

12. Curriculums Psychosomatische Grundversorgung, Bad  
Nauheim,

24. – 26.02.2006

## Der Schmerz: Modell der Symptombildung aus psychosomatischer Sicht

©: Pierre E. Frevert 2006

Anschrift: [pierre.frevert@dgn.de](mailto:pierre.frevert@dgn.de)

Für Rückfragen: Pierre E. Frevert, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/ Psychoanalyse. Liebigstr. 8a, 60323 Frankfurt.  
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Autors

In der Psychosomatik spielt der Schmerz als Ausdrucksform seelischen Erlebens und Verarbeitens eine hervorragende Rolle. Dies gilt mit besonderer Betonung für den **chronischen Schmerz**.

Das psychosomatische Modell der Schmerzentstehung und -aufrechterhaltung wird am Beispiel der **Rückenschmerzen**, der sowohl hausärztlich als auch sozialmedizinisch wichtigsten Form von Krankheitsgeschehen mit enorm hohen volkswirtschaftlichen Kosten, vorgestellt werden. Egle (1997 zit. nach Fritsche et coll. 2003) stellt hierzu fest, dass bei einer Normalbevölkerung ohne Rückenschmerzen die Wahrscheinlichkeit computertomographisch bei über 40jährigen einen Bandscheibenvorfall als Zufallsbefund zu finden bei 50% liegt. Bei einer Lebensprävalenz von 80% für die Entwicklung von Rückenschmerzen in der deutschen Bevölkerung ist die statistische Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass beide Phänomene in derselben Person gefunden werden, so dass eine operative Indikation wahrscheinlich wird, unabhängig von den sozio-psychischen Umständen der Schmerzentstehung, was, bei frustranen Therapieversuchen der Neigung zur Chronifizierung des Schmerzes Vorschub leistet. Ebenso bedeutsam für die hausärztliche Praxis sind Patienten mit rezidivierenden oder chronischen **Kopfschmerzen**, auf die hier jedoch nicht näher eingegangen werden kann.

## Fallbeispiel

Ein 39 jähriger Mann stürmt in die Praxis und bedrängt die Hausärztin. Er sagt: „Es muss endlich etwas passieren!“ Er habe seit 3 Monaten Rückenschmerzen. Der Patient ist dabei fordernd und klagsam und es fällt der Ärztin schwer eine strukturierte Anamnese zu erheben. Bei der Untersuchung fällt ein Übergewicht (BMI 32) auf bei ansonsten unauffälligem pathologischen Befund. Auch die Röntgen-, CT- und Kernspintomographieuntersuchungen ergeben keine krankheitswerten Befunde. Er kommt oft in Begleitung seiner Lebenspartnerin, die sich bei der Ärztin wegen Migräne behandeln lässt. Die Schmerzen verlagern sich und werden anschließend mit ebenso starker Vehemenz im linken Oberbauch präsentiert und als „Magenschmerzen“ benannt. Die von der Ärztin unter

dem Druck des Patienten veranlasste ausgiebige Labordiagnostik, Sonographie und Gastro- sowie Rektoskopie ergeben keinen pathologischen Befund. Er verlangt nun eine Überweisung in die Deutsche Klinik für Diagnostik (DKD) in Wiesbaden für weitere Untersuchungen. Von dem kinderlosen Büroangestellten einer großen Firma ist zu erfahren, dass er eine 10 Jahre ältere Schwester hat und der Vater mit 50 Jahren einen Schlaganfall erlitt und an einem Magengeschwür litt. (Fallbeispiel einer Kollegin aus eigener Balintgruppe vom 22.02.2006)

Klassifiziert werden die chronischen Schmerzen nach ICD10: F45.4 als anhaltende somatoforme Schmerzstörung (zu F4 Neurotische, Belastungsstörung und somatoforme Störung)

## Epidemiologie

Laut einer EMNID-Umfrage 2002 leiden 23,5% der Bevölkerung unter chronischen Schmerzen, d.h. 15 Millionen Deutsche und 100 Millionen Europäer (Ahrens 1998 laut Schmerz-Enquete 1986; laut Schüßler, 2001:3 MioBundesbürger). An episodischen Rückenschmerz leiden 70-85% aller Menschen (Andersson 1999). Jährlich werden 100 Tonnen Analgetika verbraucht, was zur Folge hat, dass 30% der dialysepflichtigen Nierenschäden auf den Schmerzmittelkonsum zurückzuführen sind (Strumpp, 2003). Die Folgekosten chronischer Schmerzen betragen in Deutschland 40 Milliarden Euro (Müller-Schwefe, 2003). Die Beschwerden über Schmerzen sind der häufigste Grund für die Krankschreibungen; sie machen ein Fünftel aller Rehabilitationsmaßnahmen aus; schließlich werden ein Fünftel aller Frühberentungen durch Lendenwirbelsyndrome verursacht. (Michel und Bernardy 2005).

# Definition

*„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit Begriffen einer aktuellen oder potentiellen Schädigung beschrieben wird.“ (IASP, Internationale Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, 1994)*

Hier fehlt die psychosomatische Dimension. Sie findet sich in folgender Definition berücksichtigt:

*„Schmerz ist eine grundlegend unangenehme Empfindung, die dem Körper zugeschrieben wird und dem Leiden entspricht, das durch die psychische Wahrnehmung einer realen, drohenden oder phantasierten Verletzung hervorgerufen wird“. Engel, 1969*

Man unterscheidet akute und chronische Schmerzen, wobei erstere Symptom einer Erkrankung und letztere selbst eine Erkrankung darstellen (z.B. Phantom-schmerzen, Post-Zosterneuralgie Rückenschmerzen usw.) und als „Schmerzstörung“ im DSM-IV eine eigene Entität darstellen. Dabei wird gefordert, dass die Schmerzen in einer oder mehreren anatomischer Regionen im Vordergrund der Klinik stehen und zu Beeinträchtigungen in beruflichen sozialen oder anderen Bereichen führen.

## Schmerztheorien

Die monokausale Vorstellung, wonach ein Reiz eines peripheren Nozirezeptors über die Rückenmarksbahnen zu höhergelegenen Hirnzentren geleitet wird und dort für eine Schmerzreaktion sorgt, ist überholt (*Spezifitätstheorie*)

Die *Gate-Control-Theorie* unterscheidet ein sensorisch-diskriminatives System (Intensität, Zeit, Raum), ein motivational-affektives System (Weh-Charakter des Schmerzes, Hin-Abwendung) und ein kognitiv-evaluatives Kontrollsystem (individuelle psychogene Reaktionskomponente), die unterschiedlichen Hirnpartien

zugeordnet sind. Diese Theorie trägt der klinischen Erfahrung Rechnung, dass nicht jeder nozizeptive Reiz eine Reaktion auslöst und eine Schmerzreaktion auch ohne objektivierbaren Reiz erfolgen kann. (Melzack und Wall 1965,1973,1982)(s. Schors, 1998)

Moderne Schmerztheorien berücksichtigen schließlich die Gedächtnisfunktion (**Schmerzgedächtnis**) auf kortikaler und Rückenmarksebene. Intensive und anhaltende Schmerzimpulse verändern die Schmerzempfindlichkeit und -wahrnehmung. Repetitive Reize verändern die sensiblen Afferenzen derart, dass Bagatellreize zu salvenartigen Depolarisationen oder gar Schmerzreize ohne Depolarisation bewirken. Eine Amputation unter Vollnarkose lässt einen Phantomschmerz entstehen, nicht aber die rückenmarksnahe Anästhesie und die Gabe von Opiaten, die die periphere Gedächtnisentwicklung in den Nervenendigungen durch die massive Verletzung verhindern.

## Rückenmark und ZNS:

- Efferente und afferente Kreisläufe modulieren auf Rückenmarksebene die Schmerzrezeption nach einem individuellem Sollwert. Die Nervenzellen werden hypersensibel und reagieren bereits auf kleinste Schmerzreize.
- Die Differenzierung des Schmerzempfindens ist ein zentralnervöser Prozess
- Emotionale Erfahrungen finden in Schmerzwahrnehmung und –erleben ihren Ausdruck durch das sensorisch-diskriminierende und das motivierend-affektive System mit neuroanatomischen Verflechtungen
- Neurohormone (Kalikrein, Bradykinin, Substanz P, Serotonin) regulieren die Schmerzexpression auf lokaler und zentraler Ebene
- Es findet eine psychische Besetzung der Oberfläche und der Organe in der psychischen Entwicklung statt. Die Unlust ist für den Säugling unbe-

stimmt: Schmerz, Angst, Hunger etc. werden durch psychische und soziale Erfahrungen als Schmerzempfinden geprägt.

## Schmerzchronifizierung

Welche Faktoren führen zu einer Chronifizierung von Schmerzen, damit aus einer schmerzhaften Erkrankung ein krankhafter Schmerz wird?

1. **Iatrogene Faktoren:** Überdiagnostik, lange Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, invasive Therapie, mangelnde Patientenmotivation und -führung
2. **Psychosoziale Faktoren:** schwere und anhaltende berufliche und familiäre Belastungen, Vermeidungs- oder Verleugungsstrategien
3. **Psychophysiologische Faktoren:** erhöhte Muskelspannung, verstärkte Aufmerksamkeit gegenüber dem Schmerzreiz, vermehrte Ausschüttung von Stresshormonen (Cortisol) (nach Michel und Bernardy 2005)

## Psychosomatische Schmerzentstehung:

Als **Primär funktioneller Schmerz** wird jener Schmerz verstanden, der ohne körperlichen Zusammenhang besteht; ein **Sekundär funktioneller Schmerz** entsteht auf einer primär vorbestehenden Gewebsschädigung. Aus einem funktionellen Schmerz wird durch sekundäre Schonhaltung ein **psychosomatischer Schmerz**. Die Schonhaltung führt zu einer unphysiologischen Muskelanspannung, die zu einer Schädigung der Muskel- und Gelenkpartien führen kann, was wiederum Schmerzen erzeugt. Vegetative Spannungszustände sind Ausdruck von seelischen unverarbeiteten Konflikt- und Stresssituationen. Sie bewirken als Affektäquivalente eine Muskelanspannung. Diese chronische Anspannung führt über die Simulierung und Sensibilisierung von Nozizeptoren über Ischämie und

Hypoxie zur Schmerzentstehung und –verstärkung (nach Michel und Bernardy 2005).

Bei einem akuten Schmerz führt in der Regel ein unkonditionierter Reiz zu einer Gewebsverletzung, wodurch lokale Gewebshormone (s.o.) ausgeschüttet werden. Bei den chronischen Schmerzen bewirkt ein konditionierter Reiz, dass sich das Objekt der Schmerzquelle zuwendet und so die Körperantwort im Sinne einer Bahnung beeinflusst. Dies geschieht über die **Aufmerksamkeit**. Sie vermag das Schmerzerleben zu verstärkend zu fokussierend, während Ablenkung das Schmerzerleben dämpft. Die **Stimmungslage** kann das Schmerzerleben verstärken, wenn zusätzlich Angstgefühle und depressive Symptome zu den Schmerzen bestehen. **Frühere Erfahrungen**, sei es traumatischer Art oder die Art wie sich die wichtigen Bezugspersonen gegenüber dem Schmerzerleben des Kindes verhielten prägen das Schmerzverhalten und die -wahrnehmung des Erwachsenen. Schließlich beeinflussen **kulturelle Faktoren** hinsichtlich des Ausdrucks von Schmerz das Schmerzerleben. „Erlernte“ oder verinnerlichte „Hilflosigkeit“ führt zu einem Mangel an Coping-Strategien und somit über einen Mangel an Kontrolle zur Schmerzverstärkung

## Biographie

Zu einer **Schmerzanamnese** gehört die Erfassung der **biographischen Anamnese**, um die vom *Patienten* als bedeutungsvoll erlebten Ereignisse körperlichen Symptomen und Schmerzen zuordnen zu können. Aus der Kindheit der Schmerzpatienten weiß man, dass diese oft eine brutalisierte Erziehung erdulden mussten, verbunden mit Demütigungen und Zuweisung der Sündenbockrolle. Die Aggression dieser Patienten ist mit Aggressionshemmung verbunden und diese wiederum an Schmerzen gekoppelt. Frühe Traumatisierungen (körperliche und seelische Vernachlässigung, sexueller Missbrauch) werden an Gefühle von Schuld geknüpft und die Schuld als Schmerz erlebt. Erfahrungen von Verlust-

lebnisse und Hilflosigkeit werden mit Schmerzen kompensiert. So entsteht die Kette der 4 P's:

**Pain (Schmerz)-Prone (Schuld)- Punishment (Strafe)- Penalty (Buße)**

## Psychodynamik

Psychodynamisch lässt sich die Schmerzentstehung verstehen, als Versuch, **unbewusste Schuldgefühle** zu reduzieren. Da der Schmerz das quälende Schuldgefühl verdrängt bzw. an dessen Stelle tritt und damit für eine psychische Entlastung sorgt, ist somit die Funktion des primären Krankheitsgewinns beschrieben: Schmerz gegen Schuld (**paine-prone-behaviour**). Das Klagen über Schmerzen bewirkt Aufmerksamkeit und Schonung, womit der sekundäre Krankheitsgewinn umschrieben wäre. Der Schmerz wird an ein Körperorgan mit einer Bedeutung gekoppelt, die einer Kindheitserfahrung entspricht, die durch die Schmerzexpression reaktualisiert wird. Ein Beispiel: Das Kind fällt auf sein Knie. Die Mutter tröstet es. Der Schmerz verschwindet. Die Knieschmerzen des Erwachsenen erinnern diesen an die tröstende Mutter, eines schützenden Objektes, das er jetzt vermisst. Hier handelt es sich um einen Ausdruck von Schmerzen mit der Ersatzfunktion für ein verlorengangenes äußeres Objekt.

Der Schmerz dient als **Regulator des narzisstischen Gleichgewichtes**. Ein banaler Unfall, bei dem es nicht wirklich zu einer ernsten Verletzung kam, führt über den Wege der **narzisstischen Kränkung** („Mein schönes Auto ist kaputt. *Ich* bin nichts mehr wert!“) zu anhaltendem Schmerzerleben. Dem Schmerz kommt hierbei die Rolle zu, als „narzisstische Plombe“ das aufgerissene Loch im verletzten Selbstbild zu stopfen, um so das narzisstische Gleichgewicht zu regulieren und die (phantasierte) Integrität des geschädigten Selbstwertgefühls wiederherzustellen („**psychoprothetische Funktion**“).



Der Schmerz hat bei **depressiven Reaktionen** die Aufgabe, bei Verlust des Objektes (z.B. einer geliebten Person), den Seelenschmerz in Körperschmerz zu verwandeln. Die vorbestehenden, nicht eingestandenen aggressiven Impulse gegen das Objekt führen zu Schuldgefühlen, die durch den „aggressiven“ Schmerz einerseits ausgelebt werden (**Triebabfuhr**) andererseits durch die **Sühne** mittels Schmerzen zur Schuldentlastung beitragen. Der eigentliche *Verlust des Objektes* kann durch den Schmerz kompensiert werden, indem im Schmerz das Objekt gebunden bleibt (s. auch oben: „das schmerzende Knie ruft nach der Mutter“)

Bei der **Konversion** besteht ein Konflikt zwischen libidinösen Wünschen und Aggression. Der ungelöste Konflikt wird im körperlichen Schmerz dargestellt und erlebt (Kruse u. Wöller 2004). Der Schmerz wird hierbei nach einem sehr subjektiven Körperschema als **Strafe** und **Wunscherfüllung** zugleich auf ein Körperteil oder -organ projiziert. Bezeichnend ist die sehr diffuse Lokalisation und die Übertreibung („Es tut überall weh!“). Es handelt sich um einen **unbewussten Abwehrprozess** zur Vermeidung innerer Spannungen durch beunruhigende oder peinliche Konflikte.

Schließlich dient der Schmerz bei der **Somatisierung** als **Abwehrmechanismus**. Hierbei werden innerseelische Konflikte auf den Körper projiziert, um eine psychische Dekompensation im Sinne einer schweren Neurose (Depression, Hysterie, Angstneurose) oder gar Psychose abzuwehren. Die Abwehr durch den Schmerz führt zu einer **Einengung** und Einseitigkeit, was der psychischen Diffusion oder Zersplitterung Einhalt gebieten soll.

# Übertragung/ Gegenübertragung

In der Arzt-Patienten-Beziehungen wiederholen sich die frühen und prägenden Lebenserlebnisse des Patienten (Interaktionswiederholungen). Aus der Art und Weise wie und was der Patient auf ihn **überträgt**, d.h. was er genau in ihm auslöst und wie er spontan am liebsten darauf reagieren würde (**Gegenübertragung**) erkennt der psychosomatisch geschulte Arzt, welcher Art die Konflikte hinter den chronischen Schmerzklagen sind.

Wirkt der Patient in der Übertragung bescheiden-gehemmt oder dramatisch-theatralisch? Ist der Arzt in seiner Gegenübertragung gefühlsmäßig gefesselt (Konversion)? Oder spürt er, dass er in der Gegenübertragung rasch wütend und ungeduldig wird (Depression, Somatisierung)? Wirkt der Patient in der Übertragung schuldbeladen-selbstquälerisch und versucht er Kontrolle und Macht auszuüben (Depression, Zwang) ? In diesem Fall wird sein Arzt vermutlich in der Gegenübertragung hilflos, ungeduldig, voller Langeweile, Leerlauf und Erschöpfung reagieren.

## Diagnose und Differentialdiagnose

Statt Ausschlussdiagnostik Positiv - bzw. Simultandiagnostik! Neben der klinischen Diagnostik ist von Anfang an die Persönlichkeit, die Biographie und die Schmerzdarbietung des Patienten zu analysieren um eine iatrogene Schmerzchronifizierung zu vermeiden. Die Psycho-soziale Komponente ist bei chronischen Schmerzen nicht ein Artefakt, sondern die Hauptursache für die Chronifizierungstendenz!

**Simultan- Diagnostik**: Hierbei wird der geschulte Arzt für die Diagnosestellung die körperliche Begründbarkeit der Schmerzen ebenso beachten wie **gleichzeitig**

(**simultan**) die Persönlichkeit und die Auslösesituation, die Schmerzfixierung und die wechselseitigen Bezüge zwischen seelisch belastenden Ereignissen und dem Beginn der Chronifizierung aufgrund der Psychosomatischen Anamnese.

Die **Methode**, um sowohl die wichtigen anamnestischen Daten wie auch ihre Bezüge zur Biographie des Patienten zu erheben und verstehend in einen neuen Sinnzusammenhang zu stellen ist neben einer gründlichen **körperlichen Untersuchung** das **Ärztliches Gespräch** unter Einbeziehung der **psychischen Parameter** *Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand* und die *Biographie* (life-events, Familienbesonderheit etc)

## Therapie

Oft kommt es bei Schmerzen zu einer **Spontaremission** ohne Therapie (z.B. bei Rückenschmerzen). Das **Mildern von Angst** durch Schaffung einer vertrauensvollen Gesprächs- und Untersuchungssituation reduziert das Schmerzerleben. Erfahrene Anästhesisten wissen, dass durch das ruhige und Zuversicht vermittelnde präoperative Gespräch intraoperativ weniger Analgetika verabreicht werden müssen. Die **psychologische Führung** des Patienten sollte zunächst stützend und klärend, später durchaus konfrontierend aber immer ruhig und wohlwollend sein. Bei der Konversion kann eine abgegrenzte Gesprächsführung sinnvoll sein. Sollte ein einführendes und vertiefendes Gespräch von 25 Minuten **Psychosomatische Grundversorgung** nicht ausreichen, was, wenn es überhaupt stattfindet, in den meisten Fällen genügt, so kommt die Überweisung an eine Psychotherapeuten für eine kassenfinanzierte **Psychotherapie** (Tiefenpsychologisch fundiert, psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch) in Frage. Auch die Anwendung von **Entspannungsverfahren** und die Bewegungsmotivation können helfen den Teufelskreis der Schmerzreplikation zu unterbrechen. **Anal-**

**getika** sollten stets streng rational und überprüfbar am besten nach dem **WHO-Stufenschema** verordnet werden.

Eine **Medikamentöse Zusatzbehandlung** ist in Ausnahmefällen zu erwägen, bei Vorliegen einer gesicherten und behandlungsbedürftigen Depression. Allerdings haben die **Antidepressiva** selbst eine leichte analgetische Wirkung, so dass sie als Adjuvanz in der Schmerztherapie in „psychosomatischen“ Dosen zur Anwendung kommen. **Neuroleptika** werden bei einer wahnhafter Störung eingesetzt. Bei zusätzlichem Vorhandensein einer Angsterkrankung sollten keine Benzodiazepine (Suchtpotential), sondern anxiolytisch und sedierend wirkende Antidepressiva und Neuroleptika verabreicht werden. Bei chronischen Schmerzen i.S. von Tumorschmerzen ist der euphorisierende Effekt von **Opioiden** erwünscht.

Insgesamt ist die **Suchtmittelentwicklung** bei Schmerzpatienten zu beachten, besonders bei Angst- und depressiver Komorbidität (verminderte Schmerztoleranz bei gleichzeitiger Einengung der Kommunikation auf Schmerzdarbietung).

## Prognose

Die Prognose der Schmerzchronifizierung ist **ungünstig**, wenn

- die Schmerzanamnese länger als 4 Jahre dauert,
- die Arbeitsunfähigkeit mehr als 1 1/2 Jahre beträgt,
- bei anamnestisch bereits mehr als 3 Operationen wegen der Schmerzen,
- bei hohen Werten für Hypochondrie und Hysterie im MMPI

Die Prognose der Schmerzchronifizierung ist **günstig**, wenn

- eine Introspektionsfähigkeit vorhanden ist (Psychotherapie),
- die Patienten eine ausreichende psychische Plastizität aufweisen,
- ein günstiges soziales Umfeld besteht.

# EXKURS

## Rückenschmerzen. Lumbago. Lumboischialgie

Rückenschmerzen werden klassifiziert nach ICD10 als

- F45.4 Psychogener Rückenschmerz und
- M54.4 Lumboischialgie

## Epidemiologie

Der zweithäufigste Grund nach den grippalen Infekte den Hausarzt aufzusuchen sind die Rückenschmerzen und diese stellen den zweithäufigste Grund von Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung dar. 14-80% der Bevölkerung leiden mindestens 1x im Leben unter akute Rückenschmerzen, davon 50% 1x im Monat. Von den Rückenschmerzen sind nur 1-2 % Lumboischialgien und davon wiederum stellen nur 3% ein operationsbedürftiges Cauda-equina-Syndrom dar. (Küthemeyer, 1998). Unabhängig von der Art der Behandlung sind 70-90% der Lumbago und 50% der Ischialgiepatienten beschwerdefrei. Über 70 % der Rückenschmerzpatienten sind orthopädisch oder neurologisch ohne pathologischen Befund.

## Symptomatik

**Die Prodromi** sind unspezifische lumbale Beschwerden, oft auch Müdigkeit.

LUMBAGO:

**Definition:** Die L. äußert sich durch einen heftigen, ziehenden Schmerz im Lumbalbereich beim Bücken und Körperdrehen ohne radikuläre Symptomatik

Zu den **Symptomen** zählen die Muskelverspannung und die Rückensteifigkeit.

### LUMBALES WURZELSYNDROM / LUMBOISCHIALGIE

**Definition:** Die L. äußert sich durch einen akut einsetzenden oder protrahiert chronischen, ziehenden Schmerz mit Ausstrahlung ins Bein (wurzelabhängig dorsal, ventral, lateral) mit Husten- und Pressschmerz.

Zu den **Symptomen** zählen eine positives Lasègue-Zeichen, eine Druckdolenz lumbal und positive Valleixpunkte

### WURZELKOMPRESSIONSSYNDROM

Zu den **Symptomen** zählen neben den oben genannten zusätzlich neurologische Ausfälle (Nach Uexküll 1998)

## Differentialdiagnose

Lumbale Rückenschmerzen müssen gegen andere Erkrankungen differentialdiagnostisch abgegrenzt werden, insbesondere gegen den Morbus Bechterew, die Spondylitis und gegen gynäkologische und andere Tumoren.

## Ätiopathogenese

**Somatisch** entsteht die LUMBAGO als Protrusion bei intaktem anulus fibrosus. Bei der LUMBOISCHIALGIE kommt es zur Ruptur des anulus fibrosus

und einer Verlagerung des Prolapses dorsolateral zur Spinalwurzel hin mit Wurzelschwellung und Ausschüttung lokaler Schmerzpeptide.

Für den physiologischen Stoffwechsel benötigt die Bandscheibe im lumbosakralen Übergang ein Gleichgewicht von Druckschwankungen von Be- und Entlastung. Veränderung des Gleichgewichts durch körperlich oder psychisch bedingte Daueranspannung oder Dauerentlastung bewirken deren degenerative Veränderung.

Psychisch und psychosomatisch lassen sich lumbale Rückenschmerzen wie folgt verstehen. Oft liegt ein **Autonomie/ Unabhängigkeitskonflikt** zugrunde. Bei der **Konversion** äußert sich dieser Konflikt als Bockierung in gebückter Haltung als Unterwerfung und Rebellion, als B(l)ocken durch Bücken (wie beispielsweise bei WeltkriegI-II-Soldaten, die wehruntauglich entlassen werden wollten). Als **Psychogenic-low-back-pain** bezeichnet man einen Symptomenkomplex bei der eine schlechte Schmerzlokalisierung, eine Neigung zu Dauerschmerz mit einem bizarren Gang korreliert ist.

Oft findet man bei **chronischen Rückenmarkspatienten** eine prämorbidie Persönlichkeitsstörung. Auffallend ist ein **hypomanischer Tatendrang**, ein forcierter **Selbstbehauptungswille**, ein **Durchhaltewillen** auf „Biegen und Brechen“, die Eigenschaft, **früh Verantwortung** übernommen zu haben, **eine zwanghafte Helfereinstellung** aufzuweisen, ein **reduziertes Schlaf- und Körperempfinden** und eine allgemeine **Genussunfähigkeit**

**Schmerzauslöser** ist ein Konflikt zwischen Verpflichtungsgefühl und innerlichem Aufbegehren

# Psychodynamik

Psychodynamisch lässt sich ein Konflikt von ungestillten **oralen Regressionswünschen** und narzisstischer Ohnmacht festmachen. Der **Muskelpanzer** dient als Schutz zur **Abwehr** von Depression und Angst. Durch den expansiven Tatendrang werden **narzisstische Größenphantasien** bedient. Die Patienten klagen einerseits über die „schlimmsten Schmerzen“, andererseits müssen sie eben diese Schmerzen bagatellisieren, aus Angst vor **narzisstischer Herabsetzung**. Die bevorzugten Abwehrmechanismen sind **Idealisierung/ Entwertung**. Zuerst wird der Arzt als Retter hochgelobt („Sie sind meine letzte Rettung!“), um seine ausufernden diagnostischen Bemühungen als wenig hilfreich zu bezeichnen und nach „besseren Spezialisten“ Ausschau zu halten (**Koryphäenkiller**)

## Chronifizierung

Wenn ein Patient mit Rückenschmerzen seine Depression als bedrohlich wahrnimmt, versucht er zunächst durch Tatendrang gegen zu steuern (**hypomanische Depressionsabwehr**). Misslingt dies durch Erschöpfung, kommt es zur Schmerzpersistenz und zum Umschlag in die vormals abgewehrte **Depression** mit Initiativlosigkeit oder entschieden vorgebrachte Rentenbegehren (**narzisstische Entschädigung**). Wenn die Kommunikation nur noch über Schmerzen verläuft und gleichzeitig der Patient wenig Zugang zu seinen Bedürfnissen und Gefühlen hat, dann ist das ein Prädiktor für Chronifizierung. Denn es ist nicht die neurologische, sondern die affektive Symptomatik, die für die Chronifizierungsneigung ausschlaggebend ist.



## Psychosomatische Einteilung der Lumboischialgie

LIS als	Schmerzcharakter	Verlauf	Lokalisation	Ausbreitung	Selbstdarstellung
1. somatisierte Depression	Brennend	Chronisch	Diffus	Generalisierung	Monoton
2. als somatisierte Angst	Kribbelnd	Anfallsartig, nachts	Symmetrisch	Aufsteigend in Sprüngen	Dramatisch, anklammernd
3. als hysterische Konversion	phantomartig	undulierend	Einseitig	Kleiderordnung	Belle indifférence
4. als somatisierte Zwangssymptomatik	Druck	chronisch	oben	Nach oben	Sachlich, latent aggressiv

## Übertragung/ Gegenübertragung und Widerstand

**Gegenübertragung:** Der Arzt wird bei einem Rückenschmerzpatienten von depressiver Grundsymptomatik von Hilflosigkeit und Mitleid erfasst, während ihn ängstliche und dramatisierende Patienten aggressiv stimmen und zwanghafte sogar zu aggressiven Agieren (Operationsindikation, Spritzenkur etc. ) veranlassen können.

**Widerstand:** Der Hinweis auf den psychischen Hintergrund löst gewöhnlich bei chronischen Rückenschmerzpatienten einen heftigen Widerstand aus. Sie versuchen den Arzt zu massiver bis invasiver Diagnostik und Therapie zu drängen.

# Therapie

Die Behandlung besteht in erster Linie aus einer **konservativen Therapie** zu der 2-4 Wochen strikte Bettruhe (bei 68% Wurzelkompression Besserung!) ebenso gehören können wie das Gegenteil, nämlich Bewegungsmotivation, dazu fakultativ Analgetika, Wärmebehandlung und Krankengymnastik. Bei der Therapieplanung sollte unter Einbeziehung von **physio-** und **psychotherapeutischen** Grundsätzen 1. eine allgemeine Entspannung angestrebt werden, die 2. von lokaler (Muskel)Entspannung flankiert wird, sowie 3. Elemente entspannter Aktivität sowie Selbstwahrnehmung enthalten sollte. Bei der **Fachpsychotherapie** kommen sowohl die tiefenpsychologisch fundierte, die psychoanalytische wie auch die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung in Frage. Bei der Indikation zur **Nucleotomie** bleibt zu bedenken, dass 22-50 % nicht beschwerdefrei werden und 38% der nucleotomierten Patienten ohne pathologischen Befund beschwerdefrei werden (psychische Kompensation)

## Literaturangaben:

- **G. Anderson:** Epidemiological features of chronic low back-pain, Lancet 1999;354:581-585
- Rolf H. **Adler:** Schmerz. In: **Uexküll**, Psychosomatische Medizin, Urban und Schwarzenberg, 5. Aufl., München-Wien-Baltimore, 1998 S.262-276
- **K. Fritzsche**, **M. Dornberg**, **B. Niklaus** : Chronische Schmerzstörung. In: Kurt **Fritzsche**, Werner **Geiges**, Dietmar **Richter**, Michael **Wirsching**: Psychosomatische Grundversorgung, Springer Berlin Heidelberg New York, 2003, S. 189-208
- Mechthilde. **Kütemeyer** und Ulrich **Schultz-Venrath**: Lumboischialgiesyndrome. In: **Uexküll**, Psychosomatische Medizin, Urban und Schwarzenberg, 5. Aufl., München-Wien-Baltimore, 1998 S.881-894
- Johannes **Kruse** und Wolfgang **Möller**: Somatoforme Schmerzstörung (F45.4) In: Wolfgang **Tress**, Johannes **Kruse**, Hürgen **Ott**: Psychosomatische Medizin. Kompendium der Inneren Medizin, Schattauer, Stuttgart 2004, S.132-136
- Gerhard **Schübler** : Schmerz-ein psychosomatisches Geschehen. In: Gerhard **Schübler**: Psychosomatik/ Psychotherapie systematisch. Uni-Med-Verlag Bremen-London-Boston, 2001, 104-113
- S **Michel** und K. **Bernardy** : Chronische Schmerzen. In: Volker **Köllner**, Michael **Broda** : Praktische Verhaltensmedizin. Thieme Stuttgart New York, 2005, S. 175-188
- **G. Müller-Schwefe**: Schmerzen- mehr als ein Leitsymtom. In: **Notfallmedizin in der täglichen Praxis, Heft 1+2, 2003, Demeter/Thieme**
- Tanja **Strumpp**: Wo tut' s denn weh? In: **Notfallmedizin in der täglichen Praxis, Heft 1+2, 2003, Demeter/Thieme**
- Karl **Köhle** et coll: Der Umgang mit unheilbar Kranken. In: **Uexküll**, Psychosomatische Medizin, Urban und Schwarzenberg, 5. Aufl., München-Wien-Baltimore, 1998 S.1524-11249
- Rainer **Schors** und Stephan **Ahrens** : Schmerzsyndrome. In: Stephan **Ahrens**, Lehrbuch der Psychotherapeutischen Medizin, Schattauer, Stuttgart, 1997 S:375-385
- **Weltgesundheitsorganisation**: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V(F), Forschungskriterien. Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort (Hg). Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, 1994

# Anhang

## Psychopharmaka in der Psychosomatik (modifiziert nach Hohmann, 1997)

<b>Klasse/</b>	<b>Präparat</b>	<b>Indikation</b>	<b>Dosierung</b>
Neuroleptikum Schwach potent	Promethazin Atosil®	Angst, Unruhe, Spannungszustände, schlafanstossend	25-100 mg/die
Neuroleptikum Hochpotentes Butyrophenon	Haloperidol Haldol®	Bei milden Wahnsymptomen, Vigilanz erhalten	1-3-5 mg/die
Neuroleptikum Butyrophenon	Fluspirilen Imap®	In niedriger Dosierung Tranquilizer , umstritten („Psychotherapie des kleinen Mannes“)	1-2mg i.m./woche
Trizyklisches Neurolepticum	Thioridazin Melleril®	Schwach potent, beruhigend, leichtstimmungsaufhellend	25-100 mg/die
Trizyklisches Antidepressivum, Amitriptylin-Typ	Doxepin Aponal®	Deutlich sedierend und anxiolytisch	10-25-75mg/die suizidale Krise 25-50mg i.m
Trizyklisches Antidepressivum, Imipramin-Typ	Clomipramin Anafranil®	Weniger dämpfend als Imipramin, geeignet für Panikattacken	10-25-75mg/die
Benzodiazepine	Diazepam Valium®	Rasche Wirkung, lange Halbwertszeit, Zuspitzung von Angst und Unruhe	0,5-1-5mg/die
Benzodiazepine	Lorazepam Tavor®	Kürzere Halbwertszeit, ausgeprägtes Angstprofil, Beh. Suizidaler Krisen und akuter Angst- und Erregungszuständen	0,5-1-2,5mg/die auch als Schmeltablette (expidet)
Benzodiazepine	Bromazepam Lexotanil®	24h-Langzeiteffekt, wenig hypnotisch, bei Angstzuständen (Cave Suchtentwicklung!)	1,5-3mg/die )