

# Somatoforme Schmerzstörungen

Krankheitsmodellkonzepte und therapeutisches Vorgehen in der Praxis

BARBARA WITTE

Die somatoforme Schmerzstörung bezeichnet Schmerzen, die sich durch organische Veränderungen nicht erklären lassen, sondern auf emotionalen Konflikten beruhen. Da Patienten\* und Ärzte\* zu meist an ein mechanistisches Reiz-Reaktions-Konzept glauben, führt die Suche nach der auslösenden organischen Ursache häufig zu unzähligen Arztbesuchen und apparativen Abklärungen, die nicht nur erfolglos verlaufen, sondern zur Chronifizierung beitragen. Der folgende Artikel soll zum Verständnis der Störung beitragen und den Umgang mit diesen schwierigen Patienten erleichtern.

Tabelle 1: **Somatoforme Störungen nach ICD-10**

- Somatisierungsstörung (F 45.0, multiple Symptome verschiedener Organe)
- undifferenzierte Somatisierungsstörung (F 45.1)
- hypochondrische Störung (F 45.2)
- somatoforme autonome Funktionsstörung (F 45.3, verschiedene Organsysteme: kardiovaskulär, gastrointestinal, respiratorisch, urogenital, sonstige)
- somatoforme Schmerzstörung (F 45.4)

Nach ICD-10 ist die «anhaltende somatoforme Schmerzstörung» (F 45.4) definiert als ein mindestens sechs Monate anhaltender «ausgeprägter, quälender Schmerz, der durch organische Veränderungen nicht ausreichend erklärt ist, und an dessen Entstehung emotionale Konflikte und psychosoziale Belastungsfaktoren ursächlich beteiligt sind».

Diese Konflikte sind häufig zu Beginn schwer eruiert, so berichten die Patienten meist spontan über eine «glückliche Kindheit» und «keinerlei Probleme».

Die somatoforme Schmerzstörung gehört zur Gruppe der Somatisierungsstörungen, welche in *Tabelle 1* aufgeführt sind. Die somatoforme Schmerzstörung ist die häufigste dieser Störungen.

Der Begriff «Somatisierung» ist nicht einheitlich definiert: Er bezeichnet Körperbeschwerden ohne organische Ursache. Zum Teil werden der feste Glaube an die organische Genese und das entsprechende Krankheits- und Hilfesuchverhalten dazu definiert (1), zum Teil wird der Begriff aber auch mit dem Konversionsmechanismus (siehe unten) weitgehend gleichgesetzt. Nach Egle (2, 3) lassen sich chronische Schmerzstörungen im Rahmen eines bio-

psycho-sozialen Modells in fünf Gruppen einteilen (*Abbildung 1*). Somatoforme Schmerzstörungen gehören zu den ursächlich psychogen ausgelösten Schmerzen, ebenso wie Schmerzen im Rahmen einer Depression oder der posttraumatischen Belastungsstörung. In der Praxis können sich die einzelnen Gruppen überschneiden, es kann sich aus einer ursprünglich organischen Läsion sogar eine somatoforme Störung entwickeln.

## Epidemiologie

Somatoforme Schmerzstörungen sind ein gesundheitspolitisch relevantes Problem: Die Prävalenz in Allgemeinpraxen wird mit bis zu 40 Prozent angegeben, abhängig von den Definitionskriterien (4). Eine WHO-Studie zeigt eine weltweite Prävalenz von 15 Prozent (5). Die stationären Behandlungskosten liegen 6fach, die ambulanten 14fach höher als die der Durchschnittsbevölkerung (6). Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer.

## Komorbidity

Bei 25 bis 40 Prozent der Patienten besteht zusätzlich eine depressive Störung, bei 27 bis 62 Prozent eine Angststörung und in 17 Prozent eine Persönlichkeitsstörung (8, 9). Letztere erschwert die The-

\*im Text wird der Einfachheit halber anstelle der weiblichen und männlichen Form nur die männliche Form verwendet

## Somatoforme Schmerzstörungen

rapie erheblich, da die Arzt-Patient-Beziehung sich besonders schwierig gestaltet. Die Komorbidität mit anderen somatoformen Störungen beträgt bis 80 Prozent.

### Merksatz

*Die psychische Komorbidität ist hoch und erschwert die Therapie.*

### Krankheitskonzepte und ihre Auswirkungen auf die Therapie

Bereits in der griechischen Antike gab es die Vorstellung von Schmerz als «Leiden der Seele» (Aristoteles). Im Lauf der Naturwissenschaftsentwicklung der letzten Jahrhunderte geriet dies immer wieder in Vergessenheit, es entwickelte sich ein mechanistisches organisches Reiz-Reaktionskonzept für körperliche Erkrankungen und – getrennt davon – mit Freud ein Konzept für psychische Erkrankungen. So entstand ein Dualismus: «Medizin für Körper ohne Seelen und Medizin für Seelen ohne Körper» (9), der heute noch in der Medizin zu finden ist.

Patienten mit somatoformen Störungen suchen aufgrund ihrer eigenen Überzeugung «Organmediziner» auf, was zu zahlreichen unnötigen Operationen führen kann und die Chronifizierung weiter fördert. Die Patienten sehen sich dann selbst als enttäuschte «Opfer» der Medizin. Die Auflösung dieses Dualismus in der Psychosomatik und die Betrachtung von Krankheiten nach dem bio-psycho-sozialen Modell ermöglichen eine psychosomatische Sichtweise der Entstehung und eine interdisziplinäre Behandlung von somatoformen Schmerzstörungen.

### Merksatz

*Wegen des festen Glaubens an die organische Schmerzgenese kommt es zu häufigen Arztbesuchen und Arztwechseln (Doctor Shopping). Dies wird durch uns Ärzte aus eigener Hilflosigkeit und ebensolchem Glauben oft noch verstärkt. Es kommt leicht zur Überbewertung somatischer Zufallsbefunde.*

### Pathogenese der somatoformen Störung (Abbildung 2)

*Biografische Risikofaktoren* wie emotionale Deprivation, Misshandlung, sexueller Missbrauch und chronische Disharmonie in der Primärfamilie können zu unsicherem Bindungsverhalten, selbstunsicherer Grundpersönlichkeit sowie zur Entwicklung lediglich (kindlich) unreifer Abwehrmechanismen führen, welche die Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung begünstigen. Auch soziales Lernen an chronisch kranken Eltern oder Geschwistern, Überbehütung sowie eine als (besonders) zwiespältig erlebte Ablösesituation vom Elternhaus können zu ihrer Entwicklung beitragen.

Aus *psychodynamischer Sicht* werden folgende Erklärungsprinzipien beschrieben:

- Schmerz zur psychischen Substitution (narzisstischer Mechanismus): Der Schmerz vermeidet oder begrenzt eine Krise des Selbstwertgefühls und verhütet den völligen psychischen Zusammenbruch. Es handelt sich häufig um extrem leistungsorientierte, arbeitssüchtige Patienten, die sich selbst überfordern. Das ursprüngliche Schmerzereignis, häufig ein Bagateltrauma, führt zur Dekompensation vorher gerade noch kompensierter psychischer Verhaltensmöglichkeiten (narzisstische Krise des Selbstwertgefühls). Im Verlauf klingen die Schmerzen nicht ab, sondern werden als einzige Erklärung für alle anderen Schwierigkeiten des Lebens gesehen, das Leben wird um den Schmerz herum neu organisiert. Auch im Rahmen von Trauer- und Verlustreaktionen kann der narzisstische Mechanismus eine Rolle spielen: Schmerz «ersetzt» hier die Bezugsperson. Kränkungen im Leben spielen eine Rolle in der Auslösung, aber auch bei der Chronifizierung somatoformer wie auch primär organischer Störungen: Diese können im Verlust eigener Fähigkeiten (Arbeitsfähigkeit, der sozialen Rolle als Versorger, der Rolle als «Supermann» oder «Superfrau») bestehen, aber auch in Kränkungen durch andere Menschen.

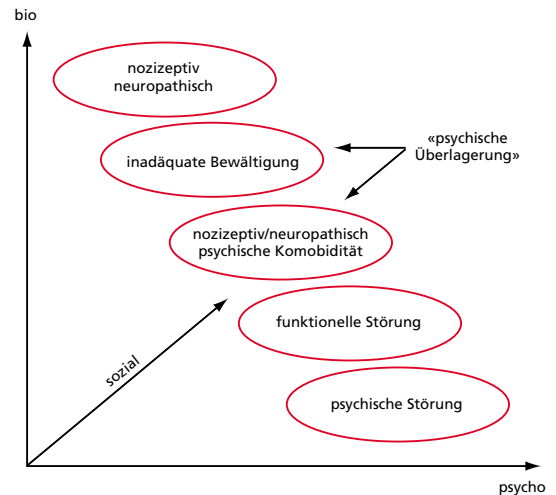


Abbildung 1: Diagnostische Subgruppen des chronischen Schmerzes (nach Egle et al. 1999 [1, 2])

- Schmerz zur unbewussten Konfliktentlastung durch körpersprachliche Symbolisierung (Konversionsmechanismus): Dieser Mechanismus geht auf Sigmund Freud zurück (Erstbeschreibung 1895). Seelenschmerz wird hier unbewusst durch einen Körperschmerz dargestellt beziehungsweise entlastet. Dies tritt etwa auf, wenn in einer emotional unerträglichen Situation Bedürfnisse erlebt werden, die der Moral des Patienten widersprechen (z.B. Aggressionen). Der Mensch greift dann unbewusst auf frühere Situationen zurück, in denen diese Gefühle in Kombination mit bestimmten Körperempfindungen vorhanden waren, und drückt die Körperempfindung anstelle des Gefühls aus. Das Körpersymptom neutralisiert den emotionalen Konflikt, der Mensch bleibt im psychischen Gleichgewicht. Diese Patienten zeigen häufig ein mildes

### Merksatz

*Menschen mit somatoformen Schmerzstörungen sind häufig extrem leistungsorientiert, selbstunsicher, haben Schuldgefühle, und können sich schlecht abgrenzen beziehungsweise etwas für sich selbst beanspruchen. Die Schmerzen dienen als Kommunikationsmittel, Schutzmechanismus oder Ausdruck von seelischem Schmerz.*

## Somatoforme Schmerzstörungen

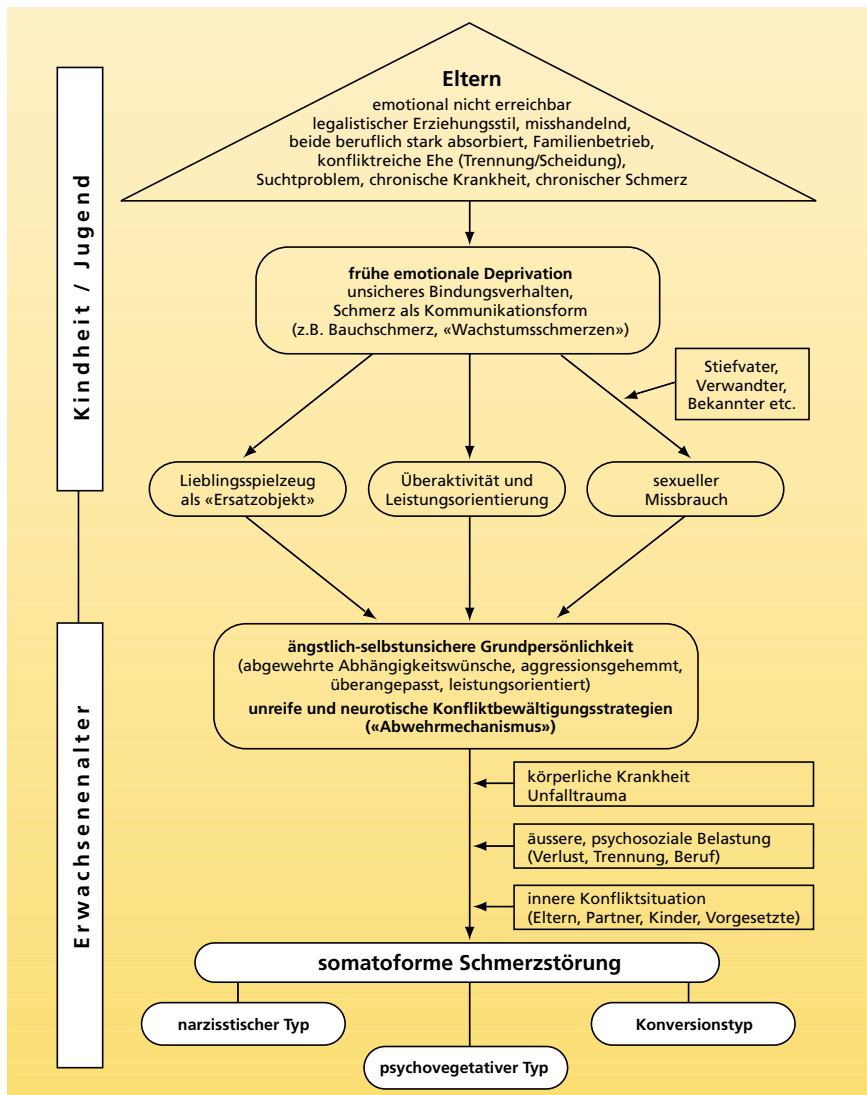


Abbildung 2: Pathogenetisches Modell der somatoformen Schmerzstörung (nach Egle et al. 1999, aus [21])

Lächeln bei der Schilderung heftigster Schmerzen («belle indifference»). Menschen, die nicht verbal «nein» sagen können, sondern dabei Schuldgefühle hätten, sagen durch den Schmerz «ich kann nicht mehr» oder erhalten Zuwendung oder erleben bei Schuldgefühlen «Schmerz als unbewusste Sühneleistung». Auch ambivalente Affekte können zu Körperschmerzen konvertiert werden.

- Die primäre Umwandlung eines Affektes in einen körperlichen Spannungszustand: Gemeint ist zum Beispiel die direkte Umsetzung einer psychischen

Anspannung in einen erhöhten Muskeltonus als Ursache für Rückenschmerz (psychovegetative Reaktion). Im Kleinkindalter ist die körperliche Wahrnehmung von psychischen Affekten ein normaler physiologischer Vorgang, der im Lauf der Entwicklung zugunsten der direkten Wahrnehmung von Gefühlen (und der Erkennung begleitender Körperreaktionen als Stressreaktionen) zurücktritt.

- Wirksamwerden dissoziierter Traumafolgen: Der Begriff Dissoziation geht auf P. Janet (1859–1947) zurück und ist mit der Konversion verwandt. Dabei wird

das Nicht-Aushaltbare, Unerträgliche (psychische Hilflosigkeit und körperlicher Schmerz, z.B. bei Folter) aus dem Bewusstsein abgespalten (dissoziiert) und als «unerklärliche», oft plötzliche Schmerzzustände erlebt (nach dem ICD-10 zählen nur Bewusstseinsstörungen wie zum Beispiel psychogene Anfälle zur Konversion). Viele Patienten mit Traumaerlebnissen entwickeln im Verlauf zusätzlich zur dissoziativen Störung oder allein eine somatoforme Schmerzstörung. Deswegen sollte bei Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen auch nach vorausgegangenen Traumata geforscht werden.

### Merksatz

Menschen mit somatoformen Störungen zeigen häufig folgende Eigenschaften:

- eine eingeschränkte Affektwahrnehmung
- einen verminderten Affektausdruck, insbesondere für negative Affekte
- eine erhöhte psychophysiologische Reaktionsbereitschaft
- eine erhöhte somatosensorische Wahrnehmung (Überempfindlichkeit für Körpersymptome)
- eine kognitive Fehlbewertung normaler physiologischer Reaktionen als pathologisch.

- Bindungstheorien: Nach Bowlby unsicher an die primäre Bezugsperson gebundene Personen (schwierige Mutter/Vater-Kind-Beziehung) sind besonders gefährdet für eine Schmerzchronifizierung. Der Schmerz bewirkt oder erlaubt ein Aufsuchen schutzgebender Personen.

Die psychodynamischen Erklärungsmodelle können sich überschneiden. (Ausführliche Beschreibung psychodynamischer Mechanismen bei [11, 12]).

### Besonderheiten der somatoformen Schmerzstörung bei Migranten

Migranten kommen meist aus ländlichen Gegenden, in denen der Familienzusammenhalt – beziehungsweise Clanzusammen-

## Somatoforme Schmerzstörungen

menhalt – hoch ist und individuelle Entscheidungen des Einzelnen eher eine Ausnahme darstellen. Daher besteht oft wenig Erfahrung von «Selbstwirksamkeit», das heisst eine grössere Hilfslosigkeit gegenüber, sowie die Übernahme einer passiven Krankenrolle, welche in der Familie zunächst durch viel Zuwendung gefördert wird. Hinzu kommt eine hohe Erwartungshaltung an die westliche Medizin. Gleichzeitig ist der Clanzusammenhalt oft im Zug der Migration reduziert worden oder verloren gegangen, sodass die traditionellen Hilfsmöglichkeiten fehlen.

Aufgrund eines geringen Bildungsniveaus ist die körperliche Arbeitsfähigkeit der (als einzig erlebte) Faktor, der im Gastland und Heimatland zu Anerkennung führt, und es bestehen weniger Ressourcen beziehungsweise Flexibilität zu beruflicher Anpassung. Der Verlust der Arbeitsfähigkeit kann Selbstwertverlust, extreme Schuld- und Schamgefühle auslösen, die wiederum durch Schmerz «entlastet» werden. Hinzu kommen häufig hohe psychosoziale Belastungen, wie finanzielle Unterstützung der Familie im Heimatland. Auch ambivalente Gefühle – etwa hinsichtlich der Rückkehr ins Heimatland und/oder die bevorstehende Ablösung der eigenen Kinder – können zur Konversion von Seelenschmerz in Körperschmerz führen. Vorbestehende posttraumatische Belastungsstörungen und Heimatverlust sind häufiger als bei Schweizern.

Weitere komplizierende Faktoren sind eingeschränkte Kenntnisse der neuen Landessprache, manchmal für westliche Mediziner schwer verständliche Krankheitskonzepte und ein anderes Schmerzverständnis. (Weitere Literatur zum Thema Krankheitskonzepte und Arzt-Patienten-Beziehung bei Migranten siehe [13–17]).

### Präventionsmöglichkeiten in Praxis und Klinik

Bereits in den Kinderarztpraxen wäre die Beachtung der erwähnten biografischen Risikofaktoren und von kindlichen somatoformen Symptomen beziehungsweise häufigen Konsultationen wegen Bagatell-erkrankungen wichtig. Es besteht eine Korrelation zwischen persistierenden Bauchschmerzen im Kindesalter und späteren somatoformen Störungen (9).

Nach Operationen, Unfällen und Bagatelltraumen (auch Schleudertraumen) scheinen mir eine gründliche Aufklärung über den weiteren Verlauf, die ausdrückliche Erwähnung von im normalen Heilungsverlauf auftretenden Schmerzen, die Berücksichtigung besonderer Krankheitsängste und psychosozialer Belastungen sowie eine adäquate Schmerztherapie im Akutstadium von grosser Bedeutung.

Bei bestimmten Operationen wie Mamma- oder Hysterektomien sollte auch die mögliche psychische Bedeutung der Operation beachtet werden. Auch Trauerreaktionen

um ein verlorenes Organ können als Körperschmerz ausgedrückt werden.

### Alarmzeichen für somatoforme Schmerzstörungen

Somatoforme Schmerzstörungen sind nicht nur Ausschlussdiagnosen, sondern es gibt eine ganze Reihe von typischen Hinweisen in der Anamnese. Dazu gehört die Beachtung der eigenen Gefühle im Gespräch mit dem Patienten (siehe nachstehenden Merksatz):

#### Merksatz

*Eigene Gefühle von Ungläubigkeit, Gereiztheit, Langeweile und «Abschalten» sind typisch und entstehen bei ausufernder, ungenauer Symptomschilderung, Gebrauch von affektiven Adjektiven wie «messerstichtartig», «quälend», «als ob eine Bombe im Kopf platzt» etc.*

Je vager die Schmerzschilderung, je weniger von willkürlichen Bewegungen abhängig, und je weniger schmerzlindernde und -steigernde Faktoren angegeben werden können, umso wahrscheinlicher wird eine somatoforme Schmerzstörung (18).

Die erwähnten biografischen Risikofaktoren haben hohen prädiktiven Wert, ebenso wie emotionale Konflikte in zeitlichem Zusammenhang mit dem Schmerzbeginn.

## Somatoforme Schmerzstörungen

### Betreuung in der Praxis

Die Therapie in der Praxis ist anstrengend und zeitaufwändig, allerdings vermindert die anfängliche Zeitinvestition im Verlauf erheblich Zeit, invasive Diagnostik und Frustrationen bei Arzt und Patient.

#### Merksatz

*Nehmen Sie die Schmerzen des Patienten ernst – er empfindet sie ja tatsächlich – und unterdrücken Sie den eigenen Handlungsdruck als Arzt: anstelle von Handeln hilft Zuhören.*

### Therapieziel 1: Entwicklung einer vertrauensvollen und partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung.

Wenn sich die Patienten ernst genommen fühlen, sinkt auch der Handlungsdruck, den der Patient auf den Arzt ausübt. Je nach Zeitdruck in der Praxis kann man gegebenenfalls die Schmerzen als ernstes Problem würdigen, und deswegen einen neuen Termin mit mehr Zeit vereinbaren, eventuell den Patienten zur Vorbereitung ein Schmerztagebuch als Hausaufgabe führen lassen.

Nach ausführlicher Schilderung der Schmerzen und Erfragen bisheriger – meist erfolgloser – Heilungsversuche ist die Sozialanamnese mit den psychosozialen Folgen der Erkrankung wichtig (z.B. sozialer Rückzug, Arbeitsplatzverlust, gedrückte Stimmung etc.). So ergeben sich Hinweise für komorbide Depressionen oder

#### Merksatz

*Allein das ärztliche Interesse und empathische Zuhören entlasten den Patienten und sind schon therapeutisch wirksam!*

Ängste, man kann sich ein bio-psycho-soziales Bild machen. Auf diesem Weg kommen die Patienten meist ganz von selbst auf ihr Leben vor der Erkrankung zu sprechen, auch auf die Trauer/ Wut über dessen Verlust, und man kann nun die biografische Anamnese erheben. Wichtig ist dabei, offene Fragen zu stellen, und keine eigenen Interpretationen zu äußern. (Beschreibung der bio-psycho-sozialen Anamneseerhebung z.B. bei [2].)

#### Merksatz

*Über die Frage nach den psychosozialen Folgen der Schmerzen kommt man gut auf relevante psychosoziale Faktoren zu sprechen, ohne den Patienten «in die Psychoecke zu schieben». Auf keinen Fall sollte man zu früh – manchmal auch gar nicht – psychische Faktoren als Ursachen diskutieren.*

### Therapieziel 2: Verhütung überflüssiger Diagnostik

Dies gibt dem Patienten auch Sicherheit. (In der Gesprächsführung bei Nachfragen nach neuer Diagnostik durch den Patienten diesen zunächst fragen, was er sich davon verspricht, dann mit ihm «ent-

wickeln», dass kein Nutzen, sondern eine weitere Enttäuschung zu erwarten ist.)

Eine frühzeitige psychosomatische oder psychiatrische Konsiliaruntersuchung ist bei Hinweisen für eine somatoforme Störung zu empfehlen; auf keinen Fall sechs Monate warten, um das Diagnosekriterium zu erfüllen.

#### Merksatz

*Vereinbaren Sie eine klare Organ-diagnostik mit dem Patienten und weiten Sie diese dann nicht aus eigener Verzweiflung immer weiter aus.*

Differenzialdiagnosen sind insbesondere Depression und Angststörungen, welche auch komorbid vorkommen, andere somatoforme Störungen (siehe oben), die posttraumatische Belastungsstörung und die Neurasthenie, sowie natürlich somatisch ausgelöste Schmerzen.

### Therapieziel 3: Vorsichtige Erweiterung des Krankheitskonzeptes des Patienten hin zu einem psychosomatischen Krankheitsverständnis

Das Krankheitskonzept des Patienten sollte erfragt werden, da zum Beispiel dysfunktionale Gedanken die Therapie erheblich erschweren können. (Wenn ein Patient überzeugt ist, dass Bewegung mit Schmerzen zum Leben im Rollstuhl führt, weil das einem Familienmitglied auch passiert ist, wird er aktiver Bewegungstherapie natürlich Widerstand entgegensetzen.)

## Somatoforme Schmerzstörungen

**Tabelle 2: Kriterien für die Überweisung in ambulante Fachpsychotherapie** (nach Henningsen et al., [20])

- Keine Besserung nach 6 Monaten psychosomatischer Grundversorgung
- Krankschreibung von mehr als 4 Wochen
- zusätzlich psychische Erkrankung
- stark beeinträchtigende biografische Belastungsfaktoren
- Wunsch des Patienten
- schwierige Arzt-Patient-Interaktion
- schwere Symptomatik (evtl. stationäre Therapie)

**Tabelle 3: Weitere sinnvolle Therapieziele**  
(neben den Zielen 1 bis 4 im Text)

- Verständnis für psychophysische Zusammenhänge und normale körperliche Reaktionen vermitteln
- Restrukturierung dysfunktionaler Bewertungen
- Affektwahrnehmung verbessern
- verbale Kommunikationsfähigkeit verbessern
- Selbstwertgefühl verbessern
- Körpergefühl und Kondition verbessern
- Zukunftsperspektiven entwickeln

### Merksatz

*Erfragen Sie das Krankheitskonzept des Patienten!*

Es ist hilfreich, ein erstes Krankheits- und Behandlungskonzept gemeinsam mit dem Patienten zu entwickeln, welches die schnelle «Wunderheilung» ausschliesst und einen länger dauernden gemeinsamen Weg beinhaltet, in dem der Arzt den Patienten begleitet und berät und der Patient aktiv mitarbeitet (therapeutisches Arbeitsbündnis).

### Merksatz

*Ein Wegnehmen beziehungsweise Nicht-Glauben der Schmerzen würde eine Schmerzverstärkung bewirken, da der Patient die Schwere des Schmerzes beweisen müsste.*

Die Langwierigkeit und das Leiden durch die Schmerzen sollten anerkannt werden, ohne die Hoffnung auf Besserung zu nehmen. Aufgrund der psychodynamischen Entstehung der Schmerzen sind diese ja

prinzipiell reversibel, wenn der zugrunde liegende Konflikt gelöst wird. Auf die obige Weise wird aber die Schutzfunktion des Schmerzes solange wie nötig belassen. Grundlage der Betreuung in der Praxis sind ärztliche Gespräche, die am besten im Voraus, unabhängig von Schmerzen, vereinbart werden, um den Teufelskreis aus Schmerzen und ärztlicher Zuwendung zu unterbinden. Dabei können schmerzverstärkende und schmerzlindernde Faktoren besprochen und eine Überweisung zur Psychotherapie vorbereitet werden.

Etwa 30 Prozent der Patienten verstehen dann psychosoziale Zusammenhänge, nach deren Bearbeitung der Schmerz nachlässt oder verschwindet, 50 Prozent werden als treue Patienten regelmässig mit wechselnden Schmerzen zum Arzt kommen, aber sozial stabil bleiben und weitere Eingriffe meiden, und 20 Prozent werden kein Arbeitsbündnis eingehen und weiterhin «Doctor Shopping» betreiben und Diagnostik und invasive Eingriffe über sich ergehen lassen (19).

An erster Stelle aller zusätzlichen therapeutischen Verfahren steht die Psychotherapie (4). Die psychotherapeutischen Ziele

ergeben sich individuell aus den zugrunde liegenden Konflikten des Patienten. (Indikationen zur Psychotherapie siehe *Tabelle 2*). Auch im Rahmen der Psychotherapie kann der Patient nicht immer die vollständigen psychodynamischen Mechanismen verstehen beziehungsweise annehmen. Die Bearbeitung dieser Zusammenhänge muss mit viel Feingefühl – angepasst an die persönlichen Ressourcen und das Krankheitskonzept des Patienten – erfolgen. Der Erwerb eines weit gehenden psychosomatischen Schmerzverständnisses bietet allerdings grössere Chancen zur Besserung (bzw. sogar Heilung). Zusätzlich und gerade zu Beginn der Therapie sind edukativ-verhaltenstherapeutische Elemente hilfreich.

### Therapieziel 4: Förderung einer aktiven (selbstwirksamen) Rolle des Patienten

Fast immer kommt es im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung zu einer Regression – häufig durch die psychodynamische Entwicklung verständlich und unbewusst gewünscht. Diese erklärt den Wunsch nach passiven Körpertherapien, wie Massagen, Kraniosakraltherapie et cetera, die für den Patienten Zuwendung bedeuten.

### Merksatz

*Unterstützen Sie das Selbstbewusstsein und die Kommunikationsfähigkeiten des Patienten, damit die «Körpersprache Schmerz» überflüssig wird.*

Leider führt diese Regression im Verlauf zu immer stärkerer Regression, Hilflosigkeit und weiterer Chronifizierung. Deswegen sind aktive Therapien zu bevorzugen, sie müssen allerdings sehr behutsam eingeführt werden. Dazu gehören auch aktivierende Strategien im ärztlichen Gespräch. Die medikamentöse Schmerztherapie ist bei somatoformen Störungen wenig wirksam und daher mit Zurückhaltung anzuwenden. Eine antidepressive Therapie gilt als aussichtsreich zur Schmerzmodulation (nachgewiesen für trizyklische Antidepressiva, zu neueren AD liegen noch keine ausreichenden

## Somatoforme Schmerzstörungen

den Daten vor). Sie ist indiziert bei psychiatrischen Begleiterkrankungen. Die medikamentöse Therapie somatoformer Begleitsymptome wie Schwindel oder Müdigkeit sollte nach Möglichkeit vermieden werden, was im Gespräch nach meiner Erfahrung auch gelingt, da die Patienten Medikamenten gegenüber eigentlich ambivalent eingestellt sind.

Ich empfehle eine frühzeitige sachliche Information über, sowie Diskussion der Vor- und (vor allem) Nachteile einer IV-Berentung (finanzielle Auswirkungen, Statusverlust, sozialer Rückzug/Ausgrenzung, erfahrungsgemäss keine gesundheitliche Verbesserung). Bei ausgeprägten Störungen sind frühzeitig die interdisziplinäre Zusammenarbeit oder eine stationäre Therapie auf einer psychosomatischen Abteilung notwendig mit einer Kombination aus Medizin, Psychotherapie, Entspannungsverfahren, aktiver Physio- und Sporttherapie, körperorientierten Verfahren wie Psychomotorik, Atemtherapie, sowie Kreativtherapie im Einzel- und Gruppensetting. Häufig sinnvolle weitere Therapieziele sind in *Tabelle 3* aufgeführt.

### Prognose

Ein Teil der Patienten erlebt im Rahmen der Therapie keine wesentliche Verbesserung der Schmerzen, diese rücken aber aus dem Mittelpunkt des Lebens. Die Patienten werden aktiver und können ihre Lebensqualität oft deutlich verbessern. Dies entspricht auch unseren Erfahrungen nach durchschnittlich vier Wochen interdisziplinärer stationärer Therapie.

Eine Untersuchung nach zwölfwöchiger stationärer psychodynamischer Psychotherapie zeigt in 60 Prozent eine Verbesserung der Schmerzen und in 86 Prozent eine Verbesserung der Problemlöse-Kompetenz (9).

Die Prognose ist meiner Ansicht nach erheblich vom Diagnosezeitpunkt abhängig. Nach jahrelanger schmerzbedingter Arbeitsunfähigkeit lässt sich diese kaum rückgängig machen, was zu einem früheren Zeitpunkt eher möglich wäre. Deswegen möchte ich hier für eine frühzeitige Diagnosestellung und entsprechende Therapie beziehungsweise Überweisung an Fachstellen plädieren.

### Merksatz

*Wesentlich ist die Begleitung des Patienten mit Verständnis, aber auch die ausdrückliche Ermutigung zu Eigenaktivität und eine gute Absprache/Koordination der einzelnen Therapeuten.*

### Fazit

*Somatoforme Schmerzstörung – keine Panik! Daran denken – eigene Gefühle beachten. Allein das ärztliche Interesse und empathische Zuhören entlasten den Patienten. Therapeutisches Bündnis, Entkoppelung von Schmerz und Zuwendung. Frühzeitig psychosomatisches Konsil. Interdisziplinäre Zusammenarbeit – gute Absprachen! Wesentlich ist die Begleitung des Patienten mit Verständnis – nicht Mitleid, aber auch die ausdrückliche Ermutigung zu Eigenaktivität.*

Das Literaturverzeichnis kann beim Verlag angefordert werden ([info@rosenfluh.ch](mailto:info@rosenfluh.ch)).

*Dr. med. Barbara Witte  
Oberärztin Psychosomatische  
Abteilung  
Psychosomatische und Psychosoziale  
Medizin (APPM)  
Allgemeine Medizin (D)  
Kinderheilkunde und Jugendmedizin  
Zürcher Höhenklinik Davos  
7272 Davos-Clavadel  
Tel. 081-414 41 08 oder 081-414 41 00  
Fax 081-414 42 40  
E-Mail: [barbara.witte@zhhd.ch](mailto:barbara.witte@zhhd.ch)*

Interessenkonflikte: keine