smerte‹ bzw. die ›smarte‹ ein Femininum bildete (vgl. Heyne et al., 1991, S. 1036). Dies nicht nur wegen der Beziehung des Weiblichen zur Kastration, zum Mangel, zum Genießen in seiner Verschränkung mit einem leibhaftigen Mangel, sondern auch angesichts ihrer unterschiedlichen Bezeugungen eines Wissens um dieses Nichts. Literarische Werke von Frauen, wie die von Marguerite Duras<sup>5</sup>, vertreten eine Askese des Mangels, des Nichts, die das Spezifische ihrer Arbeiten ausmacht.

## Paradigmatischer Schmerz

Selbstverständlich kann Mutterschaft aus einer Perspektive betrachtet werden, die die Sackgassen des Kastrationsmodells vermeidet, in dem das quasi geheiligte Kind die Funktion einer phallischen Prothese erhält und somit der Mutter (analog zum ›Minderwertigkeitskomplex‹ bei Freud) eine ›Überwertigkeit‹ verleiht. Doch enthält sie für die Frau insofern eine illusionäre Befriedigung, als diese eben nicht mehr ›Frau‹ ist, sondern nunmehr als ›Mutter‹ vorgestellt wird. Wenn Freud ausführt, dass »nur das Verhältnis zum Sohn [...] der Mutter uneingeschränkte Befriedigung« bringt, »kann die Mutter den Ehrgeiz übertragen, den sie bei sich unterdrücken musste, von ihm die Befriedigung all dessen erwarten, was ihr von ihrem Männlichkeitskomplex verblieben ist« (Freud, 1933, S. 143). Infolgedessen bedenkt die Begegnung der Frau mit der Mutterfunktion diese insofern – zumindest vorübergehend – mit einem Phallus, als sie in dieser Funktion phallisch fungiert. Folglich bietet sich ein Bisexualitätsmodell da an, wo die Frau im Besitz des Phallus (des Kindes) sowohl Mann wird als auch (in ihrer vaginalen Ausstattung) zugleich Frau ist. Die schwangere Frau ist nicht mehr kastrierte Frau und erlebt sich um so mehr als Gefangene einer mütterlichen Doppelung: In einer ersten Phase ist sie phallisch, dann bei der Geburt – wieder – kastriert.

Erst recht, wenn der Tod der Mutter ihr Kind nimmt, erreicht der Schmerz den höchsten Grad dieses Nichts, die ihr Mutter zu sein verhiess. Die Geschichte der um ihre Tochter Persephone trauernden Demeter ist ein klassisches Beispiel für die der Frau eigene ursprüngliche Schwermut (Juranville, 1993).

Die Geburtsschmerzen markieren einen entscheidenden (phallischen) Verlust, sofern die Geburt des Kindes nicht, wie dies gelegentlich der Fall ist, verleugnet wird. Hiervon zeugen auch die illusorischen Versprechungen einer schmerzfreien Niederkunft. Selbstverständlich ist die Periduralanästhesie ein Fortschritt ohnegleichen. Doch einerseits wird sie wegen der analgetischen Auswirkungen des Morphins nicht durchgängig angewandt: Eine große Zahl von Frauen beklagt, unter der Periduralanästhesie Schmerzen gehabt zu haben. Ihre Klagen sind um so bewegend, als

sie zugleich darunter leiden, dennoch nicht verspürt zu haben, wie ihr Kind ›davongeht‹ und sie ›verlässt‹. Andererseits kann auch eine ›effiziente‹ Anästhesie nicht unbedingt den Schmerzscrei im Augenblick der sog. ›Nachgeburt‹ verhindern: Selbst für noch so ›vorbereitete‹ Frauen stellt dies eine plötzliche und schockierende Trennung dar, die in der Konsequenz eine im ›baby blues‹ – in den drei Tagen nach der Geburt – stattfindende ›Nichtung‹<sup>vi</sup> des unbestreitbaren kindlichen Subjekts zur Folge hat. Auch Frauen, die ihr Kind mit – einem planmäßig unter Anästhesie vorgenommenem – Kaiserschnitt zur Welt bringen, benötigen oft einige Zeit, um die Trennung anzuerkennen, und neigen (in den 15 Tagen bis drei Wochen nach der Endbindung) häufiger zur Entwicklung nachgeburtlicher Depressionen, die länger und auch schmerzhafter sind, als die postpartale Depression am dritten Tag nach der Geburt.

Schmerz kennzeichnet offensichtlich durchgängig die Begegnung mit der Kluft, mit dem Moment der Trennung; er markiert den Moment, in dem einschließende Angst das eventuelle Auftauchen des Objekts anzeigen würde. Die Verbindung jeden – als körperlich bezeichneten – Schmerzes mit dem ›psychischen Apparat‹ kann zweifelsohne mühelos in der besonderen Beziehung der Frau zum Trieb erkannt werden. In seiner Arbeit über die Verdrängung definiert Freud den Schmerz bereits als ›Pseudotrieb‹.

Wenn die hysterischen Symptome der Analysantinnen bei Freud allesamt in Form von Analgesien, Parästhesien und anderen, dem Schmerz entgegengesetzten Mechanismen auftreten, weisen sie dem Schmerz einen besonderen Platz zu, und sofern sie ihn nicht – durch unterschiedliche masochistische und allerhand Opfer bringende Manöver – provozieren, bleibt er ihnen mindestens fremd. Denn der Schmerz steht hier – indem dem weiblichen Genießen keine phallische Existenz im Symbolischen zukommt, sondern ein ›Mehr-Genießen‹<sup>6</sup> eigen ist – für eine Form von Ex-sistenz.<sup>viii</sup> Auf diese Weise wird ein Nichts zum Objekt seiner fantasmatischen Suche. Wenn das Symptom, wie Lacan (1974, S. 14) sich ausdrückt, »das Zeichen dafür ist, dass etwas im Realen nicht gut läuft«, muss der Schmerz als Antwort des Realen auf etwas, das im Symbolischen nicht optimal verläuft, verstanden werden. Wenn sich ein Sym-

ptom wie der Schmerz auf das Triebgeschehen stützt, erweist es sich immer als strukturell väterlich geprägt. Im Französischen spricht man bezüglich der Urheberschaft daher von einer ›Vaterschaft‹ (›paternité‹) der Symptome. Allerdings verweist uns die klinische Erfahrung angesichts der engen Verbindung des Schmerzes mit der Weiblichkeit unentwegt auf das Register der Triebdynamik und auf den a-signifikanten Schrei. Hier von kann der Schrei der gebärenden Frau in der Tat ein ›Sinnbild‹ sein. In dieser Hinsicht kann dann im Französischen ebenso von der ›Mutterschaft‹ (›maternité‹) des Schmerzes gesprochen werden.

Aus den genannten Gründen hat Schneider (1989) den Schmerz dann auch als ein Phänomen denken können, das ausschließlich dem Strukturbereich der Psychose angehört. In der Tat ist der Psychosekranke mit seinen wesentlich zersplitterteren Sekundärprozessen in viel engerer, weil direkterer Beziehung zum Schmerz. Allerdings kann jedermann quasi selbst bezeugen, dass er den Schmerz auch diesseits einer solchen psychischen Strukturierung erfahren kann. Und insoweit er menschliche Eigenschaften hat, mithin der Sprache mächtig ist, riskiert jeder, ihn nur gelegentlich und allenfalls punktuell vermeiden zu können.

*(Aus dem Französischen von Ulrich Kobbé)*

#### ► Anmerkungen

- \* Französischsprachige Erstveröffentlichung s. Croix (2004).
- 1 Ich habe diese Frage u. a. in einer Arbeit über den Schmerz näher ausgeführt (vgl. Croix, 2002).
- 2 Zu dieser grundlegenden Unterscheidung zwischen Körper und Organischem vgl. Croix, 2002, Kap. I.
- 3 Zur Sprache Freuds und zur Zeichentheorie des ›Schmerzes‹ bzw. ›Leidens‹ vgl. Croix, 2002, S. 105.
- 4 Die beiden Kapitel über den Schmerz werden im Laufe einer Folge von Bemerkungen über das Funktionieren des psychischen Apparates vorgestellt, was im II. Teil des Artikels über die Psychopathologie (der Hysterie) nicht mehr der Fall ist; ihre Hypothesen über das Schmerzerleben werden im III. Teil jenes Artikels mit



dem ›Versuch, die normalen Y Vorgänge darzustellen‹ (Freud, 1895b, S. 451-477) wieder aufgegriffen.

- 5 Denken wir an eine ihrer letzten Arbeiten, *C'est tout – Das ist alles* (Duras, 1996), die in der Lage ist, die Spannung des Schreibens, wenn diese vom (Ab)-Grund der Angst aufsteigt, zurückzubringen – ganz zu schweigen von ihrem Tagebuch *Der Schmerz* (Duras, 1994)...
- 6 Das ›Mehr-Genießen‹ ist der Definition Lacans zufolge dem Begriff des ›Mehrwerts‹ bei Marx analog, man könnte sagen: Gewinn pur.<sup>vii</sup>

### ► Anmerkungen des Übersetzers

- i im franz. Original »*conviction inverse*«: »*inverse*« = wörtlich: umgekehrt, entgegengesetzt, umgestülpt, umgepolt; hier übersetzt als ›widersinnige Überzeugung‹.
- ii ›*topologisch*‹ = (1) die Lage oder Anordnung geometrischer Gebilde im Raum, (2) die Wortstellung im Satz betreffend. In der lacanianischen Psychoanalyse dienen topologische Modelle der Veranschaulichung einer bereits von Freud konstatierten ›Verräumlichung‹ der Psyche. Dabei sind diese topologischen Räume nicht auf den euklidischen (zwei- und dreidimensionalen) Raum oder andere dimensionale Räume beschränkt, sondern ohne Bezug zu Entfernung, Größe, Fläche und Winkel durch Eigenschaften der Kontinuität, Kontiguität und Abgrenzung determiniert, sodass weder die topischen Begriffe Freuds noch die topologischen Darstellungen Lacans physisch oder anatomisch lokalisiert oder verwechselt werden dürfen. Sie dienen lediglich dazu, den Strukturbegriff der Psyche ohne imaginative oder metaphorische Überfrachtung intellektuell zu veranschaulichen.
- iii Die Autorin ›spielt‹ mit dem Begriff der »*superposition*« (= Übereinanderschichtung, Überlagerung, Überdeckung, Überschneidung) als einer »*superposition*« i. S. einer *super* Position, einer supertollen Über-Stellung (des Leidens) über ein Unterstelltes (den Schmerz), und kommentiert hierzu: »Innerhalb dieses typisch französischen Wortspiels (das Englische, Deutsche und viele weitere Sprachen verzichten auf derartige Konfusionen) scheint sich fortwährend ein Bestreben abzuspüren, die Subjektivität vom Erleben des Subjekts (das nur durch sich selbst subjektiv zu sein vermag, eben weil es sich um Empfindungen handelt) zu befreien.«
- iv *Cotard-Syndrom*: »Das Cotard-Syndrom (nach Jules Cotard, Paris, 1840–1889, ›*delire des negations*‹) bezeichnet ein Krankheitsbild, bei dem die Personen irrig davon überzeugt sind, dass sie tot seien, nicht existieren, verwe-

- sen oder ihr Blut oder innere Organe verloren haben. Dieses Krankheitsbild findet sich meist bei schizophrenen oder affektiven Psychosen, auch bei temporoparietal lädierter nicht dominanter Hirnhälfte und Migräne vorkommend. Häufig ist das Cotard-Syndrom eine Folge schwerer Hirnerkrankungen« (Online-Publikation: <http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Cotard-Syndrom&oldid=56740715>; Stand: 17.07.2009).
- v Das lacanianische Konzept einer ›logischen Zeit‹ differiert vom Begriff der linear-chronologischen Zeitlichkeit und konzeptualisiert die das menschliche Handeln strukturierende, intersubjektive Zeit. Es weist eine Dreierstruktur mit drei Momenten, (1) dem Augenblick des Sehens, (2) der Zeit des Verstehens, (3) dem Augenblick des Schließens, auf und macht intersubjektive Logiken mit ihren Besonderheiten der Nachträglichkeit und der Vorwegnahme zugänglich.
- vi ›Nichtung‹: Ein psychodynamischer Vorgang, der mit Negativhalluzinationen vergleichbar ist. Er wird für ein Konfliktbewältigungsgeschehen verwendet, das u. a. durch eine aktive Schutz- und Filterfunktion i. S. einer Verleugnung (bzw. Verwerfung) gekennzeichnet ist.
- vii Unter Bezugnahme auf die Unterscheidung – und Gegenüberstellung – von ›Genuss‹ und ›Lust‹ bei Hegel und Kojève arbeitet Lacan das Lustprinzip als Einschränkung des Genießens heraus, demzufolge es darum gehe, i. S. der Ökonomie des homöostatischen Lust-Unlust-Prinzips, d. h. paradoxerweise so wenig wie möglich zu genießen. Jenseits dieser Grenze und angesichts einer Lust an der Grenzüberschreitung gerät diese Lust zum Schmerz. Diese ›schmerzhaft Lust‹ identifiziert Lacan nicht nur als das Genießen (›Genießen ist Leiden‹), sondern beschreibt sie in Analogie zum Mehrwert-Begriff als ›Mehr-Genießen‹, augenzwinkernd als eine Art ›Marxlust‹.
- viii Mit dem Neologismus ›Ex-sistenz‹ drückt Lacan die Vorstellung aus, dass dem Subjekt sein ›Wesenskern‹ radikal fremd und so äußerlich ist, dass es als ›unmögliche‹ singuläre Ex-sistenz entstellt und sprachlich nicht zu (er)fassen, mithin eine unaussprechliche, ›stupide‹ Existenz sei.

## ► Literatur

- Allouch, Jean (1995). *Érotique du deuil au temps de la mort sèche*. Paris: EPEL.
- Assoun, Paul-Laurent (1994). Du sujet de la séparation à l'objet de la douleur. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, 42 (8/9), 403-410.
- Croix, Laurence (2002). *La douleur en soi, de l'organique à l'inconscient*. Toulouse: Érès.

- Croix, Laurence (2004). L'inévitable douleur du sujet. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 8 (2) / 23, 11-23.
- Duras, Marguerite (1994). *Der Schmerz*. München: DTV.
- Duras, Marguerite (1996). *C'est tout. Das ist alles*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Freud, Sigmund (1893). Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene (Vortrag). In ders. (1999), *Gesammelte Werke, Nachtragsband* (S. 181-195). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, Sigmund (1895a). Studien über Hysterie. In ders. (1999), *Gesammelte Werke, Bd. I* (S. 75-312). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, Sigmund (1895b). Entwurf einer Psychologie. In: ders. (1999), *Gesammelte Werke, Nachtragsband* (S. 387-486). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, Sigmund (1895c). Brief vom 07.01.1895 (Manuskript G). In ders. (1962), *Aus den Anfängen der Psychoanalyse 1887-1902: Briefe an Wilhelm Fließ* (S. 92-97). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, Sigmund (1897a). Brief vom 02.05.1897 (Manuskript L). In ders. (1962), *Aus den Anfängen der Psychoanalyse 1887-1902: Briefe an Wilhelm Fließ* (S. 170-172). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, Sigmund (1897b). Brief vom 31.05.1897 (Manuskript N). In ders. (1962), *Aus den Anfängen der Psychoanalyse 1887-1902: Briefe an Wilhelm Fließ* (S. 180-183). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, Sigmund (1905). Psychische Behandlung (Seelenbehandlung). In ders. (1999), *Gesammelte Werke, Bd. V* (S. 287-315). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, Sigmund (1915). Die Verdrängung. In ders. (1999), *Gesammelte Werke, Bd. X* (S. 248-261). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, Sigmund (1916a). Metapsychologische Ergänzung zur Traumlehre. In ders. (1999), *Gesammelte Werke, Bd. X* (S. 411-426). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, Sigmund (1916b). Trauer und Melancholie. In ders. (1999), *Gesammelte Werke, Bd. X* (S. 427-446). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, Sigmund (1926). Hemmung, Symptom und Angst. In ders. (1999), *Gesammelte Werke, Bd. XIV* (S. 111-205). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, Sigmund (1933). Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In ders. (1999), *Gesammelte Werke, Bd. XV* (S. 6-197). Frankfurt am Main: Fischer.
- Heyne, Moriz, Meiszner, Rudolf, Seedorf, Henry & Meyer, Heinrich (Bearb.) (1991). *Deutsches Wörterbuch von Jacob und Wilhelm Grimm, Bd. 15*. München: DTV.

- Hölderlin, Friedrich (1803). Mnemosyne (Zweite Fassung). In Peter Härtling (Hrsg.) (1988), *Friedrich Hölderlin* (S. 501-503). München: Goldmann.
- Juranville, Alain (1993). *La femme et la mélancolie*. Paris: PUF.
- Lacan, Jacques (1974). *Le Séminaire, Livre XXII: RSI*. [Transkript vom 10.12.1974]. Online-Publikation: <http://www.ecole-lacanienne.net> (Stand: 17.07.2009).
- Leriche, René (1937). *La douleur*. Paris: Masson.
- Pontalis, Jean-Bertrand (1998). Über den (psychischen) Schmerz. In ders., *Zwischen Traum und Schmerz* (S. 222-238). Frankfurt am Main: Fischer.
- Schneider, Michel (1989). *La tombée du jour: Schumann*. Paris: Seuil.