

Somatoforme Störungen

Eine Herausforderung an die Arzt-Patient-Beziehung

Von somatoformen Störungen Betroffene sind eine unbeliebte Patientengruppe, da sie sehr schwierig sein können. Über den nicht ganz unproblematischen diagnostischen Begriff und die Betreuung solcher Patienten sprach Professor Dr. med., Dr. phil. Paul Hoff, Klinik für soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie ZH West, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, am «Rheuma Top» 2008 in Pfäffikon SZ.



Professor Paul Hoff

HALID BAS

Was meint eigentlich somatoform?

Der Begriff «somatoform» stammt aus dem Amerikanischen und ist beschreibend. Kennzeichnend ist, dass die Patientin oder der Patient Symptome schildert, die aus der organischen Medizin bekannt sind. «Somatoform ist ein technischer Arbeitsbegriff», stellte Paul Hoff klar, «er ist deskriptiv und enthält keine Hypothese.» Allerdings stehen dieser Begriff und die damit assoziierten Diagnosen im Spannungsfeld der Leib-Seele-Problematik, des Dualismus, der kategoriale Unterschiede sieht zwischen organisch und psychogen. Die Neurowissenschaften haben dies längst relativiert, denn auch bei «organischem» Schmerz lassen sich «psychische» Phänomene mit geeigneten Untersuchungsmethoden als Hirnveränderung sichtbar machen. «Von «somatoform» ist der Begriff «psychogen» abzugrenzen, der suggeriert, wir wüssten Bescheid, aber oft wissen wir es nicht», präziserte Paul Hoff, «auch «funktionell» meint etwas anderes, nämlich dass organisch nichts zu finden ist, aber ein funktionelles Defizit besteht.»

Patienten mit somatoformen Störungen haben oft somatisch etwas, etwa eine Arthrose oder eine Hypothyreose. Für den Arzt erklären solche Befunde aber das ausgeprägte Beschwerdebild nicht, der Patient hingegen empfindet, dass ihm der Arzt nicht glaubt und ihn als Simulanten betrachtet, der er ja nicht ist.

Diagnosen und Epidemiologie

Mit den somatoformen Störungen hat die International Classification of Diseases (ICD) 10 einen breiten Oberbegriff geschaffen, den sie aufteilt in:

- Somatisierungsstörung (F45.0)
- Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)
- Hypochondrische Störung (F45.2)
- Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4).

Ätiologisch sind vielfältige Hypothesen vorgebracht worden, die Persönlichkeitsmerkmale herausstreichen, Einflüsse des sozialen Lernens sehen und genetische Faktoren mit einbeziehen. Als pathophysiologisch wichtig werden auch ein erhöhtes Arousal sowie soziale, bei-

spielsweise iatrogene Verstärker diskutiert.

«Somatoform ist ein technischer Arbeitsbegriff – er ist deskriptiv und enthält keine Hypothese.»

Als relativ häufige, positiv charakterisierte Diagnosen kommen vor allem die Somatisierungsstörung und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Zur Epidemiologie der Somatisierungsstörung gibt es wenig gesicherte

Rheuma Top 2008 – Symposium für die Praxis

«Rheuma Top» ist ein anderthalbtägiges Fortbildungssymposium, das dieses Jahr erstmals gemeinsam von der Rheumaklinik am Universitätsspital Zürich (Prof. Beat A. Michel) und von der Universitätsklinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie/Allergologie am Inselspital Bern (Prof. Peter M. Villiger) organisiert wurde. Sponsor ist die Mepha Pharma AG. Das nächste «Rheuma Top» findet am 27./28. September 2009 statt.

Daten, erklärte Paul Hoff. Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer. Einer Somatisierungsstörung begegnet

als Ausschlussdiagnose, sondern anhand positiver psychologischer Kriterien», präziserte der Psychiater. Auf dem Weg

bei somatoformer Schmerzstörung in einem recht hohen Prozentsatz wirksam, sie wirken günstig auf die Schmerzwahrnehmung und auf begleitende depressive Symptome. Demgegenüber ist die Datenlage für Trizyklika schlechter, und die Nebenwirkungen sind limitierend», bemerkte Professor Hoff.

«Die Diagnose von somatoformen Störungen darf erst gestellt werden, wenn interdisziplinär viel gelaufen ist, nicht als Ausschlussdiagnose, sondern anhand positiver psychologischer Kriterien.»

man vor allem unter ambulanten allgemeinmedizinischen Patienten. Die wirtschaftliche Bedeutung ist evident, da es sich um einen häufigen Grund zur IV-Berentung handelt.

Für die Somatisierungsstörung gibt es diagnostische Kriterien:

- Es bestehen über mindestens zwei Jahre multiple, wechselnde Beschwerden ohne ausreichende somatische Erklärung.
- Die Betroffenen verlangen nach häufigen spezialärztlichen Untersuchungen.
- Die Versicherung, dass keine somatische Krankheit vorliege, wird nicht akzeptiert.
- Es liegt eine Beeinträchtigung familiärer und sozialer Funktionen vor.

Auch für die anhaltende somatoforme Schmerzstörung gibt es wenig gesicherte Daten. Der Häufigkeitsgipfel liegt in der vierten und fünften Lebensdekade, und es besteht keine klare Geschlechtsdifferenz, ausser dass Frauen bei Fibromyalgie, Unterbauch- und Spannungskopfschmerz häufiger betroffen sind.

Die diagnostischen Kriterien für die anhaltende somatoforme Schmerzstörung umfassen:

- Über sechs Monate anhaltender quälender Schmerz ohne ausreichende somatische Erklärung
- Ständige Beschäftigung mit dem Schmerz
- Zusammenhang mit emotionalen und psychosozialen Problemen
- Das Beschwerdebild steht nicht im Rahmen einer Schizophrenie oder affektiven Störung.

«Die Diagnose von somatoformen Störungen darf erst gestellt werden, wenn interdisziplinär viel gelaufen ist, nicht

dahin gilt es, organische Ursachen auszuschliessen, wichtig ist aber, die Diagnostik zu dosieren. Abklärungen sollen früh genug erfolgen, klar begründet werden und dürfen nicht unkritisch wiederholt werden. Im Rahmen der Abklärung ist neben psychiatrischen Komorbiditäten der Kombination ungünstiger

«Wenn es gelingt, den Schmerz zu akzeptieren und den Patienten nicht einfach in die «Psychoecke» zu stellen, ist das schon ein grosser Erfolg.»

Persönlichkeitszüge unbedingt Beachtung zu schenken, was eine ausführliche biografische Anamnese erfordert, die oft ein Spannungsfeld zwischen ängstlich-zwanghaften Zügen und einem ordentlichen, ehrgeizigen Wesen ergibt, das in Zusammenhang steht mit einer rigiden Herkunft. Versicherungen reagieren auf die Erwähnung von Persönlichkeitsmerkmalen oft negativ, weshalb in psychiatrischen Gutachten immer darauf hingewiesen werden muss, dass beschriebene Persönlichkeitscharakteristika im Hinblick auf die Somatisierungsstörung nicht kausal aufgefasst werden dürfen.

Therapeutische Prinzipien

Die Behandlung muss interdisziplinär sein und Hausarzt, Rheumatologen, Neurologen und Physiotherapeuten sowie Psychiater beziehungsweise Psychotherapeut umfassen. Neben vorsichtig konfliktzentrierten Gesprächen kommen auch rehabilitative Massnahmen wie das Führen eines Schmerztagebuchs sowie eine Kombination mit Psychopharmaka zum Einsatz. Wunder darf man nicht erwarten, deutliche Erfolge sind im besten Fall bei rund 10 Prozent der Betroffenen zu erreichen. «Selektive Serotoninwiederaufnahme-Hemmer (SSRI) sind speziell

geeigneten Fällen die Verhaltenstherapie. «Für die Therapie besonders wichtig ist es, mit dem «Krankheitskonzept» des Patienten zu arbeiten», die Arbeitsunfähigkeitszeiten zu minimieren und rehabilitative Massnahmen, idealerweise am Arbeitsplatz, durchzuführen», sagte Paul Hoff. Zu den leitenden Gesichtspunkten für das ärztliche Handeln im Umgang mit dieser Patientengruppe sagte er:

- Man muss die schwierige Arzt-Patient-Beziehung akzeptieren. Der Kernpunkt dabei ist es, die Diskrepanz zwischen Befund und Befinden auszuhalten.
- Cave «Gesichtsverlust» des Patienten! Wenn es gelingt, den Schmerz zu akzeptieren und den Patienten nicht einfach in die «Psychoecke» zu stellen, ist das schon ein grosser Erfolg.
- Regelmässige, symptomunabhängige Konsultationen vereinbaren.
- Wichtig ist auch die Kommunikation der verschiedenen Behandler untereinander. ■

Halid Bas

Interessenlage: Diese Berichterstattung wurde durch die Mepha Pharma AG, Aesch, unterstützt. Die Firma hat auf den Inhalt keinen Einfluss genommen.