

2.7

Psychodynamisches Verständnis von Schmerz

S.O. Hoffmann

Inhalt

Einleitung	77
Der Beitrag von G. L. Engel	78
Psychodynamische Aspekte im philosophischen Schmerzverständnis	79
Psychodynamische Erklärungsprinzipien zur Entstehung von Schmerz	79
Narzisstischer Mechanismus der Schmerzentstehung	79
Konversionsmechanismus der Schmerzentstehung	82
Psychovegetative Spannungszustände in der Schmerzgenese	86
Lernvorgänge in der Schmerzgenese	87
Bedeutung der Bindungsvorgänge für die Schmerzgenese	87

Einleitung

„Psychodynamisches Verständnis“ bedeutet im Zusammenhang dieses Kapitels: das Verständnis der inneren Abläufe des Schmerzkranken aus einer an der Psychoanalyse orientierten Sicht. „Psychodynamisch“ ist dezidiert allgemeiner gemeint als „psychoanalytisch“. Das gibt hier die Möglichkeit, auch nichtpsychoanalytische Überlegungen mit einzubeziehen.

Auf die Psychodynamik des Schmerzkranken wird an verschiedenen Stellen dieses Buches Bezug genommen. Vor allem sei auf die in vielfacher Hinsicht diesen Abschnitt ergänzenden Ausführungen über psychotherapeutische Diagnostik (Kap. 4.11) hingewiesen. Der Autor, R. Schors, setzt das, was wir hier an innerer Dynamik des Patienten beschreiben, dort in eine interaktionelle (diagnostische) Dynamik um. Auch in den Therapiekapiteln (Kap. 5.9 bis 5.12) und in der Abhandlung der Krankheitsbilder (Kap. 6) sind weitere Ergänzungen der nachstehenden Ausführungen zu finden.

Das erste stringente und in weiten Bereichen heute gültige Konzept der Entstehung eines psychogenen körperlichen Schmerzes ist das der **Konversion**, das S. Freud (1895a) am Beispiel einer Patientin mit Astasie, Abasie und Schmerzzuständen entwickelte. In seinem Gesamtwerk ging Freud zwar wiederholt auf die Bedeutung der Psychogenese von Schmerzzuständen ein (Berning 1980), jedoch hatte diese Frage weder bei ihm noch bei anderen Autoren der frühen Psychoanalyse Relevanz. Erst in den 30er-Jahren des 20. Jahrhunderts gewinnt das Thema einiges Interesse. Schilder (1931) stellt wohl als Erster eine kausale Beziehung zwischen einem demütigen-

den und harten Kindheitsmilieu und einer späteren Schmerzkrankheit her. Jelliffe (1933) beschreibt klinisch die „Sucht nach operativer Behandlung“ und erklärt sie durch ein unbewusstes Leidensbedürfnis; seine Rückführung der Vorgänge auf Äußerungen des Todestriebes entwerfen aus heutiger Sicht diese guten Beobachtungen. 1933 geht Weiss zentral auf die Beziehung von Körperschmerz und Seelenschmerz ein und belegt das wechselseitige Füreinandereintreten beider Phänomene an neurotischen und psychotischen Patienten. Diese schöne Studie wurde von Nicht-Psychoanalytikern genauso wenig beachtet wie die ebenfalls gute Arbeit von Hart (1947), der die Reduzierung des Schuldgefühls durch die Sühneleistung des Schmerzes in den Mittelpunkt stellt.

Den eigentlichen **Durchbruch für einen psychologischen Zugang zum Schmerzverständnis** bewirkt die Arbeit von G.L. Engel über „Psychogenic pain and the pain-prone patient“ 1959 im American Journal of Medicine. Das Buch von Merskey und Spear (1967) war in der Konzeption zwar weniger psychodynamisch, ging das Thema aber in noch größerer Breite an.

Psychoanalytische Beiträge sind seither immer wieder in kleiner Anzahl erschienen, sie wirken in der nun zunehmend behaviouristisch dominierten Schmerzforschung jedoch so fremd, dass sie kaum rezipiert wurden. Auch aus diesem Grunde möchten wir hier auf Arbeiten hinweisen, die unseres Erachtens die Wichtigkeit psychoanalytischen Krankheitsverständnisses zum Thema verdeutlichen können. 1958 untersuchten Ramzy und Wallerstein die besondere Beziehung von Schmerz, Furcht und Angst. Spiegel entwickelte 1966 ein Mo-

dell für die Beziehung von Affekten zu Ich und Selbst, wobei er auch die Rolle des Schmerzes untersuchte und dabei auf das Konzept der Besetzung von Ich-(Körper-)Grenzen kam, wie es schon bei Weiss (1933) anklingt, jedoch erst von Schilder (1935) – auch dezidiert in Bezug auf den Schmerz – und Federn (1952) im eigentlichen Sinne entwickelt wurde. Beide Autoren erwähnt Spiegel merkwürdigerweise nicht. Valenstein (1973) schließlich arbeitet die Bindung an „schmerzhafte Empfindungen“ unter Berücksichtigung der modernen Objektbeziehungspsychologie in differenzierter Weise aus, was, weniger erfolgreich, auch Jordt (1988) versucht.

Der Beitrag von G. L. Engel

Wie ausgeführt, ist es vor allem der Beitrag von G. L. Engel (1959), der so etwas wie einen Dambruch für den psychologischen Gesichtspunkt in der Schmerzforschung bewirkte, auch wenn in der Folge vor allem behaviouristisch orientierte Autoren diese Chance nutzten. Dadurch kam es in der Folge zu einer Akzentverschiebung in der Forschung, wie sie Engel sicher nicht intendiert hatte. In gewissem Sinne versöhnlich wirkt es, wie Roy (1985), der sich ein für psychodynamische Fragen offenes Ohr erhalten hat, die Wirkung von Engels Aufsatz ein Vierteljahrhundert später untersucht und würdigt. Der wichtigste Beitrag Engels, der allgemeine Anerkennung gefunden hat, ist der aus heutiger Sicht sicher vorläufige, aber in weiten Teilen immer noch gültige Entwurf der Formulierung einer **Schmerzpersönlichkeit** (s. Kap. 3.3).

Engel ging von der Beobachtung aus, dass manche Individuen anfälliger sind als andere, Schmerz als psychischen Regulator zu verwenden, unabhängig davon, ob der Schmerz ursprünglich von einer peripheren Reizquelle ausging (also organisch verursacht war) oder nicht. Diese schmerzanfälligen Patienten zeigen nach Engel folgende **Merkmale**:

- deutliche Hinweise auf bewusste und unbewusste Schuldgefühle, wobei der Schmerz offensichtlich die Funktion einer Sühneleistung hat
- einen lebensgeschichtlichen Hintergrund, der dazu prädisponiert, Schmerz in diesem Sinne einzusetzen
- eine lange Geschichte von Leid und Niederlagen und eine Intoleranz für Erfolg (masochistische Charakterstruktur) mit einer Neigung, Schmerzerlebnisse geradezu zu provozieren, wie die lange Liste von schmerzhaften Verletzungen, Operationen und Behandlungen zeigt
- aggressive Bedürfnisse, die stark gehemmt sind, nicht ausgelebt werden und an deren Stelle Schmerz tritt
- Entwicklung von Schmerz als Ersatz für einen Verlust, wenn eine Beziehung bedroht oder auseinandergegangen ist
- Tendenzen in Richtung sadomasochistischer sexueller Entwicklung mit Auftreten von Schmerzepisoden bei konflikthaften sexuellen Impulsen

- Schmerzlokalisationen, die bestimmt sind durch vorausgehende Schmerzerfahrungen („Schmerzedächtnis“) oder Identifizierung mit sozialen Bezugspersonen, wobei der Schmerz des anderen als Modell für den Patienten in gleicher Weise eine Phantasie wie eine Realität sein kann

Dieses Persönlichkeitsbild wird verschiedensten deskriptiven Diagnosen, vor allem Konversionshysterien, Depressionen, Hypochondrien, wahnhaften Schizophrenien und weiteren zugeordnet. Viele Patienten sind diagnostisch keiner nosologischen Kategorie eindeutig zuzuordnen.

Engels zentrale These, 1959 alles andere als anerkannt, ist ein energisches Plädoyer dafür, den Schmerz als psychologisches Phänomen aufzufassen, auch wenn er aus physiologischen Sensationen erwachse. Engel betont, dass es auch neurophysiologisch betrachtet keinen Schmerz ohne Partizipation zentralnervöser höherer Zentren gibt, dass aber dann auch den anderen Funktionen dieser Zentren in Beziehung zum Schmerz Aufmerksamkeit geschenkt werden müsse. Entwicklungsgeschichtlich entwickelt sich nach Engel der Schmerz aus Aktivitätsmustern, die in peripheren Rezeptoren entstehen, die dem biologischen Abwehrsystem zum Schutz des Organismus vor Verletzung zugehören. Das beinhaltet, dass es einen biographisch sich entwickelnden Übergang von einem reinen Reflexsystem zur psychischen Erfahrung „Schmerz“ gibt. Ist die psychische Organisation der Schmerzwahrnehmung einmal entwickelt, bedarf es keiner peripheren Reizung mehr, um Schmerz zu spüren, wie es ähnlich auch für visuelle und akustische Sensationen gilt. Wenn Schmerzsensationen aus dem psychischen Bereich auf den Körper projiziert werden, nimmt sie der Mensch in einem Körperteil wahr, und sie sind für ihn von peripheren Schmerzsensationen nicht mehr unterscheidbar. Als Engel diese Ausführung machte, stand ihm noch nicht die 1965 erstmalig und 1983 in ihrer heutigen Form vorgelegte Gate-Control-Theorie von Melzack und Wall zur Verfügung. Mithilfe dieser Theorie lässt sich jede der von Engel gemachten klinischen und physiologischen Annahmen decken.

Neben der Herausarbeitung der primär psychischen (und nicht physischen) Natur des Schmerzphänomens liegt unseres Erachtens ein weiterer bedeutender Beitrag Engels in seiner Formulierung des **Schmerzerlebens als eines umfassenden seelischen Regulationssystems**. Es spielt damit eine zentrale Rolle für die psychische Ökonomie. Einerseits schützt es das Individuum als Warnsystem vor körperlichem Schaden, bewirkt die Unterscheidung und Abgrenzung von Umwelt und eigenem Körper, und andererseits beeinflusst es wiederum die Natur der sozialen Beziehungen, weil diese selbst mit der Entstehung des Schmerzerlebens eng verbunden sind. Im Verlaufe der kindlichen Entwicklung spielen Schmerz und Entlastung von Schmerzen nämlich eine entscheidende Rolle bei der Ausbildung interpersonaler Beziehungen und bei der Bil-

dung von wertenden Konzepten wie gut und böse, Belohnung und Strafe, Erfolg und Misserfolg. Das individuelle „Schmerzgedächtnis“, das sich für die klinisch-physischen Phänomene als so bedeutsam erwies, ist somit auch ein entschieden soziales Gedächtnis.

Psychodynamische Aspekte im philosophischen Schmerzverständnis

Ohne weitergehendes Referat soll auch auf philosophische Beiträge zum Schmerzproblem, die dem Phänomen des Schmerzes in manchem gerechter werden als Medizin und Psychologie, hingewiesen werden. Buytendijk (1955) gibt eine Übersicht hierzu, wobei er den anthropologischen und – soweit sich diese beiden nicht ohnehin überschneiden – den phänomenologischen Gesichtspunkt betont.

Bemerkenswert erscheint uns seine Vorstellung der „Entzweiung von Ich und Leib“ als Voraussetzung des Schmerzerlebens. Fehlt die Entzweiung, geht z. B. der Mensch in Wut und Angst auf, so verspürt er weder seinen Körper noch seinen Schmerz. Ebenfalls vom Phänomen des Schmerzerlebens geht Wisser (1985) aus. Er arbeitet die schon bei Plato nachweisbare und über Kant zu Schopenhauer reichende Denklinie aus, dass nicht das Vergnügen und die Lust, sondern der Schmerz die primäre Empfindung sei und den unabdingbaren Kontrasthintergrund der angenehmen Gefühle verkörpere. Für Schopenhauer heißt dies, dass Gesundheit und Wohlbefinden „negativer, hingegen der Schmerz positiver Natur“ ist (zit. n. Wisser 1985, S. 83). Positiv und negativ meint hier nicht affektive Wahrnehmungstönungen, sondern, dem Wortsinn entsprechend, die Unmittelbarkeit der Erfahrung im Bewusstsein. Die Konsequenzen dieses Verständnisses vom Schmerzerleben reichen sehr viel weiter als das populäre einer Unlustempfindung, die auf Beseitigung drängt. P. Bieri (1987) hat in neuerer Zeit aus erkenntnistheoretischer Sicht den phänomenalen und epiphänomenalen Charakter der Schmerzwahrnehmung nachgezeichnet. Durch Unterscheidung einer personalen (die ganze Person) und einer subpersonalen (die Interaktion ihrer Teile) umfassenden Ebene versucht er, das Problem anzugehen, dass Schmerz primär ein nur subjektiv erlebbares und mitteilbares Phänomen ist. Wir können auf diese Ansätze nur verweisen.

Psychodynamische Erklärungsprinzipien zur Entstehung von Schmerz

In der Folge gehen wir von den nachstehenden Erklärungsprinzipien zur Entstehung psychogenen oder überwiegend

psychogenen Schmerzes aus. Obwohl es fraglos Überschneidungen gibt, können sie als voneinander ausreichend unabhängig angesehen werden.

- Prinzip der **psychischen Substitution**, Ersatzvorstellung, Ersatzwahrnehmung („psychoprothetische Funktion“): Dieses Konzept entspricht weitgehend dem des narzisstischen Mechanismus.
- Prinzip der **Konfliktentlastung** durch körpersprachlich ausgedrückte Symbolisierung: Dieses Konzept entspricht dem Konversionsmechanismus, überschneidet sich jedoch nur in Teilen mit dem hysterischen Mechanismus.
- Prinzip der primären (nicht konvertierten) **Umwandlung von Affekten in körperliche Spannungszustände**: Dieses Konzept erfasst psychovegetative Spannungszustände als Folge eines primär körperlich erlebten Affektdrucks. Schmerzentstehung und mögliche organische Läsionen (z. B. Bandscheibenprolaps) wären hier unmittelbare Folge der anhaltenden Muskelkontraktionen.
- Prinzip der **Lernvorgänge**: Dieses Konzept erfasst insbesondere das operante Konditionieren in seiner kooperativen Funktion in Entstehung und Erhaltung von Symptomen.
- Ein fünftes psychodynamisches Prinzip bezieht sich weniger auf die Entstehung von Schmerz, sondern spezifiziert Bedingungen seiner Chronifizierung: es handelt sich um das **Bindungskonzept**, das in der Folge seiner Konzeptualisierung durch J. Bowlby (1969) zu einer ständig ansteigenden wissenschaftlichen Auseinandersetzung und Forschung führte.

Narzisstischer Mechanismus der Schmerzentstehung

Der narzisstische Mechanismus intendiert in seiner Psychodynamik die Vermeidung oder Begrenzung einer subjektiv existenziellen Krise des Selbstgefühls („narzisstische Krise“) durch die Bildung eines Symptoms oder Verhaltens, das dann den intrapsychisch wahrgenommenen Ausfall substituieren soll („psychoprothetische Funktion“). Es geht also nicht primär um eine Spannungsentlastung, sondern um die Aufrechterhaltung psychischer Funktionierens überhaupt bzw. die Vermeidung eines psychischen Zusammenbruchs.

Dabei ist die Entstehung eines in solchem Sinne verstandenen Schmerzsyndroms natürlich als Misslingen einer sinnvollen Ersatzbildung anzusehen, als ein (in Freuds Worten) misslungener „Heilungs- und Rekonstruktionsversuch“ (Freud 1924, S. 389). Wie bei der Konversion kann es sich um eine Symbolisierung handeln; das Fehlende, das Vermisste, das Ersehnte wird dargestellt, jedoch steht der **Rekonstruktionsvorgang** hinsichtlich seines dynamischen Gewichts vor dem Ausdrucksgehalt, vor dem kommunikativen Vermittlungsangebot.

Der prinzipiell also auch beim narzisstischen Vorgang **mögliche Ausdrucksgehalt** lässt sich nach unserem Verständnis durch zwei Aspekte von dem beim konversionsneurotischen Mechanismus abgrenzen:

- Die Symbolik im Symptom ist „matter“, weniger expressiv. Sie arbeitet, in Lorenzers Terminologie, mehr mit „Zeichen“ als mit Symbolen („von den Zeichen zu den Symbolen geht ... eine Linie der Zunahme an gestischem Gehalt“; Lorenzer 1970, S. 86).
- Der Einsatz solcher nur noch begrenzt als Kommunikationsmittel ansprechbarer Symbole hat einen eindeutigen existenziellen Charakter. Denn in erster Linie geht es bei dieser Art der Symptombildung nicht um Reduktion intrapsychischer Spannungen, sondern um Versuche der Sicherung oder Wiederherstellung existenzieller psychischer Basisbedingungen, die hochgefährdet oder zusammengebrochen sind.

Allgemein wird man jedoch bei auf narzisstischem Wege entstandenen Symptomen eher einen begrenzten oder keinen Ausdrucksgehalt vorfinden.

Klinisch häufen sich über diese Pathogenese gebahnte Schmerzzustände nach zufälligen Unfällen, Traumen und banalen Beeinträchtigungen, bei denen oft schon im diagnostischen Erstgespräch ein affektiv gespannter emotionaler Hintergrund nachweisbar ist. Die Unfallfolge, das Trauma, die Beeinträchtigung heilen in der Folge nicht aus, sondern chronifizieren, zumindest was das Schmerzerleben angeht. Das somatische Ereignis wird hier zur „gestaltgebenden Leitlinie“ der Pathodynamik. E. Weiss formulierte 1933: „Ein körperlicher Schmerz, der einmal erlebt wurde, bahnt den Weg zum Ersatz eines Seelenschmerzes durch einen Körperschmerz“ (Weiss 1933, S. 129). Diese Aussage gilt auch für den Konversionsvorgang, hat aber beim narzisstischen Mechanismus noch mehr Gewicht. Durch das „Ereignis“ kommt es zur **Dekomensation** vorher (gerade noch) kompensierter psychischer Verhaltensmöglichkeiten. Wohl deshalb beobachten wir klinisch die Häufung „arbeitssüchtiger“ (workaholic), extrem leistungsorientierter Menschen in dieser Gruppe. Gildenberg und DeVaul (1985) sprechen von „überforderten Patienten“.

Ohne dass dies so ausformuliert wurde, sind diese Zusammenhänge implizit bei Engel im Rahmen seiner Auffassung des Schmerzes als eines allgemeinen Regulationssystems psychoökonomischer Vorgänge angesprochen.

Der Erklärungswert dieses Prinzips reicht weit. Auf der einen Seite umfasst es den **halluzinatorischen Schmerz** des Psychotikers, mit dem dieser „versucht“, eine erlebbare, „erfühlbare“ Ordnungsgestalt in sein Chaos zu bringen. Trotz des Misslingens seines Lösungsversuchs – denn Halluzinationen verschlechtern die Realitätskontrolle noch mehr – wird nachvollziehbar, dass der Schmerz hier einen intendierten Zuge-

winn an Organisiertheit darstellen könnte. Die Halluzination von Schmerzen wäre somit die „reinste“ Anwendung des Substitutionsprinzips in der Erklärung psychogener Schmerzzustände.

Von hier ergibt sich klinisch ein Kontinuum über die schwerer gestörten Borderline-Persönlichkeiten (z. B. schizoide Persönlichkeiten, infantil-hysterische Persönlichkeiten im Sinne Kernbergs) hin zu den narzisstischen Persönlichkeiten. Gemeinsam wäre den chronischen Schmerzsyndromen solcher Menschen, dass sie auf der Basis dieses Erklärungsansatzes in der Intention in gleicher Weise unbewusst einen Zugewinn an „schmerzhafter“ Ordnungsstruktur anstreben. Bei den genannten Persönlichkeitsstörungen beobachten wir auch klinisch regelmäßig aktive Selbstverletzungen mit Rasierklingen, Messern oder Zigaretten in eindeutig *nicht* suizidaler Absicht. Psychodynamisch sind diese autoaggressiven Handlungen zunächst als Grenzsetzungs- und Ordnungsversuch zu verstehen – dabei müssen die Patienten gewissermaßen „noch“ ihre Schmerzen sich selbst bereiten. Die eigentliche Psychogenese von Schmerzen verlief, verglichen mit dieser Personengruppe, dynamisch in der gleichen Richtung, nur bedürfte es dann keiner aktiven Manipulation zur Schmerzgewinnung, sondern der ganze ätiologische Ablauf könnte als intrapsychischer aufgefasst werden.

Ein drittes und hier letztgenanntes Beispiel wären die Schmerzzustände im Rahmen von akuter Trauer oder Verlustreaktionen. Hierbei handelt es sich um nicht häufige, dafür aber um so eindrucksvollere Phänomene, bei denen der Schmerz, meist in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Verlust entstanden, die verlorene Bezugsperson ersetzt, gewissermaßen im Sinne einer schmerzlichen Tröstung („was mich so schmerzt, kann nicht verloren sein“). Hier gibt es einen bereits diskutierten und nur schwer abgrenzbaren Übergang zum Konversionsmechanismus.

Schors (siehe Kap. 4.11) schreibt der Rolle des vielfältig zu konzipierenden und vom Patienten zu erlebenden **Verlustes** eine zentrale Funktion bei praktisch jeder Entstehung von Schmerz über psychische Mechanismen zu. Wir haben Zweifel daran, ob diese generelle Aussage hinsichtlich ihres ätiologischen Gehaltes zutrifft. Ohne Frage gilt sie jedoch für die zahlreichen Verlusterlebnisse des Schmerzkranken, wenn sich sein Leiden einmal etabliert hat: Der Schmerzpatient sieht sich mit einer langen Liste von Personen, Dingen und Funktionen konfrontiert, die er nicht mehr hat, über die er nicht mehr verfügen kann oder derer er nicht mehr fähig ist. Die von Schors am gleichen Ort besonders betonte Rolle der **Kränkung** in der Schmerzkrankheit („was kränkt, macht krank“) gewinnt ihre pathogene Potenz gerade über diese zahlreichen Verlusterlebnisse. Uns scheint sie im Zusammenhang des hier besprochenen narzisstischen Mechanismus von zentraler Bedeutung.

Auch in den Ausführungen von Jordt (1988) wird eine ähnliche Überlegung geäußert: Der Autor versteht den Schmerz als

eine Art „Uraffekt“ als **Reaktion auf frühe Verluste** – ein Gedanke, der dicht an der Attachment-Theorie von Bowlby (1969) liegt. Durch die Introjektion des Schmerzes wird die Trennung vermieden. Aber unabhängig davon, ob Schmerz als psychologisches Phänomen in seinem ursprünglichsten Charakter (immer) Trennungsschmerz ist: als **narzisstische Abwehr** schützt er – um den Preis andauernder Pein – vor der befürchteten Trennung.

Blazer (1980/81) hat versucht, einen narzisstischen Persönlichkeitstyp mit einer besonderen **Neigung zur Entwicklung psychogener Schmerzsyndrome** zu beschreiben. Nach seiner Studie handelt es sich um Menschen mit einer ausgeprägten libidinösen Besetzung ihrer Person und ihres Körpers. Es bestehen unverarbeitete infantile Unverletzlichkeitsphantasien fort, was sich in einem leistungsmäßig oft erfolgreichen, aber sozial problematischen Verhalten ausdrückt. In Versagens- und Misserfolgssituationen zeigen diese Patienten ein ausgeprägt regressives Verhalten, es kommt zur „narzisstischen Krise“ des Selbstgefühls, das plötzlich in seiner Brüchigkeit erlebbar wird. So sind es fast immer plötzliche Ereignisse, Unfälle, Stürze, Verkehrsunfälle, die die Krankheit einleiten und dem Patienten ein ausgeprägtes Gefühl von Hilflosigkeit vermitteln. Die Ärzte, die quasi durch Zauberkraft die Krankheit und ihre Folgen auf der Stelle beenden sollen, werden in charakteristisch narzisstischer Weise zuerst

idealisiert, um dann als enttäuschend erlebt zu werden. Es entwickelt sich ein typisches Krankheitsverhalten mit häufigem Arztwechsel, misstrauischem Rückzug und einer narzisstischen Neuorganisation – als leidendes Opfer, als gestürzter Engel – um das Schmerzsyndrom herum. Psychometrisch ließ sich die Gruppe dieser Patienten von anderen chronischen Schmerzpatienten hinsichtlich des plötzlichen und dramatischen Krankheitsbeginns, des Erlebnisses der ausgeprägten Hilflosigkeit, des subjektiven Erlebnisses uninteressierter Ärzte, sozial beanspruchter Führungspositionen und zorniger Affekte abgrenzen.

Ätiologisch rekonstruiert der Autor, dass der akute traumatische Einbruch körperlicher Krankheit für die Patienten eine Reaktualisierung darstellt, die sie seinerzeit durch ein künstlich aufgeblähtes Selbstgefühl, durch die Entwicklung eines kompensatorischen Narzissmus stabilisieren konnten. Diese Kompensation reichte jedoch nur unter günstigen Lebensbedingungen aus und endete bei ernsthaften Krisen. Das Selbstgefühl dieser Menschen hat gewissermaßen keine Reserven. Wir würden dieser Rekonstruktion der Ätiologie im Sinne der biographischen Genese folgen. Narzisstische und Borderline-Persönlichkeiten werden generell als biographisch stärker und früher (in der präverbalen Entwicklung) belastet angesehen; ihre eingeschränkten Ich- und Selbstfunktionen sind Folge eben dieser belasteten Entwicklung.

Fallbeispiel zum narzisstischen Mechanismus

Ein 31-jähriger Verwaltungsbeamter erleidet bei einem Unfall im Rahmen seiner Außendiensttätigkeit eine Contusio cerebri. Das CT ist unauffällig, weitere Befunde werden nicht erhoben. Nach dem Unfall kann er seine Arbeit aufgrund starker Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen und Schwindelgefühle nicht mehr aufnehmen. Die Schmerzbeschreibung ist ausgesprochen diffus: Weder Lokalisation noch Qualität der Kopfschmerzen können vom Patienten beschrieben werden. Ein Arbeitsversuch nach einer Rehabilitationsmaßnahme in einer neurologischen Klinik scheitert. Es folgen zahllose Begutachtungen in neurologischen und psychiatrischen Universitätskliniken, die im Zusammenhang mit Prozessen gegen den Dienstherrn stehen. Dabei geht es um die Anerkennung als Arbeitsunfall, die Übernahme der Krankheitskosten sowie die Höhe der Pension. Als sich der Patient 4 Jahre später in der Mainzer Schmerzambulanz vorstellt, sind immer noch nicht alle juristischen Fragen geklärt.

Bis zu dem Unfall schildert sich der Patient als ausgesprochen erfolgreich, im Beruf ebenso wie als Lokalpolitiker. Nach Abschluss der Realschule habe er eine Verwaltungsfachakademie für den gehobenen Dienst als einer der Besten

von insgesamt 2000 Absolventen beendet, wodurch er „den Ort meines Wirkens aussuchen konnte“. Statt diese Pläne zu realisieren, musste er dann jedoch seine Bundeswehrzeit absolvieren, was mit der Angst verbunden war, gegenüber den Gleichaltrigen in der Karriere ins Hintertreffen geraten zu können. Beim Militär brachte er es zum Offiziersanwärter, was „außer mir ohne Abitur dort keiner geschafft hat“. Aufgrund von starken Kopfschmerzen, die aus einem schweren Motorradunfall mit 16 Jahren resultierten, habe er keinen Stahlhelm tragen müssen. Überhaupt stellte dieser Motorradunfall, in dessen Folge er 12 Stunden bewusstlos gewesen sei, einen wesentlichen Einschnitt in sein damaliges Leben dar: „Ich habe plötzlich begriffen, was ich vom Leben erwarte und mich angestrengt“. Zuvor habe er sich in Konflikten mit dem „cholerischen Vater“ zerrieben. Er habe lange Haare getragen, sich als Diskjockey betätigt und das Gymnasium abbrechen müssen. Obwohl Einzelkind, habe er sich vom Vater Zeit seines Lebens nie akzeptiert gefühlt. Dagegen sei er von Mutter und Großmutter materiell ausgesprochen verwöhnt worden, meist hinter dem Rücken des Vaters. Bis zu seinem 14. Lebensjahr führten die Eltern ein kleines Geschäft, wodurch wenig Zeit für die Familie blieb.

Nach der Entlassung aus der Bundeswehr engagierte sich der Patient im lokalen Reservistenverband sowie in der Nachwuchsorganisation einer politischen Partei. Mit 23 Jahren wurde er zu deren Kreisvorsitzendem gewählt. Kurz vor dem Unfall habe er diesen Kreisvorsitz abgegeben, um Kandidat für die anstehende Landtagswahl zu werden. Durch den Unfall sei er dann nicht einmal mehr Delegierter für die Wahl des Kandidaten gewesen.

Mit 29 Jahren – 2 Jahre vor dem Unfall – hat der Patient seine fast 10 Jahre jüngere Ehefrau geheiratet, die er nur wenige Monate zuvor kennengelernt hatte. Für die politische Karriere sei jedoch eine Heirat vor dem 30. Lebensjahr zwingend. Seine Frau sei anfangs mit dem „Führen eines großen Haushaltes“ überfordert gewesen, für die politische Karriere waren Einladungen und Feste jedoch unbedingt erforderlich. So sehr sie sich damals „in meinem Glanze gesonnt“ habe,

so wenig könnten beide heute miteinander anfangen. Die beiden älteren Kinder wurden vor bzw. kurz nach dem Unfall geboren. Das jüngste der drei Kinder hat der Patient bisher nicht als sein eigenes anerkannt, da er seit dem Unfall „einen vollständigen Libidoverlust“ erlitten habe. Er ist überzeugt, dass die Frau fremdgeht, nachdem es infolge der beruflichen und finanziellen Schwierigkeiten zu einer weit gehenden Entfremdung zwischen beiden gekommen ist. In den letzten 2 Jahren gebe es nur noch – teilweise handgreifliche – Auseinandersetzungen, oft sei die Frau mit den Kindern mehrere Tage oder auch Wochen weg. Ohne die finanzielle Unterstützung der Eltern hätte er das – offensichtlich sehr große – eigene Haus, das er wenige Monate vor dem Unfall mit seiner Familie bezogen hatte, längst aufgeben müssen: „Im Unterschied zu Vater Staat, der seiner Fürsorgepflicht nicht nachkommt, habe ich seitens der Eltern Unterstützung“.

Der **narzisstische Mechanismus** wird in dem Ausmaß deutlich, in dem der Patient den schmerzauslösenden Unfall als Stabilisator des bedrohten Selbstwertgefühls verarbeitet. An der Misere seines Lebens, seiner Karriere, seiner Ehe ist die Umwelt schuld. Die nicht erfolgende Anerkennung dieser Schuld durch „Vater Staat“ ermöglicht dem Patienten eine das „Gesicht wahrende“ Erklärung seiner Probleme durch die Unfallfolgen. Der Kopfschmerz garantiert subjektiv die Selbstwertstabilität, die der Patient im Leben objektiv ganz offensichtlich nicht zu erreichen vermochte. Er stabilisiert, rechtfertigt, erklärt und begründet alles.

Konversionsmechanismus der Schmerzentstehung

Der Konversionsmechanismus ist das am häufigsten verwendbare Prinzip zur Erklärung der Schmerzentstehung im überwiegend oder mitverursachend psychogenen Sinne. Eine Operationalisierung des Konversionsmechanismus stammt von Hoffmann (1996), die vollständigste und aktuellste Übersicht zum Konzept der Konversion geben Köbler und Scheidt (1997). Das Konzept geht von der Annahme innerer Konflikte aus, die durch ein körpersprachlich dargestelltes Symptom entlastet werden sollen. Diese Symptome stellen etwas dar, sie drücken eine Kommunikation aus, weswegen v. Uexküll von „**Ausdruckskrankheiten**“ spricht.

Konversion meint ursprünglich die Konvertierung eines psychischen Konflikts in den körperlichen Bereich. Dabei handelt es sich jedoch eher um ein komplexes als einfaches Geschehen (Freud: „rätselhafter Sprung“). Auch wenn sich in den letzten Jahren eine rasante Entwicklung der Forschung im psychoendokrinen, psychobiologischen, psychophysiologischen

und neuropsychimmunologischen Bereich abzeichnet, sind die somatischen Details erst in Ansätzen zu benennen, die bei dieser Vermittlung vom Psychischen ins Körperliche eine Rolle spielen. Besser beschreibbar sind die **psychischen Teilvorgänge**, viele von ihnen jedoch durchaus vage und vorläufig. Diese Teilmechanismen betreffen im Rahmen der Konversion unter anderem folgende Vorgänge:

- Eine zentrale Rolle kommt **unbewussten Vorstellungen und Phantasien** zu, die den eigentlichen Inhalt der Darstellung im Symptom ausmachen.
- Als Abwehrvorgang ist regelmäßig die **Verdrängung** beteiligt. Verleugnung, Verschiebung und Projektion werden ebenfalls häufig beobachtet.
- Vor allem bei den hysterischen Konversionsvorgängen ist eine **Bewusstseinsveränderung**, die im Extrem das Ausmaß einer Bewusstseinspaltung (Dissoziation) erreichen kann, beteiligt. Gewöhnlich ist sie aber milder ausgeprägt mit allen Übergangsformen, die vor allem eine Wahrnehmungseinengung und eine Störung der Realitätskontrolle und Selbstkritik bedingen.
- Die **Hyperemotionalität** (z. B. Angstüberflutungen, hysterisches „Aufgebrachtsein“) wirkt ebenfalls im Sinne einer Störung der Realitätskontrolle und führt wegen des entstehenden Gefühls der Hilflosigkeit zur Entlastung von Selbstvorwürfen und, wie die Bewusstseinsveränderungen, zu verfehlter Selbstwahrnehmung.
- Die **Veränderung des Selbstbildes** bzw. der Selbstwahrnehmung ist im Rahmen der hysterischen Konversion von Mentzos (1980) als besonders bedeutsamer Teilmechanismus beschrieben worden. Es geht dabei immer um eine regressive Selbstbildveränderung, die die Symbolisierung von Schwäche, Hilflosigkeit, Unschuld, Anlehnungsbedürftigkeit etc. fördert („Ich kann nichts sehen, ich kann

nicht gehen, ich bin zu schwach, mir tut alles weh...“). Dabei scheint hier der unbewusste Symptomgewinn in der vorrangigen Gewissensentlastung zu liegen.

- Der **kommunikative Aspekt** unterstreicht die Wichtigkeit der körpersprachlichen Mitteilung an den realen oder imaginären Beobachter des Symptoms („Krankheit als Bühne“). Dieser Zusammenhang wurde schon teilweise in den vorausgehenden Punkten angesprochen („Ausdruckserkrankung“).
- Eine wichtige Rolle spielen **Identifizierungsvorgänge**, welche die – das ist der klinisch relevante Anteil – Übernahme von Krankheitsmustern von für den Patienten signifikanten anderen Personen ermöglichen.
- Die **Symbolisierung**, das ist hier die ausdrucks haltige Darstellung von unbewussten Konflikten, Bedürfnissen, Befürchtungen etc. im Symptom, ist wahrscheinlich ein Vorgang, der viele der schon ausgeführten einschließt. Manche Autoren halten ihn aber für einen psychischen Prozess sui generis, der zudem ein spezifisches Humanum darstellt, da spontane Symbolisierung auch bei den uns nächst verwandten Primaten nicht eindeutig beobachtet wurde.
- Im originären Sinne verband Freud mit dem Konzept schließlich noch eine **triebtheoretische Konzeption**, die die Abfuhr von libidinöser Spannung im Symptom zum Gegenstand hatte. Unseres Erachtens kommt dieser Art von Theorie heute kein erklärerischer Wert mehr zu.

Dieses Konversionsmodell wurde von **Freud (1895a)** entwickelt und auf einen Patienten mit psychogenem Schmerz angewandt. Seine originale Formulierung ist in ihrer Aktualität heute noch lesenswert. Nachdem er das Motiv der Abwehr, das zur hysterischen Bewusstseinspaltung führt, dargestellt hat, fährt er fort:

„Der Mechanismus war der der Konversion, d. h. anstatt der seelischen Schmerzen, die sie sich erspart hatte, traten körperliche auf, es wurde so eine Umwandlung eingeleitet, bei der sich als Gewinn herausstellte, daß die Kranke sich einem unerträglichen psychischen Zustand entzogen hatte, allerdings auf Kosten einer psychischen Anomalie, der zugelassenen Bewußtseinspaltung, und eines körperlichen Leidens, der Schmerzen...“ (Freud 1895a, S. 233).

Er präzisiert sein theoretisches Verständnis noch einmal mit den Worten:

„Was ist es denn, was sich hier in körperlichen Schmerz verwandelt? Die vorsichtige Antwort wird lauten: Etwas, woraus seelischer Schmerz hätte werden können und werden sollen“ (Freud 1895a, S. 233f).

Aus seelischem Schmerz wird körperlicher Schmerz. Wir meinen, dass die heuristische Prägnanz und die theoretische Sparsamkeit (im Sinne von Occams) dieser Grundformel auch in der behaviouristischen Konzeption nirgends erreicht und

außerhalb der Psychoanalyse zu Unrecht so wenig beachtet worden sind. Ein Votum so erfahrener Autoren wie Blumer und Heilbronn macht diesbezüglich eine Ausnahme: „Chronischer Schmerz ist dann der somatische Ausdruck eines ungelösten psychischen Schmerzes. Schmerz kommt von Schmerz, und dies erscheint die wissenschaftstheoretisch sparsamste Erklärung“ (Blumer u. Heilbronn 1982a, S. 385). Dass es sich hierbei um eine realistische und nicht um eine fiktive Deduktion handelt, stützt die Studie von Osmond et al. (1985). Die Autoren befragten depressive Patienten, die auch weit gehende Erfahrungen mit körperlichen Schmerzen hatten, ob sie mehr unter ihren depressiven Verstimmungen oder mehr unter den körperlichen Schmerzzuständen gelitten hätten bzw. welche der beiden Erscheinungen sie stärker fürchteten. Die Patienten schätzten die depressive Verstimmung fast ausnahmslos als quälender ein als die körperlichen Schmerzen. Im gleichen Sinne spricht das Votum einer Patientin: „Lieber unerträgliche Schmerzen als ständig diese Leerfühle“.

Dies leitet über zur Frage, der Abwehr welcher unerträglichen Gefühle und Konflikte denn der psychogene Schmerz dient. Im psychoanalytischen Verständnis sind auf psychischer Ebene monokausale Erklärungen die Ausnahme und multiple Motivationszusammenhänge (Überdeterminierungen) die Regel. Man wird hier also keine einfachen und voneinander unabhängigen Antworten erwarten können. Fünf Bereiche waren es, die wir bei unseren mittlerweile über 2500 genau untersuchten Patienten am häufigsten vorfanden:

- **Die symptomgebundene Darstellung des verbal nicht aussprechbaren und benennbaren „alten Schlimmen“** (Rilke): Es sind dies die Patienten, die dem Untersucher zuerst erzählen, dass sie eine „goldene Kindheit“ gehabt hätten, alles sei schön gewesen, um dann bei geduldiger Fortführung des Gesprächs zwischen den Worten, in Nebensätzen und durch nivellierende Bemerkungen verschleiert, eine entsetzliche Biographie mit Misshandlungen, Ausbeutungen und anhaltender Arbeitsfron zu berichten. Nicht selten schließt der Bericht mit der Versicherung: „Ja, so war das, aber das hat mir alles nichts geschadet. Und mit den Schmerzen hat das nichts zu tun“ – so als ob der Patient durch das Gespräch plötzlich die Zusammenhänge erahne und unverzüglich zu verleugnen suche. Der symptommotivierende Gehalt könnte hier als die Vermittlung des erlebten Elends in einer für den Patienten chiffrierten Formel interpretiert werden. Der seelische Schmerz wird *dargestellt* (im körperlichen Schmerz), aber er kann nicht *benannt* werden.
- Das anhaltende Leid durch das Schmerzsyndrom führt zu einer eindrucksvollen **Entlastung von Schuldgefühlen**. So formulierte eine Patientin: „Wenn es ordentlich wehtut, dann schwinden die Schuldgefühle“. Patienten mit solcher Problematik sind natürlich vor allem depressive und ma-

sochistische Persönlichkeiten. Beim psychischen Masochismus ist per definitionem die depressive Verstimmung häufig durch das erlebte Leid gebunden. Oft entstehen die Schuldgefühle auch aus starken, aber gehemmten Bedürfnissen der Patienten, die nicht selten bereits primär durch die Depression abgewehrt wurden. Unsere klinischen Beobachtungen sprechen jedoch für die heute allgemein akzeptierte Tendenz, bei höchstens einem Viertel der psychogen Schmerzkranken larvierte Depressionen anzunehmen. Diese Fraktion wurde von Pilowsky (1988) in seinem Grundsatzreferat auf dem Welt-Schmerz-Kongress genannt und steht in einem deutlichen Gegensatz zu Positionen wie etwa die von Blumer und Heilbronn (1982a, b) oder Groen (1984; „Psychalgia melancholica“), die psychogene Schmerzen ganz überwiegend als Depressionsäquivalent auffassen möchten. Der symptommotivierende Gehalt läge hier vor allem im multipel determinierten **Sühnevorgang** durch das Leiden, der die subjektive Schuld entlastet.

- Die Entlastung von „schmerzhaften“ Affekten, vorzugsweise angsthaften und depressiven Verstimmungen, gelegentlich aber auch von Leere- und Sinnlosigkeitsgefühlen durch den körperlichen Schmerz, ist augenfällig. Hier sei an die Studie von Osmond et al. (1985) erinnert. Der „scharfe Schnitt des Schmerzes“ erlaubt offensichtlich in bestechender Weise eine **Neuorientierung um ein Symptom herum**, die vom ursprünglich quälenden Affekt stark „ablenkt“. Man könnte auch von einer pathologischen Aufmerksamkeitsverschiebung sprechen. Wenn wir den Begriff nicht für den narzisstischen Mechanismus reservieren wollten, böte sich auch das Konzept einer Substitution des schmerzhaften Affektes durch ein (weniger!) schmerzendes körperliches Symptom an. Der Kompromisscharakter, den Freud für neurotische Symptome generell postuliert, wird sehr deutlich. Der symptommotivierende Gehalt läge hier in der unbewusst angestrebten Entlastung durch eine **Umlenkung der Aufmerksamkeit** vom psychischen zum körperlichen Bereich. Die anamnestisch häufig berichtete körperliche Überaktivität vieler Patienten diene offensichtlich gleichen Zielen.
- Eine weitere pathogenetische Rolle kommt der **Aggression** zu. Aggressive Motive sind bei den meisten chronisch Schmerzkranken stark gehemmt und verdrängt. Regelmäßig lassen sie sich jedoch klinisch nachweisen, bei manchen Patienten bereits in der Art ihrer Schmerzbeschreibung. So umriss ein Patient mit chronischen Rückenschmerzen diese folgendermaßen: „Es ist so, als wenn mich ein Tiger von hinten anspränge und mir das Fleisch in Fetzen vom Körper risse“. Manchmal gibt das unbewusste Ausdrucksverhalten Hinweise auf solche Motive. So fiel uns wiederholt die Kiefermotorik („Zähneknirschen“, „Verbissenheit“, „zwischen den Zähnen zer-

quetschte Sprache“) als expressives Charakteristikum solcherart gestalteter Probleme auf – sekundär haben diese Patienten oft dysarthrische Beschwerden. Auch Kranke mit „schneidenden“, migränoiden Kopfschmerzen („als ob in meinem Kopf eine Bombe platzt“) scheinen in ihrer Psychodynamik durch eine gesteigerte aggressive und sekundär gehemmte (abgewehrte) Motivlage charakterisiert. Der symptommotivierende Gehalt läge in der erfolgreichen **Unterdrückung** der aggressiven Motive durch den Schmerz und damit in der Vermeidung von Gewissenskonflikten und Selbstvorwürfen.

- Schließlich beobachteten wir ein Motivbündel, das in seinem Kern die **phantasierte Erhaltung eines bedrohten sozialen Bezugs** (Objektbeziehung) intendiert. Der Schmerz symbolisiert hier das Fortbestehen der Beziehung. Der irrationale Syllogismus ließe sich so formulieren: „Solange es mir wehtut, bin ich nicht verlassen“. Von den eingangs ausgeführten Thesen Engels beziehen sich mehrere auf dieses Theoriestück von Schmerz, Beziehung und Verlust. Nach Engels Modell beinhaltet das Anhalten des chronischen Schmerzes die unbewusste tröstliche Gewissheit, dass die Mutter kommen und helfen und alles wieder gutmachen wird. Das Schwinden des Schmerzes bedeutete dann paradoxerweise, dass der andere „weg“ ist, dass man verlassen ist. Hat sich eine solche neurotische Symbolik etabliert, wird psychodynamisch nachvollziehbar, warum das Symptom so hartnäckig anhält. Diesen Gesichtspunkt haben nach Engel (1959) vor allem Valenstein (1973) und Hirsch (1985; „Schmerz als Übergangsphänomen“) bearbeitet. Auf die allgemeine Bedeutung der Rolle des Verlustes für die Entstehung psychogener Schmerzen wurde bereits oben (narzisstischer Mechanismus) hingewiesen. Die Verarbeitung von Verlusten ist prinzipiell in gleicher Weise narzisstisch wie konversiv möglich – Überschneidungen beider Formen dürften sogar überwiegen. Der symptommotivierende Gehalt läge hier in einer **assoziativen Verkoppelung (Symbolisierung) von Schmerz und sozialer Beziehung**. Das Fortbestehen des Schmerzes bedeutet intrapsychisch – zutiefst irrational – das Fortbestehen der verlorenen und gewünschten Beziehung. Der Schmerz wird zum verlässlichen Begleiter.

Diesen häufigen Motiven ließen sich zahlreiche individuell variierende und kombinierte, aber auch durchaus einmalige, für das Individuum singuläre anfügen. Für uns leitet sich daraus zwingend die Notwendigkeit eines stark **erweiterten Konversionskonzeptes** ab, das insbesondere nicht auf Vorgänge in der hysterischen Psychodynamik eingeengt ist. Dem scheint eine generelle Tendenz im psychoanalytischen Schrifttum zu entsprechen (Rangell 1959; Thomä 1962/63); wir haben auch speziell für die Erweiterung des Konversionsverständnisses bei der Erklärung psychogener Schmerzen plädiert

(Hoffmann u. Egle 1984). Nach unserem Verständnis kommt dem Konversionsmechanismus in einer breiten Anwendung

zur Erklärung psychogener Schmerzsyndrome die auf die Fallzahlen bezogene größte Relevanz zu.

Fallbeispiel zum Konversionsmechanismus

Eine 42-jährige Hausfrau und Mutter von zwei Söhnen (18 und 11 Jahre) leidet seit 17 Jahren unter Schmerzen im rechten Unterarm, die zwischenzeitlich zu einer ganzen Reihe konservativer (Schiene, Gips) wie operativer Eingriffe geführt haben, jeweils ohne Erfolg. Von ihrer neuen Hausärztin wird sie erstmals an eine spezielle Schmerzereinrichtung überwiesen. Die Patientin schildert ihre in der Intensität wechselnden Schmerzen als manchmal „unerträglich“ und als „mörderisches Reißen“. Neben einer Abhängigkeit von Witterung und Wärme habe sie auch schon bemerkt, dass sich die Schmerzen bei Aufregung verstärken. Aufregen könne sie sich vor allem über die Unordentlichkeit ihrer „Männer“. Diese betreiben extensiv verschiedenste Sportarten und lassen dann ihre Sachen überall herumliegen. Aufgrund von Aufregung und Ärger schlage sie schon mal eine Tür zu oder schreie laut, achte jedoch darauf, dass sie dabei allein sei und niemand sie hören könne. Irgendwelche offenen Konflikte mit dem Ehemann, dem sie sich intellektuell und sportlich-körperlich haushoch unterlegen fühle, habe es seit ihrer Heirat vor 20 Jahren nicht gegeben. Ihr Ärger gehe dann mehr nach innen, teilweise sei sie innerlich tagelang damit beschäftigt. Obwohl sie selbst keinerlei sportliche Interessen habe, begleite sie den Ehemann, der auch darauf dränge, soweit wie möglich zu allen sportlichen Aktivitäten. Umgekehrt komme er jedoch ihrem Wunsch nach einem ruhigen Spaziergang oder einem gemütlichen Beisammensitzen nie nach, so dass ein echter Austausch zwischen ihnen praktisch nicht stattfindet. Am ehesten könne sie ihren Unmut noch gegenüber dem jüngeren Sohn zeigen, der jedoch eigentlich ein braves Kind und ihr in vielem ähnlich, d. h. eher zurückhaltend und ängstlich sei.

Aufgrund der Armschmerzen sei es ihr nach der Geburt beider Kinder schwergefallen, diese zu halten und auch die sonst anfallenden Aufgaben zu verrichten. Glücklicherweise sei sie von ihrer Mutter unterstützt worden, nachdem sie nach der Geburt des ältesten Sohnes darauf gedrängt habe, wieder in die Nähe ihres Elternhauses zu ziehen. Die Mutter war ganz froh, wenn sie einen Grund hatte, ein paar Stunden ohne den Vater zu verbringen. Dieser hatte im Krieg eine schwere Hirnverletzung davongetragen und sei seither schwierig: Er neigt zu plötzlichen Tobsuchtsanfällen und war für die Mutter ebenso wenig wie für die Patientin und deren 2 Jahre älteren Bruder berechenbar. Nicht selten hatte er die Familie massiv bedroht, so dass mehrfach auch die Polizei einschreiten musste. Doch auch die Mutter wurde

von der Patientin als wenig verlässlich erlebt. Oft hatte sie den Eindruck, dass diese den Bruder, auf den es der Vater offensichtlich besonders abgesehen hatte, auf ihre Kosten zu schützen versuchte. Noch heute bevorzuge die Mutter den Bruder, indem sie von diesem alle unangenehmen Verpflichtungen fernhalte, während sie die Patientin in die Pflicht nehme. So etwa wenn es darum gehe, wegen des Vaters, der in den letzten Jahren häufiger in stationärer Behandlung ist, mit den Ärzten zu sprechen.

Im Rahmen der diagnostischen Abklärung konnte ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Beginn der Armschmerzen und einer Begebenheit bei einer Familienfeier wenige Monate nach der Geburt des ältesten Sohnes herausgearbeitet werden. Der Vater fing plötzlich mit dem Bruder Streit an, worauf dieser die Feier verließ. Nachdem darauf ihr Mann die Partei des Bruders ergriff, kam es zu einer heftigen Auseinandersetzung. Als beide sich schon am Kragenrevers gepackt hatten und sich gegenseitig schüttelten, schritten Verwandte ein, sie zu trennen. „Mein Mann kann einfach nicht ruhig sein ...“ sagt die Patientin nicht ohne eine gewisse Bewunderung.

Im Rahmen der psychoanalytischen Gruppentherapie sprach die Patientin davon, wie sehr sie sich in Kindheit und Jugend oft allein und verlassen gefühlt hatte. Als Flüchtlingskind war sie nach Kriegsende mit 7 Jahren in das Dorf in der Pfalz gekommen, nachdem sie zuvor in den Ostgebieten interniert und dabei mehrere Monate auch von der Mutter getrennt gewesen war. In der Schule hatte sie es schwer, Anschluss zu finden. Sprache, Kleidung und Religion ließen sie den einheimischen Kindern als anders erscheinen. Um so bemühter war sie, das Verhalten des Vaters vor diesen möglichst zu verbergen. Nie sprach sie mit einer Schulkameradin über die Situation zu Hause, auch nicht, nachdem das Auftauchen der Polizei dies im Ort offensichtlich werden ließ. Familiäre Auseinandersetzungen waren für sie mit der Angst verbunden, dass sie nach außen dringen könnten. Sie machte sich nicht selten zum Sündenbock, damit die Ausbrüche des Vaters nicht weiter eskalierten.

Nach über einem Jahr Gruppentherapie berichtete die Patientin von einem Traum, den sie in der Jugend und als junge Erwachsene immer wieder hatte. Da dieser ihr Angst machte, hatte sie zuvor noch nie mit jemandem darüber gesprochen. In diesem Traum sah sie immer einen Arm, der ein Messer in der Hand hält und mit diesem Messer dann auf etwas einsticht, was sie nicht genau erkennen kann. Nach weiteren 35

Gruppensitzungen berichtet die Patientin im Zusammenhang mit einer schweren Erkrankung und Intensivbehandlung des Vaters, dass sie mit etwa 16 Jahren zusammen mit dem Bruder einen Plan entwickelt hatte, den Vater umzubringen. Es sei nicht mehr zum Aushalten gewesen, sie hätten sich von

den Ärzten mit dem Problem alleingelassen gefühlt. Die Mutter habe sich trotz ihres Drängens nicht scheiden lassen wollen, andererseits wollten sie die Mutter mit dem Vater nicht alleine lassen. Zur Durchführung habe sie jedoch der Mutter verlassen.

Der **Konversionsvorgang** lässt sich verkürzt folgendermaßen zusammenfassen: Massive aggressive Impulse gegenüber dem Vater in Kindheit und Jugend sind stark gehemmt. Eine auslösende Situation mit Versuchscharakter (der Ehemann geht auf den Vater tödlich los) reaktiviert den Konflikt. Die Patientin konvertiert die Ambivalenz symbolisch auf den Arm, wobei aggressive Impulse und Hemmung gleichermaßen repräsentiert werden. Sie ist „Täterin“ und „Opfer“, sie sticht zu und wird gestochen; der Schmerz garantiert „spürbar“ ihre „Unschuld“ und sühnt den wütenden Impuls, den sie zeitlebens unterdrücken musste. Sie ist krank, aber entlastet. Die Stringenz, mit der diese unbewusste Pathogenese im Laufe der Therapie zu belegen war, lässt sich hier nur andeuten.

Psychovegetative Spannungszustände in der Schmerzgenese

Entwicklungspsychologisch kann man davon ausgehen, dass alle Affekte anfangs als körperliche erlebt werden und erst im Laufe des Erwachsenwerdens idealerweise eine sog. **Desomatisierung** durchmachen. Man könnte diesen Vorgang auch als „Psychisierung“ der Affekte bezeichnen. Dennoch bleibt allen Affekten zeitlebens eine gewisse somatische Begleitkomponente erhalten, die auf diese primäre Beziehung zwischen Affekt und Vegetativum weist. Keine Freude ohne Herzklopfen, keine Angst ohne Blutdruckanstieg und Schweißausbrüche, keine Scham ohne Veränderung der Hautdurchblutung usw. Nach einem Vorschlag von Zepf wären solche begleitenden oder nachfolgenden vegetativen Phänomene als „**vegetative Korrelate**“ zu bezeichnen. Es kann aber eine Entwicklung auftreten, bei der die Desomatisierung der Affekte primär unzureichend ist oder eine ausgeprägte sekundäre Resomatisierung stattgefunden hat (Schur 1955; Cremerius 1968, besonders S. 109). In solchen Fällen kommt es zu gar keiner psychischen Repräsentanz der Affekte, sondern ausschließlich zu einer somatischen. Das vegetative Phänomen vertritt dann gewissermaßen den Affekt, es steht stellvertretend für ihn. Bekanntestes Beispiel ist die fehlende bewusste Angst bei Menschen mit ausgeprägter vegetativer Angstsymptomatik (Schweißausbrüche, Schwindel, Pulsanstieg, Durchfälle etc.). Der hier angemessene Terminus spricht von „**vegetativen Äquivalenten**“ (Freud), einer Affektspannung gewissermaßen ohne Affekte. Dabei ist nachvollziehbar, dass naturgemäß

das pathogene Potenzial auf der Seite der angsthaften, traurigen, schamhaften oder eifersüchtigen und weiterer Affekte liegt und nicht auf der der freudig-zufriedenen.

Allgemeines Charakteristikum unzureichend desomatisierter und damit nicht ausdrückbarer Affekte (expressed emotion) ist eine **Erhöhung vegetativer Spannung**. Dabei kann als experimentell gesichert gelten, dass alle Formen von Hemmung expressiver, vor allem verbaler, aber auch mimischer und anderer Affektabfuhr, vegetativ vermittelt zu einer messbar erhöhten Muskelspannung führen. Die populär-psychologische Feststellung, dass man „Haltung bewahren“, „das Kreuz steif machen“ muss, beschreibt genau die körperliche Entsprechung des affektiv gehemmten, „Contenance“ bewahrenden Menschen. Dieser, vom Persönlichkeitstyp eher introvertiert bzw. depressiv-zwanghaft, hat dann in der Regel auch seine Kreuzschmerzen. Von hier aus ist der weitere Übergang zum chronischen Kreuzschmerz bis zum Bandscheibenprolaps konsequent nachvollziehbar. Zuviel anhaltende Muskelspannung bekommt keiner Wirbelsäule.

Einiges spricht dafür, den erhöhten Tonus als unspezifische Reaktion auf viele Belastungssituationen anzunehmen, wie er auch hinsichtlich der gehemmten Affekte unspezifisch scheint. Evtl. kommt es hier zukünftig noch zu Differenzierungen. Die allgemein regressive Lebenseinstellung von psychovegetativ Gestörten („man schont sich“) hat psychodynamisch daher dazu veranlasst, die mangelnde Desomatisierung der Affekte (bzw. ihre Resomatisierung) als eine generell somatisierende Abwehrbewegung aufzufassen. Dabei handelt es sich um eine Form „primitiverer“ Abwehr, die sich von den „reiferen“ klassischen Abwehrmechanismen deutlich unterscheidet.

Nach Jores (1973), der auch ausführlich auf Schmerzzustände im Rahmen psychovegetativer Syndrome eingeht, stammen die ausführlichsten Untersuchungen zu diesem Bereich von Ermann (zusammenfassend 1987). Ermann sieht eine doppelte Pathologie am Werk: Über eine Konfliktpathologie kommt es im Rahmen missglückter Konfliktlösungen zu Störungen im affektiven Erleben, z. B. Ängsten, Erschöpfungen, Depressionen. Die gleichzeitig bestehende Ich-Pathologie bewirkt, dass der seelische Anteil dieses Erlebens unterbewertet, in der Wahrnehmung vernachlässigt wird, so dass sich die Aufmerksamkeit auf die begleitenden körperlichen Störungen konzentriert. Dies führt zu einer **Aktivierung der körperzentrierten Wahrnehmung**, die ihrerseits wiederum den vitiösen Zirkel unterhält, wie schon von Uexküll in seinem Funktionsstö-

rungsmodell dargestellt hatte. Dieses Regelkreismodell geht von psychisch verursachten Funktionsänderungen aus, die zu körperlichen Sensationen (vegetative Korrelate!) führen und diese ihrerseits wieder zu Funktionsänderungen und erneuten körperlichen Sensationen usw.

Schmerzpatienten mit ängstlich-hypochondrischer Selbstbeobachtung, die zunehmend das Interesse an allen Vorgängen jenseits ihres Symptoms verloren haben, gehören zu den therapeutisch problematischsten Patienten. Sie lassen sich auch im Ausmaß ihrer Überzeugtheit von einer ausschließlich organischen Genese ihrer Schmerzen deutlich von Konversionsneurotikern abgrenzen, die eher bereit sind, psychische Faktoren als Denkmöglichkeit zuzulassen (Ermann 1987).

Erklärerisch finden wir somit im psychovegetativen Modell nach Ermann eine Kombination aus dem narzisstischen und dem Konversionsmechanismus her vertrauter Elemente. Zentral steht die Vorstellung einer nichtkonflikthaften **Resomatisierung affektiver Abläufe**. Dieser Vorgang kann auch als indirekter auf einem reiferen (entwicklungspsychologisch späteren) Niveau über den „richtungsweisenden“ Umweg missglückter Konfliktlösungen abzulaufen. Das Modell der psychovegetativen Symptomentstehung kann erklärerisch enger und weiter gefasst werden. Die referierten Überlegungen von Ermann sind fraglos die weiter reichenden. Das engere (einfachere) Konzept der Pathogenese hätte den Akzent auf der unmittelbaren (= nicht über Vorstellungen vermittelten) Umsetzung affektiver Spannungen in solche im neuro-vegetativ-muskulären Bereich. Dieser Vorgang könnte primär so verlaufen und/oder über sekundäre Automatisierung sich etablieren. Er könnte über äußere Belastungen („Stress“) oder innere Belastungen (*strain*, Zander 1989) alternativ oder additiv entstehen und unterhalten werden.

Lernvorgänge in der Schmerzgenese

Üblicherweise wird man in einer psychodynamischen Konzeption der Genese von Symptomen kaum eine Berücksichtigung von Lernvorgängen erwarten. Diese Sicht ist natürlich zutreffend, und Lernfaktoren sind, wenn überhaupt, von Psychoanalytikern eher im Bereich der Therapie (und dort randständig) bearbeitet worden. Andererseits gibt es eine immanente Bedeutung von Lernvorgängen in der Psychoanalyse, die sich auch am Werk Freuds nachzeichnen lässt („Der Reflexvorgang bleibt das Vorbild auch aller psychischen Leistungen“; Freud 1900, S. 543). Dührssen hat 1984 diese vergessene bzw. unterdrückte Linie der psychoanalytischen Tradition kurz dargestellt und am Beispiel von Angstsymptomen illustriert. D. Rapaport, der große Systematiker der Psychoanalyse, hielt gegen Ende seines kurzen Lebens die Schaffung einer Lerntheorie auf psychodynamischer Basis für die anstehende Aufgabe. So waren es seine Schüler Schwartz und Schiller (1970), die

ein Konzept der „Automatisation“ bestehenden neurotischen Verhaltens entwickelten, und Greenspan (1975), der bei seinem Integrationsversuch besonders dem Konzept des operanten Konditionierens nachgeht. Hoffmann und Hochapfel (1999) erörtern die Rolle der Lernvorgänge für die Entstehung und Erhaltung von Symptomen. Dies gälte analog für die Genese psychogener (neurotischer) und chronischer (psychosomatischer) Schmerzen. Insbesondere das operante Konditionieren und die Rolle der sozialen Verstärkung spielen bei der Etablierung und Chronifizierung von Schmerzvorgängen eine entscheidende Rolle. Psychodynamisch heißt dies, dass die konflikthaften Bedingungen, die das Symptom – etwa als konversionsneurotisches – ursprünglich entstehen ließen, sich gewissermaßen überlebt haben, ihre motivationale Kraft im Laufe der Zeit verloren und durch andere Erhaltungsprinzipien abgelöst wurden. Das ist ein Vorgang, den wir hier nicht weiter ausführen können, dem wir aber gerade in der Schmerzdynamik („Krankheitsverhalten“) besondere Bedeutung zusprechen. Auf das Konzept des Schmerzverhaltens, seine Möglichkeiten und Grenzen sind Turk und Flor (1987) eingegangen. Es wird auch auf die entsprechenden Passagen in diesem Band verwiesen.

Bedeutung der Bindungsvorgänge für die Schmerzgenese

Der aus der psychoanalytischen Tradition stammende, sich von ihr aber stark abgrenzende J. Bowlby („Attachment“, 1969) hält die Bindung des Menschen (und der höheren Säugetiere) an eine mütterliche Person für einen primären, evolutionär entstandenen Prozess. Er unterscheidet sich damit von allen Auffassungen, die Bindung als Folge von Belohnungslernen, Sicherheitslernen (Lerntheorie), Triebbefriedigung (Psychoanalyse) oder anderen sekundären Abläufen ansehen. Im Verständnis Bowlbys wird das Verhaltenssystem „Bindung“ immer dann aktiviert, wenn es im Verlaufe des Lebens zu Bedrohungserlebnissen unterschiedlichster Art kommt. Die Art der dann aktivierten Bindungsform wiederum ist abhängig von den Entwicklungsschicksalen des Individuums in den ersten Lebensjahren und der von dieser Entwicklung abhängigen **Bindungsstile**. Das Konzept der Bindungsstile wurde in der Folge vor allem von Ainsworth et al. (1978) ausgearbeitet. Im zweiten Band seiner „Bindungs-Trilogie“ („Separation, Anxiety and Anger“, 1973) befasst sich Bowlby mit der Rolle von Schmerz für die Aktivierung des Beziehungssystems Bindung. Seines Erachtens ist die Rolle des Schmerzes als eines *körpernahen* Rezeptors einer Bedrohungssituation zu Ungunsten der *Distanzrezeptoren* (Gesicht, Gehör) überschätzt worden. Biologisch haben über die Distanz wirkende Reize wie Furcht und Nachahmung (für die Primaten von größter Bedeutung!) erhebliche Vorteile für die Aktivierung des Bin-

dungssystem mit dem Verhalten des Schutzsuchens in einer bedrohlichen Situation. Diese Fernreize antizipieren die Gefahr früher als die „letzte Chance“ des eigentlichen Schmerzreizes (1973; dt. 1976, S. 163). Dann ist die Gefahr nämlich bereits sehr nah. Das Individuum lernt so, potenzielle Schmerzreize anhand assoziierter körperlicher Schlüssel zu erkennen und zu vermeiden.

Auf diese Weise entsteht für Bowlby eine enge Beziehung des **Bindungssystems** einerseits und der arterhaltenden Schlüsselreize **Angst** und **Schmerz** andererseits. Die erste Antwort auf den Schmerzreiz ist reflektorisch: Das Individuum versucht der Schmerzquelle zu entgehen, sie abzustellen. Gelingt dies nicht, so wird das Bindungssystem aktiviert und eine schutzgebende Bindung gesucht. Dabei ist die erste Wahrnehmung innerhalb der Aktivierung des Bindungssystems die einer Bedrohung (Bowlby 1988). Das ist der Ansatz, den eine kanadische Arbeitsgruppe (Mikail et al. 1996) aufgreift. Der Schmerz bewirkt ein Aufsuchen von schutzgebenden Personen innerhalb des Gesundheitssystems. Die Varianz dieses „Inanspruchnahmeverhaltens“ erklären die Autoren mit dem Konzept der Bindungsstile, wobei sie sich auf die Systematik der Bindungsstile von Bartholomew und Horowitz (1991) beziehen. Sie stützen sich auch auf Vorarbeiten von Simpson et al. (1992), die das Suchen nach Schutz und das Gewähren von Unterstützung innerhalb von Paarbeziehungen untersucht hatten. McWilliams et al. (2000) fanden in einer großen nationalen Studie einen engen Zusammenhang zwischen unsicherer Bindung einerseits und Schmerzintensivität und Beeinträchtigung andererseits. Das Bindungsmuster war erheblich an der Aufklärung der Varianz beteiligt. Die nachstehende Systematik von Mikail et al. (1996) ist bisher empirisch nicht überprüft, was die Autoren zu einem Desiderat künftiger Forschung erklären.

- **Sicher** („secure“) **gebundene** Personen können bei Schmerzreizen angemessen und rasch für sich Hilfe innerhalb des Gesundheitssystems beanspruchen. Ihre Gefährdung für die Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms ist eher gering. Dennoch können sie z. B. bei einem insuffizienten Versorgungssystem oder bei schwerer psychosozialer Belastung auch im Sinne einer Chronifizierung dekompensieren.
- **Unsicher-abweisend** („dismissing“) **gebundene** Personen zeigen bei Schmerzbeginn eine verzögerte Inanspruchnahme von Hilfe. Sie neigen zu Unterdrückung und Unterbewertung des Schmerzes und wirken bei der klinischen Untersuchung oft „stoisch“. Ihr inneres Modell schätzt die eigenen Möglichkeiten hoch und die der anderen gering ein. Das führt bei der Behandlung oft zu Vorwürfen und gereizten Auseinandersetzungen. Die dann erfolgenden Behandlungsabbrüche bestätigen wiederum ihre Weltsicht.
- **Unsicher-ängstlich** („fearful“) **gebundene** Personen neigen in ihren Interaktionen zu Angst und Feindseligkeit.

Ihr inneres Modell zeigt Misstrauen gegenüber den Fähigkeiten anderer zu helfender Zuwendung bei gleichzeitiger negativer Selbsteinschätzung bis Selbstabwertung. Bei der Suche nach Hilfe für ihre Schmerzsymptomatik zeigen sie erhebliche Verzögerungen. Wenn sie sich dann schließlich doch vorstellen, vermitteln sie eine ausgeprägte Resignation, Hilf- und Hoffnungslosigkeit. Diese Patienten sind auch nicht selten suizidgefährdet. Sowohl ihre autoaggressive Tendenz als auch ihre Neigung zu versteckter Feindseligkeit verschlechtern ihre Schmerzprognose erheblich. Die Reaktionen der Ärzte auf ihr Verhalten verstärken ihr Grundmodell, dass man Leute wie sie nicht mag.

- **Besitzergreifend-ambivalent** („preoccupied“) **gebundene** Personen schwanken zwischen hilfeschendem Verhalten und seiner Vermeidung, weil sie befürchten, abgelehnt zu werden. Ernst genommen und verstanden zu werden, ist für sie von größter Bedeutung. Sie neigen daher zu einer anfänglichen Idealisierung ihrer Ärzte und kooperieren gut. Die sich einstellenden Anfangserfolge in der Schmerzbehandlung bestärken ihre Bindungsambivalenz und führen zu einer zunehmend schlechteren Compliance. Sie fühlen sich dann nicht mehr gut genug behandelt und in ihren individuellen Bedürfnissen wahrgenommen. Es kommt zu Behandlungswechseln, und viele Details des Stereotyps der „Doctor Shopper“ werden von ihnen erfüllt. Ihr persönliches soziales Netz ist schwach. Ihr inneres Modell wertet sie selbst und die anderen in gleicher Weise ab. Diese Patienten sind ausgesprochen gefährdet in Sinne eines chronischen Schmerzsyndroms.

Aus den Beschreibungen wird deutlich, dass die Patienten mit jedem der drei unsicher gebundenen Stile ausgesprochen gefährdet im Sinne einer Chronifizierung ihrer Schmerzsymptomatik sind. Die entscheidenden intervenierenden Variablen sind ihr Selbstkonzept (in Bezug auf die anderen) und dessen Umsetzung in ein bestimmtes Interaktionsverhalten innerhalb des Gesundheitssystems. Genau genommen handelt es sich beim Bindungskonzept weniger um einen Beitrag zu Pathogenese des Schmerzes als vielmehr um eine **Differenzierung der Chronifizierungsneigung** von Schmerzsyndromen, abgeleitet aus ihrem Interaktionsverhalten. Daher ergänzt dieses Modell die vorausgehenden vier pathogenetischen Modelle im Sinne einer Präzisierung der Chronifizierungsgefährdung. Auch innerhalb der Modelle scheint es zu Überschneidungen zu kommen: so ist z. B. eine erhöhte Korrelation des narzisstischen Mechanismus der Schmerzentstehung mit dem besitzergreifend-ambivalenten Bindungsverhalten denkbar. Ob sie regelhaft ist, bleibt einer empirischen Prüfung vorbehalten.