

John E. Sarno

Von Rückenschmerzen befreit

Wie der Geist den
Körper heilt

Anhand aktueller Fallbeispiele seiner Patienten zeigt Dr. Sarno, warum häufig Spannungen und unterdrückte Gefühle wie Ärger, Wut und Angst chronische Rückenschmerzen verursachen. Er prägt dafür den Begriff TMS (Tension Myositis Syndrome, also Muskelverspannungssyndrom) und beschreibt in verständlicher Sprache und genauer Analyse, wie viele Menschen sich selbst ohne Übungen und Physiotherapie von Rückenschmerzen geheilt haben, nachdem ihnen der genauere Zusammenhang ihrer Probleme mit Stress und anderen psychischen Faktoren bewußt geworden ist.

Von Rückenschmerzen befreit

sarno

NA
V1f

6



0430 4317

3-88034-857-X

IRISIANA

NA

IRISIANA

Eine Buchreihe herausgegeben von
Margit und Rüdiger Dahlke

Die Originalausgabe erschien unter dem Titel
Healing Back Pain
bei Warner Books, New York
© 1991 by John E. Sarno

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
Sarno, John E.:

Von Rückenschmerzen befreit : wie der Geist den Körper heilt /
John E. Sarno. Aus dem Amerikan. von Irene Kupferschmid. – München :
Hugendubel, 1996
(Irisiana)

Einheitssacht.: *Healing back pain* <dt.>
ISBN 3-88034-857-X

© der deutschsprachigen Ausgabe
Heinrich Hugendubel Verlag, München
Alle Rechte vorbehalten

Umschlaggestaltung: Zemsch Werkstatt, München
Produktion: Tillmann Roeder, München
Satz: Jung Satzcentrum GmbH, Lahnau
Druck und Bindung: Huber, Dießen
Printed in Germany
ISBN 3-88034-857-X

Inhalt

Einleitung	7
1 Woran erkenne ich TMS?	13
Wer ist TMS-gefährdet?	15
Wo zeigt sich TMS?	17
Der unterschiedliche Beginn der Schmerzen	26
Das Timing der Auslösung	28
Die Geschichte von TMS	33
2 Die Psychologie von TMS	41
Spannung	41
Streß	42
Das Bewußtsein	43
Das Unbewußte	45
Die körperliche Abwehr gegen unterdrückte Emotionen	59
Äquivalente von TMS	61
Psyche und Körper	63
Gibt es TMS in der ganzen Welt?	69
Nichts Neues	70
Die Lösung	70
3 Die Physiologie von TMS	72
Das autonome Nervensystem	72
Sauerstoffmangel – Die Pathophysiologie bei TMS	73
Die Ursachen des Sauerstoffmangels	74
Die Folgen von Sauerstoffmangel	76
Zusammenfassung	80
4 Die Behandlung von TMS	82
Die Anfänge	82
Aktuelle therapeutische Konzepte	84
Behandlungsmethoden	88

Patientengruppen – Folgetreffen	94
Psychotherapie	96
Nachuntersuchung und Verlaufskontrolle	98
Was die Menschen fragen	102
5 Die traditionelle (konventionelle) Diagnose	108
Traditionelle strukturelle Diagnosen	110
6 Traditionelle (konventionelle) Behandlungsformen	130
Der Placeboeffekt	130
Die Behandlung chronischer Schmerzen	139
7 Psyche und Körper	141
Charcot und Freud	141
Franz Alexander	143
Die Dominanz des physio-chemischen Konzepts der Pathologie	144
Der gegenwärtige Stand der Psyche-Körper-Forschung	146
Meine Hypothesen über die Art der Psyche-Körper- Wechselwirkung	147
Der gegenwärtige Stand der Psyche-Körper- Wechselwirkung	156
Die Psyche und das kardiovaskulare System	157
Die Psyche und das Immunsystem	163
Krebs und das Immunsystem	166
Immunsystem und Infektionskrankheiten	168
Das überaktive Immunsystem – die Allergie	170
Die Psyche und das gastrointestinale System	171
Psyche und Kopfschmerzen	172
Psyche und Haut, Akne und Warzen	174
Der Medizinmann	174
Dr. H. K. Beecher	175
 Briefe von Patienten	 177
 Register	 190

Einleitung

Dieses Buch ist die Fortsetzung von *Mind Over Back Pain*, das 1984 publiziert wurde. Es beschrieb eine Beschwerde namens Tension Myositis Syndrome (TMS), die ich für die Hauptursache der häufigen Nacken-, Schulter-, Rücken- und Gesäßschmerzen halte. In den Jahren nach der ersten Publikation habe ich meine Konzepte, wie man TMS diagnostiziert und behandelt, weiterentwickelt sowie bereinigt, und daraus ergab sich die Notwendigkeit für dieses Buch.

Während vieler Jahre stieg die Zahl der Patienten mit Schmerzsyndrom ständig an, so daß sich daraus ein öffentliches Problem von beeindruckender Dimension entwickelte. Man sieht aus den Statistiken, daß ungefähr 80 Prozent der Bevölkerung davon betroffen sind. Ein Artikel in der Zeitschrift *Forbes* im August 1986 zeigte, daß 56 Milliarden US\$ jährlich ausgegeben werden, um mit den Konsequenzen dieser allgegenwärtigen medizinischen Beschwerde fertig zu werden. Es ist der häufigste Grund in diesem Land für das Fehlen am Arbeitsplatz und steht als Grund für einen Arztbesuch an zweiter Stelle nach Entzündungen der Atemwege.

Das ist alles in den letzten 30 Jahren geschehen, warum? Ist nach wenigen Millionen Jahren Evolution der amerikanische Rücken plötzlich unzulänglich geworden? Warum neigen so viele Menschen zu Rückenschmerzen? Und warum sind die Mediziner unfähig, diese Epidemie einzudämmen?

Es ist der Zweck dieses Buchs, diese und noch viele andere Fragen über das weitverbreitete Problem zu beantworten. Die These wird dann weiterentwickelt, daß es sich hier, wie bei allen Epidemien, um das Versagen der Medizin handelt, die Ursachen dieser Krankheit zu erkennen, das heißt, eine genaue Diagnose zu stellen. Die Pest hat die Welt gezeichnet, da zu jener Zeit niemand etwas über Bakteriologie und Epidemiologie wußte. Im 20. Jahrhundert mag es schwer verständlich sein, daß die hochentwickelte Medizin die Ursache von etwas so Gewöhnlichem und Häufigem wie diesen Beschwerden nicht herausfinden kann. Aber Ärzte und medizini-

sche Forscher sind eben auch nur Menschen und nicht allwissend, und was sehr wichtig ist, auch sie leiden unter anhaltender Schwäche von Voreingenommenheit.

Ein bestehendes Vorurteil ist, daß die häufigen Schmerzsyndrome Folge einer strukturellen Anomalie der Wirbelsäule oder chemisch oder mechanisch hervorgerufener Muskelveränderungen sein müssen. Von ähnlicher Wichtigkeit ist ein anderes Vorurteil, das in der traditionellen Medizin besteht, nämlich daß Emotionen keine physiologischen Veränderungen erzeugen. Die Erfahrung mit TMS widerspricht diesen Vorurteilen. Bei den TMS-Beschwerden handelt es sich um eine gutartige (aber schmerzhafte) physiologische Anomalie der Weichteile (nicht der Wirbelsäule), die durch einen emotionalen Prozeß ausgelöst wird.

Zum ersten Mal wurde ich mir im Jahre 1965 über das Ausmaß dieses Problems bewußt, als ich im heutigen Howard A. Rusk Institute of Rehabilitation Medicine im New York University Medical Center als Direktor der ambulanten Abteilung zu arbeiten begann. Es war meine erste Begegnung mit Patienten mit Nacken-, Schulter- und Gesäßschmerzen. In meiner traditionellen medizinischen Ausbildung hatte ich gelernt, daß diese Schmerzen hauptsächlich die Folge einer Vielfalt von strukturellen Anomalitäten der Wirbelsäule waren. Am häufigsten Arthrose oder Bandscheibenbeschwerden oder eine Gruppe unbestimmter Muskelbeschwerden, wie schlechte Haltung, Überbeanspruchung oder untertrainierte Muskeln und ähnliches. Schmerzen in den Beinen oder Armen schrieb man einer Kompression des Nervs zu. Was aber überhaupt nicht klar war, war, wie diese Anomalitäten den Schmerz produzierten.

Die Beweggründe für die verordnete Behandlung waren ähnlich verblüffend. Die Behandlungen bestanden aus Injektionen, Wärme in Form von Ultraschall, Massage und Bewegung. Niemand wußte genau, was diese Kuren bewirken sollten, aber in einigen Fällen schienen sie zu helfen. Man nahm an, daß körperliche Aktivierung die Unterleibs- und Rückenmuskulatur stärken und irgendwie dadurch die Wirbelsäule unterstützen und Schmerzen verhindern konnte.

Die Erfahrung, die ich beim Behandeln dieser Patienten machte, war deprimierend und frustrierend. Nie konnte man das Resultat

voraussagen. Es war auch beunruhigend, daß das Muster der Schmerzen und die Befunde der körperlichen Untersuchung oft nicht mit der Ursache, die man für die Schmerzen verantwortlich machte, übereinstimmten. Zum Beispiel wurden die Schmerzen degenerativen arthrotischen Veränderungen am unteren Ende der Wirbelsäule zugeschrieben, aber der Patient spürte an einer Stelle Schmerzen, die nichts mit den Knochen in dieser Gegend zu tun hatte. Oder jemand hat eine lumbale Diskushernie, mit Durchbruch nach links und Schmerzen im rechten Bein.

Mit dem Zweifel an der Richtigkeit der konventionellen Diagnosen kam die Erkenntnis, daß das am häufigsten beteiligte Gewebe das Muskelgewebe war, besonders die Muskeln im Nacken, den Schultern und im Gesäß. Eine noch wichtigere Beobachtung aber war, daß 88 Prozent der Personen, die zu mir kamen, in ihrer Krankengeschichte Beschwerden wie Migräne, Sodbrennen, Hiatushernie, Magengeschwür, Kolitis, spastischer Kolon, Verstopfung, Heuschnupfen, Asthma, Ekzeme und viele anderen Beschwerden hatten, bei denen man annahm, daß sie alle mit Spannung im Zusammenhang standen. Es schien logisch, daraus zu schließen, daß ihre schmerzhaften Muskelbeschwerden auch durch Spannung erzeugt worden waren. Daher der Name Tension Myositis Syndrome (TMS) (Tension = Spannung; Myo steht für »Muskel«; Tension Myositis Syndrome wird hier definiert als Veränderung des Zustandes im Muskel, der schmerzhaft ist).

Als diese Theorie einer Prüfung unterzogen und die Patienten entsprechend behandelt wurden, verbesserten sich die Behandlungsergebnisse. Es war jetzt möglich, mit einer gewissen Exaktheit zu sagen, welche Patienten erfolgreich sein würden und welche nicht. Das war der Beginn des diagnostischen und therapeutischen Programms, das in diesem Buch beschrieben wird.

Es sollte betont werden, daß dieses Buch keinen neuen Ansatz zur Behandlung von Rückenschmerzen beschreibt. TMS ist eine neue Diagnose und muß daher der Diagnose entsprechend behandelt werden. Als die Medizin erfuhr, daß Bakterien die Ursache vieler Infektionen sei, begann sie nach Wegen zu suchen, um mit diesen Keimen fertig zu werden – daher die Antibiotika. Wenn jemand Rückenschmerzen hat und emotionale Faktoren dafür ver-

antwortlich sind, muß man nach der geeigneten therapeutischen Technik suchen. Natürlich gibt es keine Logik in der traditionellen physiologischen Behandlung. Statt dessen hat die Erfahrung gezeigt, daß der einzig erfolgreiche und dauerhafte Weg, das Problem zu lösen, in der Aufklärung des Patienten liegt, so daß er verstehen kann, was genau er hat. Für den nichteingeweihten Leser mag das nicht viel Sinn machen, aber es sollte beim Weiterlesen klarer werden.

Ist das holistische Medizin? Unglücklicherweise ist das, was als ganzheitliche Medizin bekannt wurde, ein Kunterbunt an Wissenschaft, Pseudowissenschaft und Folklore. Alles was außerhalb der Hauptrichtung der Medizin liegt, könnte man als ganzheitlich bezeichnen. Aber genauer beschrieben, besteht die vorherrschende Idee darin, daß man die »ganze Person« behandeln muß. Ein kluges Konzept, das von der zeitgenössischen Schulmedizin häufig vernachlässigt wird. Aber das sollte nicht dazu führen, alles als ganzheitlich zu bezeichnen, was der medizinischen Konvention widerspricht.

Vielleicht sollte man ganzheitlich als das definieren, was sowohl emotionale wie strukturelle Aspekte von Gesundheit und Krankheit berücksichtigt. Wenn man diese Definition akzeptiert, lehnt man die wissenschaftliche Methode nicht ab. Im Gegenteil: Es wird immer wichtiger, Beweise zu fordern und Resultate zu überprüfen, wenn man die sehr schwierige emotionale Dimension in die medizinische Gleichung miteinbezieht.

Daher handelt es sich hier nicht um ganzheitliche Medizin im volkstümlichen Sinn. Ich hoffe, es ist ein Beispiel für gute Medizin, richtige Diagnose und wirksame Behandlung, sowie gute Wissenschaft – Schlüsse, die auf Beobachtungen beruhen und dann durch Erfahrungen bestätigt werden. Obwohl die Ursache von TMS Spannung ist, wird die Diagnose in der Tradition der klinischen Medizin auf der physischen und nicht auf psychologischer Ebene gestellt.

Alle Ärzte sollten »ganzheitliche Medizin« in dem Sinn praktizieren, daß sie die Beziehung zwischen Psyche und Körper erkennen. Wenn man die emotionale Dimension beim Studium von Gesundheit und Krankheit nicht berücksichtigt, handelt es sich um schlechte Medizin und schlechte Wissenschaft.

Hier noch ein wichtiger Punkt, der hervorgehoben werden sollte: Obwohl TMS durch emotionale Phänomene entsteht, handelt es sich um körperliche Beschwerden. TMS muß von einem Arzt diagnostiziert werden, der fähig ist, die psychologischen und physiologischen Dimensionen der Beschwerden zu erkennen. Psychologen mögen vermuten, daß die Symptome des Patienten emotional erzeugt werden, aber sie sind nicht in der physiologischen Diagnose geschult und können daher nicht mit Sicherheit sagen, wann TMS vorliegt. Da sehr wenige Ärzte darin ausgebildet sind, Beschwerden mit psychologischen Wurzeln zu erkennen, fällt TMS zwischen Stuhl und Bank, und die Patienten bleiben ohne Diagnose. Es ist besonders wichtig, daß die Diagnose durch einen Arzt gestellt wird, um den abwertenden Schluß zu vermeiden, daß die Schmerzen nur »im Kopf« sind.

Was halten Ärzte von dieser Diagnose? Es ist nicht anzunehmen, daß viele Ärzte diese Diagnose überhaupt kennen. Ich habe einige medizinische Artikel und einige Kapitel für Fachbücher auf diesem Gebiet geschrieben, aber sie haben nur eine begrenzte medizinische Zuhörerschaft erreicht, vor allem Physiologen, die auf dem Gebiet der Physiologischen Medizin und Rehabilitation arbeiten. In den letzten Jahren wurden Artikel über TMS nicht mehr zur Publikation akzeptiert, zweifellos weil diese Konzepte das zeitgenössische medizinische Dogma vor den Kopf stoßen. Für die Ärzte, die dieses Buch zu sehen bekommen, möchte ich erwähnen, daß es vollständiger ist, als alle Artikel, die ich publiziert habe, und es mag ihnen nützlich sein, obwohl es für ein breites Publikum geschrieben wurde.

Nach den Reaktionen der Ärzte in meiner nächsten Umgebung zu urteilen, werden die meisten die Diagnose entweder ignorieren oder verwerfen. Einige Ärzte, die auf dem gleichen Gebiet wie ich arbeiten, sagen, daß sie den Wert dieser Diagnose erkennen, aber daß es für sie schwierig ist, solche Patienten zu behandeln. Es bleibt die Hoffnung, daß die Generation der jüngeren Ärzte diesem Problem aufgeschlossener gegenübertritt wird. Eine Absicht dieses Buches ist es, an diese jungen Ärzte zu gelangen.

Was geschieht mit den Lesern, die Nacken-, Schulter-, Rücken- und Gesäßschmerzen haben und glauben, daß sie TMS haben? Ein

Buch kann keinen Arzt ersetzen und ich beabsichtige nicht, durch dieses Buch Diagnosen zu stellen und Behandlungen zu machen. Ich betrachte es als unethisch und unmoralisch, jemanden durch ein Buch oder eine Videokassette zu behandeln. Schmerzsyndrome müssen immer sorgfältig untersucht werden, um ernsthafte Beschwerden, wie Krebs, Tumor, Knochenkrankheiten und viele andere Beschwerden auszuschließen. Wenn man anhaltende Schmerzen verspürt, ist es absolut notwendig, einen Arzt zu konsultieren, damit die erforderlichen Untersuchungen und Tests durchgeführt werden können.

Der Hauptzweck dieses Buchs ist, innerhalb und außerhalb der Medizin das Bewußtsein zu wecken, daß diese häufigen Schmerzsyndrome eines der größten Probleme der öffentlichen Gesundheit darstellen, das nicht gelöst wird, solange sich die medizinische Vorstellung über deren Ursache nicht ändert.

Nachdem ich über den Zweck dieses Buchs berichtet habe, wäre es mehr als bescheiden, wenn ich nicht berichten würde, daß viele Leser des ersten Buchs *Mind Over Back Pain*, über eine Besserung oder ein vollständiges Verschwinden der Symptome berichtet haben. Das unterstützt die Idee, daß die Identifikation mit und das Wissen über diese Beschwerden die entscheidenden therapeutischen Faktoren sind.

Die Wissenschaft verlangt, daß alle neuen Ideen durch Erfahrung und Nachvollziehbarkeit bestätigt werden. Bevor neue Konzepte allgemein akzeptiert werden können, müssen sie über jeden Zweifel erhaben sein. Es ist wichtig, daß die Ideen, die aus diesem Buch hervorgehen, untersucht werden. In der Tradition der wissenschaftlichen Medizin lade ich meine Kollegen dazu ein, meine Arbeit zu überprüfen und zu korrigieren. Sie sollten sie nicht ignorieren, da das Problem der Rückenschmerzen viel zu groß ist, und eine Lösung unbedingt gefunden werden muß.

1 Woran erkenne ich TMS?

Ich habe noch nie einen Patienten mit Nacken-, Schulter-, Rücken- oder Gesäßschmerzen gesehen, der nicht geglaubt hätte, daß seine Schmerzen von einer Verletzung stammen, die er sich bei einer körperlichen Aktivität zugezogen hat. »Ich habe mich beim Rennen (beim Basketball, beim Tennis, beim Kegeln) verletzt.« »Die Schmerzen begannen, nachdem ich meine kleine Tochter hochgehoben habe.« Oder: »Als ich ein verklemmtes Fenster öffnen wollte.« »Seit einem Auffahrunfall, vor zehn Jahren, habe ich immer wiederkehrende Rückenschmerzen.«

Der Glaube, daß Schmerzen Verletzung oder Schaden bedeuten, sitzt tief im amerikanischen Bewußtsein. Wenn die Schmerzen beim Ausüben einer körperlichen Aktivität beginnen, ist es natürlich schwierig, sie nicht dieser Aktivität zuzuschreiben. Der feste Glaube an die Verletzbarkeit des Rückens ist eine medizinische Katastrophe für die amerikanische Gesellschaft, die so über eine ganze Armee halbinvalider Männer und Frauen verfügt, deren Leben durch die Angst, sich weiteren Schaden zuzufügen oder die so gefürchteten Schmerzen wieder zu bekommen, erheblich eingeschränkt ist »Ich habe Angst, mich wieder zu verletzen, darum muß ich sehr vorsichtig sein.« In gutem Glauben wurde diese Vorstellung durch Ärzte und andere Heilende jahrelang genährt. Man nahm an, daß Nacken-, Schulter-, Rücken- und Gesäßschmerzen auf Verletzung oder Krankheit der Wirbelsäule und den damit verbundenen Muskel- und Bänderstrukturen zurückzuführen sind, ohne daß dies je wissenschaftlich belegt worden wäre.

Andererseits hatte ich während 17 Jahren erfreulichen Erfolg bei der Behandlung eben dieser Beschwerden, welcher auf einer ganz anderen Diagnose beruhte. Ich habe beobachtet, daß die meisten Schmerzsyndrome die Folge von Muskel-, Nerven-, Sehnen-, und Bänderbeschwerden sind, die durch »Spannung« verursacht werden. Das wurde auch durch die sehr hohe Erfolgsquote eines schnellen und einfachen Therapieprogramms bestätigt.

Die Sorge der Mediziner um die Wirbelsäule wird genährt durch eine schon während des Studiums erworbene grundsätzliche Betrachtungsweise: Die moderne Medizin orientiert sich vor allem nach mechanischen und strukturellen Konzepten. Der Körper wird als besonders komplexe Maschine angesehen; Krankheit als Funktionsuntüchtigkeit der Maschine, ausgelöst durch Infektion, Verletzung, vererbte Defekte oder Krebs. Gleichzeitig hat die medizinische Wissenschaft eine Vorliebe zum Labor, denn sie glaubt, daß wertlos ist, was nicht im Labor nachgewiesen werden kann. Niemand bestreitet die wichtige Rolle des Labors für den medizinischen Fortschritt (man denke an Penicillin und Insulin). Aber unglücklicherweise können einige Dinge im Labor nicht untersucht werden, und eines dieser Dinge ist die Psyche und ihr Organ, das Gehirn. Emotionen eignen sich nicht für Messungen und Tests im Reagenzglas, und aus diesem Grund hat die moderne medizinische Wissenschaft sich entschlossen, sie einfach zu ignorieren, gestützt durch den Glauben, daß Emotionen ohnehin wenig mit Gesundheit und Krankheit zu tun haben. Deshalb glaubt die Mehrheit der praktizierenden Ärzte, daß Emotionen beim Verursachen von körperlichen Beschwerden eine untergeordnete Rolle spielen. Die meisten aber würden bestätigen, daß ein »physisch« verursachtes Leiden durch Emotionen noch verstärkt werden kann. Ärzte setzen sich ungern mit Problemen auseinander, die mit Emotionen zusammenhängen. Sie machen einen deutlichen Unterschied zwischen Dingen, die die Psyche, und Dingen, die den Körper betreffen. Sie fühlen sich vor allem mit letzterem vertraut. Das Magengeschwür liefert ein gutes Beispiel dafür: Obwohl einige Ärzte nicht dieser Meinung sind, ist es unter den praktizierenden Ärzten eine ziemlich weit verbreitete Ansicht, daß Magengeschwüre hauptsächlich durch »Streß« verursacht werden. Aus diesem Grund scheint es nicht logisch, daß die Behandlung auf »medizinische« und nicht auf »psychologische« Gesichtspunkte ausgerichtet ist und Medikamente verordnet werden, um die »Übersäuerung« zu verhindern. Die Hauptursache der Beschwerden nicht zu behandeln, ist jedoch schlechte Medizin. Das ist eine symptomatische Behandlung, und gerade davon sind wir an der medizinischen Fakultät gewarnt worden. Da die meisten Mediziner ihre Aufgabe in der Behandlung des

Körpers sehen, wird der psychologische Teil des Problems vernachlässigt, obwohl eigentlich er der Hauptverursacher der Beschwerden ist. Der gutgemeinte Versuch mancher Ärzte, etwas über »Streß« zu sagen, ist aber oft oberflächlicher Natur, wie etwa: »Nehmen Sie es doch etwas leichter, Sie arbeiten zuviel.«

Schmerzsyndrome sehen eben »physisch« aus, und es ist besonders schwierig für die Ärzte, die Möglichkeit zu akzeptieren, daß sie auch durch psychologische Faktoren ausgelöst werden könnten. Darum halten sie an der strukturellen Erklärung fest. Indem sie dies aber tun, sind sie die Hauptverantwortlichen für die Schmerzepidemie, die in unserem Land herrscht.

Wenn strukturelle Abnormalitäten keine Schmerzen in Nacken-, Schulter-, Rücken- und Gesäßbereich auslösen, was löst sie dann aus? Studien und klinische Erfahrungen vieler Jahre zeigen, daß diese allgemeinen Schmerzsyndrome Folgen einer physiologischen Veränderung in bestimmten Muskeln, Nerven, Sehnen und Bändern sind, was als TMS (Tension Myositis Syndrome, dt. Spannungs-Muskel-Syndrom) bezeichnet wird. Es handelt sich dabei um harmlose, aber potentiell sehr schmerzhaft Beschwerden, die die Folge von spezifischen emotionalen Situationen sind. Der Zweck dieses Buchs ist, TMS detailliert zu beschreiben.

In den nachfolgenden Abschnitten dieses Kapitels wird gezeigt, wer TMS bekommt, in welchen Körperteilen sich TMS manifestiert, verschiedene Schmerzmuster und allgemeine Auswirkungen von TMS auf die Gesundheit und das tägliche Leben der Betroffenen. Die darauffolgenden Kapitel werden Psychologie und Physiologie von TMS aufzeigen (wo alles seinen Ursprung hat und wie es behandelt wird). Abschließen werde ich mit einem Kapitel über die wichtige Wechselwirkung von Körper und Geist bezüglich Gesundheit und Krankheit.

Wer ist TMS-gefährdet?

Man könnte fast sagen, daß es sich bei TMS um Beschwerden handelt, die uns ein ganzes Leben lang begleiten. Es tritt bei Kindern auf, aber wahrscheinlich erst nach dem 5. oder 6. Lebensjahr. Bei

Kindern manifestiert sich TMS natürlich nicht auf die gleiche Weise wie bei Erwachsenen. Ich bin aber davon überzeugt, daß das, was allgemein bei Kindern als »Wachstumsschmerzen« bezeichnet wird, Zeichen von TMS sind.

Die genaue Ursache für Wachstumsschmerzen wurde nie festgestellt, jedoch haben Ärzte den Müttern immer wieder versichert, daß diese Beschwerden harmlos sind. Als ich einer jungen Mutter zuhörte, die die starken nächtlichen Schmerzen in den Beinen ihrer Tochter beschrieb, wurde mir klar, daß das, was das Kind erfahren hatte, einem Ischiasanfall bei Erwachsenen sehr ähnlich war. Und da dies eines der häufigsten Anzeichen für TMS ist, können die sogenannten Wachstumsbeschwerden sehr wohl TMS bei Kindern darstellen.

Es erstaunt daher nicht, daß niemand in der Lage ist, die Natur der »Wachstumsbeschwerden« zu erklären, da es sich bei TMS um einen Vorgang handelt, der keine physischen Spuren seiner Präsenz hinterläßt. Es ist eine vorübergehende Verengung der Blutgefäße, die diese Symptome hervorruft, dann wird alles wieder normal. Bei Kindern wie auch bei Erwachsenen sind es Sorgen, die den emotionalen Stimulus für einen Anfall auslösen. Man könnte sagen, daß der Anfall bei einem Kind eine Art Scheinalptraum ist, ein Ersatz für einen Alptraum selbst. Es ist eine Befehlsentscheidung des Gehirns, eine körperliche Reaktion zu produzieren, statt das Individuum einer schmerzvollen Emotion auszusetzen. Das Gleiche geschieht auch bei Erwachsenen. Andererseits habe ich das Syndrom bei 80jährigen Männern und Frauen angetroffen. Es scheint keine Altersgrenze zu geben, warum sollte es auch? Solange Emotionen erzeugt werden, ist man auch empfänglich für TMS. In welchen Altersgruppen tritt TMS am häufigsten auf? Können wir etwas aus den Statistiken ableiten? In einer 1982 durchgeführten Erhebung wurden 177 Personen nach ihrem Zustand im Anschluß an eine TMS-Behandlung befragt (siehe das Ergebnis dieser Studie auf Seite 98). Wir stellten fest, daß 77 Prozent der Patienten zwischen 30 und 60 Jahre alt waren. 9 Prozent zwischen 20 und 30 Jahre alt, und nur 4 waren Teenager (zwei Prozent). Am anderen Ende der Altersskala waren es sieben Prozent zwischen 60 und 70 und vier Prozent zwischen 70 und 80.

Diese Zahlen weisen deutlich darauf hin, daß die meisten Rückenschmerzen eine emotionale Ursache haben, denn zwischen 30 und 60 finden wir die Altersgruppe, die, wie ich es nenne, in den Jahren der Verantwortung steht. Das ist der Lebensabschnitt, in dem man am meisten unter Erfolgs- und Leistungsdruck steht. Es ist logisch, daß TMS in dieser Altersgruppe am häufigsten zu finden ist. Wenn aber degenerative Veränderungen der Wirbelsäule (Osteoarthrose, Bandscheibenzerfall, Diskushernie, Gelenkfacettenarthrose und spinale Stenose) Hauptgrund für Rückenschmerzen wären, würden diese Statistiken ganz anders aussehen. In diesem Fall nämlich würde die Häufigkeit ab 20 Jahren zunehmend steigen mit der höchsten Inzidenz bei alten Leuten. Diese Betrachtungsweise ist nur von untergeordneter Beweiskraft, hat aber schon eine hohe Aussagekraft. Die Antwort auf die Frage »Wer bekommt TMS?« lautet: »Jeder.« Aber TMS ist bestimmt in den mittleren Lebensjahren, den Jahren der Verantwortung, am häufigsten. Schauen wir jetzt, wie TMS sich manifestiert.

Wo zeigt sich TMS?

Muskeln

Das meistbetroffene Gewebe im Zusammenhang mit TMS sind die Muskeln, daher der ursprüngliche Name Myositis (wie schon erwähnt, steht Myo für Muskelgewebe). Die einzigen TMS-anfälligen Muskeln des Körpers sind die Nackenmuskeln, die ganzen Rücken- und Gesäßmuskeln, allgemein bekannt unter dem Namen Haltemuskulatur. Sie wird so genannt, da sie die angemessene Kopf und Nackenhaltung unterstützt und zum richtigen Gebrauch der Arme beiträgt.

Haltemuskeln haben einen höheren Anteil an tonischen Muskelfasern als die Bewegungsmuskulatur; das macht sie effizient im lang anhaltenden Ertragen von Aktivität, wozu sie auch bestimmt sind. Ob dies der Grund ist, warum TMS auf diese Gruppe von Muskeln beschränkt ist, wissen wir nicht. Doch ist es sehr wahrscheinlich, denn die Muskeln, die am häufigsten involviert sind, haben die

wichtigsten Aufgaben in der Unterstützung der Haltung. Es sind dies die Gesäßmuskeln, die anatomisch unter dem Namen Glutaei bekannt sind. Ihre Aufgabe ist es, den Rumpf aufrecht über den Beinen zu halten und ihn daran zu hindern, nach vorn oder auf eine der beiden Seiten zu fallen. Statistisch gesehen ist der untere Rücken und das Gesäß die Stelle, an der TMS am häufigsten vorkommt.

Direkt über den Gesäßmuskeln liegt die lumbale Muskulatur (im Kreuz). Oft ist sie mit den Gesäßmuskeln gemeinsam aktiv. Gelegentlich aber sind die Gesäß- und die lumbalen Muskeln einzeln betroffen. Bei ungefähr zwei Dritteln der TMS-Patienten treten die Schmerzen am häufigsten an dieser Stelle auf. Am zweithäufigsten ist die Nacken- und Schultermuskulatur betroffen. Die Schmerzen sind normalerweise im Nacken und der Oberseite der Schultern, im oberen Trapezmuskel lokalisiert. TMS kann auch überall sonst im Rücken auftreten, zwischen den Schultern und dem unteren Rücken, aber dort weniger häufig, als an den beiden anderen erwähnten Stellen. Meist wird ein Patient sich über Schmerzen an einer dieser Stellen beklagen, zum Beispiel in der linken Gesäßhälfte oder der rechten Schulter, aber die physische Untersuchung wird etwas ganz anderes zum Vorschein bringen, das von größter Wichtigkeit und Interesse ist: Bei praktisch jedem TMS-Patienten findet man Druckempfindlichkeit beim Abtasten (Palpation) der Muskulatur in drei Teilen des Rückens: Im äußeren Bereich beider Gesäßhälften (und manchmal im ganzen Gesäßbereich), in den Lumbalmuskeln und den beiden oberen Trapez-(Schulter-)Muskeln. Dieses konstante Erscheinungsbild ist wichtig, da es die Hypothese unterstützt, daß das Schmerzsyndrom seinen Ursprung im Gehirn hat, und nicht in einer strukturellen Veränderung der Wirbelsäule oder einer Muskelschwäche.

Nerven

Der zweite an diesem Syndrom beteiligte Gewebstyp ist jener der Nerven, besonders der peripheren Nerven. Sie liegen, wie erwartet, ganz in der Nähe der Muskeln, die am meisten involviert sind.

Der Ischiasnerv liegt tief im Gesäßmuskel (einer auf jeder Seite); lumbale Spinalnerven liegen unter den lumbalen paraspinalen Mus-

keln, die zervikalen Spinalnerven und der Plexus brachialis unter dem oberen Trapezius (Schultermuskel). Sie sind am häufigsten von TMS betroffen.

In der Tat scheint TMS eher ein regionaler Prozeß zu sein, als ein Prozeß, der auf eine spezifische Funktion ausgerichtet ist. Wenn eine bestimmte Gegend betroffen ist, erleidet das ganze Gewebe Sauerstoffmangel, so daß Muskel- und Nervenschmerzen gleichzeitig auftreten können.

Unterschiedliche Arten von Schmerz können vorkommen, wenn Muskeln und/oder Nerven betroffen sind. Es kann sich um einen stechenden, brennenden, schockartigen Schmerz handeln, oder er wirkt wie Druck. Zu diesen Schmerzen kann die Beteiligung der Nerven hinzukommen, das Gefühl von Nadelkribbeln oder Gefühllosigkeit, und manchmal das Gefühl von Schwäche in den Beinen oder den Armen. In manchen Fällen handelt es sich auch um eine nachweisbare Muskelschwäche. Diese kann mittels einer Elektromyographie (EMG) aufgezeigt werden. EMG-Abweichungen werden oft als Beweis für eine Nervenschädigung durch strukturellen Druck angeführt, aber tatsächlich sind EMG-Veränderungen sehr häufig bei TMS und zeigen oft eine Beteiligung von mehr und anderen Nerven, als es bei einer strukturellen Abweichung der Fall wäre.

Lumbal-, Spinal- und Ischiasnervsyndrome zeigen sich in den Beinen, weil diese Nerven dort hinführen. Beteiligung von Zervikalspinalnerven und Plexus brachialis rufen Symptome in Armen und Händen hervor. Die traditionelle Diagnostik schreibt Schmerzen in den Beinen einer Diskushernie zu und Schmerzen in den Armen einem »eingeklemmten Nerv« (siehe auch Kapitel 5).

TMS kann jeden anderen Nerv im Nacken-, Schulter-, Rücken- und Gesäßbereich miteinbeziehen, was manchmal auch ungewöhnliche Schmerzmuster produziert. Eines der erschreckendsten sind Brustschmerzen. Sofort denkt man bei Brustschmerzen ans Herz und es ist auch äußerst wichtig zu wissen, ob mit diesem Organ alles in Ordnung ist. Wenn das abgeklärt ist, sollte man sich daran erinnern, daß die Spinalnerven im oberen Rücken aufgrund der TMS unter einem leichten Sauerstoffmangel leiden und eben dies die Ursache für die Schmerzen sein könnte. Spinalnerven die-

nen sowohl der Vorderseite des Rumpfes als auch der Rückseite, daher kommt es zu Brustschmerzen.

Wichtig: Konsultieren Sie immer zuerst einen Arzt, um gravierende Beschwerden auszuschließen. Dieses Buch ist keine Anleitung zur Selbstdiagnose. Sein Zweck besteht lediglich darin, eine klinische Erscheinung, nämlich »TMS« zu beschreiben.

Man könnte eine Nervenbeteiligung bei TMS vermuten, durch die Geschichte des Patienten, die körperliche Untersuchung oder beides. Ischiasschmerzen können jeden Teil des Beines betreffen, außer den vorderen, oberen Oberschenkel. Es besteht eine beträchtliche Vielfalt an Schmerz, die davon abhängig ist, wieviel vom Nervenstamm an Sauerstoffmangel leidet. Wie schon erwähnt, kann sich der Patient auch über andere seltsame Beschwerden und über Schwäche beklagen.

Bei der körperlichen Untersuchung werden die Sehnenreflexe und die Muskelstärke getestet, um festzustellen, ob Sauerstoffmangel den Nerv so weit gereizt hat, daß die Übertragung der motorischen Impulse gestört ist. Gleichzeitig werden Sensibilitätstests gemacht (z. B. die Fähigkeit, einen Nadelstich zu spüren), um die Integrität der sensorischen Leiterbahnen im betroffenen Nerv festzustellen. Der Hauptgrund, Sinnes- und Bewegungsdefizite aufzuzeigen, besteht darin, diese dann mit dem Patienten besprechen zu können, und ihm zu versichern, daß Schwächegefühl, Lähmung oder Kribbeln im Grunde genommen völlig harmlos sind. Der sogenannte straight leg-raising test (SLR-Test) wird bei jeder Untersuchung gemacht, aber aus ganz unterschiedlichen Motiven, je nachdem, wer den Patienten untersucht. Wenn der Patient starke Schmerzen im Gesäß hat, wird er nicht fähig sein, sein gestrecktes Bein sehr hoch zu heben und auch das nur unter Schmerzen. Der Schmerz kann vom Muskel her stammen, vom Ischiasnerv oder von beiden. Was der Test aber in den allerwenigsten Fällen aufzeigt, ist eine Diskushernie, die auf den Ischiasnerv drückt, wie den Patienten so oft gesagt wird. Bei einem Schulter-Arm-Syndrom werden am Arm und an der Hand ähnliche Tests gemacht. Manchmal verspüren Patienten auf beiden Seiten gleichzeitig Schmerzen: Das hat keine besondere Bedeutung. Oft sagen sie auch, daß sie zum Beispiel zusätzlich zu den Hauptschmerzen in der rechten Gesäß- und

Beinhälfte periodisch auftretende Schmerzen im Nacken oder einer der beiden Schultern haben. Das überrascht nicht, da TMS irgendwelche oder alle Haltemuskeln betreffen kann.

Sehnen und Bänder

Nach dem Erscheinen meines ersten Buches, in dem ich TMS beschrieben habe, wurde mir nach und nach bewußt, daß eine Vielzahl von Tendalgien (Schmerzen der Sehnen und Bänder) wahrscheinlich auch ein Teil des Muskelspannungssyndroms (TMS) darstellen. Der Ausdruck Myositis wurde je länger desto weniger der Sache gerecht. Er war schon viele Jahre festgelegt, bevor Nerven in TMS miteinbezogen werden konnten. Jetzt begann ich zu realisieren, daß noch ein anderer Gewebstyp Bestandteil dieses Prozesses sein könnte, und mit der Zeit wurde diese Annahme immer mehr zu einer Tatsache.

Was mich zuerst aufmerksam werden ließ, waren Berichte von Patienten nach der Behandlung: Zu dem Verschwinden der Rückenschmerzen addierten sich oft auch das Verschwinden von Sehnen Schmerzen (z. B. Tennisarm). Wie allgemein bekannt, ist der Tennisellbogen eine der häufigsten vorkommenden Sehnenentzündungen. Allgemein wird angenommen, daß schmerzende Sehnen sich durch übermäßige Aktivität entzündet haben. Die Behandlungsroutine besteht im Verabreichen von entzündungshemmenden Medikamenten und Einschränkung der Aktivität. Als ich auf die Möglichkeit aufmerksam geworden bin, daß diese schmerzhaften Sehnen Bestandteil von TMS sein könnten, begann ich den Patienten aufzuzeigen, daß ihre Sehnenentzündungen auch verschwinden könnten, wenn sie ihnen den gleichen Platz in ihrem Denken einräumen würden, wie den Rückenschmerzen. Die Ergebnisse waren ermutigend, und mit der Zeit wuchs mein Vertrauen in diese Diagnose. Ich bin jetzt soweit zu sagen, daß eine Sehnenentzündung oft Bestandteil von TMS und in einigen Fällen sogar der Hauptindikator von TMS sein kann.

Ich habe erkannt, daß der Ellbogen nicht die häufigste Stelle einer Sehnenentzündung ist. Meine Erfahrung zeigt, daß das Knie diese Stellung einnimmt. Einige der üblichen Diagnosen für Knie-

schmerzen sind: Chondromalazie, instabile Kniescheibe oder Unfallverletzung. Die Untersuchung aber zeigt, daß Schmerzempfindlichkeit in einer oder mehreren Sehnen besteht, die das Kniegelenk umgeben, und die Schmerzen meistens gleichzeitig mit den Rückenschmerzen verschwinden. Ein anderer Ort ist das Fußgelenk und der Fuß, entweder am Rist oder an der Sohle oder an der Achillessehne. Allgemein übliche Fußdiagnosen sind: Neurom, Knochensporn, Fasziiitis der Fußsohle, Senkfuß und Entzündung nach ausgedehnter körperlicher Aktivität.

Die Schulter ist eine andere Stelle für Sehnen-TMS. Die übliche strukturelle Diagnose lautet: Bursitis und Rotatorenmanschettenprobleme. Und wieder besteht dort eine leicht feststellbare Empfindlichkeit bei der Palpation einer Sehne in der Schulter. Auch Ristsehnen sind häufig beteiligt. Es ist möglich, daß das, was allgemein als Karpaltunnelsyndrom bezeichnet wird, auch ein Bestandteil von TMS ist. Es handelt sich hier erst um eine Vermutung, die weiterer Beobachtung und Untersuchung bedarf.

Kürzlich sah ich eine Patientin, die nach einem unbedeutenden Unfall Schmerzen an einer neuen Stelle entwickelt hatte. Sie sagte, sie hätte Schmerzen in ihrer Hüfte, und die Röntgenaufnahmen hätten Arthritis in den Hüftgelenken gezeigt, deutlicher erkennbar auf der Seite, die sie schmerzte. Als Ursache für ihre Schmerzen wurde ihr Arthritis angegeben. Da sie sich in der Vergangenheit sehr empfänglich für TMS gezeigt hatte, schlug ich ihr vor, mich für eine Untersuchung zu konsultieren. Die Röntgenaufnahmen zeigten einen geringfügigen Anteil von arthritischen Veränderungen in dem betroffenen Gelenk, wie man es bei einer Frau in ihrem Alter erwarten konnte. Der Bewegungsradius ihres Gelenks war ausgezeichnet und sie hatte keine Schmerzen beim Gewichtheben oder beim Bewegen des Beines. Als ich sie darum bat, mir die genaue Stelle ihrer Schmerzen zu zeigen, deutete sie auf eine kleine Stelle, wo die Sehne eines Muskels am Knochen festgemacht ist, deutlich oberhalb des Hüftgelenks; sie war druckempfindlich. Ich sagte ihr, daß ich denke, es sei Sehnen-TMS, und ihre Schmerzen verschwanden innerhalb weniger Tage.

Tendalgien im Hüftbereich werden hauptsächlich einer trochanterischen Bursitis (Schleimbeutelentzündung des Rollhügels) zu-

geschrieben. Diese Diagnose wurde hier nicht gestellt, weil die Stelle der Schmerzen oberhalb des Trochanters, eines knöchernen Vorsprungs, der an der oberen äußeren Hüftseite gefühlt werden kann, auftraten.

TMS kann an ganz verschiedenen Stellen auftreten und hat eine Tendenz sich zu verschieben, vor allem wenn etwas getan wird, um die Beschwerden zu bekämpfen. Die Patienten berichten oft über Schmerzen an einer neuen Stelle, wenn die alten verschwinden. Es scheint, als ob das Gehirn nicht dazu bereit wäre, die praktische Strategie des Ablenkens vom Bereich des Emotionalen aufzugeben. Daher ist es besonders wichtig für den Patienten zu wissen, wo all die möglichen Schmerzstellen liegen können. Ich weise meine Patienten gewöhnlich an, mich anzurufen, wenn neue Schmerzen auftreten, damit wir herausfinden können, ob sie ein Bestandteil von TMS sind oder nicht.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß an TMS drei Gewebetypen beteiligt sind: Muskel-, Nerven- und Sehnen/Bändergewebe. Jetzt wollen wir sehen, wie sich TMS manifestiert.

Was Patienten für die Ursache ihrer Beschwerden halten und wie sie beginnen

Beim ersten Arztbesuch sind die meisten Leute der Ansicht, daß sie unter den Spätfolgen einer Verletzung, unter einem degenerativen Prozeß, einer angeborenen Krankheit oder einer Muskelschwäche leiden oder Flexibilität ihrer Muskeln eingebüßt zu haben. Die Möglichkeit einer Verletzung scheint am wahrscheinlichsten und ist auch am weitesten verbreitet. Das stimmt oft mit den Umständen überein, unter welchen die Schmerzen begannen. Anlässlich einer Studie, die wir vor einigen Jahren durchgeführt haben, bestätigten 40 Prozent in der typischen Patientengruppe, daß die Schmerzen in Zusammenhang mit einem körperlichen Vorfall standen. Bei einigen war es ein unbedeutender Autounfall, oft ein Auffahrunfall. Auch Stürze auf Eis oder eine Treppenstiege hinunter waren häufig. Das Heben eines schweren Objekts oder Überanspruchung waren weitere Gründe, die häufig genannt wurden, und natürlich wurden auch Jogging, Tennis, Golf oder Basket-

ball oft dafür verantwortlich gemacht. Die Schmerzen begannen irgendwann, Minuten, Stunden oder Tage nach dem Vorfall, was wichtige Fragen zur Natur dieser Schmerzen aufwirft. Einige der Vorfälle, über die berichtet wurden, waren trivial, wie z. B.: sich bücken, um die Zahnbürste zu nehmen, oder sich umdrehen, um etwas in einen Schrank zu legen. Aber die daraus resultierenden Schmerzen können genauso stark sein, wie wenn jemand versucht hat, einen Kühlschrank zu heben.

Ich erinnere mich an einen jungen Mann, der schreibend an seinem Pult saß, und einen so heftigen und andauernden Krampf in der unteren Rückenhälfte hatte, daß er mit der Ambulanz nach Hause gebracht werden mußte. Die darauffolgenden 48 Stunden waren schrecklich für ihn. Er konnte sich nicht bewegen, ohne eine neue Welle von Schmerzen auszulösen.

Wie können so schreckliche Schmerzen durch eine so große Vielfalt an körperlichen Bewegungen ausgelöst werden? Die unterschiedlichen Grade und das starke Variieren des Schmerzbeginns nach dem Vorfall zeigen auf, daß der physische Vorfall nicht der Grund für die Schmerzen sein kann, sondern bestenfalls der Auslöser. Viele Patienten brauchen offensichtlich keinen Auslöser; die Schmerzen treten allmählich auf oder sind eines morgens einfach da. In der obenerwähnten Studie fallen 60 Prozent unter diese Kategorie.

Die Ansicht, daß körperliche Vorfälle, das Auslösemoment darstellen, wird bestärkt durch folgende Tatsache. Es ist nicht möglich, die allmählich beginnenden und die akuten Schmerzen nach ihrer Stärke oder Dauer zu unterscheiden. Das ergibt alles seinen Sinn, wenn man die Natur von TMS bedenkt. Obwohl die Patienten an eine Verletzung glauben, sind sie nicht verletzt. Der körperliche Vorfall gab dem Gehirn die Möglichkeit, eine TMS-Attacke zu starten.

Es gibt noch einen weiteren Grund, die Rolle einer Verletzung bei diesen Rückenschmerzenattacken anzuzweifeln. Eines der bedeutendsten Systeme, das sich über Millionen von Jahren von Leben auf diesem Planet entwickelt hat, ist die biologische Kapazität der Heilung und der Wiederherstellung. Teile unseres Körpers neigen dazu, sehr rasch zu heilen, wenn sie verletzt sind. Sogar der

größte Knochen im Körper, der Femur, braucht nur sechs Wochen, um zu heilen. Und während des Heilungsprozesses dauern die Schmerzen nur über kurze Zeit an. Es ist unlogisch, zu glauben, daß eine Verletzung, die vor zwei Monaten passierte, noch immer Schmerzen verursacht, geschweige denn eine Verletzung, die mehr als zwei Jahre zurückliegt. Aber den Leuten wurde die Idee einer lang anhaltenden Verletzung so lange eingeredet, bis sie sie ohne Widerrede akzeptierten. Genauso machen es auch jene Patienten, bei denen die Schmerzen nach und nach einsetzen. Sie werden diese einem Vorfall zuschreiben, der Jahre zurückliegen kann, wie einem Auto- oder Skiunfall. Für sie sind Rückenschmerzen »physisch«, d. h. strukturell, und müssen auf eine Verletzung zurückzuführen sein. Für sie steht fest, daß ihren Beschwerden eine körperliche Ursache zugrunde liegen muß.

Diese Überzeugung ist einer der wichtigsten Hinderungsgründe auf dem Wege zur Heilung. Beim Patienten muß sich diese Vorstellung ändern, oder die Schmerzen werden andauern. Es wird Zeit, daß Patienten beginnen, psychologisch zu denken, und tatsächlich: wird die Diagnose TMS einmal gestellt, fällt es den Patienten leicht, sich an die psychologischen Dinge zu erinnern, die sich in ihrem Leben abspielten, als die Schmerzattacken auftraten – Beginn einer neuen Stelle, Heirat, Krankheitsfall in der Familie, finanzielle Krise und so weiter. Oder der Patient wird eingestehen, daß sie oder er schon immer ein Pessimist oder ausgesprochen pflicht- und verantwortungsbewußt, zwanghaft und perfektionistisch war. Das ist der Beginn der Erkenntnis, der Anfang, die Dinge in der richtigen Perspektive zu sehen. In diesem Fall ist es die Erkenntnis, daß es körperliche Beschwerden gibt, die eine psychologische Rolle spielen in der menschlichen Biologie. Sich dieser Tatsache nicht bewußt werden heißt, sich Schmerzen und Behinderungen auszusetzen.

Der unterschiedliche Beginn der Schmerzen

Die akute Attacke

Vielleicht die häufigste und zweifellos die erschreckendste TMS-Manifestation ist die akute Attacke. Sie schlägt gewöhnlich wie ein Blitz aus heiterem Himmel ein, und die Schmerzen sind oft so entsetzlich, wie ich sie zuvor bei dem jungen Mann beschrieben habe. Diese Attacken finden am häufigsten im unteren Rücken statt und die lumbale (Kreuz) und die Gesäßmuskulatur sind daran beteiligt. Jede Bewegung bringt eine neue Welle schrecklicher Schmerzen mit sich, der Zustand ist sehr unangenehm, um es milde auszudrücken. Die beteiligten Muskeln befinden sich in einem Krampfzustand. Bei einem Krampf handelt es sich um ein extremes Zusammenziehen (Verengung, Spannung) der Muskeln, ein anormaler Zustand, der äußerst schmerzhaft sein kann. Praktisch jeder von uns hat schon einmal einen Bein- oder Fußkrampf (steifes Bein) erlebt, was das gleiche ist, außer daß der Krampf aufhören wird, sobald der beteiligte Muskel gestreckt wird. Bei einer TMS-Attacke läßt der Krampf nicht nach. Und wenn er nachläßt, kann er jederzeit wieder von neuem beginnen.

Wie im Kapitel »Die Physiologie des TMS« beschrieben werden wird (siehe Seite 72), nehme ich an, daß Sauerstoffmangel für den Krampf und die anderen TMS-typischen Schmerzen verantwortlich ist. Es ist anzunehmen, daß gewöhnliche Beinkrämpfe auch durch einen Sauerstoffmangel entstehen. Daher kommen sie hauptsächlich im Bett vor, wenn die Blutzirkulation verlangsamt ist. Wahrscheinlich handelt es sich um einen leichten und vorübergehenden Sauerstoffmangel in der Beinmuskulatur. Die Blutzirkulation kann durch Muskelkontraktion rasch wiederhergestellt werden. Bei TMS hingegen bleibt der reduzierte Blutfluß durch die Aktion der autonomen Nerven und den außergewöhnlichen Muskelzustand bestehen.

Oft berichten Leute, daß sie in dem Moment, in dem die Schmerzen begannen, ein Geräusch gehört haben, ähnlich einem Krachen, Knacken oder Knallen. Sie beschreiben diesen Umstand oft so:

»Mein Rücken ist kaputt.« Sie sind davon überzeugt, etwas gebrochen zu haben. In Wirklichkeit aber ist nichts gebrochen, doch der Patient würde schwören, daß da ein struktureller Defekt vorhanden ist. Das Geräusch bleibt ein Mysterium. Es könnte ähnlich dem Geräusch einer Manipulation der Wirbelsäule sein, was etwa dem »Knöchel-Knacken« der Gelenke der Wirbel entspricht. Etwas aber kann man mit Sicherheit sagen – es ist absolut harmlos.

Der untere Rücken ist der häufigste Ort für eine akute TMS-Attacke, doch kann sie überall im Nacken, den Schultern und im oberen oder unteren Rücken stattfinden. Wo immer sie auftritt, es ist eines der schmerzhaftesten Phänomene, das ich in der klinischen Medizin kenne, was angesichts seiner Harmlosigkeit paradox ist.

Es ist nicht ungewöhnlich, daß der Rumpf bei einer dieser Attacken verdreht wird. Er kann nach vorn gebeugt sein oder zur Seite oder beides. Der Mechanismus dafür ist nicht bekannt.

Diese Episoden sind von unterschiedlicher Dauer und versetzen den Patienten in Angst und Schrecken. Er stellt sich vor, etwas Schreckliches sei geschehen und es sei sehr wichtig, nichts zu tun, was dem Rücken schaden oder eine weitere Attacke auslösen könnte.

Wenn die Schmerzen im unteren Rücken von Bein- oder Ischiaschmerzen begleitet werden, sind die Sorgen noch größer, da das Schreckgespenst einer Diskushernie und die Möglichkeit einer Operation auftaucht. In diesem mediendominierten Zeitalter haben nur sehr wenige Leute noch nichts über Diskushernien gehört, und die Vorstellung davon erweckt große Besorgnis, was zu noch stärkeren Schmerzen führt. Wenn im Verlauf der medizinischen Untersuchung die Bilder auf eine Diskushernie schließen lassen, wird die Besorgnis weiter vervielfacht. Und falls Gefühllosigkeit, ein Kribbeln im Bein oder Fuß oder eine Schwäche vorhanden sind, was alles wegen zunehmender Angst auch bei TMS auftreten kann, sind die Bedingungen für eine langwierige Schmerzepisode gegeben. Wie wir später noch sehen werden, sind Diskushernien selten die Ursache für die Schmerzen (siehe Seite 112).

Es gibt nicht viele Möglichkeiten, den Verlauf einer solchen Episode zu beschleunigen. Wenn die betroffene Person zu den Glücklichen zählt, die wissen, daß es sich nur um einen Muskelkrampf han-

delt und strukturell alles in Ordnung ist, wird die Attacke von kurzer Dauer sein. Aber das ist sehr selten der Fall. Ich rate meinen Patienten, ruhig im Bett liegenzubleiben, eventuell ein starkes Schmerzmittel einzunehmen und sich den Kopf nicht darüber zu zerbrechen, was passiert sein könnte. Ich fordere sie dazu auf, ihre Bewegungsfähigkeit zu testen und nicht einfach anzunehmen, daß sie sich in den nächsten Wochen und Monaten nicht bewegen können. Wenn man die eigene Besorgnis überwinden kann, wird die Dauer der Attacke bedeutend kürzer sein.

Die langsame Schmerzauslösung

Bei TMS beginnen die Schmerzen in mehr als der Hälfte der Fälle nach und nach – es gibt kein dramatisches Auslösemoment. Manchmal gibt es kein körperliches Ereignis, dem man die Schmerzen zuschreiben könnte. Bei anderen beginnen die Schmerzen nach einem körperlichen Ereignis, aber Stunden, Tage oder sogar Wochen später. Dieses Erscheinungsmuster ist üblich nach sogenannten Schleudertraumata. Ein Auto wird von hinten angefahren, der Kopf schnell zurück. Die Untersuchung und das Röntgenbild zeigen keinen Bruch oder keine Verrenkung, aber einige Zeit später beginnen die Schmerzen, gewöhnlich im Nacken und in den Schultern, gelegentlich auch im mittleren oder unteren Rücken. Schmerzen in einem Arm oder einer Hand können auftreten und wie bei Ischias große Besorgnis auslösen. Oft bewegen sich die Schmerzen vom Nacken aus langsam abwärts, um schließlich den ganzen Rücken mit einzubeziehen. Wenn man weiß, daß es sich hier um TMS handelt, kann der Krankheitsverlauf relativ kurz sein. Wenn aber eine strukturelle Diagnose gestellt wurde, können die Symptome trotz der Behandlung während vieler Monate andauern.

Das Timing der Auslösung

Akute Attacke oder langsame Auslösung – warum beginnt der Schmerz zu einem bestimmten Zeitpunkt? Denken Sie daran, daß das physische Ereignis, wie dramatisch es auch gewesen sein mag,

nur der Auslöser war. Die Lösung ist im psychologischen Bereich des Betroffenen zu suchen. Manchmal ist der Grund dafür eindeutig. Eine finanzielle oder gesundheitliche Krise oder etwas, was man normalerweise als ein erfreuliches Ereignis einstufen würde, wie Heirat oder Geburt eines Kindes. Ich hatte einige sehr ehrgeizige Patienten, deren Schmerzen im Verlauf eines athletischen Wettkampfes begannen, wie zum Beispiel bei einem Tennismatch. Natürlich glaubten sie, sich »verletzt« zu haben. Als ihnen bewußt wurde, TMS zu haben, gaben sie zu, wie sehr sie sich wegen des Wettkampfes Sorgen gemacht hatten.

Es ist nicht nur das Ereignis selbst, sondern das dabei erzeugte Ausmaß an Besorgnis und Ärger, das bestimmt, ob eine physische Reaktion stattfinden wird. Wichtig sind die Emotionen, die erzeugt und dann unterdrückt werden, da wir eine eingebaute Tendenz haben, schmerzvolle und unangenehme Emotionen zu unterdrücken. Diese unterdrückten Gefühle sind der Stimulus für TMS und andere ähnliche Beschwerden. Sorge und Groll sind zwei dieser unerwünschten Emotionen, die wir lieber nicht zur Kenntnis nehmen wollen, und so behält unser Bewußtsein sie so gut wie möglich in den Tiefen des Unbewußten. Wir werden im Kapitel Psychologie noch ausführlicher darauf zurückkommen.

Es gibt auch Patienten, die sagen: »Als die Schmerzen begannen, war gar nichts Spezielles los in meinem Leben.« Aber wenn wir dann über die täglichen Probleme und Schwierigkeiten sprechen, stellt sich oft heraus, daß die Person dauernd in Angstgefühlen lebt. Ich glaube, daß bei diesen Leuten ein stufenweiser Aufbau stattfindet, bis zu dem Punkt, an dem die Symptome auftreten. Wenn man sie darauf hinweist, erkennen sie gewöhnlich ohne Schwierigkeiten, daß es sich bei ihnen um Perfektionisten handelt, verantwortungsbewußte Leute, die als Antwort auf den Druck im täglichen Leben sehr viel unbewußten Ärger und Sorgen erzeugen.

Die Reaktion der verspäteten Auslösung

Es gibt noch ein anderes interessantes und häufiges Muster. In diesem Fall machen die Patienten eine streßvolle Zeit durch, die über Wochen und Monate andauern kann, wie zum Beispiel ein Krank-

heitsfall in der Familie oder eine finanzielle Krise. Sie sind während der Zeit, in der sie diese Krise durchleben, körperlich gesund, aber nach ein, zwei Wochen, wenn alles vorüber ist, haben sie eine Rückenschmerzattacke mit akutem oder langsamem Beginn. Es scheint, als ob sie in dieser Angelegenheit das Richtige tun, um mit den Schwierigkeiten fertig zu werden. Aber wenn alles vorüber ist, drohen die angestauten Emotionen sie zu überwältigen, und die Schmerzen beginnen. Eine andere Betrachtungsweise ist, daß sie während der Krise gar keine Zeit haben, krank zu werden, da die ganze emotionale Energie für die Lösung des Problems eingesetzt wird.

Eine dritte Möglichkeit ist, daß die Krise oder die schwierige Situation genügend emotionale Beschwerden und Ablenkung erzeugt, daß körperliche Schmerzen unnötig werden. Es scheint die Aufgabe des Schmerzsyndroms zu sein, die Aufmerksamkeit der betroffenen Person von den unterdrückten und unerwünschten Emotionen, wie Sorgen und Groll, abzulenken. Beim Durchleben einer Krise gibt es mehr als genug Unerfreuliches, so daß man keine Ablenkung mehr braucht.

Wie auch die psychologische Erklärung dafür sein mag, es handelt sich hier um ein weit verbreitetes Muster und es ist wichtig, es zu erkennen, damit für die Rückenschmerzen nicht physische Beschwerden verantwortlich gemacht werden.

Das Wochenende- und Feriensyndrom

Wann wir sorgenvolle Gefühle produzieren, ist hauptsächlich von unserer Persönlichkeitsstruktur abhängig. Viele Patienten berichten, daß sie fast immer während der Ferien eine Schmerzattacke haben, oder falls sie schon Schmerzen haben, daß diese am Wochenende noch schlimmer werden. Bei einigen ist der Grund dafür offensichtlich. Sie machen sich viele Sorgen in bezug auf ihre Arbeit oder ihr Geschäft, wenn sie nicht dort sind. Es handelt sich um eine Art verzögerte Reaktion. Solange sie bei der Arbeit sind, werden sie die Sorgen »verbrennen«, und wenn sie nicht an der Arbeit sind und sich angeblich ausruhen, beginnen sie, sich Sorgen zu machen.

Da wir gerade über das Entspannen sprechen – man hört oft den Ratschlag: »Entspanne dich doch ein wenig«, als ob man das auf Befehl tun könnte. Es gibt auch zahlreiche Techniken, die zur Entspannung anleiten wollen, wie Medikamente, Meditation, Biofeedback, um nur einige zu nennen. Wenn es durch den Entspannungsprozeß nicht gelingt, die unterdrückten Emotionen und Wut zu reduzieren, wird man trotz des Versuchs, sich zu entspannen, Beschwerden wie TMS und Spannungskopfschmerzen bekommen. Einige Menschen wissen nicht, wie sie ihre täglichen Sorgen hinter sich lassen und ihre Aufmerksamkeit auf etwas Erfreuliches richten können. Ich erinnere mich an eine Patientin, die sagte, daß die Schmerzen unweigerlich beginnen würden, sobald sie sich etwas zu trinken nehme und sich hinsetzen wolle, um etwas auszuruhen.

Kürzlich kam ein junger Mann zu mir, der das Feriensyndrom sehr gut beschrieb. Er sei über eine längere Zeit unter viel Streß gestanden, aber er habe keine Rückenschmerzen gehabt. Während seiner Hochzeitsreise wurde er eines Nachts durch einen Alptraum geweckt, dem unmittelbar danach ein heftiger Krampf im Rücken folgte, was er wie folgt beschrieb: »Mein Rücken war völlig blockiert.« Natürlich könnte dies den Sorgen und Problemen eines frisch verheirateten jungen Mannes zugeschrieben werden, er schien mir aber ein sehr pflichtbewußter Typ zu sein und daher neigte ich eher dazu, sie seiner Arbeit zuzuschreiben. Drei Monate später zeigte er noch immer Symptome, was zweifellos mit der Tatsache verbunden war, daß ein MRI eine Diskushernie am unteren Ende der Wirbelsäule zeigte und man über eine mögliche Operation sprach. (Ein MRI oder *magnetic resonance imaging* ist ein fortschrittliches diagnostisches Verfahren, das ermöglicht, ein Bild von den Weichteilen des Körpers zu produzieren und dadurch beispielsweise Tumore oder Diskushernien zu entdecken).

Trotzdem hatte er mein Buch über TMS gelesen und dachte, er sei ein typischer Patient, wie die Symptome darin beschrieben werden, und er entschloß sich, zu mir zu kommen. Das Ergebnis der Untersuchung ergab TMS. Und es stellte sich heraus, daß seine Symptome nicht von einer Diskushernie stammten, da er im Bein in zwei Muskelsträngen eine Schwäche hatte, was eine Diskushernie nicht verursacht hätte. Nur eine Beteiligung des Ischiasnervs

konnte ein solches Erscheinungsbild produzieren, wie es für TMS typisch ist. Er war sehr erfreut, den Grund für seine Rückenschmerzen zu erfahren und erholte sich schnell. Es gibt viele Gründe im täglichen Leben, Sorgen und Wut zu produzieren, die man sich oft lieber nicht eingestehen möchte, wie zum Beispiel eine unglückliche Ehe, Sorgen mit den Kindern oder das Betreuen einer alten Person. Es gibt dafür zahlreiche Beispiele: Frauen, gefangen in einer Ehe, in der sie es nicht mehr aushalten, die aber auch nicht fähig sind, daraus auszubrechen, weil sie emotional und/oder finanziell vom Ehemann abhängig sind. Andere Leute sind sehr mit ihrer Arbeit zufrieden, können aber mit einer schwierigen Ehefrau oder einem Kind nicht umgehen. Ich erinnere mich an eine Frau mit einem anhaltenden Schmerzsyndrom, die mit ihrem schwierigen Bruder zusammenlebte. Trotz einer Psychotherapie hörten die Schmerzen nicht auf. Eines Tages, so erzählte sie mir, tat sie etwas ganz Außergewöhnliches: Sie wurde sehr böse auf ihren Bruder, schrie ihn an, beschimpfte ihn und stürmte danach aus dem Haus. Mit diesem Ereignis verschwanden ihre Schmerzen. Unglücklicherweise konnte sie diese starke Haltung nicht beibehalten, und die Schmerzen kehrten wieder zurück.

Das Feriensyndrom

Man hört und liest oft, daß Ferien anstrengend sein können. Was eigentlich eine Zeit für Entspannung und Vergnügen sein sollte, wird für viele Leute zu einer unerfreulichen Angelegenheit. Die Tatsache, daß viele Patienten über den Beginn einer TMS-Attacke vor, während oder nach den Ferien berichteten, ist auffallend.

Der Grund dafür ist leicht erkennbar: Große Ferien bedeuten viel Arbeit, besonders für Frauen, die in unserer Kultur meist die Verantwortung, Organisation und Ausführung für den Ferienablauf übernehmen. Unsere Gesellschaft verlangt, daß sie es gerne und mit einem Lächeln tun. Meistens sind sich die Frauen gar nicht bewußt, wieviel Ärger sie dabei empfinden und werden vom Beginn der Schmerzen völlig überrascht.

Die Geschichte von TMS

Was sind allgemeine TMS-Muster? Was sind die Folgen, wenn man längere Zeit unter TMS leidet?

Konditionierung

Für das Verständnis von TMS ist es sehr wichtig, das Phänomen Konditionierung zu kennen. Der moderne Begriff dafür ist Programmierung. Alle Tiere, der Mensch mit eingeschlossen, sind konditionierbar. Das Phänomen ist bestens bekannt durch das Experiment des russischen Physiologen Pavlov, dem auch die Entdeckung der Konditionierung zugesprochen wird. In seinem Experiment zeigte er, daß Tiere Assoziationen entwickeln, welche automatische und reproduzierbare körperliche Reaktionen hervorrufen können. In seiner Studie läutete er jedesmal mit einer Glocke, wenn er eine Gruppe Hunde fütterte. Nachdem er dies einige Male wiederholt hatte, bemerkte er, daß die Hunde beim Ertönen der Glocke zu geifern anfangen, auch wenn er sie nicht fütterte. So wurden sie zu einer physischen Reaktion beim Ertönen der Glocke konditioniert.

Der Konditionierungsprozeß oder das Programmieren ist sehr wichtig, wenn man herausfinden will, wann eine Person mit TMS Schmerzen haben wird. Häufig klagen Personen mit Schmerzen im unteren Rücken, daß sie beim Sitzen unweigerlich Schmerzen bekommen. Sitzen ist eine harmlose Aktivität, und es ist verblüffend, daß es Schmerzen auslösen soll. Die Konditionierung erfolgt, wenn zwei Dinge gleichzeitig ablaufen. Vielleicht hat der Patient zu Beginn des TMS beim Sitzen zum erstenmal Schmerzen verspürt. Das Gehirn schafft darauf einen Zusammenhang zwischen Sitzen und Schmerzen und programmiert die Person dazu, beim Sitzen Schmerzen zu erwarten. Mit anderen Worten: die Schmerzen treten auf wegen des unbewußt geschaffenen Zusammenhangs mit dem Sitzen, und nicht weil Sitzen an sich für den Rücken schlecht ist. So kann eine konditionierte Reaktion zustandekommen. Es gibt bestimmt noch viel mehr solcher Reaktionen, die mir nicht geläufig sind, da das Sitzen für Leute mit Schmerzen im unteren Rücken

sehr häufig ein Problem darstellt. Auch Autositze haben einen schlechten Ruf, darum erwartet man Schmerzen, wenn man in ein Auto steigt. Oft wird man dazu programmiert, Schmerzen zu bekommen wegen Dingen, die einem vom Arzt gesagt wurden. »Vergessen Sie ja nie, beim Bücken in die Knie zu gehen!« – was heißt, daß Sie bestimmt Schmerzen haben werden, wenn Sie sich in Zukunft bücken, obwohl Ihnen dies früher nie ein Problem war. Jemand hat gesagt, daß beim Sitzen das untere Ende der Wirbelsäule komprimiert wird, und darum scheint es uns ganz normal, daß es schmerzen muß, wenn wir sitzen. An Ort und Stelle stehen, Heben, Tragen – all diese Tätigkeiten haben einen schlechten Ruf und werden leicht in das Konditionierungsmuster des Patienten integriert. Viele Leute berichten, daß die Schmerzen beim Gehen nachlassen, andere sagen, daß die Schmerzen beim Gehen erst beginnen. Viele haben nachts starke Schmerzen und können nicht schlafen. Ein Mann arbeitete tagsüber sehr hart und ein wesentlicher Bestandteil seiner Tätigkeit bestand darin, schwere Lasten zu heben, aber er hatte dabei keine Schmerzen. Er erwachte jede Nacht um drei Uhr morgens mit heftigen Schmerzen, die andauerten bis er aufstand. Das ist bestimmt eine konditionierte Reaktion.

Wieder andere sagen, daß sie gut schlafen, aber am Morgen Schmerzen haben beim Aufwachen und Aufstehen. Bei diesen Patienten verschlimmern sich die Schmerzen normalerweise im Verlaufe des Tages.

Aufgrund ihrer Krankengeschichte und der körperlichen Untersuchung schließe ich, daß alle diese Personen TMS haben, aber programmiert sind, zu glauben, daß sie unter etwas anderem leiden. Die These, daß diese Reaktionen konditioniert sind, wird vor allem dadurch unterstützt, daß die Schmerzen innerhalb weniger Wochen verschwinden, wenn die Patienten sich meinem Behandlungsprogramm unterziehen. Wenn die Schmerzen struktureller Natur wären, würden sie nach der Behandlung (Seminare, die wesentlich aus Vorlesungen bestehen) nicht verschwinden, was aber bei erfolgreich behandelten Patienten der Fall ist. Die Konditionierung wird durch einen Lernprozeß ersetzt. Die Wichtigkeit der Konditionierung bei TMS kann nicht genügend betont werden, denn durch sie werden viele Reaktionen, die der Patient nicht versteht, geklärt.

»Leichtes kann ich heben, aber alles, was mehr als fünf Pfund wiegt, verursacht mir Schmerzen.« Solche Schmerzen können nicht struktureller Natur sein. Oder dieses Beispiel: Eine Frau, die beim Beugen mit den Handflächen den Boden berühren konnte, sagte mir, daß sie immer beim Anziehen der Schuhe Schmerzen habe!

Viele dieser konditionierten Reaktionen entstammen der Angst, die die Leute entwickeln, wenn sie Rückenschmerzen haben, besonders bei Schmerzen im unteren Rücken. Ihnen wurde gesagt oder sie haben gelesen, daß der Rücken zerbrechlich und leicht verletzbar sei. Wenn sie dann etwas Kraftvolles tun wie Joggen, Schwimmen oder Staubsaugen, beginnt ihr Rücken zu schmerzen. Sie haben gelernt, Aktivität mit Schmerzen zu assoziieren; sie erwarten Schmerzen und die kommen auch. Das ist Konditionierung. Die spezielle Haltung oder Aktivität, bei der die Schmerzen auftreten, ist an sich nicht wichtig. Es ist aber wichtig zu wissen, daß sie als ein Bestandteil von TMS einprogrammiert wurden, und daher von psychologischer und nicht von physischer Bedeutung sind.

Allgemeine TMS-Erscheinungsmuster

Vielleicht das häufigste Erscheinungsbild sind ständig wiederkehrende Attacken, wie ich sie zuvor schon beschrieben habe. Sie können Tage, Wochen, ja sogar Monate dauern, mit akuten Schmerzen, die nach wenigen Tagen abklingen. Sie werden normalerweise mit Bettruhe, Schmerztabletten und entzündungshemmenden Medikamenten, die oral oder per Injektion verabreicht werden, behandelt. Kommt ein Patient ins Krankenhaus, wird ihm häufig ein Streckverband angelegt; er wird also immobil und kann seine Wirbelsäulenknöchel nicht dehnen, da das mit den verwendeten Gewichten nicht möglich wäre. Ich sage meinen Patienten nicht, was sie bei einer akuten Attacke tun müssen, da das Ziel dieses Programms ist, dafür zu sorgen, daß die Attacken nicht auftreten – sie zu verhindern. Trotzdem werde ich manchmal von jemandem mit einer akuten Attacke um Rat gebeten. Wie ich zuvor in diesem Kapitel erwähnt habe, ist es hauptsächlich eine Frage des Aushaltens.

Daher werde ich ein starkes Schmerzmittel empfehlen, aber nie ein entzündungshemmendes Medikament, da keine Entzündung vorhanden ist.

Die übliche Erfahrung mit diesen Attacken ist, daß die meisten Patienten paradoxerweise besser daran täten, keinen Arzt zu konsultieren. Aber auch das wäre nicht klug, da es hin und wieder vorkommt, daß sich etwas physiologisch Bedeutsames abspielt, und daher sollte man sich unbedingt vom Arzt untersuchen lassen. Nehmen wir an, wenn nichts Ernsthaftes wie zum Beispiel ein Tumor gefunden wird, ist die übliche Diagnose eine spinale strukturelle Abweichung. Eine etwas unheimliche Diagnose (Bandscheibengeneration, Diskushernie, Arthrose, spinale Stenose, Gelenkfacetensyndrom), verbunden mit der schrecklichen Voraussage, was passieren könnte, wenn sich der Patient nicht genügend Bettruhe gönnt, und der Warnung, kein Jogging, Staubsaugen, Kegeln oder Tennisspielen mehr, sind die perfekte Kombination für dauerhafte und zunehmende Schmerzen.

Aber der menschliche Geist ist mehr oder weniger unbezwingbar, und allmählich lassen die Symptome nach. Zurück bleibt jemand, der grundsätzlich keine Schmerzen mehr hat, aber für immer emotionale Narben davonträgt. Von ein paar wenigen, besonders mutigen einmal abgesehen, werden Personen, die eine solche Attacke erfahren haben, keine anstrengenden körperlichen Aktivitäten mehr mit einem guten Gefühl unternehmen. Sie wurden durch diese Erfahrung sensibilisiert und sehen sich selbst mehr oder weniger dauerhaft verändert. Sie leben mit der Angst vor einer weiteren Attacke, und die wird auch kommen. Es kann nach sechs Monaten, einem Jahr oder noch später sein, aber das gefürchtete Ereignis tritt wieder ein. Wie zuvor wird die betroffene Person die Attacke wieder einem physischen Vorfall zuschreiben. Jetzt können sowohl Schmerzen in den Beinen als auch Rückenschmerzen vorhanden sein, eine Operation könnte notwendig werden, falls beim Befund mittels MRI oder der CT eine Diskushernie festgestellt werden sollte. (CT, Computertomographie, ist eine fortschrittliche Röntgentechnik, die wie das MRI Informationen über Weichteile und Knochen geben kann.) Die Angst des Patienten wird nur noch größer, und die Schmerzen nehmen zu.

Das Muster akuter Attacken wiederholt sich. Mit der Zeit werden die Attacken immer häufiger, heftiger und dauern länger. Mit jeder neuen Attacke nimmt die Angst des Patienten zu, und er beginnt, seine körperliche Aktivität noch mehr einzuschränken. Einige Menschen werden mit der Zeit buchstäblich zu Behinderten. Nach meiner Meinung sind physische Einschränkung und Angst vor physischer Aktivität der schlimmste Aspekt dieser Schmerzsyndrome. Sie sind immer gegenwärtig, obwohl die Schmerzen kommen und gehen. Sie wirken sich tief auf alle Aspekte des Menschen aus, auf Arbeit, Familie, Freizeit. Ich habe Patienten mit TMS kennengelernt, die weit mehr behindert waren in bezug auf ihr tägliches Leben, als Patienten mit einer beidseitigen Lähmung der Beine. Manche dieser Invaliden gehen täglich selbständig zur Arbeit, haben Familie und führen ein in jeder Beziehung normales Leben, außer daß sie im Rollstuhl sind. Dagegen kann es vorkommen, daß der ernsthaft erkrankte TMS-Patient wegen seiner Schmerzen den größten Teil des Tages das Bett hüten muß.

Schließlich werden Personen mit wiederholten Attacken mit der Zeit ein chronisches Muster entwickeln. Sie werden anfangen, immer Schmerzen zu haben, die normalerweise nicht sehr stark sind, sich aber bei einigen selbstkonditionierten Aktivitäten oder Haltungen verschlimmern. »Ich kann auf der linken Seite liegen, aber nicht auf der rechten.« »Im Bett muß ich immer ein Kissen zwischen den Beinen haben.« »Ich gehe nirgends ohne mein Sitzkissen hin.« »Mein Haltungskorsett (Halskragen) ist absolut unentbehrlich, wenn ich schmerzfrei bleiben will.« »Wenn ich länger als fünf Minuten sitze, bekomme ich starke Schmerzen.« »Der einzige Stuhl, auf dem ich sitzen kann, muß eine harte Sitzfläche haben und eine gerade Rückenlehne.«

Einige Menschen richten ihre ganze Aufmerksamkeit auf ihre Schmerzen. Oft hört man diese Leute sagen, daß die Schmerzen das erste sind, woran sie beim Aufstehen denken und das letzte, bevor sie schlafen gehen. Sie sind von den Gedanken an ihre Schmerzen besessen.

TMS kann sich auf sehr unterschiedliche Art und Weise zeigen. Es gibt Personen, die dauernd leichte Schmerzen verspüren und die physisch unterschiedlich eingeschränkt sind. Andere haben ge-

legentliche, heftige Attacken, leben aber in der Zwischenzeit im Grunde ganz normal, mit wenig oder keinen Einschränkungen.

Was ich gerade beschrieben habe, sind die TMS-Manifestationen, die am häufigsten vorkommen und am dramatischsten verlaufen, jene im unteren Rücken und den Beinen. Aber auch eine ernsthafte Attacke, bei welcher der Nacken, die Schultern und die Arme beteiligt sind, kann sehr schmerzhaft sein und physisch genauso einschränken. Hier ein typisches Beispiel:

Der Patient war ein Mann im mittleren Alter. Er litt während drei Jahren, bevor er zu mir kam, wiederholt an Schmerzattacken im Nacken und den Schultern sowie Schmerzen, Gefühllosigkeit und Kribbeln in den Händen. Die Episode, die ihn zu mir führte, hatte etwa acht Monate früher mit Schmerzen im linken Arm angefangen. Er suchte zwei Neurologen auf und machte einige anspruchsvolle Tests. Es wurde ihm gesagt, daß die Schmerzen die Folge eines »Bandscheibenproblems« im Nacken sei. Man erwog, sofort zu operieren, und warnte ihn, daß er damit rechnen müsse, für den Rest seines Lebens gelähmt zu sein, wenn er sich der Operation nicht unterziehen würde. Es überrascht nicht, daß seine Schmerzen sich von seinem Arm zum Nacken und in den Rücken ausweiteten. Er konnte nicht mehr Ski fahren und auch nicht mehr Tennis spielen, zwei seiner bevorzugten Sportarten. Er war sehr verängstigt.

Die Resultate meiner Untersuchungen ergaben, daß er TMS hatte und keine neurologischen Anormalitäten vorhanden waren. Zum Glück kam dann auch ein dritter Neurologe zum Schluß, daß kein struktureller Grund für seine Schmerzen vorlag, und so konnte er die Diagnose TMS problemlos akzeptieren. Er unterzog sich meinem Programm, war innerhalb von wenigen Wochen schmerzfrei und konnte seine sportlichen Aktivitäten wieder aufnehmen. Er hatte bisher keinen Rückfall.

Manchmal sitzt das Problem in den Schultern oder im Knie. Knieschmerzen sind sehr hinderlich für körperlich aktive Leute. Ich selbst habe das erlebt und kann bezeugen, wie unheimlich, hartnäckig und einschränkend solche Schmerzen sein können. Alle Sehnen und Bänder in Armen und Beinen, alle Muskeln und Nerven im Nacken, den Schultern, sowie im Rücken und im Gesäß können bei TMS beteiligt sein.

In jedem einzelnen Fall müssen wir die daran beteiligten Strukturen aufdecken; das ist der wichtigste Teil der Behandlung. Jede Begegnung mit einem Patienten ist ein Ausflug in das Leben dieser Person. Nachdem wir herausgefunden haben, welche Körperteile an TMS beteiligt sind, wird diese Information beiseite gelegt, da wir nicht direkt an den Muskeln, Sehnen oder Bändern arbeiten. Unsere Aufmerksamkeit richtet sich auf den emotionalen Bereich dieser Person, der beim Auslösen der Symptome eine Rolle gespielt haben könnte.

Ich erinnere mich an einen Mann, dem es finanziell so gut ging, daß er sich schon frühzeitig aus seinem Betrieb zurückziehen konnte. Er entwickelte kurze Zeit später ein Schmerzsyndrom, weshalb er zu mir kam. Im Verlauf unseres Gesprächs wurde klar, daß ihm seine Familie Sorgen bereitete, nachdem er in den Ruhestand getreten war. Es hatte einige Todesfälle in der Familie gegeben, und er machte sich Sorgen um die Zukunft des Betriebs, den er Verwandten überlassen hatte. Er begann jetzt über sein Leben nachzudenken, über das Altern und Sterben. Sein Nachdenken über diese Thematik, die ihn bewußt und unbewußt beschäftigte, hatte genug Sorgen produziert, um TMS auszulösen. Die traditionelle Medizin hatte seine Schmerzen einer Abnutzung der Wirbelsäule zugeschrieben, und die Behandlung schlug natürlich fehl. Er hatte TMS, und seine Probleme waren nicht in seiner Wirbelsäule zu suchen, sondern in seinem Leben.

Um es noch einmal zusammenzufassen: TMS kann die Haltemuskeln, die Nerven, die in und um diese Muskeln liegen, und zahlreiche Sehnen und Bänder in den Armen und Beinen mit einbeziehen. An den beteiligten Stellen hat der Patient Schmerzen und möglicherweise ein Kribbeln oder eine Schwäche. Es gibt viele unterschiedliche Muster und Orte für die Symptome und beträchtliche Unterschiede in der Stärke, die von leicht störend bis zu totaler Invaliderität reicht.

Wiederkehrende Attacken, die Angst vor einer neuen Attacke und vor körperlicher Aktivität, das Versagen, die adäquate Behandlung zu finden, charakterisieren TMS.

Schmerzsymptome, Gefühllosigkeit, Kribbeln und Schwäche sind vom Gehirn beabsichtigt, um den Glauben zu erwecken, daß

etwas körperlich nicht in Ordnung sei. Für die meisten Menschen, Ärzte wie Laien, bedeutet »physisch nicht in Ordnung« jeweils: Verletzung, Schwäche, Unfähigkeit und Degeneration oder alles zusammen. Die Schmerzen beginnen oft in Zusammenhang mit einer körperlichen Aktivität, und je heftiger diese sind, um so besser, was diese Betrachtungsweise nur verstärkt. Der Patient ist fest davon überzeugt, daß etwas verletzt oder verschoben wurde. »Ich habe etwas in meinem Rücken ausgerenkt«, wird das Ereignis oft beschrieben. Auch sehr wichtig für den Glauben an eine strukturelle Schwäche ist die starke Tendenz der Menschen, programmiert zu werden und ganz gewöhnliche Dinge zu fürchten, wie sitzen, an Ort und Stelle stehen, sich bücken oder etwas hochheben.

Durch die Symptome, Ängste und Veränderungen im Lebensstil und den täglichen Aktivitäten werden wir gezwungen, die Aufmerksamkeit ganz auf unseren Körper zu lenken. Wie wir in dem nachfolgenden Kapitel noch sehen werden, ist genau das der Zweck des Syndroms: eine Ablenkung zu erzeugen, so daß unerwünschte Emotionen vermieden werden können. Es scheint ein hoher Preis zu sein, der dafür bezahlt werden muß, aber wir wissen nicht wirklich, was im Innern unseres Gehirns vor sich geht, und wir können nur eine tiefe Abneigung gegenüber erschreckenden und schmerzhaften Gefühlen vermuten.

Die Psychologie von TMS

Nacken-, Schulter- und Rückenschmerzsyndrome sind keine mechanischen Probleme, die mit mechanischen Mitteln geheilt werden können. Sie haben etwas mit den Gefühlen der Menschen zu tun, mit deren Persönlichkeit und dem Auf und Ab im Leben. Wenn das zutrifft, so handelt es sich bei der traditionellen Behandlung dieser Schmerzsymptome um medizinische Travestie. Die traditionelle medizinische Diagnose konzentriert sich auf die Maschine – den Körper –, während das wirkliche Problem im Zusammenhang mit dem zu stehen scheint, was die Maschine zum Funktionieren bringt, nämlich der Psyche. Körperliche Schmerzen sind bei TMS charakteristisch. Das körperliche Unbehagen wird durch psychologische Phänomene bewirkt und nicht durch strukturelle Anomalitäten oder eine Muskelfehlfunktion. Das ist ein äußerst wichtiger Punkt, der auf den nachfolgenden Seiten beschrieben wird. Aber zuerst möchte ich noch einige Definitionen zum besseren Verständnis der Fachausdrücke geben.

Spannung

Spannung (tension) ist ein allgemein bekannter Begriff, von dem ganz unterschiedlich Gebrauch gemacht wird. In meiner Arbeit und in diesem Buch werden die Beschwerden als Tension Myositis Syndrome (Spannungs-Muskel-Syndrom) bezeichnet. Der Begriff Spannung wird hier benutzt, um auf Emotionen hinzuweisen, die im Unbewußten erzeugt werden und zum großen Teil auch dort bleiben. Diese Emotionen sind Folge einer komplizierten Wechselwirkung zwischen verschiedenen Aspekten unserer Psyche sowie zwischen der Psyche und der Außenwelt. Viele dieser Emotionen sind entweder unangenehm, schmerzvoll oder peinlich, und irgendwie können wir, oder die Gesellschaft, sie nicht akzeptieren und unterdrücken sie daher. Die hier angesprochenen Gefühle sind Sor-

gen, Groll oder ein geringes Selbstwertgefühl (Minderwertigkeitsgefühl). Sie werden von unserer Psyche, die nicht will, daß wir sie erfahren oder daß sie von der Außenwelt bemerkt werden, unterdrückt. Wahrscheinlich würden die meisten, wenn sie bewußt vor die Wahl gestellt würden, sich sicher mit ihren schlechten Gefühlen auseinandersetzen. Aber wie die menschliche Psyche nun einmal aufgebaut ist, werden diese sofort und automatisch unterdrückt. Wir werden schon gar nicht vor die Wahl gestellt.

Kurz gesagt, das Wort Spannung (tension) wird hier gebracht, um auf unterdrückte, untragbare Emotionen hinzuweisen.

Streß

Das Wort Streß wird oft mit dem Wort Spannung (tension) verwechselt und scheint für alles emotional Negative zu stehen. Hier wird es benutzt, um auf alle Faktoren, Einflüsse oder Zustände hinzuweisen, die das Individuum prüfen oder auf irgend eine Art unter Druck setzen. Wir können physisch oder emotional gestreßt sein. Extreme Hitze oder Kälte sind körperliche Streßfaktoren, eine anspruchsvolle Arbeit oder Familienprobleme stellen emotionale Streßfaktoren dar. Der Streß, der an TMS beteiligt ist, führt zu emotionalen Reaktionen, die unterdrückt werden.

Dr. Hans Selye hat mit seiner Arbeit als einer der ersten die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, wie Streß sich auf den Körper auswirkt. Seine Arbeit und Forschung auf diesem Gebiet waren sehr wertvoll und sind eine der bedeutendsten Leistungen der Medizin des zwanzigsten Jahrhunderts. Dr. Selyes Definition des biologischen Streß lautet wie folgt: »Eine nicht spezifische Reaktion des Körpers auf eine beliebige an ihn gestellte Anforderung.«

Das Individuum erlebt Streß entweder äußerlich oder innerlich. Beispiele für externen Streß sind unsere Arbeit, finanzielle Probleme, Krankheit, Umzug oder Stellenwechsel, Pflege von Kindern oder Eltern. Die internen Faktoren scheinen bei der Produktion von Streß wichtiger zu sein. Sie sind Merkmale der eigenen Persönlichkeit wie Pflichtbewußtsein, Perfektionismus, der Wunsch, sich selbst zu übertreffen und so weiter. Viele Menschen sagen, daß sie

eine streßvolle Arbeit haben, und daß sie darum so angespannt sind. Aber wenn sie bei ihrer Arbeit nicht so pflichtbewußt wären, wenn sie nicht versuchen würden, um jeden Preis erfolgreich zu sein, würden sie keine Spannung erzeugen. Diese Menschen sind oft sehr ehrgeizig und fest dazu entschlossen, im Leben voranzukommen. Bezeichnenderweise sind sie sich selbst gegenüber kritischer als andere.

Eine Hausfrau und Mutter mit ähnlichem Charakter streßt sich auf die gleiche Weise wie jemand aus der Arbeitswelt, aber ihre Sorgen konzentrieren sich ganz auf die Familie. Sie macht sich Sorgen um ihre Kinder, um ihren Mann und ihre Eltern. Sie will für alle das Beste, und tut alles, was in ihrer Macht steht, um das zu erreichen. Für sie ist es wichtig, geliebt zu werden, und sie fühlt sich sehr gekränkt, wenn jemand sie nicht mag. Der Wunsch zu gefallen beschränkt sich natürlich nicht nur auf Frauen. Ein Mann mittleren Alters drückte sich ganz ähnlich aus.

Streß liegt außerhalb dessen, was man den innern Kern der emotionalen Strukturen nennen könnte, und er setzt sich aus den Schwierigkeiten und Problemen des täglichen Lebens zusammen, aber er wirkt sich in den Aspekten der Persönlichkeit aus. Streß führt zu Spannung (tension: unterdrückte, unannehmbare Gefühle). Jetzt wollen wir einen Blick auf die Persönlichkeit werfen.

Das Bewußtsein

Der Teil Ihrer Persönlichkeit, den Sie wahrnehmen, befindet sich im Bewußtsein. Dort ist das Reich der bewußten Emotionen. Sie sind traurig, glücklich, aufgeregt, deprimiert, auch wissen Sie, daß Sie pflichtbewußt und fleißig sind, sich ständig Sorgen machen, vielleicht zwanghaft veranlagt und perfektionistisch sind. Sie wissen, daß Sie leicht reizbar sind oder sind sich Ihres Bedürfnisses nach Selbstbestätigung bewußt. Ein Mann kann starke Gefühle maskuliner Überlegenheit haben und sich dessen auch bewußt sein, ja er ist sogar stolz darauf. Diese Eigenschaften machen den bewußten Teil in Ihnen aus und entscheiden darüber, was wir im Leben tun und wie wir uns verhalten. Ist das aber wirklich so? Oft reflektieren diese

äußerlichen Charakterzüge innere Triebe, deren wir uns überhaupt nicht bewußt sind; daher ist es wichtig, das Unterbewußte zu betrachten, was wir gleich tun werden.

Viele Leute mit TMS wissen, daß sie pflichtbewußte Charaktereigenschaften besitzen. Sie bezeichnen sich oft als Typ-A-Persönlichkeiten, nach der Arbeit von Dr. Meyer Friedman und Dr. Ray Rosenman, die in ihrem Buch *Type A Behavior and Your Heart* (Typ-A-Verhalten und Ihr Herz, New York, Alfred A. Knopf, 1974) den Charakter der Personen beschreiben, die zu Herzkrankheitskrankheiten neigen, und das ist jemand, der extrem ehrgeizig und arbeitsbesessen ist. Eine solche Person arbeitet bis zu achtzehn Stunden am Tag, ohne müde zu werden.

Das aber ist nicht charakteristisch für Personen mit TMS. Obwohl sie fleißig sind, kennen sie ihre Grenzen und haben auch bestimmt eine gewisse Wahrnehmung von sich selbst als emotionalem Wesen. Ich habe den Eindruck, daß die typische Typ-A-Person mit sich selbst emotional überhaupt nicht in Berührung steht. Er oder sie neigt dazu, Gefühle zu leugnen, als ob diese ein Zeichen von Schwäche wären. Ein wichtiger Unterschied zwischen einem Patienten mit TMS und einer Typ-A-Person liegt darin, daß bei TMS in der Vorgeschichte selten eine Herzkrankheitskrankung vorkommt, oder daß sich diese zu einem späteren Zeitpunkt entwickelt. Selbstverständlich hat es einige wenige gegeben, aber das war nichts im Vergleich zu jenen, die andere Beschwerden hatten wie Magenschmerzen, Kolitis, Heufieber, Spannungskopfschmerzen und Migräne, Akne, Nesselfieber und viele andere Beschwerden, die mit Spannung in Zusammenhang stehen. Sie scheinen Äquivalente von TMS zu sein und reflektieren eine tiefere Stufe von Zwanghaftigkeit im Vergleich zu den Typ-A-Personen.

Die persönlichen Charakterzüge, die uns bewußt sind, zeigen nur einen Teil dessen, woraus wir bestehen und scheinen weniger wichtig als das, was unbewußt vor sich geht.

Das Unbewußte

Das Wort *unbewußt* hat sich in der psychologischen Literatur fest eingebürgert und bezieht sich auf einen Teil der emotionalen Aktivität, derer wir uns nicht bewußt sind. Wir benutzen das Wort, wenn wir über Emotionen sprechen. Das Wort *unterbewußt* ist uns wahrscheinlich vertrauter, und wir werden es brauchen, wenn wir über Dinge sprechen, die unter der Stufe der Wahrnehmung von Emotionen liegt.

Das Unbewußte ist das unterirdische Reich des Versteckten und des Mysteriösen, ein Ort, wo alle Arten von Gefühlen wohnen, nicht alle logisch, nicht alle schön und manche geradezu furchterregend. Unsere Träume geben uns einige Hinweise darauf, welche Dinge im Unbewußten zu finden sind. Jemand sagte, daß jede Nacht, wenn wir zu Bett gehen, wir ruhig und in Sicherheit wahnsinnig werden, weil dann die Überreste von kindischem, primitivem, wildem Benehmen, die einen Teil des emotionalen Repertoires bei jedem von uns darstellen, auftreten, ohne daß sie vom Wachbewußtsein ständig überwacht werden. Das Unbewußte ist das Lager all unserer Gefühle, ganz unabhängig von ihrer sozialen und persönlichen Akzeptanz. Es ist sehr wichtig, über das Unbewußte Bescheid zu wissen, weil das, was *dort unten* vor sich geht, verantwortlich sein könnte für jene Persönlichkeitsmuster, die uns dazu veranlassen, uns so zu benehmen, wie wir es tun, wenn wir wach sind. Das Unbewußte ist der Ort, wo TMS und andere ähnliche Beschwerden ihren Ursprung haben. Es ist eine interessante Tatsache, daß die überwältigende Mehrheit der emotionalen und mentalen Aktivität unter der Stufe des Bewußtseins geschieht. Die menschliche Psyche ist mit einem Eisberg vergleichbar. Der Teil, dessen wir uns bewußt sind, stellt einen sehr kleinen Teil des Ganzen dar. Im Unterbewußten geschieht die komplizierte Verarbeitung, die uns erlaubt, mündliche oder schriftliche Sprache zu erzeugen, zu denken, zu überlegen, sich zu erinnern, kurz gesagt, die meisten Dinge zu tun, die uns als menschliche Wesen auszeichnen. Unsere Fähigkeit, Dinge, die wir sehen, zu verstehen, Gesichter wiederzuerkennen und andere mentale Aktivitäten, die wir für selbstverständlich halten, sind das Resultat der Hirnaktivität, derer wir uns nicht bewußt sind.

Es ist anzunehmen, daß die meisten unserer emotionalen Reaktionen dem Unbewußten entstammen. Emotionen, die dort bleiben, tun dies, weil sie unterdrückt werden, und es sind diese Emotionen, die verantwortlich für die Folge von Ereignissen sind, die TMS auslösen. Dieser Zustand beginnt und endet im Unbewußten. Man sollte, genauso wie es Freud vor langer Zeit gemacht hat, einen Unterschied machen zwischen mentalen Dingen, die nicht bewußt sind, die aber mit einer Anstrengung ins Bewußtsein gebracht werden können (beispielsweise Erinnerungen) – Freud nannte diese mentale Domäne Vorbewußtsein – und jenen Dingen im Unbewußten, die nicht verfügbar sind und die nicht hervorgeholt werden können. Wir wissen gar nicht, daß sie dort sind. Um besser zu verstehen, wie und warum TMS beginnt, ist es wichtig, einige dieser unbewußten emotionalen Prozesse anzusehen.

Geringe Selbstachtung

Ich empfinde es geradezu als schockierend, wie normal es für uns ist, tief in unserem Inneren Minderwertigkeitsgefühle zu haben. Es muß einen kulturellen Grund dafür geben, der sich in der Art und Weise widerspiegelt, wie mit uns als Kind umgegangen wurde und wie wir uns daher später entwickeln. Das ist ein Gebiet, das genau untersucht werden sollte. Diese Minderwertigkeitsgefühle sind tief und versteckt, zeigen sich aber in unserem Verhalten. Schlechte Gefühle werden normalerweise von uns überkompensiert, also verhalten wir uns stark, wenn wir uns schwach fühlen. Das wurde wunderschön illustriert, als vor einigen Jahren ein »knallharter Bursche« wegen lähmender Rückenschmerzen zu mir in Behandlung kam. Meine Mitarbeiter berichteten, daß er konstant über seine Fähigkeiten im Zweikampf, seinen Erfolg in finanziellen Dingen und bei Frauen prahlte. In meinem Büro aber weinte er untröstlich über seine Unfähigkeit, mit seinen Rückenschmerzen fertig zu werden. Emotional war er ein sehr kleiner Junge, der verzweifelt versuchte, sich und der Welt zu beweisen, wie knallhart er sei.

Es ist anzunehmen, daß für die meisten unter uns das zwanghafte Bedürfnis, erfolgreich zu sein und etwas zu erreichen, die Widerspiegelung eines tiefsitzenden Minderwertigkeitsgefühls ist. Woher

auch immer das Bedürfnis, etwas zu leisten oder ein Idealbild zu erfüllen (wie zum Beispiel der beste Vater, die beste Mutter, der beste Student oder Arbeiter zu sein) kommen mag, es ist sehr verbreitet bei Menschen, die TMS bekommen.

Ein typisches Beispiel dafür war ein Patient, der durch freiwillige harte Arbeit ein sehr erfolgreiches Unternehmen aufgebaut hatte und zum Patriarchen und Wohltäter seiner großen Familie wurde. Die Rolle machte ihm Spaß, aber er fühlte auch die große Verantwortung, die auf ihm lastete. In seinem ganzen Erwachsenenleben hatte er Schmerzen im unteren Rücken, die jeder Art von Behandlung widerstanden. Als er zu mir kam, waren die Schmerzmuster tief verwurzelt und Bestandteil seines täglichen Lebens geworden. Er begriff das Konzept der durch Spannung ausgelösten Schmerzen, aber konnte die Muster nicht mehr löschen, die er ein Leben lang aufgebaut hatte. Er fühlte sich zu alt für eine Psychotherapie, die oft bei Patienten wie ihm erforderlich ist. Der Hauptnutzen, den er aus der Behandlung zog, war die Beruhigung, daß strukturell mit seinem Rücken alles in Ordnung war.

Ein Patient, ein junger Mann um die zwanzig Jahre, wurde Vater, kurz bevor er eine Filiale des Familienunternehmens gründete. Die Last dieser beiden neuen Verantwortungsbereiche führten bei dem sehr verantwortungsbewußten jungen Mann zu ernsthaften Rückenschmerzen im unteren Rücken, verursacht durch TMS. Sobald er sich bewußt wurde, daß der Ursprung seiner Symptome innere Spannung war, verschwanden die Schmerzen. Wie wir später noch sehen werden, ist der Prozeß des Sichbewußtwerdens der Schlüssel zur Genesung von TMS.

Was diese beiden Personen gemeinsam haben, war ein großes Verantwortungsbewußtsein und ein starker innerer Trieb, in familiären Dingen wie auch im Beruf erfolgreich zu sein. Diese Personen müssen nicht überwacht werden, sie sind motiviert, selbstdiszipliniert und sich selbst der strengste Kritiker.

Leute, die TMS bekommen, sind oft ausgesprochen ehrgeizig, erfolgsorientiert, strebsam und gewöhnlich sehr vielseitig. In unserer Kultur verlangt Erfolg oft die Fähigkeit zu konkurrieren, und TMS-Patienten tun dies auch. Sie sind es gewohnt, unter viel Druck zu stehen und haben oft das Gefühl, noch nicht genug getan zu haben.

Manchmal zeigt sich der Perfektionismus auf ungewöhnliche Weise. Ich erinnere mich an einen jungen Mann, der auf einer Farm aufgewachsen war. Als er mein erstes Buch gelesen hatte, sagte er, habe er nicht verstanden, wie dieser Perfektionismus auf ihn zutreffen könnte, aber dann realisierte er bei der Heuernte, daß er einen starken Zwang hatte, die Heuballen perfekt aufzustapeln.

Wenn sie sich jetzt gerade mental am Kopf kratzen und sich darüber wundern, warum Fleiß, Pflichtbewußtsein, Zwang und Perfektionismus zu TMS führen sollen, haben sie vollkommen recht. Es stimmt, daß eine Verwandtschaft zwischen diesen Charakterzügen und dem Schmerzsyndrom besteht, aber worin besteht sie? Um das zu verstehen, müssen wir über Sorgen und Groll nachdenken.

Sorge und Wut

Da ich kein ausgebildeter Psychologe oder Psychiater bin, weiß ich, daß meine Konzepte und Erklärungen über das, was in diesem psychophysiologischen Prozeß geschieht, Spezialisten auf diesem Gebiet naiv erscheinen mag. Doch dieses Buch ist für die Allgemeinheit bestimmt, und der Mangel an Fachsprache und komplizierten Konzepten wird wahrscheinlich begrüßt werden. Was ich über die Natur des Schmerzsyndroms und seine Ursachen beobachtet habe, sollte – ungeachtet meines Mangels an Ausbildung auf diesen Gebieten – von Psychologieprofessoren ernst genommen werden. Wir befassen uns hier mit einem fast unerforschten Gebiet, mit der Verbindung von mental-emotionalen und physischen Prozessen. Die medizinische Wissenschaft ist traurigerweise (mit ein paar lobenswerten Ausnahmen) nicht bereit, diesen Zusammenhang zu erforschen. Der Grund für diese Zurückhaltung wird in Kapitel 7 »Psyche und Körper« beschrieben werden. Meine Erfahrung in der Diagnose und Behandlung von TMS wirft einiges Licht auf das, was sich in dieser mysteriösen Domäne abspielt, wo das Emotionale mit dem Physiologischen zusammentrifft.

Ärger und Sorgen werden zusammen besprochen werden, da ich denke, daß sie eng miteinander verbunden und die wesentlichsten unterdrückten Emotionen sind, die hinter TMS und anderen ähnlichen Beschwerden stehen.

Zu Beginn meiner Erfahrung mit TMS war es offensichtlich, daß die meisten Patienten die zuvor beschriebenen Charakterzüge aufweisen. Die, die solche Charakterzüge abstritten, gaben allmählich dann doch zu, daß sie viele emotionale Sorgen hatten, aber dazu neigten, diese zu ignorieren und daran »keine unnötigen Gedanken zu verlieren«.

Mit diesem Repertoire an Charaktereigenschaften war es nicht schwer zu postulieren, daß Sorgen für TMS verantwortlich sind, da ein solches Individuum sich Sorgen darüber machen würde, wie sich die Dinge entwickelten. Sorgen sind ein ausgesprochen menschliches Phänomen, eng verwandt mit Angst, aber viel komplizierter, da sie verwurzelt in einer Fähigkeit sind, die Tiere nicht besitzen, der Fähigkeit, Dinge vorauszusehen. Sorgen entstehen auf die Vorstellung von Gefahr hin. Eine ängstliche Person tendiert dazu, Gefahren vorauszusehen, auch wenn wenig oder keine Gefahr besteht. Das ist die Natur des menschlichen Tieres. Doch ist er oder sie sich oft dieser Angst nicht bewußt, da sie im Unbewußten aus Gefühlen, die uns größtenteils nicht bewußt sind, erzeugt wird, die dort durch den bekannten Mechanismus der Repression zurückgehalten werden. Wegen der unangenehmen, beschämenden und oft sogar schmerzhaften Natur dieser Gefühle und der Sorgen, die sie erzeugen, besteht ein starkes Verlangen, sie aus dem Bewußtsein zu verbannen, was Aufgabe der Unterdrückung ist. Wie wir später sehen werden, ist es die Aufgabe von TMS, diesen Prozeß zu unterstützen.

Narzißmus

Die Rolle, welche die geringe Selbstachtung spielt, wurde zuvor beschrieben. Ganz nahe bei diesem tief vergrabenen Gefühl gibt es noch ein anderes von gleicher Wichtigkeit, Narzißmus genannt. Es bezieht sich auf die menschliche Tendenz, sich selbst zu lieben, das heißt, in einem übertriebenen Maß selbstbezogen zu sein. Die Entwicklung der Kultur in den Vereinigten Staaten scheint Menschen hervorgebracht zu haben, die vielmehr ich- als wir-orientiert sind. Viele amerikanische Indianersprachen kennen aufgrund eines ausgeprägten Gemeinschaftssinns und dem Bewußtsein, Bestandteil

von etwas Größerem zu sein, kein Pronomen für ich oder mein. Im Gegensatz dazu glauben die zeitgenössischen Nordamerikaner an die Individualität und bewundern Menschen, »die alles alleine schaffen«. Aber die Kehrseite der Medaille ist, daß das Individuum selbstbezogen werden kann und zu Gier und Geiz neigt, wenn es nicht durch hohe Ideale motiviert wird. Es ist schockierend und gleichzeitig enthüllend zu beobachten, wie Angehörige der Geschäftswelt und der Regierung in verbrecherische Machenschaften verwickelt sind, aber es ist nicht überraschend, wenn man bedenkt, daß dies eine logische Weiterentwicklung der heutigen narzißtischen Tendenz ist.

Wut

Narzißmus findet man bis zu einem gewissen Grad in jedem Individuum. Eine ausgeprägte narzißtische Person ist leicht reizbar, da sie im Umgang mit anderen, die nicht nach ihrer Pfeife tanzen, frustriert wird. Die Folge davon ist Wut, und eine solche Person wird dauernd wütend sein, aber nie wissen warum, da (wie bei der Angst) diese Gefühle ins Unbewußte verdrängt wurden. Hier scheint ein Paradox vorzuliegen. Einerseits haben wir ein geringes Selbstwertgefühl, dann aber führt uns unser Narzißmus dazu, uns wie ein König zu benehmen. Es ist die Geschichte vom Prinzen und dem Bettler. Sie sind ein und dieselbe Person. Diese diametral unterschiedlichen Gefühle sind die beiden Seiten einer Münze, obwohl es uns seltsam erscheinen mag, daß sie gleichzeitig existieren.

Wie typisch für unser Bewußtsein! Es scheint ein Lagerhaus widersprüchlicher Gefühle und Tendenzen zu sein, von denen wir nur die wenigsten wahrnehmen.

Wir sind aus anderen Gründen ärgerlich. So wird alles, was uns ängstlich macht (alles Unbewußte) uns gleichzeitig auch ärgerlich machen. Wir wollen gute Arbeit leisten, hoffen, daß etwas gut ausgehen wird (Ängstlichkeit), aber wir sind voller Ressentiments bei Problemen, die in der Auseinandersetzung mit anderen Leuten und deren Problemen entstehen (Ärger).

Obwohl Sorgen und Ärger oft in der Arbeit entstehen, sind persönliche Beziehungen genauso eine Quelle für unterdrückte Ge-

fühle. Familienprobleme führen oft zu ernsthaften Problemen, die wegen ihrer Subtilität unerkannt bleiben.

Eine meiner Patientinnen war eine Frau Ende vierzig, die nach einer behüteten Jugend früh geheiratet hatte und sich danach, ihrer kulturellen Herkunft entsprechend, ausschließlich dem Heim und der Familie widmete. Sie erfüllte ihre Aufgabe ausgezeichnet, war eine intelligente, kompetente und einfühlsame Frau. Aber dann fing sie an zu bedauern, daß sie als Kind nicht zur Schule hatte gehen dürfen, nicht lesen und schreiben konnte, nicht Auto fahren gelernt hatte und viele andere Erfahrungen nicht hatte machen können, weil die Bedürfnisse der Familie ihr Leben so sehr bestimmten. Sie war sich all dieser Gefühle gar nicht bewußt und entwickelte daher während langer Zeit Rückenschmerzen, die sie schließlich arbeitsunfähig machten, und weswegen sie auch ohne Erfolg operiert wurde. Als ich sie kennenlernte, hatte sie ständige Schmerzen und war praktisch unfähig, ein normales Leben zu führen. Dank Lehrprogramm und einer Psychotherapie wurde sie sich der unterdrückten Gefühle bewußt, und die Schmerzen verschwanden langsam.

Der Verlauf erfolgte nicht ohne psychologische Schmerzen, denn jetzt mußte sie sich mit dem Mißfallen ihrer Familie, ihrer Freunde und ihren eigenen tiefsitzenden Vorstellungen auseinandersetzen. Sie kam in einen großen Konflikt und erlebte dadurch emotionale Schmerzen. Aber diese Erfahrung war angebracht und bei weitem den physischen Schmerzen vorzuziehen, deren hilfloses Opfer sie gewesen war.

Eine wichtige Quelle von Ärger und Groll, die uns normalerweise nicht bewußt ist, stammt aus dem Verantwortungsgefühl gegenüber Personen, die uns nahestehen, wie Eltern, Ehegatte/in und Kindern. Obwohl wir sie lieben, belasten sie uns auch in vieler Hinsicht, und wir verinnerlichen den daraus resultierenden Ärger. Wie ist es möglich, sich über altgewordene Eltern oder ein Baby zu ärgern?

Ein gutes Beispiel: Ein Mann im Alter von ungefähr 40 Jahren besuchte seine Eltern in einer anderen Stadt. Noch bevor das Wochenende vorüber war, tauchten seine Rückenschmerzen zum erstenmal wieder auf – ein Jahr, nachdem er das therapeutische TMS-Programm erfolgreich abgeschlossen hatte. Als ich ihm an-

deutete, die wiederkehrenden Schmerzen könnten möglicherweise darauf hinweisen, daß ihn unterbewußt etwas sehr beschäftigte, sagte er, das Wochenende bei seinen Eltern sei angenehm gewesen. Aber dann fügte er noch hinzu, seine Mutter sei sehr schwach auf den Beinen gewesen und er habe sich fast die ganze Zeit um sie gekümmert. Er mache sich außerdem Sorgen, weil er nicht nahe genug bei den Eltern wohne. Er war ein guter Mensch und seine Eltern konnten auch nichts dafür, daß sie langsam alt wurden. Doch sein natürlicher (innerlicher, unbewußter, narzißtisch inspirierter) Verdruß (Ärger/Ressentiments) wurde vollständig unterdrückt, aus Gründen, die wir gleich aufklären werden. Sie lösten den Rückfall in Rückenschmerzen bei ihm aus.

Oder nehmen wir den Fall eines frischgebackenen Vaters, dessen erstgeborener Sohn sich als ein Nicht-Schläfer erweist. Der Vater kommt nur sehr wenig zum Schlafen, und auch seine Frau ist rund um die Uhr mit dem Baby beschäftigt. In seiner Freizeit muß er einspringen, ihre sozialen Kontakte werden dadurch sehr eingeschränkt und was ihm wie eine lange Hochzeitsreise vorkam, war jetzt ganz schön mühsam. Er entwickelt Rückenschmerzen, weil er sich über das Baby ärgert, »lächerlich«, und er ärgert sich auch über seine Frau, weil sie keine Zeit mehr hat, sich um seine emotionalen und physischen Bedürfnisse zu kümmern, wie sie das zuvor getan hatte, »absurd«. Und was die ganze Sache noch schlimmer macht, er wurde zum Teilzeit-Kindermädchen und -Koch. Aber er ist sich dieser Gefühle nicht bewußt – sie liegen tief in seinem Unbewußten begraben, und um sicherzustellen, daß sie auch dort bleiben, bekommt er Rückenschmerzen – TMS.

Viele Psychologen und Ärzte würden die Misere des jungen Vaters anders interpretieren. Sie würden sagen, daß er die Schmerzen durch das Tragen des Babys und durch zuwenig Schlaf bekam, und daß die Schmerzen etwas sehr Schlechtes sind, da er damit versucht, sich seiner Verpflichtung dem Baby gegenüber zu entziehen – jetzt hatte er ja eine gute Entschuldigung dafür. Natürlich sagen auch die Mediziner, daß dies alles unbewußt geschieht.

Das ist die sogenannte Theorie des sekundären Gewinns bei chronischen Schmerzen. Das Problem dabei ist, daß ein struktureller Grund für die Schmerzen vorausgesetzt wird, der sich gewöhn-

lich als unhaltbar erweist. (Der Vater des Babys spielte in der Highschool und im College Fußball.) Zweitens wird einem Gefühl eine überragende Bedeutung zugemessen, das entweder nicht wichtig ist oder gar nicht existiert, nämlich daß die Person aus den Schmerzen einen persönlichen Nutzen zieht. Verhaltenspsychologen gefällt diese Theorie, da sie einfach ist, und alles, was man tun muß, ist das »Keine-Schmerzen-Verhalten« belohnen und das Gegenteil zu bestrafen. Man muß sich nicht mit unbewußten Gefühlen wie Angst und Ärger beschäftigen. Bevor ich von TMS wußte, versuchte ich es mit diesem Ansatz, was sich als besonders ineffektiv herausstellte. Kein Wunder – er basierte auf einer falschen Diagnose.

Alle familiären Beziehungen sind emotional geladen. Es ist eines der ersten Dinge, das betrachtet werden muß, wenn jemand eine TMS-Attacke hat, die aus dem Blauen zu kommen scheint. Die Kombination von tatsächlichen Sorgen und Liebe für das Familienmitglied und inneren Ressentiments gegen die Pflichten und Verantwortung, die mit der Verwandtschaft verbunden sind, ist die Quelle eines tiefen Konflikts, das Material, aus welchem TMS besteht.

Hier eine klassische Geschichte mit einigen interessanten Bemerkungen über TMS. Der Patient war ein 39 Jahre alter, verheirateter Mann, der ein Familienunternehmen führte, das ursprünglich von seinem Vater gegründet worden war. Er sagte mir, sein Vater sei immer noch aktiv im Betrieb, aber er stelle eher ein Hindernis als eine Hilfe dar. Er gab zu, sich mit seinem Vater über diese Situation zu streiten, und daß er wegen der ganzen Sache Schuldgefühle entwickelte. Das Schmerzsyndrom hatte vor etwa zweieinhalb Jahren angefangen, und nach etwa vier Monaten Beschwerden las er mein Buch. Er fand, es sei Quatsch, und ging weiter auf seinem Weg durch das medizinische System, entschlossen, die Schmerzen loszuwerden. Er sagte, er sei bei vielen Ärzten gewesen und habe praktisch jede mögliche Behandlung ausprobiert, aber ohne Erfolg. Zwei Jahre später hatte er immer noch Schmerzen, wurde langsam aber sicher besessen davon und war körperlich sehr eingeschränkt. Er hatte Angst vor jeglicher Art körperlicher Aktivität und konnte sich nicht einmal mehr bücken. Zu diesem Zeitpunkt las er das Buch nochmals und berichtete ungläubig, »es habe jetzt eine ganz andere

Wirkung auf ihn«. Er habe sich auf jeder neuen Seite wiedererkannt. Seine Erklärung dafür war, daß er zuerst alle Tests und Ärzte durchmachen mußte, bevor er bereit war, die psychologische Basis von TMS zu akzeptieren.

Er absolvierte das Programm mit viel Erfolg und war bald schmerzfrei. Während der Konsultationen empfand ich ihn als sehr einfühlsam und mit psychologischen Fragen so vertraut, daß ich mir kaum vorstellen konnte, daß er die Diagnose ursprünglich abgelehnt hatte. Das war mir eine Lektion: Eine der unglücklichen Tatsachen bei der Arbeit mit Störungen wie TMS ist, daß die meisten Menschen diese Vorstellung so lange ablehnen, bis sie verzweifelt nach einer Lösung suchen. Der Grund für das Schmerzsyndrom, der Konflikt des Mannes in der Beziehung zu seinem Vater, war offensichtlich.

Hier noch ein weiteres gutes Beispiel, wo familiäre Konflikte Symptome hervorrufen. Eine Frau, die zwei Jahre zuvor erfolgreich gegen Rückenschmerzen behandelt worden war, rief mich eines Tages an, um mir zu sagen, daß sie jetzt Nacken-, Schulter- und Armschmerzen hatte und sicher war, daß die Ursache dafür in einer schwierigen psychologischen Situation lag, die ihren Ehemann und ihre Stieftochter im Teenageralter betraf. Ich schlug ihr vor, selbst weiterzumachen, ohne eine formale Behandlung, aber die Situation blieb ungelöst, und die Schmerzen wurden immer stärker. Auch verlor sie bedeutend an Bewegungsfreiheit in den Schultern, eine übliche Folge von TMS im Nacken- und Schulterbereich. Eines Tages entschloß sie sich, das Problem direkt anzugehen, und stellte ihren Mann zur Rede. Was dabei herauskam, war eine überraschend einfache Lösung, welche die ganze Situation klärte. Mit dem Lösen ihrer persönlichen Probleme verschwanden auch die Schmerzen. Sie hatte zweifellos sehr viele Ressentiments angesammelt, und solange sie das tat, hielten die Schmerzen an. Ich werde im Kapitel »Die Behandlung von TMS« noch mehr darüber sagen, wie man mit einer solchen Situation umgehen kann. Aber dieser Fall zeigt den Zusammenhang zwischen unterdrückter Wut und TMS deutlich.

Eine andere große Quelle für Konflikte im Unbewußten ist der Kampf, der zwischen den Gefühlen und Bedürfnissen ausgetragen

wird, die von narzißtischen Impulsen stammen, und einem anderen sehr realen Teil der Psyche, der sagt, was angemessen, vernünftig oder erwachsen ist, was »man« tun sollte. Die bekannte Psychoanalytikerin, Schriftstellerin und Lehrerin Karen Horney beschrieb die »Tyrannei des Müßens«, wie sie es nannte, die das Leben eines Menschen bestimmen kann. Die Patienten beschreiben oft, wie ihr Leben durch diese Verhaltensregeln bestimmt wird. Eine Frau sagte mir, nachdem sie ein zwanghaftes oder perfektionistisches Verhalten von sich gewiesen hatte, daß sie aus einer vornehmen Familie stamme, die sehr stolz auf ihre Charakterstärke und Strenge sei. Es war klar, daß es andere Bestandteile ihrer Persönlichkeit gab, die sanfter und nachgiebiger waren, und daher muß der Konflikt in ihrem Unbewußten beträchtlich gewesen sein.

Manchmal stammt der Druck, sich auf eine bestimmte Art und Weise verhalten zu müssen, aus unserem kulturellen Hintergrund. Ich erinnere mich an eine sehr attraktive Frau, die einer religiösen Gemeinschaft angehörte, die große Familien befürwortete; sechs oder acht Kinder waren da nichts Außergewöhnliches. Obwohl sie mir beipflichtete, daß ihre Schmerzen von einer »Spannung« herrührten, konnte sie nicht verstehen, woher diese kam. Ich deutete an, daß sie vielleicht wegen der Arbeit und der Verantwortung einer so großen Familie gegenüber Ressentiments hätte. Lange Zeit lehnte sie diese Deutung ab und bestand darauf, keine solchen Gefühle zu hegen. Sie hatte noch immer Schmerzen, manchmal sehr starke. Ich erklärte ihr, daß ihr dieses Gefühl nicht bewußt sei, da sie es unterdrückt habe. Die Ausdauer von ihrer wie auch von meiner Seite zahlten sich aus. Sie fing an, eine dunkle Ahnung ihrer tief unterdrückten Gefühle zu bekommen und erlebte eine dramatische Auflösung ihrer Symptome.

Je länger ich mit TMS arbeite, desto mehr bin ich über die Rolle der Wut beeindruckt. Wir haben alle gelernt, sie so total zu unterdrücken, daß wir in den meisten Situationen gar nicht bemerken, daß sie existiert. Ich begann mich zu fragen, ob Wut in der Entwicklung von Symptomen nicht noch fundamentaler als Angst sei, oder ob die Angst selbst eine Reaktion auf unterdrückte Wut sein könnte.

Die folgende Geschichte hat mich sehr beeindruckt. Der Mann war Mitte vierzig und hatte unter anderem eine Vorgeschichte mit

gelegentlichen Panikattacken. Diese stellen akute Angst dar. Nachdem ich ihn untersucht und festgestellt hatte, daß er TMS hatte, diskutierten wir über den psychologischen Aspekt der Beschwerden. Ich äußerte den Verdacht, daß die Wut wichtiger sein könnte als die Angstgefühle. Er stimmte mir zu, daß gerade etwas passiert sei, was diese These unterstütze. Er war äußerst wütend auf jemanden und kurz davor, mit ihm eine ernste Auseinandersetzung zu beginnen, als er sich dazu entschloß, es doch lieber bleiben zu lassen und seine Wut herunterzuschlucken. Innerhalb weniger Augenblicke hatte er eine Panikattacke! Er war nicht nur wütend, sondern richtig in Rage, und das Bedürfnis, dieses Gefühl zu unterdrücken, machte eine Reaktion notwendig, und diese wiederum löste die Panikattacke aus.

Wie wir gleich sehen werden, handelt es sich hier genau um eine Situation, die TMS oder eine andere physische Reaktion auslöst. Aber zuerst wollen wir das Phänomen der Unterdrückung ansehen. Wo liegt sein Ursprung?

Unterdrückung

Ich erinnere mich an eine Mutter, die mir stolz erzählte, wie sie die Wutausbrüche ihres 15 Monate alten Babys stoppen konnte. Der »kluge« Familiendoktor empfahl ihr, einen Spritzer Eiswasser in das Gesicht des Kindes zu spritzen, wenn es einen Wutanfall bekam. Das funktionierte bestens. Das Baby hatte keine Wutanfälle mehr. Schon im Alter von 15 Monaten hatte es die Technik gelernt, wie man Emotionen unterdrückt. Es war darauf programmiert, die Wut zu unterdrücken, da die Folgen sonst unangenehm gewesen wären. Diese eher fragwürdige Fähigkeit begleitete das Kind durch sein ganzes Leben. Wenn er jetzt mit den vielen Frustrationen, Ärgernissen und Situationen, die einen im täglichen Leben wütend machen, konfrontiert wird, verinnerlicht dieser junge Mann unwillkürlich seine natürliche Wut. Sie sammelt sich, steigt an, und er wird als Antwort darauf TMS oder eine andere physische Reaktion bekommen.

Diese Geschichte zeigt einen der Gründe auf, warum Gefühle unterdrückt werden: die Handlungsweise »unwissender«, naiver El-

tern. Es ist wahrscheinlich der häufigste Grund, warum wir lernen, die Emotionen zu unterdrücken. Beim Versuch, gute Menschen aus ihren Kindern zu machen, können Eltern versehentlich die Voraussetzungen für psychologische Schwierigkeiten im späteren Leben ihrer Kinder herbeiführen.

Es gibt viele Gründe, warum wir unsere Gefühle unterdrücken. Jeder von uns möchte respektiert und geliebt werden, niemand von uns schätzt Mißbilligung; daher unterdrücken wir unbeliebtes Benehmen. Wir würden es ungern zugeben, aber unbewußt fürchten wir Repressalien. Die Ansprüche der Familie und der Gesellschaft schaffen eine starke Motivation, keine Wut zu zeigen. Dieses Verhalten, das schon in unserer frühen Jugend beginnt, setzt sich tief in uns fest. Wir realisieren ganz unbewußt, daß Ärger oft unpassend ist, und darum unterdrücken wir ihn. Instinktiv bemerken wir, daß die Wut erniedrigend ist, und – vielleicht noch stärker – empfinden wir einen Verlust an Kontrolle, wenn wir wütend sind. Für den TMS-Patienten ist das schwer hinzunehmen. All dies geschieht unbewußt, und darum sind wir uns unseres Bedürfnisses, Wut und Groll zu unterdrücken, nicht bewußt. An ihrer Stelle aber können wir ein physisches Symptom erfahren, wie TMS oder eine Störung im Magen-Darm-Bereich.

Mir selbst passiert das oft. Ich habe gelernt, daß Sodbrennen bedeutet, daß ich über etwas verärgert bin und es gar nicht merke. Ich fange dann an, darüber nachzudenken, was der Grund für meine Beschwerden sein könnte, und habe ich den Grund dafür gefunden, hört auch das Sodbrennen auf. Es ist bemerkenswert, wie gut die Wut normalerweise vergraben ist. Bei mir ist es im allgemeinen ein Vorfall, über den ich mich geärgert habe, ohne genau zu wissen, wie stark ich davor betroffen bin. Manchmal ist etwas emotional so sehr geladen, daß es Monate dauern kann, bis ich eine Antwort darauf finde.

Nach 17 Jahren Erfahrung mit TMS scheint es klar, daß wir alle Angst und Wut erzeugen; in jeder Kultur unterdrücken die Menschen potentiell unerfreuliche Emotionen. Oder anders ausgedrückt, die psychologischen Voraussetzungen, die zu psychophysiologischen Reaktionen wie TMS führen oder Magengeschwüre und Koliken auslösen, sind universal. Sie variieren nur in der Stärke.

Diejenigen am oberen Ende der Stärkeskala mit noch intensiveren Symptomen nennen wir neurotisch. Aber in Wirklichkeit sind wir alle mehr oder weniger neurotisch, was den Begriff bedeutungslos werden läßt.

Die Konzepte der Unterdrückung und das Unbewußte sind eng miteinander verbunden und wurden erst durch Freud auf eine solide wissenschaftliche Basis gestellt. In Peter Gays ausgezeichnete Biographie über Freud, *Freud: A Life for Our Time* (New York: Norton, 1988), S. 128, finden wir eine ausgezeichnete Metapher für das Unbewußte:

»Rather the unconscious proper resembles a maximum-security prison holding anti-social inmates languishing for years or recently arrived, inmates harshly treated and heavily guarded, but barely kept under control and forever attempting to escape.«

»Das eigentliche Unbewußte gleicht einem Hochsicherheitsgefängnis, dessen asoziale Insassen jahrelang vor sich hin schmachten oder eben erst eingetroffen sind. Gefangene, die hart angefaßt und streng bewacht, aber kaum kontrolliert werden können, und die ständig zu entkommen versuchen.«

Die emotionalen Phänomene, die in diesem Kapitel beschrieben werden, sind die »asozialen Mitinsassen« des Unbewußten. Wir scheinen tendenziell dem auszuweichen, was emotional unerfreulich ist, und das ist der Grund für Unterdrückung. Aber es gibt noch eine ähnlich starke Kraft in unserer Psyche, die daran arbeitet, diese Gefühle ins Bewußtsein zu bringen (»forever attempting to escape«) und das ist der Grund für eine Verstärkung, was Psychoanalytiker Abwehr (defense) nennen.

Vor kurzer Zeit kam eine Frau zu mir, die mir aufgrund meiner Diagnose, sie leide an TMS, eine sehr interessante Geschichte erzählte. Die Schmerzen begannen, nachdem sie auf ihre Kosten ihre ältere Schwester zu einer Europareise eingeladen hatte. Sie machte sich Sorgen, ob es ihr wohl gefallen würde und fühlte sich dafür verantwortlich. Sie war ärgerlich und voller Groll darüber, daß sie sich gefühlsmäßig so stark engagierte. Sie hatte angefangen, von ihrer Mutter und ihrer Schwester zu träumen und sich an ihre Teenager-Ressentiments gegen sie zu erinnern, die auf dem Eindruck basierten, »daß sie sich zusammenschlossen – um gut zu sein«, und sie von

dieser engen Beziehung ausgeschlossen war. All dies wurde durch die Tatsache verstärkt, daß ihr Vater, dem sie sehr nahestand, sie verlassen hatte. Er starb, als sie 11 Jahre alt war. Das ist der Stoff, aus dem TMS oft entsteht: Sorgen, Wut, Ressentiments, mit Wurzeln, die bis zurück in unsere Kindheit führen. Ich fand es bewundernswert, wie sie, nach einer Bemerkung meinerseits, mit all diesem wichtigen psychologischen Material herausrückte.

Die Universalität dieser psychologischen Phänomene wird durch die Tatsache unterstützt, daß über 80 Prozent der US-Bevölkerung eine Krankengeschichte mit diesen Schmerzsymptomen aufweisen, und ihre Häufigkeit hat während der letzten Jahre sogar noch zugenommen. Rücken- und Schultersyndrome stehen an erster Stelle der Abwesenheitsquote bei den Arbeitern in diesem Land. Es wird geschätzt, daß in den Vereinigten Staaten jährlich etwa 56 Milliarden US-Dollar für die Heilung der Rückenschmerzen ausgegeben werden.

Die körperliche Abwehr gegen unterdrückte Emotionen

Während vieler Jahre glaubte ich, daß TMS eine Art physischer Ausdruck oder Entladung unterdrückter Emotionen ist, wie ich es oben und in meinem ersten Buch beschrieben habe. Seit den frühen 70er Jahren war mir bewußt, daß diese Rücken- und Nackenprobleme die Folge unterdrückter Emotionen waren. 88 Prozent einer großen Gruppe von TMS-Patienten hatten eine Vorgeschichte mit spannungsverwandten Beschwerden wie Magengeschwüre, Kolitis, Spannungskopfschmerzen und Migräne. Aber die Theorie von TMS als einer physischen Manifestation nervöser Spannung war irgendwie nicht befriedigend und unvollständig. Und was äußerst wichtig ist: Es erklärte die häufige Beobachtung nicht, daß – macht man den Patienten auf die Funktion der Schmerzen und ihre Beteiligung an einem psychologischen Prozeß aufmerksam – das zum Verschwinden der Schmerzen, zur »Heilung« führt.

Der Psychoanalytiker und Kollege Dr. Stanley Coen schlug im Verlaufe unserer Zusammenarbeit an einem medizinischen Artikel

vor, daß die Aufgabe des Schmerzsyndroms nicht sei, versteckte Emotionen auszudrücken, sondern sie daran zu hindern, bewußt zu werden. Das, erklärte er, ist es, was man als Abwehr bezeichnet. Mit anderen Worten, die Schmerzen von TMS (Magengeschwür, Kolik, Spannungskopfschmerzen oder der Horror einer Asthmaattacke) werden erzeugt, um die Aufmerksamkeit des Betroffenen von dem abzulenken, was sich in der emotionalen Sphäre abspielt. Es wird beabsichtigt, die Aufmerksamkeit auf unseren Körper zu lenken und nicht auf unsere Psyche. Es ist eine Antwort auf das Bedürfnis, die schrecklichen, asozialen, unfreundlichen, kindischen, ärgerlichen, egoistischen Gefühle (die Gefangenen) davon abzuhalten, bewußt zu werden. Daraus folgt, daß TMS weit davon entfernt ist, eine physische Beschwerde im üblichen Sinn zu sein, sondern in Wirklichkeit der Bestandteil eines psychologischen Prozesses ist.

Abwehr gegen unterdrückte Emotionen arbeitet, indem sie unsere Aufmerksamkeit auf etwas anderes als die Emotionen lenkt, die im Unbewußten versteckt gehalten werden. Die Patienten gebrauchen unterschiedliche Bilder, um das zu beschreiben: Die Abwehr dient der Tarnung oder einer Ablenkung oder Zerstreuung. Um erfolgreich zu sein, muß sie unsere ganze Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen, und sie arbeitet sogar noch besser, wenn wir völlig in Sorge oder von was auch immer besessen sind. Darum funktioniert die Abwehr so gut, wenn sie physisch ist: Sie hat die Fähigkeit, unsere Aufmerksamkeit völlig in Anspruch zu nehmen, vor allem, wenn sie schmerzvoll, erschreckend oder lähmend ist. Das ist genau, was bei TMS geschieht.

Die bekannten Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzsyndrome haben während der letzten dreißig Jahre in den Vereinigten Staaten ein epidemisches Ausmaß angenommen, weil sie die bevorzugte Abwehr gegen die oben beschriebenen unterdrückten Emotionen sind. Zweck einer guten Tarnung ist es, nicht erkannt zu werden, und niemand wird wissen, daß etwas versteckt wurde. Kaum jemand, der darunter leidet, denkt, daß diese Schmerzsyndrome mit emotionalen Faktoren in Zusammenhang stehen. Im Gegenteil, fast alle denken, daß sie die Folge einer Verletzung oder einer Vielfalt von erblichen und degenerativen Anomalitäten der Wirbelsäule sind. Es gibt noch eine andere Gruppe von Beschwerden, die

zum TMS-Repertoire gehören, und es wird angenommen, daß sie zu den Krankheiten der Weichteile zählen (Fibromyalgie, Fibrositis, Myofibrositis). Auch diese Krankheiten werden Verletzungen, Muskelschwäche und ähnlichem zugeschrieben – eine perfekte Tarnung. Solange die Aufmerksamkeit einer Person auf das Schmerzsyndrom gerichtet ist, besteht keine Gefahr, daß Emotionen entdeckt werden.

Je schmerzvoller die Emotionen unterdrückt wurden, desto stärker waren die TMS-Beschwerden. Ein Patient zum Beispiel, der als Folge von Kindesmißbrauch eine enorme Wut angestaut hat, verspürt starke, lähmende Schmerzen, und diese Schmerzen verschwinden nur, wenn er die Gelegenheit erhält, diese schreckliche, festsitzende Wut, die sein Unbewußtes während Jahren besetzt hat, auszudrücken. – Ein weiteres Beispiel dafür, daß Ärger TMS auslösen kann.

Äquivalente von TMS

Wie erwähnt wurde, können auch andere Beschwerden den gleichen Zweck wie TMS erfüllen. Hier eine Liste der wichtigsten:

Vorstadium eines Magengeschwürs	Spannungskopfschmerzen
Magengeschwür	Migräne
Hiatushernie	Ekzem
Reizkolon	Psoriasis
Kolitis	Akne, Nesselsucht
Heuschnupfen	Schwindel
Asthma	Ohrensausen
Prostatitis	Häufiges Urinieren

Alle diese Beschwerden sollten vom Hausarzt behandelt werden. Obwohl sie möglicherweise einem psychologischen Zweck dienen, müssen sie untersucht und medizinisch behandelt werden. Idealerweise wird der Patient auch eine Beratung bekommen. Jede dieser körperlichen Beschwerden dient ebenfalls dazu, die Unterdrückung von Gefühlen zu unterstützen. Je mehr die Ärzte sie als »rein physisch« betrachten, desto mehr unterstützen sie den Verteidi-

gungsmechanismus. Das bedeutet das Anhalten der Schmerzen, eines Geschwürs, der Kopfschmerzen oder was auch immer vor sich geht. Solange die Abwehr arbeitet, wird das so weitergehen.

Physische (im Gegensatz zu psychologischer) Abwehr von unterdrückten Emotionen ist zweifellos so häufig, weil sie so erfolgreich wirkt. Sie ist sehr effektiv, da der Patient von einem Krankheitsbild zum nächsten umsteigen kann. Zum Beispiel wurden ausgezeichnete Medikamente gefunden, um das Krankheitsbild eines Magengeschwürs positiv zu verändern. Als Folge wendet sich die Psyche einfach anderen physischen Beschwerden zu.

Ein Mann um die Mitte vierzig erzählte mir, daß er vor zehn Jahren begann, Schwierigkeiten mit seinem unteren Rücken zu bekommen; nach vielen Jahren wurde er durch eine Operation von seinen Schmerzen erlöst. Einige Monate nach der Operation bekam er ein Magengeschwür. Die Probleme hielten mindestens zwei Jahre an. Der Arzt versuchte es mit verschiedenen Medikamenten, konnte ihn jedoch nicht von dem Geschwür befreien. Schließlich beendete er die Behandlung, und der Patient bekam kurze Zeit später Nacken- und Schulterschmerzen. Diese dauerten schon fast zwei Jahre, als er zu mir kam. Rückenoperation und Magengeschwürbehandlung linderten sein grundsätzliches Problem nicht. Sie hatten lediglich eine Placebofunktion und ordneten den Symptomen einen neuen Standort zu.

Die Geschichte des Magengeschwürsymptoms

Die Magengeschwürgeschichte ist interessant. Es gab in den Vereinigten Staaten und Kanada während der letzten zwanzig oder dreißig Jahre eine Abnahme in der Häufigkeit der Magengeschwüre, zum Teil die Folge von effizienten Medikamenten.

Eine bessere Erklärung verdanke ich jedoch dem Kolumnisten Russel Baker, der in einer seiner Sonntagskolumnen im New York Times Magazine (erschieden am 16. August 1981) die Frage stellte: »Where have all the Ulcers gone?« (Wo sind denn eigentlich die Magengeschwüre geblieben?) Herr Baker wies darauf hin, daß die Menschen weniger Geschwüre zu haben scheinen. Der Artikel veranlaßte mich zu einer Spekulation. Wenn Ärzte wie Laien zum

Schluß kommen, daß Geschwüre wirklich Spannung bedeuten, verlieren diese ihre Funktion, Spannung zu verstecken. Daher entwickeln weniger Leute ein Geschwür. Könnte das der Grund dafür sein, warum Nacken-, Schulter- und Rückenschmerzen in den letzten Jahren so alltäglich geworden sind? Ist es möglich, daß sie jetzt viele bessere Verstecke für Spannung sind als der Magen?

Psyche und Körper

Praktisch jedes Organ oder System im Körper kann von der Psyche als Abwehr gegen unterdrückte Emotionalität benutzt werden. Das betrifft auch Beschwerden des Immunsystems wie Heufieber oder häufig auch Atemwegsinfekte oder urogenitale Infektionen. Ein Urologe aus meinem Bekanntenkreis sagte, daß über 90 Prozent seiner Prostatitisfälle die Folge von Spannung (tension) sind. Ich habe einen Patienten, der ständig einen trockenen Mund hat – die Folge einer durch Spannung erzeugten Verengung der Speichelwege. Laryngitis kann auch emotionalen Ursprungs sein. Auch Ophthalmologen sagen, daß spannungserzeugte Sehstörungen häufig sind. Ich möchte noch einmal wiederholen: Alle Symptome müssen sorgfältig untersucht werden, um einen strukturellen, infektiösen oder neoplastischen Prozeß auszuschließen.

Einerseits ist es wichtig, sogenannte organische Beschwerden auszuschließen, die Diagnose bei psychophysiologischen Beschwerden aber sollte immer positiv gemacht werden. Eine Diagnose durch Ausschluß ist keine Diagnose. Sie sagt: »Ich weiß nicht, was das ist, und daher ist es wahrscheinlich spannungsbedingt.« Der Diagnostiker sollte eher sagen: »Da ich das Vorhandensein eines möglichen Tumors oder Krebses ausgeschlossen habe, kann ich zuversichtlich weitermachen, da die physischen Beschwerden, die ich hier sehe, alle Anzeichen und Symptome eines emotional bewirkten Prozesses aufweisen.« Das wird aber sehr selten so gemacht, da die meisten praktischen Ärzte diese Beschwerden nicht als psychophysiologisch erkennen, oder wenn sie sie erkennen, sie symptomatisch behandeln, als ob es sich um organische Beschwerden handelte.

Die Rolle der Angst bei TMS

Die Ernsthaftigkeit der Beschwerden bei TMS wird nicht nur an der Intensität der Schmerzen gemessen, sondern auch am Grad der vorhandenen physischen Einschränkung. Vor welchen Dingen hat der Patient Angst, und was kann er nicht mehr tun? Die Behinderungen können dabei wichtiger sein als die Schmerzen, weil sie die persönliche Funktionsfähigkeit des Individuums bestimmen, im professionellen, sozialen und sportlichen Bereich.

Langfristig gesehen sind Angst und Sorge im Zusammenhang mit körperlicher Einschränkung eine wirksamere psychologische Abwehr als Schmerzen. Eine schwere Schmerzattacke kann in wenigen Tagen vorüber sein. Aber wenn die betroffene Person bestimmte Dinge aus Angst, eine weitere Attacke auszulösen, unterläßt, oder weil sie festgestellt hat, daß Aktivität automatisch Schmerzen verursacht, auch wenn es sich nicht um eine akute Attacke handelt, hält die Sorge um den Körper an, und der Abwehrmechanismus arbeitet ununterbrochen. Bei der Mehrheit der Patienten, mit denen ich arbeite, ist das der wichtigste Faktor. Gelegentlich habe ich einen Patienten, der sagt, daß er sich körperlich nicht eingeschränkt fühlt, und daß die Schmerzen das einzige Problem sind. Aber solche Patienten sind selten. Die meisten Patienten haben Angst vor physischer Aktivität, was das Problem weiter aufrechterhält, indem es zusätzliche Angst auslöst und oft sogar zu Depressionen führt. Was sich hier aufbaut, ist eine wahrhaftige Physikophobie, eine Angst vor körperlicher Aktivität.

Das Ausmaß der Sorgen bei Symptomen ist ein Maßstab für die Ernsthaftigkeit des Problems. Viele Patienten berichten, daß das Syndrom ihr Leben bestimmt hat, während andere eindeutig von den Beschwerden besessen sind. Es ist das erste, woran sie denken, wenn sie am Morgen aufstehen, und das letzte, woran sie denken, bevor sie einschlafen.

Eine junge Frau, mit der ich zusammengearbeitet habe, sagte mir eines Tages, daß sie einen »Horror vor physischen Schmerzen« habe. Als wir darüber sprachen, wurde klar, daß sie vor emotionalen Dingen schreckliche Angst hatte, und daß das Schmerzsyndrom ihr erlaubte, diesen Dingen auszuweichen. Meine Erfahrungen haben

gezeigt, daß die gesamte Stärke des Schmerzsyndroms, obsessive Komponenten miteingeschlossen, uns einen wichtigen Hinweis auf die Ernsthaftigkeit der darunterliegenden emotionalen Verfassung des Patienten gibt. Mit Wichtigkeit meine ich, wieviel Wut und Sorge vorhanden sind, und wie schwerwiegend die Traumata in der Kindheit waren, die zum gegenwärtigen psychologischen Zustand dieser Person beigetragen haben. So neigen zum Beispiel Menschen, die in ihrer Kindheit emotional oder körperlich, vor allem aber sexuell mißbraucht wurden, dazu, viel größere Reserven an Angst und Wut zu haben. Daran muß ich denken, wenn ich jemanden sehe, der besonders stark TMS hat. Die physischen Symptome sind ein Mittel, um nicht mit den fürchterlichen, schrecklichen, tief verborgenen Gefühlen in Berührung zu kommen. Diese Worte sind keine Übertreibung. Es besteht eine sehr große Angst und wahrscheinlich auch eine enorme Wut, die an der Psyche nagt, die sie nicht einzugestehen wagt. Solche Patienten werden sagen, daß sie verstehen, warum die Schmerzen nicht weggehen, denn wenn sie diesen verborgenen Gefühlen näherkommen, bekommen sie Panik und können nicht mehr weitermachen. Sie benötigen ohne Ausnahme eine Psychotherapie als Bestandteil des therapeutischen Programmes.

Andererseits ist bei der großen Mehrheit der Personen mit TMS, bei zirka 95 Prozent, das Ausmaß an Angst und die Gründe dafür bedeutend weniger stark, und sie erfahren keine emotionale Verunsicherung, wenn die Schmerzen nachlassen. Hier gewinnt man den Eindruck, daß die Psyche auf die Wut und Sorge überreagiert hat und diese Abwehr überhaupt nicht nötig war.

Was ich hier beschrieben habe, ist in unserer Kultur stark verbreitet, nur der Grad unterdrückter Emotionalität ist unterschiedlich. Unsere Kultur hat einen Mechanismus geschaffen, der erlaubt, diese schlechten Gefühle nicht bewußt werden zu lassen, uns dafür aber körperliche Symptome gibt.

Zum Glück gibt es einen Weg, diese Fehlanpassung zu stoppen. Die Logik sagt uns, daß das Gehirn auf infantile Weise reagiert. Aber meine Arbeit mit TMS hat gezeigt, daß die Psyche auch andere Wege kennt und den Prozeß, der zu physischen Beschwerden führt, umkehren kann.

Angst ist umfassend. Alles was die Angst noch größer macht, wird auch die Symptome noch verstärken. Eine meiner Patientinnen erklärte mir, daß sie die Praxis ihres Arztes im Zustand eines Schocks verließ, nachdem man ihr gesagt hatte, daß das untere Ende ihrer Wirbelsäule degeneriere. Sie sei auf der Straße fast ohnmächtig geworden, und die Schmerzen wurden nach diesem Arztbesuch noch viel schlimmer.

Ein junger Mann, etwa 20 Jahre alt, mit dem Körper eines amerikanischen Fußballspielers, erzählte mir, daß er der »starke Mann« im Familienbetrieb sei. Eines Tages entschloß er sich, seinen Vater zum Arzt zu begleiten, da er beim Zähneputzen leichte Rückenschmerzen verspürt hatte. Es wurden Röntgenbilder gemacht und ihm erklärt, daß er eine Verschiebung am unteren Ende der Wirbelsäule habe, worauf die milden Symptome schlimmer wurden. Als die Schmerzen andauerten, empfahl man ihm, einen Spezialisten aufzusuchen. Ein CT (siehe Seite 36) wurde gemacht, das eine Diskushernie zeigte. Jetzt hatte er ein ernsthaftes Problem und durfte keine schweren Lasten mehr heben, auch nicht mehr Basketball spielen (eine seiner bevorzugten Aktivitäten) und mußte ganz allgemein sehr vorsichtig sein. Er war am Boden zerstört. Es hatte mit leichten Schmerzen im unteren Rücken angefangen, und jetzt litt er täglich unter heftigen Schmerzen und war in seiner Arbeit und in seinem Leben stark eingeschränkt. Er war jetzt, dank der strukturellen Diagnose, invalid, mit allem, was damit zusammenhing. Er glaubte jetzt, daß etwas ernsthaft nicht gut sei mit seiner Wirbelsäule und daß er in seinem Leben nie mehr schwere Gewichte heben dürfe oder Sport treiben könne. Als er bei mir zur Konsultation erschien, war er deprimiert. Glücklicherweise hatte er TMS. Er reagierte gut auf die Behandlung, führt seither wieder ein normales Leben und spielt wieder Basketball.

Es gibt viele Komponenten, die bei Rückenschmerzen Angst stimulieren. Wir sind im allgemeinen davon überzeugt, daß der Rücken zerbrechlich sei, leicht verletzbar und immer verwundbar. Es gibt unzählige Verbote und Anweisungen: sich nicht bücken, keine schweren Lasten heben, mit einem geraden Rücken heben, nicht auf einem weichen Stuhl oder Sofa sitzen, kein Kraulen oder keine Brustzüge beim Schwimmen, keine hohen Absätze, kein Hohlkreuz

(was Kraulen, Brustschwimmen und hohe Absätze verstärken), auf einer harten Matratze schlafen, nicht rennen, keine kraftvollen Sportarten etc. Eine große Gruppe meiner erfolgreich behandelten Patienten (einige tausend) zeigten, daß dies keine brauchbaren Instruktionen sind. Sie helfen nur, das Schmerzsyndrom aufrechtzuerhalten und das Leben zur Hölle zu machen.

Da ist die Angst vor wiederkehrenden Attacken. Jeder, der einmal eine starke Rückenschmerzattacke erlebt hat, wird in Angst vor einer nächsten leben. Diese Angst garantiert geradezu, daß es früher oder später zu einer weiteren Attacke kommen wird. Angst und Wut verstärken sich durch die Vorstellung, daß man ein(e) unzureichende(r) Vater, Mutter, Ehemann/Frau, Sexualpartner, Arbeiter, Hausfrau ist, oder was man auch sonst im Leben tut. Sie können nicht ins Kino, ins Theater, Konzert oder Restaurant, weil sie nicht lange zu sitzen vermögen. Die Tragik wird vervielfacht, wenn sie beruflich selbständig sind. Es ist eine traurige Realität, daß ein Patient mit Rückenschmerzen ein Gefangener seiner ständigen Schmerzen ist – und daß die Angst eine der wichtigsten Kräfte ist, die das Schmerzsyndrom aufrechterhält.

Bewältigungsstrategien

Ich höre immer wieder, daß Menschen durch Streß ausgelöste Schmerzen bekommen, weil sie mit dem Leben nicht zurechtkommen. Aber es ist genau umgekehrt; sie haben TMS, weil sie zu sehr damit zurechtkommen. Zurechtkommen heißt, die Emotionen zu unterdrücken, die sich in das einmischen, was wir gerade tun möchten, und TMS existiert, um die Unterdrückung dieser Emotionen aufrechtzuerhalten. Ein »hundertprozentiger« Geschäftsmann sagte mir, daß er seinen Freunden und der Familie gegenüber nie »nein« sagen kann, wenn sie ihn darum bitten, etwas für sie zu tun, da für ihn Neinsagen eine Niederlage bedeute. Jasagen und das zu tun, worum man ihn gebeten hat, empfindet er als Gewinn, ganz gleich was es ihn emotional kostet. Er ist einer, der ausgezeichnet mit allem fertig wird, und einer der besten Kandidaten für TMS. Das beschreibt auch noch einige andere Eigenschaften einer TMS-Persönlichkeit: Es sind Menschen mit dem Wunsch, geliebt, be-

wundert, respektiert zu werden, mit dem Willen, etwas zu erreichen, und mit einem intensiven Konkurrenzdenken. Wir bezahlen einen Preis für das »Damit-fertig-Werden« – wir wirken großartig nach außen und leiden innerlich.

Die Diagnose ablehnen

Es ist eine bedauernswerte Tatsache, daß die meisten Menschen die Diagnose TMS ablehnen würden, wenn man sie bei ihnen stellte. Das ist nicht erstaunlich, da in unserer Gesellschaft ein starkes Vorurteil gegenüber allem, was mit psychologischen Problemen und Psychotherapie zusammenhängt, besteht. Dabei spielt es keine Rolle, daß es sich bei der überwältigenden Mehrheit um geringfügige »Probleme« handelt. Emotionale Probleme scheinen in die gleiche Kategorie wie Rassen- und religiöse Vorurteile zu fallen.

Beurteilt man die Ereignisse in der Politik und das Kandidieren für ein öffentliches Amt, zeigen die Ereignisse aus den letzten Jahren, daß die Gesellschaft bei der Bewältigung ihrer Rassen- und religiösen Phobien Fortschritte gemacht hat, nicht aber bei der Psychologie. Wir haben John F. Kennedy gewählt. Aber wir haben aus dem Wahlkampf der letzten Jahre gelernt, daß irgendein Hinweis auf eine psychologische Vorgeschichte immer noch das Todesurteil ist bei der Kandidatur für ein hohes öffentliches Amt. Das ist ein grausames Paradox, weil die gegenwärtige politische Szene zeigt, daß viele Politiker von einer Psychotherapie nur profitieren könnten. Es wäre zum Beispiel kaum denkbar, daß ein Politiker zugeben würde, daß er TMS hat. Auch die meisten Sportler würden diese Diagnose ablehnen, da psychologische Probleme mit Schwäche gleichgesetzt werden, und Athleten ihr Image, stark und unbeugsam zu sein, erhalten wollen. Ich weiß von einigen Sportlern, die zu mir geschickt wurden, aber nie gekommen sind.

Natürlich gilt das gleiche Vorurteil auch in der Medizin. Ärzte ziehen es vor, physische Beschwerden zu behandeln; sie werden unsicher, wenn sie Personen mit emotionalen Symptomen begegnen. Sie verschreiben ein Medikament und hoffen, daß der Patient sich bald besser fühlen wird. Sogar in der Psychiatrie gibt es eine große Anzahl praktischer Ärzte, die es vorziehen, hauptsächlich mit Medi-

kamenten zu behandeln. Ich kenne eine ganze Reihe von Psychiatern, die das Konzept von TMS abgelehnt haben, als es zur möglichen Erklärung für Rückenschmerzen vorgeschlagen wurde.

Personen mit körperlichen Symptomen begegnen selten solchen Vorurteilen. Die Krankenversicherung bezahlt für die ausgefeiltesten diagnostischen und therapeutischen Verfahren, aber die meisten Versicherungspolice schließen Zahlungen bei einer Psychotherapie aus oder schränken ihre Leistungen stark ein. Tausende von Dollars werden bei einer Organtransplantation ausgegeben, um Leben zu erhalten, aber kein Pfennig für eine Therapie, die die Lebensqualität verbessert.

Da ist es nicht verwunderlich, daß die Psyche Strategien entwickelt, um Erfahrung und Erscheinung von emotionalen Schwierigkeiten zu vermeiden. Unbewußt würden wir es vorziehen, physische Schmerzen zu haben, als eine emotionale Unruhe zuzugeben.

Ich habe das mit einer meiner Patientinnen diskutiert, die eine scharfe Beobachtung gemacht hatte. Sie sagte: »Wenn du die Leute darum bittest, dich etwas in Ruhe zu lassen weil du emotional überlastet bist, erwarte keine freundliche Antwort; aber erzählst du ihnen, daß du Schmerzen hast oder ein anderes körperliches Symptom, werden sie sofort offen und hilfsbereit sein.« Wie recht sie damit hat! Unsere Gesellschaft akzeptiert physische Probleme, aber die Leute scheuen vor allem, was mit Emotionen zu tun hat, zurück. Das ist ein weiterer Grund, warum die Psyche, wenn sie mit unangenehmen emotionalen Phänomenen konfrontiert wird, eher eine physische als eine emotionale Manifestation vorzieht.

Gibt es TMS in der ganzen Welt?

Von Zeit zu Zeit werde ich gefragt, ob es auf der Welt auch Menschen gibt, die kein TMS bekommen. Dr. Kirkaldy-Wallis, der in England studiert und über 20 Jahre in Kenia gearbeitet hat, lieferte die Antwort. Er berichtete bei einer medizinischen Konferenz 1988, daß Rückenschmerzen sehr selten seien bei Afrikanern, aber genauso häufig bei Kaukasiern und Asiaten wie in den USA und Kanada. Er schrieb diesen Umstand teilweise kulturellen Unterschie-

den zu und postulierte, daß die Afrikaner keine solchen Ängste zu erzeugen scheinen, wie wir dies tun.

Nichts Neues

Als die Einzelheiten dieser Beschwerden vor vielen Jahren aufkamen, schien es schwer zu glauben, daß niemand dieses Problem zuvor erkannt hatte. Eine Durchsichtung der medizinischen Literatur brachte einen Artikel von Major Morgan Sargent zutage (*New England Journal of Medicine*, 1946), der eine große Gruppe von heimkehrenden Air-Force-Angehörigen beschrieb, die alle unter Rückenschmerzen litten. Dr. Sargent, der kein Psychiater war, berichtete, daß 96 Prozent einer großen Gruppe psychologisch bedingte Schmerzen hatten, führte dies dann weiter aus, und beschrieb genau, was ich TMS nenne. Es war ein Zeichen der Zeit, daß Dr. Sargents Arbeit zur Publikation in einer medizinischen Zeitschrift angenommen wurde. Heute würde sie wahrscheinlich als unwissenschaftlich abgelehnt. (Ich werde über die sich ändernden Ansichten bezüglich der Wechselwirkung Psyche-Körper in Kapitel »Psyche und Körper« berichten.)

Die Lösung

Das ist der Moment, wo der Patient sagen wird: »Gut, Sie haben mich überzeugt. Ich verstehe jetzt, warum ich diese Schmerzen habe. Aber wie um Himmels willen soll ich meine Persönlichkeit ändern und meine Probleme lösen (besonders die unlösbaren Probleme, wie beispielsweise meine 90 Jahre alte Mutter) oder wie aufhören, Wut und Angst zu produzieren und meine Gefühle zu unterdrücken?«

Mutter Natur ist in dieser Hinsicht sehr freundlich mit uns gewesen, da die Lösung des Problems, in den meisten Fällen, keine dieser schwierigen Transformationen von uns verlangt. Um sicher zu sein, wird ein kleiner Teil der Patienten eine Psychotherapie benötigen, um wieder gesund zu werden, aber er macht weniger als fünf

Prozent aus. Den anderen wird es besser gehen, wenn sie alles über TMS erfahren und ihre Vorstellung über ihren Rücken ändern. Klingt das zu einfach? Es ist einfach, aber gleichzeitig auch nicht, wie es im Kapitel über die Behandlung ausführlich beschrieben wird.

Die Physiologie von TMS

Das Wort Physiologie bezieht sich darauf, wie die verschiedenen Systeme und Organe des Körpers arbeiten. Alle biologischen Systeme sind extrem kompliziert, und je höher das Tier auf der Evolutionskala, um so komplizierter ist seine Physiologie. Das trifft besonders bei TMS zu, da diese Beschwerden Folge einer Wechselwirkung zwischen mental-emotionalen und den physischen Sphären der menschlichen Biologie sind. Die medizinische Wissenschaft hat in den letzten Jahren enorm viel über die Physiologie der meisten biologischen Systeme und über die Chemie und Physik des menschlichen Körpers gelernt. Aber es ist praktisch nichts über die Wechselwirkung Psyche-Soma (Körper) bekannt, was für das Verständnis sowohl von Gesundheits- wie auch Krankheitszuständen entscheidend sein kann. TMS ist ein klassisches Beispiel für eine Wechselwirkung zwischen Psyche und Körper, aber wir verstehen die Chemie, Physik oder Zellbiologie nicht, die uns erklären könnten, wie Emotionen physikalische Reaktionen stimulieren – und doch verhält es sich so. Hier mein Konzept, wie dies bei TMS funktioniert.

Das autonome Nervensystem

Die Physiologie von TMS beginnt im Gehirn. Emotionen, die hier unterdrückt werden, wie Sorgen und Wut, lösen einen Prozeß aus, bei welchem das autonome Nervensystem den Blutfluß zu gewissen Muskeln, Nerven, Sehnen und Bändern verlangsamt, was zu Schmerzen und anderen Fehlfunktionen in diesen Geweben führt. Das vegetative Nervensystem ist ein Untersystem des Gehirns, das die Aufgabe hat, alle unwillkürlichen Funktionen des Körpers zu steuern. Es bestimmt, wie schnell das Herz schlägt, wieviel Säure für die Verdauung in den Magen abgesondert wird, wie schnell man atmet und viele andere physiologische Prozesse. Diese sorgen dafür, daß unser Körper unter alltäglichen Bedingungen oder in

Notfällen optimal funktioniert. Die sogenannte Kampf- oder Fluchtreaktion, die bei allen Tieren zu finden und bei tiefer entwickelten Tieren besonders wichtig ist, wird durch das autonome Nervensystem diktiert. Jedes Organ und jedes System im Körper ist für den Notfall vorbereitet. Einige Körperfunktionen müssen ihre Aktivität fast vollständig einstellen, damit die Kraftreserven des Körpers mobilisiert werden können, um mit der Gefahr besser fertig zu werden. Das Blut wird von weniger wichtigen Körperfunktionen zu Systemen geleitet, die besonders wichtig sind bei der Flucht- und Kampfreaktion (zum Beispiel zu den Muskeln), um dort in größeren Mengen vorhanden zu sein. Die Wichtigkeit des vegetativen Nervensystems ist deutlich erkennbar.

Das autonome Nervensystem kontrolliert die Blutzirkulation mit äußerster Präzision. Es kann den Blutfluß verstärken oder verlangsamen, wo immer es will, und macht das auch aus guten Gründen, wie wir oben gesehen haben. Was das System aber bei TMS bewirkt, haben wir als eine anormale autonome Aktivität bezeichnet. Es ist kein sinnvoller Zweck im gewöhnlichen Sinn vorhanden. Auch wird nichts zur normalen täglichen Funktion beigetragen oder der Körper auf Kampf oder Flucht vorbereitet. Aber es entspricht einem psychologischen Bedürfnis. Was geschieht, betrachten wir als abweichend, da es zu Schmerzen und anderen besorgniserregenden Symptomen führt.

Sauerstoffmangel – Die Pathophysiologie bei TMS

Wir haben postuliert, daß bei TMS das autonome Nervensystem selektiv den Blutfluß in gewissen Muskeln, Nerven, Bändern und Sehnen reduziert, als Antwort auf vorhandene, unterdrückte Emotionen wie Sorgen und Angst. Man nennt diesen Zustand Ischämie, was heißt, daß das beteiligte Gewebe weniger Blut erhält, als es braucht. Das heißt, daß weniger Sauerstoff für diese Gewebe vorhanden sein wird, als sie es gewohnt sind. Die Folge davon sind Symptome wie Schmerzen, Gefühllosigkeit, Kribbeln und manchmal ein Schwächegefühl. Wird die Sauerstoffversorgung unter das

normale Niveau reduziert, so wird es zu einer Reaktion kommen, die diese Tatsache signalisiert.

Warum aber das autonome Nervensystem so reagiert und Schmerzen und andere unangenehme Beschwerden produziert, ist schwer zu verstehen. Es sollte doch den Körper auf einer optimalen Stufe funktionstüchtig halten, ganz ungeachtet dessen, was darum herum geschieht. Dieses Verhalten ist äußerst ungewöhnlich, deutet aber das Vorhandensein eines dringenden Bedürfnisses nach einer Reaktion an. Wie oben erwähnt, ist es das Bedürfnis, die Aufmerksamkeit der Person von unerfreulichen, oft schmerzhaften Emotionen abzulenken, welche die Psyche zu unterdrücken versucht. Es ist, als ob die Psyche entschieden hätte, daß körperliche Schmerzen emotionalen Schmerzen vorzuziehen seien. So gesehen ist der Prozeß gar nicht so unlogisch.

Die Ursachen des Sauerstoffmangels

Woher wissen wir, daß Sauerstoffmangel für die Schmerzen verantwortlich ist? Zuerst einmal sind viele Reaktionen des Körpers auf Spannung und Besorgnis Folge einer anormalen autonomen Reaktion. Die bekannteste ist das Magengeschwür (vor Jahren war es bei der Behandlung von Magengeschwüren noch üblich, die autonomen Nerven vom Magen abzutrennen), aber auch spastische Kolitis, Spannungskopfschmerzen, Migräne und viele andere. Daher erschien es logisch, daß die pathologische Physiologie von TMS ihren Ursprung auch im vegetativen Nervensystem hat.

Wäre dieses System an TMS beteiligt, so führte der beste Weg, Unheil in den Muskeln und Nerven anzurichten, über die Blutzirkulation. Die kleinen Blutgefäße, die Blut zu den Geweben bringen (die Arteriolen), müssen sich nur ein wenig verengen, und weniger Blut wird diese Stelle erreichen. Das Gewebe würde mit weniger Sauerstoff versorgt und Schmerzen wären die Folge davon.

Es gibt auch ein klinisches Indiz dafür, daß es sich bei der physiologischen Veränderung bei TMS um einen Sauerstoffmangel handelt. Es ist schon lange bekannt, daß Wärmeerzeugung in den Muskeln durch Diathermie oder Ultraschall Rückenschmerzen vor-

übergehend lindert. Das kann auch durch eine Bindegewebsmassage oder Aktivierung der beteiligten Muskeln erreicht werden. Wir wissen, daß alle drei Maßnahmen die Durchblutung der Muskeln anregt. Eine bessere Durchblutung bedeutet mehr Sauerstoff, und wenn dadurch die Schmerzen gelindert werden, heißt das, daß ein Sauerstoffmangel für die Schmerzen verantwortlich war.

Es gibt auch Anhaltspunkte dafür, die im Labor nachgewiesen wurden. 1973 haben zwei deutsche Forscher, H. G. Fassbender und K. Wegner berichtet, mikroskopische Veränderungen im Kern der Muskelzellen bei Gewebeproben von Patienten mit Rückenschmerzen gefunden zu haben; sie machten Sauerstoffmangel dafür verantwortlich (in: »Morphologie und Pathogenese des Weichteil-Rheumatismus«, *Zsr. Rheumaforschung*, Bd. 32, S. 355).

Mehr Beweise für die entscheidende Rolle von Sauerstoff bei TMS verdanken wir einer Gruppe von Forschern, die in den letzten Jahren in ihren Laboratorien nachgewiesen haben, daß die Sauerstoffversorgung in den Muskeln bei Patienten mit einer primären Fibromyalgie schwach ist. Dies zeigt deutlich ein Gericht aus dem Jahre 1986 im *Scandinavian Journal of Rheumatology* (Bd. 15, S. 165) von N. Lund., A. Bengtsson und P. Thorborg mit dem Titel »Muscle Tissue Oxygen Pressure in Primary Fibromyalgia«. Mit einem hochpräzisen neuen Laborwerkzeug konnten sie den Sauerstoffgehalt eines Muskels ganz exakt messen. Dabei haben sie festgestellt, daß die Sauerstoffversorgung der schmerzhaften Muskeln bei Patienten mit Fibromyalgie gering war.

Das bedeutet für die Ursache von TMS, daß Fibromyalgie, auch unter den Namen Fibrositis und Myofibrositis oder auch Myofaszii-tis und Myofaszialschmerzen bekannt, gleichbedeutend mit TMS ist, was ich schon lange vertreten habe. Ich habe eine größere Zahl von Patienten behandelt, die mit der Diagnose von Fibromyalgie zu mir kamen; ihre Krankengeschichte und physischen Untersuchungen entsprachen starken TMS-Beschwerden. Diese Patienten erholten sich vollständig, was ein Beweis für die Korrektheit der Diagnose ist. Daher ist es vernünftig zu vertreten, daß der Befund eines leichten Sauerstoffmangels in den Muskeln der Patienten mit Fibromyalgie die Hypothese unterstützt, daß die Ursache der Schmerzen bei TMS die gleiche ist, nämlich Sauerstoffmangel.

TMS manifestiert sich auf unterschiedliche Arten, qualitativ und quantitativ, und es ist klar, daß das, was als Fibromyalgie bezeichnet wird, eine davon ist. Diese Patienten haben die stärksten Beschwerden, da sie Schmerzen in verschiedenen Muskeln haben. Auch leiden sie unter Schlaflosigkeit, Angst, Depressionen und allgemeiner Erschöpfung. Das sind Anzeichen, die auf einen hohen Grad Unterdrückter Emotionalität, vor allem Wut, hinweisen, daher auch die stärkeren Symptome.

Die meisten zeitgenössischen medizinischen Forscher können diese Erklärung nicht akzeptieren, da es ihre grundsätzliche Annahme, daß die ätiologische Erklärung für körperliche Anomalie im Körper selbst liegen muß, verletzt. Sie können sich nicht vorstellen, daß Rückenschmerzen den Ursprung im Gehirn haben könnten. Das ist eine große Tragödie für die Patienten, denn solange dieses Konzept abgelehnt wird, werden sie weiterhin falsch diagnostiziert.

Die Folgen von Sauerstoffmangel

Muskeln

Muskeln mit Sauerstoffmangel sind aus zwei uns bekannten Gründen schmerzhaft, oder vielleicht auch aus anderen Gründen, die wir nicht verstehen.

Der Muskelkrampf ist der erste. Er verursacht die schrecklichen Schmerzen, die Patienten bei einer akuten Attacke erfahren, wie es im ersten Kapitel beschrieben wird. Wenn die Attacke vorbei ist, löst sich die Muskelspannung. Bei tausenden von Patienten, die ich in den letzten Jahren untersucht habe, fand ich die beteiligten Muskeln selten mehr in einem Krampf. Die zweite Begründung für die Schmerzen stammt von Dr. Holmes und Dr. Wolfe aus einer Publikation aus dem Jahre 1952 mit dem Titel »Life Situations, Emotions and Backache«, publiziert in der Zeitschrift *Psychosomatic Medicine* (Bd. 14, S. 18). Sie stellten fest, daß sich die chemische Zusammensetzung in den Muskeln dieser Patienten verändert hatte und die Rückenschmerzen wegen einer Ansammlung von Abfallprodukten des Milchsäurestoffwechsels auftraten.

Es ist höchst interessant, daß beides, Muskelkrampf und diese chemische Konzentration, bei Langstreckenläufern, deren Muskeln unter Sauerstoffmangel leiden, beobachtet werden kann. Das Vorhandensein von Muskelschmerzen, entweder spontan erfahren oder durch manuellen Druck des Untersuchers ausgelöst, zeigt, daß im Muskel ein leichter Sauerstoffmangel vorhanden ist. Es bedeutet nicht, daß der Muskel »angespannt« ist. Es handelt sich hier nur um einen leichten Sauerstoffmangel, und daher wird das Gewebe nicht geschädigt. Das trifft besonders beim Muskel zu.

Schmerzauslösende Druckpunkte

Der Begriff »Druckpunkte« (trigger points), die schon seit vielen Jahren zur Diagnose herbeigezogen werden, beziehen sich auf Punkte über mehreren Muskeln im Nacken, Schultern, Rücken und Gesäß. Es gibt Meinungsverschiedenheiten darüber, was genau schmerzt, aber die meisten würden zustimmen, daß es der Muskel selbst sein muß. Die Rheumatologen, die im Studium von Fibromyalgie (TMS) führend sind, scheinen den Gebrauch dieses Begriffs zu vermeiden. Wahrscheinlich wegen der Assoziation zu anderen Diagnosen. Weder gebrauche noch vermeide ich diesen Begriff, da ich festgestellt habe, daß die schmerzempfindlichen Punkte lediglich die zentralen Zonen des Sauerstoffmangels sind. Einige dieser schmerzempfindlichen Stellen können latent während des ganzen Lebens einer Person bestehen bleiben, ohne jedoch die Schmerzen zu aktivieren.

Im ersten Kapitel wurde erwähnt, daß die meisten Patienten mit TMS an sechs Schlüsselpunkten schmerzempfindlich sind: den beiden äußeren Gesäßhälften, links und rechts vom Kreuz (lumbale Region) und oben an beiden Schultern. Diese schmerzempfindlichen Stellen, »Druckpunkte« oder wie auch immer man sie bezeichnen möchte, sind die Haupthinweisstellen für TMS. Es sind die Stellen, die noch weiter druckempfindlich bleiben, auch wenn die Schmerzen weg sind. Das Gehirn hat gleichsam beschlossen, diese Muskeln beim Schaffen des Syndroms zu involvieren. Die Patienten fragen manchmal, ob das Einatmen von reinem Sauerstoff die Schmerzen lindert. Es wurde versucht, hat aber leider nicht ge-

holfen. Wenn das Gehirn beabsichtigt, lokal einen sauerstoffarmen Zustand herzustellen, wird es dies tun, ungeachtet der Menge an Sauerstoff im Blut.

Nerven

Das Nervengewebe ist sensibler und delikater als das Muskelgewebe. Es ist anzunehmen, daß Sauerstoffmangel Nervenschmerzen verursacht, da der Mangel an Sauerstoff die Integrität des Nervs bedroht, was beim Muskelgewebe nicht der Fall ist. Mit anderen Worten, Muskeln können großen Sauerstoffmangel erleiden, bevor sie Schaden nehmen, weit mehr als das bei TMS der Fall ist. Das sensible Nervengewebe wird leichter verletzt, und um das Gehirn zu warnen, daß etwas nicht in Ordnung ist, beginnen die Schmerzen schon bei sehr geringem Sauerstoffmangel. Wir postulieren also, daß Nervenschmerzen bei TMS ein Warnsignal darstellen.

Andere Nervensymptome sind häufig bei TMS. Die Person kann in einzelnen Körperpartien Gefühllosigkeit, Einschlafen, Ameisenlaufen, Brennen, Druck oder andere, weniger häufige Beschwerden, erfahren. Diese Schmerzen werden in dem Teil des Körpers auftreten, der vom Nerv versorgt wird.

Nerven sind wie Kabel, die das Gehirn mit allen Teilen des Körpers verbinden. Sie übermitteln Mitteilungen vom Gehirn, die dazu bestimmt sind, die Muskeln zur Aktivierung einzelner Körperteile zu veranlassen. Aber sie übermitteln auch Mitteilungen in die umgekehrte Richtung, sie bringen die Informationen, was im Körper geschieht, zum Gehirn. Zum Beispiel: Wenn Sie sich mit einer Nadel stechen, gehen die Impulse den Nerven entlang und informieren das Gehirn, daß etwas Schmerzhaftes vorgefallen ist. Wird der Nerv gereizt oder irgendwo unterwegs beschädigt, werden die Schmerzen in dem Teil des Körpers wahrgenommen, von dem diese Informationsmitteilung ursprünglich kommen. Zum Beispiel, wenn der Ischiasnerv unter Sauerstoffmangel leidet und er durch den verkrampften Gesäßmuskel verläuft, spürt man die Schmerzen im Bein dort, wo der Ischiasnerv hinführt. Da er fast das ganze Bein versorgt (ein Ast in jedem Bein), gibt es viele Arten von Ischiasschmerzen. Bei manchen heißt Ischias Schmerzen entlang der ganzen Rücken-

seite des Beines, bei anderen entlang der Seite des Beines. Oder die Schmerzen betreffen nur einen Teil des Beines oder des Fußes; der Oberschenkel, die Wade, vorne oder hinten, oben oder unten am Fuß. Manchmal sind die Schmerzen im Oberschenkel und springen dann hinunter zum Fuß. In gelegentlichen Fällen gibt es nur Nervenschmerzen irgendwo im Bein oder im Arm, ohne Nacken- oder Rückenschmerzen. Es gibt Patienten, bei denen die oberen lumbalen Nerven beteiligt sind. In diesem Fall können die Schmerzen im oberen Oberschenkel den Lenden oder im unteren Teil des Körpers sein. Obwohl die Genitalorgane von den unteren sakralen spinalen Nerven bedingt werden, sieht man gelegentlich einen Patienten mit skrotalen oder labialen Schmerzen, deren Ursprung bei den oberen lumbalen spinalen Nerven liegt. Eine ausführliche Beschreibung, welche Nerven im oberen oder unteren Rücken beteiligt sind, wird im ersten Kapitel gegeben. Die Nervenfasern, welche die Information dem Gehirn übermitteln, werden als sensorische Nervenfasern bezeichnet.

Motorische Fasern verlaufen in entgegengesetzter Richtung. Sie bringen Nachrichten vom Gehirn zu den Muskeln, was zu einer Kontraktion der Muskeln führt und so zur Bewegung. Das Zusammenziehen des Muskels bedeutet, daß sich der Muskel verkürzt, und so werden auch die einzelnen Körperteile bewegt. Wenn der Muskel sich sehr heftig und ständig zusammenzieht, befindet er sich im Krampf, wie zuvor beschrieben. Das ist ein sehr schmerzhafter, anomaler Zustand.

Die meisten Nerven, wie der Ischiasnerv, sind gemischte Nerven. Das heißt, daß sie aus sensorischen und motorischen Fasern bestehen. Darum können Schaden oder Reizung eines Nervs zu sensorischen wie auch motorischen Symptomen führen, müssen aber nicht unbedingt. Bei TMS sieht man große Unterschiede von Patient zu Patient. Es können nur sensorische Symptome vorhanden sein (Schmerzen, Kribbeln, Gefühllosigkeit, Brennen, Druck) oder seltener nur motorische Symptome (Schwächegefühl oder tatsächliche Schwäche). Am häufigsten kommen sensorische und motorische Symptome vor.

Sehnen und Bänder

Es gibt viele Erscheinungen bei TMS, die rätselhaft sind. Einer der am schwersten verständlichen Aspekte des Syndroms ist die Beteiligung von Sehnen und Bändern. Zum Beispiel wird eine Sehnenentzündung im Ellbogen, in der Schulter oder im Knie oft im Verlauf einer TMS-Behandlung verschwinden. Es muß daher angenommen werden, daß sie Bestandteil des Syndroms ist. Was ist dann die physiologische Veränderung, die für die Schmerzen verantwortlich ist?

Es wurde allgemein angenommen, daß eine Sehnenreizung die Folge einer Entzündung ist, aber das ist nicht bewiesen. Als Bestandteil von TMS ist man versucht zu glauben, daß Sauerstoffmangel die Ursache sein könnte. Aber Sehnen haben keine Blutgefäße. Und doch sind sie lebendes Gewebe und müssen daher mit Nährstoffen und Sauerstoff versorgt werden. Wir sind berechtigt zu glauben, daß Sauerstoffmangel auch für Sehnen- und Bänderschmerzen verantwortlich ist. Wie auch immer der Mechanismus, es ist klar, daß diese Strukturen auch an der vom Hirn inszenierten Scharade beteiligt sind, mit dem Auftrag, Sorgen und Ängste zu vermeiden, und es ist sehr wichtig zu wissen, daß Tendinitis ein weiterer Bestandteil von TMS ist.

Zusammenfassung

Rekapitulieren wir noch einmal die Physiologie von TMS: Es beginnt mit gewissen emotionalen Zuständen, die Aktivität im zentralen Nervensystem in Bewegung setzen, besonders im vegetativen Nervensystem, was zu einer lokalen Gefäßverengung und bei gewissen Muskeln, Nerven, Sehnen und Bändern zu einem leichten Sauerstoffmangel führt. Der Sauerstoffmangel ist verantwortlich für die Schmerzen, die die Hauptanzeichen für TMS sind, und für die Möglichkeit von sensorischen Abweichungen (Gefühllosigkeit, Kribbeln) sowie für motorische Defizite wie Schwäche oder Sehnenreflexveränderungen. Im ersten Kapitel dieses Buches wird ausführlicher besprochen, welche Muskeln, Bänder und Sehnen beteiligt sind.

Was die Psyche dazu bewogen hat, Muskeln, Nerven, Sehnen und Bänder bei TMS zu beteiligen, scheint jetzt noch über unser Verstehen hinauszugehen.* Doch nehmen wir auch hin, daß wir bis heute nicht in der Lage sind zu verstehen, wie das Gehirn generell funktioniert, wie es Sprache versteht und produziert, wie es denkt und sich erinnert und so weiter. Das Verstehen des TMS-Mechanismus ist also nur einer der großen unbekannteten Faktoren, wie das menschliche Gehirn funktioniert. Es mag vielleicht von akademischem Interesse sein, genau zu wissen, wie die Physiologie von TMS ist. Sonst aber ist es nicht unbedingt notwendig. Wir wissen, wie wir diese Beschwerden stoppen können, wie sie »heilen«, denn wir kennen den wirklichen Grund dafür. Die chemischen und physiologischen Veränderungen, die in den Muskeln, Nerven, Sehnen und Bändern geschehen, die zu Schmerzen und anderen Symptomen führen, sind die Konsequenz eines Prozesses, der aus psychologischen Gründen im Gehirn ausgelöst wurde. Da jede Veränderung der normalen Physiologie, die zu körperlichen Symptomen führt, den gleichen Zweck erfüllen würde, ist es nicht nötig, genau zu wissen, was in diesen Geweben vor sich geht. Im nächsten Kapitel über die Behandlung von TMS zeigen wir, wie kontraproduktiv es sogar ist, die Aufmerksamkeit auf die Physiologie und Symptomatologie von TMS zu richten, da dadurch das Problem eher hinausgezögert als erleichtert wird.

* Siehe hierzu Bücher wie »Krankheit als Sprache der Seele« von Rüdiger Dahlke, die eine entsprechende psychosomatische Erklärung liefern (Anm. d. Ü.).

Die Behandlung von TMS

Die Anfänge

Meine Behandlung von TMS hat sich in den letzten 17 Jahren als Folge eines klar umrissenen diagnostischen Konzeptes entwickelt. – Die Schmerzsyndrome sind die Folge einer Wechselwirkung zwischen Psyche und Körper. Als mir dieser Zusammenhang allmählich bewußt wurde, war meine erste Reaktion, die Patienten über das, was meiner Meinung nach vor sich ging, aufzuklären. Gleichzeitig verschrieb ich all meinen Patienten Physiotherapie, wie ich es schon immer gemacht hatte. Eine solche Behandlung konnte nicht schaden, da ich annahm, daß Sauerstoffmangel für die Symptome verantwortlich war. Sie konnte sogar vorteilhaft für den Patienten sein, da sie dazu diente, die lokale Blutzirkulation anzuregen.

Mit der Zeit kam etwas Interessantes zum Vorschein. Ich stellte fest, daß die meisten der Patienten, denen es besser ging, diejenigen waren, die die Vorstellung akzeptieren konnten, daß ihre Schmerzen die Folge emotionaler Faktoren waren. Einige, deren Beschwerden besser wurden, blieben der Diagnose gegenüber skeptisch, sprachen aber gut auf die Physiotherapie an. Deutlich erkennbar war auch, daß einige Physiotherapeuten erfolgreicher waren als andere. Aus diesen beiden Beobachtungen zog ich zwei therapeutische Schlüsse:

1. Der wichtigste Punkt für die Genesung des Patienten ist: Die Person muß darüber aufgeklärt werden, was vor sich geht; mit anderen Worten, die gelieferte Information ist das Penizillin gegen die Beschwerden.
2. Einige Patienten werden mit einer Placeboreaktion auf die Physiotherapie und/oder Physiotherapeuten ansprechen. Gegen eine Placeboreaktion ist nichts einzuwenden, aber sie ist meistens nur von kurzer Dauer. Unser Ziel aber war es, eine vollständige und dauerhafte Genesung zu erreichen.

Die Wirksamkeit der Placeboreaktion war einfach zu verstehen, aber ich war erstaunt darüber, wie wichtig es offenbar war, die Patienten darüber aufzuklären, was vor sich ging. Das war Wissens-therapie und schien überhaupt keinen Sinn zu machen. Trotzdem freute ich mich über die Wirksamkeit, und die Rate meiner Heilungserfolge verbesserte sich entscheidend. Dazu kam, daß ich endlich das Gefühl hatte zu wissen, was sich abspielte, obwohl ich nicht alle Einzelheiten erklären konnte. Das war nicht allzu schlimm, da wir es schließlich mit einem Prozeß des Gehirns zu tun haben, und es ist allgemein bekannt, daß man sehr wenig darüber weiß, wie das Gehirn funktioniert.

In dieser Zeit arbeitete ich eng mit einer Gruppe begabter Physiotherapeuten zusammen, die alles über TMS wußten und ihre physiotherapeutische Arbeit mit der Diskussion über beteiligte psychologische Faktoren verbanden. Sie fungierten sowohl als Ersatz für mich wie auch als Physiotherapeuten. Als ich mich später dazu entschloß, mit der Physiotherapie aufzuhören, war dies ein sehr schmerzhafter Entschluß, da ich die Arbeit dieser hochmotivierten Fachleute sehr schätzte.

In den ersten Jahren entwickelte sich auch eine enge Zusammenarbeit mit einer kleinen Gruppe Psychologen, Mitarbeitern des Howard A. Rusk Institute of Rehabilitation Medicine, eine Verbindung, die heute noch besteht. Ich lernte viel über Psychologie von ihnen, und sie spielten eine wichtige Rolle bei den Patienten, die eine Psychotherapie benötigten, damit es ihnen besser ging. Wir funktionierten grundsätzlich als ein Team.

Vielleicht hätte ich es schon früher machen sollen, aber erst 1979 begann ich verschiedene Patientengruppen in einer Art Vorlesungs-Diskussions-Runde zusammenzubringen. Mit jedem Jahr wurde deutlicher erkennbar, daß die Aufklärung des Patienten über TMS der entscheidende therapeutische Faktor war. Gelegentlich kam ein Patient, der nach einer psychotherapeutischen Behandlung immer noch unter dem Schmerzsyndrom litt. Es wurde deutlich, daß psychologische Einsicht alleine nicht ausreichte, um TMS zu verhindern. Erst wenn die Patienten alles über TMS wußten, gingen die Schmerzen weg. Beginnend mit vier einstündigen Lektionen entwickelten sich daraus zwei zweistündige Vorlesungen. Die erste ist

der Physiologie und Diagnose von TMS gewidmet, die zweite der Psychologie und Behandlung von TMS. Der Grund für die Vorlesungen war klar – wenn die Aufklärung der Patienten so wichtig war für die Genesung, dann mußten sie genau über TMS Bescheid wissen. Genauer gesagt, es war entscheidend, daß die Patienten genau wußten, was sie nicht haben (alle strukturellen Diagnosen) und was sie tatsächlich hatten (TMS). Von einem streng physiologischen Standpunkt aus betrachtet, ist TMS harmlos, daher gibt es auch keinen Anlaß, sich über physiologische Dinge Sorgen zu machen. Alle Verbote und Ermahnungen sind überflüssig. Sie tragen eher zum Problem bei und lösen Angst aus, wo keine Angst angebracht ist.

Aktuelle therapeutische Konzepte

Der Zweck der Schmerzen ist es, unsere Aufmerksamkeit auf den Körper zu lenken. Durch die Vorlesungen wird der Patient davon überzeugt, die körperlichen Symptome zu ignorieren und statt dessen an psychologische Ursachen zu denken. Wird das Schmerzsyndrom jetzt nicht überflüssig? Es ist so, wie wenn die Geheimhaltung einer verdeckten Operation auffliegt. Solange sich die Person nicht darüber bewußt ist, daß die Schmerzen der Ablenkung dienen, werden diese ungehindert andauern. Aber in dem Moment, in dem ihr wirklich klar wird (und sie muß es wirklich verstehen, da ein rein intellektuelles Erkennen des Vorgangs nicht ausreicht), funktioniert die Täuschung nicht mehr, und die Schmerzen verschwinden, weil es keinen Grund mehr für sie gibt. Es ist die Aufklärung des Patienten, die das zustande bringt.

Die Abbildung auf Seite 86 macht diesen Vorgang deutlich. Im Gehirn, dem Organ der Psyche, werden die unangenehmen Emotionen produziert, die im Kapitel »Psychologie« beschrieben werden; darum der Pfeil, der nach oben rechts zeigt. Gerade oberhalb befindet sich das Bewußtsein, oder was man auch das »geistige Auge« nennt. Um das Bewußtsein daran zu hindern, sich der unangenehmen Emotionen bewußt zu werden, werden sie unterdrückt, das heißt, im Unbewußten festgehalten. Etwas in der Psyche muß Angst davor haben, daß sie nicht unterdrückt bleiben, sondern daß

sie versuchen werden, ins Bewußtsein zu gelangen, da entschieden wird, daß ein Abwehrmechanismus notwendig ist: ein Mechanismus, der das Bewußtsein (das »geistige Auge«) von dem ablenkt, was unterdrückt wird. Daher erzeugt das Gehirn TMS: der Pfeil, der nach links zeigt. Jetzt muß die Person ihre ganze Aufmerksamkeit auf die verschiedenen Anzeichen von TMS lenken und kann damit den unangenehmen Gefühlen (rechts) ausweichen.

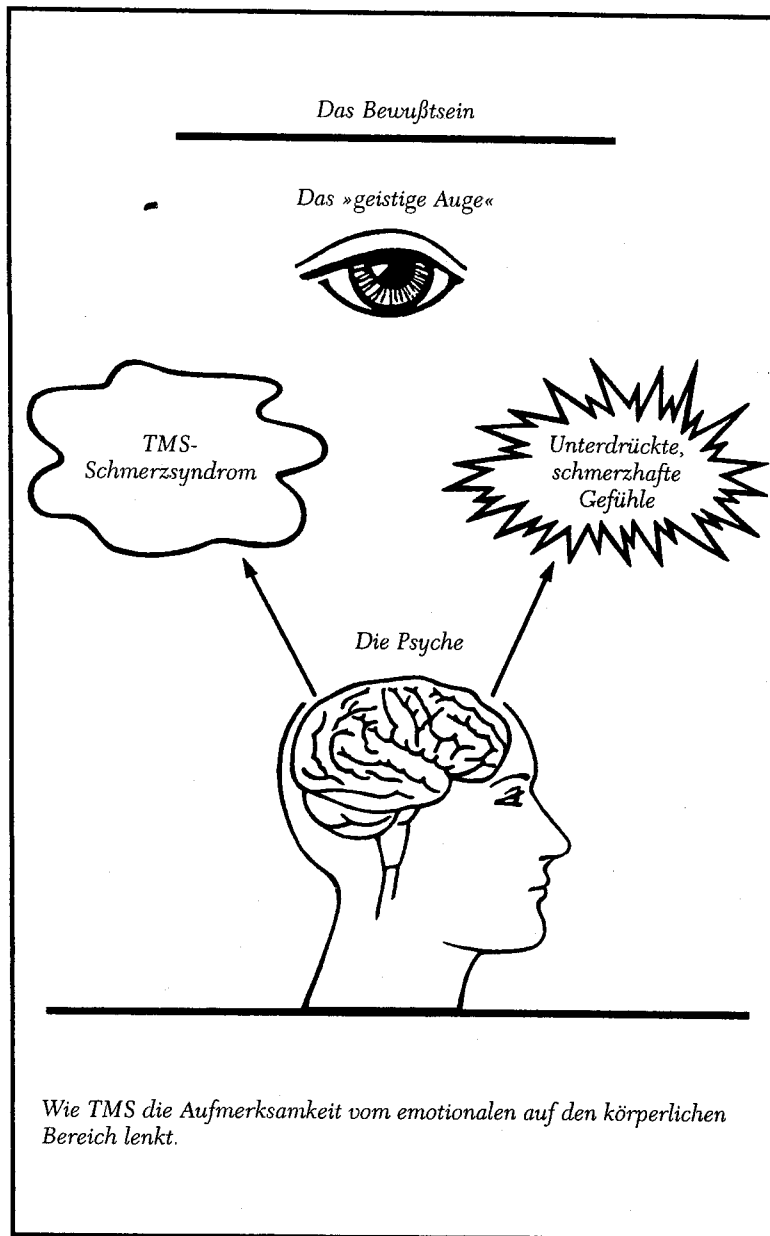
Die Abbildung verdeutlicht, wie man TMS loswerden kann, indem man alles darüber erfährt. Wenn ich das Bewußtsein davon überzeugen kann, daß TMS nichts Ernsthaftes ist und auch seine Aufmerksamkeit nicht verdient, ja besser sogar, daß es sich um eine Täuschung, eine Scharade handelt, daß man TMS nicht fürchten muß, man sogar darüber lachen kann, daß die meisten der strukturellen Diagnosen falsch sind und daß die unterdrückten Emotionen das einzige sind, was unsere Aufmerksamkeit verdient – was haben wir dann erreicht?

Wir haben erreicht, daß TMS überflüssig geworden ist und nicht mehr länger die Möglichkeit haben wird, unsere Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, die Abwehr hat versagt, die Deckung ist aufgefliegen, der Tarneffekt besteht nicht mehr: Die Schmerzen hören auf.

Wenn das nach Science-fiction oder Grimms Märchen klingt, kann man dazu nur sagen, es funktioniert, und es hat in den letzten 17 Jahren bei mehreren tausend Personen funktioniert.

Hier noch eine eindrucksvolle Geschichte, die den Vorgang genauer erläutert: Eine Frau, die nicht von hier stammt, hatte das Programm mit Erfolg absolviert. Wenige Wochen nach den Vorlesungen waren ihre Schmerzen verschwunden, sie nahm alle ihre alten Aktivitäten wieder auf, auch Tennis und Joggen. Eines Tages, etwa neun Monate nachdem sie das Programm abgeschlossen hatte, entwickelte sie beim Joggen Schmerzen an einer neuen Stelle, an der Außenseite ihrer Hüfte, eine neue TMS-Manifestation. Später erzählte sie mir die Geschichte ausführlich.

Ihr Hausarzt stellte eine Bursitis (Schleimbeutelentzündung) in der Hüfte fest. Er ließ sie röntgen, gab ihr Injektionen und verschrieb ihr Medikamente dagegen. Als sie mich anrief, verspürte sie schon seit drei Wochen starke Schmerzen. Nachdem sie mit mir ge-



sprochen hatte, so erzählte sie mir später, blieb sie einige Minuten nachdenklich stehen und wurde dann wütend – richtig wütend auf sich selbst, besonders auf ihr Gehirn, das diese Nummer abgezogen hatte – und sie führte mit ihrem Gehirn ein ernsthaftes Gespräch. Innerhalb von zwei Minuten waren die Schmerzen völlig verschwunden und sie hatte auch keinen Rückfall mehr. Erstaunt darüber, wie schnell ihre Schmerzen verschwunden waren, begann sie wieder zu joggen und konzentrierte sich auf das eigentliche Problem: ihre unbewußte Angst, sich beim Sport zu verletzen.

Die gute Aufklärung der Patientinnen war hier der entscheidende Faktor, und es wirkte so schnell, da sie das Programm schon absolviert und die Konzepte von TMS verinnerlicht hatte (sie auf einer tieferen Stufe akzeptiert hatte). Die Schmerzen wären nicht sofort weggegangen, hätte sie nicht schon über TMS Bescheid gewußt. Aber weil sie darüber wußte und das Vorlesungsprogramm absolviert hatte, verschwanden die Schmerzen in dem Moment, in dem sie realisierte, daß es sich bei den Schmerzen in der Hüfte um eine TMS-Manifestation handelte. Die Schmerzen konnten nicht mehr länger ihre Aufmerksamkeit als eine berechtigte körperliche Beschwerde auf sich ziehen und sie nicht mehr länger von der emotionalen Welt ablenken. Jetzt werden Sie fragen: »Aber warum hat sie überhaupt einen Rückfall erlitten?«

Das Auftreten von TMS bedeutet immer das Vorhandensein von unterdrückten schlechten Gefühlen wie Wut und Angst.

»Aber ihr Programm sollte das doch verhindern, was ist hier geschehen?« Die Tatsache, daß die Frau TMS an einer neuen Stelle entwickelte, zeigt uns, daß das Gehirn immer noch versuchte, TMS zu benutzen, um die unterdrückten Gefühle zu verstecken. Ich diskutierte es mit ihr, und wir kamen überein, daß, wenn es noch einmal passieren würde, es angebracht sein könnte, eine Psychotherapie in Betracht zu ziehen. (Siehe Seite 96: Wer braucht Psychotherapie und wer nicht?)

Obwohl dieses Gebiet im Kapitel »Psychotherapie« besprochen wird, wäre es nicht falsch zu wiederholen, daß es deutlich entgegengesetzte Kräfte im Unbewußten gibt, die das letzte Schicksal dieser unterdrückten Emotionen bestimmen. Es muß eine Kraft geben (ich finde kein besseres Wort dafür), die versucht, diese Gefühle ins

Bewußtsein zu bringen, trotz ihres unerfreulichen Inhaltes. Wenn sie unbewußt wären und dazu bestimmt, auch dort zu bleiben, würde kein Bedürfnis nach einem Ablenkungssystem wie TMS bestehen. Die Existenz von TMS bestätigt, daß es eine Kraft gibt, die schlechte Gefühle ans Licht zu bringen versucht. Man kann das auch Kreisdenken nennen, aber in der psychologischen Literatur gibt es gut dokumentierte Beweise, daß die Menschen über eine große Vielfalt an Verhalten verfügen, die es ihnen erlaubt, unangenehme, schmerzhaft emotionale Zustände zu vermeiden. Ein klassisches Beispiel dafür ist die Angst vor Bakterien (Waschzwang). Die Person ist besessen von der Idee, daß überall Bakterien vorhanden sind und wäscht sich die Hände hundertmal am Tag. (Manche nennen das eine Zwangsneurose, aber es ist wirklich die Angst vor Bakterien, die den Zwang zum Händewaschen auslöst.) Unlogisches Verhalten, wie hier, wurde lange als Ersatz oder Verdrängung für starke, unbewußte Gefühle, angesehen, die dann zu der Angst vor den Bakterien führen. TMS dient dem gleichen Zweck, indem es unsere Aufmerksamkeit auf den Körper lenkt, wie dies auch einige andere physische Beschwerden wie Spannungskopfschmerzen, Migräne, Heufieber, Ekzeme oder Herzerkrankungen tun.

Behandlungsmethoden

Das Behandlungsprogramm basiert auf zwei Säulen.

1. Aneignung von Wissen und Einblick in die Beschaffenheit der Beschwerden.
2. Die Fähigkeit, nach dem erworbenen Wissen zu handeln und dadurch das Verhalten des Gehirns zu ändern.

Psychologisch denken

Man muß alles über TMS lernen; was genau den Schmerz verursacht und welcher Teil des Gehirns dafür verantwortlich ist. Alle diese Dinge werden in den Kapiteln »Physiologie« und »Woran erkenne ich TMS?« besprochen. Dann denkt man an die Psychologie der Beschwerden und die Tatsache, daß wir in unserer Kultur alle

dazu neigen, Angst und Wut zu erzeugen, besonders die Ehrgeizigen und Perfektionisten unter uns. Man muß die Gewohnheit entwickeln, »psychologisch zu denken« statt körperlich. Mit anderen Worten: Ich schlage den Patienten vor, daß, wenn sie sich ihrer Schmerzen bewußt sind, sie ihre Aufmerksamkeit auf etwas Psychologisches lenken, wie z. B. etwas, worüber sie sich Sorgen machen, ein chronisches Familien- oder ein finanzielles Problem oder etwas, das sie immer wieder ärgert. Irgend etwas aus dem psychologischen Bereich, da dies die Nachricht zum Hirn sendet, daß sie sich nicht mehr länger durch die Schmerzen täuschen lassen. Wenn die Mitteilung die Tiefe der Psyche erreicht, das Unterbewußte, hören die Schmerzen auf.

Da kommt eine interessante Frage auf: Natürlich wollen alle, daß die Schmerzen sofort weggehen. Die Patienten sagen oft: »Ich verstehe ganz genau, was Sie sagen, aber warum hören die Schmerzen nicht auf?« Die letzten Zeilen eines Gedichts von Edna St. Vincent Millay zeigen deutlich, warum die Schmerzen nicht sofort verschwinden:

*Hab Mitleid mit mir, denn das Herz lernt nur langsam
Was das flinke Bewußtsein bei jedem neuen Schritt erblickt.*

Wenn wir das Wort »Unterbewußtsein« anstelle von »Herz« setzen, verstehen wir diesen Punkt. Das Bewußtsein ist flink. Es kann die Dinge rasch erfassen und akzeptieren. Das Unterbewußte ist langsam und schwerfällig und kann neue Ideen und Veränderungen nicht so schnell akzeptieren, was zweifellos gut ist. Wäre das anders, wären die Menschen sehr labile Tiere. Doch in Momenten, wo wir wünschen, daß sich die Dinge schnell ändern, sind wir mit dem schwerfälligen Unterbewußtsein ungeduldig.

Wie lange dauert es, bis die Schmerzen verschwinden? Obwohl ich nicht gerne über Zahlen spreche, kann ich sagen, daß die Schmerzen bei den meisten Patienten zwei bis sechs Wochen nach dem Vorlesungsprogramm nachlassen. Ich warne sie aber, daß es länger dauern kann, falls sie die Tage und Wochen zählen, oder sie enttäuscht sind, wenn die Schmerzen zum erwarteten Zeitpunkt nicht weggehen. Menschen sind keine Maschinen, und es gibt einige Faktoren, die den Zeitpunkt der Heilung variieren lassen.

Wie stark sind die unterdrückten Emotionen? Wieviel Angst hat sich in den vergangenen Jahren in der Person angestaut? Wie schnell kann er oder sie die strukturelle Diagnose zurückweisen, mit der sie gekommen sind?

Sprich mit deinem Gehirn

Eine andere nützliche Strategie tönt anfänglich merkwürdig, ist aber sehr hilfreich. Die Patienten werden angeregt, zu ihrem Gehirn zu sprechen. Viele Patienten haben berichtet, daß sie das schon von sich aus gemacht haben und damit Erfolg hatten, daher empfehle ich es jetzt routinemäßig, auch wenn es etwas verrückt klingen mag. Man übernimmt bewußt die Verantwortung, statt sich als hilflos eingeschüchtertes Opfer zu fühlen, was so häufig ist bei Personen mit diesem Syndrom. Die Person setzt sich durch, indem sie dem Gehirn sagt, daß sie diesen Zustand nicht mehr länger akzeptiert – und es funktioniert. Patienten berichten, daß sie eine Schmerzepisode auf diese Art beenden können. Die Frau, deren Fall ich auf Seite 86 bis 87 beschrieben habe, hat genau das gemacht, und die Schmerzen hörten sofort auf. Es ist eine sehr hilfreiche Strategie.

Wiederaufnahme der körperlichen Aktivität

Vielleicht das Wichtigste (aber auch das Schwierigste), was die Patienten tun müssen, ist die Wiederaufnahme der körperlichen Aktivitäten, auch der kraftvollsten. Das heißt, sie müssen die Angst überwinden, etwas zu heben, einen Sport (Tennis, Jogging) auszuüben oder all den anderen täglichen Beschäftigungen nachzugehen. Das heißt auch, die Vorstellung ablegen, wie man etwas richtig macht, sich richtig bückt, hebt, sitzt, steht, im Bett liegt, welche Schwimmzüge gut oder schlecht sind, was für eine Matratze oder Stuhl man gebrauchen, welche Schuhe oder Korsett oder Schiene man benutzen soll und viele andere Dinge aus der medizinischen Mythologie.

Die verschiedenen Gesundheitsdisziplinen, die sich für den Rücken interessieren, haben mit ihren mittelalterlichen Konzepten von

strukturellem Schaden und Verletzung als Ursprung der Rückenschmerzen mit Erfolg eine Armee von Teilinvaliden in diesem Land geschaffen. Obwohl das oft sehr schwierig ist, muß jeder Patient seine Angst überwinden und wieder die volle normale körperliche Aktivität aufnehmen. Man muß dies nicht nur tun, um wieder ein normaler Mensch zu werden (obwohl das an sich körperlich und psychologisch schon Grund genug wäre), sondern um sich selbst von der Angst vor körperlicher Aktivität zu befreien, die oft wirksamer ist als der Schmerz, unser Bewußtsein auf den Körper zu lenken. Das ist die Aufgabe von TMS, den Geist davon abzuhalten, sich um emotionale Dinge zu kümmern.

Ich glaube allmählich, daß die körperlichen Einschränkungen, die einem durch TMS auferlegt werden, viel wichtiger sind als der Schmerz selbst, daher ist es unbedingt erforderlich, daß der Patient sie zu überwinden lernt. Wenn die Patienten dazu nicht in der Lage sind, werden sie immer wieder Schmerzen haben. Einige Seiten früher wurden Phobien erwähnt. Die um sich greifende, totale Angst vor körperlicher Aktivität besonders von Menschen mit Schmerzsyndromen im unteren Rücken hat mich dazu veranlaßt, ein neues Wort zu kreieren – Physikophobie. Es ist ein bedeutender Faktor, der Syndrome im unteren Rücken weiter andauern läßt.

Nebenbei bemerkt wurde der Ratschlag, jede normale körperliche Aktivität wieder aufzunehmen, sogar die anstrengendste, in den letzten sieben Jahren einer sehr großen Zahl von Patienten gegeben. Ich kann mich nicht erinnern, daß nur eine Person nachträglich gesagt hätte, dieser Ratschlag habe ihm oder ihr weitere Rückenschmerzen verursacht.

Ich schlage meinen Patienten vor, körperliche Aktivität dann wieder aufzunehmen, wenn die Schmerzen entscheidend nachgelassen haben und sie der Diagnose vertrauen. Vorher zu beginnen, hieß wahrscheinlich nur, Schmerzen auslösen, sich Angst einjagen und den Genesungsprozeß verlängern. Die Patienten sind darauf konditioniert, bei körperlicher Aktivität Schmerzen zu erwarten, und darum sollten sie die vorprogrammierten Muster nicht herausfordern, bevor sie ausreichend Vertrauen in die Diagnose haben.

Einer meiner Patienten, ein Anwalt um die Mitte dreißig, machte eine interessante Erfahrung in dieser Beziehung. Er absolvierte das

Programm ohne besondere Ereignisse, und einige Wochen später hatte er keine Schmerzen mehr und tat wieder alles, außer einem: Er hatte Angst zu rennen.

Er erklärte mir später, es sei ihm während vieler Jahre in seinen Kopf eingehämmert worden, daß Rennen für den Rücken schlecht sei, so daß er einfach den Mut dazu nicht hatte, es zu versuchen, obwohl er andere Dinge tun konnte, die viel anstrengender waren als rennen. Nach fast einem Jahr entschied er, daß das töricht sei. Er begann wieder zu rennen, und prompt stellten sich die Schmerzen ein. Jetzt mußte er sich entscheiden: Sollte er weitermachen oder endgültig damit aufhören? Er rief mich an, um mich um Rat zu fragen, aber unglücklicherweise war ich gerade in den Ferien, und so mußte er sich selbst entscheiden. Klugerweise entschloß er sich, das durchzustehen. Er rannte wieder und hatte weiterhin Schmerzen. Eines Nachts erwachte er aus dem Schlaf und hatte sehr starke Schmerzen im oberen Rücken, aber seine Schmerzen im unteren Rücken waren verschwunden. Da er wußte, daß der Schmerz bei TMS im Genesungsprozeß oft von einer Stelle zur andern wandert, nahm er an, daß er wahrscheinlich gewonnen hatte. Und er hatte gewonnen. Innerhalb weniger Tage verschwanden auch die Schmerzen im oberen Rücken, und er hatte seither keinen Rückfall mehr.

Man muß TMS entgegentreten, es bekämpfen, oder die Symptome werden weiter andauern. Der wichtigste Teil des therapeutischen Prozesses ist vermutlich, die Angst zu verlieren und die normale körperliche Aktivität wieder aufzunehmen.

Alle physischen Behandlungen stoppen

Eine weitere Voraussetzung für die Genesung ist, daß alle Formen physischer Behandlung und Therapie aufgegeben werden müssen. Dabei ist es aufschlußreich, daß ich erst nach 12 bis 13 Jahren, nachdem ich die Diagnose TMS stellte, keine Physiotherapie mehr verschrieb. Ich brauchte so lange, um ganz mit den alten Traditionen zu brechen, die ich gelernt hatte. Das Verschreiben von Physiotherapie widerspricht dem, was wir als den einzigen rationalen Weg dieses Problems erkannt haben: zu lernen, wo es beginnt – nämlich

in der Psyche – und dadurch den Prozeß überflüssig zu machen. Dazu kam noch, daß einige Patienten all ihr Vertrauen in die Physiotherapie (oder in den Physiotherapeuten) gesetzt hatten und sich einer Placebo-Genesung erfreuten, was bedeutete, daß sie früher oder später wieder Schmerzen bekämen. Man muß grundsätzlich auf jede strukturelle Erklärung verzichten, sowohl für die Schmerzen wie auch für die Heilung, oder die Symptome werden weiter andauern. Manipulation, Wärme, Massage, Übungen und Akupunktur setzen körperliche Beschwerden voraus, die mit physischen Mitteln behandelt werden können. Wenn man nicht das ganze Konzept umstößt, werden Schmerzen und Symptome weiter andauern.

Die Patienten sind normalerweise schockiert, wenn man ihnen rät, mit den Übungen für ihren Rücken aufzuhören. Aber es ist notwendig, um fest in der Psyche zu verankern, was wichtig ist. Übungen zur Erhaltung der guten Gesundheit sind natürlich etwas anderes und werden sehr empfohlen.

Tägliche Gedankenstützen

Das ist eine wichtige Strategie, aber man muß aufpassen, daß es nicht zum Ritual wird. Die Patienten bekommen eine Liste mit zwölf Schlüsselpunkten, und es wird ihnen empfohlen, mindestens einmal täglich während 15 Minuten diese Liste durchzugehen. Sie werden die täglichen Gedankenstützen genannt:

- Schmerzen sind eine Folge von TMS und keine strukturelle Anomalie.
- Der wirkliche Grund für Schmerzen ist ein leichter Sauerstoffmangel.
- TMS-Beschwerden sind harmlos und durch unterdrückte Emotionen verursacht.
- Die wichtigste Emotion ist meine unterdrückte Wut.
- TMS existiert nur, um meine Aufmerksamkeit von Emotionen abzulenken.
- Da mein Rücken in Ordnung ist, besteht kein Grund zur Angst.
- Darum ist körperliche Aktivität nicht gefährlich.

- Ich muß alle körperlichen Aktivitäten wieder aufnehmen.
- Ich werde mir keine Sorgen machen oder mich durch die Schmerzen einschüchtern lassen.
- Ich werde meine Aufmerksamkeit von den Schmerzen weg auf emotionale Dinge lenken.
- Ich übernehme die Kontrolle, und nicht mein Unterbewußtsein.
- Ich denke in jeder Situation psychologisch und nicht physisch.

Am Ende der zweiten Vorlesungsdiskussion wird vorausgesetzt, daß die Information über TMS intellektuell übermittelt wurde. Die Patienten werden dann aufgefordert, die Information auf die unterbewußte Ebene einwirken zu lassen und sie zu integrieren, um sie dann bewußt zu akzeptieren. Obwohl dies ein erster wichtiger Schritt ist, reicht er nicht aus, TMS umzukehren. Die Patienten werden aufgefordert, sich zwei oder vier Wochen Zeit zu geben und mich dann anzurufen, wenn sie in der Zwischenzeit keine Fortschritte gemacht haben. Wenn sie keine Fortschritte gemacht haben, lasse ich sie entweder zu mir kommen oder ich schicke sie zu einem Treffen in einer kleinen Gruppe, die sich aus Patienten wie sie selbst zusammensetzt (solche, die wenig oder keine Fortschritte gemacht haben), oder aus solchen, die Rückfälle haben, nachdem sie während Monaten oder Jahren keine Schmerzen mehr hatten. Der Zweck dieser Lektion ist es, den Grund für die Rückfälle und den Mangel an Fortschritt aufzudecken.

Patientengruppen-Folgetreffen

Zuerst muß man sich versichern, daß der Patient die Diagnose versteht und sie akzeptiert. Nehmen wir zum Beispiel einen 50 Jahre alten Kaufmann: Er kommt zu einem Gruppentreffen, da er aufgrund meiner Vorlesungen keine Fortschritte gemacht hat. Mögliche Gründe dafür können sein:

1. Er hat zu 90 Prozent die Diagnose akzeptiert, glaubt aber noch immer, daß eine Diskushernie, die auf einem CT oder einem MRI nachgewiesen worden war, etwas mit den Schmerzen zu tun hat.

2. Es ist schwer für ihn zu glauben, daß Schmerzen nur durch den Besuch eines Vorlesungsprogrammes verschwinden sollen.
3. Er akzeptiert die Diagnose, hat aber nicht den Mut, die körperlichen Aktivitäten wieder aufzunehmen.

Mentale Hindernisse wie diese erlauben dem Gehirn, mit TMS fortzufahren, da der Mann immer noch mit den Symptomen als einer körperlichen Angelegenheit umgeht. Solange er sich auf irgendeine Art und Weise Sorgen darüber macht, was sein Körper tut, werden die Schmerzen andauern. Sein Vertrauen in die Diagnose muß gestärkt werden, so daß er die Tatsache, daß er TMS hat, annehmen kann.

Die Person, die neben ihm sitzt, ist eine 30jährige Hausfrau, Ehefrau und Mutter. Sie sagt uns, daß es ihr seit den Vorlesungen nicht besser gehe, daß sie das aber nicht überrasche, da ihr Leben so hektisch wie immer geblieben sei. Sie sei ständig müde, abgespannt und habe immer das Gefühl, die Dinge nicht so gut gemacht zu haben, wie sie es eigentlich hätte tun sollen. Es wird ihr erklärt, daß sie nie aufhören wird, eine Perfektionistin zu sein, und daß sie immer viel zu viel zu tun haben wird, daß aber das Geheimnis, sich von TMS zu erholen, nicht heißt, sich selbst zu ändern, sondern nur, die Kombination der Realitäten in ihrem Leben und ihrer Persönlichkeit zu erkennen, die sie dazu veranlassen, enorme Mengen an Wut und Angst zu erzeugen.

Ja, auch Wut. Sie hat wahrscheinlich nie bemerkt, daß, obwohl sie ihre drei kleinen Töchter über alles liebt, sie oft gleichzeitig auch wütend auf sie ist, weil diese sie so sehr in Anspruch nehmen. Die Vorstellung, daß sie sich unbewußt über ihre Kinder ärgern könnte, liegt außerhalb ihrer Erfahrungen. Wenn sie sich klarmachen kann, daß die Heilung im Akzeptieren solcher unakzeptabler unbewußten Gefühle liegt, werden die Schmerzen verschwinden.

Der Mann in der hintersten Reihe, der als nächstes seine Hand hebt, ist ein 45 Jahre alter Baufachmann, der das Programm vor drei Jahren absolvierte, und dem es bis letzte Woche gut ging – keine Schmerzen, keine körperlichen Einschränkungen und keine Probleme. Dann, plötzlich wie ein Blitz aus heiterem Himmel, entwickelte er einen akuten Krampf im unteren Rücken und hat jetzt

ernsthafte Schmerzen. Wenn er das Vorlesungsprogramm nicht besucht hätte, wäre er in großer Angst. Er versteht aber nicht, warum das passiert ist.

»Was geschieht gerade in Ihrem Leben?« frage ich ihn. »Nichts besonderes«, antwortet er mir. »Meiner Frau geht es gut, den Kindern auch, und wir haben weder gesundheitliche noch finanzielle Probleme.« Aber das Auftreten eines akuten Krampfes weist darauf hin, daß etwas Psychologisches geschehen sein muß, denn TMS ist ein emotionaler Barometer. Ich stelle ihm weitere Fragen, und es stellt sich heraus, daß er bei der Arbeit Probleme hatte, Schwierigkeiten mit Angestellten und Kritik von seinem Vorgesetzten.

»Nichts, womit ich nicht umgehen kann«, sagt er. Aber er realisiert nicht, daß, obwohl er »damit zurechtkommt«, viel Wut erzeugt und sich Sorgen macht. Es spielt sich immer ein wichtiger emotionaler Prozeß unter der Stufe des Bewußtseins ab, und wir wissen nichts darüber, außer wir lernen, aus der Erfahrung etwas zu vermuten und vorauszuahnen.

Er weiß nach dem Treffen ein wenig mehr darüber, wie sein emotionales Innenleben funktioniert. Die Rückenschmerzen werden vermutlich aufhören, und er wird sich hoffentlich das nächste Mal, wenn er mit einer schwierigen Situation konfrontiert wird, über seine innerlichen Reaktionen Gedanken machen.

Die Gruppenzusammenkünfte haben sich als wertvolles therapeutisches Instrument erwiesen. Die Patienten gewinnen nicht nur dadurch, daß sie ihre eigene Situation verstehen lernen, sondern sie lernen auch aus den Erfahrungen der andern. Es ist immer beruhigend, wenn andere die gleichen Dinge durchmachen. Auch habe ich bei diesen Gruppentreffen die Gelegenheit herauszufinden, welche Patienten die Hilfe eines Psychotherapeuten benötigen.

Psychotherapie

Obwohl 95 Prozent unserer Patienten das Programm ohne Psychotherapie absolvieren, gibt es einige, die diese Hilfe benötigen, was einfach heißt, daß sie mehr Angst, Wut oder andere unterdrückte Gefühle haben, und daß ihr Gehirn die nützliche Strategie, die Ge-

fühle zu verstecken, nicht ohne Kampf aufgibt. Wenn mir jemand sagt, daß es ihm schwerfällt, die Diagnose zu akzeptieren, vermute ich, daß im Unterbewußten ein Widerstand existiert, TMS aufzugeben.

Ein Patient, der sich dank einer Psychotherapie seiner seit langem unterdrückten Gefühle bewußt zu werden begann, berichtete, dieser Prozeß sei so schmerzhaft und erschreckend gewesen, daß er zögere, sich damit zu befassen.

Diese Menschen leiden nicht an einer Geisteskrankheit. Sie führen ein normales, produktives Leben, aber sie tragen im Unterbewußtsein schwere emotionale Lasten und wissen es nicht. Manchmal geschehen Dinge in der Kindheit, die einen mit einem Reservoir voll Ressentiments und Wut zurücklassen, aber die Gefühle werden tief verborgen zurückgehalten, denn sie sind zu schmerzhaft oder sozial zu unakzeptabel, als daß man ihnen erlauben könnte, das Bewußtsein zu erreichen. Die Tendenz, peinliche Gefühle zu unterdrücken, ist weit verbreitet. Wir machen es alle, in größerem oder kleinerem Ausmaß. Das ist nicht neurotisch – oder wir sind alle neurotisch. Aber in einigen Fällen, wie zum Beispiel einer Person, die als Kind mißbraucht wurde, können die unterdrückten Gefühle sehr stark sein, so daß sie Hilfe beim Erkennen und im Umgang mit den Gefühlen braucht. Das ist die Rolle einer Psychotherapie.

Unglücklicherweise ist die Gesellschaft noch immer rückständig, was die Notwendigkeit und den Stellenwert der Psychotherapie betrifft. Es ist eine weit verbreitete Ansicht, daß jeder, der eine Psychotherapie benötigt, schwach oder unfähig ist. Unterdrückte Gefühle haben nichts mit Charakterstärke und mentaler Kompetenz zu tun. Wir sind an diesem Punkt so rückständig, jemanden von einem öffentlichen Amt auszuschließen, wenn er oder sie eine Psychotherapie gemacht hat.

Meiner Meinung nach wäre unsere Regierung besser und manche Gesetze menschlicher, wenn jeder, der sich zur Wahl stellt, obligatorisch eine Psychotherapie machen müßte. Ich glaube, daß uns dadurch einige Skandale in den hohen Rängen erspart bleiben würden, die mit besorgniserregender Regelmäßigkeit in unserer Nation wiederkehren.

Zwei Dinge werden in unserem Programm bezüglich der Notwendigkeit einer Psychotherapie betont: Nur etwa 5 Prozent der Patienten brauchen eine, und es ist keine Schande, einer dieser fünf Prozent zu sein.

Ich bewundere die Menschen sehr, die unser Programm absolvieren. Sie müssen einige beträchtliche Hindernisse überwinden, bevor es ihnen besser geht. Eines davon ist Mißtrauen und Spott, denen sie begegnen. Das andere sind die konstanten Ermahnungen von Familienangehörigen: »Sei vorsichtig beim Heben, beim Bücken, vergiß nicht, dein Korsett anzuziehen.« Aus diesem Grund befürworte ich die Beteiligung naher Familienmitglieder, damit sie den therapeutischen Prozeß nicht untergraben.

Eines der größten Probleme für die Patienten ist Vertrauen zu entwickeln, daß sie die körperlichen Schmerzen durch das Lernprogramm vertreiben können. Eine solche Erfahrung haben die Menschen noch nicht gemacht, und meine Arbeit besteht darin, sie davon zu überzeugen, daß es so funktionieren kann.

Nachuntersuchung und Verlaufskontrolle

Das Vertrauen wird dadurch gestärkt, daß die meisten Menschen dieses Programm mit Erfolg absolviert haben. Wir machten 1982 eine Studie mit über 177 Patienten, die von 1978 bis 1981 behandelt worden sind. 76 Prozent führten ein normales Leben mit wenig oder keinem Schmerz, 8 Prozent ging es besser, 16 Prozent waren unverändert. Einige dieser Patienten konnten von dem Vorlesungsprogramm nicht profitieren, das damals in vieler Hinsicht nicht so ausgefeilt war wie heute.

Eine ähnliche Studie wurde 1987 gemacht. Dieses Mal bei einer Patientengruppe, die alle eine durch CT dokumentierte Diskushernie hatten und zwischen 1983 und 1986 im TMS-Programm waren. Dieses Mal waren 88 Prozent (96 Personen) erfolgreich. 10 Prozent ging es besser und nur 2 Prozent blieben unverändert.

Kürzlich erwähnte der bekannte Journalist und Schriftsteller Tony Schwartz, der im Jahre 1986 erfolgreich behandelt worden war, in einem Artikel für das New York Magazine, daß er das Pro-

gramm 40 Personen empfohlen habe und daß 39 von ihnen schmerzfrei wurden.

Ein junger Kollege, Dr. Michael Sinel, der gegenwärtige stellvertretende Direktor der ambulanten physischen Medizin am Cedars-Sinai-Medical-Center in Los Angeles, machte die Diagnose und behandelte ungefähr 50 Patienten. Seine Arbeit ist bemerkenswert, weil in seiner Patientengruppe einige die Vorstellung von spannungsausgelösten Beschwerden nur schwer akzeptieren konnten. Indem er die in diesem Buch formulierten Basiskonzepte befolgte, zeigten seine Daten, daß 75 Prozent der ersten Gruppe eine gute bis exzellente Schmerzauflösung hatten, und mehr als 90 Prozent einen bedeutenden funktionellen Fortschritt machten. Ich habe meine Kollegen zu medizinischen Konferenzen eingeladen, um das Programm zu beobachten, und würde auch eine durch eine externe Organisation durchgeführte Studie begrüßen. Statistiken, so erfolgreich wie meine, neigen dazu, in der medizinischen Gesellschaft Skepsis hervorzurufen.

Ich glaube jedoch, daß die Statistiken vorteilhaft bleiben werden, da ich jetzt mit den Patienten vor der Konsultation ein Gespräch führe, um jene vom Kommen abzuhalten, welche die Diagnose ablehnen. In Wahrheit aber ist nur ein kleiner Teil der Rückenschmerzen-Bevölkerung gegenüber der Diagnose offen, und es wäre Zeit- und Energieverschwendung, jemanden zu behandeln, der die Diagnose TMS nicht akzeptieren kann.

Einige Kritiker sagen, daß ich so gute Resultate erziele, weil ich nur Patienten akzeptiere, die an meine Konzepte glauben. Ich kann aber nur mit Patienten arbeiten, die verstehen, daß ihre Emotionen für ihre Schmerzen verantwortlich sind. Trotzdem sind die meisten meiner Patienten noch skeptisch, wenn sie zum ersten Mal zu mir kommen. Es ist meine Aufgabe, sie von der Logik der Diagnose zu überzeugen. Denn nur wenn wir die Rolle der Emotionen erkennen, können wir das Gehirn daran hindern, das zu tun, was es tut.

Würde ein Chirurg einen Patienten operieren, der keine guten Erfolgsaussichten hat? Sollte ich weniger wählerisch sein als ein Chirurg?

Eine andere Kritik, die oft von meinen Berufskollegen angebracht wird, lautet, daß ich zu weit gehe, wenn ich den Anspruch

erhebe, daß die Mehrheit der Schmerzsyndrome des Nacken-, Schulter- und Rückenbereichs die Folge von TMS sind. »Er könnte in etwa 30 bis 40 Prozent der Fälle recht haben«, sagen sie.

Wenn 30 bis 40 Prozent der Patienten mit Rückenschmerzen TMS haben, warum stellen sie selbst die Diagnose nie? Sie sind unfähig dazu, weil sie langbewährte diagnostische Vorurteile zurückweisen und die Rolle der Emotionen bei diesen Schmerzsyndromen anerkennen müßten.

Meine Behandlungserfolge sind der einzige Beweis für die Aktualität der Diagnose und die Wirksamkeit des therapeutischen Programms. Die meisten Leute, die zu mir kommen, kennen einen oder mehrere erfolgreich behandelte Patienten. Das ist nicht neu in der Medizin. Die beste Referenz ist immer noch ein erfolgreich behandelter Patient.

Es sollte betont werden, daß ich niemanden als erfolgreich behandelt betrachte, der oder die nicht frei von Schmerzen ist (jeder darf von Zeit zu Zeit ein wenig Schmerzen haben) und fähig ist, ohne Angst uneingeschränkte körperliche Aktivität auszuüben. Wie schon gesagt, schränkt die Angst vor körperlicher Aktivität jemanden mit einem chronischen Schmerzproblem mehr ein, als die Schmerzen dies tun. Praktisch jede Person, die ich gesehen habe, war eine Gefangene ihrer Ängste (sich selbst zu verletzen oder eine Attacke auszulösen), und das funktioniert sogar noch besser als die Schmerzen, um die Aufmerksamkeit auf den Körper statt auf die Emotionen zu lenken. Es ist unsere Aufgabe, sie von dieser umfassenden Angst zu befreien.

Ich suche unaufhaltsam nach neuen Wegen, dieses Wissen weiterzugeben. Gewisse Formulierungen erreichen einige Leute, andere nicht, und daher benutze ich sie alle:

- »Wir versuchen den Körper daran zu hindern, physisch auf unsere Emotionen zu reagieren.«
- »Wir wollen lernen, Nachrichten an unser Unterbewußtsein zu senden.«
- »Information ist das Penizillin, das dieses Schmerzproblem heilt.«
- »Weisheit ist hier die Kur.«

»Wissen ist hier die Kur.«

»Bis jetzt hat Ihr Unterbewußtsein Sie bewegt. Ich werde Sie anleiten, Ihr Bewußtsein dazu zu bringen, die Verantwortung zu übernehmen.«

»Werden Sie böse auf Ihr Gehirn, sprechen Sie zu ihm, und machen Sie ihm die Hölle heiß.«

»TMS ist der Trick, den Ihnen Ihre Psyche vorspielt.«

»TMS ist eine Nebenvorstellung, um Sie von dem abzulenken, was emotional vor sich geht.«

»Die Symptome verdecken, was in der Psyche vor sich geht.«

»Die meisten strukturellen Veränderungen Ihrer Wirbelsäule sind ganz normale Erscheinungen.«

»Das Gehirn will es nicht mit den unterdrückten Emotionen aufnehmen, es flieht vor ihnen.«

»Indem Sie über die Schmerzen lachen und sie ignorieren, lehnen Sie das Gehirn, neue Mitteilungen an die Muskeln zu senden.«

»Wir helfen Ihnen, das Damoklesschwert in die Hand zu nehmen, das über Ihrem Kopf hängt.«

Ich bin der Patientin Mrs. Norman Puziss ganz besonders dankbar, die mir das folgende Gedicht schenkte, nachdem sie das Behandlungsprogramm beendet hatte. Es ist in der Zwischenzeit ein fester Bestandteil unserer Vortragsdiskussionen geworden.

*Denke psychologisch, nicht körperbezogen
eine höchst schwierige Vorstellung
niemand würde erraten
tief verborgen die Emotionen,
die solche Spannung erzeugen
von TMS ganz abgesehen
Da ist kein Grund zur Angst!
Hörst du Unterbewußtsein?*

Du konzentrierst dich auf den Schmerz
den Bann des am Rücken Leidenden,
Aufmerksamkeit ablenkend von verborgener Spannung
Dein Geheimnis ist gelüftet
Dein Schlag ging daneben
Gib auf, zieh dich zurück, finde dich damit ab
Da ist kein Schrecken in TMS
Ich übernehme die Kontrolle, nicht du
Ich habe gelernt: Denke psychologisch, nicht körperbezogen.

Ich bin sicher, daß dieses wunderbare Gedicht für viele Patienten sehr hilfreich war, da es eine der wichtigsten Ideen trefflich erfaßt hat.

Da es für TMS-Betroffene charakteristisch ist, sich als Opfer zu fühlen und keine Kontrolle zu haben, muß das Behandlungsprogramm ihnen helfen, ihre Kraft wiederzufinden, indem ihnen klargemacht wird, daß die Quelle ihrer Schmerzen harmlos ist. Ich empfehle den Patienten, den Schmerzen gegenüber eine Art Verachtung zu entwickeln und sich durch sie nicht mehr einschüchtern zu lassen. Das Unbewußte erhält so die Botschaft, die Aufmerksamkeit vom Körper abzuziehen, was ein Nachlassen der Schmerzen bedeutet.

Was die Menschen fragen

Es ist schwer verständlich, daß es in diesem Konzept nicht darum geht, die Spannung (tension) aus dem Leben zu verbannen.

Die Menschen fragen: »Wie kann ich meine Persönlichkeit verändern und damit aufhören, Ängste und Wut zu produzieren?«
Wäre das die Grundvoraussetzung zur Genesung, so wäre die Zahl der geheilten Patienten gleich Null. Man muß nicht seine Emotionen ändern, sondern erkennen, daß sie durch den Mechanismus des Schmerzsyndroms existieren, und daß die Psyche uns davon abzuhalten versucht, ihrer Existenz bewußt zu werden. Das ist der wichtigste Punkt um zu verstehen, warum das Wissen die effektive Heilung bedeutet.

»Wie weiß man, daß das, was Sie machen, kein Placebo ist?«

Eine ausgezeichnete Frage, die mich immer beschäftigt hat, da eine Placeboreaktion auf jeden Fall gewissenhaft verhindert werden muß. Eine Placeboheilung ist fast immer nur von kurzer Dauer, wir dagegen streben ein dauerhaftes Verschwinden der Schmerzen an. Daher befriedigt uns eine Placeboheilung nicht. Den Leuten wird eine Große Zahl physischer Behandlungen verschrieben, sie fühlen sich für ein paar Tage besser und brauchen dann eine weitere Behandlung (und überwinden natürlich ihre Angst vor körperlichen Aktivitäten nicht). Nach unseren Erfahrungen ruft das TMS-Programm keinen Placeboeffekt hervor, da fast alle Patienten dauerhaft von den Symptomen befreit sind.

Der Placeboeffekt beruht zweitens auf blindem Vertrauen, die Patienten wissen wenig oder nichts über ihre Beschwerden und den Grund für die Behandlung. Sie vertrauen einfach dem behandelnden Arzt. Das Vorlesungsprogramm, das bei der TMS-Behandlung angewendet wird, ist davon das genaue Gegenteil. Ich vermittele meinen Patienten wirklich alles, was ich über diese Beschwerden weiß, sie werden dazu aufgefordert, Fragen zu stellen, so daß für sie die Diagnose logisch und folgerichtig sein sollte. Ihre Genesung hängt von der Information ab, vom Bewußtwerden. Sie nehmen aktiv am Genesungsprozeß teil, und das ist alles andere als ein Placeboprozeß.

Die vielleicht zwingendste Widerlegung des Placeboarguments ist die Tatsache, daß bei mehreren Gelegenheiten seit der Publikation des Buches *Mind over Back Pain*, die Leute nach der Lektüre über ein dauerhaftes und vollständiges Verschwinden ihrer Schmerzen berichtet haben. Da gibt es keine Beeinflussung durch die Person oder den Umgang mit dem Patienten, sondern nur klare, solide Information. Es ist genau das, was er braucht, um TMS verschwinden zu lassen.

»Warum haben Sie damit aufgehört, Physiotherapie als einen Bestandteil ihres Behandlungsprogrammes zu benutzen?«

Wie schon gesagt, kann jede körperliche Behandlung ein Placebo sein, auch Physiotherapie. Wir wollen das vermeiden, da das Resultat nur von kurzer Dauer ist. Aber es gibt noch einen anderen, subti-

leren Grund. Wenn ich die Leute davon abhalten will, ihre Aufmerksamkeit auf den Körper zu richten, und sie dazu auffordere, psychologisch über ihre Schmerzen zu denken, ist es dann nicht ein Widerspruch meiner eigenen therapeutischen Strategie, wenn ich Physiotherapie verschreibe? Ich brauchte sehr lange, um das zu realisieren und den Mut zu fassen, damit aufzuhören, da auch ich gelernt hatte, mich auf physische Behandlungen zu verlassen. Ich erinnere mich daran, wie schwierig es war, alles andere wegzulassen und sich nur auf das Lernprogramm zu stützen. Um es noch einmal zu betonen, ich empfehle den Patienten aus dem gleichen Grund mit allen Übungen aufzuhören, die dazu bestimmt sind, dem Rücken zu helfen oder ihn zu beschützen. Sie sollen nichts tun, was die Aufmerksamkeit auf die schmerzvolle Stelle lenkt.

Die Patienten werden darüber informiert, daß es keine korrekte Weise gibt, sich zu bücken oder etwas zu heben, daß man unbequeme Stühle oder weiche Matratzen nicht vermeiden muß und Korsette und Halskrägen unnötig sind. Die vielen Ermahnungen und Verbote sind ganz einfach nicht fundiert, da TMS ein harmloser Zustand und der Rücken strukturell in Ordnung ist. Rennen ist nicht schlecht für die Wirbelsäule; eine schwache Unterleibsmuskulatur löst keine Rückenschmerzen aus; eine starke Rückenmuskulatur verhindert keine Rückenschmerzen. Es ist völlig in Ordnung, den Rücken zu krümmen, brustzuschwimmen und zu kraulen. Die Menschen sind dazu bestimmt, aufrecht zu gehen (Homo sapiens, und seine Vorfahren haben das während zirka drei bis vier Millionen Jahren so getan); ein zu kurzes Bein löst keine Rückenschmerzen aus, und und und.

»Wie kann ich zwischen TMS und den Schmerzen von überanstrengten Muskeln unterscheiden?«

Das ist ganz einfach. Wenn Sie eine ungewohnte körperliche Aktivität ausgeführt haben und am nächsten Morgen mit Schmerzen in den Armen oder Beinen aufwachen, sind es gutartige Schmerzen (Muskelkater), die normalerweise bis zum nächsten Tag verschwinden werden. Bei TMS sind die Schmerzen schlimmer und gehen nicht so schnell weg, falls sie überhaupt weggehen.

»Was für Übungen kann ich machen?«

Wenn die Schmerzen nachgelassen haben, kann man alles machen, je anstrengender, desto besser. Natürlich sollte man nur einer anstrengenden Beschäftigung nachgehen, nachdem man es mit dem Arzt besprochen hat. Die Übungen sollen aber für das allgemeine Wohlbefinden gemacht werden, und nicht für den Rücken.

»Nehmen wir an, die Schmerzen in meinem unteren Rücken verschwinden und beginnen neu im Nacken und den Schultern, was soll ich jetzt machen?«

Gewöhnlich rate ich den Patienten, mich anzurufen, damit wir die Bedeutung dieser Veränderung diskutieren können. In den frühen Phasen des Behandlungsprogrammes wird das Gehirn versuchen, TMS an einer anderen Stelle (Nacken, Schultern, Rücken oder Gesäß) zu lokalisieren. Es zögert, diese nützliche Strategie aufzugeben, um unsere Aufmerksamkeit von den Emotionen abzulenken. Die Patienten müssen darauf aufmerksam gemacht werden, daß dies geschehen kann und sie keine Angst haben oder den Mut nicht verlieren sollen, sondern die gleichen Prinzipien an der neuen Stelle anwenden sollen. Ich erinnere sie daran, daß das muskuloskeletale System nicht der einzige Ort ist, wo das Gehirn eine solche Ablenkung veranlassen kann. Das Gleiche kann auch im Magen-Darm-Bereich, im Kopf mit Spannungskopfschmerzen oder Migräne, der Haut und im Urogenitaltrakt geschehen. Das Gehirn kann in jedem Organ oder System des Körpers Unheil anrichten, darum muß man vorsichtig sein. Ich rate meinen Patienten, beim Auftreten eines neuen Symptoms ihren Hausarzt aufzusuchen, mir aber darüber zu berichten, da es den gleichen Zweck wie TMS erfüllen könnte. Zum Beispiel sollten Magengeschwüre mit dem geeigneten Medikament behandelt werden, aber noch wichtiger ist das Wissen, daß sie durch Spannungsfaktoren ausgelöst werden.

»Was mache ich, wenn ich nach sechs Monaten oder einem Jahr einen Rückfall habe?«

Ich rate meinen Patienten, mich sofort anzurufen, damit wir nach dem psychologischen Grund dafür suchen können. Das bedeutet normalerweise den Besuch eines Gruppentreffens oder einen Besuch bei mir in der Praxis.

»Wie ist es mit Hypnose, ist das nicht ein guter Weg, die Psyche zu unseren Gunsten zu beeinflussen?«

Kurzfristig ja, aber wir streben eine vollständige Heilung an. Gerade kürzlich wurde eine Studie an der Stanford Medical School durchgeführt, die im American Journal of Psychiatry publiziert wurde und sehr schön zeigte, daß mit Hypnose die Schmerzen bei einigen Patienten beträchtlich reduziert werden konnten. Das ist wünschenswert beim Behandeln von Schmerzen zum Beispiel bei Krebspatienten. Aber ich sage meinen Patienten mit Nachdruck, daß ich keine Schmerzen behandle. Das würde symptomatische Behandlung bedeuten und ist schlechte Medizin. Ich behandle die Beschwerden und ihre Ursache. Meines Wissens würde Hypnose zu diesem Prozeß nicht beitragen.

Das bringt mich zu einem Thema, das ich lieber nicht diskutieren möchte, es schmerzt mich so, aber wir müssen es diskutieren, da es sehr wichtig ist. Es hat damit zu tun, wie »chronische Schmerzen« in den Hunderten von Schmerzkliniken, die während der letzten zwanzig Jahre im ganzen Land entstanden sind, behandelt werden.

Das Grundprinzip, zuerst von einem Nichtmediziner aufgestellt, lautet, daß chronische Schmerzen eine separate Beschwerdegruppe darstellen. Eine Übertreibung der Schmerzen aufgrund einer andauernden strukturellen Anormalität, die sich entwickelt, weil die Patienten aus den Schmerzen einen »sekundären Gewinn« ziehen, wie es die Psychologen nennen. Das heißt, daß sie aus den Schmerzen einen psychologischen Vorteil ziehen, wie Aufmerksamkeit, Geld oder Flucht vor der Welt. Es wird spekuliert, daß Patienten dieses Verhalten lernen, da sie durch unser medizinisches System, durch Familie und Freunde dazu ermutigt werden. Die Behandlung ist darauf angelegt, dies zu verhindern, indem das Schmerzverhalten nicht belohnt, sondern »bestraft« wird. Diese Ideen stammen von B. F. Skinner, der sehr bekannt wurde, weil er diese Art von Konditionierung aufzeigte. Es ist zwar allgemein bekannt, daß Menschen sich im klassischen Pavlovschen Sinn konditionieren lassen, man muß jedoch aufpassen, die Prinzipien von Skinner auf Menschen anzuwenden. Meine Patienten ziehen zwar einen sekundären Nutzen aus ihren Schmerzen, aber er ist keinesfalls der wichtigste psychologische Faktor. Wenn man der Theorie vom sekundären

Gewinn soviel Gewicht beimißt, ignoriert man das eigentliche Problem – unterdrückte Gefühle aller Art – und begeht den gleichen ungeheuerlichen Fehler, nicht den wirklichen Grund der Schmerzen zu erkennen, der eben nicht auf einer andauernden strukturellen Abweichung beruht, sondern, wie beschrieben, auf einem psychologischen Prozeß. Das ist der Grund dafür, warum Schmerzkliniken manchmal helfen, aber ihre Patienten selten heilen.

»Ist das TMS-Behandlungsprogramm ein Beispiel von vis medicatrix naturae, oder der Fähigkeit des Körpers, sich selbst zu heilen?«

In einem gewissen Sinn ist es das bestimmt. Aber es geht tiefer als der normale Selbstheilungsprozeß, der immer dann abläuft, wenn wir uns verletzt, vergiftet oder infiziert haben. Es ist ein Beispiel dafür, wie eine besondere Art körperlicher Beschwerden, ein psychophysiologischer Prozeß, verändert werden kann. Im letzten Kapitel werden wir das und andere Wechselwirkungen zwischen Psyche und Körper diskutieren – ein Thema, das endlich die Aufmerksamkeit der medizinischen Forschung auf sich zu ziehen beginnt.

Die traditionelle (konventionelle) Diagnose

In diesem Kapitel werde ich pflichtgemäß über Beschwerden sprechen, denen normalerweise Nacken-, Schulter-, Rücken- und Gliederschmerzen zugeschrieben werden. Der Leser sollte wissen, was diese Diagnosen für diejenigen bedeuten, die sie stellen und behandeln, sowie für diejenigen, bei denen sie festgestellt wurden.

Im Verlauf meines Vorlesungsprogrammes wird Patienten mit TMS klargemacht, daß es wichtig ist zu wissen, was Schmerzen verursacht und was nicht, da viele Diagnosen, die hier beschrieben werden, große Angst auslösen; und wie die vorhergehenden Kapitel deutlich zeigen, trägt Angst wesentlich dazu bei, das Schmerzsyndrom zu verschlimmern und zu verlängern.

Der Durchschnittsbürger in diesem Land glaubt, daß der untere Rücken verletzbar und von zerbrechlicher Struktur ist und leicht dazu neigt, verletzt zu werden, und das immer wieder neu. Da sich diese Vorstellung ausbreitet, nehmen Rückenschmerzen in der Bevölkerung zu, so daß man immer wieder hört, daß 80 bis 85 Prozent der Erwachsenen eine Vorgeschichte eines dieser Schmerzsyndrome haben. Die Vorstellungen über die Verletzbarkeit des Rückens gehen zum großen Teil auf Diagnosen der praktischen Ärzte zurück. Worte wie Diskushernie, Degeneration, Abnützung (Arthrose), Auflösung und Verschiebung, die dauernd gebraucht werden, um das untere Ende der Wirbelsäule zu beschreiben, rufen Angst hervor und liefern eine fertige Erklärung für die Verletzung und die Attacke mit den heftigen Schmerzen. Dazu kommen viele Ermahnungen und Verbote, die die Menschen beim Arzt und manchmal auch von Familie und Freunden zu hören bekommen.

Sei vorsichtig beim Bücken.

Sitz nicht so krumm (Sitz gerade).

Weiche Stühle und Sofas schaden dem Rücken.

Vermeide es, ein Hohlkreuz zu machen.

Kein Kraulen oder Brustschwimmen.

Trage keine hohen Absätze.

Immer mit geradem Rücken Gewichte heben.

Laufen ist schlecht für die Wirbelsäule.

Jogge nie auf einer harten Oberfläche.

Schwache Rückenmuskeln lösen Rückenschmerzen aus.

Eine starke Muskulatur im unteren Rücken schützt vor Rückenschmerzen.

Ganz wichtig: Immer Stretching vor sportlicher Aktivität.

Vermeide bei Rückenschmerzen alle anstrengenden Sportarten.

Diese Liste ist bei weitem nicht vollständig. Es gibt viele falsche Vorstellungen über die Ursachen von Nacken-, Schulter- und Rückenschmerzen, und die Leute sind einer unglaublichen Zahl von Falschinformationen ausgesetzt, die stark zu Ernsthaftigkeit und Dauer ihrer schmerzhaften Episoden beitragen.

In Wirklichkeit hat unser Rücken eine rauhe Struktur, die dazu imstande ist, uns durch unser tägliches Leben zu begleiten, und darüber hinaus auch noch einiges mehr aushält. Wir bewegen unseren Rumpf fortwährend, da Aufrechtgehen und Herumlaufen verlangen, daß die Haltemuskeln, die paradoxerweise die einzigen sind, die bei TMS beteiligt sind, immer aktiv sind, um den Körper aufrecht über den Beinen und den Kopf auf dem Rumpf zu halten. Wenn wir einen kurzen Spaziergang machen, joggen oder rennen, werden diese Muskeln noch mehr beansprucht. Sie sind zweifellos die stärksten Muskeln im ganzen Körper.

Wenn ich höre, daß ein professioneller Athlet, ein Tennisspieler zum Beispiel, sich wegen Rückenschmerzen von einem Turnier zurückziehen mußte, erstaunt mich die Naivität, mit der angedeutet wird, daß er oder sie einen schlechten Rücken hat. So etwas kam einem vor 30 Jahren im Tennis, Golf, Baseball, Fußball oder Basketball selten zu Ohren. Heute ist das ganz normal.

Vor Jahren kam eine bekannte Athletin zu mir, die Schmerzen in jenen Muskeln hatte, die sie durch den Sport am meisten beanspruchte. Glücklicherweise verstand sie das Konzept von TMS sehr rasch, und ihre Schmerzen verschwanden vollständig.

Traditionelle strukturelle Diagnosen

Meine Erfahrung zeigt, daß strukturelle Anomalien selten Rückenschmerzen auslösen. Das sollte uns nicht überraschen, denn die Rückenschmerzepidemie ist ganz neu. Irgendwie hat es die menschliche Rasse geschafft, die ersten Millionen Jahre der Evolution ohne Probleme zu überstehen. Schenkt man dagegen strukturellen Diagnosen Glauben, ist im letzten Augenzwinkern der Evolution etwas mit der Wirbelsäule geschehen: Sie beginnt auseinanderzufallen.

Diese Vorstellung ist unhaltbar. Es wird vermutet, daß Anomalien der Wirbelsäule schon immer auftraten, aber nie für die Schmerzen verantwortlich gemacht wurden, da keine Schmerzen vorhanden waren, um sie dafür verantwortlich zu machen. Vor fünfzig Jahren waren Rückenschmerzen nicht sehr häufig, und niemand nahm sie ernst. Die Rückenschmerzepidemie ist die Folge einer enormen Zunahme von TMS in den letzten dreißig Jahren, und paradoxerweise hat das Versagen der Medizin, TMS zu erkennen und zu diagnostizieren, wesentlich zu dieser Ausbreitung beigetragen. Anstatt TMS wurden die Schmerzen zahlreichen strukturellen Defekten der Wirbelsäule zugeschrieben. Daher ist es wichtig zu wissen, daß fast alle strukturellen Anomalien der Wirbelsäule harmlos sind. Indem wir uns das vor Augen halten, wollen wir die konventionellen Diagnosen ansehen.

Diskushernie

Beim Studium der Wirbelsäule erfahren wir, daß die letzte Bandscheibe zwischen dem fünften lumbalen Wirbel und dem Sacrum bei den meisten Leuten schon im Alter von zwanzig Jahren mehr oder weniger stark degeneriert ist. Bandscheiben sind Strukturen

zwischen den Wirbelkörpern, die Schläge auffangen. Sie sind fest an den Wirbelkörpern angebracht und können sich nicht »verschieben«. Sie sind von einer soliden, faserigen, äußeren Schale umgeben, die eine dicke Flüssigkeit enthält, um die Schläge aufzufangen. Die Bandscheiben am unteren Ende der Wirbelsäule und im Nacken beginnen sich, bedingt durch all die Aktivität in dieser Körperregion, schon früh abzunutzen, bei manchen eben schon im Alter von zwanzig Jahren.

Obwohl niemand genau weiß, was vor sich geht, werden die Bandscheiben dünner, was nahelegt, daß die Flüssigkeit innerhalb der Schale getrocknet oder eine schwache Stelle der Bandscheibenwand durchbrochen hat, normalerweise nach hinten. Das Durchbrechen der Bandscheibenwand nennt man einen »Bandscheibenbruch«, oder eine »Diskushernie«. Es ist wie Zahnpasta, die aus der Tube gedrückt wird. In manchen Fällen dringt die Flüssigkeit nicht durch die Bandscheibenwand, sondern wölbt sie nur. Diese Dinge kann man auf dem CT oder mittels MRI erkennen, das sind bemerkenswerte diagnostische Techniken, die Einzelheiten in Weichteilen zeigen. Gewöhnliche Röntgenaufnahmen zeigen nur Knochen, außer es werden Kontrastmittel benutzt.

Die wichtige Frage lautet nun: »Welchen Schaden richtet das aufgetretene Diskusmaterial an?«

Nach traditioneller Ansicht drückt die Zahnpaste auf einen nahegelegenen spinalen Nerv und verursacht dabei Schmerzen. Falls es die Bandscheibe zwischen dem vierten und fünften Lendenwirbel und dem Sacrum (L4L5, L5S1) betrifft, wird Schmerz im Bein ausgelöst. Wenn es den Nacken betrifft, wird Schmerz im Arm auftreten. Die Schmerzen im Bein werden als Ischias bezeichnet.

Meiner Erfahrung nach ist das Bandscheibenmaterial selten verantwortlich für den Schmerz oder für andere neurologische Symptome. Das ist die Meinung einer Minderheit, aber ich stehe damit nicht ganz alleine. Ein bekannter Neurologe und der Vorsitzende der University of Miami School of Medicine, Dr. Hubert Rosomoff, ist zu einem ähnlichen Resultat gekommen, das er in seinem Artikel »Do Herniated Discs Produce Pain?« in *Advances in Pain Research and Therapy*, herausgegeben von H. Fields, R. Dubner, F. Cervero und L. Jones (New York 1985, Raven Press), veröffentlicht hat. Er

führte während vieler Jahre Rückenoperationen durch und stützt seine Schlußfolgerungen offensichtlich auf Ungereimtheiten, die er beobachtet hatte, und den logischen Sachverhalt der neurologischen Pathophysiologie, daß eine andauernde Kompression eines Nervs dazu führt, daß nach kurzer Zeit keine Schmerzmeldungen mehr übermittelt werden. Das Resultat davon ist Gefühlsunempfindlichkeit. Wie also kann dann eine Diskushernie anhaltende Schmerzen verursachen?

Ein anderer sehr angesehener Arzt und Forscher, Dr. Alf Nachemson aus Schweden, der sich während Jahren mit diesem Problem beschäftigte, kam in seinem Artikel »The lumbar Spine: A Orthopedic Challenge« (Die lumbale Wirbelsäule: eine orthopädische Herausforderung), publiziert 1976 in *Spine* (Bd. 1, S. 59), zum Schluß, daß die Ursache von Rückenschmerzen in den meisten Fällen nicht bekannt ist, und daß fast alle nicht chirurgisch behandelt werden sollten.

Meine Annahme, daß die meisten Diskushernien harmlos sind, basiert darauf, daß ich Leute mit solchen Beschwerden während 17 Jahren mit Erfolg behandelt habe, was mich zur Erkenntnis führte, daß das ausgetretene Material nicht schadet.

Von »verschobener« Bandscheibe sprechen die Ärzte, wenn die Diagnose Diskushernie nicht mit der Krankengeschichte und der körperlichen Untersuchung übereinstimmt.

Beispielsweise könnte die diagnostische Studie (CT oder MRI) im Zwischenraum L4L5 eine Diskushernie zeigen. Eine der möglichen Folgen könnte eine Schwäche in den Muskeln sein, die den Fuß und die Zehen hochheben. Die körperliche Untersuchung aber zeigte, daß nicht nur diese Muskeln schwach waren, sondern auch jene auf der Rückseite des Beines, Muskeln, die nicht durch den spinalen Nerv am Zwischenraum L4L5 energetisiert werden. Als ich bei der Untersuchung bemerkte, daß die Gesäßmuskeln in der Nähe des Ischiasnervs druckempfindlich reagierten, war es offensichtlich, daß die Schmerzen nicht aus der Gegend der Diskushernie stammten, sondern vom Ischiasnerv, der beide Muskelpartien bedient. Die folgende Fallbeschreibung zeigt dies.

Die Patientin war eine vierundvierzig Jahre alte berufstätige Frau mit einer 15 Jahre alten Geschichte von wiederkehrenden Schmer-

zen im unteren Rücken und den Beinen. Ungefähr sieben Monate vor dieser Konsultation hatte sie eine ernsthafte Attacke mit Schmerzen im unteren Rücken und im rechten Bein erlitten. Sie beklagte sich auch über Schwäche im rechten Bein.

Ein CT zeigte eine kleine Hernie von Diskusmaterial zwischen dem fünften lumbalen Wirbel und dem Sacrum, die schon vor langer Zeit aufgetreten sein mußte, da das Material bereits verkalkt war. Es sah nicht so aus, als ob das die Symptome verursachen könnte, wurde aber dennoch bei der Diagnose als Befund angegeben. Die Schmerzen dauerten während den dazwischen liegenden sieben Monaten an, und sie war wegen der Schwäche im rechten Bein körperlich eingeschränkt.

Meine Untersuchung ergab die Abwesenheit des Sehnenreflexes im rechten Fußgelenk und Schwäche der Muskeln in der rechten Wade. Beide Befunde konnten durch Druck auf den ersten sakralen Spinalnerv erklärt werden (was der erste Arzt festgestellt hatte), da dieser Nerv motorische Fasern zum Wadenmuskel schickt und in der Nähe der fraglichen Bandscheibe liegt. Zudem aber zeigte die Untersuchung, daß die Muskeln auf der Vorderseite des Beines ebenfalls schwach waren und die Patientin zu einem Senkfuß neigte. Das konnte nicht der Diskushernie zugeschrieben werden, da sich die spinalen Nerven, die diese Muskeln versorgen, nicht in der Nähe der Hernie befinden.

Andererseits konnten alle Befunde erklärt werden, wenn man etwas fand, das die normale Funktion des rechten Ischiasnervs behinderte. Dieser Nerv wurzelt in den spinalen Nerven von L3L4, S1S2. Darum können Störungen des Ischiasnervs auch Teile des Beines betreffen, die von diesen Nerven versorgt werden. Dies war der Fall bei dieser Patientin. Die Untersuchung bei ihr ergab auch Druckempfindlichkeit auf allen Muskeln in der rechten Gesäßhälfte, wo der Ischiasnerv liegt. Dieser und andere charakteristische Befunde bei der körperlichen Testuntersuchung ergaben die Diagnose TMS; die Diskushernie war ein zufälliger Befund ohne Bedeutung. Solche klinischen Diskrepanzen sind häufig, und man ist erstaunt, warum sie nicht häufiger entdeckt werden.

Ärzte sind so sehr auf Diskushernien fixiert, daß die Diagnose manchmal nur auf der Basis von gleichzeitig auftretenden Schmer-

zen im unteren Rücken, Gesäß oder Bein gestellt wird, ohne ein CT oder MRI gemacht zu haben. Die Diagnose einer Diskushernie kann nicht klinisch oder nur aufgrund eines normalen Röntgenbildes gemacht werden. Auf letzterem sieht man gewöhnlich eine Verengung des einen intervertebralen Zwischenraums, am häufigsten der beiden letzten Zwischenräume. Wie schon früher erwähnt, ist bei den meisten Leuten ab zwanzig Jahren diese Deformation im letzten Zwischenraum vorhanden. Das heißt, daß die Bandscheibe degeneriert ist, und das ist ein ganz normaler Bestandteil des Alterns. Es mag zwar verlockend erscheinen, aber es ist nicht ratsam, Symptome einem ganz normalen Alterungsprozeß zuzuschreiben. Aus meiner Erfahrung ist eine Bandscheibendegeneration nicht pathologischer als graue Haare oder runzlige Haut.

In den letzten Jahren fanden sich zahlreiche Berichte in der medizinischen Literatur über Patienten mit einer Diskushernie ohne Rückenschmerzen. Die Diskushernien wurden jeweils zufällig auf einem CT oder MRI entdeckt, das gemacht wurde, um andere Körperteile zu untersuchen.

Um das Problem objektiv beurteilen zu können, muß fairerweise gesagt werden, daß in einer statistischen Studie ein höherer Anteil an Rückenschmerzen bei Patienten gefunden wurde, die nachgewiesenermaßen eine Diskushernie hatten. Ich habe versucht, diese Aussage mit meiner eindeutigen Beobachtung, daß TMS die Schmerzen verursacht (keine Diskuspathologie), zu vereinbaren und komme zum Schluß, daß bei dem mysteriösen Prozeß, bei dem das Gehirn eine geeignete Stelle für TMS aussucht, es eine Stelle mit einer »Anomalie« wählt (wie eine Diskushernie), obwohl die anatomische Abweichung nicht pathologisch sein muß.

Um die große Zahl der in den letzten Jahren erfolgreich behandelten Patienten mit einer Diskushernie zu dokumentieren, wurde 1987 eine Kontrollbefragung durchgeführt. Hundertneun Patienten wurden telefonisch von einem Forschungsassistenten befragt. Ihre Namen wurden nach dem Zufallsprinzip aus einer großen Zahl Patienten ausgewählt, die ein bis drei Jahre früher gesehen und behandelt worden waren. In jedem einzelnen Fall wurden die Schmerzen einer Diskushernie zugeschrieben, die auf einem CT erkennbar war. Basierend auf der Krankengeschichte und der körper-

lichen Untersuchung war die Diagnose TMS, und alle absolvierten das gewöhnliche Behandlungsprogramm. Das Resultat war das folgende:

Schmerzfrei, oder fast schmerzfrei, uneingeschränkte körperliche Aktivität: 96 Patienten (88 Prozent)

Besserung, leichte Schmerzen, eingeschränkte Aktivität: 11 Patienten (10 Prozent)

Unverändert: 2 Patienten (2 Prozent)

Die beiden Patienten, die keine Fortschritte machten, hatten dauerhafte ernsthafte psychologische Beschwerden und sind heute noch in psychotherapeutischer Behandlung.

Diese Statistiken machen es einem schwer, Diskushernien ernstzunehmen. Aber jedem Patienten wurde gesagt, daß sie der Grund für die Schmerzen sei, bei 39 Prozent wurde zu einer Operation geraten, drei wurden bereits operiert und den meisten der übrigen Patienten wurde gesagt, daß ein operativer Eingriff notwendig werden würde, falls die konservativen Maßnahmen nicht helfen.

Hier eine andere Fallgeschichte. Es handelt sich um einen fünf- undzwanzigjährigen Mann mit Schmerzen im unteren Rücken und im rechten Bein. Er hatte zwei Monate, bevor er zu mir kam, eine lumbale Myelographie machen lassen, die eine Diskushernie zeigte. Man riet ihm, mit allen körperlichen Aktivitäten aufzuhören und sich einer Operation zu unterziehen. Beides angebrachte Empfehlungen, falls die Bandscheibe der wirkliche Grund für die Schmerzen ist. Als motivierter Athlet (Basketball und Squash waren seine Lieblingssportarten) war er durch diese Diagnose am Boden zerstört. Dazu kam noch sein Ärger, daß es ihm nicht mehr länger möglich sein würde, seine Anspannung im kraftvollen Sport »auszutoben«, denn er empfand sich selbst als sehr verspanntes Wesen.

Er entschied sich trotz seiner großen Beklommenheit gegen eine Operation, trainierte weiter und spielte sogar gelegentlich Basketball. Da sein Leiden weder besser noch schlechter wurde, lebte er in ständiger Angst, sich wirklich zu verletzen.

Meine Untersuchungen zeigten keine Anzeichen einer Nervenschädigung in den Beinen; beim SLR-Test hatte er Schmerzen in

der rechten Gesäßhälfte. Wie es bei TMS normal ist, verspürte er Schmerzen beim Druck auf die Muskeln beider Gesäßhälften, dem Kreuz, oben an beiden Schultern und auf beiden Seiten des Nackens. Dieser Befund zeigte, daß die Schmerzen durch TMS entstanden waren, und nicht durch eine Diskushernie. Er akzeptierte die Diagnose, nahm am Behandlungsprogramm teil und hatte nach ein paar Wochen keine Schmerzen mehr. Es ist jetzt etwa zwölf Jahre her, seit dieser Patient bei mir war, und es geht ihm trotz seines anstrengenden körperlichen Programms weiterhin gut.

Spinale Stenose

In den Jahren, seit ich mit dieser Arbeit beschäftigt bin, habe ich die Diagnose spinale Stenose als eine der häufigsten angetroffen, wenn Schmerz im unteren Rücken vorlag und keine Diskushernie dafür verantwortlich gemacht werden konnte. Es handelt sich um eine Verengung des Spinalkanals, die gelegentlich als vererbbar angesehen wird, jedoch am häufigsten durch das Altern der Wirbel bedingt ist. Knochenneubildungen, Osteophyten genannt, verengen den Kanal an einigen Stellen.

Meine Reaktion auf diese Störung stützt sich auf meine Erfahrung mit Patienten verschiedenen Alters. Die meisten hatten TMS, was mir erlaubte, die Röntgendiagnose außer acht zu lassen. Wenn die Stenose ernsthaft ist, sollte der Kanal chirurgisch erweitert werden, aber ich habe nur sehr wenige solcher Fälle gesehen. Besonders bei älteren Patienten empfehle ich eine neurologische Konsultation, damit die Möglichkeit einer Auswirkung auf die neurologischen Strukturen sorgfältig untersucht werden kann. Wenn das Nervenbild befriedigend ist und der Patient die üblichen TMS-Kennzeichen hat, mache ich mit Zuversicht weiter, ohne die Röntgendiagnose zu beachten.

Der eingeklemmte Nerv

Wenn Patienten mit Schmerzen im Nacken, in der Schulter und den oberen Gliedmaßen einer Seite zu mir kommen, ist der eingeklemmte Nerv, nach der Diskushernie, eine der häufigsten Diagno-

sen. Dabei wird wahrscheinlich ein zervikaler Spinalnerv auf seinem Weg durch einen Hohlraum, geformt durch die einander angrenzenden Halswirbel (bekannt als Foramen) eingeklemmt. Was auf ihn drückt, wird Osteophyt (siehe oben – ein Knochensporn, eine Knochenneubildung) oder Diskushernie genannt.

Die Diagnose ist schwierig und beruht auf äußerst wackligen Konzepten. Einmal mehr ist das Bedürfnis, eine strukturelle Ursache zu finden, das Problem und erzeugt manchmal einen störenden Mangel an Objektivität. Die folgenden Beobachtungen werfen Zweifel auf die Diagnose »eingeklemmter Nerv«.

Erstens: Diese Symptome findet man oft bei jungen Leuten, die weder einen Knochensporn noch Diskushernien haben.

Zweitens: Knochensporne sind sehr häufig, und viele Leute verspüren keine Schmerzen. Die Anzahl und Größe der Knochensporne nimmt mit dem Alter zu, so daß im mittleren Alter und danach jedermann Nacken- und Armschmerzen haben müßte; das trifft jedoch nicht zu.

Drittens: Neuroradiologen (Röntgenspezialisten des Nervensystems) sagen uns, daß Knochensporne das Foramen verdecken müßten, bevor ein Zusammendrücken des Nervs möglich wäre, etwas, das man selten sieht.

Viertens: Das gleiche Prinzip gilt hier wie bei der lumbalen Diskushernie: Dauerhafte Kompression eines Nervs erzeugt objektive Gefühllosigkeit (keine Schmerzen beim Testen). Es unterscheidet sich von dem subjektiven Gefühl der Gefühllosigkeit, das die Patienten manchmal in den Beinen und Armen wahrnehmen.

Fünftens: Es gibt in der medizinischen Literatur zahlreiche Berichte von großen Auswüchsen in der Wirbelsäule, wie zum Beispiel gutartige Tumore, die oft keinen Schmerz verursachen.

Die meisten Patienten mit einem eingeklemmten Nerv haben TMS, das die Nacken-, Schulter- und besonders die oberen Trapezmuskeln sowie die zervikalen Spinalnerven miteinbezieht. Vier Halswirbel und der erste Brustwirbelnerv formen, was man als Plexus brachialis (das Armgeflecht) bezeichnet, eine Art Schaltstelle, wo sie dann zu Nerven werden, die in den Arm und die Hand führen. Es ist höchst wahrscheinlich, daß der Armplexus oft beim TMS-Prozeß