

Rückenschmerz aus psychosomatischer Sicht

Plöttner, G.

Einleitung

„Dorsopathien“ und intervertebrale Diskopathien zeigen in den westlichen Industrienationen seit 30 Jahren eine drei- bis fünffache Zunahme. Der Umgang und die Behandlung dieser Beschwerden sind für die Patienten wie für die Therapeuten häufig nur mit großen Schwierigkeiten zu bewältigen, was auch gesundheitspolitisch von großer Bedeutung ist.

Nach Egle und Nickel sind Rückenschmerzen eine der verbreitetsten Beschwerden in der Bevölkerung. In ihrem Leben werden 80 bis 90 Prozent aller Erwachsenen mindestens mit einer Episode von Kreuzschmerzen konfrontiert. Die Punktprävalenz beträgt 40 Prozent. Dabei sind Rückenprobleme nicht allein eine Alterserscheinung, sondern auch 70 Prozent der 14- bis 29-Jährigen und 76 Prozent der 30- bis 44-Jährigen sind betroffen. Die Rückenbeschwerden sind die zweithäufigste Ursache, den Arzt aufzusuchen und die häufigste Ursache für Arbeitsausfalltage und bei der Frühberentung. Es besteht ein erheblicher Schmerzmittelkonsum mit Auswirkungen auf Leber und Nieren. Über 60 Prozent der Patienten, die länger als sechs Monate wegen Rückenschmerzen arbeitsunfähig geschrieben sind, kehren nicht wieder in den Arbeitsprozess zurück.

Durch das im Vordergrund stehen einer körperlichen Symptomatik bei Rückenschmerzen sind Ärzte wie betroffene Patienten zunächst von einer organisch bedingten Erkrankung überzeugt. Dabei kommt es lediglich darauf an, diese somatische Ursache zu suchen, zu finden und zu behandeln.

Aufgrund dessen vergehen unter Umständen Jahre mit zahlreichen Arztbesuchen, langen Arbeitsunfähigkeitsschreibungen, medikamentösen Verordnungen und letztlich einhergehender Chronifizierung bis erstmals eine psychosomatische

Abklärung stattfindet. Der von der körperlichen Ursache überzeugte Patient widersetzt sich häufig dem Versuch, die Möglichkeit einer psychischen Kausalität zu diskutieren – und zwar auch dann, wenn einerseits Organbefunde unauffällig bleiben und andererseits eine enge Beziehung der Symptome zu belastenden Lebensereignissen, Schwierigkeiten und Konflikten festzustellen ist. Zum Teil ist dies auf das Bemühen des Patienten um die Legitimität seiner Beschwerden und der Angst vor psychischer Stigmatisierung zurückzuführen. Zum Teil zeigt sich darin aber auch eine persönlichkeits- und kulturgebundene Tendenz zum körperlichen Ausdruck negativer, depressiver oder ängstlicher Affekte, wobei auch unbewusste Verdrängungs- und Abwehrprozesse beteiligt sind.

Die Schwierigkeit des Patienten zu akzeptieren, dass keine ausreichenden organmedizinischen Ursachen für die körperliche Symptomatik vorliegen, kann zur Belastung der Arzt-Patient-Beziehung führen oder führt dazu, dass der Patient weitere organmedizinische Diagnostik oder Therapie einfordert (laufende Kontrolluntersuchungen, operative Eingriffe und anderes) oder häufig enttäuscht den Arzt wechselt (sogenanntes doctor-hopping).

Diese Patienten gehören sehr oft zu den intensivsten Nutzern des Gesundheitswesens und verursachen durch den für Patient und Arzt unbefriedigenden Therapieverlauf teilweise erhebliche Kosten.

Viele dieser Patienten haben eine Dauermedikation von Schmerzmitteln, deren teilweise erlebte Wirkungslosigkeit mit der Schwere ihrer Krankheit gleichgesetzt wird, deren Folge für die Patienten eine andauernde Arbeitsunfähigkeit und die Forderung nach einer Frühberentung erklärt, ohne zuvor jemals adäquat behandelt worden zu sein (Egle und Nickel 2007).

Diagnose

Eine Schwierigkeit bei der radiologischen Befundauswertung und Diagnose von Rückenschmerzen stellen einige somato-ätiologische Aspekte dar, zum Beispiel dass radiologisch

sichtbare degenerative Veränderungen der Wirbelsäule bei 70 Prozent bis 95 Prozent der Männer (bei Frauen etwas geringer), also rückerkrankten und schmerzfreien Personen im 5. bis 6. Lebensjahrzehnt vorhanden sind (Jensen et al. 1994, Hollingsworth et al. 1998, zit. bei Nickel und Egle 2007). 30 Prozent bis 40 Prozent der über 40-Jährigen zeigen in modernen bildgebenden Verfahren eine Diskushernie, ohne Rückenbeschwerden zu haben. Weitere Untersuchungen zeigen, dass sich gesund fühlende, schmerzfreie Männer über 50 Jahre gleiche Wirbelsäulenveränderungen haben wie wegen eines Wirbelsäulenleidens berentete Männer.

Ein lumbales Wurzelsyndrom durch Ruptur des Anulus fibrosus ist lediglich bei maximal fünf Prozent aller akuter Lumbo-Ischialgie-Syndrom (LIS) festzustellen. Für die chronische LIS (12 Prozent) fehlen hinreichend begründete patho-physiologische Konzepte.

Dem gegenüber zeigten Studien über die Entwicklung von Rückenschmerzen in der Gegenüberstellung von körperlicher Belastung und Lebenszufriedenheit, dass nur eine Korrelation zur Lebenszufriedenheit bestand. Dauern die Schmerzzustände über einen Zeitraum von sechs Monaten an, sind auch bei somatischen Rückenbefunden immer psychosoziale Faktoren, Persönlichkeits- und sozialökonomische Faktoren für die Schmerzzustände und Chronifizierung von Bedeutung. Es ist davon auszugehen, dass aufgrund oben genannter Untersuchungen degenerative Rückenbefunde hinsichtlich der Kausalität von Rückenschmerzen überbewertet werden. Für den Umgang mit chronischen Rückenschmerzpatienten ergibt sich daher, dass grundsätzlich von einer gleichrangigen Bedeutung psychischer, sozialer und biologischer Faktoren im Sinne eines Bio-psycho-sozialen Modells (Abb. 1) ausgegangen werden sollte (Langkafel 1998, Engel 1976):

Die Diagnose einer Störung mit Leitsymptom Schmerz – chronifizierte somatoforme Schmerzstörung – erfordert neben der somatischen Diag-

nostik im Hinblick auf ein nozizeptiv oder neuropatisch determiniertes Schmerzgeschehen oder eines muskulär bedingten Schmerzes, infolge eines psychovegetativen Spannungszustandes, eine sorgfältige Erhebung der Anamnese, um einen Nachweis psychischer Einflussfaktoren und psychosomatischer Wechselwirkungen führen zu können.

Den ersten heftigen Schmerzattacken geht gewöhnlich eine jahrelange „latente Phase“ milder lumbaler Beschwerden voraus, häufige Muskelverspannungen infolge von Fehlhaltung der Wirbelsäule. 2/3 der Fälle des lokalen Lumbalsyndroms entstehen ohne eruibaren Anlass morgens mit lumbaler Muskelspannung und Steifigkeit.

Schon im Erstkontakt mit dem Patienten erbringen genaue Symptomabklärung und anamnestische Erhebung Hinweise für das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung.

Typischerweise wird ein in seiner Intensität wechselnder Dauerschmerz ohne Intervalle in appellativ-szenisch bildhafter Schmerzbeschreibung angegeben. Dabei zeigt sich teilweise ein buntes Beschwerdebild mit unanatomischer Ausstrahlung der Schmerzen, dermatomübergreifende Sensibilitätsstörungen sowie lumbales Steifheits-, Müdigkeits- oder Engegefühl. Häufig werden die Patienten bei der Schilderung quälender Zustände emotional eher abständig erlebt. Meist haben diese Patienten schon mehrere somatisch-diagnostische und therapeutische Durchgänge hinter sich, wobei es nicht selten zu paradoxen Reaktionen auf die bisherige Behandlung und den Verdacht auf „Fehlbehandlung“ gekommen ist. Die Beschwerden haben meist vor dem 40. Lebensjahr begonnen. Nicht selten gingen andere psychosomatische Beschwerden voraus (Magenbeschwerden, Herz-Kreislauf-Störungen). Durch den körperlichen Befund waren die Beschwerden nicht erklärbar.

Durch Schaffung eines geeigneten therapeutischen Zugangs zum Patienten lassen sich in der Anamnese weitere psychogenetisch relevante Hinweise erheben. Häufig handelt es

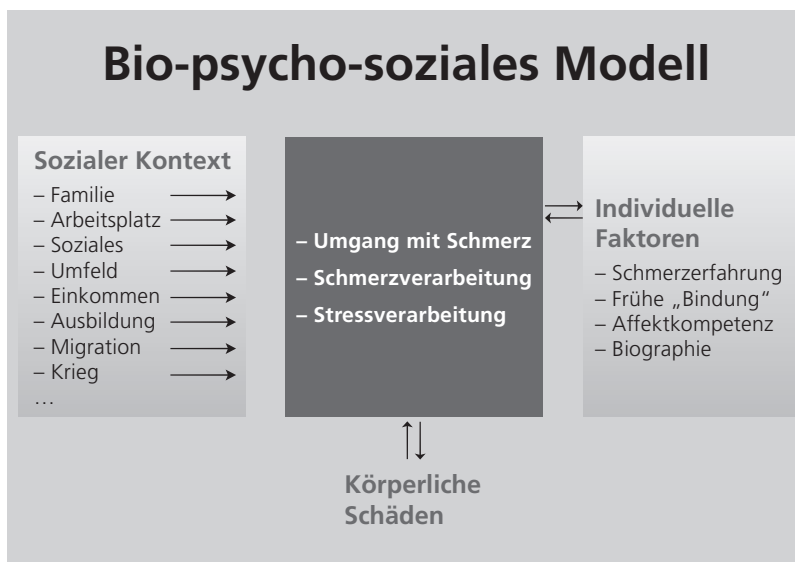


Abbildung 1

sich dabei um psychodynamische Konfliktsituationen, Veränderung der Lebensgestaltung mit Erleiden von Verlusten, um belastende soziale Bedingungen sowie Beziehungsstörungen, aber auch frühere Depressionen, Angstzustände, Persönlichkeitsstörungen oder Erschöpfung sowie vegetative Störungen.

Gegenüber anderen Erkrankungen, welche ebenfalls Schmerz als Leitsymptom haben, muss die chronische somatoforme Schmerzstörung abgegrenzt werden. Das betrifft die Posttraumatische Belastungsstörung, die Hypochondrie, die Coenästhesie, die Depression, die Komorbidität von körperlichen und psychischen Schmerzen sowie das funktionelle Schmerzsyndrom (Lumbalgie, Fibromyalgie).

Ätiologie und Pathogenese

Auslösende Situationen der Schmerzsymptomatik sind meist überfordernde Lebenssituationen bei bestehenden inadäquaten Konfliktbewältigungsstrategien (meist durch unreifes Abwehrverhalten und massive Selbstwertstörungen).

In kontrollierten Studien (Egle, Nickel 2007) sind immer wieder bestimmte biographische Faktoren signifikant häufiger beobachtet worden. Die Kindheit war bei diesen Patienten von vorzeitiger Verantwortungsübernahme und harter Arbeit geprägt (Parentifizierung, Rollenkehr). Seitens der Eltern bestand Strenge, ja Brutalität, emotionaler Mangel und

Entwertung. Die Beziehung zu den Eltern war selten tragfähig. Häufig bestanden Deprivation, Missbrauch, Gewalt und Geheimhaltungsdruck mit Kompensation durch leistungsorientierte Strategien oder Ersatzobjekte (Lieblingsspielzeug, Schmerz, Medikamente usw.). Es kam zur Identifizierung mit der bedrohenden aber auch Halt-geben-sollenden Bezugsperson und also introjizierten Schuldgefühlen und Strafbedürfnissen.

Nach erlebter Traumatisierung wurde ein episodischer Rückenschmerz „benutzt“, um dem seelischen Leid endlich Ausdruck zu verleihen. Das persistierende Lumbo-Ischialgie-Syndrom folgte dann nicht neurologischen, sondern affektiven Gesetzmäßigkeiten und orientierte sich an frühere Traumen und den Schmerzerinnerungen.

In der Kindheit war Schmerz im Zusammenhang mit körperlicher Misshandlung oft die einzige Möglichkeit der Aufmerksamkeit – es bedeutet affektive Zuwendung. Körper und Schmerz entsprachen dann der Bedeutung eines Objektes, also ein Ersatz für eine Bezugsperson. Die Fortsetzung dieser Beziehungsgestaltung konnte später auch in der Arzt-Patient-Beziehung bestehen und entweder zum Leidwesen des Patienten bestätigt oder therapeutisch genutzt werden.

Aus psychodynamischer Sicht können bei benignen chronischen Schmerzzuständen folgende Erklä-

rungsprinzipien unterschieden werden (Hoffmann/Egle 1998):

- Prinzip der psychischen Substitution,
- Prinzip der Konfliktentlastung durch körpersprachlich ausgedrückte Symbolisierung,
- Prinzip der primären (nicht konvertierten) Umwandlung von Affekten in körpersprachliche Spannungszustände,
- Prinzip der Lernvorgänge.

Im Verhalten des Schmerzpatienten zeigt sich häufig ein extremes Verleugnen von regressiven Bedürfnissen, eine unbewusste Angst vor Hingabe und Nähe, eher die Tendenz andere zu übertreffen und dominierend zu betreuen und zu bemuttern. Oft besteht aber ein Gefühl der Wertlosigkeit und der mangelnden Genussfähigkeit. Die dominierenden Abwehrformen sind „Wendung gegen das Selbst, Katastrophisieren, projektive Identifikation“.

Ein pathogenetisches Modell (nach Egle) für psychogene Schmerzen fasst das psychodynamische Zusammenspiel der bisher genannten Faktoren zusammen (Abb. 2):

Die förderlichen Bedingungen für einen Chronifizierungsprozess sind vor allem in der steigenden Anzahl der Behandlungsversuche zu sehen, aber auch in dem massiven Zeigen lange verleugneter regressiver Bedürfnisse im Sinne von Versorgungs- und Zuwendungswünschen. Weitere

Faktoren sind psychische Beeinträchtigungen wie Depression, Angst und Selbstwertverlust sowie soziale Konflikte im partnerschaftlichen, beruflichen und familiären Bereich sowie soziale Rollenveränderung und soziale Isolierung oder eine schwere narzisstische Kränkung, die nach Entschädigung verlangt. Im Zusammenhang mit unsicherem vermeidendem Bindungsverhalten des Patienten kommt es nicht selten in der Therapiesituation zu Reinszenierungen aus der Eltern-Kind-Beziehung mit der Möglichkeit iatrogenen Beeinträchtigung. Ein wesentlicher Faktor für Chronifizierungsprozesse ist ein ärztlich rein somatisches Krankheitsverständnis und der nicht aufgelöste *circulus vitiosus* von immer wiederkehrender Hoffnung und Enttäuschung.

Therapieansätze

Die Zielsetzung einer psychotherapeutischen (Mit-)Behandlung muss sich auf die aktuelle Ebene des psychosomatischen Krankheitsverständnisses des Patienten ausrichten (Langkafel 1998). Dies bezieht sich vor allem auf ein motivierendes Verhalten im therapeutischen Erstkontakt bei somatoformen Schmerzstörungen beispielsweise im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung. Da meistens die Schmerzpatienten weiterhin oft sehr einseitig von einem organischen Krankheitsbild überzeugt sind, kann eine Motiva-

tion zu einer Psychotherapie primär nicht vorausgesetzt werden, sodass erst einmal „niedrigschwellige Angebote“ bereitgestellt werden müssen. Im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung sollte in einem ersten Schritt versucht werden, eine empathisch vertrauensvolle Therapeut-Patient-Beziehung zu entwickeln, in dem bei der Frage nach dem subjektiven Krankheitsverständnis der Patient erlebt, mit seinem Leiden ernst- und angenommen zu werden. Nach Rückmeldung der somatischen Untersuchungsergebnisse (eventuell nochmals umschriebene Kontrolluntersuchung) Erheben der psychosozialen Anamnese. In einem weiteren Schritt erfolgt die Aufklärung des Patienten über somato-psychische Wechselbeziehungen mit der Entwicklung eines alternativen Krankheitsmodells; gleichzeitig Beeinflussung der kognitiven Verarbeitung des Schmerzgeschehens, zum Beispiel Teufelskreismodell oder Übung zur Körperwahrnehmung mit Hilfe von Entspannungsverfahren. Für den Patienten werden dabei Möglichkeiten zur Verbalisierung von belastenden Emotionen geschaffen. Von Wichtigkeit für den therapeutischen Verlauf ist auch eine Entkopplung von Kontaktangeboten und Beschwerdeintensität (zeitkontingente statt beschwerdekontingente Termine). In einem letzten Schritt könnte die Bearbeitung des Zusammenhangs zwischen Auftreten der körperlichen Beschwerden und Konfliktsituationen im Mittelpunkt stehen sowie der Abbau von Schon- und Vermeidungsverhalten und die Entwicklung von alternativen Verhaltensweisen (Ressourcenaktivierung). Je nach erreichter Zielstellung kann an dieser Stelle ein langfristiges Dispensair mit Wiedereingliederung in alle sozialen Bereiche oder eine Motivierung für eine fachpsychotherapeutische Behandlung erfolgen. Das Angebot einer fachübergreifenden Betreuung ist sinnvoll und vermittelt dem Patienten den Eindruck des nicht Abgeschobenseins.

In einem weiterführenden störungsspezifischen Therapieansatz könnte ein tiefgehendes Verständnis der

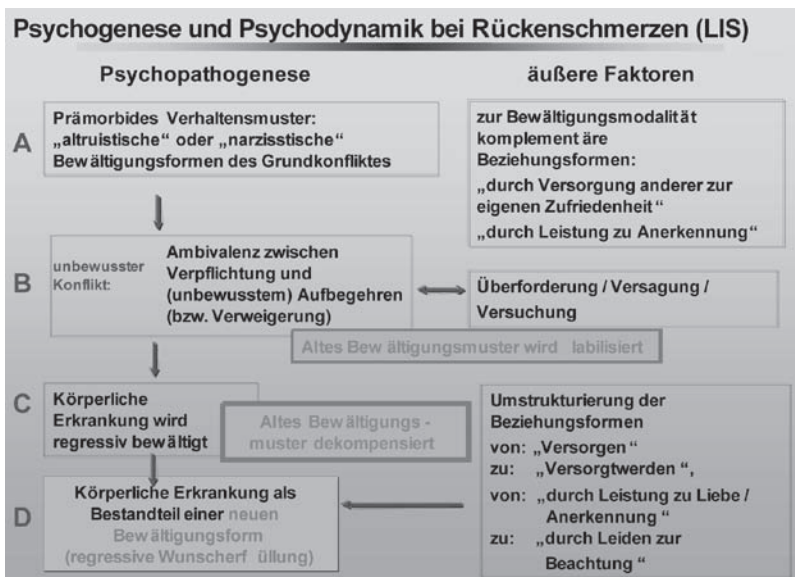


Abbildung 2

Symptomatik durch biographisch prägende Erfahrung, emotionale Bedeutung der Symptome, aktuelle Lebenssituation und Entwicklung erreicht werden. Gleichzeitig werden das Körperbewusstsein und die Schmerzdämmung durch Entspannungsverfahren (AT-PMR-KB) weiter gefördert. Ein wesentlicher Bestandteil zu Beginn der Therapie sind psychoedukative Elemente für die Erweiterung des Krankheitsverständnisses und der basalen psychosomatischen Zusammenhänge. Hierbei werden beschwerderelevante Informationen anhand des Zusammenhangs von Beschwerden und autonomem Nervensystem bzw. zentrale Regulationsmechanismen vermittelt. Dieser somato-psychische Aspekt erhöht auch die Motivation für die Psychotherapie beim Schmerzpatienten. Ein wichtiges therapeutisches Instrument sind auch die Symptomtagebücher zur Feststellung der Variabilität der Beschwerden sowie der Wahrneh-

mung der Beschwerden und ihrer Fehlbewertung. In einer weiteren Phase der Therapie geht es um die Verbesserung der Körperwahrnehmung und Differenzierung von Gefühlen mit der Einordnung in den Kontext von Beziehungserfahrungen.

Da Angst vor Symptomprovokation zu Schonhaltung führt, sind das Anhalten zu aktivem Lebensstil und das Vertrauen in eigene körperliche Funktionsfähigkeit von großer Bedeutung. In der Therapie geht es auch um Veränderung schmerz- und stressrelevanter Kognitionen, zusammen mit der Entwicklung eigener Kompetenz, sowie Selbstwertstabilität und veränderter Krankheitsvorstellungen. Im Rahmen psychodynamischer Therapieaspekte steht die Bearbeitung von Angst und Depression im Zusammenhang mit unbewältigten Verlusterlebnissen oder Traumatisierung durch Gewalterfah-

rungen, um die Verbesserung der Affektwahrnehmung und -integration sowie die Verbesserung der Fähigkeit eigene Gefühle wahrzunehmen und zu verbalisieren, im Vordergrund. Ziel ist es, die in der Therapie erreichten affektiven Lebens- und Bewertungsdimensionen im Alltag zu etablieren. Studien von Egle und Nickel zeigen, dass das Erreichen neuer Beziehungsmuster und reifer Konfliktbewältigungsstrategien sowie Beschwerdeminimierung von somatoform schmerzgestörten Patienten bei differenzieller Indikationsstellung und störungsspezifischer Therapie gut realisierbar ist. Das bestätigen hohe Effektstärken. (Egle und Nickel, 2007)

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. habil. Günter Plöttner
Marbachstraße 2 a
04155 Leipzig