

Paul Nilges

„Koryphäen“ und „Koryphäenkiller“: Diagnosen als Selbstschutz bei professioneller Verunsicherung*

Warum Sie diesen Beitrag lesen sollten?

Dieser Beitrag wirft einen kritischen Blick auf psychologische Konzepte, Diagnosen und Behandlungen, die bei Patienten mit chronischen Schmerzen verwendet und mit ausgeprägten negativen Bewertungen sowie der Gefahr iatrogenen Schädigung verbunden sind.

Einleitung: Spekulative ätiologische Annahmen und Schuldzuweisungen sind bei medizinisch unklaren Beschwerden weit verbreitet, bei Schmerz in besonderem Maß.

Material und Methode: Im Beitrag werden Befunde referiert, die eine hohe inter- und intraindividuelle Varianz von Schmerz und damit die „Subjektivität“ von Schmerzerfahrungen belegen.

Diskussion/Schlussfolgerung: Diskutiert werden die Bedeutung des Behandlungskontextes sowie mögliche Fehler und „Fallen“ in der Behandlung. Eine kritische Reflektion der eigenen diagnostischen und therapeutischen Routinen wird angeregt.

Schlüsselwörter: Patient-Arzt-Beziehung; Placebo; Nocebo; ICD-11; Stigmatisierung; chronischer Schmerz

Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinische Psychologie, Weiterbildungsstudiengang Psychotherapie; Dipl.-Psych. Dr. Paul Nilges

*Deutsche Version der englischen Erstveröffentlichung Nilges P: „Psycho“-Diagnoses as self-protection in professional insecurity. Dtsch Zahnärztl Z Int 2021; 3: 25–31

Zitierweise: Nilges P: „Koryphäen“ und „Koryphäenkiller“: Diagnosen als Selbstschutz bei professioneller Verunsicherung. Dtsch Zahnärztl Z 2021; 76: 32–39

Peer-reviewed article: eingereicht: 01.09.2020, revidierte Fassung akzeptiert: 28.09.2020

DOI.org/10.3238/dzz.2021.0003

“Psycho“-Diagnoses as self-protection in professional insecurity

Introduction: Speculative etiological assumptions and blame are widespread in the case of medically unexplained symptoms, and particularly in the case of pain.

Materials and Methods: In the article, findings are presented that demonstrate a high inter- and intra-individual variance of pain and thus the “subjectivity” of pain experiences.

Discussion/Conclusion: The meaning of the treatment context is discussed as well as possible errors and “traps” in the treatment. A critical reflection of one’s own diagnostic and therapeutic routines is encouraged.

Keywords: patient-doctor relationship; placebo; nocebo; ICD-11; stigmatization; chronic pain

„Ein Chefarzt ist schon jemand. Zumindest war er es früher. Ein Billroth, [...] ein Sauerbruch – das waren Götter ihrer Kliniken. Die Gesellschaft respektierte sie und billigte ihnen einen Sonderstatus zu. Und wie gaben sie sich, diese Klinikchefs? Je nach Naturell: bescheiden, kurz angebunden, aufbrausend, ungerecht, ja geradezu brutal. Gleich welcher Meinung sie waren, sie hatten immer Recht. Die neuen Chefs können sich dies nicht mehr leisten ... Keine Koryphäe [kann] sicher sein, alles zu wissen – in der Medizin hat sich das längst herumgesprochen“ [27].

Die Koryphäe war der Anführer des Chores in griechischen Tragödien. Als Experte eines Fachgebietes ist er „tonangebend“ – und die „letzte Rettung“ bei besonders schwierigen Fällen. Sein Gegenspieler, der „Koryphäenkiller“, wurde durch Beck in die wissenschaftliche Literatur zu Schmerz eingeführt [4]. Das „Koryphäenkillersyndrom“ sollte erklären, warum bei einigen Patienten Behandlungen fehlschlagen, warum die Beziehung zwischen ihnen und dem Arzt von Misstrauen statt Vertrauen, von Feindschaft statt Empathie geprägt sind. Die Patienten zeichnen sich dabei durch folgende 3 Merkmale aus:

- eine diffuse Schmerzsymptomatik mit einer Vielzahl von Untersuchungen und invasiven Eingriffen,

- das Fehlen einer eindeutigen somatischen Diagnose und damit einer sinnvollen Therapie,
- eine pathologische Arzt-Patient-Beziehung.

„Diese Krankheit bezieht sich auf unbestimmte und funktionelle Schmerzzustände im Bauch-, Hals- und Rückenbereich. Die Unmöglichkeit der Zuordnung zu einer klinisch definierten somatischen Krankheit führt zu einer Vielzahl diagnostischer Bemühungen, die mit zunehmender Erfolglosigkeit aggressiver werden“ [4].

Diese „Aggressivität“ klingt auch im Begriff selbst an. Beck hat ihn gewählt „um Aufmerksamkeit zu erwecken, damit die Patienten mit diesem Leiden besser verstanden werden“ [4].

Entwickelt wurde dieses psychodynamische Konzept anhand einer Gruppe von 20 Patienten (2 Männer, 18 Frauen), die konsiliarisch gesehen wurden und von denen 10 in Psychotherapie waren. Weitere Angaben und Daten fehlen. Ursache dieses Leidens seien bei allen Patienten narzisstische Persönlichkeitszüge, die sich als Labilität des Selbstwertgefühles verbunden mit leichter Kränkbarkeit und übertriebener Empfindlichkeit zeigen. Bei allen fehle das Urvertrauen, verlässliche mitmenschliche Beziehungen konnten sich nicht entwickeln. Damit zusammen hänge

ein weiteres Merkmal: die Persistenz eines äußeren Idealobjektes. Die betroffenen Patienten idealisieren mitmenschliche Beziehungen, die Enttäuschung sei damit vorgegeben [4].

Verbreitung der Diagnose „Koryphäenkiller“: Die Stigmatisierung von Patienten mit komplexen Erkrankungen

Die etwas aus der Zeit gefallenen Begriffe „Koryphäe“ und „Koryphäenkiller“ wurden für diesen Beitrag gewählt, weil sie zugespitzt, aber in prototypischer Weise auf noch immer bestehende Probleme bei der Behandlung von Patienten mit unklaren Beschwerden hinweisen. Ursprünglich für Patienten mit Schmerz konzipiert, hat der Koryphäenkiller in der medizinischen Literatur Einzug in weitere Gebiete gehalten. Bei kranio-mandibulären Dysfunktionen [25], Burning-Mouth-Syndrom [2], Diarrhoe [26], in der Dermatologie [22], der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde [12] und in der Fertilitätsmedizin [42] wurde und wird der Begriff verwendet. Es handelt sich dabei durchweg um Patienten, bei denen besondere Probleme in der Diagnostik und Therapie bestehen. Die Abgrenzung von Simulation, „Doctor-shopping“, Aggravation und demonstrativem Verhalten sei schwierig [47].

Bei allen diesen Begriffen geht es um Ursachen- und implizit Schuldzuweisungen: Es handelt sich demnach um psychische Störungen auf Seiten der Patienten, meist mit manipulativen Tendenzen. In diesem Kontext von Misstrauen werden Täuschungsabsicht, Lügen oder zumindest bewusstseinsnahe Motive als Erklärung für das eigene therapeutische Scheitern herangezogen.

Nach Beck handelt es sich um „ein echtes psychosomatisches Leiden“ [4]. Differenzialdiagnostische Probleme bestehen hinsichtlich weiterer funktioneller, psychosomatischer, psychogener und somatoformer Störungen. Auch bei diesen wird eine „echte“ seelische Krankheit als Ursache angenommen. Gemeinsam ist auch diesen Diagnosen, dass die Ursache in erster Linie auf Seiten der Patienten liegt. Ziel ist es, „schwierige“ Patienten möglichst frühzeitig zu

erkennen und in die für sie geeignete Behandlung – Psychotherapie – zu überweisen. Patienten akzeptieren diese Alternative zur somatischen Behandlung meist nicht oder nur unter erheblichen Vorbehalten.

Behandlungsresistente Gesichtsschmerzen waren wegweisend für die Entwicklung von Konzepten zu „psychisch bedingten Schmerzen“. Die einflussreiche Arbeit George Engels mit dem Titel „Primary atypical facial neuralgia“ beschäftigt sich ausschließlich mit unklaren Gesichtsschmerzen. Die Falldarstellungen und Schlussfolgerungen betreffen 19 Patientinnen und einen Patienten. Der Untertitel lautet „An hysterical conversion symptom“ [13]. Typologien, Begriffe und Diagnosen für Patienten mit „medizinisch nicht erklärbaren“ Schmerzen unterschiedlicher Lokalisationen haben ihre Wurzeln im aus dem 19. Jahrhundert stammenden Konzept Hysterie. Fachtermini und Diagnosen entwickeln sich im in der Zeit entsprechenden wissenschaftlichen Kontext und Konsens. Sie spiegeln dem jeweiligen Wissensstand entsprechend fachliche, aber auch gesellschaftliche Ideen von Krankheit und Gesundheit wider. Sie sollten es zwar nicht sein, sind aber in vielen Fällen wertend, was oft erst im Rückblick deutlich wird: „Irresein“, „Schwachsinn“, „Idiotie“ waren lange Jahre offizielle Diagnosen in wissenschaftlichen Klassifikationen. Auch die „Hysterie“ und die daraus abgeleiteten verschiedenen Varianten psychogener Störungen (Konversion, psychogener Schmerz, somatoforme Störungen) waren und sind begriffliche Momentaufnahmen wissenschaftlicher Ideen. Sie sind aus heutiger Sicht mit negativen Bewertungen verbunden und mittlerweile sozial und wissenschaftlich immer weniger akzeptiert [31]. Aus diesem Grund wurde im amerikanischen Raum der Begriff „somatoform“ weitgehend ignoriert [28]. Im klinischen Alltag existieren daran angelehnte Begriffe, die durchaus Grundlage für Beleidigungsklagen sein können. In informellen kollegialen Gesprächen tauchen noch immer die „rothaarige Lehrerin mit Doppelnamen“, der „Sozialgangster“, der „Psycho“ und ähnliche Ty-

pologien auf. Für einen Patienten mit Schmerzen nach einem Zahnimplantat fand sich auf dem zahnärztlichen Überweisungsformular an eine Universitätsklinik die kryptische Diagnose „HKLS“. Auf Nachfrage stellte sie sich als Akronym für „Hat Kollosalen LattenSchuss“ heraus. Tatsächlich handelte es sich um einen Behandlungsfehler, der erst durch die erweiterte Diagnostik nach der Überweisung erkannt wurde. Offensichtlich stellt Schmerz in einigen Fällen auch für die Behandler eine Belastung dar, bei der Professionalität und Empathie verloren gehen. Ein Beitrag von Goldman trägt den dazu passenden Titel „Patienten mit chronischen Schmerzen müssen chronisches Unverständnis der Behandler bewältigen“ [19].

Mögliche Ursachen von Interaktionsproblemen

In der Zahnmedizin finden sich viele Problembereiche, die erhebliches Konfliktpotenzial bieten. Für die Behandlung von Patienten mit Prothesenunverträglichkeit [17, 53], Mund- und Zungenbrennschmerz [15], okklusalen Dysästhesien [23], Bruxismus [37] und kranio-mandibulären Dysfunktionen [25] sind weit über die Zahnmedizin hinausgehende Kompetenzen erforderlich. Professionalität in Diagnostik und Therapie erfordert – über eine notwendige fachliche Expertise hinaus – die Kompetenz, Beziehungen zu gestalten, Vertrauen zu schaffen und Patienten in Entscheidungen einzubinden. Freundlichkeit, Mitgefühl und Interesse sind dafür notwendige Voraussetzungen. Ungünstig sind Vorurteile, negative Bewertungen und daraus resultierendes abwertendes Verhalten gegenüber Patienten, verbal und nonverbal. Die Gleichstellung von Menschen aufgrund ihrer Herkunft, Hautfarbe, weltanschaulichen Orientierung, körperlichen oder seelischen Einschränkungen ist in den meisten Ländern durch Verfassungen und Gesetze geregelt. Ob diese „Diskriminierungsverbote“ auch den Alltag und vor allem die Einstellungen widerspiegeln, ist eine zentrale und empirisch nicht leicht zu beantwortende Forschungsfrage in den Sozialwissenschaften.

So waren bei einer offenen Befragung von über 25.000 Mitarbeitern des Gesundheitswesens zu Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung keine Vorurteile erkennbar. Die Probanden bearbeiteten dann zusätzlich den Implicit Association Test, der „automatisierte“ Bewertungen erfasst, die nicht der bewussten Kontrolle unterliegen. Hier zeigten sich sehr wohl sogar bei dieser „professionellen“ Gruppe klare Vorbehalte und latente Diskriminierung gegenüber Behinderung und Behinderten [45].

In einer anderen Studie äußerten sich Ärzte anonym zur Frage: Wie hoch schätzen sie den Anteil an Simulanten unter Ihren Patienten mit Rückenschmerzen? [24]. Die Hälfte der Chirurgen vermutet weniger als einen Simulanten bei 10 Patienten. Jeder 10. Chirurg geht allerdings davon aus, dass die Hälfte seiner Patienten simuliert. Eine vertrauensvolle Beziehung in der Behandlung ist bei dieser Ausgangslage unwahrscheinlich und in diesem Fall ein iatrogenes Interaktionsproblem, aber keine psychische Störung auf Patientenseite. Wertschätzende Kommunikation ist nicht nur ein wichtiger Faktor für Patientenzufriedenheit. Patienten haben nach einem empathischen und wertschätzenden Gespräch geringere Schmerzen als Patienten, die Abwertung erleben [44]. Eine „pathologische Beziehung“, Misstrauen und Abwertung sind allerdings nicht auf die Interaktion „Arzt-Patient“ begrenzt. Zahlreiche Untersuchungen belegen die weit verbreitete Stigmatisierung, die Menschen mit chronischen Schmerzen erleben [9]. Stigmatisierung ist die entwertende und diskreditierende Reaktion auf Menschen, die ein bestimmtes Merkmal besitzen, das von den gesellschaftlichen Normen abweicht. In diesem Falle Menschen, die nicht der üblichen biomedizinischen Norm entsprechen, nach der für Schmerz klare körperliche Ursachen verantwortlich sind. Stigmatisierung betrifft weit mehr als die Erfahrungen der Patienten im Gesundheitssystem. Auch in der Familie, Arbeitswelt und bei sozialen Kontakte werden Menschen mit chronischen Schmerzen skeptisch und negativ gesehen, wenn „klare Befunde“ fehlen und Beschwerden

nicht – wie „normalerweise“ zu erwarten – mit der Zeit verschwinden.

Sind „Koryphäen“ die besseren Schmerzdiagnostiker und Behandler?

An Koryphäen werden hohe Erwartungen gestellt. Diagnostik und Therapie sollten herausragend sein. Ist langjährige Erfahrung und zugeschriebene hohe Kompetenz ein Vorteil?

Schmerz ist nicht direkt messbar, sondern setzt Kommunikation voraus. Menschen können dazu unterschiedliche Wege beschreiten: verbale Mitteilungen, Gestik und Mimik, Hilfsmittel wie Visuelle Analog- oder Numerische Ratingskalen. Wie gut Ärzte und Patienten in ihrer Einschätzung übereinstimmen, wurde in einer Notfallaufnahme überprüft [29]. Dazu wurden die Schmerzangaben von 200 Patienten (Angaben von 0 = keine Schmerzen bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz) und Fremdeinschätzung durch die behandelnden Ärzte (ebenfalls 0–10) verglichen. In einer idealen Welt sollten sich für ideale Patienten und ideale Behandler keine Unterschiede zwischen den Intensitätsangaben zeigen. Untersucht wurden der Einfluss von „Erfahrung“ und „Geschlecht“ auf Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung, also die Differenz zwischen Patientenangabe und Expertenrating. Durchweg schätzten die Ärzte die Schmerzintensität ihrer Patienten niedriger als die Patienten selbst. Besonders groß war die Differenz bei den „eigentlichen Koryphäen“, also den erfahrenen Behandlern: Im Vergleich zu Neulingen ist das „Expertenrating“ am weitesten vom Erleben der Patienten entfernt. Auch für den Faktor „Geschlecht“ zeigten sich überraschende Effekte: Ärztinnen schätzten die Schmerzen sowohl von Männern als auch Frauen besser ein als ihre männlichen Kollegen. Besonders weit daneben lagen „erfahrene“ Ärzte (männlich): Sie unterschätzten die Schmerzstärke von Patientinnen am deutlichsten.

Wer heilt hat recht – oder steckt in der klinischen Evidenzfalle

Der Ruf von Koryphäen begründet sich vor allem auf ihrer Behandlungs-

kompetenz. Wer heilt hat recht, so eine gelegentliche Begründung für „eminenzbasierte“ Behandlungserfolge. Vor allem chirurgisch tätige Ärzte haben schnell den Ruf einer „Koryphäe“. Die Spezialisierung auf ein Gebiet, eine langjährige professionelle Sozialisation in hierarchisch strukturierten Arbeitsfeldern und zunehmend höhere Erfolgserwartungen haben Nebenwirkungen. Ein Schulterchirurg merkt dazu an: „Kaum einem Chirurgen ist klar, wie sehr die eigene Wahrnehmung täuschen kann. Wenn Sie Tag für Tag operieren und sehen, dass es vielen Patienten hinterher besser geht, denken Sie schnell, dass das Ihr Verdienst ist. Deswegen ist es so wichtig, gute Studien durchzuführen. Nur so kann man herausfinden, ob eine OP wirklich hilft oder nicht. Leider ist es dann oft sehr schwierig, die Studienergebnisse in die tägliche Behandlungspraxis zu überführen. Die Ärzte, aber auch die Patienten glauben einfach felsenfest daran, dass die Behandlung, deren Unwirksamkeit gerade wissenschaftlich bewiesen wurde, doch wirkt“ [21].

Für arthroskopische Schulter- und Knieoperationen liegen inzwischen Studien vor, die keine über eine „Scheinoperation“ hinausgehende Wirkung belegen [3, 34, 41].

Eine mögliche Erklärung für die Beibehaltung invasiver Verfahren trotz zweifelhafter Wirksamkeit ist die „klinische Evidenzfalle“, in die Operateur und Patient im „echten Leben“ geraten: Während in Studien Verum gegen Placebo „verblindet“ getestet wird, gehen beide im klinischen Alltag mit „offenen Augen“ und hohen Erwartungen in eine Behandlung. Für Patienten findet sie in einem eindrucksvollen Kontext statt, der per se einen erheblichen Placeboeffekt bedeutet [5]. Das sind günstige Voraussetzung für Behandlungserfolge, allerdings häufig durch unspezifische Effekte und weniger durch die „Beseitigung“ einer vermuteten Pathologie.

Zusätzlich zu den (zumindest anfangs) hohen Erwartungen spielt die Überzeugung der Behandler von der Wirksamkeit ihrer Methode eine wichtige Rolle. Unter dem Titel „Socially transmitted placebo effect“ zeigte

eine sehr komplexe Studie erstmals, „dass die Erwartungen der Anbieter hinsichtlich der Wirksamkeit einer Behandlung die Behandlungsergebnisse der Patienten erheblich beeinflussen können“ [8]. Neu war an dieser Studie: Die Behandler waren zunächst selbst „Patienten“ einer sehr überzeugenden Placebobehandlung mit folgender „Legende“: Die Wirkung einer schmerzlindernden Salbe soll gegen ein „Placebo“ getestet werden. Die Behandler sollten diese Wirkung zunächst selbst erfahren. Sie wurden mit Hitzereizen traktiert. Unter Placebobedingung betrug die Temperatur 47 °. Um die Wirkung eines echten „Medikaments“ (tatsächlich ebenfalls Placebo) zu simulieren, war bei dessen Anwendung die Temperatur auf 43 ° gesenkt. Dieser deutlich wahrnehmbare Unterschied überzeugte die Behandler von der Wirkung der Salbe. Sie führten anschließend unter simulierten „strengen“ Bedingungen selbst diesen Versuch mit Patienten durch. Dabei waren Hinweise auf Unterschiede zwischen den beiden Substanzen, zur Wirksamkeit oder Kommentare nicht erlaubt. Die „Patienten“ wurden ebenfalls unter „Verum“- oder „Placebo“-Bedingungen Schmerzreizen ausgesetzt. Allerdings betrug die Temperatur hier immer 47 °, war somit für „Verum“ und „Placebo“ identisch. Obwohl die „Patienten“ keine eigenen Erfahrungen mit der Wirkung hatten, war auch bei ihnen ein deutlicher „Placeboeffekt“ feststellbar. Er wurde in diesem Fall ausschließlich durch die nonverbal vermittelten Erwartungen der Behandler erzielt.

Unter „echten“ Bedingungen und zusätzlicher verbaler Kommunikation dürfte sogar ein „Placebo-Forte“-Effekt zu erwarten sein und damit die wiederholte Bestätigung für die Fortführung der eigenen „erfolgreichen“ Behandlungsmethode.

Die von Beck beschriebene zunehmende Aggressivität von Therapien sowie wiederholte erfolglose und immer drastischere Eingriffe werden auch als Kaskaden bezeichnet [33]. Der „Failed Back Surgery“ der Orthopädie für Rückenschmerzen entspricht dabei die exzessive Zahnextraktion („der Schmerz ist oft am letzten noch nicht gezogenen

Zahn“). Gemeinsames Motto: „If in doubt, cut it out“. Aggressiv waren auch Behandlungsoptionen, die bei chronischen Gesichtsschmerzen diskutiert wurden. So werden in der klassischen Studie von Engel Elektroshocks und Lobotomie in Erwägung gezogen, obwohl es dazu keine Befunde gibt, wie er selbst anmerkt [13]. Wenn eine eindeutige somatische Diagnose fehlt und dennoch wiederholt invasive diagnostische und therapeutische Eingriffe durchgeführt werden, ist dann eine „pathologische“ Arzt-Patient-Beziehung nicht „normal“? Dieses Muster ist tatsächlich weder auf Koryphäen noch auf Koryphäenkiller begrenzt, sondern bei Patienten weit verbreitet. Äußerungen wie „jetzt muss endlich etwas Richtiges passieren“ kommen von verzweifelten Patienten und Behandlern gleichermaßen. Damit ist die Annahme verbunden, dass „wenn nichts mehr hilft man immer noch operieren kann“ – eine in aller Regel falsche Annahme und der Beginn vieler fataler Kaskaden. Für den Mundbrennschmerz wird in einer aktuellen Übersichtsarbeit festgestellt: „es ist das unerwartete Versagen interventioneller Therapien, das letztendlich zu einer richtigen Diagnose führt“ [11].

Das Problem der Indikationsstellung betrifft die chirurgischen Fächer in besonderer Weise: Der britische Neurochirurg Marsh, selbst eine anerkannte Koryphäe auf dem Gebiet der Hirnchirurgie stellt dazu fest: „In der Neurochirurgie geht es ganz sicher nicht um ruhige Hände. Es geht darum, was der Arzt im Kopf hat; es geht ums Urteilsvermögen. Es dauert 3 Monate, zu lernen, wie eine Operation geht. Drei Jahre, zu lernen, wann man sie durchführen sollte. Und 30 Jahre, zu lernen, wann man sie nicht machen sollte“ [30].

Psychische Störungen sind keine Erklärung für chronische Schmerzen

Die „Psychosomatik“ als Restkategorie bei fehlenden somatischen Erklärungen ist mit hohen Risiken von Fehl-, Über- oder Unterversorgung verbunden. Die „klassischen“ psychosomatischen Störungen der Vergangenheit sind Ulcus ventriculi/ Ulcus duodeni, Asthma bronchiale,

Rheumatoide Arthritis, Neurodermitis, Essenzielle Hypertonie, Hyperthyreose sowie die entzündlichen Darmerkrankungen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. Sie gelten inzwischen als körperliche Krankheiten mit psychischen Einflussfaktoren. Die angenommene Ursache „Psyche“ war falsch. So sind beispielsweise Magengeschwüre überwiegend auf den Bazillus *Helicobacter pylori* und weniger auf emotionalen Stress zurückzuführen. Für die ebenfalls zu den „Heiligen Kühen der Psychosomatik“ [1] zählende Darmkrankheit Morbus Crohn werden aufgrund von prospektiven Langzeitstudien inzwischen Ursachen diskutiert, die zwar in der Kindheit liegen, aber mit der früheren Einnahme von Antibiotika zusammenhängen [36].

Eine zentrale Frage betrifft die Spezifität und kausale Relevanz psychischer Störungen für die Erklärung chronischer Schmerzen. Die traditionellen Klassifikationen wurden durch Studien mit Patienten in spezialisierten Einrichtungen entwickelt. Sie beziehen sich auf Patienten, die im üblichen Versorgungsprozess nicht zufriedenstellend behandelbar waren, die nach mehreren Selektionsprozessen „übrigblieben“. Durch den darauf beruhenden „Publikations-Bias“ entstand der Eindruck, als handle es sich bei Patienten mit chronischem Schmerz um eine homogene Gruppe mit einer hohen Prävalenz psychischer Störungen und großem Potenzial für Konflikte und Probleme in der Behandlung.

Epidemiologische Studien, in denen die Häufigkeit psychischer Störungen bei Menschen mit chronischen Schmerzen erfasst wurden, relativieren diese Annahmen deutlich. In einer weltweiten Studie mit über 85.000 Personen zeigte sich gegenüber der schmerzfreen Bevölkerung bei Menschen mit chronischen Schmerzen tatsächlich eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Angst- und affektive Störungen. Die Häufigkeit der Diagnosen lag allerdings meist unter 10 % [10]. Aussagen zur Kausalität lassen sich daraus nicht ableiten. Prospektive Studien zeigen, dass es sich um bidirektionale Beziehungen handelt: „Eine anhaltende Schmerz-erkrankung zu Beginn der Erkrankung

prognostizierte das Auftreten einer psychischen Störung im gleichen Maße wie eine psychische Erkrankung zu Beginn der Erkrankung das spätere Auftreten anhaltender Schmerzen vorhersagte“ [20]. Schmerz kann Depression auslösen und verstärken – und umgekehrt. Sinnvoll ist es demnach, beide Bereiche (mit notwendigen Differenzierungen und Schwerpunkten) in Behandlungen zu integrieren. Durch vorschnelle und pauschale psychologische Etikettierungen werden Patienten mit Schmerzproblemen vor allem ausgegrenzt. Auch bei unklaren somatischen Befunden in anderen medizinischen Bereichen wird sowohl diese „Funktionalisierung“ von „Psychodiagnosen“ als auch ihre Zuverlässigkeit als ätiologische Erklärung zunehmend in Frage gestellt [38]. Ohnehin hatte sich sogar bei standardisierten Interviewverfahren die Diagnostik somatoformer Störungen im Vergleich zu Diagnosen wie Angststörungen oder affektiven Störungen als wenig reliabel und schlecht reproduzierbar erwiesen [51].

Persönlichkeitsstörungen scheinen ebenfalls keine spezifische Bedeutung für die Ätiologie von Schmerz zu haben, wie eine Studie mit dem aussagekräftigen Titel „Patterns of normal personality structure among chronic pain patients“ zeigt [46].

Die „Schmerzpersönlichkeit“ [14], der Migränetyp [52], Schmerz als Depressionsvariante [7] und die „atypische“ Neuralgie [18] sind weitere Beispiele für historisch interessante, aber rückblickend spekulative Ideen, die unser Verständnis von Schmerz und chronischem Schmerz wenig gefördert haben. Die damit verbundenen Stigmatisierungen haben allerdings sehr zum Unverständnis gegenüber den Betroffenen beigetragen [9, 50]. Die Zuverlässigkeit diagnostischer Verfahren in Medizin und Psychologie hat in vielen Bereichen zugenommen. Die Anwendung standardisierter Interviews und Fragebögen in der psychologischen Diagnostik haben die Qualität von Studien verbessert und zur Abschaffung vertrauter jedoch spekulativer „Diagnosen“ geführt. Die zunehmende Sensibilität für Sprache, für ihre mögliche Bedeutung als Placebo und Nocebo, hat zugenommen. Paternalistische

Kommunikation, ein häufiges Merkmal „der Koryphäe“, ist auch aus juristischen Gründen inzwischen obsolet [39]. Gerade bei komplexen Gesundheitsproblemen ist Kommunikation auf Augenhöhe eine Voraussetzung für Behandlungserfolg.

Subjektivität von Schmerz als Resultat von Kontextbedingungen

Unser traditionelles Schmerzkonzept geht von einem nahezu gesetzmäßigen Zusammenhang zwischen somatischen Schädigungen und Schmerz aus – und ist irreführend. „Es gibt keinen direkten Zusammenhang zwischen somatischer Pathologie und der Intensität von Schmerzen“ [43]. Nozizeption ist kein Schmerz. Erst nach und durch die Verarbeitung in verschiedenen Bereichen unseres Gehirns werden nozizeptive Signale zu Gefahrensignalen und damit zu Schmerz [32]. Schmerzen sind subjektiv. Bereits unter einfachen experimentellen Bedingungen mit standardisierten Schmerzreizen ist die erlebte Schmerzstärke interindividuell sehr variabel: Über 300 Probanden wurden mehrfachen kurzen Hitzereizen von 48 ° ausgesetzt. Die Stärke sollte auf einer Skala von 0 (= kein Schmerz) bis 100 (= stärkster vorstellbarer Schmerz) eingeschätzt werden. Die Werte der Probanden reichten – bei einem Mittelwert von 71,8 – nahezu über das gesamte Spektrum der möglichen Werte [16]. Wenn bereits eine standardisierte experimentelle Bedingung zu einer verwirrenden Vielfalt von Erfahrung auf Seiten der Betroffenen führt, ist bei komplexen Situationen mit sozialen, biologischen und psychologischen Einflussfaktoren eine weitere Zunahme an „Fehlervarianz“ zwangsläufig. Diese zusätzlichen Faktoren führen zu einer weiteren Varianz: Menschen erleben Schmerzen je nach persönlicher Bedeutung von Situationen unterschiedlich und nicht „standardisiert“. Schmerzen bei sportlicher Überforderung werden beispielsweise „locker weggesteckt“, während derselbe Mensch die Schmerzen bei einer zahnmedizinischen Behandlung kaum erträgt.

Chronische Schmerzen sind meist ätiologisch und therapeutisch kom-

plex. Kategoriale Einteilungen in „gesund“ bzw. „krank“ sind bei akuten somatischen Problemen zunächst ein sinnvoller Entscheidungsalgorithmus. Bei chronischen Schmerzen greifen diese Konzepte selten, führen zu erheblichen Problemen: „Mit aller Macht beschloss die auf einem klassischen Pathologie-Konzept basierende Medizin, dass bei der Mehrzahl der Patienten mit chronischen Schmerzen organisch ‚alles in Ordnung‘ ist. Die einzige allgemein akzeptierte Alternative war, dass es sich um einen Konstruktionsfehler bei der mentalen Verarbeitung handeln muss“ [48]. Inzwischen wird Schmerz und insbesondere chronischer Schmerz als biopsychosoziales Phänomen verstanden. Entscheidender Unterschied zu Krankheiten mit kausal eindeutigen pathogenen Faktoren ist die inter- und intraindividuelle Variation von Risikofaktoren: Die Bedeutung somatischer, psychologischer und sozialer Einflüsse lassen sich selten isoliert betrachten. Statistisch (und in der Realität) geht es nicht um dichotome, sondern um dimensionale Zusammenhänge und Modelle. Die einzelnen Komponenten können nur partiell Varianzanteile aufklären. Zudem handelt es sich in der Regel nicht um pathologische Veränderungen, sondern um Normvarianten, die erst in Kombination und Interaktion untereinander zu Schmerzproblemen bzw. Chronifizierung führen.

Bruxismus wird in diesem Sinne inzwischen „bei ansonsten gesunden Menschen“ nicht mehr als behandlungsbedürftige Störung verstanden [37]. Auch Rückenschmerzen sind „statistisch normal“ und lassen sich nur zu einem geringen Teil auf strukturelle Pathologie zurückführen. Die meisten Patienten haben eine völlig „gesunde“ Wirbelsäule, auch Angststörungen finden sich nur bei wenigen. Dennoch kann die Kombination von (muskulär bedingtem) Rückenschmerz, der weit verbreiteten Angst vor ernsthaften Ursachen („Bandscheibe“) und sozialer Belastung („ich kann mir keine Krankheit leisten, wir haben gerade gebaut“) zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen führen, bei denen schließlich weit verbreitete Nebenbefunde als wegweisend operiert und zum ei-

gentlichen Problem werden. Dies betrifft die meisten medizinischen Fachrichtungen mit interventionellen Verfahren. Alf Nachemson, eine anerkannte Koryphäe der Wirbelsäulen-chirurgie, stellt dazu fest: „Bei Rückenschmerzen geht es nicht nur um die Wirbelsäule, es geht genauso um das Gehirn“ [49].

Fortschritte in Genetik, Hirnforschung und Epidemiologie haben zum wachsendem Verständnis der Komplexität von Schmerz und seiner Chronifizierung beigetragen und die wissenschaftliche Basis für das inzwischen weitgehend akzeptierte biopsychosoziale Modell gelegt. Dieses Modell wurde 1977 von Engel publiziert, der damit sein knapp 20 Jahre zuvor veröffentlichtes Konzept der „Schmerzpersönlichkeit“ grundlegend revidierte. Der Blick auf Schmerz erfordert eine erweiterte Perspektive: Statt einer „individuellen“ Psychologisierung werden somatische und soziale Aspekte und ihre jeweiligen Wechselwirkungen integriert. Dadurch wurden holzschnittartige Charakterisierungen von Patienten obsolet. Auch aus diesen Gründen sind Teams für Diagnostik und Behandlung besser geeignet als Einzelkämpfer. Interdisziplinarität und multimodale Verfahren prägen die aktuellen Behandlungsoptionen. Diese Ausgangssituation verträgt sich schlecht mit der Rolle „Koryphäe“.

Bei der Behandlung chronischer Schmerzen, ob Gesicht, Kopf, Rücken oder Schultern, um einige Lokalisationen zu benennen, ist ärztliches Fachwissen, diagnostische und therapeutische Kompetenz eine wichtige, aber meist keine ausreichende Voraussetzung. Die Mitarbeit von Patienten wird zunehmend als wesentlicher Faktor für Behandlungserfolge gewertet. Für kranio-mandibuläre Dysfunktionen ist die „Schiene“ nur eine Behandlungskomponente. Selbstbeobachtung und die Anwendung von Muskelentspannungsverfahren sind Aufgabe der Patienten, die umso zuverlässiger erfüllt werden, je vertrauensvoller die Beziehung zum Zahnarzt ist und je plausibler und akzeptabler die vermittelten Anleitungen und Informationen sind. Diese Entwicklung – Patienten als kooperierende Partner in die Therapie

einzu beziehen – findet sich inzwischen bei nahezu allen Formen chronischer Schmerzen. Statt Patienten mit zweifelhaften und für sie nicht akzeptablen Diagnosen zu entwerten und auszugrenzen, sind in interdisziplinären multimodalen Programmen medizinische, psychologische, physiotherapeutische und soziale Einflussfaktoren Behandlungsziel.

Als Konsequenz dieser Entwicklungen ist chronischer Schmerz in der ICD-11 eine eigenständige Diagnose und nicht mehr im F-Kapitel für psychische Störungen enthalten. Das Kriterium „fehlende somatische Ursache“ wird als zu unwissenschaftlich bewertet und hat für die Diagnosestellung keine Bedeutung. Somatische, psychologische und soziale Faktoren sind selbstverständliche Komponenten dieses „neuen“ Konzeptes. Neu ist auch die Differenzierung in primäre und sekundäre chronische Schmerzen. Hiermit wird den unterschiedlichen somatischen Ausgangsbedingungen und Behandlungsmöglichkeiten Rechnung getragen. Die Diagnose ist weitgehend deskriptiv, spekulative Annahmen zur Ätiologie werden vermieden. Psychogener Schmerz bzw. somatoforme Schmerzstörung als von der „Norm“ kategorial abgrenzbare psychische Störung ist in der ICD-11 nicht mehr enthalten. Statt eines kategorialen wird ein dimensionales Konzept konsequent umgesetzt. Es handelt sich um ein Kontinuum von Merkmalsausprägungen und nicht um diagnostisch klar zu trennende Kategorien „normal“ versus „gestört“ bzw. „gesund“ versus „krank“.

Dieser Konzeptwechsel wurde auch bei Persönlichkeitsstörungen realisiert: Mit Ausnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden alle anderen Störungs-Typen unter dem Oberbegriff „Persönlichkeitsstörung“ zusammengefasst. Je nach Ausprägung unterschiedlicher Persönlichkeitseigenschaften („Traits“) ergeben sich spezifische Profile. Die fehlende Stabilität von Persönlichkeitsstörungen im Lebensverlauf ist einer der Gründe für diese Revision [6, 40]. Und auch hier findet sich ein klassifikatorisches Kontinuum mit unterschiedlichen Ausprägungen: Von Normvarianten bis ausgeprägten Be-

lastungen anstelle gesund versus krank, normal versus gestört.

Schlussbemerkung

Spannungen und Konflikte zwischen Patienten und Behandlern sind Beziehungsprobleme. Für die Klärung möglicher Gründe ist der Blick auf beide Seiten sinnvoll. Patienten, die nicht „ins System“ passen – organisatorisch, aufgrund ihrer unklaren Beschwerden, ihrer Persönlichkeitsakzentuierungen oder „inkompatibler Behandler“ – werden noch immer vorschnell als „gestört“ etikettiert [39]. Tatsächlich stören sie gewohnte Routinen und kognitive Schemata. Diese Gefahr besteht in besonderem Maße in der Zahnmedizin. Der Zeitdruck ist hoch und die klare Orientierung an einem Behandlungsalgorithmus, der auf die (sehr erfolgreiche) Behandlung von Akutschmerz konzentriert ist, wird bei Patienten mit unklaren Beschwerden zur Sackgasse. Diese Dynamik der Interaktionsprobleme zwischen Arzt und Patient hat der Wirbelsäulenchirurg Nagemson auf den Punkt gebracht: „es wird deutlich, [...] dass schlecht durchdachtes diagnostisches Verhalten des Arztes zu abnormalem Krankheitsverhalten bei Patienten führen kann, und dies wiederum kann zu abnormalem Behandlungsverhalten führen“ [35].

Interessenkonflikte

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Literatur

1. Anschütz F: Entwicklung der Psychosomatik aus der Sicht der inneren Medizin. In: Ahrens S (Hrsg): Entwicklung und Perspektiven der Psychosomatik in der Bundesrepublik Deutschland. Springer 1990, 19–24
2. Bauer-Delto A: Burning Mouth Syndrome – eine therapeutische Herausforderung. *hautnah dermatol* 2018; 34: 50–50
3. Beard DJ, Rees JL, Cook JA et al.: Arthroscopic subacromial decompression for subacromial shoulder pain (CSAW): a multicentre, pragmatic, parallel group,

placebo-controlled, three-group, randomised surgical trial. *Lancet* 2018; 391: 329–338

4. Beck D: Das „Koryphäen-Killer-Syndrom“. *Dtsch Med Wochenschr* 1977; 102: 303–307 (Zitat S. 303)
5. Benedetti F, Mayberg HS, Wager TD, Stohler CS, Zubieta JK: Neurobiological mechanisms of the placebo effect. *J Neurosci* 2005; 25: 10390–10402
6. Berberich G: Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung nach ICD-11. *Ärztl Psychother* 2019; 14: 41–45
7. Blumer D, Heilbronn M: Chronic pain as a variant of depressive disease. The pain-prone disorder. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170: 381–406
8. Chen PA, Cheong JH, Jolly E, Elhence H, Wager TD, Chang LJ: Socially transmitted placebo effects. *Nat Hum Behav* 2019; 3: 1295–1305
9. De Ruddere L, Craig KD: Understanding stigma and chronic pain: a state-of-the-art review. *Pain* 2016; 157: 1607–1610
10. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S et al.: Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the world mental health surveys. *Pain* 2007; 129: 332–342
11. Dym H, Lin S, Thakkar J: Neuropathic pain and burning mouth syndrome: an overview and current update. *Dent Clin North Am* 2020; 64: 379–399
12. Ebeling O, Ott S, Michel O, Stennert E: Selbstinduzierte Erkrankungen in der HNO-ärztlichen Praxis. Das Artefakt als Beitrag zur Differentialdiagnose ungewöhnlicher Krankheitsverläufe. *HNO* 1996; 44: 526–531
13. Engel GL: Primary atypical facial neuralgia; an hysterical conversion symptom. *Psychosom Med* 1951; 13: 375–396
14. Engel GL: „Psychogenic“ pain and the pain-prone patient. *Am J Med* 1959; 26: 899–918
15. Farag AM, Albuquerque R, Ariyawardana A et al.: World Workshop in Oral Medicine VII: Reporting of IMMEDIATE-recommended outcome domains in randomized controlled trials of burning mouth syndrome: a systematic review. *Oral Dis* 2019; 25 (Suppl 1): 122–140
16. Fillingim RB: Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain* 2017; 158 (Suppl 1): S11–S18
17. Friedman N, Landesman HM, Wexler M: The influences of fear, anxiety, and depression on the patient’s adaptive responses to complete dentures. Part I. *J Prosthet Dent* 1987; 58: 687–689
18. Glaser M: Atypical neuralgia, so called. A critical analysis of one hundred

- and forty-three cases. Arch Neurol Psychiatry 1928; 20: 537–558
19. Goldman B: Chronic-pain patients must cope with chronic lack of physicians understanding. Can Med Assoc 1991; 144: 1492–1497
20. Gureje O, Simon GE, Von Korff M: A cross-national study of the course of persistent pain in primary care. Pain 2001; 92: 195–200 (Zitat S. 195)
21. Hackenbroch V (2017): Warum viele Ärzte an nutzlose Schulter-Operationen glauben. <https://www.spiegel.de/spiegel/orthopaede-wim-schreurs-ueber-sinnlose-schulteroperationen-a-1179939.html> (letzter Zugriff am 29.08.2020)
22. Harth W, Gieler U: Der schwer oder nichtbehandelbare Problempatient. Psychosomatische Dermatologie, Springer, Heidelberg 2006, 263–267
23. Imhoff B, Ahlers MO, Hugger A et al.: Occlusal dysesthesia – a clinical guideline. J Oral Rehabil 2020; 47: 651–658
24. Leavitt F, Sweet JJ: Characteristics and frequency of malingering among patients with low back pain. Pain 1986; 25: 357–364
25. Lechner KH: Kritische Betrachtungen zur Therapie von CMD-Patienten. Man Med 2008; 46: 386–388
26. Lembcke B: Diarrhoe: notwendige und sinnvolle Diagnostik. Dtsch Med Wochenschr 2001; 126: S16–S23
27. Leschke M: Arroganz als Hypothek und Strategie. Der Klinikarzt 2007; 36: 425–425 (Zitat S. 425)
28. Levenson JL: The somatoform disorders: 6 characters in search of an author. Psychiatr Clin North Am 2011; 34: 515–524
29. Marquie L, Raufaste E, Lauque D, Marine C, Ecoiffier M, Sorum P: Pain rating by patients and physicians: evidence of systematic pain miscalibration. Pain 2003; 102: 289–296
30. Marsh H: „Einer muss es machen“. Spiegel 2015; 18: 112–115
31. Merskey H: Somatization: or another god that failed. Pain 2009; 145: 4–5
32. Mischkowski D, Palacios-Barríos EE, Banker L, Dildine TC, Atlas LY: Pain or nociception? Subjective experience mediates the effects of acute noxious heat on autonomic responses. Pain 2018; 159: 699–711
33. Mold JW, Stein HF: The cascade effect in the clinical care of patients. New Engl J Med 1986; 314: 512–514
34. Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ et al.: A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. New Engl J Med 2002; 347: 81–88
35. Nachemson AL: Newest knowledge of low back pain. Clin Orthop Relat Res 1992; 279: 8–20 (Zitat S. 16)
36. Nguyen LH, Örtqvist AK, Cao Y et al.: Antibiotic use and the development of inflammatory bowel disease: a national case-control study in Sweden. Lancet Gastroenterol Hepatol 2020; 5: 986–995
37. Peroz I, Bernhardt O, Kares H et al.: S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung von Bruxismus. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/083-0271_S3_Bruxismus-Diagnostik-Behandlung_2019-06.pdf (letzter Zugriff am 29.08.2020)
38. Popkirov S, Hoheisel M: Funktionelle neurologische Störungen vom Stigma der Hysterie lösen. Dtsch Arztebl 2020; 117: 1504–1508
39. Schlesiger C, Braun A: „Wo fehlt's uns denn heute?“ Wie Patienten und Ärzte besser miteinander umgehen können. Springer, Berlin, Heidelberg 2019
40. Schmeck K, Birkhölzer M: Die Konzeption von Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2020; <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/1422-4917/a000747> (letzter Zugriff am 29.08.2020)
41. Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A et al.: Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear. New Engl J Med 2013; 369: 2515–2524
42. Strauss B: „Doctor-Shopping“ in der Fertilitätsmedizin. Arch Gynecol Obstet 1996; 259: 24–32
43. Turk DC: Assess the person not just the pain. Pain Clin Updates 1993; 1: 1–4
44. Vangronsveld KL, Linton SJ: The effect of validating and invalidating communication on satisfaction, pain and affect in nurses suffering from low back pain during a semi-structured interview. Eur J Pain 2012; 16: 239–246
45. VanPuymbrouck L, Friedman C, Feldner H: Explicit and implicit disability attitudes of healthcare providers. Rehabil Psychol 2020; 65: 101–112
46. Wade JB, Dougherty LM, Hart RP, Cook DB: Patterns of normal personality structures among chronic pain patients. Pain 1992; 48: 37–43
47. Wagner T, Richter W, Rothkopf C, Staudigel K, Hankemeier UB: Der Schmerztherapeut bei der Begutachtung. Schmerz 2003; 17: 20–33
48. Wall PD: Introduction to the edition after this one. In: Wall PD, Melzack R (Hrsg): Textbook of pain. Churchill Livingstone, Edinburgh 1994, 1–7 (Zitat S. 4)
49. Weinstein J: A tribute to Alf Nachemson: the spine interview. The Back Letter 2007; 22: 13, 18–21 (Zitat S. 19)
50. Williams AC: Defeating the stigma of chronic pain. [Editorial]. Pain 2016; 157: 1581–1582
51. Wittchen HU, Zaudig M, Spengler P et al.: Wie zuverlässig ist operationalisierte Diagnostik? – Die Test-Retest-Reliabilität des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-III-R. Z Klin Psychol 1991; 20: 136–153
52. Wolff HG: Personality features and reactions of subjects with migraine. Arch Neurol Psychiatry 1937; 895–921.
53. Wolowski A: Somatoforme Prothesenunverträglichkeit. Stomatologie 2015; 112: 19–22



(Foto: Werner Horn)

DIPL.-PSYCH. DR. PAUL NILGES
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Klinische Psychologie
Weiterbildungsstudiengang
Psychotherapie
Nilges@uni-mainz.de