

PSYCHODYNAMISCHE ASPEKTE DER ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG BEI CHRONISCH SCHMERZKRANKEN AM BEISPIEL DER SOMATOFORMEN SCHMERZSTÖRUNG

PSYCHODYNAMIC ASPECTS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PHYSICIANS AND PATIENTS WITH CHRONIC PAIN DISORDERS – AS EXEMPLIFIED BY SOMATOFORM PAIN DISORDER

Manfred E. Beutel¹⁾, Anke Höflich¹⁾, Rudolf J. Knickenberg²⁾,
Claudia Subic-Wrana¹⁾, Matthias Michal¹⁾

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund ausgewählter psychoanalytischer Modelle (Konversion, De-, Resomatisierung, Alexithymie, Mentalisierung) und Befunde lässt sich nachvollziehen, wie deprivierende oder traumatisierende kindliche Belastungen die Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung in kritischen Lebenssituationen begünstigen. Eine maßgebliche Rolle für die Chronifizierung spielen iatrogene Einflüsse, Störungen der Arzt-Patient-Beziehung, häufig auch sozialrechtliche Problemlagen. Belastungen der Arzt-Patient-Beziehung entstehen aus der Diskrepanz zwischen medizinischen Befunden und Beschwerdebild, Behandlungsmisserfolgen und deren Interpretation. Oft kommt es zu einer Spirale aus Idealisierung, Enttäuschung und Beziehungsabbrüchen. Konsequenzen für die Herstellung des Arbeitsbündnisses als Grundlage der Abklärung und Therapie werden aus psychodynamischer Sicht diskutiert.

Schlüsselwörter Chronischer Schmerz – Somatisierung – Arzt-Patient-Beziehung – psychodynamisch

Schmerzen zählen zu den häufigsten gesundheitlichen Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Wie wir in einer deutschen Repräsentativerhebung zeigen konnten (Hessel et al., 2005), litten immerhin 30 % der deutschen Bevölkerung unter Rückenschmerzen (bezogen auf das vergangene Jahr), 25 % unter Gelenkschmerzen und je 20 % unter Schmerzen in den Armen und/oder Beinen, Kopf- oder unter Gesichtschmerzen. Nach der allgemein akzeptierten Definition der International Association for the Study of Pain (IASP) ist Schmerz ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserleben, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist bzw. in Begriffen der Schädigung beschrieben wird (1986). Von chronischen Schmerzerkrankungen spricht man dann, wenn die Symptomatik über mindestens 6 Monate persistiert und an mehr als der Hälfte der Tage im Bezugszeitraum auftritt. Die Punktprävalenz chronischer Schmerzen in der Bevölkerung wird auf 10 bis 15 % geschätzt. Insgesamt nehmen chronische Schmerzen mit dem Alter zu und zeigen einen Prävalenzgipfel zwischen dem 45. und 65. Lebensjahr (vgl. Nickel und Raspe, 2003). Wenn Schmerzen chronifizieren, gewinnen psychische, emotionale und soziale Faktoren wie

Summary

Selected psychoanalytic models (conversion, de-, resomatization, alexithymia, mentalizing) and findings contribute to our understanding as to how traumatizing conditions in childhood and youth may be conducive to the development of a somatoform pain disorder occurring after critical life events in adulthood. Iatrogenic influences, disturbances of the patient-physician relationship and social/medical problems are among the formative/decisive conditions of disease chronification. Stress in the patient-physician relationship arises from the discrepancy of medical findings and complaints, treatment non-response and its interpretation. Frequently, a vicious cycle develops from idealization to disappointment and termination of treatment.

Consequences for the formation of an alliance as a basis for diagnosis and treatment are formulated from a psychodynamic point of view.

Keywords chronic pain – somatization – patient-physician relationship – psychodynamic

Aufmerksamkeitszuwendung, Katastrophisierung, depressive Reaktionen, Ängste, sozialer Rückzug oder auch soziale Anerkennung von Schmerzen zunehmend an Bedeutung für Art und Ausmaß der Schmerzempfindung und die damit verbundenen Einschränkungen.

Somatoforme Störungen zählen nach dem Bundesgesundheitsurvey mit einer Prävalenz von ca. 11 % (Wittchen und Jacobi, 2001) zu den häufigsten psychosomatischen Störungen in der Bevölkerung. Der Anteil sog. somatoformer Schmerzstörungen, bei denen Schmerzsymptome im Vordergrund stehen, schwankt je nach untersuchter Population stark, die Lebenszeitprävalenz wird auf 12,3 % geschätzt (Meyer et al., 2000). In unserem stationären psychosomatischen Behandlungsetting in Mainz lag der Anteil somatoformer Schmerzstörungen in den Jahren 2003 und 2004 bei 18%. Somatoforme Störungen sind nach der ICD-10 dadurch charakterisiert, dass die vorliegenden Beschwerden – in diesem Fall die Schmerzen – medizinisch nicht oder nicht hinreichend erklärt werden können. Die ICD-10 (Dilling et al., 1993) nennt als weitere Kriterien für somatoforme Störungen die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome, verbunden mit Forderungen nach me-

¹⁾ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

²⁾ Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/Saale

dizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht oder nicht ausreichend körperlich begründbar sind. Der Patient ist von der körperlichen Ursache seiner Beschwerden überzeugt und widersetzt sich Möglichkeiten, psychische Ursachen in Betracht zu ziehen. Häufig sind frühere oder gegenwärtige depressive, Angst- oder Persönlichkeitsstörungen. Auch werden Belastungen der Arzt-Patient-Beziehung und Arztwechsel als deskriptives Krankheitsmerkmal gewertet, ohne dies allerdings näher zu begründen (Hoffmann und Egle, 2003).

Im folgenden Beitrag soll die Arzt-Patient-Beziehung somatoformer Schmerzpatienten aus psychodynamischer Sicht auf der Grundlage psychoanalytischer Modelle und Studienergebnisse zur Entstehung somatoformer Schmerzstörungen dargestellt werden. Abschließend sollen Schlussfolgerungen für den Umgang mit chronisch Schmerzkranken in Diagnostik und Therapie gezogen werden.

Psychoanalytische Modelle zur Entstehung somatoformer Schmerzstörungen

Von Anbeginn der Psychoanalyse haben sich Psychoanalytiker um ein Verständnis der Entstehung der Somatisierung bemüht. Beeindruckt durch seine Studien bei Charcot, verband Freud die Entstehung psychogener Körpersymptome mit dem symbolischen Ausdruck unbewusster Konflikte im Körpersymptom. Konversion bezeichnet die Umwandlung von Affekten, die aus einem unbewussten seelischen Konflikt oder Trauma herrühren, in ein körperliches Symptom (vgl. Söllner und Schüßler, 2001). Dieser Prozess muss allerdings nicht als rein psychogen angesehen werden, bereits Freud beschrieb die Bedeutung des sog. somatischen Entgegenkommens bei der Symptomentstehung. Dabei hat die Konversion einen Ausdruckscharakter, d. h., der Konflikt wird im Symptom symbolisch dargestellt. Psychisch kommt es zur Entlastung, da der seelische Konflikt in das Körperliche verschoben wurde. Hieraus können beträchtliche Widerstände gegen die Veränderung der Symptome resultieren.

Folgt man dem Modell der Desomatisierung/Resomatisierung von M. Schur (1955), hat das Schmerzsymptom nicht unbedingt eine symbolische Bedeutung. Schur ging von einem Entwicklungsmodell aus, in dem Affekte zunächst ganzheitlich in Körper und Seele zugleich ausgedrückt werden. In dem „Desomatisierung“ genannten Prozess der Entwicklungsdifferenzierung entwickelt sich die Fähigkeit, Affekte als Signale zu verstehen, die zur Verhaltenssteuerung benutzt werden können. Dem somatisierenden Patienten gelingt dies nicht oder nicht mehr; er wird wieder wie in der frühen psychischen Entwicklung bei heftigen Affekten von einem somatopsychischen Affektsturm „überannt“. Auf diesen „Resomatisierung“ genannten Vorgang bezieht sich H. Krystal (1997), der Resomatisierung und Desymbolisierung als Abwehrformenzustände beschrieben hat, mit denen Traumatisierte auf das Erleben absoluter Hilflosigkeit reagieren; auch frühkindliche Traumatisierung kann dazu führen, dass eine Desomatisierung und Fähigkeit zur Symbolisierung von Affekten nachhaltig gestört wird.

Alexithymie wird verstanden (Taylor et al., 1977) als eine Kombination der Schwierigkeit, Gefühle zu identifizieren und zu beschreiben und eines nach außen orientierten Wahrnehmungs- und Denkstils (Marty et al., 1963). Sifneos (1973), der dieser Störung den Namen Alexithymie („ohne Worte für Gefühle“) gegeben hat, postulierte den Zusammenhang zwischen der gestörten Fähigkeit zur Symbolisierung von Affekten und dem Entstehen von Somatisierungsstörungen; dabei ist noch strittig, wieweit dieses Defizit Folge neuroanatomischer oder neurophysiologischer Veränderungen, genetischer Dispositionen oder psychophysischer Traumatisierung ist (McLean, 1977; Nemiah, 1977; Hoppe und Bogen, 1977; Heyberg und Heyberg, 1977). Im klinischen Bereich finden sich starke Ausprägungen von Alexithymie bei allen psychischen Störungen, die mit einer Schwierigkeit in der Affektregulation verknüpft sind (z. B. Somatisierungsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Suchterkrankungen; Guttman und Laporte, 2002). In nichtklinischen Populationen ist hohe Alexithymie verknüpft mit niedrigem sozioökonomischem Status, männlichem Geschlecht und höherem Lebensalter (Salminen et al., 1999).

Aktuelle Modelle beschreiben Entwicklungsstörungen psychischer Funktionen als Basis psychosomatischer Störungen. Unter Mentalisierung verstehen Fonagy et al. (2004) die Fähigkeit, sich selbst und anderen die Fähigkeit zuzuschreiben, denken, fühlen und intentional handeln zu können. Das Verfügen über diese metakognitive Funktion wird als grundlegend für die Orientierung im sozialen Miteinander verstanden; Mentalisierung ermöglicht sowohl die Einfühlung in andere wie das Verständnis der eigenen Reaktionen und ist damit wesentlich für die Steuerung der eigenen Affektivität und damit der Verfügungsgewalt über die eigenen Handlungen.

Unter einem entwicklungspsychologischen Aspekt beschreibt die Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS) den Differenzierungsgrad der Affektwahrnehmung (Lane et al., 1990; Subic-Wrana et al., 2001). Dieser reicht von der impliziten (nicht bewussten) Ebene der Reflexreaktion bzw. Wahrnehmung zu einer Verarbeitung von Affekten, die es ermöglicht, sich selbst und anderen differenzierte, deutlich voneinander unterschiedene Gefühlszustände zuschreiben zu können. Erst wenn es gelingt, Gefühle verbal zu beschreiben, ist es möglich, diese zu erleben und mit den sie begleitenden Körperwahrnehmungen zu verbinden (explizite, bewusste Affektverarbeitung). Subic-Wrana et al. (2005) konnten mit diesem Verfahren zeigen, dass die Fähigkeit zur expliziten Emotionswahrnehmung bei Patienten mit Somatisierungsstörungen im Vergleich zu Patienten mit anderen Störungsbildern bei der stationären Klinikaufnahme deutlich eingeschränkt ist und sich durch eine multimodale psychosomatische Behandlung signifikant verbessern lässt. Die Entstehung einer somatoformen Schmerzstörung hängt im Einzelfall vom Zusammenwirken von biographischen Merkmalen, Persönlichkeit und auslösenden Ereignissen ab, die Tabelle 1 auflistet.

- In zahlreichen kontrollierten Studien wurden retrospektiv erhöhte Kindheitsbelastungen wie sexuelle oder körperliche Traumatisierungen oder emotionale Vernachlässigung durch überforderte, fehlende oder kranke Bezugspersonen

Tabelle 1: Biographische und Persönlichkeitsmerkmale von Patienten mit somatoformen Schmerzkrankungen

- Gehäufte Kindheitsbelastungen: sexuelle, körperliche Traumatisierung
- Emotionale Vernachlässigung durch überforderte, fehlende oder kranke Bezugspersonen
- Störungen der Affekt- und Beziehungsregulation
- Persönlichkeitsdispositionen: Selbstüberforderung, zwanghafte Fürsorge, Leistungsorientierung, „pain-prone personality“
- Kritische Lebensereignisse als Auslöser (Zurücksetzung, Versagung, Trennung, Unfall, Erkrankung)
- Chronisches Krankheitsverhalten, „Suchtzüge“
- Unverständnis/Enttäuschung in Arzt-Patient-Interaktion

nen erhoben (Egle, 2002). Häufig entsteht der Eindruck einer familiären Kommunikation, in der „Psychisches“ nur geringe Wertschätzung erfuh, körperliche Schmerzäußerungen hingegen deutliche Beachtung fanden („Am Anfang hat sie (die Tochter) nach dem Tod ihres Vaters (mit 7 Jahren) hin und wieder geheult. Aber als dann die ständigen Bauchschmerzen kamen, war ich doch sehr beunruhigt“). Eine große Zahl experimenteller Studien an Säugetieren (Beutel, 2002) zeigt, dass Belastungen in der frühen Entwicklung (Trennung von der Mutter, Deprivation etc.) zu Veränderungen der Gehirnentwicklung und zu lebenslangen Beeinträchtigungen der Stressregulation und Beziehungen führen. Wie beispielsweise die Adoptionsstudien von Rutter und Mitarbeitern (2004) bei rumänischen Kindern, die in Kinderheimen aufgewachsen sind, bestätigen, haben frühkindliche Belastungen wahrscheinlich auch beim Menschen dauerhafte nachteilige Effekte auf die Fähigkeit zur Stressregulation.

Fehlen haltgebende Beziehungen – primäre Objekte, die sich in das heranwachsende Kind einfühlen und so seine noch nicht psychisch repräsentierten Affekt- und Intensionsäußerungen spiegeln –, so fehlen durch ausbleibende Introjektion dieser verstehenden Interaktion psychische Strukturen, die die Mentalisierung ermöglichen (Fonagy et al., 2004). Aus den beschriebenen frühen Beziehungsstörungen können sich weitere (strukturelle) Beeinträchtigungen ableiten, die grundlegende psychische Funktionen betreffen (Rudolf und Henningsen, 2006). Ist die selbstreflexive Fähigkeit beeinträchtigt, aktuelle Befindlichkeit im Hinblick auf affektive Komponenten zu verstehen, missverstehen Patienten emotionale Belastungen als Indizien für eine körperliche Fehlfunktion oder gesundheitliche Störungen. Einschränkungen der Fähigkeit, eigene Impulse, Affekte und Selbstwert flexibel zu steuern, führen dazu, dass Patienten auf belastende Ereignisse mit heftigsten emotionalen Reaktionen, hoher Kränkbarkeit und Schwierigkeiten im Umgang mit aggressiven Impulsen reagieren. Sie reagieren wütend und enttäuscht, können dies dem enttäuschenden Objekt aber nicht mitteilen. Beeinträchtigungen der basalen Funktion zur Selbstberuhigung, die auf Internalisierung elterlicher tröstender Funktionen beruhen, führen dazu, dass somato-

forme Patienten sich in idealisierender Weise schutz bietenden Objekten zuwenden (insbesondere den Ärzten und Behandlern), den resultierenden Enttäuschungen (s.u.) aber letztlich schutzlos ausgeliefert sind.

- Leistungsorientierte und pflichterfüllende Verhaltensmuster können Kompensationsversuche darstellen mit den Folgen, dass Patienten sich massiv überfordern und keine adäquate Hilfe in Anspruch nehmen können (vgl. Rudolf und Henningsen, 2006). Unter den Persönlichkeitsdispositionen werden daher immer wieder Selbstüberforderung, zwanghafte Fürsorge und Leistungsorientierung beschrieben, die Rudolf (1998) als sog. depressiven Grundkonflikt interpretiert. Einflussreich war die Konzeption von George Engel (1959), der in einer sehr modern anmutenden Arbeit erstmals Schmerz als umfassendes seelisches Regulationssystem konzeptualisierte, das sich der biologischen Abwehrsysteme bedient. Die sog. Schmerzpersönlichkeit („pain prone disorder/patient“), die unbewusst und hartnäckig sowohl an körperlichen Schmerzen als auch an psychisch schmerzhaftem Erleben festhält, charakterisierte er durch bewusste und unbewusste Schuldgefühle (Schmerz als Sühne), eine lange Geschichte von Leid, Niederlagen und Intoleranz für Erfolg, schmerzhaftes Verletzungen, Operationen und Behandlungen (masochistische Charakterstruktur) und stark gehemmte aggressive Impulse, an deren Stelle Schmerz tritt. Für diese Muster fand er einen disponierenden biographischen Hintergrund (kaltes Familienklima etc.), Verluste, die für das Schmerzerleben einen Ersatz darstellten, „Schmerzvorbilder“ in der Familie sowie konflikthafte sexuelle Impulse.
- Typische Auslöser von Schmerzkrankungen sind Erlebnisse von Zurücksetzung, Versagung oder Trennung, häufig auch Unfälle oder Erkrankungen. Vielfach mögen kritische Lebensereignisse, die bei oberflächlicher Betrachtung nicht so gravierend erscheinen, im Kontext der beschriebenen Persönlichkeitsdispositionen mit chronischer Überforderung, äußerster Anspannung oder Leistungsorientierung aber „das Fass zum Überlaufen bringen“ und eine Dekompensation nach sich ziehen (s. hier Fallbeispiel). Untersuchungen zum sozialen Schmerz zeigen (Beutel et al., 2006), dass ähnliche neuronale Netzwerke durch Ausgeschlossenwerden aktiviert werden wie durch somatische Schmerzreize. Hier dürfte ein Signalsystem liegen, das soziale Isolation durch Schmerzempfindungen verhindern soll. Damit ließe sich erklären, warum Trennung oder Verlust wichtiger Bezugspersonen häufig Schmerzkrankungen vorangeht bzw. warum chronisch Schmerzkrankte häufig so sensibel gegenüber Zurückweisung sind..
- Chronifizierungsfaktoren sind neben den unten beschriebenen iatrogenen Einflüssen unzureichende Bewältigungsmuster, die aufgrund der dargestellten psychischen Beeinträchtigungen verständlich werden, vor allem Schonverhalten, übermäßige Selbstbeobachtung, Fehlinterpretation körperlicher Beschwerden („Katastrophisierung“), missbräuchliche Einnahme von Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmitteln etc. (Martin und Rief, 2006). Es entwickelt sich ein chronisches Krankheitsverhalten, in des-

sen Verlauf Aspekte des sekundären Krankheitsgewinnes (längere Krankschreibungen, Rentenbegehren etc.) zunehmend eine führende Rolle für das weitere Krankheitsgeschehen übernehmen. Mit der Krankschreibung und der Gewährung einer Rente rücken nunmehr Anerkennung und Kompensation für die jahrelange Verausgabung in greifbare Nähe. Legitimiert durch ärztliche Bescheinigung können Patienten Anspruch auf eine Schonung gewinnen, die sie zuvor aus inneren Gründen weder einfordern noch sich selbst zugestehen konnten (Zielke, 2000).

Fallbeispiel

Die blonde, groß gewachsene und äußerst gepflegte 58-jährige Patientin wirkt im Aufnahmegespräch extrem angespannt, was sich durch häufiges krampfartiges Zusammenkneifen der Augenlider manifestiert. Sie beginnt immer wieder zu weinen, versucht dies aber rasch zu unterdrücken bzw. buchstäblich wegzuwischen. Im Vordergrund stehen zeitweilig unerträgliche brennende Schmerzen in beiden Augen (Schmerzstärke 5-8 auf einer Skala von 0-10) mit unkontrollierbarem Zucken und Zusammenpressen der Augen. Sie leide unter Schmerzen im ganzen Körper und Stechen in der linken Körperhälfte, sie sei angespannt und unruhig. Sie fürchte immer wieder, eine schwere körperliche Erkrankung zu erleiden (z. B. Schlaganfall).

Wegen der Schmerzen hätte sie ihr umfangreiches soziales und kulturelles Aktivitätenprogramm (Reisen, Gesellschaften, Einladungen, Opernabonnements, Lesen) fast völlig aufgegeben. Sie könnte sich keine Ausflüge oder Urlaube mehr vornehmen. Mit Haushalt und Arztterminen sei sie völlig absorbiert; Staubsaugen und Einkäufe habe sie an ihren Mann abgeben müssen. Manchmal seien Krankengymnastik und leichte Aktivität im Garten kurzzeitig schmerzzerleichternd. Ab 16.00 Uhr würden die Schmerzen unerträglich, wenn sie mit ihrem Mann vor dem Fernseher ihr Abendessen einnehme. Danach lege sie sich auf das Sofa und schaue fern. Um 21.00 Uhr gehe sie schließlich ins Bett und nehme ein Antidepressivum zum Schlafen.

Zur Lebensgeschichte gab sie an, ihre Eltern hätten wegen des Familienbetriebs nie Zeit gehabt. Sie habe die Zeit bei der Großmutter mütterlicherseits in deren Betrieb verbracht und jedes Mal geschrien und geweint, wenn die Großmutter auch nur kurzzeitig einmal ohne sie weggefahren sei. Die schönste Zeit sei für sie die Kriegszeit gewesen, als sie die Mutter für sich gehabt habe. Als der Vater 1948 aus dem Krieg nach Hause kam, habe es ständige, häufig auch handgreifliche Auseinandersetzungen zwischen den Eltern gegeben. Für den Vater sei sie nur eine billige Arbeitskraft gewesen, die schließlich anstelle des ersehnten Schulbesuchs von Montag bis Samstag jeweils von 7 bis 23.00 Uhr mit ihrer ein Jahr jüngeren Schwester im Betrieb arbeiten musste. Sonntags habe sie noch das Büro machen müssen. Der Vater sei ein Choleriker gewesen, der sie auch vor den Mitarbeitern verbal herabgesetzt, herumgeschubst und geschlagen habe. Schließlich habe die Mutter noch Zwillinge bekommen (-17 Jahre), die ihr in jeder Hinsicht vorgezogen worden seien und die sie auch noch habe mitversorgen müssen. Selbst nach der frühen Heirat (21 Jahre) eines bewunderten 6 Jahre älteren

Akademikers habe sie ihre Ferien als die tüchtigste Urlaubsvertretung im Familienbetrieb verbracht, während ihre Eltern mit den Zwillingen verzeisten.

Zwei Jahre vor der stationären Aufnahme habe ihr Mann sie gezwungen, ihre berufliche Stellung als Prokuristin aufzugeben, obwohl ihr Chef und ihre Kollegen sie beknet hätten, weiterzuarbeiten. Er sei in den Vorruhestand gegangen und wollte, dass sie zu Hause sei. Er habe aber gleich einen PC angeschafft, an dem er seine Zeit verbringe, und seitdem sei sie „nur noch Luft“ für ihn. In dieser Situation entwickelte sie akut einen Tinnitus. Zur Schmerzzerkrankung kam es, als sie – gegen den Widerstand ihres Mannes – den Umbau ihrer Küche durchsetzte, die aber mangels Unterstützung und Baumängelpfusch zu großen Problemen und heftigen Vorwürfen ihres Mannes führte. Ihre Augenbeschwerden kämen von der Staubentwicklung beim Umbau. Wie aus den umfangreichen mitgebrachten Unterlagen aus verschiedenen Universitätskliniken hervorgeht, leide die Patientin aus augenärztlicher Sicht „... durchaus unter einem trockenen Auge, aber zwischen den objektivierbaren Veränderungen am Auge und dem subjektiven Leidensdruck besteht eine erhebliche Diskrepanz“. Eine vierwöchige teilstationäre Schmerzbehandlung brachte keinen Erfolg. Die 5-wöchige stationäre psychosomatische Therapie habe ihr noch geschadet, da der Therapeut sie „gezwungen“ habe, einen Fensterplatz in der Gruppentherapie einzunehmen. Sie habe diese daher wegen der quälenden Schmerzen abbrechen und sich von ihrem Mann abholen lassen müssen. In der Gegenübertragung entsteht rasch ein Gefühl von Resignation und ohnmächtigem Ärger: Durch das unablässige Augenkneifen der Patientin gelingt es kaum, Blickkontakt aufzunehmen. Sie wirkt völlig präokkupiert durch ihre Beschwerden, ständigen Vorkehrungen und Behandlungsmaßnahmen (Kompressen, Tropfen, Salben, Spülungen). Spürbar sind neben der Verzweiflung auch heftigste Wut und Anklagen, die der Patientin aber nicht bewusst zugänglich scheinen. Der Untersucher stellt sich die Frage, wie sich die extreme Schonhaltung und Einengung verändern sollen, wenn man ihr in der Behandlung absolut nichts zumuten darf, vielmehr ständig Rücksicht auf ihre extreme Empfindlichkeit (Licht, Außenreize) nehmen soll. Diese Vignette verdeutlicht biographische und Persönlichkeitsmerkmale, wie sie bei chronisch Schmerzkranken häufig anzutreffen sind: eine harte Kindheit, in der sie sich Tyrannei, Stimmungsschwankungen, unerbittlichen Leistungsanforderungen, Demütigungen und Tätlichkeiten ihres Vaters schutzlos ausgeliefert sah (ähnlich wie ihre Mutter, die sich auch nicht wehren konnte). Gefühle der Zurücksetzung, des Hasses und Neides suchte sie durch „Tüchtigkeit“ und grenzenlose Verausgabungsbereitschaft abzuwehren. Trotz der frühen Flucht in die Ehe mit einem idealisierten etwas älteren Mann konnte sie diese Rolle nicht aufgeben. Auslösend für die Tinnitussymptomatik war vermutlich der erzwungene Verzicht auf die Arbeit und damit die Kompensation ihrer Selbstwertunsicherheit. Neuerliche Zurücksetzung durch den Mann (gegenüber dem neuen Computerhobby) und Vorwürfe über ihre Eigenaktivität (Küchenumbau) führten schließlich zur Schmerzsymptomatik, die sowohl unter Aspekten mangelnder Affektregulation (krampfhaftes Zusammenpressen der Augenlider) als auch der Konversion (see-

lischen Schmerz, Kränkung und Beziehungskonflikte buchstäblich nicht sehen wollen) beschrieben werden können. Innerhalb der Partnerschaft kam dem Schmerz die Funktion der Verweigerung und des stummen Vorwurfs zu als Ausdruck einer sadomasochistischen Beziehungsgestaltung.

Arzt-Patient-Beziehung

Die Qualität der Arzt-Patient-Interaktionen spielt eine maßgebliche Rolle an den verschiedenen Stationen der Diagnostik, Behandlung und Begutachtung somatoformer Schmerzstörungen. Einen Überblick gibt Tabelle 2

- Das Festhalten an einer somatischen Schmerzkonzeption als alleinige Ursache ihrer Belastungs- und ihrer Befindlichkeitsstörungen lässt sich mit der damit verbundenen seelischen Entlastung erklären. Im o. g. Fallbeispiel wird durch die Attribuierung der Augenschmerzen auf „Staubexposition“ die Anerkennung des seelischen Schmerzes über das nicht einfühlsame Verhalten des Mannes und die offene Auseinandersetzung über Verbitterung und Wut in der Partnerschaft vermieden.
- Aus dem einseitig organischen Krankheitsmodell resultiert eine gezielte Suche nach „Spezialisten“, die isoliert die Störung beheben sollen, häufig durch „eingreifende“ operative oder medikamentöse Therapiemaßnahmen. Dabei sind Patienten gewillt, ein hohes Maß an Belastungen auf sich zu nehmen; im Fallbeispiel zahlreiche, meist frustrane Untersuchungen und vergebliche Behandlungen und Abklärungen in landesweit verstreuten Universitätskliniken, teilstationäre Schmerztherapie, stationäre Psychosomatik, Krankengymnastik etc. Wird das einseitige Krankheitskonzept ärztlicherseits mitgetragen und die Idealisierung angenommen (in der überzeugten oder notgedrungenen ärztlichen Zusicherung, die Behandlung werde schon helfen und die Schmerzen würden beseitigt), kommt es im Rahmen der jeweiligen spezifischen Fachkompetenz und Fachdisziplin zu wiederholten diagnostischen Abklärungen mit neuerlichen den Patienten verunsichernden Teilbefunden und Eingriffen mit zweifelhafter Indikation. Das regelhafte Ausbleiben eines dauerhaften Behandlungserfolges führt jedoch zu Enttäuschung und Misstrauen in einer Ausprägung, die von der anfänglichen Idealisierung und Hoffnung abhängt. Wenn dieser Teufelskreis aus Hoffnung, Idealisierung, Enttäuschung und Misstrauen bereits mehrfach durchlaufen worden ist, multiple Eingriffe stattgefunden haben, Behandler mehrfach gewechselt wurden, kommt es nicht nur auf Patientenseite zu Enttäuschung und Misstrauen, sondern auch auf ärztlicher Seite entsteht eine zunehmende Resignation und Enttäuschung.
- Wird an dieser Stelle letztlich im Ausschlussverfahren die Aussage getroffen, da körperliche Ursachen nunmehr erschöpfend behandelt seien, müsse es sich um eine psychische Störung handeln, u. U. verbunden mit der Empfehlung einer psychiatrischen oder psychosomatischen Abklärung, wird die Vertrauenskrise verschärft: Patienten fühlen sich nicht nur im Stich gelassen, sondern zugleich auch stigmatisiert. Sie haben das Gefühl, nunmehr werde ihnen zusätzlich zu dem körperlichen Leiden, den Behand-

Tabelle 2: Arzt-Patient-Beziehung

- Entlastung durch Festhalten an somatischer Schmerzkonzeption
- Suche nach „Spezialisten“ als Hoffnungsträger
- Insistieren auf „eingreifenden“ Therapiemaßnahmen
- Ärztliches Mittragen des Krankheitskonzeptes und der Idealisierung führt zu wiederholter Diagnostik und Eingriffen
- Ausbleiben eines dauerhaften Behandlungserfolges führt zu Enttäuschung und Misstrauen
- Wechsel des ärztlichen Zuganges („psychisch bedingt“) wird als Zurückweisung erlebt; verschärfte Vertrauenskrise begünstigt weiteren Arztwechsel
- Fehlende Motivation erschwert psychotherapeutischen Behandlungszugang
- Gefahr neuerlicher Zurückweisung durch Psychotherapeuten als Reaktion auf kritische Haltung des Patienten

lungsrückschlägen und den oft damit verbundenen gravierenden Nachteilen und Behinderungen nunmehr die alleinige Schuld aufgebürdet. Es würde ihnen unterstellt, psychisch krank und dadurch vielleicht sogar „selbst schuld“ an ihrem Leiden zu sein. Diese Verschärfung der Vertrauenskrise erschwert auch die Motivation für einen psychotherapeutischen Behandlungszugang, und es entsteht häufig eine negativ aufgeladene initiale Übertragungssituation. Klage, Verhalten und somatische Fixierung des Patienten können, zusammen mit dem mangelnden Gefühlsausdruck, auf den Therapeuten eine lähmende, langweilende Wirkung haben. Selbst wenn ein Psychotherapeut aufgesucht wird, besteht daher die Gefahr einer negativen Gegenübertragungsreaktion, indem der Patient als „unmotiviert“ wieder weggeschickt wird oder wie in dem Fallbeispiel die Behandlung abbricht, ohne dass Enttäuschung, Kränkung und Verletzung in der Therapie besprochen werden können.

Zur therapeutischen Haltung in Diagnostik und Therapie chronischer somatoformer Schmerzstörungen

Die erfolgreiche Behandlung somatoformer Schmerzstörungen erfordert eine spezifische psychotherapeutische Grundeinstellung (Rudolf und Henningsen, 2006; AWMF-Leitlinien).

- **Herstellung eines Arbeitsbündnisses**
Vorrangiges Ziel der ersten Behandlungsphase ist bei gegebener psychotherapeutischer Indikation der Aufbau eines tragfähigen Arbeitsbündnisses. Dieses Arbeitsbündnis ist durch die Bereitschaft des Patienten charakterisiert, die Einstellung zu seinen Beschwerden zu verändern, indem er eine akzeptierende und forschende Haltung sich selbst gegenüber entwickelt. Wesentlich zum Aufbau des Arbeitsbündnisses erscheint hier eine geduldig interessierte, begleitende und stützende Einstellung und Aktivität des Therapeuten, der weitgehend auf psychologische Vorleistungen verzichten muss, insbesondere die initiale Bereitschaft des Patienten, hinter somatischen Beschwerden psychische Konflikte zu suchen. Wesentlich zum Aufbau des Arbeitsbündnisses sind folgende Interventionsstrategien:

Insbesondere während der Anfangsphase muss sich der Therapeut um eine geduldig interessierte, begleitende und stützende Einstellung und Aktivität bemühen, um ein ausreichendes Containment der im Schmerz gebundenen Affekte sicherzustellen. Diese Affekte sind meist erst in späteren Behandlungsstunden zu benennen und zu deuten. Wichtig für den Aufbau des Arbeitsbündnisses ist außerdem die Aufklärung des Patienten über das biopsychosoziale Schmerzmodell (Schmerzverarbeitung, dysfunktionales Schmerzverhalten etc.). Des Weiteren empfiehlt sich in der Anfangsphase eine besonders aktive Haltung des Therapeuten. Das Befinden des Patienten sollte zu Beginn der Sitzungen erfragt werden. Sämtliche Aspekte des Schmerzverhaltens sollten dabei aktiv exploriert werden. Dadurch vermittelt der Therapeut erstens seine Fürsorglichkeit und fördert zweitens die notwendige forschersche psychodynamische Einstellung („Er muss den Mut erwerben, seine Aufmerksamkeit mit den Erscheinungen seiner Krankheit zu beschäftigen“ [Freud, 1914]). Diese Aktivität ist notwendig, da der Widerstand des dysfunktionalen Schmerzverhaltens (übermäßiger Rückzug, Schonung, Überforderung, Medikamentenabusus) oft nur hierdurch ausreichend aufgedeckt werden kann.

- **Behandlungsvereinbarung**

Um neuerlicher Idealisierung bzw. Entwertung zu begegnen, erscheint es angesichts der hohen Chronifizierungsneigung wesentlich, kleine Schritte anstelle von großen Veränderungsansprüchen anzustreben. Den Patienten nicht durch intensive organmedizinische Diagnostik beruhigen zu wollen, erfordert u.U. enge Kooperation mit den überweisenden Ärzten. Wesentlich erscheint auch die frühzeitige Abklärung einer sozialrechtlichen Problemlage (z. B. Rentenwunsch oder -streit), die häufig ein nicht zu bearbeitender Behandlungswiderstand ist.

- **Therapeutische Grundhaltung**

Für die Behandlung ist es wichtig, dass es dem Therapeuten gelingt, Interesse für den Patienten und seine Entwicklung aufzubringen, z. B. in Bezug auf die Lebensleistung vor Ausbruch der Erkrankung (familiäre Verantwortung, Berufsentwicklung). Aus psychodynamischer Sicht bietet die aktuelle Übertragungssituation vielfältige Gelegenheiten, pathogene Muster der Beziehungsgestaltung zu erkennen, zu interpretieren und zu verändern.

So führte die o.g. Patientin verstärkte Schmerzäußerungen auf rasch verdeckte Anklagen über Zumutungen und mangelnde Rücksicht in der Therapie zurück. Aus der Gegenübertragung von Ärger und Gereiztheit ließen sich diese als verdeckte Vorwürfe verstehen, die sich in der Therapie als Ausdruck ihrer negativen Erwartungen mit Erfahrungen der enttäuschenden, schlechten Behandlung durch Vater und Ehemann verknüpfen ließen. Herausarbeiten ließ sich dabei auch, wie ihre vermiedene Äußerung von Wünschen oder von Ärger immer wieder zu enttäuschenden Interaktionen beitrug. Die Durcharbeitung ihrer Enttäuschungswut ermöglichte den Zugang zu schmerzlichen Selbstwahrnehmungen (Einengung durch ihre Haltung von Verzicht und Überanpassung etc.), die durch die Symptomatik gebunden und vermieden wurden.

- **Multimodaler Behandlungsansatz**

Die Einbeziehung des Partners, körper-, gestaltungs-therapeutische, edukative und übende (z. B. Entspannungstraining) Therapieverfahren sowie bewegungs- und sporttherapeutische Angebote schaffen oft erst den erforderlichen Spielraum, um Zugang zum Patienten zu finden. Lassen sich Ansatzpunkte zur Erweiterung des somatischen Erklärungsmodells in ein psychosomatisches (biopsychosoziales) Modell finden, so wird die Differenzierung von körperlichen Missempfindungen und Krankheitszeichen erleichtert, die hypochondrische Selbstbeobachtung vermindert und die Achtsamkeit für den eigenen Körper, das Interesse an seelischen Vorgängen und das Interesse an der Umwelt gefördert.

Ausgehend vom subjektiven Erklärungsmodell des Patienten sollten frühzeitig auch die Medikamente angesprochen und in einem Gesamtbehandlungsplan berücksichtigt werden. Der weitere Umgang des Patienten mit den Medikamenten macht auch seine Position zur Therapie und zum Therapeuten deutlich. Die Medikamenteneinnahme kann zu einem Agierfeld werden, das vom Patienten genutzt wird, Aussagen zu der Therapeut-Patient-Beziehung zu treffen. Zum Beispiel kann der Patient an der Wirksamkeit oder Unwirksamkeit der Medikamente seine frühkindliche Erfahrung abhandeln, das ihm Zuträgliche bekommen bzw. sich in seinen Bedürfnissen nicht gesehen gefühlt zu haben. Er kann auch sein Autonomiebedürfnis über eine unregelmäßige, gegen die Vereinbarung verstoßende Einnahmepraxis ausdrücken. Der Arzt wiederum kann sich in seiner Kompetenz herabgesetzt fühlen, wenn der Patient ihm auf dem ureigenen ärztlichen Wissensgebiet zur medikamentösen Schmerzbehandlung nicht folgt. Gerade bei komplexen Krankheitsbildern kann die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit spezifischer schmerztherapeutischer Fachkompetenz für den Behandlungserfolg grundlegend sein; dies entbindet den Therapeuten aber nicht davon, die beschriebenen Aspekte in die Therapie einzubeziehen.

Diskussion

Im Umgang mit Schmerzkranken hat sich schulenübergreifend ein Konsens entwickelt (Leitlinien der AWMF-Leitlinien), dass es wichtig ist, zunächst das somatische Krankheitsmodell anzunehmen, die geklagten Beschwerden unabhängig von der Zuordnung als somatoform oder nicht somatisch begründbar ernst zu nehmen, sich aktiv und interessiert den Schmerzkranken zuzuwenden und dabei eine begrenzte Zielsetzung (Anreicherung des Krankheitsmodells durch Belastungsfaktoren und psychische Begriffe wie Schmerzbewältigung etc.) anzustreben, um den Gefahren der Idealisierung und Entwertung zu entgehen.

Im Unterschied zu kognitiven verhaltenstherapeutischen Verfahren zielen psychodynamische Therapieverfahren darauf, bei unbewussten Faktoren, Folgen psychischer Traumata, inneren Konflikten oder pathogenen Beziehungsmustern anzusetzen, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Schmerzerkrankungen beitragen. Gerade die Diskrepanz zwischen medizinischer Beurteilung und subjektivem Beschwer-

debild, die das Krankheitsbild der somatoformen Schmerzstörung ausmacht, stellt die Arzt-Patient-Beziehung auf die Probe. Im ungünstigen Fall kommt es nicht nur zu fehlindizierten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, es entstehen auch Missverständnisse, Konflikte und wechselseitige Enttäuschungen. Das Anerkennen der biographischen Belastungen, der oft kompensatorisch übersteigerten Lebens- und Anpassungsleistungen und der psychischen und sozialen Vulnerabilität kann Therapeuten helfen, Zugang zu Patienten zu finden, die aufgrund ihres Krankheitsmodells einer Psychotherapie zunächst mit großer Skepsis und Vorbehalten gegenüberstehen. Die Untersuchung der unbewussten Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung ermöglicht, diesen Circulus vitiosus zu durchbrechen und wichtige Rückschlüsse auf pathologische Beziehungsmuster, psychische Funktionsdefizite (Affektsteuerung und Verarbeitung, Mentalisierung) zu ziehen, die maßgebend für die Behandlungsplanung und -durchführung sind (Söllner und Schüssler, 2001).

Literatur

- AWMF-Leitlinien Somatoforme Störungen 1: Somatoforme Störungen im Überblick. Leitlinien www.awmf.de
- Beutel ME (2002): Neurowissenschaften und Psychotherapie. Neuere Entwicklungen, Methoden und Ergebnisse. *Psychotherapeut* 47:1-10
- Beutel ME, Lausberg H, Subic-Wrana C (2006): Warum Zurückweisung schmerzt – neuere neurobiologische Ergebnisse. *Psychotherapeut* 51:245-247
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.) (1993): ICD-10 - Kapitel V. Stuttgart: Hans Huber
- Egle UT (2002): Psychosozialer Stress und Schmerz. In: Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA (Hrsg.): *Handbuch Chronischer Schmerz. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie aus biopsychosozialer Sicht.* Stuttgart, New York: Schattauer, S. 69-76
- Engel GL (1959): „Psychogenic“ pain and the pain-prone patient. *Am J Med* 26:899-918
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M (2004): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst.* Stuttgart: Klett-Cotta
- Freud S (1914): *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten.* Gesamelte Werke Bd. X. Frankfurt am Main: Fischer, S. 125-136
- Guttman H, Laporte L (2002): Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Compr Psychiatry* 43(6):448-55
- Hessel A, Beutel ME, Geyer M, Schumacher J, Brähler E (2005): Prevalence of somatoform pain complaints in the German population. *GMS Psychosoc Med* 2:Doc03 (20050321)
- Heyberg A, Heyberg A (1977): Alexithymia – an inherited trait? A study of twins. *Psychother Psychosom* 28:221- 226
- Hoffmann SO, Egle UT (2003): Klinisches Bild des Schmerzkranken. In: Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA (Hrsg.): *Handbuch Chronischer Schmerz. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie aus biopsychosozialer Sicht.* Stuttgart, New York: Schattauer, S. 118-125
- Hoppe KD, Bogen JE (1977) Alexithymia in twelve commisurotomized patients. *Psychother Psychosom* 28:148-156
- International Association for the Study of Pain (IASP) (1986): Subcommittee on taxonomy: Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain (Suppl.)*3:1
- Krystal H (1997): Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanal Inquiry* 12:126 – 150
- Lane RD, Quinlan DM, Schwart JE, Walker PA, Zeilin SB (1990): The levels of emotional awareness scale: A cognitive-developmental measure of emotion. *J Pers Ass* 55:124-134
- Martin A, Rief W (2006): Somatoforme Störungen. In: Wittchen H-U, Hoyer J (Hrsg.): *Klinische Psychologie und Psychotherapie.* Springer: Berlin, S. 855-870
- Marty P, de M'Uzan M, David C (1963): La pensée opératoire. *Rev Fr Psychoanal* 27:345-356 McLean PD (1977) : The triune brain in conflict. *Psychother Psychosom* 28:207- 221
- Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, John U (2000): Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS- Studie. *Nervenarzt* 71:535-542
- Nemiah JC (1977): Alexithymia: Theoretical considerations. *Psychother Psychosom* 28:199 - 207
- Nickel R, Raspe H-H (2003): Deskriptive Schmerzepidemiologie. In: Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA (Hrsg.): *Handbuch Chronischer Schmerz. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie aus biopsychosozialer Sicht.* Stuttgart, New York: Schattauer, S. 105-117
- Rudolf G (1998): Der Prozess der depressiven Somatisierung. In: Rudolf G, Henningsen P (Hrsg.): *Somatoforme Störungen.* Stuttgart: Schattauer, S. 171-184
- Rudolf G, Henningsen P (2006): Somatoforme Störungen. In: Reimer Ch, Rieger U (Hrsg.): *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren.* 3., vollständig neu bearbeitete und aktualisierte Auflage. Heidelberg: Springer, S. 311-318
- Rutter M, O'Connor TG (2004): English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian adoptees. *Dev Psychol* 40(1):81-94
- Salminen JK, Saarijarve S, Aarela E, Toikka T, Kauhanen J (1999): Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Psychosom Res* 46:75-82 Schur M (1955): Comments on the metapsychology of somatization. *Psychoanal Study Child* 10:119-164
- Sifneos PE (1973): The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 22:255 262
- Söllner W, Schüssler G (2001): Psychodynamische Therapieverfahren bei chronischen Schmerzkrankungen: Eine systematische Literaturübersicht. *Z Psychosom Med Psychother* 47:115-139
- Subic-Wrana C, Bruder S, Thomas W, Lane RD, Köhle K (2005): Emotional awareness deficits in inpatients of a psychosomatic ward: A comparison of two different measures of alexithymia. *Psychosom Med* 67:483-489
- Subic-Wrana C, Thomas W, Huber M, Köhle K (2001): Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS) – die deutsche Version eines neuen Alexithymietests. *Psychotherapeut* 46:176-181
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1997): Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: University press
- Wittchen H-U, Jacobi F (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung des Bundesgesundheits surveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 44 (10):993-1000
- Zielke M (2000): Macht Arbeit krank? Neue Anforderungen im Arbeitsleben und Krankheitsrisiken. *Prax Klin Verhaltensmed Reha* 13(50):13-27

Prof. Dr. med. Manfred E. Beutel

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Untere Zahlbacher Str. 8 • 55131 Mainz
E-Mail: beutel@psychosomatik.klinik.uni-mainz.de