

Pierre Burri

Der Schmerz des Körpers und die Revolte des Geistes (1. Teil)¹

«Es gibt mehr Tränen auf der Erde als Wasser im Ozean.» (Buddha)

Das Problem bei somatoformen Schmerzstörungen ist ihre per definitionem verkannte Ursache, weshalb sowohl Patienten als auch Ärzte einer Erklärung des therapeutischen Ansatzes bei dieser Erkrankungsform bedürfen. Denn oftmals kommt es aufgrund der anhaltenden Schmerzen zur Medikamentensucht, die ebenso schädlich wie die Schmerzen selbst ist und durch kognitive Verhaltenstherapie vermieden werden könnte. Im ersten Teil wird der Fall einer 50-jährigen Patientin besprochen, die an chronischen Schmerzen leidet, für welche keine körperliche Ursache gefunden werden konnte und die mit kognitiver Verhaltenstherapie und Transaktionsanalyse behandelt wurde. Im zweiten Teil geht es um die symbolische Ebene des Schmerzes in Relation zum mythologischen Denken, dessen quaternäre Logik derjenigen unserer Gefühle zu entsprechen scheint. Wenn man die Funktionsweise unseres symbolischen Denkens versteht, können psychodynamische Verfahren gefunden werden, um zu versuchen, die Intensität somatoformer Schmerzen zu verringern. Dies geschieht, indem ihnen in unserer persönlichen «Mythologie» ein Sinn gegeben wird, wodurch, wie ich feststellen konnte, eine Linderung eintritt.

Der Fall Frau M.

Eines Tages ruft der Ehemann von Frau M. besorgt in der Praxis an: Er bittet mich, ihr so schnell wie möglich einen Termin zu geben, da sie ihre langjährigen Schmerzen nicht mehr ertragen könne. Am nächsten Tag erscheint Frau M. dann auch, wie vereinbart, zur Konsultation. Sie drückt mir ein fast vollständig beschriebenes Blatt Papier in die Hand. Hier ein Auszug daraus: *«Heute bestehe ich nur noch aus Schmerzen. Ich habe kein Leben mehr, und die Schmerzen sind so stark, dass ich nicht mehr weiss, wie ich sie ertragen soll. Ich liebe das Leben, ich bin jemand, der gern aktiv ist, ich habe mich nie von «der Krankheit» unterkriegen lassen, aber ich bin am Ende meiner Kräfte. Ich möchte, dass die Intensität meiner Schmerzen und Erschöpfung abnimmt und dass die fast unerträglichen nächtlichen «Beschwerden» aufhören.»*

Aus der aktuellen Anamnese geht hervor, dass die Schmerzen der Patientin häufig nachts und bereits seit 23 Jahren auftreten! Zum ersten Mal erweckte Frau M. am Vortag der Hochzeit einer Bekannten mit Schmerzen in allen Gelenken ihrer Gliedmassen. Zwölf Jahre später, nachdem sie viele Ärzte konsultiert und zahlreiche Blut-, Röntgenuntersuchungen, Gehirn-CTs sowie Schmerztherapien über sich ergehen lassen hatte, wurde die Diagnose Fibromyalgie gestellt. Frau M. leidet unter zwei Arten von Symptomen: einerseits dem Gefühl nächtlicher Lähmungserscheinungen mit dem Eindruck, keine Luft mehr zu bekommen und von einer «Bettonplatte» zerschmettert und zerquetscht zu werden, und andererseits lokalisierten oder generalisierten Schmerzen in Form von

Spasmen oder Gelenkschmerzen, obwohl ihr neurologischer und ihr Gelenksstatus unauffällig sind.

Die Patientin ist Mutter von zwei gesunden Kindern. Ihre erste Entbindung war sehr schwer, verlief jedoch ohne Komplikationen und wurde von ihr als sehr schmerzhaft und anstrengend empfunden. Es lassen sich weder eine bestimmte Krankheit noch ein Unfall als Ursache für die Schmerzen ausmachen, doch als ich Frau M. auf eventuelle Probleme mit ihrem Ehemann anspreche, bricht sie in Tränen aus. Dieser leidet nämlich unter vorzeitigem Samenerguss, worüber er aus Scham nie reden will. Dies ist auch für Frau M. äusserst frustrierend, da sie sich bis jetzt, aus Angst, ihren Ehemann zu verärgern, den sie «schützen» will, nicht getraut hat, darüber zu sprechen! Zudem ist dieser eher häuslich und nicht sehr gesprächig, während die Patientin über sich selbst sagt, sie sei unternehmungslustig und mitteilbar. Frau M. zieht sich oftmals in ihre Malwerkstatt zurück.

Ihren Vater beschreibt sie als autoritären und aggressiven Menschen, der ihren Bruder bzw. ihre Schwägerin ihr vorziehe und ihnen alles vergebe, während er seiner eigenen Tochter gegenüber unnachgiebig sei. Sie denke jedoch nie daran, dagegen aufzubegehren. Es scheint, dass die Aggressivität ihres Vaters ihr gegenüber mit ihrer Heirat begonnen hat, was sie als Eifersucht gegenüber ihrem Ehemann auslegt.

Die aktuelle Behandlung von Frau M. besteht in einer leichten Medikation aus niedrig dosiertem Benzodiazepin und gelegentlich Paracetamol. Sie würde gern wissen, woher ihre Schmerzen kommen und wie diese gelindert werden können.

Verlauf und kognitive Verhaltenstherapie

Die klinische Untersuchung sowie die Beschreibung der Schmerzen bestätigen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung² [1], aber auch die nächtlichen Lähmungserscheinungen, welche in der REM-Phase auftreten und äusserst beängstigend sein können.

Zunächst einmal ist darauf hinzuweisen, dass die Angstzustände der Patientin tatsächlich real und körperlich sind. Ihr anatomischer Ursprung liegt im limbischen System von Frau M., weshalb diese keine Kontrolle über ihre negative Entwicklung hat. Wie sie jedoch feststellen kann, hören sie meistens auch spontan wieder auf. Ich bringe ihr bei, diese Emotionen auszuhalten, ohne dagegen anzukämpfen. Während sie darauf wartet, dass die Symptome abklingen, bitte ich Frau M., langsam und tief zu atmen und sich dabei auf ihre Lungenbewegungen zu konzentrieren. Ferner zeige ich ihr, wie sie beim Auftreten der schmerzhaften Muskelspasmen nach der Methode von Jacobson [2] zunächst die Muskeln 20 Sekunden lang anspannen und dann mit dem Ausatmen entspannen kann.

Frau M. ist über die Verhaltenstherapie verwundert. Tatsächlich ist die Vorstellung paradox, durch ein Verhalten eine Veränderung des unbewussten kognitiven Kreislaufs, der für die Entstehung der Schmerzen und der Angstzustände verantwortlich ist, zu bewirken, fast so, als würde man ihr vorschlagen, «das Pferd von hinten aufzuzäumen»! Darüber hinaus bedarf es einigen Mutes, einen ohnehin schon schmerzenden Muskel auch noch anzuspannen. Daher ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass sehr langsam, aber regelmässig begonnen und die Übungen, auch bei Rückfällen,

¹ Der 2. Teil wird in der nächsten Ausgabe von PrimaryCare veröffentlicht.

² ICD-10: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, F45.4; DSM-IV: Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren, 307.80.

progressiv und vor allem stetig gesteigert werden sollen. Manchmal ist es der Arzt, der als Erster den Mut verliert, vor allem, wenn sein Patient oder seine Patientin ungeduldig ist und eine schnelle Heilung und Schmerzfreiheit erreichen will!

Das limbische System [3] fungiert als Langzeitgedächtnis für bereits erlebte Emotionen, was dazu führt, dass frühere Empfindungen beim Entstehen neuer Emotionen in einer ähnlichen Situation, wie bei einem konditionierten Reflex, erneut erlebt werden. Das Abbild des Erlebten, welches anschliessend im präfrontalen Cortex gespeichert und weiterverarbeitet wird, wird als Gefühl bezeichnet (siehe «Lexikon» unten). Es dient als eine Art symbolische Erinnerung, die auch Emotionen wieder hervorrufen kann. So können zum Beispiel die bei einer Entbindung empfundenen Schmerzen durch eine neue Emotion unter ähnlichen Umständen, wie einem Bett, einer Hochzeit, aber auch durch das Symbol des Konfliktes, für den diese Bilder eventuell stehen (Leiden, Frustration oder Unglück), erneut hervorgerufen werden.

Beurteilung der Schmerzintensität anhand der visuellen Analogskala (VAS)

Nach mehreren Übungssitzungen und zunächst, ohne nach dem Grund für ihre Schmerzen zu suchen, kann Frau M. ihre Symptome immer besser annehmen und versteht, dass diese von ihrem Willen unabhängig sind. Schliesslich gelingt es ihr, die Intensität der Schmerzen erfolgreich zu verringern: Innerhalb von 9 Sitzungen sinkt die Punktzahl gemäss VAS von 10/10 auf 3/10. Die Patientin ist durch die Diagnose und die ersten Behandlungsergebnisse beruhigt. Nun suche ich mit ihr nach einer eventuellen Konfliktursache in ihrer Partnerschaft.

Das im Karpman-Dreieck gefangene Ehepaar

Der Ehemann von Frau M. will nie über sein sexuelles Problem reden. Die Patientin ist nicht nur körperlich, sondern auch aufgrund der Introvertiertheit ihres Ehemannes frustriert: Denn wenn sie das Tabuthema anspricht, wird dieser ärgerlich und aggressiv und nimmt dann, weil er sich schämt, die Rolle des «Opfers» ein, wobei er ihr als «Verfolgerin» die Schuld an seiner Aggressivität gibt. Um ihre Anerkennung wiederzuerlangen, ist Frau M. nun gezwungen, das Gespräch zu beenden, um ihren Ehemann aus der von ihr verursachten, unangenehmen Situation zu «retten». Ein anderes Mal ist ihr Ehemann der «Retter», der seine Ehefrau als «Opfer» ihrer Schmerzen zum Arzt bringt. Man kann sich jedoch auch vorstellen, dass es nicht einfach für ihn ist, mit den Schmerzen seiner Ehefrau umzugehen, so dass ihm diese wiederum als «Verfolger» erscheinen könnten! Dieser Wechsel co-abhängiger Rollen zwischen Partnern führt zu Unwohlsein, welches aus unterschwelligem, ambivalenten Gefühlen aufgrund einer psychischen Doppelbelastung resultiert: dem Gefühl, sich zu schämen, wenn man eigentlich anerkannt werden will, und dem, etwas ertragen zu müssen, was man eigentlich nicht ertragen möchte. Aufgrund der Unkenntnis dieser verheerenden Interaktionen zwischen den Rollen, die zu zweit oder zu dritt «gespielt» werden können und deren Besonderheit es ist, dass sie, wie von Karpman aufgezeigt [4–6], nacheinander von derselben Person eingenommen werden können, entstehen wiederholte Konflikte. Durch die Vermeidung dieser Rollen gelingt es, sich von unterschwelligem Gefühlen zu befreien (Abb. 1).

Frau M. stellte schnell fest, dass ihre Schmerzen zurückgingen, indem sie nicht mehr die Rolle der «Retterin» spielte, wenn ihr Ehemann aggressiv wurde und sie beschuldigte. Wenn ihr Vater hingegen aggressiv wurde und als «Verfolger» agierte, wurden ihre Schmerzen stärker. So fand Frau M. den Zusammenhang zwischen ihren Schmerzen und ihrer Frustration heraus: Diese dienen ihr

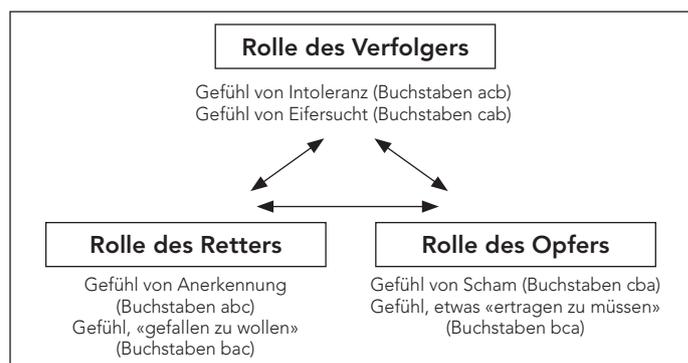


Abbildung 1

Anatomie des Dramadriekes von Karpman. Das Dramadriek stellt die Rollen und unterschwelligem Gefühle (repräsentiert durch drei Buchstaben, z.B. abc) dar, die bei ein und derselben Person in Beziehung zu zwei oder drei Protagonisten in einem geschlossenen System wechseln können. Die Rollen und unterschwelligem Gefühle sind gegensätzlich und komplementär zugleich.

nicht nur als Barometer für familiäre Konflikte, sondern sind auch eine Revolte ihres Körpers, wenn dieser sich nicht verbal ausdrücken kann. Frau M. bemerkte, dass, wenn sie sich in Konfliktsituationen «erwachsen» verhält und nicht versucht, sich zu rechtfertigen, um anderen zu gefallen und deren Anerkennung zu bekommen, ihre symptomfreien Phasen länger andauern. Indem sie akzeptiert, ihre Gefühle ohne Furcht vor Kritik zu äussern, fühlt sich die Patientin befreit: Sie hat die Rollen des Dramadriekes von Karpman (Abb. 1) abgelegt, die sie daran hinderten, sie selbst zu sein und ihre Bedürfnisse auszudrücken.

Lexikon: Das Dramadriek von Karpman

Steven Karpman hat anhand der Transaktionsanalyse [4–6] festgestellt, dass die rollenmässige Interaktion zwischen drei Protagonisten zu einem verheerenden Drama bzw. Teufelskreis führen kann, wenn ein Verfolger ein Opfer findet, das wiederum einen Retter sucht, anstatt selbst wie ein Erwachsener eine Lösung zu finden. Das Interessante an dieser Entdeckung ist, dass jeder Protagonist mit seinem Partner diese drei Rollen unbewusst und abwechselnd «spielen» kann. Zum Beispiel kann der Verfolger zum Opfer werden, wenn er angegriffen wird, und die Rollen tauschen, indem er das Bedürfnis seines Partners nach Anerkennung anspricht, so dass dieser zu seinem Retter wird. Hinter diesen wechselbaren und komplementären Rollen verstecken sich demzufolge ambivalente bzw. «trivalente» ebenfalls wechselbare und komplementäre Gefühle ein und derselben Person, was zu Unwohlsein führen kann (Abb. 1).

Literatur

- 1 Fauchère P-A. Douleur somatoforme. Genève: Médecine et Hygiène; 2007.
- 2 Edmund Jacobson; Internet: www.progressiverelaxation.org
- 3 Andreasen NC. Brave new Brain. Oxford University Press; 2001. pp. 278–314.
- 4 Berne E. Des jeux et des hommes. Paris: Éditions Stock; 1975.
- 5 Lenhardt V. L'analyse transactionnelle. Paris: Éditions Retz; 1980.
- 6 Dramadriek. Wikipedia. Internet: <http://de.wikipedia.org/wiki/Dramadriek>

Korrespondenz:

Dr. med. Pierre Burri
Médecine interne générale FMH,
médecine psychosomatique et psychosociale ASMPP
Rue de Lausanne 10
1950 Sion
pierreburri@bluewin.ch