



Chronische unklare Schmerzen: neue Aspekte zur Diagnostik

Das somatoforme Schmerzsyndrom

Walter Kissel

Dr. med., Facharzt für Innere Medizin, ehemals Zertifizierter Gutachter SIM, ehemals fallführender internistischer Gutachter in der polydisziplinären Begutachtungsinstitution MEDAS Zentralschweiz Luzern

Die Analyse von 341 polydisziplinären Gutachten der MEDAS Zentralschweiz mit der Hauptdiagnose Anhaltende somatoforme Schmerzstörung zeigt deutlich die Problematik ihrer Klassifizierung im ICD-10 F45.4 auf: Diese ist zu abstrakt und zu inkonsistent, um daraus therapeutische Optionen oder eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ableiten zu können. Der Verfasser stellt hier neue Modelle zur Diagnostik unklarer chronischer Schmerzen vor.

Résumé

L'analyse de 341 expertises pluridisciplinaires de MEDAS Zentralschweiz portant sur le diagnostic principal «syndrome douloureux somatoforme persistant» est révélatrice du problème que pose leur classification dans la CIM-10 F45.4. Cette catégorie est trop abstraite et inhomogène pour qu'il soit possible d'en déduire des options thérapeutiques ou une évaluation de l'aptitude au travail. L'auteur présente ici de nouveaux modèles pour le diagnostic des douleurs chroniques d'origine incertaine.

Einleitung

Patientinnen und Patienten mit chronischen unklaren Schmerzen stellen eine bedeutende Gruppe in Institutionen der Medizin westlicher Industriegesellschaften und bei Abklärungen zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit dar. Ab 1990 klassifizierten wir unsere Gutachtensklientinnen und -klienten, die an chronischen Schmerzen litten, oft als «Fibromyalgie». Das Fibromyalgie-Modell befriedigte letztendlich nicht, so dass wir ab

etwa 2000 immer mehr auf die Diagnose respektive korrekter gesagt «Klassifizierung» Anhaltende somatoforme Schmerzstörung ICD-10 F45.4 übergangen. Als Diagnose eignet sich F45.4 nicht, führt sogar auf Irrwege. Unsere Analyse von Hunderten von Gutachten ergibt, dass wir als Hauptdiagnose – mangels eines Besseren – dennoch oft den Terminus Anhaltende somatoforme Schmerzstörung verwenden. Parallel dazu erkannten wir in den letzten 15 Jahren, dass die Depression die häufigste Ursache sogenannter «somatoformer» Schmerzen darstellt; die Depression jedoch wird vom ICD-10 F45.4 ausdrücklich ausgenommen. Gleichzeitig bietet ICD-10 F45.4 keine Handhabe, Patienten mit chronischen unklaren Schmerzen ohne psychische Erkrankung oder psychosozial schwerwiegende Belastungen ätiopathogenetisch schlüssig klassifizieren zu können.

Patienten/Material/Methode

Der Verfasser hat in unausgewählter Reihenfolge 341 polydisziplinär erstellte MEDAS-Gutachten mit der Hauptdiagnose Anhaltende somatoforme Schmerzstörung erfasst, ausgewertet und analysiert.

Resultate

Das Durchschnittsalter bei der Begutachtung lag bei 45 Jahren. Der Anteil der Frauen lag bei 60%. Der Immigrantanteil im Kollektiv war mit 83% enorm hoch, medizin- und sozialpolitisch eine zu vielen Diskussionen führende Gegebenheit.

Bei 60% unserer Klientinnen und Klienten konnten unsere Psychiaterinnen und Psychiater ein *psychiatrisches Leiden* oder eine hohe psychosoziale Belastung eruieren, welche wir als Ursache der chronischen Schmerzen festhielten. Den Hauptanteil der psychiatrischen Diagnosen hielt die Depression.

88% der Klienten standen unter einem oder mehreren Schmerzmitteln. 38% nahmen regelmässig ein Opioid oder Opiat ein. Erschreckend häufig mussten wir schwerwiegende Medikamentenabhängigkeiten feststellen. Die Leitlinien diverser Schmerzgesellschaften raten von der Anwendung von Opioiden und Opiaten bei «somatoformen» Schmerzen ab [1].

47% unseres Kollektivs standen unter einem Antidepressivum, viele unter einem Benzodiazepin und/oder Myorelaxans. Oft diagnostizierten wir eine Benzodiazepin-Abhängigkeit.

Die «Topografie» der Anhaltenden somatoformen Schmerzstörung

Es gibt ausgesprochen lokalisierte Formen (z.B. nur ein Gelenk betroffen oder nur das Kreuz, eventuell isolierte

Coccygodynie). Regionäre Formen betrafen gelegentlich eine Extremität, meistens die ganze Wirbelsäule. 4% der Betroffenen wiesen ein Halbseitenschmerzsyndrom auf, 44% ein Ganzkörperschmerzsyndrom, welches wir klinisch gelegentlich als «fibromyalgiform» bezeichneten.

Die häufigsten Klagen der Betroffenen

Neben den Schmerzen klagen die Patienten über eine intensive, chronische Müdigkeit, über «Abgeschlagenheit», rasche Erschöpfbarkeit – dies bei schwerer Schlafstörung. Es besteht in den meisten Fällen eine lange Einschlafzeit; die Betroffenen klagen darüber, dass sie einfach keine schmerzfreie Lagerungsposition finden. Der Schlaf ist zerkleinert, oft erwachen die Patienten alle zwei Stunden, der Schmerz zwingt sie aus dem Bett. Am Morgen ist man nicht ausgeruht, alle Glieder sind steif. Bewegungen und Belastungen verstärken die Schmerzen in den aktivierten Körperbereichen. Die Betroffenen klagen über hohe Irritabilität durch Einflüsse ihres Umfeldes; sie ertragen nichts mehr. Psychische Faktoren können nicht angesprochen werden: «Nur Schmerz ist mein Problem, sonst habe ich keine Probleme» (Verdrängung durch die intensive Somatisierung).

Auffälligkeiten bei der klinischen Untersuchung

Bei den geäußerten Klagen ist ausserordentlich auffällig, wie lebhaft die Betroffenen ihre Beschwerden vortragen, und oft erkennt man eine angetriebene Motorik, parallel einhergehend mit einer eindrücklichen muskulären Dysbalance.

Auffällig sind die Befunde bei der sorgfältigen und notwendigerweise den ganzen Körper umfassenden Untersuchung. Wird eine bewegliche Körperregion untersucht, in welcher die Patienten über Schmerzen klagen, so löst das Bewegungsmanöver sofort verstärkte Schmerzen aus; die Bewegung erfolgt «zeitlupenartig», oft unter Seufzen und Klagen – und plötzlich kommt es zu einschliessenden hochenergetischen Blockaden. In der Muskulatur finden sich Verspannungszonen, oft «kristallisiert» zu «tender points», und die Muskeln in den Schmerzbereichen sind diffus druckdolent.

Interpretation: Man findet neben den Schmerzen eine 2. Kardinalsymptomatik: die extreme muskuläre Dysbalance.

Die psychiatrischen Diagnosen

Weit im Vordergrund in unserem Kollektiv steht als Schmerzursache die *Depression* in ihrer somatisierten Form. Die zentrale Störung, welche die Symptome der Depression auslöst, kann parallel dazu auch eine Störung der Schmerzperzeption und der motorischen Steuerung bewirken. In besonders eindrücklicher Er-

innerung ist dem Verfasser eine Klientin mit einer *bipolaren Psychose: Die Schmerzschwellen und die Muskelfunktionsstörungen schwankten synchron mit der psychischen Verstimmung*. Etwa 5% der psychiatrischen Diagnosen betreffen *Borderline-Persönlichkeitsstörungen* mit ihren rätselhaften Beziehungen zwischen affektiver Spannungslage, Körperschmerzen und Schmerzdissoziationen. Alle Schmerzpatienten leiden auch an *Angst*. Wir konnten aber meist nicht herausdifferenzieren, ob primär schon eine Angststörung vorgelegen hat – als Ursache der Schmerzen, oder ob die Ängste reaktiver Natur waren. Wir sahen einen eindrücklichen Fall einer *pathologischen Trauer* bei einem jungen, intelligenten Mann. Sehr traurig und nachdenklich stimmende Kollektive stellen die Menschen mit *Status nach sexuellen Übergriffen in der Kindheit* und die vielen *traumatisierten, gefolterten Immigrantinnen und Immigranten* dar. Eine kleine Gruppe sind die Klienten mit *dissoziativen Störungen*. Diese Diagnose ist extrem schwierig zu stellen. Auch eine *Drogenabhängigkeit* kann zu Schmerzzuständen führen. Hier stehen wir oft hilflos da – primäre Abhängigkeit? Iatrogene? Eventuell *Circulus vitiosus* bei interferierenden opiatinduzierten Schmerzen? Auch Menschen mit *Autismus-Spektrum-Störungen* leiden oft an nicht erklärbaren Fühlstörungen und an Schmerzen.

Diskussion

Es kristallisierten sich zwei von der Ätiopathogenese her deutlich unterschiedliche *Klientenkollektive* heraus:

Ein erstes Teilkollektiv: die psychiatrische / psychosoziale Genese «somatoformer» Schmerzen

Bei 60% unserer Klientinnen und Klienten findet sich ursächlich für die Schmerzen eine zentral-psychische Störung/psychosoziale Belastung. Das Leiden dieser Gruppe wird vom Verfasser ganzheitlich als Syndrom verstanden, von ihm «somatoformes Schmerzsyndrom» genannt, welches 3 klinische Kardinalsymptome umfasst: 1. Psychische Störung, 2. Somatoforme Schmerzen und 3. Neuromuskuläre Steuerungsstörung im Bewegungsapparat. Primäre ärztliche Massnahme (nach sorgfältigem Ausschluss einer körperlichen Erkrankung) ist hier die eingehende psychiatrische Evaluation.

Ein zweites Teilkollektiv: «somatoforme» Schmerzen mit syndromalen Begleitsymptomen ohne primäre psychiatrische Erkrankung oder psychosoziale Belastungsfaktoren (Schmerzen primärperipherer Genese)

Bei 40% unserer Klientinnen und Klienten konnten wir kein psychiatrisches Leiden diagnostizieren resp. keine chronische psychosoziale Belastung aufdecken, welche wir zur Begründung der chronischen Schmerzen gemäss ICD-10 hätten heranziehen können. Die Betroffenen zeigten in Anamnese und Untersuchung die gleichen klinischen Befunde wie die erste Gruppe: chronische Schmerzen, Schlafstörungen, neuromuskuläre Befunde, «Schmerzverhalten». Das Studium der Literatur zeigt, dass chronische Nacken- und Kreuzschmerzen eine hohe Prävalenz in der Durchschnittsbevölkerung aufweisen [2, 3]. Es kristallisieren sich deutliche Risikofaktoren heraus: Tätigkeiten mit langem ununterbrochenem Sitzen, speziell in Beugestellung des Nackens (z.B. Näherin, Elektronik-Bestückerin);

Bei 40% unserer Klientinnen und Klienten konnten wir kein psychiatrisches Leiden diagnostizieren.

Schwerarbeit in der Industrie, speziell in ergonomisch ungünstigen Arbeitspositionen mit gleichzeitiger Kraftanwendung, z.B. Automonteur am Fließband, Spulerin in der Textilindustrie. Allgemeine Risikofaktoren sind weibliches Geschlecht, chronischer Stress und Tätigkeiten in gehäufte isometrischer Anspannung bestimmter Muskelgruppen, z.B. Sekretärin am PC. Laube und Müller [4] legen wesentliche pathophysiologische Grundlagen solcher Muskeldysfunktionen dar: «Die im klinischen Alltag beurteilten Triggerpunkte, Myogelosen, hypertone Muskelstränge, Muskelkontraktionen usw. stehen offensichtlich ursächlich allesamt auf der Grundlage einer inhomogenen, im Muskel verteilten O₂-Minderversorgung (gestörte Mikrozirkulation). Ätiologisch liegt in der Regel eine chronische Fehlbelastung, verbunden mit einer verminderten Dauerleistungsfähigkeit, zugrunde, die über endogene vaso- und neurogene Substanzen Mikrozirkulationsstörungen hervorruft und aufrechterhält. Dies kann zu einer geringeren Kapillarisation und/oder zu einem erhöhten Anteil von Bindegewebe im atrophisierten Muskel führen. – Ursächlich steht die chronische Fehlbelastung des senso-arthromuskulären Systems im Vordergrund.»

Vorschläge zur Abklärung von Patientinnen und Patienten mit chronischen unklaren Schmerzen (nach Ausschluss einer organischen Ursache der Schmerzen)

Unerlässlich ist die nochmalige eingehende Anamneseerhebung, sowohl in psychosozialer wie in arbeitsergonomischer Richtung

- Ergonomische Gegebenheiten/Arbeitsalltag in derjenigen Tätigkeit, die beim Auftreten der Schmerzen ausgeübt wurde (exakte Erhebung aller Abläufe der Berufsarbeit)
- Chronische psychosoziale Stressoren (Mehrfachbelastung, familiäre Probleme usw.)

Notwendig ist immer und in jedem Fall eine eingehende psychiatrische Evaluation

- Liegt ein psychiatrisches Leiden vor, welches die chronischen Schmerzen erklären könnte? Spezielles Augenmerk: Situation in der Herkunftsfamilie: kranker Elternteil? Brutalitäten? Immer erfragen (wird spontan oft nicht erwähnt): sexuelle Übergriffe in der Kindheit? Schulverlauf, speziell Frage nach ADS/ADHS
- Besteht Opiat-Abhängigkeit? Aktuelle/iatrogene?

Notwendig: eingehende Erfassung der eingenommenen Medikamente/ Erfassung der Wirkung derselben auf die Schmerzen

Ausblick auf therapeutische Optionen

Nur aus einer äusserst sorgfältigen, ganzheitlich-umfassenden Feindiagnostik heraus können für Patientinnen und Patienten mit somatoformen Schmerzen therapeutische Optionen gewonnen werden. Es muss zunächst eine Zuordnung in eine der 2 Hauptursachengruppen – zentrale Ätiologie einerseits und periphere

Die Somatisierung ist immer die «Endstrecke» eines pathophysiologischen Prozesses.

Ursache andererseits – versucht werden. Man muss sich zu jedem Zeitpunkt klar sein, dass sich alle Patientinnen und Patienten mit somatoformen Schmerzen im klinischen Zustand der Schwerstsomatisierung befinden. Die Somatisierung ist immer die «Endstrecke» eines pathophysiologischen Prozesses. Wenn ein zentraler Prozess die Ursache war, dann bleibt dieser hinter der «Maske» der Somatisierung verborgen, «maskiert», «larviert», «verdrängt». Man erkennt, ohne intensive Versuche, hinter die «Tarnung» zu bli-

cken, die wahre Ätiologie nicht; man (fehl-)behandelt nach somatischen Kriterien und gerät dadurch in einen teuflischen Circulus vitiosus: Das Nebenwirkungspotential der verschriebenen Analgetika, Sedativa, Myorelaxantien überlagert die Somatisierung – und verschlimmert ungewollt das ganze Leiden.

Ein chronisches Schmerzsyndrom kann auch primär aus dem neuromuskulären System des Halte- und Bewegungsapparates stammen: Der Mensch ist nicht geschaffen zu lange anhaltender isometrischer Anspannung/Verspannung seiner Muskulatur, speziell nicht unter ergonomisch ungünstigen Verhältnissen und schon gar nicht, wenn gleichzeitig noch Kraft angewendet werden muss. Aus einer vorerst nur lokal etablierten schmerzhaften Verspannung kann sich bei anhaltender ergonomisch ungünstiger Situation oder bei chronischem gleichzeitigem psychosozialem Druck und Stress eine auf den ganzen Körper ausgehende schmerzhaft muskuläre Dysbalance entwickeln. Dieses generalisierte muskuläre Ungleichgewicht imponiert als «somatoform», ist aber muskulär-organischer Natur. Es kann sich durch Pharmaka mit neuromuskulärem Nebenwirkungspotential – Opiode, Benzodiazepine, Antidepressiva, Myorelaxantien – oder durch kontraproduktive Schonung und Inaktivierung verschlimmern.

Interessenverbindungen

Der Verfasser hat keine finanziellen und persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag.

Bildnachweis

© Chernetskaya | Dreamstime.com

Literatur

- 1 Deutsche Schmerzgesellschaft, Leitlinie Fibromyalgie-Syndrom, 2. Aktualisierung 3/2017, Internet-Abruf.
- 2 Hogg-Johnson S, van der Velde G et al. The burden and determinants of neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and its Associated Disorders. Spine 2008 Feb 15. MEDLINE-Abruf 2017.
- 3 Hoy D et al. The Epidemiology of low back pain. Best Pract Clin Rheumatol. 2010 Dec;24(6):769–81. Abstract PubMed – Indexed for MEDLINE, Internet-Abruf 2017.
- 4 Laube W, Müller K. Der passive Muskeltonus als biophysikalische und der aktive Tonus als neurophysiologische Zustandsgrösse aus physiologischer und pathophysiologischer Sicht. Österr. Z. Phys. Med. Rehabil 14/1 (2004).

Korrespondenz:
Walter Kissel
walter.kissel[at]bluewin.ch
Tel. 041 310 86 40