

Medizinisch ungeklärte Symptome am Beispiel des chronischen Schmerzes

Medically Unexplained Symptoms Exemplified by Chronic Pain

Autoren

L. Schelosky, F. Müller

Institut

Medizinische Klinik, Neurologie und klinische Neurophysiologie, Kantonsspital Münsterlingen, Spital Thurgau AG

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2006-951916
Akt Neurol 2007; 34: 13–22
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 0302-4350

Korrespondenzadresse

Ludwig Schelosky
Medizinische Klinik, Neurologie
und klinische Neurophysiologie,
Kantonsspital Münsterlingen,
Spital Thurgau AG
Postfach
8596 Münsterlingen, Schweiz
ludwig.schelosky@stgag.ch

Zusammenfassung

Der Umgang mit medizinisch ungeklärten Symptomen gehört zum Alltag der ärztlichen Tätigkeit. Besonders schwierig sind chronische Schmerzen einzuordnen und zu behandeln, die in der Diagnostik keine ausreichende Erklärung für die Ursache der Schmerzen bieten. Diese Übersicht fasst die aktuelle Literatur zur Entstehung medizinisch ungeklärte Symptome mit Schmerzen, der Aufrechterhaltung der Beschwerden und der möglichen Behandlungsoptionen zusammen. Der Umgang mit dem Schmerz, das Katastrophisieren, Coping oder die Möglichkeit der Akzeptanz beeinflussen ganz wesentlich die Arbeitsfähigkeit und Alltagstauglichkeit der Patienten. Das Gelingen ihres Lebens beruht nicht nur auf den körperlichen Aspekten des Schmerzes. Der Einfluss auf die soziale Rolle, die Wahrnehmung und Wertschätzung des Selbst ist von höchster Bedeutung und bietet Ansätze zur Therapie.

„Der Mensch wird nicht von den Dingen beeinträchtigt, sondern von seiner Ansicht über die Dinge“ Epiktet, Stoiker (55–135 nC)

Medizinisch ungeklärte Symptome (MUS) bezeichnen Beschwerden, die sich unproportional zu der identifizierbaren körperlichen Erkrankung verhalten [1] oder ganz ohne nachweisbare körperliche Veränderungen auftreten. Der Begriff wurde erst 1980 geprägt [2] und 1985 als Symptombeschreibung allgemein definiert [3]. Er wird heute weithin angewandt und oft mit den Begriffen „funktionelle Symptome“, „nicht organische Beschwerden“, „Konversion“, „Somatisierung“ verbunden [4]. Typische MUS in der Neurologie sind Schmerzen, Schwäche, Schwindel und Erschöpfung (◉ **Tab. 1**) [1].

Patienten mit chronischen Schmerzen (Schmerzdauer mehr als 3 Monate, Definition nach der „In-

Abstract

It is part of daily medical practice to encounter unsolved medical symptoms. It is particularly difficult to deal with and treat chronic pain when there is no sufficient explanation for its cause. This overview summarises the current knowledge about the origin of medically unexplained symptoms with pain, chronic complaints and the possible options for treatment. The ability to work and cope on a daily basis is significantly influenced by the patient's way of dealing with pain (catastrophising, coping or accepting). Living with chronic pain touches not only on the physical aspects, but influences significantly the social role, the perception and value of self, which has to be considered with regard to possible therapeutic solutions.

ternational Association for the Study of Pain“) machen einen wesentlichen Anteil der Klientel einer neurologischen Praxis aus. Die Behandlung ist langwierig, mühsam und oft für beide Seiten, Patienten und Arzt, nicht befriedigend. Dieser Artikel beschäftigt sich mit den Patienten, die den schwierigsten und therapeutisch oft undankbarsten Anteil der chronischen Schmerzpatienten ausmachen, denjenigen Menschen, bei denen keine oder keine hinreichende Ursache für die Schmerzen gefunden werden kann.

Symptomentstehung

Jeder Mensch entwickelt laufend körperliche Wahrnehmungen. Bei einer Befragung von mehr als einer Million Menschen fühlten zu dem Zeitpunkt der Erhebung bis zu 55% Kopfschmerzen,

Tab. 1 Funktionelle somatische Syndrome mit und ohne Schmerz [85]

<i>mit Schmerz</i>
– Fibromyalgiesyndrom
– Spannungskopfschmerz
– atypischer Gesichtsschmerz
– nichtkardialer Brustschmerz
– funktionelle Dyspepsie
– Reizdarmsyndrom
– Myoarthropathien des Kausystems
– unspezifischer Rückenschmerz
<i>ohne Schmerz</i>
– chronisches Müdigkeitssyndrom
– multiples Chemikalienunverträglichkeitssyndrom

46% Erschöpfung und 15% Halsschmerzen [5]. Mit seinem Wissen und seiner Erfahrung ordnet der Betroffene seinen Symptomen und der vermuteten Ursache das für ihn geeignete Maß an Aufmerksamkeit und an gesundheitlicher Relevanz zu.

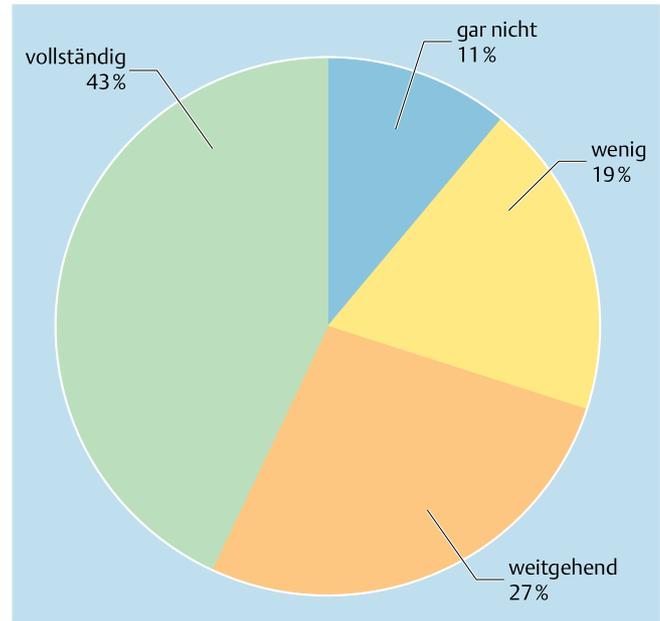
Der aktuelle emotionale Zustand des Menschen ist für die Bewertung des Symptoms und die weiteren Maßnahmen entscheidend. Weniger prägen die Symptome die Stimmung, als umgekehrt die Stimmung die Bewertung, die Erinnerung an die und das Anhalten der Symptome beeinflusst [6,7]. Die gerichtete Aufmerksamkeit, ggf. noch unterstützt durch die Haltung der Umwelt (Familie, Freunde, Arbeitskollegen, Medien), verstärkt die Symptome und chronifiziert sie. Das „allgemeine Wissen“ der Gesellschaft, oft auch suggestive ärztliche Fragen und die Art der Aufklärung spielen eine wesentliche Rolle in der weiteren Beachtung und Bewertung der Symptome [8]. Dies konnte für das Schleudertrauma und schmerzhaft Sportverletzungen gezeigt werden, aber auch für funktionelle Herzbeschwerden, postherpetische Schmerzen oder das Chronic-Fatigue-Syndrom [9]. Wenn das Individuum bereits vorbestehend die Einstellung hat, dass eine Verletzung, ein Schmerz harmlos sind, klingen die Beschwerden wesentlich rascher ab, als wenn Sorgen und Ängste über eine schwere Verletzung und einen bleibenden körperlichen Schaden mit Spätfolgen bestehen. In diesem Sinn wird ein verstauchter Knöchel als harmlos, ein Schleudertrauma aber als gefährlich empfunden [10,11]. Auch der Rückenschmerz wird wegen der weiten Verbreitung des Wissens über „die Bandscheibe“, Operationen, chronische Schmerzen, Kompensationszahlungen und manchmal auch die Haltung des Arztes angstbesetzt und fehlbewertet [12,13].

Die ganz überwiegende Anzahl der Symptome wird üblicherweise nicht oder kaum beachtet. Im Durchschnitt alle 2 Monate tritt ein Symptom auf, das zwar Beachtung findet, aber keinen Krankheitswert erreicht [14]. Nur die wenigsten der beachteten Symptome werden als krankhaft empfunden, noch weniger Symptome führen einen Menschen zum Arzt. Die Interaktion zwischen Patient und Arzt ist entscheidend für die weitere Entwicklung. Wenn sie für den Patienten befriedigend verläuft, beginnt der Heilungsprozess. Ist der Patient frustriert, beginnt oft eine Karriere der Besuche bei wechselnden Ärzten, die Informationssuche über andere Quellen und eine Ausweitung des empfundenen Krankheitswertes [15].

Der Anspruch an einen Arztbesuch besteht vor allem in der Diagnosestellung und einer Aussage über die weitere Prognose. In einer Studie an 750 Besuchern der allgemeinmedizinischen Poliklinik des Walter Reed Army Medical Center in Washington folgten danach in deutlichem Abstand die Wünsche nach einem Medikament, einer Überweisung zu einem Facharzt oder zu weite-

Tab. 2 Erwartungen an den Arztbesuch [17]

Erwartung an den Arztbesuch	98 %
– Diagnose	81 %
– Prognose (Dauer der Krankheit)	63 %
– Rezept	61 %
– weitere Untersuchung	53 %
– Überweisung zum Facharzt	46 %
<i>Grund für Enttäuschung</i>	
– keine Diagnose	51 %
– keine Prognose	33 %
– kein Rezept, weitere Untersuchung, Überweisung,	11 %
– Krankschreibung	

**Abb. 1** Können die geschilderten Symptome von 300 konsekutiven Patienten in 5 neurologischen Ambulatorien von Edinburgh durch eine organische Erkrankung erklärt werden? [20].

ren Untersuchungen oder einer Krankschreibung (• **Tab. 2**). Enttäuscht waren die Patienten, wenn keine Diagnose geäußert wurde oder keine Prognose gegeben wurde. Alleine schon diese Enttäuschung war ein unabhängiger Risikofaktor für den weiteren Krankheitsverlauf: Eine größere Zahl der enttäuschten als von den zufriedenen Patienten waren nach 2 Wochen noch krank. Die behandelnden Ärzte nahmen die unzufriedenen Patienten im Umgang als schwieriger und unangenehmer wahr [16,17].

Kroenke und Mangelsdorff werteten 1000 Arztbesuche wegen 14 häufiger Symptome (Thoraxschmerzen, Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerz, Ödem, Rückenschmerz, Dyspnoe, Schlaflosigkeit, Bauchschmerzen, Taubheitsgefühl, Impotenz, Gewichtsverlust, Husten, Obstipation) aus. 74% der geschilderten Symptome konnte keine organische Ätiologie zugeordnet werden (MUS). Nur 16% der Patienten erhielten die Diagnose einer organischen Erkrankung, 10% eine psychiatrische Diagnose. Der Leidensdruck der Patienten mit nicht erklärbaren Symptomen entsprach dem der anderen Patienten [18]. Die Kosten der Diagnostik waren hoch, eine Behandlung konnte nur für 55% der Symptome angeboten werden. Sie blieb oft ohne Erfolg, nur 53% der weiterverfolgten Patienten erholten sich im Verlauf [19].

Auch in der Neurologie gibt es einen hohen Anteil an MUS. Ein Drittel von 300 konsekutiven ambulanten Patienten der neurologischen Ambulanzen in Edinburgh erhielt keine organische Erklärung für ihre Symptome (▶ **Abb. 1**) [20]. Bei 47% dieser 300 Patienten wurde eine psychiatrisch relevante Diagnose (Depressionen 34%, Dysthymie 15%, Angststörungen 27%, Panikstörung 7%) nach DSM-IV gestellt. Sie fühlten sich wesentlich mehr behindert als die anderen Patienten aus dieser Gruppe. Nur 11% der psychiatrisch Kranken akzeptierten die Notwendigkeit einer psychiatrischen Therapie. Die übrigen favorisierten eine organisch basierte Weiterbehandlung [21].

Das Konzept der „Funktionellen Störung“

Körperliche Beschwerden ohne Nachweis von erklärenden strukturellen Organschäden (MUS), subjektive Symptome und Leistungseinschränkung ohne objektive Befunde werden unter dem Begriff der Funktionellen Störung zusammengefasst. Von der Medizin und der Umwelt wird der Patient mit MUS oft als um seine Gesundheit übermäßig besorgter, aber im Grunde gesunder Mensch („worried well“) betrachtet. Die Behandlung erschöpft sich dann meist in der Mitteilung der unauffälligen Befunde und beruhigenden Worten [22]. Der Patient fühlt sich aber krank und unverstanden, weil die Realität seiner Symptome nicht akzeptiert wird [9].

Ein mindestens 6 Monate anhaltender schwerer bis quälender organisch-medizinisch nicht erklärbarer Schmerz erfüllt die Diagnosekriterien einer somatoformen Schmerzkrankung (ICD-10: F45.4), wenn er mit einem erkennbaren emotionalen Konflikt oder einer psychosozialen Belastung einhergeht. Diese Konflikte oder Belastungen müssen ausreichend schwer sein, um als entscheidende ursächliche Faktoren gelten zu können, betreffen sehr oft Ablösesituationen und sollten in engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Auftreten des Schmerzes stehen. Ausgeschlossen werden psychisch bedingte Schmerzzustände bei Depression oder Schizophrenie. Häufig beschreiben die Patienten ihre Schmerzen mit affektiv gefärbten Begriffen und sehr hohen Werten auf der VAS, ohne selbst emotional beteiligt zu wirken. Die Kombination mit anderen funktionellen Störungen ist in der Anamnese häufig zu finden [23].

Die soziale Norm unserer Gesellschaft gewährt Menschen, die an einer bedauernswerten Existenz, an Überforderung, Schulden, sozialer Belastung etc. leiden, sehr wenig Unterstützung und Sympathie [24]. Dagegen erhält ein Kranker sehr viel Zuwendung (s. „die Rolle des Kranken“). Funktionelle Symptome entstehen als Metamorphose des Patientenproblems in eine „legitime Krankheit“. Die Krankheit muss in das Konzept der Gesellschaft passen, sie ist kulturspezifisch (▶ **Tab. 3**). Symptome gelten nichts, solange sie nicht von dem Individuum, der Medizin und der Öffentlichkeit als Krankheit anerkannt sind [8,25]. Die Wahrnehmung und der Umgang mit Symptomen entsprechen daher einem gelernten Verhalten, einem Produkt des sozialen Umfeldes [8,9]. Deswegen wurde für die Funktionelle Störung auch der Begriff einer „Kulturell gesteuerten Störung (culturally-driven disorder)“ gewählt. Fibromyalgie, Chronic Fatigue Syndrome, chronisch behindernder Schmerz von HWS oder LWS, Schleudertrauma, in den USA auch das Golfkriegssyndrom und das Silikon-Implantat-Syndrom werden als kulturell verursachte Funktionelle Syndrome gesehen [24].

Chronischer Schmerz ohne ausreichende organische Erklärung belastet das Selbstwertgefühl des Patienten. Er fühlt sein Leiden

Tab. 3 Typologie von „Krankheit“ und „sich krank fühlen“ gemäß dem medizinischen Wissen ([86] zitiert nach [4]). Biomedizinische Klassifikationen sind soziale Konstrukte, die den symbolischen Effekt der Identitätsstabilisierung und Bildung eines Zusammenhangs haben. Was eine diagnostizierbare Erkrankung ist und was nicht, folgt einer gesellschaftlich anerkannten Übereinkunft. MUS-Patienten finden sich in Teil D

		Medizinisches Wissen	
		sicher	unsicher
soziale Übereinkunft	zustimmend	A Krankheit – diagnostiziert, behandelt, geheilt oder gelenkt (z. B. Krebs)	B Risiko für eine Erkrankung – empfundene Risikofaktoren werden behandelt, geheilt oder gelenkt (z. B. Adipositas)
	anzweifelnd	C Gesundheit – keine Krankheit, evtl. Überwachung und Kontrollen	D fühlt sich krank, aber keine Krankheit – keine Diagnose. Untersuchung, aber nur begrenzte Behandlung oder Heilung

und die Motivation für sein Verhalten infrage gestellt. Der chronische Schmerz ohne sichtbares Zeichen wird von der Umwelt und oft auch dem medizinischen Personal als „Charakterschwäche“ verkannt. „Chronischer Rückenschmerz ist eine Krankheit, die man sich erkämpfen muss“ [26]. Dieser Kampf um die Legitimität der subjektiv empfundenen Erkrankung, die nicht in die medizinischen Kategorien passt, nimmt den Mittelpunkt des Lebens ein [4]. Das Individuum muss als stark empfunden werden. Die nicht akzeptable Schwäche wird verdrängt, weil sich der Kranke dieser Schwäche schämt und alle seine Probleme mit der Erkrankung erklären will. Sein Leiden darf nicht als Ausdruck einer seelischen Störung oder eines Problems im Umgang mit seiner Umwelt gesehen werden. Daher wird auch die psychologische oder psychiatrische Seite der Erkrankung nicht akzeptiert [21,27]. Seelische Erkrankungen tragen ein Stigma, das organischen schmerzhaften Erkrankungen wie Rheuma oder Lupus erythematoses fehlt. Der Selbstzweifel, der Mangel an Selbstwertgefühl und das empfundene Misstrauen der Umgebung und auch des medizinischen Systems ist bei Patienten mit MUS ein wesentlicher Grund für die Einschränkungen in der sozialen Funktion und den Kampf um eine weitere (organische) medizinische Abklärung [28]. Depression und Angst können höchstens als Folge, nicht aber als Grund der Erkrankung akzeptiert werden. Sie sind nicht „schuld“ an der Erkrankung, an den Schmerzen [24,29].

Die Patienten sind ambivalent. Einerseits wünscht sich niemand eine Krankheit, andererseits ist es wichtig, „etwas zu haben“, das behandelt werden kann. Man möchte nicht abhängig werden von Medikamenten, möchte nicht operiert werden, andererseits aber möchte man eine Hilfe gegen seine Symptome. Untersuchungen werden angestrebt trotz der Sorge vor weiteren unauffälligen Befunden, aber auch vor der Nachricht einer ernsten, behindernden oder lebensbedrohlichen Erkrankung. Normale Testresultate bedingen weitere Tests. „Sie müssen eine Erklärung für meine Beschwerden finden“ [24,30].

Während bei vielen Krankheiten die Befunde infrage gestellt werden, weil sie eine schwere gesundheitliche Beeinträchtigung oder eine soziales Stigma bedeuten, wird bei dem chronischen Schmerzpatienten ein auffälliger oder pathologischer Befund oft als Erleichterung empfunden, weil er die Rechtfertigung und

den Beweis seiner Symptome mit sich bringt. Er bedeutet eine medizinische „Absolution“ von der persönlichen Verantwortlichkeit, eines der Ziele des Kranken. Ohne diesen „Beweis der Krankheit“ gewinnt das Gefühl von Scham, Schuld und Selbstzweifel leicht Überhand [26, 31].

Auch von medizinischer Seite „muss der Patient etwas haben“. Erst die Diagnose ermöglicht den Zugang zu der weiteren Versorgung, und auch die Bezahlung folgt der Diagnose [32]. Mit der Anerkennung als Krankheit können die Vorteile der Rolle des Kranken erreicht werden. Ausfall am Arbeitsplatz und Medikamentenkonsum werden nur bei Menschen akzeptiert, deren Umgebung sie als „krank“ anerkennt. Die fehlende soziale Anerkennung mag ein Grund für die schlechte Medikamenten-Compliance bei manchen chronischen Schmerzpatienten sein. Für eine gesellschaftliche Akzeptanz müssen sich Patienten bemühen, wieder gesund zu werden [4]. Die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems wird als das nach außen sichtbare Streben nach Genesung gewertet, das die Gesellschaft von einem Kranken erwartet [26].

Ätiologie der Funktionellen Syndrome

Funktionelle Syndrome entstehen durch eine Verbindung von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren, die in verschiedener Kombination vorbereitend, auslösend und perpetuierend wirken.

Prädisponierend wirken genetische Faktoren, die die Persönlichkeitsentwicklung beeinflussen können, eine evtl. vorhandene Vulnerabilität des ZNS und andere Erkrankungen. Sie treffen im psychologischen Bereich auf die Persönlichkeitsentwicklung, die gelernten Fähigkeiten im Umgang mit Schwierigkeiten und die Folgen von Problemen in der Eltern-Kind-Beziehung. Die soziale Prädisposition wird in kindlichem Missbrauch, früher körperlicher Gewalt und einer gestörten Familienstruktur gesehen.

Auslösend in biologischer Sicht wirken eine Erkrankung, ein Unfall oder andere akute physiologische Auffälligkeiten (Hyperventilation, Schlafmangel). Von psychologischer Seite kommt das Erleben von belastenden, unerwarteten, negativen Lebensereignissen, eine affektive oder Angststörung hinzu. Im sozialen Umfeld können Probleme im Kontakt mit anderen Menschen, aber auch die Vorbildfunktion für eine Erkrankung relevant werden.

Im biologischen Bereich wird das Funktionelle Syndrom aufrechterhalten durch die Adaptation des ZNS (Plastizität z. B. der Schmerzbahnen) und Abnahme der Kondition (Bewegungsmangel, Schonung). Die psychischen perpetuierenden Faktoren sind die Wahrnehmung der fehlenden persönlichen Kontrolle über die Situation, die Hilflosigkeit, die Angst und das Katastrophisieren, das Erleben der Unglaubwürdigkeit und das Vermeidungsverhalten. Im sozialen Feld erhalten die Angst vor Wiederaufnahme der Arbeit, vor Verantwortung in der Familie, die Vorteile der sozialen Versorgung und der Rolle des Kranken und die Ablehnung einer gezielten Behandlung wegen des gesellschaftlichen Stigmas der psychischen Erkrankung das Funktionelle Syndrom aufrecht [15, 33].

Neurobiologische Befunde

Untersuchungen vor allem mit funktionell bildgebenden Methoden haben den Einblick in die Schmerzphysiologie vertieft und vermögen viele der aufgeführten Sachverhalte neurobiologisch zu untermauern. Die Stärke der Schmerzempfindung kann für denselben Schmerzreiz bei verschiedenen Individuen sehr verschieden sein. Coghill und Mitarbeiter [34] konnten zeigen, dass stark schmerzempfindende Patienten im primären somatosensorischen, im anterioren zingulären und im präfrontalen Kortex auch mehr schmerzausgelöste Aktivität zeigen als andere Patienten, die denselben Reiz als weniger schmerzhaft beurteilten. Modifikationen der Schmerzempfindung finden ihr funktionelles Korrelat vor allem in Aktivitätsänderungen im anterioren zingulären Kortex, im Thalamus, in der Insula sowie im präfrontalen und orbitofrontalen Kortex. Beispielhaft genannt seien Untersuchungen zum schmerzlindehenden Einfluss von Placebo [35] oder Yoga [36] und zum Einfluss der Erwartung [37] oder der wahrgenommenen Kontrollierbarkeit des Schmerzreizes [38] auf die Schmerzempfindung.

Chronischer Schmerz ist erlernt und geht mit messbaren Veränderungen im primären somatosensorischen Kortex einher. Dies konnten Flor und Mitarbeiter bereits 1997 [39] für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen magnetenzephalographisch zeigen. Chronische Rückenschmerzpatienten sind bezüglich Schmerz leichter operant konditionierbar [40] und zeigen (gleich wie auch Fibromyalgiepatienten) eine allgemein erniedrigte Schmerzschwelle und eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit [41].

Die Rolle des Kranken

Der Kranke muss vor Leiden, finanziellem Schaden, sozialen Schwierigkeiten, Tod geschützt werden. Er erhält Sympathie, ist frei von Arbeit und sozialer Verpflichtung und wird bezahlt. Sobald er gesund wird, verliert er alle diese Vorteile [33, 42, 43]. Sie werden nur gewährt, wenn eine anerkannte Krankheit vorliegt. Der wichtigste Zugang führt in der westlichen Medizin über den Arzt, der mittels objektivierbarer organischer Auffälligkeiten eine Diagnose stellt und damit den Weg in diese Rolle frei macht [26].

Um die Berechtigung seiner Rolle zu beweisen, wird erwartet, dass der Kranke seine Symptome zeigt. Die Arbeitsfähigkeit wird reduziert, Freizeitaktivitäten eingestellt, die soziale Rolle in Umwelt und Familie verschiebt sich. Die Lösung wird erst möglich, wenn er seine Rolle ohne „Gesichtsverlust“ wieder verlassen kann [9, 24].

Gründe für das Anhalten der MUS

MUS werden genauso behindernd erlebt wie die von der organischen Medizin „anerkannten“ Beschwerden [21]. Der Patient hegt keinen Zweifel, schwer und beeinträchtigend erkrankt zu sein, dass diese Krankheit zunehmen wird und sich zu einer schweren Behinderung bis zur Katastrophe steigern kann. Die Überzeugung, krank zu sein, ist einer der wichtigsten Faktoren für das Anhalten der MUS. Zusätzlich ist die Rolle des Kranken mit der familiären, sozialen und finanziellen Entlastung ein wichtiger Grund für die prolongierten Beschwerden [9, 44].

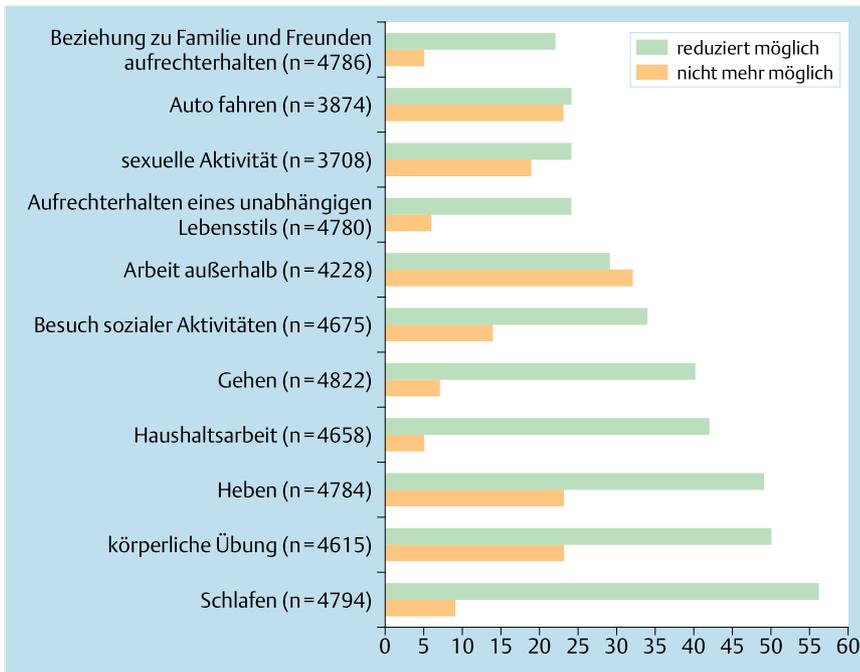


Abb. 2 Einfluss des Schmerzes auf Alltagsaktivitäten in Prozent (nach [53]).

Die Autoritäten, die gegen diese Überzeugung antreten könnten, gelten nicht. Der Arzt wirkt nicht mehr autoritativ und vertrauenerweckend, die Wissenschaft wird mit Skepsis betrachtet. Die Massenmedien verbreiten einerseits eine Negativpropaganda gegen Arzt und Wissenschaft [45], andererseits bieten sie mit ihren Gesundheitsseiten, -sendungen und -foren Modelle für Symptome und Erkrankungen, Ansprüche nach Diagnostik und Therapie. Arztserien lösen im Patienten Wunschvorstellungen nach Zuwendung, Empathie und Aufopferung aus und lassen die Standards für Untersuchungsgeräte, Praxisausstattung, Krankenhaus ansteigen. Selbsthilfegruppen wollen ihre Klienten beraten, und auch dabei geschieht ein Symptomaustausch, ein Austausch des Wissens über Diagnostik-, Therapie- und Versorgungsmöglichkeiten. MUS können dadurch wie eine Epidemie verbreitet werden. Die Betroffenen erhalten durch die öffentliche Beschäftigung mit den Symptomen den Eindruck, an einer wissenschaftlich fundiert erforschten Erkrankung zu leiden. Und die aufgeheizte öffentliche Stimmung in Bezug auf manche dieser funktionellen Erkrankungen bildet die Basis für Klagen um Entschädigungen, Schmerzensgeld und Renten [46].

Der Arzt kann viel dazu beitragen, MUS frühzeitig zu beseitigen, aber auch, sie entstehen zu lassen und zu festigen [47,48]. Unsicheres Auftreten und – in der Meinung des Patienten – überzogene diagnostische Maßnahmen wecken die Angst, „dass etwas ernsthaft nicht in Ordnung ist“. Außerdem kann die übermäßige Diagnostik im Patienten den Eindruck erwecken, dass ausschließlich organische Faktoren für seine Beschwerden verantwortlich sein können und eine organische Ursache gefunden werden muss. Eine Therapie, deren Sinn der Patient nicht versteht, unnötige Krankschreibungen und Empfehlungen zur Schonung verstärken die Angst um die Gesundheit und lassen den Patienten die Vorteile der Rolle des Kranken spüren [49].

Der Patient benötigt eine befriedigende Erklärung seiner Symptome, die er verstehen und akzeptieren kann. Sie sollte seiner Krankheitsvorstellung entgegenkommen oder sie für ihn hinlänglich widerlegen. Einerseits darf diese Auskunft die (angelesene, im Austausch mit anderen erworbene) Autorität des Pa-

tienten nicht angreifen, andererseits aber auch nicht einfach die Vorstellungen des Patienten bestätigen. Zweifelhafte oder widersprüchliche Aussagen tragen dazu bei, dass der Betroffene sein Vertrauen in die Person des Arztes verliert. Oberflächliche Beschwichtigungen durchschaut er sehr rasch. Erhält er keine Erklärung oder fühlt er sich vom Arzt in seinem Leiden nicht verstanden und ernst genommen, verstärken sich die MUS ebenfalls [50].

Der Umgang mit dem Schmerz



Schmerzwahrnehmung, -ausdruck und -verarbeitung sind gelerntes Verhalten [25]. Das individuelle Verhalten spiegelt die Einstellung der Gruppe wider [51,52].

Der chronische Schmerz schränkt die Alltagsaktivitäten deutlich ein. H. Breivik et al. befragten 46 000 Menschen in 15 europäischen Ländern über ihr Leben, ihren Alltag und ihren Umgang mit chronischen Schmerzen (● **Abb. 2**) [53]. Die Einschränkung ist nicht unveränderlich und nicht nur abhängig von der Intensität des Schmerzes. Die Einstellung zum Schmerz korreliert ebenfalls mit der Behinderung. Wer dem Satz „Schmerz schränkt meine Funktion ein“ zustimmt, hat einen geringeren Grad der Gelenkbeweglichkeit, klagt häufiger über Bewegungseinschränkung und fühlt sich mehr behindert als Schmerzpatienten, die diese Meinung nicht vertreten. Der Glaube, dass Schmerz Schaden anzeigt und vermieden werden muss, führt zu Immobilität, Leistungsminderung und sozialem Rückzug. Andererseits sind Patienten, die trotz Schmerzen ein befriedigendes Leben für möglich halten, weniger depressiv und zeichnen sich durch mehr Selbstvertrauen und mehr Aktivität aus. Sie stehen aktiver im sozialen Leben. Die Einstellung zum Schmerz lässt sich mittels Fragebogen erfassen (● **Tab. 4**) [54].

Katastrophisieren bezeichnet die unwillkürliche, unerfreuliche, vergrößernde, unrealistische Erwartung von befürchteten zukünftigen Ereignissen [55]. Es handelt sich um eine bereits früh im Leben erlernte Verhaltensweise, die alleine bereits zu einer

Tab. 4 Fragebogen für die Einstellung zum Schmerz (nach [54])

Wie bezeichnen Sie Ihren Schmerz?
Warum haben Sie nach Ihrer Meinung Schmerzen?
Was bedeutet der Schmerz für Ihren Körper?
Wie stark ist der Schmerz? Dauert er lang oder kurz?
Hegen Sie Befürchtungen über Ihren Schmerz? Was fürchten Sie am meisten?
Welche Einschränkungen verursacht Ihr Schmerz?
Wie sollte Ihrer Meinung nach die Behandlung aussehen?
Was wollen Sie erreichen?
Haben Sie alternativmedizinische Behandlungen versucht? Geistlichen Beistand gesucht?
Sprechen Sie in Ihrer Familie über den Schmerz? Was wissen sie? Was sollten sie wissen?
Helfen Ihnen Familie, Freunde in Ihrem Schmerz? Wer hilft Ihnen?

Tab. 5 Ängste und Einschränkung der Alltagsaktivität 2 Monate nach einer „Primary care“-Behandlung wegen Rückenschmerz (nach [13])

	Patienten (%)
Sorgen über den Rückenschmerz (n = 226)	
eine falsche Bewegung könnte ein ernstes Problem in meinem Rücken auslösen	64
das Vermeiden unnötiger Bewegungen ist der sicherste Weg, um die Verschlechterung von Rückenschmerzen zu vermeiden	51
mein Körper zeigt an, dass etwas gefährlich, nicht in Ordnung ist	50
ich kann durch meine Rückenschmerzen für eine lange Zeit behindert werden	47
ich kann nicht alle Dinge machen, die gesunde Leute machen, weil ich zu leicht verletzt werden kann	44
ich habe Angst, mich selbst bei körperlicher Tätigkeit zu verletzen	31
mein Rückenschmerz könnte durch eine ernsthafte Erkrankung bedingt sein	19
Einschränkung der Tätigkeiten (n = 481)	
weniger Hausarbeit	45
Schwierigkeit, kurze Zeit zu stehen	38
Schwierigkeit, kurze Strecken zu gehen	26
weniger sexuelle Aktivität	24
keine Hausarbeit möglich	23

Zunahme der Schmerzwahrnehmung um 10–30%, der schmerzbedingten Behinderung und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führt [56]. Als Beispiel für die Haltung des Katastrophisierens werden die Aussagen von Patienten mit Rückenschmerzen aus einer Studie von Von Korff et al. genannt (☛ **Tab. 5**) [13,55,57].

In den letzten Jahrzehnten wurde das Coping, die Bewältigung der Schmerzen, favorisiert. Coping entspricht einem bewussten Verhalten, das die Auswirkung der Schmerzen vermindert oder die eigene negative Antwort auf den Schmerz verändert [58]. Inzwischen hat man gelernt, dass Coping nicht immer zu der gewünschten Reduktion der Behinderung durch den Schmerz führt. Es kann auch Vermeidungsverhalten begünstigen oder das Katastrophisieren fördern. Das Scheitern des Coping („Kontrollversuch einer unkontrollierbaren oder unveränderbaren Situation“) bewirkt Depression und Schmerzverstärkung [59,60]. Manche Patienten können Kraft und Stärke im Glauben finden, wobei ein zu großes Gewicht auf Hoffnung und Gebete eher zu einem schlechteren Umgang mit dem chronischen Schmerz führt [54].

Daher beschäftigt sich die Literatur in den letzten Jahren vorwiegend mit dem Konzept der Akzeptanz des chronischen Schmerzes. Coping und Akzeptanz sind nicht eng miteinander assoziiert. Akzeptanz bedeutet die Bereitschaft, mit Gedanken oder Gefühlen in Kontakt zu bleiben, ohne sich von ihnen bestimmen zu lassen oder sie zu ändern. Die Akzeptanz des chronischen Schmerzes bedeutet, mit dem Schmerz ohne Enttäuschung zu leben, ohne den Versuch, ihn zu vermeiden oder zu reduzieren. Es handelt sich nicht um den Versuch der Ablenkung, der Umdeutung des Schmerzes, aber auch nur zu einem geringen Teil darum, den Schmerz zu ignorieren. In diesem Sinn ist Akzeptanz der Gegensatz zum Katastrophisieren. Beide Haltungen gehen davon aus, dass der Schmerz bestehen bleibt. Während aber das Katastrophisieren die Hilflosigkeit, das Ausgeliefertsein betont, geht die Akzeptanz mit einer neutralen Bewertung und Bereitschaft der Duldung des Schmerzes einher [61]. Sie richtet sich mehr auf die Aspekte eines gesunden Lebens, die Salutogenese [62].

Die Trennung vom Kampf mit dem Schmerz, die realistische Einschätzung des Schmerzes und der damit verbundenen Lebensumstände und das Erkennen von positiven täglichen Beschäftigungen bedingt hochsignifikant eine Verminderung der schmerzbedingten Angst und Depression. Die körperliche und soziale Einschränkung geht zurück, die Schmerzäußerungen werden seltener, das Vermeidungsverhalten nimmt ab. Der Patient verbringt mehr Zeit außerhalb des Bettes. Die Arbeitsfähigkeit nimmt zu [59,61].

Es ließ sich auch experimentell belegen, dass die Schmerzempfindung bei repetitiver akzeptierter Reizung mit der Zeit abnimmt. Eine repetitive Stimulation mit einem Hitze-Schmerz-Reiz führte in der Untersuchung von Gallez et al. [63] zu einer lang anhaltenden Abnahme der Schmerzempfindung. Dabei war die Schmerzabnahme spezifisch für den geübten Reiz und die betroffene Körperregion.

Behandlung chronischer funktioneller Schmerzen

Unsere Kultur und die Erfahrungen der meisten Patienten bereiten nicht darauf vor, Schmerz zu akzeptieren. Die Menschen sind es gewohnt, bei einem störenden Symptom medizinische Hilfe zu suchen, die dieses Symptom möglichst vollständig wieder beseitigen soll [64]. Dagegen muss der Patient mit chronischem Schmerz erfahren, dass er mit dem Schmerz leben lernen muss, dass der Schmerz nicht mehr zu beseitigen sein wird. Wenn er das nicht akzeptieren kann, wenn er weiter um eine Heilung oder Schmerzkontrolle ringt, kann er sich in einen nicht zu gewinnenden Kampf und auf eine endlose Suche nach Heilung begeben. Daher ist einer der ersten und wichtigsten Schritte bei der Behandlung chronischer Schmerzpatienten und ihrer Familien die Aufklärung über die Unvermeidbarkeit und das Anhalten der Schmerzen und die Risiken einer anhaltenden Suche nach einer Lösung. Nur mit der Distanz von diesem hoffnungslosen Kampf kann im weiteren Verlauf eine Akzeptanz und eine Verminderung der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems erreicht werden. Die Patienten dürfen diese Aussage nicht als Zurückweisung oder als Erkenntnis eigener Schwäche interpretieren [65].

Bei einem Patienten mit funktionellen Schmerzen ist zunächst der Ausschluss einer organischen Erkrankung angezeigt. Wie bereits oben genannt, ist das „rechte Maß“ wichtig, um einerseits den Patienten nicht zu verunsichern und in die Rolle des Kran-

ken zu drängen, andererseits aber weder ihm noch dem Behandler Sorgen einer „übersehenen“ organischen Grundlage zu bereiten [66].

Hat der Arzt den Eindruck, dass es sich um eine funktionelle Störung handeln könnte, ist bereits von Anfang an die Suche nach einer psychiatrischen Erkrankung (vor allem affektive Störungen oder Angststörung) indiziert. Je mehr Symptome geschildert werden, desto wahrscheinlicher ist eine zugrunde liegende psychiatrische Diagnose [67,68]. Je früher die Möglichkeit psychiatrische und psychiatrischer Gründe für die Beschwerden angesprochen wird, desto höher ist die Akzeptanz des Patienten für diese Erklärung [69]. Im späteren Verlauf wird der Hinweis auf eine psychische Verursachung dagegen als Enttäuschung erlebt („der Arzt hat nichts gefunden, also muss es psychisch sein“). Die rasche psychiatrische Intervention ist auch prognostisch wichtig. Medizinisch ungeklärte Symptome mit einer Dauer von mehr als 4 Monaten haben eine schlechte Prognose [19].

Der Patient erwartet die Erklärung seiner Symptome und eine Aussage über die weitere Prognose. Am Anfang steht die ausreichende Aufklärung über die Ursache des Schmerzes, evtl. die anatomischen oder funktionellen Strukturen, die den Schmerz vermitteln. Die Erklärung der Verstärkung oder Auslösung durch Verhalten, psychische und emotionale Faktoren, gerichtete Aufmerksamkeit, Stress etc. hilft dem Patienten, sich mit dem funktionellen mehr als mit dem strukturellen Aspekt seiner somatischen Beschwerden auseinanderzusetzen. Ausreichend Gelegenheit für die Klärung der Ängste und Sorgen des Patienten und seiner Familie, die Diskussion des Behandlungsplans und die Zustimmung des Patienten zum weiteren Vorgehen bahnen den Weg in eine erfolgreiche therapeutische Beziehung. Die unterschiedliche Herkunft und Bildung, oft auch eine Sprachbarriere machen die Vermittlung der Diagnose und des Krankheitskonzeptes oft schwierig. Die Frage nach dem Schmerzkonzept gibt dem Patienten die Möglichkeit, seine Vorstellungen zu äußern. Manchmal ist es auch sinnvoll, den Patienten seinen Körper und seinen Schmerz zeichnen zu lassen – dies gelingt auch bei sprachlichen oder kulturellen Barrieren [9, 25, 31, 47, 70, 71]. Nur wenige Aussagen liefern eine fassliche Erklärung, die den Patienten aus der selbst gefühlten „Schuld“ einer nicht objektivierbaren Erkrankung führt, ihn sein Gesicht wahren lässt und ihm die Einsicht eröffnet, über Veränderungen seiner Umwelt oder seines Lebensstils seine Beschwerden zu verringern. Solche Erklärungen beziehen sich meist auf die physische Welt, wie der Patient auch seine Symptome eher physisch als psychisch wahrnimmt [72]. Vorzugsweise kann die Verursachung durch „Stress“ als Erklärung herangezogen werden: Der Patient wird durch diese Ursache von der eigenen Verantwortung entlastet, er erhält die Möglichkeit, aktiv gegen die belastenden Umstände vorzugehen und seine Lebenssituation zu ändern [48, 73]. Auch die Erklärung der Diagnose mit dem Wort „funktionell“ ist für den Patienten akzeptabel [27]. Einerseits vermeidet diese Erklärung die vom Patienten abgelehnte psychische Komponente und die für diese Erkrankung meist auch nicht angebrachte strenge Dichotomie zwischen körperlich und seelisch. Andererseits hilft diese Bezeichnung auch, den Weg in die Therapie zu finden. Ein „funktionelles“ Problem impliziert „reversibel“, während ein „struktureller“ Schaden meist „irreversibel“ ist [33]. Nach unserer Erfahrung kann es auch hilfreich sein, von einem „Software“-Problem des Nervensystems zu sprechen. Dieses Bild erlaubt die nicht diskriminierende Annahme einer theoretisch milderungsfähigen Störung auch bei intakter „Hardware“.

Eine langsame und realistische Steigerung der Belastung sollte in einem Tagebuch oder Kalender dokumentiert werden, um dem Patienten Erfolge, Misserfolge, Fehler und Überforderungen aufzeigen zu können. Sehr wichtig sind pragmatische Anweisungen für den Umgang mit den Symptomen und die Ermutigung, den Alltag und die Arbeit trotz der Beschwerden wieder aufzunehmen. Selbsthilfeprogramme (in Gruppen, Büchern, individuell zusammengestellt) können unterstützen. Anleitungen in der Behandlung einer begleitenden Angststörung und die medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum sind meist hilfreich [47, 74]. Zeitlich festgelegte Kontrollen bremsen die Entstehung neuer Symptome und reduzieren die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Chronifizierende psychische und soziale Bedingungen sollten in der Anamnese, die ggf. wiederholt und erweitert werden muss, erfragt werden. Manchmal kann es sinnvoll sein, die Behandlung eines Patienten abzugeben, wenn das eigene therapeutische Spektrum erschöpft ist („Who you see is what you get“) [73]. Alle diese Maßnahmen sollten möglichst früh, idealerweise beim ersten behandelnden Arzt, erfolgen. Je später in der Patientenkarriere sie einsetzen, desto geringer ist die Aussicht, einen Einfluss auf die MUS nehmen zu können. Alle diese Empfehlungen kosten viel Zeit.

Die Erwartungen des Patienten müssen von Anfang an auf ein realistisches Maß begrenzt werden. Nach einem Leiden von mehr als 3 Monaten (Definition des chronischen Schmerzes nach der „International Association for the Study of Pain“) ist sehr wahrscheinlich höchstens eine Schmerzlinderung, nicht unbedingt eine Schmerzfreiheit zu erreichen. Die Zielsetzung ist daher das Funktionieren, nicht die Heilung [9]. Die ärztliche Begleitung wird sich nach der initialen diagnostischen Abklärung eher auf die Identifikation von verschlimmernden bzw. die Beschwerden unterhaltenden Faktoren und deren Bewältigung richten. Durch das ärztlich begleitete Erlernen der Akzeptanz soll der Patient eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Verbesserung der Funktion anstreben. Er muss aktiv an der Gestaltung und dem Gelingen der Behandlung arbeiten. Die passive Erwartungshaltung und Hoffnung auf die Heilung durch medizinische Maßnahmen wird zwangsläufig zu Enttäuschung und Scheitern führen. Ob die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden kann, ist sehr unsicher. Nach einem Arbeitsausfall wegen Rückenschmerzen von 4–12 Wochen besteht ein bis zu 40%iges Risiko, nach einem Jahr immer noch nicht zur Arbeit zurückgekehrt zu sein. Nach 1–2 Jahren schmerzbedingten Arbeitsausfalls kehrt niemand mehr zur Arbeit zurück, gleich welche Behandlung er erhält [75].

Ein weiteres wichtiges Ziel ist die Verminderung der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems („Demedizinisation“). Umfangreiche oder sogar invasive Diagnostik gefährdet den Patienten, medikamentöse und invasive Therapien können schaden und zu Sekundärschäden führen, die die Schmerzen unterhalten und verstärken können [76]. Dieses Vorgehen widerspricht oft dem Streben des Patienten nach einer Erkenntnis der Herkunft seiner Symptome, der Heilung seiner Beschwerden, der sozialen Anerkennung der Erkrankung und setzt eine sehr tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung voraus [21].

Der Patient muss das Gefühl haben, dass der Arzt ihn versteht und ihm glaubt. Der Aufbau einer „Beziehung des Miteinander“ mit dem Patienten, eine (begrenzte) Bestätigung und Beruhigung ist wichtig. In dieser Gemeinsamkeit kann der Patient aus seiner Krankenrolle geführt und seiner Neigung zum Katastrophisieren widerstanden werden. Die meisten Patienten lassen sich mittels eines guten Kontaktes zu ihrem Arzt durch diese

Stufen führen [22]. M. Sharpe spricht von „The Psychologically Augmented Medical Consultation“ [77], bei der einerseits die organisch-somatische Seite der Beschwerden des Patienten beachtet wird, andererseits auch die psychologischen Einflüsse auf die Symptomatik miteinbezogen werden. Die strenge Trennung zwischen Körper und Seele wird zugunsten einer Betrachtung der gestörten Funktion aufgegeben. Nicht jeder Schmerzpatient muss daher interdisziplinär psychotherapeutisch behandelt werden.

Überfordern die funktionellen chronischen Schmerzen die Arzt-Patienten-Beziehung, ist eine Erweiterung der Therapie meist in einer Kombination von Verhaltenstherapie [78], Physiotherapie und Entspannungstechniken sinnvoll. Das zentrale Behandlungsziel ist auch hier der Abbau von Angst und Vermeidungsverhalten. Die Maßnahmen müssen manchmal auch stationär im Rahmen eines interdisziplinären Rehabilitationsprogrammes eingeübt werden [47]. Fernandez hat ein trimodales System der Behandlung des chronischen Schmerzes vorgeschlagen, bei dem die Behandlung in unterschiedlichen Bereichen ansetzt [79]:

1. Kognitive Strategien beeinflussen durch eigene Gedanken und Vorstellungen den Schmerz. Sie laufen im Inneren des Patienten ab und können aus eigenem Antrieb erfolgen (Vorstellungen, Phantasien, Zuwendung und Ablenkung der Aufmerksamkeit, Leitsätze).
2. Die Modifikation des Verhaltens ist eine auf die Außenwelt gerichtete Handlung. Sie steht zumindest zu Beginn unter externer Kontrolle. Meist besteht die Verhaltenstherapie in einer kurz dauernden, fokussierten, strukturierten, kollaborativen psychotherapeutischen Intervention, gerichtet auf Problemlösung und Modifikation von fehlerhaftem Denken und Verhalten [80]. Das Verständnis der Interpretation der Körpervorgänge durch den Patienten ist der Schlüssel zur Behandlung [33]. Dadurch werden die Einstellung und Gedanken des Patienten zu seiner Krankheit erfasst und krankheitsperpetuierende Vorstellungen und Verhaltensweisen modifiziert. Seine Erwartungshaltung kann verringert, der Rollenwechsel vom passiven Empfänger medizinischer Leistungen zum aktiv sein Leben und sein Problem angehenden Menschen geübt werden. Er kann bei der Trauerarbeit unterstützt werden, die mit dem chronischen Schmerzsyndrom verbundenen Verluste aufzuarbeiten. Trotz Schmerzen sollten soziale Kontakte wieder aufgenommen werden. Der Gebrauch von Schmerzmedikamenten sollte so weit als möglich reduziert, das schmerzabhängige Verhalten abgebaut werden. Auch die unmittelbare Umgebung des Patienten, insbesondere die Angehörigen, müssen ihr Verhalten (insbesondere übermäßige Schonung, Entlastung von Alltagsaktivitäten und Mitwirken im Katastrophisieren) ändern. Die Reaktion der weiteren Umwelt (Arbeit, Medizin, Sozial, Medien, Kultur) ist ebenfalls wichtig für den weiteren Verlauf, kann aber durch die Verhaltenstherapie nicht beeinflusst werden (☉ **Tab. 6**) [47].
Andere psychotherapeutische Verfahren können nützlich sein, solange sie den Patienten auf seinem schwierigen Weg aus der Sackgasse des Schmerzes unterstützend begleiten. Direktes Suchen primär psychogener Gründe für MUS wird vom Patienten meist nicht akzeptiert, ist wenig hilfreich und oft kontraproduktiv.
3. Bei der physikalischen Intervention ist das Medium der Körper, auf den Einfluss genommen wird. Die Kontrolle liegt außerhalb des Betroffenen (Physiotherapie, TENS, Akupunktur, medikamentöse oder chirurgische Behandlung). Alternativ-

Tab. 6 Verhaltenstherapie bei chronischen Schmerzpatienten

Zeitplan erstellen
gemeinsam die wichtigen Gesprächsinhalte des Termins festlegen, zeitliche Grenze setzen
Hausaufgaben („Self Monitoring“, Tagebuch)
Schmerzstärke, Auslöser, Gedanken/Einschätzung der Erkrankung, Medikamentengebrauch, Tagesablauf etc.
Experimente
Verhaltensänderung unter Kontrolle durch Hausaufgabe
Änderung der belastenden Gedanken
Erfassen im Tagebuch, Alternativen besprechen, andere Perspektiven erforschen

medizinische Maßnahmen können manchmal den Weg aus der Krankenrolle bahnen und dem Patienten ohne „Gesichtsverlust“ wieder zu einer aktiven Rolle verhelfen.

Die Untersuchung als Behandlung

Ein Arzt benutzt die Untersuchung, um seine Meinung in der Differenzialdiagnostik zu bilden, zu sichern oder zu ändern. Auch der Patient kann durch die Diagnostik seine Meinung und Haltung zu seinem Symptom ändern. Er fühlt sich durch die Diagnostik ernst genommen, seine Anspruchshaltung wird bedient [81]. Die moderne Maschinerie, die der Patient aus Erzählungen von Bekannten und aus den Medien kennt, hat einen deutlichen Plazeboeffekt („MRT ist besser als Röntgen“). Ängste werden durch „kleine Befunde“ meist besser beseitigt als durch Normalbefunde. Sie nehmen den Druck der „psychischen“ Verursachung der Symptome von dem Patienten und bieten einen Weg in die Behandlung [31]. Der Wunsch nach Heilung kann unter Berücksichtigung dieser „kleinen Befunde“ in einen Umgang mit der Erkrankung, in eine Akzeptanz der Schmerzen umgemünzt werden. Auch wenn der Patient die Befunde nicht deuten kann, gilt „Sehen ist Glauben“ [31]. Ein Röntgenbild, das der Patient mit dem Arzt gemeinsam betrachtet, eine elektrophysiologische Untersuchung, der der Patient mit begleitenden Erläuterungen folgen kann, wird oft als wichtiger Wendepunkt in der Einschätzung der eigenen Krankheit empfunden. Auch das Verhältnis Arzt-Patient hängt von den Testergebnissen ab. Patienten mit Beschwerden, aber negativen Testresultaten werden vom Arzt oft als „schwierig“ wahrgenommen und schlechter behandelt [16, 82–84].

Zusammenfassung: „Der Schmerz wird sich nicht ändern, also muss sich das Leben ändern“

Die Vermittlung dieser Botschaft ist mit Enttäuschung und Abwehr verbunden, belastet das Arzt-Patienten-Verhältnis und fordert die Adaptationsfähigkeit des Patienten und seiner Mitmenschen. Nach den aktuellen Erkenntnissen ist die Akzeptanz dieser Aussage aber der vielversprechendste Weg, um das Leben mit dem Schmerz zu meistern. Akzeptanz bedeutet nicht passives Aufgeben in den Schmerz, sondern das Behalten der Kontrolle. Der Patient soll versuchen, das Leben Tag für Tag zu leben. Dies hilft ihm, katastrophisierende Gedanken zu vermeiden und mit der Unsicherheit der Schmerzkontrolle fertig zu werden. Er muss seine Einschränkungen anerkennen und seine sozialen, beruflichen und persönlichen Ziele in Übereinstimmung mit seiner verbliebenen Leistungsfähigkeit setzen. So kann er

andere Schwerpunkte im Leben als den Schmerz finden, Bereiche mit positiven Erlebnissen und der Bestätigung seiner selbst. Er ist durch den Schmerz in seiner Persönlichkeit nicht auf das Leiden reduziert, sondern kann erkennen, dass er weiterhin Ressourcen hat, die ihn als Person über den Schmerz hinausheben. Sinnlose Anstrengungen im Kampf gegen den Schmerz sollte er vermeiden, um nicht durch ein ständiges Scheitern („ein Kampf, der nicht gewonnen werden kann“) sein Selbstvertrauen zu verlieren. Die Akzeptanz des Schmerzes bewegt sich also nicht so sehr um die physischen Aspekte des Schmerzes als vielmehr um die Auswirkungen auf die soziale Rolle, die Wahrnehmung und Wertschätzung des Selbst. Bevor sich der Schmerz (falls überhaupt) ändern kann, muss sich das Leben ändern.

Literatur

- 1 Sharpe M. Medically unexplained symptoms and syndromes. *Clin Med* 2002; 2: 501 – 504
- 2 Figueiredo JM de, Baiardi JJ, Long DM. Briquet syndrome in a man with chronic intractable pain. *Johns Hopkins Med J* 1980; 147: 102 – 106
- 3 Slavney PR, Teitelbaum ML. Patients with medically unexplained symptoms: DSM-III diagnoses and demographic characteristics. *Gen Hosp Psychiatry* 1985; 7: 21 – 25
- 4 Nettleton S. 'I just want permission to be ill': towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Soc Sci Med* 2006; 62: 1167 – 1178
- 5 Komaroff AL. Symptoms: in the head or in the brain? *Ann Intern Med* 2001; 134: 783 – 785
- 6 Barsky AJ. Forgetting, fabricating, and telescoping: the instability of the medical history. *Arch Intern Med* 2002; 162: 981 – 984
- 7 Simon GE, Gureje O. Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 90 – 95
- 8 Brown P. Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. *J Health Soc Behav* 1995; Spec No: 34 – 52
- 9 Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med* 1999; 130: 910 – 921
- 10 Kasch H, Stengaard-Pedersen K, Rendt-Nielsen L, Staehelin JT. Headache, neck pain, and neck mobility after acute whiplash injury: a prospective study. *Spine* 2001; 26: 1246 – 1251
- 11 Castro WH, Meyer SJ, Becke ME et al. No stress – no whiplash? Prevalence of „whiplash“ symptoms following exposure to a placebo rear-end collision. *Int J Legal Med* 2001; 114: 316 – 322
- 12 Klaber Moffett JA, Newbrunner E, Waddell G et al. Public perceptions about low back pain and its management: a gap between expectations and reality? *Health Expect* 2000; 3: 161 – 168
- 13 Korff M Von, Moore JC. Stepped care for back pain: activating approaches for primary care. *Ann Intern Med* 2001; 134: 911 – 917
- 14 Dingle JH. The ills of man. *Sci Am* 1973; 229: 76 – 84
- 15 Katon W, Sullivan M, Walker E. Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Ann Intern Med* 2001; 134: 917 – 925
- 16 Sharpe M, Mayou R, Seagroatt V et al. Why do doctors find some patients difficult to help? *Q J Med* 1994; 87: 187 – 193
- 17 Jackson JL, Kroenke K. The effect of unmet expectations among adults presenting with physical symptoms. *Ann Intern Med* 2001; 134: 889 – 897
- 18 Kroenke K. Studying symptoms: sampling and measurement issues. *Ann Intern Med* 2001; 134: 844 – 853
- 19 Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: Incidence, evaluation, therapy, and outcome. *The American Journal of Medicine* 1989; 86: 262 – 266
- 20 Carson AJ, Ringbauer B, Stone J et al. Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 68: 207 – 210
- 21 Carson AJ, Ringbauer B, MacKenzie L et al. Neurological disease, emotional disorder, and disability: they are related: a study of 300 consecutive new referrals to a neurology outpatient department. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 68: 202 – 206
- 22 Mayou R, Sharpe M. Treating medically unexplained physical symptoms. *BMJ* 1997; 315: 561 – 562
- 23 Egle UT, Nickel R, Schwab R, Hoffmann SO. Die somatoforme Schmerzstörung. *Dt Arztebl* 2000; 97, Heft 21: A-1469 – A-1473
- 24 Ceves-Avila FJ, Ferrari R, Ramos-Remus C. New insights into culture driven disorders. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2004; 18: 155 – 171
- 25 Free MM. Cross-cultural conceptions of pain and pain control. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2002; 15: 143 – 145
- 26 Glenton C. Chronic back pain sufferers-striving for the sick role. *Soc Sci Med* 2003; 57: 2243 – 2252
- 27 Stone J, Wojcik W, Durrance D et al. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The „number needed to offend“. *BMJ* 2002; 325: 1449 – 1450
- 28 Hadler NM. If you have to prove you are ill, you can't get well. The object lesson of fibromyalgia. *Spine* 1996; 21: 2397 – 2400
- 29 Werner A, Isaksen LW, Malterud K. 'I am not the kind of woman who complains of everything': illness stories on self and shame in women with chronic pain. *Soc Sci Med* 2004; 59: 1035 – 1045
- 30 May CR, Rose MJ, Johnstone FC. Dealing with doubt. How patients account for non-specific chronic low back pain. *J Psychosom Res* 2000; 49: 223 – 225
- 31 Rhodes LA, Phillips-Tangum CA, Markham C, Klenk R. The power of the visible: the meaning of diagnostic tests in chronic back pain. *Soc Sci Med* 1999; 48: 1189 – 1203
- 32 Aronowitz RA. When do symptoms become a disease? *Ann Intern Med* 2001; 134: 803 – 808
- 33 Stone J, Carson A, Sharpe M. Functional symptoms in neurology: management. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76, Suppl 1: i13 – i21
- 34 Coghill RC, McHaffie JG, Yen YF. Neural correlates of interindividual differences in the subjective experience of pain. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003; 100: 8538 – 8542
- 35 Bingel U, Lorenz J, Schoell E et al. Mechanisms of placebo analgesia: rACC recruitment of a subcortical antinociceptive network. *Pain* 2006; 120: 8 – 15
- 36 Kakigi R, Nakata H, Inui K et al. Intracerebral pain processing in a Yoga master who claims not to feel pain during meditation. *Eur J Pain* 2005; 9: 581 – 589
- 37 Koyama T, McHaffie JG, Laurienti PJ, Coghill RC. The subjective experience of pain: where expectations become reality. *Proc Natl Acad Sci USA* 2005; 102: 12950 – 12955
- 38 Salomons TV, Johnstone T, Backonja MM, Davidson RJ. Perceived controllability modulates the neural response to pain. *J Neurosci* 2004; 24: 7199 – 7203
- 39 Flor H, Braun C, Elbert T, Birbaumer N. Extensive reorganization of primary somatosensory cortex in chronic back pain patients. *Neurosci Lett* 1997; 224: 5 – 8
- 40 Flor H, Knost B, Birbaumer N. The role of operant conditioning in chronic pain: an experimental investigation. *Pain* 2002; 95: 111 – 118
- 41 Giesecke T, Gracely RH, Grant MA et al. Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain. *Arthritis Rheum* 2004; 50: 613 – 623
- 42 Ferrari R, Kwan O. The no-fault flavor of disability syndromes. *Med Hypotheses* 2001; 56: 77 – 84
- 43 Stone J, Smyth R, Carson A et al. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and „hysteria“. *BMJ* 2005; 331: 989
- 44 Carron H, DeGood DE, Tait R. A comparison of low back pain patients in the United States and New Zealand: psychosocial and economic factors affecting severity of disability. *Pain* 1985; 21: 77 – 89
- 45 Shorter E. Sucker-punched again! Physicians meet the disease-of-the-month syndrome. *J Psychosom Res* 1995; 39: 115 – 118
- 46 Champion EW. Power lines, cancer, and fear. *N Engl J Med* 1997; 337: 44 – 46
- 47 Mayou R, Farmer A. ABC of psychological medicine: Functional somatic symptoms and syndromes. *BMJ* 2002; 325: 265 – 268
- 48 Kouyanou K, Pither CE, Wessely S. Iatrogenic factors and chronic pain. *Psychosom Med* 1997; 59: 597 – 604
- 49 Page LA, Wessely S. Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *J R Soc Med* 2003; 96: 223 – 227
- 50 Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *J Psychosom Res* 2005; 59: 255 – 260
- 51 Hobara M. Beliefs about appropriate pain behavior: cross-cultural and sex differences between Japanese and Euro-Americans. *Eur J Pain* 2005; 9: 389 – 393

- 52 Sanders SH, Brena SF, Spier CJ et al. Chronic low back pain patients around the world: cross-cultural similarities and differences. *Clin J Pain* 1992; 8: 317–323
- 53 Breivik H, Collett B, Ventafridda V et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287–333
- 54 Risdon A, Eccleston C, Crombez G, McCracken L. How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain. *Soc Sci Med* 2003; 56: 375–386
- 55 Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain* 2001; 17: 52–64
- 56 Sullivan MJ, Rodgers WM, Kirsch I. Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain* 2001; 91: 147–154
- 57 Crombez G, Vlaeyen JW, Heuts PH, Lysens R. Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain* 1999; 80: 329–339
- 58 Keefe FJ, Salley AN Jr, Lefebvre JC. Coping with pain: conceptual concerns and future directions. *Pain* 1992; 51: 131–134
- 59 McCracken LM, Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain* 2003; 105: 197–204
- 60 Geisser ME, Robinson ME, Riley JL. Pain beliefs, coping, and adjustment to chronic pain. *Pain Forum* 1999; 8: 161–168
- 61 McCracken LM. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain* 1998; 74: 21–27
- 62 McCracken LM, Vowles KE. Acceptance of chronic pain. *Curr Pain Headache Rep* 2006; 10: 90–94
- 63 Gallez A, Albanese MC, Rainville P, Duncan GH. Attenuation of sensory and affective responses to heat pain: evidence for contralateral mechanisms. *J Neurophysiol* 2005; 94: 3509–3515
- 64 Moynihan R, Smith R. Too much medicine? *BMJ* 2002; 324: 859–860
- 65 Sharp TJ. Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behaviour Research and Therapy* 2001; 39: 787–800
- 66 Crawford R. Risk ritual and the management of control and anxiety in medical culture. *Health (London)* 2004; 8: 505–528
- 67 Kisely S, Goldberg D, Simon G. A comparison between somatic symptoms with and without clear organic cause: results of an international study. *Psychol Med* 1997; 27: 1011–1019
- 68 Dworkin SF, Korff M Von, LeResche L. Multiple pains and psychiatric disturbance. An epidemiologic investigation. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 239–244
- 69 Speckens AE, Hemert AM van, Spinhoven P et al. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *BMJ* 1995; 311: 1328–1332
- 70 Kirmayer LJ. Improvisation and authority in illness meaning. *Cult Med Psychiatry* 1994; 18: 183–214
- 71 Lempa M, Grottemeyer KH, Hauser W et al. Dysfunctional syndromes: their diagnostics and treatment. *Schmerz* 2004; 18: 141–144
- 72 Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ* 1999; 318: 372–376
- 73 Salmon P. Patients who present physical symptoms in the absence of physical pathology: a challenge to existing models of doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns* 2000; 39: 105–113
- 74 White CA. Cognitive behavioral principles in managing chronic disease. *West J Med* 2001; 175: 338–342
- 75 Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occup Med (Lond)* 2001; 51: 124–135
- 76 Wolfe F. The fibromyalgia problem. *J Rheumatol* 1997; 24: 1247–1249
- 77 Sharpe M, Carson A. „Unexplained“ somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: do we need a paradigm shift? *Ann Intern Med* 2001; 134: 926–930
- 78 Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999; 80: 1–13
- 79 Fernandez E. A classification system of cognitive coping strategies for pain. *Pain* 1986; 26: 141–151
- 80 Looper KJ, Kirmayer LJ. Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 810–827
- 81 Price JR. Managing physical symptoms: the clinical assessment as treatment. *J Psychosom Res* 2000; 48: 1–10
- 82 Tait RC, Chibnall JT. Physician judgments of chronic pain patients. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1199–1205
- 83 Walker J, Holloway I, Sofaer B. In the system: the lived experience of chronic back pain from the perspectives of those seeking help from pain clinics. *Pain* 1999; 80: 621–628
- 84 Hahn SR. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Ann Intern Med* 2001; 134: 897–904
- 85 Hauser W, Turp JC, Lempa M et al. Functional somatic pain syndromes-nomenclature. *Schmerz* 2004; 18: 98–103
- 86 Comaroff J. Medicine: symbol and Ideology. In: Wrigh P, Treacher A (eds): *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1982