

Somatoforme Störungen - der Kampf mit den nicht vorhandenen Schmerzen

Etwa 80% aller gesunden Menschen erleben einmal pro Woche eine somatoforme Symptomatik. Somatoform meint, dass körperliche Beschwerden vorhanden sind, jedoch keine organische Ursache dafür auszumachen ist. Von einer Somatoformen Störung spricht man aber erst, wenn die Schmerzen anhaltend oder wiederholt auftreten und eine seelische Belastungssituation oder Konflikte eine Rolle spielen.

Patienten mit einer diagnostizierten somatoformen Störung haben meist schon einen langen Krankheitsverlauf hinter sich, da ihnen nur schwer klar gemacht werden kann, dass sie an einer psychischen Krankheit und nicht an einer körperlichen leiden. Für Ärzte gehört es zum Alltag, für eine körperliche Beschwerde keine ausreichende organische Ursache zu finden. Dazu gehören beispielsweise Unterleibsschmerzen, Übelkeit, Brustschmerzen, Hautkrankheiten usw. Für viele dieser Symptome wird ein Rezept verschrieben, das eine oberflächliche Behandlung der Krankheitsanzeichen verspricht, aber keine Linderung der Ursache.

Es gibt einige Beschwerden, die gehäuft in Form einer somatoformen Störung auftreten. Dazu gehören etwa Bauch-, Glieder- und Kopfschmerzen. Allerdings können auch alle anderen Organe betroffen sein. Die Reaktionen von Betroffenen auf derartige Schmerzen sind vielschichtig. Neben umfangreichen Untersuchungen durch Haus- und Fachärzte kann es durchaus bis zu operativen Eingriffen wie Endoskopien kommen. Ein Psychologe oder Psychiater wird, wenn überhaupt, erst nach monate- bis jahrelanger Behandlung hinzugezogen. **Aufgrund der vielen Arztbesuche ist der Begriff der somatoformen Störung historisch gesehen mit den Begriffen Hypochondrie oder Hysterie eng verbunden.**

Entstehung einer somatoformen Störung

Es kann bei der somatoformen Störung nicht von einer konkreten Ursache ausgegangen werden. Vielmehr ist es ein Zusammenspiel vieler Faktoren, die zum Entstehen dieser Krankheit beitragen.

Modelle der Neurobiologie werden vor allem dahingehend gestützt, dass diese Art der Störung häufig unter Verwandten ersten Grades auftritt, d.h. wenn ein Familienmitglied betroffen ist, dann ist die Wahrscheinlichkeit auch betroffen zu sein, bei direkten Verwandten höher. Dies spricht für eine genetische Komponente. Es wird zudem angenommen, dass eine Hyperaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse bei Patienten mit somatoformen Störungen zu verzeichnen ist. Dadurch kann es besonders in Stresssituationen zu Symptomen einer somatoformen Störung kommen. Konkrete neurobiologische Befunde gibt es im Moment aber nicht.

Nach dem lerntheoretischen Modell führt ein bestimmter Stimulus, der durch verschiedene Bedingungen verstärkt werden kann, zum Auftreten körperlicher Symptome. Auslöser sind hierbei Stress oder Informationen über eine Krankheit, die zum Beispiel durch die Medien vermittelt wird. Als Verstärker zählen der primäre und der sekundäre Krankheitsgewinn. Unter primär versteht man dabei das innere Gefühl für die körperlichen Symptome, unter sekundär die äußeren Einflüsse auf die Symptome, wie eine Krankschreibung oder besondere Zuwendung durch das soziale Umfeld. Auf den Krankheitsverlauf wirkt außerdem die individuelle Krankheitsvorstellung. Diese wird vor allem durch die persönliche Einstellung, die Erziehung bzw. das soziale Lernen und die kulturellen Normen beeinflusst. Es entsteht also ein Kreislauf mit immer wiederkehrenden Verstärkern, die somit auch die körperlichen Symptome bestätigen.

In der Psychoanalyse wird davon ausgegangen, dass den somatoformen Störungen eine Verdrängung und Übertragung unbewusster Konflikte in körperliche Beschwerden zugrunde liegt. Dabei führen diese Schmerzen meist zu einer Entlastung des eigentlichen seelischen Problems. Auch an dieser Stelle spielt der bei dem lerntheoretischen Modell aufgezeigte primäre und sekundäre Krankheitsgewinn eine wichtige Rolle und kann zu einer vorübergehenden Erleichterung der Schmerzen führen. Zudem treten bei vielen Patienten Schuldängste und Abwehrmechanismen, wie zum Beispiel die Verschiebung des Problems, auf.

Es wird in einigen Abhandlungen zusätzlich davon ausgegangen, dass verschiedene Persönlichkeitsstrukturen zur Ausprägung somatoformer Symptome beitragen. Vor allem selbstunsichere Personen, Menschen mit herabgesetzten emotionalen Fähigkeiten und Personen in physischer oder psychischer Belastung neigen zu dieser Störung.

Auch die individuelle Entwicklungsgeschichte und die erhöhte Wahrnehmung und Fokussierung auf somatosensorische Reize können bei der Entstehung eine Rolle spielen.

Symptomatik und klinische Subtypen der somatoformen Störung

Entscheidend für eine somatoforme Störung ist das Vorliegen körperlicher Symptome, die nicht willentlich beeinflusst

werden können und somit als körperliche Erkrankung beschrieben werden. Diesen Beschwerden liegt allerdings keine organische Ursache zugrunde. Eine Ursache können allerdings sehr wohl seelische Probleme darstellen. Grund für die starke Anteilnahme und das Leiden des Patienten müssen diese seelischen Probleme sein, es dürfen keine körperlichen Symptome diese innere Anteilnahme auslösen.

Nach der Einteilung der WHO bestehen fünf näher beschriebene Subtypen der somatoformen Störung:

Somatisierungsstörung:

Hierbei handelt es sich um eine Störung, die mindestens zwei Jahre vorhanden sein muss und mit multiplen, häufig wechselnden und unterschiedlichen körperlichen Symptomen einhergeht, für die es keinen pathologisch organischen Befund gibt. Der Patient weigert sich in vielen Fällen hartnäckig, die Aussage der Ärzte anzunehmen, dass es keine organischen Ursachen für die Beschwerden gibt. Es können alle möglichen Körperteile oder Organe betroffen sein. **Am häufigsten ist das gastrointestinale System betroffen, Patienten leiden beispielsweise unter Erbrechen oder Übelkeit.** Aber auch Hautausschlag oder Juckreiz und Taubheitsgefühl der Haut, sowie diverse sexuelle oder menstruelle Beschwerden können Symptome sein. Es handelt sich hierbei um eine chronische Störung, die oftmals nur schubweise auftritt. Die Patienten, die häufiger Frauen als Männer sind, haben meist Defizite im sozialen Verhalten.

Undifferenzierte Somatisierungsstörung:

Es liegen hierbei ähnliche Symptome vor, wie bei der Somatisierungsstörung, allerdings nicht im vollem Umfang. Beispielsweise muss keine dramatische Schilderung der Beschwerden vorliegen oder die soziale Einschränkung muss nicht gegeben sein. Es dürfen aber in keinem Fall organische Ursachen für das Leiden vorliegen.

Hypochondrische Störung:

Die Patienten sind bei einer hypochondrischen Störung stark davon überzeugt, Symptome für eine ernsthafte Krankheit oder Missbildung zu haben. Die Symptome müssen mindestens sechs Monate vorhanden sein, und betreffen oft nur ein oder zwei Organe. **Die Patienten wissen in vielen Fällen schon vorher was für eine Krankheit oder Missbildung sie haben und sprechen den Arzt konkret darauf an.** Sie beharren auf dieser Feststellung und fordern nach immer neuen Untersuchungen, auch wenn vorherige keinen Befund ergeben haben. Dass keine körperliche Krankheit vorhanden ist, wird von den Patienten nicht akzeptiert. Dabei wird die fachliche Meinung des Arztes missachtet.

Somatoforme autonome Funktionsstörung:

Die somatoforme autonome Funktionsstörung geht mit Symptomen einher, die das vegetative System betreffen. Hierzu gehören das Herz-Kreislaufsystem, das obere und untere Verdauungssystem, das Atmungssystem oder das Urogenitalsystem. Die Patienten beschäftigen sich sehr stark mit der Möglichkeit einer schweren Krankheit, die sie allerdings nicht genau beschreiben können. Dies geht mit vegetativen Symptomen wie Herzklopfen, Schwitzen, Erröten oder Zittern einher. Auch bei dieser Störung beharren die Patienten auf ihrer eigenen und nicht der ärztlichen Diagnose, dass keine körperliche Beeinträchtigung vorhanden ist.

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung:

Es muss ein starker und belastender Schmerz über einen längeren Zeitraum vorhanden sein. Hierbei dürfen keine physiologisch oder körperlich erklärbaren Krankheiten vorliegen. Wie schon in der Entstehungsgeschichte angesprochen, **gibt es immer**

einen oder mehrere bestimmte Auslöser psychischer Natur. Diese/r Auslöser sollte als schwer genug eingestuft werden, um die Schmerzen zu verursachen. Die Schmerzen können in einer Körperregion auftreten oder auch in mehreren gleichzeitig. Am häufigsten treten Beschwerden der Gliedmaßen auf, beispielsweise in Form von Knieschmerzen oder dem Karpaltunnelsyndrom. Ebenso oft klagten Patienten über Rücken-, Kopf-, Zahn- und Unterleibsschmerzen.

Komorbidität

Da eine somatoforme Störung von vielen psychischen Symptomen begleitet wird, ist es nahe liegend, eine Überschneidung zu anderen psychischen Erkrankungen zu sehen. Hierbei machen vor allem die depressiven Erkrankungen einen großen Anteil aus. Aber auch Persönlichkeits- und Angststörungen kommen häufig gemeinsam mit somatoformen Störungen vor. **Im Mittel haben etwa 2/3 der Patienten neben einer somatoformen Störung auch eine andere psychische Störung.**

Arzt-Patient-Beziehung

Viele Patienten mit einer somatoformen Störung streiten den Zusammenhang von offensichtlichen Problemen in der momentanen oder einer schon vergangenen Lebenssituation und den bestehenden Symptomen ab. Somit lehnen sie auch eine Verbindung der körperlichen Beschwerden mit einer psychischen Ursache ab. **Dieses fehlende Eingeständnis ist weder für den Patienten, noch für den behandelnden Arzt zufrieden stellend und führt oftmals zu einem Arztwechsel.** In nicht wenigen Fällen neigen Patienten mit somatoformer Störung, insbesondere die mit hypochondrischer Störung, zum so genannten „Doctor shopping“ (auch „Doctor hopping“), einem mehrfachen Wechsel des Arztes, bis eine den Patienten zufrieden stellende Diagnose gestellt wird oder der Patient Einsicht zeigt. Diese Einsicht zeigen die meisten Betroffenen allerdings nur, wenn sie ein gutes Verhältnis zum behandelnden Arzt haben, in den meisten Fällen ist das der Hausarzt.

Therapie

Wie für die meisten psychischen Krankheiten gibt es auch für die somatoformen Störungen sowohl pharmakologische also auch psychologische Therapieansätze. Der Schwerpunkt soll allerdings an dieser Stelle auf die psychologischen Verfahren gelegt werden, da mehr gesicherte Befunde vorliegen. Grundlage hierfür ist allerdings eine gute Therapeut-Patient-Beziehung.

Es ist von besonderer Wichtigkeit, die Therapie mit viel Einfühlungsvermögen durchzuführen. **Der Patient muss schrittweise zur Einsicht gelangen, seine Beschwerden auf psychischer und nicht auf rein körperlicher Ebene zu betrachten.** Diese Einsicht ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Allerdings erklären sich nur wenige Patienten bereit, eine Behandlung durchzuführen, vor allem nach einer Chronifizierung der Beschwerden. Gerade um eine diese zu vermeiden, sollte eine Therapie möglichst früh beginnen, um weitere Folgen, sowohl im körperlichen als auch im sozialen Sinne, zu vermeiden. Psychologische Therapien können symptomorientiert sein, aber auch konfliktorientiert. In den meisten Fällen werden diese durch Entspannungsverfahren oder andere körperliche Übungsbehandlungen, wie Physiotherapie, erweitert.

Eine Behandlung kann in verhaltenstherapeutischer oder psychodynamischer Weise erfolgen. Verhaltenstherapeuten führen dabei eine Kognitionsveränderung durch. Die Gedanken des Patienten sollen sich langsam weg von den körperlichen und hin zu den seelischen Beschwerden bewegen. Zudem wird die Fokussierung auf körperliche Veränderungen therapiert. **Die Patienten sollen lernen, für seelische Probleme Lösungen zu entwickeln und das vorher gezeigte Vermeidungsverhalten abzulegen.** Psychodynamische Therapien beziehen sich eher auf die zentralen Konflikte des Patienten und versuchen daraus das gestörte Selbsterleben abzuleiten. Allerdings ist fraglich, ob die psychodynamischen Therapien besonders Erfolg versprechend sind, da sie sich kaum mit den im Vordergrund stehenden körperlichen Symptomen beschäftigen. Für die anhaltende somatoforme Schmerzstörung liegen allerdings gute Befunde zur Wirksamkeit von psychodynamischen Therapien vor. Da für diese spezielle Unterform angenommen wird, dass verschiedene negative Sozialisations- und Lernerfahrungen (Gewalt, elterlicher Alkoholismus, Scheidung der Eltern) Auslöser sind, sollen die Patienten auf die Erlebnisse in Kindheit und Jugend eingehen und unbewusste Ereignisse bewältigen und somit sollen auch momentane Probleme des Patienten besser verarbeitet werden.

Pharmakologisch gesehen können trizyklische Antidepressiva wie Amitriptylin verabreicht werden. Es ist allerdings fraglich, ob diese auch bei keiner vorliegenden depressiven Symptomatik gegeben werden sollten, zudem liegen nur wenig gesicherte Befunde vor. Sollte eine Angststörung vorliegen, kann man über einen kurzfristigen Einsatz von Benzodiazepinen nachdenken. **Von Analgetika (Schmerzmitteln) ist gänzlich abzusehen, ebenso von invasiven Maßnahmen.**

Autor: Sylvia Kraus (Impulsdialog)

Quellen:

Möller, H.-J., Laux, G., & Deister, A. (2009). *Psychiatrie und Psychotherapie* (4. vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Duale Reihe. Stuttgart: Thieme.

Dilling, H., Mombour, W. H. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V(F): Klinisch-diagnostische Leitlinien* (7. überarb. Auflage). Bern: Huber Verlag.

Michel, T.M., Schneider, F. & Jecel, J. (2008). *Somatoforme Störungen*. In Schneider F. & Niebling W. (Hrsg.) *Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis*. Heidelberg: Springer.

Henningsen, P., Hartkamp, N., Loew, T., Sack, M., Scheidt, C.E., Rudolf, G., (2002). *Anhaltende Somatoforme Schmerzstörung*. In *Somatoforme Störungen: Leitlinien und Quellentexte*. Stuttgart: Schattauer.

Kapfhammer, H.P. (2008). *Somatoforme Störungen. Konzept, Klinik, Ätiopathogenese und Therapie*. *Nervenarzt*, 1(8), 99-117.