

G. Erkrankungen des Bewegungsapparates

G.1 Fibromyalgie

HELLMUTH FREYBERGER, HARALD J. FREYBERGER

1. Definition und Symptomatik

Weichteilbeschwerden nehmen in der rheumatologischen Sprechstunde einen breiten Raum ein. Je nachdem ob Muskeln, Sehnen oder Schleimbeutel betroffen sind, wird zwischen Myalgie, Tendomyopathie oder Bursitis unterschieden. Für die Fibromyalgie ist typisch, daß neben den Weichteilbeschwerden auch vegetative Symptome (SAMBORSKI et al., 1991) sowie eine Komorbidität mit bestimmten funktionellen (psycho-)somatischen Störungen vorliegen (Tab. 1). Diese Beschwerden kommen familiär gehäuft vor. Seit der Erstbeschreibung («Fibrositis-Syndrom») der Fibromyalgie durch GOWERS (1904) wurden vielfältige ätiopathogenetische Konzepte eingebracht. Die derzeitigen Arbeitshypothesen zur Ursachenforschung betreffen die Themen Energiekrise im Muskel, erhöhte Sympathikusaktivität, veränderte Schmerzperzeption und -modulation, abnormes Schlafmuster sowie psychische Stressoren.

Die *Leitsymptome* der Fibromyalgie sind Schmerz, diffuse Steifigkeit und vorzeitige Erschöpfbarkeit, die definitionsgemäß mindestens drei Monate andauert haben sollen. Der intensive, muskuloskelettale Schmerz kann sich in jeder Körperregion manifestieren, vor allem an den Muskelansatzpunkten, am häufigsten im Zervikal- und Lumbalbereich. Ferner findet sich eine bevorzugte Lokalisation in der Schultergegend und im Hüftbereich. Diese Schmerzen – oft bereits

Tabelle 1: Diagnose des Fibromyalgie-Syndroms

Muskelschmerzen, diffuse Steifigkeit und vorzeitige Erschöpfbarkeit (> drei bis sechs Monate).

Sensitive Stellen («tender points»), an denen forcierter Druck eine heftige Schmerzreaktion auslöst.

Vegetative Symptome: Kalte Akren, Dermographismus, Mundtrockenheit, Hyperhidrosis, orthostatische Beschwerden, Tremor («extraskelettares Syndrom»).

Komorbiditäten: Spannungskopfschmerz, Migräne, funktionelle Atmungsstörung, irritables Colon, Reizblase, sogenannte «restless Legs», chronisches Müdigkeitssyndrom, majore Depression, Panikstörung.

morgens als Ruheschmerz mit mehrstündiger Morgensteifigkeit – können verstärkt werden durch intensivere körperliche Aktivität, Schlafdefizit, feucht-kalten Witterungseinfluß und psychische Stressoren. Der Schmerz wird durch Wärme, leichte körperliche Beschäftigung und erholsamen Schlaf gelindert. Bei der anamnestischen Erhebung fällt auf, daß initial dem Vollbild der Fibromyalgie sogenannte «Akutsymptome» (ohne organische Grundlage) vorausgehen können: insbesondere plötzliche Diarrhoen, paroxysmale Tachykardien, mehrtägige Gelenkschwellungen oder anfallsartig auftretende Erschöpfungszustände (BERG et al., 1994).

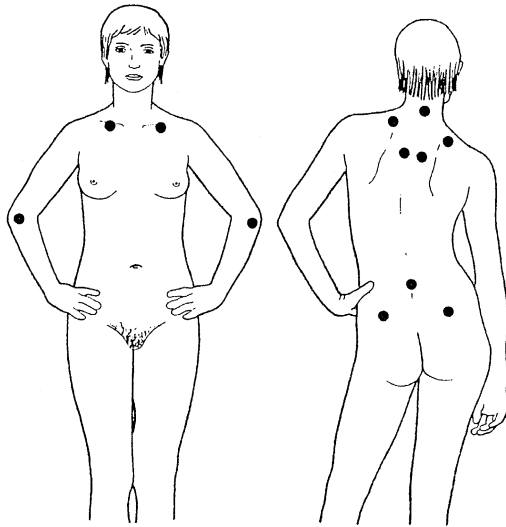


Abbildung 1: Die multiplen fibromyalgischen Druckpunkte: Sogenannte «Tender points» (nach Hartmann et al., 1994).

Die 12 empfohlenen Punkte, die bei Fibromyalgieverdacht auf Druckschmerzhaftigkeit geprüft werden sollen.

Bei der körperlichen Untersuchung finden sich eine starke Druckschmerzhaftigkeit der Haut und ganz bestimmte Schmerzpunkte («tender points», Tab. 1, Abb. 1), die für Fibromyalgiepatienten sehr charakteristisch sind und bei organisch begründetem Rheumatismus nicht vorkommen. Deren pathophysiologische Erklärung steht allerdings noch aus.

Die von FASSBENDER (1973) bei Fibromyalgiepatienten objektivierten, minimalen Strukturveränderungen im Bereich von Sehnen, Muskulatur, Bändern oder Periost konnten pathologisch-anatomisch noch nicht eindeutig zugeordnet werden. ALFICI et al. (1989) sehen in diesen Mikroalterationen eine Folge von psychischem Streß, da hierdurch über längere Zeiträume ein gesteigerter Muskeltonus hervorgerufen wird. Die Fibromyalgie wird auch als *primäres Fibromyalgie-Syndrom* bezeichnet und von der sekundären Verlaufsform abgegrenzt, die ein Begleitsymptom bestimmter organischer Zustandsbilder darstellen kann (z. B. nach traumatischer Einwirkung, bei rheumatoider Arthritis, im Anschluß an Virusinfektionen, als Arzneimittelnebenwirkung).

2. Epidemiologie, Verlauf, Prognose

Die Fibromyalgie wird im Arbeitsbereich des Allgemeinarztes und der internistisch-rheumatologischen Praxis bei etwa 2 bis 5 Prozent der Patienten diagnostiziert (QUITNER, 1992). In einer rheumatologischen Universitäts-Poliklinik betrug der Anteil der Fibromyalgiepatienten bei jährlich rund 1800 Patienten 3 Prozent (HUG et al., 1990). 80 bis 90 Prozent der Patienten sind Frauen, ohne daß für diese auffallende Geschlechtsdominanz bisher plausible Gründe gefunden wurden. Es sind alle Altersklassen betroffen; im Durchschnitt ist der Beginn um das 35. Lebensjahr, der Häufigkeitsgipfel liegt bei 50 Jahren. Die Fibromyalgie erstreckt sich über Jahre: Etwa 30 Prozent der Patienten sind gezwungen, ihren Beruf zu wechseln; weitere 10 Prozent geben an, erwerbsunfähig zu sein; 6 Prozent sind frühberentet. Ausgehend von der beschriebenen Komorbidität kann bei Fibromyalgiepatienten auch ein vorübergehender oder länger hingezogener Symptomwandel zutage treten: weitgehender Rückgang der Muskelschmerzen und stattdessen Colon-irritabile-Symptome oder ausgeprägte Depressionen (Tab. 1). Ferner kann bei Vorherrschen von Leistungsabfall und Schlafstörungen schließlich das Symptombild des chronischen Müdigkeitssyndroms manifest werden, das auch bevorzugt mit Muskel- und Gelenkschmerzen einhergeht.

Die Prognose ist relativ ungünstig. LAPOSSY et al. (1993) verfolgten deren Langzeitverlauf über mindestens zehn Jahre und fanden, daß 66 Prozent der 50 nachkontrollierten Patienten auch noch nach diesem langen Zeitraum das Vollbild der Fibromyalgie zeigten. Bei den verbleibenden 34 Prozent der Patienten lag das Vollbild nicht mehr vor, jedoch waren noch erhöhte Schmerzscores nachweisbar. Lediglich bei von vornherein milden Verläufen wurden komplette Remissionen beobachtet (GRANGES et al., 1994).

EICH (1993) wies darauf hin, daß bei der Mehrzahl der Patienten die Fibromyalgie erst sehr spät diagnostiziert werde, weil dieses Krankheitsbild noch zu wenig bekannt sei. Infolge dieser späten Diagnosenstellung wären die Patienten jahrelang stark verunsichert wor-

den. Diese frustrierenden Erfahrungen würden in beeindruckender Weise angesichts des schließlich kompetent behandelnden Allgemeinmediziners oder Internisten kundgetan. Deshalb besteht nach EICH die erste therapeutische Maßnahme darin, dem Fibromyalgiepatienten die korrekte rheumatologische Diagnose mitzuteilen und ihn über den zugehörigen Sachverhalt sehr genau aufzuklären. Allerdings äußerte EICH einschränkend, daß diese Aufklärung nicht immer wirksam sei.

3. Psychopathologie und Psychodynamik

Im psychodynamischen Erstinterview dominiert bei den Patienten das Phänomen der *Einschränkung des aggressiven Bewältigungsvermögens*. Eine weder verbal noch durch muskuläre Aktivität abführbare Aggressivität kann sich gleichermaßen in Angst und Depression sowie in gesteigertem Muskeltonus niederschlagen. Nicht nur die aggressiven, sondern auch die Zuwendungswünsche sind bei Fibromyalgiepatienten gehemmt, was sich vor allem in der Interaktion zum Arzt widerspiegelt. Die Patienten wirken oft wenig sprachfähig, kaum introspektiv, aber hypochondrisch-klagsam und ängstlich-depressiv. Die letztere Symptomatik ist auch als krankheitsreaktiv auf die starken Schmerzen zu verstehen. Diese psychopathologischen Befunde korrespondieren weitgehend mit den von EGGLE et al. (1989) bei Fibromyalgiepatienten empirisch ermittelten Ergebnissen: erhöhte Skalenwerte für emotionale Beziehungsleere, betonte soziale Anpassung, Aggressionsunfähigkeit, Hypochondrie, Regression und Abwehr sexueller Empfindungen. Von den Autoren werden Fibromyalgiepatienten dem psychogenen Schmerzsyndrom zugeordnet; Patienten mit derartigen Schmerzzuständen weisen dieselben Persönlichkeitsmerkmale auf. Diese Befunde wurden im wesentlichen durch ALFICI et al. (1989) bestätigt. Die Autoren verglichen Fibromyalgiepatienten mit solchen mit rheumatoider Arthritis und fanden bei jenen «stärker ausgebildete Depressivität», «Abhängigkeit und Passivität», «deutliche hypochondrische Präokkupation» sowie

«sehr starke Verleugnungstendenz hinsichtlich der Möglichkeit eines Vorliegens von Konflikten bis hin zur Neigung betonter Idealisierung der Familienbeziehungen». Der Eindruck, daß Fibromyalgiepatienten den Schmerz als psychosomatisches Symptom «geradezu wählen», kann nach ALFICI et al. damit zusammenhängen, daß auch deren Familienangehörige gehäuft an nichtorganisch begründbaren Schmerzen leiden. Anhand ihrer Vergleichsuntersuchungen folgerten ALFICI et al. abschließend, daß bei Fibromyalgiepatienten eine «Konfliktlösung über die Fibromyalgie die primäre Rolle spielt», während im Falle der rheumatoiden Arthritis der Schmerz somatisch bedingt sei, durch psychosomatische Faktoren aber eine zusätzliche Akzentuierung erfahren könne.

RÜGER et al. (1994) stellten aufgrund einer empirischen Studie bei fast zwei Dritteln ihrer 74 Fibromyalgiepatienten eine eindeutig zu diagnostizierende seelische Störung fest. Diese umfaßte – nach Abzug der krankheitsreaktiven psychischen Veränderungen – überwiegend depressive, Angst- und Somatisierungsstörungen. Ferner fanden sich biographisch bei diesen Patienten in der Kindheit ungünstige Entwicklungsbedingungen und Risikofaktoren, die für psychische Erkrankungen mitbestimmend sein können. Hierzu wurden die Bereiche «finanzielle Situation» («kärglich»), «Wohnsituation» («beengt»), «Atmosphäre» (belastend) und »Beziehung («wechselnd gestört») nach der Anamnese vom Untersucher beurteilt. Schließlich ließen sich bei Fibromyalgiepatienten auch psychodynamisch lebensbestimmende Konflikte mit ganz verschiedenartigen Mustern aufzeigen; es waren alle operationalisierten Konflikte vertreten. In der Sicht von RÜGER et al. ist das Fibromyalgie-Syndrom «als letzte Endstrecke von außerordentlich unterschiedlichen, vorangehenden Entwicklungen im biologischen, psychologischen und sozialen Bereich anzusehen».

4. Psychotherapie

Psychotherapeutische Überlegungen haben davon auszugehen, daß die *Motivation* bei der

Mehrzahl der Fibromyalgiepatienten wegen ihrer eingeschränkten Introspektions- und Selbstreflektionsfähigkeit *gering* ist. Diese Patienten sind im besonderen Ausmaß von einer ausschließlich organischen Verursachung ihrer Beschwerden überzeugt (s. Kap. IV.F). Deshalb steht das ärztliche Bemühen im Vordergrund, die Patienten für eine psychodynamisch orientierte Psychotherapie zu motivieren, wenn bei ihnen eine psychosomatische (Mit-)Genese der Beschwerden zu vermuten ist.

4.1 Psychosomatische Grundversorgung

Fibromyalgiepatienten suchen extrem selten primär Fachpsychotherapeuten auf, sondern stellen sich ratsuchend hauptsächlich bei niedergelassenen Ärzten und in nicht-psychosomatischen Polikliniken vor. Deshalb werden vor allem diese beiden ärztlichen Bereiche damit konfrontiert, in das Untersuchungsprogramm des Patienten ergänzend auch einen Dialog einzubringen, der nicht nur mögliche psychologische Faktoren des Schmerzsyndroms umfaßt, sondern auch die *Motivierung für Psychotherapie* bzw. die Überweisung zum Fachpsychotherapeuten betrifft. Dieser Konfrontation sollten aber zunächst *vier Interventionschritte* vorausgehen (Tab.2). Entsprechend den Arbeitserfahrungen von EICH (1991) ist es notwendig, dem Patienten die Diagnose «Fibromyalgie» genau zu erklären und ihm ursächliche Hintergründe eingehend verständlich zu machen. Auch hat der Arzt dem Patienten zu ermöglichen, sich über seine körperlichen Beschwerden sowie jene Ängste und depressiven Gefühle auszusprechen, die sekundär-psychisch infolge der Beschwerdewahrnehmung entstanden sind. Diese Möglichkeit des Sich-Aussprechenkönnens stellt für den Fibromyalgiepatienten eine große seelische Entlastung dar. Der Patient fühlt sich sehr ernstgenommen, wenn jene krankheitsreaktive Ebene fokussiert wird, die derzeit sein Erleben beherrscht. Ein nicht kleiner Teil der Patienten mußte nämlich anlässlich vorausgegangener Sprechstundenbesuche die Erfahrung machen, daß sich der Arzt nach einer kurzen Untersuchung abschließend auf die

Tabelle 2: Psychosomatische Grundversorgung bei Fibromyalgie.

1. Genaue Erkennung der Symptome	
2. Sich-Aussprechenkönnen	
3. Information zur Realität des Schmerzes	
4. Verdeutlichung der Ausschlußdiagnostik-Daten	
↓	
Versuch der Motivation für Psychodynamische Therapie	
↓	↓
Positive Motivation Überweisung zum Fachpsychotherapeuten	Fehlende Motivation ↓ 1. Supportive Langzeittherapie 2. Antidepressiva 3. Physikalische Behandlung 4. Analgetische Elektrotherapie

lapidare Bemerkung beschränkt hatte: «Sie brauchen sich keine Sorge zu machen, alles ist O. K.». Dieser nichtssagende Abschlußkommentar löste für die Patienten das Gefühl eines Nicht-Verstandenwordenseins aus, da sie vorher unter einem starken Leidensdruck gestanden und eigentlich konkretere, hilfebringende ärztliche Interventionen, insbesondere ein ausführliches Gespräch, erwartet hatten. Nach solchen frustrierenden arztbezogenen Kontakten setzt sich beim Patienten häufig die Vorstellung durch, daß seine Schmerzen auf sogenannter «Einbildung» (bis hin zur Idee, ein «Simulant» zu sein) beruhen, «weil ja nichts Organisches gefunden worden war». Deshalb ist es ferner wichtig, dem Fibromyalgiepatienten nachdrücklich mitzuteilen, daß seine Schmerzen nicht «eingebildet» sind, sondern genauso real vorhanden wie organisch bedingte Schmerzempfindungen. Schließlich kann sich der Fibromyalgiepatient sehr entlastet fühlen, wenn ihm die Befunde der somatischen Ausschlußdiagnostik so plastisch und verständlich veranschaulicht werden, daß bei ihm keine organischen Mitbedingungen seiner Schmerzen vorliegen (auch wenn solche ärztlichen Versicherungen nicht immer nutzen). Hierdurch besteht die Möglichkeit, emotionalen Fixierungen des Patienten an imaginierte organische Substrate vorzubeugen. Jetzt kann sich der Patient dafür interessieren, ob Zusammenhänge zwischen körperlichen Beschwer-

den und seelischen Auslösesituationen bestehen und bereit sein, hierüber zusammen mit dem Arzt zu reflektieren. Nun kann der Dialog im Sinne der *Motivationsarbeit* für psychodynamische Psychotherapie eröffnet werden, die nach unserer Arbeitserfahrung gerade bei Fibromyalgiepatienten unter Umständen durch die ein- bis zweimalige Hinzuziehung von Partnern bzw. Familienmitgliedern gefördert wird (s. Kap. III.F). Diese Motivationsarbeit kann entweder vom Primärarzt oder aber vom Fachpsychotherapeuten geleistet werden. Im Falle der Überweisung zum Fachpsychotherapeuten muß der Patient zuvor von seinem Primärarzt überzeugend erfahren haben, daß dieser die psychosomatische Konsiliaruntersuchung nicht nur als eine bloße diagnostische Routinemaßnahme, sondern auch als ein wichtiges, unverzichtbares Therapieanliegen betrachtet; ferner sollte der äußere Kontext des dortigen Settings genauer erklärt werden. Damit wird verhindert, daß der Patient dem nachfolgenden psychodynamischen Erstinterview hilf- und ratlos gegenübersteht und sich deshalb angesichts des psychosomatischen Untersuchers verunsichert fühlt.

Die Motivierung für Psychotherapie mißlingt bei jenen Fibromyalgiepatienten, deren Introspektions- und Selbstreflektionsvermögen so gering ausgebildet ist, daß sie das motivationale Anliegen des Arztes nicht verstehen können. Diese Patienten zeigen eine ausgeprägte Hypochondrie, die ihnen ermöglicht, Konflikte, Angst, Depressivität und Kränkungen so weitgehend zu verleugnen, daß seelische Probleme nicht mehr wahrgenommen werden. Nun sehen wir einen Patienten, dessen zentrales Erleben seine Schmerzen sind. Hierauf bezieht er auch einseitig seinen Leidensdruck, der meistens andauernd und beträchtlich ist. Für den weiteren Umgang kann die Indikation zur supportiven Langzeitpsychotherapie (s. Kap. III.F) vorliegen. Auch empfehlen wir probatorisch Gaben von Antidepressiva, während Tranquilizer zwar deutlichere psychopharmakotherapeutische Effekte zeigen, sich aber wegen der Abhängigkeitsgefahr verbieten. Schließlich kann für gezielte körperorientierte Interventionen im Sinne der physikalischen Behandlung (insbesondere

Krankengymnastik und Massagen) sowie analgetische Elektrotherapie die Indikation gegeben sein, wenn der Patient zur aktiven Mitarbeit bereit ist.

4.2 Weiterführende Psychotherapie

Bezüglich jener Patienten, die schließlich für psychodynamische Therapie motiviert werden können, empfehlen ECKER-EGLE et al. (1993) die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), antidepressive und physikalische Therapie in Kombination mit einer speziell für chronische Schmerzpatienten entwickelten psychoanalytisch orientierten Gruppentherapie. Hinsichtlich dieses mehrdimensional orientierten Behandlungsverfahrens liegen noch keine empirischen Ergebnisse vor.

Literatur

- ALFICI S, SIGAL M, LANDAU M: Primary fibromyalgia syndrome, a variant of depressive disorder? *Psychother Psychosom Med Psychol* 51, 156–161, 1989
- BERG PA, KLEIN R: Fibromyalgie-Syndrom. *Dt Med Wschr* 119, 429–435, 1994
- ECKER-EGLE ML, EGGLE UT: Primäre Fibromyalgie. In: EGGLE UT, HOFFMANN SO (Hrsg.): *Der Schmerzranke. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht*, S.530, Schattauer, Stuttgart 1993
- EGLE UT, RUDOLF ML, HOFFMANN SO, KÖNIG K, SCHÄFER M, SCHWAB R, VON WILMOWKY H: Persönlichkeitsmerkmale, Abwehrverhalten und Krankheitserleben bei Patienten mit primärer Fibromyalgie. *Z Rheumatol* 48, 73–78, 1989
- EICH W: Allgemeinmaßnahmen und spezifische Situationsanalyse bei der generalisierten Tendomyopathie. In MÜLLER W (Hrsg.) *Generalisierte Tendomyopathie (Fibromyalgie)*, S.261, Steinkopff, Darmstadt 1991
- FASSBENDER HG: Pathologie des Weichteilrheumatismus. *Ärztl Praxis* 51, 2497–2501, 1973
- GOWERS WR: Lumbago. Its lessons and analogues. *Brit Med J* 1, 1405–1407, 1904
- GRANGES G, ZILKO P, LITTLEJOHN GO: Fibromyalgia syndrome: Assessment of the severity of the condition 2 years after diagnosis. *J Rheumatol* 21, 523–529, 1994

- HARTMANN F, ZEIDLER H: Erkrankungen der Gelenke und der Wirbelsäule. In GROSS R, SCHÖLMERICH P, GEROK W (Hrsg.) Die Innere Medizin, 8. Aufl., S. 820, Schattauer, Stuttgart, 1994
- HUG Ch, GERBER NJ: Fibromyalgiesyndrom, oft verkannte Realität. Schweiz Med Wschr 120, 395–401, 1990
- LAPOSSY E, MALEITZKE R, HRYCAI P, MENNET P, MÜLLER W: Der Langzeitverlauf der generalisierten Tendomyopathie (Fibromyalgie), eine retrospektive Untersuchung. Akt Rheumatol 18, 93–98, 1993
- QUITNER J: Fibromyalgia: The Copenhagen Declaration. Lancet 340, 1103–1111, 1992
- RÜGER U, SCHÜSSLER G: Psychosomatische Aspekte und Ergebnisse zur rheumatischen Arthritis und Fibromyalgie. Z Psychosom Med Psychoanal 40, 288–304, 1994
- SAMBORSKI W, STRATZ T, KRETZMANN WM, MENNET H, MÜLLER W: Vergleichende Untersuchungen über das Vorkommen vegetativer und funktioneller Beschwerden bei Lumbalgien und generalisierten Tendomyopathien. Z Rheumatol 50, 378–381, 1991

G.2 Lumbago-Ischialgie-Syndrome

ULRICH SCHULTZ-VENRATH

1. Definition und Symptomatik

Als *Lumbago* (Lendenschmerz) bezeichnet man einen heftigen, meist ziehenden Schmerz, der plötzlich beim Bücken, Heben und Aufrichten oder bei Körperdrehung im Lumbalbereich auftritt und nicht selten mit einem paravertebralen Hartspann einhergeht. In der Mehrzahl der Fälle ist kein äußerer Anlaß zu eruieren. Zu einer Lumbago können verschiedenste pathophysiologische Mechanismen führen, wobei die diskogenen am bekanntesten sind, obwohl sie ätiopathogenetisch vermutlich von weit geringerer Bedeutung sind als angenommen. Zwei diskogene Mechanismen gelten heute als anerkannt: die interne Bandscheiben-Ruptur, d. h. ein «*dérangement interne*» mit einer vom hinteren Längsband abgefangenen Protrusion der Bandscheibe bei noch intaktem äußeren Faserring, sowie die totale Ruptur des Anulus fibrosus, der nerval innerviert ist, mit Ausstoßung von Nucleus-pulposus-Material. Nach diskographischen Untersuchungen sind auch schmerzlose Rupturen anzunehmen, wobei vermutet wird, daß es sich um autoreparativ verheilte Rupturen handelt.

Die von Ärzten wie Patienten gleichermaßen häufig geäußerte Krankheitstheorie, es sei «die Bandscheibe», ist zu relativieren, weil epidemiologische Studien zur klinischen Häufigkeit, zur Verteilung und zur Differen-

zierung einer Lumbago mit somatogener, psychosomatischer und psychogener Ätiologie weitgehend fehlen. Bei welcher der drei Gruppen ein paravertebraler Hartspann häufiger auftritt, der sowohl Folge einer Wurzelkompression als auch somatisches Äquivalent eines Affekts sein kann, ist unbekannt. Eine Lumbago wird von einer langsam einsetzenden und persistierenden *Lumbalgie* unterschieden.

Unter *Lumboischialgie* («Wurzelreizsyndrom») versteht man einen akuten oder chronischen, meist ziehenden Schmerz, der – unter Abnahme der lumbalen Beschwerden – ins Bein, je nach betroffener Wurzel in die Dorsal-, Lateral- oder Ventralseite ausstrahlt und beim Pressen oder Husten zunimmt. Neben einem positiven Lasègue sollte sich eine Druckdolenz sowohl im Lumbalbereich als auch über den Valleix-Punkten finden. Bei hinzutretenden neurologischen Ausfällen spricht man von «Wurzelkompressionssyndrom».

Dieses ist entsprechend der anatomischen Besonderheit des lumbosakralen Übergangs in über 90 Prozent in Höhe der Wurzeln L4, L5 und S1, einzeln oder gemeinsam, lokalisiert. Das lumbale Wurzelsyndrom gilt als Hinweis auf eine Ruptur des Anulus fibrosus, wobei sich Diskusgewebe durch die paramediane, kaudal sich verbreiternde Längsbandlücke nach dorsolateral in Richtung Spinalwurzel verlagert. Dabei scheint eine neurotoxische Wirkung nukleären Materials mit veränderter radikulärer Mikrozirkulation und intraneuralem Ödem, das seinerseits die Entwicklung einer intra- und extraneuralen Fibrose be-

günstigt, bedeutsamer als eine mechanische Wurzelkompression, die für sich allein nicht mit einem Schmerzsyndrom einhergeht (RYDEVIK et al., 1984; OLMARKER et al., 1993). Beobachtungen einer Nervenwurzel-Schwellung in der Akutphase bandscheibenbedingter Kompressions Syndrome unterstützen diese Theorie (SCHULTZ et al., 1988).

Häufig geht den ersten Schmerzattacken eine längere Phase milder lumbaler Beschwerden voraus, wie z. B. eine gelegentliche morgendliche Steifigkeit, die nach Bewegung abnimmt, eine zeitweilige «Müdigkeit», Spannung oder ein Schwächegefühl im Rücken und in den Beinen. Diese *Prodromi* werden im Angelsächsischen als *low back insufficiency* bezeichnet. Die prognostische Bedeutung der *Prodromi* und insbesondere der Einfluß der unterschiedlichen Selbstwahrnehmung ist noch unklar. Vermutlich liegen ihnen anhaltende Muskelverspannungen zugrunde, die bisher als Antwort auf eine Fehlhaltung und -belastung der Wirbelsäule oder als erste Gefügestörungen im Inneren der Bandscheibe angesehen wurden. Denkbar ist aber auch, daß sie einem Somatisierungsäquivalent im Sinne einer prothetischen Funktion als archaischen Reizschutz vor äußeren oder inneren unerträglichen Gefühlen entsprechen.

Da eine Lumbago oder Lumboischialgie noch keine Diagnose, sondern «nur» ein Syn-

drom darstellt, sollte der Begriff «Lumbago-Ischialgie-Syndrom» (LIS) bevorzugt werden. Der Anteil *idiopathischer* oder *unspezifischer* LIS schwankt in der Literatur zwischen 33 bis 85 Prozent. Er ist umso niedriger, je ausführlicher eine biopsychosoziale Anamnese und je sorgfältiger eine neurologische Untersuchung betrieben wurde, die durch eine orthopädische Untersuchung gelegentlich ergänzt werden muß. Allein das Spektrum somatischer Ätiologien ist außerordentlich groß. Apparative Zusatzuntersuchungen, etwa eine Kernspintomographie (MRT), sind ausschließlich zur Klärung seltener LIS-Ätiologien (z. B. einer Diszitis) hilfreich.

2. Epidemiologie und Verlauf

Rückenschmerzen (RS) und LIS sind das häufigste Schmerz-Syndrom (RASPE u. KOHLMANN, 1993): Die Frage «Haben Sie heute Rückenschmerzen?» (Punkt-Prävalenz) beantworteten 40 Prozent einer in drei deutschen Städten durchgeführten Befragung positiv; diese Daten spiegeln sich in der Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeitsfälle, der Krankenhausfälle, der stationären medizinischen

Tabelle 1: Lumbago-Ischialgie-Syndrome (ICD-9: 720–724) im Spiegel des deutschen Gesundheitswesens (RASPE u. KOHLMANN, 1993).

	Jahr			Rang
<i>Arbeitsunfähigkeitsfälle</i>		Männer:	1679	1
je 10000 Pflichtmitglieder (ohne Rentner)	1989	Frauen:	1082	3
in der gesetzlichen Krankenversicherung ¹				
<i>Krankenhaus-Fälle</i>		Männer	42	2
je 10000 Pflichtmitglieder in der gesetzlichen	1989	u. Frauen:		
Krankenversicherung				
<i>Stationäre medizinische Heilbehandlungen</i>		Männer:	108	1
in der gesetzlichen Rentenversicherung ²	1990	Frauen:	110	1
<i>Frührenten</i>		Männer:	18	1
wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit	1990	Frauen:	13	1
in der gesetzlichen Rentenversicherung je				
10000 Pflichtmitglieder ³				

¹ Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1991

² VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 1990

³ Mitglieder mit Pflichtbeiträgen am Stichtag (Statistisches Jahrbuch 1992)

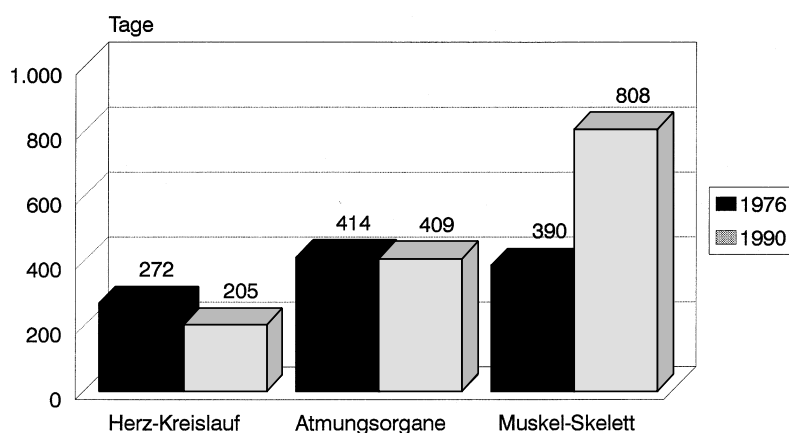


Abbildung 1: Arbeitsunfähigkeitstage auf 100 männliche Pflichtversicherte
Quelle: Bundesverband der Betriebskrankenkassen.

Tabelle 2: Prävalenzen verschiedener Lumbal-(LS)- und Lumbago-Ischialgie-Syndrom-(LIS)-Subgruppen.

LS-/LIS-Subgruppe	Prävalenz	(%)	Autoren
LS aller Art	Kumulative Lebenszeit-Prävalenz	65–80	DEYO et al. (1990)
LS > zwei Wochen	Jahres-Prävalenz	14	DEYO u. TSUI-WU (1987)
LIS > zwei Wochen	''	1,6	DEYO u. TSUI-WU (1987)
WKS ¹ bei Diskusprolaps	''	1	FRYMOYER et al. (1983)
Cauda-equina-Syndrom	''	0,03	SANGFORT (1972)

¹ WKS = Wurzelkompressionssyndrom

Heilbehandlungen und der Frührenten (vgl. Tab. 1). Da Epidemiologen über keine positiven Kriterien für psychogene LIS verfügen, kommen sie zu dem Schluß, daß in 70 Prozent der befragten Teilnehmer «unspezifische» Ätiologien anzunehmen sind. Insofern scheinen RS heute eine leicht mitteilbare und sozial akzeptable Etikette körperlicher wie psychischer Erkrankungen geworden zu sein.

Dies spiegelt sich auch darin wieder, daß LIS-bedingte Arbeitsunfähigkeitsfälle (im Berichtswesen der Versicherer unter muskuloskelettale Erkrankungen aufgeführt) im Vergleich zu Erkrankungen des «Herz-Kreislaufs» und der «Atmungsorgane» trotz zunehmend leichter Arbeit und kürzerer Arbeitszeit allein für die männlichen Pflichtversicherten des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (1991) zwischen 1976 und 1990 auf das Doppelte anstiegen (vgl. Abb. 1). Entgegen allgemeiner Auffassung sind bandscheibenbedingte LIS eine Rarität: Obwohl die Lebenszeit-Prävalenz für eine Ischialgie 40 Prozent beträgt, entwickeln nur 1 Prozent aller akuten Lumbago-Patienten ein Wurzelkompressionssyndrom (FRYMOYER et al., 1983).

Während 65 Prozent bis 80 Prozent der Bevölkerung irgendwann einmal im Leben einen RS verspürt, ist die Prävalenz eines LIS – je nach neurologischem Befund und zeitlichem Verlauf – sehr verschieden (vgl. Tab. 2). Mehr als die Hälfte der Bevölkerung verspürt einmal im Jahr einen akuten lumbalen Schmerz, ohne einen Arzt aufzusuchen oder sich arbeitsunfähig zu melden. Unabhängig von der Art der Behandlung sind 70 bis 90 Prozent der Lumbago- und 50 Prozent der Ischialgie-Patienten nach zwei Monaten beschwerdefrei. 67 bis 90 Prozent der LIS-Patienten müssen jedoch mit Rezidiven rechnen, so daß die Prognose nicht so günstig ist, wie oft behauptet wird.

Die Angaben zur Häufigkeit chronischer LIS sind unsicherer, da die LIS-Verlaufstypen bisher nicht einheitlich definiert sind. Aus der Studie des National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES II) ist zu entnehmen, daß nur 13,8 Prozent der LIS-Patienten über zwei Wochen anhaltende Beschwerden haben und nicht mehr als 7 Prozent einen chronischen Schmerzverlauf aufweisen. Letztere verursachen jedoch mehr als 80 Prozent der Kosten hinsichtlich *Berentung* und *Verlust von Arbeitstagen* (REPORT, 1987). Parallel zur

Zunahme der operativen LIS-Behandlung – in den USA werden mehr als 200 000 Patienten pro Jahr an der Bandscheibe operiert – stieg die Zahl der Invaliden 14 mal schneller als die Gesamtbevölkerung (MOONEY, 1987). Nur etwa die Hälfte der Patienten, die länger als sechs Monate an RS leiden, kehrt an ihren Arbeitsplatz zurück. Bis heute fehlen systematische epidemiologische Studien zur Taxonomie von LIS-Subgruppen ebenso wie die Berücksichtigung transkultureller Unterschiede.

Epidemiologische Studien konnten als Risikofaktoren für das Auftreten von RS neben niedrigem sozialen Status und einfachem Bildungsniveau regelmäßigen Nikotinkonsum, Übergewicht und dauerhafte Vibrationsexposition identifizieren.

3. Psychosomatische Aspekte

Während die Integration der Psychosomatik in die Medizin immer wieder in Frage gestellt ist, finden sich umgangssprachlich zahlreiche Redewendungen, die der symbolischen Bedeutung des Rückens und der Lumbalregion Ausdruck verleihen: «Rückgrat raus!» (zur Betonung der aufrechten Haltung), «Rückgrat haben», «einen breiten Rücken haben» (als Verkörperlichung von Selbst-Behauptung), «mit dem Rücken zur Wand», «dem wurde das Kreuz gebrochen» (als Bedrohung des Selbst) oder «katzbuckeln» (als übertrieben opportunistische Anpassung). Der Rücken als Projektionsfläche findet sprachlich seinen Ausdruck auch im Angelsächsischen; dort lautet das Idiom für Diffamierung back-biting («in-den-Rücken-beißen»). Im Deutschen weist der «Hexen»- oder «Elbenschuß» (altengl.: heagtessan bzw. ylfsa gescot) auf eine von außen kommende Verursachung hin. Aus phylo- und ontogenetischer Sicht ist von Bedeutung, daß der lumbosakrale Übergang in der menschlichen Entwicklung die «Nahtstelle» der Aufrichtung aus dem Vierfüßlergang war (und ist), eine für das Selbstwertgefühl entscheidend besetzte anatomische Region.

3.1 Methodische Probleme

Die heute noch vorherrschende somatisch ausgerichtete Perspektive läßt psychogene und/oder psychosomatische Ätiologien, wenn überhaupt, erst an letzter Stelle aller Differen-

tialdiagnosen in Erwägung ziehen (SCHULTZ-VENRATH, 1993), obwohl diese Gruppe im klinischen Alltag den größten Anteil ausmachen dürfte. Aus vermeintlicher Sorge vor einer Stigmatisierung der Patienten wird nicht nur die Früherkennung einer psychosomatischen Problematik abgelehnt; vielmehr wird die kleinere Gefahr des Übersehens organischer Ursachen dramatisch betont, während die große Gefahr, daß *psychogene* oder *funktionelle* LIS durch aufwendige, vom Problem ablenkende Untersuchungen über eine somatische oder apparatemedizinische «Fixierung» *chronifizieren*, noch immer als Kavaliersdelikt angesehen wird.

Die «Dynastie des Diskus» (ALLAN u. WADDELL, 1989), die der Bandscheibe bisher die Mehrzahl verschiedenster LIS paradigmatisch zuschrieb, verhinderte bisher eine klinisch orientierte Differenzierung in verschiedene LIS-Subgruppen. Die Entwicklung der bildgebenden Verfahren (Röntgen, Myelographie, Computertomographie (CT) und MRT) begünstigte die Diagnostik einer zunehmenden Zahl von degenerativen Veränderungen. Erst in letzter Zeit wird mehr und mehr akzeptiert, daß diese häufiger als zunächst vermutet asymptomatisch sind. Dennoch blieb man dem klassisch-linearen, biomechanischen Pathologie-Modell treu, indem man eine Zunahme von Beschwerden auf eine Zunahme degenerativer Phänomene bezog, die sich im fünften Lebensjahrzehnt bei 70 Prozent der Bevölkerung eruieren lassen.

Hinsichtlich des Modells der Bandscheibendegeneration ist zu bedenken, daß bei 50 Prozent der über 40jährigen mittels CT (WIESEL et al., 1984), bei 30 Prozent der über 60jährigen mittels MRT ein asymptomatischer Diskusvorfall gefunden wird (BODEN et al., 1990). Menschen, die noch nie über RS klagten, weisen in über der Hälfte der Fälle und deutlich altersabhängig ein «bulging disc»-Phänomen (eine symmetrische Umfangsausdehnung der Bandscheibe über den Rand eines Zwischenwirbelkörpers) auf, in 27 Prozent findet sich eine Protrusion und 1 Prozent zeigt im MRT einen Prolaps (JENSEN et al., 1994). Folglich wird in einer unbekanntenen Zahl von Fällen ein LIS fälschlich einem Diskusvorfall zugeordnet. Die Unterbewertung der Anamnese und die gleichzeitige Überbewertung des Degenerations-Modells sowie der bildgebenden Verfahren führen darüber hinaus zu einer oft zu großzügigen Indikation

für eine Röntgenaufnahme, Myelographie, CT oder MRT. In einer Art *Circulus vitiosus* wird dadurch erneut die Entdeckung klinisch nicht relevanter radiologischer und anatomischer Anomalien begünstigt, ohne daß sich dadurch ein LIS befriedigender erklären läßt. Das Bandscheiben-Paradigma hat zudem zur Folge, daß

1. andere – insbesondere psychogene – Ätiologien aus dem Blickfeld geraten,
2. ein LIS, insbesondere wenn es persistierte, als überwiegend operativ behandelbare Erkrankung angesehen wird, und
3. die volkswirtschaftlichen Kosten steil progressiert (in den USA 1988 auf \$ 17,9 Milliarden) ansteigen (DEYO et al., 1991).

Das Abrücken vom Bandscheiben-Paradigma erfordert eine sorgfältige Differenzierung in ein somatogenes, psychosomatisches oder gar psychogenes LIS. Die in epidemiologischen Studien geübte Praxis, ein LIS, dessen Ätiopathogenese nicht sicher identifiziert werden kann, als «unspezifisch» zu klassifizieren, ist für Kliniker sehr unbefriedigend, weil sich daraus keine ärztliche Handlungsanweisung ergibt. Darüber hinaus stellt sich das Problem, nach welchem diagnostischen Aufwand man die Diagnose eines unspezifischen LIS eigentlich stellen darf.

Ein besonderes methodisches Problem steckt in der Nomenklatur für psychogene LIS, die sich unter dem Begriff der Fibromyalgie (vgl. Kap. IV.G1) ebenso wie unter dem Begriff des Chronic-fatigue-Syndromes verstecken (vgl. Kap. IV.P), ohne daß der affektiv-vegetative Schmerzmodus oder die Angststörung erfaßt ist.

3.2 Psychogene LIS-Subgruppen

Es ist ein noch wenig berücksichtigtes historisches Phänomen, daß in den letzten 100 Jahren immer wieder epidemieartig verschiedene psychogene LIS aufgetreten waren, die schnell in Vergessenheit gerieten. Erstmals wurden «obskure» therapieresistente Rückenschmerzen nach Unfällen beim Eisenbahnbau von 1860 bis 1900 erwähnt, die als «railroad»- oder «railway-spine»-Syndrom (ERICHSEN, 1866) schließlich den sogenannten traumatischen Neurosen zugeordnet werden. Wenig später kommt es im Ersten und Zweiten Weltkrieg zum epidemieartigen Auftreten von chronischen Kreuzschmerzen als sogenannte

Kriegsneurose, die mit der bizarren Besonderheit einer steifen Verkrümmung und Vornüberneigung des Rückens einhergehen und sich als therapieresistent erweisen, obwohl diese «Deformität» im Bett bei Rückenlage aufgegeben werden kann (SCHULTZ-VENRATH, 1993). Dieses als «functional» oder «hysterical bent back» oder «Camtocormia» bezeichnete Syndrom löste beim Untersucher großes Mitleid aus und ging regelmäßig mit Impotenz sowie erhöhter Stimmlage bei psychosexueller Retardierung einher. Übereinstimmend wurde dieses Krankheitsbild als Konversion angesehen, das gleichzeitig Unterwerfung und Verweigerung gegenüber militärischen Autoritäten ausdrückte, verbunden mit einer hoch ambivalenten, zum Teil homosexuellen Vaterbeziehung. Der aktuelle Konflikt und die Symptomwahl wird in dem Bild des Durchhaltens und «Seinen-Mann-stehen-müssen» bei gleichzeitig unentwickelter männlicher Identifizierung und Ich-Schwäche vermutet.

Es werden zu jener Zeit auch chronifizierte LIS ohne den Ausdrucksgehalt eines «bent back» beobachtet, die als psychogene Ischias-Erkrankungen angesehen werden. Sie sollten folgende Kriterien erfüllen: Auch wenn eine organische Schädigung im Sinne eines *locus minoris resistentiae* anamnestisch zu finden sei, so sollte eine körperliche Krankheit ausgeschlossen und ein Widerspruch zwischen subjektiver Beschwerde und objektivem Befund sowie eine unanatomische Ausstrahlung des Schmerzes zu eruieren sein; nicht selten sei der Schmerz ein Substitut vorangehender Angstsymptome wie Herzrasen, Diarrhoen und Zittern (FETTERMAN, 1940).

Auch heute kann ein psychogenes LIS vermutet werden, wenn eine körperliche Ursache oder ein *pathophysiologischer Mechanismus nicht nachweisbar* sind. Die jeweilige psychogene LIS-Subgruppe entscheidet sich jedoch über den zugrundeliegenden *Schmerzmodus*. Die Deskription des jeweils zugrundeliegenden Schmerzmodus klärt die Fragen, in welcher Weise sich biographische Erlebnisse, anhaltende Belastungsfaktoren sowie traumatische Ereignisse einerseits vermitteln und andererseits als bewußter oder unbewußter Konflikt in ein LIS verwandeln können. HOFFMANN und EGGLE (1989) postulieren vier klinisch relevante Schmerzmechanismen:

1. Konversion: Das LIS läßt sich als körpersprachlich vermittelte Symbolisierung eines inneren Konflikts umreißen.
2. Narzißtische Regulation: Der Schmerz erfüllt eine psychoprotetische Funktion, d. h., eine subjektiv-existentielle Krise des Selbstwertgefühls soll vermieden oder begrenzt werden.

3. Affektiv-vegetativer oder affektiv-motorischer Modus: Das LIS ist Ausdruck einer frühsymbolischen inneren Affektspannung im Bereich der Motorik und des Vegetativums, wobei ein Kontinuum von LIS-Patienten zu beobachten ist, die den Affektgehalt ihrer Beschwerden (z. B. einer Angststörung) durchaus erleben (Affektkorrelat), bis hin zu jenen, die einen Zusammenhang zwischen Symptom und zugrundeliegendem Affekt völlig verleugnen (Affektäquivalent). Patienten mit einem solchen Modus reagieren in belastenden Situationen sofort und unmittelbar mit einem LIS.
4. Lernprozesse: Bereits auf der Ebene der Symptomentstehung können psychodynamische Aspekte und Lernvorgänge eng miteinander verknüpft sein (vgl. Kap. IV.F und Kap. IV.P).

In unserer Klinik fand sich der affektiv-vegetative Modus bei 101 stationären LIS-Patienten am häufigsten, gefolgt von der LIS-Gruppe mit einem narzißtischen Regulationsmodus. 10 Prozent erfüllten die Kriterien eines konversiven Modus. Der Anteil der Gruppe 4 war verschwindend gering.

Neben dieser eher psychodynamischen Gruppenzuordnung lassen sich psychogene LIS-Patienten auch klinisch-deskriptiv differenzieren, wenn man davon ausgeht, daß sich verschiedene Konfliktverarbeitungsmodi mit einem episodischem LIS verbünden und in persistierenden Schmerz übergehen können. Klinisch-empirisch erfährt dabei der Schmerzcharakter eine affektive Modifizierung. Auf diese Weise lassen sich fünf psychogene LIS-Gruppen unterscheiden:

1. LIS als somatisierte Depression: Trotz Tendenz zum Ganzkörperschmerz ist das LIS dominant,
2. LIS als somatisierte Angst im Sinne eines Angstkorrelats oder -äquivalents,
3. LIS als Konversion,
4. LIS mit somatisierter Zwangssymptomatik,
5. LIS als selbstmanipulierte oder Artefakt-Krankheit (vgl. Kap. IV.L).

Diese Einteilung ließ sich an 330 Patienten mit unspezifischen RS nach DSM-III-R (Achse I) weitgehend bestätigen, wobei sich in absteigender Häufigkeit Angststörungen (44,5%), Depressionen (27,6%) und somatoforme Erkrankungen (23,1%) fanden (COSTE et al., 1992). Die Gruppen können ineinander über-

gehen oder kombiniert auftreten; insbesondere können sie, als gemeinsame Endstrecke, in die Rentenneurose – gleichsam eine «dritte Krankheit» – münden (KÜTEMAYER u. SCHULTZ-VENRATH, 1996), in der sich die Unterschiede wieder nivellieren (nach DSM-III-R Somatisierungsstörung: 300.81).

Grundsätzlich lassen sich psychogene LIS-Patienten mittels einer «strukturierten biographischen Anamnese für Schmerzpatienten» (EGLE, 1990) gut erfassen. Folgende Anamnese-Merkmale erwiesen sich für LIS-Patienten als besonders gut differenzierend:

1. Schmerzstärke im Augenblick >50 (VAS),
2. Alter < 40 Jahre,
3. Ablenkung verändert die Schmerzen nicht,
4. Zur Zeit auch seelisch-nervliche Beschwerden,
5. Vorerfahrung mit Ärzten emotional belastet,
6. In der Kindheit persönliche Auseinandersetzung mit Eltern nicht möglich,
7. Familiäre Kontakte durch die Schmerzen beeinträchtigt (VON PLESSEN et al., 1994).

Die Gruppen sind aber auch klinisch am Schmerzcharakter und Verlauf, an der Lokalisation und an der Ausbreitung zu unterscheiden. So treten in der Angst- und in der Konversionsgruppe neben dem persistierenden Schmerz Schmerzanfälle in Erscheinung. Aus der Schmerzschilderung lassen sich weitere differenzierende Hinweise entnehmen: LIS-Patienten mit einem *depressiven* Konfliktverarbeitungsmodus geben anhaltende, diffuse, brennende Schmerzen mit kontinuierlicher Ausweitung und Generalisierungstendenz (Ganzkörper-Schmerz) an, LIS-Patienten mit einem *angstneurotischen* Konfliktverarbeitungsmodus, der weitgehend dem oben erwähnten *affektiv-vegetativen* Schmerzmodus entspricht, berichten dem Arzt dagegen von unruhig-vibrierenden Schmerzen mit Parästhesien, die sich anfallsweise steigern, besonders nachts, und sich nicht kontinuierlich, sondern sprunghaft multilokulär ausbreiten oder – im Schmerzanfall – symmetrisch auf- oder absteigen. Der *Konversionsschmerz* wird dramatisch als besonders unerträglich charakterisiert («es ist ein Höllenschmerz», «messerscharf»); vornehmlich werden aggressive,

szenische Bilder («wie Todesstöße», «wie wenn jemand meinen Rücken durchbohrte») verwendet; dabei wird der Schmerz wiederum kontinuierlich, aber nach der Kleiderordnung, d. h. auf eine Extremität, einen Körperquadranten, eine Körperseite ausgedehnt. Der persistierende RS des *Patienten mit zwanghaften Anteilen*, oft als «Druck» charakterisiert, neigt zur Verlagerung von lumbal nach kranial, so daß schließlich neben den lumbalen zervikale und orofaziale Beschwerden überwiegen (CSEF, 1988). Die Begleitbeschwerden, wie z. B. ein Globusgefühl mit Schluckstörung, können als zusätzliches Diagnostikum genutzt werden, denn es findet sich eher bei ängstlichen, hysterischen und depressiven Patienten, nicht jedoch bei solchen mit einem primär zwanghaften Modus; diffuser, unsystematischer Schwindel findet sich nicht in der depressiven LIS-Gruppe, häufig hingegen in der Angst-Gruppe.

Durch die affektive Schmerz-Schilderung, die nicht in das klassische nozizeptive Konzept paßt, wird das nüchterne Interesse des Arztes gestört und durch Gefühle von Ohnmacht, Ärger, Ungeduld abgelenkt. Die monotone, aggressionsgehemmte Schmerzdarstellung des (latent) depressiven oder zwanghaften LIS-Patienten erzeugt ebenso wie die dramatisch-anklammernde des LIS-Patienten mit einem angstneurotischen Modus oder wie die belle indifférence des Konversions-Patienten im Untersucher ein Gemisch aus hilflosem Helferwillen und aggressiver Abwehr (Gegenübertragung). Diese – meist unbewußte – Ambivalenz entlädt sich in abweisenden Äußerungen des Arztes («Sie haben nichts» – «Verschleiß» – «es könnte seelisch sein»), in somatophilen Verlegenheitsdiagnosen (Fibromyalgie, chronic fatigue syndrome) oder Pseudo-LIS-Diagnosen (z. B. Facettensyndrom) und nicht zuletzt in invasiven Maßnahmen, denen sich diese Patienten wegen ihrer Selbstbestrafungswünsche gerne unterwerfen. Dennoch führt eine Operation eines meist asymptomatischen Diskusprolaps – nach zuweilen vorübergehender Besserung – in der Regel zu drastischer Exazerbation der Schmerzen mit funktioneller Ausgestaltung, die in eine Operationssucht und/oder Rentenneurose münden kann.

Dieses besondere *Schmerzverhalten* läßt sich allerdings auch schon in der Akutsituation beobachten, in der sich psychogene LIS-Patienten eher unangemeldet, als Notfall mit heftigsten Schmerzen präsentieren, wobei sich die Schmerzintensität einfach und valide mit der visuellen Analogskala (VAS: von 0 (kein Schmerz) bis 100 (unerträglicher Schmerz)) dokumentieren läßt. Der appellativ beschriebene Schmerz – die Sprache ist bildhaft: «als ob eine große Last drücke», die Wirbelsäule sich wie «durchgebrochen» oder «zerrissen» anfühle oder «außer Kontrolle» sei – kann auf den Untersucher einen spürbaren Handlungsdruck ausüben. Überempfindliche Areale können sich zu Triggerpunkten (früher: «hysterogene» Zonen) verdichten, an denen sich durch Druck Schmerzanfälle – mit Ausstrahlung und Tonuserhöhung – auslösen lassen. Die Schmerzcharakteristik wird wenig differenziert, meist wird ein dumpfer Dauerschmerz, ein lumbales Druck-, Spannungs-, Steifheits-, Müdigkeits- oder Engegefühl angegeben. Paresen sind ausgeprägt und global, den ganzen Fuß, das ganze Bein und nicht mehr nur die Kennmuskeln betreffend. Das Anheben des Beines erzeugt, auch mit gebeugtem Knie, einen Schmerz, der Lasègue im strengen Sinne – vor allem im Sitzen geprüft – ist negativ.

Gelingt es nicht, ein Verständnis des zugrundeliegenden Schmerzmodus zu finden, zeigt der Schmerz im Verlauf eine Tendenz zu erneuter Ausweitung, oft in weit entfernte Körperregionen. Schlaffe und «spastische» funktionelle Gangstörungen, «Hyperkinesen» und psychogene Anfälle können hinzutreten. Solche Ausgestaltungen manifestieren sich schubweise im Anschluß an neue biographische und iatrogene Traumen, insbesondere nach Operationen oder anderen invasiven Maßnahmen.

Die Schmerzausstrahlung in die Beine, aber auch nach oben bis in den Nacken und in andere Körperteile ist «unanatomisch». Als Screening-Methode zur Erfassung solcher Patienten hat sich das einfache Verfahren der Schmerzzeichnung («patient pain drawing» – der Patient malt in einen Homunkulus die Lokalisation und Art seiner Schmerzen) bewährt (HOFSTADT et al., 1994).

3.3 Psychosomatische LIS-Subgruppen

Ein psychosomatisches LIS ist dann anzunehmen, wenn psychisch belastende Lebensereignisse zu eruieren sind, welche die Beschwerden eines *körperlichen Substrats* (z. B. Bandscheibenvorfall) oder den Verlauf eines somatisch bedingten LIS entscheidend mitbestimmen. Davon abzugrenzen sind LIS-Patienten mit einer inadäquaten Krankheitsbewältigung, bei denen sich z. B. während eines stationären Aufenthalts Verhaltensauffälligkeiten oder aber – davon unabhängig – eine psychische Störung ohne Beschwerdverschlimmerung (psychische Komorbidität) zeigen. Eine besonders schwierige Gruppe sind Patienten mit einem somatisch bedingtem LIS, bei denen gleichzeitig eine psychische Störung mit Verschlimmerung der Beschwerden vorliegt, so daß das LIS über die organisch erklärbaren Anteile hinaus psychogen ausgestaltet erscheint.

In der Psychosomatik ist man aus guten Gründen von einem spezifischen Persönlichkeits- und Konfliktmodell abgekommen; dennoch lassen sich unter den bestimmten LIS-Gruppen besondere Phänomene häufiger wahrnehmen: Bei Patienten mit bandscheibenbedingtem LIS findet sich oft eine besondere Verarbeitung des Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskonflikts, die sich als «rebellische» Grundhaltung, als Ruhelosigkeit und Unfähigkeit, Müßiggang zu ertragen, äußert. Im Erstgespräch kann man einem eloquenten, gelegentlich auch laut sprechenden Patienten mit mißtrauisch-prüfenden Blick begegnen (man ist an das Typ A-Verhalten bei vaskulär Erkrankten erinnert – z. B. bei Herzinfarkt-Patienten), bereits im Wartezimmer fällt der besonders feste Händedruck auf, der eine besondere Beziehung oder einen «Kampf» signalisiert. Hinter dieser aktiv-rebellischen Grundhaltung finden sich Unsicherheit und Abhängigkeit und Angewiesensein auf Anerkennung, wobei in solchen Situationen RS erstmals oder vermehrt auftreten können. Der lumbale paravertebrale Hartspann, der allerdings nicht bei allen LIS-Patienten zu tasten ist, läßt sich manchmal als frühe Ersatzabwehr eines drohenden oder phantasierten Zusammenbruchs ansehen und kann elektromyogra-

phisch (z. B. durch EMG-Scanning) verifiziert werden. Bereits einfache Handlungen (Drücken der Hand des Untersuchers) führen bei dieser LIS-Gruppe zu prolongierter Beteiligung weit entfernter, von gesunden Kontrollpersonen nicht beanspruchter Muskeln (TRAUE u. KESSLER, 1992). Konfliktbesetzte Gespräche lassen lumbale und glutäale Aktionspotentiale ansteigen. Die überschießende Indienstnahme der Muskulatur mit Verkürzung von Erholungszeiten, als Schutz vor feindseliger Bedrohung gedeutet, wird verschiedentlich für die Genese und die Chronifizierung eines LIS verantwortlich gemacht. Im 24-Stunden-EMG zeigt sich auch im Schlaf anhaltende Muskelaktivität, die den Rückenschmerz und die Schlafstörung mitverursachen soll (FISCHER u. CHANG, 1985).

Obwohl ein LIS ursprünglich in Episoden und Attacken verläuft – der persistierende Schmerz gehört bis auf wenige Ausnahmen zum Spätstadium der Erkrankung –, ist die psychosoziale Disposition für ein akutes (z. B. diskusprolapsbedingtes) LIS kaum untersucht; kontrollierte Studien fehlen.

Aus phänomenologischer Perspektive ist die Lebensweise von LIS-Patienten prämorbid und im Frühstadium ihrer Erkrankung neben Unruhe von starkem Tatendrang und forciertem Selbstbehauptung geprägt, gleichsam ein Rückgrat-Beweisen auf «Biegen und Brechen». In der Kindheit vorzeitig zu Verantwortung und harter Arbeit herangezogen, gleichzeitig durch Strenge und Entbehrung von den Eltern unmündig gehalten, entwickeln die späteren Patienten – durchaus auch mit gesunden Selbstanteilen – ab der Adoleszenz eine besondere Eigenständigkeit, expansive Unternehmungslust und unermüdbaren Arbeitseifer, eine Art Durchhalte-Syndrom (KÜTEMEYER u. SCHULTZ, 1990; HASENBRING, 1993). Regressive Bedürfnisse müssen verleugnet werden. Darunter leidet der Schlaf («ich habe einen Apparat in mir, der hört nicht auf, sich zu drehen»), die körperliche Selbstwahrnehmung, das Empfinden für das Ausmaß der eigenen Leistung, aber auch für Prodrôme als erste Dekompensationszeichen. In Abwehr einer zu engen und nahen Beziehung tendieren LIS-Patienten dazu, andere zu übertreffen und dominierend zu betreuen, etwa indem sie sich hilfsbedürftige Partner suchen. Bei dieser mit mangelnder Genußfähigkeit einhergehenden Helfereinstellung als Antwort auf ein Gefühl der Wertlosigkeit können sie selbst Geschenke und Hilfe nur schwer annehmen. Auffällig ist auch ein entwertendes Rivalisieren mit Geschwistern und Gleichaltrigen, dagegen liebevolle Zuneigung zu

Kindern und abhängigen Personen, bei Frauen in Form von dominierendem Bemuttern.

Als Auslöser für die ersten LIS-Attacken wurden Situationen äußersten Einsatzes für andere bei Ambivalenz zwischen Verpflichtung und unbewußtem Aufbegehren eruiert. Des weiteren manifestieren sich die LIS-Attacken oder Schmerzrezidive in kritischen biographischen Situationen, in denen die «Überlegenheit» nicht mehr durchgehalten werden kann, am häufigsten, wenn Partner oder Kinder selbständig und potentiell ebenbürtig werden.

Bei mehr als einem Drittel aller LIS finden sich in der Anamnese Gastritiden, Magen- oder Duodenalulzera (KÜTEMEYER u. SCHULTZ, 1982). Der Konflikt zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit ist bei Patienten mit LIS und Ulcus duodeni ähnlich. Das Ungestilltbleiben oraler Bedürfnisse in der Kindheit wird von LIS-Patienten so beantwortet, daß sie zur Bewältigung ihrer späteren Lebensaufgaben überwiegend Verhaltensweisen entwickeln, die der Ich-Abgrenzung dienen. Aus narzißtischer Ohnmacht und der Gefahr einer Depression oder einer Angst flüchten sie, unterstützt gleichsam durch eine prothetische «zweite muskuläre Haut», in narzißtische Omnipotenz (Größenphantasien mit Hochgefühl, expansiver Tatendrang).

Die Ambivalenz von Autonomie-/Regressions-(Distanz/Nähe-)Bedürfnissen ist in jedem Stadium der Arzt-Patient-Beziehung wirksam. Bei der körperlichen Untersuchung spannen die Patienten ihre Extremitäten unwillkürlich übermäßig an, so daß die Reflexe zuweilen schwer beurteilbar sind; die Kraftprüfung wird zu einer Art «Kräftemessen» mit dem Arzt, das bereits mit dem forschen Händedruck bei der Begrüßung beginnt. Gleichzeitig fällt eine «Schwäche» auf, ein schmerzbedingtes Nachgeben, das leicht als radikuläre Parese mißdeutet wird.

Dramatisch schildern die Patienten mit der beschriebenen Ambivalenz auf der Station ihre Beschwerden, um im nächsten Moment wegen eiliger Geschäfte auf Entlassung zu drängen. Schmerzgequält und mitleid-erregend der Schwester gegenüber, können sie beim Arzt eine auf Imponieren bedachte Wortgewandtheit zeigen, empfindlich für alles ihr Ichgefühl Verletzende, beständig auf der Hut vor Demütigungen. Gerade noch vor Schmerzen keiner Bewegung fähig, steigen sie aus dem Bett, stützen einen gelähmten Mitpatienten oder helfen einem gestürzten Anfallskranken auf. Der Arzt soll keinen Beitrag zur Behandlung geliefert, sie wollen vielmehr alles selbst gemacht haben.

Anstatt sich auf den behandelnden Arzt einzulassen, versetzen sie sich an seine Stelle, belehren ihn mit medizinischem Wissen, werten seine Angebote ab. Andererseits sind ihre Wünsche oft besonders anspruchsvoll und leicht enttäuschbar, weshalb sie rasch mit Rückzug und wiederholtem Arztwechsel reagieren.

Die Besonderheit eines akuten bandscheibenbedingten LIS spiegelt sich im körperlichen Befund wider. Die steilgestellte Wirbelsäule – abgeflachte Lendenlordose und fehlende Brustkyphose – läßt die Haltung der Patienten überaufrecht erscheinen. Die paravertebrale Muskelverspannung, die die akute Schmerzphase überdauern kann, macht die schmerzreaktive tonische Regressionsabwehr sichtbar und tastbar. Die Bandscheibe, die ihren Stoffwechsel durch Druckschwankungen unterhält, leidet nicht durch vorübergehende Überlastung, sondern durch Daueranspannung oder durch anhaltende Entlastung. Fehlender Rhythmus zwischen Anstrengung und Erholung läßt eine Bandscheibe vorzeitig degenerieren und schließlich prolabieren. Aus biomechanischer Sicht bedeutet es keinen Widerspruch, daß sowohl die gespannte Hypermotorik der hypomanischen oder (latent) ängstlichen als auch die Bewegungsarmut und das Vermeidungsverhalten der später depressiven LIS-Patienten lumbale Schmerzen hervorruft.

Die Persistenz von lumbalen Schmerzen stellt für die Patienten wie für Ärzte und Pflegende ein besonderes Problem dar. (Da das LIS, selbst bei chronischem Verlauf, keine lebenslange Erkrankung darstellt, ist der Terminus persistierend zu bevorzugen.) Durch die anhaltenden Schmerzen «entschuldigt», können die Patienten die mit ihrem Selbstbild unvereinbaren Bedürfnisse konfliktfreier zulassen (primärer Krankheitsgewinn) und sich Zuwendung erzwingen (sekundärer Krankheitsgewinn), ohne das omnipotente Selbstbild aufzugeben. Die averbale Kommunikation über die Schmerzen stellt – gegenüber der Fähigkeit, verbal um soziale Unterstützung zu bitten – den wichtigsten Faktor für Schmerzpersistenz und -intensität dar (HASENBRING, 1992).

Für den Übergang von Episoden und Attacken in den persistierenden Schmerz spielt,

auch bei operierten LIS-Patienten, die anfängliche Schwere neurologischer Ausfälle prognostisch keine, hingegen das Umschlagen in regressiv-bedürftiges Verhalten, meist auf dem Boden einer traumatisch bedingten latenten Schmerzneigung, eine entscheidende Rolle. Auch unter den LIS-Patienten finden sich typische Fälle der 1959 von ENGEL beschriebenen «pain-proneness» (s. Kap. IV.F).

4. Therapien

Nur für die kleine Patientengruppe mit einem beginnenden Querschnitts-Syndrom (z. B. Kauda-/Konus-Syndrom) bei bandscheibenbedingtem LIS ist eine operative Behandlung absolut indiziert. Die konservativen Therapien, die für die meisten LIS-Patienten in Frage kommen, sind ein Stiefkind der Forschung geblieben; sie sind nur selten nach ätiologischen Aspekten (z. B. unspezifisch/psychogen versus bandscheibenbedingt) oder nach Verlaufsdynamik (z. B. akut versus persistierend) differenziert überprüft worden.

Üblicherweise beginnt eine konservative Therapie mit Bettruhe, Wärmeanwendungen, analgetischen und/oder muskelrelaxierenden Medikamenten, wobei polypragmatische Konzepte heutzutage dominieren. Nicht selten entscheiden der Verlauf oder die Spezialisierung des behandelnden Arztes darüber, ob und in welcher Intensität Massage und Krankengymnastik, Injektionen, Elektrotherapie, manuelle Therapie oder Extension zur Anwendung kommen. Es scheint sich inzwischen herauszustellen, daß für akute somatogene LIS-Patienten Bettruhe und Wärmeanwendungen, für chronische und psychogene LIS-Patienten Aktivierungsprogramme geeigneter sind, Schmerzfreiheit und soziale Integration wiederzuerlangen.

So wurden bei akutem bandscheibenbedingtem LIS zwei Drittel der Patienten durch strikte Bettruhe schmerzfrei, wobei die Katamnese durchschnittlich acht Jahre betrug (PEARCE u. MOLL, 1967). Da Bettruhe selten ausdrücklich empfohlen und aus Kostengründen sogar eine Liegezeit-Verkürzung angestrebt wird, ist dies bemerkenswert. Bei Rekruten mit akutem LIS

(es fehlen Angaben zur Ätiologie) bewirkt alleinige Bettruhe im Vergleich mit Mobilisierung raschere Schmerzminderung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (WIESEL et al., 1980). In einer randomisierten Therapie-studie sollten 186 im öffentlichen Dienst der Stadt Helsinki Beschäftigte mit akutem unspezifischen LIS (ohne neurologische Ausfälle) entweder eine zweitägige Bettruhe einhalten (n = 67) oder nach Anleitung stündlich Rückenübungen durchführen (n = 52) oder ihre täglichen Aktivitäten fortsetzen, so weit es die Schmerzen zuließen (Kontrollgruppe n = 67). Nach drei und zwölf Wochen wies die Kontrollgruppe eine signifikant kürzere Schmerzdauer, eine niedrigere Schmerzintensität, einen besseren Schober-Index, eine bessere Selbsteinschätzung bezüglich der Arbeitsfähigkeit und einen niedrigeren Fehlzeitenanteil bei der Arbeit auf, während die längste Erholungszeit die Teilnehmer benötigten, denen Bettruhe verordnet worden war (MALMIVAARA et al., 1995).

4.1 Psychosomatische Therapie

Bereits die am Schmerzcharakter orientierte Anamnese und körperliche Untersuchung – unter Einbeziehung der Affektivität von Arzt und Patient – kann, nicht nur bei psychogenen LIS, zu einer therapeutischen Erfahrung werden (ADLER u. HEMMELER, 1992; KÜTEMAYER, 1992). Für die Behandlung im engeren Sinne wird eine nur vorsichtig aufdeckende psychotherapeutische Begleitung als sinnvoll angesehen, insbesondere eine Kombination von Physiotherapie und Psychotherapie, vor allem auch bei der Akutbehandlung einer Ischias, wobei einem anfänglichen Stadium der Ruhe später aktivierende Maßnahmen folgen.

Für Patienten mit bandscheibenbedingtem LIS hat sich ein *Drei-Stufen-Programm* mit einer jeweils sieben bis zehn Tage anhaltenden passiven, dann passiv-aktiven und schließlich aktiven Phase bewährt (Tab. 3). Wegen des besonderen Widerstands der Patienten ist es notwendig, dieses Therapieprogramm bereits während des ersten Kontakts zu erläutern und mit einer dreitägigen bio-

Tabelle 3: Ablauf des dreiphasigen Therapieprogramms für Lumbago-Ischialgie-Patienten. Frühzeitige ärztliche Patientenaufklärung über den Therapieverlauf.

<i>Phase I: Passive Phase (4.–13.Tag)</i>		– Strenge Bettruhe (Ausnahmen: Körperpflege, Toilettengang) – Kein Nikotin, Telefon und Fernsehen – Besuch: 30 Min. in 10 Tagen
8 ⁰⁰	Frühstück im Stehen 5–10 mg Diazepam oder 4 × ½ Teel. Bryophyllum Trit. 50 % ¹ Low-dose-Heparin	
9–11 ⁰⁰	Heißes Wannenbad mit Zusatz (z. B. Lavendel) 10 Min. Schwitzpackung: 500 ml Lindenblütentee (zwei Tassen zum zügigen Trinken) und 1000 mg Acetylsalicylsäure/Paracetamol 4 Wärmflaschen im Stufenbett (30–60 Min.) 30 min. Ruhepause 5–10 mg Diazepam	
12 ³⁰	Mittagessen im Stehen 5–10 mg Diazepam	
13 ⁰⁰	Mittagsschlaf Stufenbett oder andere schmerzlastende Lage	
15 ³⁰	Krankengymnastik: Schmerzvermeidung bei Handlungsänderung	
18 ⁰⁰	Abendessen im Stehen	
20 ⁰⁰	10 mg Diazepam	
<i>Phase II: Passiv-aktive Phase (14.–23.Tag)</i>		– Bettruhe gelockert (2 × 60 Min. Aufstehen) – Kein Nikotin und Fernsehen – Telefonieren zwischen 19–20 ⁰⁰ – Besuch: 2 × 30 Min. in 10 Tagen
8 ⁰⁰	Frühstück im Stehen	
9–11 ⁰⁰	Fangopackung, Massage Heißes Wannenbad mit Zusatz (s. o.)	
12 ³⁰	Mittagessen im Stehen	
13 ⁰⁰	Mittagsschlaf Stufenbett oder andere schmerzlastende Lage Krankengymnastik: hubfreie Mobilisation Fokale Psychotherapie (30 Min.)	
18 ⁰⁰	Abendessen im Stehen	
<i>Phase III: Aktive Phase (24.–33.Tag)</i>		– Freie Mobilisation – Kein Fernsehen – Telefonieren zwischen 19–20 ⁰⁰ – Besuch: 3 × 30 Min. in 10 Tagen
8 ⁰⁰	Frühstück	
9–11 ⁰⁰	Krankengymnastik: Isometrische Wahrnehmungs- und Belastungsübung (Mo/Mi/Fr) Fangopackung (Di/Do/Sa)	
12 ³⁰	Mittagessen	
13 ⁰⁰	Mittagsschlaf Auf besonderen Wunsch: Stufenbett Fokale Psychotherapie	
18 ⁰⁰	Abendessen	

¹ Es handelt sich um ein Phytotherapeutikum mit anxiolytischer und muskelrelaxierender Wirkung

psychosozialen Diagnostik und «Anwärmung» stationär einzuleiten. Die systematische Reihenfolge der Anwendungen und ihre konsequente Durchführung ist Voraussetzung der therapeutischen Wirkung. Dafür ist ein therapeutisches Team erforderlich, das verständnisvoll die Widerstände der Patienten gegenüber Regression aufzufangen in der Lage ist, ohne einerseits das Setting zu sehr zu verändern und andererseits zu schematisch auf dem Setting zu bestehen. Obwohl die drei Therapiephasen psychodynamisch begründet sind, wurden auch verhaltenstherapeutische Aspekte integriert, was andernorts hinreichend beschrieben ist (KÜTEMEYER u. SCHULTZ, 1990; SCHULTZ-VENRATH, 1993). Je größer der Widerstand gegenüber Psychotherapie ist, desto empfehlenswerter ist das Dreistufenprogramm auch für die Gruppe psychogener LIS-Patienten, weil die zunächst körperorientierte Ausrichtung eine Basis für die sich anschließende Psychotherapie schafft. Eine Ausnahme stellen LIS-Patienten mit einer Angststörung (bzw. mit affektiv-vegetativem Schmerzmodus) dar, für die dieses Setting zugleich ein Diagnostikum ist, wenn sie nicht schon durch eine sorgfältige Anamnese oder aber durch eine phobische Reaktion in der Röhre eines Computer- oder Kernspintomographen zum Ausdruck oder Ausbruch gekommen war: Durch die Betonung strenger Bettruhe sehen solche LIS-Patienten ihre Symbiose mit den wichtigsten Bezugspersonen bedroht, worauf sie ihrerseits mit dem Abbruch der Behandlung drohen. Wird erst zu diesem späten Zeitpunkt die für das LIS ätiologisch relevante Angststörung sichtbar, sollte das Dreistufenprogramm, das die Regression betont, zugunsten eines aktiveren Angstbewältigungs-Programms aufgegeben werden. Wenn es sich zudem um Patienten mit einem persistierendem LIS handelt, haben hier verhaltenstherapeutische Programme ihre Bedeutung, die an der Krankheitsverarbeitung und am sekundären Krankheitsgewinn ansetzen und das Training sozialer Kompetenz betonen. Kognitive Strategien, Schmerzkontrolle und Aktivierung rücken das Erleben und Durcharbeiten latenter Schmerzerinnerungen in der Arzt-Patient-Beziehung in den Hintergrund. Kognitive

Strategien der Aufmerksamkeitsumlenkung führen allerdings bei Patienten mit psychogen-chronischem LIS eher zu einer Verstärkung der Schmerzintensität sowie der funktionellen Beeinträchtigung (ROSENSTEEL u. KEEFE, 1983). Auch wir haben feststellen müssen, daß die Möglichkeit der Schmerzablenkung bei psychogenen LIS-Patienten signifikant schlechter als bei bandscheibenbedingtem LIS ist (VON PLESSEN et al., 1994).

Die begründete Kritik an prolongierter Bettruhe als bloßer Verlegenheit (DEYO et al., 1986; WADDELL, 1987) läßt psychosozial bedeutsame pathogenetische Zusammenhänge nicht gelten. Sie berücksichtigt auch nicht die Notwendigkeit streng dosierter und therapeutisch begleiteter Regression, ohne die kathartische Prozesse, Entwicklung der Selbstwahrnehmung und Integration der abgewehrten Affekte nicht in Gang kommen. Zudem verbündet sich die schmerzreduzierende Wirkung aktiver Rehabilitation mit der aktivistischen Abwehr der Patienten, was bei geringster Störung des labilen Gleichgewichts der Chronifizierung Vorschub leisten könnte.

Das dreistufige Therapieprogramm hat sich zur Behandlung akuter und persistierender LIS, aber auch zur präoperativen allgemeinen und lokalen Entspannung bewährt. Unmittelbar postoperativ sind hauptsächlich die Methoden der dritten Phase indiziert. Eine ambulante Behandlung kann, leicht abgewandelt nach demselben Muster erfolgen (Bettruhe/Massage/Krankengymnastik je sieben Tage bei häuslicher Pflege und Psychotherapie).

Die dosierte Regression der entscheidenden ersten Phase, wegen des pflegerischen Aufwandes und der bei den Patienten in Gang kommenden heftigen emotionalen Prozesse einer intensivmedizinischen Maßnahme vergleichbar, hat verwöhnende, wiedergutmachende, durch die Strenge des Settings aber auch «strafende» Wirkung, die, einer Bußhandlung ähnlich, Schuldgefühle der Patienten entlastet. Die beiden Aspekte werden von den Patienten häufig auf verschiedene Behandler «übertragen»: Der Arzt wird nicht selten als sadistisches Über-Ich erlebt, mit der Gefahr sadomasochistischer Kollusionen.

Die Betonung der Selbstwahrnehmung stellt einen wesentlichen Unterschied zu dem meist vertretenen Konzept der «Stabilisierung» und «Kräftigung» dar, das rein motorisch orientiert ist und die Abwehr des Patienten stärkt. Eine Differenzierung der Selbstwahrnehmung – z. B. mittels konzentrativer Bewegungstherapie – dagegen begünstigt – im Sinne vorbeugender Selbsthilfe – das rechtzeitige Erkennen und adäquate Umgehen mit späteren Rezidiven. Um eine Chronifizierung und psychogene Ausgestaltung zu vermeiden, müssen in der dritten Phase die ein LIS begünstigenden Lebensgewohnheiten und Beziehungsprobleme – unter Einbeziehung der Angehörigen – direkt angesprochen werden, insbesondere die emotionale Bedürftigkeit, die mit dem Arbeitseifer, der Kampf- und Hilfsbereitschaft auf vielfältige Weise abgewehrt wird.

4.2 Therapie-Ergebnisse

Mehr als die Hälfte der LIS-Patienten ist, unabhängig von der Art der konservativen Therapie, innerhalb von zwei bis drei Monaten beschwerdefrei. Früh eingesetzte krankengymnastische Übungen zeigen gegenüber dem Drei-Stufen-Programm keinen Vorteil hinsichtlich des Behandlungserfolgs. Selbst bei bandscheibenbedingtem LIS sollten eingreifende Verfahren (z. B. paravertebrale Injektionen, Nukleotomie) vor Ablauf dieser Zeit – außer bei absoluter Operationsindikation – nicht durchgeführt werden. Obwohl kurze Katamnese die Vorzüge der Frühoperation zu belegen scheinen, ist im Langzeitverlauf (4–10 Jahre) die konservative Therapie der chirurgischen nicht unterlegen. Unter Berücksichtigung der Invalidisierten und Berenteten betragen 1990 die Kosten jeder Bandscheiben-Operation 100 000 DM. Eine nicht-kontrollierte Evaluation des dreistufigen psychosomatischen Therapieprogramms – die Katamnese betrug durchschnittlich 4,5 Jahre – ergab völlige Beschwerdefreiheit bei 70 Prozent (einschließlich der Operierten) und 82 Prozent der (ausschließlich konservativ) behandelten bandscheibenbedingten LIS-Patienten (KÜTEMEYER u. SCHULTZ, 1983).

Hinsichtlich des spontanen Verlaufs von konservativ behandelten Patienten läßt sich im CT (je nach Studien-Design) in 55 bis 60 Prozent der Fälle eine mäßige bis deutliche Verkleinerung (Regression) des Prolaps beob-

achten; trotz gleichbleibendem Diskusvorfall können auch die übrigen beschwerdefrei werden (SCHULTZ et al., 1988). Auch die perkutane Diskotomie, bei strengster Indikation (therapieresistente Schmerzen bei medialer Protrusion) als schonende Alternative trotz der Strahlenbelastung eine Zeitlang propagiert, wird wegen mangelnder Erfolgsrate zunehmend wieder verlassen. Die Indikation der Chemonukleolyse – unverletzter Anulus fibrosus – ist mit der Indikation einer konservativen Behandlung identisch; somit hat sich die Methode als überflüssig erwiesen.

Psychogene LIS-Patienten werden wegen der Dramatik ihrer Beschwerden ebenso häufig operiert wie somatogene, regelmäßig mit schlechtem Behandlungserfolg (FINK, 1992). Noch häufiger wird eine notwendige psychosomatische Behandlung von LIS-Patienten durch eine intramuskuläre Injektionsbehandlung ersetzt, die lebensgefährlich sein kann, wenn eine unerkannte allergische Disposition vorliegt. Die chiropraktische Behandlung bandscheibenbedingter, insbesondere zervikaler Wurzelreiz- und Kompressions-Syndrome ist nicht rational, da degenerierte Wirbel nicht ausrenken und deshalb nicht eingerenkt werden können; die Methode kann zu einem radikulären Kompressionssyndrom und zu Insulten spinaler oder hirnersorgender Arterien führen.

Ein Viertel bis gut die Hälfte nukleotomierter LIS-Patienten wird nicht beschwerdefrei; drei Viertel von diesen haben in der Kindheit ein schweres psychisches Trauma erlebt. LIS-Patienten, die mehr als drei psychische Traumata in der Kindheit aufweisen, haben eine 85 Prozent-Wahrscheinlichkeit, erfolglos operiert zu werden, während Patienten ohne psychische Traumata nur in 5 Prozent erfolglos operiert werden (SCHOFFERMAN et al., 1992). Der Anteil der psychogenen LIS-Patienten dürfte unter den 15 bis 20 Prozent der re-operierten Patienten besonders hoch sein, wobei der Erfolg nach der zweiten Operation – je nach Katamnesedauer und Dauer des postoperativen Intervalls – von 15 auf 0 Prozent absinkt. Handelt es sich lediglich um ein «bulging disc»-Phänomen (ringförmige Protrusion), das heute nicht mehr als pathogenes Agens angesehen wird, werden im Langzeitverlauf weniger als die Hälfte nukleotomierter Patienten beschwerdefrei. Diese sind also in jedem Fall konservativ psychosomatisch zu behandeln.

Möglicherweise kommt selbst der Operation eine psychodynamische oder Placebo-Wirkung zu, da auch bei negativer operativer Exploration, also fehlendem Diskusvorfall, 38 Prozent der LIS-Patienten schmerzfrei werden. Eine weitere Erklärung wäre eine forcierte Muskelrelaxation durch die Narkose. Im Gegensatz zur herrschenden Auffassung stellt eine radikuläre Parese, die dem Patienten meist nicht auffällt, eine zweifelhafte Operations-Indikation dar, da Besserungen noch nach einem Jahr zu erwarten sind.

Verhaltenstherapeutische Ansätze, die multimodale Behandlungsprogramme für chronische Rückenschmerz-Patienten anbieten, sind hinsichtlich Schmerzintensität und -ausbreitung, Kraftausdauer und Wirbelsäulenbeweglichkeit, aber auch hinsichtlich des Einflusses auf die Arbeitsunfähigkeit – aus methodischen Gründen ist ein Kontrollgruppenvergleich kaum durchzuführen – zumindest im Prä-/Post-Behandlungsvergleich erfolgreich (PFINGSTEN et al., 1993). Hinsichtlich der Evaluation anderer Psychotherapieverfahren liegen nur wenige Daten vor. In Gruppentherapien zeigen «Patienten mit Wirbelsäulensyndromen» eine wesentlich höhere Abbrecherquote als «Rheumakranke» oder «heterogene Schmerzranke».

Literatur

- ALLAN DB, WADDELL G: A historical perspective on low back pain and disability. *Acta Orthop Scand (Suppl)* 234, 1–23, 1989
- BODEN SD, DAVIS DO, DINA TS, PATRONAS NJ, WIESEL SW: Abnormal magnetic resonance scans of lumbar spine in asymptomatic patients. *J Bone Joint Surg (Am)* 72, 403–408, 1990
- BUNDESVERBAND DER BETRIEBSKRANKENKASSEN: Krankheitsarten- und Arbeitsunfallstatistik 1990. Essen 1991
- COSTE J, PAOLAGGI JB, SPIRA A: Classification of nonspecific low back pain. I. Psychological involvement in low back pain. A clinical, descriptive approach. *Spine* 17, 1028–1037, 1992
- CSEF H: Zur Psychosomatik des Zwangsranken. Springer, Berlin/Heidelberg 1988
- DEYO RA, TSUI-WU YJ: Descriptive epidemiology of low-back pain and its related medical care in the United States. *Spine* 12, 264–268, 1987
- DEYO RA, LOESER JD, BIGOS STJ: Herniated lumbar intervertebral disk. *Ann Intern* 112, 598–603, 1990
- DEYO RA, CHERKIN D, CONRAD D, VOLINN E: Cost, controversy, crisis: Low back pain and the health of the public. *Ann Rev Publ Health* 12, 141–156, 1991
- EGLE UT: Das benigne chronische Schmerzsyndrom. Theoretische Grundlagen, biographische Disposition, Screening-Parameter, diagnostische Subgruppen. Habilitationsschrift, Johannes Gutenberg-Universität, Mainz 1990
- EGLE UT, HOFFMANN SO: Der Schmerzranke. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht. Schattauer, Stuttgart 1993
- ENGEL GL: «Psychogenic» pain and the pain-prone patient. *Am J Med* 26, 899–918, 1959
- ERICHSEN JE: On railway and other injuries of the nervous system. Six lectures on certain obscure injuries of the nervous system commonly met with as a result of shock to the body received in collisions in railways. Walton & Maberly, London 1866
- FETTERMAN JL: Vertebral neuroses. *Psychosom Med* 11, 265–275, 1940
- FINK P: Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. *J Psychosom Res* 36, 439–447, 1992
- FISCHER AA, CHANG ChH: Electromyographic evidence of paraspinal muscle spasms during sleep in patients with low back pain. *Clin J Pain* 1, 147–154, 1985
- FRYMOYER JW, POPE MH, CLEMENTS JH, WIDDER DG, MAC PHERSON B, ASHIKAGA T: Risk factors in low back pain: An epidemiological survey. *J Bone Joint Surg (Am)* 65-A, 213–21, 1983
- HASENBRING M: Chronifizierung bandscheibenbedingter Schmerzen. Risikofaktoren und gesundheitsförderndes Verhalten. Schattauer, Stuttgart/New York 1992
- HASENBRING M: Durchhaltestrategien – ein in der Schmerzforschung und Therapie vernachlässigtes Phänomen? *Schmerz* 7, 304–313, 1993
- HOFFMANN SO, EGLE UT: Der psychogen und psychosomatisch Schmerzranke. Entwurf zu einer psychoanalytisch orientierten Nosologie. *Psychother Med Psychol* 39, 193–201, 1989
- HOFSTADT U, VON PLESSSEN K, SCHULTZ-VENRATH U: Schmerzzeichnungen («patient pain drawing») als Screeningmethode für organische und psychogene Lumbago-Ischialgie-Syndrom(LIS)-Patienten. *Akt Neurol* 21 (Sonderheft 1) S11, 1994
- JENSEN MC, BRANT-ZAWADZKI MN, OBUCHOWSKI N, MODIC MT, MALKASIAN D, ROSS JS: Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med* 331, 70–73, 1994

- KÜTEMEYER M, SCHULTZ U: Verlauf und Therapie des Lumbago-Ischias-Syndroms (LIS) aus psychosomatischer Sicht. *Verh Dt Ges Inn Med* 88, 1221–1224, 1982
- KÜTEMEYER M, SCHULTZ U: Verlauf des akuten Wurzelkompressionssyndroms (WKS) nach dreistufiger konservativer Therapie. In SEITZ D, VOGEL P (Hrsg.) *Hämoplastosen. Zentrale Motorik. Iatrogene Schäden. Myositiden*, S. 699, Springer, Heidelberg 1983
- KÜTEMEYER M, SCHULTZ U: Lumbago-Ischialgie-Syndrome. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl., S. 835, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- KÜTEMEYER M, SCHULTZ-VENRATH U: Lumbago-Ischialgie-Syndrome. In UEXKÜLL TH v (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, 5. Aufl., Kap. 66, Urban & Schwarzenberg, München 1996
- MALMIVAARA A, HÄKKINEN U, ARO T, HEINRICH M-L, KOSKENNIEMI L, KUOSMA E, LAPPI S, PALOHEIMO R, SERVO C, VAARANEN V, HERNBERG S: The treatment of acute low back pain – bed rest, exercises, or ordinary activity? *N Engl J Med* 332: 351–355, 1995
- MOONEY V: Presidential address. International society for the study of the lumbar spine. Dallas 1986. Where is the pain coming from? *Spine* 12, 754, 1987
- OLMARKER K, RYDEVIK B, NORDBORG C: Autologous nucleus pulposus induces neurophysiologic and histologic changes in porcine cauda equina nerve roots. *Spine* 18, 1425–32, 1993
- PEARCE J, MOLL JMH: Conservative treatment and natural history of acute lumbar disc lesions. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 30, 13–17, 1967
- PFINGSTEN M, ENSINK FB, FRANZ C, HILDEBRANDT J, SAUR P, SCHWIBBE G, STEINMETZ U, STRAUB A: Erste Ergebnisse eines multimodalen Behandlungsprogramms für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Das Göttinger Rücken Intensiv Programm*. *Z Gesundheitswiss* 3, 224–244, 1993
- VON PLESSSEN K, HOFSTADT U, SCHULTZ-VENRATH U: Biographische Determinanten beim Lumbago-Ischialgie-Syndrom (LIS) – Replikation der Mainzer Screening-Studie mit der «Strukturierten biographischen Anamnese für Schmerzpatienten (SBAS III)» an LIS-Patienten. *Akt Neurol* 21 (Sonderheft 1) S18, 1994
- RASPE H, KOHLMANN TH: Rückenschmerzen – eine Epidemie unserer Tage? *Dt Ärztebl* 90, B-2165–2169, 1993
- REPORT OF THE QUEBEC TASK FORCE ON SPINAL DISORDERS. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for clinicians. *Spine* 12, 1987
- RYDEVIK B, BROWN MD, LUNDBORG G: Pathoanatomy and pathophysiology of nerve root compression. *Spine* 9, 7–15, 1984
- SCHOFFERMAN J, ANDERSON D, HINES R, SMITH G, WHITE A: Childhood psychological trauma correlates with unsuccessful lumbar spine surgery. *Spine* 17, (Suppl 6), S138–S144, 1992
- SCHULTZ U, KÖHLER D, KÜTEMEYER M, STÄBLER-LEHR A: Zum Spontanverlauf des lumbalen Discusvorfalls. Eine CT-kontrollierte prospektive Studie. *Nervenarzt* 59, 661–668, 1988
- SCHULTZ-VENRATH U: Chronische Lumbago-Ischialgie-Syndrome. In EGLE UT, HOFFMANN SO (Hrsg.) *Der Schmerzkranken. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht*, S. 460–488, Schattauer, Stuttgart 1993
- SPANGFORT EV: The lumbar disc herniation. A computer-aided analysis of 2504 operations. *Acta Orthop Scand (Suppl)* 142, 1–95, 1972
- TRAUE HC, KESSLER M: Myogene Schmerzen. *Z Med Psychol* 1, 10–22, 1992
- WIESEL SW, CUCKLER JM, DELUCA F, JONES F, ZEIDE MS, ROTHMAN RH: Acute low back pain: An objective analysis of conservative therapy. *Spine* 5, 324–330, 1980
- WIESEL SW, TSOURMAS N, FEFFER HL, CITRIN CM, PATRONAS N: A study of computer assisted tomography. The incidence of positive CAT scans in an asymptomatic group of patients. *Spine* 9, 549–551, 1984

G.3 Rheumatoide Arthritis

HELLMUTH FREYBERGER, HARALD J. FREYBERGER

1. Definition, Symptomatik, Verlauf

Die rheumatoide Arthritis ist eine chronische, zumeist schleichend beginnende Entzündung, die wahrscheinlich den Autoimmunkrankheiten zuzurechnen ist. Die entzündlichen Prozesse, die vor allem die Schleimhaut (Membrana synovialis) der Gelenkhöhlen betreffen, äußern sich wie folgt: Morgensteifigkeit und Bewegungsschmerz in einem oder mehreren Gelenken, Schwellung in mindestens einem oder mehreren Gelenken mit häufig symmetrischem Beginn in den Zehen-, Finger- und Handgelenken, zusammen mit später fortschreitend-zentripetalem Gelenkbefall sowie typischen röntgenologischen Veränderungen. Der Verlauf der rheumatoiden Arthritis ist meistens schubweise-progredient, führt zur Funktionseinbuße der erkrankten Gelenke

(progrediente Verlaufsform 60 bis 70 Prozent) und schließlich auch zur Zerstörung der Gelenkstrukturen (maligne Verlaufsform etwa 12%). Bei 20 Prozent der Patienten tritt nicht nur eine vorzeitige Invalidisierung ein, sondern auch eine erhöhte Mortalität. Diese Patienten sterben an schweren extraartikulären Organmanifestationen (Amyloidose, Kardiitis, Lungenfibrose, zervikale Dislokationen) oder indirekten Komplikationen der Krankheit (insbesondere Folgen der Therapie mit Steroiden). Es werden auch monate- bis jahrelange Remissionen (intermittierende Verlaufsform etwa 20 Prozent) beobachtet. Bei optimaler Behandlungsführung bleiben 15 Jahre nach Krankheitsbeginn mindestens 50 Prozent der Rheumapatienten arbeitsfähig (HARTMANN u. ZEIDLER, 1990). Für die Quantifizierung der Schwere und/oder des Verlaufes eignet sich der Kriterienkatalog zur Funktions- und Arbeitsfähigkeit, der durch die

Tabelle 1: Klassifikation der rheumatoiden Arthritis hinsichtlich der Funktions- und Arbeitsfähigkeit (nach Hartmann et al., 1990).

Grad	Definition	Charakteristik
I.	Volle Aktivität	Voll arbeitsfähig, uneingeschränkte Hausarbeit.
II.	Geringe bis mäßige Einschränkung	Arbeitsfähig mit leichteren Modifikationen, unabhängig von fremder Hilfe, alle Hausarbeiten außer schweren.
III.	Starke Einschränkung	Nur sehr leichte Arbeit oder Hausarbeit, teilweise abhängig von Hilfspersonen.
IV.	Ausgeprägte Funktionsstörung, Invalidität	100prozentig arbeitsunfähig, abhängig von Hilfspersonen

American Rheumatism Association erstellt wurde (Tab. 1).

2. Epidemiologie

Die rheumatoide Arthritis kommt weltweit gleich häufig bei allen Rassen und sozialen Schichten vor. Ihre Prävalenz beträgt 0,1 bis 0,5 Prozent, ihre Inzidenz wird auf 0,3 bis 0,6 Prozent geschätzt. Sie nimmt mit steigendem Lebensalter zu. Frauen erkranken dreimal häufiger als Männer; bei der Erstmanifestation jenseits des 60. Lebensjahres sind Frauen und Männer in gleicher Häufigkeit betroffen.

3. Klinisch-psychosomatischer Aspekt

Klinisch-psychosomatische Aspekte zur rheumatoiden Arthritis betreffen einerseits die psychosozialen Auslösesituationen und Konfliktbereiche sowie andererseits die krankheitsreaktiven Probleme und deren Bewältigung.

3.1 Psychosoziale Auslösesituationen und Konfliktbereiche

WEINER (1977) stellte anhand einer Literaturübersicht fest, daß die rheumatoide Arthritis durch psychosoziale Situationen im Sinne von unbewältigten Objektverlustenerlebnissen ausgelöst werden kann. Diese Möglichkeit der psychosozialen Auslösung betrifft sowohl die Erstmanifestation als auch die Rezidive. RIMON et al. (1969, 1985) beobachteten in einer 16-Jahreskatamnese zwischen 1969–1985 100 rheumatoide Arthritispatientinnen, die weniger als sieben Jahre vor Projektbeginn erstmals erkrankt waren. Diese Patientinnen wurden – zusammen mit einer gleich großen Kontrollgruppe – wiederholt anhand von psychodynamischen Interviews und psychologischen Tests untersucht. Aufgrund ihrer Befunde unterschieden die Autoren zwei Gruppen von rheumatoiden Arthritispatientinnen. Einerseits handelte es sich um 50 Frauen mit

charakteristischen psychosozialen Auslösesituationen (65%), die deutlich depressiv waren. Hier sprechen RIMON et al. (1985) von «konfliktspezifischen Modalitäten auf der Basis unbewältigter Objektverlustenerlebnisse». Andererseits gab die zweite Patientinnen-Gruppe weniger häufig auslösende psychosoziale Situationen (15%) und seltener Anhaltspunkte für depressive Verläufe an. Auch beobachteten RIMON et al. bei der ersten Patientinnengruppe objektiv gravierendere Arthritisverläufe insbesondere dann, wenn diese im engen zeitlichen Zusammenhang mit ausgeprägten Konfliktsituationen begonnen hatten. Umgekehrt stellten die Autoren bei ihren Patientinnen wiederholt eine deutliche Besserung der rheumatoiden Arthritis fest, wenn sich die Konfliktdynamik abgeschwächt hatte.

FEIGENBAUM et al. (1979) führten bei Patienten mit rheumatoider Arthritis eine prospektive Studie durch und fanden, daß seelische Belastungen eine nachteilige Wirkung auf den Krankheitsverlauf besaßen: Patienten mit deutlich progredienter Krankheitsentwicklung waren jahrelang psychischen Stressoren ausgesetzt gewesen, während Patienten mit weniger fortschreitendem Krankheitsverlauf viel seltener (40%) unter äußerem Belastungsdruck gestanden hatten. BAKER (1982) untersuchte 22 Patienten, bei denen seit weniger als 12 Monaten klinisch der Verdacht auf eine beginnende rheumatoide Arthritis vorgelegen hatte, aber erst ein Jahr später endgültig diagnostiziert wurde. 15 dieser Patienten gaben – anders als die Kontrollgruppe – auslösende seelische Belastungssituationen an. RÜGER und SCHÜSSLER (1994) bemühten sich um die Klassifizierung von psychodynamischen Konflikten bei rheumatoiden Arthritispatienten. Ausgehend von 50 psychiatrisch, tiefenpsychologisch und testpsychologisch untersuchten Patienten fanden sie bei 38 Prozent persönlichkeitspezifische Konflikte (im Sinne von «Versuchungs- und Versagungskonflikten»), ohne daß sich ein einheitliches Konfliktmuster ergab. Unspezifische Konflikte (im Sinne von sog. «life events») wurden bei 44 Prozent der Patienten diagnostiziert. Demgegenüber wiesen 19 Prozent der Patienten keine Konflikte auf. Diese letzte

Patientengruppe zeigte nach RÜGER und SCHÜSSLER – übereinstimmend mit den Befunden von RIMON et al. sowie FEIGENBAUM et al. – einen günstigeren somatischen Krankheitsverlauf.

3.2 Krankheitsreaktive psychosoziale Probleme und deren Bewältigung

RASPE (1990) konstatierte bei rheumatoiden Arthritispatienten ausgeprägte krankheitsreaktive seelische und soziale Belastungen: Notwendigkeit beruflicher Neuorientierung, finanzielle Einbußen, eheliche Schwierigkeiten, reduzierte Freizeitaktivitäten und körperliche Deformierungen. Ihren Leidensdruck bewältigen die Patienten einerseits intrapsychisch durch Verleugnungsarbeit (s. Kap. III.F). Andererseits finden sich häufig Versuche einer handlungsbezogenen Bewältigung im Sinne des «Sich-Zusammenreißen» (SCHÜSSLER et al., 1988, GÜNTHER et al., 1991). Zu diesen Modalitäten gehört auch die Suche nach sozialer Unterstützung. Ferner sollen aber auch gehäuft «Züge unerschütterlicher Geduld, Sich-Fügen in das Schicksal und Genügsamkeit, Indolenz, Perfektionismus» vorkommen (TRESS, 1994), wie es den früheren Befunden von ALEXANDER (1977) entspricht. Für eine Häufung dieser Verhaltensweisen bei rheumatoiden Arthritispatienten liegen jedoch keine empirischen Belege vor.

4. Psychotherapie

4.1 Psychosomatische Grundversorgung

Nach RASPE (1990) wird ein Arzt der Primärversorgung jeweils nur wenige Patienten mit rheumatoider Arthritis zu betreuen haben (etwa 1%). Insbesondere gilt auch für diese Patienten jener *supportiv-psychotherapeutische Ansatz*, der bei chronisch körperlich Kranken angezeigt ist und der *ergänzende systemische Gespräche* einschließen kann (s. Kap. III.F). Dementsprechend steht die «strukturierte, vorhersehbare und zuverlässige interpersonale Beziehung» (SCHOCHET et al., 1969) im Mittelpunkt, die weitere Interventions-schritte umfaßt (Tab. 2). Es geht vor allem um die wiederholte Thematisierung des krankheitsreaktiven Leidensdruckes. MCFARLANE et al. (1987) fanden nämlich anhand einer dreijährigen Verlaufsbeobachtung, daß die Krankheitsprognose bei rheumatoiden Arthritispatienten eine bessere war, wenn diese regelmäßig ihre reaktiv-depressiven Gefühle und Ängste zu äußern vermochten. Infolge dessen konnten sie auch ihre krankheitsreaktiven Probleme deutlicher sehen und sich deshalb vermehrt mit ihnen auseinandersetzen. Auch ist wichtig, beim Patienten die Bereitschaft zu psychoedukativen Schulungsprogrammen zu fördern. Die krankheitsspezifisch strukturierten Schulungskonzepte, die meistens in Gruppen durchgeführt werden, ermöglichen eine gesteigerte Informationseingabe, die selbständige Durchführung von Bewe-

Tabelle 2: Psychosomatische Grundversorgung und weiterführende Psychotherapie bei rheumatoider Arthritis.

Psychosomatische Grundversorgung	Weiterführende Psychotherapie
1. Thematisierung des krankheitsreaktiven Leidensdruckes	Verhaltenstherapie
2. Anregung zur Akzeptanz des Schulungsprogrammes	Tiefenpsychologisch-krankheitsorientierte Gruppentherapie
3. Anregung zur Suche nach sozialer Unterstützung	
4. Thematische Fokussierung: auslösende Situationen	

gungsübungen und die Benutzung von ergotherapeutischen Hilfen sowie den complianten Umgang mit Medikamenten (insbesondere Steroiden). Das Vertrauen des Patienten in seine therapeutische Kompetenz nimmt auf diese Weise beträchtlich zu. Ferner sollte der Patient aufgefordert und ermuntert werden, möglichst soziale Hilfen in Anspruch zu nehmen, wie z. B. Partner und/oder Familienmitglieder, Ärzte, Psychosomatiker und klinische Psychologen, Angehörige medizinischer Assistenzberufe sowie poliklinische Institutionen; ebenso bietet sich die Selbsthilfegruppe «Deutsche Rheumaliga»/DRL (s. Kap. V.C) an. Schließlich sollten regelmäßig drohende oder reale Objektverluste fokussiert werden. In diesem Zusammenhang können klärende Einzelgespräche sowie Partner- und/oder Familiengespräche nicht nur drohenden Objektverlusten vorbeugen, sondern auch nach deren Manifestation die Bewältigung des Verlusterlebnisses fördern (s. Kap. III.D). Wenn die jetzt zutage tretenden Konflikte eine sehr komplexe psychodynamische Struktur aufweisen, ist die Überweisung zum Fachpsychotherapeuten angezeigt.

Die Verwirklichung dieser vier Schritte der psychosomatischen Grundversorgung ist deshalb so wichtig, weil empirische Daten dahingehend vorliegen, daß nicht nur die frühzeitige Gabe von langfristigen Antirheumatika und die konsequente Übungstherapie, sondern auch das Ausschöpfen aller psychosozialen Interventionsmöglichkeiten die Individualprognose des Patienten wesentlich verbessern können (ZEIDLER, 1986).

4.2 Weiterführende Psychotherapie

LEIBING et al. (1994) behandelten in einer kontrollierten, kognitiv orientierten Studie 79 Patienten mit rheumatoider Arthritis mit dem Ziel der Schmerzbewältigung. Thematisch betraf die Gruppenarbeit ausführliche Informationen zur Entstehung und Beeinflussbarkeit von Schmerzen, das Erlernen von Entspannungsverfahren und Imaginations-techniken sowie Gespräche zur Krankheitsbewältigung. Ausgehend von dem Behandlungsangebot profitierten kurzfristig alle

Patienten, die für das Therapieprogramm motiviert werden konnten und kontinuierlich teilgenommen hatten. Katamnestisch ergab sich, daß auch längerfristig ein Behandlungserfolg gegeben war, wenn die Patienten die erlernten Entspannungs- und Imaginationsübungen nach Abschluß der Gruppentherapie zu Hause weitergeführt hatten. Insbesondere blieben die erzielten Behandlungseffekte bei denjenigen Patienten stabil, die bereits vor der Therapie mehr «positives Umbewerten» und weniger «resignativ-emotionales Coping» als Bewältigungsform aufwiesen. Im einzelnen zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Bereiche «Schmerz» und «Depression», während sich die körperlichen Funktionseinschränkungen nur teilweise besserten (z. B. Rückgang der Gelenkschwellung). Patienten mit katamnestisch instabilen Behandlungseffekten zeigten gehäuft *neurotische Störungen*, die schon vor Erkrankungsbeginn nachweisbar gewesen waren. Sie hatten psychosoziale Konflikte, wodurch die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und die Fortsetzung der Entspannungsübungen erschwert wurden. Deshalb stellt bei diesen Patienten in der Sicht von LEIBING et al. die alleinige Durchführung des Schmerzbewältigungsprogrammes nicht die Methode der Wahl dar. Vielmehr sind dann weiterführende Maßnahmen im Sinne der *psychodynamischen Therapie* angezeigt. Daher betrachten die Autoren die initiale kognitiv-orientierte Gruppenpsychotherapie auch als motivationsfördernd für eine nachfolgende psychodynamische Behandlung.

RÜGER und SCHÜSSLER (1994) führten *tiefenpsychologisch-krankheitsorientierte Gruppentherapien* durch mit dem Ziel einer Verbesserung der psychischen Adaptation des Patienten angesichts seiner Erkrankung, ohne dabei aber die individuelle Konfliktdynamik zu vernachlässigen.

Literatur

- ALEXANDER F: Psychosomatische Medizin, 3. Aufl., De Gruyter, Berlin 1977
 BAKER GHB: Life events before the onset of rheumatoid arthritis. *Psychother Psychosom* 38, 173–177, 1982

- HARTMANN F, ZEIDLER H: Chronische Polyarthrit. In ZEIDLER H (Hrsg.) *Rheumatologie, Innere Medizin der Gegenwart*, S. 371–392, 1989, Urban & Schwarzenberg, München 1981
- FEIGENBAUM SL, MAST AT, KAPLAN SB: Prognosis in rheumatoid arthritis: A longitudinal study of newly diagnosed adult patients. *Am J Med* 66, 377–384, 1997
- GÜNTHER V, SCHEIT P, KINGADNER U, MUR E: Streß- und Krankheitsbewältigungsverhalten von Patienten mit chronischer Polyarthrit. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41, 372–378, 1991
- HARTMANN F, ZEIDLER H: Chronische Polyarthrit. In ZEIDLER H (Hrsg.) *Rheumatologie*, S. 390, Urban & Schwarzenberg, München 1990.
- LANGER EH: Der Grundkurs «chronische Polyarthrit» des Arbeitskreises Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. *Akt Rheumatol* 19, 3–13, 1994.
- LEIBING E, SCHÜSSLER G, RÜGER U: Prognosekriterien einer verhaltenstherapeutischen Schmerzbehandlung in Gruppen bei rheumatoider Arthritis. *Psychother Psychosom Med Psychol* 44, 46–52, 1994
- MCFARLANE AC, KALUCY RS, BROOKS PM: Psychological predictors of disease course in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 31, 757–764, 1987
- RASPE H: Chronische Polyarthrit. In VON UEXKÜLL Th et al. (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, S. 815, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- RIMON R: A psychosomatic approach to rheumatoid arthritis: A clinical study of 100 female patients. *Acta Rheum Scand* 13, 1–154, 1969
- RIMON R, LAAKSO RL: Life stress and rheumatoid arthritis: A 15-year follow up study. *Psychother Psychosom* 43, 32–37, 1985
- RÜGER U, SCHÜSSLER G: Psychosomatische Aspekte und Ergebnisse zur rheumatoiden Arthritis und Fibromyalgie. *Z Psychosom Med* 40, 280–304, 1994
- SCHOCHET B, LINSANSKY E, SCHURART A, FIOCCO V, KURLAND S, POPE DM: A medical psychiatric study of patients with rheumatoid arthritis. *Psychosomatics* 10, 271–280, 1969
- SCHÜSSLER G, SPIESS K, RÜGER U: Krankheitsbewältigung bei der rheumatoiden Arthritis. *Z Psychosom Med* 34, 315–323, 1988
- TRESS W: *Psychosomatische Grundversorgung*, S. 79, Schattauer, Stuttgart 1994.
- WEINER H: *Psychobiology and human disease*. Elsevier, Amsterdam 1977
- ZEIDLER H: Früherkennung der chronischen Polyarthrit. Ändert eine Frühbehandlung den Verlauf? *Internist* 27, 185–191, 1986