

Neues im Verständnis des Fibromyalgie-Syndroms

Gerhard Schroth

Das Fibromyalgie-Syndrom ist bei vielen meiner Kollegen mit einer aversiven Erfahrung verknüpft, weil es der Medizin bislang noch kaum gelungen ist diese Krankheit zu erklären, noch sie effizient zu behandeln. Vielleicht kann eine neue Perspektive auf das Geschehen hier weiterhelfen, auch wenn sie in manchen Punkten nicht mit der Sichtweise der derzeitigen psychosomatischen Forschung übereinstimmt. Bislang gibt es zu meiner Vorgehensweise weder statistische Auswertungen noch eine wissenschaftliche Forschung, dazu sind meine Erfahrungen zu neu. Vielmehr folge ich als niedergelassener Arzt meiner klinischen Erfahrung, die auch für mich zunächst überraschend war.

Meine langjährige Beschäftigung mit der Prä- und Perinatal-Psychologie hat die Perspektive im klinischen Alltag unmerklich verändert. So war ich anfänglich selbst verwundert, dass die Behandlungen von Fibromyalgie-Patienten unter Einschluss dieser neuen Perspektive einen ungewöhnlich günstigen Verlauf nahmen: Mit einer verhältnismäßig geringen Zahl von 5 bis 25 psychotherapeutischen Sitzungen gelang es mir, ein Krankheitsgeschehen zu verändern, das gemeinhin als chronisch und unheilbar gilt.

Beginnen möchte ich mit dem Zitat einer meiner Patienten: „[Versuchen Sie sich vorzustellen, dass Sie einen Alptraum haben, der sie über 16 Stunden verfolgt, und zwar jeden Tag im Jahr, das ist Fibromyalgie!](#)“ - Wir hatten schon einige Sitzungen über ihre Fibromyalgie gearbeitet, als sie mir mit ihrem Bild „be-greifbar“ machen wollte, was diese Krankheit für sie bedeutet. Ich muss gestehen, dass ich mir zunächst das Ausmaß ihres Leidens nicht in vollem Umfang vorstellen konnte, dennoch habe ich ihre Worte ernst genommen und ihr nicht unterstellt, dass sie aggraviert. Aus heutiger Sicht stellt sich mir die Fibromyalgie in der alltäglichen ärztlichen Praxis als eine Krankheit der Sprachlosigkeit und der interaktionellen Hilflosigkeit auf beiden Seiten dar.

Auf Seiten der Patienten herrscht häufig Beschämung vor, weil sie so schwer vermitteln können, was sie quält. Sie können keinen vernünftigen Grund angeben, warum ihre Schmerzen ständig wechseln. Häufig sind diese Menschen übermäßig leistungswillig und betroffen darüber, dass sie ihre Aufgaben nicht bewältigen können. Ihr Selbstwertgefühl ist eng mit ihrer Leistungsfähigkeit verknüpft. Zusätzliche Kränkung geschieht, wenn sie dem Vorwurf der Simulation ausgesetzt werden.

Niedergelassene Ärzte wiederum erwarten in der Regel, dass die Patienten genau beschreiben, was und wo es ihnen wehtut. Die Kollegen spüren Ungeduld über das Klagen,

wenn die Patienten ihre Beschwerden nicht klar benennen können. In aller Regel zeigen auch die somatischen Befunde in keine Richtung, die Hilfe verspricht, weder diagnostisch noch therapeutisch. Den Patienten nicht helfen zu können, ist für Mediziner schwer zu ertragen. Über kurz oder lang manövrieren sich Arzt und Patient gegenseitig zunehmend in eine interaktionelle Sackgasse hinein, aus der zumindest der Behandler am liebsten davonlaufen möchte. Und wenn wir - wie heutzutage viele unserer Patienten - bei „Dr.Google“ nachschauen, finden wir dort die lapidare Feststellung: „Die Fibromyalgie ist eine chronische und unheilbare Erkrankung.“

Schauen wir uns die Punktprävalenz des Fibromyalgie-Syndroms in verschiedenen Publikationen an, kommen wir auf durchschnittlich 3,5% in der erwachsenen Bevölkerung. Umgerechnet auf Deutschland müssen wir also mit 2,8 Millionen Fibromyalgie-Erkrankten rechnen, was die hohe Brisanz des Themas deutlich macht. - Dem stehen hierzulande ca. 1200 Fachleuten (Neurologen, Orthopäden, Schmerz-Therapeuten) gegenüber. Wir können ahnen, wie viele Fibromyalgie-Patienten tatsächlich fachmedizinische Unterstützung bekommen können. Die meisten suchen letztendlich Hilfe beim Hausarzt und häufig nimmt das oben beschriebene Szenario seinen Lauf. Warum ich das Fibromyalgie-Syndrom als Krankheit der Sprachlosigkeit beschreibe, will ich später noch etwas genauer erläutern.

Selbst das American College of Rheumatology, das die Krankheitswertigkeit des Fibromyalgie-Syndroms bereits 1990 anerkannt hat, nimmt in einer Stellungnahme zwei Dekaden später eine eher fatalistische Haltung ein: „There is no cure for fibromyalgia“. Dagegen steht aber, dass es seit 2008 in Deutschland S3-Leitlinien zur Behandlung des Fibromyalgie-Syndroms gibt, die in etwa 4-jährigem Abstand überarbeitet werden. Prof. Dr. Wolfgang Eich, der an der Universität Heidelberg forscht, ist hierbei federführend.

Diese S3-Leitlinien stelle ich im Anhang als PDF-Datei zur Verfügung, um zu zeigen, dass wir in Deutschland die Meinung des American College of Rheumatology nicht zwangsläufig teilen müssen. Es gibt durchaus pragmatische Behandlungsansätze, die konsequent von Arzt und Patient umgesetzt, zu einer Linderung der Beschwerden führen, wenngleich eine befriedigende Klärung der Krankheitsursachen immer noch aussteht. Das in den S3 Leitlinien geschilderte Vorgehen hat sich als Teil meiner eigenen Behandlungsstrategie durchaus bewährt. Die Einzelheiten dazu können sie der PDF-Datei entnehmen.

Die vom American College of Rheumatology vorgeschlagene Diagnostik der Tender Points war zunächst einmal der Ausgangspunkt der Diagnostik. 11 von 18 dieser Punkte sollen nach den Kriterien des ACR über mindestens 3 Monate schmerzhaft sein, um die Diagnose einer Fibromyalgie zu rechtfertigen. Das gilt inzwischen nicht mehr ausreichend für die Diagnose.

Es gibt eine Menge mehr an Symptomen, die als Hinweis auf eine Fibromyalgie gefunden werden können. Die Forschung betont inzwischen die allgemein erhöhte Schmerzempfindlichkeit der Fibromyalgie-Patienten. Die durchschnittliche Schmerzschwelle beim

Menschen liegt bei ca. 4 Kilopond Druck pro cm². Die Schmerzschwelle beim Fibromyalgie-Patienten beginnt aber schon bei 2,8 Kilopond. Das ist ein einfach nachweisbares Merkmal des Fibromyalgie-Syndroms. - Man postuliert hierbei einen Zusammenhang mit der absteigenden Schmerzhemmung, die bei jedem Menschen verfügbar ist, beim Fibromyalgie-Patienten aber nur in reduzierter Funktion. Es findet sich eine deutliche Hypersensibilität im Bereich der Berührung, genauso wie eine Hypersensibilität gegenüber dem Hören und gegenüber dem Licht, die besonders bei schweren Formen der Fibromyalgie zu beobachten ist.

Ein weiterer wichtiger Punkt in der Anamnese der Fibromyalgie sind spezifische Schlafstörungen. Fibromyalgie-Patienten berichten häufig davon, dass ihr Schlaf nicht erholsam sei, sie schon müde und erschöpft morgens aufstehen und sie die Aktivitätsspanne über den Tag nicht durchhalten können. Das sehe ich als ein markantes Merkmal des Fibromyalgie-Syndroms. Dazu gab es eine experimentelle Untersuchung: Unterbindet man bei einem durchschnittlichen Menschen 4 Nächte lang den REM-Schlaf, indem man immer ihn immer weckt, bevor der REM-Schlaf beginnt, kann man ein ganz ähnliches Phänomen auslösen. Nach 4 Tagen sind die Versuchs-Personen so sehr belastet, dass deren Schmerzgrenze auf etwa den gleichen Wert wie bei den Fibromyalgie-Patienten absinkt. Interessanterweise gelang der gleiche Versuch bei Sportstudenten nicht. Die Belastung wurde von den Sportstudenten besser toleriert, weil sie durch die Bewegungsaktivität diese Spannung kompensieren konnten. Sie konnten die Spannung anscheinend über die sportliche Aktivität abführen und gerieten nicht in diesen Teufelskreis, den wir beim Fibromyalgie-Patienten kennen.

Genau daraus lässt sich ein Lösungsweg für Fibromyalgie-Patienten ableiten. Fibromyalgie-Patienten vermeiden aufgrund der Schmerzen Bewegung. Aufgrund der vermiedenen Bewegung entsteht eine Atrophie der Muskulatur. Der Atrophie der Muskulatur folgt wiederum eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit und mündet so in einen Teufelskreis, der zu immer weniger Bewegung und zu immer mehr Schmerzen führt. Für eine Bewegung aus der Fibromyalgie heraus, ist eine sehr vorsichtige Aktivierung des Patienten in Richtung auf Bewegung notwendig. Es kann mit Wärmetherapie beginnen, leichte Formen der Krankengymnastik können folgen in einem Maß, das den Patienten ermutigt, seine Bewegung wieder aufzunehmen.

Als Beispiel dazu schildere ich den Behandlungsverlauf einer Fibromyalgie-Patientin, die mit einer schmerzfreien Bewegungsstrecke von ca. 200 m zu mir kam. Sie konnte trotz hochdosierter Analgetika Stufe 3-Opiate die Praxis kaum erreichen. Während unserer psychotherapeutischen Arbeit über knapp 25 Stunden hat sie in kleinen Schritten die Schmerzmedikation abgebaut, ihre Bewegungs-Strecke durch tägliche Übung so erweitert, sodass sie nach einem Jahr Behandlung etwa 2 km Laufstrecke erreichte. Nach 2 Jahren weitmaschiger Psychotherapie war sie gänzlich frei von Schmerzmitteln und konnte bis zu 5 Stockwerke schmerzfrei begehen. Dies gelang ihr ohne jegliche Krankengymnastik, ohne übende Verfahren. Allein durch tiefenpsychologische Gespräche über ihre Biographie und ihre Verarbeitungsmechanismen hatten wir viele traumatischen Erfahrungen aufgearbeitet.

- Traumatische Erlebnisse hatten schon sehr früh in ihrer Kindheit begonnen, sich vielfältig im späteren Leben wiederholt, auch deshalb, weil sie vielfach auf neurotische Weise von ihr re-inszeniert wurden. - Ein emotional durchaus schwieriger, tränenreicher und schmerzhafter Bewältigungs-Prozess, an dessen Ende klare persönliche Grenzen für sie und ihre Gesundheit erkennbar waren. Ihr Selbstwert-Erleben und ihre soziale Selbstwirksamkeit hatten deutlich zugenommen. Sie konnte erstmals in ihren Leben Stolz über das empfinden, was sie geleistet hat. Früher glaubte sie immer, nicht genug getan zu haben, was als ein ganz typisches Muster bei Fibromyalgie-Patienten zu finden ist. Ich darf Ihnen mit Erlaubnis der Patientin eine von ihr verfasste Geschichte zur Verfügung stellen, die an Fibromyalgie leidende Menschen nachdenklich stimmen kann. (Sie findet sich als weitere PDF-Datei im Anhang). Sie betitelte sie:

„Versöhnung mit meinem Schmerz“

Lieber Schmerz!

Ganz vorsichtig hast du bei mir angeklopft. Es wäre gut gewesen, ich hätte dir die Tür aufgemacht, dich hereingebeten und dich freundlich begrüßt. „Was ist der Grund für deinen Besuch?“ hätte ich dich fragen sollen. Stattdessen habe ich mir die Ohren zugehalten und dein Klopfen überhört. Nun hast du immer lauter geklopft, bis ich dein Klopfen nicht mehr ignorieren konnte. Ich habe dich nicht hereingelassen, nur die Tür aufgemacht, aber statt dich ernst zu nehmen, habe ich dich versucht zu beruhigen und habe dir ein paar Bestechungsgeschenke gemacht. Ein paar Massagen für den Nackenschmerz und du warst für eine Weile zufrieden gestellt. Aber dann hast du mich durchschaut und voll Wut meine Tür eingetreten, um endlich mit mir zu reden. Ich habe mir einfach ein paar Nordic Walkingstöcke geholt und bin vor dir davongelaufen. Ich wollte nicht hören, was du mir sagen wolltest. Irgendwann hast du mich leider eingeholt, wir haben lange gekämpft, bis du mich überwältigt hast. Jetzt habe ich mir Hilfe geholt und zusammen haben wir beschlossen dich mit Tabletten zu betäuben. Der Schuss ging nach hinten los. Denn fast hätte ich mich selbst damit vergiftet. Doch du bist geblieben und wurdest immer unverschämter und hartnäckiger. Jetzt habe ich dich richtig gehasst. Aber damit konnte ich auf Dauer nicht leben. Nun habe ich versucht dich zu akzeptieren und mit dir zu leben. Das war erstmal erträglicher und ging eine Weile gut. Du, der Schmerz und ich, wir waren ein gutes Team. Aber für den Grund deines Besuches habe ich mich immer noch nicht interessiert. Doch so nach und nach habe ich gemerkt, dass dies nicht das Leben ist, das ich mir gewünscht habe. Du bist so stark und mächtig und hartnäckig, ich bin dir total hilflos ausgeliefert. Nichts geht mehr ohne dich, überall bist du dabei, morgens wenn ich aufwache, bist du schon lange wach. Das Aufstehen mit dir zusammen gestaltet sich schwierig. Du hinderst mich an vielen schönen Dingen des Lebens teilzunehmen. Wegen dir kann ich meinen Beruf nicht mehr ausüben. Abends gehe ich mit dir ins Bett. Und auch in der Nacht gibst du oft keine Ruhe. Und endlich habe ich dich doch einmal ganz höflich nach dem Grund deines Besuches gefragt. „Ich will deine Seele retten“ hast du geantwortet. Nach einem sehr ausführlichen Gespräch habe ich das irgendwie eingesehen und verstanden. Und dann habe ich angefangen mich an die Arbeit zu machen. Rettungsplan für die Seele. Puh, das ist ganz schön viel Arbeit. Deine Aufgabe, Schmerz, ist nun erfüllt, du kannst gehen, du hinderst mich jetzt nur am Gesundwerden. Ganz zögerlich beginnst du zu weichen. Da kann ich doch etwas nachhelfen und beginne kräftig dich wegzupusten, wie die Wehen zur Geburt eines Kindes. Und wie du dich umdrehst um zu gehen, sehe ich deinen traurigen Blick, und wie eine Träne aus deinem rechten

Augenwinkel läuft. Und da fällt es mir wie Schuppen von den Augen. Du bist mein Freund, du wolltest meine Seele retten. Nun lass dich erstmal umarmen. Ich danke dir, lieber Schmerz, für alles, was du für mich getan hast. Ich entschuldige mich für meinen Hass, ich werde dich achten und ehren, du bist ein wahrer Freund. Du bist nun Gast in meinem Haus, bleibe solange du willst. Ich habe Vertrauen zu dir. Ich weiß, wenn ich dich nicht mehr brauche, wirst du gehen. Hab Dank für deine Freundschaft.

Diese berührende Geschichte verwende ich inzwischen in meiner Arbeit als diagnostisches Instrument: Neu diagnostizierte Fibromyalgie-Patienten erhalten nach dem ersten ausführlichen Gespräch diese Geschichte mit nachhause, mit der Bitte zu prüfen, ob Ihnen diese Geschichte etwas vermittelt hat. Führt es zu einer positiven Resonanz, wird es wahrscheinlicher, dass diese Personen von meiner Art der Arbeit profitieren können. - Es gibt eine andere Gruppe von Patienten, die in ihrer Diagnose eine Berechtigung zum Rückzug erkennen, bei denen ich auf große Widerstände stoße, in die innere Umstellung einzuwilligen. Sie ziehen es vor, mit der Diagnose eine neue Identität zu gestalten, was ihre passive Grundhaltung chronifizieren kann.

Zu den Verarbeitungsmechanismen der Fibromyalgie-Patienten gehört, dass sie versuchen, sich über Leistung Selbstwert zu generieren. Ein Thema dem wir in der Psychosomatik häufig begegnen. Das ist aber bei den Fibromyalgie-Patienten besonders ausgeprägt. Das heißt, sie versuchen ihr geringes Selbstwertgefühl über unmäßige Leistung entgegen eigener Grenzen aufzufüllen. Sie gehen permanent über eigene Grenzen des Unwohlseins, des Schmerzes, des Nicht-mehr-Könnens, des Nicht-mehr-Wollens und versuchen, einfach trotzdem zu funktionieren.

Ein weiteres Spezifikum ist, dass die Fibromyalgie-Patienten wenig oder keine Wahrnehmung für ihre eigenen Grenzen haben. Schmerzen und vieles an aversiven Erfahrungen, die eigentlich eine Grenze setzen sollten, übergehen sie grundsätzlich. Das heißt, die Fibromyalgie ist eine Selbstwahrnehmungsstörung aus dem sich die Selbstüberforderung entwickelt.

Ich habe mir die Frage gestellt: Warum gehen diese Menschen so häufig über ihre Grenzen? Man findet überdurchschnittlich häufig, das heißt bei 57 % aller Fibromyalgie-Patienten, eine Missbrauchserfahrung in der Vorgeschichte. Missbrauch meint in diesem Fall nicht unbedingt sexueller Missbrauch, wenngleich er relativ häufig vorgefunden wird. Eine Frau mit Missbrauchserfahrung hat ein 10-fach höheres Risiko, eine Fibromyalgie-Patientin zu werden als jemand, der keine Missbrauchserfahrung hat. Missbrauch schließt hier grobe Vernachlässigung in der Kindheit ein, auch entwertendes Verhalten der Eltern, grobes Missverhältnis zwischen Anforderungen und Leistungsfähigkeit, emotionale Vernachlässigung und Prügel natürlich. Alle diese Traumatisierungen sind damit gemeint. Gewalt aber eben nicht nur auf der körperlichen Ebene, sondern auch auf der emotionalen Ebene. All diese Vorerfahrungen disponieren Fibromyalgie-Patienten zu dieser Erkrankung. Nicht selten sind traumatische und Missbrauchs-Erfahrungen ähnlich wie bei der Posttraumatischen Belastungsstörung diesen Patienten primär nicht zugänglich, sondern

tief ins Somatische verdrängt und es bedarf eines sehr geduldigen, Vertrauen schaffenden und feinsinnig-empathischen Zuhörens, um diese Menschen zu ermutigen, Ihrem Schmerz, Ihrem Trauma noch einmal zu begegnen um es schließlich zu überwinden.

Die Beschreibung der Fibromyalgie als Krankheit der Sprachlosigkeit findet dabei noch eine weitere Bedeutung. Bislang wurden in der Psychoanalyse, der Psychotherapie, der Verhaltenstherapie, ja in der Medizin überhaupt früheste Ereignisse, also Erfahrungen aus der Zeit der Geburt und der nachgeburtlichen Zeit als mögliche Ursachen von schweren Belastungen wenig beachtet.

Dazu berichte ich ihnen aus meiner eigenen Geschichte: Ich bin 1948 geboren, sehr zum Erschrecken und zur Beschämung meiner Eltern mit Klump-Füßen. Sie reagierten sehr prompt und brachten mich zu einem renommierten Orthopäden, der unmittelbar mit dem sogenannten Re-dressieren meiner Füße begann, einer extrem schmerzhaften Erfahrung, die damals ohne Narkose durchgeführt wurde, weil man zu dieser Zeit in der Medizin davon ausging, dass ich bis zum ersten Lebensjahr noch nicht in der Lage sein würde, Schmerzen zu empfinden. Ich habe in regressiven Sitzungen in meine vorsprachlichen Erinnerungen (aus dem 1. bis 6. Lebensmonat) 4 solcher Korrekturen vorgefunden, alle waren extrem leidvoll, weil ohne Narkose. Der schönste Moment dabei war immer, wenn man mir den Gips angelegt hatte und ich wusste, vor den Schmerzen für eine Weile verschont zu sein. Von all diesen Erfahrungen gab es bis dahin allenfalls ein rationales Teil-Wissen, das mich bis zu meinem 50. Lebensjahr nicht wesentlich „berührt“ hatte. Einzig ein Panik-Anfall, den ich einmalig in meinem 11. Lebensjahr erlebte, hätte mir einen Hinweis geben können: Ich hatte jene Klinik wiederbetreten, in der ich als Neugeborener ohne Narkose operiert worden war. Die Rekonstruktion, das genaue Begreifen und die emotionale Bewältigung der Ereignisse gelang mir in Selbsterfahrungs-Sitzungen während meiner prä- und perinatalen Ausbildung bei William Emerson.

Ich bin dadurch überzeugt worden, dass wir valide Erinnerungen aus unserer frühesten Lebens-Erfahrung in uns abgespeichert haben, zum Teil in hoher bildhafter und emotionaler Dichte, die aber landläufig, das heißt durch herkömmliche Methoden der Psychotherapie, bislang nicht zugänglich waren. Es ist an der Zeit uns neu zu orientieren und dem Neugeborenen und dem Säugling, wohl auch dem Ungeborenen im Mutterleib mit einer neuen und unvoreingenommenen Sicht zu begegnen. Meine Sicht auf das Fibromyalgie-Syndrom hat davon sehr profitiert und die Behandlungserfolge zumindest sprechen für sich.

(Die praktische Vorgehensweise meiner Methodik wurde in einem teilweise gekürzten Video-Interview einer Patientin demonstriert und konkret nachvollziehbar gemacht)

Kontaktadresse: Dr. med. Gerhard Schroth, 76835 Gleisweiler, Im Hintermorgen 27
ba@schroth-apv.com