

Gesundheit und Krankheit – psychologische und psychosomatische Dimensionen des Rückenschmerzes

»ALLE GESUNDEN MENSCHEN SIND EINANDER ÄHNLICH;
JEDER KRANKE IST JEDOCH AUF SEINE BESONDERE WEISE KRANK.«¹

Rückenschmerz ist eine Volks-

krankheit. Viele Frauen und
Männer leiden darunter,
und auch wenn

nicht jeder Rückenschmerz
psychische Ursachen hat,
so werden die Schmerzen doch
von psychischen und sozialen
Folgen begleitet.

Die Zusammenhänge zwischen

den organischen Gründen
des Rückenschmerzes und
psychologisch einschneidenden
Lebensereignissen sind noch
nicht hinreichend erforscht.

Eine Wissenschaftlerin des
Instituts für Psychologie und
Soziologie in den Erziehungs-
wissenschaften unternimmt
eine Standortbestimmung.

Gesundheit, Krankheit und Schmerz – Versuch einer Begriffsbestimmung

Psychologie ist die Wissen-
schaft vom Verhalten und
Erleben des Menschen und
seinen Produkten beziehungs-
weise seinen Kulturgütern.

Die Historische Psycho-
logie, die Medizingeschichte,
die Psychosomatik und die
Gesundheitspsychologie als
eines der jüngsten Anwen-
dungsfächer der Psychologie
befassen sich intensiv mit dem
Leib-Seele-Problem, dem
Zusammenspiel von Körper
und Geist und der Wechsel-
beziehung zwischen Natur
und Kultur.

Die Gesundheitspsychologie
bevorzugt den Begriff des Ge-
sundseins, da er sich stärker
auf die Ganzheitlichkeit von
Körper und Seele bezieht und
damit nicht nur den Kampf
um die Gesunderhaltung, son-
dern auch die tägliche Wieder-
herstellung der Leistungs-
fähigkeit mitbeinhaltet (BEN-
GEL & BELZ-MERKER 1997). Sie steht
damit in einem engen inhaltli-
chen Bezug zur Ottawa-Charta
(1986), die eine Umorientie-
rung von der Verhütung von
Krankheiten zur Förderung
und Herstellung von Gesund-
heit fordert, wobei soziokultu-
relle Faktoren bei der Entste-
hung und Überwindung von
Krankheit mit zu berücksichti-



gen sind. Der Weltgesund-
heitsorganisation (WHO) fol-
gend, ist von Gesundheit in
physischer, psychischer und
geistiger Hinsicht dann auszu-
gehen, wenn keine Krankhei-
ten und körperlichen Gebre-
chen vorliegen.

Gesundheit wird immer in Ab-
grenzung zu (latent gefürchte-
ter) Krankheit gesehen, die
man zu vermeiden sucht.

Es ist schwierig, den Zu-
stand der Gesundheit und des
Gesundseins zu definieren.
Durch das »Schweigen der Or-

gane«, wird der gesunde Körper wenig wahrgenommen; erst der Schmerz als »Wachhund der Gesundheit« macht dem Menschen den Körper bewusst.

Körperliche Beeinträchtigungen betreffen ebenso das psychische Empfinden und die soziale Integration.

In der Psychosomatik wird die Ganzheitlichkeit von Körper und Seele betont und darauf hingewiesen, dass nicht jede Krankheit psychische oder soziale Ursachen hat, gleichwohl eine Krankheit von psychischen und sozialen Folgen begleitet wird.

Krankheit und Schmerz sind elementare Naturerfahrungen des Menschen und damit zentrale Aspekte seines Erlebens und Verhaltens. In der Diagnostik und Therapie wird der Schmerz nach der Lokalisation, der Zeit, der Quantität und Qualität kategorisiert (v. ENGELHARDT 1999).

Die Wahrnehmung von Schmerz und dessen Ausdruck ist durch soziale und individuelle Ausprägungen ebenso wie durch kulturelle und ethnische Unterschiede gekennzeichnet. Zboroski (1952, in ENGELHARDT 1999) stellte fest, dass Iren im Vergleich mit Italienern in ihrer Schmerzáußerung weniger expressiv sind. Offen bleibt, ob sie den Schmerz auch unterschiedlich wahrnehmen.

Stark anhaltender Schmerz beeinträchtigt das physische und psychische Dasein in erheblichem Maße. Von einem psychogenen Schmerzsyndrom wird dann gesprochen, wenn die Schmerzen nicht auf pathologische Organveränderungen oder pathophysiologische Mechanismen zurückführbar sind. Ein partielles Schmerzsyndrom liegt dann vor, wenn es sich um eine Kombination aus organischen Substraten und psychisch begründetem Schmerz handelt, wie dies häufig bei Rückenerkrankungen der Fall sein kann.

Die sich wandelnden Konzepte und Vorstellungen über Gesundheit, Krankheit und Schmerz haben Auswirkungen auf den Umgang des Kranken mit seinem Kranksein, auf den Umgang des Arztes mit seinen Patienten, die Diagnose und Therapie sowie auf die Reaktionen der Umwelt und der Gesellschaft auf die Krankheit.

Die Wahrnehmung von Gesundheit ist stark gebunden an die subjektiven Krankheitsvorstellungen, wobei Jugendliche und junge Erwachsene ihre Ressourcen für unerschöpflich halten. Generell bestimmend für die subjektive Gesundheitswahrnehmung sind die Faktoren Alter, Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit, die gleichzeitig auch Gefährdungspotenziale darstellen können.

Zum Ausdruck und zur Bewältigung von Krankheit und Schmerz in der Kunst

Krankheit und Schmerz finden ihren bildhaften Ausdruck zum Beispiel in der Kunst von Ferdinand Hodler (1853–1918) und Frida Kahlo (1907–1954), die versucht haben, den Schmerz als physisches und psychisches Leiden darzustellen. Hodler gelang dies mit seinem Bilderzyklus über die Krankheit und das Sterben seiner Geliebten Valentine Godé-Darel (1873–1915) [Ausstellung Januar 2004 im Barlach-Haus im Jaenisch Park in Hamburg].

Frida Kahlo erkrankte als Sechsjährige an Kinderlähmung, in deren Folge ein Bein verkürzt blieb. Sie litt darunter, von ihren Mitschülerinnen als »Frida Hinkelbein« verspottet zu werden. Als 18-Jährige wurde sie Opfer, als der Bus, in dem sie von der Schule nach Hause fuhr, mit einer Straßenbahn kollidierte. In Folge des Unfalls musste sie sich zahlreichen Operationen unterziehen, die zu lebenslang andauernden quälenden Schmerzen führten. Die Male-

rei wurde zur Quelle der Inspiration; ein Versuch dem Leiden Ausdruck zu geben und es zu bewältigen.



Psychologische und psychosomatische Prozesse

Rückenschmerz ist eine Begleiterscheinung zahlreicher Erkrankungen des Bewegungsapparats, die mit Einschränkungen im Bereich des Skeletts und der Muskulatur einhergehen.

Die Erkrankungen sind in ihrem Erscheinungsbild vielfältig und die diagnostischen Klassifikationen zahlreich. Die Bemühungen um eine psychologische Ursachenforschung werden erschwert durch den häufigen Wechsel medizinischer Klassifikationen und die damit reduzierten Möglichkeiten, Patienten diesen Klassifikationen zuzuordnen. Unterschiedliche Forschungsansätze wie kasuistisch-klinische Studien, Hypothesen über die Spezifität, den Krankheitsbeginn und -verlauf sowie psychotherapeutische Studien, versuchen die psychosomatischen Zusammenhänge zu erhellen.

Die psychosomatische Forschung sucht nach einem relativ genau definierbaren Krankheitsbeginn und den damit verbundenen Auslösesituationen. Bisherige Forschungen (s. KÜHNE 1991; LIEDTKE, KÜHNE & FREYBERGER 1990) zeigen, dass sich bei belastenden Situationen (z.B. medizinischen Eingriffen, belastenden persönlichen Lebensereignissen) die Symptomatik verstärkt.

Psychogene Schmerzsyndrome treten häufig zeitlich parallel bei nicht gelösten konflikt-

Abbildung 1 (links)
Frida Kahlo: *Selbstbildnis sitzend* (1931)²
Quelle: Frida Kahlo: Kettenmann, Andrea (2003). Frida Kahlo. Köln: Taschen, S. 31 (*Selbstbildnis sitzend*, 1931)

1 Abwandlung des Zitats von Lew N. Tolstoj (1878) zu Beginn des Romans Anna Karenina: »Alle glücklichen Familien sind einander ähnlich; jede unglückliche Familie ist auf ihre besondere Weise unglücklich.«

Abbildung 2
 Frida Kahlo: »Baum der Hoffnung bleibe stark« (1946) Mexico, Institut Nacional de Bellas Artes.
 Quelle: Frida Kahlo: Kettenmann, Andrea (2003). Frida Kahlo. Köln: Taschen, S. 71 (Baum der Hoffnung, bleibe stark, 1946)

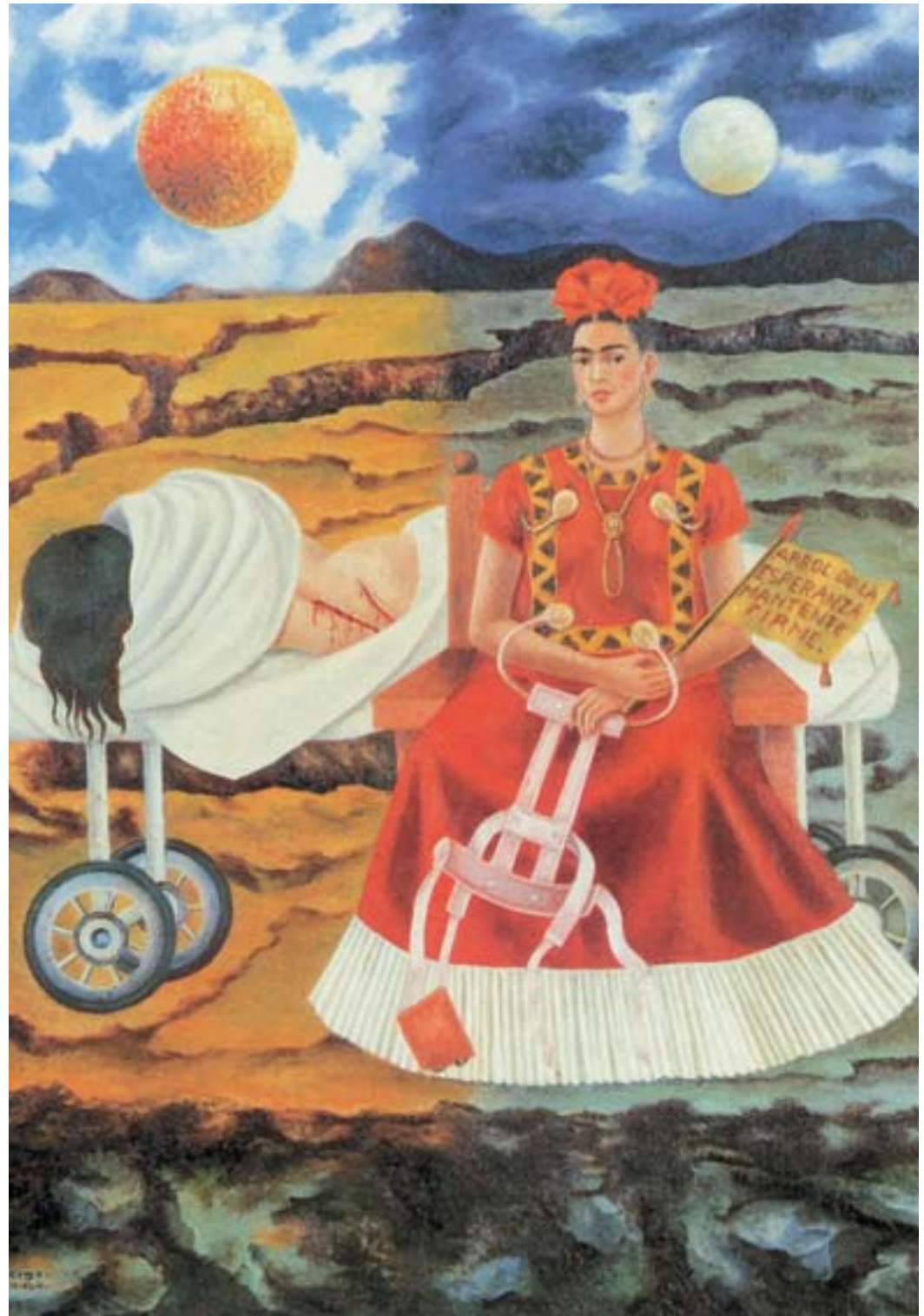


Abbildung 3
 Brief von Frida Kahlo an Alejandro Gómez Arias vom 30. Juni 1946
 Quelle: Frida Kahlo: Kettenmann, Andrea (2003). Frida Kahlo. Köln: Taschen, S. 71 (Baum der Hoffnung, bleibe stark, 1946)

spezifischen Umweltreizen (wie z.B. einem Objektverlust) auf.

Ein besonderes Forschungsdefizit liegt darin, dass bisher zu wenig der Zusammenhang kombinierter organisch-psychogener Schmerzbeurteilung erforscht wurde.

Komparativ-kasuistische Untersuchungen

Die vorliegende Studie basiert auf der Methode der komparativen Kasuistik (JÜTTEMANN 1990), bei der Einzelfälle analysiert und miteinander verglichen werden.

Grundlage der Untersuchung waren die Akten und Explorations psychologischer und psychosomatischer Gutachten, die im Auftrag bundesrepublikanischer Sozial- und Landes-sozialgerichte erstellt wurden. Aus diesen Gutachten wurde zur komparativ-kasuistischen

Analyse eine Stichprobe von 37 Rentenbewerbern ausgewählt, bei denen Bewegungseinschränkungen durch rheumatische oder Gelenkerkrankung mit hohem Schmerzpotenzial und einer erheblichen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit vorlagen (KÜHNE 1991, KÜHNE, FREYBERGER & FREYBERGER 1996).

Der überwiegende Teil (13 Männer, 19 Frauen) hatte einen Antrag auf eine Rente wegen vermuteter Arbeitsunfähigkeit durch die Schmerzkrankung gestellt.

Die Gesamtstichprobe umfasste 20 Frauen, von denen 18 an degenerativen rheumatischen Erkrankungen, kombiniert mit Wirbelsäulenbeschwerden litten. Bei 13 der 17 Männer aus der Stichprobe überwogen die Beschwerden an Wirbelsäule, Gliedmaßen und Gelenken. Die Beschwerden begannen bei den Männern im Jugend- und jungen Erwachsenenalter, bei den Frauen im mittleren Erwachsenenalter.

Die Beschwerden sind bei Frauen überwiegend kombiniert mit Kopfschmerzen, Magen- und Darmbeschwerden, Schlafstörungen, Herz- und Kreislaufbeschwerden sowie allgemeiner Erschöpfung und Nervosität. Bei Männern dominieren die Schlafstörungen gefolgt von Kreislaufbeschwerden und Kopfschmerzen. Als kritische Lebensereignisse wurden in der frühen Kindheit und Jugend Kriegserlebnisse berichtet (Flucht, Erkrankung oder Tod naher Familienangehöriger). Die Kriegs- und Nachkriegszeit führte bei sieben männlichen und sechs weiblichen Patienten zu einem Abbruch des Schulbesuchs. Sieben Frauen wuchsen in unvollständigen Familien auf; vier Männer hatten in Kindheit und Jugend überhaupt keine Familie mehr. Der Tod eines nahen Angehörigen wurde von 16 Männern und 17 Frauen als nachhaltige Belastung erlebt. Während

zwei Drittel der Männer von einer guten Beziehung zu Vater, Mutter und Geschwistern berichteten, tat dies nur ein Viertel der Frauen.

Jeweils zehn Frauen und zehn Männer konnten sich ihren Berufswunsch nicht erfüllen. Bei den Frauen wird die Eheschließung und die Betreuung der Kinder als Grund für eine nicht begonnene oder abgebrochene Berufsausbildung angegeben. Bei den Männern wird dies auf den Mangel an passenden Ausbildungs- und Arbeitsplätzen oder auf finanzielle und familiäre Probleme zurückgeführt. Ein später erfolgter Berufswechsel oder eine Umschulung scheiterten bei einem Drittel der Männer. Der krankheitsbedingte Verlust des Arbeitsplatzes wird von fast allen Männern als gravierend beeinträchtigendes Lebensereignis angesehen, während bei den Frauen der Weggang der Kinder aus der Familie als schmerzlichstes Ereignis bezeichnet wird.

Partnerschaftsprobleme und Ehekrisen spielen bei den Frauen als kritisches Lebensereignis eine größere Rolle als bei den Männern.

Als Ursachen für die Ehekrisen sahen die Ehefrauen hauptsächlich den hohen Alkoholkonsum und die Aggressivität der Ehemänner an.

Der psychische Befund beschreibt bei allen Frauen und bei zwölf von 17 Männern eine depressive Reaktionsbereitschaft und erlebte narzisstische Kränkungen. Eine neurotische Depression liegt bei fast allen Frauen vor, während hypochondrisches Agieren bei doppelt soviel Frauen wie Männern beschrieben wird. Bedeutsam sind die bei den Männern festgestellten Angstzustände und die emotionale Gehemmtheit.

In beiden Gruppen leiden gleichviel Patienten (13) unter einem unbewältigten Objekt-

verlust, sei es nun ein naher Angehöriger, der Ehepartner (Tod oder Scheidung) oder der Verlust des Berufs durch Krankheit.

Zusammenfassung und Ausblick

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Krankheit ist vielfältig und wie die oben angeführten Beispiele des Wechselspiels von Körper und Psyche zeigen in vieler Hinsicht noch wenig erforscht.

Dieser Beitrag sollte die Interdisziplinarität des Themas skizzieren und zu weiterer Kooperation zwischen unterschiedlichen Wissenschaftsgebieten anregen.

Literaturangaben

- Bengel, J. & Belz-Merk, M. (1997). Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In Schwarzer, R. (Hrsg.). Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe, S. 23–42.
- Engelhardt, D. von (1999). Krankheit, Schmerz und Lebenskunst. München: Beck'sche Reihe.
- Jüttemann, G. (1990) (Ed.). Komparative Kasuistik. Heidelberg: Asanger.
- Jüttemann, G., Sonntag, M. & Wolf, C. (Hg.) (1991). Die Seele – ihre Geschichte im Abendland. Weinheim: PVU.
- Kühne, A. (1991). Psychologie im Sozialgerichtsverfahren – eine biographische Analyse. In: Egg, R. (Ed.): Brennpunkte der Rechtspsychologie – Polizei – Justiz – Drogen. Bad Godesberg: Forum S. 225–237.
- Kühne, A., Freyberger, H.J. u. Freyberger, H. (1996). Das psychosomatische und psychologische Gutachten – am Beispiel des Gutachtens im Sozialgerichtsverfahren. In Jores, Arthur Praktische Psychosomatik (3. neubearbeitete Auflage herausgegeben von Adolf-Ernst Meyer, Hellmuth Freyberger & Margrit von Kerekjarto).
- Liedtke, R., Kühne, A., Freyberger, H. (1990). Rückenschmerz aus psychosomatischer Sicht (psychodynamischer und systemischer Aspekt). In: Ernst, E. und Zuckschwerdt, W. (Hrsg.) (1990): Der gemeinsame Patient. Wirbelsäulenleiden. München: Verlag Zuckschwerdt.



Prof. Dr. Adelheid Kühne
Jahrgang 1944, Institut für Psychologie und Soziologie in den Erziehungswissenschaften an der Universität Hannover. Lehr- und Forschungsschwerpunkte: Allgemeine Psychologie, Rechtspsychologie und Qualitätsstandards psychologischer Diagnostik und Begutachtung.