

## Psychisch bedingte chronische Schmerzkrankheiten

# Das verhüllte innere Gesicht

A. MEISSNER

© Bilderbox, A-Thening

Viele chronische Schmerzpatienten betonen beim behandelnden Arzt vehement ihre Fibromyalgie-Symptomatik. Die Bedeutung der Fibromyalgie beziehungsweise einer somatoformen Schmerzstörung in Diagnostik, Therapie oder Begutachtung war Thema einer interdisziplinären Tagung am 6. Februar 2004 in Ottobrunn bei München.

**F**ür chronische Schmerzsyndrome mit hohem subjektiven Leidensdruck und ohne entsprechende objektive Befunde wird derzeit eine Lebenszeitprävalenz von 12% angenommen. Bei der Diagnose, Behandlung und Begutachtung – hier vor allem bei Berentungsfragen – führt dies auf Seiten der Patienten und Ärzte immer wieder zu großen Irritationen. Zudem diagnostizieren Orthopäden/Rheumatologen häufig eine Fibromyalgie während von psychiatrisch-psychosomatischer Seite eine somatoforme Schmerzstörung angegeben wird.

### Kein „Morbus“

Auf der Tagung in Ottobrunn betonte Prof. Dr. Dieter E. Pongratz, München, den syndromhaften Charakter der Fibromyalgie. Die „Weihe eines Morbus“ kommt ihr nicht zu. Die Tenderpoints, 1990 als Klassifikationskriterien vor allem zu wissenschaftlichen Zwecken eingeführt, sind nicht spezifisch und repräsentieren keine eigenständige anatomische Struktur. Sie sind jedoch nicht zu verwechseln mit den Triggerpoints (Sitz im Muskelbündel und fortgeleiteter Schmerz), die zu regionalen myofaszialen Schmerzsyndromen gehören. 80%

der Fibromyalgie-Patienten haben allerdings neben Tender- auch Triggerpoints, zumal bei diesen Patienten anamnestisch schon häufig ein myofasziales Schmerzsyndrom aufgetreten ist.

Wichtige biochemische Aspekte für die Pathogenese umfassen bisher: erniedrigtes Serotonin im Serum, Dysregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, Erhöhung der Substanz P im Liquor und eventuell auch im Skelettmuskel. Bei Untersuchungen mit evozierten Potenzialen fällt im Vergleich zu Gesunden eine deutlich schnellere und bessere Weiterleitung in den Kortex auf.

Die sensorischen Kortexareale vergrößern sich beim chronischen Schmerzsyndrom (sowohl Fibromyalgie wie auch Phantomschmerz) massiv; dies haben NMR-Untersuchungen gezeigt. Der Schmerz erreicht also vermehrt den Kortex; die deszendierende Hemmung ist eingeschränkt. Pongratz empfahl, den Begriff „sekundäre Fibromyalgie“ zu vermeiden und die Symptomatik den entsprechenden Grunderkrankungen (z.B. Muskelerkrankungen, chronische Polyarthritiden, Sarkoidosen, Infektionskrankheiten, maligne Tumoren oder endokrine Störungen) zuzuordnen.



### Genetische und psychosoziale Disposition

Prof. Dr. Ulrich T. Egle, Mainz, stellte ein biopsychosoziales Pathogenesemodell der Fibromyalgie vor. Die biologische Prädisposition betrifft unter anderem die 5-HTT-, 5HT2A- und COMT-Gene; die psychosoziale Prädisposition kennzeichnen eine unsichere Bindung, emotionale Vernachlässigung und Viktimisierung in der Kindheit (z. B. körperliche Misshandlung, schwerer sexueller Missbrauch). Vielfache frühe Stresserfahrungen gelten heute für Langzeitfolgen als gesichert (Tab. 1). Unter Umständen kommt es bei diesen Patienten zusätzlich noch durch Versagen in Schule und Beruf zu einem labilen Selbstwertgefühl oder ersten Symptomen von Angst, Depression und Unruhe. Dies sowie auch frühe beziehungsweise häufige Krankheiten oder Schmerzerfahrung bedingen frühzeitig eine neurobiologische Störung der Stress- und Schmerzverarbeitung im Gehirn, denn das genetisch determinierte Stressverarbeitungssystem (Stress als Zustand bedrohter biologischer Homöostase/Allostase) reift noch in den ersten Lebensjahren aus.

### Laterales und mediales Schmerzsystem

Das mittelalterliche kartesianische Schmerzmodell einer 1 : 1-Reizweiterleitung von peripher nach zentral ist überholt, wengleich noch von vielen angenommen. Vielmehr liegt eine komplexe Interaktion zwischen lateralem und medialem Schmerzsystem vor.

Das laterale Schmerzsystem umfasst: Umschaltung des Reizes im Rückenmark, Weiterleitung zum Thalamus kontralateral zur sensorischen Mustererkennung, Beeinflussung durch den sensorischen Kortex mit sensorischer Diskrimination und Prüfung der Intensität des peripheren Stimulus. Am medialen Schmerzsystem sind beteiligt: Amygdala mit emotionaler Bewertung des Stimulus (Angst, Furcht, Freude als zentrale Emotionen), Hippocampus als autobiografisches Gedächtnis (vorderer Hippocampus: emotionale Einordnung des Kontextes, hinterer Hippocampus: räumliche Einordnung), Insula als Homöostase-Alarmzentrum (zuständig für die Evaluation von Stress auf kognitiver Ebene),

Interaktion des vorderen Gyrus cinguli, der die typische ängstliche Aufmerksamkeit, Katastrophisierung und Überfokussierung bedingt und eine wichtige Integrationsfunktion für die zentrale Schmerzverarbeitung besitzt.

Amygdala, Hippocampus und Cortex präfrontalis lösen über den Hypothalamus eine vermehrte CRH- und AVP-Ausschüttung aus, was wiederum eine Stressantwort über die Locus-coeruleus-Norepinephrine (LC-NE)- und die Hypophysen-Nebennierenrinden (HPA)-Achse auslöst. Dies führt zu vermehrter Adrenalin-, Noradrenalin- beziehungsweise Kortisolausschüttung.

Während Stress normalerweise durch Adrenalin- beziehungsweise Noradrenalin-gesteuertes Lernen habituiert wird, schränken ständige beziehungsweise wiederholte Stressoren diese Lern- und Adaptationsvorgänge ein. Dies kann beispielsweise zu einer dauerhaften starken muskulären Stressreaktion und auch zu einer verminderten Funktion der HPA-Achse führen. Im Rahmen der gestörten Stressverarbeitung ist zudem die Hyperaktivität der Amygdala verantwortlich für die somit zentral bedingte Somatisierung mit vielfachen psychovegetativen Symptomen. Dies erklärt das Fehlen peripherer Befunde – von sekundären Folgeerscheinungen abgesehen.

### Pathogenese beim Fibromyalgie-Patienten

Im biopsychosozialen Pathogenesemodell bedingt nun die Störung der Stressverarbeitung und -beantwortung mit sensorischer Hypervigilanz ein ausgeprägtes Kontrollverhalten, Hyperaktivität, Perfektionismus und eine unreife Konfliktbewältigung. Ein entsprechender psychosozialer (z. B. familiär oder beruflich) oder biologischer Stress (z. B. Infekte, Trauma, andere Krankheiten) führt zur Überforderung des Patienten. Es resultieren die Dysfunktion der HPA-/LC-NE-Achse, die Störung der deszendierenden Hemmung mit Auftreten von Schmerz, Erschöpfung, psychovegetativer Symptomatik und narzistischer Krise. Durch ängstlich-hypochondrische Bewertung der Symptomatik kommt es dann zu körperlicher Dekonditionierung, muskulärer Spannung, sozialem Rückzug, negativen Affektiven und „Doctor-Hopping“ mit oft auch iatrogenen Schädigungen. In 25% der Fälle kommt es zu invasiven oder auch operativen Interventionen; Patienten mit somatoformen Schmerzen wie auch Fibromyalgie-Patienten haben im Krankheitsverlauf zumeist über zehn Behandler.

Bei der Fibromyalgie gibt es nach Egle Untergruppen: Ein hoher Anteil ist der somatoformen Schmerzstörung zuzuordnen (häufig interpersoneller Stress von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter), weitere Untergruppen sind Angst- und Depressionsstörungen, das myofasziale Schmerzsyndrom sowie bisher noch nicht klar erfassbare Untergruppen.

Die frühen Stresserfahrungen werden häufiger: 22% aller Kinder wachsen bei alleinerziehenden Elternteilen auf, zumeist bei Müttern. Von diesen wiederum weisen etwa 50% behandlungsbedürftige psychische Störungen, vor allem Depressionen, auf. Problematisch sind bei einem frühen beruflichen Wiedereinstieg der Mutter inadäquate Ersatzarrangements mit diskontinuierlichen Beziehungen und entsprechenden Auswirkungen auf die soziale Bindung. In den USA sind bereits 60% der Erwachsenen zum dritten Mal verheiratet.

Aus verhaltenstherapeutischer Sicht wies Dr. Jörg Heuser, Prien, auf das Pathogenesemodell für die somatoforme Schmerzstörung hin. Zentral sind hier

Tabelle 1  
**Frühe Stresserfahrungen mit Langzeitfolgen**

- Emotionale Vernachlässigung
- Berufliche Anspannung beider Eltern von klein auf
- Chronische familiäre Disharmonie/unter Umständen Gewalt
- Altersabstand zu Geschwister kleiner als 18 Monate
- Häufig geschlagen/misshandelt
- Schwerer sexueller Missbrauch
- Finanzielle Situation kärglich/instabil
- Scheidung/Trennung der Eltern
- Mutter und/oder Vater körperlich krank/behindert
- Mutter und/oder Vater psychisch krank/Suchtproblem
- Tod eines Elternteils

nach: Prof. U. T. Egle, Mainz



ebenfalls „früher Stress“, Beziehungs- und Selbstwertstörungen mit unreifen Konfliktbewältigungsstrategien, gestörte Stressverarbeitung sowie durch psychosoziale Belastungen ausgelöste somatoforme Schmerzen mit Gefahr der Chronifizierung. Dementsprechend gibt es wichtige Faktoren bei der Aufrechterhaltung: Fokussieren der Aufmerksamkeit, Verstärken eines organmedizinischen Krankheitsmodells, in Familie und Arbeit Funktion erhaltende Symptome, Schon- und Vermeidungsverhalten, Verstärken der Krankheitsrolle, begleitende Ängste und Depressionen sowie psychophysiologische Veränderungen.

Die Ziele der Therapie bestehen darin, die Schmerzbewältigung zu verbessern, die subjektive Schmerztheorie zu erweitern und schmerzzerzeugendes Verhalten zu reduzieren. Aber auch verstärkt gesundheitsbewusstes Verhalten, bessere Lebensqualität mit Förderung vorhandener Ressourcen, weniger psychische Beeinträchtigungen und nicht zuletzt die Aufarbeitung biografischer Erlebnisse gelten als Behandlungsziele. Innerhalb eines

multimodalen Behandlungskonzepts nannten die Patienten vor allem Biofeedback und Einzeltherapie als wirksame Behandlungsbausteine. Durch Biofeedback lassen sich symptomrelevante Reaktionsmuster und Biosignalen gezielt beeinflussen. Die Patienten lernen, sich besser zu entspannen und die körperbezogene Wahrnehmungsfähigkeit zu steigern. Dadurch werden psychophysiologische Zusammenhänge sichtbar; die Patienten sind eher in der Lage auf sich selbst zu wirken.

### Psychodynamische Modelle

Nach *Dr. Rainer Schors*, München, gibt es vier psychodynamische Modelle der Somatisierung: die Konversion, das Symptom als Affektäquivalent, der narzisstische Mechanismus sowie die Konditionierung. Während der akute Schmerz ein Warnsignal vor körperlichen Schäden ist, weist chronischer Schmerz eher auf psychische Schäden hin. Körperliche Schäden kommen jedoch oft mit psychischen Störungen gemeinsam vor. Somatisierungen sind in ungefähr 40% (je nach Studie allerdings sehr variabel) mit Persönlichkeitsstörungen kombiniert.

Die Hauptangst der Betroffenen besteht darin, als seelisch belastet erkannt und entwertet zu werden. Die Hauptabwehr bewusster und unbewusster Konflikte wiederum besteht in der Vorstellung, es sei nur der Körper allein das Problem. Ziel der Behandlung ist daher zum einen die Klärung des Anteils der Psychogenese an Entstehung und Aufrechterhaltung des Schmerzes, zum anderen die psychische Verarbeitung eventuell vorhandener körperlicher Schäden sowie der Versuch, den Betroffenen für eine geeignetere Krankheitstheorie zu gewinnen. Bei Klärung der Psychotherapieindikation sind neben der Notwendigkeit einer entsprechenden Motivation auch einige anamnestiche Faktoren wesentlich (Tab. 2).

### Berentungswunsch: kaum Therapieerfolg

Rentenbegehren in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen war das Thema weiterer Vorträge. So führte *PD Dr. Harald Bündel* aus München aus, dass im Jahr 2002 bei den EU-/BU-Rentenzugängen psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen den

prozentual höchsten Anteil ausmachen (38,8% bei Frauen und 29,9% bei Männern). Ein Rentenwunsch oder schon gestellter Rentenanspruch sind Prädiktoren mit der höchsten negativen Erklärungskraft für das Ausbleiben eines Therapieerfolges.

Eine in Dänemark durchgeführte Studie hat gezeigt, dass Patienten mit laufendem Rentenbegehren sich unter interdisziplinärer Therapie nicht verbessern. Eine Erhebung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) bei über 20.000 Rehafällen hat 2001 ergeben, dass 30% der wegen einer psychischen Erkrankung vorzeitig Berenteten eine Reha-Leistung unmittelbar im Jahr vor der Frühberentung in Anspruch genommen haben. Die vorzeitige Berentung konnte im weiteren Verlauf nicht mehr abgewendet werden.

Gündel untersuchte retrospektiv im Rahmen einer eigenen Studie durchgeführte Rentengutachten zwischen den Jahren 1995 und 2000: Funktionelle Beschwerden stellten hier die weit überwiegende Mehrheit dar. 39 Patienten, die eine vom Gutachter empfohlene Psychotherapie absolviert hatten, wurden fünf Jahre nach ihrer Begutachtung nachbefragt. 29 davon sind mittlerweile berentet, neun nicht. Es zeigt sich ein tendenziell positiver (knapp nicht signifikanter) Zusammenhang zwischen passivem Krankheitsbewältigungsverhalten und vorzeitiger Berentung. Die Berenteten weisen zudem eine deutlich größere Zahl an ambulanz-somatischen Vorbehandlungen auf. Der hohe Anteil der berenteten Patienten zeigt, wie schwer die Patienten psychisch beeinträchtigt sind.

*Dr. Cornelis Stadland*, München, nannte unter Bezug auf dieselbe Studie Prädiktoren einer Berentung: Verstärkung im Krankheitsverhalten durch den Arbeitgeber, bereits länger bestehende Leistungsbeeinträchtigung beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit, auch subjektiv starke Leistungsbeeinträchtigung, ausgeprägter Rentenwunsch sowie deutlich geringe berufliche Motivation.

### Südost-Nord-Gefälle

Von juristischer Seite zeigte *Andreas Knipping*, Richter am Sozialgericht

Tabelle 2

### Indikationen für Psychotherapie bei Schmerzpatienten

- Schmerzdauer länger als 6 Wochen
- Fehlen erklärender Befunde nach zwei Untersuchungsdurchgängen
- Auffälliges Missverhältnis zwischen Befinden und Klagen
- „Paradoxe“ Reaktion auf Schmerzmittel
- Symptome der Depression oder andere psychopathologische Auffälligkeiten
- Auffallende soziale Bedingungen oder Verhaltensweisen
- „Lebensknick“ oder beruflicher Abstieg in Zusammenhang mit der Schmerzerkrankung
- Unangemessene Forderungen nach Wiedergutmachung an die Umgebung, die Familie oder den Arzt
- Verzweiflung und Hilflosigkeit bei Patient und/oder Arzt
- Bestehendes Rentenbegehren in Zusammenhang mit der Schmerzerkrankung

nach *Dr. R. Schors*, München

FORTSETZUNG S. 73 —

München, viel Verständnis für die Kläger, die eine Erwerbs- beziehungsweise Berufsunfähigkeitsrente (seit 2001 „Rente wegen teilweiser beziehungsweise voll-erwerbsminderung“) einfordern. Die Betroffenen haben vor allem existenzielle finanzielle Sorgen, sind zumeist schon länger arbeitslos oder arbeitsunfähig für die bisherige Beschäftigung – auch mitbedingt durch Alter oder degenerative Erkrankungen. Sie sehen sich der schlechten Konjunktur und dem Personalabbau in Unternehmen ausgesetzt, dies gilt vor allem für Unqualifizierte. Das wiederum betrifft zu einem großen Anteil die erste Gastarbeitergeneration; aus der Sicht Knippings ergibt sich ein deutliches Südost-Nord-Gefälle mit einem hohen Anteil von Klägern aus dem ehemaligen Jugoslawien, aus Griechenland oder der Türkei. So hat die Durchsicht von 200 Rentenstreitigkeiten aus der zweiten Jahreshälfte 2003 ergeben, dass bei 17 von 30 Klägerinnen aus den genannten Ländern (56,67%) die Diagnose einer Fibromyalgie oder somatoformen Schmerzstörung gestellt wurde. Bei den 55 deutschen/österreichischen Klägerinnen waren diese Erkrankungen nur bei 14 Fällen (24,45%) diagnostiziert worden. Bei den jeweiligen männlichen Klägern (insgesamt 32 aus dem ehemaligen Jugoslawien, Griechenland oder der Türkei beziehungsweise 82 aus Deutschland oder Österreich) wurde ebenfalls ein erheblicher Unterschied mit zwölf (37,5%) beziehungsweise elf (13,25%) Fällen deutlich.

### Sinnkrise vorprogrammiert

Knipping wies auf die in Deutschland lebenden Frauen hin, die aus dem südosteuropäischen, vorderasiatischen oder nordafrikanischen Kulturkreis stammen und für die eine Sinnkrise im fünften Lebensjahrzehnt oft vorprogrammiert ist. Im ursprünglichen Traditionsbereich wären sie in diesem Alter nach Geburt etlicher eigener Kinder schon anerkannte, verehrte und materiell gesicherte Großmütter in der Rolle als „alte“ Frauen. Diese Position kommt ihnen im mittel- und westeuropäischen „Arbeitsexil“ jedoch nicht zu. Hiesigen Traditionen entsprechend haben sie nur wenige Kinder, die sich sprachlich und kulturell zudem von der Familie wegorientieren; En-

kel bekommen sie häufig erst viel später oder gar nicht. Zudem ist die Integration oft schon aus sprachlichen Gründen misslungen. Sie sind nun also nicht die „reiferen Mütter einer Großfamilie“, sondern „familiär vereinsamte sowie körperlich und seelisch verbrauchte Putzfrauen oder Küchenhilfen“. Ihre Versorgungsberechtigung erhalten sie nicht mit 45 Jahren, sondern erst 20 Jahre später. Stummen Protest drücken sie typischerweise oft mit Schmerz oder rätselhaften Symptomen aus – so gut wie nie jedoch mit Alkoholmissbrauch im Gegensatz zu unserem Kulturkreis.

Generell fällt eine bereits langjährige medizinische Behandlung der Betroffenen auf. Ärztliche Äußerungen wie „Bei Ihnen ist alles kaputt!“ oder „Wenn Sie jetzt keine Rente kriegen, sitzen Sie in fünf Jahren im Rollstuhl!“ führen häufig zu einer zusätzlichen Verunsicherung. Unterschiedliche Diagnosen und Therapiekonzepte haben die Kläger oft desorientiert. Für die Begutachtung haben die medizinischen Sachverständigen bisher formulierte Diagnosen und Befunde zu prüfen und nach ihrer Auswirkung auf das Leistungsvermögen zu bewerten. Gegebenenfalls müssen sie genau herausarbeiten, wodurch beispielsweise der Start in den Tag wirklich verhindert oder eine weitere Arbeitsleistung etwa nach zwei oder vier Stunden Arbeit eingeschränkt wird. Knipping wünscht sich als Richter von den Ärzten eine bereits lange vor dem Berentungsprozess beginnende ganzheitliche Führung „... durch den Irrgarten der Diagnosen, bildgebenden Verfahren und Medikamentenverordnungen.“ Weiterhin hofft er auf gesicherte Kriterien für die Diagnostik von Fibromyalgie und somatoformer Schmerzstörung sowie auf geeignete Bemessungskriterien der Leistungseinschränkung.

### Einschätzung der Prognose

Dr. Stephan Bork, Tübingen, führte aus, dass bei der Begutachtung im Rentenverfahren nach Klärung der Diagnose die Symptomatik mit Einschätzung des Schweregrades quantifiziert werden muss. Dabei bietet sich neben allgemeinen Hinweisen und motorischen Auffälligkeiten die Beurteilung von Indizien anhand des Tagesablaufes an. Die Prog-

**Tabelle 3**  
**Ungünstige Prognosefaktoren im Rentenverfahren**

- Akzentuierte prämorbid Persönlichkeit
- Komorbidität psychischer Störungen
- Körperliche Begleiterkrankungen
- Verlust der sozialen Integration (kein Arbeitsplatz, keine persönlichen Interessen, keine Partnerschaft)
- Ausgeprägter Krankheitsgewinn
- Mehrjähriger Verlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Remission
- Unbefriedigende Behandlungsergebnisse, auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz
- Gescheiterte stationäre Therapie
- Gescheiterte Reha-Maßnahmen

nach: Dr. S. Bork, Tübingen

nose einer dauerhaften Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit fällt umso ungünstiger aus, je mehr negative Faktoren des Krankheitsverlaufes festzustellen sind (Tab. 3). Auch wenn diese Liste nicht als „abhakbare Checkliste“ zu verstehen ist, ist mit einer Wiederherstellung der vollen Erwerbsfähigkeit nur selten zu rechnen, wenn alle oder die meisten dieser Faktoren nachzuweisen sind.

Grundsätzlich nötig sind auch eine differenzialdiagnostische Abklärung, eine detaillierte Exploration der Krankheitsvorgeschichte sowie eine ausführliche Schmerzanalyse (eventuell unter Verwendung des „pain disability index“). Für die Untersuchung selbst ist eine Atmosphäre nötig, in der sich der Proband ernst genommen fühlt. Zu Beginn informiert der Gutachter den Patienten über Zweck, Auftraggeber sowie Vorgehensweise; er geht wie beim psychotherapeutischen Erstinterview mit zunächst unstrukturierter Gesprächsführung und anschließend gezielten Fragen vor.

**Dr. med. Andreas Meißner**  
Facharzt für Psychiatrie  
und Psychotherapie,  
Tegernseer Landstr. 49,  
81541 München