

Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie

Zeitschrift für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie

Child and Adolescent Psychotherapy

Journal for Psychoanalysis and Psychodynamic Psychotherapy

Heft 172, 47. Jg., 4/2016

Redaktion

Arne Burchartz, Öhringen; Wolfram Gekeler, Stuttgart;
Birgitt Kreuter-Hafer, Schorndorf (verantw.); Gabriele Häußler, Heilbronn;
Beate Kunze, Hofheim; Martin Löffler, Bad Kreuznach;
Nicole Lotz, Hanau; Susanne Schmid-Boß, Wetzlar

Herausgeberinnen und Herausgeber

Klaus Aichele, Stuttgart; Anneliese Arp-Trojan, Hamburg;
Arne Burchartz, Öhringen; Frank Dammasch, Frankfurt a. M.;
Uta Einnolf, Hannover; Anna Gätjen-Rund, Berlin; Wolfram Gekeler, Stuttgart;
Gabriele Häußler, Heilbronn; Renate Höhfeld, Berlin;
Birgitt Kreuter-Hafer, Schorndorf; Beate Kunze, Hofheim;
Martin Löffler, Bad Kreuznach; Nicole Lotz, Hanau; Ulrich Müller, Hannover;
Wolfgang Oelsner, Köln; Ingrid Pilz, Burgstetten; Jochen Raue, Hofheim;
Susanne Schmid-Boß, Wetzlar; Angelika Staehle, Darmstadt;
Christiane Wiesler, Freiburg i. Br.; Angelika Wolff, Frankfurt a. M.

Wissenschaftlicher Beirat

Willi Baumann, Frankfurt a. M.; Thea Bauriedl, München;
Karin Bell, Köln; Gustav Bovensiepen, Köln; Antonino Ferro, Pavia;
Alex Holder, Hamburg; Hans Hopf, Mundelsheim; Agathe Israel, Neuenhagen;
Ulrike Jongbloed-Schurig, Frankfurt a. M.; Ross A. Lazar, München;
Marianne Leuzinger-Bohleber, Frankfurt a. M./Kassel; Christiane Lutz, Stuttgart;
Veronica Mächtlinger, Berlin; Suzanne Maiello, Rom;
Annegret Overbeck, Frankfurt a. M.; Henri Parens, Philadelphia;
Fernanda Pedrina, Zürich; Julia Pestalozzi, Basel; Björn Salomonsson, Stockholm;
Theo Seifert, Wimsheim; Bernd Traxl, Berlin

Brandes & Apsel Verlag

Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (KJP)

Zeitschrift für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie

Child and Adolescent Psychotherapy

Journal for Psychoanalysis and Psychodynamic Psychotherapy

[bis Heft 169, 1/2016, erschienen unter dem Titel:

Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (AKJP)]

Heft 172, 47. Jg., 4/2016 (Erscheinungsweise: vierteljährlich)

ISSN 2366-6889 (gedruckte Version), ISSN 2366-6897 (E-Journal)

Informationen über die KJP bzw. AKJP im Internet:

www.kjp-zeitschrift.de und www.brandes-apsel.de

Bibliografische Information *Der Deutschen Bibliothek*:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über www.dnb.de abrufbar.

Die Zeitschrift wird indiziert von: PsycINFO; PSYINDEX; www.e-psyche.net

Die Originalbeiträge unterliegen dem Peer-Review-Verfahren.

Redaktionsadresse:

Birgitt Kreuter-Hafer, Burgstr. 27, 73614 Schorndorf, Deutschland

E-Mail: redaktion-kjp@gmx.de

Abonnementverwaltung:

Brandes & Apsel Verlag, Scheidswaldstr. 22, 60385 Frankfurt a. M., Deutschland

Fax: 069/272 995 17-10, E-Mail: aboverwaltung@brandes-apsel.de

Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Jahresende.

1. Auflage 2016

© 2016 by Brandes & Apsel Verlag GmbH

Jede Verwertung bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung der Redaktion und des Verlages. Das gilt insbesondere für Nachdrucke, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in allen Arten von elektronischen und optischen Systemen sowie bei der öffentlichen Wiedergabe durch Hörfunk-, Fernsehsendungen und Multimedia, insbesondere auch bei der Bereithaltung in einer Online-Datenbank und im Internet zur Nutzung durch Dritte.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion und des Verlages wieder.

DTP: Caroline Ebinger, Brandes & Apsel Verlag

Druck: STEGA TISAK d.o.o., Printed in Croatia

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem und chlorfrei gebleichtem Papier

Leitlinie der VAKJP

Dietmar Borowski / Thomas F. Lehmann / Rose-
marie Schmitt-Thatenhorst / Isabell Visser-Ondracek

Schmerz

Somatoforme Beschwerden und
chronischer Schmerz im Kindes- und Jugendalter

Inhalt

1. Einleitung
2. *Allgemeine Überlegungen zum Schmerz aus psychoanalytischer Sicht*
 - 2.1 Begrifflichkeiten
 - 2.2 Schmerz und Unlust
 - 2.3 Neurophysiologie und Neuropsychologie
 - 2.4 Krankheitsbilder mit dem Leitsymptom Schmerz
 - 2.4.1 Einordnung in Klassifikationsschemata
 - 2.4.2 Epidemiologie und Komorbidität
 - 2.4.3 Krankheitsbilder
3. *Psychoanalytische Modelle zum Schmerz*
 - 3.1 Schmerz und Affekt
 - 3.2 Symbolisierung
 - 3.3 Somatisierung und Desomatisierung
 - 3.4 Psychosomatische Triangulierung
 - 3.5 Schmerz als Objekt
 - 3.6 Familiendynamik

4. *Psychodiagnostik von Krankheitsbildern mit dem Leitsymptom Schmerz*

- 4.1 Krankheits- und Familienanamnese
- 4.2 Szenisches Verstehen
- 4.3 Konfliktebene
- 4.4 Strukturebene
- 4.5 Beziehungsebene
- 4.6 Behandlungsvoraussetzungen

5. *Psychotherapeutische Interventionen*

- 5.1 Allgemeine Anmerkungen
- 5.2 Behandlungssettings
 - 5.2.1 Analytische/tiefenpsychologisch fundierte Einzelpsychotherapie
 - 5.2.2 Begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen
 - 5.2.3 Fokalthherapie als eine Anwendung der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie
 - 5.2.4 Stationäre Behandlung
 - 5.2.5 Gruppenpsychotherapie
- 5.3 Prognose

6. *Literatur*

7. *Anhang*

- 1. Psychodiagnostik von Krankheitsbildern mit dem Leitsymptom Schmerz
- 2. Psychotherapeutische Interventionen.

1. Einleitung

Diese Leitlinie Schmerz ist dem psychoanalytischen Theoriegebäude zugeordnet. Sie hat zum Gegenstand, psychosomatische Krankheitsphänomene zu betrachten, deren gemeinsamer Kern der enge Zusammenhang zwischen seelischen und körperlichen Prozessen darstellt (Mentzos, 2009). Es sollen Behandlungsvoraussetzungen, Rahmenbedingungen und psychoanalytische Interventionsmöglichkeiten beim *chronischen Schmerz* aufgezeigt werden.

In *Kapitel 1* dieser Leitlinie wird der Versuch einer Begriffsbestimmung des »Schmerzes« unternommen. Die für diese Arbeit relevanten neurophysiologischen und neuropsychologischen Aspekte werden kurz zusammengefasst, um einen Eindruck der vielschichtigen Vernetzungen und Hintergründe des Schmerzerlebens zu vermitteln. Schließlich wird eine Auswahl an Krankheitsbildern mit dem Leitsymptom »Schmerz« vorgestellt.

Kapitel 2 bietet einen Überblick über psychoanalytische Erklärungsmodelle, die für das Verstehen und die Behandlung von Schmerzen von Bedeutung sind.

Kapitel 3 und 4 geben Einblicke in das psychoanalytische Arbeiten mit Schmerzpatienten. Während im dritten Kapitel Überlegungen zur Diagnostik stattfinden, sollen im vierten Kapitel Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

Vorliegende Ergebnisse basieren auf Literaturrecherchen und Falldiskussionen mit Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Studien zur psychoanalytischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit dem Leitsymptom Schmerz liegen uns nicht vor. Diese Lücke versuchen wir im Anhang anhand von Fallbeispielen zu schließen, welche die psychoanalytische Arbeit mit Schmerzpatienten nachvollziehbar machen sollen.

Die Mehrdimensionalität beim Schmerz, insbesondere beim chronischen Schmerz, macht es notwendig, die damit verbundene Theorienvielfalt mit ihren sich stark unterscheidenden Begrifflichkeiten und »Denkwelten« zu beschreiben. Ohne Hinweise auf die entsprechende Fachliteratur und die entsprechenden Leitlinien der Pädiatrie wäre vorliegende Arbeit unvollständig. Das Thema »Schmerz« berührt die Leitlinien »Angststörungen« (Leitlinie der VAKJP, 2007), »Depression« (Leitlinie der VAKJP, 2013), »Trauma« und »Selbstverletzungen« (die beiden letztgenannten Leitlinien sind in Vorbereitung), weshalb hier auf diese verwiesen wird.

2. Allgemeine Überlegungen zum Schmerz aus psychoanalytischer Sicht

Aufgrund seiner *Signalfunktion* macht sich der Schmerz im Erleben des Betroffenen zwingend bemerkbar und bringt das seelische und körperliche Gleichgewicht merklich aus der Balance. Wird der Schmerz in seiner Signalfunktion ausreichend wahrgenommen und berücksichtigt, hat er seine ursprüngliche Funktion erfüllt. Meist wird er jedoch nur als körperliches Ereignis registriert, im Hinblick auf seine emotionale Bedeutung dann aber nicht genügend beachtet. Der chronische Schmerz hingegen ist dysfunktional und führt zu einer veränderten Körper- und Selbstvorstellung mit weitreichenden Folgen für das affektive und soziale Leben des Betroffenen (Daeuiker, 2002). So werden Fragen zur Regulation einer notwendigen Balance vor dem Hintergrund erfahrener Beziehungen wichtig. Diese Thematik wird uns in dieser Leitlinie immer wieder begegnen.

2.1 Begrifflichkeiten

Die internationale Gesellschaft zum Studium des Schmerzes definiert *Schmerz* als ein »unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit den Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird« (Schäfer, 2009, S. 3). In dieser Definition wird die einst vertretene kausale Verknüpfung von Gewebeschädigung und Schmerzreaktion relativiert und dabei die Subjektivität des Schmerzempfindens betont. So wird beispielsweise der Schmerz, der durch eine Injektion ausgelöst wird, von Patienten äußerst unterschiedlich erlebt und bewertet. Auch kann ein tröstender Mensch, selbst allein die Erinnerung an eine tröstende Erfahrung, zu einer Milderung des Schmerzempfindens und dessen Schmerzausdruck beitragen.

Der *körperlich erlebte Schmerz* ist die psychische Antwort auf eine Ursache, die auf ein somatisches Ereignis zurückgeführt wird. Der *soziale Schmerz* hingegen bezieht sich auf eine schmerzvolle Lebenserfahrung, wie den Verlust einer wichtigen Bezugsperson oder das Erleben einer tiefen Kränkung. Dabei kann der Inhalt Ich-bewusst sein (»*Es schmerzt, dass du nicht da bist*«) oder der Inhalt bleibt nicht Ich-bewusst (»*Ich habe Schmerzen*«). Soziale Bindungen, die überlebensnotwendig sind, werden durch die Signalfunktion des Schmerzes gesichert. Der soziale Schmerz aktiviert neuronale Regionen, die auch vom körperlichen Schmerz ausgelöst werden. In unserer Alltagssprache können wir, wenn wir sagen, »Es tut mir weh«, sowohl das eine als auch das andere meinen.

Das Bindungssystem hat sich zur Sicherung der Bindung quasi das Schmerzsignal »geliehen« (Eisenberger, 2012). Dies liegt nahe, wenn wir die komplexe Vernetzung der neurophysiologischen Vorgänge und die Bedeutung des Stresssystems berücksichtigen.

Der *akute Schmerz* (ICD-10, Kap. XVIII: »Allgemeinsymptome«, R 52.0) hat, wie oben bereits angedeutet, eine wichtige Signalfunktion und stellt eine gesunde und biologisch angelegte Reaktionsweise dar.

Dagegen bergen *chronische Schmerzen* die Gefahr einer Beeinträchtigung im Hinblick auf eine hinreichend stabile Gesamtentwicklung des Patienten. Von chronischen Schmerzen (ICD-10, Kap. XVIII: »Allgemeinsymptome«, R 52.1; R 52.2) wird ab einer Dauer von mindestens sechs Monaten gesprochen oder wenn diese innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten wiederholt auftreten. Im Kindesalter erscheint es sinnvoll, sich an einem Zeitraum von drei Monaten zu orientieren (Leitlinie der Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der AWMF, 2007; Göttken, 2009).

Beim chronischen Schmerz ist die Signalfunktion verloren gegangen. An chronischen Schmerzsymptomen (F 45.4) sind sowohl körperliche als auch psychische Faktoren beteiligt. Hinzukommende seelische Faktoren bestimmen weitgehend den Schweregrad und die Aufrechterhaltung des Schmerzerlebens (Winter et al., 2012).

2.2 Schmerz und Unlust

Schmerz und Unlust als »Nöte des Lebens« (Freud, 1900) führen unvermeidlich zu Maßnahmen, diese Zustände beenden zu wollen, wofür aktuelle Handlungen unterbrochen werden und das Schmerzerleben somit ins Zentrum des Wahrnehmens und Erlebens rückt.

Unlust leitet, ebenso wie der Schmerz, eine Vermeidungsreaktion ein und stellt ein wesentliches Motiv zur Organisation der Abwehr dar. Die Unlust wird aus einer nach innen gerichteten Wahrnehmung erlebt. Der Schmerzreiz wird über die Sinnesorgane als von außen kommend wahrgenommen. Schmerz auf der einen Seite und Unlust auf der anderen Seite stellen also zwei Ausdrucksweisen desselben Ereignisses dar (Solms, 2005).

Das kleine Kind empfindet auf einer frühen Entwicklungsstufe Unlustspannungen als schmerzhaft – ohne zwischen dem mehr diffusen Unbehagen der Unlust und dem klar umschriebenen Schmerz, der von einer bestimmten Körperstelle ausgeht, sicher unterscheiden zu können. Innen und außen sind in dieser Altersstufe im Erleben noch eng aneinander gekoppelt. Die Art und Weise der Schmerzerfahrung steht dabei in enger Verbindung mit der körperlichen

Reife, den kognitiven Fähigkeiten und den bisherigen Bindungserfahrungen des Kindes. Die gesunde Wahrnehmung des Schmerzes und der daraus resultierende reife Umgang mit demselben setzt jedoch die Fähigkeit zur Selbst- und Objektwahrnehmung voraus.

Die Schmerzschwellen sind bei Früh- und Neugeborenen niedriger als bei älteren Kindern, die Schmerzreaktionen hingegen stärker. Die Entwicklung der Schmerzsensibilität hängt sowohl von frühen Schmerzerfahrungen als auch vom frühen Erleben einer sicheren Bindung ab. Die erfahrene Bindung prägt nicht nur die Erinnerungen, sondern gestaltet wesentlich auch neurophysiologische Prozesse. Beispielsweise führt eine frühe Bindungsstörung neurobiologisch zu einer gestörten Stress- und Schmerzverarbeitung (Egle, 2016).

Durch den mimischen Ausdruck, Schreien oder motorische und physiologische Parameter (z. B. Herzfrequenz, feuchte Hände) wird der Schmerz geäußert. Mit zunehmendem Alter können dann auch verbale Schmerzangaben gemacht werden, wobei psychosoziale Bedingungen die Verbalisierungsfähigkeit des Schmerzes beeinflussen und prägen (Craig, 2003; Sandkühler/Benrath, 2009).

Um den Schmerz zu mildern, wird er einem möglichen hilfreichen Objekt mitgeteilt. Dabei wird mitunter implizit eine *Schmerzbotschaft*, wie »Mama, bleib' da« oder »Ich habe Angst zu sterben«, über die Aussage »Es tut weh« ausgedrückt (Hasan/Zernikow, 2009). Die bewussten oder vorbewussten Schmerzbotschaften erschließen sich unmittelbar aus den Mitteilungen des Betroffenen, die unbewussten, überdeterminierten Bedeutungszuschreibungen sind dagegen vielfältig. Das Verstehen oder auch Nichtverstehen der Schmerzbotschaft gestaltet die Beziehung zum anderen und wird als hilfreich oder als enttäuschend erlebt. Im negativen Fall kann dies zu Entgleisungen des frühen Dialogs führen. Das Kind kann sich in seinem Schmerzerleben nicht genügend wahrgenommen fühlen und die Bindungsperson gleichzeitig in ihrem »Nicht-verstehen-Können« ohnmächtig gemacht werden (Egle/Nickel, 1994).

Gibt es keine Hilfe und auch kein tröstendes Objekt, begünstigt dies dissoziative Phänomene, wie beispielsweise den Rückzug auf halluzinatorische Selbsttröstungen, da der Körper als Übergangsobjekt zur Flucht nach innen immer zur Verfügung steht (Grieser, 2008).

Der Schmerz als dissoziatives Symptom stellt im Rahmen der Konversionsneurose eine Ausdrucksmöglichkeit dar (Adler, 1986; Küchenhoff, 1995). Er bringt entfernt vom Ich-Bewusstsein zum Ausdruck, wie unerträglich psychische Zustände, Trieb- und Affektabkömmlinge oder intrapsychische Konflikte sind. Diese finden dann auf der körperlichen Ebene, vom Ich-Bewusstsein entfernt, ihren symbolischen Niederschlag. Das *somatische Entgegenkommen* bestimmt dabei die Symptomwahl (Mentzos, 2005).

2.3 Neurophysiologie und Neuropsychologie

Wie Schmerz erlebt wird, hängt zum einen von dem auf der Körperebene tatsächlich wahrgenommenen Schmerzreiz ab, zum anderen auch von Schmerzerfahrungen, die im Laufe der Lebensgeschichte gemacht wurden. Diese sind, wie bereits erwähnt, eng an die Verfügbarkeit eines hilfreichen Objekts gebunden. Auch spielt die aktuelle emotionale Befindlichkeit eine entscheidende Rolle. Eine ängstliche Grundstimmung kann beispielsweise das Schmerzerleben verstärken und eine depressive Grundstimmung ein Grund dafür sein, dass am Schmerzerleben festgehalten wird. Diese Vorgänge ereignen sich längs der neurophysiologischen Strukturen.

Freud verstand das Ich vor allen Dingen als ein körperliches Ich (Freud, 1923). Das Wahrgenommene – und damit auch die Schmerzwahrnehmung – stellt das Ergebnis des Zusammenspiels äußerer und innerer Wirkungen dar. Freud ging in seinen Überlegungen von psychophysiologischen Zusammenhängen aus. Mark Solms aktualisierte die neuro-psychoanalytische Perspektive (Solms, 2005, 2013).

Die neurophysiologischen Strukturen sind sicherlich durch anatomische Strukturen mit Systemen, Feldern, Kernen und bevorzugten Bahnen, denen bestimmte Funktionen zugeordnet werden können, vorgegeben. Dabei müssen wir aber von ständig wechselnden funktionalen Strukturen in einem räumlichen Netzwerk ausgehen. Jeder Ort ist mit jedem anderen Ort verknüpft. Es besteht eine starke Interaktivität mit konvergenten und divergenten Abläufen und schleifenförmigen Schaltkreisen.

Ein Signal und dessen Antwort darauf werden mit der gesamten aktuellen körperlichen, gefühlten Lebenssituation des Individuums und dessen biografischen Erfahrungen abgeglichen, um so das Lebensgleichgewicht zu sichern. Das Signal »Angst« oder »Schmerz«, sei es, dass es vom inneren Körpererleben (interozeptiv) ausgeht, von außen auf den Körper einwirkt (exterozeptiv) oder von einer wahrgenommenen sozialen Gefahr ausgelöst wird, hat für die Lebenssicherung besondere Bedeutung. Hier bestehen auf allen Ebenen überschneidende anatomische und funktionale Verknüpfungen.

Der Schmerz wird in den verschiedenen Körperregionen über *Rezeptoren* aufgenommen. Diese so genannten *Nozizeptoren* reagieren auf mechanische, thermische und chemische Reize, wobei sie teilweise auch auf bestimmte Reizqualitäten spezialisiert sind. Je dichter die Rezeptoren im Körper verteilt sind, umso besser kann der Ort des Schmerzreizes lokalisiert werden.

Die »gate-control-Theorie« (Egle, 1994; Schäfer, 2009) beschreibt die Kontrolle der Durchgängigkeit des peripheren Reizes zum Hirn durch Hemmungsmechanismen im Rückenmark und durch die zentralen Hemmungsmechanismen: Über

schnell leitende Nervenfasern findet eine Art »Vorinformation« der Hirnzentren statt. Darüber wird bestimmt, ob der Schmerzreiz weitergeleitet oder unterdrückt wird. Neben diesen kontrollierenden hirnzentralen Hemmungsmechanismen spielen auch Hemmungsmechanismen auf der Ebene des Rückenmarks eine entscheidende Rolle. Hier können verschiedenste Reize, die an einer bestimmten Körperstelle aufgenommen werden, zu einer Verstärkung oder auch zu einer Hemmung des Schmerzreizes führen. So kann z. B. ein Schmerzreiz an einer bestimmten Körperstelle durch einen entsprechenden Druckreiz von außen ausgeschaltet oder ein unangenehmer Juckreiz durch einen dagegengesetzten Schmerzreiz gemildert werden. Der Schmerzreiz wird so bereits kontrolliert und verändert, bevor er über aufsteigende, langsame leitende Nervenfasern zur zentralen Wahrnehmung (*Perzeption*) führt. An diesem Wahrnehmungsprozess sind verschiedene Hirnzentren beteiligt, die in wechselseitiger Verbindung zueinander stehen. Von Bedeutung sind hier beispielsweise der Thalamus als »Tor zum Bewusstsein«, der Hypothalamus als Steuerzentrum des vegetativen Nervensystems und der Hormonachsen, das limbische System mit der Amygdala und deren Einflussmöglichkeiten auf emotional-affektive Komponenten und die sensorische Großhirnrinde, in welcher verschiedene Bereiche des Körpers repräsentiert sind (Egle, 1994; Schäfer, 2009).

Das Stresssystem ist gleichzeitig aktiviert. Die Schmerzbewältigung ist eng mit der Stressregulation verbunden. Schmerz ist, ebenso wie Angst, ein wesentlicher Stressor. Hat die Angst das Stresssystem anhaltend belastet, kann die bereits gestörte Stressregulierung zum stressinduziertem chronischen Schmerz führen (Egle, 2016).

In unserem Zusammenhang soll es ausreichen aufzuzeigen, dass durch diese komplexen Vernetzungen die körperliche Schmerzwahrnehmung und deren Bewertung und Beantwortung in Verbindung mit der gesamten affektiven Situation des Betroffenen steht.

Eine angemessene Antwort auf den Schmerzreiz ergibt sich aus dem gelungenen Zusammenspiel aller beteiligten Strukturen: der in der »gate-control-Theorie« beschriebenen Hemmungsmechanismen und der ständig im Fluss befindlichen Schmerzverarbeitung in den verschiedenen Hirnzentren. Dabei ist entscheidend, ob eine richtige *Erregungs-Hemmungs-Balance* gefunden werden kann. Gelingt dies nicht, resultieren daraus weitgehende Fehleinschätzungen des Körpererlebens und Veränderungen im *Schmerzgedächtnis*. Bleibende neuronale Veränderungen im Rückenmark und im Gehirn lassen die Schmerzschwelle sinken (Sandkühler, 2001).

Chronische Schmerzen haben einen nachhaltigen Einfluss auf das Stressregulationssystem und können zu bleibenden Störungen der Erregungs-Hemmungs-Balance führen (Egle 2016; Rensing et al., 2005). Angst und mit Schmerz assozi-

ierte Erinnerungen haben dabei eine besondere Bedeutung. Es folgt eine negative Spirale mit Beeinträchtigung der affektiven Balance, der kognitiven Fähigkeiten und der sozialen Beziehungen. Passiver Rückzug mit Depression führt dazu, dass am Schmerzerleben festgehalten wird. Bei Kindern und Jugendlichen kann dies beispielsweise zu anhaltendem Schulvermeiden oder einem weitergehenden sozialen Rückzug führen. Auch kann es zu schmerzbedingten Abkoppelungen von Repräsentanzen im Körperbild oder Teilen der eigenen Geschichte kommen. Dies wird von Oliver Sacks (*Der Tag, an dem mein Bein fortging*, 1989) anschaulich beschrieben.

In diesem Abschnitt haben wir versucht, die komplexe Vernetzung der neurophysiologischen Vorgänge zu vermitteln: dass Körper und Psyche also eine untrennbare Einheit bilden.

Aufgrund des oben Gesagten steht bei einer *Behandlung* von Schmerzsyndromen die Wiederherstellung einer funktionierenden Stressbewältigung und Erregungs-Hemmungs-Balance im Vordergrund. Dies ist eher möglich, wenn alle Faktoren, die an der Schmerzverarbeitung beteiligt sind, berücksichtigt werden. Um den aktuellen Leidensdruck zu mildern, wirkt z. B. eine rechtzeitige medikamentöse Hemmung der Schmerzweiterleitung entlastend. Das soziale Umfeld sollte darin unterstützen, einen passiven Rückzug rückgängig zu machen. Der eigene Körper muss wieder positiv belebt werden.

Steht bei dem Schmerzsyndrom eine Gewebeschädigung und/oder eine Nervenschädigung im Vordergrund, wird sich die analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie an den psychischen Komorbiditäten, beispielsweise am depressiven Erleben und dem damit verbundenen Rückzug, orientieren. Ist das Schmerzsyndrom wesentlich stressinduziert, dann fokussiert die analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie z. B. die somatoforme Störung, die Angsterkrankung oder die frühe Bindungsstörung mit den damit verbundenen Defiziten im Bereich der Symbolisierung und Mentalisierung (Egle, 2016).

2.4 Krankheitsbilder mit dem Leitsymptom Schmerz

2.4.1 Einordnung in Klassifikationsschemata

Anhand der ICD-10 lässt sich das komplexe Krankheitsbild des Schmerzes über Haupt- und Nebendiagnosen abbilden. Soweit das Schmerzerleben einem bestimmten Organ oder einer bestimmten Körperregion zugeordnet werden kann, geschieht dies über die Zuteilung in das entsprechende Kapitel, sodass der somatische Aspekt auf diese Weise erfasst wird. Nicht immer kann das Schmerzerleben jedoch einer bestimmten Körperregion zugeordnet werden. Überdies

ist auch möglich, dass die Körperregionen wechseln. Vor allen Dingen beim Schmerzverstärkungssyndrom wird der Schmerz oft »überall« empfunden.

Der somatopsychische bzw. psychosomatische Zusammenhang wird anhand des Kapitels V (F 45.4) ergänzt. *Dissoziative Störungen* (F 44) werden u. a. als Störungen der Wahrnehmung und der Empfindungen beschrieben, ohne dass im Diagnosemanual ein ausdrücklicher Hinweis auf das Schmerzerleben erfolgt (Leitlinie der Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der AWMF, 2007).

2.4.2 Epidemiologie und Komorbidität

Internationale Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 15–25 % der Kinder und Jugendlichen unter chronischen Schmerzen leiden (Roth-Isigkeit, 2006), jedoch unterscheiden sich diesbezügliche Angaben in verschiedenen Studien erheblich (Wagner/Zernikow, 2014).

Prävalenzaussagen zum Auftreten von Schmerzsymptomen sind bei unterschiedlich definierten Stichproben schwer vergleichbar (Göttken, 2009), da das »Messen« von Schmerzen schwierig ist. Deshalb sollten im folgenden Text Aussagen zur »Prävalenz« nur im Sinne einer möglichen Größenordnung verstanden werden.

Bei Früh- und Neugeborenen wird das Schmerzempfinden entsprechend der körperlichen Äußerungen eingeschätzt, z. B. über die Mimik, die Körperhaltung oder auch über Lautäußerungen. Bei älteren Kindern und Jugendlichen ist darüber hinaus auch die Selbsteinschätzung bedeutsam, die jedoch von der Fähigkeit zur Körperselbstwahrnehmung abhängt (Zernikow, 2009). Im Schulalter nehmen verbale Angaben über Schmerzen zu. Zudem treten in der Pubertät Geschlechtsunterschiede auf, sodass Mädchen für das Erleben von Körperbeschwerden sensibilisierter erscheinen als ihre männlichen Altersgenossen (Otto et al., 2011).

Die Beurteilung des Schmerzerlebens hängt stark vom familiären Umfeld ab. In diesem Zusammenhang spielt es eine Rolle, welchen Stellenwert körperliche Schmerzen oder das Thema »Krankheit« im Familiensystem einnehmen. Wenn Gefühle nicht mitteilbar sind, stellt die Äußerung von Schmerzen z. B. eine Möglichkeit dar, auf diese Weise das eigene Befinden mitzuteilen (Otto et al., 2011). Die *Schmerzverarbeitung* wird auch von vererbten und in der Familie erworbenen Persönlichkeitsmerkmalen geprägt. Ein niedriger sozioökonomischer Status mit eingeschränkten Copingstrategien beeinflusst das Schmerzerleben und die Schmerzentstehung nachweisbar. Frühe Schmerz- und traumatisierende Erfahrungen sind wesentliche Ereignisse der individuellen »Schmerzgeschichte« des Patienten (Egle, 1994, 2016). Kinder mit einem verstärkten Schmerzerleben sind

verletzbarer und weisen ein erhöhtes Risiko für Angststörungen und Depressionen auf (Milch, 2000).

Der Bauchschmerz ist ein Symptom, das schon im frühen Kindesalter auftritt und auch von kleinen Kindern benannt wird. Kopf- und Rückenschmerzen gewinnen ab dem siebten Lebensjahr an Bedeutung (Kröner-Herwig, 2009). Die Beeinträchtigung des Schulbesuchs ist dabei im Wesentlichen vom individuellen Schmerzerleben des Patienten und den Reaktionen des Umfelds abhängig (Roth-Isigkeit, 2006).

2.4.3 Krankheitsbilder

Der somatopsychische und psychosomatische Aspekt wird in der Systematik somatoformer Störungen (F 45) beschrieben. Aus psychoanalytischer Sicht sind darüber hinaus auch Überlegungen zur Bindungsqualität, zur Mentalisierung und zur Affektregulierung von entscheidender Bedeutung (Tabbert-Haugg, 2007). Anhaltende *somatoforme Schmerzstörungen* (ICD-10, Kap. V, F 45.40) beschreiben überdauernde, als quälend erlebte Schmerzen, die entweder gar nicht oder nicht hinreichend durch eine körperliche Störung erklärt werden können.

Im Folgenden werden Krankheitsbilder skizziert, die in der ICD-10 dem somatischen Aspekt zugeordnet werden. Hier verweisen wir auch auf die entsprechende kinderärztliche Fachliteratur. Darüber hinaus werden sie auch zu den somatoformen Schmerzstörungen gezählt.

Der *chronische Bauchschmerz* ist im Kindesalter meist funktionell bedingt und wird schon von unter Vierjährigen geäußert. Zwischen dem 7.–17. Lebensjahr wird eine Prävalenz von ca. 8 % angegeben (Kröner-Herwig, 2009). In der Klassifizierung – funktioneller chronischer Bauchschmerz – gilt das zeitliche Kriterium von über zwei Monaten bei mindestens einmaligem wöchentlichem Auftreten. Körperliche Ursachen sind dabei auszuschließen (Bufler et al., 2011). Bei funktionellen Oberbauchbeschwerden klagen die Betroffenen oft über ein Schmerz- und Völlegefühl, häufig verbunden mit Diarrhoe und Obstipation.

Das Reizdarmsyndrom äußert sich in Veränderungen der Stuhlfrequenz, verbunden mit einem Völlegefühl.

Differenzialdiagnostisch ist auch die Abklärung zur abdominalen Migräne zu berücksichtigen (Bufler et al., 2011; Schüffel/von Uexküll, 1986).

Der Bauch steht im Sprachgebrauch stellvertretend für das Fühlen. Formulierungen wie »aus dem Bauch heraus« machen dies deutlich. Der Bauchraum, insbesondere der Nabel, bildet bei sehr jungen Kindern oft auch eine Projektionsfläche für Unbehagen und Unlust. Dabei spielen Gefühle, richtig oder nicht richtig gefüttert und versorgt zu werden, eine große Rolle. Bauchschmerzen im frühen Kindesalter können oftmals gemildert werden, wenn das Kind trösten-

de Zuwendung erhält, der Bauch gestreichelt und warm gehalten wird. Im psychoanalytischen Sinnzusammenhang steht die orale Thematik im Vordergrund. Veränderte Lebensumstände oder Stresssituationen sind u. a. Auslöser für den Bauchschmerz.

Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter: Schon Kinder im Alter von sieben Jahren benennen Kopfschmerzen. Der Migränekopfschmerz hat eine Prävalenz von ca. 4 % bei Kindern und ca. 11 % bei Jugendlichen, wobei der Kopfschmerz vom Spannungstyp mit einer Prävalenz von ca. 10 % bei Kindern und mit zunehmendem Alter bis zu ca. 24 % bei Jugendlichen auftritt. Die Differenzialdiagnose des Kopfschmerzes gehört in den Bereich neuropädiatrischer Abklärung (Ebinger et al., 2009; Kröner-Herwig, 2009).

Der Kopf wird im sprachlichen Gebrauch dem Verstand zugeordnet. In Formulierungen wie »kopfgesteuert« kommt dies zum Ausdruck. Die dabei erlebte Spannung manifestiert sich im Kopfbereich.

Der Kopfschmerz vom Spannungstyp unterscheidet sich vom Migränekopfschmerz dadurch, dass der Betroffene meist durch eine angenehme Aktivität vom Schmerzerleben abgelenkt werden kann. Beim Migränekopfschmerz gelingt dies kaum. Deshalb ist beim Migränekopfschmerz eine rechtzeitige medikamentöse Behandlung und Reizabschirmung notwendig.

Für die Behandlung des Kopfschmerzes stehen Fragen der Spannungs- und damit der Affektregulierung im Vordergrund. Dabei wird versucht, die spezielle Auslösesituation mit den dabei erlebten Gefühlen in Verbindung zu bringen. Schließlich ist es wichtig, dass das Kind oder der Jugendliche wieder zu seiner altersgerechten Aktivität zurückfindet (Leitlinie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft und der Gesellschaft für Neuropädiatrie in der AWMF, 2009).

Schmerzen am Bewegungsapparat kommen mit einer Prävalenz von ca. 30 % bei Kindern vor, wobei ca. 40 % der Betroffenen ein chronisches Auftreten schildern. Bei Schmerzen an den Extremitäten sind vorwiegend die unteren Extremitäten betroffen (Haas, 2009). Die diagnostische Zuordnung findet meist durch den kinderärztlich tätigen Rheumatologen oder Orthopäden statt. Eine schwerwiegende Symptomatik kann auf einen Tumor oder eine Knochenentzündung hinweisen. Belastungsabhängige Schmerzen und der so genannte »Wachstumsschmerz« sind auszuschließen. Die Prävalenz der Juvenilen Idiopathischen Arthritis bis zum 16. Lebensjahr liegt bei 1:1000 (Wagner/Zepp, 2012). Das *Schmerzverstärkungssyndrom / juvenile primäre Fibromyalgiesyndrom* tritt im Kindes- und Jugendalter mit einer Prävalenz von 1–6 % in Erscheinung (Bürk et al., 2009). Hier bestehen wesentliche Überschneidungen mit den somatoformen Schmerzstörungen. Der Patient nennt »Schmerzen überall«, wobei das Schmerzerleben nicht hinreichend durch einen körperlichen Befund erklärt werden kann. Es tritt eine stärkere Schmerzempfindlichkeit auf. Die Erregungs-

Hemmungs-Balance ist aus dem Gleichgewicht geraten. Diese Dysregulation betrifft dabei die zentrale Modulation der Schmerzverarbeitung unter Einbezug emotional-affektiver Komponenten und der Aktivierung des Stresssystems (Haas, 2009).

Der chronische Schmerz am Bewegungsapparat führt zu weitgehenden Lebens Einschränkungen, zur Unselbstständigkeit und zum Kontrollverlust – damit verbunden oft auch zu emotionalen Krisen mit Angst, Trauer oder Aggression. Das Körper- und Selbstkonzept ist negativ verändert. Einschränkungen in der Alltagsaktivität belasten die Zukunftsvorstellungen. Ausgrenzungserfahrungen verstärken Passivität und Isolierung, wobei nahezu alle Lebensbereiche betroffen sind. Um den Patienten »wieder auf die Beine zu bringen« benötigt er organmedizinische, sozialpädagogische und psychotherapeutische Hilfe (Leitlinie der Dt. Ges. für Kinder- und Jugendmedizin e.V. in der AWMF, 2011).

Schmerzen bei lebensbedrohlichen Erkrankungen: Eine lebensbedrohliche Erkrankung ist ein Anlass für eine akute Belastungsreaktion (ICD-F 43.0). Das Kind oder der Jugendliche und seine Familie werden aus dem Gleichgewicht geworfen und depressives Erleben oder Angst können dabei aktualisiert werden. Von einer lebensbedrohlichen Erkrankung betroffen zu sein, umfasst zwei wesentliche Aspekte: zum einen die Angst, sterben zu müssen, zum anderen jedoch auch die Hoffnung auf Heilung und Überleben. Für den Patienten und seine Familie wird die Auseinandersetzung mit der Erkrankung somit zu einem Prozess zwischen Hoffnung, Angst und Abschiednehmen. Der Schmerz wird dabei sowohl körperlich als auch seelisch erlebt – ein Trennungsschmerz von geliebten Menschen und bedeutsamen Zukunftsvorstellungen. Über den »Schmerz« werden zudem Botschaften vermittelt, die verstanden werden wollen. Daran orientiert sich auch, was im Rahmen einer Therapie mitgeteilt und vom Patienten und der Familie gehört und aufgenommen werden kann. Die Hoffnung muss, bei gleichzeitiger Anerkennung der Not und Angst, ihren Raum behalten. Der Patient sucht in dieser Situation nach einem hilfreichen, regulierenden Gegenüber (Leitlinie der Dt. Ges. für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie in der AWMF, 2008; Zernikow/Hasan, 2009).

3. *Psychoanalytische Modelle zum Schmerz*

Wie in anderen Konzeptionen der Psychosomatik kann auch eine moderne psychodynamische Betrachtung des Schmerzes pathogenetisch nicht monokausal erfolgen, sondern ist stets multifaktoriell zu verstehen. Es spielen biologische

und psychologische sowie soziale Faktoren eine Rolle, die ineinandergreifen und somit weit über einen individuumsbezogenen Krankheitsbegriff hinausreichen. Eine neurosenpsychologische Spezifitätsannahme psychosomatischer Erkrankungen allgemein wurde im Laufe der Theoriebildung immer wieder infrage gestellt und diskutiert (z. B. Thomä, 1980).

In den Arbeiten von *Freud* wird aus frühen psycho-physiologischen Erkenntnissen heraus das Zusammenfallen der äußeren und inneren Wahrnehmung des Schmerzes im Übergang zwischen Unbewusstem und Bewusstheit erläutert. Im Zuge seiner topischen Überlegungen (»Das Ich und das Es«, 1923) ist die Entstehung des *Ichs* an körperliche Empfindungen gekoppelt. Diese leibseelischen Erfahrungen resultieren aus Bedürfnisspannungen des Individuums und formen die Vorstellung des Körpers. Was von außen kommt, ist auch innerlich abgebildet. Ebenso ist die Gestalt des Körpers als »Oberfläche« das Resultat innerer Wahrnehmungen. Aus diesen Transmissionsvorgängen stammt der bekannte Satz: »Das Ich ist vor allem ein Körperliches, es ist nicht nur ein Oberflächenwesen, sondern selbst die Projektion einer Oberfläche.« (Freud, 1915) Diese Feststellungen wurden durch die moderne neurophysiologische Forschung bestätigt. Unter Einbezug neuester Erkenntnisse der Säuglings- und Affektforschung gewinnen die *Entwicklungsperspektive* und Fragen zur Reife und Struktur des Patienten in Bezug auf körperliche Phänomene an Bedeutung, um den Schmerz im Hinblick auf psychosomatische Aspekte einordnen und verstehen zu können. Der Schmerz als Symptom, eingebunden in leibseelische Zusammenhänge, ist unter psychoanalytischen Gesichtspunkten ebenso vielfältig in seiner Entstehung, Wirkungsweise und Verarbeitung, wie er unter Beachtung der neurophysiologischen Komplexität und Wechselwirkungen wohl auch in der rein somatischen Medizin auftritt.

Dem Schmerz kommt im Sinne der Affekt- und Bindungstheorie sowie des Mentalisierungskonzepts auch eine kommunikative und beziehungsregulierende Funktion zu. Kopfschmerzen beispielsweise verweisen häufig auf nicht zugelassene, aggressive Impulse im Sinne der Triebtheorie und berühren darüber hinaus auch den Beziehungsaspekt, indem etwa der aggressive Objektanteil abgewehrt wird.

Der *Verstehenskontext im intersubjektiven Bereich* ist nach Überlegungen zur Symptombildung und deren Bedeutung eine notwendige Grundlage der Psychoanalyse des Schmerzes (vgl. Kap. 4.1). Hier wird der Schmerz als ein an das Objekt gerichtetes Signal verstanden. Er fördert regressive Abwehrbewegungen und ist als Unlustäußerung an frühe körperliche Ausdrucksformen und die hilfreiche Regulation von außen gebunden.

Die Betonung der analytischen Herangehensweise liegt auf dem *dialogischen Verhältnis* zwischen dem Arzt oder dem Therapeuten und dem Patienten, der

aktiv beteiligt sein muss, um so der Gefahr beidseitig erlebter Ohnmacht und Hilflosigkeit entgegenzutreten (Grieser, 2008; Haustein, 2000). Die therapeutische Behandlung von Schmerzsyndromen wird von dem betroffenen Patienten zunächst mit einem dringlichen Heilsversprechen verbunden und entspricht dem tiefen Wunsch und dem Bedürfnis nach Befreiung und Erlösung von seinem Schmerz. So kommt es zu einer – meist initialen – Idealisierung des Helfers oder der Objekte im Allgemeinen. Die Therapeut-Patienten-Beziehung ist ab diesem Zeitpunkt bereits ungleich, Aktivität und Passivität sind festgelegt und dadurch die Autonomie des Patienten infrage gestellt, was einen verstehenden Zugang im Rahmen einer analytischen Behandlung körperlicher Phänomene erschwert (vgl. Kap. 4.2).

Bei Schmerzsymptomen sind die Vulnerabilität und die organische Vorgeschichte des Patienten im Hinblick auf deren Lokalisation und Ausprägung entscheidend (Mentzos, 2005, »Psychosomatischer Modus«), wobei sich ein lebensgeschichtlich körperliches oder körperlich erfahrenes Ereignis für die *Symptomwahl* anbietet. Hier löst sich die stringente Trennung zwischen psychogenem Schmerz und somatischem Befund auf: Etwas Psychisches findet auf der Körperebene seinen Ausdruck, ebenso wie sich etwas vormals Körperliches im Psychischen manifestieren und wiederverwendet werden kann. Der Patient *hat* die schmerzhaften körperlichen Beschwerden, sie sind nicht »nur eingebildet«.

Wird der Schmerz als ein Affekt oder eine Form der Symbolisierung verstanden, können die strukturelle Einordnung und die Bedeutung des Schmerzsymptoms auf psychodynamischer Ebene gelingen. Dabei muss die Somatisierung psychischer Inhalte jedoch im Hinblick auf den Beziehungsaspekt betrachtet werden, wie etwa im Konzept der Triangulierung, der Selbst-Objekt-Differenzierung und der Verwendung des Körpers als einem Objekt.

Die folgenden Absätze tragen diese Überlegungen zusammen, indem einzelne (psychodynamische) Theorieaspekte in Bezug auf das Phänomen Schmerz beleuchtet werden. Sie erscheinen, weil sie in den Kapiteln zur Diagnostik und Behandlung bedeutsam werden. Überschneidungen, wie etwa die Betonung der hilfreichen Beziehung in der Entwicklung oder das Erleben und die Verarbeitung, unterstreichen damit die Gewichtung unter verschiedenen theoretischen Blickwinkeln.

3.1 Schmerz und Affekt

(Chronische) Schmerzpatienten offenbaren für gewöhnlich Schwierigkeiten im Bereich der Affektregulation. Primäraffekte, wie Wut oder Trauer, werden in dieser Patientengruppe nur unzureichend wahrgenommen und bleiben deshalb häu-

fig abgewehrt. Grundlage für diese Funktionsbeeinträchtigungen sind entwicklungspsychologisch unzureichende Bindungsmuster und Repräsentanzenbildungen. Der Schmerz reguliert, wie ein Affekt, in seiner appellativen Signalwirkung kommunikative Aspekte zwischen dem Subjekt und dem Objekt im Hinblick auf eine gewünschte Interaktion; ebenso dient der Schmerz als Affektäquivalent oder -substitut. An die Stelle des Affekts tritt der Schmerz, was unter der Abwehr einer *Entdifferenzierung des affektiven Erlebens* bei der Somatisierung gleichkommt (Scheidt/Waller, 2005; vgl. Kap. 3.3). Defiziterfahrungen in frühen Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen begünstigen diese Entwicklung.

In der klinischen Emotionsforschung (Krause, 1998/2012) kann ein Affekt in mehreren Modulen in Erscheinung treten und dabei auch deren Verbindung – vor allem zwischen Affektäußerung und intrapsychischem Affekterleben – gestört sein. Module werden hier als Affektkomponenten im psychophysiologischen System verstanden. Die expressive Körpersprache als Zeichen entspricht nicht selbstverständlich den intrapsychischen Bedeutungen und Wahrnehmungen. Dies gilt auch für den Schmerz, der auf unterschiedliche Art im Innen und Außen lokalisiert sein kann und als Organisator zwischen Ausdrucksverhalten und inneren Entstehungsbedingungen – psychisch und somatisch – dient. Ein körperlicher Schmerz kann so etwa auf einen tiefen, ursprünglich seelischen Schmerz verweisen oder gänzlich von diesem entkoppelt sein.

Wie in der Mentalisierungstheorie beschrieben (Fonagy et al., 2004), erlernt das Kind über identifikatorische Prozesse bereits früh den motorisch-expressiven Ausdruck des Schmerzes und durch die Bezugspersonen auch die Co-Regulation von Körpersensationen. Leidet die primäre Pflegeperson selbst unter einer affektiven Störung oder einer Schmerzsymptomatik, kann sie den Schmerz des Kindes nur unzureichend aufnehmen und modulieren, sondern spiegelt diesen verzerrt wieder. Dies kann beim Kind wiederum zur Introjektion fremder Affekt- oder Schmerzzustände führen, indem sich eigene innere Zustände mit dem mimischen Ausdruck der Pflegeperson mischen. Die entscheidende *transmodale Veränderung* zwischen Sender und Empfänger kann dann nicht ausreichend gut gelingen (Grieser, 2008) und hat Affektansteckungen bzw. unverarbeitete Schmerzempfindungen und eine gestörte Körperwahrnehmung zur Folge.

Beobachtungen aus der Somatisierungstheorie weisen darauf hin, dass fehlendes affektives Ausdrucksverhalten und eine mangelnde Wahrnehmung von Affekten, wie sie bei psychosomatisch Erkrankten auftreten, oftmals mit einer unspezifisch gesteigerten physiologischen Erregung einhergehen. Dies führt zu einer entsprechenden Anfälligkeit für Schmerzzustände, die nicht differenziert werden können und somit die Krankheitsneigung dieser Patientengruppe tendenziell erhöhen (vgl. »Alexithymie«). Die Inhalte der krankmachenden Zustände und Konflikte blieben den Betroffenen zunächst verborgen und somit auch der Sinn gebende

Inhalt des Schmerzes. Experimentell wurde bei chronischen Schmerzpatienten im mimischen Austausch im Verlauf einer Kommunikation allerdings überwiegend Verachtung als Affektzeichen identifiziert (Krause, 2004). Der (chronische) Schmerz hat hier das affektive Ausdrucksverhalten nicht ausgeschaltet, sondern lediglich verändert. Dies gibt Hinweise auf die eher ambivalente Beziehung zum hilfreichen Objekt, das in der Beziehungsregulation in seiner möglichen Funktion bereits abgewertet wird – entgegen der initialen Idealisierung. Solch eine Dynamik hat vielfache therapeutische Implikationen (vgl. Kap. 4.6 und Kap. 5). Der Schmerz ist innerhalb des Organisationsprinzips der Affekte höchst variabel (ebd.). In seinem Unlustcharakter kann dieser intrapsychisch umgedeutet werden, wie etwa im mimischen Ausdruck von Künstlern oder auch beim Sexualakt. Der Schmerzausdruck ist eben nicht nur mit Unlust assoziiert, sondern kann auf seine Weise auch erotisiert sein, was die dynamische Modularität zwischen Sensation, Wahrnehmung, Erleben und Ausdruck zeigt.

Pathogenetisch wäre der Schmerz beim klassischen konversionsneurotischen Ablauf als affektiver Ausdruck im expressiven System von der eigentlichen inneren Situationswahrnehmung entkoppelt. Der psychische Inhalt, eine Erinnerung oder ein Wunsch, unterliegt dabei der Abwehr und wird so unbewusst gehalten; der Affektbetrag ist ins willkürmotorisch-expressive System verschoben und bleibt von seiner Sinnggebung abgetrennt.

Wenn beispielweise ein Elternteil in einem gemeinsamen Elterngespräch – nicht unbedingt im direkten affektiven Austausch mit dem Gesprächspartner, wie etwa beim Zuhören – ein schmerzverzerrtes Gesicht zeigt, deutet dies auf eine dem Protagonisten unbewusste Situationswahrnehmung oder verdrängte Erinnerungsspur hin, die einen beobachtbaren Zusammenhang zur Lebensgeschichte oder Beziehung der Eltern herstellen kann. Wie im konversionsneurotischen Schmerz ist hier etwas bewusstseinsfern in der Willkürmotorik oder der Mimik ausgedrückt (vgl. Kap. 3.2).

Als wesentliche Variante der Affektmodularität im Zusammenhang mit Schmerzen gilt für Krause (2004) die *Affektersetzung*. Der Schmerz als negativer Affekt habe bezüglich seiner Signal- und Zielwirkung größtmögliche Ähnlichkeit mit den Primäraffekten Angst und Ärger, welche beide regulierend auf den Schmerz einwirken können (ebd.).

Wie die Angst appelliert auch der Schmerz an die Handlungsmacht des Objekts. Dabei ist insbesondere die Erfahrung eines hinreichend guten und *hilfreichen Objekts* oder aber auch dessen Entbehrung und Versagung von grundlegender Bedeutung. Mentalisierungsvorgänge, Containment und eine gelungene Co-Regulation des Gegenübers kommen der Bewältigung des Schmerzes entgegen. Dies muss jedoch nicht immer gelingen. Am effektivsten für die Schmerzbehandlung wird deshalb die Akzeptanz der partiellen Ohnmacht angesehen, eine

»dosierte Frustration«, was in der analytischen Behandlung auf der Grundlage der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung entsprechend gehandhabt und bewusst gemacht werden muss. So gewinnt der Patient die Kontrolle über seinen Körper zurück, um auch besser mit seinen Schmerzen umgehen zu können.

Schmerzempfindungen können von den Affekten Ärger und Wut unterdrückt werden, was in kämpfenden und kriegerischen Kulturen einen Sinn machte. Dabei wird der Schmerz kurzfristig für irrelevant erklärt. Die *aggressive Metaphorik* von Schmerzempfindungen ist hier bereits in der Symbolbildung angesprochen (»quälend«, »grausam« etc.). Beide »Affekte«, Schmerz und Ärger, können sich wechselseitig ersetzen und stehen antagonistisch zueinander. Langfristig kann die Mobilisierung von Ärger jedoch auch als chronischer Stressor wirken – das kann bei Schmerzpatienten quasi doppelt belastend sein – und dann seine adaptive Wirkung verlieren. Dies führt wiederum zu einer wechselseitigen Verstärkung und damit auch zur Pathogenese oder Chronifizierung des Schmerzes. Dies zeigt sich beispielsweise in einer anhaltenden Verbitterung und Wehklagen von zumeist jugendlichen Patienten, die über die versagenden Objekte klagen – meist jedoch verschoben von den verursachenden Bezugssystemen. Der vormals unterdrückte Ärger als Ursache stellt dann eher einen weiteren Stressor dar und hält den Schmerz, wie etwa den Kopfschmerz bei Jugendlichen, aufrecht.

Für das Gesamtverstehen ist nochmals das Verstellen eines Affekts durch den Schmerz hervorzuheben. Insbesondere die Primäraffekte, Angst und Ärger oder Wut, sind am ehesten in der Lage, durch den Schmerz ersetzt zu werden, wobei der Schmerz den Ärger unterdrückt.

Der Schmerz hat, wie die Angst, eine hohe appellative Funktion an das Gegenüber. Die Not wird als Zeichen der eigenen Insuffizienz an das hilfreiche Objekt gerichtet und birgt im Zusammenhang mit chronifizierten Schmerzen gleichsam das Versagen und Ausstoßen des Objekts im Sinne der Verachtung.

3.2 *Symbolisierung*

Der Symbolisierungsvorgang geht von einer entwicklungsgeschichtlich eher reifen Ich-Struktur aus, die dazu befähigt, den psychischen Inhalt körpernah abzuwehren. Dieser tritt am häufigsten bei *Konversionen* auf ödipalem Niveau auf. In unserem Zusammenhang bei Schmerzphänomenen in der Psychotherapie ist häufig jedoch von einer eher brüchigen Struktur bzw. sogar von Zusammenbrüchen struktureller Fähigkeiten auszugehen (vgl. Kap. 3.3).

Der Körper reagiert nur noch als »Notstelle« für eben diese strukturellen Beeinträchtigungen präödipaler Entwicklungen (zur OPD-Achse »Struktur« siehe OPD-KJ-2, 2013, Kap. 3).

Die Abwehrleistung in der Konversion blockiert zunächst bewusste Vorstellungen und Phantasien, ebenso den sprachlichen oder gestalterischen Ausdruck, was bei somatisierenden Patienten oft zu finden ist. Das Symbol als ein Zeichen, das auf etwas anderes verweist, »trennt und überbrückt sogleich und hilft dabei Abwesendes zu repräsentieren« (Bürgin, 1993). Die konversionsneurotische Entstellung des Psychischen formt das Denken psychosomatisch Erkrankter, da es meist konkretistisch und technisch ist (»penseé opératoire«) – wenig reflexiv oder assoziativ. Von Bedeutung sind hier *Defizite und Zusammenbrüche psychischer Repräsentanzbildungen* und *Internalisierungsvorgänge*, die nicht charakteristisch sein müssen, sondern den dynamischen Abwehrleistungen von Ich-Funktionen entsprechen. Im mehr trieb- und konflikthaften intrapsychischen Anteil der Abwehr kommen bei der Somatisierung neben der Verdrängung auch reifere Abwehrmechanismen zum Einsatz wie die Verschiebung oder die Identifikation. Das körperliche Symptom kann darüber hinaus als Körperzeichen auch sprachlich verschlüsselt sein, wobei die symbolische Beziehung in Gestalt einer Redewendung ausgedrückt wird. Diese sprachmetaphorisch vermittelte Verbindung zwischen Zeichen und Inhalt, von Freud als *Nebenumstand in der Hysterie* bezeichnet (Löchel, 2000), steht in einer Ähnlichkeitsbeziehung zur verdrängten psychischen Bedeutung. Der somatische Schmerz verweist – wie ein Zeigefinger – auf das Objekt, auf einen früheren psychischen Schmerz (Küchenhoff, 1992; Löchel, 1996). Wie bereits in der Affekttheorie erläutert, handelt es sich hier um eine aggressive Semantik (»ein schweres Kreuz zu tragen haben«, »die Stimme verschlagen«, »jemandem das Herz brechen«, »jemandem ein Dorn im Auge sein«, »vor den Kopf stoßen«). Dabei ist der objekt- oder – in der »Wendungen-gegen-das-Selbst« – der auf das Selbst gerichtete Anteil bedeutsam. So können Schmerzen brennend, stechend oder pochend sein. Der sprachliche Verweis als Symbol des Schmerzes ist hier verschlüsselt und vom eigentlichen psychischen Gehalt abgetrennt, dem Patienten nicht bewusst und vorsorglich abgewehrt.

Die psychosomatische Verarbeitung in der Symbolbildung tritt in verschiedenen Konfliktkonstellationen auf (vgl. OPD-KJ-2, 2013; Kap. 4.3). Regressionen finden auf unterschiedlichen Partialtriebentwicklungsstufen statt, welche Somatisierungen des Psychischen nach sich ziehen.

Im konversionsneurotischen Schmerz ist der symbolische Gehalt, die Trieb- oder Affektspannung, unbewusst und ohne psychische Zwischenschritte in den Körper transformiert (vgl. Affekttheorie). Ohne willentliches Zutun der Person hat sich das Symptom vom ursprünglichen Auslöser abgekoppelt. Triebpsychologisch verkörpert das Konversionssymptom gleichermaßen *Wunsch und Abwehr des symbolisierten Inhalts*. Gerade im Hinblick auf verpönte intrapsychische Impulse, etwa ein ödipal-sexueller Wunsch oder negative Affekte aggressiver Art, dient diese Abwehrmaßnahme in der Symptombildung des Schmerzes gleichsam

als deren Bestrafung. Beim Schmerz wurde in Folge dessen vom *Über-Ich-Konto in der hysterischen Konversion* gesprochen als eine Art Ausgleich von Schuldempfindungen (Mentzos, 2005). Wer leidet, braucht sich für seine unbewussten Phantasien und Impulse weniger schuldig zu fühlen.

Auch in somatischen Krankheiten kann dieser Aspekt in den Vordergrund geraten, was als *depressiver Schmerzkreis* bezeichnet wird (»Ich habe es nicht verdient, dass es mir besser geht«, Weizäcker, 1947). Dies führt zu weiteren Verspannungen und zur Verstärkung der Schmerzintensität, was wiederum eine Sinnentleerung zwischen dem Schmerz als Symptom einer (somatischen) Krankheit und dem Schmerz als Krankheitserleben nach sich zieht. Die betroffenen Patienten wirken dann oft traurig, schuldbeladen und selbstquälerisch. In deren Lebensgeschichte tauchen möglicherweise vielfältige Schmerzzustände auf, die dann schwer einem organischen Bild zuzuordnen sind. Darüber hinaus entsteht eine besondere Abhängigkeit von Bezugspersonen, was eine altersadäquate Ablösung bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen besonders erschwert.

Ein Zusammenbruch der repräsentativen Funktion eines Symbols setzt dieses mit dem Symbolisierten (Objekt) gleich, was von Hanna Segal als *symbolische Gleichsetzung* bezeichnet wurde – als Vorstufe zur Fähigkeit zur *symbolischen Darstellung* in der depressiven Position (vgl. Leitlinien »Psychoanalytische Grundbegriffe«, 2010). Abwesenheit und Trennung können bei Störungen in der Symbolbildung verleugnet werden, wodurch das körpernahe Symbol konkret bleibt, gleichsam aber verfremdet ist. Ein nicht erträglicher psychischer Schmerz, wie etwa ein Verlust oder Gefühle der Trauer, Schuld und Scham, werden im körperlichen Schmerz bewusstseinsfern ausgedrückt. Auf diese Weise kann auch der aversive Anteil des Objekts von der Bewusstwerdung ferngehalten werden. Der schmerzende oder das beschädigte Körperteil kann in diesem mehr *halluzinatorischen Modus* der paranoid-schizoiden Objektstufe mit einem Zustand, einem Affekt oder auch einem Objekt gleichgesetzt werden. Die Abwesenheit des Objekts ist dadurch aufgehoben, eine Differenzierung zwischen Symbol und symbolisiertem Objekt ist jedoch nicht ausgebildet, da die Fähigkeit zur gelungenen Getrenntheit und Selbst-Objekt-Differenzierung erst in der Symbolbildung der depressiven Position gelingt.

In regressiver Funktion der symbolischen Gleichsetzung im Körpersymptom, wie etwa bei Traumatisierungen und deren Re-Inszenierungen oder auch im Zusammenhang mit komorbiden psychischen Störungen, bedeutet dies den Zusammenbruch des psychischen Funktionsniveaus. Anders als bei Konversions symptomen, die vom Leib zu abstrahieren versucht werden, sind gerade psychovegetative Beschwerden in der archaischen Symbolik an den leiblichen Ausdruck gekoppelt. Der Kranke bleibt an früheste symbolisch-körperliche Kommunikationsformen gebunden; der zugrunde liegende Konflikt ist hier nicht ödipal. Hier sind die

entwicklungspsychologisch-intersubjektiven Bedingungen der Pathogenese dominant.

In der Symbolisierung des Schmerzes sind die verborgenen psychischen Inhalte zu betonen. Konversionsneurotisch sind Schmerzen eher selten zu finden, sondern eher charakterisiert durch die Zusammenbrüche des repräsentativen Gehalts im Schmerz direkt. Neurotisch ist die unbewusste Bestrafungsphantasie im Schmerz, die in der Beziehung zum Objekt dann wieder entlasten und verfremden soll. In strukturellen Zusammenbrüchen sind Schmerzen als Folge massiv defizitärerer Beziehungserfahrungen in der Genese des Patienten zu verstehen (Rudolf, 2006). Das Körpersymptom als Symbol bei strukturell gestörten Patienten ist nicht, wie bei der Konversion, symbolisch verschlüsselt, sondern konkret im körperlichen Schmerz gleichgesetzt und umgesetzt. Es repräsentiert nicht. Je nach Entwicklungsstufe und Konfliktkonstellation sind insbesondere Schuldanteile, Schamempfindungen, aber auch Verlustserfahrungen oder Trauer im Schmerz verarbeitet.

3.3 Somatisierung und Desomatisierung

Folgendes Modell stellt eine weitere Möglichkeit dar, den Schmerz im Prozess der leib-seelischen Verbindungen zu verstehen. Schmerzen und Schmerzerfahrungen können, wie oben bereits erläutert, auf genetisch frühere Erlebnismuster zurückgreifen (vgl. Bindung, Mentalisierung oder Konversion). Etwas, was in der Entwicklung des Individuums bereits psychisch abgebildet war, wird nach dem Modell der Somatisierung/Desomatisierung (Schur, 1966/1984) durch regressive Veränderungen der Ich-Funktionen wieder körpernah erlebt. Bereits etablierte psychische Verbindungen werden durch den Mechanismus der Resomatisierung wieder aufgehoben, verworfen oder gar zerstört (vgl. Kap. 4.4). Emotionale Zustände und Unlusterfahrungen werden dann, wie in einem frühen Entwicklungsalter, wieder als diffuse körpernahe Zustände erlebt. Die Desomatisierung als Entwicklungsleistung durch die Ausbildung von Ich-Funktionen im Zuge des sekundärprozesshaften Denkens kann jederzeit wieder rückgängig gemacht werden und ist keinesfalls in der Individuation je vollständig gelungen. Dieser Prozess wird beispielsweise bei banalen Erkältungskrankheiten vermeintlich Gesunder sowie auch bei somatoformen Syndromen oder chronischen Erkrankungen beobachtet (Schöttler, 1981).

Das »Schwergewicht« (Kutter, 1984) zwischen Körper und Emotionalität, die körperliche (Ab-)Reaktion emotionaler Zustände zugunsten rein psychischer Vorgänge, wie symbolische, kognitive und sprachliche Modalitäten, stellt einen dynamischen Ablauf sowohl in der Entwicklung als auch in der Pathogenese von

Krankheiten dar. »Je ausgewogener die Qualität der Abwehrprozesse, desto geringer die Dekompensation ins Somatische« (Göttken, 2009, S. 274). Brechen diese zunehmend synthetisierenden Funktionen zusammen – zurück zu einem mehr körperlichen Ausdruck bzw. einer Verarbeitung von Affekten –, kommt es zur *Resomatisierung*: Sind die im Verlauf der bio-psycho-sozialen Entwicklung erworbenen reifen Verarbeitungs-, Kompensations- und Abwehrmöglichkeiten überfordert, führt dies zur *Regression* auf frühere Ausdrucksformen innerpsychischer Trieb- und Affektspannungen. Der Schmerz »wirft« das Individuum auf *frühe Formen der Versorgung und Abhängigkeit* zurück. Die Nichtwahrnehmung von Schmerz verleugnet diesen Impuls und das primäre Bedürfnis, die Anerkennung von Angewiesensein auf Hilfe. »Ein Indianer kennt keinen Schmerz« verweist auf heldenhafte Einsamkeit und normative Aktivität des Einzelnen, was einer gelungenen Schmerzbewältigung eher im Wege steht und sich ins Körpergedächtnis einprägt (vgl. Kap. 4.1). Wie bei der Angst gilt auch hier im Hinblick auf therapeutische Interventionsmöglichkeiten, den Schmerz möglichst rasch zu erkennen und zeitnah abzumildern. Diese Bewältigungsmöglichkeit hängt sowohl von den eigenen Selbst- und Objektbeziehungsrepräsentanzen als auch von kulturellen Standards im Umgang mit Schmerzen ab.

Ein Objekt, welches das Schmerzsignal aufnimmt und beantwortet oder ein Signal erleichtert, ermöglicht die Beendigung des Schmerzerlebens (vgl. Kap. 4.1). Mit solch tröstenden abrufbaren Erfahrungen verknüpfen sich spätere Schmerzen assoziativ im Gedächtnis. Fehlt ein tröstendes Objekt, wird das Schmerzerleben zur isolierenden/traumatischen Erfahrung mit primitiven Abwehrmechanismen, wie der Somatisierung, der Spaltung oder der Konversion.

Auch genuin körperliche Schmerzen können im Zuge der entstellten Ausdrucksgebung seelischen Leids umfunktioniert und ersatzweise (wieder) somatisch verwendet werden, auch wenn keine organische Ursache mehr nachzuweisen ist.

Hervorzuheben sind bei diesem Modell die regressiven Bewegungen im Zuge der Resomatisierung. Schmerzen sind hierbei die Folge aktueller Überforderungen, Belastungen oder familiärer Beziehungskonflikte, die schwer zu bewältigen sind. Hilfreiche Objekte, die bereits erfahren wurden oder aktuell zur Verfügung stehen, können auch in diesem Zusammenhang sekundäre Prozesse der Bewältigung wieder in Gang setzen und zum Rückgang von Schmerzen beitragen.

3.4 Psychosomatische Triangulierung

Im Konzept der psychosomatischen Triangulierung werden die individuumsbezogenen Überlegungen zur Konversion und Somatisierung um soziale und familiensystemische Komponenten erweitert, welche die Verbindung zwischen

Ich, Objekt und Körper in familiären Beziehungssystemen herstellt. Der Aspekt »Trennung« und »Bindung« wird letztlich durch etwas Neues, etwas Drittes, vermittelt. Dieses Dritte ist durch alle Entwicklungsstadien entwicklungsfördernd, was bereits in Bezug auf den Individuations- und Separationsprozess bei Mahler (1972) und in Bezug auf die Rolle des Vaters bei Abelin (1971) beschrieben wurde. Der Körper – als etwas Eigenes – fungiert bereits früh als drittes Objekt im Trennungsprozess von Mutter und Kind, zunächst über die vorbereitende Erfahrung von innen und außen, was auch eine Begrenzung des Ichs bedeutet. Auf intrapsychischer Ebene kann dies entsprechende Fortschritte oder Fehlentwicklungen nach sich ziehen (Grieser, 2008).

Im »Kampf um die Verselbständigung« (ebd., S. 290) spielt die Angst dahingehend eine Rolle, durch den Verselbständigungsschritt und die Ablösung das bisher Sicherheit spendende Objekt zugrunde zu richten oder gar zu vernichten. Dabei stehen Angst und Wut gleichsam wirkmächtig nebeneinander, wobei die Angst gezeigt werden kann und ins Bewusstsein dringt, während die Wut den Abwehrmaßnahmen unterliegt und dadurch der Eigenwahrnehmung entzogen bleibt. Sie wendet sich in einem *autoaggressiven Modus* gegen die eigene Person, was anhand der Schmerzempfindung wahrgenommen wird.

Autonomieimpulse werden vom Schmerz bestraft und es überwiegen Befürchtungen um Krankheit oder gar den eigenen Tod. Auch spielt der interaktionelle Aspekt eine entscheidende Rolle, sodass der Patient sein ängstliches Angewiesensein auf ein hilfreich-steuerndes Objekt unterstreicht, was ebenso Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung hat und sich in der Übertragungssituation abbildet.

In psychotherapeutischen Behandlungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit quälenden Schmerzsymptomen drücken sich *existenzielle Selbstverlustängste* häufig im aggressiven Teil des Symptoms aus. Dies schränkt wiederum die entwicklungsimmanente Autonomie ein und fördert die Angst, ausgestoßen zu werden oder auch angewiesen zu bleiben und dadurch versorgt zu werden. Verlust- und Todeserfahrungen in der Entwicklungsgeschichte begünstigen diese Form der Symptombildung. Sowohl die Erfahrung von tatsächlich hilfreichen Objekten, die Trost spendet, quasi »den Bauch gestreichelt« haben, als auch die Mobilisierung von Kontrolle und Beherrschung (»Funktionslust«), auch im direkten Lustgewinn, schützen vor Überwältigung und Angst. Sie helfen in der aktiven Bewältigung der Unlust im körperlichen Schmerz.

In der psychosomatischen Triangulierung als Entwicklungsphänomen nimmt das Subjekt oder das Selbst, neben der Beziehung zum Objekt, seinen Körper zunächst als »dritten Faktor« in Besitz (Kutter, 1981). Der Körper wird für das Selbst zu einem Objekt, zu dem eine Beziehung aufgenommen wird. Innerhalb der Selbstrepräsentanz bildet das Kind im Normalfall eine selbstbestimmte und

abgegrenzte Körperrepräsentanz aus, auch *subjektives Körper selbst* genannt (Küchenhoff, 2012). »In pathologischen Fällen bleiben die Körperrepräsentanzen, oder Teile davon, außerhalb der Selbstrepräsentanzen, und zwar in symbiotischer Verflechtung mit einer das Körper selbst bedrohenden, verinnerlichten Objektbeziehung, wie sie sich vor der Verinnerlichung real zwischen Mutter und Kind abgespielt hatte.« (Kutter, 1981, S. 554)

Innerhalb der psychosomatischen Triangulierung sei das schwache Selbst nun intrapsychisch einem *übermächtigen Introjekt* ausgesetzt, das Teile des Körper selbst intrapsychisch besetzt bzw. noch nicht richtig freigegeben hat. Somit entsteht eine Bedrohung der körperlichen Selbstrepräsentanz, die im Gegensatz zu den Neurosen die gesamte Existenz betrifft. Hier wird metapsychologisch gar ein internalisierter Todeswunsch von Seiten der Eltern mit entsprechenden Vernichtungängsten von Seiten psychosomatisch erkrankter Patienten angenommen. Wenn die Separation eingeschränkt bzw. aufgrund abgewehrter Wut- und Hassimpulse unmöglich geworden ist, bietet der als unvollständig bzw. beschädigt erlebte Körper die Grundlage der Symptombildung, da er nicht unter Kontrolle oder oft als fremd, krank, außer Kontrolle oder schmerzhaft erlebt wird.

Bei Entgleisungen dieser Entwicklung wird neben dem *Selbst ohne Körper*, bei dem die Mutter den Körper bzw. Teile davon nicht freigibt, auch die *Flucht vor dem Körper* beschrieben. Im ersten Fall der Überbesetzung durch die Pflegeperson bleibt der Körper fremd und ich-fern und dadurch wenig steuerbar. Im zweiten Fall ist dem Kind durch die nicht emphatische, vernachlässigende Mutter die »Illusion der tröstlichen Geborgenheit« in einer (notwendig) vorübergehenden Verschmelzung in »einem Körper für zwei« versagt (McDougall, 1991). Der Körper wird dann zum Ersatzobjekt, mit dem das Kind eine symbiotische Einheit bildet. Die sonst an das Objekt gebundenen Affekte sind dann im Körper angestaut, was zur Folge hat, dass das Kind von der Mutter getrennt und allein bleibt. Wutaffekte beispielsweise bleiben im Körper hängen und verursachen Schmerzen im Bewegungsapparat. Die dyadische Beziehung zum beschädigten-versagenden-entwertenden Körper in der Organstörung ist *nicht reziprok*, kein wirklich triangulierendes Objekt, kann keine Antworten geben und ist in Folge der Beleg für eine Entwicklungsstörung. Der schmerzende Körper wird so zum *regressiven Entwicklungsobjekt*. Die Autonomieentwicklung ist entsprechend erschwert. Eine zu frühe Individuation löst die Abhängigkeit nicht.

In Folge unsicherer Bindungen nimmt das infantile Ich den geschädigten Körper als Ausdruck, Signal und *Dekompensationsmöglichkeit* einer traumatischen (Beziehungs-)Erfahrung, was bei der Posttraumatischen Belastungsstörung, Selbstverletzungen oder auch bei chronischen Schmerzsyndromen auftritt. Die bisher fehlgeschlagene Nähe wird versuchsweise über den Schmerz hergestellt, was die Gefahr der masochistischen Beziehungsgestaltung in sich birgt: Der Schmerz

wird notwendig, um sich in Beziehung zu erleben – besser noch als keine Beziehung zu haben. Beim selbstverletzenden Verhalten kann dies möglicherweise ausdrücken: »Ich biete dir den Schmerz an, damit du mich magst/anerkannt« (vgl. auch Leitlinie »Selbstverletzung«, in Bearbeitung). Schmerz steht hier im Dienst der *Aktivierung von Fürsorgeverhalten* – ähnlich einer Suche nach Unterstützung, Trost und Verstandenwerden.

Das Selbst ohne Körper sowie die Flucht in den Körper sind als Notlösungen und Abwehrformationen zu verstehen. Die psychosomatische Triangulierung bleibt aufrechterhalten und stellt nicht nur eine Übergangsphase dar. Der Körper als Drittes dient in seinem übergangsobjekthaften Charakter und aufgrund des Mangels an väterlicher Triangulierung dauerhaft der *kompromisshaften Getrenntheit* (Grieser, 2008). Der körperliche Schmerz als psychosomatisches Symptom kann dabei nicht integriert und verarbeitet werden, da es als Träger unerträglicher Affekte – insbesondere in Verbindung mit Trennungsaggressionen – fungiert. Darin sind sowohl intensive Affekte, wie Schuld, Scham, Straf- und Vernichtungängste, als auch extreme Ohnmachtsgefühle enthalten. In seiner symbiotischen Verflechtung ist der Körper dem Ich zu nah und wird daraus resultierend in seiner Schädigung entsprechend als bedrohlich erlebt.

Der Körper ist in diesem psychodynamisch-systemischen Konzept ein entwicklungsfördernder Faktor in der frühen Mutter-Kind-Beziehung. Er steht als Übergangsphänomen zur Verfügung und hilft dem Kind, sich von der Mutter separieren zu lernen, ein Gefühl von sich selbst zu entwickeln und somit Verselbstständigung voranzutreiben. Störungen in der frühen Beziehungsdynamik zwischen Mutter und Kind in der Zeit der Abhängigkeit und Versorgung oder auch ein abwesender oder schwacher Vater begünstigen somatoforme Entgleisungen, da sich der Körper als frühe Kommunikationsform anbietet bzw. immer wieder auf den Körper als Entwicklungsobjekt zurückgegriffen wird. Gastrointestinale Beschwerden, wiederholte Infekte oder Schmerzen in Muskeln und Gliedmaßen sind typische Zeichen dieser Entwicklungsbeeinträchtigung und Autonomiestörung.

Körperliche Vorgänge und Anzeichen werden in einem ich-fremden Körper als wenig kontrollierbar, fremd und bedrohlich erlebt. Das Kind / der Jugendliche hat sich seinen Körper noch nicht zu eigen machen können oder er ist überfrachtet von Affekten – insbesondere der Trennungsaggression –, da bisher kein entwicklungsförderndes oder tatsächlich triangulierendes Objekt zur Verfügung stand. Schmerzen geraten dabei außer Kontrolle und jegliche körperliche Beschwerden werden zur Gefahr für das gesamte Leben. Die narzisstischen Ansprüche, gesunde wie pathologische, sind durch den Schmerz begrenzt, erschwert und frustriert.

3.5 Schmerz als Objekt

Für das heranwachsende Individuum hat der Körper in seiner Entwicklung objekthaften Charakter (vgl. Kap. 3.2 und 3.4). Er muss von den Primärobjekten differenziert und in die Selbstrepräsentanz integriert werden können. Dabei stellt das Objekt eine Verbindung zum Selbst her und umgekehrt. Missglückt dies, wird der Körper als fremd und bedrohlich erlebt. Alle Sensationen, auch Schmerzen, werden dann als ich-dyston und wenig kontrollierbar empfunden (Haustein, 2000). Schmerzen erlangen in Folge dessen eine übermächtige Dimension und werden als feindselig wahrgenommen. Der Schmerz gewinnt objektale Züge und will beherrscht, überwältigt oder losgelöst werden, wodurch eine Trennungsdynamik in Gang gesetzt wird. Diese Distanzierungsmanöver können jedoch auch zu einer Art Affekt- und Beziehungsleere führen. Im chronischen Verlauf kann der Schmerz auch identitätsstiftend wirken (»Mein Rheuma«, »Mein Crohn«), um die damit verbundene Überwältigung kontrollieren zu können.

Voraussetzung oder therapeutisches Ziel sind somit die Erlangung einer hinreichenden Symbolisierungsfähigkeit und Selbst-Objekt-Trennung. Um eine Dekompensation zu verhindern, fungiert das psychosomatische Symptom, der entstandene Schmerz, als eine Art Plombe und übernimmt eine »*psychoprotektive Funktion*« im Zuge einer narzisstischen Regulation der Schmerzentstehung (Scheid/Waller, 2005) – zum Schutz vor einem Auseinanderbrechen des psychischen Selbst. In diesem Fall hat der Schmerz eine zentrale substituierende Funktion für die *Selbstregulation* und kann von den Patienten meist nur schwer aufgegeben werden.

Psychosomatischer Schmerz und Schmerzsyndrome sind für das Individuum notwendige Übergangshilfen zur Bewältigung eines entstandenen unzureichenden Selbstgefühls. Das Erkennen eines Mangels im Empfinden des einheitlichen Selbst mithilfe eines therapeutischen Gegenübers kann bereits zur Linderung von Schmerzen führen.

Bei somatisch bedingten Krankheiten oder der Fixierung auf das Somatische wird der Schmerz zum Bündnisgenossen, um so der Gefahr der Überwältigung, etwa von quälenden Affektspannungen, zerstörerischen Phantasien und Impulsen oder massiven Existenznöten oder auch Selbstverlustängsten, zu entgehen. Trennung und Getrenntheit auf der einen, Abhängigkeit auf der anderen Seite sind hier von herausragender Bedeutung.

3.6 Familiendynamik

Jede Familie hat ihren eigenen Umgang im Hinblick auf die Betrachtung und auch das Erleben von Schmerzen. Persönliche Erfahrungen, die eigene Krankheitsgeschichte der Eltern und auch die Besetzungen des Körpers des Kindes beeinflussen und prägen die Bewältigung von Schmerzen und Krankheiten. Die Fähigkeit, Anteil an körperlichen Sensationen des Kindes zu nehmen, spielen von Beginn der Entwicklung des Kindes an eine wichtige Rolle. Elterliche Abwehrformen und Bewältigungsstrategien dienen dabei der Anpassung an eine Krankheit und die damit verbundenen Schmerzen und Ängste. Die Neigungen der Eltern im Umgang mit Körperlichkeit gestalten Beziehungskonflikte, narzisstische Kränkungen, Projektionen und Delegationen (Wiesse, 1990). Beim Kind sind Gefühle und Stimmungen noch sehr an körperliche Empfindungen gekoppelt, bei Kleinkindern zeigt sich oftmals sogar eine Tendenz zu somatischen Konfliktbewältigungsformen (z. B. Bauchschmerzen vor der Schule). Die zugrunde liegenden Konflikte sind dabei uneinheitlich.

Regressionen in Objektbeziehungen spiegeln sich im familiären Gefüge »über die Dyade hinaus« (ebd., S. 159). Körperliche Beeinträchtigungen und Schmerzen erschweren die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben des Kindes im Hinblick auf Individuation, Autonomie, Separation und Identitätsbildung. Deshalb muss bei der Untersuchung der Schmerzentstehung besonders darauf geachtet werden, ob sich die familiären Beziehungen eher pathologisch oder stärkend auf die Bewältigung der Krankheit auswirken, beispielsweise auch, wie beide Eltern in der Lage sind, Affekte zu beruhigen (vgl. Kap. 4.1 und Kap. 4.6).

Die appellative Signalwirkung des Schmerzes und Schmerzzeichens fördert die Neigung einer narzisstischen Fusion in der Phantasie zwischen Selbst und Objekt. Insbesondere aufgrund der Individuationsdynamik in der Adoleszenz kommen »die verschmelzenden, archaischen Teile der Beziehung mit ihrer tiefen Körperlichkeit« zutage. *Dyadische Kollusionen* im Familiensystem fördern narzisstische Fusionen mit dem Objekt, welches dann als Teil des Selbst repräsentiert wird. Der narzisstische Modus bewirkt eine permanente Suche nach Gratifikation in der Objektbeziehung (vgl. Kap. 3.5). Der Körper ist bei Störungen dadurch nicht ausreichend besetzt, wodurch das Selbst stets auf die Bestätigung von außen angewiesen bleibt. Beim Verlust eines Objekts kann die Erkrankung – der Schmerz – dann rasch zum letzten, symbolisierenden Selbstobjekt werden. Verluste und frühe Verlusterfahrungen sind zusammen mit sozialen Notlagen von Familien erhöhte Risikofaktoren für die Ausbildung somatoformer Störungen und Schmerzsyndrome (Henningsen, 2002). In »symptomneurotischen Familien« (Richter, 1970) bringen einzelne Familienmitglieder sogar einen gemeinsamen Konflikt zum Ausdruck. Zudem bedingen Delegationen von Eltern an die

Kinder die Entstehung von Symptomen, etwa durch unbewältigte narzisstische Ansprüche der Eltern, die das Kind überfordern. Der kindliche Patient kann die Belastung nur schwer zum Ausdruck bringen und reagiert häufig somatisch auf diese negativ einwirkenden Umstände (vgl. Fallbeispiel F1 ff., Kap. 4). Insofern sind Leistungsorientierung und ein Anpassungsdruck typisch für somatoforme Schmerzen oder stellen aufrechterhaltende Bedingungen für körperliche Krankheiten und Beschwerden dar.

Zum anderen fordern so genannte *mechanistische Objektbeziehungen* in Familien mit körperlichen Erkrankungen unabdingbare Loyalität, was wiederum zu Autonomiekonflikten der Kinder führt, die dann häufig nur durch die Präsentation körperlicher Beschwerden »gelöst« werden können. Die notwendige Getrenntheit kann sich nicht ausbilden und die Ungetrenntheit in den Beziehungen bleibt dadurch erhalten. Verstärkte Bindung und Aufhebung der Grenzen innerhalb der Familie sind zunächst naheliegende Versuche der Bewältigung einer akuten Krankheitsbelastung. Als langfristig vorherrschender Beziehungsmodus entfalten diese Umstände jedoch selbst psychosomatogene Wirkung. Rigidität innerhalb der Familie mit entsprechender Voraussagbarkeit der Interaktionen und Beziehungsmuster sind charakteristisch für psychosomatisch belastete Kinder. Oft herrscht eine gewisse *Pathologiezentriertheit* innerhalb der Familie. Zudem treten gehäuft harmonisierende Konfliktvermeidungstendenzen, eine eingeschränkte Konfliktbereitschaft und die Unterdrückung und Verleugnung belastender, vor allem aggressiver Gefühle auf. Familiäre Beziehungs- und Kommunikationsmuster verengen dabei den Entwicklungsspielraum des Kindes; verstärkte Widerstände und Abwehrverhalten setzen bei konfliktzentrierter und individuationsfördernder Vorgehensweise ein (vgl. Kap. 4.1).

Wie bei vielen anderen Symptomformen hängt es von der therapeutischen Rekonstruktion ab, welche die Bedeutungszusammenhänge erhellen kann, die jedoch nicht von vornherein hergestellt werden dürfen. Dies erschwert die Bedeutung von Schmerzsymptomatiken in Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapien und erfordert entsprechende Vorbereitungen und Zugänge zum jungen Patienten, was in folgendem Kapitel aufgezeigt werden soll.

4. *Psychodiagnostik von Krankheitsbildern mit dem Leitsymptom Schmerz*

Eingehend wird an dieser Stelle auf die allgemeinen diagnostischen Kriterien einer analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie verwiesen, wie sie in der Leitlinie »Psychoanalytische Grundbegriffe« (Leitlinien der VAKJP, 2010)

beschrieben werden. In diesem Kapitel sollen nur diagnostische Hinweise zur Darstellung kommen, die ihren Schwerpunkt auf psychosomatische Schmerz-erkrankungen legen.

Wie in der Einleitung bereits erwähnt, werden die beiden folgenden Kapitel u. a. von Fallbeispielen gestützt. Diese sollen hier vor allem der Illustration dienen. Wir haben sie zur besseren Lesbarkeit des Textes im Anhang 1 untergebracht.

Die Psychodiagnostik von Krankheitsbildern mit dem Leitsymptom Schmerz muss, wie oben bereits erwähnt, in erster Linie deren Mehrdimensionalität berücksichtigen, sodass sowohl die körperliche als auch die psychische Konstitution des Betroffenen in die Betrachtungen mit einbezogen werden, was die Beteiligung verschiedener Fachgruppen notwendig macht. Diese beiden Dimensionen dürfen jedoch nicht nur nebeneinander wahrgenommen, sondern müssen darüber hinaus schließlich auch zu einem komplexen Ganzen zusammengefügt werden. Zu einer umfassenden Psychodiagnostik gehören grundlegend die in Kapitel 2.4.1 vorgenommenen Klassifizierungen entsprechend der ICD-10. Diese sind jedoch, da vorrangig deskriptiv, für eine psychoanalytische Beurteilung allein nicht ausreichend. Es müssen zusätzliche *diagnostische Dimensionen* hinzugezogen werden, um die Psychodynamik einer Schmerz-erkrankung richtig verstehen und einschätzen zu können, wie beispielsweise die Entwicklungsperspektive, Einschätzungen im Hinblick auf die Reife und Struktur des Patienten sowie die Konfliktebene (vgl. Kap. 3 und OPD-KJ 2).

Die Abklärung der somatischen Beteiligung durch den behandelnden Arzt ist von entscheidender Bedeutung. Eine gute Zusammenarbeit mit diesem stellt eine wichtige Voraussetzung für ein funktionierendes *Arzt-Therapeut-Patienten-Dreieck* dar, was sich wiederum prognostisch günstig auf den Behandlungserfolg auswirkt.

Für psychosomatisch erkrankte Schmerzpatienten stehen die körperlichen Schmerzen anfangs in der Regel im Vordergrund ihrer Leidenswahrnehmung. Die Diagnostik muss sich deshalb zunächst dieser subjektiv wahrgenommenen Schmerz-erfahrung zuwenden, die somatische Klage ernst nehmen und ihr entsprechenden Raum geben. Sich im Gespräch mit dem Patienten Zeit zu nehmen, vermittelt dem Patienten das Gefühl, verstanden zu werden und Hilfe zu bekommen. Er soll nicht darum kämpfen müssen, in seinem Leid anerkannt zu werden. Diagnose und Behandlung gehen somit ineinander über, und so ist bereits die Art der Diagnose-erhebung für die Therapeut-Patienten-Beziehung von entscheidender Bedeutung (Fall 1).

Das führende Gespräch stärkt im Lauf der Therapie die Selbstwahrnehmung. In den anfänglichen Sitzungen geht es jedoch zu allererst um die *Erfassung der Schmerz-geschichte* des Patienten mit deren zeitlichem Ablauf, der Schmerzqualität und den körperlichen Zuordnungen durch den Betroffenen. Entscheidend ist, dass in Erfah-

rung gebracht wird, welche Hypothesen der Patient und seine Eltern im Hinblick auf den vorhandenen Schmerz haben, wobei oftmals auch korrigierende Informationen gegeben werden müssen. Zudem spielt es für die Prognose auch eine Rolle, über welche Bewältigungsstrategien der Patient verfügt und ob die Familie Affekte beruhigen kann. Der Schmerz, wie er erlebt wird, kennzeichnet dabei nicht nur die aktuelle körperliche Not des Patienten, sondern ist stark von dessen psychischer Grundstimmung und Leidensgeschichte gefärbt (vgl. Kap. 2.4.1).

4.1 Krankheits- und Familienanamnese

Bei der Erhebung der Krankheits- und Familienanamnese ist insbesondere auf frühkindliche Schmerzerfahrungen des Patienten und seiner Bezugspersonen sowie deren Umgang mit diesen zu achten. Mit dem Schmerz kann innerhalb der Familie beispielsweise im Sinne einer Hemmung umgegangen werden («Ein Indianer kennt keinen Schmerz»), was oft mit hohen Über-Ich-Anforderungen und Leistungsidealen in Verbindung steht (vgl. Kap. 3.3). Abhängigkeit wird dabei verleugnet, Regression vermieden und Pseudoautonomie forciert (Fall 2).

Während der Anamneseerhebung wird oftmals auch deutlich, dass der Schmerz eine Fixierung von Eltern und Kind auf körperliche Manifestationen darstellt. In diesem Fall aktiviert der Schmerz in seiner Signalfunktion ein übermäßiges Fürsorgeverhalten der Bezugspersonen (vgl. Kap. 3.3). Dabei sind es seltener spezifische Auslösesituationen als vielmehr bestimmte, immer wiederkehrende *Interaktionsprozesse*, die eine psychosomatische Schmerzentstehung begünstigen (Bürgin, 1993; Fall 3).

Diese bereits in der frühen Mutter-Kind-Interaktion festgelegten, immer wiederkehrenden Interaktionsprozesse führen zu einer *Fokussierung auf körperliche Signale*. So gewinnt später der Schmerz dann eine Signalfunktion zur Aktivierung des Fürsorgeverhaltens der Bezugspersonen (Bürgin, 1993).

Anders stellt sich die Situation in Folge traumatischer Erfahrungen dar, die mit Überschreitungen der Körpergrenzen verbunden sind. Hier hat der Schmerz seine Signalfunktion verloren und es schmerzt in erster Linie die Verletzung des Selbst, welche dann in Gestalt eines Schmerzes im Rahmen einer Resomatisierung auftritt (vgl. Kap. 3.3).

Doch nicht nur die Qualität der affektiven Bindung zwischen Kind und Primärobjekt, (kumulative) Traumata oder frühe Deprivationserfahrungen spielen im Rahmen psychosomatischer Symptombildungen eine Rolle. Selbst spezifische familiäre und *individuelle Abwehroperationen* infolge von traumatischen Erfahrungen der Eltern können zur Entwicklung einer Schmerzsymptomatik führen (Fall 4).

Die erlebten, lebensbedrohlichen Traumaerfahrungen der Elternteile wirken sich dann auf das Erleben der jugendlichen oder kindlichen Patienten aus. Die Eltern können kein stabiles Bindungsverhalten den Kindern gegenüber aufbauen. Der negative Affekt wird als Unlust, als Schmerzerfahrung erlebt. Getriggerte, lebensbedrohliche Affekte werden deshalb von den Patienten ins Somatische verschoben, was zu einer Resomatisierung führt (vgl. Kap. 3.3) und den Schmerz dadurch ins Zentrum der Eltern-Kind-Beziehung rückt.

4.2 *Szenisches Verstehen*

Das szenische Verstehen als diagnostisches Instrument, das als eine in der Handlung zwischen Patient und Therapeut unbewusst eingefrorene Beziehungsmittlung verstanden wird (Lorenzer, 1970; Argelander, 1967; Klüwer, 2000), gibt vor dem Hintergrund der erhobenen Anamnese Auskunft über die vorliegende Konflikt- und Beziehungsdynamik sowie über die Struktur des Patienten. Die Szene entwickelt sich im Kontakt mit psychosomatisch erkrankten Patienten in der Regel nicht allmählich. Schlagartig ist der Therapeut als gesuchter Helfer mit einem Übertragungsangebot konfrontiert, das ihn zum idealisierten Heiler macht, der den Schmerz sogleich unterbrechen soll (vgl. Kap. 3; Fall 10). Ebenso schnell wird er jedoch auch zum enttäuschenden Objekt, wenn er den Erwartungen des Patienten und seiner Familie nicht entgegenkommt und damit jeglicher Hoffnung auf schnelle Heilung das Fundament entzieht. Dies führt zu einem Dilemma auf Seiten der Helferfigur (Haustein, 2000). Patienten in existenzieller Not werden tendenziell zu Idealisierungen neigen, während andere mit einem hohen sekundären Krankheitsgewinn dem Therapeuten eine eher skeptische Haltung entgegenbringen werden (Fall 1a).

Eine Behandlung von Schmerzen wird immer auch die Suche nach hilfreichen Beziehungserfahrungen mit einschließen. Für den diagnostisch-therapeutischen Zugang gilt es deshalb, die Klippen eines *Übertragungsangebots* zwischen Idealisierung und Entwertung von Beginn an wahrzunehmen und angemessen zu handhaben. Dies stellt für einen analytischen Therapeuten eine große Herausforderung dar – ist er doch weniger geneigt, sich auf Heilsversprechen einzulassen.

4.3 *Konfliktebene*

Die Konflikte und Persönlichkeitsstrukturen von Patienten mit Krankheitsbildern, bei denen Schmerzen das Leitsymptom darstellen, sind sehr bunt (Thomä, 1980). Es werden verschiedene Konflikte nach OPD-KJ-2 deutlich. Meist han-

delt es sich um eine Mischung aus unterschiedlichen Fixierungsniveaus, wobei ein *Leitkonflikt* dominiert. Vor dem Hintergrund der Organwahl lassen sich bestimmte Konfliktthemen häufiger ausmachen. Klinisch wird eine Somatisierungstendenz oft bei zwanghaften, ängstlichen und sensiblen oder überbesorgten Patienten mit einer Neigung zum Rückzug gefunden. Kinder mit Bauchschmerzen sind auf die Versorgung der Primärbezugspersonen fixiert. Sie erscheinen unselbstständig und werden von den Eltern weniger dazu ermutigt, außerhalb des vertrauten Umfeldes zu explorieren. Schmerzen können dabei im klinischen Zusammenhang immer wieder als Schwierigkeiten in der Verselbstständigung im Zuge einer konflikthaften Autonomieentwicklung beobachtet werden. Dabei wird vor allen Dingen der aggressive Anteil abgespalten und in Form von Schmerzen gegen das eigene Selbst gerichtet (vgl. Kap. 3.4; Fall 6).

Bei Kindern und Jugendlichen mit Kopfschmerzen sind die Konfliktthemen häufig um den Leistungsaspekt gruppiert. Es geht um die Anerkennung durch das Objekt über Leistung und um hohe Ich-Ideale bei gleichzeitiger Selbstwertproblematik (Fall 7). Insbesondere bei chronischen Schmerzen kann die reife *Identitätsentwicklung* durch die Symptomatik beeinträchtigt sein (Fall 8).

4.4 Strukturebene

Entscheidend für die Wahl der Behandlungstechnik und die Prognose ist die Einschätzung des Strukturniveaus. Wie bei der Zuordnung der Konfliktthemen treten bei psychosomatischen Krankheitsphänomenen unterschiedliche Struktur-niveaus auf. Sie bewegen sich zwischen einer guten Integration, wie bei den Konversionssymptomen, und eher niedrigen Niveaus. Bei Letztgenannten erlangt die Schmerzstörung eine Art »*Plombenfunktion*« gegen psychische Dekompensation (vgl. Kap. 3.5). Häufig treten geringe Fähigkeiten im Bereich der Wahrnehmung und im Ausdruck von negativen Affekten und deren Internalisierung auf sowie schwach ausgeprägte Konfliktbewältigungsmöglichkeiten. Das Selbsterleben ist noch eng mit dem Körper verbunden, die Differenzierung von inneren und äußeren Reizen ist gestört. Auch die kommunikative Funktion der Affekte ist nur gering ausgeprägt. Die Betroffenen können dann zwar über ihren körperlichen Schmerz Auskunft geben, es fällt ihnen jedoch schwer, über innere Vorgänge zu sprechen bzw. diese erst wahrzunehmen (Fall 1b).

Da die unbewusste Symbolbildung gestört ist (vgl. Kap. 3.3), gelingt es diesen Patienten nicht, eine Verbindung zu ihrem psychischen Erleben herzustellen. Zu frühe Versuche des Therapeuten, diese Verbindung herzustellen, werden als destabilisierend erlebt und müssen deshalb zunächst zurückgewiesen werden.

4.5 Beziehungsebene

Das vorherrschende Beziehungsmuster des Kindes oder des Jugendlichen erschließt sich über die Szene und mit Hilfe der OPD-KJ-2 auf der Beziehungsachse. Der Therapeut sieht sich mit einem Beziehungsangebot konfrontiert, bei dem er als hilfreiches Objekt fast blind gesucht wird. Auf der bewussten Ebene wird er als Objekt imaginiert, das Linderung und Heilung verschafft. Auf der unbewussten Ebene wird er jedoch zu einem Objekt, das aus einer erstickend intimen Beziehung triangulierend einen Ausweg ermöglichen soll (Grieser, 2008). Dies führt zu einer Realitätseinengung, weil ein *nur* hilfreiches Objekt gesucht wird, an welches der Patient sich Rettung suchend klammert. Neben dieser einseitigen, realitätsunangemessenen Beziehungserwartung an den Therapeuten lässt die Diagnostik der familiären Beziehungen häufig auch ein *ambivalentes Beziehungsmuster* von Wut und Schuldgefühlen auf Seiten der Eltern und anklammernden Verhaltensweisen und Schuldzuweisung auf Seiten des Patienten erkennen.

Die sich entwickelnde Szene zwischen Patient und Therapeut gibt Hinweise auf die internalisierten ambivalenten Selbst- und Objektrepräsentanzen sowie über die beziehungs-dynamische Bedeutung des Schmerzsymptoms und damit auch seiner Entstehung und Aufrechterhaltung (Fall 9).

Die Untersuchung der *Familiendynamik* offenbart oft eine hohe Involviertheit beider oder auch nur eines Elternteils. Es finden sich spezifische, interaktionelle Eigenheiten wie verwischte oder zu starke innerfamiliäre Abgrenzungen, ein Übermaß an Besorgnis um das körperliche Wohlbefinden, Festhalten an starren Strukturen, die in Zeiten von Veränderung in Gefahr sind, und Ehe- oder andere familiäre Konflikte, die nicht ausgetragen werden. Das kranke Kind oder der Jugendliche werden zum Zusammenhalt des Systems gebraucht und dadurch auch missbraucht (Bürgin, 1993). Über das Symptom wird innerfamiliär sowohl von Seiten des Kindes als auch von Seiten der involvierten Bezugsperson Kontrolle ausgeübt. Subtile Machtkämpfe, welche die Tendenz zum Eskalieren haben, sind nicht selten (vgl. Bürgin, 1993; Fall 12c). Während jüngere Kinder in direkter Interaktion über den Schmerz mit den Eltern verwickelt sind, haben Jugendliche das Schmerzerleben bereits internalisiert, finden aber keinen Zugang mehr zu ihrem psychischen Erleben. Ist das Familiensystem hermetisch nach außen abgeschlossen, wie es auch in manchen kulturellen Kontexten der Fall ist, finden wir den Schmerz häufig in chronischer Form als Teil der Identität (Fall 9).

4.6 Behandlungsvoraussetzungen

Bei den Behandlungsvoraussetzungen (nach OPD-KJ-2) findet man im Bereich der subjektiven Einschätzung des Schweregrads bei Betroffenen häufig eine ausschließliche Fokussierung auf den somatischen Aspekt. Der Leidensdruck bezieht sich in der Regel auf den somatischen Schmerz. Manchmal wird auch bedauert, dass bestimmte soziale Aktivitäten nicht mehr möglich sind. Die Veränderungsmotivation ist zu Beginn meist auf das Schmerzerleben ausgerichtet, begleitet von einer hohen Erwartung an Hilfe von außen. Dies fanden wir in fast allen uns zugänglichen Fällen. Für die Prognose sind die familiären und außerfamiliären *Ressourcen* von großer Bedeutung, beispielsweise ob Affekte von den Bezugspersonen gut beruhigt werden können.

Als prognostisch günstig gilt zudem der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, die auf idealisierende und entwertende Übertragungsangebote eine angemessene Antwort geben kann. Dies bedeutet, dass eine Balance zwischen der Annahme der Idealisierung und dem Verzicht auf ein Heilungsversprechen gefunden werden muss. So muss der Therapeut von Beginn an entsprechend der überfallartigen Übertragungsangebote des Patienten auch mit überfallartigen Gegenübertragungsreaktionen rechnen. Er muss auch aushalten können, dass der Patient und seine Familie am Anfang der Therapie die Ziele der Behandlung anders definieren werden als er selbst. Hier wird deutlich, wie fließend Diagnostik und Therapie ineinander übergehen.

Günstige Behandlungsvoraussetzungen können geschaffen werden, wenn es gelingt, mit dem Patienten und seiner Familie ein Verständnis dafür zu entwickeln, was andere Helfer beitragen können. Dazu gehört vor allen Dingen die Zusammenarbeit mit dem somatisch behandelnden Arzt.

Bei Kindern und Jugendlichen, die zur psychotherapeutischen Diagnostik vorgestellt werden, haben in der Regel bereits diverse somatische Abklärungen stattgefunden. Bei der *Differenzialdiagnose* innerhalb der Psychotherapie geht es dann darum, traumabedingte Schmerzerscheinungen abzugrenzen, Deprivation und Vernachlässigung sowie Missbrauch in der Anamnese zu eruieren und eine Differenzierung zu depressiven und Angststörungen sowie zu Selbstverletzungen vorzunehmen.

5. Psychotherapeutische Interventionen

5.1 Allgemeine Anmerkungen

Bei der Darstellung der Behandlungssettings verzichten wir auf eine Unterscheidung von analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Stattdessen verweisen wir auf Windaus, der im *Lehrbuch der Psychotherapie Bd. V* beide Behandlungskonzepte »wegen der Schwierigkeit, insbesondere bei Kindern angesichts ihrer Regressionsneigungen und noch unabgeschlossener Strukturbildung, diese Unterscheidung klinisch, praktisch anwenden zu können«, gemeinsam abhandelt (Windaus, 2007, S. 231). Außerdem nehmen wir keine Differenzierung im Hinblick auf die Indikation für eine psychoanalytische Fokalthherapie und eine psychoanalytische Gruppentherapie vor. Die Entscheidung für eine dieser genannten psychoanalytischen Verfahren unterliegt allgemeineren Kriterien, die nicht auf eine spezielle Symptomatik bezogen werden können und deren Aufzählung den Rahmen dieser Leitlinie sprengen würde.

Grundsätzlich geht es in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Schmerzen und deren Eltern darum, in einer therapeutischen Beziehung *Kommunikationssysteme*, d. h. die intersubjektiv geregelte Sprache, zu verstehen. Auch die Körpersprache stellt eine verschlüsselte Kommunikationsform dar. Sprache ist ein komplexes Zeichensystem mit offenen und versteckten Deutungen sowie vielfachen Bedeutungen, die erst im Dialog, in der Beziehung, entschlüsselt werden können (von Uexküll, 1989; Küchenhoff, 1995). Verschiedene Autoren erwähnen Ziele, Inhalte und die therapeutische Haltung in der Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Schmerzen. Die Besonderheit der therapeutischen Beziehung erfordert auch eine spezielle *Haltung*. Diese therapeutische Haltung wird als »geduldig, interessiert und begleitend« beschrieben. Der Patient solle seine Klagen vorbringen und seinen Enttäuschungen Ausdruck verleihen können und darüber hinaus auch Raum für Aggressionen erhalten. Dabei sei die mehrfach erwähnte Balance zwischen Annahme der Idealisierung und Enttäuschung zu wahren (Rudolf, 2008; Bürgin, 1993). Die Toleranz dem Schmerzerleben gegenüber ermögliche es diesem, seine Schmerzen als gegeben hinzunehmen, sie aber nicht sein Leben bestimmen zu lassen (Krause, 2004).

Der Therapeut muss vor allen Dingen seine eigenen Erwartungen im Hinblick auf mögliche *Therapieziele* reflektieren. Die Ziele sind insoweit begrenzt, als dass keine völlige Symptombefreiheit zu erwarten ist, sondern die Therapie eher darauf ausgerichtet sein sollte, den alleinigen Fokus vom Körper auf andere soziale und selbstfürsorgliche Verhaltensmöglichkeiten zu lenken. Von Bedeutung

ist zudem, dass der als beschädigt erlebte Körper wieder libidinös besetzt werden kann. Er soll in seinen Funktionen zurückerobert werden und von den Zuschreibungen, wie sie sich aus der innerfamiliären Interaktion unter der Annahme des somatischen Krankheitsbildes entwickelt haben, befreit werden (Rudolf, 2008). Die *Schwerpunkte* der Behandlung werden bei chronischen Schmerzen nach einer Gewebeschädigung anders sein, als wenn durch ein somatisches Entgegenkommen ein Schmerzerleben chronifiziert, also vor dem Hintergrund von frühen Bindungsstörungen oder Angsterkrankungen angesiedelt ist (siehe Kap. 2.3; Egle, 2016). Im ersten Fall wird es darum gehen, dem Patienten dabei zu helfen, mit dem Schmerz umgehen zu lernen und aus dem depressiven Rückzug herauszufinden. Im zweiten Fall wird der Fokus der Behandlung eher auf den aus der Bindungsstörung resultierenden Symbolisierungs- und Mentalisierungsdefiziten oder auf den aus einer Angststörung resultierenden Subjekt-Objekt-Differenzierungsschwächen, Trennungsängsten und Aggressionshemmungen liegen.

5.2 *Behandlungssettings*

5.2.1 *Analytische/tiefenpsychologisch fundierte Einzelpsychotherapie*

Als notwendige Voraussetzung für die Therapie gilt, ebenso wie für die Diagnostik, eine enge Zusammenarbeit mit dem behandelnden Haus- oder Kinderarzt. Dabei hat die Arzt-Therapeuten-Beziehung idealerweise die Bedeutung einer helfenden Vater-Mutter-Konstellation, welche der Triangulierung dient und die oft symbiotisch verstrickten Eltern-Kind-Paare bei der Differenzierung und Lösung unterstützen kann.

Die Zusammenarbeit betrifft des Weiteren auch den abgesprochenen Umgang mit den *Rahmenbedingungen*. Diese beziehen sich zum einen auf die Handhabung der sozialen Rückzugstendenzen, des sekundären Krankheitsgewinns und der Einengung der Kommunikation. Des Weiteren soll die hohe Identifizierung mit der Schmerzsymptomatik thematisiert werden. Das Arbeitsbündnis sollte deshalb darauf ausgerichtet sein, den sozialen Rückzug und die Einengung nicht durch therapeutisches Schonverhalten zu untermauern. Krankschreibende Atteste fördern den sekundären Krankheitsgewinn und verstärken den Rückzug (vgl. auch Leitlinie »Angst«, 2007). In diesem Zusammenhang ist zu Beginn der Therapie – im Sinne einer vorbereitenden und stützenden Einleitung – eine Aufklärung über den Zusammenhang von Rückzug und Einengung einerseits und Verstärkung der Symptomatik und Entwicklung einer Schmerzidentität andererseits notwendig (Rudolf, 2008).

Zu den Rahmenbedingungen gehört nach unserer Erfahrung auch die Absprache darüber, dass eine gute Schmerzbehandlung nicht in zu viele Hände gelegt

werden sollte. Das bedeutet, dass keine anderen als die an der Behandlung beteiligten Therapeuten, d. h. in der Regel der Psychotherapeut und der somatisch behandelnde Arzt, aufgesucht werden. Dieser kann durch eine rechtzeitige medikamentöse Behandlung den aktuellen Leidensdruck mildern und dabei helfen, den passiven Rückzug rückgängig zu machen (vgl. Kap. 2). Ein Agieren in Form von Suche nach einem Heilsversprechen soll dann innerhalb der Behandlung aufgegriffen und problematisiert werden. Der Therapeut sollte zudem immer darauf achten, dass Schweigepflichtentbindungen vorliegen.

Die Psychotherapie des Kindes oder des Jugendlichen richtet sich nach seiner Fähigkeit, den Therapeuten als Objekt wahrzunehmen bzw. der Objektverwendung durch den Patienten und dessen Strukturniveau. Abhängig von den Konflikten, der Struktur und der Familiendynamik werden schließlich die *therapeutischen Schwerpunkte* festgelegt.

Die Symptomklage muss entgegengenommen werden. Diese besteht in der Regel aus Klagen über die körperlichen Symptome. Der psychische Schmerz, der aus inneren Spannungszuständen, Beziehungsunsicherheit und Angst oder andrängenden, oft für den Patienten nicht zu differenzierenden Affekten besteht, nimmt zu Beginn keinen Raum ein (vgl. Kap. 3.3). Deshalb müssen andere Zugänge gefunden werden, wie sich der Patient quasi nebenbei holt, was er für die Bewältigung seines Schmerzes über die Objektverwendung benötigt, weil Teile seines Selbst die psychische Dimension abgespalten haben. So kann sich der Patient z. B. über andere Themen, die er in die Therapie einbringt, quasi symbolisch, den Bauch streicheln lassen – ohne in Gefahr zu kommen, die eigene Bedürftigkeit zu spüren. Wird diese abgespaltene Seite zu früh forciert, kommt es zu einer massiven Verletzung des Selbstkonzepts, was wiederum Gefühle der Beschämung und Schuldgefühle zur Folge haben könnte (Fall 11). Die Hilfe ist dann keine wirkliche Hilfe mehr, da sie die Angst verstärkt. Behandlungstechnisch geht es also nicht zwingend darum, inhaltlich auf den psychischen Schmerz zu fokussieren. Jüngere Kinder drücken den körperlichen Schmerz weniger durch verbale Mitteilungen aus, jedoch stellt er auch hier eine Form der Kommunikation dar, die entschlüsselt werden muss. Über weite Strecken der Therapie spielt dabei die *Hilfs-Ich-Funktion* des Therapeuten eine entscheidende Rolle (Fall 12).

Die Gesprächsführung in der Kinderbehandlung sowie die Interaktion im Spiel sind eher spiegelnd als konfrontierend. Das Kind muss seiner Enttäuschung Ausdruck verleihen und Raum für seine Aggressionen erhalten können. Rudolf (2008) empfiehlt ausdrücklich keine konfliktaufdeckende Vorgehensweise, während Bürgin (1993) eine vorsichtige Konfrontation als Notwendigkeit für Veränderungen und Progressionen im weiteren Verlauf der Therapie erachtet.

Bei einer eher konversionsneurotischen Symptombildung mit gut integrierter Struktur ist eine konfliktaufdeckende Vorgehensweise mit vorsichtiger Konfron-

tation angebracht. Da in den meisten Fällen Mischformen von Störungen mit unterschiedlichen Konflikten und Strukturebenen vorliegen, wobei sehr wahrscheinlich eher strukturelle Defizite als konversionsneurotische Vorgänge für die Symptomatik verantwortlich sind, muss die Behandlung an die individuelle psychische Konstellation des Patienten angepasst werden. Dies bedeutet, dass die Interventionen situationsbezogen sowohl strukturell stabilisierend und modifizierend als auch konfliktbearbeitend sein werden.

Strukturell besteht in der Regel ein Defizit in Bezug auf die Symbolisierungs- und Mentalisierungsfähigkeit (vgl. Kap. 3.3), woran sich die therapeutischen Interventionen orientieren müssen. Es geht also darum, im therapeutischen Kontakt Gefühle zu verbalisieren, Wahrnehmung für innere psychische Vorgänge zu fördern, fremde psychische Ausdrücke zu entschlüsseln und zu sich selbst in Beziehung zu bringen.

Auf der Beziehungsebene ist entscheidend, die Übertragungsangebote zu verstehen und aufzunehmen. Der Therapeut wird sowohl als ein idealisiertes, helfendes Objekt als auch als Projektionsfläche für die eigenen feindseligen Impulse wahrgenommen. Besonders zu Beginn der Therapie kommt der Therapeut als Person mit eigenen Intentionen zunächst nicht vor. Im Spiel mit dem Kind bedeutet dies, dass unflexible Rollen zugewiesen werden und wenig Spielraum für eigene Einfälle gegeben ist (Fall 12a). Wenn dieser *Spielraum* im Verlauf der Therapie ausgeweitet werden kann, ist bereits eine gewisse Veränderung der Objektwahrnehmung erfolgt (Fall 12b).

In der Behandlung von Jugendlichen geht es zu Beginn der Therapie ebenfalls darum, zunächst eine vertrauensvolle *Beziehung* aufzubauen, in der die Klagen über den schmerzenden Körper ein offenes Ohr finden. Dies wirkt entlastend, da die Patienten die oft mit psychosomatischen Schmerzsymptomen verbundene Einstellung, es würde sich um eingebildete Schmerzen handeln, erfahren haben. Später ist es nötig, den oft spärlichen emotionalen Mitteilungen Raum zu verschaffen und Verbalisierungen zu fördern. Rationalisierungen sollen zunächst angenommen und nicht als Widerstand gedeutet werden (Thomä, 1980). Bei Kindern und Jugendlichen ist es nötig, spannungsauslösende Ereignisse aktiv zu untersuchen und mit dem Schmerz in Zusammenhang zu bringen. So wird die innere Aufmerksamkeit von der Körperebene auf psychische Vorgänge gelenkt. Dabei ist eine eher *aktive Haltung* des Therapeuten erforderlich. Dieser muss damit rechnen, dass der Patient der Herstellung eines Zusammenhangs und damit der Bedeutungszuschreibung des Symptoms einen Widerstand entgegensetzen wird, wovon er sich nicht entmutigen lassen darf. Es geht dann auch nicht darum, den Widerstand zu deuten, sondern geduldig die eigene Sicht als eine mögliche andere dagegenzusetzen (Fall 13).

Die *Gegenübertragungsreaktionen* des Therapeuten stellen eine besondere therapeutische Herausforderung dar. Die anfängliche »Überfallsituation« (vgl.

Kap. 4.2) birgt Risiken im Rahmen der Diagnostik, da der Therapeut aufgrund des hohen Drucks zu raschen Interventionen verführt wird. Diesen Enactments kann sich der Therapeut nicht immer entziehen. Wenn sie im Nachhinein verstanden werden können, stellen sie eine wertvolle Hilfe für das therapeutische Verständnis dar. Zudem muss der Therapeut aushalten, dass er lange Zeit nicht als Objekt wahrgenommen wird. Wenn der Prozess fortschreitet und die ersehnte Entlastung von Schmerz und Not nicht eingetreten ist, beginnt die als zerstörerisch erlebte Enttäuschung eine Rolle zu spielen. Immer wieder sieht sich der Therapeut dann mit der projektiven Wut und Verzweiflung des Patienten konfrontiert, dass er nicht der idealisierte Helfer ist, der so dringend gebraucht wird. Er wird eingereicht in die Schlange der vielen Helfer, die den Patienten auf seinem bisherigen Weg verletzt haben. Die eigene Wut, Ohnmacht und Enttäuschung müssen dabei ausgehalten und nicht agierend in Form von Schuldzuweisungen an den Patienten oder seine Familie beantwortet werden.

Der Therapeut, der zunächst als hilfreiches Objekt idealisiert wird, kann im Verlauf der Behandlung jedoch auch zu einem insuffizienten Objekt werden (Fall 8a). Für den Therapeuten ist es nicht leicht, diese partielle Insuffizienz und Ohnmacht anzuerkennen und auszuhalten – sie nicht zu verkleinern oder zu rationalisieren, sondern mit dem Patienten zusammen zu betrauern.

5.2.2 *Begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen*

Je verstrickter die Dynamik im Hinblick auf die Schmerzsymptomatik innerhalb der Familie ist, umso wichtiger wird die begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen. Es geht dabei nicht nur darum, das Arbeitsbündnis zu halten und die Ausdehnung eines sekundären Krankheitsgewinns zu begrenzen. Es geht vor allem um das Verstehen der interpersonalen familiären Interaktionen, Muster und Kommunikationsstile, welche emotionale Begegnungen vermeiden, einen gefühlshaften Ausdruck verhindern und dadurch Entwicklungen blockieren. Diese sollen dann in einem weiteren Schritt bearbeitet und verändert werden. Bei einer konfliktaufdeckenden Herangehensweise ist besonders zu Beginn einer Behandlung mit einer starken Abwehr des Familiensystems zu rechnen. Deshalb wird anfänglich eine eher begleitende, *supportive Vorgehensweise*, die das innerfamiliäre Regelsystem akzeptiert, vorgeschlagen (Bürgin, 1993). Wie bei Jugendlichen und älteren Kindern sollte auch mit den Eltern über den Zusammenhang von körperlichem Schmerzempfinden und psychischem Stresserleben gesprochen werden. Entlastend für die Eltern wirkt auch, wenn gewürdigt wurde, welchen Einfluss ein Kind mit chronischen Schmerzen auf deren Belastungsfähigkeit hat. Dies allein reicht jedoch nicht aus, um eine Veränderung in Gang zu bringen. Wenn das Vertrauen der Familie in den Therapeuten hergestellt ist und sie nicht mehr fürchten muss, überrollt zu werden, kann eine vorsichtige

Konfrontation mit der Destruktivität der Interaktionen und den damit verbundenen Folgen für das Kind und die Familie erfolgen, um damit die Chancen auf Veränderungen zu eröffnen (ebd.).

Da Kinder mit psychosomatischem Schmerz und deren Eltern häufig in dyadischen Interaktionen gefangen sind (Grieser, 2008), kommt es in der Arbeit mit dem Familiensystem darauf an, *triadische Strukturen* zu fördern, d. h. meistens die Funktion des Vaters zu stärken. Der Therapeut kann dabei in den Gesprächen mit beiden Eltern modellhaft triadische Interaktionen anstoßen. Die regressionsfördernde bzw. entwicklungshemmende Funktion des somatischen Symptoms ist dabei zu verdeutlichen und die Ängste der Familie vor Entwicklung aufzunehmen und wohlwollend zu begleiten (Fall 12c).

5.2.3 Fokalthherapie als eine Anwendung der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie

Psychoanalytische Fokalthérapien sind Verfahren, die sowohl zeitlich als auch im Hinblick auf therapeutische Zielsetzungen begrenzt sind. Der Therapeut erarbeitet in der Regel mit Hilfe einer Fokalkonferenz einen Behandlungsfokus, indem ein aktuelles Hauptproblem mit einer psychodynamischen Hypothese verknüpft wird. Der Fokus dient dabei der Orientierung des Therapeuten im therapeutischen Prozess (Lachauer, 1992; Klüver, 2005). Bei Jugendlichen, bei denen das psychosomatische Schmerzsymptom einen Ausdruck der adoleszenten Ablösungskrise darstellt und gleichzeitig eine Verselbstständigung aus äußeren Gründen ansteht, wie beispielsweise ein nahender Schulabschluss, stellt eine Fokalthherapie eine sinnvolle Behandlungsalternative dar. Besonders dann, wenn es relativ rasch gelingt, mit dem Jugendlichen zu einer Verständigung darüber zu kommen, dass das Symptom eine psychische Bedeutung haben könnte. Dies wird in der Regel keine chronischen Schmerzpatienten, sondern eher strukturell gut differenzierte Jugendliche betreffen.

5.2.4 Stationäre Behandlung

Stationäre Behandlungen sind besonders dann impliziert, wenn die Alltagsbewältigung nicht mehr aufrechterhalten werden kann, beispielsweise wenn Kinder oder Jugendliche nicht mehr zur Schule gehen können. In stationären Behandlungssettings ist ein ganzheitlicher Behandlungsansatz, welcher die Zusammenarbeit mehrerer Disziplinen umfasst, besonders günstig. Dabei kommen auch körperorientierte Behandlungsverfahren zum Einsatz, wie Entspannungstechniken und Übungen, welche die motorische Aktivität fördern und Wege zum Experimentieren mit dem eigenen Körper vermitteln. Je älter das Kind, desto eher wird es sich auch auf diese Übungen einlassen können.

5.2.5 Gruppenpsychotherapie

Die Gruppen sind meistens heterogen zusammengesetzt. Sie werden sowohl im stationären Bereich als auch ambulant angeboten.

Die Bedeutung der Gruppe leitet sich von der Bedeutung der Peergroup für Kinder und Jugendliche ab. Da die Gruppentherapie eine vorwiegend interpersonell orientierte Therapieform darstellt, bietet sie Kindern und Jugendlichen, bei denen das Schmerzsymptom als Ausdruck von Beziehungskonflikten verstanden werden kann oder bei denen der chronische Schmerz zu Beziehungskonflikten geführt hat, eine Entwicklungsmöglichkeit. Sie können in der Gruppe lernen, wie man positive Beziehungen und Unterstützung durch andere Teilnehmer erfahren kann. Die Gruppe kann darüber hinaus auch zum Resonanzboden für das unbewusste Material des Patienten werden. Die unterschiedlich weit entwickelten Fähigkeiten der Gruppenmitglieder, Zugang zu inneren Prozessen zu finden, können bei Schmerzpatienten dazu führen, dass sie selbst eine Verbindung zu ihren eigenen, verschlossenen Gefühlszuständen bekommen, die bisher nur im Schmerz ihren Ausdruck finden konnten (Peyerl, 2008).

5.3 Prognose

Wie bereits erwähnt, wird in einer analytischen Behandlung des psychosomatischen Schmerzes weniger die Erreichung einer völligen Schmerzfreiheit angestrebt als vielmehr die positive Akzeptanz des eigenen Körpers und die Erweiterung kommunikativer und sozialer Kompetenzen (Rudolf, 2008). Darüber hinaus soll der Patient einen Zugang zu seinem affektiven Erleben entwickeln. Das Ergebnis hängt dabei besonders vom Grad der psychischen Strukturierung und der Entwicklung der therapeutischen Beziehungsqualitäten ab. Neben den oben genannten Zielen werden darüber hinaus auch eine deutlichere Subjekt-Objekt-Differenzierung und eine bessere Selbstwahrnehmung angestrebt (Göttken, 2009). Nicht immer wird eine reife Triangulierung erreicht werden können (Fall 12d).

Wenn es gelingt, das somatische Krankheitsverständnis in Richtung psychisches Erleben zu lenken, ist schon einiges gewonnen (Rudolf, 2008). Es geht um die Herstellung einer bestmöglichen Lebensqualität, gegebenenfalls auch bei fortbestehender Symptomatik, und um die Verhinderung einer Chronifizierung. Für einen Schmerzpatienten könnte das Ergebnis sein, dass er am Ende sagen kann: »Ich habe das immer noch, aber es spielt nicht mehr so eine große Rolle« (ebd., S. 13; Fall 13a).

6. Literatur

- Abelin, E. L. (1971): The role of the father in the separation-individuation process. In: MacDevitt, J. B.; Settlage, C. F. (Hrsg.): *Separation-individuation*. New York (International Universities Press), 229–252.
- Adler, R. (1986): Schmerz. In: von Uexküll, T. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*. München (Urban und Schwarzenberg), 561.
- Arbeitskreis OPD-KJ-2 (Hrsg.) (2013): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual*. Bern (Hans Huber).
- Argelander, H. (1987): *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt (Wissenschaftliche Buchgesellschaft).
- Bufler, P.; Groß, M.; Uhlig, M. M. (2011): Chronischer Bauchschmerz bei Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 108, H. 17, 295–303.
- Bürgin, D. (2009): *Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart (Fischer).
- Bürk, G.; Frosch, M.; Zernikow, B. (2009): Schmerzen am Bewegungsapparat. In: Zernikow, B. (Hrsg.): *Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Berlin (Springer), 343.
- Craig, A. D. (2003): A new view of pain as a homeostatic emotion. *Trends in Neurosciences*, 26(6), 303–308.
- Daeuiker, H. (2002): *Bausteine einer Theorie des Schmerzes – Psychoanalyse – Neuropsychologie – Philosophie*. Münster (LIT).
- Ebinger, F.; Kropp, P.; Pothmann, R.; Heinen, F.; Ewers, S. (2009): Therapie idiopathischer Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter – Revidierte Empfehlung der Gesellschaft für Neuropädiatrie und der deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 6, 599–610.
- Eggers, C. (1998): Konversionssymptome im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychotherapie und Kinderpsychiatrie*, 47, 144–156.
- Egle, U. T.; Nickel, R. (1994): Somatoforme Schmerzstörung. In: Kapfhammer, H.-P.; Egle, U. T.: *Das chronische Schmerzsyndrom*. *Psychotherapeut*, 39, 177–194.
- Egle, U. T. (2016): Stressinduzierte Schmerzsyndrome. www.researchgate.net/publication/293440256.
- Egle, U. T. (2016): Neue Erkenntnisse zum Stand von Schmerz- und Stressverarbeitung. Konferenz Papier. www.researchgate.net/publication/295351384.
- Eisenberger, N. I. (2012): The neural bases of social pains: evidence for shared representation with physical pain. *Psychosomatische Medizin*, 74, 126–135.
- Fonagy, P. et al. (2004): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Freud, S. (1895): *Studien über Hysterie*. GW I. Frankfurt a. M. (Fischer), 1970, 77–312.
- Freud, S. (1900): *Die Traumdeutung*. Studienausgabe, Bd. II. Frankfurt a. M. (Fischer), 2001.
- Freud, S. (1915c): Triebe und Tribschicksale. *Studienausgabe*, Bd. III. Frankfurt a. M. (Fischer), 2000, 75–102.

- Freud, S. (1915e): Das Unbewusste. *Studienausgabe*, Bd. III. Frankfurt a. M. (Fischer), 2000, 119–174.
- Freud, S. (1923): *Das Ich und das Es*. Studienausgabe, Bd. III. Frankfurt a. M. (Fischer), 2001, 273–330.
- Göttken, T. (2009): Psychosomatische Aspekte des Schmerzes bei Kindern und Jugendlichen. *Kinder- und Jugendmedizin*, 5, 271–276.
- Grieser, J. (2008): Die psychosomatische Triangulierung. *Forum der Psychoanalyse*, 24(2), 125–146.
- Gündel, H. (2001): Psychoedukative Schmerzbewältigungsprogramme zur Förderung der weiteren Psychotherapieakzeptanz. In: Kapfhammer, H. P.; Gündel, H. (Hrsg.): *Psychotherapie der Somatisierungsstörungen*. Stuttgart (Thieme).
- Haas, J. P. (2009): Chronische muskuloskeletale Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 7, 674–654.
- Haustein, J. (2000): Zur analytischen Beziehung und Behandlungstechnik bei psychosomatischen Patienten. *Forum der Psychoanalyse*, 16(3), 261–278.
- Henningsen, P.; Hartkamp, N.; Loew, T.; Sack, M.; Scheidt, C.; Rudolf, G. (2002): *Somatiforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte*. Stuttgart (Schattauer).
- Klüwer, R. (2005): *Erweiterte Studien zur Fokalthherapie*. Gießen (Psychosozial).
- Klüwer, R. (2000): Szene, Handlungsdialog, Enactment und Verstehen. In: *Erweiterte Studien zur Fokalthherapie*. Gießen (Psychosozial), 2005, 239–252.
- Krause, R. (2004): Affekt, Schmerz, Konversion. In: Sandweg, R. (Hrsg.): *Chronischer Schmerz und Zivilisation: Organstörungen, psychische Prozesse und gesellschaftliche Bedingungen*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), 71–84.
- Krause, R. (2012): *Allgemeine psychodynamische Behandlungs- und Krankheitslehre. Grundlagen und Modelle*. Stuttgart (Kohlhammer), 2. vollst. überarb. Aufl.
- Kröner-Herwig, B. (2009): Epidemiologie funktioneller Schmerzen. In: Zernikow, B. (Hrsg.): *Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Berlin (Springer), 65–74.
- Küchenhoff, J. (1992): Zur kommunikativen Funktion psychogener Körperstörungen. *Psychosomatische Medizin*, 38, 240–250.
- Küchenhoff, J. (1995): Der Körper und die Grenzen des Ichs. Kasuistische Bemerkungen zur analytischen Therapie psychosomatischer Patienten. *Forum der Psychoanalyse*, 11, 239–249.
- Küchenhoff, J. (2012): *Körper und Sprache, theoretische und klinische Beiträge zu einem intersubjektiven Verständnis des Körpererlebens*. Gießen (Psychosozial).
- Kutter, P. (1984): Die Dynamik psychosomatischer Erkrankungen – damals und heute. *Psyche – Z Psychoanal.*, 38, 544–562.
- Lachauer, R. (1992): *Der Fokus in der Psychotherapie, Fokalsätze und ihre Anwendung in der Kurztherapie und anderen Formen analytischer Psychotherapie*. München (Pfeiffer).
- Laplanche, J.; Pontalis, J. B. (1994): *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt a. M. (Suhrkamp).
- Leitlinie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft und der Gesellschaft für Neuropädiatrie in der AWMF (2009): *Therapie idiopathischer Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendlichenalter*.

- Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. in der AWMF (2011): *Therapie der Juvenilen Idiopathischen Arthritis*.
- Leitlinie der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie in der AWMF (2008): *Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie*.
- Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der AWMF (2007): *Somatoforme Störungen (F 45)*.
- Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der AWMF (2007): *Dissoziative Störungen, Konversionsstörungen (F 44)*.
- Leitlinie der VAKJP (2007): Angststörungen. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, 133, 81–103.
- Leitlinie der VAKJP (2013): Depression. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, 159, 441–492.
- Leitlinie der VAKJP (2010): Psychoanalytische Grundbegriffe. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, 145, 99–135.
- Löchel, E. (1996): Zur Genese des Symbols. *Kinderanalyse*, 3, 254–286.
- Löchel, E. (2000): Symbol, Symbolisierung. In: Mertens, W.; Waldvogel, B. (Hrsg.): *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart (Kohlhammer), 695–698.
- Lorenzer, A. (1970): *Sprachzerstörung und Rekonstruktion*. Frankfurt a. M. (Suhrkamp).
- Mahler, M. (1972): *Symbiose und Individuation*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- McDougall, J. (1991): *Theater des Körpers*. Weinheim (Verlag Internationale Psychoanalyse).
- Mentzos, S. (2005): Die psychodynamische Dimension der Schmerzstörungen. *Psychotherapie Forum*, 13, 146–153.
- Mentzos, S. (2009): *Lehrbuch der Psychodynamik*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Milch, W. (2000): Kleinkindforschung und psychosomatische Störungen. *Psychotherapeut*, 45, 18–24.
- Otto, Y.; Klein, A. M.; Fuchs, S.; v. Klitzing, K. (2011): Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit- Somatisierung im Kindes- und Jugendalter. *Kinder- und Jugendmedizin*, 3, 121–127.
- Peyerl, C. (2008): *Aspekte psychischer Störungen in Gruppen*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Rensing, L.; Koch, M.; Rippe, B.; Rippe, V. (2005): *Mensch im Stress*. Heidelberg (Spektrum).
- Richter, H. E. (2007): *Patient Familie: Entstehung, Struktur und Therapie in Konflikten in Ehe und Familie*. Gießen (Psychosozial).
- Roth-Isigkeit, A. (2006): Zur Epidemiologie von anhaltenden und/oder wiederkehrenden Schmerzen bei Kindern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 144, 741–754.
- Rudolf, G. (2008): Psychosomatik – konzeptionelle und psychotherapeutische Aspekte. *Forum der Psychoanalyse*, 16, 8–14.
- Rudolf, G. (2006): *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart (Schattauer), 2. überarb. Aufl.
- Sacks, O. (2009): *Der Tag, an dem mein Bein fortging*. Hamburg (Rowohlt).
- Sandkühler, J. (2001): Schmerzgedächtnis. *Deutsches Ärzteblatt*, 98(42), 2340–2344.

- Sandkühler, J.; Benrath, J. (2009): Nozizeptives System von Früh- und Neugeborenen. In: Zernikow, B. (Hrsg.): *Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Berlin (Springer), 35–48.
- Schäfer, M. (2009): Pathophysiologie des Schmerzes. In: Zernikow, B. (Hrsg.): *Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Heidelberg (Springer), 17–34.
- Scheidt, C. E.; Waller, E. (2005): Schmerz, Affekt und Bindung. *Psychotherapie Forum*, 13, 154–163.
- Schöttler, C. (1981): Zur Behandlungstechnik psychosomatisch schwer gestörter Patienten. *Psyche – Z Psychoanal.*, 35, 111–141.
- Schüffel, W.; von Uexküll, T. (1996): Funktionelle Syndrome im gastrointestinalen Bereich. In: von Uexküll, T. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*. München (Urban & Schwarzenberg), 701–713.
- Schur, M. (1984): *Das Es und die Regulationsprinzipien des psychischen Geschehens*. Frankfurt a. M. (Fischer).
- Solms, M. (2013): Das bewusste Es. *Psyche – Z Psychoanal.*, 67, 991–1022.
- Solms, M. (2005): Schmerz: Eine neuro-psychoanalytische Perspektive. *Psychotherapie Forum*, 13, 143–145.
- Strittmatter, M.; Ostertag, D. (2012): »Mixed-pane«: Soma und Psyche. *DNP – Der Neurologe und Psychiater*, 13(1), 52–60.
- Tabbert-Haugg, C. (2007): Somatoforme Störung bei Kindern und Jugendlichen. In: Hopf, H.; Windaus, E. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie*, Bd. V, Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. München (CIP-Medien), 349–364.
- Thomä, H. (1980): Über die Unspezifität psychosomatischer Erkrankungen am Beispiel einer Neurodermitis mit zwanzigjähriger Katamnese. *Psyche – Z Psychoanal.*, 34, 589–624.
- von Uexküll, T.; Wernick, W. (1989): Wissenschaftstheorie und Psychoanalytische Medizin. Ein bio-psycho-soziales Modell. In: von Uexküll, T. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*. München (Urban & Schwarzenberg), 5–38.
- Wagner, J.; Zernikow, B. (2014): Schmerztherapie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 1, 11–18.
- Wagner, N.; Zepp, F. (2012): Pädiatrische Rheumatologie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 3, 215–216.
- Waller, E.; Scheidt, C. E.; Hartmann, A. (2004): Attachment representation and illness behaviour in somatoform disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 200–209.
- Windaus, E. (2007): Behandlungskonzepte der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Therapie von Kindern und Jugendlichen. In: Hopf, H.; Windaus, E. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie*, Bd. V, Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. München (CIP-Medien).
- Winter, S.; Köberle, C.; Lenz, K.; Pfeiffer, E.; Lehmkuhl, U. (2012): Systematik somatoformer Störungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 160, 20–26.
- Zernikow, B. (Hrsg.): *Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Heidelberg (Springer).
- Zernikow, B.; Hasan, C. (2009): Schmerztherapie bei lebensbedrohlichen und lebenslimitierenden Erkrankungen jenseits der Neugeborenenphase. In: Zernikow, B. (Hrsg.):

Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Heidelberg (Springer), 280–307.

7. Anhang

1. Psychodiagnostik von Krankheitsbildern mit dem Leitsymptom Schmerz

F1

Der 13-jährige Sven wird wegen wechselnder körperlicher Beschwerden, insbesondere immer wieder auftretender Bauch- und Kopfschmerzen, von seiner Mutter angemeldet. Er kann routiniert und sicher seine Symptomatik beschreiben, wirkt aber unsicher bei der Frage nach möglichen Auslösern oder aktuellen Belastungen. In den folgenden probatorischen Sitzungen scheint es nur diese körperliche Ebene der Selbstwahrnehmung zu geben. Im Erstgespräch wirkt er körperlich angespannt, in der Beantwortung der gestellten Fragen im Hinblick auf die bestehende Symptomatik jedoch sicher, beinahe routiniert. Er erläutert, seit wann, wie oft und wo er die Schmerzen wahrnimmt und gibt sich dabei auch medizinisch bewandert, was er selbst auf die Vielzahl an Arztkontakten zurückführt. Bei der Frage nach möglichen Auslösern oder aktuellen Belastungen ist er irritiert und hält an möglichen organischen Ursachen fest. Die kommenden probatorischen Sitzungen beginnt Sven stets mit der Schilderung seiner körperlichen Beschwerden und beschreibt detailliert deren Auftreten in der vergangenen Woche. Zunächst scheint es für ihn nur diese Ebene der Selbstwahrnehmung zu geben.

F2

Die 16-jährige, wesentlich älter wirkende Beate leidet seit der Grundschulzeit unter Kinderrheuma. Ihre Eltern leben getrennt. Sie verleugnet, dass ihr dies etwas ausmacht. Sie war schon immer ein angepasstes, nach außen hin fröhliches Kind. Sie gehörte im Gymnasium zu den Besten. Ihre vielen Hobbys erträgt sie tapfer und mit Schmerzen. Es fällt auf, dass die Jugendliche einerseits betont vernünftig wirkt, sich mehr Sorgen um die Eltern als um sich selbst macht, andererseits aber noch recht kindlich an die Eltern gebunden wirkt, was sie jedoch idealisierend verleugnen muss. Die Eltern sind beide leistungsorientiert und entstammen einem bürgerlichen Milieu.

F3

Der elfjährige Philipp wird wegen diverser somatischer Sensationen zur Therapie angemeldet. Neben Bauch- und Kopfschmerzen schildert er Schmerzen im Rücken und Gefühle der Müdigkeit und Erschöpfung. Der Junge wolle kaum noch essen, da es ihm danach immer »schlecht« sei. Es wird deutlich, dass Philipps Mutter in großer Sorge um ihren Sohn ist, was u. a. auch mit der frühen Mutter-Kind-Beziehung in Verbindung steht. Philipp habe nach der Geburt eine Trinkschwäche entwickelt, was die Mutter damals stark unter Druck gesetzt und Insuffizienzgefühle in ihr hervorgerufen habe. Täglich musste der Säugling gewogen werden, sodass die somatische Beziehungsebene zwischen Mutter und Kind in den ersten Lebenswochen deutlich in den Mittelpunkt rückte. Seit Ausbruch der aktuellen Symptomatik habe die Mutter ihre Arbeitszeiten stark verkürzt und ihre Sozialkontakte weitgehend eingestellt. Sie versuche, Philipp mit einer Wärmflasche, Entspannungsübungen und viel Nähe und Zuwendung beizustehen, wenn es ihm schlecht gehe. Inzwischen kehre der Junge häufig nach der zweiten Stunde von der Schule zurück und gehe kaum noch Hobbys nach – irgendwie scheine er, laut Angaben der Mutter, die momentane Nähe auch zu genießen.

F4

Die 15-jährige Lena wird wegen »Schmerzen überall«, vor allem jedoch wegen Kopf- und Rückenschmerzen und neuerdings auch im Beckenbereich, vom Vater nach einem längeren Aufenthalt in einer Psychosomatischen Klinik angemeldet. Die Schmerzzustände und andere psychosomatische Symptome ziehen sich durch das bisherige Leben der Patientin. Die Familienanamnese macht deutlich, dass beide Elternteile traumatisiert sind. Der Vater überlebte als Kleinkind einen schweren Unfall, bei dem dessen eigener Vater verstarb. Die Mutter wurde als Kind schwer körperlich misshandelt. Sie war vor der jetzigen Ehe bereits zweimal verheiratet und erfuhr im Rahmen dieser auch Gewalt. Nach der Darstellung des Vaters war die frühe Mutter-Kind-Beziehung aufgrund der Abwesenheit der Mutter und ihrer Unfähigkeit, sich emotional auf das Kind einzulassen, von zahlreichen Brüchen geprägt. Der Vater selbst wehrt negative Affekte intellektualisierend ab, sodass diese auch in der Beziehung zur Tochter nicht kommuniziert werden können. Der Befund macht deutlich, dass das Mädchen sich als mit dem Vater verschmolzen erlebt. Lena kann sich selbst nicht abgegrenzt vom Vater wahrnehmen und definiert sich nur als dessen Ebenbild. Sie wirkt sehr traurig, unterschwellig auch aggressiv. Durch eine permanente Kontrolle versucht sie, Gefühle zu vermeiden und diese nicht an sich heran kommen zu lassen.

F5

Der neunjährige Tobias wird vom Kinderarzt aufgrund einer so genannten »Bauchmigräne« überwiesen. Die Schmerzen beeinträchtigten ihn derart, dass er die Schule nur schwer besuchen könne. In seinem sechsten Lebensjahr wurde er, noch vor seiner Einschulung, auf eine mögliche »Hochbegabung« getestet. Das Ergebnis war jedoch ernüchternd und lag im durchschnittlichen Bereich. Im weiteren Gesprächsverlauf ist von der Wissbegierde und der Anstrengung des Jungen, als schlau und begabt zu gelten, zu erfahren. Dies steht in engem Zusammenhang mit der Anamnese der recht jungen Mutter, die noch vor ihrer Volljährigkeit von ihrem damals 16-jährigen Freund schwanger wurde. Aufgrund von Leistungseinbrüchen und einer Antriebsschwäche brach die Mutter damals die Schule ab. Bereits im ersten Lebensjahr des Kindes hatte sie dann auf eigene Anstrengung hin den Schulabschluss und eine Ausbildung zur Krankenschwester geschafft. Trotz anderer Verlautbarungen zeigte die Mutter gegenüber dem Jungen einen erkennbar (ab-)wertenden Ton, den sie selbst nur schwer registrierte. Der leibliche Vater rutschte in eine Alkoholproblematik ab und war für den Jungen nicht mehr erreichbar. Stets wollte der Patient etwas gelten, jemand sein, der auch etwas kann. Nicht nur in der Schule, sondern auch zu Hause erlebte er jedoch immer wieder das Gegenteil.

Fla

Sven, 13 Jahre, zeigt sich in den Einzelgesprächen recht autonom und selbstständig, was in deutlichem Kontrast zu seinem Verhalten außerhalb der Therapie steht, beispielsweise wenn die Mutter ihn nach der Therapiestunde abholt. Es wirkt, als verwandle sich Sven dann wieder in einen Sechsjährigen, der sich an der Mutter anlehnt, sich an dieser abstützt und von der Mutter prompt mit zärtlichen Berührungen versorgt werden möchte. Vom Therapeuten darauf angesprochen, werden Aggressionen sowie Schamgefühle spürbar, welche der Patient mit Rationalisierungen abzuwehren versucht. Er klagt über wenig einfühlsame Lehrkräfte, die sein Leid nicht verstehen können und ihn zum Sportunterricht zwingen wollen. Versuche von Seiten des Therapeuten, seine Symptomatik auch auf der Ebene der Stresskompensation zu verstehen, unterbricht er und kann sich an dieser Stelle der Therapie noch nicht darauf einlassen. Die Mutter berichtet, dass Sven zu Hause das »Regiment übernommen habe« und über den Tagesablauf der Familie bestimme. Die Mutter sei irritiert, da sie trotz der Versicherung der Ärzte immer wieder den Gedanken habe, dass Sven doch unter einer körperlichen Erkrankung leiden könne. Deshalb habe sie auch Verständnis für seine Wutausbrüche, die ja »normal seien, wenn es einem nicht gut gehe«. Hier gerät durch ein zu frühes Ansprechen der psychischen Komponenten der Beschwerden die zunächst notwendige Idealisierung des Therapeuten als einem

Helfer, der den Jugendlichen anders versteht als die Lehrkräfte, in Gefahr. Die Bedeutung des sekundären Krankheitsgewinns wird ebenfalls deutlich.

F6

Der 18-jährige Fabian, mit vormals depressiven Ängsten nach dem Suizid eines nahen Verwandten, entwickelte mit dem Erwachsenwerden kurz vor seinem 18. Geburtstag massive Herz- und Brustschmerzen. Der lang ersehnte Befreiungsschlag aus der erlebten Kontrolle und Einschränkung der Eltern – insbesondere der Mutter – könnte ihm noch kurz vor Vollendung durch diese »schlimme Krankheit mit Todesgefahr« vergönnt sein. Lediglich ein eintägiger Krankenhausaufenthalt mit der ärztlichen Versicherung somatischer Entwarnung ermöglicht ihm dann eine Entlastung. Die Freude über die erreichte Volljährigkeit habe dadurch aber einen massiven Dämpfer erlitten. In den therapeutischen Gesprächen tauchen immer wieder tiefe Ängste vor dem Tod und der Vergänglichkeit des Körpers auf.

F7

Der 17-jährige Tobias wird aufgrund beidseitiger Kopfschmerzen angemeldet, die seit drei Jahren auftreten. Er kommt aus einem leistungsorientierten Elternhaus. Die Mutter ist selbstständig, der Vater arbeitet in leitender Position in einer Firma. Der Patient ist freundlich, höflich und zurückhaltend. Gefühle des Ärgers oder der Unzufriedenheit werden nicht geäußert und durch Verharmlosungen abgewehrt. In der Gegenübertragung bilden sich Schamgefühle im Hinblick auf das eigene Selbst ab. Über die Mutter erfährt die Therapeutin, dass der Patient seinen Ärger stets »herunterschlucke und sich zu viel gefallen lasse«. Er sei in Sorge um die Familie und fühle sich für deren Wohl verantwortlich. Auch im Freundeskreis sei er immer »der Gute« und äußere niemals, wenn ihm etwas nicht gefalle. Er glaube schnell, dass er anderen zur Last falle. Der Jugendliche möchte nach dem Abitur Medizin studieren, wo ein hoher NC bestehe, weshalb er sich momentan täglich in die Schule zwingt.

F8

Seit ihrem zwölften Lebensjahr leidet die heute 16-jährige Pia, ein Adoptivkind, unter einem Asthma bronchiale, vermehrten Rückenschmerzen bis hin zu massiven Bewegungseinschränkungen und Kreislaufzusammenbrüchen. Sie erkrankte immer wieder an Infekten mit Halsschmerzen und Fieber. In der diagnostischen Phase klingen bereits Themen einer gestörten Autonomieentwicklung, Separation und Identität sowie ödipale Konflikte mit den Adoptiveltern an. Die Adoptivmutter ist eine dominante Frau, auf deren Rücken die gesamte finanzielle Versorgung der Familie lastet. Entsprechend fordernd, aber auch gequält

tritt sie auf. Mit dem Adoptivvater teilt diese schon seit Aufnahme der Patientin nicht mehr Bett und Schlafzimmer. In der Adoleszenz verbrachte die Adoptivmutter häufig die Nacht im Bett der Patientin. Die Jugendliche kam im Hinblick auf ihr Selbstverständnis zunehmend in Not und konnte die altersadäquaten Auseinandersetzungen und Abgrenzungsbemühungen schließlich nur in Gestalt von Krankheiten, Organleiden, körperlichen Gebrechen oder psychischer Dekompensation zum Ausdruck bringen und damit die Separation in Beziehung zu den Adoptiveltern legitimieren. Psychodynamisch steckt gleichsam der Wunsch nach echter Zuwendung und Versorgung hinter ihrem Leid. Es zeichnet sich ein Entwicklungskonflikt ab, der seinen Niederschlag zunächst im adoleszenten Körper findet und Fixierungen im ödipalen sowie im präödipalen Bereich hat.

F1b

Die Sitzungen mit dem 13-Jährigen beginnen immer mit einem ausführlichen Bericht über seine körperliche Verfassung der vergangenen Tage. Danach entsteht eine lange Gesprächspause, die für Sven nur schwer auszuhalten ist, sodass er auf dem Stuhl hin und her rutscht. Sonstige Gegebenheiten während der letzten Tage scheinen ihm unbedeutend, stehen für ihn momentan auch nicht im Fokus. Die Konkurrenzkämpfe zwischen seinen Mitschülern, unter denen er laut Aussagen seiner Mutter sehr leide, sind ihm nicht zugänglich. Gefühle der Trauer, Angst und Wut bringt Sven mit seinem körperlichen Befinden in Verbindung. So erzählt er, dass er wütend und verzweifelt sei, weil es ihm nun schon so lange schlecht gehe. Er befürchte, dass seine körperliche Situation sich nie mehr verbessern werde – er im schlimmsten Fall daran sterben könnte. Wut verspüre er nur im Zusammenhang mit dem Unverständnis des Umfelds, das einfach nicht verstehen könne, wie es ihm momentan gehe und Anforderungen an ihn stelle.

F9

Die zu Beginn einer psychoanalytischen Psychotherapie 17-jährige Renate gerät nach dem schnellen, aber qualvollen Tod des Vaters in eine depressive Krise. Sie entwickelte – in Identifikation mit dem ödipal idealisierten, aber von der Mutter getrennt lebenden Vater – körperliche Beschwerden in Gestalt von Kopfschmerzen, Übelkeit und Erschöpfung, welche an die Schmerzen des verstorbenen Vaters erinnern. Szenisch dominierte in der diagnostischen Situation ein anklagend-jammernder Grundton bezüglich der Objekte, welche die Bedürfnisse und die Situation der Patientin nicht im Blick haben – unähnlich wie bei Mutter und Vater, welche die Jugendliche stets in den Mittelpunkt des Geschehens rückten. Bereits in den probatorischen Sitzungen strebte Renate nach rascher Entlastung und schnellen, körperbezogenen Erklärungen ihrer Symptome und neigte dazu, die »Schuld« beim insuffizienten Dritten zu suchen. Die Konflikte mit der Mutter

blieben außen vor. Den Vater schonte sie und vermied dadurch Gefühle der Ambivalenz gegenüber den inneren Elternobjekten. Hinzu kam, dass beide Elternteile, Vater wie Mutter, sozial und intellektuell eher randständig waren, was die Patientin ebenfalls abwehren musste. Die Jugendliche selbst war intelligent und besuchte das Gymnasium. In der Ungetrenntheit mit den Eltern musste sie auch deren Ehre und Gratifikation aufrechterhalten.

2. Psychotherapeutische Interventionen

F10

Die Mutter der 15-jährigen Sabine meldet ihre Tochter zunächst telefonisch an. Trotz des zeitnahen Termins eine Woche später erscheint sie nach zwei Tagen unangemeldet vor der Praxis. Sie ist aufgewühlt, weint und schildert verzweifelt, dass Sabine nicht mehr zur Schule gehe. Sie wisse nicht mehr weiter und bräuchte einen »Notfalltermin«. Nach einer kurzen Phase der »Beruhigung zwischen Tür und Angel« lässt sie sich dann auf den bereits vereinbarten Termin vertrösten. Im Elterngespräch schildert sie dann, dass Sabine jeden Morgen mit Bauchschmerzen zu kämpfen habe und befürchte, sich übergeben zu müssen, was jedoch noch nie passiert sei. Sabine selbst berichtet, dass sie sich jeden Morgen zwingen, in die Schule zu gehen, was sie nun jedoch nicht mehr bewältigen könne. Sie wirkt verzweifelt, hat Tränen in den Augen und in der Gegenübertragung machen sich Gefühle der Hilflosigkeit bemerkbar, verbunden mit dem Wunsch, Sabine möglichst schnell die nötige Unterstützung zukommen zu lassen. Trotz des schnellen Therapiebeginns wird bereits während der probatorischen Sitzungen der Druck durch die Mutter deutlich, welche sich nach jeder Therapiesitzung von Sabine beklagt, dass »es noch nicht besser geworden« sei. Im nächsten Schritt werden deshalb gemeinsam realistische Therapieziele erarbeitet, sodass die Erwartungshaltung der Mutter mit den therapeutischen Möglichkeiten abgeglichen wird und damit zu weniger Druck bei allen Beteiligten führt.

F11

Der 18-jährige Dennis erscheint in einer akuten Krisensituation nach dem gewaltsamen Tod des Vaters durch ein Tötungsdelikt zum Erstgespräch. Er zeigt eine massive Belastungsreaktion mit somatischen Symptomen wie Kopf- und Halsschmerzen, Herzbeschwerden und Atemnot.

Gehäuft treten diese somatischen Reaktionen bei Anforderungen im Alltag und in der weiterführenden Schule auf. Dazu offenbart die Psychodynamik eine am-

bivalente Beziehung zur Mutter, die zwischen Versorgungsansprüchen und Abweisung aufgrund von Verschmelzungsängsten pendelt; mit dem idealisierten Vater, der sich eher lustvoll und spontan präsentierte, ist der Junge identifiziert. Aktuell strebt der Patient nach symbiotischen, versorgenden Objektbeziehungen. Jegliches Scheitern dieser Ansprüche führt zu Rückzug und körperlichen Symptomen. In der therapeutischen Beziehung spiegeln sich die Beziehungsangst und gleichzeitig die Bedürftigkeit des Patienten wieder. Zu Beginn kommt es immer wieder zu Ausfällen aufgrund von Krankheiten. In einer Stunde nach einer längeren Unterbrechung klagt der Patient, wie so oft, über massive, quälende Kopfschmerzen. Der Therapeut, der durchaus Ärger über die wiederholten Terminversäumnisse verspürt, verzichtet auf aufdeckende und deutende Interventionen, sondern lässt sich auf ein interessiert-zugewandtes Gespräch über scheinbar belanglose Dinge ein. Die zuvor angespannte Atmosphäre lockert sich dann erkennbar. Am Ende der Stunde hält der Patient lächelnd im Türrahmen inne und äußert gegenüber dem Therapeuten: »Ach, irgendwie ist mein Kopfweh weg.«

F12

Die neunjährige Nora leidet unter immer wiederkehrenden Bauchschmerzen. Sie ist im Hinblick auf die Deutung ihrer Körpersignale sehr auf Hilfe von außen angewiesen. Dies wird offensichtlich, als sie in einer Stunde plötzlich das Spiel mit einem Ausdruck von Schmerz unterbricht und zur Toilette geht. Kurze Zeit später kommt sie unverrichteter Dinge zurück. Das Spiel bleibt von da an unkonzentriert, da sie sichtlich mit ihrem Körper beschäftigt ist. In einem Gespräch, das ihr altersangemessen peinlich ist, wird deutlich, dass sie ihre Körpersignale nicht differenzieren kann. Sie berichtet zudem, dass die Mutter ihr bei der Reinigung nach der Toilette noch behilflich sei und sie abends und morgens lange Zeit mit diversen Spielzeugen auf der Toilette sitze.

F12a

In der Therapie mit Nora war die Therapeutin lange Zeit Projektionsfläche für aggressive und Angst machende Phantasien, die das Mädchen teils in ihren Rollenspielen, teils in Enactments zum Ausdruck brachte. Kompensatorisch statet sie die Therapeutin in ihrer Fantasie idealisierend mit einem großartigen Haus aus, an dem Stunde um Stunde gemalt wurde. In diesem und anderen Spielen gab es in der Gegenübertragung keinerlei Raum für eigene Gedanken oder Gefühle. Es dominierte ein andauerndes fremdes Gefühl von »Gesteuertwerden«. Als die Therapeutin beginnt, sich mit ihren Gefühlen einzubringen, reagiert das Kind verwirrt und bricht das Spiel ab. Einmal will Nora wissen, ob die Therapeutin, die wie gelähmt und ohne etwas zu verstehen neben dem Sandkasten sitzt, ihr Spiel gut findet. Mit der Bemerkung, dass sie nichts verstehen könne, wenn Nora

Geräusche von sich gebe und ihr ihre Gedanken nicht mitteile, ändert sich etwas. Nora kann die teilnehmenden Fragen allmählich zulassen und es entwickelt sich zum ersten Mal ein Spiel, das Bedeutung bekommen darf: Eine Giftspinne, die nichts von ihrer Giftigkeit weiß, wundert sich über die Reaktionen der anderen, die vor ihr weglaufen. Sie sucht die Gründe für dieses Verhalten der anderen immer im Außen. Damit ist ein Projektionsmechanismus symbolisch darstellbar geworden, der nun der Bearbeitung zugänglich ist.

F12b

Zu einem weiteren Termin kommt Nora humpelnd in die Stunde, was die Folge eines wüsten Zusammenstoßes bei einem Handballspiel sei. Sie dramatisiert die Schmerzen mit schmerzverzerrter Miene. Wir reden über die Wut auf das Kind, das sie angerempelt hat, und die Ohnmacht gegenüber dem Trainer, der nach ihrer Meinung nicht angemessen eingegriffen habe. Am Ende der Stunde stellt Nora erstaunt fest, dass ihr nichts mehr wehtue. Vielleicht weil sie mit der Therapeutin gesprochen habe, meint sie. Die Therapeutin kann jetzt als hilfreiches Objekt wahrgenommen werden, mit der es sich zu sprechen lohnt. Die Kommunikation geht nun über die Fixierung auf den körperlichen Schmerz hinaus.

F13

Der 17-jährige Tom kommt auf Empfehlung seines Hausarztes, weil er seit drei Jahren unter schmerzhaften Darmkoliken mit Durchfall leide, für die keine somatischen Ursachen gefunden werden konnten. Die Mutter hat eine schwere, angeborene Krankheit, welche der Patient jedoch nicht geerbt hat. Im Laufe seiner Entwicklung wurde der 17-Jährige mehrfach Zeuge von schweren Anfällen, die von allen Beteiligten heruntergespielt werden und über die innerfamiliär auch nicht gesprochen wird. Tom ist ein äußerst gehemmter, zurückhaltender junger Mann, der Konflikten aus dem Wege geht, sehr wohl aber Spannung und Aggression in seinem Umfeld feinfühlig wahrnimmt. Er ist zu Beginn der Therapie nicht in der Lage, über etwas anderes als seine körperliche Befindlichkeit zu sprechen. Erst im Verlauf der Therapie und durch die aktive Unterstützung der Therapeutin entwickelt er allmählich ein Gespür für den Zusammenhang zwischen vergangenen oder erwarteten, spannungsgeladenen Beziehungsepisoden und dem Auftauchen des Symptoms.

F8a

Nach zweijähriger analytischer Langzeitbehandlung der unterdessen 18-jährigen Pia konnten die Autonomie- und Identitätskonflikte im Zusammenhang mit der gesamten Familiensituation, den Adoptiveltern und dem Bruder intensiv angesprochen werden. Dabei verschärfte sich allerdings der Konflikt zwischen dem

therapeutischen Raum und der Loyalität zu den Elternobjekten. In dieser Zeit verschlechterte sich der psychosomatische Anteil der Asthmaerkrankung massiv. Es wiederholten sich mehrere Krankenhausaufenthalte in verschiedenen Kliniken. Der somatische Druck und die entsprechenden Maßnahmen wurden verschärft (z. B. erhöhte und längere Cortisongaben und weitere Medikamente). Der Fortbestand der Psychotherapie geriet dadurch ins Wanken, und Zweifel, ob dies noch hilfreich sei, kamen auf. Der körperliche Zustand der Patientin erschien dramatisch, die Hilfe und Zuwendung des Therapeuten nur unzureichend. Die Jugendliche musste Termine absagen und eine mögliche Therapiepause – oder gar ein Therapieabbruch – stand im Raum. Atmosphärisch machten sich beim Therapeuten Ängste vor Scheitern, Insuffizienzgefühle, aber auch Ärger und Impulse der Ausstoßung angesichts der Wucht des Geschehens breit. Aufgrund des zunehmenden Autonomiedrucks war es zu einer Resomatisierung gekommen, welche das Hilfreiche der Therapie infrage zu stellen drohte.

F12c

Die schon mehrfach erwähnte neunjährige Nora verbringt, besonders vor Schulbeginn, aufgrund kolikartiger Bauchkrämpfe lange Zeit auf der Toilette. Dies führt zu Schulversäumnissen mit entsprechenden Leistungseinbußen, welche die Schullaufbahn des Mädchens am Übergang in die weiterführende Schule gefährden. Die Patientin ist das einzige, lang ersehnte Kind eines altersmäßig fortgeschrittenen Elternpaares. Wie sich im Verlauf der begleitenden Elterngespräche herausstellt, hält das Kind die seit vielen Jahren konflikthafte Ehe der Eltern zusammen. Darüber hinaus fungiert Nora als narzisstisches Selbstobjekt des Vaters. Das Mädchen soll die Entbehrungen seiner kargen Kindheit entschädigen. Die Mutter, welche in ihrer Mutterrolle schwer verunsichert erscheint, offenbart ein ambivalentes Beziehungsangebot, bei welchem Unsicherheit mit Überversorgung, Wut mit Nachgiebigkeit reaktionsbildend beantwortet wird. Die Konzentration auf das körperliche Wohlergehen des Kindes ist von Beginn an auffallend. Sowohl der Vater als auch die Mutter unterhalten je duale Beziehungsmuster zum Kind. Die sozialen Kontakte des Mädchens beschränken sich hauptsächlich auf Erwachsenenkontakte. Den Eltern fällt es schwer, die Dreiersituation der begleitenden Psychotherapie auszuhalten. Unter dem Vorwand, Nora nicht alleine lassen zu können, kommen sie immer wieder einzeln und versuchen, die Therapeutin in ein Bündnis gegen den Ehepartner zu ziehen, u. a. indem sie sich über den jeweils Abwesenden beklagen. Hier kommt es nun darauf an, den triangulären Raum exemplarisch zu ermöglichen, indem die Klagen zwar angehört, aber das Bündnis nicht eingegangen wird.

F12d

Als Nora die Therapie nach 150 Stunden beendet, hat sie seit einigen Wochen keine Bauchschmerzen mehr. Sie hat in einer weiterführenden Schule Freundinnen gefunden, mit denen es ab und an altersgemäß zu Konflikten kommt. Schulver-säumnisse traten ebenfalls längere Zeit nicht mehr auf. Die Eltern führen nach wie vor eine schlechte Ehe und es fällt ihnen schwer, ihr Kind in seiner progres-siven Entwicklung zu unterstützen. Sie können die Patientin nur mühsam aus ihrer Funktion als Vermittlerin in Ehekonflikten entlassen. So ist es sicher nicht zu einer reifen Triangulierung gekommen. Das Kind hat jedoch eine Erweiterung seiner sozialen Kompetenzen erfahren. Es ist zunehmend in der Lage, Konflikte als solche wahrzunehmen und selbstständig auf der Beziehungsebene auszutra-gen. Die Mutter ist erleichtert, dass die morgendlichen Kämpfe, bei denen es um Vermeidung über das Präsentieren von Schmerzen ging, aufgehört haben. In ihrer letzten Stunde findet Nora in ihrer Kiste unvollendete Sachen. Traurig stellt sie fest, dass sie diese in der verbleibenden Zeit nicht mehr zu Ende gestalten wird. Auf ein Herz, das sie einmal für ihre Mutter gebastelt hatte, malt sie nun ein Dreieck. Das Dreieck, verstanden als ödipales Dreieck, wird die weitere Ent-wicklungsaufgabe sein, welche Nora und ihrer Familie noch bevorsteht.

F13a

Der bereits oben erwähnte Tom kann zum Ende der Therapie erkennen, wie ohnmächtig, hilflos und wütend er sich in der Schule bei Konflikten mit Gleich-altrigen oder zu Hause während Auseinandersetzungen mit seinem Vater, dem er Respekt schuldet, fühlte. Dieselben Gefühle traten auf, wenn er den Eindruck hatte, seine Mutter schonen zu müssen, oder beim Versuch, mit Mädchen in Kon-takt zu kommen. Er beginnt, einen Zusammenhang zu seinen Symptomen herzu-stellen, und stellt fest, dass sie zwar nicht ganz weg sind, er jedoch nicht mehr in Panik verfällt und weiß, dass sie bald wieder vorbei sein werden. Zudem kann er unterscheiden, ob er sich falsch ernährt hat, also zu fettig gegessen oder zu viel Alkohol getrunken hat, oder ob es Stress und Spannungen sind, die ihm zusetzen.

*Thomas F. Lehmann, Zweibrückerstr. 50, D-66538 Neunkirchen,
praxis.lehmann@o2online.de*