

Ausdruck eines grossen, psychischen Leidens

# Im Schmerz gefangen

**Rolf Adler**

Ehemaliger Chefarzt des Berner Loryspitals und emeritierter Professor für Psychosomatik, Kehrsatz

Anhand von vier Patientenbeispielen wird in diesem Artikel zu erklären versucht, bei welcher Symptomentstehung und Lebensgeschichte ein Mensch chronisch oder vorübergehend zum Gefangenen von Schmerz wird.

Ein Schmerzzustand, der mehr als sechs Monate dauert, wird als chronisch bezeichnet. Ich habe dafür plädiert, dass statt chronisch anhaltend verwendet wird [1], denn so wird die Chance beibehalten, dass der Schmerz in Zukunft abklingen könnte. Ärztinnen und Ärzte sollen nicht Propheten spielen. Erst wenn wir noch mehr vom Phänomen Schmerz verstehen, vermögen wir zu unterscheiden, ob ein Schmerz chronisch wird oder aber anhaltend ist, und sich in diesem Fall zurückbilden kann.

**Fallvignette 1**

Die 74-jährige Mutter von sieben Kindern, deren Erstinterview verbatim publiziert worden ist [2], litt zehn Jahre lang an dauernden, sehr intensiven Schmerzen im Gesicht. Sie gingen vom rechten Unterkieferast aus, strahlten über den Nasenrücken in

die linke Stirn, dann in die rechte, und von dort in den behaarten Kopf, so dass sie sich wegen Schmerzverstärkung nicht mehr kämmen konnte. Die Schmerzen waren so stark, dass sie wiederholt daran dachte, sich das Leben zu nehmen. In den letzten Jahren war sie mehrmals mit modernsten Mitteln abgeklärt worden. Keine Behandlung half. Es wurde an eine Trigeminusneuralgie gedacht

Im Interview wirkte sie monoton klagend. Sie begann das Gespräch mit «So kann es nicht mehr weiter gehen ... aber ich will noch erwähnen, dass ich einen Sohn verloren habe ... und der Mund ist so trocken ... und ich kann kaum mehr schlafen ... das Gedächtnis ist schlecht geworden...» Wenn sie nicht sprach, zitterte ihre Unterlippe etwa zwei- bis dreimal pro Sekunde. Nach 15 Minuten des mit Einverständnis der Patientin per Tonband aufgenommenen Gesprächs, währenddessen sie zäh auf die Beschwerden konzentriert blieb, brachte ich das Thema auf den verstorbenen Sohn. Ich fragte sie nach den Umständen seines Todes. Er sei mit dem Auto in einen Baum geprallt. War er so-



fort tot oder ..? Er war sofort tot mit schweren Verletzungen des Gesichts, der Kiefer war gebrochen. Dabei fuhr die Patientin genau so über ihr Gesicht wie bei der Schilderung der eigenen Schmerzen. Einer der anderen Söhne hätte sie aufgefordert, den toten Sohn nicht mehr aufzusuchen, sondern ihn so im Gedächtnis zu behalten, wie er als Gesunder ausgeschaut hatte. Und unvermittelt rief sie klagend aus: «Und das ist es gewesen, drei Wochen nach seinem Tod haben die Schmerzen begonnen», und sie begann bitterlich zu schluchzen. Mehrere Gespräche innerhalb von drei Wochen führten zum Abklingen der Schmerzen. Beim Nachfragen nach sieben Jahren erzählte sie, sie sei schmerzfrei geblieben, gehe jetzt an einem Stock, der Ehemann sei verstorben.

Die Symptombildung ist klar. Sie erfüllt die Kriterien der Konversion [3]. Der Zeitpunkt des Auftretens der Symptome und der belastenden Situation korrelieren. Die Lokalisation der Symptome gehen auf die Gesichtsverletzung des Sohnes zurück und stimmen mit ihr überein. Die Art der Symptome entsprechen den Schmerzen, die sie durch die Identifikation mit ihrem Sohn erlebt. Der primäre Gewinn besteht in der Vermeidung des Trauerns.

---

#### Fallvignette 2

Ein 56-jähriger Mann verbringt Ferien im Berner Oberland. Nach einer leichten Wanderung erfrischt er sich im Pool des Hotels. Kurz nach dem Eintauchen wird er panisch und hat Herzschmerzen. Seine Frau bringt ihn sofort zum Dorfarzt. Dieser findet keine Anhaltspunkte für einen Herzinfarkt. Seine Frau fügt an, ihr Mann sei in den letzten zwei Jahren sechsmal als Herznotfall in ein Spital gebracht worden. Die Untersuchungen hätten keine Zeichen für Infarkte ergeben. Der feinfühlige Arzt fragt den Mann, ob er jemals schlechte Erlebnisse in Zusammenhang mit Wasser gehabt habe. Jetzt erzählt der Patient, er sei in einem Heim aufgewachsen. Ein Erzieher hätte ihn immer wieder, wenn ihm sein Verhalten nicht gepasst habe, gepackt, im Brunnen unter Wasser gezwungen und ihn erst wieder auftauchen lassen, wenn er in Todesangst war. Auf diese Aussagen hin wird der Patient ruhig, die Schmerzen vergehen. Zwei Jahre nach diesem Vorfall berichtet der Patient dem Dorfarzt, er habe nie wieder Herzschmerzen erlitten, sei nie mehr als Notfall eingewiesen worden, und sei jetzt besser fähig «Nein» zu sagen.

Hier handelt es sich um eine posttraumatische Panikstörung mit psychophysiologischen Schmerzen im Thoraxbereich.

---

#### Fallvignette 3

Eine 49-jährige Frau wird von der Ärztin, die von der Patientin erst vor Kurzem aufgesucht worden war, zu unserer Supervisions-Gruppe zum Interview gebracht. Ich möchte nur Jahrgang und Name wissen, um unvoreingenommen zu bleiben. Notizen während des Gesprächs mache ich nie, um empathisch zu bleiben [4]. Sie seufzt und lächelt zugleich merkwürdig. Sie sei völlig erschöpft, müsse liegen, habe schon als Kind fünf Nasenoperationen durchgemacht, leide an Asthma, Diskushernien, und liest dann von einem Blatt die zusätzlichen Krankheiten ab: Bauchkrämpfe, verschiedene Allergien, Neurodermitis, Fibromyalgie, Immunstörung, mehrere Selbstmordversuche, Gallenbla-

senoperation. Die Eltern hätten sich scheiden lassen, als sie siebenjährig gewesen sei. Sie habe Missbrauch mit mehreren Vergewaltigungen hinter sich. Ihr Ehemann schlage sie oft.

Nach dem Interview diskutieren wir das Vernommene und Gesehene. Ich vermag keine präzise Diagnose zu stellen (Nicht jedes Leiden braucht eine Diagnose [5]). Die in den letzten Jahren von Neurophysiologen beobachteten, vom ZNS im Rückenmark absteigenden Bahnen, welche die afferenten, zentripetalen Schmerzimpulse hemmen, vermögen das Geschehen kaum zu erklären. Das eigenartige Lächeln beim Schildern stärkster Beschwerden erinnert an eine «*belle indifférence*» [6]. Die diffuse Symptombeschreibung passt dazu. Das Blatt mit den Krankheiten ist das von William Osler als «*maladie du petit papier*» bezeichnete Syndrom [7, 8], das vordergründig dem Arzt zu helfen scheint, aber als psychischer Abwehrmechanismus von den persönlichen Problemen ablenkt. Die schwere Kindheit, Jugend und das Krankheitsverhalten als Erwachsene hat die Frau zur Schmerz-Gefangenen gemacht [9, 10]. Ob bei unserer Patientin Konversionen, Identifikation mit einem leidenden Elternteil und/oder Konditionierungen (Zuneigung der Eltern nur bei Krankheit, Unfall oder nach hartem Bestrafen) vorliegen, vermag das Erstinterview nicht zu beantworten. Einige Tage später bringt mir die Hausärztin die gesammelten Krankenunterlagen. Sie wiegen 9,5 Kilo! Unter anderem hat die Patientin auf einem Körperschema-Blatt zur Frage der Schmerzlokalisierung alle Gelenke (sic) angekreuzt mit einer Schmerzintensität von 10 auf der Schmerzskala von 0 = kein Schmerz bis 10 = unerträglicher Schmerz.

---

#### Fallvignette 4

Eine 58-jährige Frau wird vom Orthopäden überwiesen. Er sieht von einem Eingriff am Knie ab, denn die Schmerzen sind nicht einer eindeutigen Pathologie zuzuschreiben. Vor acht Jahren hatte sie sich beim Turnen am Knie verletzt. Seither bestehen dauernd Schmerzen. Sie sind schwer zu beschreiben. Sie lassen sich durch keine Aktivität oder Stellungsveränderung steigern oder vermindern. Opiode, Analgetika, Antidepressiva, Tegretol, Neurostimulation, Lidocaininfusionen, Durchtrennung von Ästen des N. saphenus, Entfernung von Neuromen, Physio- und Ergotherapie sind wirkungslos. Analgetika haben aber Migräneanfälle günstig beeinflusst.

Sie ist das achte von neun Kindern. Der Vater war Alkoholiker, erbrach sich im Haus, die Familienmitglieder hatten das Erbrochene zu entfernen. Von älteren Brüdern wurde sie gepeitscht, auf dem Schulweg mit Steinen beworfen und zudem missbraucht. Nach der Heirat wurde sie von den Schwagern begrabscht, vermochte sich nicht zu wehren und suchte die Schuld bei sich. Sie brachte sich an der linken Hand und am rechten Oberschenkel Schnittwunden bei. Seit dem ersten Eingriff am Knie, wo Allodynie und Hyperpathie feststellbar sind, breitete sich der Schmerz über den ganzen Körper aus, eingeschlossen den Bauch, die Brust mit Ausstrahlung in den Rücken, den linken Arm und das linke Bein.

Ich sah die intelligente Patientin wöchentlich, sie kam gern und pünktlich, aber an ihren Schmerzen änderte sich in über 60 Sitzungen nichts. Auf ihre Frage nach dem Entstehen der Schmerzen verwendete ich das Bild eines Zopfs, der aus zwei Strängen geflochten wurde, an den Schnittflächen jedoch homogen ist und das Herstellen aus zwei Strängen nicht mehr erkennen lässt. Den einen Strang setzte ich mit den vom Knie stammenden Veränderungen gleich, den andern verknüpfte ich mit ihrer Geschichte. Sie fand den Vergleich zutreffend, konnte aber gefühlsmässig nicht auf ihn eingehen und meinte immer wieder, dass sie durch ihr Verhalten als Kind und Jugendliche selbst schuld sei an ihrem Zustand. Als ihre Mutter kürzlich starb äusserte sie, am liebsten wäre sie mitgegangen, aber sie wisse ja nicht, wie es nach dem Tod weitergehe.

### Versuch, Antworten zu geben

Die Frage, ob die Definition «Schmerz länger als sechs Monate» mit «chronisch» gleichgesetzt werden soll, ist aufgrund der Fallvignetten 1 und 2 klar abzulehnen. Zutreffend ist das Adjektiv «lang anhaltend». Die Fallbeispiele 1 und 2 können als posttraumatische Belastungsstörung (*post traumatic stress disorder*, PTSD) bezeichnet werden. Der Verlust einer geliebten Person oder Folter sind Formen von Stress, der in Beispiel 1 durch ein Konversions-Symptom neutralisiert wird, in Beispiel 2 Panik und Thoraxschmerzen auslöst, also nicht neutralisiert wird. Beide Störungen lösten sich in einer empathischen Arzt-Patient-Beziehung auf. Den Beispielen 3 und 4 mögen die gleichen Mechanismen zugrunde liegen, aber noch andere schwieriger zu erfassende. Fallvignette 4 stellt die von Engel [9] als *Pain Proneness* bezeichnete belastende Kindheit dar. Sie umfasst Eltern, die zueinander und dem Kind gegenüber seelisch und physisch grausam waren, von denen der eine krank ist, wo einer den andern unterdrückt, wo das Kind den Streit zwischen den Eltern auf sich zu lenken versucht, wo das Kind nur Zuneigung erfährt, wenn es krank oder verunfallt ist, wo das Kind, falls es aggressiv handelt, zum Beispiel einem Geschwister gegenüber, bestraft wird; und auch der sexuelle Missbrauch gehört zu einer solchen Kindheit. Im deutschen Sprachgebrauch ziehe ich den Begriff «Im Schmerz gefangen» vor. Etliche Forschungsergebnisse

belegen den Zusammenhang zwischen einer solchen Kindheit und späterer Gefangenschaft in Schmerzen [10, 11].

Für mich liegt die sinnvolle Therapie im Aufbau eines Arzt-Patient-Verhältnisses, das Vertrauen, Sicherheit, und Geborgenheit bietet. Aber wie die Beispiele 3 und 4 zeigen, braucht auch eine solche Beziehung nicht zur Befreiung aus dem Gefängnis Schmerz zu führen. Immerhin bietet sie Schutz vor immer neuen Abklärungen und sinnlosen Behandlungsversuchen.

Ein Grund für die eben nicht immer erfolgreichen Bemühungen des Arztes/der Ärztin liegt wohl auch darin, dass die Kindheitserfahrungen zu einer Zeit stattgefunden haben, in der das autobiografische Gedächtnis noch nicht eingesetzt hat und noch das implizite Gedächtnis herrscht. Es ist mit Worten nicht zu erreichen, aber doch mit dem Patienten geteilten Gefühlen. Ein Experiment mit Ratten lässt daran denken: Ganz junge, vom Muttertier beschützte, in Geborgenheit aufwachsende Ratten reagieren im Erwachsenenalter weniger auf Schmerzreize als getrennt von der Mutter Heranwachsende [12].

### Bildnachweis

ID 22518568 © Bortn66 | Dreamstime.com

### Literatur

- Adler RH. The term «chronic» with respect to pain should be dropped. *Clin J Pain* 2000; 16:365.
- Adler RH. Die Anamneseerhebung- ein «unmögliches» Unterfangen. *Therap Umschau*. 2004;61:728–31.
- Adler RH. Konversion: Mimikry somatischer Symptome. *Schweiz Med Wschr*. 1984; 114: 1814-1818.
- Adler RH. Mach keine Notizen, während Du mit Patienten sprichst. *Praxis*. 2018;107:1307–8.
- Adler RH. Nicht jedes Leiden braucht eine Diagnose. *SAEZ*. 2018;814–5.
- s. 3.
- Bean WB. *Oslers aphorisms*. New York, Henry Schuman. 136:1950.
- Adler RH. Patienten mit selbstverfassten Krankengeschichten: Symptom oder Zufall; *Praxis*. 1986;3:41–4.
- Engel GL. Pain and the pain prone patient. *Am J Med*. 1959;26:899–18.
- Adler RH, Zlot s, Hürny Ch, Minder CE. Engels psychogenic pain and the pain prone patient. A retrospective, controlled clinical study. *Psychosom Med*. 1989;51:87–101.
- Egle TU, Kissinger D, Schwab R. Eltern-Kindbeziehung als Prädisposition für ein psychogenes Schmerzsyndrom im Erwachsenenalter. Eine retrospektive, kontrollierte Studie zu Engels pain proneness. *PsychotherPsychosomMedPsychol*.1991;41:247–56.
- Alvarez P, Greene PG, Levine JD. Stress in the adult rat exacerbates muscle pain induced by early life stress. *Biol Psychiatry*. 2013;74:688–95.

Korrespondenz:  
Prof. em., Dr. med.  
Rolf H. Adler  
Leiserenweg 4  
CH-3122 Kehrsatz  
michele.rolf.adler[at]  
gmail.com