

Diagnostik psychosomatischer Schmerzen

Es geht darum, den Schmerzkranken nicht nur als Symptomträger,
sondern als ganzen Menschen zu verstehen

Christian Schopper

Dieser Artikel versucht, einige Leitgedanken und Erfahrungen anhand des Erlebens von Schmerzpatienten zu entwickeln und präsentiert erste methodische Ergebnisse aus der Arbeit der Interdisziplinären Schmerzprechstunde der Neurologischen Poliklinik am Universitätsspital Zürich. Es muss jedoch betont werden, dass die in der vorliegenden Arbeit angesprochene Thematik sowohl in der praktischen Psychosomatik als auch in den somatischen Disziplinen erst in Ansätzen umgesetzt wird. Häufig besteht ein nur marginales Methoden- und Problembewusstsein – sehr zum Leidwesen unserer Patienten.

Einleitung

Im Jahre 1979 wurde von der IASP (International Association for the Study of Pain) Schmerz folgendermassen definiert: «Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen beschrieben wird.»

Diese Definition umfasst die Unterscheidung sowohl emotionaler als auch sensorischer Aspekte. Nach dieser Definition werden Schmerzen auch als gültig anerkannt, wenn keine organische Ursache beschreibbar oder zu erheben ist.

Zur Schmerzphysiologie

In der Schmerzphysiologie (vgl. *Abbildung 1*) unterscheiden wir eine aufsteigende Schmerzbahn (Tractus spinoreticularis ascendens) und eine absteigende, hemmende Schmerzbahn (Tractus spinoreticularis descendens). Dieses System ist antagonistisch zu verstehen.

Das nozizeptive, aufsteigende Schmerzsystem (also die aufsteigenden Nervenbahnen) besteht aus dem Hinterhorn des Rückenmarks mit den Reflexbögen zu motorischen und vegetativen Neuronen. Diese werden dann umgeschaltet auf den vorderen Seitenstrang, die nächste Schaltzentrale/Umstellstation ist der Thalamus, mit nachfolgender Weiterleitung zum limbischen System und Kortex mit kortikalen Projektionsgebieten. Das heisst, dass alle aufsteigenden Schmerzimpulse immer sowohl limbisch als auch thalamisch moduliert werden und somit in jeder Schmerzwahrnehmung und jedem Schmerzerleben eine affektive und sensorische Komponente gegeben ist.

Das antinozizeptive, schmerzhemmende System des Tractus spinoreticularis descendens besteht aus der segmentalen Hemmung im Hirnstamm und einer supraspinalen Inhibition. Kortikale Anteile, Hypothalamus und der Tractus spinoreticularis aktivieren das periaqueductale Hohlengrau im Mesencephalon und die Nuclea raphi (Raphe-Kerne) zur Ausschüttung von entsprechenden Neurotransmittern: Enkephalin und endogene Opioide (Endorphin). Dieses schmerzhemmende System kann durch Stress, Medikamente, aber auch durch wiederholte Auslösung von Schmerzimpulsen aktiviert werden. Dieses antinozizeptive schmerzhemmende System ist sehr unterschiedlich ausgeprägt und zeigt intraindividuelle Aktivitätsdifferenzen. Dies ist der Grund für die unterschiedliche Schmerzempfindlichkeit von Personen, die auch geschlechtsdifferent nachgewiesen werden konnte.

In Konkurrenz mit der IASP-Definition von Schmerz kann heute gezeigt werden, dass jeder Schmerz eine sensorische, eine affektiv emotionale, eine vegetativ autonome, motorische, kognitive (Schmerzbewertung, Vergleich mit vergangenen Schmerzerlebnissen) und eine psychomotorische Komponente besitzt (kognitive Integration) (vgl. *Abbildung 2*).

Es stellt sich somit die Frage nach der Diagnostik und ihrer Validität, Exaktheit und Reproduzierbarkeit. Dies ist insbesondere bei gutachtlichen Fragestellungen bei

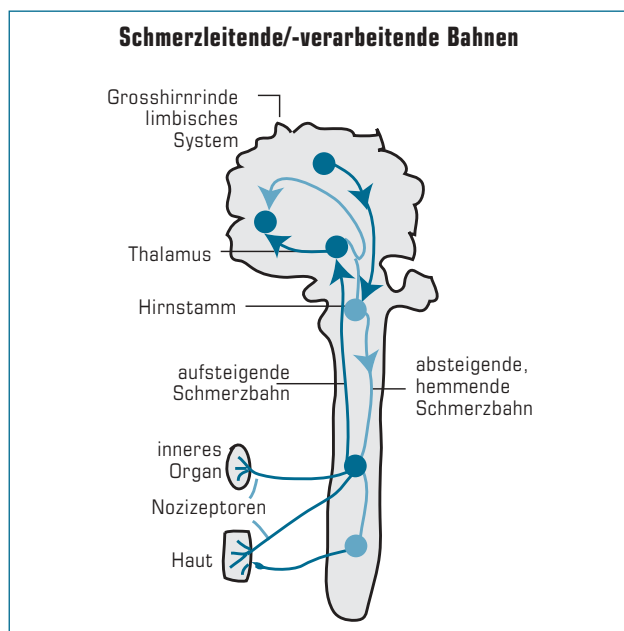


Abbildung 1: Schmerzleitende und -verarbeitende Bahnen

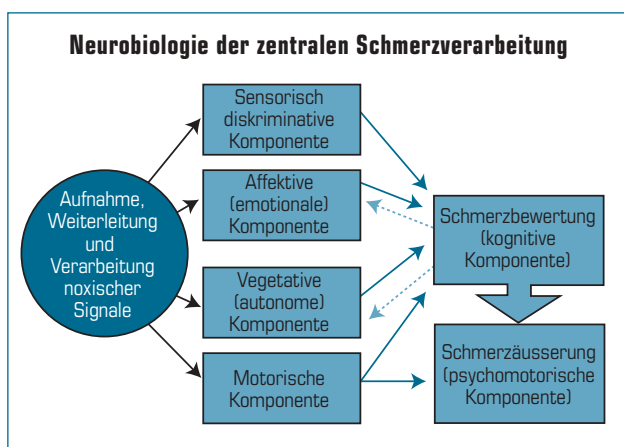


Abbildung 2: Neurobiologie der zentralen Schmerzverarbeitung

chronischen Rückenschmerzen, postoperativen Schmerzen und Schmerzen nach Whiplash-Disorder von eminenter Bedeutung.

Schmerzmessung – Algesimetrie

Die objektive Algesimetrie ist trotz mittlerweile weiterentwickeltem Neuro-Imaging-Verfahren begrenzt im Aussagewert, da vor allem die motorische und vegetative Reaktion des Schmerzpatienten sowie kortikale Potenziale durch funktionelle Magnetresonanztomografie (fMRT), Positronenemissionstomografie (PET) und evozierte Potenziale (EP) gemessen werden können.

Klinisch wird die Algesimetrie vor allen Dingen mit der Visuell-Analog-Skala (VAS) von 0–10 erhoben, zudem gibt es standardisierte Fragebögen (wie das McGill pain questionnaire). Die apparative Ermittlung der persönlichen Schmerzschwelle, Schmerzintensität und Schmerz-

toleranzgrenze ist ein durchaus gebräuchliches algesimetrisches Verfahren, jedoch auch subjektiv. Bei dieser subjektiven Algesimetrie kann bei häufiger Wiederholung eine Habituation auftreten.

Zusammenfassend ergeben sich bis heute methodisch immanent erhebliche Probleme in der spezifischen Quantifizierung und Erhebung von Schmerzen. Es gibt vielfältige Theorien und Modelle über die Entstehung und das Aufrechterhalten, vor allem der chronischen Schmerzen und der entsprechenden komorbiden Beziehungen. Insbesondere die Beziehung von Schmerz und Depressivität wie auch das Alexithymie-Konzept (Unfähigkeit, Gefühle zu erkennen) sind hier zu nennen.

An dieser Stelle sollen einige Ausführungen folgen, wie bei psychosomatischen Patienten beziehungsweise Schmerzpatienten, bei denen die läsionell-organische Komponente nicht im Vordergrund steht, überhaupt ein diagnostischer Zugang gefunden werden kann, welcher der oben genannten Schmerzdefinition einigermaßen Rechnung trägt.

Psychologische Testverfahren

In der psychiatrischen/psychosomatischen Testpsychologie wurde wiederholt versucht, mit projektiven Testverfahren Zugang zum subjektiven Krankheitsverständnis des Patienten und auch zu rechtshemisphärischen Erlebnis- und Verarbeitungsinhalten zu bekommen. Es seien hier der Rorschach-Test, der Baumtest und der Thematische Apperzeptionstest (TAT) genannt. Insgesamt haben sich jedoch diese projektiven Tests aufgrund der schwierigen Reproduzierbarkeit und vor allem von Validitätsfragen nicht konsequent und methodisch durchsetzen können; es ist ein deutlicher Trend hin zur quantifizierbaren Psychometrie anhand von Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen beobachtbar.

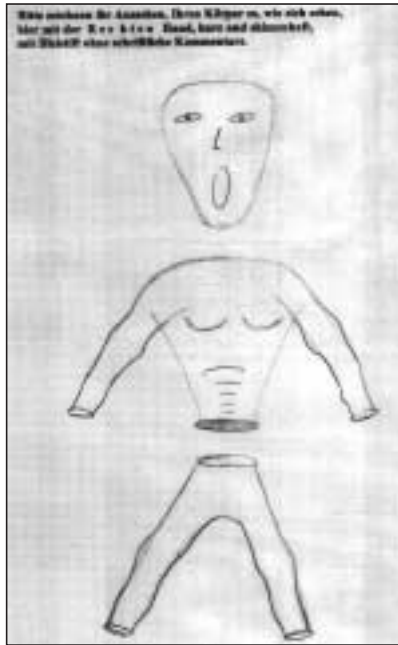
1949 publizierte Machower im englischsprachigen Raum einen «Draw a Person Test», der nach einigen Jahren der Verwendung und einigen wenigen Publikationen aufgrund mangelnder Validität als projektives Testverfahren ab den Sechzigerjahren kaum noch angewandt wurde; ebenso gab es praktisch keine Publikationen mehr zu diesem Thema.

In der interdisziplinären Schmerzsprechstunde der Abteilung für Kopfweh und Schmerz an der Neurologischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich wurden seit 1996 Körper- und Schmerzzeichnungen als Bausteine einer umfangreichen Testbatterie eingesetzt; soweit mir bekannt ist, wird diese Art der Diagnostik sonst nur in der psychosomatischen Ambulanz der Medizinischen Hochschule Hannover angewandt. Körperzeichnungen sind projektive Testverfahren, die einen noch anderen Einblick gewähren sollen in das körperliche Selbsterleben, das Leibbild und die Schmerzrepräsentation.

Eindrucklich zeigte sich, dass insbesondere bei Patienten mit ungünstigen Verläufen bei chronischen



Zeichnung 1: Patient mit schwerer Migräne und dissoziativen Zuständen nach exzessiver körperlicher Gewalterfahrung



Zeichnung 2: Männlicher Patient mit therapieresistenter Migräne ohne Aura



Zeichnung 3: Weitgehend unauffällige, gut proportionierte Körperzeichnung einer chronischen Schmerzpatientin



Zeichnung 4: Schmerzzeichnung der gleichen Patientin, mit therapieresistentem chronischen Unterleibsschmerz, vielfach operiert. Anamnestisch erhebliche psychosexuelle Gewalterfahrung.

Der Schmerz wurde dann zumeist lokal repräsentiert erlebt und als Ganzheit nicht infrage gestellt. Bei Patienten mit chronischen Schmerzen kann es bei lang andauerndem Schmerz mit hoher Intensität, zusätzlich protrahiert durch die eigene Ohnmachtserfahrung bei fehlenden therapeutischen Valenzen, zu einer Schmerzausweitung in benachbarte Regionen, im schlimmsten Fall zu einer Pantalgie kommen, das heisst zu einem schmerzhaften Ganzkörpererleben. Dieses «Überspringen» hält sich nicht an neurologische Ausbreitungsgebiete, ist oft in der neurologischen Diagnostik unverstanden und wird dem Patienten als psychogen vorgehalten. Bei psychotraumatischem Hintergrund bildet sich häufig in den Zeichnungen ab, dass das unverarbeitete, desintegrierte Psychotrauma beziehungsweise Realtrauma mit psychotraumatologischer Komponente die jeweilige Körperregion oder den ganzen Leib negativ besetzt. So präsentieren sich Regionen, die schwerer Gewalt oder sexuellen Übergriffen ausgesetzt waren, wie herausgefallen aus dem Körperschema, fremdbesetzt, fragmentiert. Zur Verdeutlichung folgen einige Bildbeispiele (Zeichnungen 1-4).

Unter allen Umständen ist jedoch zu fordern, dass eine derartige projektive Diagnostik eingebettet in ein gesamt-diagnostisches Konzept ist. Es sollte unbedingt psychiatrische und somatische Komorbidität evaluiert, exakt diagnostiziert und entsprechend behandelt werden. Eine präzise biografische Exploration im Hinblick auf Leiberleben und Schmerzempfindungen ist zu fordern. Ebenso scheint mir bei Patienten mit chronischen Störungen/unklaren Schmerzbildern die Erhebung einer Traumaanamnese und Traumalandtschaft wichtig. Häufig verstummen Patienten und sind im Aktivbewusstsein amnestisch für entsprechende

Schmerzen diese sich widerspiegeln in Verzerrung, Fragmentation beziehungsweise Veränderungen des gesamten Körperschemas, vermehrt bei zusätzlich psychotraumatischem Hintergrund. Therapeutisch günstig verlaufende chronische Schmerzkrankungen zeigten eher häufig ein integriertes, tendenziell unversehrtes Körpererleben beziehungsweise intaktes Körper selbst.

tiefer liegende Traumata.

In unserer Interdisziplinären Schmerzprechstunde wurden alle Patienten neuropsychologisch und mit einer psychometrischen Testbatterie im Hinblick auf psychopathologische Befunderhebungen evaluiert. Eine zönästhetische Psychose/Schizophrenie ist auszuschliessen.

Therapeutische Aspekte

Es kann als gesichert gelten, dass der Begriff des «Körperschemas» beziehungsweise des «inneren Körperbildes» wesentlich erscheint für Verständnis, Diagnostik und Behandlung psychosomatischer Erkrankungen, insbesondere bei chronischen Schmerzen, die dieses Körperschema und Körperbild verändern. Schmerz impliziert die Bedeutungsebene und -bühne der Körperlichkeit, des Körpererlebens und des erhöhten Körperbewusstseins. Zudem können die subjektive Repräsentanz im Leiberleben und entsprechende Veränderungen auch therapeutische Aufschlüsse ergeben, die in entsprechenden modernen körpertherapeutischen Verfahren beziehungsweise spezifischen Psychotherapien gezielt angegangen werden können (z.B. Konzentrative Bewegungstherapie, Atemtherapie nach Else Middendorf, entsprechende hypnotherapeutische bzw. kognitiv behaviorale Techniken). In der Gestalttherapie (vor allem durch Hildegund Heidl, Begründerin der psychosomatischen Orthopädie in Deutschland) wurden Ganzkörperbilder eingeführt und gestalttherapeutisch bearbeitet. Praktisch wird der Patient auf eine Papierplane gelegt, und von einem Mitpatienten im Rahmen einer Gruppentherapie werden seine Körpergrenzen abgezeichnet. Im weiteren Verlauf der Therapie im Dialog mit dem Therapeuten und der Gruppe (dies ist sowohl einzel- als auch gruppentherapeutisch möglich) findet der Patient dann zu einem gestalterischen Bewältigen, Ausmalen, Beschreiben seiner Körperumrisse. Häufig werden Zonen von Avitalität, biografische Bilder, biografisch leibliches Gedächtnis, lokalisierte Traumata und so weiter eingezeichnet und somit einer gezielten therapeutischen Bearbeitung ersichtlich.

Auch in der SE-Therapie (Somatic Experiencing nach Peter Levine) wird bei Schmerz- und Traumapatienten gezielt mit der Repräsentation des Körpers im subjektiven Selbsterleben als Leitlinie gearbeitet.

Immer geht es jedoch darum, den Schmerzkranken nicht nur als Symptomträger, sondern als ganzen Menschen zu verstehen, wozu die projektive Testdiagnostik eines meines Erachtens wesentlichen Baustein liefern kann. ■



Korrespondenzadresse:

Dr. med. Christian Schopper
 Arzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie
 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
 Lenggstrasse 31
 8032 Zürich

Vgl. dazu den Beitrag «Psychosomatik und Körpererleben – Eine kurze, allgemeine Einführung» vom gleichen Autor in Heft 3/2007, Seite 34–36.

Interessenkonflikte: keine

Literaturliste beim Verfasser

Rotkreuz-Notrufsystem



Sicherheit rund um die Uhr
 für ältere, kranke und behinderte Menschen.

Weitere Informationen:

Rotkreuz-Notrufsystem
 Tel. 031 387 71 11
 notruf@redcross.ch

oder bei Ihrem
 Rotkreuz-Kantonalverband

Schweizerisches Rotes Kreuz 