

## Tischversion

## Psychosomatische Medizin: Teil 2 Somatoforme Störung

### Begriffsbestimmung

Somatoform bedeutet, dass die vorhandenen körperlichen Beschwerden **somatische Krankheiten nachformen** (ICD-10: F45.0 Somatoforme Störung).

### Diagnostisch wichtig und zu beachten ist:

- Die Beschwerden und Symptome lassen sich nicht durch organische Befunde erklären.
- Jedes Körperteil und jedes Organsystem kann betroffen sein, mehrere Symptome können gleichzeitig auftreten.
- Am häufigsten werden **Schmerzen** unterschiedlichster Lokalisation genannt (Thorax, Abdomen, Nervensystem oder Sinnesorgane), muskuloskeletale oder urogenitale Beschwerden.

### Wann sollten Sie an eine somatoforme Störung denken?

- Der Patient klagt (häufig) über körperliche Beschwerden, für die keine ausreichende organische Ursache gefunden werden kann.
- Der Patient ist überzeugt, dass diese körperlichen Beschwerden Ausdruck einer organischen Erkrankung sind.
- Der Patient fordert trotz abgeschlossener Diagnostik weitere Untersuchungen und erscheint besorgt, ob nicht doch etwas übersehen wurde.
- Die körperlichen Beschwerden stehen oftmals in Zusammenhang mit aktuellen oder zurückliegenden psychischen und sozialen Belastungen.

### Wichtige Fragen an den Patienten

- »Haben Sie einen Verdacht für die Ursache Ihrer Beschwerden?«
- »Bestehen in letzter Zeit besondere Belastungen?«  
Die Antwort kann Hinweise geben, ob der Patient für eine psychosomatische Erklärung (und evtl. Behandlung) offen ist, oder im Gegenteil anhaltend weitere somatische Diagnostik und Therapie anstrebt.

- Fragen Sie nach Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Nervosität und/oder Angstzuständen. Hier kann eine weiterführende Diagnostik erforderlich werden, um **Angststörungen** und/oder **Depressionen** zu erkennen und zu behandeln.

### Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung

Die Interaktion zwischen Arzt und Patient mit somatoformer Störung ist häufig schwierig. Nicht selten kommt es zu Abbrüchen der Beziehung und zu häufigem Arztwechsel. Als Grund wird zumeist die Diskrepanz in den jeweiligen Ursachenüberzeugungen angesehen: Der Arzt vermutet nach fehlendem Nachweis organischer Erklärungen psychogene Ursachen. Der Patient erlebt diese Situation mit großer Sorge und nimmt weiter organische Ursachen an, weil nur diese für ihn eine Legitimierung seiner Beschwerden bedeuten: Er fühlt sich vom Arzt nicht ernstgenommen, der Arzt seinerseits fühlt sich im Verlauf der Behandlung mitunter verunsichert und ggf. auch infrage gestellt. Der Verlauf somatoformer Störungen wird in dieser Situation wesentlich vom Verhalten des Arztes mitbestimmt. Wiederholte beschwerdegesteuerte organische Diagnostik trägt zur Chronifizierung bei. Die Therapie besteht zunächst darin, ein **tragfähiges Vertrauensverhältnis zu schaffen**. Dazu muss in geeigneter Form über somatoforme Störungen und über das **Wechselspiel von körperlichen und seelischen Prozessen** mit dem Patienten gesprochen werden. Die eigentliche Arbeit des Hausarztes besteht darin, den Patienten im Bedarfsfall zu einer weiterführenden psychotherapeutischen Behandlung zu motivieren. Diese kann Jahre in Anspruch nehmen. Eine mehrwöchige Behandlung in einem Krankenhaus mit dem Schwerpunkt auf somatoforme Störungen kann auch eine Alternative sein und wird von den Krankenkassen bezahlt.

## Beispiel: Herzphobie

Funktionelle Störungen des kardiovaskulären Systems sind definiert durch wiederkehrende, flüchtige Schmerzen und andere Beschwerden wie Herzstolpern, Herzasen oder auch Schwindel, die vom Betroffenen als Ausdruck einer Herzerkrankung erlebt werden, ohne dass sich bei angemessener ärztlicher Untersuchung eine entsprechende Erkrankung des Herzens oder anderer Thoraxorgane nachweisen lässt. Anders als im Rettungsdienst oder in der Notfallambulanz hat akuter Brustschmerz in der hausärztlichen Versorgung nur in 20% der Fälle eine kardiale Ursache.

**Differentialdiagnostisch ist es wichtig, eine Angst- und Panikstörung auszuschließen**, denn auch hier sind herzbezogene psychosomatische Symptome häufig. Nach Ausschluß von organischen Herzerkrankungen gilt zur Abgrenzung von Panikstörungen gegenüber funktionellen Herzbeschwerden:

- Eine Panikstörung liegt vor, wenn anfallsartige »Herzbeschwerden« mit anderen vegetativen und psychischen Begleitsymptomen auftreten und diese sich wiederholen.
- Bei kontinuierlichen »Herzbeschwerden« außerhalb von Panikattacken ist eine funktionelle Störung des kardiovaskulären Systems gegeben, im Sinne einer autonomen somatoformen Funktionsstörung.

Wenn »Herzbeschwerden« sowohl bei Panikattacken als auch ohne diese auftreten, muss eine Komorbidität angenommen werden. Wenn die Angst vor Bestehen einer Herzerkrankung dominiert und mit einer starken Ursachenüberzeugung einhergeht, muss auch an eine Angststörung gedacht werden.

Das **psychosomatische Behandlungskonzept** setzt Zeit für den Patienten, Geduld, Gelassenheit und das Wissen um die Begrenztheit der therapeutischen Möglichkeiten voraus. Erforderlich ist ein umfassendes bio-psycho-soziales Verständnis, damit keine vor-schnelle und von Vorurteilen geprägte Einordnung stattfindet.

## 1. Schritt:

Die psychosoziale Anamnese sollte aktuelle Belastungsfaktoren und mögliche Belastungen aus der Vergangenheit des Patienten benennen und zu dem Ergebnis kommen, ob der Patient diese Faktoren mit dem behandelnden Arzt oder einem Psychotherapeuten bearbeiten möchte.

## 2. Schritt

Ist der behandelnde Arzt die weitere Bezugsperson des Patienten, so sollte ein gemeinsames Krankheitsverständnis dazu führen, dass man die Symptomatik der Beschwerden besser verstehen und zuordnen kann. Therapeutisch kann ein Entspannungsverfahren (z. B. autogenes Training, Muskelrelaxation nach Jacobson oder Yoga) eingesetzt werden. Hilfreich ist auch ein Symptomtagebuch.

## 3. Schritt

Hier werden Zusammenhänge zwischen belastenden Lebensereignissen und dem Auftreten der körperlichen Beschwerden eruiert und alternative Verhaltensweisen zur Reduktion von psychosozialen Belastungen entwickelt.

Sollte es durch Gespräche über alternative Verhaltensweisen in der Lebensführung nicht gelingen eine Verringerung von psychosozialen Belastungsfaktoren zu erreichen, ist auch unter dem Gesichtspunkt, dass durch Traumatisierungen in der Vorgeschichte, larvierte Depressionen oder Angststörungen mit einer Rolle spielen könnten, eine Überweisung zu einem psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten indiziert.

Für den Arzt kann die Teilnahme an einer **Balint-gruppe** zum besseren Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung, dem Erkennen der eigenen »blinden Flecken« und der Entwicklung empathischer Fähigkeiten sehr hilfreich sein.