

# Der Merkurstab

Zeitschrift für Anthroposophische Medizin - Journal of Anthroposophic Medicine

## Digitales Archiv

Autor(en)	Barbara Zaar, Harald Merckens
Titel	Das Fibromyalgie-Syndrom (FMS) - Bestandsaufnahme und anthroposophische Anwendungsbeobachtung
Zeitschrift	Der Merkurstab. Beiträge zur einer Erweiterung der Heilkunst
Publikationsjahr	2005
Jahrgang	58
Heftnummer	2
Heftname	2   März/April
Seiten	106 - 111
Artikel-ID	DMS-18649-DE
URL	<a href="https://www.anthromedics.org/DMS-18649-DE">https://www.anthromedics.org/DMS-18649-DE</a>
DOI	<a href="https://doi.org/10.14271/DMS-18649-DE">https://doi.org/10.14271/DMS-18649-DE</a>
Bibliografische Angabe	Zaar B, Merckens H. Das Fibromyalgie-Syndrom (FMS) - Bestandsaufnahme und anthroposophische Anwendungsbeobachtung. Der Merkurstab. Beiträge zur einer Erweiterung der Heilkunst 2005;58(2):106-111. DOI: <a href="https://doi.org/10.14271/DMS-18649-DE">https://doi.org/10.14271/DMS-18649-DE</a>

Dieser Artikel stammt aus dem Merkurstab-Archiv, das Veröffentlichungen seit 1946 umfasst. Insbesondere bei länger zurückliegenden Arbeiten ist der jeweilige medizinhistorische Kontext zu berücksichtigen.

Dieser Artikel ist urheberrechtlich geschützt und darf nicht ohne Genehmigung weiterverbreitet werden.

Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V.  
Herzog-Heinrich-Straße 18  
DE-80336 München

[www.gaed.de](http://www.gaed.de)  
[info@gaed.de](mailto:info@gaed.de)



## Anthromedics

Anthroposophic Medicine.  
Development. Research. Evaluation.

[www.anthromedics.org](http://www.anthromedics.org)

# Das Fibromyalgie Syndrom – FMS

## Bestandsaufnahme und anthroposophische Anwendungsbeobachtung

BARBARA ZAAR, HARALD MERCKENS

### Das Fibromyalgie Syndrom

#### ■ Zusammenfassung

An 13 Patienten mit primärem Fibromyalgiesyndrom wurde im Paracelsus-Krankenhaus Unterlengenhardt eine von der Dr. Hauschka-Stiftung unterstützte, kontrollierte Anwendungsbeobachtung unter stationären Bedingungen durchgeführt. Die zugrundegelegte, aus der anthroposophischen Menschenkunde entwickelte pathogenetische Vorstellung wird den derzeit in der klassischen Medizin gültigen Erklärungs- und Therapiemodellen gegenübergestellt. Zur Objektivierung der Ergebnisse fanden Erhebungen mittels dreier Fragebögen (FIQ, HKF, HLQ) jeweils vor und 3–6 Monate nach Behandlung statt. Das multimodale Behandlungskonzept, fußend auf Ganzkörperhyperthermie und anderen wärmebezogenen Verfahren, Solum inject, Magnesium phos. comp. (WALA), Heileurythmie, rhythmischer Massage und individueller Kunst- und Gesprächstherapie erbrachte eine klare, teilweise signifikante Besserung der Beschwerden. Deutlich zeigte sich jedoch auch die Notwendigkeit nachhaltiger ambulanter Begleitung der Patienten i. S. eines Behandlungs- und Übungsprozesses.

#### ■ Schlüsselwörter

Fibromyalgie-Syndrom  
Infrarot-Ganzkörperhyperthermie  
Solum  
Magnesium phosphoricum comp.

### The fibromyalgic syndrome

#### ■ Abstract

At the Paracelsus Hospital in Unterlengenhardt, Germany, a controlled study, supported by the Dr Hauschka Foundation, was done with 13 inpatients with primary fibromyalgic syndrome. The view of the pathogenesis based on the anthroposophical study of man is compared to the explanations and treatment models current in conventional medicine. Results were made objective with questionnaires (FIQ, HKF, HLQ) prior to treatment and both 3 and 6 months after treatment. The multimodal treatment design based on whole-body hyperthermia and other warmthrelated procedures, Solum injections, Magnesium phos. comp. (Wala), eurythmy therapy, rhythmic massage and individual art and conversation therapy. Improvement was definite, and partly significant. It was also evident that patients need long-term outpatient follow-up with a programme of treatment and exercises.

#### ■ Keywords

Fibromyalgic syndrome  
Infrared whole-body hyperthermia  
Solum  
Magnesium phosphoricum comp.

**A**nlässlich einer Anwendungsbeobachtung, welche im Paracelsus-Krankenhaus Unterlengenhardt an 13 Fibromyalgie-Patienten unter stationären Bedingungen stattfand, wird eine Zusammenfassung der gegenwärtigen Konzepte zum Krankheitsverständnis der Fibromyalgie dargestellt. Im zweiten Teil der Arbeit folgt die Beschreibung der Anwendungsbeobachtung.

Der Blick wird damit auf ein Krankheitsbild gewendet, das sich dem diagnostischen Nachweis wie auch einer ätiopathogenetischen Erklärung gegenüber ebenso resistent wie symptomatisch schillernd und therapeutisch problematisch erweist. Zwar erbrachten intensive Forschungen u.a. auf neuroendokriner und elektrophysiologischer Basis eine Reihe an Einzelerkenntnissen; die Ergebnisse wiesen jedoch nicht auf ein definiertes organopathologisches Korrelat hin, sondern gaben in den letzten Jahren Anlass zur Entwicklung des sogenannten dynamischen Prozessmodells des Fibromyalgie-Syndroms (1), wonach multiple, diatheseabhängige und exogene Faktoren, komplex ineinandergreifend, die vielfältigen Symptome des FMS aufrechterhalten und – im Falle der Chronifizierung – fortlaufend weiter generieren. Die Therapie stellt nach wie vor eine große Herausforderung dar, die Prognose gilt weiterhin als schwierig.

Bei dem FMS handelt es sich nach heutigem Wissensstand um eine chronische, nicht-entzündliche Erkrankung mit dem Leitsymptom multilokulärer Schmerzen im Bereich der Muskeln und ihrer Sehnenansätze, jedoch ohne lokale morphologische Veränderungen. Hinzu kommen häufig Allgemeinsymptome wie Erschöpfung, Kälteempfindlichkeit, Steifigkeit, Schlafstörungen und Verdauungsstörungen i.S. eines Colon irritabile sowie seelische Phänomene wie Angst und Niedergeschlagenheit. Hierbei ist die mögliche Überlappung mit dem Chronic Fatigue Syndrome (CFS) zu erwähnen. Auf FMS hinweisend und allen Patienten gemeinsam ist eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit an definierten Druckpunkten (tender points), die sich wie in *Abb. 1* dargestellt verteilen. Wenigstens 11 der 18 Punkte müssen positiv antworten und die Beschwerden mindestens 3 Monate bestehen, damit von einem FMS ausgegangen werden kann.

Das primäre FMS zeichnet sich durch fehlende serologische Entzündungsparameter und stumme sonogra-



Abb. 1

Abb. 1:  
Tender points beim FMS.

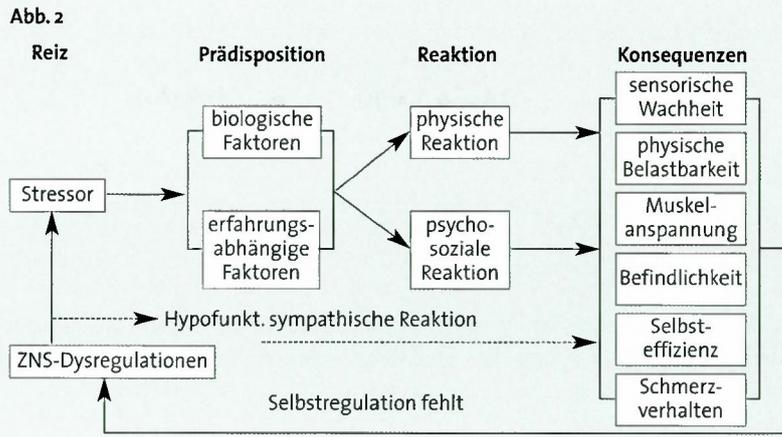


Abb. 2:  
Das dynamische Prozessmodell des FMS nach Okifuji und Turk (19).

fische und röntgenologische Befunde aus. Anders beim selteneren sekundären FMS, wo die Beschwerden im Rahmen einer chronischen Grunderkrankung wie Lupus erythematodes (LE) oder chronische Polyarthrit (cP) auftreten und sich diagnostisch diesen unterordnen.

Sehen wir von diesen Sonderfällen ab, haben wir es beim FMS-Kranken, trotz fehlendem Nachweis morphologischer Veränderungen, mit einem klinisch und subjektiv teilweise schwer eingeschränkten und bis in die seelisch-geistige Befindlichkeit hinein tief traumatisierten Patienten zu tun, der auf eine Spontanheilung nicht hoffen kann. Im Gegenteil: Die Gefahr der Chronifizierung ist bedrohlich und verschlechtert die Prognose erheblich. Die Prävalenz in der Bevölkerung liegt bei 2% mit Bevorzugung von Frauen (Frauen/Männer=7/1) mittleren Alters. Neuerdings wird auch von Fällen in der Kinder- und Jugendmedizin berichtet.

Gerade weil sich das Erkrankungsbild einem sicheren Nachweis verschließt, eine Ausschlussdiagnose darstellt und auch keinem bekannten pathogenetischen Schema folgt, sehen sich Betroffene auch heute noch gelegentlich dem Vorwurf der Simulanz ausgesetzt und fixieren sich ihrerseits umso mehr auf eine organische Genese ihres Leidens. Immenser diagnostischer Aufwand und desillusionierende Arzt-Patienten-Interaktion waren und sind nicht selten die Folge, zumal die übliche analgetisch-antidepressive Medikation häufig nicht befriedigt.

Sicherlich auch unter diesem Eindruck schreitet die einschlägige Forschung voran.

Das oben schon erwähnte dynamische Prozessmodell des FMS (Abb.2) stützt sich auf die Vermutung, dass FMS-Patienten eine hypofunktionale sympathische Reaktion auf Stressoren entwickeln. Beispielsweise zeigte sich eine gegenüber Gesunden verminderte sympathische Antwort bzw. Vasokonstriktion auf Kälte- und auditive Stressexposition; im Eiswassertest fiel ein geringeres Blutflussniveau auf; bei isometrischer Muskelanspannung wiesen FMS-Patienten im Vergleich zu Gesunden ein niedrigeres sympathisches Aktivitätsniveau im betätigten Muskel auf (2,3,4).

Psychoendokrinologische Untersuchungen erbrachten u.a. verminderte Serotonin-Produktion (5,6) übermäßige Spiegel von Substanz P (2) in der zerebrospinalen Flüssigkeit und eine hormonelle Dysbalance in der HPA-

Achse (Hypothalamus-Hypophyse-Nebennierenrinde) (7) mit der Folge erhöhter ACTH-Bildung (8,9). Andere Ergebnisse zeigen, dass Kortikoide bei gesunden Probanden die sensorischen Schwellen erhöhen (10,11).

Wenn FMS-Patienten durch Alteration der hormonellen Achse zu einer angepassten, etwa in Stress-Situationen vermehrten Kortisolbildung nicht fähig sind, bedeutete dies einen relativen Abfall ihrer Schmerzschwelle. Dafür sprechen neurophysiologische Tests, die eine längere Latenz somatosensibel evozierter Potentiale (12), generalisierte somatosensible Hyperreaktivität und verlängerte Hyperalgesie (13) zeigen – Ausdruck gestörter nozizeptiver Prozesse im ZNS.

Das dynamische Prozessmodell des FMS, auch als Diathese-Stress-Modell beschrieben, legt angeborene, dem Bereich der Krankheitsdiathese eines Menschen zuzuordnende Faktoren und erworbene, also durch die Biografie gewissermaßen von außen an den Patienten herangetragene, Umstände zugrunde. Sie sollen über die Reaktionsweise des betroffenen Organismus auf exogene Stressoren entscheiden. Das sehr individuelle Resultat körperlicher und geistig-seelischer wie sozialer Phänomene sei dabei nicht statisch, sondern modifiziere sich von Erlebnis zu Erlebnis – in welcher Weise, hänge von der Existenz der Selbstregulation ab. Fehle diese, komme es zu einer fortgesetzten Dysregulation auf ZNS-Ebene mit Modifikation der prädisponierenden Faktoren. So gehe auf neuem Niveau die Auseinandersetzung mit künftigen Stressoren vorstatten, die zentrale Dysregulation weiter vorantreibend.

Eine Schlüsselstellung kommt also dem zunächst nicht näher definierten Begriff der Selbstregulation zu. Daneben spielen die gewachsene seelisch-körperliche Verfassung und die situativen Gegebenheiten des erkrankten Menschen eine entscheidende Rolle. Deutlicher als bei vielen anderen Krankheitsbildern scheint dem diagnostischen Blick beim FMS eine Schnittstelle von leiblicher und geistig-seelischer Seinsebene des Menschen aufzutun.

Psychosoziale Faktoren spielen – meist unbewusst – eine Rolle bei der Pathogenese und Chronifizierung des FMS, etwa durch Vermeidungsverhalten in verschiedenen Lebensbereichen, Medikamentenumgang, Schmerzwahrnehmung und Entwicklung des Schmerzgedächtnisses,

Beeinflussung von Mimik, Gestik oder auch mitmenschlichen Reaktionen. Korrelationen übermäßiger partnerschaftlicher Zuwendung und übermäßiger Schmerzwahrnehmung wurden gefunden. Ebenso hängen erlebte Schmerzintensität und -toleranz auch von der inneren Haltung des Betroffenen dem Schmerzerlebnis gegenüber ab. Von subjektiver Schmerzerwartung und Selbstwirksamkeitserwartung wird dabei gesprochen.

Andererseits zeigen eine Vielzahl empirischer Studien auch im Bereich der prädisponierenden Faktoren die Bedeutung biografischer Belastungssituationen, zwischenmenschlicher Konflikte oder auch die Komorbidität mit depressiven Erkrankungen und Angststörungen. Oft finden sich gemeinsame Wesenszüge wie perfektionistische Selbstüberforderung und Leistungsorientierung unter fehlender Wahrnehmung der eigenen Grenzen.

Zunehmend erweist sich die Kenntnis dieser Zusammenhänge als therapeutisch bedeutsam, handelt es sich doch, insbesondere die konditionierenden Lernprozesse betreffend, um Vorgänge, die potentiell auch umkehrbar sind. Das breite Feld der Patientenschulung (kognitiv- und operant verhaltenstherapeutisch, Entspannung und Biofeedback, tiefenpsychologisch) findet hier seinen Ansatzpunkt. Offenbar bedarf es aber eben einer Form willentlichen, ordnenden Eingreifens der Persönlichkeit selbst, um vormals Schmerz und Krankheit schaffende Prozesse in heilsame umzuwandeln. In diesem Zusammenhang seien die Befunde von Bandura et al. (14) erwähnt, die eine enge Korrelation von opioidvermittelten, schmerzhemmenden Mechanismen und subjektiver Überzeugung von der Kontrollierbarkeit des Schmerzgeschehens nahelegen. Denken wir noch einmal an das dynamische Prozessmodell, könnte uns aufgrund dieser Überlegungen die zentrale Größe der Selbstregulation konkreter geworden sein.

Dieser Therapieansatz gewinnt innerhalb des interdisziplinären Behandlungskonzeptes der allgemeinen FMS-Therapie immer mehr an Bedeutung. Ergänzend kommen, wie bekannt, Physiotherapie, evtl. Akupunktur und medikamentöse Behandlungsstrategien zum Einsatz (NSAR, Muskelrelaxantien, neuerdings Chinin, trizykl. Antidepressiva u.a).

Im Paracelsus-Krankenhaus erarbeiteten wir uns anhand der uns zugewiesenen Patienten ein Verständnis der Pathologie aufgrund der anthroposophischen Menschenkunde und entwickelten daraus ein multimodales Behandlungskonzept, das – kontrolliert und dokumentiert – im folgenden der allgemeinen FMS-Therapie gegenübergestellt werden soll. Die von uns behandelte Patientengruppe umfasste 11 Frauen und 2 Männer im Alter zwischen 45 und 72 Jahren. Teilweise bestanden Zusatzerkrankungen degenerativer oder kardiovaskulärer Natur; entzündlich-rheumatische Erkrankungen bzw. ein sekundäres FMS-Syndrom wurden ausgeschlossen.

Klinisch und biografisch-anamnestisch entsprachen unsere Patienten dem oben skizzierten Bild des FMS-Kranken. Teilweise wiesen sie eine langjährige Leidengeschichte auf.

Von der allen Patienten gemeinsamen Schmerzsymp-

tomatik abgesehen, fanden wir durchweg eine Auffälligkeit des Wärmehaushaltes i.S. erhöhter Kälteempfindlichkeit und Wärmeverteilungsstörungen, fakultativ Nahrungsunverträglichkeiten, funktionelle Verdauungsstörungen, Rückenschmerzen, Hypervigilanz und Schlafstörungen sowie Erschöpfung. Im Seelischen zeigten sie Abgrenzungsschwierigkeiten bei objektiver Überforderungssituation, Niedergeschlagenheit und Angststörungen.

Aus anthroposophischer Sicht kann man von einem verminderten Eingreifen der Ich-Organisation auf allen Seinsebenen sprechen, wobei sich insbesondere das Zusammenwirken mit dem Astralleib als verändert darstellt. Dieser taucht in den Gliedmaßenmenschen in funktionell abbauender Weise, Schmerz und Verhärtung bewirkend ein. Schmerzbewusstsein und Bewegungsarmut entstehen, die Bewegungsgebärde wird reduziert. Auf der anderen Seite zeigt sich auch der freie, dem Bewusstsein zugewandte Anteil des Astralleibes in der geschilderten Symptomatik des oftmals wie verloren wirkenden Seelenlebens zwischen grenzenloser Hinwendung, Depression, panikartigen Zuständen oder Orientierungslosigkeit ohne eine bewusste Führung durch das Ich. Das Krankheitsbild bleibt ganz im Funktionellen, was zeigt, dass der physische Leib davon nicht ergriffen wird, sondern die Krankheitssymptomatik sich im Zusammenspiel von Ätherleib, Astralleib und Ich entwickelt. So ist auch der Tag-Nacht-Rhythmus, welcher gerade das Verhältnis von Astralleib und Ätherleib abbildet, durch einerseits Hypervigilanz, andererseits mangelnde Schlafiefe charakterisiert. An erster Stelle aber imponierte eine Wärme- und Hüllenlosigkeit der Patienten, wovon in manchen Fällen schon die erste Begegnung Kunde gab.

Unser Behandlungskonzept umfasste tägliche *Ingwer-Nieren-Wickel* (15) zur sanften Durchwärmung und Regulierung der Empfangungsorganisation über die Niere. Der Ingwer-Nieren-Wickel kann dabei behilflich sein, den im oberen, abbauenden Sinn zu stark eingreifenden, Schmerz und muskuläre Verspannung bewirkenden Astralleib zu lösen und über die Ich-Organisation wieder in der richtigen Weise einzugliedern. Zweimal wöchentlich wurden *Infrarot-Ganzkörperhyperthermieverfahren* im mittleren Temperaturbereich vorgesehen, die mit wenigen Ausnahmen gut toleriert wurden und weitergeführt werden konnten (an diesen Tagen wurden die Ingweranwendungen ausgesetzt). Die Ganzkörperhyperthermie führt durch die intensive Durchwärmung des Organismus zu einer unmittelbaren Schmerzlinderung, die nach wiederholter Anwendung auch über einen längeren Zeitraum erhalten bleibt.

Neben individuell erforderlicher Medikation erhielten alle Patienten *täglich 10ml Solum inject i.v. (WALA)*. Das aus Hochmoorlagen gewonnene Präparat (früher: *Solum uliginosum comp.*) repräsentiert den Aspekt der Stagnation und die Einbuße rhythmischer Prozesse in besonderer Weise: Hochmoore zeichnen sich durch ihre inselartige Abgeschlossenheit vom umgebenden Terrain aus. Sie beziehen ihre Flüssigkeit allein aus dem Niederschlagswasser, sind nährstoffarm, von karger Vegetation und geringer Artenvielfalt. Bedingt durch den Sauer-

stoffmangel des stehenden Wassers kommt es zwar nach unten zum Absterben, aber nicht zur Verrottung organischen Materials. So entstehen sich auftürmende Torfschichten, die dem Hochmoor seinen Namen geben. Anstelle des organischen Wechsels von Auf- und Abbau imponiert hier die Geste der Konservierung, wovon archäologische Funde oder auch Moorleichen beredtes Zeugnis ablegen. Die Abkopplung des Biotops vom rhythmischen Geschehen des Umkreises betrifft auch den Temperaturaspekt: Wärme oberflächlicher Lagen bei Sonnenexposition kontrastiert mit Kälte und u. U. sogar Frost unweit tiefer gelegen.

Durch lichterhythmische Behandlung nach dem WALA-Verfahren und Zusatz von Aesculus und Equisetum zeigt sich schon im pharmazeutischen Prozess eine Veränderung der Ausgangssubstanz (Kolloidbildung, Farbänderung, Duftentwicklung) bei gleichzeitiger Stabilität des Torfansatzes. Aesculus regt mit seiner Tendenz zur Wasserspeicherung den saugenden, zentripetalen Strom, Equisetum den weiterleitenden und ausscheidenden, also zentrifugalen Strom im Flüssigkeitskreislauf an. Gemeinsam überwinden sie gewissermaßen den dem Torfpräparat ursprünglich eigenen Charakter der Stagnation. Übertragen auf den erkrankten Organismus bedeutet dies eine Dynamisierung der Lebensorganisation, insbesondere im Bereich des mesenchymalen Gewebes, welches Verschlackung, Abkühlung und Verhärtung überwindet.

Wo sich der ordnende Einfluss der Ich-Organisation auf die Lebenskräfte nicht ausreichend geltend machen kann, wird durch die Applikation von Solum gewissermaßen der Boden dazu bereitet. Die oberen Wesenglieder finden wieder besseren Zugang zu den unteren, wodurch Erwärmung und Schmerzlösung, aber – als Kehrseite der geordneteren ätherischen Wirksamkeit – auch eine effizientere Abgrenzung des Organismus gegen ihn überfordernde äußere Einflüsse beobachtet werden kann.

Als weiteres Medikament erhielten unsere Patienten täglich abends *Magnesium phosphoricum comp. s.c.* (WALA). Hierbei ging es uns besonders um den Aspekt der oft schmerzhaften Muskelanspannung. Die Komponenten Magnesium phos. mit dem Anteil von *Cinis avenae* sind geeignet, die nicht harmonische Interaktion von Empfindungsorganisation und Muskulatur (auch des Herzens!) über die Ich-Organisation zu verbessern. *Arnica montana* und *Formica rufa* fördern als weitere Bestandteile über die Wiedereingliederung der oberen Wesensglieder in die Flüssigkeitsprozesse des muskulären Bindegewebes die Muskelbeweglichkeit (*Arnica*) bzw. lösen über eine Stoffwechselanregung in der Muskulatur Verhärtungen und Ablagerungen (*Formica*).

Der Einsatz *Rhythmischer Massage nach Wegman/Hauschka* ergänzte die Aspekte der medikamentösen Therapie von außen und bot zudem eine wichtige Unterstützung als Akt mitmenschlicher Zuwendung und Umhüllung.

Die oft irritierte Verbindung von oberen und unteren Wesensgliedern im Verdauungsbereich bemühten wir

uns durch Umstellung auf *vegetarische Vollkost* zu entlasten und ggf. zu harmonisieren.

Als weiteren wichtigen Therapiebaustein erhielten unsere Patienten *aktiv-übende Verfahren*, an erster Stelle *Heileurythmie*, individuell auch *künstlerische Therapie* mit der Möglichkeit seelischen Selbsterlebens sowie *Terrain-Training* i.S. bewusster, allmählich sich steigernder physiologischer Bewegung in der Natur.

In *regelmäßigen ärztlichen Gesprächen* arbeiteten wir mit den Patienten an den, im Lauf der Behandlung sich verdeutlichenden Fragen ihrer biografischen Anamnese, gegenwärtigen Verfassung und möglicher Zukunftsgestaltung. Unser Bemühen ging dahin, den Patienten über ein Erahnen eigener individueller Lebensgesetzmäßigkeit und Erfassen eigener Lebens-Anliegen auch auf gedanklich-seelischer Ebene zu einem Ich-Erlebnis zu verhelfen, künftige Lebensgestaltung neu impulsierend.

Als Bewertungsgrundlage unseres Therapiekonzeptes dienten 3 Fragebögen, welche die Patienten bei stationärer Aufnahme, 3-6 Monate danach und zur Orientierung in Einzelfällen auch am Ende der stationären Behandlung ausfüllten. Dabei handelte es sich um:

1. Herdecker Fragebogen zur Lebensqualität HLQ 3.1 (16)
2. Havelhöher Konstitutionsfragebogen HKF 2.3 (17, 18)
3. Spezifischer FMS-Fragebogen FIQ (19)

#### Ergebnisse:

Die Lebensqualität der Patienten konnte sich laut HLQ in allen Unterbereichen signifikant verbessern. Diese sind:

- *Körperliche Verfassung*: Schmerz, Beweglichkeit, Gang, Schwere, Übelkeit
- *Vitalität*: Wachheit, Schlaf, Regeneration, Erschöpfung, Appetit
- *Seelisches Verhalten*: Stimmung, Ideen, Interesse, Ängstlichkeit, Aktivität, innere Ruhe
- *Persönlichkeitspräsenz*: Durchsetzungsfähigkeit, Umsetzung von Plänen, Orientierung, persönliche Entwicklung
- *Soziales Umfeld*: Mitteilungsfähigkeit, Kontakte

Jeder dieser Unterbereiche wird als Summenwert aller Patienten zum Aufnahmezeitpunkt und bei Follow-up dargestellt. Die einzelnen Scores verstehen sich als prozentuale Größe gemessen an dem maximal möglichen Wert. *Tab. 1* und *Abb. 3* geben die Ergebnisse numerisch bzw. grafisch wieder.

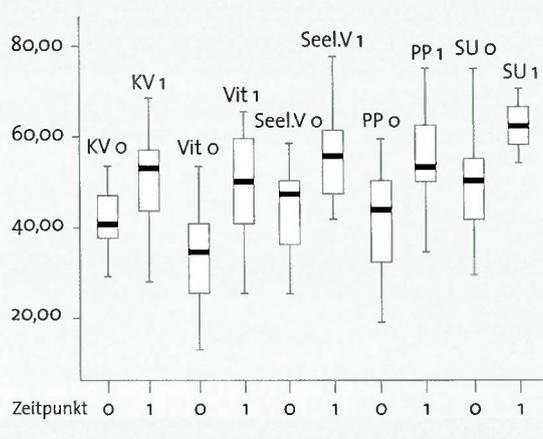
HKF: Beim HKF wurden 22 Fragen zur endogenen Regulation ausgewertet (*Tab. 2*). Diese weisen auf ein starkes bzw. schwaches Eingreifen der höheren Wesensglieder hin. Die möglichen Zahlenwerte bewegen sich zwischen 22 und 66 und korrelieren direkt mit dem Grad der endogenen Regulation. Hohe endogene Regulation bedeutet ein starkes, niedrige endogene Regulation ein schwaches Eingreifen der höheren Wesensglieder. Die Auswertung erbrachte überwiegend eine höhere endogene Regulation in der Nachbefragung im Vergleich zur Ausgangssituation, womit der positive Effekt auch auf die vegetative Verfassung der Patienten zum Ausdruck kommt. Allerdings konnten die Werte bei der geringen

Tabelle 1: Herdecker Lebensqualität HLQ

Zeitpunkt	Körperliche Verfassung		Vitalität		Seelische Verfassung		Persönlichkeitspräsenz		Soziales Umfeld	
	KV o	KV 1	Vit o	Vit 1	SV o	SV 1	PP o	PP 1	SU o	SU 1
Median	46,200	53,1200	34,3700	50,0000	47,2200	55,5500	43,7500	53,1200	50,0000	62,5000
Standardabweichung	9,59118	11,07949	12,40382	12,22745	11,48797	10,36395	11,89830	10,45663	14,09295	9,34316
Minimum	18,75	28,12	12,50	25,00	25,00	41,66	18,75	34,37	29,16	45,83
Maximum	53,12	68,75	53,12	65,62	58,33	77,77	59,37	75,00	79,16	83,33
Perzentile 25	34,3750	43,7500	23,4350	40,6100	33,3300	47,2200	34,6950	48,4350	41,6600	56,2450
Perzentile 75	48,4350	58,2550	42,1850	59,3700	52,7750	63,8850	50,0000	63,3900	60,8300	68,7450

n = 13; KV=Körperliche Verfassung n.s., Vit=Vitalität p = 0,002, SV=Seelische Verfassung, PP=Persönlichkeitspräsenz, SU=Soziales Umfeld n. s. Zeitpunkt 0 = Aufnahme, Zeitpunkt 1 = follow-up

Abb. 3: Herdecker Lebensqualität HLQ



Patientenzahl keine Signifikanz erzielen. Auch würden wir aufgrund unserer Patientenbeobachtung bei konsequenter ambulanter Nachbehandlung noch deutlichere positive Ergebnisse im Follow-up erwarten.

FIQ: Der FIQ fragt Tätigkeiten des Alltags und deren Einschränkung durch das FMS ab. Ebenso sind Fragen zur Befindlichkeit und Stimmung enthalten. Auch hier bildeten sich deutlich positive Therapieeffekte ab (Tab. 3).

Der maximale Summenscore liegt bei 100 und bedeutet höchstmögliche Einschränkung.

Die Ergebnisse weisen fast durchweg eine wesentliche Besserung der Beschwerden auf. Negativ imponiert in diesem Teil der Befragung ein Patient, welcher sich mit sehr gutem Erfolg der stationären Behandlung unterzog und – infolge einer sich zum Zeitpunkt des Follow-up zuspitzenden beruflichen Krisensituation – einen akuten Rückfall in seine Krankheitssymptomatik erlebte. Das Resultat ist daher, auch in Hinblick auf Kontrollen nach unserem Follow-up, nur mit Einschränkung zu verwerfen.

Die Ergebnisse der Fragebögen spiegeln die unmittelbare Besserung des Krankheitsgeschehens, welche von den Patienten direkt erfahren und von den therapeutisch Tätigen erlebt wurde. Noch deutlicher zeigte sich der Therapiegewinn unmittelbar nach der stationären Behandlung. Einzelne Patienten mit mehreren stationären Aufenthalten im Abstand von 6–8 Wochen schienen

ein besseres Outcome zu haben als solche mit nur einem stationärem Aufenthalt. Dies weist auf die Notwendigkeit langfristiger ambulanter Begleitung und Ermutigung zur Fortsetzung des Übungsweges hin – vielleicht auch ein Indiz für die im weiteren Sinne oft mangelhaft entwickelte Ich-Präsenz der FMS-Patienten.

Wenn es sich bei den Ergebnissen aufgrund der relativ kleinen Patientenzahl und des begrenzten Beobachtungszeitraumes auch nur um eine Trendbeurteilung handeln kann, so sehen wir das zugrundegelegte therapeutische Konzept doch als berechtigt an. Insbesondere ermutigt die mehrfach eingetretene Entwicklung der Patienten zu deutlicherer Persönlichkeitspräsenz und Selbstwahrnehmung als Voraussetzung für eine heilsame Wendung des Krankheitsgeschehens.

Wie stehen sich aber nun die eingangs geschilderte, rein schulmedizinische Auffassung vom FMS und unsere Anschauung, auch auf dem Hintergrund des viergliedrigen Menschen gegenüber?

Beide gehen von einem dynamischen Geschehen aus. Beide kommen unabhängig voneinander und auf verschiedenen Wegen zu der Überzeugung, dass dem Kranken wirksam und vorbei an der Gefahr der Immobilisierung oder medikamentösen Abhängigkeit nur über eine Anregung eigenständiger, selbstregulierender, also aus dem Potential der Persönlichkeit, des Ich selbst sich ableitender Verfahren, geholfen werden kann. Beide entwickeln so ein multimodales Behandlungskonzept.

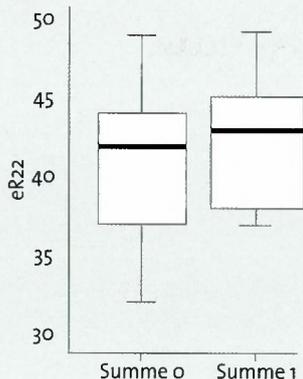
Forschung und therapeutisches Bemühen im Rahmen des FMS kommen nicht umhin, den Schnittbereich von seelisch-geistiger und leiblicher Seinsebene des Menschen in den Mittelpunkt zu rücken. Die erwähnten neuro- und psychoendokrinen Untersuchungen, das dynamische Prozessmodell wie auch der Ansatz der Patientenschulung sind Schritte in diese Richtung.

Für die Anthroposophische Medizin stellt sich die Frage nicht in dieser Weise, gehört es doch zu ihren originären Anliegen, die (künstliche) Trennung von Körper und Seele, Materie und Geist gedanklich zu überwinden, indem sie aus der Entwicklung des viergliedrigen Menschenbildes Krankheit immer als Ergebnis eines gestörten Ineinandergreifens der vier Seinsebenen (Ich, Astralleib, Ätherleib, physischer Leib) versteht.

**Tabelle 2: Endogene Regulation (eR22)****Herdecker Konstitutionsfragebogen HKF**

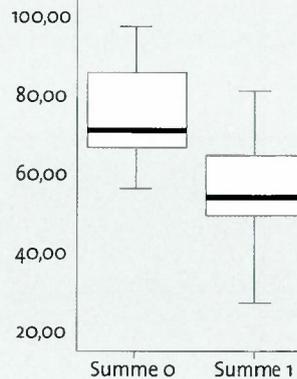
Zeitpunkt	0	1
Median	42,00	43,0000
Standardabweichung	4,958	4,38821
Minimum	32	37,00
Maximum	49	49,00
Perzentile 25	36,50	37,5000
Perzentile 75	44,50	46,5000

n = 13, n. s.

Zeitpunkt 0 = Aufnahme  
Zeitpunkt 1 = follow-up**Tabelle 3: FIQ Summenscore**

Zeitpunkt	0	1
Median	66,2850	54,6100
Standardabweichung	17,70458	17,68662
Minimum	27,52	27,52
Maximum	97,78	81,60
Perzentile 25	86,00	65,50
Perzentile 75	67,00	50,00

n = 13, p &lt; 0,005

Zeitpunkt 0 = Aufnahme  
Zeitpunkt 1 = follow-up

Mit der naturwissenschaftlichen Medizin teilt die Anthroposophische Medizin die Aufmerksamkeit für die physisch-organischen Gegebenheiten. Wie übergeordnete, regulierende Kräfte, zuletzt aus dem Ich-Impuls der Persönlichkeit selbst, auf die Organebene Einfluss nehmen, findet die Anthroposophische Medizin auf dem Weg einer vom Punktuellen zum Prozessualen fortschreitenden Betrachtung physischer Phänomene im Großen wie im mikroskopisch-molekularen Bereich. Sie fordert dazu von sich selbst die Ausbildung einer erweiterten Erkenntnismethodik. Mit deren Hilfe erschließt sie sich eine weiter gefasste pathophysiologische Sicht und entwickelt daraus eigene therapeutische Möglichkeiten, wie beispielsweise oben beschrieben.

Wo Selbstwirksamkeit im weitesten Sinne zum Regulator physischer Abläufe wird, erscheinen letztere nurmehr als Bedingung und äußerer Ausdruck höherer Wirksamkeiten.

Die Internistin und Psychosomatikerin A. von Arnim kommt in ihrer Studie an der Universität Erlangen (2002) zu der Aussage, FMS sei der physische Ausdruck einer bio-psycho-sozialen Erkrankung des Menschen und weist damit zugleich die Richtung therapeutischer Wirksamkeit, die ihren Ausgangspunkt bei der betroffenen Person selbst nimmt (20). Viele FMS-Patienten scheinen zu empfinden, dass es für sie um mehr geht als eine physische Schmerzsymptomatik und vegetative Störungen: Sie fühlen sich – unterschiedlich bewusst – in ihrer ganzen Existenz von der Erkrankung betroffen.

Nicht an ihnen sollte es sein, um Gehör zu finden, die körperliche Genese ihrer Beschwerden unter Beweis zu stellen, sondern das medizinische Verständnis unserer Zeit ist gefordert, seine Begriffe von Gesundheit und Krankheit sowie deren Bedingungen zu überdenken.

Die Fibromyalgie ist ein Erkrankungsbild, das dazu in besonderer Weise Anlass gibt.

Unser herzlicher Dank gilt der Dr. Hauschka-Stiftung für die finanzielle Ermöglichung der vorgestellten Untersuchung.

Dr. Barbara Zaar, Dr. Harald Merckens  
Paracelsus Krankenhaus  
Burghaldenweg 60  
D-75378 Bad Liebenzell

**Literatur**

- Okifuji A, Turk DC. Fibromyalgia Search for mechanism and effective treatment. In: Gatchel R.J., Turk D.C. (Hrsg.). Psychosocial factors in pain: Critical perspectives. New York: Guilford Press, 1999:227-246
- Vaeroy H, Helle R, Forre O, et al. Elevated CSF levels of substance P and high incidence of Raynaud phenomenon in patients with fibromyalgia: new features for diagnosis. *Pain* 1988; 32:21-26
- Qiao ZG, Vaeroy H, Morkrid L. Electrodermal and microcirculatory activity in patients with fibromyalgia during baseline, acoustic stimulation and cold pressure tests. *J.Rheumatol.* 1991; 18: 1383-1389.
- Elam M, Johansson G, Wallin BG. Do patients with primary fibromyalgia have an altered muscle sympathetic nerve activity? *Pain* 1992;48: 371-375
- Hrycaj P, Stratz T, Muller W. Platelet 3H-imipramine uptake receptor density and serum serotonin levels in patients with fibromyalgia/fibrositis syndrome. *J. Rheumatol* 1993;20:1986-1988
- Wolfe F, Russell IJ, Vupraio G, et al. Serotonin levels, pain threshold and fibromyalgia symptoms in the general population. *J. Rheumatol.* 1997;243:555-559
- Crofford LJ, Demitrack MA. Evidence that abnormalities of central neurohormonal systems are key to understanding fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Rheum.Dis.Clin.North.Am* 1996;22: 267-284
- Griep EN, Boersma JW, Lentjes EG, et al. Function of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in patients with fibromyalgia and low back pain. *J. Rheumatol.* 1998; 25: 1374-1381
- Riedel W, Layka H, Neek G. Secretory pattern of GH, TSH, thyroid hormones, ACTH, cortisol, FSH and LH in patients with fibromyalgia syndrome following systemic injection of the relevant hypothalamic-releasing hormones. *Z. Rheumatol.* 1998;57:81-87
- Fehm-Wolfsdorf G, Born J. Behavioral effects of neurohypophyseal peptides in healthy volunteers: 10 years of research. *Peptides* 1991;12:1399-1406
- Fehm-Wolfsdorf G, Nagel D. Differential effects of glucocorticoids on human auditory perception. *Biol. Psychol* 1996;5(42):117-130
- Lorenz J, Grasedyck K, Bromm B. Middle and long latency somatosensory evoked potentials after painful laser stimulation in patients with fibromyalgia syndrome. *Electroencephalogr. Clin.Neurophysiol.* 1998;100: 165-168
- Sorensen J, Graven-Nielson T, Henriksson KG, et al. Hyperexcitability in fibromyalgia. *J. Rheumatol.* 1998;25:152-155
- Bandura A, O'Leary A, Barr Taylor C, et al. Perceived self-efficacy and pain control: opioid and nonopioid mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 53:563-571
- Dinkelacker C et al. Praxisintegrierte Studie zur Darstellung der Frühwirkungen von Ingwer als äußere Anwendung. Manuskriptdruck, Filderklinik, Filderstadt
- Kümmel HC, Schulte M. Entwicklung eines Fragebogens zur Lebensqualität auf Grundlage des anthroposophischen Menschenbildes. Herdecker Fragebogen zur Lebensqualität, (HLQ), Der Merkurstab 1996;(49)2:109-122
- Kröz M, von Laue HB, Ebeling A, et al. Ergebnisse der Prävalidierungsstudie des Havelhöher Konstitutionsfragebogens (HKF), Version 1.0, Der Merkurstab 2000; 53(2): 99-111
- Kröz M, von Laue HB, Zerm R, et al. Questionnaire for endogenous regulation. [www.fih-berlin.de](http://www.fih-berlin.de) (23.01.2005)
- Burckhardt C, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire (FIQ): development and validation. *J.Rheumatol.* 1991;18: 728-733
- von Arnim A. Fibromyalgie-Syndrom körperlicher Ausdruck einer psychischen Störung? *Medizin* 2002. Bericht vom 37. Kongress der Ärztekammer Nord-Württemberg, Stuttgart, 1.-3. Februar 2002