

EINFÜHRUNG IN PSYCHODYNAMISCHE ASPEKTE DES SCHMERZES

INTRODUCTION INTO PSYCHODYNAMIC ASPECTS OF PAIN

Lothar Schattenburg

Zusammenfassung

Im Vordergrund des Artikels stehen diagnostische Aspekte (ICD-10, OPD-2) und Vorstellungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung des Schmerzerlebens. Dann fokussiert der Artikel auf psychodynamische Konzepte wie die Somatisierung des depressiven Grundkonflikts, auf eine masochistische Kernphantasie und Motive und Zustände bei der Selbstverletzung. Psychotherapeutische Antworten werden nicht diskutiert.

Schlüsselwort Diagnostische Aspekte (ICD-10, OPD-2) – Schmerzerleben – Somatisierung des depressiven Grundkonflikts – masochistische Kernphantasie – Selbstverletzung

Summary

First, the article deals with diagnostic aspects (ICD-10, OPD-2) and constructs concerning the origin and maintenance of painful sensations. Then the article focuses on psychodynamic concepts as somatization of the depressive nucleus conflict, a basic masochistic fantasy, and motives and states of self-injury. The psychotherapy of pain symptoms will not be discussed.

Keywords diagnostic aspects (ICD-10, OPD-2) – feeling of pain – somatization of the depressive nucleus conflict – a basic masochistic fantasy – self-injury

Schmerz als interdisziplinäres Feld

Gerade am Phänomen Schmerz zeigen sich exemplarisch mehrere Aspekte der Psychosomatik: das Leib-Seele-Problem, der Status der Introspektion, die Differenz zwischen Schmerz, Schmerzerleben und dessen sprachlicher Mitteilung, die empathische Einfühlung durch die Umwelt, die Vernetzung über biografische Erlebnisse und deren Reaktivierung im Erwachsenenalter usw. Ferner lässt sich am Phänomen Schmerz die Fruchtbarkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Medizinern, Psychologen, Neurowissenschaftlern usw. verdeutlichen (vgl. Egle und Hoffmann, 1993; Basler et al., 2004). Dieser Artikel fokussiert aus ökonomischen Gründen auf psychodynamische Aspekte des Schmerzes. Damit sind Konzepte, wie sie aus der Verhaltenstherapie bekannt sind, keineswegs ausgeschlossen. Konstrukte aus der kognitiven Therapie wie dysfunktionale und katastrophisierende Gedanken, Kontrollüberzeugungen, gelungene vs. misslungene Krankheitsbewältigung usw. spielen in der Schmerzmedizin und -psychologie eine große Rolle. Nur eine integrative Theorie kann dem komplexen Schmerzgeschehen gerecht werden.

Saner (1993) betont in seiner Definition von Schmerz, dass dieser eine die Persönlichkeit verändernde Kraft haben kann. Die Schmerzen brechen das natürliche Vertrauen in den Körper, sie legen über die ganze Psyche den Mehltau des Unbehagens, in dem die Reizempfindlichkeit subjektiv wachse. Saner betont aber auch, dass es möglich sei, mit nicht zu intensiven chronischen Schmerzen sinnvoll zu leben. Nach Freuds Konzept der Konversion wird vor allem der Aufsatz von Engel (1959) unter psychodynamischen Gesichtspunkten einflussreich. Er konzeptualisiert den Schmerz nicht nur

als ein neurologisches, sondern als ein psychologisches Phänomen, indem er das Schmerzerleben innerhalb eines umfassenden seelischen Regulationssystems begreift. Engel ging von der Beobachtung aus, dass Individuen unterschiedlich schmerz-anfällig sind. Psychodynamisch postulierte Engel, dass dem Schmerz eine Sühnefunktion zukomme, Patienten eine masochistische Charakterstruktur haben mit einer Neigung, Schmerzerlebnisse zu provozieren usw. (zur ausführlichen Rezeption Engels vgl. Hoffmann und Egle, 1993). Zur historischen Entwicklung der Somatisierungskonzepte sei auf Kapfhammer (2001) verwiesen.

Diagnostik: ICD-10

Bei der somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) steht eine schon mindestens sechs Monate lang andauernde Schmerzsymptomatik in den Schilderungen der Patienten ganz im Vordergrund, die durch einen peripheren physiologischen Prozess (nozizeptiv bzw. neuropathisch) nicht erklärt werden kann. Neben dem Ausschluss einer zugrunde liegenden körperlichen Ursache muss im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem ersten Auftreten der üblicherweise permanent vorhandenen Schmerzsymptomatik eine psychosoziale Belastungssituation bzw. eine innere Konfliktsituation nachweisbar sein.

Die Abgrenzung zur Somatisierungsstörung besteht in der Monosymptomatik. Für die Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) sind multiple, wiederholt auftretende und häufig fluktuierende körperliche Symptome in einem Zeitraum von mindestens zwei Jahren charakteristisch. Die Beschwerden können sich auf jedes Körpersystem beziehen.

Im Vordergrund stehen bei 70 bis 80% der Patienten Schmerzen, oft mit wechselnder Lokalisation. Ängste und depressive

Verstimmungen können das komplexe Beschwerdebild vervollständigen. Ferner wird unter den somatoformen Störungen noch die undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1), die somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F44.3) und die Hypochondrie (ICD-10 F45.2) subsumiert (vgl. Egle et al., 2007).

Diagnostik: OPD-2

Der Arbeitskreis OPD wurde 1992 von Psychoanalytikern, Psychosomatikern und Psychiatern in Deutschland gegründet. Dieser Arbeitskreis entwickelte ein diagnostisches Inventar und stellte ein Handbuch (Arbeitskreis OPD, 1996) vor. Nach mehreren Überarbeitungen wurde nun 2006 die OPD-2 veröffentlicht, was mehrere Neuerungen enthält, auf die hier nicht eingegangen werden kann (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 28 f.). Die OPD konstituiert sich aus vier psychodynamischen und einer deskriptiven Achse. Die ersten vier Achsen entstammen einem aus der Psychoanalyse abgeleiteten Verständnis. Die Achse I beschreibt das Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, Achse II die Beziehung, Achse III die Konflikte, Achse IV die Struktur, und Achse V übernimmt die etablierte deskriptiv-phänomenologische Diagnostik nach ICD-10 und DSM-IV. Die OPD ist unter dem Einfluss der Forderung der Qualitätssicherung entstanden vor dem Hintergrund, dass ein „verbindlicher Konsensus unter Psychoanalytikern ein selten Ding ist“ (S. 41). Die OPD soll eine verbindliche Kommunikation unter den Therapeuten fördern. Diese Achsen können nun für das Verständnis und den Umgang mit der Schmerzthematik fruchtbar gemacht werden.

Die Schmerzsymptomatik kann z. B. auf der Konfliktachse oder der Strukturachse abgebildet werden. Für die Konfliktachse geben die Autoren folgendes Beispiel für den Konflikt Individuation versus Abhängigkeit – Aktiver Modus:

„Der 58-jährige Herr I. kommt zu einem Gespräch auf nachdrücklichen Rat seines Hausarztes, der ihn schon seit Jahren zur Aufnahme einer Psychotherapie zu bewegen versucht habe. Er habe dies aber nicht befolgen können, weil er ja so viel arbeite und häufig unterwegs sei, so dass er nicht regelmäßig zu Terminen kommen könne. Wenn er aber nun bald nicht mehr arbeite, habe er mehr Zeit für solche Kontakte. Außerdem hätten sich seine Beschwerden in der letzten Zeit so sehr verstärkt, dass er nun etwas tun müsse. Er leide eigentlich seit seiner Jugend unter Phasen von Niedergeschlagenheit, diffusen Missstimmungen, Einsamkeitsgefühlen, unbestimmten Ängsten und allgemeiner Erschöpfung. Außerdem habe er seit einigen Jahren einen Tinnitus, der sich vor allem in Situationen mit mehreren Menschen bemerkbar mache, seit 15 Jahren Verdauungsbeschwerden und Magenschmerzen und seit zwei Jahren erhebliche Schlafstörungen. In der Vorgeschichte findet sich ein stetes Ringen um Unabhängigkeit, Herr I. hat sich nie auf eine feste Beziehung oder Arbeit einlassen können, er hat im Rahmen seiner Tätigkeit als Vertreter oft Arbeitgeber, Wohnorte und Beziehungen gewechselt, zeigte dabei beruflich jedoch vollen Einsatz und war recht erfolgreich. In der Gegenübertragung ist einerseits dieser Wunsch nach Autonomie, andererseits jedoch auch eine

Sehnsucht nach Ruhe und Bindung spürbar“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 221).

Auf der Strukturachse geben die Autoren folgende Vignette als Beispiel für eine mäßig integrierte Struktur:

„Der 46-jährige Patient stellt Muskelschmerzen im rechten Schulter-Arm-Bereich in den Vordergrund. Sie haben sich seit zwei Jahren deutlich verschlimmert. Vorausgegangen war vor mehreren Jahren ein Fahrradunfall, orthopädische und neurologische Untersuchungen blieben ohne Befund. Der Patient berichtet über depressive Gestimmtheit, Gefühl von Kraftlosigkeit und Erschöpfung und dauernde Angespanntheit. Er mache sich viele Gedanken über seine Gesundheit und Zukunft“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 276).

Die OPD ermöglicht durch ihre Skalierungsangebote Informationen, die für eine Fokusbildung für den therapeutischen Prozess nutzbar gemacht werden können.

Der Therapeut kann sich aufgrund der Diagnostik überlegen, ob und in welchem Ausmaß er bei der Schmerzbehandlung eher strukturbezogen oder konfliktbezogen arbeiten möchte (s. Arbeitskreis OPD, 2006, S. 478).

Schmerz und Schmerzerleben

Die Definition für „Schmerz“ nach der International Association for the Study of Pain lautet: „Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (Hatzenbühler et al., 2007, S. 3). Psychologische Faktoren spielen eine große Rolle beim Schmerzerleben. Die Autoren führen dies an verschiedenen Beispielen aus. So bedeutet die Äußerung von Schmerz nicht immer eine zunehmende Gewebeschädigung oder Irritation des Nervensystems, etwa bei einer Tumorerkrankung. Oftmals drücke der Patient unbewusst seine Hilflosigkeit und Ohnmacht gegenüber der Tumorerkrankung durch Schmerzäußerungen aus. Dies müsse vom Schmerztherapeuten erkannt werden (ebenda, S. 115). Ferner spiele bei der Migräne neben hormonellen Schwankungen, Alkoholgenuss, Hunger u.a. auch Stress bzw. Ruhe nach Stress eine Rolle (ebenda, S. 135). Vor allem bei Rückenschmerzen ist die affektive Komponente gut bekannt. 80% aller Menschen haben irgendwann einmal in ihrem Leben Rückenbeschwerden, was unter sozialmedizinischen Gesichtspunkten von hohem Interesse ist. Rückenschmerzen stehen in Deutschland hinsichtlich Arbeitsunfähigkeitstagen bei GKV-Versicherten an erster Stelle. Sie machen 17% aller Neuzugänge der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten und 26% aller Fälle stationärer Rehabilitationsmaßnahmen aus (ebenda, S. 153). Bei chronischen Rückenschmerzen benennen Hatzenbühler et al. folgende psychologische Risikofaktoren: psychosoziale Überforderung, Traumatisierungen, Defizite im Hinblick auf sog. assertive Kompetenzen, emotionale Beeinträchtigungen wie Depression und Angst, passive Grundeinstellung, inadäquate Krankheitsmodellvorstellungen, operante Faktoren (Krankheitsgewinn), berufliche Unzufriedenheit (ebenda, S. 154). Bei der Fibromyalgie be-

nennen die Autoren folgende psychologische Faktoren: Fixierung auf organische Ursache, frühkindlicher Missbrauch oder Gewalt in zwei Drittel der Fälle, Depressivität, posttraumatische Anpassungsstörung, Verlust- und Versagenszustände (ebenda, S. 163). Bei dieser Auflistung ist eine Ausdifferenzierung, was mögliche Ursache oder mögliche Folge sein kann, nicht immer enthalten. So kann Depressivität Rückenschmerzen mitbedingen oder auch zur Folge haben.

Zum Schmerzerleben hat der Daseinsanalytiker Medard Boss in seinem Standardwerk „Grundriß der Medizin und Psychologie“ eindrucksvolle Vignetten vorgelegt (1999, S. 119 ff.). Er betont, dass Schmerzen von Anfang an immer nur als Schmerzempfindungen oder Schmerzwahrnehmungen vorliegen. Schmerzempfindungen sind in hohem Maße von der Bedeutung abhängig, die der schmerzlich wahrgenommenen Integritätsstörung im Leben eines Menschen gerade zukommt. Boss geht von der Alltagserfahrung aus, dass Schmerzen um so unerträglicher werden, je mehr man sich auf sie konzentriert, Ablenkung mildert den Schmerz. Er beschreibt aus der Schmerzliteratur einen 40-jährigen Lehrer, der wegen eines Zungenkarzinoms operiert werden musste. Obwohl die Operationswunde störungsfrei zugeheilt war, habe der Lehrer weiterhin im Bereich der Zunge unter derart starken Schmerzen gelitten, dass er kaum mehr essen und sprechen konnte. Einige Monate später wurde zu Kontrollzwecken eine Probeexzision am Wundrand entnommen, und die Untersuchung habe ein normales Gewebe ergeben. Diese Mitteilung habe den Lehrer schlagartig von seinen Beschwerden befreit. Boss möchte an diesem Beispiel verdeutlichen – aus seiner Perspektive der an Heidegger orientierten Daseinsanalyse –, dass die hier dargestellten Schmerzphänomene offensichtlich in den Bereich des ursprünglichen Bezogenseins menschlichen Existierens auf eine Welt von Bedeutungs- und Verweisungszusammenhängen gehören. Boss kommt zu einer dualistischen Wissenschaftsauffassung: „Diese Dimension ist jedoch der naturwissenschaftlichen Vorstellungsweise grundsätzlich und daher auf immer versperrt“ (1999, S. 125). Aufgrund der heute vorliegenden bildgebenden Verfahren und eines neuropsychotherapeutischen Verständnisses (Grawe, 2004) ist diese Formulierung von Boss natürlich nicht mehr zu halten, seine subtilen phänomenologischen Beschreibungen des Schmerzerlebens unter dem Gesichtspunkt des Weltbezuges bleiben nach wie vor von Bedeutung, weil natürlich auch jedes Computerbild in Bezug auf das Schmerzerleben des Probanden gedeutet werden muss.

Einflussfaktoren auf das Schmerzerleben

Egle und Kröner-Herwig (2000, S. 525 ff.) identifizieren sechs – heute als gesichert geltende – psychische und soziale Faktoren, die im Rahmen einer biopsychosozialen Vernetzung auf das individuelle Schmerzerleben Einfluss nehmen:

1. Aufmerksamkeit bzw. Ablenkung. Jeder habe bei sich selbst schon die Erfahrung gemacht, dass man sich in gewissem Ausmaß und für einen bestimmten Zeitraum von Schmerzen ablenken kann. Umgekehrt würde eine erhöh-

te, auf den Schmerz gerichtete Aufmerksamkeit die Wahrnehmung verstärken. Dies führe dann zu einem Circulus vitiosus: Schmerz – Aufmerksamkeit – verstärkter Schmerz – erhöhte Aufmerksamkeit.

2. Angst und Depression. Diese zwei Erlebensweisen können die Schmerzschwelle senken und damit das Schmerzempfinden verstärken. Als Beispiel nehmen Egle und Kröner-Herwig die Zahnbehandlung. Ein Patient mit einer Angst vor dem Zahnarzt kann stärkere Schmerzen erleben als einer, der keine Angst hat. Ein Patient, der unter einer Depression leidet, kann z. B. bei einer rheumatoiden Arthritis mehr Schmerzen empfinden als ein psychisch Gesunder.
3. Sekundärer Gewinn/Verstärker. Wie jedes menschliche Erleben und Verhalten unterliegt auch das Schmerzerleben und -verhalten Lernprozessen. Wird der Schmerzpatient geschont oder bekommt er eine stärkere Aufmerksamkeit, so trägt dies zur Schmerzaufrechterhaltung und -verstärkung bei. Dies ist nach der Erfahrung der Autoren besonders bei der Bedarfsmedikation zu berücksichtigen.
4. Kausalattribution und Bewältigungsmechanismen. Hat der Patient external-fatalistische Kontrollüberzeugungen i.d.S., dass er sich seinen Schmerzen fatalistisch ausgeliefert fühlt, so kann dies eine Chronifizierung begünstigen. Für Bewältigungsmechanismen sind vor allem Katastrophengedanken ungünstig. Inwiefern die Krankheitsbewältigung und die Kontrollüberzeugungen einen Einfluss auf das Schmerzerleben des Tinnitus haben können, analysieren Jäger und Lamprecht (2001).
5. Schmerzerfahrungen in Kindheit und Jugend. Egle und Kröner-Herwig gehen davon aus, dass frühe Schmerzerfahrungen in einem speziellen Schmerzgedächtnis gespeichert werden. Sie referieren eine Studie, die gezeigt habe, dass Kinder, die ohne Anästhesie beschnitten wurden, im Vergleich zu denen, die bei einem Eingriff anästhesiert worden waren, noch mehrere Jahre später eine erhöhte Empfindlichkeit gegen periphere Schmerzreize gehabt hätten. Dies würde auch für Schmerzpatienten gelten, die durch regelmäßige körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch in der Kindheit psychisch traumatisiert wurden.
6. Kulturelle Faktoren. Als Beispiel wird das „Couvade“-Phänomen gewählt. Im Gegensatz zu den Frauen, die in klassischen Agrarkulturen bei der Geburt ihrer Kinder oft auf dem Feld bleiben und sich von anderen Frauen helfen lassen, verbringen die dazugehörigen Männer oft mehrere Tage mit Geburtsschmerzen im Bett. Zu weiteren interkulturellen Aspekten des Schmerzerlebens sei verwiesen auf Moerman (2002).

Schmerzerleben und Placebo

Moerman (2002) referiert die ausgefeilten und experimentell eleganten Studien, die einen guten Zusammengang von Schmerzerleben und Placebo zeigen. Exemplarisch sei auf die

Studie von Montgomery und Kirsch (1996) verwiesen. Die Schmerzpsychologen wählten Studenten als Versuchspersonen aus. Ihnen wurde erzählt, dass ein neues, lokal wirkendes Schmerzmittel mit dem Namen Trivarican getestet werden solle. Dieses Trivarican, so die Versuchsleiter, hätte sich in früheren Studien schon sehr bewährt. Das Placebo befand sich in einer Medizinflasche mit dem gut lesbaren Etikett „Trivarican. Nur für Forschungszwecke“. Die Versuchsleiter trugen einen weißen Kittel und hatten Handschuhe, wie sie Chirurgen benutzen. Dann applizierten sie das Placebo auf die ausgewählten Finger. Auf Nachfragen der Studenten antworteten die Versuchsleiter, dass sie diese Handschuhe tragen müssten, um nicht zu sehr dem Trivarican ausgesetzt zu sein. Dann wurde nach ein paar Minuten, in der die „Medizin“ wirken konnte, ein Schmerzstimulus auf die ausgewählten Finger appliziert. Die Studenten wurden gebeten, ihren Schmerz an den Fingern auf einer Skala von 0-10 anzugeben. Sie gaben signifikant an, dass der Schmerz an den Fingern, die mit Trivarican bestrichen wurden, sowohl in seiner Intensität als auch in seiner unangenehmen Qualität geringer sei als an jenen Fingern, die nicht mit Trivarican behandelt worden seien. Moerman führt diese Untersuchungen an vor dem Hintergrund seiner Überlegungen, dass es bei der Behandlung von Krankheiten um die Vermittlung von Bedeutung und Sinn (meaning) gehe. So betont er, dass es nicht das Placebo an und für sich sei, sondern die Bedeutung, die mit diesem assoziiert wird. Dass ein Placebo wirkt, zeigt den Einfluss von Gedanken und Bewertungen auf die Neurophysiologie. Unter psychodynamischen Gesichtspunkten wird der Placeboeffekt in der aktuellen Literatur wenig aufgegriffen. Es kann folgende Hypothese formuliert werden: Eine Deutung eines unbewussten Sühnebedürfnisses bei einer Schmerzsymptomatik könnte einen Placeboeffekt haben, wobei nicht der Inhalt der Deutung eine heilende Wirkung hat, sondern die menschliche Zuwendung und die Überzeugung, mit der die Deutung dem Patienten vorgeschlagen wird, oder die Berühmtheit einer psychotherapeutischen Koryphäe. Bei diesem Thema taucht Balint auf, der von der Droge „Arzt“ gesprochen hat.

Entstehung des somatoformen Schmerzes

Hoffmann und Egle (2004) haben in ihrem Aufsatz „Psychodynamische Konzepte bei somatoformen Schmerzzuständen“ 6 Erklärungsprinzipien zur Entstehung und Erhaltung somatoformen Schmerzes beschrieben, wovon die ersten vier im engeren Sinne, das fünfte (Bindung) im weiteren Sinne und das sechste (Lernvorgänge) nur indirekt in den Bereich psychodynamischen Erklärens fallen:

- den narzisstischen Mechanismus der Schmerzentstehung
- den Konversionsmechanismus
- psychovegetative Spannungszustände in der Schmerzgenese
- Prinzip des Wirksamwerdens dissoziierter Traumafolgen
- die Bedeutung der Bindungsvorgänge
- Lernvorgänge in der Schmerzgenese

Unter dem narzisstischen Mechanismus der Schmerzentstehung verstehen die Autoren die Aufrechterhaltung psychischen Funktionierens bzw. die Vermeidung eines psychischen Zusammenbruchs, wobei die Symbolik im Symptom weniger expressiv sei als beim konversionsneurotischen Mechanismus. Klinisch häufen sich über diese Pathogenese gebahnte Schmerzzustände, z. B. nach zufälligen Unfällen oder banalen Beeinträchtigungen. Durch das Ereignis kommt es zur Dekompensation vorher gerade noch kompensierter psychischer Verhaltensmöglichkeiten.

Der Konversionsmechanismus ist das bekannteste Prinzip zur Erklärung der Entstehung von Schmerzen. Konversion, von Freud 1895 eingehend beschrieben, meint die Konvertierung eines psychischen Konflikts in den körperlichen Bereich. Innere Konflikte werden durch ein körperliches Symptom abgeführt. Freud beantwortet seine Frage „Was ist es denn, was sich hier in körperlichen Schmerz verwandelt?“ mit der Formulierung „Etwas, woraus seelischer Schmerz hätte werden können und werden sollen“. Unter psychovegetativen Spannungszuständen in der Schmerzgenese verstehen die Autoren einen Vorgang, bei dem alle Affekte zeitlebens eine gewisse somatische Begleitkomponente erhalten, die auf eine primäre Beziehung zwischen Affekt und Vegetativum hinweist. Das Prinzip des Wirksamwerdens dissoziierter Traumafolgen kann bei der Schmerzentstehung eine Rolle spielen. Dissoziation stellt dabei einen Bewältigungsversuch des Nichtaushaltbaren dar, indem der nichtaushaltbare Gehalt dissoziiert wird, i. e. der direkten Verfügbarkeit des Bewusstseins entzogen wird. Plötzlich auftretende Schmerzzustände werden in diesem auf Pierre Janet (1859-1947) zurückzuführenden Konzept verstanden als unvermittelte Wiederbelebung einer implizit abgespeicherten Erinnerung an reale Schmerzen im Zusammenhang zurückliegender traumatischer Erlebnisse (vgl. Fiedler, 2006). Ferner können nach den Autoren bei der Entwicklung chronischer Schmerzen die Bindungsstile eine Rolle spielen. Die auf Bowlby beruhende Bindungstheorie unterscheidet 4 Typen: sicher, unsicher-abweisend, unsicher-ängstlich und besitzer-greifend -ambivalent gebunden. Nach Hoffmann und Egle sind vor allem die Patienten für eine Chronifizierung ihrer Schmerzsymptomatik anfällig, die unsicher gebunden sind. Als 6. Erklärungsprinzip sehen die Autoren Lernvorgänge wie insbesondere das operante Konditionieren und die Rolle der sozialen Verstärkung, die bedeutsam sind bei der Chronifizierung von Schmerzvorgängen.

Die depressive Somatisierung

Rudolf (2000, S. 149 ff.) konzentriert sich in seinem ausgefeilten Ansatz auf das psychodynamische Zusammenspiel zwischen dem zentralen frühen Konflikt, dem depressiven Grundkonflikt, und den sehr unterschiedlichen psychischen Verarbeitungen, die das konflikthafte Grundthema im Laufe der Lebensentwicklung erfahren kann. Es sei wichtig, so Rudolf, das spezifische Zusammenspiel zwischen einem lebensgeschichtlich frühen und dynamisch immer noch wirksamen Konflikt (in diesem Fall dem depressiven Grundkonflikt) und den lebensgeschichtlich gewachsenen Ichsintönen, charak-

terlich verankerten Bewältigungsformen zu verstehen. Eine große Bedeutung für das Verständnis des Krankheitsgeschehens ist das Modell der Verarbeitung des frühen Grundkonfliktes. Es seien die Bewältigungsformen, die unter einer Belastungssituation des erwachsenen Lebens zusammenbrechen und die Symptombildung einleiten. Den psychodynamischen Kern des depressiven Grundkonflikts bilden habituelle (unbewusste) Züge von Objektsehnsucht, Objektenttäuschung, Verzweiflung des Selbst und Selbstzweifel. Rudolf unterscheidet nun 6 Formen der Verarbeitung des depressiven Grundkonflikts: altruistisch-überfürsorgliche, narzisstische, schizoide, oral-regressive, philobatische und die humorvolle und durch Kreativität gekennzeichnete Verarbeitung. Vor diesem theoretischen Hintergrund entwickelt Rudolf ein Modell der depressiven Somatisierung am Beispiel der somatoformen Schmerzstörung. Als Bewältigung bei einer depressiven Somatisierung finden sich oft altruistisch-überfürsorgliche Züge, zwanghafte narzisstische Seiten. Der symptomauslösende Konflikt trifft die Abwehrstruktur zu einem Zeitpunkt, da sie bereits erschöpft ist. Wir beobachten eine chronische Selbstverleugnung und eine Daueranspannung, die sich dann in der Erschöpfung und in den Körpersymptomen äußern kann. Rudolf betont, dass bei der depressiven Somatisierung das Klageverhalten als Teil der Symptomatik betrachtet wird. Im expressiven Moment der Klage liegt ein primärer Krankheitsgewinn. Der Patient kann sich an den Therapeuten wenden mit der Bitte, er möge als omnipotentes Objekt seinen alten Schmerz von ihm nehmen. Zugleich kann der Patient seine Anklage an das Objekt richten, das ihn verlassen und verraten hat. Rudolf arbeitet sein Konzept der depressiven Somatisierung weiter aus unter interaktionellen und physiologischen Aspekten. Die Physiologie zeigt, wie über das noradrenerge System die Entzündungsbereitschaft und die sympathikotone Erregung gefördert wird und eine Auswirkung auf die Schmerzentstehung inklusive Symptomchronifizierung haben kann.

Rudolf bezieht sich bei dem depressiven Grundkonflikt auf Störungen der frühen Entwicklungsstufen des Selbst und der Objektbeziehungen. Es wäre reizvoll, dieses Konzept mit den neuen Denkmodellen aus der Stressforschung in Beziehung zu setzen, die Gesundheit im Rahmen einer gelungenen Bedürfnisbefriedigung sehen. Hierzu hat der Stresspsychologe Becker (2006, S. 187) ein Modell vorgelegt, dessen Kernannahme besagt, dass die Gesundheit einer Person unter anderem davon abhängt, wie gut es ihr gelingt, externe und interne Anforderungen mithilfe interner und externer Ressourcen zu bewältigen. Daraus leitet Becker die Globalhypothese ab, dass sich ein chronischer Mangel an Bedürfnisbefriedigung negativ auf die aktuelle und habituelle psychische und physische Gesundheit auswirken würde.

Eine masochistische Kernphantasie

Wurmer arbeitet in seinen Schriften mit einer eleganten Mischung von Zitaten aus der Analyse und theoretischen Überlegungen. Dabei lässt er die Patienten durch ihre eigenen Bewertungen und Träume ausführlich zu Wort kommen. In „Das Rätsel des Masochismus“ (1998, S. 155 ff.) arbeitet

Wurmer mit Geduld und Scharfsinn die masochistische Komponente des Schmerzerlebens heraus. Er schildert den Fall Thomas, ein 35-jähriger, geschiedener und kinderloser Arzt, der vom Autor 1983 behandelt wurde. Der Patient erkrankte im Laufe einer 9 Jahre dauernden Analyse an einer zervikalen Diskopathie, die ihn stark quälte und sehr behinderte. Alle konservativen Eingriffe (Physiotherapie, Akupunktur, Hypnose) und medikamentösen Behandlungen, inkl. Narkotika, erwiesen sich als unzureichend. Nach einem halben Jahr unterzog er sich einer Operation, die aber auch nicht viel Erleichterung brachte, da offenbar nicht die richtige Ebene angegangen worden sei. Gleichzeitig verschlechterte sich die Depression des Patienten, so dass er den Autor bat, ihm ein Psychopharmakon zu geben. Diese Symptomatik reaktivierte eine hochkonfliktäre familiäre Ausgangssituation, die die Folie gibt für die folgende masochistische Überzeugung, die wir als eine masochistische Kernphantasie verstehen: „Nur wenn ich das Opfer bin, nur wenn ich mich geschlagen gebe, kann ich geliebt werden und Lust erleben.“ Alles muss für Thomas enttäuschend sein: Analyse, Chirurgie, Beruf, Frau und Kinder. Die familiäre Ausgangssituation: Die Mutter scheint eine schwer phobisch-anankastische Frau gewesen zu sein, die den Haushalt mit Wutausbrüchen und Todesdrohungen beherrschte. Thomas musste sich den Berufsvorstellungen seiner Eltern unterwerfen. Er wollte nicht Arzt, sondern Mathematiker werden. Wurmer zitiert aus der Analyse des Patienten: „Scham darüber, kein Selbst zu haben – Schuld darüber, mich selbst durchsetzen zu wollen, Nein zu sagen, Widerstand zu leisten, da es mörderisch ist.“

Thomas litt unter einer frühkindlichen Verstopfung, die zu stundenlangen Anstrengungen führte, über die sein Vater präsierte. Statt wütend und rebellisch zu sein – und das verweist wieder auf die oben zitierte masochistische Phantasie –, ergab er sich dem Vater in liebevoller Unterwerfung. Theoretisch sieht Wurmer beim Masochismus eine Sexualisierung als Abwehr. Erst diese gäbe dem Masochismus seine ganze innewohnende Gewalt und führe immer wieder zu erneutem und vertieftem Konflikt.

In diesem Artikel soll zwar nicht die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Schmerzstörungen abgehandelt werden, dennoch sei die kritische Frage gestellt, ob eine psychoanalytische Behandlung wirklich neun Jahre dauern muss, wie Wurmer dies beim Fall Thomas beschreibt. Hier wäre eine Untersuchung der psychoanalytischen Technik Wurmers von Interesse – vor allem unter dem Gesichtspunkt der Formulierung und Überprüfung von Focis, wie dies die OPD fordert und vorschlägt.

Zur Psychodynamik der Selbstverletzung

Die Tendenz vor allem bei Borderline-Patienten, sich selbst zu verletzen, stellt hohe Anforderungen an die Therapie und den Therapeuten, der dieses belastende Geschehen aushalten und containen muss. Neue neurowissenschaftliche Forschungen zeigen eine Desensibilisierung bei Borderline-Patienten, bei Fibromyalgie-Patienten hingegen eine erhöhte Sensibilisierung. Dabei wurde die zentralnervöse Verarbeitung von Schmerzreizen im Gehirn von Patientinnen mit BPS und von

gesunden Versuchspersonen untersucht. Es wurden Hitzereize auf die Handrücken der Versuchspersonen appliziert. Objektiv identische Hitzereize von 43 Grad wurden von den Patienten subjektiv als weniger schmerzhaft empfunden als von Gesunden. Es kann vermutet werden, dass starke Schmerzreize zu einer Beruhigung von Hirnsystemen führen, die für die Verarbeitung von starken Emotionen verantwortlich sind. Selbstverletzungen bei Borderline-Patientinnen können daher als eine Art Selbstheilungsversuch angesehen werden. Das Gehirn scheint über sehr effektive neuronale Netzwerke zur Unterdrückung von Schmerzen zu verfügen, die von BPS-Patientinnen eingeschaltet werden (vgl. Jochims et al., 2006).

Bei der Selbstverletzung können unter psychodynamischen Gesichtspunkten mehrere Aspekte beobachtet werden: Kernberg (1978, S. 149) sieht in der Selbstverletzung bei einigen Patienten auch eine narzisstische Komponente. Die Patienten erleben eine Art Allmachtsgefühl und Stolz darüber, dass man nicht auf die Befriedigung durch andere angewiesen ist, was den lustvollen selbstdestruktiven Akt körperlich verstärken würde. Paar (2002, S. 53 ff.) deutet die Selbstverletzung als Selbsterhaltung. In der Selbstverletzung, durch die Blut fließt, erleben die Patienten Spannungsabbau und ein Gefühl der Lebendigkeit. Der Körper wird zum Selbstobjekt, die Selbstschädigung geschieht in psychodynamisch bedeutsamen Situationen, die Selbstbeschädigung kann ritualisiert vorgenommen werden. Bei der offenen Selbstverletzung fügt sich der Patient an seiner Hautoberfläche Verletzungen in Form von Schnittwunden, Abschürfungen, Verbrühungen, Verätzungen, Verbrennungen usw. zu. Je früher die erste Selbstverletzung stattfand, desto gestörter ist das Körperbild. Das gestörte Körperbild, so Paar, lässt sich in projektiven Testverfahren nachweisen. Sachsse (2000, S. 103) weist darauf hin, dass die Selbstverletzung als Antidepressivum und Antipsychotikum, als ein Mittel gegen Depersonalisation gewertet werden kann. Die Auflösung des Ich wird beschrieben mit den Worten wie: „Ich habe das Gefühl einzubrechen, abzustürzen, mich aufzulösen“. Fuchs (2007, S. 81f) macht darauf aufmerksam, dass die Reaktivierung des Schmerzgedächtnisses auch nach langer Latenzzeit möglich ist. Eine komplexe Verbindung von Schmerz- und Beziehungserfahrung findet sich auch bei jenen Borderline-Patientinnen, die entweder Nähe und Liebe oder aber Herabsetzung und Bestrafung mit dem Schmerz des Missbrauchs verknüpft haben. In den Selbstverletzungen als Erwachsene werden diese beide Formen von Introjekten reaktiviert und unbewusst in der Selbstverletzung erotisiert (s. Wurmser).

Fazit

Die Psychodynamik des Schmerzes gestaltet sich vielschichtig. So kann bei der Selbstverletzung der narzisstische Modus im Vordergrund stehen, bei einem anderen Patienten der Versuch, einer psychotischen Dekompensation zuvorzukommen. Überblickt man die Vorstellungen von den möglichen Impulsen und Motiven der Selbstverletzung, so ist eine differentialdiagnostische Klassifikation von Patienten mit Selbstverletzungsimpulsen ein Forschungsdesiderat. Die psychoanalytische bzw. tiefenpsychologische Theorienbildung

formuliert viele Mechanismen, die zu einer Schmerzstörung führen können, wie Konversion, Dissoziation, ungünstige Bindungsstile, Bewältigung des depressiven Grundkonfliktes über eine depressive Somatisierung oder die wirkungsvolle Virulenz einer unbewussten masochistischen Kernphantasie, die das Leiden mit einem Anspruch bzw. Hoffnung auf Liebe koppelt. Dass das Schmerzerleben auch Placeboeffekten unterliegt, ist in vielen Studien nachgewiesen worden. Die Frage nach Placeboeffekten wird in der zeitgenössischen psychodynamischen Literatur eher selten gestellt.

Hoffmann und Egle (2004, S. 125) stellen aus psychosomatischer Perspektive fest, dass die somatischen Details erst in Ansätzen zu benennen sind, die bei der Vermittlung vom Psychischen ins Körperliche eine Rolle spielen, auch wenn die Neurowissenschaften eine rasante Entwicklung nehmen. Moerman (2002, S. 115) fasst die Befund- und Forschungslage aus medizinisch-anthropologischer Sicht folgendermaßen zusammen:

„This is, clearly, a very complicated situation where we are seeing the world dimly, but it seems pretty clear that what people think and know about pain – what pain means – varies systematically among people of different backgrounds, ages, and attitudes, and that difference in meaning affects the way they perceive their bodies, their illnesses, and probably their cures. But, no one said it was going to be easy.“

Literatur

- Arbeitskreis OPD (2006) (Hrsg.): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Hans Huber
- Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfish HP (2004): Psychologische Schmerztherapie. Berlin: Springer
- Becker P (2006): Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Göttingen: Hogrefe
- Boss M (1999): Grundriß der Medizin und Psychologie. Ansätze zu einer phänomenologischen Physiologie, Psychologie, Pathologie und Therapie und zu einer daseinsgemäßen Präventiv-Medizin. 3. Aufl. Bern: Hans Huber
- Egle UT, Hoffmann SO (1993): Der Schmerzkranke. Stuttgart: Schattauer
- Egle UT, Kröner-Herwig B (2000): Schmerz und psychosomatische Prozesse. In: Senf W, Broda M (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie. Stuttgart: Thieme
- Egle UT, Nickel R, Petrak F (2007): Somatoforme Störungen. In: Strauß B, Hohagen F, Caspar F (Hrsg.): Lehrbuch Psychotherapie. Teilband 1. Göttingen: Hogrefe, S. 555-579
- Engel GL (1959): "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. *Am J Med* 26:899-918
- Fiedler P (2006) (Hrsg.): Trauma, Dissoziation, Persönlichkeit. Pierre Janet's Beiträge zur modernen Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. Berlin: Pabst
- Freud S (1895): Studien über Hysterie. In: Sigmund Freud (1999): Gesammelte Werke, Frankfurt a. Main: Fischer, S. 75-312
- Fuchs Th (2007): Gibt es eine leibliche Persönlichkeitsstruktur? In: Lang H, Faller H, Schowalter M (Hrsg.): Struktur – Persönlichkeit – Persönlichkeitsstörung. Würzburg: Königshausen und Neumann, S. 75-86

- Grawe K (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- Hatzenbühler M, Fresenius M, Heck M, Benrath J (2007): Repetitorium Schmerztherapie. 2. Aufl. Heidelberg: Springer
- Hoffmann SO, Egle UT (1993): Psychodynamisches Verständnis von Schmerz. In: Egle UT, Hoffmann SO (Hrsg.): Der Schmerz- kranke. Stuttgart: Schattauer, S. 91-106
- Hoffmann SO, Egle UT (2004): Psychodynamische Konzepte bei somatoformen Schmerzzuständen. In: Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfisch HP (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie. Berlin: Springer, S. 119-135
- Jäger B, Lambrecht F (2001): Die Bedeutung der Krankheitsbewältigung bei der psychosomatischen Begutachtung am Beispiel des dekompenzierten Tinnitus. In: Schneider W, Henningsen P, Rüger U (Hrsg.): Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie. Autorisierte Leitlinien, Quellentexte und Kommentar. Bern: Hans Huber, S. 227-242
- Jochims A, Ludäscher P, Bohus M, Treede R-D, Schmahl C (2006): Schmerzverarbeitung bei Borderline-Persönlichkeitsstörung, Fibromyalgie und Posttraumatischer Belastungsstörung. Der Schmerz 20:140-150
- Kapfhammer HP (2001): Entwicklung der Konzepte von Hysterie, Konversion und Somatisierung und hin zu den somatoformen Störungen. In: Kapfhammer HP, Gündel H (Hrsg.): Psychotherapie der Somatisierungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart: Thieme, S. 4-18
- Kernberg O (1978): Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt: Suhrkamp
- Moerman D (2002): Meaning, medicine and the „placebo effect“. Cambridge: University Press
- Montgomery G, Kirsch I (1996): Mechanisms of Placebo Pain Reduction: An Empirical Investigation. Psychol Sci 7(3):174-176
- Paar G (2002): Selbstverletzung als Selbsterhaltung. In: Hirsch M (Hrsg.): Der eigene Körper als Symbol? Der Körper in der Psychoanalyse von heute. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 53-72
- Rudolf G (2000): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. Stuttgart, Thieme
- Sachsse U (2000): „Blut tut gut“. Genese, Psychodynamik und Psychotherapie offener Selbstbeschädigungen der Haut. In: Hirsch M (Hrsg.): Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 94-117
- Saner H (1993): Macht und Ohnmacht der Symbole. Essays. Basel : Lenos
- Wurmser L (1998): Das Rätsel des Masochismus. Psychoanalytische Untersuchungen von Gewissenszwang und Leidenssucht. Berlin: Springer

Dr.phil. Dipl.-Psych. Lothar Schattenburg
Ltd. Psychologe – Abteilung für Rehabilitation
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
Salzburger Leite 1 • 97616 Bad Neustadt/Saale
schattenburg.reha@psychosomatische-
klinik-bad-neustadt.de