

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

SOMATOFORME STÖRUNGEN

Kurzgefasste Übersicht funktioneller Körper-Symptome heute

Somatoforme Störungen sind körperliche Beschwerden und organische Krankheitszeichen, die sich durch bekannte Krankheiten nicht ausreichend erklären lassen. Sie werden offenbar immer häufiger und stellen damit eine besondere diagnostische und therapeutische Herausforderung dar, von den Kosten ganz zu schweigen. Leider werden sie weltweit noch nicht einheitlich definiert und klassifiziert. Derzeit gehören dazu:

- Konversionsstörungen: z. B. neurologische Symptome der Willkür-Bewegung und Sinneswahrnehmungen, gestörte Bewusstseinslage u. a.
- Somatisierungsstörungen: vielfältige Beschwerden bzw. Befindlichkeitsstörungen mit häufig chronischem Verlauf in praktisch allen Organ-Bereichen
- Somatoforme autonome Funktionsstörungen: typische organ-bezogene Beeinträchtigungen von Herz-Kreislauf, oberem und unterem Magen-Darm-Trakt, im Lungen-System, der Harnorgane u. a. Dazu eine Vielzahl von Befindlichkeitsstörungen wie Müdigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, Nervosität, Schwitzen, dauerhafte Miss-Stimmung usw.
- Schmerzstörungen: Betroffen sind praktisch alle Körper-Regionen, vor allem aber Rücken-, Bauch-, Gelenk-, Muskel-Schmerzen usw. Oft jahrelang, bis hin zur chronischen Schmerzkrankheit mit einer Vielzahl zusätzlicher seelischer und psychosozialer Folgen.
- Neurasthenie: anhaltende übersteigende Müdigkeit und Erschöpfung, ja exzessive Ermüdbarkeit, dazu Konzentrationsstörungen, muskuläre Schwächen, örtlich verstärkte und allgemeine Muskelschmerzen, sonstige körperliche Missempfindungen u. a.

- Hypochondrie: quälende Krankheits-Furcht oder gar Krankheits-Überzeugung, trotz vielfacher ärztlicher Untersuchungen und der Versicherung, es liege nichts Pathologisches vor. Beispiele: Muskulatur, Wirbelsäule und Gelenke, sonstiges Knochensystem, Magen-Darm, Herz-Kreislauf, zentral-nervöse Beschwerden, seelische Beeinträchtigungen u.a.m.
- Körperdysmorphie Störungen: unkorrigierbare, ja wahnhaftige Überzeugung, dass ein Körperteil verunstaltet sei, obwohl er objektiv als normal erscheint.

Die Ursachen sind vielfältig: psycho-sozialer Stress, Persönlichkeitsstruktur, Familie (von der Erb-Last bis zur frühen Prägung durch entsprechende Leiden im Familiensystem = soziale Verstärker-Systeme), geschlechts-spezifische Risiken, Krankheits-Wissen und Krankheits-Erfahrung, neuro-biologische Hintergründe u. a.

Die Therapie ist schwierig und geht oft mit einem belasteten Arzt-Patient-Verhältnis einher, was dann auch zu „doctor-shopping“ führen kann. Es gibt jedoch eine Reihe von Behandlungs-Verfahren und -Strategien, die sich durchaus erfolgreich auswirken können, zumeist psychoedukatorisch geprägt (Aufklärung und Eigen-Initiative). Auch Psychopharmaka und alternative Verfahren können u. U. hilfreich sein.

Erwähnte Fachbegriffe:

Somatoforme Störungen – medizinisch unerklärte Körpersymptome – funktionelle Körpersyndrome – organ-zentrierte Funktionsstörungen – Vitalstörungen – verringerte Belastbarkeit – klinisch-somatische Sichtweise der somatoformen Störungen – psychiatrische Sichtweise der somatoformen Störungen – funktionelle Störungen – somatoforme Störungen nach DSM – somatoforme Störungen nach ICD – Klassifikation der somatoformen Störungen - Konversionsstörung – belle indifference – Somatisierungsstörung – somatoforme autonome Funktionsstörungen – allgemeine vegetative Labilität – Schmerzstörungen – iatrogene Schädigung – Neurasthenie – chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS) – neuzeitliche Diagnosen – Modekrankheiten – Hypochondrie – primäre Hypochondrie – sekundäre Hypochondrie – Krankheitsphobie - körperdysmorphie Störung – gestörtes Ess-Verhalten – Hypochondrie und Menopause – Ursachen der somatoformen Störungen – psychosozialer Stress – Persönlichkeitsaspekte – Entwicklungseinflüsse – soziales Lernen – somatoforme Störungen und Familien-Krankheiten – Krankheitswissen – Krankheitserfahrung – soziale Verstärkersysteme – Geschlechtsunterschiede – genetische Aspekte – neurobiologische Aspekte – therapeutische Möglichkeiten – allgemeine Behandlungsprinzipien – Psychoedukation – Psychopharmaka – kognitiv-behaviorale Behandlung – psy-

chodynamische Aspekte – Rehabilitation – hausärztliche Möglichkeiten – u. a.

Die Medizin ist in ständigem Wandel begriffen. Ob das grundsätzlich mit einem diagnostischen und therapeutischen Fortschritt verbunden ist, lässt sich oftmals nur rückblickend feststellen. Manche Experten haben da ihre Zweifel. Andere betonen: Immerhin, es tut sich etwas. Die wissenschaftliche Entwicklung kann – wie in allen anderen Bereichen, z. B. der Technik – nicht nur geradlinig fortschreiten. Es gibt auch Stillstand, Irrtümer, Rückschritt, vielleicht sogar folgenschwere Fehler. Das wichtigste: Man lernt daraus, korrigiert und verbessert.

Warum diese etwas zwiespältig formulierte Einleitung? Weil es

1. auch in der Psychiatrie nicht anders zugeht und
2. nachfolgend ein wichtiger Bereich seelischer Störungen mit psychosozialen Folgen besprochen werden soll, der den unbefangenen Interessenten erst einmal irritiert, zumindest aber nachdenklich stimmt oder gar in geheime Zweifel stürzt, was seine wissenschaftliche Fortschritts-Gläubigkeit bezüglich der alten Seelenheilkunde im modernen psychiatrischen Gewand anbelangt. Um was handelt es sich? Um die erwähnten *somatoformen Störungen*.

Wer hier eines der großen, einschlägigen Lexika der Medizin nachschlägt, ist rasch am Ende. Zwar ist der griechische Begriff *soma* (= *Körper*) öfter zu finden, aber kaum in psychiatrischer Hinsicht erklärt. Greift man deshalb zu einem Lexikon der Psychiatrie (z. B. dem inzwischen ältesten, am weitesten verbreiteten und wohl auch bewährtesten, nämlich von U.H. Peters: Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie, 6. Auflage 2007), dann findet man wenigstens einiges detaillierter erläutert zu den Begriffen somatisch, somatisches Syndrom, somatisierende Störung, Somatisierung, Somatisierungsstörung u. a. Und dabei auch das Stichwort somatoform:

- *Somatoform*: wörtlich in Gestalt/Form eines Körpers. Für körperlich erlebte Beschwerden, die Symptom einer psychischen Störung sind und körperlichen Krankheitszeichen zum verwechseln ähnlich sein können.
- Danach wird der Begriff *somatoforme Störung* definiert. Hier fällt auf, dass sich das sonst sehr gründlich, umfangreich und ergiebig äußernde Lexikon erstaunlich bedeckt hält. Immerhin sind seelische Störungen, die sich körperlich äußern, an der Tagesordnung, sollen sogar die häufigsten Beschwerden generell sein. Doch der erfahrene Autor (siehe auch die Buchbesprechung dazu) beschränkt sich auf eine kurze Wiedergabe der US-

amerikanischen Definitionen in den verschiedenen Ausgaben des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA). Und was einen besonders stutzig macht: Er zählt nicht nur die verschiedenen Definitionen pro Auflage auf, er spricht auch dezent von „erneuter Änderung“ und gibt damit betont zurückhaltend zu erkennen, dass hier etwas ständig im Fluss ist (unverblümt gesprochen: was früher vorgegeben wurde, zählt nicht mehr; was derzeit verpflichtend ist, wird morgen, d. h. in der nächsten Auflage vermutlich wieder geändert).

Das hört sich natürlich wenig ermutigend an, ja, macht auf den unbefangenen Beobachter keinen vorteilhaften Eindruck, um es einmal wohlwollend auszudrücken. Und dies – wie erwähnt – nicht nur bei einem Randgebiet, nein, in einem Kerngebiet seelischen Leidens, von dem man außerdem noch annimmt, dass es zahlenmäßig immer bedeutsamer wird.

In der ersten Jahres-Ausgabe 2008 der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 1 (2008) 99 hat nun dankenswerterweise einer der führenden Experten auf diesem Gebiet eine Übersicht zum derzeitigen Wissensstand versucht (heutiger Fachausdruck: State of Art): Prof. Dr. med. Dr. phil. H. P. Kapfhammer, Direktor der Klinik für Psychiatrie an der Medizinischen Universität Graz.

Exakt ein Jahr zuvor war im Deutschen Ärzteblatt 1/2 (2007) 43 bereits eine lesenswerte Übersicht zu diesem Thema von den Drs. Nina Sauer und Wolfgang Eich von der Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin der Universität Heidelberg erschienen.

Auf dieser Basis, vor allem, was die Leitlinien der beiden weltweit führenden Institutionen, nämlich der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der erwähnten APA anbelangt, nachfolgend nun der Versuch einer Kurzfassung dieser schwierigen Materie.

MEDIZINISCH UNERKLÄRTE KÖRPER-SYMPTOME: HÄUFIGKEIT UND BESCHWERDEBILD

Patienten mit körperlichen Krankheitszeichen und Beschwerden, die sich nicht ausreichend erklären lassen durch bekannte somatische (d. h. organische, körperliche) Krankheitszeichen, stellen auf allen Ebenen des medizinischen Versorgungssystems eine (zunehmend) besondere diagnostische und therapeutische Herausforderung dar. Wie teilt man diese Symptome ein, fachlich gesprochen: Welches sind die derzeitigen Diagnose-Kriterien und Klassifikations-Systeme aus psychiatrischer sowie klinisch-somatischer Perspektive? Und natürlich: Welche Behandlungsziele und allgemeine Behandlungs-Prinzipien lassen sich daraus ableiten?

Und vor allem: Handelt es sich hier wirklich um ein nicht nur begrenzt medizinisches, sondern auch zahlenmäßig und damit volkswirtschaftlich relevantes Problem in unserer Zeit und Gesellschaft, würde man selber fragend anmerken. Die Antwort der Experten zerstreut jeden Zweifel:

- Die so genannten „medizinisch unerklärten Körper-Symptome“ (wie das etwas umständlich lautet) ziehen eine durchaus problematische Reihe von nachteiligen Konsequenzen nach sich. Beispiele: Verstärkte medizinische Konsultationen, unnötige diagnostische Maßnahmen, nicht indizierte (sinnvolle, angebrachte) Therapien, eine hohe Patienten-Unzufriedenheit, konflikthafte Arzt-Patient-Beziehungen und – gerade bei den häufig chronischen Verlaufsformen – auch eine erhöhte psychiatrische Ko-Morbidität (d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt); die Folge ist eine vielfältige psychosoziale Behinderung und damit beeinträchtigte gesundheits-bezogene Lebensqualität. Das ist eine stattliche Häufung negativer Belastungen zum eigentlichen Leidens-Spektrum dazu.
- Und wie häufig sollen solche „medizinisch unerklärten Körper-Symptome“ vorkommen? Epidemiologische Studien sprechen von 9 bis 20% in der Allgemeinbevölkerung. Das hört sich ungewöhnlich an, erfasst es doch ggf. ein Fünftel der Bevölkerung. In Allgemeinarzt-Praxen soll bis zu einem Drittel aller Konsultationen durch somatoforme Beschwerden verursacht sein.

Dies muss man allerdings unter einem besonderen Blickwinkel sehen: Zum einen hat jeder schon einmal „Befindlichkeits-Störungen“ leichter oder lästigerer Natur ertragen müssen, ohne dass sich deshalb eine medizinische Ursache feststellen ließ. Zum anderen beziehen sich viele dieser Zahlen entweder auf hochgerechnete Schätzdaten oder auf die medizinisch erfasste(!) Allgemeinbevölkerung, d. h. also nur auf diejenigen, die sich mit ihren Beschwerden einem Arzt anvertraut haben. (Anmerkung zum Begriff *Epidemiologie*: wissenschaftliches Fachgebiet, das sich mit der Häufigkeit von (in diesem Fall psychischen) Erkrankungen und dem Einfluss kultureller sowie sozialer Bedingungen beschäftigt, d. h. Zeit, Lebensraum, Alter, Beruf, Schicht, Mobilität, Einkommen, Bildung u. a.)

- Wie äußert sich nun das Beschwerdebild, wenn man es in einigen wenigen Stichworten zusammenfassen will? Die Antwort: Das klinisch-phänomenologische Beschwerdebild (also wie es sich dem Arzt durch Klagen, Vorgeschichte und Befund darstellt) ohne klar diagnostizierbare somatische (Körper-)Krankheit, die es erklären könnte, ist vielfältig und heterogen (uneinheitlich).

Häufig finden sich neurologische Funktionsstörungen der Motorik (Bewegung) und Sensorik/Sensibilität (Sinnesorgane einschließlich Tastsinn). Ferner örtlich begrenzte oder über den ganzen Körper verteilte Schmerzen, Missempfindungen; oder eine besonders zermürende körperliche und mentale (geistig-seelische) Mattigkeit, bis hin zur raschen Erschöpfbarkeit, einschließlich einer ent-

sprechend verringerten Belastbarkeit. Typisch auch die körper-bezogenen Befürchtungen oder Krankheits-Ängste, ja Krankheits-Überzeugungen. Weniger häufig, dafür im Verborgenen umso zermürbender: körperliche Beschämungs-Gefühle bis hin zur Überzeugung, körperlich verunstaltet zu sein.

So kann es nicht verwundern, dass Symptome, die sich auf organische Funktionen beziehen, dort aber nicht objektiviert werden können und deshalb seelischer Natur sein müssen, jeweils unterschiedlich interpretiert werden. Das erstreckt sich vom „körper-medizinischen“ Gesichtspunkt, konkret der klinisch-somatischen bzw. inneren Medizin bis zu sehr speziellen Blickwinkeln der Psychiatrie, Psychotherapeutischen Medizin und Psychosomatik. Beide Ansätze sind deshalb, von verschiedenen Seiten kommend, auch nicht deckungsgleich und damit reibungsfrei auf einen Nenner zu bringen, wie die Experten beklagen. Nachfolgend nun eine kurz gefasste Übersicht:

- **Diagnostisches Konzept für somatoforme Störungen durch die klinisch-somatische Medizin**

Fast alle medizinischen Disziplinen (also von der **A**ugenheilkunde bis zur **U**rologie) kennen Patienten, die zwar über dort übliche Krankheitszeichen bzw. spezifische Symptom-Konstellationen (Fachbegriff: Syndrome) klagen, sich aber bei genauer Untersuchung dem jeweiligen organ-medizinischen Krankheitsverständnis entziehen. Oder kurz: Die Symptome sind zwar mehr oder weniger typisch (oft aber auch nicht eindeutig genug), der vom Fachmann erhobene Befund aber kann dies aus der Sicht des eigentlich dafür zuständigen Spezialgebietes nicht erklären und damit bestätigen.

Solche Leidensbilder werden deshalb in der „Körper-Medizin“ als *funktionelle Störungen* bezeichnet. Das heißt, sie betreffen die jeweiligen Funktionen (bzw. Funktions-Störungen), der organische Hintergrund aber ist unauffällig. Beispiele, die in diesem Zusammenhang immer wieder genannt, vor allem aber (kontrovers) diskutiert werden: Fibromyalgie, das Colon irritabile, das chronische Müdigkeitssyndrom u. a. (Einzelheiten siehe die speziellen Kapitel in dieser Serie).

Die Organ-Medizin sieht in diesen Leidensbildern keine eigenständigen, konkret umschriebenen Erkrankungen. Zu groß (und damit für ein bestimmtes Krankheitsbild kaum nutzbar) sind die Überlappungen der verschiedenen Symptome, zu häufig mehrere dieser Funktions-Störungen auf einmal und zu oft spielen hier auch mehr oder weniger deutlich fassbare psychische Störungen herein, vor allem Depressionen und Angststörungen.

- **Diagnostisches Konzept der somatoformen Störungen aus psychiatrischer Sicht**

Auch in der Psychiatrie herrscht keine Übereinkunft, die klassifikatorischen Bemühungen münden zumindest in zwei Haupt-Richtungen:

- Zum einen weisen vor allem die erwähnten Depressionen und Angststörungen, aber auch dissoziative Störungen und posttraumatische Belastungsstörungen eine Fülle von somatischen (körperlichen) Symptomen auf. Im Beschwerdebild der Betroffenen nehmen sie sogar den größeren Teil ein, obgleich es ja eigentlich seelische Störungen mit rein psychischem Leidenbild sein sollten.
- Vor etwa einem Vierteljahrhundert war es dann aber auch die US-amerikanische Psychiatrie, nämlich die erwähnte APA mit ihren DSM (s. o.), die eine eigenständige diagnostische Kategorie einführte, nämlich die „somatoformen Störungen“.

Das ist eine neue Klasse, deren wesentliche Charakteristika die körperlichen Symptome sind (obgleich es sich – wie erwähnt – um seelische Krankheiten handelt). Organische Abklärungen erbringen keinen pathologischen (krankhaften) Befund, zumindest nicht was die geklagten Beschwerden anbelangt. Andere psychische Störungen – so die US-Experten – erklären das Phänomen aber auch nicht ausreichend. Dafür drängt sich der Eindruck auf, dass psychosoziale Einflüsse oder Konflikte in der Ausbildung und Aufrechterhaltung dieser Symptome von entscheidender Bedeutung sind. Auch handelt es sich nicht um eine Simulation (Vortäuschung von Symptomen) oder das ohnehin absonderliche und nicht gerade häufige Bild der artifiziellen Störung (Stichwort: Münchhausen-Syndrom – siehe die entsprechenden Kapitel).

Kurz: In den USA, später vor allem in den anderen angelsächsischen Nationen und nach und nach in den übrigen Ländern mit psychiatrischer Versorgung, meinte man, mit den somatoformen Störungen ein eigenes Krankheitsbild beschreiben zu können (das natürlich nicht neu war, der Leidensweg ist so alt wie die Menschheit, dafür war aber ein neues Krankheits-Konzept und ein neuer Name geboren).

Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht zu den somatoformen Störungen, wie man sie derzeit einzuordnen versucht.

SOMATOFORME STÖRUNGEN

Zu den wichtigsten somatoformen Störungen, wie man sie derzeit interpretiert, gehören die Konversionsstörungen, Somatisierungsstörungen, die somatoformen autonomen Funktionsstörungen, die Schmerzstörungen, die Neurasthenie, die Hypochondrie und körperdysmorphen Störungen. Im Einzelnen (nach H. P. Kapfhammer, 2008):

● Konversionsstörung

Für die *Konversionsstörung* (nach dem lat.: convertere = umdrehen, umwenden) müssen nachweisbare körperliche Beschwerden vorliegen. Beispiele: neurologische Symptome der Willkürmotorik (willentlich eingesetzte Bewegungen), der Sensorik/Sensibilität (Sinneswahrnehmungen) sowie eine ggf. gestörte Bewusstseinslage bei psychogenen (rein seelisch ausgelöst und erklärbaren) Anfällen ohne Epilepsie.

Dabei unterscheidet man Minus- und Positiv-Symptome, d. h. Funktions-Einbußen oder gar -Verlust bzw. qualitativ veränderte Abläufe. Eine psychiatrische Co-Morbidität ist häufig, d. h. es drohen zusätzliche psychische Störungen wie Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen u. a.

Als Ursache findet sich häufig ein psychologischer Stress im Sinne von subjektiv bedeutsamen psychosozialen Belastungen, Traumatisierungen und/oder innerseelischen Konflikten, und zwar zeit-nah im unmittelbaren Vorfeld der körperlichen Krankheitszeichen.

Interessant ist auch das, was man früher eine „belle indifference“ nannte, ein eigenartiger Langmut, fast eine Gleichgültigkeit gegenüber dem Beschwerdebild und seinen Folgen. Nicht selten fällt auch eine hysterische (heute histriionisch genannte) Persönlichkeitsstruktur sowie Anzeichen eines sekundären Krankheitsgewinns auf, d. h. äußere Vorteile, die nachträglich aus bereits bestehenden Beschwerden gezogen werden können. Bisweilen neigen diese Betroffenen schon seit jeher zu emotionalem (gemüts-bedingtem) Stress, sind trauma-anfällig und damit schon früher Opfer einer Somatisierung geworden.

Als erschwerend erweisen sich im Verlauf des Leidens zusätzliche seelische Krankheiten (nicht zuletzt Persönlichkeitsstörungen), psychosoziale Behinderungs-Folgen und viele diagnostische und therapeutische Irrtümer. Dies vor allem bei nicht-psychiatrischen Ärzten und deshalb ohne die zutreffende psychiatrische Diagnose und damit das, was in Fachkreisen ein „hohes iatrogenes Schädigungs-Risiko“ genannt wird, d. h. keine Hilfe, sondern letztlich negative Behandlungs-Konsequenzen.

Konversions-Symptome können aber auch so genannte Vorposten-Symptome einer verkannten oder noch nicht objektivierbaren neuro-psychiatrischen Krankheit sein. Das wird aber angesichts modernen diagnostischer Untersuchungs-Verfahren immer seltener, vor allem was die so genannten bildgebenden und neurophysiologischen Möglichkeiten anbelangt.

● Somatisierungsstörung

Bei den *Somatisierungsstörungen* handelt es sich um ein vielfältiges Beschwerdebild mit häufig chronischem Verlauf, jedoch ohne ausreichende medizinische Erklärung. In zeitlich variierender Abfolge können dabei gastro-in-

testinale (Magen-Darm), cardio-pulmonale (Herz-Lunge), pseudo-neurologische (z. B. Bewegung, Sinnesorgane), psycho-sexuelle, gynäkologische (Frauenleiden) und Schmerz-Symptome beklagt werden.

Dadurch vielfältige Ärzte-Kontakte, mannigfaltige diagnostische Prozeduren, internistische, ja sogar chirurgische Therapie-Versuche und ein kaum mehr überschaubarer Gebrauch unterschiedlicher Medikamente.

Charakteristisch: früher Beginn (meist bei Heranwachsenden und jungen Erwachsenen), mehrjähriger Verlauf (oft in wechselnder Intensität schließlich chronisch durch das ganze Leben), Beschwerden in unterschiedlichen Organ-Systemen und trotzdem kein Nachweis struktureller Veränderungen (z. B. auffällige Laborwerte).

Trotz lebenslanger Erkrankung findet sich jedoch keine deutlich erhöhte Sterbe-Rate, allerdings erhebliche Einbußen in der Lebens-Qualität bis hin zu einem wesentlich höheren psychosozialen Behinderungsgrad; und nicht zuletzt die Gefahr einer zusätzlichen Belastung durch weitere seelische Störungen wie Depression, Angst, Panik, Zwang, Drogen- und Medikamentenmissbrauch, dissozialen Identitätsstörungen, verschiedenen Persönlichkeitsstörungen u. a. Meist handelt es sich um die Folgen der ursprünglichen Somatisierungsstörung, manchmal aber kommt auch eine Krankheit zur anderen (Co-Morbidität).

● **Somatoforme autonome Funktionsstörungen**

Diese diagnostische Kategorie in der ICD-10 der WHO verweist auf typische organ-bezogene Beeinträchtigungen im Herz-Kreislauf-, oberen und unteren Magen-Darm-, im Lungen- sowie urogenitalen System (Harnorgane).

Sie können aber auch ein so genanntes allgemeines psycho-vegetatives Syndrom mit erheblichen, jedoch schwer konkretisierbaren Beeinträchtigungen der körperlichen Befindlichkeit umfassen. Beispiele: Müdigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, erhöhte Nervosität, Kopfdruck, Schwitzen, Zittern, innere Unruhe, ferner angstvolle Spannungszustände, Dysphorie (dauerhafte Miss-Stimmung) oder Unlust u. a.

Die Einführung dieser eigenständigen diagnostischen Kategorie der somatoformen autonomen Funktionsstörung hat durchaus Vorteile. Hier kamen beispielsweise die früheren Diagnosen einer „Herzneurose“, eines „Hyperventilations-Syndroms“ oder eines „Colon irritabile“ unter. Das Gleiche gilt für die häufig diagnostizierte, aber schwer konkretisierbare „allgemeine vegetative Labilität“.

Unabhängig von bestimmten Klassifikations-Problemen, die sich damit ergaben und noch immer ergeben, bereiten unverändert große Mühe die so genannten differential-diagnostischen Abgrenzungs-Probleme (was könnte es

sonst noch sein?), z. B. zur Somatisierungs-Störung, zu bestimmten Schmerzstörungen, zur Neurasthenie (s. u.), zur Generalisierten Angststörung und besonders zur Panikstörung und zu den verschiedenen depressiven Störungen.

● Schmerzstörung

Schmerz ist das häufigste Symptom in der medizinischen Versorgung. Es ist sowohl mit körperlichen, als auch seelischen Krankheiten verbunden. Trotzdem ist der Schmerz klassifikatorisch schwer eindeutig einzuordnen. Die neurophysiologischen Modelle zur Entstehung und Wahrnehmung von Schmerz werden immer komplizierter, je mehr wir wissen. Im DSM-IV-TR der APA finden sich unter (somatoformen) Schmerzstörungen folgende diagnostische Kriterien:

Schmerz in einer oder mehrerer Körper-Regionen von hinreichender Intensität. Dadurch entsprechende Konsequenzen, aber insbesondere Behinderungen in sozialen, beruflichen und anderen Funktionsbereichen. Bedeutsam sind psychologische Faktoren bei der Entstehung, Verstärkung und Aufrechterhaltung dieser Art des Schmerzes (der natürlich auch nicht künstlich herbeigeführt oder simuliert werden darf). Auch findet sich keine bessere Erklärung durch Stimmungs-, Angst- oder psychotische Störungen und keine ausschließlich durch Geschlechtsverkehr ausgelösten Schmerzen.

Klassifikatorisch wird außerdem unterteilt in eine Schmerzstörung mit vorrangig psychologischen, vorrangig organ-medizinischen Bedingungen und eine solche, bei der beide Aspekte kombiniert vorliegen. Außerdem unterscheidet man einen akuten sowie chronischen Typus (weniger bzw. mehr als sechs Monate).

In der Regel werden diese Schmerzpatienten mit ihren Rücken-, Bauch-, Gelenk-, Muskel- und anderen Schmerzen meist erst nach einer mehrjährigen Odyssee schließlich auch von einem Psychiater gesehen. Deshalb empfiehlt sich bei chronischen Schmerzkrankheiten (s. u.) stets an ein komplexes Phänomen zu denken, das sowohl psychosoziale Ursachen (z. B. wenig Geborgenheit im Elternhaus, erhöhte Kindheitsbelastung, kein Verständnis des Partners für die Schmerz-Symptomatik bei ohnehin kaum tragfähiger Paar-Beziehung u. a.) sowie organische Gründe einschließt.

Im Verlauf drohen vor allem Angst- und depressive Störungen. Auch muss gelegentlich an eine iatrogene Schädigung im Krankheitsverlauf eines Schmerzpatienten gedacht werden, in erster Linie durch die potentiell negativen Folgen eingreifender diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen (z. B. operative Interventionen). Außerdem besteht die Gefahr von Missbrauch, wenn nicht gar Abhängigkeit von Schmerz- und Beruhigungsmitteln.

● Neurasthenie

Bei der *Neurasthenie* handelt es sich um eine anhaltende übersteigerte Müdigkeit und Erschöpfung, ja exzessive Ermüdbarkeit, selbst nach geringen seelischen und körperlichen Anstrengungen. Dazu kommen Konzentrationsstörungen, muskuläre Schwächen, örtlich verstärkte und allgemeine Muskelschmerzen sowie andere körperliche Missempfindungen u. a.

Die Neurasthenie hat in der psychiatrischen Klassifikation eine lange Geschichte. Derzeit wird sie nur noch in der ICD-10 der WHO geführt. Ein wahrscheinlich für die Zukunft wegweisendes Alternativ-Konzept ist das *chronische Müdigkeits-Syndrom (CFS)*. Doch auch hier handelt es sich nicht um eine konkrete Krankheits-Einheit (Fachbegriff: nosologische Entität), auch wenn das Leidensbild durch zunehmende Häufigkeit eine wachsende Publizität erfährt.

Möglich ist die chronische Müdigkeit nach körperlichen Erkrankungen (z. B. Virus-Infekten), aber auch im Rahmen unterschiedlicher psychischer Störungen. Übergänge finden sich zu affektiven (also Depressions-), Angst-, somatoformen und Persönlichkeits-Störungen. Im Auge zu behalten sind aber auch gewichtige kulturelle und gesellschaftliche Einflüsse, die leicht zu „neuzeitlichen Diagnosen“, ja „Mode-Krankheiten“ ausufern können.

Differentialdiagnostisch (was könnte es sonst noch sein?) muss man an eine Reihe von körperlichen Erkrankungen denken, die mit ausgeprägter Müdigkeit einhergehen können. Beispiele in Fachbegriffen (Einzelheiten siehe Fachliteratur): Karzinome, akute virale Infektionen, Herz-, Lungen-, rheumatologische sowie Autoimmun-Erkrankungen; ferner Hypothyreoidismus, Morbus Addison, Anämien, entzündliche/methabolische Myopathien, Myasthenia gravis, Verletzungen des Zentralen Nervensystems, Encephalitis disseminata (MS), Lyme-Borreliose, Schlaf-Apnoe, Narkolepsie usw. Außerdem zahlreiche Medikamente: z. B. Antihistaminika, Beta-Blocker, Diuretika, Calcium-Kanalblocker, Benzodiazepine, Trizyklika, Neuroleptika, Lithium, Narkotika. Außerdem Alkohol, Rauschdrogen, Schwermetalle, chemische Lösungsmittel, Pestizide u. a.

Schwierig kann die Abgrenzung gegenüber depressiven Störungen werden, vor allem der früher so genannten endogenen Depression, der Dysthymie (depressive Dauerverstimmung) und der saisonalen affektiven Störung (auch als Herbst-/Winter-Depression bekannt). Das gleiche gilt für Angststörungen (Panikattacken, Generalisierte Angststörung) sowie eine Reihe von somatoformen Störungen (Somatisierungsstörung, Hypochondrie, spezielle funktionelle Körper-Syndrome wie Fibromyalgie, Colon irritabile). Ja, selbst Zwangsstörungen, hypochondrische Wahnstörungen, Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen sollten differentialdiagnostisch bedacht werden.

Der Verlauf und damit die Prognose (Heilungsaussichten) pflegen oftmals ungünstig auszugehen. Dies droht vor allem bei einem organisch fixierten Leiden, bei dem der Patient jegliche seelische oder psychosoziale Einflüsse strikt ablehnt; und wenn depressive und Angststörungen u. a. zusätzlich belasten.

latrogen ungünstig sind natürlich auch „bestätigende“ (aber dann doch nicht beweisende) immunologische, infektiologische oder umwelt-toxische „Befunde“, was in negativer Konsequenz zwar eher selten ist. Problematischer ist hier schon der Einfluss von Selbsthilfe-Organisationen, die gegen entsprechende Umwelteinflüsse Front machen.

● Hypochondrie

Patienten mit einer *Hypochondrie* sind durch eine quälende Krankheits-Furcht bzw. Krankheits-Überzeugung geschlagen, und dies trotz häufiger und eingehender ärztlicher Untersuchungen und der Versicherung, dass nichts Pathologisches (Krankhaftes) vorliegt. Diese Patienten zeichnen sich durch eine besondere Wahrnehmungs-Sensibilität gegenüber normalen körperlichen Empfindungen aus, die sie in ihrem Falle als Anzeichen der befürchteten und vor allem schwerwiegenden Erkrankung interpretieren, so die medizinische Erläuterung.

Die meisten dieser Patienten klagen über multiple (vielfältige), medizinisch unerklärte Symptome. Beispiele: Muskulatur, Wirbelsäule und Gelenke, sonstiges Knochensystem, Magen-Darm, zentral-nervöse Beschwerden. Oft handelt es sich um normale Funktions-Variationen.

Beispiele: lage-bedingter Blutdruckabfall oder entsprechendes Herzrasen, kurzer Atem bei körperlicher Anstrengung, Bindegewebs-Schwächen, gutartige Funktionsstörungen bei so genannten „Allerwelts-Beschwerden“ (Schluckauf, Durchfall, Kopfdruck), körperliche Reaktionen bei intensiven Gemüts-Belastungen oder -erlebnissen (Harndrang bei Angst, Erröten bei Beschämung, Herz-Kreislauf-Unregelmäßigkeiten bei Ärger). Kurz: es ist alles möglich, was Befürchtungen vor ernstesten Organ-Erkrankungen auslösen kann.

Dabei darf man es sich aber nicht so leicht machen. Denn „der diagnostisch konzeptuelle Status der Hypochondrie ist wissenschaftlich umstritten“, wie es unter Experten heißt. So können hypochondrische Beschwerden zwar bei einer Reihe anderer seelischer Störungen vorkommen (z. B. Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen u. a.), aber auch bei realen organischen Erkrankungen auftreten. Deshalb diskutiert man derzeit die Unterscheidung in eine primäre und sekundäre Hypochondrie. Was heißt das?

- Eine *primäre Hypochondrie* ist im Verständnis der derzeitigen psychiatrischen Klassifikations-Systeme eine somatoforme Störung, die häufig zu chronischem Verlauf neigt. Zu unterscheiden ist sie von einer Krankheits-Phobie. Eine Phobie ist eine konkrete Angst vor etwas, die sich zwanghaft aufdrängt. Bei der Krankheits-Phobie handelt es sich um eine phobische Vermeidung von allen, was mit Krankheit, Krankheits-Erregern, krankheits-bezogenen Informationen u. a. zusammen hängt. Sie gehört unter dem Dach der Angststörungen

zu den speziellen Phobien. Ob das in Zukunft klassifikatorisch so bleibt, ist fraglich. Wahrscheinlich wird sie anders positioniert.

- Etwas anderes ist es, wenn die *hypochondrischen Beschwerden Teil einer anderen psychiatrischen Erkrankung* oder eines belastenden Erlebnisses (z. B. einer nachweisbaren körperlichen Erkrankung) sind. Dann hängt diese so genannte *sekundäre Hypochondrie*, ja auch vom Verlauf dieses auslösenden Leidens ab.

Negativ wirken sich allerdings auf jeden Fall widersprüchliche Diagnosen, unwirksame Therapien und verständnislose (und damit in der Arzt-Patient-Beziehung unverständliche) Ärzte aus (s. später).

● **Körperdysmorphie Störung**

Die *körperdysmorphie Störung* ist eine überwertige (also jegliches Denken und Handeln beherrschende) oder gar wahnhaftige Überzeugung, dass ein Körperteil verunstaltet sei, obwohl er objektiv als normal erscheint (allenfalls geringfügige oder grenzwertige Veränderungen aufweisen). Trotzdem besteht subjektiv das Gefühl, hässlich zu sein, einen ästhetischen Mangel im äußeren körperlichen Erscheinungsbild zu zeigen, der in den Augen der anderen zur Zielscheibe von Spott, Verachtung und Beschämungen werden kann.

Das DSM-IV behandelt körperdysmorphie Störungen als eigenständige Kategorie der somatoformen Störungen. In der ICD-10 wird sie als eine Variante der hypochondrischen Störungen gesehen. Die eigentlich dafür zuständigen Ärzte, nämlich die Psychiater, werden allerdings selten mit diesem Phänomen konfrontiert. Wesentlich häufiger müssen sich damit Dermatologen oder kosmetisch-chirurgisch tätige Ärzte auseinandersetzen.

Körperdysmorphie Beschwerden beginnen häufig bei Heranwachsenden und jungen Erwachsenen, bei beiden Geschlechtern nicht selten entwicklungs- und reifungsbedingt. Im Rahmen der Pubertät sind sie aber nur von kurzer Dauer. In Einzelfällen kann daraus jedoch ein Krankheitsbild erwachsen, das schließlich in andere psychische Leiden eingebettet ist (z. B. depressive, Angst-, posttraumatische und dissoziative Störungen).

Gerne übersehen wird auch der Zusammenhang mit einem gestörten Ess-Verhalten, gerade bei jungen Frauen. Beim weiblichen Geschlecht existiert aber auch ein zweiter Häufigkeitsgipfel während der Menopause, dem Rückgang der Monatsblutung in den Wechseljahren. Hier sind körperdysmorphie Beschwerden oft mit Depressionen verbunden.

Die Frage, ob körperdysmorphie Zwänge mit den Zwangsstörungen „verwandt“ sind, ist noch nicht abschließend zu beurteilen. Gemeinsam kommen sie jedenfalls öfter vor mit Depressionen (vor allem den früher endogen genannten, sowie atypischen, d. h. uncharakteristischen Depressionen), mit der sozialen

Phobie (der Angst vor den anderen), mit Ess-Störungen und Substanz-Missbrauch (Nikotin, Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente). Auf jeden Fall droht ein langer, ggf. sogar chronischer Verlauf.

KLASSIFIKATIONEN DURCH DSM UND ICD EINST UND HEUTE

Mit der Einführung eines neuen „Krankheitsbildes bzw. treffender: Krankheits-Konzeptes" war es aber auf Dauer nicht getan. Es gab Kritik, es gab Verbesserungs-Vorschläge, es gab ohnehin verschiedene konzeptuelle Richtungen (s. u.) – kurz: alles war und blieb im Fluss, bis heute. Was heißt das?

- Das kann man sehr gut an dem erwähnten Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM) in den verschiedenen Auflagen feststellen, vom DSM-III (1980) bis zum DSM IV-TR (englische Originalausgabe 2000, deutsch-sprachige 2003). Dies zeigte sich vor allem in einer verbesserten formalen Ausführung (früher alphabetisch, später eine klinisch besser nachvollziehbare Darstellung).

Aufgeführt wurden zunächst zwei Störungen mit lang dauerndem körperlichem Beschwerdebild. Das ist zunächst die *Somatisierungsstörung* mit vielfältigen körperlichen Krankheitszeichen, die meist über Jahre bestehen. Ihr unmittelbar nachgeordnet war die *undifferenzierte somatoforme Störung* mit einer oder mehreren körperlichen Beschwerden über mindestens sechs Monate. Danach folgten zwei Störungen mit eher spezifischen körperlichen Symptomen, nämlich die Konversions-Störung und die Schmerz-Störung (s. später). Und schließlich die Hypochondrie und die körper-dysmorphe Störung, also das eine als Krankheits-Besorgnis, das andere als Fehl-Interpretation des eigenen, äußeren Erscheinungsbildes (ebenfalls s. später).

- Etwas anders ging die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Internationalen Klassifikation seelischer Störungen (ICD-10) vor. Im einzelnen nach H. P. Kapfhammer:

Zum einen kombinierte man die somatoformen Störungen mit stress-bezogenen und neurotischen Störungen, um vor allem auf die Psychogenese (den seelischen Ursprung) hinzuweisen. Zum anderen wurden die Konversions-Störungen herausgenommen und mit den dissoziativen Störungen in einer eigenen Gruppe zusammengefasst. Das hatte vor allem historische Ursachen. Dafür gab es dann eine eigenständige „somatoforme autonome Dysfunktion“ (s. später). Und man fasste die körperdysmorphe Störung (die erwähnte Fehlinterpretation des äußeren Erscheinungsbildes) mit den hypochondrischen Störungen zusammen. Dafür konnte sich die Neurasthenie als selbstständige Kategorie behaupten, obgleich sie ansonsten am ehesten mit dem Müdigkeits-Syndrom übereinstimmt.

Die Frage, was die Experten in den USA (APA) und dem Rest der Welt (WHO) zu solch unterschiedlichen Konzeptionen veranlasst hat, ist weniger wissenschaftlich, mehr historisch zu sehen. Oder einfacher ausgedrückt: Die einen brechen weitgehend mit der Geschichte (der Psychiatrie) und gehen völlig neue Wege, die anderen bewahren sich noch einen Rest an historischer Verbindung zu früher.

Die Argumente sind unterschiedlich, je nach eigener Position nachvollziehbar oder nicht. Die Geschichte der Psychiatrie als einer medizinischen Disziplin, die deutlich enger mit den jeweiligen gesellschaftlichen Strukturen und vor allem Veränderungen verbunden ist als die meisten anderen medizinischen Fachbereiche, ist immer auch ein Spiegel des gesamt-gesellschaftlichen Wandels.

Für streng naturwissenschaftlich Denkende ist das für eine der Gesundheit verpflichteten Wissenschaft „kein Gütezeichen“; für psychiatrisch Tätige ist es aber klar, dass man dem „Gestaltwandel seelischer Störungen“ Rechnung tragen muss, besonders in einer Zeit, in der gesellschaftliche Aspekte immer ausgeprägter und häufiger auch psychosoziale Konsequenzen und damit entsprechende Leidensbilder nach sich ziehen (ein therapeutisch tätiger und zugleich wissenschaftlich interessierter Psychiater vor einem Vierteljahrhundert würde mit einer ganzen Reihe heutiger Krankheitsbilder und vor allem Fachbegriffe nichts anfangen können. Das ist jedoch kein Wissens-Defizit, sondern Ausdruck einer gesellschaftlichen und damit auch psychopathologischen Entwicklung in unserer Zeit).

WIE GEHT ES WEITER: AKTUELLE WISSENSCHAFTLICHE DISKUSSIONEN

Beide, nämlich APA und WHO, sind sich darin einig: Irgendwann muss es eine einheitliche Klassifikation geben, und zwar nicht nur für die funktionellen Störungen oder wie man es auch immer nennen mag. Auch finden sich in beiden Parteien genügend Kritiker, die fachbezogene Korrekturen nahe legen und psychiatrie-historische bzw. psychiatrie-politische Zugeständnisse eingegrenzt sehen wollen. Immerhin stehen die Neu-Auflagen von DSM-V und ICD-XI an, was die wissenschaftlichen Diskussionen noch an Heftigkeit zunehmen lässt. Welche sind nun dabei die wichtigsten kritischen Argumente, so Prof. Dr. Dr. H.P. Kapfhammer:

Zum einen sollte man nicht nur psychosoziale Aspekte, sondern auch neurobiologische Einflussfaktoren berücksichtigen (also Erbfaktoren, neuro-anatomische und neuro-chemische Aspekte, z. B. Neurotransmitter = Botenstoffe im Gehirn-Stoffwechsel).

Zum anderen sollte man sich der großen Heterogenität (Unterschiedlichkeit) dieser Störungen bewusst sein bzw. dies durchaus offen zum Ausdruck bringen.

Auch reiche es nicht, lediglich die körperlichen Symptome aufzuzählen bzw. dann bis zur akzeptierten Diagnose aufzusummieren, ohne vor allem wichtige Aspekte des Krankheits-Verhaltens zu berücksichtigen.

Problematisch, aber nicht zu übergehen sind vor allem die notwendigen Begrenzungen gegenüber dissoziativen, artifiziellen, affektiven und Angststörungen (siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie).

Auch sind einige schon bisher ungeklärte konzeptuelle Schwachstellen des Systems endlich zu bereinigen (z. B. Somatisierungsstörung und Hypochondrie).

Schließlich – und daran wird sich zuletzt manches entscheiden – sollte man mehr auf die Praktikabilität (praktische Anwendbarkeit bzw. Nutzbarkeit im Praxis-Alltag) der somatoformen Störungen in der primär-ärztlichen Versorgung achten. Oder kurz: Wie kommt der Hausarzt am besten diagnostisch und therapeutisch zurecht, ohne sich in wissenschaftliche Kontroversen vertiefen oder gar verwickeln zu müssen, denn am Ende geht es ja vor allem darum, dem betroffenen Patienten weiter zu helfen.

Schließlich muss man sich überlegen, wie man die „funktionellen Körper-Syn-drome der klinischen Medizin“ (s. o.) mit der psychiatrischen Konzept-Gruppe der somatoformen Störungen in Übereinstimmung bringt. Wenn mehrere Konzepte, in diesem Fall Internisten und Psychiater, nebeneinander herlaufen, dann darf man auch nicht erwarten, dass sie im Alltag von Klinik und Praxis adäquat berücksichtigt, umgesetzt und damit zum Wohl der Patienten eingesetzt werden.

Für den Laien hört sich das Ganze nicht sehr ermutigend an, mitunter fast ein wenig nach „wissenschaftlichem Elfenbeinturm“. De facto ist es aber trotzdem überaus bedeutsam, entscheidet es doch, wie die zukünftigen Mediziner- und Patienten-Generationen mit einem Krankheits-Phänomen umgehen, das zum einen schwer theoretisch anschaulich und praktisch verwertbar dargestellt werden kann und zum anderen immer häufiger, immer komplizierter, immer bedrängender zu werden droht.

So verwundert es auch nicht, dass ständig neue Unterteilungen vorgeschlagen werden. Beispiel: Die Hypochondrie als Gesundheits-Angststörung innerhalb der Angststörungen zu führen, die Krankheits-Furcht aber als spezielle Phobie zu belassen. Oder: Die körper-dysmorphen Störungen zu den Zwangsstörungen, die Konversions-Störungen zu den dissoziativen Störungen einordnen usw.

Am folgenreichsten träge es die Somatisierungsstörung, die undifferenzierte somatoforme Störung, die Schmerzstörung und sogar die somatoforme autonome Dysfunktion sowie die Neurasthenie. Hier diskutiert man ein Kontinuum vereinheitlichter „somatischer Symptome“ als „funktionelle somatische Syndrome“ (Syndrom = mehr oder weniger zusammenpassende Symptome). Das alles müsste dann allerdings noch differenzierter dargestellt werden (so genannte Achsen-Diagnosen, wie sie jetzt schon zum Teil bestehen), erweitert durch den Schweregrad und die bio-psycho-soziale Komplexität des jeweiligen Falles (bio-psycho-sozial soll das Zusammenwirken von biologischen, psychologischen und sozialen Einflussfaktoren andeuten).

Selbst interessierte Laien dürften aber inzwischen diesen Erläuterungen kaum mehr folgen wollen. Das ist auch nicht nötig, denn es werden die Experten sein, die sich hier die Köpfe zerbrechen müssen. Derzeit ist es jedenfalls noch nicht absehbar, welche diagnostischen Modifikationen sich letztlich in den künftigen Versionen von DSM-V und ICD-XI durchsetzen werden, ahnt Prof. Kapfhammer. Unabhängig von offenen konzeptuellen Fragen aber bleiben entscheidende Überlegungen übrig, die schon heute beantwortet, d. h. diagnostisch berücksichtigt und therapeutisch genutzt werden können. Dazu gehören beispielsweise die

ÄTIOPATHOGENESE (URSACHE UND KRANKHEITSVERLAUF)

Somatoforme Störungen, wie auch immer sie eines Tages genannt und eingeteilt werden, haben eine so genannte multifaktorielle Entstehungsweise, d. h. mehrere psychosoziale und neurobiologische Ursachen. Im Einzelnen:

● **Psycho-sozialer Stress**

Eine entscheidende Rolle spielt der so genannte *psycho-soziale Stress* was Auslösung, Verstärkung und Aufrechterhaltung des Somatisierungs-Verhaltens anbelangt (d. h. „verkörperlichte“ Krankheitszeichen seelischen bzw. psychosozialen Ursprungs).

Dazu gehören negative Lebensereignisse, chronische psychosoziale Belastungen, ein reduziertes Coping-Verhalten, wie es die Experten nennen (also entsprechende Anstrengungen zur Überwindung von Schwierigkeiten, d. h. die bewussten und unbewussten Verhaltensweisen, um mit entsprechenden Belastungen und Nachteilen besser fertig zu werden) sowie mangelnde Unterstützungs-Ressourcen (Hilfs-Quellen).

Dabei kann das Somatisierungs-Verhalten entweder direkt angestoßen oder unterhalten werden bzw. mit einer primären psychischen Störung zusammenfallen und dann beides verstärkend in Gang bringen (z. B. Angststörungen, Depressionen).

● **Persönlichkeits-Dimensionen**

Die wichtigsten *Persönlichkeits-Eigenheiten*, die funktionelle somatische Symptome auslösen und unterhalten können, zumindest aber dazu prädisponieren (also eine entsprechende Anlage oder Schwachstelle bahnen) sind:

Exzessive Gesundheits-Sorgen, hypochondrische Einstellung, eine ausgeprägte negative Affektivität (Gemütslage) und das, was man eine Alexithymie nennt (Unfähigkeit, bei sich oder anderen Gefühle wahrzunehmen und in Worte zu fassen).

● **Entwicklungs-Einflüsse des sozialen Lernens**

Patienten mit späteren Somatisierungs-Neigungen oder gar einer entsprechenden Erkrankung berichten häufig von einem übermäßigen *Somatisierungs-Stil in ihrer Herkunftsfamilie*. Oder auf Deutsch: Krankheiten gehörten zum Familien-Alltag, speziell ständige Klagen über Schmerzen oder körperliche Behinderungen von einem oder mehreren Familienmitgliedern. Das prägt dann auch früh entstehende innerseelische Krankheits-Konzepte und ein typisches Krankheits-Verhalten, gleichsam ein auf negative Körper-Empfindungen programmiertes soziales Lernen („schon die Mutter, im Grunde aber deren ganze Familie ...“).

Weitere wichtige Prädiktoren (Vorhersage-Kriterien) für ein Somatisierungs-Verhalten im Erwachsenenalter sind mangelnde elterliche Fürsorge, aber auch eigene und durchaus schwerwiegende Erkrankungen in der Kindheit.

In ganz besonders verheerender Weise wirkt sich auch eine allgemeine Vulnerabilität (Verwundbarkeit) für spätere psychische Krankheits-Anfälligkeiten, insbesondere Somatisierungs-Syndrome aus, wenn der Betreffende frühkindliche körperliche, emotionale (gefühlsmäßige) oder sexuelle Traumatisierungen (Verwundungen) über sich ergehen lassen musste. Je intensiver und nachhaltiger diese frühen Traumatisierungen, umso höher das Risiko, dass die Opfer bereits in der Adoleszenz (also als Heranwachsende) oder spätestens im jungen Erwachsenen-Alter zu schweren, häufig chronisch verlaufenden depressiven Zuständen mit ausgeprägter Suizidalität und eben multiplen (vielfältigen) Somatisierungs-Syndromen neigen, speziell in Form entsprechender Schmerz-Leiden.

Das führt dann auch zu einem insgesamt schlechten psycho-biologischen und psycho-sozialen Status, wie das die Experten nennen, d. h. einer anfälligen seelisch-biologischen und seelisch-sozialen Basis, auf der sich schließlich alle möglichen Leidens-Bilder entwickeln können. Die Folge ist zuletzt ein „pathologisches medizinisches Inanspruchnahme-Verhalten“, d. h. Doctor-Hopping oder gar -Shopping (man kennt diese abwertenden Begriffe einer verzweifel-

ten „Arzt-Tour“, die viel Geld kostet, alle Beteiligten verdrießt und zu nichts führt, außer zu Frustration und Resignation).

Der Zusammenhang von Persönlichkeitsstörung und traumatisch bedingtem Somatisierungs-Komplex ist gerade bei der Gruppe der „high utilizers“ des Gesundheits-Versorgungssystems hochbedeutsam, wie es die Experten nennen. Denn Mehrfach-Diagnosen, häufige Hospitalisierung (Klinik-Aufnahme) und Krankheitstage verursachen enorme Kosten für die Sozialversicherungssysteme. So liegen diese Patienten im ambulanten Bereich im Mittel um fast das 14-fache höher als die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben. Die stationären Kosten belaufen sich auf das 6-fache, so die Berechnungen, die schon nach kurzer Zeit nicht mehr stimmen müssen – natürlich nach oben zu korrigieren.

● **Krankheits-Wissen und Krankheits-Erfahrung**

Krankheits-Wissen und *Krankheits-Erfahrung* sind Faktoren, denen heute besondere Aufmerksamkeit gilt. Warum? Der aktuelle Wissensstand über bestimmte Krankheiten ist heute ungleich höher wie früher und wird durch alle Medien vermittelt, täglich, stündlich, mit wachsendem Einfluss. Das hat Vor- und Nachteile. Beides muss nicht näher ausgeführt werden.

Das heißt aber auch, dass nicht nur ernsthafte persönliche Krankheits-Erfahrungen das spätere Verhalten (im Guten, wie im Schlechten, vor allem in der Sorgen-Bereitschaft) prägen, sondern auch so genannte „epidemische Gesundheits-Ängste“. Dazu gehören die Informationen über Umwelt-Verschmutzung und eine Reihe von „konstruierten Mode-Krankheiten“, denen das besondere Interesse der Medien gilt, weil sie auch auf besonderes Interesse ihrer Konsumenten bauen können.

Das bleibt dann aber ggf. auch nicht ohne Folgen für ein „subjektives Krankheits-Gefühl“ bzw. „Sich-krank-Fühlen“, bis hin zum alles beherrschenden Lebensstil.

Leider wird dies mitunter auch von einigen ärztlichen Experten genutzt, wenn nicht gar zum wissenschaftlichen bzw. finanziellen Selbstzweck missbraucht, mahnen die Ärzte selber. Die Folgen haben bisweilen nicht nur hypochondrischen, sondern sogar paranoiden (wahnhaften) Charakter, insbesondere was exzessive Umwelt-Ängste anbelangt.

Es sind also auch spezielle kulturelle Bedeutungs-Muster, die über Häufigkeit und Verlauf von somatoformen Störungen mit-entscheiden, gibt Prof. Kapfhammer zu bedenken.

● **Soziale Verstärker-Systeme**

Unter *sozialen Verstärker-Systemen* versteht man die Reaktion von Familienmitgliedern oder Lebenspartnern auf die persönliche Verarbeitung von körperlichen Symptomen der betroffenen Angehörigen. Sie können die „sekundäre Entwicklung eines abnormen Krankheits-Verhaltens“ verstärken.

Konkret heißt das: Psychische Aspekte werden überhaupt nicht in Erwägung gezogen (vielleicht sogar als beschämend zurückgewiesen), dafür ist alles und jedes rein körperlich bedingt, bedarf vielfältiger diagnostischer Abklärungs-Maßnahmen und in therapeutischer Hinsicht unnötige, aber teure Behandlungs-Ansätze, zumindest aber Medikamente.

Im Extremfall kommt es sogar zu haftungs-rechtlichen Ansprüchen für Behinderungen nach noch so problemlos ausgegangenen körperlichen Traumata (Unfall, Verletzung, Operationsfolgen), wenn nicht gar einer Zeit-Rente oder vorzeitigen Pensionierung. Und alles ausgelöst von objektivierbar harmlosen körperlichen Defiziten, die nicht zuletzt vom Umfeld gezielt hochgespielt wurden.

● **Geschlechts-spezifische Risiken**

Eine Vielzahl von epidemiologischen Studien (Erläuterung s. o.) kommt zu ganz unterschiedlichen Erkrankungs-Häufigkeiten bei den einzelnen somatoformen Störungen, was das *Geschlecht* anbelangt. Oder kurz: Das Risiko für Frauen ist deutlich höher.

Warum, das geht erneut auf multifaktorielle Einflüsse zurück: So haben Frauen beispielsweise eine niedrigere Wahrnehmungs-Schwelle gegenüber Schmerzreizen (sie empfinden also Schmerzen schneller) und eine geringere Schmerz-Toleranz (ertragen Schmerzen weniger gut).

Vor allem während des weiblichen Zyklus-Verlaufs ist ihre Schmerz-Sensibilität ausgeprägter (z. B. während der Monatsblutung). Außerdem ist ihr Körper-Bewusstsein ausgeprägter, was nebenbei nicht nur negative Konsequenzen hat (siehe Vorbeugung, raschere Arzt-Konsultation, bessere Therapie-Sorgfalt u. a.).

Auch zeichnet die Frau das aus, was man wissenschaftlich eine höhere Vigilanz gegenüber körperlichen Veränderungen nennt, d. h. eine durchaus sinnvolle Wachheit, Aufmerksamkeit und damit auch Sorgfalt, was ihre Organ-Funktionen anbelangt. Dafür sind sie offensichtlich von der Natur sensibler ausgerüstet. Schließlich haben sie ein höheres Lebenszeit-Risiko hinsichtlich affektiver (Depressionen, manische Hochstimmung) und Angststörungen. Und nicht zuletzt ein höheres Risiko bezüglich geschlechts-spezifischer Trauma-Erfahrungen, sei es organischer, sei es zwischenmenschlicher Natur.

Man sieht, die Frau unterscheidet sich in vielen Bereichen deutlich vom Mann, was einerseits Vorteile bringt (die deutlich höhere Lebenserwartung der Frau kommt nicht von Ungefähr), andererseits aber auch seinen Preis haben kann.

- **Genetische (Erb-)Disposition**

Einige somatoforme Störungen weisen auch auf eine genetische, also *erbliche Komponente* hin. Dazu gehören beispielsweise Alkoholismus, antisoziale Persönlichkeit (hier besonders Männer), aber auch funktionelle Beschwerden wie Fibromyalgie oder chronisches Müdigkeitssyndrom (eher Frauen). Hier besteht allerdings noch reichlich Forschungs-Bedarf.

- **Neuro-biologische Aspekte**

Es sind vor allem die Stress-Forschung sowie neuro-biologische Untersuchungen zu Depressionen, Angststörungen, posttraumatischen und dissoziativen Störungen u. a., die interessante Einblicke in die *Anatomie und Physiologie menschlichen Verhaltens* vermittelt haben, was auch für das Verständnis somatoformer Störungen von wachsender Bedeutung ist. Einzelheiten würden hier zu weit führen, doch sei wenigstens eines kurz erläutert:

Offenbar gibt es charakteristische Lokalisationen im Gehirn, die spezifische Aufgaben (auch im seelischen und psychosozialen Bereich) haben und diese mittels spezialisierter Nervenzellen wahrnehmen, die durch wiederum spezielle Botenstoffe miteinander in Verbindung stehen. Hier zeichnen sich in letzter Zeit besonders erfreuliche Forschungs-Fortschritte ab.

Dabei zeigten schon frühere Untersuchungen bei bestimmten somatoformen Krankheitszeichen beispielsweise ein erhöhtes psycho-physiologisches Reaktions-Niveau (auf Deutsch: eine ausgeprägte Reaktion in körperlicher und seelischer Hinsicht auf bestimmte Reize im Experiment; Stichwort: somatische Sensitivierung). Beteiligt sind auch Stress-Hormone mit neuro-endokrinen Stress-Reaktionen, spürbar durch erhöhte Stress-Wahrnehmung, verstärktes Schmerz-Empfinden, unüberwindbare Müdigkeit u. a. Auch das Immunsystem (körpereigenes Abwehr-System) spielt eine Rolle und damit beispielsweise eine verstärkte Infektions-Anfälligkeit. Kurz: Je mehr man weiß, desto komplexer wird alles. Aber das ist ja das anregende Grundmuster wissenschaftlichen Bemühens.

THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN

Hat man den Verdacht auf eine somatoforme Störung, empfehlen die Experten eine pragmatische diagnostische Strategie, die sich vor allem auf körperliche Beschwerden und Begleitumstände konzentriert. Beispiele:

Welches ist die Art, der Typus der körperlichen Beschwerden? Ist es ein einzelnes Symptom oder mehrere, wenn nicht gar viele? Ist der Verlauf akut oder chronisch? Äußern sich hypochondrische Ängste, vielleicht sogar hypochondrische Überzeugungen (so ist es, schwer zu ändern). Hat der Betroffene bestimmte Umwelt-Faktoren oder ähnliches im Verdacht, die zu seinem Leidensbild beigetragen haben könnten (Fachbegriff: externalisierende Attributionen)?

Ferner: Was ist seine subjektive Krankheits-Überzeugung (organisches oder zumindest seelisch mitbedingtes Leiden)? Wie äußert sich sein Krankheitsverhalten, z. B. der Kontakt zu Ärzten oder medizinischen Einrichtungen? Muss man gar mit selbst-zerstörerischen Gefährdungen rechnen (Anzahl operativer Eingriffe, offene oder heimliche Selbstschädigung, chronische Schmerzen, Suizidgefahr)? Liegen konkrete psychische Störungen vor (z. B. Angst, Depression, Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit u. a.)? Gibt es Hinweise auf so genannte psychosoziale Stressoren oder Traumatisierungen (akut oder chronisch)?

Und nicht zuletzt: Wie steht es mit sozialen Faktoren bzw. Konsequenzen: sekundärer Krankheitsgewinn, Schadensansprüche, psychosoziale Behinderungen, Arbeitsunfähigkeit, Berentung u. a.? Liegen ggf. noch spezielle Besonderheiten vor, z. B. Verdacht auf Simulation bzw. artifizielle Störung (Stichwort: Münchhausen-Syndrom)?

Steht die Diagnose fest, muss eine adäquate fachspezifische Behandlung entworfen werden. Und das heißt bei somatoformen Störungen *multimodale Verfahrensweisen*, d. h. nicht nur ein einzelner Behandlungs-Ansatz, sondern deren mehrere, und zwar in Abhängigkeit obiger, durch Vorgeschichte und Untersuchung erarbeiteten seelisch-körperlichen Erkenntnissen.

Zwar herrscht gerade bei der *Therapie somatoformer Störungen* noch erheblicher Forschungsbedarf, doch einige grundlegende Behandlungs-Erfahrungen gelten inzwischen als sicher und durchaus erfolgreich. Dabei sind folgende formale Behandlungsziele zu beachten:

Reduktion des Beschwerdebildes, des psychosozialen Stresses, der psychosozialen Behinderung und Begrenzung medizinischer Ressourcen (Hilfsquellen, Angebote), wenn sich eine inadäquate Inanspruchnahme einzuschleichen droht (Stichwort Doctor-Shopping).

● **Allgemeine Behandlungs-Prinzipien**

Als *allgemeine Behandlungs-Prinzipien* gelten (nach P. Henningsen u. Mitarb. 2002):

- Korrekte Diagnose einschließlich Erfassung möglicher zusätzlicher(!) körperlicher bzw. seelischer Störungen.

- Tolerantes Akzeptieren des „Somatisierungs-Verhaltens“ des Patienten.
- Regelmäßige medizinische Grund-Untersuchung.
- Anfangs eher organische Erklärungen für die körperlichen Beschwerden, um dem Patienten Gelegenheit zu geben, das Gesicht zu wahren. Beispiele: Hinweise auf Muskelverspannung, Hyperventilation (Hecheln) usw. bei entsprechenden Beschwerden.
- Langsames Bewusstmachen und korrigierendes Zuführen auf körperliche Reaktionen infolge psychosozialer Stress-Einflüsse (wie der Organismus auf Stress reagiert).
- Formulierung realistischer Therapie-Ziele.
- Immer wieder Hinweise darauf, dass man keine „vollständige Heilung“ anstreben soll, das ist eine Illusion, das führt zu keinem tragbaren seelisch-körperlichen Lebens-Kompromiss, wie es die Wirklichkeit nun mal vorsieht.
- Bestärkung von Verhaltensweisen und Fertigkeiten, die der sich anpassenden Lebens-Tüchtigkeit im Alltag dienen.
- Einsatz von nicht-medikamentösen Verfahren wie physikalisch-medizinische Maßnahmen u. a., zeitlich begrenzt, aber auch regelmäßig, zuverlässig.
- Ermutigung zur Selbstbeobachtung von körperlichen Beschwerden in bestimmten psychosozialen Belastungen (was droht unter welchen Bedingungen)? Deshalb auch regelmäßige Arzt-Kontakte mit entsprechender Aussprache-Möglichkeit.
- Kein Alkohol und keine frei verkäuflichen Medikamente zur Selbst-Therapie.
- Kein Doctor-Shopping und keine wahllose Medikamenten-Einnahme (Stichwort: Polypharmazie); statt dessen Vertrauen in einen haupt-verantwortlichen Arzt.
- Überweisung an einen Psychiater oder Arzt für Psychotherapeutische Medizin u. ä. auf Wunsch oder zur Behandlung von ernsteren und vor allem behandlungs-resistenten seelischen Problemen bzw. psychischen Störungen.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe von spezifischen Behandlungs-Ansätzen, wie sie nachfolgend kurz umrissen werden sollen (Einzelheiten bzw. konkrete Informationen siehe das Literaturverzeichnis):

● **Psychoedukation**

Edukativen (pädagogische, psychagogische oder einfach erzieherische) Maßnahmen werden vor allem in ambulanten Gruppen-Sitzungen angeboten. Dabei werden die Patienten mit den entsprechenden Behandlungs-Prinzipien vertraut gemacht. Wichtig ist auch die Möglichkeit zum zwischenmenschlichen Austausch, ja zur gegenseitigen Unterstützung mit konkreten Erfahrungs-Hinweisen aus dem Alltag. Das wirkt sich auch günstig auf die weiterführende psychiatrische bzw. psychotherapeutische Therapie aus.

● **Psychopharmaka**

Bei der Erläuterung der neuro-biologischen Aspekte von somatoformen Störungen (s. o.) wurde deutlich, dass es sich hier auch um ein biologisches Phänomen handelt, d. h. Gehirn-Struktur und Gehirn-Funktionen, biochemisch gesehen Neurotransmitter (Botenstoffe). Wenn dem so ist, muss man auch ggf. biologisch (mit-)behandeln. Und das heißt in der Regel Psychopharmaka, also Arzneimittel mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben.

Wo und wie werden *Psychopharmaka* sich als zusätzlich hilfreich erweisen?

- Zum einen, wenn primär oder zumindest zusätzlich konkrete psychische Störungen vorliegen, z. B. Depressionen und/oder Angststörungen.
- Zum anderen, wenn sich im Leidens-Spektrum zunehmend affektive (Gemüts-) und/oder Angststörungen mit entsprechenden seelischen, körperlichen und psychosozialen Konsequenzen abzeichnen.
- Außerdem wenn es sich um eine posttraumatische Störung handelt, bei der die einzelnen Beschwerden eine pharmakotherapeutische Unterstützung nahe legen (wiederum Angst- und depressive Störungen, aber auch Schlafstörungen u. a.).
- Schließlich bei ausgeprägten Schmerzbildern, bei denen als Folge (oder Begleit-Leiden) auch mit depressiven und/oder Angststörungen zu rechnen ist.
- Zuletzt wenn mehrere psychische Störungen zusammen kommen (Stichwort: Co-Morbidität), d. h. nicht nur die schon mehrfach erwähnten Angst-

störungen und vor allem Depressionen, sondern ggf. auch psychotische Leiden (Schizophrenie, schizotypische oder schizoide Störung), Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten u. a.

Die wichtigen Psychopharmaka in diesem Zusammenhang sind die Antidepressiva, aber auch – in einigen Experten-Kreisen umstritten – Neuroleptika (antipsychotisch wirksame Arzneimittel) und ggf. zeitlich begrenzt und dosisangepasst Tranquilizer (Beruhigungsmittel). Ähnliches gilt für die psychotropen Pharmaka im weitesten Sinne, nämlich Schlafmittel, Beta-Blocker und Schmerzmittel.

Einzelheiten dazu siehe die kontrovers diskutierende Fachliteratur. Sicher richtig sind die schon früher gewonnenen Erkenntnisse:

- Passive Maßnahmen sind weniger effektiv als Behandlungs-Formen, die die aktive Mitarbeit des Patienten voraussetzen (was aber in der Realität nicht immer gegeben ist, auch das muss man berücksichtigen).
- Grundsätzlich sollte eine medikamentöse Therapie nur dann zum Einsatz kommen, wenn eine spezifische Indikation (Heilanzeigen) gegeben ist (s. o.).
- Die Erwartungen an die medikamentöse Behandlung sollten rechtzeitig relativiert werden.

Nebenwirkungen werden von Patienten mit Somatisierungsstörungen besonders genau geprüft (Beipackzettel bzw. die Gefahr einer „Beipackzettel-Krankheit“) – und ggf. besonders ausgeprägt empfunden. Ähnliches gilt für Arzneimittel-Wechselwirkungen bei der Einnahme mehrerer Medikamente. Und genau dies droht, wenn man bei jedem neu auftretenden Symptom ein neues Arzneimittel in Betracht zieht. Hier also Vorsicht bzw. Zurückhaltung.

● Psychotherapeutische Verfahren

Bei der *Psychotherapie* somatoformer Störungen (also der Behandlung mit psychologischen Mitteln) gibt es eine Reihe von konkreten Behandlungs-Angeboten. Beispiele: psychodynamische Psychotherapie, Hypnotherapie, konflikt-zentrierte Gespräche mit Entspannung, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen, Psychodrama mit Entspannung u. a. Die überzeugendsten Behandlungs-Ergebnisse werden der kognitiven Verhaltenstherapie zugeschrieben. Der Vorteil liegt – und alles verständlich begründet.

Wichtige Elemente sind beispielsweise die Bearbeitung von negativen, wenn nicht gar resignierten oder hoffnungslosen Überzeugungen, was körperliches Beschwerdebild, Auslöser, Ursachen, Verlauf, belastende persönliche Probleme u. a. anbelangt.

Und deshalb der Aufbau alternativer Lösungsstrategien, die körperliche Aktivierung, die Bestärkung eines „normalen Verhaltens“ und die Vermeidung all dessen, was das Leidensbild belastender und länger machen könnte. Dabei werden wichtige Kontakt-Personen in den Therapieprozess einbezogen, um sie gleichsam als soziale Verstärker zu nutzen.

Diese kognitiv-behavioralen Behandlungs-Ansätze können sowohl ambulant als auch – falls notwendig – stationär genutzt werden.

● **Psychodynamische Verfahren**

Unter Dynamik versteht man vor allem Schwung, Lebendigkeit und Triebkraft, in psychologischer (konkret: tiefen-psychologischer) Hinsicht aber auch die Beziehung der einzelnen Persönlichkeitsanteile in einem Menschen untereinander, deshalb Psychodynamik genannt. Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel wie „Neurosen heute“ u. a. *Psychodynamische Behandlungsverfahren* versuchen nun ein gewisses Verständnis zu wecken, woher die Somatisierung („Verkörperlichung“) seelischer und psychosozialer Belastungen, z. B. durch ein Trauma, also eine seelische Verwundung, kommen könnte. Und wie das Ganze dann vom Seelischen ins Körperliche, sprich Somatoforme wechselt.

In der ärztlichen oder psychologischen Führung einer Psychotherapie wird nun die Lebensgeschichte aufgearbeitet (Fachbegriff: Biographie, und wenn es sich um eine krankhafte Lebensgeschichte handelt, dann Pathographie). Hier spielen beispielsweise der Verlust von nahen Angehörigen (vor allem den Eltern), sexuelle, psychische und körperliche Traumatisierungen, beeinträchtigende Erfahrungen mit schwerwiegenden Erkrankungen (selber oder von Angehörigen) u. a. eine wichtige Rolle. Und natürlich die Folgen, z. B. Schuldgefühle, Bestrafungswünsche, unbewusste Sehnsucht nach Heilung und Wiedergutmachung für narzisstische Wunden (Kränkungen) usw. – alles, was zwar seelisch „heraus“ sollte, sich aber in diesem Fall „körperlich verbirgt“.

Deshalb erhofft man sich viel von modernen psychodynamischen Ansätzen, gerade bei Somatisierungs-Patienten.

● **Rehabilitation**

Die therapeutischen Bemühungen konzentrieren sich vor allem auf Diagnose und Behandlung krankhafter Funktionen. Bei der *Rehabilitation* geht es insbesondere um deren Auswirkungen auf die individuelle Lebens-Realität und damit -Gestaltung, auf die psychosoziale Umwelt, d. h. Partner, Familie, Freundeskreis, Arbeitsplatz, Nachbarschaft u. a. Hier liegt dann auch der Schwerpunkt der Betreuung, ausgedrückt durch die Fachbegriffe: Ressourcen-Orientierung, persönliches Coping und unterstützende bzw. kompensierende Umwelteinflüsse (Einzelheiten dazu siehe in diesem Kapitel).

Konkrete Aufgaben sind hier vor allem medizinische, berufliche und psychologische Rehabilitation, also multiprofessionell strukturiert und mit vielfältigen therapeutischen Strategien ausgerüstet, die aktiv, übend und problemlösend angelegt sind, so die Experten.

Kurz: Es gilt den individuellen Aktivitäts-Spielraum und die soziale Aktivität zu erhalten, ggf. sogar auszuweiten, auf jeden Fall die Erwerbsfähigkeit zu sichern und eine vorzeitige Berentung zu verhindern.

- **Varia**

Neben medikamentösen und psychotherapeutischen Maßnahmen gibt es im Rahmen eines so genannten multi-disziplinären Behandlungs-Angebotes natürlich noch weitere Unterstützungs-Möglichkeiten. Dazu gehören – vor allem bei anhaltenden somatoformen Schmerzbildern – Akupunktur, manuelle Therapie, Chiropraktik, Massage, Aerobic, Biofeed Back, Ausdauertraining u. a.

Sie werden natürlich sehr unterschiedlich, zumeist sogar kontrovers beurteilt, können aber nach Ansicht mancher Experten durchaus stützend, entlastend, ja sogar – je nach Behandlungs-System – aktivierend sein, vor allem durch eigenen Einsatz.

Erste Anlaufstelle: Der Hausarzt

Bisher wurde vor allem von spezialisierten Behandlungs-Angeboten berichtet. Dabei sollte man aber nicht übersehen, dass der „somatisierende“ Patient insbesondere in der so genannten primär-ärztlichen Versorgung zu finden ist, d. h. bei *Hausarzt* oder *hausärztlich tätigem Internisten*.

Dort liegen die Grenzen naturgemäß enger, sind die Möglichkeiten limitiert, finden sich dafür aber andere Vorteile, nämlich wohnort-nahe und auf den Alltag konzentrierte Betreuung. Allerdings gilt es auch die Bedingungen der ärztlichen Routine-Versorgung zu respektieren, die natürlich viel begrenzter gesteckt und vor allem von zahlreichen (Alltags-)Problemen bestimmt sind.

SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK

Nachfolgend noch einmal zusammengefasst die wichtigsten Erkenntnisse bzw. größten Probleme in Diagnose und Therapie somatoformer Störungen, wie sie nebenbei nicht nur die Experten (z. B. die so genannten AWMF-Leitlinien), sondern auch die Patienten und ihre Angehörigen, Freunde, Mitarbeiter u. a. diskutieren bzw. zu ertragen haben. Im Einzelnen:

Hartnäckige Forderungen nach medizinischen Untersuchungen – ein kennzeichnendes Merkmal

Charakteristisch für Patienten mit somatoformen Störungen sind – so haben wir gehört – ihre wiederholten Darbietungen körperlicher Beschwerden, was an sich schon eine Belastung für alle Beteiligten darstellt. Dazu kommen noch die durchaus hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen, bis man endlich weiß, um was es sich handelt und vor allem was man endlich tun kann, so der entsprechende Kommentar.

Die Patienten halten dabei ihre Forderungen aufrecht, und zwar trotz wiederholter negativer Ergebnisse und der Versicherung der Ärzte, dass diese Krankheitszeichen nicht körperlich begründbar sind. Dies ist in der Tat nicht immer völlig auszuräumen, begleitet aber als diagnostische Unsicherheit den ärztlichen Alltag ohnehin von morgens bis abends, wie man sich denken kann und fairerweise zugestehen muss.

Das macht auf die Mehrzahl der Betroffenen jedoch wenig Eindruck, nicht einmal dann, wenn Beginn und Fortdauer des Beschwerdebildes in enger Beziehung zu unangenehmen, belastenden oder extremen Lebens-Ereignissen, Schwierigkeiten und Konflikten stehen, die zu einem seelisch ausgelösten körperlichen Beschwerdebild führen können. Für sie sind psychische oder psychosoziale Ursachen kein Thema. Sie sehen vor allem ihr Krankheitsbild und den Leidensdruck und wollen das eine exakt bestimmt und das andere zumindest gelindert haben – „wie es ja bei allen anderen Patienten auch möglich ist“, so ihre Klage.

Das führt vor allem in der hausärztlichen Praxis (Fachbegriff: primär-ärztliche Behandlung) rasch zu Irritationen – beidseits. Dies ist aber interessanterweise für den Arzt ein durchaus wichtiger Hinweis (wenn man es auch nicht verallgemeinern darf): Eine solch relativ schnell entstehende und konflikt-belastete Arzt-Patient-Interaktion kann als frühzeitiger Indikator auf eine somatoforme Störung gewertet werden, so manche Experten.

Für den Arzt ist das aber erst einmal kein Fortschritt im alltäglichen Praxis-Stress. Im Gegenteil, er wird verunsichert, befürchtet in der Tat übersehene Erkrankungen, ist ggf. sogar mit Gefühlen der Unsicherheit oder fachlicher Wissens-Defizite geschlagen. Und auf der anderen Seite wird der Patient immer ungeduldiger, schließlich völlig verunsichert, überfordert bis erschöpft und lehnt schließlich alles ab, was ihm nicht nachvollziehbar, vor allem für seine eigenen Überlegungen und Krankheits-Hypothesen hilfreich bzw. bestätigend erscheint.

Dabei muss man wissen, dass diese Reaktion des Patienten in der Mehrzahl nicht bewusst gesteuert wird. Außerdem ist es psychologisch gesehen viel komplizierter, als man sich das vorzustellen vermag. Der Patient trägt nämlich

dem Therapeuten erst einmal so genannte „idealisierende Erwartungen“ an, was zwangsläufig zu einer Enttäuschung führen muss. Und nicht nur dies, er ist – so die Fachbegriffe – nicht nur enttäuschungs-bereit, sondern auch entwertungs-bereit. Was heißt das?

Belastende Wechselbeziehung zwischen Arzt und Patient

Rein schematisch läuft diese Wechselbeziehung zwischen Arzt und Patient wie folgt ab: Der Patient entwickelt erst einmal hohe Erwartungen und idealisiert den Arzt, der ihn ja von seiner Krankheit befreien soll. Dieser hat seinerseits hohe Ansprüche an seine eigene Ausbildung und Berufs-Tätigkeit und übernimmt damit zunächst diese Erwartungs-Haltung bzw. toleriert sie zumindest. Vielleicht nährt er sie sogar durch offene, vor allem aber latente Versprechungen („das werden wir schon...“).

Der Patient ist erleichtert – aber auch nochvollziehbar erwartungsvoll, wenn nicht zunehmend fordernd, was „Heilung“, zumindest aber Beschwerde-Linderung anbelangt. Da sein Beschwerdebild aber nicht nachhaltig besser werden will (Fachbegriff: „Symptom-Persistenz“), reagiert er immer ernüchterter bis enttäuschter, zuerst versteckt, dann offen, und schließlich vielleicht sogar reizbar bis aggressiv. Viele erfassen auch Hoffnungs- und schließlich Hilflosigkeit, was gelegentlich mit einer Entwertung des Arztes „beantwortet“ wird („kein Wunder ...“).

Der Arzt wiederum erlebt seinen Patienten als nicht nur anstrengend, sondern auch zunehmend anspruchlich, fordernd und vor allem ohne Einsicht um die notwendige aktive Mitarbeit. Auch bei ihm bauen sich Frustrationen (vom lat.: frustra = vergeblich), Ungeduld, Enttäuschung und Ärger auf, ggf. vielleicht sogar selber Reizbarkeit und Aggressivität. Das gibt er dann u. U. an seinen Patienten weiter, zumindest kann diesem eine solche heimliche Entwicklung nicht verborgen bleiben. Was folgt? Enttäuschung, Frustration und Auseinandersetzungen lösen sich auf beiden Seiten immer schneller und heftiger ab. Schließlich sucht der Patient einen neuen Arzt und gerät damit meist in neue Diagnose- und Behandlungs-Schemata bzw. -Vorschläge – und das Ganze geht andernorts von vorne los.

Wie sollte es idealerweise laufen?

Wie aber sollte es idealerweise laufen? Zunächst wieder die hohen Erwartungen mit Idealisierung des Arztes. Dieser nimmt die Klagen über das Beschwerdebild entgegen, relativiert aber schnell die Wünsche und spricht vor allem die Eigenverantwortung des Patienten an. Das entspricht nicht immer dem, was sich der Patient primär vorzustellen pflegt, aber immerhin fühlt er sich ernst genommen, was aber sein Drängen nach körperlichen Untersuchungen nicht reduziert. Der Arzt hingegen versucht eine gelassene Haltung durchzustehen,

vermeidet überzogene Untersuchungen, beginnt mit Aufklärung (Psychoedukation s. o.) und konkreten Handlungsanweisungen bezüglich der unerlässlichen Eigenaktivität des Patienten. Dieser kann durch ein solches Vorgehen die ja in der Regel nicht so schnell zurückdrängbaren Symptome eher tolerieren (siehe Symptom-Persistenz), vor allem weil er sich angenommen, wenngleich auch in die Pflicht genommen fühlt.

Den Ärzten kommt hier ihre erfahrungs-bedingte gelassene Haltung zu Gute, die in eine sachliche, ernst zu nehmende, aber durchaus auch empathische Atmosphäre mündet (Empathie = menschliche Zuwendung). Das hilft ihnen, nicht gleich zu allem „Ja“ zu sagen, insbesondere ohne das notwendige Überlegen zu schnell nachzugeben, ggf. durch scheinbar aktives, aber dann doch letztlich nicht ziel-führendes Handeln in unnötigen Zugzwang zu geraten.

Das Befragen, ja umfassende, sorgfältige Explorieren des Patienten bietet zwar auch keine sofortige Lösung, aber erleichtert das Verständnis, besonders wenn es sich um mehrschichtige Problem-Ebenen handelt. Vor allem darf der Arzt den Druck des Patienten nicht übernehmen und sich nicht von sozialen Problemen überschwemmen lassen.

Konkret heißt dies: Klare zeitliche Begrenzung der zur Verfügung stehenden Zeit (vorher ausdrücklich angekündigt), die Struktur der Befragung einhalten, einen Termin nicht überlasten und sich vor allem Zeit lassen. Denn es ist bekanntlich nichts schwerer, als sich in die komplexe Situation eines anderen Menschen einzudenken, einzufühlen, schließlich sogar mit-entscheidende Hilfestellung anzuregen, durchzuziehen, abzusichern. Und dies alles möglicherweise noch gegen den (unbewussten) Widerstand des Patienten.

Spezifische Aspekte beachten

Natürlich gilt es auch bestimmte Fehler zu vermeiden, was aber – da mögen sich die Kritiker dann doch einer gewissen Fairness besinnen –, in manchen Situationen kaum steuerbar erscheint. So können natürlich – trotz „eindeutig erscheinender Psychogenese“ (also seelisch oder psychosozial ausgelöst) – schon vorher zusätzliche organische Schwachpunkte vorliegen, in die dann eine seelische Belastungs- oder Überforderungs-Situation gleichsam erschwerend einhakt. Das wäre dann ein ursächlich mehrschichtiges Leidenbild, das ganz andere Behandlungs-Bedingungen erfordert.

Umgekehrt können somatoforme Beschwerden bisweilen mit Simulation (Vortäuschung) oder zumindest Aggravation (Beschwerdeverstärkung) verwechselt werden. Auch die sehr häufig mit einer somatoformen Störung auftretenden Depressionen oder Angstzustände, die das Leidenbild natürlich nicht nur komplizierter, sondern auch belastender machen, sind nicht immer so schnell und sicher erkennbar, wie sich das der Laie vorstellt (z. B. bei larvierter, d. h. maskierter Depression, auch als „Depression ohne Depression“ bezeichnet).

Auch hat es sich als nicht sinnvoll erwiesen, dem Patienten allzu rasch die Psychogenese, also seelische Ausgangslage und Entwicklung des Beschwerdebildes mitzuteilen. Sollte der Arzt sich aber dessen sicher sein, dann muss er auf diese Erkenntnis konsequent hinarbeiten, möglichst mit vielen sinnbildlichen Erläuterungen (ggf. auch durch Nutzung entsprechender Informationsmaterialien). Und er sollte die organischen Diagnose-Strategien entsprechend anpassen (d. h. zurückfahren und insbesondere nicht mehr aufnehmen, wenn er sich sicher ist, obgleich der Patient immer wieder nach neuen körperlichen Untersuchungs-Verfahren verlangt).

Wichtig ist und bleibt alle jene Verhaltensweisen (bewusst oder unbewusst, zufällig oder bald verärgert) zu vermeiden, die vom Patienten als Nicht-ernstnehmen oder gar als Bestrafung gewertet werden können. Auch sollte man natürlich weder zu „blauäugig“ volle Genesung in Aussicht noch ggf. eine Neigung zur Chronifizierung mit entsprechend relativer Prognose in Abrede stellen. Das Leben ist ein Kompromiss, das ist auch in diesem Falle nicht anders.

Durchaus hilfreich kann der Hinweis auf genetische (Erb-)Faktoren sein, was gezieltes Erfragen und erläuterndes Kommentieren einschließt. Hilfreich ist es auch auf mögliche Belastungsfaktoren in der Kindheit (Armut, Vernachlässigung, Verlust eines Elternteils, Missbrauch u. a.) einzugehen, was ebenfalls eher entlastend zu wirken pflegt. Auch das so genannte Modell-Lernen, letztlich also Nachahmen von somatoformen Beschwerden in der Herkunftsfamilie sollte erfragt und dann bearbeitet werden. Mit großem Interesse registriert werden auch die Hinweise auf die sehr unterschiedlichen Bearbeitungsweisen gegenüber Stress, was ebenfalls zu einer entsprechenden Disposition für bestimmte Beschwerden führen kann.

Der so genannte Krankheitsgewinn

Viel schwieriger wird es, einem Patienten den so genannten Krankheitsgewinn zu erläutern, beispielsweise die subjektive Entlastung vom inneren Konflikt-Druck oder die Minderung der innerseelischen Angst durch Symptom-Bildung, oder auf Deutsch: unverarbeitetes Seelisches wird durch körperliche Beschwerden besser ertragbar.

Noch problematischer ist natürlich das, was die Experten einen sekundären Krankheitsgewinn nennen: objektive Vorteile, die mit der Krankenrolle verbunden sind, z. B. Krankschreibung, Schonung, verstärktes Interesse und Zuwendung der Umwelt, Versorgung, Trost, Rente u. a. Das kann bis zu einem „Kampf um legitime Entschädigungs-Wünsche“ gehen, mitunter durch die Medien angestoßen, die sich gerne an bestimmte „Umwelt-Schädigungen“ heranmachen, keine Beweise bringen müssen, aber sehr wohl ratlose bis schockierte „Betroffene“ hinterlassen.

Weiterbildung, gerade bei somatoformen Störungen

Und natürlich gibt es auch iatrogene Aspekte, von denen schon die Rede war, d. h. Fehler oder negative Konsequenzen durch ärztliches Be- oder Nicht-Handeln.

Deshalb empfiehlt sich gerade hier eine systematische Schulung bzw. gezielte Fortbildung für Allgemeinärzte, denn dort finden sich die meisten Somatisierungs-Fälle. Dies wird auch in zunehmendem Maße nicht nur in der Ausbildung der Studenten, sondern auch in der Weiterbildung der Assistenzärzte und der Fortbildung der Fachärzte praktiziert.

Angesichts einer so schwierigen „Materie“ wie den Somatoformen Störungen wird es wohl ein zentrales Thema der nahen Zukunft bleiben. Hier ein wenig weitergeholfen zu haben war auch Sinn und Zweck der vorliegenden Kurzfassung.

LITERATUR

Wachsende Fachliteratur, vor allem als wissenschaftliche Publikationen in entsprechenden Fachorganen, noch recht selten in Form von allgemein verständlichen Beiträgen, was sich aber nach und nach ändern dürfte. Nachfolgend eine deutsch-sprachige Auswahl entsprechender Fachbücher.

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR. Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle (2003)

Egle, U. T., R. Nickel: Psychodynamische Behandlung somatoformer Störungen. In: H. J. Möller (Hrsg.): Therapie psychischer Erkrankungen. Thieme-Verlag, Stuttgart 2006

Gündel, H. u. Mitarb.: Psychoedukative Schmerzbewältigungs-Programme zur Förderung der weiteren Psychotherapieakzeptanz. In: H. P. Kapfhammer, H. Gündel (Hrsg.): Psychotherapie der Somatisierungsstörungen. Thieme-Verlag, Stuttgart 2001

Henningsen, B. u. Mitarb.: Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2002

Kapfhammer, H. P.: Behandlungsprobleme bei somatoformen Störungen. In: W. Rössler (Hrsg.): Psychiatrische Rehabilitation. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New-York-Tokyo 2004

Kapfhammer, H. P.: **Somatoforme Störungen.** In: H. J. Möller u. Mitarb. (Hrsg.) *Psychiatrie und Psychotherapie.* Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokio 2008

Kapfhammer, H. P.: **Dissoziative Störungen.** In: H. J. Möller u. Mitarb. (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie.* Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokio 2008

Kapfhammer, H. P.: **Pharmakotherapie somatoformer Störungen.** In: O. Benkert u. Mitarb. (Hrsg.): *Handbuch der Psychopharmakotherapie.* Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokio 2008

Küchenhoff, J., S. Ahrens: **Somatoforme autonome Funktionsstörung.** In: S. Ahrens (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin.* Schattauer-Verlag, Stuttgart-New-York 2002

Peters, U. H.: **Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie.** Verlag Urban & Fischer, München-Jena 2007

WHO: **Internationale Klassifikation Psychischer Störungen – ICD-10.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 1991