

# **Körper-Schmerz und der nicht fühlbare psychische Schmerz. Psychoanalytische Konzeptforschung zu somatischen Affekt-Äquivalenten<sup>1</sup>**

GERHARD BOLM

## **1. Einleitung**

Wie quälende, lang andauernde Schmerzen ohne körperliche Ursache zustande kommen können, ist im Einzelfall immer wieder ein Rätsel. Oft suchen die Betroffenen einen Arzt nach dem anderen vergeblich auf und lassen ungeachtet des Aufwands und der oft schädigenden Folgen eine nicht endende Reihe von medikamentösen Behandlungen sowie häufig invasiven und wiederum schmerzhaften Untersuchungen oder gar Operationen über sich ergehen. Obwohl keine somatische Ursache gefunden und keine nennenswerte Schmerzlinderung erreicht wird, bleiben sie felsenfest vom Vorhandensein einer körperlichen Krankheit oder Schmerzursache überzeugt.

Die Betroffenen wirken oft wie vom Schicksal schwer geschlagen. In ihren chronischen Schmerzen scheint eine Tragik unveränderbar verkörpert. Ihre Klage bezieht sich auf ihren Körper – allerdings kann der latente, im Schmerz verborgene Affekt durch eine Reihe von indirekten Hinweisen erschließbar sein. Gelingt so in einer Anamneseerhebung eine Annäherung oder, darauf aufbauend, eine längere psychotherapeutische Begegnung, dann kann man in oft erschütternder Weise etwas von ihren

---

**1.** Der Tagungsvortrag wird hier in einer deutlich erweiterten Fassung wiedergegeben.

Belastungen und Traumata erfahren und die körperlichen Schmerzen als seelische zur Sprache bringen.

Schmerzen können (manchmal in Interaktion mit somatischen Faktoren) psychogen sein – sonst werden körperliche Verletzungen, Schädigungen von Nerven, bei Kopfschmerzen auch ein zu langer Gebrauch von Schmerzmitteln als Ursachen genannt. Schmerzen, die nicht auf körperlichen Ursachen beruhen und deren Entstehung stattdessen auf psychosoziale Belastungen zurückgeführt werden kann, bezeichnet man heute als *somatoforme Schmerzstörung* (ICD-10-Diagnose F45.4), früher wurden sie zu den funktionellen Störungen gerechnet. Um im Einzelfall festzustellen, ob chronische Schmerzen als somatoforme Schmerzstörung gesehen werden sollten, bedarf es der interdisziplinären Zusammenarbeit.

## 2. Rahmenbedingungen

In der Interdisziplinären Schmerzkonzferenz<sup>2</sup> des Marburger Fachbereichs Humanmedizin treffen sich regelmäßig Schmerz-Spezialisten verschiedener Disziplinen zu Fallbesprechungen und zur Fortbildung. Dieser Kreis hat im Studiengang Humanmedizin ein klinisches Wahlpflichtseminar ›Schmerz‹ etabliert<sup>3</sup>, das dazu dienen soll, Studenten mit einer interdisziplinären Sicht von Schmerz vertraut zu machen. In je einem Teilseminar stellt jeder der beteiligten Fachvertreter<sup>4</sup> seine Perspektive dar – so auch ich in einer Veranstaltung, in der es um die somatoforme Schmerzstörung geht.

Neben der Interdisziplinären Schmerzkonzferenz gibt es in Marburg die Interdisziplinäre Schmerzambulanz (ISA)<sup>5</sup> des Klinikums, in der sich Neurologen, Orthopäden, Neurochirurgen, Anästhesisten und Psychologen gemeinsam um Schmerzpatienten mit einem komplexeren Störungsbild bemühen. Mein Aufgabenfeld in dieser Ambulanz besteht darin, Patienten mit psychogenen Schmerzen zu beraten; einigen davon versuche ich mittels tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie zu helfen – so

---

**2.** Leiter: Dr. M. Teepker, Zentrum für Neurologie im Marburger Universitätsklinikum

**3.** unter Federführung von Prof. H.-D. Basler, Institut für Medizinische Psychologie

**4.** Beteiligt sind, z.T. mit auswärtigen Referenten, bisher die Disziplinen Anatomie, Anästhesie und Intensivmedizin, Neurologie, Neurochirurgie, Onkologie und Medizinische Psychologie.

**5.** Zentrum für Schmerztherapie im Klinikum (Geschäftsführender ärztlicher Leiter: Dr. G. Dinges, Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin)

fern sie nicht anderer Hilfe, z.B. einer Unterstützung bei der Schmerzbewältigung oder stationärer Psychotherapie, bedürfen.

### 3. Konzeptforschung

Bei meinen Bemühungen, in den o.g. klinischen Wahlpflicht-Seminaren den Stand des Wissens über die somatoforme Schmerzstörung und meine Erfahrungen mit den davon betroffenen Patienten weiterzugeben, bin ich regelmäßig auf folgende Schwierigkeit gestoßen: Studenten können sich einen körperlich nicht begründeten Schmerz oft nur schwer vorstellen, solange sie keine *Konzepte* kennen, die ihn denkbar werden lassen. Vielmehr gehen sie ohne Kenntnis solcher Konzepte leicht davon aus, diese Schmerzen seien eingebildet, hypochondrisch übersteigert oder würden simuliert, um eine Rente oder ärztliche bzw. anderweitige Zuwendung zu erhalten. Es fehlen ihnen also zunächst Konzepte, die erschließen, dass somatoforme Schmerzen im Erleben der Patienten unzweifelhaft real und körperlich empfunden werden und dass diese aufgrund besonderer intrapsychischer und oft auch besonderer sozialer Umstände, aber ohne organische Ursache entstehen können.

Aufgrund dieser Unterrichtserfahrungen habe ich vor einigen Jahren damit angefangen, ein *Glossar*<sup>6</sup> zum konzeptuellen Umfeld der somatoformen Schmerzstörung zu schreiben: ein Begriffswörterbuch, in dem die Konzepte, die ich in der psychoanalytisch-psychosomatischen Literatur zu den verschiedenen Aspekten dieses Themas gefundenen habe, unter theoretischen Gesichtspunkten zusammenstellt sind. Im Wahlpflichtseminar verwende ich das Glossar, indem ich anhand einzelner Konzepte die spezifischen Merkmale der somatoformen Schmerzstörung darstelle.

Leuzinger-Bohleber & Fischmann (2006) weisen darauf hin, dass – dem Freud'schen Junktim von Therapie und Forschung entsprechend – die psychoanalytisch-klinische Forschung in einem Prozess der zyklischen und wechselseitigen Bezugnahme von Theorie und Therapie bestehe. Dreher (1998) macht deutlich, dass Konzepte zum einen zwischen klinischer Praxis und empirischer Forschung zu vermitteln hätten und dass sie andererseits von Theorien, Begriffen und empirischen Befunden zu unterscheiden seien. Als Aufgabe von *Konzeptforschung* definiert sie die Untersuchung der historischen und/oder aktuellen Verwendung eines Konzepts in Klinik und/oder Forschung. Programmatisch gewendet:

---

6. Eine frühe und noch recht kurze Fassung dieses Glossars ist als Institutsbericht erschienen (Bolm 2000).

»Psychoanalytische Wahrnehmung ohne geeignete psychoanalytische Konzepte ist blind, psychoanalytische Konzepte ohne Beachtung psychoanalytisch relevanter Phänomene sind leer. Deshalb will Konzeptforschung mit ihren beiden miteinander verschränkten Dimensionen, der konzeptuellen und der empirischen, sowohl eine Ausdifferenzierung psychoanalytischer Konzepte, als auch eine Erweiterung der an der klinischen Erfahrung orientierten empirischen Indizienbasis anstreben.« (A.a.O., 74)

Konzepte sind in unserem Zusammenhang also das begriffliche Gerüst, das uns erlaubt, die funktionellen (vs. psychosomatischen<sup>7</sup> vs. körperlich bedingten) Phänomene zu denken, die zusammenfassend als somatoforme Schmerzstörung bezeichnet werden. Eine Grundannahme meiner Arbeit ist so die im linguistic turn der Kulturwissenschaften verbreitete Auffassung, dass wir nur das diagnostizieren und folglich auch in der Therapie berücksichtigen können, was wir benennen können.

#### **4. Konzepte, die die Entstehung von Schmerzen als körperliche Affekt-Äquivalente denkbar werden lassen**

Die Entstehung von körperlichen Beschwerden, hier: Schmerzen, ohne zugrunde liegende somatische Ursache nennt man *Somatisierung*<sup>8</sup>. In der Literatur werden im Wesentlichen zwei Modi von Somatisierung unterschieden:

- die Konversion (die körpersprachliche Darstellung eines inneren unbewussten Konflikts – hier nicht weiter berücksichtigt) und
- die Bildung von körperlichen Affekt-Äquivalenten (anstelle eines unerträglichen und nicht fühlbaren Affekts treten Schmerzen oder andere körperliche Symptome auf).

Im Folgenden möchte ich mich ganz auf die Bildung von körperlichen Affekt-Äquivalenten konzentrieren und, z.T. anhand von Fall-Vignetten und annähernd so wie im oben genannten Glossar, darstellen, wie man sich einem Verständnis dieses Somatisierungsmodus konzeptuell annähern kann.

---

7. Bei psychosomatischen Erkrankungen geht man auch von einer Psychogenese, allerdings im Gegensatz zu den somatoformen Störungen, von einem körperlichen Befund aus. Aus körperlichen Affekt-Äquivalenten können auch schwere, sogar lebensgefährliche psychosomatische Erkrankungen werden.

8. Details zur Somatisierung folgen in den Abschnitten 4.1 und 4.2.

#### 4.1 DIE BILDUNG KÖRPERLICHER AFFEKT-ÄQUIVALENTE ALS TRAUMAFOLGE

In den letzten Jahren wird als Ursache von Somatisierungen, speziell der Bildung körperlicher Affekt-Äquivalente, insbesondere eine *Traumatisierung* thematisiert, d.h. die Konfrontation mit einer psychisch nicht verarbeitbaren Erfahrung. Diese Sichtweise möchte ich durch ein längeres Zitat aus der sehr anschaulichen Darstellung von Kütemeyer (2008) darstellen:

»Die entscheidende Bedingung der Entstehung des psychogenen Schmerzes ist eine durch biographische Traumen entstandene *Schmerzneigung*. Engel (1959) spricht von den ›pain prone patient‹, die in der Kindheit Deprivation, Gewalt oder sexuelle Übergriffe erlitten haben und dabei unter Drohungen der Täter dem Druck zur Geheimhaltung ausgesetzt waren. Zum Selbstschutz schaffen es die Betroffenen, diese Kränkungen klaglos durch frühes Erwachsenwerden, Leistung, Durchhalten, Aushalten lange zu kompensieren. Latent, im Körpergedächtnis, bleibt aber eine Erinnerung an die erlittenen Schmerzen bestehen – und eine sehnsüchtige Bindung an die früheren Aggressoren (›Identifikation mit dem Aggressor‹) mit der Folge introjizierter Schuldgefühle und Strafbedürfnisse (›ich bin so schlecht, dass man mich misshandeln musste‹). Es wird eine Verbindung von Schuld, Strafe und Schmerz gebahnt (poena<sup>9</sup> und pain sind sprachverwandt). Auch die Schmerzneigung ist zu erkennen: Kopf, Unterbauch – oder Rückenschmerzen, Migräne und Dysmenorrhoe<sup>10</sup> lassen sich bis in die Kindheit und Jugend zurückverfolgen: Die latente Schmerzerinnerung macht sich schon früh bemerkbar. Nach einer erneuten *Enttäuschungs- oder Verlustsituation*, für die es wiederum (da sie zum Strafbedürfnis passt) keine angemessene Klage, Anklage oder Gegenwehr gibt, wird ein zunächst harmloser Körperschmerz, oft nach einem Sturz, aufgegriffen, um dem seelischen Leiden Ausdruck zu geben. Der Körperschmerz wird abgespalten, dissoziiert und in den Dienst des ›Verschmerzens‹, der Traumaverarbeitung gestellt: Er ist zum Erinnerungsschmerz geworden.« (Kütemeyer 2008, 74f.; Hervorhebungen G.B.)

Als wesentlicher unbewusster intrapsychischer Prozess, der zur Somatisierung beiträgt, wird hier die *Dissoziation* genannt: Mit traumatischen Erlebnissen verbundenes psychisches ›Material‹, das noch nicht zur Sprache gebracht und verstanden werden konnte, wird vom ›normalen Erleben‹ abgespalten. So dient die Dissoziation dem psychischen Überleben. Die im Zusammenhang mit der Traumatisierung entstandenen somatoformen Schmerzen werden verstehbar als »[...] Reaktivierung der traumabezoge-

---

9. Poena, lat.: Strafe

10. Dysmenorrhoe: schmerzhafte Regelblutung.

nen Erinnerung, und sie sind körperlich oft dort lokalisiert, wo Verletzungen oder andere traumatisierende Einwirkungen stattgefunden hatten« (Howell 2005, 142; Übersetzung G.B.).

So hilfreich der beschriebene Zugang zum Verständnis der somatoformen Schmerzstörung in vielen Fällen ist – er bedarf, wie unten gezeigt wird, der Ergänzung durch andere Sichtweisen. Die Konzepte, die ich im Folgenden heranziehe, stammen aus der Klein-Bion-Schule der Psychoanalyse. Melanie Klein und ihre Schüler/-innen Bion, Segal und andere haben in London seit den vierziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts durch ihre Erkundungen des Seelenlebens von psychisch schwer gestörten, z.T. auch psychotischen Kindern und Erwachsenen Perspektiven entwickelt, die weit reichenden, aktuell gebliebenen Einfluss auf die psychoanalytische Theorie hatten und auch die psychoanalytische Psychosomatik revolutioniert haben (vgl. Beland 1997).

#### 4.2 DIE BILDUNG KÖRPERLICHER AFFEKT-ÄQUIVALENTE AUFGRUND UNZUREICHENDER SYMBOLISIERUNGS-KOMPETENZ<sup>11</sup>

*Fall-Vignette 1<sup>12</sup>:* Im Alter von 55 Jahren entwickelt die Ehefrau eines Großbauern (vier Kinder) einen kribbelnden, stechenden, neurologisch nicht nachvollziehbaren Schmerz in der rechten Gesichtshälfte, der chronifiziert. Die Vorgeschichte zeigt eine Reihe von Operationen sowie eine Reihe von Unfällen und z.T. ebenfalls chronischen körperlichen Erkrankungen, die von den behandelnden Ärzten nicht mit den Schmerzen in Zusammenhang gebracht werden können. Darüber hinaus stehen der Verlust einer näheren Verwandten durch Unfall sowie der Auszug des Sohnes im zeitlichen Zusammenhang mit der Schmerzentstehung. Während der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie dieser Patientin stirbt ihr Mann unerwartet, woraufhin seine Frau zunächst fast psychotisch reagiert. Im Verlaufe der Psychotherapie wird an verschiedenen Stellen deutlich, dass sich diese Patientin, als Jüngste sehr vieler Geschwister, in ihrer Kindheit durch die hart arbeitenden Eltern (ebenfalls in der Landwirtschaft tätig) sehr verlassen gefühlt hat. Zeitlebens hat sie die hieraus resultierende latente Depression hinter einer Fassade von tätigem Optimismus verborgen, die schließlich mit der Schmerzentwicklung zusammenbrach und sie in die Psychotherapie brachte. In der Psychotherapie ist die Patientin nicht dazu in der Lage, ihre latent kommunizierten Affekte als zu sich gehörig

---

**11.** Symbolisierung: nach Bion (1990) mentale ›Verdauung‹ von Erfahrungen, wie im Folgenden erläutert

**12.** Alle Falldarstellungen sind zum Schutze der Anonymität der Patienten verfremdet.

zu betrachten und wehrt sie ab mit Äußerungen wie z.B.: Alles sei nicht so schlimm, und es sei eine Lüge, ihr eine Depression »anzuhängen«. Offenbar hat sie keine Möglichkeit entwickeln können, sich ihrer Affekte anzunehmen; der innere Raum, der eine Symbolisierung hätte ermöglichen können, fehlt weitgehend.

Wie dieser innere Raum entstehen kann, hat Bion (1990) in seinem *Modell der frühkindlichen Kommunikation* formuliert, das Gutwinski-Jeggle (1997) wie folgt zusammengefasst hat:

»Unerträgliche Sorgen und Schmerzen suchen einen Container. Dieser wird – wenn es gut geht – vom Primärobjekt [der Mutter, G.B.] zur Verfügung gestellt. Die auf das Kind bezogene Mutter nimmt in ihrer »rêverie« über das Kind dessen Zustände von unaushaltbarem, roh körperlich und seelisch empfundenem Mißbehagen auf; hält also die Not des Kindes aus, ja »verdaut« sie mit Hilfe des »Verdauungsfermentes« Verständnis und kann so die schlimme Befindlichkeit ihres Kindes immer wieder neu in Erträgliches und daher psychisch Repräsentierbares transformieren. Eine einfühlsame Mutter wird ihr schreiendes Kind nicht nur hören und sich ihm zuwenden, sondern auch versuchen, an der Art seines Schreiens dessen Botschaft zu verstehen und so die Ursachen und Gründe für sein Unglück zu erspüren und zu beheben trachten [...]. Die Beruhigung von außen wirkt beruhigend nach innen und besänftigt sozusagen die inneren Verfolger, die, auf der somato-psychischen Grenze liegend, in Form von körperlichem Mißbehagen bis hin zu Vernichtungsängsten angreifen und das Selbst in seiner Kohärenz bedrohen.« (Gutwinski-Jeggle a.a.O., 145f.)

Wird der hier beschriebene Prozess immer wieder erlebt, kann das Kind das mütterliche Verstehen verinnerlichen und zunehmend selbst seine Erfahrungen mental verarbeiten.

Ausgangspunkt der Bildung körperlicher Affekt-Äquivalente ist in diesem Modell – zusammenfassend formuliert – ein unerträglicher Affekt. Dieser Affekt kann primär unerträglich dadurch sein, dass er ursprünglich nicht auf eine Bezugsperson stieß, die ihn verstehen konnte. Dies führt dazu, dass er psychisch, d.h. durch *Symbolisierung*, nicht verarbeitet werden kann – er kann mental nicht »verdaut« werden. Sekundär (später im Leben) wird der Affekt unerträglich, weil er bei einer gegebenen psychischen Struktur<sup>13</sup> nicht symbolisierbar ist. Der unerträgliche Affekt kann, weil psychisch nicht verarbeitbar, nicht zu einer fühlbaren Emotion (z.B. psychischer Schmerz) werden und wird stattdessen in den Körper projiziert.

**13.** Psychische Struktur: Ausmaß, in dem das unbewusste Netzwerk von affektiven, kognitiven und somatischen Repräsentationen von Selbst, Objekten und Interaktionsmustern integriert vs. fusioniert oder gespalten ist.

ziert. Er erscheint dann beispielsweise als körperlicher Schmerz im Rahmen einer somatoformen Störung und stellt in Belands etwas monströser Formulierung eine »körperreaktive Beurteilung der nichtverstehenden Zurückweisung von Unerträglichkeit« dar (Beland 1997, 57).

Als zentraler unbewusster intrapsychischer Prozess, der der *Somatisierung*, hier: der Bildung der körperlichen Affekt-Äquivalente zugrunde liegt, wird in diesem Modell die Projektion gesehen: die Ausstoßung von »Unverdaulichem«, die Bion zufolge »den Körper bis zu einem Punkt bombardiert, an dem ein Teil von ihm verrückt wird« (Bion 1963, 218; zit.n. Trempler 2002, 121; Übersetzung G.B.). Der *Körper* wird so als ein Behälter konzipiert, der auf äußerst konkrete Weise angefüllt wird; die körperlichen Beschwerden haben für die Betroffenen subjektiv einen konkreten, rein faktischen Charakter (»körperliche Krankheit«) und keine anderweitige Bedeutung.

### 4.3 SCHMERZ ALS INNERES OBJEKT<sup>14</sup>

Die unerträglichen und psychisch kaum verarbeitbaren Lebenserfahrungen, die zur Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung führen können, können Schmerzen einen spezifischen intrapsychischen Stellenwert verleihen:

#### 4.3.1 Schmerz als Täter – der Patient als Opfer

Viele Patienten mit somatoformer Schmerzstörung haben zeitweise Gewalt erfahren. In der psychoanalytischen *Objektbeziehungstheorie* wird angenommen, dass das Selbst die Erfahrungen mit Anderen »auf einem neuen, intrapsychischen Schauplatz« wiederholt (Boszormenyi-Nagy 1975, 55). Der Schmerz wird so oft zu einem *inneren Objekt*, quasi zu einem Täter, und die Betroffenen fühlen sich dann im Erleben ihrer Schmerzen so als Opfer, wie sie sich in ihrem Leben auch zeitweise als Opfer erlebt haben. Heftiger chronischer Schmerz schafft ein oft »höllisches« inneres Milieu, das einem äußeren Milieu von Gewalt und Lieblosigkeit entspricht:

»Es ist offensichtlich, daß die im innersten Beziehungsdrama des Ich [genauer: im Verhältnis von Selbst und innerem Objekt, G.B.] gespielten Rollen die Erfahrungsweisen äußerer Objektbeziehungen duplizieren: Anerkennung, Haß, Liebe, Gleichgültigkeit usw. Hier liegt eine von Freuds nachhaltigsten Leistungen vor: Er hat das Prinzip der begebnungsartigen Beschaffenheit der Existenz auf die inneren Bereiche der Psyche ausgedehnt« (a.a.O., 55f.) – und ermöglicht uns heute dadurch in vielen Fällen ein Verständnis der besonderen Beziehung, die Patienten zu ihren Schmerzen

**14.** Das Konzept der inneren Objekte wird im folgenden Abschnitt erläutert.

haben, wie auch der besonderen Beziehungen, zu der sie leider manchmal ihre Behandler verführen bzw. zu der sich Behandler verführen lassen: Auch in der Behandler-Patient-Beziehung finden sich manchmal Beziehungsmuster, die sich als Reinszenierungen von Gewalterfahrungen verstehen lassen.

#### 4.3.2 Schmerz als Verweis auf Abwesendes

Einen anderen Zugang zur Frage nach dem intrapsychischen Stellenwert von körperlichen Schmerzen ermöglicht die folgende Theorie von Bion (1990): Schmerzen, also etwas Unangenehmes, das man hat und loswerden möchte, können im Unbewussten für etwas stehen, das fehlt, z.B. für Liebe. »Hunger haben« heißt im Französischen »manger de la vache enragée« (»eine wütende Kuh essen« [Segal 1996, 35]), und in unserem Sprachraum kennen wir beispielsweise den »nagenden Hunger«: »Hunger wird als Verfolgung empfunden. [...] Körperliche Erfahrungen werden als phantasierte Objektbeziehungen erlebt, wodurch sie emotionale Bedeutungen erhalten.« (Segal a.a.O.)

Bion (a.a.O.) drückt diesen Gedanken wie folgt aus: Wenn ein Säugling ein »Bedürfnis nach der Brust« (d.h. Hunger) hat, dann macht er eine unangenehme emotionale Erfahrung in Form der Empfindung, dass er »eine böse Brust in sich« hat. »Das Kind empfindet nicht, daß es sich eine gute Brust wünscht, sondern es fühlt, daß es wünscht, eine schlechte auszuschcheiden.« (A.a.O., 81, 84, 162) Patienten mit einer somatoformen (Schmerz-)Störung wünschen in der Regel nichts so sehr, wie ihre Beschwerden los zu werden. Einen Wunsch nach Verständnis können sie noch nicht empfinden. Meine Annahme ist – Bions Gedanken entsprechend –, dass in bestimmten Fällen (insbesondere solchen mit psychotischer oder Borderline-Struktur) psychogener Schmerz oder Symptome einer anderen somatoformen Störung als präsymbolische Äußerungsformen von emotionalen Mangelzuständen verstanden werden können. Schmerzen stehen hier also für ein »böses inneres Objekt«.

Dass viele Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung ihren Behandlern gegenüber enormen Druck ausüben, damit ihr Schmerz (das, was sie *haben*) »weg gemacht« wird, wird so verstehbar – denn das abwesende gute Objekt ist für sie das anwesende »böse«. Wenn Behandler wissen, dass der Druck des Patienten auf den Mangel an einer verständnisvollen Bezugsperson (Container) verweist (was ihnen *fehlte*), kann es ihnen leichter fallen, dem Handlungsdruck des Patienten zu widerstehen.

#### 4.4 SCHMERZ UND DIE SYMBOLISCHE GLEICHSETZUNG

*Fall-Vignette 2<sup>5</sup>*: Ein ca. 50-jähriger Mann sucht mich aufgrund einer ärztlichen Empfehlung wegen chronischer Ganzkörper-Schmerzen auf (Kopf, Nacken, Rücken, alle wesentlichen Gelenke). In der nur sehr kurz und unter großem inneren Druck des Patienten erhobenen Anamnese wird deutlich, dass ihn z.Zt. neben den Schmerzen vor allem ein Umstand akut belastet und unter großen psychischen Druck setzt: dass er sich von seiner im selben Haus wohnenden Schwiegermutter dauernd beobachtet fühlt. Diese solle daher dringend in ein Altersheim.

Als ich ihn frage, ob er sich denn auch sonst manchmal beobachtet fühle, berichtet er davon, dass eine Frau, an der er früher einmal Interesse gehabt habe, ihn manchmal dann, wenn er an ihrem Hause vorbei gehe, hinter den Gardinen beobachte.

Die Erhebung der Anamnese ergibt weiter, dass der Patient viele Geschwister hatte und sich von seiner Mutter sehr wenig geliebt fühlte; sie habe ihn und seine Geschwister mehrfach in drastischen Worten wegge wünscht (sinngemäß: »Hätt' ich euch doch in den Fluss geschissen!«).

Segal (1999) hat in ihren Untersuchungen psychotischer Denkstörungen ein Konzept entwickelt, das uns helfen kann, die erstaunlichen kognitiven Prozesse des gerade vorgestellten Patienten zu verstehen. Ich möchte folgende, hier nur holzschnittartig ausführbare Hypothese vorschlagen:

Die störend beobachtende Schwiegermutter lässt sich – vor dem Hintergrund der im vorangegangenen Abschnitt dargestellten Theorie Bions – semiotisch verstehen: als Zeichen, das der Patient für etwas verwendet, das ihm in seiner Kindheit an seiner Mutter vermutlich fehlte (ihre Präsenz: dass sie sorgfältig nach ihm schaute). In ähnlicher Weise kann angenommen werden, dass der störende vorhandene Schmerz (ein Ganzkörperschmerz!) für das steht, was ihm an seiner Mutter fehlte. Die Art, in der hier jeweils ein Zeichen (Schwiegermutter, Schmerz) auf etwas Bezeichnetes verweist (die abwesende, eben nicht sorgsam beobachtende Mutter der Kindheit des Patienten), ist eine besondere – das zeigt der imperativische und unhinterfragbare psychische Druck, dem zufolge die Schwiegermutter ins Heim soll. Segals Konzept der symbolischen Gleichsetzung beschreibt, wie in Fällen wie dem unsrigen eine potenziell symbolische Verweisstruktur (die Relation Zeichen-Bezeichnetes ist flexibel und

---

**15.** Der Patient gehört zu den Fällen, die ärztlich gut untersucht sind und bei denen kein körperlicher Befund die auftretenden Schmerzen erklären kann. Leider habe ich den Patienten in einer Art von Krisenintervention nur kurz kennen gelernt. Daher muss ich mich hier auf einen engen Ausschnitt von Informationen über ihn beschränken.

vielleicht) in quasi psychotischer Weise zusammenbricht und zu einer 1:1-Beziehung regrediert: »Schwiegermutter ist die unerträglich abwesende Mutter«, »Schmerz ist die unerträglich abwesende Mutter«. Die Schwiegermutter erinnert den Patienten an etwas, was früher für ihn unerträglich war. Dass diese Schwiegermutter jetzt imperativisch »weg« soll, ergibt sich nach Segal aus dem Zusammenbruch seines Denkens an dieser Stelle.

Das Konzept der symbolischen Gleichsetzung erlaubt in vielen Fällen ein Verständnis des oft sehr am *Konkreten* hängenden Denkens von Patienten mit somatoformer (Schmerz-)Störung: Die körperlichen Beschwerden sitzen so unmittelbar »unter der Haut«, sind so abstandslos konkret störend da, dass sie unbedingt möglichst sofort »weg gemacht« werden sollen – »es ist, wie es ist«, und jeder Versuch, eine Meta-Perspektive einzunehmen und mögliche psychische und/oder soziale Determinanten der Störung in den Blick zu nehmen, wird als feindlich gesonnene und grob missverstehende Psychologisierung brüsk zurückgewiesen.

## 5. Therapeutische Konsequenzen

Wenn ein längerer therapeutischer Dialog mit Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung gelingt, treten die Schmerzen allmählich in den Hintergrund. In Gegenwart eines hinreichend verständnisvollen Gegenübers lässt der Druck, etwas (»weg«) zu machen, nach, und das Gespräch gewinnt an Bedeutung. Die Schmerzen können langsam klarer als körperliche Äquivalente von meist extremen Affekten gesehen werden, die zunächst unfassbar, unverdaulich und unfühlbar waren. In der Therapie kann es dann darum gehen, die emotionale Erfahrung zu entdecken, die der Patient noch nicht fühlen und »verdauen« kann und dieses Fühlen und »Verdauen« zunächst für ihn zu übernehmen – damit er dieses allmählich selber kann (Meltzer 1986, 37).

## Literatur

- Beland, Hermann (1997): Die schwere soziale Geburt des psychosomatischen Menschen oder das unbewusste Menschenbild in der psychosomatischen Medizin. In: Reinhard Herold, Jürgen Keim, Hartmuth König, Christoph Walker (Hg.): »Ich bin doch krank und nicht verrückt«. Moderne Leiden – Das verleugnerte und unbewusste Subjekt in der Medizin. Tübingen (Attempo Verlag), 47-59.
- Bion, Wilfred R. (1990): Lernen durch Erfahrung. Frankfurt a.M. (Suhrkamp).

- Bolm, Gerhard (2000): Funktionelle bzw. somatoforme Schmerz-Störungen – ein Glossar. Arbeitspapier 2000-1 aus dem Institut für Medizinische Psychologie Marburg.
- Boszormenyi-Nagy, Imre (1975): Eine Theorie der Beziehungen: Erfahrung und Transaktion. In: Imre Boszormenyi-Nagy, James L. Framo (Hg.): Familientherapie. Bd. I, Reinbek (Rowohlt), 51-109.
- Dreher, Anna Ursula (1998): Empirie ohne Konzept? Einführung in die psychoanalytische Konzeptforschung. Stuttgart (Verlag Internationale Psychoanalyse).
- Gutwinski-Jeggle, Jutta (1997): Wenn der Körper – nicht – spricht. In: Reinhard Herold, Jürgen Keim, Hartmuth König, Christoph Walker (Hg.): »Ich bin doch krank und nicht verrückt«. Moderne Leiden – das verleugnete und unbewußte Subjekt in der Medizin. Tübingen (Attempto Verlag), 136-155.
- Howell, Elizabeth F. (2005): The dissociative mind. New York, London (Routledge).
- Kütemeyer, Mechthilde (2008): Erinnerungsschmerz und Schmerzerinnerung. Erstbegegnung mit Schmerzpatienten. ZPPM, Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin, Jg. 6, Heft 4, 73-85.
- Leuzinger-Bohleber, Marianne, Tamara Fischmann (2006): What is conceptual research in psychoanalysis? International Journal of Psychoanalysis 87, 1355-1386.
- Meltzer, Donald (1986): Studies in extended metapsychology. Clinical applications of Bion's ideas. O.O. (Clunie Press).
- Segal, Hanna (1996): Traum, Phantasie und Kunst. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Segal, Hanna (1999): Ödipuskomplex und Symbolisierung. In: Heinz Weiß (Hg.): Ödipuskomplex und Symbolbildung. Tübingen (edition diskord), 48-61.
- Trempler, Volker (2002): Arbeiten mit Bion: Körpersymptome und die Umkehrung der Alpha-Funktion. In: Mathias Hirsch (Hg.): Der eigene Körper als Symbol? Gießen (Psychosozial-Verlag), 115-146.