

Vielorts wird die Diagnose «somatoforme Schmerzstörung» als eine Art Restkategorie für all jene chronischen Schmerzzustände verwendet, bei denen der Untersucher nach Abklärung eine Diskrepanz zwischen seinem Befund und dem Ausmass der Schmerzschilderung des Patienten festzustellen glaubt. Damit wird die Diagnose somatoforme Schmerzstörung zu einem Synonym für «psychisch überlagerte» Schmerzzustände, teilweise auch für Aggravation oder gar Simulation. So gibt diese Diagnose dem Untersucher die Möglichkeit, an einem reduktionistischen



Trotzdem wird in der klinischen Praxis der Patient weiterhin munter im peripheren Bereich traktiert, gespritzt, «genadelt» oder anderweitig invasiv behandelt. Selbst oder offiziell ernannte Schmerzspezialisten wetteifern mit immer neuen originellen Ideen, was sich peripher noch alles hinter dem Schmerzgeschehen verstecken könnte. Bildgebungsbefunde werden überinterpretiert – alles, um das Schmerzgeschehen doch noch auf einen peripheren Befund zurückführen zu können. Führen all diese elaborierten Massnahmen nicht zum erhofften Erfolg, dann ..., ja dann

Somatoforme Schmerzstörung – was ist das eigentlich?

Schmerzparadigma festzuhalten, wie es von René Descartes im Jahre 1644 («L'Homme») postuliert wurde. Danach ist eine periphere Gewebeschädigung Bedingung für Schmerz, und das Ausmass der Schmerzen ist eng mit dem Ausmass der Gewebeschädigung verknüpft.

Aktuelle Erkenntnisse werden kaum klinisch umgesetzt

Das Bemühen um eine strikte Abgrenzung vom damals vorherrschenden Schmerzverständnis, wonach anhaltender Schmerz eine Strafe Gottes für im Leben aufgeladene Schuld darstellt, liess wenig Raum für Schmerzen, die nicht durch eine periphere Gewebeschädigung bedingt sein könnten (2). Die neurobiologische Forschung der letzten 10 Jahre hat jedoch verdeutlicht, dass dieses reduktionistische Reiz-Reaktions-Konzept gerade bei chronischen Schmerzzuständen wissenschaftlich überholt ist. Da es viele Patienten chronifiziert und nicht zuletzt auch teuer für das Gesundheitswesen ist, ist es mehr als nur bedauerlich, dass sich diese neurobiologischen Erkenntnisse bisher kaum im klinischen Handeln niederschlagen. Denn selbst wenn ursprünglich eine periphere Gewebe- oder Nervenschädigung als Auslöser fungiert hat, spielt diese im Rahmen der in erster Linie zentral in verschiedenen Hirnbereichen (ACC, Präfrontalkortex, Amygdala, Hippocampus, Insula) ablaufenden Chronifizierungsprozesse keine wesentliche Rolle mehr. Das Gehirn übernimmt das Drehbuch für das weitere Schmerzgeschehen!

bleibt nur noch die Möglichkeit, dass der Patient an einer somatoformen Schmerzstörung leiden muss. Inzwischen sind durchschnittlich 7 bis 9 Jahre seit Beginn des Schmerzgeschehens vergangen (5). Der Patient ist inzwischen doppelt zum Leidenden geworden: er leidet sowohl unter seinen Schmerzen als auch am Selbstverständnis des Systems, das vorgibt, ihm diese mit immer invasiveren Methoden nehmen zu wollen. Die zahlreichen Untersuchungen und Behandlungen haben ihn auf eine periphere Verursachung seiner Schmerzen fixiert. Durch die mit der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung einhergehende Überweisung zum Psychiater fühlt er sich diskreditiert und geht stattdessen oft lieber zu «Heilsversprechern», welche sich zwischenzeitlich zuhauf in dieser Nische einrichten. Diese setzen in erster Linie auf die bei Schmerz ohnehin erhöhte Placeborate, indem sie – oft erstmalig – über ein ausführliches Gespräch und viel Empathie beim Patienten eine hohe Wirkerwartung für ihre Methode schaffen. Leider ist auch der Placeboeffekt üblicherweise kein anhaltender, und die Enttäuschungsspirale des Patienten dreht sich weiter.

Sollte er jedoch tatsächlich irgendwann zum Psychiater gelangen und dann zu einem Psychotherapeuten überwiesen werden, hat er gute Chancen, dass ihm das übergestülpt wird, was dieser schulenspezifisch gelernt hat: der Verhaltenstherapeut macht als Pauschalangebot Schmerzbewältigungstraining, und da dafür eine genauere

Differenzierung der zugrunde liegenden Pathomechanismen nicht erforderlich ist, wird er sich in der Regel nicht mit differenzialdiagnostischen Überlegungen abmühen. Letzteres gilt auch für den Psychoanalytiker. Dieser geht pauschal von einem Konversionskonzept aus – war dieses doch von Freud gerade an einer Patientin mit chronischen Schmerzen entwickelt worden – und versucht über ein (oft nur durch seine eigene Phantasiefähigkeit begrenztes) Verständnis der Ausdruckshaltigkeit des Symptoms frühkindlich entstandene intrapsychische Konflikte zu konstruieren, die mit Schuld und Bestrafung einhergehen.

Inflationäre Diagnosestellung

So bietet die somatoforme Schmerzstörung für jeden etwas: sei es, das Versagen des fachspezifisch somatischen Therapieansatzes im Nachhinein zu begründen, sei es dem Patienten einen schulenspezifischen Psychotherapieansatz anzudienen. Ist alles ausgeschöpft, kann die Diagnose dann sogar noch die Frühinvalidität begründen. Ist es da noch überraschend, dass die Diagnose sich in den letzten Jahren vergleichbar einer Pandemie ausbreitete? In Deutschland wurde dies zusätzlich dadurch beschleunigt, dass durch eine solche «F-Diagnose» auch noch das DRG-Pauschalssystem ausgebremst werden kann und damit wieder ein «ordentlicher» Tagessatz Grundlage der Abrechnung stationärer und teilstationärer Leistungen ist.

Dass Diagnosen eigentlich dazu dienen, eine möglichst gezielte Therapieplanung durchzuführen, und dass zu Diagnosen deshalb auch differenzialdiagnostische Überlegungen gehören, wird durch all die skizzierten Vorteile überlagert. Eine möglichst gezielte und ökonomisch effiziente Behandlung vieler chronischer Schmerzpatienten entsprechend den dem Schmerzgeschehen zugrundeliegenden Mechanismen unterbleibt!

Wir hätten effiziente therapeutische Möglichkeiten!

Dabei wissen wir heute über die neurobiologischen Zusammenhänge bei der Schmerzentstehung und -verarbeitung hinreichend Bescheid und haben für eine wirksame Behandlung der beteiligten Pathomechanismen auch genügend Methoden in den Bereichen Psychotherapie, Psychosomatik, Physiotherapie und Sporttherapie zur Verfügung! Dies gilt gerade auch für die somatoforme Schmerzstörung im engeren Sinne, bei der keinerlei peripherer Input als Schmerzursache besteht, sondern zentrale Vorgänge im Gehirn durch Wechselwirkungen von Schmerz- und Stressverarbeitungssystem die Schmerzen

generieren (6). Dabei werden biografisch früh geprägte Schmerzerfahrungen reaktiviert, die mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein einhergegangen waren (1). Diese sprechen nur auf einen sehr spezifischen psychotherapeutischen Ansatz an und können durch einen solchen vollständig und anhaltend zum Verschwinden gebracht werden (3, 4). Auch für andere unter dem diagnostischen Omnibus «somatoforme Schmerzstörung» subsumierten Pathomechanismen trifft dies zu: Patienten mit körperlicher und psychischer Komorbidität brauchen – gut aufeinander abgestimmt – Schmerztherapie, Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. Bei Patienten mit durch Muskelverspannung bedingten Schmerzzuständen sollten unbedingt Biofeedback oder andere Entspannungsverfahren, gegebenenfalls auch Angstbewältigungstraining (für die hier häufig übersehenen Angsterkrankungen!) durchgeführt werden (3). All dies wird – wenn es bereits früh eingesetzt wird – nicht nur ganz erheblich die Kosten, sondern auch die Zahl schwer chronifizierter und iatrogen geschädigter Schmerzpatienten reduzieren. Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie können dazu Wesentliches beitragen! Ein erster Schritt wäre eine kritische Überprüfung der Einheitsdiagnose somatoforme Schmerzstörung. ◆

Prof. Dr. Ulrich T. Egle

Ärztlicher Direktor

Psychosomatische Fachklinik Gengenbach

Wolfsweg 12

D-77723 Gengenbach

Literatur:

1. Egle UT, Nickel R: Somatoforme Schmerzstörung. *Deutsches Ärzteblatt (im Druck)*.
2. Egloff N, Egle UT, von Känel R: Weder Descartes noch Freud? Aktuelle Schmerzmodelle in der Psychosomatik. *Praxis* 2008; 97: 549–557.
3. Egloff N, Egle UT, von Känel R: Therapie zentralisierter Schmerzstörungen. *Praxis* 2009; 98: 271–283.
4. Nickel R, Egle UT: Manualisierte psychodynamisch-interaktionelle Gruppentherapie. *Therapiemanual zur Behandlung somatoformer Schmerzstörungen*. *Psychotherapeut* 2001; 46:11–19.
5. Nickel R, Hardt J, Kappis B, Schwab R, Egle UT: Somatoforme Störungen mit Leitsymptom Schmerz. Ergebnisse zur Differenzierung einer häufigen Krankheitsgruppe. *Schmerz (im Druck, DOI 10.1007/s00482-009-0805-6)*.
6. Stoeter P, Bauermann T, Nickel R, Corluka L, Gawehn J, Vucurevic G, Vossel G, Egle UT: Cerebral activation in patients with somatoform pain disorder exposed to pain and stress: An fMRI study. *NeuroImage* 2007; 36: 418–430.