

Karzinomschmerz – ein dissoziatives Phänomen? *

Kommentar [??1]:

Mechthilde Küttemeyer, Köln-Hürth

Zusammenfassung

Der Karzinomschmerz weist Paradoxien auf, die gängigen nozizeptiven Schmerzvorstellungen widersprechen: Initiale Schmerzabwesenheit, dann exzessiver, häufig morphin-resistenter Schmerz, der aber unter bestimmten emotionalen und kommunikativen Bedingungen verschwinden kann. Anhand von Krankenbeispielen wird die Frage erörtert, ob in diesen Fällen der Karzinomschmerz ein dissoziatives Phänomen darstellt. Ein rezeptives, erinnerungsförderndes ärztliches Vorgehen wäre dann indiziert. Die rezeptive Einstellung ist bereits eine Voraussetzung für das Wahrnehmen der dissoziativen Symptome.

Stichworte: Dissoziativer Karzinomschmerz, Erinnerungsschmerz, rezeptive ärztliche Haltung, Alphabet der Affekte, Klage als Medikament

Abstract: Pain in malignant disease – a dissociative phenomenon?

Pain in malignant disease shows paradoxes that contradict established nociceptive perceptions of pain: initial absence of pain, then more excessive, often morphine-resistant pain that, however, can vanish on particular emotional and communicative conditions. The question if pain in malignant diseases can be considered a dissociative phenomenon in these cases will be discussed on the basis of disease examples. A receptive, memory-aiding medical approach would then be indicated. The receptive attitude is already a precondition of apprehending dissociative symptoms.

Key words: Dissociative carcinoma-pain, memory-pain, receptive medical attitude, alphabet of affects, narrative treatment

Nutzen und Versagen der Tumoralgesie

Schmerzbehandlung nimmt einen großen Raum in der Onkologie ein. Kein Krebskranker muss unerträgliche Schmerzen erleiden, heißt die Devise. Selbst wenn kausale Therapie nicht mehr möglich, der Tumor nicht zu entfernen ist, bleibt die palliative Analgesie zentrale ärztliche Aufgabe. Es wurden Leitlinien der Tumoralgesie entwickelt und damit auch restriktive gesetzliche Bestimmungen der Opiatverordnung gelockert. Schmerzbekämpfung ist zum vordringlichen Ziel der Palliativmedizin und Schmerzlosigkeit ihr Erfolgskriterium geworden. Dennoch bleibt die onkologische Schmerzbehandlung in einigen Fällen problematisch, der Schmerz scheint zuweilen allen pharmakologischen Strategien zu trotzen. Gerade diese resistenten Fälle sollen uns hier interessieren. Sie können Anlass sein, konzeptuelle Fragen zuzulassen und über das Wesen des Karzinomschmerzes neu nachzudenken.

* Psychotherapie im Alter PiA 6 (2009) 325-337 Heft 3

Karzinomschmerz – ein paradoxes Phänomen ¹

Der Karzinomschmerz zeigt Besonderheiten, die gängigen Schmerzvorstellungen widersprechen. Er ist von Anfang an ein paradoxes Phänomen: Zunächst irritiert er – selbst bei raschem Tumorwachstum – durch seine Abwesenheit, sodass bei vielen Betroffenen die Frühdiagnose verpasst wird. Im Verlauf setzt dann ein exzessiver Schmerz ein, der gelegentlich auch auf hohe Morphindosen nicht anspricht – so als ob das vorher nicht erlebte Schmerzquantum jetzt nachgeholt werden müsste. Umgekehrt kann ein hartnäckiger Karzinomschmerz unter bestimmten Bedingungen plötzlich – vorübergehend oder anhaltend – verschwinden.

Während eines Gesprächs über den bevorstehenden Tod mit seinem Stationsarzt hatte ein 60-jähriger Handwerker mit inoperablem Magenkarzinom zunächst seine morphinresistenten Schmerzen verloren. Als der Oberarzt ihm jedoch, um ihn zu schonen, baldige Besserung versprach, kehrten die Schmerzen zurück. Dieser Wechsel offener und zudeckend-stützender Gespräche wiederholte sich in den folgenden zwei Wochen mehrmals, jeweils mit demselben Effekt der Schmerzbefreiung und der -exazerbation, bis der Patient das Angebot des Stationsarztes zurückwies und, an der Hoffnung auf Besserung festhaltend, unter andauernden Schmerzen starb.

Karzinomschmerz und Kommunikation

Die wichtigsten Erfahrungen, auf denen meine Überlegungen basieren, sind:

1. Eine neunjährige Konsiliararbeit 1976–1984 als Neurologin in der Strahlenabteilung des Klinikums Charlottenburg in Berlin und
2. eine dreijährige Fall- und Team-Supervision (zusammen mit Prof. Köhle) 1986–1988 auf der Palliativstation des Klinikums der Universität zu Köln (Leiter: Prof. Pichlmaier).

In beiden Bereichen erlebte ich regelmäßig überraschende, dem Fallbeispiel vergleichbare Situationen, die konzeptuelle und diagnostische Fragen aufwerfen. Ist der Karzinomschmerz nur ein organisches, durch den Tumor verursachtes Phänomen, ist er nicht auch, und häufig maßgeblich, durch ganz andere – situative, emotionale, kommunikative – Gegebenheiten bestimmt?

Meist wurden Konsile erbeten, wenn die Schmerzmedikation, selbst hohe Opiat-Dosen, nicht wirkte. Immer wieder ergab sich folgende Szene: Im Verlauf der Schmerzanamnese beginnen die Patienten, weinend über den schmerzhaften Abschied, das Sterben, zu klagen. Ungelöste Lebensklagen werden plötzlich laut: »Ich weiß nicht, wer mein Vater ist, das hat meine Mutter mir nie gesagt« Oder: »Niemand weiß von meinem unehelichen Kind ... von meiner Vergewaltigung im Krieg«. Ich höre als Ärztin reglos zu, bis die PatientInnen ihre Mitteilungen spontan beenden. Die neurologische Untersuchung kann dann fortgesetzt werden; der Schmerz scheint abgeklungen zu sein.

Einmal ergänzte die Stationschwester: »Das kennen wir, der Schmerz klingt ab, sobald die Patienten über Schmerzhaftes sprechen können«. Ich vereinbarte in solchen Fällen: »Sagen sie mir Bescheid, wenn der Schmerz wieder auftritt«. Anrufe erfolgten nicht. Nach

¹ Die Beobachtungen, die ich hier zur Diskussion stelle, entstammen dem größeren Kontext einer »sensiblen psychosomatischen Neurologie«, die sich – in Anlehnung an die Neurologen Sigmund Freud (1888, 1893), Kurt Goldstein und Viktor von Weizsäcker (Rimpau 2008) und als Gegengewicht zur apparativen und aktiven Neurologie – auf die körperlichen Empfindungen der Patienten konzentriert (Schwindel, Schmerz, Übelkeit, Müdigkeit, Unruhe), auf die Selbstwahrnehmung und ihre Beziehung zu den Affekten (Kröger 1989, Küttemeyer 2003), auf die subjektiven Aspekte neurologischer Erkrankungen überhaupt (Masuhr u. Neumann 2007, Lamprecht 1979, Küttemeyer u. Masuhr 1981, Kölmel 1984, Küttemeyer u. Schultz-Venrath 1990 und 1996, Küttemeyer et al. 2005). Dieses klinische Projekt erfordert eine rezeptive Haltung, die die Langsamkeit, das Zuhören und die Sprache als kommunikatives Diagnostikum einsetzt, z.B. bei den Auren epileptischer und dissoziativer Anfälle (Rimpau 1999, Schöndienst 2004, Schwabe et al. 2008, Wolf 2005) und bei Schmerzen (Küttemeyer 2003a). In verschiedenen Kliniken wurde so über viele Jahre eine neue Perspektive der Neurologie, Epileptologie und Psychosomatik entwickelt.

einem Konsiliargespräch war der Schmerz offenbar anhaltend verschwunden oder doch deutlich gemildert. Das bedarf der Erklärung.

Wie war es möglich, dass die PatientInnen der Strahlenabteilung so rasch »über Schmerzhaftes sprechen« konnten und ihre Klage, ihr zentrales Problem vorbrachten? Dies hatte wohl mit der in der Neurologie eingeübten rezeptiven Haltung zu tun, mit der die Schmerzanamnese erhoben wurde: Den Patienten wird die Führung überlassen, sie bestimmen, was sie über ihre Schmerzen mitteilen wollen. Durch aufmerksames Zuhören wird ihnen vermittelt, dass alles Mitgeteilte wichtig ist, um den Schmerz gemeinsam zu verstehen. Hilfreich ist allenfalls eine offene Frage (»wie fühlt sich der Schmerz an«?), damit es ihnen gelingt, dessen Eigenart in Worte zu fassen. So entsteht Raum für die je eigene Schmerzempfindung des Patienten, für sein je individuelles Schmerzerleben, das nahe der biografisch gemachten Schmerzerfahrung liegt, um nicht zu sagen: mit dieser identisch ist. Das Äußern der Schmerzerfahrung bei einem verstehenden, mitfühlenden Gegenüber kann, wörtlich verstanden, den Schmerz wirklich von innen nach außen – in die Beziehung – bringen. Manchmal scheint ein Affektausbruch mit Weinen allein Schmerzbefreiung zu bewirken.

Eine 40-jährige Frau F. ruft in der Klinik an, sie habe Leukämie; nach der Chemotherapie sei das Blut frei von bösartigen Zellen, sie habe aber seitdem unerträgliche Schmerzen im ganzen Körper, die verordneten Schmerzmittel würden nicht helfen. Als ihr erklärt wird, dafür sei zunächst die Schmerzambulanz der Anästhesieabteilung zuständig, entsteht eine Stille und anfangs ein leises, dann ein lauterer Schluchzen, das in heftiges Weinen übergeht. Dazwischen kommen einzelne unverständliche Worte, dann: »Entschuldigung, dass mir das passiert«. Nach 15 Minuten sagt die Patientin ruhig und klar »Danke« und hängt ein. Drei Wochen später sucht mich ihr Ehemann in der Sprechstunde auf. Seine Frau wolle sich bedanken, sie habe seit unserem Gespräch keine Schmerzen mehr. Die Schmerzambulanz habe sie vorerst nicht gebraucht.

Bei der supervisorischen Arbeit auf der Palliativstation konnten solche Beobachtungen bestätigt und vertieft werden. Es handelte sich um die kleine Modellstation für Palliativmedizin im oberen Stock des Bettenhochhauses der Uniklinik Köln, die auf Initiative des Leiters der Chirurgischen Klinik Prof. Pichlmaier 1983 eingerichtet worden war, damals einmalig in Deutschland. Seit 1993 besitzt die Palliativmedizin in Köln ein eigenes Haus mit 15 Patientenzimmern und mit Räumen für Angehörige und für lernende Gäste, das Mildred-Scheel-Haus (Pichlmaier u. Jonen-Thielemann 2003) .

Anlass, psychosomatische Supervision ab 1986 in die Arbeit einzubeziehen, war die enorme Fluktuation der Schmerzintensität, die bei vielen Patienten beobachtet wurde und die medizinisch nicht zu erklären war. Vor allem der für die Schmerzbehandlung zuständige Anästhesist Dr. Zech erhoffte sich mit psychosomatischer Hilfe, dieses rätselhafte Phänomen besser zu verstehen und angemessener damit umgehen zu können.

Auf der Station wurde eine dichte Kommunikation gepflegt und gefördert, die vor allem im »Wohnzimmer« zwischen den Patienten untereinander und auch mit ihren Angehörigen stattfand (Pichlmaier u. Jonen-Thielemann 2003). Ein Fokus der Supervision lag darauf, die Veränderungen der Schmerzintensität in Abhängigkeit von der inneren Haltung und der jeweiligen Mitteilungs- und Kommunikationsfähigkeit der Patienten zu verstehen. Auch andere körperliche Beschwerden wurden – als Hinweis auf die latente affektive Befindlichkeit – besonders beachtet.

Ein Patient machte aus seinem Liebesgefühl zu einer Krankenschwester kein Geheimnis. Er schenkte ihr eine Rose und hatte in dieser Zeit keine Schmerzen. Nach der Entlassung traten zu Hause wieder starke Schmerzen auf.

Schmerzen gingen auch zurück, wenn über den Tod gesprochen werden konnte: *Zwischen zwei Ehepaaren entstand bei häufigen Gesprächen zu viert im »Wohnzimmer« eine innige Freundschaft. Die beiden Patienten hatten in dieser Phase, anders als zuvor, keinerlei Schmerzprobleme. In aller Offenheit wurde gleichsam vertraglich gemeinsam besprochen, dass nach ihrem Tod die beiden zurückbleibenden Partner sich lieben und miteinander leben dürften und sollten.*

Unter stärksten und resistentesten Schmerzen litten diejenigen Patienten, die noch auf Heilung durch eine aktive Behandlung hofften und die ihre Kachexie durch neue Kleider und Schminke zu verdecken suchten. Die eindrucksvollste Schmerzreduktion dagegen ergab sich, wenn »über Schmerzhaftes« zu sprechen möglich war, wenn »Lebenswunden« und lange gehütete Geheimnisse ausgesprochen werden konnten: die weit zurückliegende heimliche Schwangerschaftsunterbrechung, von der selbst nahe Angehörige bis heute nichts erfahren durften, das uneheliche Kind, von dem die Familie nichts weiß, die Vergewaltigung bei Kriegsende, über die aus Scham und Angst nie erzählt werden konnte. Solche PatientInnen standen unter einem rigiden Schweigegebot, sie hatten bis zur Veröffentlichung enorme Widerstände zu überwinden.

Die ersten Mitteilungen dieser Art erfolgten fast immer in derselben Form, gleichsam probeweise: Eine Schwesternschülerin oder ein Praktikant wurden zunächst ins Vertrauen gezogen; zwei oder drei Tage später aber – wenn die magisch befürchtete Strafe für das Geständnis nicht eingetreten war – konnten die Betroffenen »offiziell« auch bei der Ärztin oder sogar in der Patientenrunde über das Thema sprechen.

Trat bei einem Patienten eine überraschende Schmerzerleichterung ohne eruierten Grund ein, stellte sich später heraus, dass dieser doch einem Pfleger oder Mitpatienten zuvor etwas Wesentliches anvertraut hatte. Geheimnisse wurden als erstes oft einer Nonne – einer Karmelitin – erzählt, die einige Monate auf der Station praktizierte. Bei der Vertreterin des Ordens, in dem wochenlanges Schweigen geübt wird, empfanden die Patienten offenbar ihre heiklen Mitteilungen am besten aufgehoben. Die Karmelitin ging souverän mit dem Anvertrauten um. Sie berichtete im Team: »Ich habe wieder etwas erfahren, von Frau R. ... Herrn B«. Das genügte, um die gleichzeitige Besserung der Schmerzen zu verstehen. Der Inhalt der Mitteilung wurde durch die Patienten selbst innerhalb weniger Tage weiter veröffentlicht.

Der Schmerz, die Schmerzbefreiung war ein besserer Indikator, dass etwas Befreiendes geschehen war, als das seelische Befinden, das sich oft nicht gleichsinnig besserte, im Gegenteil. Die Patienten hatten ein lebenslanges Schweigegebot gebrochen und wurden danach unruhig und unsicher. Sie litten unter Schuldgefühlen, Angst und körperlichen Angstäquivalenten wie Herzrasen, Bluthochdruck, Schwindel, Luftnot und Schweißausbrüchen. Diese »Verschlechterung« des Befindens konnte aber in der Regel aufgefangen und durch bestätigende Deutung gemildert werden: »Jetzt sind Sie dabei, lebensfeindliche Bindungen abzulegen. Durch Sprechen über Schmerzhaftes in ihrem Leben haben Sie unbekanntes Gebiet betreten. Das macht Angst, wir sind da und begleiten Sie.«

Diskussion: Karzinomschmerz dissoziativ oder nozizeptiv

Der Karzinomschmerz scheint sich häufig nach affektiven und kommunikativen Bedingungen zu richten. In anderen Fällen lässt sich der Schmerz überwiegend nozizeptiv als Druck des Tumors auf sensible Nerven erklären; dann hat die medikamentöse Analgesie meist auch die erwünschte und erwartete Wirkung.

Wenn Schmerzen bei bösartigen Erkrankungen sich so unterschiedlich verhalten, drängt sich die Frage auf, ob es sich um verschiedene klinische Phänomene handelt oder ob es nur einen einzigen Karzinomschmerz gibt, bei dem je nach geistig-psychisch-sozialer Konstellation – und je nach Einstellung des Arztes – komplementäre Facetten in den Vordergrund treten.

In dieser Untersuchung interessieren besonders die morphinresistenten Schmerzpatienten, die in der Regel weniger beachtet und verstanden werden. Schmerzhaftes, im Körpergedächtnis eingekapselte Erlebnisse können eine Verwandlung, eine Konversion in Körperschmerz erfahren. Der Begriff Dissoziation benennt denselben Vorgang mit einem anderen Wort, von der körperlichen Seite her: Eine Körperfunktion – hier das Schmerzempfinden – wird abgespalten, dissoziiert und in den Dienst der Schmerzerinnerung und Schmerzveröffentlichung gestellt. Ein nozizeptiver (durch lokale Schädigung entstehender) Karzinomschmerz wird aufgegriffen und als Spur benutzt, um einer weit zurückliegenden traumatischen Erfahrung Ausdruck zu verleihen. Er wird so zum

dissoziativen – oder dissoziativ ausgestalteten – Karzinomschmerz. Dieser Erinnerungsschmerz zeigt eine eigene Symptomdynamik.

Auch die Manifestation eines primär dissoziativen Schmerzes – ohne realen nozizeptiven Karzinomschmerz als Vorlage – ist möglich (wie im Beispiel von Frau F.). Die durch Attribute wie »Krebs« und »Bösartigkeit« hervorgerufene Vorstellung von Bedrohung und Sterben verbindet sich mit früheren traumatischen Erfahrungen und erzeugt infolge einer katastrophischen Erwartung den dissoziativen Karzinomschmerz.

Tatsächlich zeigt dieser Karzinomschmerz alle Merkmale der Dissoziation, die von Charcot (1886), Janet (1893), Freud (1888, 1893) und Gilles de la Tourette (1891–94) beschrieben wurden – die aber bis heute wenig bekannt sind (Abb. 1): Dieser Schmerz äußert sich exzessiv, anfallsartig und oft unanatomisch, obwohl er eine organische Vorlage benutzt, er zeigt eine spezifische Gegenläufigkeit, eine Resistenz gegen invasive Maßnahmen, aber eine gute Ansprechbarkeit auf rezeptiv-kommunikative Angebote.

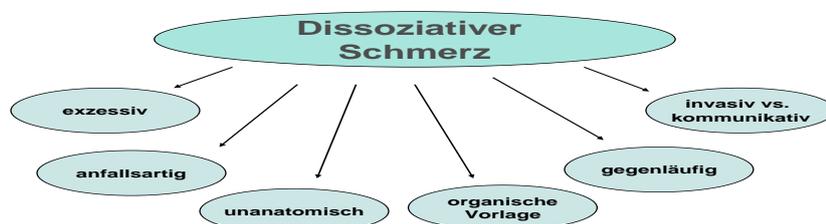


Abb. 1 Merkmale dissoziativer Schmerzen

Die klinischen Merkmale des dissoziativen Schmerzes sind psychodynamisch verstehbar:

1. Exzessive Schmerzäußerungen entsprechen dem hohen »Affektbetrag« angesammelter schmerzhafter Erfahrungen.
2. Das anfallsartige Auftreten hat mit dem Wechsel von Erinnerung und Abwehr zu tun. Bei gelingender Abwehr – und milderem oder fehlendem Schmerz – sammelt sich schmerzhaftes Affektpotenzial an, das sich akut als somatisierter Schmerz Raum verschafft.
3. Der dissoziative Schmerz breitet sich unanatomisch über das nozizeptiv betroffene Nervenareal hinaus in andere Körperregionen aus.
4. Er benutzt den nozizeptiven Karzinomschmerz – oder eine katastrophische Vorstellung – als Vorlage.
5. Die Gegenläufigkeit von Verbergen und Veröffentlichung schmerzhafter Affekte zeigt sich im Verlauf der bösartigen Erkrankung besonders deutlich. Zunächst herrscht die scheinbar unerklärliche pathologische Schmerzunempfindlichkeit vor, dann kommt es zur Schmerzüberflutung.

Wenn diese Kriterien des dissoziativen Karzinomschmerzes erfüllt sind, ist, wie bei jeder somatisierten Dissoziation, alles Invasive, also auch die medikamentöse Analgesie – Medikamente gehen »invasiv« von außen in den Körper hinein – unwirksam oder schädlich. Spätestens wenn Analgetika nicht wirken, ist es therapeutisch notwendig und möglich, sich konsequent auf das Zuhören und auf die Rezeption der Schmerzerfahrung und Schmerzerinnerung einzustellen (6). Wenn die Veröffentlichung alter Traumata gelingt, kann der dissoziative Karzinomschmerz, der quasi überflüssig geworden ist, abklingen².

² Der Begriff »Spontanremission« drängt sich auf, die bei einem Karzinom potenziell möglich ist, was beim internationalen Kongress »Spontanremissionen in der Onkologie« 1997 im Krebsforschungszentrum in Heidelberg dokumentiert wurde (Heim u. Schwarz 1998). Neben infektiologischen immunologischen Abwehrkräften wurden u.a. biografische Bedingungen solcher Remissionen eruiert: überraschende, häufig spirituell angestoßene Autonomisierungs-, Separierungs- und Kommunikationsbewegungen. Die Exazerbation und die »Remission« von Karzinomschmerzen blieben allerdings thematisch ausgespart.

Der Karzinomschmerz folgt also in vielen Fällen den Kriterien der Dissoziation. Was unter dem herkömmlichen nozizeptiven Schmerzkonzept paradox und rätselhaft erscheint, erweist sich bei genauer Beachtung der Kriterien des dissoziativen Schmerzes als plausibel und in jedem Punkt nachvollziehbar³.

Räumliche Qualität der Affekte

Der dissoziative Karzinomschmerz entsteht also durch den Affektdruck eingeschlossener schmerzlicher Erinnerungen. Der nicht geäußerte Leidensdruck entspricht der Intensität des dissoziativen Körperschmerzes; latenter psychischer Schmerz und dissoziativer Karzinomschmerz sind äquivalent (Freud 1895, 212ff.).

Nach Freud (1893/1997, 1895) kann man sich diesen affektiven Innendruck physiologisch-physikalisch vorstellen. Die schmerzliche Erinnerung und der dazugehörige Affekt »besetzen« einen Körperteil und nehmen dort einen Raum ein, der durch Nichtäußerung anwächst, bis ein Überdruck entsteht, der plötzlich als Körperschmerz zum Ausdruck kommt und so eine Teilentlastung erfährt. Der an den dissoziativen Schmerz gebundene »hohe Affektbetrag« (Freud 1893/1997, 25f.) kann durch verbale emotionale Äußerung »abgeräumt« werden (Freud 1895, 212f.; Küttemeyer u. Schultz 1989, 188)⁴.

Je nach im Vordergrund stehenden Affekt kann der Karzinomschmerz den Körper in unterschiedlicher Weise besetzen: Er kann als „Angstschmerz“ unruhigen, den Ort wechselnden Charakter annehmen, verbunden zuweilen mit weiteren körperlichen Angstsymptomen wie Schwindel, Luftnot, Pruritus, Miktionsstörung, Diarrhöe, die jedes für sich auch allein auftreten und die Angst repräsentieren können (Pichelmaier u. Jonek-Thielemann 2003, 191). Der depressive Karzinomschmerz dagegen äußert sich statisch und persistierend, eben de-pressiv. Kältegefühl und Frieren stehen dabei, neben gleichmäßig anhaltendem - gerade nicht anfallsartigen - Schmerz, im Vordergrund. Wenn Hautbeschwerden und Unruhe, z. B. in Form von Restless legs (früher „anxietas tibiaram“ genannt) hinzukommen, wird daran die Angstkomponente des Depressionsschmerzes ablesbar.

Die Zuordnung spezifischer Schmerzäußerungen zu bestimmten Affekten (»das Alphabet der Affekte«) ist diagnostisch und kommunikativ nutzbar. Aus dem geschilderten Schmerzcharakter kann die affektive Befindlichkeit, über die der Patient (noch) nicht sprechen kann, erschlossen werden. Das Ansprechen und Benennen des jeweiligen Affekts (»Ihr Schwindel, Juckreiz, Ihr unruhiger Schmerz ist Angst ... Ihr reglos hockender Schmerz ist Trauer, Sie haben eine Enttäuschung, den Verlust zu ver-schmerzen«) wird – im Gegensatz zur Etikettierung als »psychogen«, die in der Regel Abwehr erzeugt – von den meisten Patienten verstanden und führt zu weiteren klinisch und biografisch wichtigen Mitteilungen.

Der Patient hat nicht Angst, er *ist* Angst; die körperliche Manifestation ist also nicht die Folge seiner Angst, sondern eine, dem Angstgefühl äquivalente Erscheinungsweise der Angst. Dasselbe gilt für die Trauer. Der dissoziative Karzinomschmerz *ist* die schmerzliche

³ Der dissoziative Schmerz fehlt in der Internationalen Klassifikation; für dieses wichtige und häufige Phänomen gibt es in der ICD-10 keine Rubrik, mit der der dissoziative Karzinomschmerz zu klassifizieren wäre. Die Diagnose »anhaltende somatoforme Schmerzstörung« F45.4 der ICD-10 bildet den dissoziativen Schmerz nicht ab; die Bezeichnung »somatoform« suggeriert eine Ähnlichkeit nozizeptiver und psychogener Schmerzen, die nicht besteht (Küttemeyer u. Masuhr 2008). Der dissoziative Schmerz mit seinen spezifischen Merkmalen ist offenbar nur mit der rezeptiven Haltung – und bei Kenntnis der klinischen Kriterien dissoziativer Störungen (Charcot 1886, Janet 1893, Freud 1888, 1893/1997) – überhaupt wahrnehmbar. Hier zeigt sich, wie viel konzeptuelle Arbeit noch zu leisten ist, um den dissoziativen Karzinomschmerz medizinisch zu orten.

⁴ Man hat Freud diese »physikalische« Denkweise, sein auch räumlich-quantitatives Beschreiben der Energiebewegungen vom Psychischen ins Körperliche und umgekehrt – zu Unrecht und zum Schaden für die Klinik – als Befangenheit in Auffassungen des 19. Jahrhunderts ausgelegt. Die beobachtbare qualitative und quantitative Äquivalenz von Vorgängen im Seelischen und im Körper macht aber den Zusammenhang besonders evident. Wenn dem Psychischen so konkrete, gezielte und messbare Wirkung im Körper klinisch nachgewiesen wird, ist darin gerade das Gegenteil eines Physikalismus zu sehen.

Erinnerung, und seine Variationen, der Angstschmerz und der depressive Schmerz, sind die Angst und die Trauer. So wird noch einmal verständlich, warum der Körperschmerz verschwinden kann, wenn durch das Benennen des jeweiligen Affekts und durch die Mitteilungen des Patienten die andere, die psychische Erscheinungsweise Raum bekommt.

Zur Psychodynamik

Diese Arbeit ist der Beschreibung des dissoziativen Karzinomschmerzes und seiner klinisch diagnostischen Abgrenzung gewidmet. Deshalb seien zur Psychodynamik hier nur einige Denkanstöße gegeben, die dem weiteren Verstehen des klinischen Phänomens, vor allem der paradox erscheinenden Eigenschaften des Karzinomschmerzes, dienen können.

Schmerz spielt bei der Entwicklung der körperlichen Selbstwahrnehmung eine entscheidende Rolle, „und die Art, wie man bei schmerzhaften Erkrankungen eine neue Kenntnis seiner Organe erwirbt, ist vielleicht vorbildlich für die Art, wie man überhaupt zur Vorstellung seines eigenen Körpers kommt“ (Freud 1923, 253). Schmerzfähigkeit ist nach Weizsäcker (1926) ein Indikator für die positive Besetzung des Körper-Selbst. Es ist ein Gefüge da, das nicht schmerzlos gestört werden kann. Bei der initialen Schmerzabwesenheit vieler Karzinomkranker ist die Frage erlaubt, ob diesem Paradox nicht eine Entfremdung dem eigenen Körper gegenüber zugrunde liegt.

Schmerz wird von Weizsäcker (1926) als »sinnlicher Zweifel« beschrieben, der entsteht, wenn das Eigene durch Fremdes bedroht ist. Im Schmerz kämpft der Körper um die Entscheidung, ob das betroffene Organ bei ihm bleibt oder sich trennen muss. Schmerz ist nicht Folge der vollzogenen Trennung, sondern Ausdruck der schwebenden Entscheidung. Solange es schmerzt, sind noch beide Möglichkeiten offen: Heilung, Wiederaneignung oder Vollzug der Trennung, Absterben, Tod oder Teiltod des Organs (Weizsäcker 1926). Freuds Formel (1926) geht in die gleiche Richtung: Angst entsteht *vor*, Schmerz *während* und Trauer *nach* der Trennung, nach dem Verlust.

Der (nozizeptive) Schmerz Karzinomkranker tritt oft erst auf, wenn der »sinnliche Zweifel« über die ungewisse Prognose aufkommt. In Hinsicht auf die beschriebenen Krankenbeispiele für dissoziativen Schmerz ließe sich hypothetisch sagen: Der dissoziative Karzinomschmerz setzt ein, wenn die schwebende Entscheidung im Gange ist, ob die Loslösung von alten Bindungen und Schweigegebote vollzogen werden kann. Sobald die Entscheidung gefallen, die Loslösung erfolgt ist und ein Sprechen über Schmerzhaftes möglich wird, kann sich der dissoziative Schmerz verabschieden.

Wenn der ungünstigen Prognose nicht mehr ausgewichen werden kann, tritt auch Angst auf, und zwar meist in Form der typischen Körperbeschwerden, die erst als Ausdruck der Angst erkannt und benannt werden müssen. Bei der Angst spielt der drohende Verlust der Integrität des Körperbildes eine wesentliche Rolle, vor allem wenn Erfahrungen bedrohter Körperintegrität zuvor im Leben der Patienten besonders verleugnet wurden. Auch der drohende Verlust sozialer Kohärenz durch die bösartige Krankheit kann häufig Angst und Angstschmerz erzeugen. Im empathischen Gespräch mit dem todgeweihten Kranken wird Schmerzlinderung auch dadurch erreicht, dass eine neue soziale Kohärenz gerade über die Schmerzerfahrung entstanden ist. Eine forcierte Abwendung vom Abschiedsschmerz wirkt dagegen Schmerz verstärkend, weil der Patient mit seinem Schmerz allein bleibt.

Fazit

Bei jedem Karzinomschmerz sollte die dissoziative Komponente bedacht und den hinweisenden Merkmalen (exzessiv, anfallsweise, Opiatresistenz) Beachtung geschenkt werden. Sind die Kriterien des dissoziativen Karzinomschmerzes erfüllt, darf und kann aktives und invasives Vorgehen, auch medikamentöse Analgesie, zurücktreten zugunsten rezeptiv-kommunikativer, erinnerungs- und mitteilungsfördernder Angebote. Das Einhalten dieser Regel wird mit Milderung des dissoziativen Schmerzes belohnt.

Literatur

- Charcot JM (1886) Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie. Übersetzt von Sigmund Freud. Leipzig, Wien (Toeplitz u. Deuticke).
- Freud S (1888/1987) Hysterie. GW Nachtragsband. Frankfurt/M (Fischer) 69–82.
- Freud S (1895) Studien über Hysterie. GW 1. Frankfurt/M (Fischer) 75–312.
- Freud S (1893) Quelques Considérations pour une Etude Comparative des Paralysies Motrices Organiques et Hystériques. GW 1. Frankfurt/M (Fischer) 37–55. Deutsch von Marie-Luise Knott u. Mechthilde Kütemeyer (1997) Einige Betrachtungen zu einer vergleichenden Studie über organische und hysterische motorische Lähmungen. Jb Psychoanal 39: 9–45.
- Freud S (1923) Das Ich und das Es. GW 13, Frankfurt/M (Fischer) 235-289
- Freud S (1926) Hemmung, Symptom und Angst. GW 14. Frankfurt/M (Fischer) 111–205.
- Gilles de la Tourette G (1891–95) Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie: d'après l'enseignement de la Salpêtrière. 3 vol. Paris (E. Plon).
- Gilles de la Tourette G (1894) Die Hysterie nach den Lehren der Salpêtrière. Bd 1: Normale oder interparoxysmale Hysterie. Autorisierte deutsche Ausgabe von Dr. Karl Grube. Leipzig und Wien (Deuticke).
- Heim ME, Schwarz R mit Gallmeier W M, Kappauf H, Köbele C, Zürner P (Hg) (1998) Spontanremissionen in der Onkologie. Theoretische Modelle und klinische Befunde. Stuttgart New York (Schattauer).
- Janet P (1893) L'état mental des hystériques. Paris (Alcan). 1. Teil deutsch v. Max Kahane (1894) Der Geisteszustand der Hysterischen. Die psychischen Stigmata. Leipzig Wien (Deuticke). Reprint (2004) Neustrelitz (Antiqua Reprint).
- Kölmeil HW (1984) Visuelle Halluzinationen im hemianopen Feld bei homonymer Hemianopsie. Berlin Heidelberg New York (Springer).
- Kröger G (1989) Was erleben Kranke bei technischen Untersuchungen im Krankenhaus? Beobachtungen einer Pastorin. EEG-Labor 11: 105–108.
- Kütemeyer M., Masuhr KF (1981) Psychosomatische Aspekte in der Neurologie. In: Jores A (Hg) Praktische Psychosomatik. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende der Medizin. 2.Aufl. Bern (Huber) 363–370.
- Kütemeyer M, Schultz U (1989) Frühe psychoanalytische Schmerzauffassungen. Psychother med Psychol 39: 185–192.
- Kütemeyer M, Schultz-Venrath U (1990) Neurologie. In: Adler RH, Herrmann UM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiack W (Hg) Psychosomatische Medizin. 4. Auflage, München Wien Baltimore (Urban & Schwarzenberg) 975–999.
- Kütemeyer M, Schultz-Venrath U (1996) Lumbago-Ischialgie-Syndrome. In: Adler RH, Herrmann UM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiack W (Hg) Psychosomatische Medizin. 5. Auflage, Kap. 66 München Wien Baltimore (Urban & Schwarzenberg) 881–894.
- Kütemeyer M (2003) Das chronische Müdigkeitssyndrom: eine Form der somatisierten Angstneurose. In: Berg PA (Hg) Chronisches Müdigkeit- und Fibromyalgiesyndrom. 2. Aufl.. Berlin Heidelberg New York (Springer) 77–87.
- Kütemeyer M (2003a) Psychogener Schmerz als Dissoziation. Psychother Sozialwiss 5: 320–337 (H 3 »Erzählter Schmerz«).
- Kütemeyer M, Masuhr KF, Schultz-Venrath U (2005) Kommunikative Anfallsunterbrechung. Zum ärztlichen Umgang mit Patienten im Status pseudoepilepticus. Z Epileptol 18: 71–77.
- Kütemeyer M, Masuhr KF (2008) Körperliche Empfindungen als Leitfaden der Diagnostik in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Zur Umfrage der DGPPN für die ICD–11. Köln (Manuskript). AGPN.
- Lamprecht F (1979) Neurologie. In: Hahn P (Hg) Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. IX. Zürich (Kindler) 1–46.
- Masuhr KF, Neumann M (2007) Neurologie. 6. Aufl. Duale Reihe. Stuttgart (Thieme).
- Pichlmaier H, Jonen-Thielemann I (2003) Palliative Chirurgie – Palliativmedizin. In: Hontschik B (Hg) Psychosomatisches Kompendium der Chirurgie. München (Marseille) 185–199.
- Rimpau W (1999) Selbstkontrolle bei Epilepsie. Erinnerungsspuren in der Therapie einer Epilepsiekranken. In: Janz D (Hg) Krankengeschichte. Biographie, Geschichte, Dokumentation. Beiträge zur medizinischen Anthropologie Bd. 2. Würzburg (Königshausen & Neumann) 71–90.
- Rimpau W (Hg) (2008) Warum wird man krank? Weizsäcker-Lesebuch. Frankfurt (Suhrkamp).
- Schöndienst M (2004) Zur differentialdiagnostischen Bedeutung diskursiver Stile bei dissoziativen versus epileptischen Patienten – ein klinisch-linguistischer Ansatz. In: Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (Hg) Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Theorie, Symptomatik, Therapie. Stuttgart New York (Schattauer) 328–342.
- Schwabe M, Reuber M, Schöndienst M, Gülich E (2008) Listening to people with seizures: how can Conversation Analysis help in the differential diagnosis of seizure disorders. Communication Med 5: 53–66.
- Wolf P (2005) Anfallserkrankungen: Diagnostischer Goldstandard Anamnese. In: Schmitz B, Tettenborn B (Hg) Paroxysmale Störungen in der Neurologie. Heidelberg (Springer) 1–5.

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Mechthilde Kütemeyer
Burg Kendenich 17
50354 Köln-Hürth
E-Mail: kuede@arcor.de