

RÜCKENSCHMERZEN

Der gemachte Schmerz

Ob aus einem akuten Rückenleiden Dauerqualen werden, ist weniger eine Frage der Wirbelsäule als der Psyche.

VON Cornelia Stolze | 06. April 2000 - 14:00 Uhr

Vielleicht könnte Stefan Weber* noch wie früher als erfolgreicher Geschäftsmann von einem Termin zum anderen eilen. Doch seitdem die Ärzte vor vier Jahren begannen, seinen Bandscheibenvorfall zu kurieren, ging es mit der Gesundheit des 40-Jährigen stetig bergab. Die heftigen Rückenschmerzen, die ihn inzwischen täglich quälen, machen es ihm seit Monaten unmöglich, weiter zu arbeiten.

Dabei ließen die Ärzte fast nichts unversucht. Zuerst behandelten sie ihn mit Spritzen, dann folgte das Einrenken durch den Chiropraktiker. Nichts davon half dauerhaft. Da gab es scheinbar nur noch ein Mittel: eine Bandscheibenoperation. Tatsächlich war Weber nach dem ersten Eingriff praktisch schmerzfrei. Bald schuftete er im Büro wie zuvor. Doch drei Monate später kehrte die Pein zurück. Inzwischen hat er die dritte Operation hinter sich - die Schmerzen aber sind geblieben.

Für die Medizinspsychologin Monika Hasenbring von der Universität Bochum ist das nicht verwunderlich. Für sie ist Webers "Patientenkarriere" ein Paradebeispiel dafür, dass die meisten Mediziner die Hauptursachen chronischer Rückenschmerzen verkennen - und ihre Patienten durch nutzlose Therapien kränker statt gesünder machen. "Bei rund 80 Prozent der etwa 28 Millionen Deutschen mit chronischen Rückenschmerzen hat das Leiden vor allem psychosoziale Ursachen", sagt Hasenbring.

Fast jeden kann es treffen. Vier von fünf Deutschen leiden mindestens einmal in ihrem Leben an akuten heftigen Rückenschmerzen. Doch von den jährlich 57 000 Bandscheibenoperationen in Deutschland, schätzt Hasenbring, ließen sich bis zu 95 Prozent verhindern, wenn die Ärzte mit der Therapie frühzeitig und an der richtigen Stelle ansetzten.

Akute Rückenschmerzen haben fast immer einen körperlichen Auslöser, meist ist das eine Überbelastung der Muskeln oder ein leichter Bandscheibenvorfall. Bei einem solchen Vorfall quillt ein Teil des gallertartigen Inhalts einer Bandscheibe, die wie ein Kissen zwischen den Wirbeln liegt, aus ihrer Hülle heraus und rutscht in den Rückenmarkskanal. Je nachdem, ob und wie stark diese Masse dort auf den Nerv drückt, kommt es dann zu starken Schmerzen im Rücken und zum Teil auch im Bein - dem so genannten Ischiasschmerz. Ob die Schmerzen zu permanenten Qualen werden oder wieder verschwinden, hängt Hasenbring zufolge jedoch eher von psychologischen Faktoren ab: Wer schlecht mit Stress umgehen könne, Probleme am Arbeitsplatz oder in der Familie

habe und darauf mit extremem Durchhaltewillen oder mit Depressivität reagiere, sei ein Risikokandidat für chronische Schmerzen.

Wer die Symptome unterdrückt, ist besonders gefährdet

In einer kürzlich in der Fachzeitschrift *Spine* veröffentlichten Studie hatte Hasenbring 59 Patienten untersucht, die wegen akutem Ischiasschmerz in einer Klinik behandelt, aber nicht dringend operiert werden mussten. Dabei identifizierte sie 47 Patienten als Risikokandidaten: Dies sind zum einen Kranke, die aus Angst vor dem Schmerz jede Bewegung und Unternehmung ängstlich vermeiden. Die größte Gruppe von Risikopatienten, betont die Psychologin, seien aber nicht etwa Drückeberger, sondern Menschen, die ihre Schmerzen unterdrücken und die Zähne zusammenbeißen, um weiterhin in Beruf und Familie zu "funktionieren".

Von diesen Risikopatienten erhielten 12 zusätzlich zur üblichen medizinischen Betreuung eine individuelle Verhaltenstherapie. Nach 18 Monaten waren 11 dieser Patienten praktisch schmerzfrei. Von den übrigen 35 Risikopatienten in der Studie, die keine Verhaltenstherapie erhalten hatten, waren nur 8 so weit genesen. Fast jeder Dritte aus dieser Gruppe von Kranken stellte einen Antrag auf Frühverrentung. In der Verhaltenstherapiegruppe dagegen schied nur einer aus dem Arbeitsleben.

Damit wies die Psychologin als Erste nach, dass sich auch bei Patienten mit hohen psychosozialen Risikofaktoren dank Verhaltenstherapie eine ebenso hohe Heilungsrate wie bei Kranken mit geringen Risikofaktoren erreichen lässt - die weitaus meisten von ihnen können dauerhaft schmerzfrei werden. Ignoriert man jedoch solche psychischen Faktoren und schert alle Kranken über einen Kamm, werden bei der herkömmlichen Behandlung insgesamt nur 60 Prozent aller Patienten mit akuten Rücken- und Beinschmerzen die Pein im Kreuz dauerhaft los, unabhängig davon, ob sie mehrtägige Bettruhe, schmerzlindernde Medikamente und Physiotherapie verordnet bekommen oder ob sie operiert werden. Grund dafür ist nach Ansicht des Ulmer Orthopäden und Schmerztherapeuten Rüdiger Reck der verbreitete Trugschluss, dass Verschleißerscheinungen an Wirbelkörpern und Bandscheiben die alleinige Ursache der Dauerqualen seien. Dabei sind solche Veränderungen bei schmerzfreien Menschen ebenso oft zu finden wie bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. "Vier von zehn Deutschen haben einen Bandscheibenvorfall, ohne unter Beschwerden zu leiden; bei einigen von ihnen ist dieser sogar riesig groß", sagt Reck.

Umgekehrt ist bei vielen Patienten mit starken Rückenschmerzen überhaupt keine krankhafte Veränderung auf dem Röntgenbild zu erkennen. Nur in etwa fünf Prozent aller Fälle ist ein Bandscheibenvorfall, eine Entzündung oder ein Tumor eindeutig die Ursache der Pein. Auch Mario Brock vom Berliner Universitätsklinikum Benjamin Franklin betont: "Wenn ein Patient einen Bandscheibenvorfall und starke Rückenschmerzen hat, heißt das noch lange nicht, dass operiert werden muss." Zwar hat der Neurochirurgieprofessor beim Thema Schmerz wenig für psychologische Ursachenforschung übrig. Doch auch er schätzt,

dass man sich womöglich die Hälfte aller Bandscheibenoperationen sparen könnte, weil die körperlichen Ursachen der Schmerzen oft von allein verschwinden.

Spritzen, Massagen oder Chirotherapie bewirken Reck zufolge auf Dauer nicht mehr gegen Rückenschmerzen als eine Scheintherapie (Placebo). "Doch nach wie vor werden diese Behandlungen gemacht, weil man damit Geld verdient", sagt Reck, der in einer Kommission des Bundesgesundheitsministeriums an der Erstellung künftiger Therapieleitlinien mitgearbeitet hat. Allein die Chirotherapie werde in orthopädischen Praxen derart extensiv ausgeübt, "dass man nicht mehr von manipulieren reden kann, sondern nur noch von ramponieren". Durch wiederholte Einrenkungsmanöver - manche Patienten haben bis zu 200 dieser Eingriffe hinter sich - würden die kleinen Wirbelgelenke immer instabiler und damit anfälliger für erneute Blockaden, erklärt Reck. Mehr noch: Mit den erfolglosen Therapien werde nicht nur Geld und Zeit vergeudet. Die Fehlschläge erzeugten bei dem Kranken auch das Gefühl, seinem Leiden hilflos ausgeliefert zu sein, und trügen so maßgeblich zur Chronifizierung bei.

Seine ketzerischen Vorträge und Artikel haben Reck bei einigen Orthopäden den Ruf eines "Nestbeschmutzers" eingetragen. Doch inzwischen belegen etliche Untersuchungen, dass chronische Schmerzen vor allem auf Veränderungen im Gehirn, im Rückenmark und in der Muskulatur beruhen. Starke oder andauernde Schmerzen, so die Erkenntnisse des Schmerzforschers Walter Ziegglänsberger vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, beeinflussen die Schmerzverarbeitung im Gehirn und machen die beteiligten Nervenzellen im Rückenmark hypersensibel. Mit der Zeit melden sie auch bei harmlosen, schwachen Reizen das Signal "Schmerz", und zwar selbst dann, wenn die ursprüngliche Ursache der Pein längst verschwunden ist.

Anders als bei Gesunden oder geheilten Patienten spannen sich außerdem die Rückenmuskeln der Kranken allein schon bei dem Gedanken an belastende Alltagssituationen unbewusst an. Dies lässt den Muskel nicht nur schneller ermüden, es kann sogar seinerseits Schmerz auslösen.

Dauerhafte Schmerzen verändern auch die Repräsentierung von Körperarealen in der Großhirnrinde. Dort sind im somatosensorischen Cortex jeweils einzelne Areale identifizierbar, die als Wahrnehmungszentrum für bestimmte Körperteile zuständig sind. Normalerweise behalten diese Regionen ihre Aufgabenverteilung während des ganzen Lebens bei. Nicht so bei Patienten mit chronischen Schmerzen, wie die Psychologieprofessorin Herta Flor von der Berliner Humboldt-Universität durch Hirnstrommessungen herausfand. Vielmehr werden Reize von dem kranken Körperteil mit der Zeit in einem immer größeren Teil der Großhirnrinde verarbeitet, die Wahrnehmungsareale für diesen Körperteil breiten sich aus. "Bei Probanden, die bereits sieben bis zehn Jahre unter chronischen Kreuzschmerzen leiden", so sagt die Psychologin, "ist das Rückenareal doppelt so groß wie bei Gesunden." Dadurch nimmt das Denkorgan selbst kleinste Reize an dem betroffenen Organ als Schmerzen wahr.

Dass es erst gar nicht so weit kommt, lasse sich nur mit ganzheitlichen Therapiekonzepten wie dem von Monika Hasenbring verhindern, glaubt der Orthopäde Reck. Mit der von der Bochumer Medizinpsychologin entwickelten psychologischen Risikodiagnose lässt sich anhand eines speziellen Fragenkatalogs schon direkt nach Auftreten von Ischiasschmerzen mit hoher Trefferquote vorhersagen, bei welchen Kranken das Leiden chronisch wird. Etwa 40 Prozent der Betroffenen, so zeigt die Erfahrung, haben ein hohes Chronifizierungsrisiko. Da kann, wie Hasenbrings Studie zeigt, eine Verhaltenstherapie helfen. In rund 30 Einzelstunden, je ein- bis zweimal pro Woche, klärt der Therapeut dabei gemeinsam mit dem Risikopatienten ab, unter welchen Konflikten er leidet und welche Situationen für ihn schmerzverstärkend sind. Nach und nach erlernt der Kranke Entspannungsübungen und trainiert später in Rollenspielen - zum Teil mit dem Lebenspartner -, stressauslösende Situationen besser zu meistern.

Fraglich ist, wann die Patienten von den neuen Erkenntnissen profitieren werden. Bisher gibt es außer in Bochum noch kein Schmerzzentrum, das Verhaltenstherapie zur Prävention chronischer Schmerzen anwendet. Immerhin wird die zeitaufwändige Risikodiagnostik derzeit in einer computerisierten Variante in sechs deutschen Arztpraxen erprobt. Inzwischen hätten viele Allgemeinärzte und Orthopäden angefragt, die sich an dem Projekt beteiligen wollen, berichtet Hasenbring. Und selbst der Skeptiker Mario Brock hält es für möglich, "dass man bei Bandscheibenpatienten durch eine frühe psychologische Schulung bessere Endergebnisse erhält".

Mangelnde Einsicht der Mediziner ist nach Ansicht der Psychologin ohnehin nicht der einzige Grund für die Misere. Viele Kranke drängten selbst auf eine Operation - in der trügerischen Hoffnung auf rasche und bequeme Erlösung von den Qualen. Vor allem Männer hielten einen chirurgischen Eingriff oft für "glaubwürdiger" als eine psychologisch orientierte Therapie. Dass sie damit auf dem Holzweg sind, merken viele erst Jahre später.

COPYRIGHT: (c) DIE ZEIT, 06.04.2000 Nr. 15
ADRESSE: http://www.zeit.de/2000/15/200015.rueckenschmerz_.xml