

Persönliche PDF-Datei für Ute Backmann

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Das Trauma unter dem Schmerz

DOI 10.1055/a-1839-8308

Schmerz.Therapie 2022; 5: 129–133

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:

© 2022. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 2750-283X

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



Das Trauma unter dem Schmerz

Ute Backmann

Chronische Schmerzen und Posttraumatische Belastungsstörungen gehen oft Hand in Hand. Aus Sicht der (Körper-)Psychotherapie delegiert das traumatische Schmerzgedächtnis seine psychogenen Schmerzen an den Körper. Der körperliche Schmerz überlagert mitunter über Jahrzehnte das psychische Schmerzerleben. Betroffen sind v. a. Menschen mit tiefsitzenden Traumatisierungen in ihrer Kindheit.

ICD F45.4 Die ‚Internationale Klassifikation für Krankheiten‘ (ICD-10) listet unter dem Code „F45.4“ sowohl die ‚Anhaltende somatoforme Schmerzstörung‘ als auch die ‚Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren‘ [1]. Bei der somatoformen Schmerzstörung besteht ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Schmerzerleben und emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen. Dementgegen basiert die chronische Schmerzstörung auf einem physiologischen Prozess, in dessen Folge es zur psychosozialen Beeinträchtigung in vielen Lebensbereichen kommt. Im ICD-11 ist die biopsychosoziale Dimension chronischer Schmerzen für deren Entstehung und Aufrechterhaltung zwar verantwortlich, ungeachtet dessen gilt und wird Schmerz als Ursache für psychische Belastungen diagnostiziert [2, 3].

Schmerz als psychologisches Phänomen

Schmerz stört die Selbstentfaltung

Entgegen der ICD interpretiert die tiefenpsychologische (Körper-)Psychotherapie chronischen Schmerz – auch wenn er aus physiologischen Phänomenen erwächst – als psychologisches Phänomen [4]. Für Elisabeth Waller und Carl Scheidt resultiert das bewusste Schmerzempfinden eines Menschen aus dem komplexen Zusammenwirken „sensorischer, affektiver und kognitiver Funktionen, in die auch aktuelle und frühere Lebenserfahrungen einfließen“ [5]. Somit wird Schmerz – wenngleich unter Beteiligung neuroanatomischer Strukturen – zum subjektiv getönten, sinnlichen und emotionalen Geschehen.

Oft verdeckt der körperliche Schmerz das psychische Schmerzerleben [6]. Ursache chronischer Schmerzen sind biographische Zusammenhänge, innerpsychische Konflikte und dysfunktionale Beziehungsmuster. Und nicht zuletzt blockiert Schmerz als psychologisches Phänomen nachhaltig die Selbstentfaltung der Gesamtpersönlichkeit eines Menschen.

Frühkindliche Traumata Die neurobiologischen Zusammenhänge zwischen Schmerz- und Stressverarbeitung sind hinreichend untersucht. Das fehlende Einordnen kognitiv-emotionaler Bewertungen einer Situation erhöht die Stressreaktion signifikant. Anhaltende Schmerz- und Stressreaktionen führen zur Schmerzüberempfindlichkeit [2]. Besonders frühkindliche Traumatisierungen steigern die Vulnerabilität [7, 8].

Traumatisches Schmerzgedächtnis

Ausschlaggebend für die Einordnung und Verarbeitung eines traumatischen Ereignisses ist nicht das Ereignis an sich, sondern vielmehr die körperliche, geistige, emotionale und soziale Folge existentieller Not [9].

Manche Menschen reagieren auf unverarbeitete (sexuelle) Traumatisierungen mit einer ‚Anhaltenden somatoformen Schmerzstörung‘ (ICD F45.40). Hier „bindet“ der körperliche Schmerz übermächtige Gefühle von Angst, Ekel, Scham oder auch Aggression und Hass. Das traumatische Schmerzgedächtnis erinnert wiederkehrend an nicht verarbeitete Schmerzsituationen und delegiert seine psychogenen Schmerzen an den Körper.

Durch die Fixierung auf den körperlichen Schmerz wird gleichzeitig die Erinnerung an frühe Beziehungserfahrungen ausgeschlossen [10]. Vor diesem Hintergrund wird verständlich, warum viele Menschen, die in ihrer Kindheit von eng(st)en Bezugspersonen vernachlässigt, misshandelt und/oder missbraucht wurden, im Erwachsenenalter den Kontakt zu diesen aufrechterhalten.

Unsichere Bindungserfahrungen

Aus Sicht der Bindungsforschung sind früh(kindlich)e Bindungserfahrungen zu engen Bezugspersonen wesentlich für das menschliche Schmerzempfinden und maßgeblich für die individuelle physiologische Schmerzantwort. Werden Bindungen zu Primärpersonen als unsicher, unzuverlässig oder bedrohlich erlebt, resultiert u. U. eine erhöhte Stressanfälligkeit, eine verminderte Affektregulierung und damit einhergehend eine Verschiebung von

Schmerzwahrnehmung und Krankheitsverhalten [2]. In diesem Sinne interpretiert das ‚Vulnerabilitätsmodell‘ von Waller und Scheidt somatoforme Schmerzstörungen als durch frühe Bindungserfahrungen geprägte Störungen in der Beziehung zum eigenen Körper und in der zwischenmenschlichen Beziehung [5].

Unsicherer Bindungsstil Der enge Zusammenhang zwischen somatoformen Schmerzstörungen und einem unsicheren Bindungsstil zeigt sich bspw. darin, dass unsicher gebundene Menschen ihre körperlichen Beschwerden tendenziell ängstlich verarbeiten und ihre Schmerzen stärker bewerten [2]. Nicht selten steigert eine durch frühkindliche Stressoren bedingte und verstärkte zentrale Sensibilisierung auf den Schmerzreiz die Schmerzempfindlichkeit.

Unsichere Bindungserfahrungen münden schlussendlich auch darin, dass die Betroffenen medizinischen, physio- und/oder (körper-)psychotherapeutischen Beziehungen misstrauisch gegenüberstehen [11]. Im (körper)psychotherapeutischen Therapieprozess offenbart sich bei Personen mit somatoformen Schmerzen zumeist ein unsicheres Bindungsverhalten, das mit einem schädigenden und/oder vernachlässigenden sowie von Ausgrenzung und Verlust geprägten Verhalten der primären Bezugspersonen in der Kindheit korreliert [2, 7].

Merke

Kindliche Traumatisierung und Schmerzerleben
Körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen, emotionale Missachtung oder Vernachlässigung in der Kindheit können für das chronische Schmerzerleben im Erwachsenenalter maßgeblich sein.

KBT-Prozess anhand eines Praxisbeispiels

Keine körperfokussierte physikalische Behandlungsform kann nachhaltig die chronischen Schmerzen von seelisch traumatisierten Patient*innen lindern. Selbst bei optimaler Physiotherapie wird der körperliche Schmerz weiterhin den psychischen Schmerz überlagern und so die psychischen Traumatisierungen immer neu inszenieren.

Reale Körpererfahrung Die ‚Konzentrierte Bewegungstherapie‘ (KBT) nutzt Wahrnehmung und Bewegung als Grundlage von Erfahrung und Handeln. Das Körperliche bildet die Basis für individuell-eigengesetzliche, physische, psychosomatische und psychische Abläufe. Auf diesem Weg wird die Problematik „begreifbar“ [12].

Das konzentrierte Hinwenden auf das eigene Erleben soll tiefe Erinnerungen wiederbeleben und der psychotherapeutischen Bearbeitung zugänglich machen. Körperlich drücken sich die Erinnerungen durch die Haltung, Bewegungen, das Verhalten und auch die Schmerzen aus. Gleichzeitig erleben die Teilnehmer*innen durch den Umgang mit Materialien und Personen einen symbolischen Bedeutungsgehalt.

Merke

Kernelemente der KBT

Für die KBT chronischer Schmerzpatient*innen sind folgende Aspekte entscheidend [13]:

- **Integration des Schmerzes in die subjektive ganzheitliche Wahrnehmung der Patient*innen:**
 - Welche Körperbereiche bereiten mir Schmerzen?
 - Welche Körperbereiche sind schmerzfrei?
- **Differenzierung des Schmerzerlebens:**
 - Wann wird mein Schmerz stärker?
 - Wann wird mein Schmerz schwächer?
- **Symbolisieren des Schmerzes:**
 - Welche Gestalt könnte mein Schmerz haben?
- **liebevolles Zuwenden zum Schmerz**
- **Schmerzgeschichte:**
 - Wann hat mein Schmerz begonnen?
 - Was hat mir Schmerzen bereitet?
 - Wer hat mir Schmerzen zugefügt?
- **(leibliches) Mitempfinden als therapeutische Grundhaltung**

Erstkontakt und Anamnese

Die im Folgenden beschriebene biographische und diagnostische Anamnese der Patientin Johanna S. orientierte sich an der ICD, der ‚Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik‘ sowie der KBT-spezifischen Diagnostik. Selbst bei detaillierter Befragung offenbarten sich in der Körperpsychotherapie weitere behandlungsrelevante Aspekte.

Johanna S. litt seit ihrer Jugend unter starken chronischen Rückenschmerzen. Seit zwei Jahren wurden ihre Schmerzen zusehends schlimmer. Die 53-jährige war seit 28 Jahren verheiratet, hatte zwei erwachsene Töchter und arbeitete in einem Textilfachgeschäft. Nach erfolglosen Therapieversuchen und nicht zuletzt auf Anraten ihres Hausarztes meldete sich die Patientin in einer Praxis für KBT. Beim Erstkontakt bemängelte sie die „schlechte medizinische Versorgung“, war skeptisch hinsichtlich jedweder Therapie und wenig interessiert am KBT-Angebot. In der Anamnese berichtete sie von unzähligen Facharztbesuchen, Medikamenten, orthopädischen Rehabilitationen und Physiotherapie.

— Cave

Therapeutische Reflexion

Zum Therapiebeginn entstand in der Therapeutin das Gefühl, sie müsse bei ihrer Patientin „etwas wieder-gutmachen“ und „ihr die Schmerzen abnehmen.“ Zum Mitgefühl und Mitempfinden gesellte sich auch tendenzielles Misstrauen. Erst nach Reflexion über den scheinbaren Widerspruch – Mitgefühl vs. Misstrauen – wurde mit der Patientin eine KBT über mindestens zehn Einzelsitzungen vereinbart.

Differenzierung des Schmerzerlebens

In der ersten KBT-Phase wurde an der Differenzierung des Schmerzerlebens gearbeitet. Die Therapeutin erklärte Frau S. vorab, ihr die Rückenbeschwerden weder nehmen zu können noch dies zu wollen. Stattdessen sollte die Patientin gemeinsam mit der Therapeutin verstehen, warum sich der chronische Rückenschmerz bei ihr so massiv zeige. Irritiert ließ sich Frau S. auf den Behandlungsprozess ein.

„Für die Körperpsychotherapie ist der Vertrauensaufbau elementar.“

Herzstück dieser initialen Therapiephase war das mitfühlende Begleiten der Patientin beim Erleben und Akzeptieren ihres Schmerzes. Dank der therapeutischen Beziehung konnte Frau S. ihr Schmerzerleben nicht nur besser differenzieren, sondern auch regulieren. Sie entdeckte schrittweise, bei welchen Bewegungen und Haltungen ihre Rückenschmerzen stärker oder schwächer wurden und erweiterte so ihren Bewegungsradius.

Symbolisieren des Schmerzes

Lebenskreis: Spiegel der aktuellen Situation

Nachfolgend wurden Symbole für das Leben und den Schmerz in die KBT integriert. Für den ‚Lebenskreis‘ sollte Frau S. ihrer aktuellen Lebenssituation entsprechende Gegenstände aussuchen. Für sich selbst wählte die Patientin einen Stein. Ein Teddy-Bär stand für ihre Gründungsfamilie, ein Tuch für ihren Beruf und ein Stück Holz für Freizeitaktivitäten. Das sich augenfällig durch die Mitte des Lebenskreises schlängelnde Seil versinnbildlichte ihren chronischen Rückenschmerz (► **Abb. 1**).

Zentrale Bedeutung des Schmerzes Anhand der markanten Positionierung des Schmerz-Symbols erkannte Frau S. nun erstmals die zentrale Bedeutung ihrer Rückenschmerzen für ihre soziale Lebenssituation. Bei der Aufforderung, das Seil aus der Mitte des Lebenskreises herauszunehmen, zögerte die 53-Jährige. Zum einen hatte sie den Wunsch, den Schmerz aus ihrem Leben(skreis) zu entfernen, andererseits aber gehörte „der Schmerz zu ihrem Leben“. Darüber hinaus hatte sie bei familiärem oder beruflichem Stress – Dank der Schmerzen – stets eine Rückzugsmöglichkeit, wodurch der chronische Rückenschmerz auch stabilisierend wirkte.



► **Abb. 1** Symbolischer Lebenskreis. Quelle: U. Backmann.

Grenzen und Bedürfnisse Ohne ihren Schmerz konnte sich Frau S. weder für ihre Grenzen noch für ihre Bedürfnisse einsetzen. Um die „körperlichen Parameter“ der Patientin in ihrer Nähe-Distanz-Regulierung zu identifizieren, wurde eine ‚Grenzziehung‘ durchgeführt. Hierzu reduzierte die Therapeutin ihre körperliche Distanz, während die Patientin nachspürte, wie sich ihre Atmung, ihr Herzschlag, ihre Temperatur und nicht zuletzt ihr Schmerz veränderte.

Lebenslinie: Symbol der Biografie

Im Folgenden wurde biographisch an der ‚Lebenslinie‘ gearbeitet. Wie beim ‚Lebenskreis‘ wählte Frau S. unterschiedliche Gegenstände und Naturmaterialien: Drei bunte Murmeln symbolisierten Johanna S. und ihre Geschwister. Zwei Steine standen für die Eltern. In die Mitte ihrer Lebenslinie legte die Patientin erneut das Tuch (Beruf). Ein weißes und ein schwarzes Ei aus Stein versinnbildlichte die Heirat, zwei kunstvoll verzierte Eier aus Holz die Geburt der Töchter (► **Abb. 2**).

Biografie-Arbeit Dank der Biografie-Arbeit ergaben sich weitere behandlungsrelevante Aspekte: Als Kind erlebte Johanna S. jahrelang das Krebsleiden ihres Vaters, mit 14 Jahren dessen Tod. Die Mutter war mit der Erziehung der drei Kinder überfordert und wurde nach dem Tod des Vaters jahrelang wegen schwerer Depression ambulant und stationär behandelt. Inmitten ihrer Pubertät übernahm die Patientin nicht nur zu viel Verantwortung für die jüngeren Geschwister, sondern auch für die depressive Mutter. Zeit und Raum für Wünsche und Sehnsüchte fehlten im Leben des Teenagers ebenso wie eine lebendige psychosexuelle Entwicklung. Am Ende blieb Frau S. in ihrem Schmerz um den Tod des Vaters allein, eine gesunde lebendige Ablösung fehlte.



► **Abb. 2** Symbolische Lebenslinie. Quelle: U. Backmann.

Förden des Bewegungsausdrucks

Aus Sicht der KBT war der chronische Rückenschmerz der körperliche Ausdruck der unterdrückten Trauer um den verstorbenen Vater und die nicht gelebte Pubertät.

Berührungskontakt

Da sich im KBT-Prozess ein neuer und teils schmerzfreier Körperausdruck der Patientin anbahnte, wurden mit der Therapeutin lustvolle Bewegungen mit sinnlich-sexuellem Ausdruck entwickelt. Das beginnende experimentelle Nachreifen ermöglichte den therapeutischen Berührungskontakt. Durch das Stehen oder Sitzen Rücken-an-Rücken spürte die Patientin die Bedeutung von (körperlichem) Rückhalt. Die Therapiesituation fand einen Übertrag im Vermissen des mütterlichen Rückhalts beim traumatisierenden Tod des Vaters. Vor der Therapeutin gehalten klagte die Patientin mit bebendem Körper über Schmerzen und weinte bitterlich.

Abschlussphase und Fazit

Aus den anfangs anberaumten zehn wurden insgesamt 60 KBT-Therapieeinheiten. Über nahezu drei Jahre wurde – in liebevoller Hinwendung zum körperlichen Schmerz und zum schmerzhaften biographischen Erleben – die zunehmende Integration der Patientin erreicht.

Cave

Therapeutische Reflexion

Im Behandlungsprozess erlebte die Therapeutin – gerade in den wesentlichen Entwicklungsstunden ihrer Patientin – ihr bis dato unbekannte Rückenschmerzen und erfuhr, wie subjektiv Schmerz erlebt werden kann.

Schmerz als Stress-Seismograph In der Abschlussphase würdigte die Patientin ihren Lebensweg und ihre Entfaltungskraft. Der Rückenschmerz verlor seine lebensbestimmende Bedeutung. Er wurde jetzt als wichtiger Lebensbegleiter anerkannt und diente fortan als Seismograph für emotional angespannte Situationen. Frau S. beschrieb ihr inneres Bild des Schmerzes symbolisch als Schmetterlingsraupe in der Metamorphose.

Lebendigkeit Auch erkannte die Patientin, dass sie – über ihren Schmerz hinaus – Aufmerksamkeit und Achtung erfuhr, welche ihr in ihrer Kindheit und Jugend nicht genug zuteilwurden. Im Therapieprozess traute sich die 53-Jährige, ihren (körperlichen) Ausdruck zu finden, zu experimentieren und Lebendigkeit zuzulassen. Ihre Ehe und Gründungsfamilie waren positiv besetzt und gaben ihr Halt.

„Das Ausprobieren neuer Wege löste fixierte Haltungen und linderte die Schmerzen.“

Mütterlichkeit Die Patientin fühlte sich als Mutter schuldig, weil sie aufgrund ihrer Schmerzen und Rehaufenthalte nicht immer für ihre Töchter da sein konnte. Gleichzeitig hatte sie ihre depressive Mutter oft selbst als innerlich und äußerlich abwesend erlebt. Angesichts dieser Ambivalenz begann eine zunehmend affektive und auch als widersprüchlich wahrgenommene innere Auseinandersetzung der Patientin mit ihrer Mutter. Zum Ende der psychotherapeutischen Bearbeitung konnte Frau S. zum ersten Mal mit ihrer betagten Mutter frei und tiefgehend über deren Depressionen, den Tod des Vaters und das Erleben ihrer Jugend sprechen. In der sich neu ordnenden Mutter-Tochter-Beziehung erlebte sich die 53-Jährige jetzt als Erwachsene mit eigener Biographie und affektivem Ausdruck.

Ablösungsprozess(e) Nach dem Auszug der jüngsten Tochter verstärkte sich der Schmerz. Auch hier wurde ein Zusammenhang zum Tod des Vaters erkannt und differenziert: Das als 14-Jährige erlebte Gefühl des Verlassen-Werdens durch den verstorbenen Vater wurde durch das gesunde Ablösen und den Auszug der Tochter reaktiviert. Dieses Gefühl re-inszenierte und triggerte den körperlichen Schmerz. Zum Therapieabschluss war Johanna S. stolz und ein wenig neidisch auf ihre aktiv im Leben stehenden Töchter. Sie plante eine lustvolle Reise mit ihrem Mann im eigens hierzu angeschafften Wohnmobil.

WEITERBILDUNG

Informationen zur Weiterbildung in KBT sind auf der Homepage des ‚Deutschen Arbeitskreises für Konzentrierte Bewegungstherapie e.V.‘ unter www.dakbt.de zu finden. Die Weiterbildung dauert in der Regel vier bis fünf Jahre und wird mit einer schriftlichen und praktischen Zertifikatsprüfung abgeschlossen. Bereits im zweiten Weiterbildungsabschnitt ist das selbstständige Arbeiten mit KBT unter Supervision möglich.

Autorinnen/Autoren



Ute Backmann ist Kultur- und Sozialwissenschaftlerin, Dipl. Sozialarbeiterin, Lehrtherapeutin für ‚Konzentrierte Bewegungstherapie‘ (DAKBT), Supervisorin/Coach (DGSV) sowie Heilpraktikerin für Psychotherapie. Derzeit arbeitet sie als KBT-Therapeutin in der ‚Klinik für Allgemeine Innere Medizin und

Psychosomatik‘ der Universität Heidelberg mit dem Schwerpunkt Traumafolge- und Persönlichkeitsstörungen sowie in freier Praxis als KBT-(Lehr-)Therapeutin und Supervisorin.

Korrespondenzadresse

Ute Backmann
Heinrichstraße 1
64646 Heppenheim
Deutschland
backmann@kbt-heppenheim.de

Literatur

- [1] Dilling H, Freyberger H (Hrsg.). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Hans Huber Verlag; 2012
- [2] Seidler GH, Tesarz J, Streeck-Fischer A (Hrsg.). Psychosomatik in der Schmerztherapie. Stuttgart: Klett-Cotta; 2018
- [3] Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. Das verfolgte Selbst: Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Paderborn: Junfermann Verlag; 2008
- [4] Backmann U. Sexualität in der Konzentrierten Bewegungstherapie. München: Ernst-Reinhardt Verlag; 2021
- [5] Waller E, Scheidt C. Bindung und somatoforme Störungen. In: Strauß B, Schauenburg H (Hrsg.). Bindung in Psychologie und Medizin. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2016
- [6] Backmann U, Waibel M. Trauma und Schmerz. Konzentrierte Bewegungstherapie 2019; 49: 40–57
- [7] Egle U, Zentgraf B. Psychosomatische Schmerztherapie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2020
- [8] Egle U, Nickel R. Somatoforme Schmerzstörungen. In: Eile U, Hoffmann S, Lehmann K et al (Hrsg.). Handbuch chronischer Schmerz. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2003
- [9] Van der Kolk B. Verkörperte Schrecken. Lichtenau: Probst Verlag; 2016
- [10] Fuchs T. Leib – Raum – Person. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag; 2000
- [11] Kysely H. Bindungsstile und Kommunikation. Der Schmerzpatient 2018; 1 (04): 176–181. doi:10.1055/a-0641-7411
- [12] Deutscher Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie e. V. (Hrsg.) Jahresprogramm Konzentrierte Bewegungstherapie 2022. Im Internet (Stand: 05.05.2022): https://www.dakbt.de/images/weiterbildung/Jahresprogramme/jahresprogramm_2022_221008_web.pdf
- [13] Breitenborn C. Chronischer Schmerz. In: Schmidt E. (Hrsg.). Konzentrierte Bewegungstherapie: Grundlagen und störungsspezifische Anwendung. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2018

Bibliografie

Schmerz.Therapie 2022; 5: 129–133
DOI 10.1055/a-1839-8308
ISSN 2750-283X
© 2022. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany