

> Unterschiede im Schmerzerleben von Frauen und Männern

Minirock und Muskelshirt

GU DRUN SILBERZAHN-JANDT

Es herrschen zahlreiche Klischees zum unterschiedlichen Schmerzempfinden bei Frauen und Männern vor. Meist schneiden Letztere bei einem Vergleich nicht gut ab. Angeblich sei schon eine Erkältung für sie eine harte Probe. Aber was ist dran an diesen Vorurteilen? Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede beim Erleben von Schmerz? Und wenn ja, wie erklärt die Forschung diese Unterschiede? Die Autorin geht im folgenden Artikel diesen Fragen auf den Grund und beschreibt die Ursachen.

Auf die Frage, welche Unterschiede im Schmerzerleben von Männern und Frauen auffallen, entsteht unter Pflegekräften vermutlich eine sehr lebendige und kontroverse Diskussion über Klischees und Stereotypen – und jeder kann Geschichten aus dem Berufs- oder Privatleben erzählen: „Männer sind wehleidiger, die jammern schon bei einem Schnupfen“, „Frauen können mit Schmerzen umgehen, allein durch die regelmäßigen Menstruationsschmerzen“, „Wenn Männer Kinder gebären müssten, wäre die Menschheit längst ausgestorben.“ Solche Urteile sind in vielen Variationen bekannt. Nachdem die Forschung das Thema lange ignorierte, gibt es inzwischen vereinzelt Studien, die sich mit Schmerzhäufigkeit, Schmerzempfinden und Schmerztherapie unter geschlechtsspezifischen Aspekten befassen.

Schublade auf, Patient rein

Pflegepersonal tritt in jeder Pflegesituation in Beziehung mit dem Gegenüber, wobei der erste Kontakt zugleich zu einer Kategorisierung in Geschlecht, Alter usw. führt. Zusätzlich schätzen Pflegenden unwillkürlich den Pflegebedarf und das Schmerzverhalten ein. Bereits beim ersten Taxieren beziehen Pflegenden das zukünftige pflegerische Handeln auf erlerntes, reflektiertes sowie vermeintliches Wissen und auf Erfahrung. Das Paradigma, die Individualität des Hilfesuchenden zu beachten, verschwindet in den Schubladen, die Pflegenden als kategoriales System beim ersten Zusammentreffen öffnen. Kategorien mögen manchmal hilfreich sein, sie können sich

aber auch als Falle entpuppen. Schmerz ist immer subjektiv. Für Pflegepersonal und medizinische Fachleute sind geschlechtsspezifische Analysen des Schmerzes, Studien zur Quantität, Qualität und dem Erleben von Schmerz, zur Pharmakologie und anderen Therapiemethoden, notwendig.

Geschlechtersensible Pflege nimmt zwei Seiten in den Blick: Zum einen sind da die biologischen, das heißt chromosomalen, hormonellen und stoffwechselbezogenen Geschlechtsunterschiede, also das, was die Geschlechterforschung als „Sex“ bezeichnet. Zum anderen berücksichtigt sie die sozialen und kulturellen Besonderheiten des Mann- oder Frau-seins, die unterschiedlichen Lebensentwürfe und Lebenswelten, das, was die Forschung als „Gender“ bezeichnet. Ein erster Schritt, um geschlechtersensibel mit Patienten umzugehen, ist, sich die eigenen kategorialen Vorurteile bewusst zu machen.

Sexy Frauen machen Männer leidenschaftlicher

Epidemiologische Studien zu Schmerzerfahrungen in Westdeutschland förderten 1975 geschlechtsbezogene Unterschiede zu Tage. Die Forscher stellten fest, dass Frauen signifikant häufiger als Männer starke Glieder-, Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen angeben. In der 1994 erfolgten Vergleichsstudie zeigten sich geschlechtsspezifische Unterschiede und eine vermehrte Häufigkeit bei Frauen nur noch bei Nacken- und Kopfschmerzen (Brähler et al. 1999). Der im Jahr 1998 erstellte Bundesgesundheitsurvey zeigt, dass Frauen alle

Schmerzen außer dem Brustschmerz häufiger nannten (Bellach 1999). Die Krankheits- und Symptommhäufigkeit bei der Fibromyalgie ist beispielsweise achtmal höher als bei Männern, bei anderen Schmerzarten wie Gelenk- oder Schulterschmerz um das 1,5- bis zweifache. Neben dem Geschlecht werteten die Forscher auch Alter, Bildung und kulturelle Herkunft mit aus. Die Gesamtschau ergab, dass diese Kategorien nicht so bedeutend waren, wie das Geschlecht. Lediglich bei einigen hormonell verknüpften Schmerzarten, wie Brust- und Unterleibsschmerzen, spielte das Alter eine Rolle: Nach dem Klimakterium nahmen die Beschwerden ab.

Neben der Häufigkeit und einer größeren Zahl von betroffenen Körperteilen, leiden Frauen unter intensiveren, stärkeren sowie länger dauernden Schmerzen (Zimmer-Albrecht 2007). Dies zeigt sich in klinischen Studien wie auch bei experimentell, durch Hitze- oder Kältereize erzeugtem Schmerz unter Laborbedingungen. Die Schwierigkeit, Studien zu beurteilen, zeigt sich, wenn Forscher die Versuchsbedingungen bewusst verändern und diese Faktoren mit auswerten. So ließen sich beispielsweise Geschlechterstereotypen und -erwartungen in einer Studie deutlich nachweisen. Hier gaben Männer Schmerzen gegenüber einer attraktiven weiblichen Versuchsleiterin mit knappem Minirock später und in geringerem Ausmaß zu als bei einem unauffällig gekleideten männlichen Versuchsleiter. Frauen hingegen signalisierten Schmerzen bei einem anziehenden sportlichen Mann im Muskelshirt etwas – aber nicht signifikant – früher und häufiger (Levine et al. 1991). Studien, die mit einer kleinen Probandenzahl arbeiten, berücksichtigen in der Regel keine biographischen Erfahrungen der Versuchspersonen, die das Schmerzerleben in großem Maße beeinflussen (Traumata, Gewalt oder Formen des Missbrauchs).

Die wissenschaftlichen Ergebnisse sind längst nicht schlüssig erklärt. Sicher scheint, dass das Zusammenspiel biologischer, soziokultureller und psychologischer



Während Frauen im Experiment bei attraktiven Männern früher angeben, Schmerzen zu empfinden, ist es bei Männern umgekehrt: Werden sie von attraktiven Frauen über ihre Schmerzen befragt, geben sie diese erst später zu.

scher Faktoren das Schmerzempfinden sowie die Strategien und den Erfolg der Schmerzbewältigung beeinflusst.

Die Biologie des Schmerzempfindens

Zum biologischen Faktor des Schmerzempfindens und -verarbeitens liegen die meisten Studien vor. Insbesondere beleuchten Forscher, wie Sexualhormone – Östrogen und Progesteron – die Schmerzempfindlichkeit beeinflussen. Diese haben über die Neurotransmitter Serotonin, Noradrenalin und Dopamin sowie weitere Aminosäuren einen wesentlichen Einfluss auf das zentrale Nervensystem. Östrogen verstärkt die Schmerzweiterleitung an den Synapsen. Progesteron und Testosteron sind die Gegenspieler und reduzieren das Schmerzempfinden. Vor der Menstruation und am Ende der Schwangerschaft empfinden Frauen Schmerzen weniger stark, was das zyklusabhängige Auftreten von Migränekopfschmerz erklärt. Auch gibt es Hinweise darauf, dass Sexualhormone auch auf periphere Nerven und Nozizeptoren wirken. Überdies scheint es auf chromosomaler, genetischer Ebene Faktoren zu geben, die den Schmerz beeinflussen. Obgleich dieses Wissen seit langem vorliegt, berücksichtigen Pharmakologie und medikamentöse Schmerztherapie die unter-

schiedlichen biologischen Parameter von Männern und Frauen bisher kaum. Die Pharmaindustrie testet Medikamente fast ausschließlich an Männern und überträgt die Ergebnisse auf Frauen. Geschlechtsspezifische Schmerztherapien finden kaum Eingang in medizinisches Handeln und dies, obgleich neuere Untersuchungen eindeutig die unterschiedlichen Wirkungen vieler Medikamente bei Männern und Frauen beschreiben.

Pflegende sollten sich nicht scheuen, in ihrer beratenden Funktion ihr Wissen dem medizinischen Personal wie auch den Hilfe suchenden Schmerzpatienten zu vermitteln.

Opioide greifen an unterschiedlichen Rezeptoren – bezeichnet mit griechischen Buchstaben wie μ (Mü) oder κ (Kappa) – entweder agonistisch oder antagonistisch an. Studien zu bestimmten Schmerzsituationen zeigten: Frauen reagieren deutlich besser als Männer auf Opioide, die sowohl ein agonistisch als auch ein antagonistisches Rezeptorenspektrum abdecken und ihre Wirkung vermehrt über den κ -Rezeptor vermitteln (zum Beispiel Oxycodon). Bei Männern können Opioide, die am μ -Rezeptor angreifen, Schmerzen sehr gut lindern. Für alle Opiate gilt, dass Männer eine höhere und Frauen eine geringere Dosis benötigen und Frauen dennoch häufiger und stärker unter Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen leiden.

Zu den bedeutenden soziokulturellen und psychologischen Faktoren des Umgangs mit Schmerzen gibt es kaum Studien. So mag eine Frau, die mehrfach belastet ist (Mutter, Berufstätige, Hausfrau), zwar häufiger und intensivere Schmerzen haben. Gleichzeitig kann dieser Druck aber auch als Salutogenesefaktor wirken, also den Erhalt von Gesundheit fördern. Sozialisationsbegründetes Verhalten könnte der Grund dafür sein, dass Frauen und Männer Schmerz unterschiedlich äußern und unterschiedlich erklären und damit auch andere Strategien zur Schmerzreduktion verwenden. Linguistische Studien und Berichte von Männern und Frauen über ihre Schmerzerfahrung belegen dies. Die Sprachwissenschaftlerin Johanna Lalouschek untersuchte die geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Beschreiben von Thoraxschmerz und konnte zeigen, dass das offen strukturierte Gespräch für Anamnese, Diagnostik und Therapie sehr bedeutend ist (Lalouschek et al. 2005).

Das sprachliche Schmerzrepertoire

Die Alltagssprache besitzt ein sehr differenziertes und metaphorisches Repertoire, um Schmerzen zu beschreiben. Außer den in Schmerzbögen meist abgefragten Items zur Schmerzqualität – wie

Schärfe und Rhythmik – ist die affektive Komponente des Schmerzleidens sehr wichtig. Wenn jemand äußert, der Schmerz sei unerträglich, lähmend, nicht mehr auszuhalten, so illustriert er die Dimension für den Alltag. Denn der Schmerz überschattet alles Tun und Denken.

In offenen Befragungen treten eigene Metaphern und Vorstellungen zu Tage: „Als wenn das gesamte Kreuz auseinanderbrechen würde“, „Als ob mir jemand den Kopf mit einer Schraubzwinge zusammendrückt.“ Diese Metaphern zeigen, was Schmerz lebensweltlich bedeutet, welche Ressourcen diese Menschen haben, und sie helfen, die Ziele einer Schmerztherapie zu verdeutlichen.

Geschlechterspezifische Unterschiede stellten sich bei vier relevanten Umgangsformen dar: Männer präsentierten sich in der Art, wie sie Schmerz beschrieben, als Experten und nutzten den Schmerz als Diagnoseinstrument. Frauen ordneten ihren Schmerz in ihre Lebenswelt ein, bezogen das familiäre Umfeld in die Sorgen ein und benutzten viele unbestimmte oder verkleinernde Wendungen wie „ein bisschen“. Frauen begaben sich damit in die Hand der medizinischen und pflegerischen Experten. Beim Beschreiben von Schmerzen fiel auf, dass Frauen, unabhängig vom Alter, ihren Schmerz eher lange Zeit ertrugen und als unbedeutend abqualifizierten. Sie kontaktierten erst spät einen Arzt, welcher sie aufgrund ihrer diffusen, unpräzisen Art, den Schmerz darzustellen, oft kaum ernst nahm. Männer hingegen sprachen sehr überzeugend von ihrem Schmerz und konnten konkrete Angaben zum zeitlichen Verlauf, zur Stärke und zur Schmerzart sowie zu den Bewältigungsstrategien machen. Ihre Aussagen stuften die Forscher als relevant ein.

Die bei anderen – vor allem chronischen Schmerzarten – bei Frauen häufig zu findende Art, zu katastrophisieren, fiel in dieser Studie nicht auf. Darstellungen wie „Ich kann vor lauter Schmerzen nicht mehr aus dem Haus“ verweisen auf einen möglichen Rückzug, auf die depressive Komponente des Schmerzes und auf Angst. Sie verstärken den Schmerz. Gleichwohl sind hier Signale zu Zielen und Ressourcen der Schmerztherapie angesprochen. Dass aber Frauen eher zu schmerzbezogener Depressivität neigen,

Zusammenfassung

Frauen und Männer, so zeigen große epidemiologische Studien, leiden unterschiedlich häufig und stark unter Schmerzen. Das Geschlecht – Sex und Gender – ist die Kategorie, die durchgehend bedeutsamer ist als kulturelle Faktoren, Bildung oder Alter. Frauen und Männer reagieren anders auf Schmerzmedikation und weitere Therapieansätze. In der oft sehr bildreichen Sprache über die Beschwerden stecken viele Hinweise auf Ressourcen und auf Ziele der Therapie. Neben den Standards muss das offene Gespräch als Basis der Informationen deutlicher als bisher genutzt werden und die Pflege sollte sich dabei noch mehr als Mittlerin präsentieren.

Schlüsselwörter: Schmerzempfinden, geschlechtersensible Pflege, Gender

ist nicht eindeutig nachgewiesen. Vielmehr gibt es Hinweise darauf, dass das Gesamtniveau an Depressionswerten von Männern und Frauen gleich hoch ist, bei Frauen jedoch abhängig von der Schmerzintensität und bei Männern von den durch Schmerz hervorgerufenen körperlichen Einschränkungen. Die Diffusität, die in der Diagnostik bei Frauen zu später und damit risikoreicher Behandlung führen kann, zeigt sich auch bei den Copingstrategien und der Offenheit gegenüber vielfältigen Therapieansätzen. Frauen sprechen eher über ihre Schmerzen – sei es mit Freunden, im Familienkreis oder in Selbsthilfegruppen – und können diese so lindern. Sie nutzen neben der medikamentösen Therapie häufiger auch physiotherapeutische oder psychologische Angebote. Inwieweit seelsorgerliche Gespräche unterstützend wirken und sich hier geschlechtsspezifische Unterschiede in der Bedeutung der Religion manifestieren, ist nicht untersucht. Der Gedanke von Schmerz als Strafe Gottes fordert dazu auf, Schmerzen zu erdulden. Die Idee, eine Linderung des Schmerzes sei gottgewollt, kann bei chronischen Schmerzen zu Sinnkrisen führen.

Schlussfolgerungen

Die Schmerztherapie fordert alle im Gesundheitssystem Arbeitenden heraus. Die Aufgabe der Pflegefachkräfte liegt darin, blinde Flecken mit aufzudecken, wobei das Wissen um Geschlechterdifferenzen hilfreich ist. Pflegepersonal hat den umfangreichsten Kontakt mit den Erkrankten und kann durch differenziertes Fragen und genaues Hinhören die mit dem Schmerz verbundenen Probleme wahrnehmen.

Das alleinige Nutzen von Schmerzska- len ist bei komplexen Situationen

unzureichend. Zwar können Pflegende die Schmerzqualität abfragen und in unterschiedliche Schmerzarten einordnen, doch fehlt dann die individuelle und oft auch an der Lebenswelt orientierte geschlechtsspezifische Komponente. Diese Qualität können Pflegende nur durch offenes Fragen und durch Erzählen ermitteln, welches oftmals spontan während einer Pflegesituation erfolgt. Das Pflegepersonal hat die Aufgabe, Experte und Mittler zu sein, Therapien zu koordinieren und edukativ zu wirken. Eine 2005 veröffentlichte empirische Studie zur Versorgungswirklichkeit stellte hier Nachholbedarf fest: Pflegende „fragen zwar nach dem Befinden, doch bleibt dies folgenlos und die Pflege ist aus Patientensicht für die Schmerzversorgung eher bedeutungslos“ (Müller-Mundt 2005, S. 135). Um dies zu ändern, benötigt die Pflege mehr, auch genderspezifisches Wissen. Sie muss genau zuhören und mit den Patienten kommunizieren sowie das Erfahrene in Taten umsetzen. Die Patienten artikulieren ihre Wünsche und Ziele, wie auch ihre Fähigkeiten, häufig in Form von Bildern und Geschichten. Dies zu hören und zu lenken und darauf die Maßnahmen aufzubauen, ist die fordernde Aufgabe des Pflegepersonals. <<

Literatur

Die Literatur zu diesem Artikel finden Interessierte auf unserer Homepage www.pflegezeitschrift.de unter der Rubrik „Aktuelles Heft“.

Autorenkontakt:

Dr. rer. soc. Gudrun Silberzahn-Jandt ist Kulturwissenschaftlerin, freiberufliche Dozentin und Palliative-Care-Fachkraft. Kontakt: Camererweg 1, 73732 Esslingen. E-Mail: Silberzahn-Jandt@t-online.de