

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

RÜCKENSCHMERZEN

Seelische und psychosoziale Aspekte

Rückenschmerzen, in der Allgemeinheit auch Kreuzschmerzen genannt, sind eine wahre Volkskrankheit geworden. Rund ein Drittel in unseren Breiten muss sich im Verlaufe seines Lebens mindestens einmal mit dieser häufigsten aller Schmerz-Ursachen auseinandersetzen. Im aktuellen Zeitraum mindestens jeder Dritte. Allerdings ist den wenigsten klar, worauf Rückenschmerzen zurückgehen. Ein nicht geringer Teil hat körperliche Ursachen, durch die modernen Diagnose-Möglichkeiten auch exakt feststellbar. Aber keineswegs der kleinere Anteil hat seelische bzw. psychosoziale Ursachen, besonders wenn sich die Rückenschmerzen endlos peinigend hinziehen, also chronisch werden.

Und hier irritiert nicht nur die Betroffenen und ihre mitleidenden Angehörigen, sondern auch die Medizin, vom Hausarzt bis zum Wissenschaftler, ein bisher ungeklärtes Feld möglicher Ursachen. Das beginnt mit biologischen Risikofaktoren, geht über berufliche, ja sogar ärztlich ausgelöste Ursachen bis zu Lebenslauf und Lebensstil. Hier vor allem mit seelischen und psychosozialen Aspekten. Kreuzschmerzen aus psychologischer Sicht sind ein überaus schwieriger Bereich von Diagnose und Therapie geworden.

Nachfolgend deshalb eine komprimierte Übersicht zu einerseits körperlichen Ursachen, vor allem aber seelischen Hintergründen. Die einen werden zwar schmerz-gepeinigt, aber offen diskutiert, die anderen eher verdrängt, verheimlicht, ja sogar entrüstet zurückgewiesen. Kreuzschmerzen durch seelische Auslöser sind in der Allgemeinheit kein Thema; und bei den direkt Leidtragenden sogar scham-besetzt eine unbewiesene Unterstellung. Das muss man allerdings objektiver zu sehen versuchen, sonst kann man diesen wachsenden Bereich schmerzhafter Zermürbung nicht verhindern und im Erlebnisfall erfolgreich behandeln. Dazu einige psychologische und psychiatrische Erkenntnisse.

Erwähnte Fachbegriffe:

Rückenschmerzen – Kreuzschmerzen – seelische Ursachen von Rückenschmerzen – Erkrankungen des Halte- und Bewegungssystems – Wirbelsäulenleiden – Lumbal-Syndrom – Zervikal-Syndrom – Lendenwirbelsäule-Schmerzen – Halswirbelsäule-Schmerzen – Häufigkeit von Rückenschmerzen – Krankheitskosten von Rückenschmerzen – seelische Ursachen von Rückenschmerzen – körperliche Ursachen von Rückenschmerzen – akute Rückenschmerzen – plötzliche Rückenschmerzen – chronische Rückenschmerzen – Dauer-Rückenschmerzen – Definition von Rückenschmerzen – Klassifikation von Rückenschmerzen – Verteilungs-Muster von Rückenschmerzen – Rückenschmerzen bio-psycho-sozial gesehen – spezifische Rückenschmerzen – nicht-spezifische Rückenschmerzen – Risikofaktoren von Rückenschmerzen: biologisch, beruflich, ärztlich ausgelöst, biographisch, Lebensstil, seelisch, psychosozial, organisch u. a. – biologische Risikofaktoren von Rückenschmerzen – berufliche Risikofaktoren von Rückenschmerzen – ärztlich ausgelöste Risikofaktoren von Rückenschmerzen – biographische Ursachen von Rückenschmerzen – Rückenschmerzen und Lebensstil – seelische Aspekte von Rückenschmerzen – organische Krankheits-Ursachen von Rückenschmerzen – Rückenschmerzen aus psychosozialer Sicht – Organ-Sprache von Rückenschmerzen – unbewusste Schmerz-Äußerung – Rückenschmerzen und Charakter – Rückenschmerzen und Persönlichkeitsstruktur – Rückenschmerzen und Wesensart – Affekt-Äquivalent – somatisierte Rückenschmerzen – Rückenschmerzen und Krankheits-Gewinn – psychologische Ursachen von Rückenschmerzen – psychodynamische Aspekte von Rückenschmerzen – Schmerz-Angst-Spirale – psychosomatische Fehlsteuerung bei Rückenschmerzen – chronische Rückenschmerzen und zusätzliche Erkrankungen – Behandlung von Rückenschmerzen – medikamentöse Schmerztherapie – u.a.m.

Rückenschmerzen – wer hat noch nie Rückenschmerzen gehabt? Die meisten glücklicherweise nur vorübergehend, eine wachsende Zahl dauerhaft, chronisch.

Dabei sind Rückenschmerzen natürlich nichts Neues (erste medizinische Hinweise gehen bis auf das 15. Jahrhundert zurück); sie nehmen aber offenbar zu. Dies vor allem im Zuge der Industrialisierung, wie entsprechende Berichte Ende des 19. Jahrhunderts nahe legen.

Nun wird jeder sagen: das war ja zu erwarten. Aber schon damals verwiesen die Ärzte nicht nur auf reale Belastungs- oder gar Verletzungs-Ursachen, sondern auch auf seelische Hintergründe, zumindest aber eine psychische Begleit-Symptomatik und natürlich sozio-ökonomische Konsequenzen. Daran hat sich nichts geändert, im Gegenteil: Die psychosozialen Aspekte treten mit zunehmenden medizinischen und psychologischen Erkenntnissen immer mehr in

den Vordergrund, und zwar nicht nur als Ursachen und Folgen, sondern auch als Voraussetzungen.

Rückenschmerzen statistisch gesehen

Inzwischen sind Rückenschmerzen die häufigsten Schmerz-Ursachen generell. Die so genannte Lebenszeit-Prävalenz (also was in einem gesamten Leben statistisch zu erwarten ist) liegt in den westlichen Industrie-Nationen zwischen 58 und 85% – derzeit. In Deutschland sollen mehr als 80% der Bevölkerung mindestens einmal im Leben über Rückenschmerzen klagen. Schon frühere Statistiken der Rentenversicherungsträger sprachen davon, dass 60 bis 70% aller Erkrankungen des Halte- und Bewegungssystems Wirbelsäulenleiden sind, wobei Männer etwas häufiger über das so genannte Lumbal-Syndrom (Lendenwirbelsäule), Frauen eher über das Zervikal-Syndrom (Halswirbelsäule) klagen sollen. Nimmt man den aktuellen Krankenstand, so sind rund ein Drittel der deutschen Bevölkerung (zwischen 27 bis 40%) von Rückenschmerzen heimgesucht.

Die Gesamtkosten durch medizinische Versorgung sowie indirekte Kosten durch Arbeitsausfälle und/oder Berentung variieren zwischen 400 und 7.000 Euro pro Patient und Jahr. In der Summe belastet das somit jährlich mit über 50 Milliarden Euro, allein in Deutschland. Konkret: 6% aller direkten Krankheitskosten, 15% aller Arbeitsunfähigkeitstage und 18% aller Früh-Berentungen. Da stellt sich die Frage:

Rückenschmerzen – was ist das eigentlich?

Zur Frage: Was sind eigentlich Rückenschmerzen erst einmal ein kurzer Überblick über die Grundlage dieses peinigenen Phänomens, nämlich die Wirbelsäule:

Die Wirbelsäule – Meisterwerk der biologischen Menschwerdung

Wer an Rückenschmerzen leidet, denkt vor allem an seine Wirbelsäule, das Rückgrat: 33 Wirbel, unterteilt in sieben Hals-, zwölf Brust-, fünf Lendenwirbel sowie das Kreuzbein (ursprünglich fünf Kreuzwirbel) und das Steißbein (ursprünglich vier Steißwirbel). Gesamtlänge: ein Drittel der Körpergröße, bestehend aus Wirbeln, Bandscheiben (Zwischenwirbelscheiben) und sehnenartigen Bändern.

Doch das ist längst nicht alles, wenngleich die mechanische Basis des homo erectus, der einzigen Gattung der Hominiden, die schließlich die Hominisation (Menschwerdung) zuerst mit dem aufrechten Gang und dann mit einer wachsenden geistigen Leistung schaffte (auch als homo sapiens bezeichnet).

Interessant in der menschlichen Entwicklungsgeschichte die Erkenntnis, dass zuerst die zweibeinige Körperhaltung und Fortbewegungsweise erworben wurden (siehe homo erectus, vom lat.: erectus = emporstehend, aufrecht), erst dann folgte die Entfaltung des Gehirns, weit über die höheren Affen hinaus.

Das alles geschah vor etwa ein bis zwei Millionen Jahren. Bis hin zum erwähnten homo sapiens (vom lat.: sapiens = einsichtsvoll, verständig, weise), dessen Skelettfunde auf bisher mehr als hunderttausend Jahre zurückverweisen.

Um aber auf die Wirbelsäule zurückzukommen: Sie besteht nicht nur aus Knochen, Knorpel, Bändern und Muskelansätzen, sie umfasst und schützt das Rückenmark. Von dort gehen zahllose Nerven aus, die für die Bewegungslenkung und die Aufnahme von Reizen von außen (um sie an das Gehirn weiterzuleiten) sorgen. Und selbst die scheinbar unempfindlichen Strukturen sind von zahllosen Nervenendigungen durchsetzt und überzogen, weshalb man sich dann auch nicht wundern sollte, dass angeborene Missbildungen, erworbene Fehlhaltungen und Überlastungen, altersbedingte Veränderungen und natürlich Verletzungen jeglicher Art zu einem weiten Feld meist schmerzhafter Symptome führen können, von Störungen der Bewegung und Empfindung ganz zu schweigen.

Die medizinische bzw. wissenschaftliche Antwort zur Frage: Was sind eigentlich Rückenschmerzen? ist und bleibt unbefriedigend: Das liegt nicht an den Ärzten, das liegt an dem vielschichtigen Phänomen „Kreuzschmerzen“. Das beginnt schon mit dem Symptom „Schmerz“ generell. Trotz aller neuen Erkenntnisse ist er noch immer ein medizinisches Geheimnis, ja ein Rätsel.

Das bekommen besonders die Betroffenen zu spüren. Wie soll eine konkrete Schmerz-Behandlung erfolgreich sein, wenn unklar ist, was sich hier wirklich abspielt. Dies vor allem dann, wenn das Schmerzbild nicht mehr loslässt, fachlich gesprochen: chronifiziert.

Wenn es Hinweise auf eine fassbare Grund-Erkrankung gibt, dann ist das für die heutige Medizin, vor allem was ihre technischen Möglichkeiten anbelangt, kein Problem: Beispiele in Fachbegriffen: Sturz oder Unfall, Krebs (direkter Organbefall oder Tochtergeschwülste), chronische Infektion (z. B. Tbc), längerfristige Einnahme von Kortikoiden (so genannte kortikoid-induzierte Osteoporose), unkontrollierter Harn- oder Stuhlabgang (so genanntes Konus-Kauda-Syndrom), oder gar Schwäche bzw. Lähmungserscheinungen (Nervenwurzel-Kompression), aber auch Schwäche des Immunsystems, Rauschdrogen-Konsum (Spondylodiszitis) u. a. Und eine interessante Frage, die der Arzt in diesem Fall gleich stellt: Bleibt der Schmerz selbst in Ruhe?

Diese Ursachen laufen also in einem überschaubaren Zeitrahmen ab. Manchmal akut (dann besonders gut einstuftbar), manchmal mittelfristig, aber – wie gesagt – zeitlich eingegrenzt.

Chronische Rückenschmerzen

Ganz anders bei einer Chronifizierung der Rückenschmerzen. Hier finden sich in der Regel keine eindeutig fassbaren organischen Ursachen, und dies trotz der erwähnten technischen Möglichkeiten, die zudem ständig perfektioniert werden. Dazu die erwähnte Vielgestaltigkeit und mannigfachen Ursachen, also auf ganz verschiedenen Ebenen.

Das geht schon aus der generellen *Definition* von Schmerz hervor, wie es bereits vor über 30 Jahren von der International Association for the Study of Pain (IASP, 1979) beschrieben wurde, nämlich:

Schmerz ist eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die mit einer aktuellen oder potentiellen Gewebeschädigung verbunden ist oder wie eine solche beschrieben wird.

So kann das Phänomen Schmerz im Allgemeinen und „Kreuzschmerz“ im Speziellen durchaus von konkreten neuralen Strukturen ausgehen (sprich Wirbelsäule, Zwischenwirbelscheiben, Bänder und Muskeln). Es kann aber auch beispielsweise von inneren Organen (z. B. Herz, Bauchspeicheldrüse usw.) in die Kreuz-Regionen projiziert werden (also Schmerz im Rücken, Ursache ganz irgendwo anders). Und es kann durch rein oder zumindest überwiegend seelische Faktoren und ihre psychosozialen Konsequenzen ausgelöst und vor allem mittel- bis langfristig unterhalten werden.

Objektiv lässt sich dabei kein Schaden feststellen (wie beispielsweise nach einer Wirbel-Fraktur im Röntgenbild). Hier handelt es sich um so genannte funktionelle und statische Störungen, in der Mehrzahl durch Gelenk-Veränderungen oder gar -Blockaden und besonders durch muskuläre Verspannungen hervorgerufen. Rückenschmerzen, vor allem chronische, sind also eher Krankheitszeichen als eine eigenständige Krankheit.

Deshalb ist die Heilungs-Rate nach akuten Rückenbeschwerden – nebenbei unabhängig von einer Therapie – erfreulich hoch, nämlich rund 70 bis 80% in den ersten Wochen. Mehr als 90% geben ihr Opfer innerhalb von drei Monaten frei. Es bleibt aber eine so genannte Chronifizierungs-Rate von rund 5% (Tendenz steigend).

Chronische Rückenschmerzen können dann zu einem besonders belastenden Leidensweg werden, dies vor allem dann, wenn sie kompliziertere Ursachen-Bedingungen aufweisen, nicht zuletzt psychosozialer Natur. Beispiele: Von der ursprünglichen Wesensart über die spezifischen partnerschaftlichen und/oder beruflichen Belastungen bis hin zu einem komplexen End-Ergebnis, bei dem man kaum mehr die einzelnen Komponenten auseinanderhalten kann.

Nachfolgend deshalb erst einmal einige konkrete Hinweise zu Definition, spezifischen und nicht-spezifischen Rückenschmerzen sowie Risikofaktoren:

Definitionen und Klassifikationen

Rückenschmerzen sind also – wie erwähnt – keine eigene Krankheit, sondern ein Symptom, also ein Krankheitszeichen.

Wenn man Rückenschmerzen konkreter lokalisieren will, dann finden sie sich in abnehmender Häufigkeit im Bereich des gesamten Rückens, aber auch ausstrahlend in den (Hinter-)Kopf, gefolgt von Nacken, Schultern, Beinen und Armen.

Interessanterweise können Rückenschmerzen sogar ausstrahlen bis in die Füße, Hände, den Bauch, die Hüften, Unterleib, ja Gesicht, Brust und Brüste. Frauen sind in allen Verteilungs-Mustern häufiger betroffen.

In vorliegenden Ausführungen geht es vor allem um den *unteren Rückenschmerz*, deshalb in Anlehnung an das Kreuzbein auch *Kreuzschmerzen* genannt. Die Experten definieren sie als Schmerzen (oder Missempfindungen) im Bereich des Rückens vom unteren Rippenbogen bis zu den Gesäßfalten, eventuell sogar mit Ausstrahlung in die Beine.

Die konkrete *Klassifikation* teilt ein in akut, mittelfristig oder chronisch. Das ist allerdings eher als theoretische Übereinkunft zu sehen, denn die Grundlagenforschung liefert bislang keinen Hinweis auf einen klar definierten Zeitpunkt für den Übergang von akutem in chronischen Schmerz. Die Grenzen sind im Allgemeinen also durchaus fließend. Dennoch muss man sich schließlich entscheiden, deshalb folgende Empfehlungen:

- Akute Rückenschmerzen sind neu aufgetreten (Zeitraumen bis zu zwölf Wochen).
- Mittelfristige (Fachbegriff: subakute) Rückenschmerzen nennt man jene, die an weniger als der Hälfte der Tage des zurückliegenden halben Jahres auftraten.
- Chronische Rückenschmerzen liegen dann vor, wenn sie an mehr als der Hälfte der Tage des zurückliegenden Jahres quälten. Allerdings gibt es auch andere Definitions-Vorschläge, die aber nur die Experten beschäftigen.

Den hier interessierenden *chronischen* Schmerz kann man nun einerseits wie oben definieren. Das ist allerdings nur ein Aspekt. In Wirklichkeit beeinträchtigt der chronische Schmerz auf verschiedenen Ebenen, nämlich

- auf der physiologisch-organischen Ebene durch Verlust der Mobilität (Beweglichkeit) und entsprechenden Funktions-Einschränkungen,
- auf der kognitiv-emotionalen Ebene durch Störung von Empfindlichkeit und Stimmung sowie ungünstigen Denkmustern,
- auf der Verhaltens-Ebene durch schmerz-bezogenes Verhalten sowie
- auf der sozialen Ebene durch Störung der sozialen Interaktion (zwischenmenschliche Aspekte) und Behinderung der Arbeit.

Der Oberbegriff für diese so genannte Multi-Dimensionalität des Schmerzes wird deshalb auch als *bio-psycho-sozial* bezeichnet. Diese Vielschichtigkeit der Ursachen und damit Konsequenzen kann sich nun schon bei dem einen Patienten in den ersten Wochen des Leidens entwickeln, während andere auch nach sechs Monaten noch keine ernstere Wirkung zeigen. Kurz: Der Begriff der Chronifizierung ist mehr als dynamischer Prozess zu interpretieren mit uneinheitlichen und wechselnden Schmerzbildern und Reaktionen bis hin zur gefürchteten Verselbstständigung des Schmerzes (s. später).

Deshalb hat man versucht, zwischen spezifischen und nicht-spezifischen Rückenschmerzen zu differenzieren. Das ist zwar wissenschaftlich umstritten, bietet aber interessante Interpretations-Aspekte:

- **Spezifische Rückenschmerzen** gehen auf strukturell nachweisbare Ursachen zurück: Beispiele: Bandscheibenvorfall, Infektionen im Bereich der Wirbel, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, schwere angeborene oder erworbene Deformitäten (Unfall, Skoliose, Osteoporose), entzündlich-rheumatische Wirbelsäulen-Erkrankungen (z. B. Morbus Bechterew), Tumoren der Wirbelsäule, insbesondere Tochtergeschwülste aus anderen befallenen Organen u. a.
- Dagegen treten **nicht-spezifische Rückenschmerzen** mit wechselnder Schmerz-Intensität und entsprechender Behinderung auf, obgleich keine morphologischen (körperlich fassbaren) Veränderungen als mögliche Ursachen für die Schmerzen gefunden werden können (jedenfalls nach dem derzeitigen Stand der Forschung).

Diese nicht-spezifischen Rückenschmerzen ohne scheinbar reale Ursache sind in der Tat ein Problem, und zwar nicht nur wissenschaftlich und klinisch, sondern auch für den einzelnen Betroffenen. Zum einen bringt eine selbst umfangreiche apparative Diagnostik relativ wenig, nämlich keinen „handfesten Befund für das geklagte Schmerzbild“ und damit eigentlich auch keine gezielten Therapie-Vorschläge. In manchen Fällen gehen diese Schmerzen auch

zurück, wobei allerdings nur ein überschaubarer Prozentsatz nach zwölf Monaten tatsächlich schmerzfrei wird.

Es kann sich also nicht nur um ein harmloses Geschehen mit regelmäßig guter Prognose (Heilungsaussichten) handeln, wenn eine hohe Rückfall-Quote oder gar die Gefahr der Chronifizierung droht. Denn dies äußert sich dann oft in einer so genannten Generalisierung der Schmerzen. Oder in wechselnden Schmerz-Lokalisationen. Oder im Auftreten weiterer Körper-Beschwerden, die ebenfalls schlecht nachweisbar sind. Beispiele: Herzstiche, Verdauungsstörungen, Ohrensausen, einschlafende Hände und Füße, Schlafstörungen u. a.

Und in Verhaltens-Änderungen, und zwar nicht nur in Form eines zunehmenden Medikamenten-Gebrauchs bis schließlich Tabletten-Missbrauchs (zumeist ohne Wirkung und mit häufigem Arztwechsel), sondern auch in der Vermeidung von körperlicher Aktivität, schließlich sozialen Kontakteinbußen und zuletzt einer verhängnisvollen Hilflosigkeit gegenüber dem geklagten Schmerzbild. Einzelheiten zur Medikamenten-Abhängigkeit siehe das spezielle Kapitel in dieser Serie.

Hier lassen sich dann auch nicht selten depressive Zustände und Angststörungen feststellen, weniger als eigentliche Ursache, eher als ein so genannter „uneinheitlicher Symptom-Komplex“, wie es die Mediziner nennen. Oder auf Deutsch: Hier kommt eines zum anderen, ob zusammengehörig oder nicht, ob Ursache, Folge oder beides – auf jeden Fall schwer durchschaubar, diagnostizierbar und leider auch behandelbar.

Risikofaktoren

Da drängt sich die Frage nach möglichen Risikofaktoren auf, also warum trifft es den einen und den anderen nicht (oder nicht so ernsthaft und folgenreich). Und auf was muss man achten, und zwar nicht nur körperlich, sondern auch seelisch und psychosozial?

Für die Mehrheit der Rückenschmerzen ist und bleibt es schwierig, zeit-nah und ursachen-bedeutsam die genauen Hintergründe zu ermitteln. Es gibt aber auch auf Grund umfangreicher epidemiologischer Studien durchaus bedeutende Risikofaktoren für die Entwicklung von chronischen Rückenschmerzen. Im Einzelnen (nach H. R. Casser: Der chronische untere Rückenschmerz. Nervenheilkunde 4/2008) in Fachbegriffen:

- *Biologische Risikofaktoren*: höheres Alter sowie degenerative organische Prozesse wie Höhenminderung der Zwischenwirbelräume, Osteophyten, Sklerosierungen u. a.
- *Berufliche Risikofaktoren* wie Schwerstarbeit (Tragen und Heben schwerer Lasten), einseitige Körperhaltung, Vibrations-Expositionen u. a. Außerdem in

psychosozialer Hinsicht berufliche Unzufriedenheit, wenig qualifizierte, dafür ggf. monotone oder langweilige Arbeit, Missverhältnis von körperlicher Leistungsfähigkeit und Arbeitsanforderung, aber auch geringe berufliche Qualifikation u. a. Weitere Hinweise siehe unten.

- *Iatrogene (ärztliche) Risikofaktoren*: mangelhafte Respektierung der multi-kausalen Ursachen, unzureichende Therapie-Kontrolle hinsichtlich der vereinbarten Ziele, der Erläuterung der Nebenwirkungen, gleichzeitigen Erfassung missbräuchlichen Verhaltens (z. B. Medikamente) u. a.

Aber auch fortgesetzte invasive oder medikamentöse Behandlung (beispielsweise mit Opioiden) trotz mangelnden Therapie-Erfolgs, wenig Informationen generell, massive therapeutische Maßnahmen ohne Eigenleistung, Nichtbeachtung psychosozialer Faktoren, monokausaler (einseitiger) Behandlungs-Ansatz, Überbewertung bildgebender Verfahren und damit Unterbewertung psychosozialer Aspekte, inadäquate Verordnung von Bettruhe und Krankschreibung, ineffiziente Rehabilitations-Konzepte u. a.

- *Biographie und Lebensstil*: Geringe Schulbildung, Grundschrift, mangelnde Bewegung, geringe körperliche Kondition und damit zu schwache Rumpfmuskulatur, passive Lebenseinstellung, unangepasstes Krankheits-Verhalten, Rauchen, deutliches Übergewicht u. a.

- *Seelische/psychosoziale Aspekte (Fachbegriff: yellow flags)*: Psychosoziale Überforderung, Traumatisierungen (seelische Verwundungen), Defizite bezüglich Selbstsicherheit und Selbstbehauptung, passive Grundeinstellung, emotionale Beeinträchtigungen oder gar Störungen (Depression, Angst u. a.), inadäquate Vorstellungen vom Krankheitsgeschehen, Neigung zur Katastrophisierung (d. h. zu unnötigen Panikreaktionen) und Somatisierung („Verkörperlichung“ seelischer Nöte), Dis-Stress, „das schwer durchschaubare Phänomen des „Krankheits-Gewinns“, schließlich das gemeinsame Auftreten (Ko-Morbidität) von psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Somatisierungsstörungen, Suchterkrankungen u. a. m. Weitere Einzelheiten dazu siehe später.

- *Organische Krankheits-Ursachen (Auswahl)*: Neben den eindeutig klinischen, bildgebenden und apparativ nachweisbaren Ursachen für chronische Rückenschmerzen wie Tumore, rheumatische Erkrankungen, Wirbelfrakturen bei fortgeschrittener Osteoporose u. a. werden deshalb verschiedene Schmerz-Ursachen diskutiert, aber leider ohne die notwendige Eindeutigkeit, wie man es gerne hätte, vor allem im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule (die so genannten L4/5 und L5/S1-Segmente, die die meisten Probleme bereiten). Einzelheiten dazu, insbesondere was die nachfolgend nur kurz angerissenen Fachbegriffe und die dahinter stehenden organischen Ursachen anbelangt, siehe die entsprechende Fachliteratur.

Beispiele in Fachbegriffen: Rissbildungen im Anulus fibrosus, Reduktion der Bandscheibenhöhe, neurogene Entzündungen, das Facetten-Syndrom, degenerative Veränderungen der kleinen Wirbelgelenke (Spondylarthrose), funktionelle Störungen der Ilio-Sakralgelenke, die Spondylolisthesis, funktionelle Instabilitäten durch Schwächen im System der Bänder, Bandscheiben und Gelenke bzw. Muskulatur, ferner Arthrosen, Mikrotraumen, punktförmige Verhärtungen des Muskelgewebes (so genannte myofasziale Triggerpunkte), z. B. durch dauernde Überlastung oder traumatische Einwirkung, Bewegungsmangel bzw. reaktive Hypoxie des Muskels, radikuläre Schmerzen durch mechanische Kompression der Nervenwurzel durch den Bandscheibenvorfall mit immunologisch-entzündlichen Prozessen, schließlich Narben-Bildung nach Entzündung oder mechanischer Beeinträchtigung des Spinalganglions im Spinalkanal, chronische Radikulopathien u.a.m.

Ein nicht unerheblicher Zusatz-Faktor, vielleicht sogar Auslöser und die Langzeit-Wirkung verantwortende Faktoren sind aber seelische bzw. psychosoziale Aspekte. Deshalb weiter in diesem Sinne und mit der Frage:

Was sagen nun die Spezialisten zu diesem offenbar psychisch mitgesteuerten Phänomen, vor allem aber die Orthopäden und – nicht zuletzt und immer häufiger in Anspruch genommen – die Nervenärzte, Psychiater, Psychologen und Psychotherapeuten? Was empfehlen diese Experten an Ursachen, Hintergründen, Verlauf und insbesondere subjektiver Wertung der einzelnen Aspekte? Was soll man erfragen, danach einordnen und strategisch gemeinsam(!) planen, wenn es sich um *chronische Rückenschmerzen* handelt?

Kreuzschmerzen aus psychosozialer Sicht

Patienten mit Kreuzschmerzen kommen in der Regel nach dem Hausarzt zum Orthopäden. Wenn sich die Schmerzen nicht mehr therapeutisch befriedigend mildern lassen, entwickeln sie sich zu „persönlichen Leidensbildern“ oder gar Krankheiten. Jetzt wird der Schmerz als Symptom vor allem ein so genanntes psychosomatisches Phänomen, von den Experten als „Organ-Sprache“ bezeichnet (Grundlage: unverarbeitetes Seelisches äußert sich körperlich, aber ohne organisch fassbaren Befund).

Jetzt gilt es nicht nur die soundsovielte technische Untersuchung zu wiederholen, jetzt muss etwas geschehen, was diese Patienten ungern akzeptieren oder gar entrüstet ablehnen. Die Frage lautet:

Welche bewussten, vor allem aber unbewussten innerseelischen Prozesse spielen in die Schmerz-Äußerung des Patienten hinein, d. h. Schmerz-Qualität, Schmerz-Intensität und insbesondere was der offenbar nicht behandelbare Schmerz ausdrücken soll.

Dazu kommt, dass jeder Mensch seine spezielle Schmerz-Schwelle, Schmerz-Toleranz und Schmerz-Intensität hat, nicht zuletzt durch seelische, psychosoziale oder auch körperliche Schmerz-Erfahrung geprägt; vor allem aber durch Wesensart, Charakter, Persönlichkeit sowie durch individuellen, wenn nicht gar schicksalhaften Lebenslauf.

Das heißt: Schmerzen haben nicht nur eine Ursache, sondern auch ein Ziel, das den bewussten, zumeist aber unbewussten Lebens-Entwurf prägt, d. h. entweder sinnvoll eingebaut werden konnte oder störend bis qualvoll alles andere zu ruinieren droht. Schlicht gesprochen geht es darum, was der Betroffene mit seinen Schmerzen im Leben – meist unbewusst – erreichen will, so die Experten-Meinung, wie sie schon vor rund 100 Jahren formuliert wurde.

Auf jeden Fall steht der Schmerz häufig im Zusammenhang mit verdrängten Affekten (Gemütsregungen) und kann sich dann eben auch als so genanntes Affekt-Äquivalent äußern, z. B. anstelle eines Wutanfalls, einer Eifersuchts-Attacke, eines unverarbeiteten Neid-Komplexes, einer Kränkung, Demütigung u. ä. Das würde nämlich nicht zum Selbstbild des Betroffenen passen, also wie er sich selber vorstellt. Mit dem (chronischem) Schmerz aber kann er das Problem somatisieren, auf Deutsch: „verkörperlichen“, d. h. das unverarbeitete psychische Problem in ein allseits bekanntes und akzeptiertes organisches Symptom umwandelt.

Die Psychoanalytiker sprechen davon, dass sich hinter einem solchen dauerhaften Schmerz-Syndrom häufig ein blockierter Lebensvollzug verbirgt, auf jeden Fall unbefriedigend. Und nach einem Überdruck-Ventil suchend.

Dabei können ganz unterschiedliche Charakterzüge mit hereinspielen, d. h. zu Angst oder Depression neigend, aber auch narzisstische oder gar sado-masochistische Persönlichkeitszüge (wobei man in diesem Fall nicht an allseits negativ empfundenen Extrem-Varianten, sondern an stark verdünnte, vielleicht sogar im Umfeld kaum registrierbare Formen denken sollte).

Nicht selten sind auch selbst-quälerische Anwandlungen, allerdings häufig vermischt mit subtiler Aggression gegen die Umwelt. Konkret: Der Schmerz-Patient, der sehr viel klagt, klagt auch an. Und er quält mit seinem ständigen Kreisen um diese Schmerz-Krankheit nicht nur sich, sondern auch seine Nächsten.

Psychosoziale Risikofaktoren

In den entsprechenden Lehrbüchern und Versorgungs-Leitlinien der zuständigen Experten gibt es deshalb in Ergänzung zu den Hinweisen auf eine organische Grunderkrankung als Ursache chronischer Rückenschmerzen (z. B. Sturz, Krebs-Metastasen, Infektionen, Lähmungen u. a. – s. o.) auch entsprechende

Risikofaktoren für die Entstehung chronischer Rückenschmerzen ohne körperliche Ursache und damit fassbaren Befund.

Dazu gehören beispielsweise – einiges klingt schon an – Stress, unzureichende Arbeitszufriedenheit, niedriger sozialer Status, passiver Lebensstil, Nikotin-, Alkohol- und Drogen-Missbrauch, Übergewicht, Fettleibigkeit, geringe körperliche und seelische Ressourcen (Hilfsmittel), besonders was nicht unterstützte Kindheit und belastende Lebenserfahrungen anbelangt sowie eine mangelnde Selbstregulation im Sinne von katastrophisierenden Gedanken und entsprechendem Vermeidungsverhalten. Dazu die Möglichkeiten eines Krankheits-Gewinns, wie man dies nennt (s. u.). Auch Alter und Geschlecht spielen eine Rolle. So die summarische Übersicht in nüchternen Fachbegriffen.

Was aber heißt das konkret? Dazu gibt es eine umfangreiche Fachliteratur mit unterschiedlichem Schwerpunkt, je nach orthopädischer, nervenärztlicher, psychiatrischer, psychologischer, vor allem psychotherapeutischer Sichtweise. Das füllt ganze Buchregale und halbe Fachbibliotheken. Das ist nicht mehr überschaubar. Und vor allem ist es kaum vergleichbar, je nach Ausgangslage und Blickrichtung der entsprechenden Experten.

Um es deshalb halbwegs übersichtlich zu machen, nachfolgend einige Charakteristika, wie sie psychophysiologisch, psychodynamisch und psychosozial in Fachbegriffen zusammengefasst werden (was sich natürlich erst einmal unzulässig vereinfachend anhört, wohl aber da und dort immer wieder registriert werden kann). In Stichworten (Einzelheiten siehe jeweilige Fachliteratur):

Autoritätsprobleme. – Zwanghafte Helfer-Einstellung. – Anfangs übermäßiger Arbeits-Eifer. – Neigung zum Rivalisieren. – Ambivalenz zwischen Verpflichtung und unbewusstem Aufbegehren. – Angst vor passiver Abhängigkeit und Unterwerfung. – Mangelnde Genussfähigkeit. – Grund-Gefühl des Abgelehnt-Seins und der eigenen Wertlosigkeit. – Flucht-Neigung (Flüchten oder Standhalten?). – Eher eine Neigung zur Zurückhaltung statt zu hingebungsvollem Erlebens. – Beim weiblichen Geschlecht eine Tendenz, sich mit dem Männlichen zu identifizieren sowie zu masochistischem Altruismus (selbstaufopfernd bis selbstquälerisch für andere da sein). – Und nicht zuletzt ein Ambivalenz-Konflikt mit einer Abwehr im Sinne einer „strammen Haltung“ (z. B. „ich bin ein Mann“), was sogar elektromyographisch im zuständigen Muskelbereich der Lendenwirbelsäule (Musculus erector trunci) objektierbar ist.

So beispielsweise ein Teil der Fachmeinung, mit der man in der Allgemeinheit allerdings nur bedingt etwas anfangen kann.

Deshalb einige psychosoziale Befunde von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, die generell besser verstanden werden können. Beispiele:

Schüchternheit, Bequemlichkeit, Starrsinn, Angst, verkrampfter Ehrgeiz, Eifersucht, Neid und Wut u. a.

Dazu ggf. psychodynamisch interpretierbare Aspekte im Sinne von: das Leben ist Vergnügen, ich muss immer die erste Geige spielen, muss überlegen sein, darf keine Schwäche zeigen (ein Teil des Problems von narzisstischen Persönlichkeitsstrukturen). – Ferner chronische Verstimmungen bis hin zu Depressionen, Angst, Ohnmacht und Verzweiflung, Mut- und Hoffnungslosigkeit.

Ggf. zwanghafte Züge. Mangel an sozialer Bezogenheit gegenüber anderen. Eine gewisse Gefühlskargheit. Aber auch eine mitunter auffällige Neigung zur Selbst-Idealisierung mit entsprechenden Schwankungen zwischen Omnipotenz („ich kann alles“) und Ohnmachtsgefühlen.

Auch sexuelle Probleme können ein zusätzlicher Belastungsfaktor sein. Und sehr häufig die so genannten unbewältigten Schwellen-Situationen des Lebens wie Pubertät, Klimakterium, Rückbildungsalter u. ä.

Manche Experten sprechen auch von einem „Charakter-Panzer“, der über die andauernde Muskel-Verspannung im entsprechenden Rückenbereich zu einer Fehl-Ernährung der Bandscheiben führen kann (weil die Wirbelsäule zu stark komprimiert bleibt). Damit die Gefahr eines Wurzelreiz-Syndroms, was dann über die Schmerz-Provokation weitere Muskel-Verspannungen nach sich ziehen und einen Teufelskreis einleiten kann.

Die Folgen

Wird dieser Circulus vitiosus nicht rechtzeitig als psychosomatische Fehlsteuerung erkannt, droht eine Schmerz-Angst-Spirale: Das Unbewältigte (und vor allem auch therapeutisch offenbar nicht zu mildernde) Schmerzbild erzeugt Angst, die natürlich auch viele der ohnehin gefürchteten Lebensbezüge meiden lässt. Das führt aber dann wiederum zu einer Lebens-Verarmung, zur Verstärkung depressiver Zustände, zur Lähmung von Entscheidungsfreude und Handlungsbereitschaft und damit zum Verlust an Selbstheilungskräften.

Diese folgenreiche Entwicklung ist ohnehin ein schwer durchschaubares Geflecht aus mehreren Ebenen, wozu auch zusätzliche organische Krankheiten zählen. So sind chronische Rückenschmerzen offenbar häufig verbunden mit Magen-Darm-Erkrankungen (z. B. Geschwüren, Reizdarm u. a.), mit Bronchial-Asthma, einem unerklärten Bluthochdruck, funktionellen Herzrhythmusstörungen (z. B. Herzstiche), Ohrensausen, einschlafenden Händen und Füßen, Dermatosen (nicht entzündliche Hauterkrankungen), Schlafstörungen sowie den erwähnten Sexualproblemen, Ängsten und Depressionen. Nicht selten finden sich auch zusätzliche Klagen über Beeinträchtigungen der Harn- und Sexualorgane sowie Nervenschmerzen zwischen den Rippen (Interkostalneuralgie).

Schlussfolgerung

Wer diesen Ausführungen bis hierher gefolgt ist, wird zugeben: Rückenschmerzen sind ein unerwartet vielschichtiges Phänomen, das nicht nur peinig, sondern auch diagnostisch, differentialdiagnostisch (was könnte es sonst noch sein), psychodynamisch (der Patient und sein Umfeld) und in einem anschließenden Teufelskreis psychosozial schwer entwirrbare Probleme aufwirft.

Dabei hat jeder Betroffene natürlich seine eigenen Vorstellungen von Ursache und Folgen. Ob die dann mit dem übereinstimmen, was die Experten finden, ist eine andere Frage. Denn körperliche Hintergründe, Beschwerdebilder und psychosoziale Konsequenzen sind nicht scham-besetzt, sondern alltäglich und allseits akzeptiert. Spielen jedoch seelische Aspekte mit herein, gerät das Ganze sofort in eine problematische Ecke von negativer Wertung, wenn nicht gar Diskriminierung. Und provoziert damit bewusste und unbewusste Widerstände – nachvollziehbar. Das kann aber wiederum über die blockierte Einsicht nicht nur die zutreffende Diagnose, sondern vor allem die Therapie und später Rückfall-Vorbeugung untergraben.

Nachfolgend deshalb ein Kapitel, das allein aus diesem Grunde die begrenzten Möglichkeiten, ja Risiken und Gefahren aufzuzeigen versucht:

Therapeutische Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren

Zu unterscheiden sind also akute und chronische Rückschmerzen sowie Hinweise auf eine organische Grund-Erkrankung bzw. psychosoziale Belastungen, die sich dann im Rückenbereich psychosomatisch äußern können (noch einmal: Seelisches unverarbeitet äußert sich körperlich, aber ohne konkreten Organ-Befund).

Bei der Frage nach einer *körperlichen* Grund-Erkrankung mit der jeweils eigenen Behandlungs-Strategie helfen inzwischen hoch-technische und sehr effektive Diagnose-Möglichkeiten weiter (Fachbegriffe: Bilddiagnostik wie MRT-Aufnahme der Lendenwirbelsäule, Discographien, diagnostische Gelenk- und Wurzelblockaden u. a.). Allerdings haben solche, ja auch kosten-intensiven Untersuchungsverfahren sowie eine Reihe so genannter interventioneller Eingriffe in den letzten Jahren erheblich zugenommen, während die psychosoziale Hilfestellung noch zu wünschen übrig lässt. Dies betrifft insbesondere die Gefahr dauerhafter Kreuzschmerzen, also die erwähnte Chronifizierung. Doch als Erstes der Akutfall und die damit verbundene umgehende Intervention des Arztes.

Der diagnostische Ablauf

Denn wer Schmerzen hat, denkt erst einmal an Medikamente. Das ist nachvollziehbar und letztlich „sein gutes Recht“. Dass kann jeder bestätigen, der schon einmal in eine solche missliche Lage geraten ist, und das sind – wie gesagt – viele. Gleichwohl empfehlen die Experten hier eine gewisse Zurückhaltung, wie sich aus neueren Erkenntnissen ergibt. Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur (z. B. A. Werber, M. Schiltenswolf: Chronische Rückenschmerzen, *Nervenarzt* 2 (2012) 243). Hier nur einige Stichworte zur Erinnerung:

So unterscheidet man also die akuten Rückenschmerzen von den chronischen (s. u.). Dabei ist vor allem auf organische Ursachen zu achten, mit entsprechenden Warnzeichen für schwerwiegendere körperliche Erkrankungen: Sturz oder Unfall (Fraktur), bösartige Grunderkrankungen durch Krebs-Metastasen, Drogenmissbrauch (so genannte Spondylodiszitis), Immunsuppression (z. B. durch Aids), chronische Infekte (z. B. Tbc), längerfristige Einnahme von Kortikosteroid-Medikamenten (Gefahr einer kortikoid-induzierten Osteoporose), das so genannte Konus-Kauda-Syndrom = unkontrollierter Harn- oder gar Stuhlabgang, Lähmungserscheinungen durch Nervenwurzel-Kompression u. a.

Die Diagnose basiert zum einen auf einer gründlichen Erhebung der Vorgeschichte (Fachbegriff: Anamnese), die auf obige Möglichkeiten hinweist. Zur Grundlage gehören Fragen nach der Lokalisation (wo?), der Qualität (wie?) und der Quantität (wie stark?); ferner nach Beginn und Dauer (seit wann?) sowie nach Schmerzverstärkungs-Ursachen und Beeinflussbarkeit des Schmerzverlaufs. Beispiele: entsprechende Symptome wie fehlende Besserung durch Hinlegen, nicht beabsichtigter Gewichtsverlust, Fieber, Ausfälle im Nervensystem, also z. B. die erwähnten Schwächen oder Lähmungen u. a.

Dabei gibt es zwei bedeutsame Unterschiede nach Diagnose (Erkennen) und Pathogenese (Interpretation des geklagten Leidensbildes), nämlich: Die so genannte bio-medizinische Vorgehensweise fahndet nach den *strukturellen* Veränderungen, die mit dem Schmerz verbunden sind (also nachweisbar Wirbelsäule, Gelenke u. a.). Die bio-psycho-soziale Strategie fragt vor allem nach der *Funktion* – und damit nach der betroffenen Person. Oder konkret und schlicht formuliert zugleich: Bio-medizinisch: „Um was für Schmerzen handelt es sich?“ bzw. bio-psycho-sozial: „Wer hat diese Schmerzen, und zwar individuell je nach Wesensart, Umfeld, offenen und versteckten Belastungsfaktoren u. a.?“

Wichtig ist schon hier, den Patienten aufzuklären, soweit es die gewonnenen Erkenntnisse zulassen. Das führt erst einmal zur notwendigen Ent-Ängstigung und zum Vermeiden einer heimlich anlaufenden Katastrophisierung. Daneben entscheidet der Arzt über die notwendigen technischen Untersuchungen und einen zeitlich begrenzten Medikamenten-Einsatz.

Bedeutsam auch immer wieder der Hinweis auf aktive Tätigkeit und eigenverantwortliche Bewegung – trotz Schmerz und Angst vor noch mehr Schmerz.

In Fachkreisen gibt es darüber hinaus noch konkrete Therapie-Empfehlungen gemäß der so genannten Nationalen Versorgungsleitlinie zu Kreuzschmerzen, deren differenzierte Darstellung aber hier zu weit führen würde.

Medikamentöse Schmerztherapie

- Entsprechende Empfehlungen (aber auch kontroverse Diskussionen) beschäftigen sich dann noch mit den Arzneimitteln, die bei *akuten Rückenschmerzen* zum Einsatz kommen können. Beispiele nach dem Stufenschema der Weltgesundheitsorganisation: nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) und Antiphlogistika (NSAID), ggf. schwach wirksame oder im weiteren Verlauf sogar stark wirksame Opioide. Dazu so genannte Ko-Analgetika aus der Gruppe der Antidepressiva, aber auch der Antikonvulsiva (ursprünglich gegen epileptische Anfälle), der Bisphosphonate und der Steroide zur so genannten Augmentation (Verstärkung) der schmerzlindernden Wirkung. Diskutiert werden auch neue Wege, z. B. mit Cannabinoiden (z. B. THC/CBD-Kombinationen) und TNF-alpha-Blocker, ja sogar ggf. Nahrungsergänzungsmittel wie Vitamin D3 und Omega-3-Fettsäuren usf.

Hier aber herrscht – wie erwähnt – nicht immer Einheitlichkeit, was Forschung, Lehre, Praxis und auch persönliches, erfahrungs-bedingtes Meinungsbild anbelangt. Gerade bei zu großzügiger und fortwährender Dauer-Gabe von Opioiden kann es zu eigenen Problemen kommen, beginnend mit einer so genannten paradoxen Hyperalgesie (schlicht gesprochen: eine geradezu gegensätzlichen Überempfindlichkeit gegenüber Schmerzen), von einer drohenden Abhängigkeitsgefahr ganz zu schweigen. Einzelheiten dazu siehe auch der entsprechende Beitrag über die Medikamenten-Abhängigkeit in dieser Serie.

- Noch schwieriger wird es schließlich bei den erwähnten *chronischen Rückenschmerzen*, zumal hier vor allem psychosoziale Risikofaktoren hereinspielen, auf die bereits hingewiesen wurde. Hier werden dann neben den Schmerzmitteln auch andere Therapie-Verfahren diskutiert. Beispiele: Injektionen mit Steroiden und/oder Lokal-Anästhetika, beispielsweise an Wirbelgelenken oder in die Bandscheiben der Lendenwirbelsäule.

- Anhang: Und schließlich die *operative Therapie*, die immer häufiger von spezialisierten wirbelsäulen-chirurgischen Abteilungen angeboten werden. Ähnliches gilt auch für die so genannten minimal-invasiven interventionellen Verfahren. Einzelheiten siehe die entsprechenden Experten.

Psychotherapeutische Aspekte

Die Zunahme dieser Leidensbilder hat also verschiedene Gründe. Die früheren „klassischen“ Ursachen wie Schwerarbeit treten zunehmend in den Hinter-

grund. Dafür nimmt das Gegenteil zu, nämlich eine ständige Unter-Benutzung des so genannten muskulo-skelettalen Systems. Oder kurz: eine bewegungsarme Lebensweise bei Arbeit und Freizeit, die die Muskeln, Gelenke und das Knochensystem unterfordern und damit anfällig machen.

Parallel dazu wächst der Einfluss psychologischer Risikofaktoren, und zwar mehr, als bisher registriert und akzeptiert wird, vor allem von den Betroffenen selber. Dazu gehören besonders die Bereiche Depressivität, arbeitsbezogener Dis-Stress, erlernte Hilflosigkeit sowie die mehrfach erwähnte Neigung zur Katastrophisierung, wie es die Fachleute nennen. Aus Angst vor Schmerzsteigerung entwickelt sich dann ein passives Vermeidungsverhalten, das zunehmend die Motilität, also die Muskelbewegung beeinträchtigt (englischer Fachbegriff: fear avoidance behavior).

Ein weiterer sozialer Risikofaktor ist der so genannte sekundäre Krankheitsgewinn, sprich vermehrte Zuwendung, Schonung oder gar vorzeitige Berentung.

Hier muss auch auf ein Phänomen hingewiesen werden, dass offenbar immer häufiger wird, und zwar recht emotions-geladen. Gemeint ist das gerade bei Schmerz-Syndromen oft zusätzlich belastende **Arzt-Patient-Verhältnis**. Warum?

Die Experten nennen das verkürzt ein „Einverständnis im Missverständnis“: Der Patient, der ja zunächst vor allem ein körperlich orientiertes Krankheitsverständnis hat, sucht beim Arzt Hilfe zur Linderung seiner Symptome. Dieser geht erst einmal möglichen organischen Ursachen nach. Das verfestigt die erwähnte körperlich orientierte Einstellung des Patienten; seelische oder psychosoziale Aspekte spielen nach wie vor keine Rolle. Dafür aber eine bestimmte Rollen-Erwartung, die den Arzt sogar zu idealisieren vermag („Helfer in der Not“).

Organische Befunde aber lassen sich nicht erheben, was den Patienten schon einmal irritiert. Auch die reine Schmerz-Behandlung lässt (deshalb) zu wünschen übrig, zumindest auf Dauer. Die Folge sind Hilflosigkeit und Enttäuschung seitens des Patienten – und der Schritt zum nächsten Doktor. Dies führt dann zum „doctor hopping“, etwas despektierlich auch als „doctor shopping“ bezeichnet. Die Konsequenz beim Arzt ist Frustration oder gar Ärger über den schwer therapierbaren oder gar undankbar erscheinenden Patienten. Und das wiederholt sich ggf. von Arzt zu Arzt. Die sich abwechselnden Hoffnungen und Enttäuschungen führen durchschnittlich zu sechs Fachärzten verschiedener(!) Fachbereiche, bis schließlich die Überweisung an eine spezielle Behandlungseinrichtung für Schmerzsyndrome folgt – wenn überhaupt.

Kurz: Wenn auch die meisten Rückenschmerzen nach überschaubarer Zeit wieder vergehen, so bleibt doch ein wachsender Rest an Dauer-Betroffenen, die einer speziellen Behandlung bedürfen, als multimodale Therapie bezeich-

net. Darunter versteht man zum einen eine Ausdauer- und Kräftigungstherapie, teils in eigener Aktivität unter freiem Himmel, teils auch an Geräten. Ferner ein spezifisches Körpertraining, insbesondere was die Körper-Wahrnehmung anbelangt sowie eine spezielle Psychotherapie (entweder als so genannte kognitive Verhaltenstherapie oder als psychodynamische Therapie).

Multimodal heißt einfach: ein körperlich und psychologisch aktives Behandlungsprogramm. Auf jeden Fall keine falsch interpretierte Schonung auf seelischer, psychosozialer oder körperlicher Ebene, sondern ein eigenverantwortliches Handeln, mit dem sich auch Ängste, Depressivität und Konflikte durch Selbstwirksamkeit überwinden lassen.

Das hört sich erst einmal gut, wenngleich reichlich theoretisch an, ist aber in der Tat der beste Weg zur Genesung. Denn sonst droht die Invalidisierung, die bekanntermaßen die ursächlichen Probleme nicht löst, sondern auf Dauer noch verstärkt.

Der Beginn und schließlich der Verlauf einer ansonsten negativen Entwicklung wird von den Experten dann als so genannte Schmerz-Angst-Spirale bezeichnet: psychosoziale Belastungen, Konflikte, Misserfolge, Sinn-Krisen, Kränkungen, Demütigungen, unglückliche Lebens-Konzepte, die in eine Sackgasse führen müssen → psychosomatische Störungen → Schmerz und Angst → zunehmendes Vermeidungsverhalten → verminderte Handlungsfähigkeit → wachsende Einengung → dadurch gesteigerte Angstbereitschaft und schließlich → Verlust an Selbstheilungskräften.

In den entsprechenden Psychotherapie-Verfahren müssen jetzt Wege gefunden werden, diese selbst-zerstörerische Spirale aufzuhalten. Und eine Umkehrung in Richtung Selbstwerdung und konstruktive Lebensbewältigung ermöglichen. D. h. es müssen Mut und Hoffnung gesteigert werden, um das Vermeidungsverhalten zu löschen und die dadurch frei werdenden Kräfte auf neue Lebensziele umzulenken.

Werden solche psychosomatischen Risikofaktoren aus psychosozialer Not heraus bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen übersehen, besteht die erwähnte Gefahr der Mehrfach-Diagnostik oder gar Über-Diagnostik bis hin zu operativen Eingriffen, die das Problem nicht lösen, mitunter die Schmerzen sogar verstärken, bisweilen erst zeitlich versetzt nach Wochen oder Monaten.

Auch droht ggf. das, was die Experten ein Symptom-Shifting nennen, d. h. anstelle der Schmerzen kann eine andere psychosomatische Störung treten, bisweilen sogar eine Sucht-Entwicklung (z. B. bei unkritischem Schmerzmittel-Gebrauch und schließlich -Missbrauch).

Eine solche Arzt-Patient-Beziehung bzw. gezielte Therapie besteht also in einer verständnisvollen und vor allem verständlichen Aufklärung (übergeordneter Fachbegriff: Psychoedukation), im Aufbau von Mut und Hoffnung, im Ab-

bau dysfunktionaler Ziele (z. B. was Macht und Überlegenheit anbelangt), in der Unterbrechung des schon eingefahrenen Vermeidungs-Verhaltens, in der Aufnahme von neuen oder wieder entdeckten Lebens-Aufgaben einschließlich sinnvoller Ergänzung durch Freizeit und Hobbys sowie in der Stärkung einer gesunden Emotionalität (Gemütslage) und Lebens-Orientierung.

Wichtig ist auch bei entsprechender Wesensart und Lebens-Einstellung ein besonderes, immer wieder zu registrierendes Phänomen: Bei nicht wenigen Schmerzpatienten stellt man nämlich einen Teufelskreis aus überhöhtem Schonverhalten auf der einen Seite und Überlastungs-Tendenzen auf der anderen fest. So zeigen solche Patienten an schmerz-erträglichen Tagen häufig ein übereifriges, ja überforderndes Verhalten. Zum Beispiel: Bei fehlender Kondition und Fitness den Organismus überansprechen – und danach über die plötzliche Schmerz-Verstärkung völlig schockiert sein.

Dieses alternierende Schon- und Rückzugsverhalten verschlechtert natürlich langfristig die körperliche Konstitution, die Genesungs-Hoffnung und damit auch die entscheidende langfristige Gesundheits-Strategie. Therapeutische Gegenmaßnahme ist deshalb der gemeinsame Aufbau eines über den Tag gleichmäßigen Aktivitäts-Niveaus (Fachbegriff: Pacing), das die Belastbarkeit des Organismus nach und nach steigert, ohne in die erwähnte Überlastungs- oder Schon-Verhaltensweisen zurückzufallen.

Entspannungsverfahren

Eine wichtige Komponente im Rahmen der psychotherapeutisch orientierten Behandlung ist das *Entspannungs-Training*. Dies dient nicht nur dem Abbau körperlicher Verspannungen, es verstärkt auch das Gefühl der Selbst-Kontrolle und verbessert das Körper-Erleben, wie es die Experten nennen.

Die bekanntesten Verfahren dazu sind die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson und das Autogene Training. Auch hypnotherapeutische Ansätze bieten sich an, sofern man einen dafür ausgewiesenen Experten findet. Entscheidend ist auf jeden Fall die regelmäßige Beschäftigung mit diesen Verfahren (wie die eingefahrene „Alltags-Hygiene“, z. B. Zähne putzen), um nachhaltige Effekte und damit Motivation zu sichern.

Physiotherapie

In der Physiotherapie empfehlen sich Manuelle Therapie, klassische Massage-Therapie, Thermo-Therapie, das Funktionstraining an Geräten sowie aerobes Training, muskel-stabilisierende Maßnahmen, Osteopathie und neuerdings so genannte Faszien-Techniken (spezifische manuelle Techniken zur Behandlung funktionsgestörter Muskel-Hüllen). Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur.

Akupunktur

Die Akupunktur gehört zu den so genannten komplementär-medizinischen Behandlungsmethoden und wurde in den letzten Jahren besonders intensiv erforscht, angewendet und weiterentwickelt – und zwar mit z. T. erstaunlichem Erfolg (z. B. bei der chronischen Lumbago, also beim Hexenschuss).

LITERATUR

Ein Thema von wachsender Bedeutung, individuell, familiär, beruflich, volkswirtschaftlich. Der Schmerz ist und bleibt ein ungelöstes Problem, wenn er seinen zeitlich begrenzten Warn-Charakter verliert und chronisch zu werden und sich auf weitere psychosoziale Bereiche auszubreiten droht. Deshalb auch eine wachsende Literatur, nicht zuletzt englisch-sprachig. Nachfolgend die Auswahl einiger deutsch-sprachiger Monographien und Sammelbände, die auch aufgrund von historischer Entwicklung und breiterer Übersicht ältere Werke berücksichtigt:

Adler, R.: **Schmerz.** In: T. v. Uexküll (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Verlag Urban & Schwarzenberg, München 1996

Ahrens, S., D. Schneider (Hrsg.): **Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2002

Alexander, F.: **Psychosomatische Medizin.** Verlag Walter de Gruyter, Berlin 1971

Arbeitskreis Schmerz im Alter: **Schmerz im Alter.** Lukon-Verlag, Puchheim 1999

Arbeitskreis OPD (Hrsg.): **Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual.** Verlag Hans Huber, Bern 1998

Arbeitspapier der Adhoc-Kommission „Multimodale Schmerztherapie“, DGSS 2007 (www.dgss.org)

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: **Arzneiverordnung in der Praxis. Empfehlungen zur Therapie von Kreuzschmerzen.** Bd. 34, Sonderheft 2, 2007

Basler, H. D., B. Kröner-Herwig (Hrsg.): **Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen.** Quintessenz-Verlag, München 1995

Basler, H. D. u. Mitarb. (Hrsg.): **Psychologische Schmerztherapie.** Springer-Verlag, Berlin 1990

Bellach, B. M. u. Mitarb.: **Epidemiologie des Schmerzes – Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998.** Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 43, 2000

Bertelsmann-Stiftung: **Gesundheitspfad Rücken. Innovative Konzepte zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen.** Gütersloh 2007

Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschland – BDA: **Schmerz-Manual.** Kybermed, Emsdetten 2002

Bräutigam, B., P. Christian: **Psychosomatische Medizin.** Thieme-Verlag, Stuttgart 1975

Breitenfelder, J.: **Die Bandscheibe im Spiegel der Medizingeschichte.** In: B. Kügelgen u. Mitarb. (Hrsg.): Neuroorthopädie 7: Lumbale Bandscheibenkrankheit. Zuckschwerdt-Verlag, München 1998

DAK: **Chronischer Schmerz.** Hamburg, ohne Jahreszahl

DEGAM-Leitlinie Nr. 3, Stand 2003: www.degam.de/leitlinien/leit03_kreuz.htm

Deutscher Schmerzfragebogen: DGSS 2007 (www.dgss.org)

Deter, H.-C.: **Angewandte Psychosomatik.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1997

Diener, H.C., C.H. Meier (Hrsg.): **Das Schmerztherapiebuch.** Urban & Schwarzenberg, München 1997

Dietl, M., D. Korczak: **HTA-Bericht 111. Versorgungssituation in der Schmerztherapie in Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich Über-, Unter- oder Fehlversorgung.** DIMDI, Köln 2011

Dreinhöfer, K.: Expertenpanel „Rückenschmerz“ der Bertelsmann-Stiftung, Berlin 2007

Eder, I., H. Tilscher: **Schmerzsyndrome der Wirbelsäule.** Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1991

Egle, U. T., S. O. Hoffmann (Hrsg.): **Der Schmerzkranke.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1993

Egle, U. T. u. Mitarb.: **Spezielle Schmerztherapie.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1999

Egle, U. T. u. Mitarb. (Hrsg.): Handbuch Chronischer Schmerz. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2002

Eich, W: Psychosomatische Rheumatologie. Springer-Verlag, Heidelberg 1991

Faust, V.: Medikament und Psyche. Wiss. Verlagsges., Stuttgart 1995

Faust, V., J. Sandner: Gesprächs-Art. Edition FORTHE, Bonn 2010

Feiereis, H., R. Saller (Hrsg.): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Hans Marseille-Verlag, München 1995

Flor, H.: Psychobiologie des Schmerzes. Verlag Hans Huber, Bern 1994

Frischenschlager, O. u. Mitarb. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosozialen Medizin. Springer-Verlag, Wien-New York 1995

Geissner, E., G. Jungnitsch (Hrsg.): Psychologie des Schmerzes: Diagnose und Therapie. PsychologieVerlagsUnion, Weinheim 1992

Gerbershagen, H. U.: Das Mainzer Stadienkonzept des Schmerzes. In: H. Klinger u. Mitarb. (Hrsg.): Antidepressiva als Analgetika. Arche-Verlag, Hamburg 1986

Gralow, I. u. Mitarb. (Hrsg.): Schmerztherapie indisziplinär. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2002

Gross, D. u. Mitarb. (Hrsg.): Schmerzkonferenz. Verlag G. Fischer, Stuttgart 1989

Hardt, J.: Chronifizierung und Bewältigung bei Schmerzen. Verlag Pabst, Lengerich 1995

Harter, W. u. Mitarb. (Hrsg.): Menschen in Bewegung. Multidimensionale Neuausrichtung in der Behandlung chronischer Rückenschmerzen. Deutscher Ärzteverlag, Köln 2005

Hildebrandt, J. u. Mitarb. (Hrsg.): Lendenwirbelsäule. Ursachen, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen. Elsevier: Urban & Fischer, München 2005

Hildebrandt, J. u. Mitarb.: Intervention und Prävention bei arbeitsbedingten Muskel-Skelett-Erkrankungen. Wirtschaftsverlag, Bremerhaven 1996

Jores, A. (Hrsg.): Praktische Psychosomatik. Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1981

Keller, C.: **Schmerz und Depression.** UNI-MED-Verlag, Bremen-London-Boston 2004

Klußmann, R., M. Schattenkirchner (Hrsg.): **Der Schmerz- und Rheumakranke.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1989

Klußmann, R.: **Psychosomatische Medizin.** Springer-Verlag, Berlin 1992

Klußmann, R., M. Nickel: **Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.** Springer-Verlag, Wien-New York 2009

Kröner-Herwig, B. u. Mitarb. (Hrsg.): **Schmerzpsychotherapie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2007

Kügelgen, B., J. Hildebrandt (Hrsg.): **Neuroorthopädie 8: Konsensus von Leitlinien zum Rückenmanagement.** Zuckschwerdt-Verlag, München 2001

Kügelgen, B., C. Kügelgen: **Perestroika im Rückenmanagement – Was Ihr Rücken wirklich braucht. Ein Patientenratgeber.** Zuckschwerdt-Verlag, München 1999

Kütemeyer, M., U. Schulz: **Psychosomatik des Lumbago-Ischias-Syndroms.** In: T. v. Uexküll (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin.* Verlag Urban & Schwarzenberg, München 1990

Kütemeyer, M., U. Schulz-Venrath: **Psychosomatik des Lumbo-Ischialgie-Syndroms.** In: T. v. Uexküll (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin,* Verlag Urban & Schwarzenberg, München 1996

Larbig, W.: **Schmerz.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1992

Leeser, R. (Hrsg.): **Ambulante und stationäre Therapie chronischer Schmerzen.** Enke-Verlag, Stuttgart 1992

Nationale Versorgungsleitlinien: **Risikofaktoren für die Chronifizierung von Kreuzschmerzen.** 2011

Nickel, R.: **Das chronische benigne Schmerzsyndrom.** Diss., Universität Mainz 1992

Nicolas, N. u. Mitarb.: **Den Schmerz in den Griff bekommen.** Verlag Hans Huber, Bern 2010

Nilges, P.: **Kontrollüberzeugungen bei Patienten mit chronischen Schmerzen.** Roderer-Verlag, Regensburg 1999

Nilges, P., E. Wichmann-Dorn: Schmerzanamnese. In: E. Kröner-Herwig u. Mitarb. (Hrsg.): Schmerzpsychotherapie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2007

Hoffmann, S. O., U. T. Egle: Das klinische Bild des Schmerzkranken. In: U. T. Egle, S. O. Hoffmann (Hrsg.): Der Schmerzkranke. Schattauer-Verlag, Stuttgart 1993

Pfingsten, M., P. Nilges: Psychologische Evaluation: Schmerz und Verhaltensdiagnostik. In: J. Hildebrandt u. Mitarb. (Hrsg.): Lendenwirbelsäule. Elsevier: Urban & Fischer, München 2005

Philipp, S. H. (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse. PsychologieVerlagsUnion, Weinheim 1995

Raspe, H., T. Kohlmann: Die aktuelle Rückenschmerz-Epidemie. In: H. Pfingsten (Hrsg.): Chronischer Rückenschmerz. Verlag Hans Huber, Seattle 1998

Rief, W., B. Hiller: Somatisierungsstörungen und Hypochondrie. Hogrefe-Verlag, Göttingen 1998

Rief, W. u. Mitarb.: Das Screening für somatoforme Störungen. Verlag Hans Huber, Bern 1997

Rudolf, G., P. Henningsen (Hrsg.): Somatoforme Störungen. Schattauer-Verlag Stuttgart-New York 1998

Ruegg, J. C.: Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2003

Saller, R., D. Hellenbrecht: Schmerzen – Therapie in Praxis und Klinik. Marseille-Verlag, München 1991

Schmeling-Kludas, C. (Hrsg.): Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin. Hans Marseille-Verlag, München 2005

Sehathi-Chafai, G. H. (Hrsg.): Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Kreuzschmerzes. Winkler-Verlag, Bochum 1988

Söllner, W. u. Mitarb. (Hrsg.): Soziopsychosomatik. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1989

Striebel, B. (Hrsg.): Therapie chronischer Schmerzen. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2002

Striebel, H. W.: Therapie chronischer Schmerzen. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1997

Uexküll, Th. v. u. Mitarb.(Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Verlag Urban & Fischer, München-Jena 2002

Weintraub, A.: Psychorheumatologie. Karger-Verlag, Basel 1983

Weintraub, A.: Psychische Störungen bei rheumatischen Erkrankungen.
In: V. Faust (Hrsg.): Psychiatrie. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995

Willert, H. G., G. Wetzel-Willert (Hrsg.): Psychosomatik in der Orthopädie.
Verlag Hans Huber, Bern 1991

Wörtz, R., D. Gross (Hrsg.): Schmerzstudien I: Kreuzschmerz. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart 1978

Wörtz, R. (Hrsg.): Chronischer Schmerz und Psyche. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-New York 1990

Zander, W.: Neurotische Körpersymptomatik. Springer-Verlag, Berlin 1989

Zenz, M., I. Jurna (Hrsg.): Lehrbuch der Schmerztherapie. Wiss. Verlagsges., Stuttgart 2001

Zimmermann, M., H. Seemann: Der Schmerz. Ein vernachlässigtes Gebiet der Medizin? Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 1986

Zuckschwerdt, L. u. Mitarb.: Wirbelgelenk und Bandscheibe. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1960