

Chronisches Schmerzsyndrom

von Andreas Manz ¹

Im Folgenden will ich mich nicht mit den offiziösen Definitionen des chronischen Schmerzsyndroms und damit nicht mit der Frage beschäftigen, welche Kriterien für deren Diagnostik erfüllt sein müssen.

Ich will darstellen, was ich in den letzten 40 Jahren im klinischen Alltag und in der Längsschnitterfahrung über chronische Schmerzen gelernt habe. Dabei will ich mich durchaus mit unsinnigen Standartratschlägen auseinandersetzen und Erfahrungen mit chronischen Schmerzen am eigenen Leib einfließen lassen.

Grundsätzlich müssen wir den chronischen Schmerz in zwei Kategorien aufteilen:

1. Der Schmerz als unvermeidbare Begleiterscheinung einer chronischen Krankheit.
2. Der chronische Schmerz, dem keine genügende somatische Ursache resp. Pathophysiologie zugeordnet werden kann.

Bei beiden Schmerzformen werde ich als Psychiater oder als Psychotherapeuten beigezogen.

Bei der ersten Gruppe ist der Zugang zuerst insofern für mich leichter, als dass es mir als Mitfühlender nicht schwer fällt, das Leid des Schmerzträgers nachzuempfinden. Damit ist ihm aber nicht geholfen. Ich muss mit ihm einen Weg gehen, wie er seine missliche Situation ertragen kann. Die Schmerz-Medikation besorgt in der Regel der somatische Kollege. Davon bin ich also dispensiert. Meine Aufgabe ist es, dem Patienten zu helfen, wie er ein Leben mit einem immer vorhandenen Schmerzen besser einrichten kann, wie er lernt, sich nicht gegen den Schmerzen aufzulehnen, ihn in akzeptierender Weise in sein Selbstverständnis und seine Lebenspraxis einzubauen. Da jeder Mensch ganz unterschiedlich empfindet und funktioniert, kann ich in diesem Prozess nicht auf allgemein gültige Erfahrungen zurückgreifen. Ich muss mich in den Patienten eindenken und mit ihm lernen, wie er den Schmerzen integrieren kann. Was ich hier festhalten kann ist die Erfahrung, dass es sich für den Patienten und auch für mich lohnt sich auf diesen oft sehr langwierigen Weg zu begeben und dass er für beide Teile zu einer sinnvollen Erfahrung gestalten wird. Das zu wissen, ist die Voraussetzung, dass man sich auf den mühsamen Weg macht.

Die zweite Gruppe kann nochmals in die Menschen unterteilt werden, die ein Trauma erleiden, das die beklagten Schmerzen erklärt hatte, bei denen aber kein Ende des Leidens eintreten will, obwohl das Trauma als abgeheilt erklärt wird. Und die Menschen, bei denen ein cSS ohne nennenswertes Trauma entstand. Bei beiden Untergruppen der zweiten Gruppe werde ich als Psychiater oft von den somatischen Kollegen aufgerufen, wenn sie mit dem Patienten nicht mehr weiter kommen, die gesuchte Ursache für die chronischen Schmerzen nicht hinreichend oder gar nicht finden. Dann wird die Psyche ins Spiel gebracht. Die Patienten empfinden das meist als Abwertung. Sie sind schuld, dass es ihnen schlecht geht und sie werden zum Psychiater abserviert. Das sieht nach einem schlechten

¹ Den kleinen Aufsatz habe ich Anfangs 2021 für eine junge Ärztin geschrieben, die versuchte, sich in der klinischen Medizin zu orientieren.

Start für die Psychotherapie aus. Oft hat der Hausarzt bereits ein Antidepressivum verschrieben, weil er im Studium oder an Fortbildungen gehört oder gelesen hat, dass dies auch bei chronischem Schmerzen helfen würde. Würde es tatsächlich helfen, käme es gar nicht zu einer Überweisung. Ich höre dann, dass auch das (bisher) nichts genutzt habe. Oft sind beim chronischen Schmerzsyndrom auch Versicherungen involviert (Taggeld-, Unfall- oder Invalidenversicherung). Es artet in langen Berichten aus, die darlegen sollen, dass der Patient wirklich leidet, dass er wirklich Schmerzen hat und dass ihm die Schmerzen wirklich an der Erfüllung seiner Arbeitspflichten hindert oder einschränkt. Vom Psychiater wird dann erwartet, dass er einen psychischen Grund für die Schmerzen angeben kann. Es wird behauptet, dass die Schmerzen entweder aushaltbar seien oder überwunden werden können. In beiden Fällen können die Schmerzen nicht als Begründung einer längerfristigen Arbeitsunfähigkeit akzeptiert werden. Da die Versicherungen sich in den letzten Jahren stark aufmunitioniert haben, erwartet der Psychiater eine frustrierende Berichtstätigkeit und einen von aussen zusätzlich geplagten Patienten. Das sind schlechte Voraussetzungen für eine erspriessliche Therapie.

Wenn die Therapie allen Widerwärtigkeiten zum Trotz dennoch zu Stande kommt und Patient und Psychiater sich dazu entschliessen, den steinigen Weg unter ihre Füsse zu nehmen, dann kommen wir zum Kern meiner Ausführungen. Ich will versuchen, die mir durch die Jahre wichtigsten Fragen, die sich stellen werden, abzuarbeiten. Ich will auch versuchen, die therapeutischen Grundüberlegungen herauszuarbeiten, die mir hilfreich erscheinen.

Fragen und Fallgruben

Das cSS ist überfrachtet mit oberflächlichen, ja dummen Aussagen, die in Ausbildung, Kongressen, „Untersuchungen“ und therapeutischen Pseudoüberlegungen entspringen. Ich will ohne Anspruch auf Vollständigkeit diese erwähnen und darauf entgegnen:

1. *Das cSS ist Ausdruck eines psychischen Konfliktes. Der könne in einer Therapie aufgedeckt und bearbeitet werden. Dann gehe das cSS weg.* - Wir können davon ausgehen, dass die Psyche fähig ist, uns chronische Schmerzen zu erzeugen. In der Regel stehen aber nicht neurotische Konflikte dahinter, wie dies bei Ängsten, Zwängen und depressiven Verstimmungen der Fall ist. Die Psyche sucht im somatischen Schmerz eine Entlastung. Der Mechanismus geht in der Regel auf die Entwicklungszeit zurück, in der Körper und Psyche noch nicht oder erst wenig getrennt waren, also in die frühesten Kinderjahre, in eine Zeit, in der die Sprache noch keine verarbeitende Potenz für das Kind darstellte. In der Therapie werden wir wohl spekulieren, inwiefern die Schmerzen die vermuteten psychischen Spannungen entlasten oder der Körper synchron mit der Seele agiert, so wie dies bei Säuglingen und Kleinkinder der Fall ist. Die vorsprachliche Natur der Seelen-Körper-Verbindung schaltet die Erwartung aus, dass durch Sprache eine konfliktuöse Verschiebung aufgelöst werden kann. Die Sprache hilft aber, den Körper in seiner Verbundenheit mit der Seele zu interpretieren, Angst abzubauen und einen sinnvollen Umgang mit den Schmerzen zu suchen.
2. *Antidepressiva würden diesen Prozess günstig unterstützen.* - Diese angebliche Wirkungsindikation wird seit Jahren als wissenschaftliche Tatsache verkauft, obwohl so-

wohl die klinische Erfahrung als auch die wissenschaftliche Evidenz nicht vorhanden ist. Die Studien, die den Nutzen von Antidepressiva belegen, sind sehr rar und zeigen systematische Mängel. Die klinische Erfahrung wird mehr von den Therapeuten behauptet, als dass sie wirklich erlebt wird. Da die Antidepressiva Nebenwirkungen ausweisen, setzen viele Patienten vernünftigerweise die Medikation ab, wenn sie nicht wirkt. Das wird ihnen von den Therapeuten als Ursache vorgehalten, weshalb die medikamentöse Therapie nicht erfolgreich sei. Sie sei zu wenig lange eingenommen worden, eine Höherdosierung sei entweder nur mit Skepsis durchgeführt oder ganz abgelehnt worden. Der x-fache Wechsel auf ein anderes Präparat sei zu wenig geduldig fortgesetzt worden.

3. *Das cSS sei entstanden, weil die ursprünglichen somatischen (traumatischen) Ursachen in den ersten Monaten zu wenig konsequent medikamentös angegangen worden sei. Damit habe der starke Schmerz das (postulierte) Schmerzfilter-Zentrum umprogrammiert. Dieses lasse fortan auch vollkommen normale Körperreize, die es gewöhnlich herausfilterte, in die Wahrnehmung durch und suggeriere dem Patienten, dass der Schmerz immer noch vorhanden und stark sei. In Verbindung mit dieser Theorie werden somatische Restbefunde als nicht erklärend für die berichteten Schmerzen bezeichnet. Aus dieser Theorie werden oft posttraumatisch sehr hohe Schmerzdosen verordnet, um die „Beschädigung des Schmerzfilters“ zu vermeiden.* - Die Theorie des Schmerzfilters, vermutlich als Teil des Stammhirnes, überzeugte mich anfänglich. Ich erhoffte mir dadurch eine erklärende Pathophysiologie des cSS zu besitzen. Die Hoffnung hat sich in meinen Augen in Luft aufgelöst. Eine Theorie mehr, die vermeidet zu sagen, dass wir nicht wissen, wie bei einigen Menschen aus Traumas ein cSS entsteht.

therapeutische Überlegungen

1. Der Schmerz ist eine Tatsache, mit dem der Patient leben muss. Aufgabe der Therapie ist u.a., ihm darin zu befähigen, sich nicht vom cSS das ganze Leben strukturieren zu lassen. Das sieht auf den ersten Blick wie eine einfache psychoedukative Prozedur aus. Mit Erziehung hat das aber nur recht wenig zu tun. Zwar spielt das Erlernen von Gedankenstops eine zentrale Rolle. Da dies aber nicht einfach erlernt werden kann, wie man beispielsweise Schwimmen lernt, spielen hier langwierige psychotherapeutische Prozesse und tiefenpsychologische Fragestellungen eine wichtige Rolle. Man muss sich beispielsweise mit der Frage auseinandersetzen, wie ich versuchen kann, nicht an den Schmerzen zu denken und dennoch in die Physio-, Craniosacral-, TCM-, Farbtherapie und Achtsamkeitstraining gehen soll? Auch das Ziel jeglicher Medikation ist die Reduktion des Schmerzens. Irgend wann will ich doch ohne Schmerzen leben können, deswegen mache ich doch all die Dinge. Und habe ich endlich unter Widerständen akzeptiert, dass das cSS durch meine Psyche verursacht wird, erwarte ich von der Psychotherapie, dass sie es mir wegnimmt, dass ich Heilung erfahre. Der aufgetretene Widerspruch ist relevant und nachvollziehbar. Und dennoch: die cSS-Patienten, mit denen wir über die Jahre uns zu befassen haben, sind diejenigen Menschen, bei denen all die Therapien nicht zum gewünschten Ergebnis geführt haben. Viele Therapien wurden beendet im Gefühl des Versagens – von Seiten des Patienten oder des Therapeuten oder von beiden. Der eine gibt dem anderen die Schuld – auch

wenn dies oft nicht ausgesprochen wird.

2. Genau so erlebte ich dies selber: nach einem banalen Trauma, bei dem ich mir eine Muskelzerrung an beiden Oberschenkeln zugezogen hatte, hörte der Schmerz auch nach drei Monaten nicht mehr auf. Nach einem Jahr vergeblichem Bemühen, eine somatische Ursache zu definieren, dämmerte mir, dass meine Psyche die Hand wohl im Spiel habe. So unternahm ich eine zweite Psychoanalyse. Aber der Schmerz verschwand auch nach vier Jahren Therapie nicht. Ich begann zu ahnen, dass ich damit leben musste. So stellte ich mir zur Aufgabe, den Schmerz zu ignorieren. Ich setzte alle Medikamente ab, beendete alle spezifischen Therapien, ging fortan weiter in die Therapie, weil sie mich allgemein bereicherte und Spass machte. Ich bat meine Frau und meine nächste Umgebung, mich nicht mehr auf Schmerzen anzusprechen, sich nicht mehr über deren Intensität zu erkundigen. Den Menschen, die sich bei Gelegenheit bei mir nach meinen Schmerzen erkundigte, weil ich offenbar in den letzten Jahren einmal darüber gesprochen hatte, sagte ich, dass die Schmerzen verschwunden seien, um weitere Gespräche darüber zu beenden. So schuf ich die Rahmenbedingungen, dass auch ich in meinem Denken und Verhalten den Schmerz aus dem Zentrum meiner Gedanken und meines Fühlens verdrängen konnte. Ich vermied jegliches Hinken beim Gehen, wenn mir danach war und konzentrierte mich auf einen flüssigen Gang. War an einem Tag die Schmerzen so dominant, dass es mir nicht gelang, sie wegzuschieben, setzte ich eine kleine Dosis eines künstlichen Opiates ein (10-15 Tramaltropfen), das dann gut wirkte. Diese seltenen Ausnahmen hatten den Zweck, auch in Extremis mich nicht durch den Schmerz diktieren zu lassen – ihn dennoch wegdenken zu können. Ich lernte, immer öfters nicht an den Schmerz zu denken, mich nicht zu fragen, wie stark er mich plage. Ich stoppte solche Gedanken im Keim. So verpasste ich den Moment, als der Schmerz tatsächlich verschwand. Eines Tages viel mir auf, dass ich keinen Schmerz mehr fühlte und ich rekonstruierte, dass das schon längere Zeit so sein musste. Meine Freude war gross – ich sprach aber nur mit meiner Frau und in der Analyse darüber. Sechs Monate später kehrte der Schmerz in alter Wucht zurück. Grosse Betrübnis - und vorallem: ich hatte verlernt, wie ich Gedankenstops durchführen konnte. Doch die frühere Erfahrung und die noch immer installierten Rahmenbedingungen (nicht darüber reden und befragt werden) waren noch vorhanden. Nach weiteren sechs Monaten verschwand der Schmerz erneut. Nochmals 6 Monate später kam er ein zweites Mal zurück, verschwand nach weiteren Monaten für immer (?). Seither sind mehr als 10 Jahre her....
3. Durch diese eigene Erfahrung habe ich einen anderen Zugang in der Begleitung von Schmerzpatienten gefunden. Ich sehe den Widerspruch, jahrelang Schmerzen ertragen zu müssen, dass sich mit den Jahren fast alles um die Schmerzen dreht und die Erwartung wach bleibt, der Schmerz würde eines Tages weggehen. Ich sehe, wie viele Patienten nicht auf die Erlösung verzichten wollen, weiterhin auf die 20. Therapie vertrauen. Manchmal gelingt es mir, Patienten zu überzeugen, dass sie den Kampf aufgeben sollen und versuchen sollen, den Schmerz aus ihrem Zentrum zu entfernen. Ich sehe im Nachhinein deutlicher, mit wieviel Selbstdisziplin ein solcher Weg, nicht mehr an den Schmerzen zu denken, verbunden ist.
4. Die meist vorsprachliche Quelle der Energieübertragung von Psyche auf Körper ist das

zentrale theoretische Konzept meiner Theorie des psychogen bedingten cSS. Die Annahme der vorsprachlichen Genese hat weitreichende Konsequenzen für den therapeutischen Zugang (... fortsetzen)

5. ... fortsetzen ...