

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

SOMATISIERUNGSSTÖRUNG

Somatisierungsstörungen sind körperliche Beschwerden ohne organisch fassbaren Befund, die zu andauernden Klagen und Arzt-Konsultationen führen. Betroffen sind meist mehrere Funktionsbereiche: Magen-Darm, Herz-Kreislauf, Harnwegs-System, Wirbelsäule und Gelenke, Schmerzbilder, Sexualität u. a. Das Leidensbild beginnt häufig schon in jungen Jahren und kann das ganze Leben lang anhalten. Frauen scheinen häufiger betroffen. Die Konsequenzen sind – je nach Schweregrad – folgenreich: Lebensqualität, Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft, Beruf usw. Im Extremfall drohen zusätzliche psychische Leiden, ständiger Arztwechsel, vielfältige (und dann rasch abgebrochene) Behandlungs-Ansätze, vor allem eine Vielzahl von Medikamenten („wirkungslos“, wie die Betroffenen betonen).

Obgleich die Patienten hartnäckig anderer Meinung sind, handelt es sich hier nicht um ein „mehrschichtiges organisches Leiden“, sondern um eine seelische Störung. Die bräuchte dann auch eine psychiatrische Diagnose und Therapie, wozu es aber nur selten kommt. Diese Einschätzung entscheidet oftmals über den letztlich doch schicksalhaften negativen Verlauf, was im Grunde vermeidbar wäre.

Erwähnte Fachbegriffe:

Somatisierungsstörung – multiple psychosomatische Störung – multiples Beschwerde-Syndrom – multipler organ-bezogener Symptom-Komplex – undifferenzierte Somatisierungsstörung – undifferenzierte somatoforme Störung - somatoforme Störungen – Konversionsstörung – somatoforme autonome Funktionsstörung – Schmerzstörung – Neurasthenie – Hypochondrie – Hysterie – histrionisches Verhalten – körperdysmorphe Störung – Simulation – Aggravation – Vorgetäuschte Störung – Selbstbehandlungsversuche – familiäres Verteilungsmuster – Beschwerdebild der Somatisierungsstörung – Symptomatik der Somatisierungsstörung – diagnostische Leitlinien der Somatisierungsstörung – Somatisierungsstörung nach ICD-10 – Somatisierungsstörung nach DSM-IV-TR – Differentialdiagnose der Somatisierungsstörung – Co-

Morbidität und Somatisierungsstörung – psychosoziale Folgen der Somatisierungsstörung – Therapie der Somatisierungsstörung – Arzt-Patient-Verhältnis bei Somatisierungsstörung – Somatisierungsstörung und Angehörige – Somatisierungsstörung und Umfeld – Somatisierungsstörung und Prognose (Heilungsaussichten) – u.a.m.

Es gibt Menschen, die klagen heute über dies und morgen über jenes, scheinen nie mehr recht gesund und damit froh zu werden, belasten damit auch ihr näheres und weiteres Umfeld – und dies seit Jahren oder „seit man zurückdenken kann“. Außerdem sind sie meist unzufrieden mit ihren Ärzten (man beachte die Mehrzahl!), von denen sie ständig behaupten, sie würden nichts finden, wo es ihnen doch augenscheinlich so schlecht geht. Kurz: Die gesundheitliche und damit psychosoziale Situation ist völlig verfahren, ihr durchaus schweres Los macht auch ihre Angehörigen ratlos, ja zermürbt sie langsam und ihr weiteres Umfeld, nicht zuletzt Mitarbeiter, Vorgesetzte (und die Ärzte) sind – drücken wir es zurückhaltend aus – nicht gerade begeistert über diese „Dauer-Patienten“.

Dabei handelt es sich hier keinesfalls um Simulanten, die aus undurchsichtigen Gründen ihre ständigen Klagen vorbringen. Auch passen sie nicht in das herkömmliche (und nebenbei auch psychiatrisch-klassische) Bild eines hypochondrischen oder gar hysterischen Patienten, obgleich die behandelnden Ärzte hier mitunter anderer Meinung sind, zumindest ein „gewisses grenzwertiges Verhalten“ registrierend. Zum Vergleich: Einzelheiten bezüglich Hypochondrie und Hysterie siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie; und zur Simulation, Aggravation u. a. siehe nachfolgender Kasten.

WAS VERSTEHT MAN UNTER...

- **Aggravation** (engl.: aggravation): Verstärkung bzw. Übertreibung tatsächlich vorhandener, aber im Allgemeinen nicht so schwer wiegender Symptome. Im Gegensatz zur Simulation (s. u.) liegen hier jedoch reale Beschwerden (und damit auch krankhafte Befunde) vor.
- **Artifizielle Störungen** (engl.: artefical disorders): Willentliches, aber nicht nachvollziehbares Erzeugen und damit Vortäuschen von körperlichen (selten auch seelischen) Beschwerden oder Beeinträchtigungen. Oft sind es selbst zugefügte Verletzungen, die zu einer medizinischen Diagnose oder gar ambulanten bzw. stationären Therapie zwingen – ggf. sogar zu einem Krankenhaus-Wandern führen. Im Gegensatz zur reinen Simulation (s. u.) handelt es sich hier aber um eine unbewusste und damit zumindest nicht ausreichend kontrollierte Zielsetzung. Die bekannteste Unterform der artifiziellen Störung ist das Münchhausen-Syndrom (s. u.).

- **Dissimulation** (engl.: dissimulation): Verbergen oder zumindest Herunterspielen real vorhandener Krankheitszeichen bis hin zur Vortäuschung nicht bestehender Gesundheit aus bestimmten Gründen (z. B. Bewerbung).
- **Ganser-Syndrom** (engl.: Ganser-syndrome): Komplexe Wunsch- und Zweck-Reaktion mit auffälligem Daneben-Reden oder gar Vorbei-Handeln. Einzelheiten siehe das spezifische Kapitel in dieser Serie.
- **Münchhausen-Syndrom** (engl.: Munchhausen-syndrome): Nach dem gleichnamigen Lügen-Baron benanntes Beschwerdebild mit den spezifischen Charakteristika: 1. vorgetäuschte Erkrankung, 2. pathologisches Lügen (Fachbegriff: Pseudologia phantastica) und 3. Umherziehen von Ort zu Ort, meist von Krankenhaus zu Krankenhaus. In der Regel männlich, wenig angepasst, oft vorbestraft, nicht selten aber auch entsprechend vorgebildetes medizinisches Fachpersonal (z. B. Krankenschwestern, Laborantin, Krankenhausverwaltung).

Eine besonders schwer wiegende Unterform ist das „Münchhausen-Syndrom by proxy“, bei dem nicht der Betroffene sich selber, sondern – zumeist die Mutter – ihr Kind „krankenhaus-, untersuchungs- und behandlungs-bedürftig“ manipuliert.

- **Simulation** (engl.: malingering, feigning, simulation): Bewusste, zweckgerichtete Vortäuschung bzw. gezielte Nachahmung von Beschwerden, um als krank zu gelten. Dahinter steht beispielsweise ein geplanter Versicherungsbruch u. a.

Das Problem dieser Patienten ist vor allem die „wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen, und dies trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass diese Krankheitszeichen „nicht körperlich begründbar sind“. So die einleitende Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) zum Kapitel *somatoforme Störungen*.

Die somatoformen Störungen (vom Griech.: soma = Körper und lat.: forma = Form, Gestalt, Figur) gehören zu den „medizinisch unerklärten Körpersymptomen“, wie der moderne psychiatrische Lehrbuch-Text etwas umständlich lautet. Einzelheiten dazu siehe das ausführliche Kapitel in dieser Serie über somatoforme Störungen wie Häufigkeit, Beschwerdebild, Ursachen, Verlauf, Therapie und der stichwortartigen Darstellung der wichtigsten Leidensbilder dieser relativ neuen Krankheits-Kategorie, wie sie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) definieren. Beispiele: Konversionsstörung, somatoforme autonome Funktions-

störung, Schmerzstörung, Neurasthenie, Hypochondrie, körperdysmorphe Störung und Somatisierungsstörung.

Letztere, nämlich die Somatisierungsstörung ist wahrscheinlich die häufigste Form somatoformer Störungen und soll deshalb nachfolgend etwas ausführlicher dargestellt werden:

SOMATISIERUNGSSTÖRUNG – ALLGEMEINE ASPEKTE

Die Somatisierungsstörung ist ein offensichtlich häufiges und in ihrem Beschwerdebild beeinträchtigendes bis quälendes Leiden. Wahrscheinlich kennt jeder einen Mitmenschen aus dem näheren oder weiteren Umfeld, der in diese Krankheitsgruppe passt, wenn er sich die folgenden Ausführungen vor Augen hält.

Leider haben die großen, weltweit ton-angebenden Gesundheits- bzw. psychiatrischen Institutionen keine deckungs-gleichen Vorstellungen bzw. klassifikatorischen Empfehlungen dazu. Deshalb müssen wir uns mit einer getrennten Darstellung der Somatisierungsstörung begnügen, wie sie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) und die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) in ihrem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-III-TR) vorschlagen:

Für beide gleich ist der so genannte *multiple organ-bezogene Symptom-Komplex* ohne ausreichende medizinische Erklärung, wie es die Experten nennen. Oder etwas verständlicher: Vielfältige, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Krankheitszeichen, für die nicht nur der Hausarzt, sondern auch der jeweilige Facharzt keinen entsprechenden organischen Befund erheben kann. Oder noch schlichter: Der Patient fühlt sich krank und der Arzt findet nichts.

Da sich die Betroffenen aber schon seit Jahren oder gar Jahrzehnten quälen (siehe der relativ frühe Beginn – s. u.), haben viele von ihnen eine nicht nur für sie enttäuschende, sondern auch oft schmerzhaftes „Patienten-Karriere“ hinter sich. Das beginnt in der Regel mit dem Hausarzt, meist Arzt für Allgemeinmedizin oder einem hausärztlich tätigen Internisten und endet mit den Spezialisten für den jeweils zermürenden Leidens-Schwerpunkt. Zum Psychiater, an den sie zumindest nach allen vergeblichen Facharzt-Konsultationen denken sollten, wollen allerdings die wenigsten bzw. fühlen sich wohl erst am Ende ihres Leidensweges dazu gezwungen, falls überhaupt.

Das wäre allerdings schon von vorne herein die richtige Lösung gewesen, gehört aber fast schon zum charakteristischen Verlauf einer Somatisierungsstörung: viele „organische Umwege“ und eine schier unüberwindbare Scheu vor den zuständigen Experten. Der Grund ist einfach: Diese Patienten fühlen sich

körperlich beeinträchtigt bzw. ganz konkret organisch krank. Deshalb können nicht sie verstehen, dass die in ihren Augen doch oft hoch komplizierten und damit eigentlich effektiven Untersuchungsverfahren keine typischen Ergebnisse (zumindest aber nichts hinreichend Erklärendes) ergeben. Und daher wechseln sie lieber ständig den Arzt bzw. die fachärztliche Richtung, als sich zum „psychisch Kranken“ stempeln zu lassen (wobei die abwertenden Begriffe meist heftiger ausfallen).

Was enthalten nun die beiden Klassifikations-Vorschläge von ICD-10 und DSM-III-TR?

Häufigkeit – Alter – Geschlecht

Die Häufigkeit (Fachbegriff: Prävalenz) für Somatisierungsstörungen, wie sie offiziell angegeben wird, mutet erst einmal eigenartig an, was allerdings auch mit der Vielschichtigkeit dieses Krankheits-Phänomens zusammenhängt. So lassen sich zum einen Somatisierungsstörungen auf Schritt und Tritt registrieren. Dies bestätigen vor allem die Ärzte für Allgemeinmedizin, aber auch Internisten, und hier insbesondere die Spezialisten für Herz-Kreislauf und Magen-Darm. Ferner Neurologen, Gynäkologen, Orthopäden und sogar Chirurgen (Schmerzen!). Auch wird ja der übergeordnete Bereich der somatoformen Störungen, unter dessen Dach die Somatisierungsstörungen platziert sind (siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie) mit einer geradezu unfassbar hohen Häufigkeit geschildert, nämlich zwischen 20% (nachvollziehbar) bis 50% (?) jener Patienten, die ärztlicherseits erfasst werden können.

Da die Somatisierungsstörungen in diesem Zusammenhang zur Häufigkeits-Spitzengruppe gezählt werden, ist nur andererseits das, was offiziell an Daten durch die APA in den USA vorliegt wieder unverständlich, nämlich wenige Prozent (s. u.). Das hängt vor allem mit den unterschiedlichen Einschluss-Kriterien der verschiedenen Institutionen zusammen (was zählt zur exakten Diagnose, was nicht?). So gibt es für verschiedene US-amerikanische Studien mit sehr eng begrenzten Diagnose-Kriterien die unfassbar geringe Häufigkeit von 0,2 bis 2% bei Frauen und < 0,2% bei Männern, zwar relativ homogen (einheitlich) diagnostiziert, aber epidemiologisch unbedeutsam, klagen viele Experten. (Die Epidemiologie untersucht und beschreibt die Häufigkeit psychischer Erkrankungen und den Einfluss kultureller und sozialer Bedingungen wie Zeit, Lebensraum, Alter, Beruf, soziale Schicht, Mobilität, Einkommen, Bildung u. a.)

Dafür gibt es dann eine Rest-Kategorie so genannter „undifferenzierter somatoformer Störungen“ (s. u.), die ein weniger streng definiertes bzw. enges Beschwerdebild aufweisen, und hier sind dann die Zahlen deutlich häufiger.

Kurz: Der Alltag in Klinik und vor allem Praxis und die Wissenschaft sind hier (noch) nicht deckungsgleich und deshalb auch nicht aussagefähig genug, um

sich ein realistisches Bild vom Phänomen der Somatisierungsstörung generell zu machen.

Was allerdings in allen Untersuchungen deutlich wird und schon anklang: *Frauen* sind häufiger betroffen. Zwar findet sich kein eindeutiger Schwerpunkt nach Geschlecht, Alter oder soziokulturellen Aspekten, doch drängt sich immer wieder der Eindruck auf: die größte Häufung nicht erklärbarer körperlicher Beschwerden findet sich bei *jungen Frauen mit niedrigem sozialem Status*.

Beginn – Verlauf – Prognose

– Der *Beginn* der Somatisierungsstörung liegt in der Regel in der so genannten Spät-Adoleszenz (also bei den Heranwachsenden) und im jungen Erwachsenen-Alter. Meist ist das eindeutig zuordenbare Beschwerdebild bis zum 25. Lebensjahr erreicht. Bei Frauen häufen sich übrigens die Probleme während der Monatsblutung, was sich dann später auch partnerschaftlich noch verschärfen kann (enge Beziehung zwischen sexuellen Beschwerden und partnerschaftlicher Unzufriedenheit?)

– Der *Verlauf* – da sind sich jetzt endlich einmal alle Experten und damit Institutionen einig – ist chronisch fluktuierend, wie der Fachbegriff heißt, d. h. ein ständiges (Jahre oder Jahrzehnte dauerndes) Auf und Ab, gleichsam durch das ganze Leben hindurch.

– Die *Prognose* (also die Heilungsaussichten) ist ungünstig, was vor allem durch einen unseligen Teufelskreis aus zwischenmenschlichen, d. h. partnerschaftlichen (s. o.), familiären, beruflichen u. a. Konsequenzen resultiert, einschließlich leichtfertiger und schließlich verzweifelter Selbstbehandlungs-Versuche mit Medikamenten oder gar Alkohol, Nikotin, Rauschdrogen u. a. (s. u.).

Familiäres Verteilungsmuster

Interessanterweise findet sich selbst bei einem so relativ schwer exakt diagnostizierbaren Leidensbild auch eine genetische, d. h. mehr oder weniger direkte erbliche Belastung. Die Umschreibung jener Experten, die nicht nur biologische (also direkt erbliche), sondern auch psychosoziale Einflüsse diskutieren, spricht von einem *familiären Verteilungsmuster*.

Und hier findet sich laut DSM-IV-TR bei Frauen mit Somatisierungsstörung bei etwa 10 bis 20% der weiblichen biologischen Verwandten 1. Grades ebenfalls eine Somatisierungsstörung. Die männlichen Verwandten von Frauen mit dieser Störung weisen ein erhöhtes Risiko für die antisoziale Persönlichkeitsstörung sowie Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen auf (Alkohol, Rauschdrogen, Nikotin, Medikamente).

Nun zeigen auch streng kontrollierbare Adoptions-Studien, dass sowohl genetische als auch Umfeldfaktoren das Risiko für die erwähnten antisozialen Persönlichkeitsstörungen bzw. solche durch psychotrope Substanzen erhöhen können – und für die Somatisierungsstörungen auch. Kurz: Sowohl biologische Eltern mit direkter Vererbung als auch nicht-blutsverwandte Adoptiv-Eltern mit entsprechendem Lebens-Stil können zu einem erhöhten Risiko einer Somatisierungsstörung führen.

Das spricht also sowohl für erbliche, als auch psychosoziale Einflüsse, was Ursache, Verlauf und Beschwerdebild einer Somatisierungsstörung anbelangt.

DAS BESCHWERDEBILD EINER SOMATISIERUNGSSTÖRUNG

Bei der Symptomatik (Beschwerdebild) einer Somatisierungsstörung werden die diagnostischen Unterschiede zwischen Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Amerikanischer Psychiatrischer Vereinigung (APA) am deutlichsten, obgleich sich pro überarbeiteter Ausgabe ihrer „Lehrbücher“ mit den Klassifikations-Schwerpunkten die Ansichten immer mehr angenähert haben (und hoffentlich in Zukunft in identische Diagnose-Kriterien münden).

Nachfolgend deshalb die diagnostischen Merkmale beider Institutionen in Kurzfassung:

● **Somatisierungsstörung nach ICD-10**

Nach der ICD-10 der WHO können sich die Symptome einer Somatisierungsstörung (gelegentlich auch als multiple psychosomatische Störung oder multiples Beschwerde-Syndrom bezeichnet) auf jeden Körperteil oder jedes Körpersystem beziehen. Zu den häufigsten gehören gastro-intestinale (Magen-Darm-) Beschwerden wie Schmerz, Aufstoßen und Ruminieren. Letzteres, allgemeinverständlich als „Wiederkäuen“ bezeichnet, ist eine Bewegungs-Unruhe des Magens mit unwillkürlichem Hochwürgen und erneutem Durchkauen und Verschlucken von Mageninhalt, was vor allem als Symptom einer Verhaltensstörung bei Kleinkindern, gelegentlich aber auch Erwachsenen vorkommen kann; ferner Erbrechen, Übelkeit usw.

Nicht selten sind abnorme Haut-Empfindungen wie Jucken, Brennen, Prickeln, Taubheitsgefühle, Ausschlag, Wundsein u. a. Häufig findet sich auch die Klage über sexuelle und menstruelle Störungen (Monatsblutung).

Als *diagnostische Leitlinien* nach ICD-10 gelten:

1. Mindestens zwei Jahre anhaltende multiple (vielfältige) und unterschiedliche körperliche Symptome, für die keine ausreichende somatische (körperliche, organische) Erklärung gefunden wurde.

2. Die hartnäckige Weigerung, den Rat oder die Versicherung mehrerer Ärzte anzunehmen, dass für die Symptome keine körperliche Erklärung zu finden ist.
3. Eine gewisse Beeinträchtigung familiärer und sozialer Funktionen durch die Art der Symptome und das daraus resultierende Verhalten.

● **Somatisierungsstörung nach DSM-IV-TR**

Das Hauptmerkmal der Somatisierungsstörung nach DSM-IV-TR ist ein Muster von rezidivierenden (immer wieder auftretenden), multiplen (vielfältigen), klinisch bedeutsamen somatischen (körperlichen) Beschwerden.

Als „klinisch bedeutsam“ wird gewertet, wenn sie zu einer medizinischen Behandlung führen (z. B. Medikamenten-Einnahme) oder deutliche Beeinträchtigungen in sozialen, d. h. partnerschaftlichen, familiären sowie beruflichen oder anderen wichtigen Funktions-Bereichen verursachen.

Die körperlichen Beschwerden müssen vor dem 30. Lebensjahr beginnen und über eine Zeitspanne von mehreren Jahren andauern (Kriterium A).

Dabei muss jedes der folgenden Merkmale erfüllt gewesen sein, wobei die einzelnen Symptome irgendwann im Verlauf der Störung aufgetreten sein müssen, hier als „Vorgeschichte“ bezeichnet (Kriterium B).

- (1) *Vier Schmerzsymptome*: Eine Vorgeschichte von Schmerz-Symptomen, die mindestens vier verschiedene Körperbereiche oder Funktionen betreffen, z. B. Kopf, Abdomen (Bauchraum, d. h. Magen und Darm), Rücken, Gelenke, Extremitäten (Arme und Beine), Brust, Rektum (Mastdarm), während der Menstruation (Monatsblutung), während des Geschlechtsverkehrs oder während des Wasserlassens.
- (2) *Zwei gastro-intestinale (Magen-Darm-)Symptome*: eine Vorgeschichte von mindestens zwei gastro-intestinalen Symptomen außer Schmerzen. Beispiele: Übelkeit, Völlegefühl, Erbrechen (außer während einer Schwangerschaft), ferner Durchfall, Unverträglichkeit von verschiedenen Speisen) usw.
- (3) *Ein sexuelles Symptom*: eine Vorgeschichte von mindestens einem Symptom im Bereich Sexualität oder Fortpflanzung außer Schmerzen. Beispiele: sexuelle Gleichgültigkeit, Erektionsstörung (Penis-Versteifung) oder Ejakulationsstörung (Störung des Samenergusses), unregelmäßige Menstruationen (Monatsblutungen), sehr starke Menstruations-Blutungen, Erbrechen während der gesamten Schwangerschaft.

- (4) *Ein pseudo-neurologisches Symptom*: Eine Vorgeschichte von mindestens einem Symptom oder Defizit (nicht begrenzt auf Schmerz), das einen neurologischen Krankheitsfaktor nahe legt. Beispiele: Konversions-Symptome wie Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen (durch mangelhaftes Zusammenspiel aller bei einer Bewegung tätigen Muskeln), Lähmungen oder lokalisierte (örtliche) Muskelschwäche, ferner Schluck-Schwierigkeiten oder Kloßgefühl im Hals, Aphonie (Stimmlosigkeit, Stimmstörung), Harnverhaltung, Halluzinationen (Trugwahrnehmungen, eigentlich kein neurologisches, sondern ein psychiatrisches Krankheitszeichen, trotzdem hier angegeben), ferner der Verlust der Berührungs- oder Schmerzempfindung, Sehen von Doppelbildern, Blindheit, Taubheit, (Krampf-)Anfälle, dissoziative Symptome, z. B. als Amnesie (Erinnerungsverlust) oder Bewusstseinsverlust, jedoch nicht einfache Ohnmacht u. a.

Kriterium C. Entweder (1) oder (2):

- (1) Nach adäquater (entsprechend fachgerechter) Untersuchung kann keines der Symptome von Kriterium B. vollständig durch einen bekannten medizinischen Krankheitsfaktor oder durch die direkte Wirkung einer Substanz (z. B. Rauschdroge, Medikament) erklärt werden. Kurz: Kein fassbarer krankhafter Befund erhebbar.
- (2) Falls das Symptom mit einem medizinischen Krankheitsfaktor in Verbindung steht, so gehen die körperlichen Beschwerden oder daraus resultierenden sozialen oder beruflichen Beeinträchtigungen über das hinaus, was auf Grund von Anamnese (Vorgeschichte), körperlicher Untersuchung oder den Laborbefunden zu erwarten wäre. Kurz: Selbst, wenn etwas Organisches gefunden wurde, ist die Reaktion darauf unüblich.

Kriterium D. Die Symptome sind nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht wie bei der vorgetäuschten Störung oder Simulation

UNDIFFERENZIERTE SOMATISIERUNGSSTÖRUNG / SOMATOFORME STÖRUNG

Während die Somatisierungsstörung nach ICD-10 einigermaßen überblickbar ist, wenngleich auch weniger konkret und damit weiter und vor allem individuell variabler auslegbar (s. o.), sind die diagnostischen Kriterien des DSM-IV-TR sehr viel schärfer gefasst. Damit ergeben sie – wie bereits erwähnt - eine zwar relativ homogene (einheitliche) Patienten-Gruppe, die aber zahlenmäßig so gut wie nicht ins Gewicht fällt, jedenfalls nicht angesichts der vielen entsprechenden Klagen ohne organischen Befund (s. o.). Das hat vor allem die Ärzte „an der Gesundheitsfront“, nämlich die Allgemeinmediziner und niedergelassenen Spezialisten irritiert, ja in ihrer Dokumentation behindert.

Und dies hat die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung zu einer weiteren Gruppierung gezwungen, nämlich der *undifferenzierten somatoformen Störung*.

Damit wollte man den großen Rest der sonst nicht als solcher diagnostizierbaren Somatisierungsstörungen erfassen. Offensichtlich haben auch die US-amerikanischen Psychiater gemerkt, dass die zwar konkrete, aber enge Fassung zu viel voraussetzt bzw. kaum entsprechend vorkommt und deshalb ein Ersatz-Angebot geschaffen.

Aber auch die WHO mit ihrer ICD-10 bietet zu ihrer deutlich leichter erfüllbaren Somatisierungsstörung eine *undifferenzierte Somatisierungsstörung* an (auch undifferenzierte psychosomatische Störung genannt), um jenen Krankheitsbildern klassifikatorisch gerecht zu werden, die nicht die strengen Voraussetzungen erfüllen.

Hier schmunzeln natürlich die Wissenschaftler und freuen sich, dass selbst die „hohe Wissenschaft gezwungen ist, sich der Wirklichkeit anzupassen“. Man muss allerdings auch zugestehen, dass vor allem die Psychiatrie mit ihren eher „weichen Daten“ auf Grund der bekanntermaßen „weiträumigen seelischen Verhältnisse, besonders im grenzwertig krankhaften Bereich“ gezwungen ist, konkrete Maßstäbe zu verlangen, zu setzen und durchzuziehen, auch wenn sie bisweilen etwas unflexibel, starr und „mechanistisch“ anmuten.

Welches sind nun die diagnostischen Kriterien für diese beiden Unterformen?

- Eine **undifferenzierte Somatisierungsstörung nach ICD-10** liegt vor, wenn zahlreiche, unterschiedliche und hartnäckige körperliche Beschwerden beeinträchtigen, das vollständige und typische klinische Bild der Somatisierungsstörung aber nicht erfüllt ist. Beispiele: Die betonte und dramatische Art der Beschwerde-Schilderung fehlt; es handelt sich um eine vergleichsweise geringe Anzahl von Beschwerden; die ansonsten dazu gehörigen Auffälligkeiten des Patienten oder seiner Familie fehlen vollständig; es finden sich Hinweise auf eine psychologische Verursachung u. a.

Grundsätzlich darf es jedoch auch hier keine nachweisbare organische Ursache geben.

- Das Hauptmerkmal der **undifferenzierten somatoformen Störung nach DSM-IV-TR** sind eine oder mehrere körperliche Beschwerden (nach Kriterium A – s. o.), die sechs Monate oder länger andauern (Kriterium D). Häufige Beschwerden sind chronische Müdigkeit, Appetitlosigkeit oder gastro-intestinale (Magen-Darm-) bzw. urogenitale Symptome der Harn- und Geschlechtsorgane.

Auch hier können die Symptome nicht vollständig durch einen medizinischen Krankheitsfaktor (z. B. Verletzung, organisches Leiden) oder durch die direkte Wirkung einer Substanz (Nebenwirkungen von Medikamenten usw.) erklärt werden. Oder die körperlichen Beschwerden bzw. die sich daraus ergebenden Beeinträchtigungen gehen weit über das Ausmaß hinaus, das auf Grund der Anamnese (Vorgeschichte), der körperlichen Untersuchung oder der Laborbefunde zu erwarten wäre (Kriterium B – s. o.). Allerdings müssen die Symptome auch hier in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen (Kriterium C) und dürfen nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht werden (Simulation und vorgetäuschter Störung, siehe Kasten).

DIFFERENTIALDIAGNOSE: WAS KÖNNTE ES SONST NOCH SEIN

Wer diesen Ausführungen bis hierher gefolgt ist, wird bestätigen: Ob die etwas weniger umfangreich und streng gehaltene Version der ICD-10 oder die ausführlichere, relativ homogene (einheitliche), aber dafür sicher seltener anzutreffende des DSM-IV-TR, eines ist sicher: das Beschwerdebild ist vielfältig, verwirrend, häufig unspezifisch, langwierig, dann aber auch wechselnd, kurz: die Diagnose ist schwierig, es könnte auch so manches andere sein oder zumindest partiell hereinspielen.

Das ist in der Organ-Medizin häufig und in der Seelenheilkunde nicht viel anders, nur wird es dort anders gewertet – und zwar durchaus negativer. Aber das ist ein anderes Kapitel. Was jedoch bleibt, ist ein gewisser Unsicherheitsfaktor zur Frage: Was könnte es sonst noch sein (Fachbegriff: Differentialdiagnose), ausgerichtet auf die Abgrenzung und Identifizierung einer bestimmten Krankheit innerhalb einer Gruppe ähnlicher oder zum Teil sogar übereinstimmender Krankheiten. Was ist zu tun?

● Als Erstes gilt es eine **körperliche Störung**, einen medizinischen Krankheits-Faktor auszuschließen. Dabei gibt es drei Merkmale, die eher die Diagnose einer Somatisierungsstörung nahe legen:

1. Die Beteiligung mehrerer Organ-Systeme (s. o.),
2. ein früher Beginn (nämlich vor dem 30. oder gar 25. Lebensjahr) und chronischer Verlauf, ohne dass nachweisbare körperliche Symptome oder strukturelle Veränderungen bestimmter Organe objektivierbar wären und
3. das Fehlen von krankhaften Laborbefunden, die für den vermuteten medizinischen Krankheitsfaktor charakteristisch wären.

Das hilft schon einmal weiter. Nun gibt es aber auch durchaus konkrete körperliche Leiden, die ebenfalls durch vage (unklare, unbestimmte), multiple (vielfältige) und damit verwirrende somatische (körperliche) Symptome gekennzeichnet sind.

Beispiele: systemischer Lupus erythematodes, Ehlers-Danlos-Syndrome, Hyperparathyreoidismus, Multiple Sklerose, akute intermittierende Porphyrie, Hämochromatose, Lyme-Borreliose, HIV/AIDS u. a., alles organische Krankheiten, die in ihren Prodromalstadien (Vorposten-Symptomen) die vielfältigsten Beschwerden und Krankheitszeichen verursachen können (Einzelheiten zu diesen Krankheitsbildern siehe die entsprechende Fachliteratur).

Außerdem kann natürlich eine Somatisierungsstörung mit anderen Leiden zusammen auftreten, unabhängig voneinander – das Beschwerdebild aber noch verwirrender machen. Eines aber gibt dem erfahrenen Arzt schon auch im Voraus zu denken:

Das erstmalige(!) Auftreten vielfältiger, schwer einzuordnender körperlicher Symptome im höheren(!) Alter ist eher auf eine körperliche Erkrankung, denn auf eine Somatisierungsstörung (mit relativ frühem Beginn) zurückzuführen.

Interessant zudem ein weiterer Aspekt, diesmal wenigstens in einem Punkt entlastend:

Wenn eine Somatisierungsstörung mit einer zusätzlichen organischen Krankheit einhergeht, dann verstärkt sich in der Regel das körperliche Leidensbild bzw. Krankheitsgefühl, und zwar zum Teil extrem. Doch trotz eines oft lebenslangen Leidensweges ist die Mortalitäts-Rate (Sterblichkeits-Ziffer) im Langzeitverlauf nicht exzessiv erhöht. Allerdings weisen Patienten mit dieser Doppelbelastung wieder einen wesentlich höheren psychosozialen Behinderungsgrad auf, oder schlicht: die Bedingungen im Alltag fallen belastender und ggf. folgenschwerer aus.

Was bei Somatisierungsstörungen mit ihrem fast chamäleon-artigen Beschwerdebild mitunter schwer fällt, ist die **Abgrenzung zu anderen psychischen Krankheitsbildern**, besonders in bestimmten Leidens-Phasen, in denen sich mitunter eine irritierende Ähnlichkeit ergibt. Dazu gehören beispielsweise

– die **Schizophrenien** mit vielfältigen, zumeist körperbezogenen und oft sehr bizarren Wahnideen, die sich nicht zuletzt durch ihren absonderlichen, skurrilen Inhalt von den eher nachvollziehbaren Klagen bei Somatisierungsstörungen abheben. Ähnliches gilt für entsprechende Beeinträchtigungen von Patienten mit schizotypischer, schizoider, rein wahnhafter und mitunter auch Borderline-Störung (Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie).

Manchmal hat man sogar den Verdacht, auch Somatisierungsstörungen entwickelten Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen); hier liegen dann aber doch eher pseudo-neurologische Symptome vor, also ungewöhnliche Bewegungsstörungen, Sinnesempfindungen u. a., was sich dann nach einer gewissen Zeit von selber klärt, weil auch die ansonsten schizophrene-typischen Krankheitszeichen fehlen.

– Dafür kann die Unterscheidung zwischen **Angststörungen** und Somatisierungsstörung durchaus schwierig werden.

Bei den überfallartigen Angststörungen, den Panik-Attacken, sind ja ebenfalls multiple somatische Beschwerden vorhanden (Herzrasen, Atemenge, Schweißausbrüche, Zittern, weiche Knie, wie auf Watte u. a.), jedoch in erster Linie während einer solchen Panik-Attacke und danach nicht mehr. Andererseits können Somatisierungs- und Panikstörungen gleichzeitig vorliegen. Treten also die körperlichen Symptome auch außerhalb der überfallartigen Angstzustände auf, muss man an beide Diagnosen denken.

Bei einer Generalisierten Angststörung (krankhaften Erwartungsangst) kann ebenfalls eine Vielzahl von körperlichen Beschwerden auftreten (siehe die speziellen Kapitel in dieser Serie), die jedoch mit diesen angst-erfüllten Sorgen in mehr oder weniger direkter Verbindung stehen und letztlich auch nicht auf diese körperlichen Beschwerden beschränkt bleiben.

– Bei den **affektiven Störungen**, also vor allem depressiven Zuständen, finden sich so gut wie immer körperliche Beschwerden, am häufigsten Kopfschmerzen, Magen-Darm-Beschwerden, unklare Schmerzen u. a. Und auch hier gilt wieder das gleiche:

Bei den Somatisierungsstörungen quälen die körperlichen Symptome „das halbe Leben“, und zwar unabhängig von ihrer aktuellen Stimmung (ob herabgedrückt oder zumindest vorübergehend gelöst). Bei den depressiven Zuständen bleiben die körperlichen Beschwerden auf die Zeit der Schwermut begrenzt.

Natürlich klagen Patienten mit Somatisierungsstörungen auch oft über Niedergeschlagenheit und Resignation. Sollte sich jedoch ein voll ausgeprägtes depressives Syndrom (also die wichtigsten spezifischen Depressions-Symptome) entwickeln, dann handelt es sich um zwei Krankheiten auf einmal. Außerdem kann auch hier der jeweilige Krankheits-Beginn unterscheiden helfen: Somatisierungsstörungen sehr früh, depressive Störungen vor allem in mittleren, seltener in jungen Jahren oder im Rückbildungsalter. Und zuvor nur selten seelisch bedingte körperliche Störungen, wie sie bei der Somatisierungsstörung die Regel sind.

- Schwierig kann die Abgrenzung einer Somatisierungsstörung von **hypochondrischen Störungen** werden. Dabei weist das ICD-10 allerdings auf einige grundlegende Differenzierungs-Möglichkeiten hin:
 - Bei den Somatisierungsstörungen liegt der Hauptakzent auf den Symptomen selbst und ihren individuellen Auswirkungen. Bei der hypochondrischen Störung ist die Aufmerksamkeit mehr auf den fortschreitenden und ernsthaften Krankheits-Prozess und seine Behinderungs-Folgen gerichtet.
 - Bei der hypochondrischen Störung neigt der Patient dazu, Untersuchungen zu verlangen, die die Art der zugrunde liegenden Krankheit bestimmen oder bestätigen sollen. Bei den Somatisierungsstörungen wird um eine Behandlung zur Beseitigung der Symptome nachgesucht.
 - Bei der Somatisierungsstörung findet sich oft ein ausgeprägter Medikamenten-Gebrauch und eine mangelhafte bis fehlende Compliance (Therapie-treue, Einnahmезuverlässigkeit), und zwar über längere Zeiträume hinweg. Dagegen fürchten sich Patienten mit einer hypochondrischen Störung vor Medikamenten und ihren Nebenwirkungen und suchen eher durch häufige Besuche bei verschiedenen Ärzten Entlastung und Beruhigung.
- Schließlich sei noch einmal auf **Vorgetäuschte Störungen** und **Simulation** hingewiesen. In beiden Fällen sind die körperlichen Beschwerden absichtlich erzeugt bzw. vorgetäuscht. Das kann bei geschicktem Vorgehen schwer abgrenzbar sein von realen organischen Beeinträchtigungen und einer Somatisierungsstörung. Hier können aber andere Aspekte weiterhelfen:
 - Bei der Vorgetäuschten Störung besteht das Motiv darin, eine Krankenrolle einzunehmen und medizinische Beachtung und Betreuung bis hin zu stationären Aufhalten oder gar durchaus ernsthaften operativen Eingriffen zu erzwingen. Verdichtet sich ein entsprechender Verdacht, verlässt der Patient umgehend das Krankenhaus und setzt sein „Krankenhaus-Wandern“ fort.
 - Bei der Simulation stehen äußere Anreize im Vordergrund, vor allem hartnäckig vorgebrachte finanzielle Entschädigungen, die Vermeidung von bestimmten Pflichten, gerichtliche Verfolgung, vorzeitige Berentung, der Versuch an Medikamente oder Ersatz-Drogen zu gelangen u. a.

CO-MORBIDITÄT: WENN EINE KRANKHEIT ZUR ANDEREN KOMMT

Somatisierungsstörungen sind nicht einfach zu diagnostizieren. Das geht aus jedem Abschnitt dieses Beitrags hervor. Auch will man den Betroffenen ja nicht Unrecht tun. Also kann sich der Leidensweg nicht nur krankheits-typisch, sondern auch durch den ständigen Arztwechsel hinziehen (Doctor-Shopping bzw. Doctor-Hopping). Eine relativ kleine, aber doch ernst zu nehmende Un-

tergruppe dieser Patienten unterzieht sich in ihrem jahrelangen Krankheitsverlauf sogar exzessiv medizinischen Untersuchungen (die nicht nur teuer, sondern auch lästig bis erheblich beeinträchtigend sein können), bis hin zu ggf. riskanten operativen Eingriffen, von den zahlreichen medikamentösen Versuchen ganz abgesehen.

Noch schwieriger wird dann, wenn das geschieht, was in der Körper-Medizin die Regel ist, nämlich eine Co-Morbidität oder auf Deutsch: wenn eine Krankheit zur anderen kommt. Besonders im höheren Lebensalter gibt es ja fast keinen Patienten mehr, der nicht in mehreren Organbereichen Probleme hat: Herz-Kreislauf, Magen-Darm, Stoffwechsel, Niere und ableitende Harnwege, Wirbelsäule und Gelenke, wenn nicht gar Krebs u. a.

Das Gleiche gilt für seelische Störungen, darauf wurde schon einmal hingewiesen. Leider hat sich dies noch nicht als Allgemeinwissen niedergeschlagen. Dabei treten Depressionen (vor allem die früher als endogen bezeichneten depressiven Zustände) und Angststörungen (vor allem Panik-Attacken), die verschiedenen Suchtformen (z. B. Nikotin/Alkohol/Rauschdrogen), eine Reihe von Persönlichkeitsstörungen (vor allem hysterische/histrionische, antisoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörungen), Zwangsstörungen sowie verschiedene psychotische bzw. psychose-nahe Erkrankungen usf. häufig gemeinsam auf, von „modernerer“, meist berufs- und zivilisations-bedingten Leiden ganz zu schweigen (z. B. Burnout, Narzissmus, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung - ADHS u. a.).

Gleiches gilt für die Somatisierungsstörung, bei der selbstverständlich und unabhängig davon auch Depressionen, Angststörungen (z. B. Panikattacken), Zwangsstörungen, Rauschdrogen- und Medikamenten-Missbrauch, verschiedene Persönlichkeitsstörungen, die dissoziale Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeitsstörung) usw. vorkommen können. Und dies einerseits als psychisches Krankheitsbild mit eigenständigen Ursachen, Verlaufsformen und psychosozialen Konsequenzen, andererseits auch als Folge-Erkrankung einer (lang dauernden) Somatisierungsstörung (Fachbegriff: koexistente psychische Störung).

So etwas bedarf natürlich der fachärztlichen Differentialdiagnose und anschließenden Therapie, weil zwei oder gar drei Leiden auf einmal nachvollziehbarerweise den Schweregrad des mehrschichtigen Leidensbildes verstärken und die Heilungsaussichten verschlechtern, von der individuellen Zermürbung ganz zu schweigen.

PSYCHOSOZIALE FOLGEN DER SOMATISIERUNGSSTÖRUNGEN

Eine Somatisierungsstörung, ob allein oder erschwert durch zusätzliche Leiden bzw. Beeinträchtigungen, kann nicht ohne Auswirkungen auf Wesensart, Leistungsfähigkeit, zwischenmenschliche Einstellung zu Partnerschaft, Fami-

lie, sonstigen Angehörigen, zu Freunden, Nachbarn und vor allem am Arbeitsplatz bleiben. Die Somatisierungsstörung absorbiert den Betroffenen, zwingt ihn zur Beschäftigung mit sich selber und seinen Beschwerden („schicksalhaftes Leiden“) und raubt ihm die Kraft für alles, was einen Menschen sonst fähig (in den Augen der anderen zumindest „akzeptabel“) erscheinen lässt, kurz: Eine Somatisierungsstörung ist eine schwere Bürde, und zwar nicht nur für den Betroffenen, auch für sein Umfeld.

Das hängt zwar von vielerlei Faktoren, nicht zuletzt vom Schweregrad und der Dauer des Beschwerdebildes, ja, sogar von der gesellschaftlichen Position (kann er sich das leisten oder nicht) und vor allem von der Leidens-Fähigkeit des Betroffenen und seines direkten Umfeldes ab. Auf jeden Fall ist ein „normales Leben“ oft nicht mehr möglich. Die Patienten weisen einen mitunter konfusen, planlosen (aber nicht ziellosen – s. o.), bisweilen sogar chaotischen Lebenslauf auf. Das kann – wie erwähnt – nicht ohne Konsequenzen für Partnerschaft, Familie, vor allem aber Beruf bleiben, wenn es sich um ein ausgeprägteres Leidensbild handelt. Aber selbst bei mildereren Verlaufsformen (die glücklicherweise die überwiegende Mehrzahl stellen) hat diese Krankheit ihren Preis. Denn auf jeden Fall ist die Lebensqualität beeinträchtigt, und zwar langfristig, bisweilen ein ganzes Leben lang.

Für nicht wenige wird ihr Krankheitsbild auch zum leidvollen Mittelpunkt allen Denkens und Handelns. Zuletzt können sie nicht einmal mehr verstehen, dass die anderen langsam müde werden und kein Interesse mehr an ihren Symptom-Schilderungen haben, sich letztlich ermattet, irritiert, frustriert, ja gelangweilt, abgestoßen oder verbittert abwenden müssen, wollen sie sich nicht selber „herunterziehen“ lassen oder gar selber Schaden nehmen.

Für den Arzt, ob Hausarzt, Facharzt einer bestimmten Disziplin bzw. schließlich Psychiater/Nervenarzt/Arzt für Psychotherapeutische Medizin u. a. sind solche Patienten nichts Neues, für den Allgemeinarzt sogar (gelegentlich zermürbender) Praxis-Alltag.

Einige Patienten belasten durch ihre „höfliche Hilflosigkeit“, die aber trotzdem „verzweifelt hartnäckig“ andauern kann; andere „nerven“ durch ihre hektische Unruhe, durch Klagsamkeit oder gar Ansprüchlichkeit, vielleicht sogar Reizbarkeit und Aggressivität.

Der ohnehin langsam bekannt werdende ständige Arztwechsel verpflichtet letztlich auch nicht zu einer permanent nachsichtigen und verständnisvollen Zurückhaltung, weshalb die Reaktion mancher Ärzte, die mit ihrer Geduld am Ende sind, wiederum das Doctor-Shopping oder -Hopping bahnt. Dabei kommen – das darf hier ruhig einmal betont werden –, dies nicht nur oder möglicherweise sogar weniger ausgeprägt die Ärzte selber zu spüren, mehr die Arzthelferinnen und Sekretärinnen. Das ist zwar auch deren Alltag, aber er geht auf Dauer an die Reserven, wenn sich die Somatisierungsstörungen häufen bzw. die gleichen Patienten „nicht locker lassen“, was neue Klagen und

selbst-geplante und vor allem hartnäckig empfohlene bis angemahnte diagnostische und therapeutische Maßnahmen anbelangt.

Menschen mit Somatisierungsstörungen beschreiben ihre Beschwerden in der Regel mit ausmalenden übertreibenden Begriffen, wobei jedoch spezifische Tatsachen-Informationen häufig fehlen“, heißt es im DSM-IV-TR. Sie sind oftmals inkonsistent in den Angaben zur Vorgeschichte, so dass ein checklistengeleitetes Vorgehen im diagnostischen Gespräch weniger effektiv sein kann als die genaue Durchsicht der Unterlagen von medizinischen Vorbehandlungen und stationären Aufenthalten, die ein klassisches Muster somatischer Beschwerden ohne organischen Grund belegen.

Außerdem sind nicht wenige Patienten nicht nur hintereinander, sondern gleichzeitig bei mehreren Ärzten in Behandlung. Das führt nicht nur zu Verwirrungen und komplizierten, manchmal sogar gegensätzlichen und bisweilen gewagten Behandlungs-Kombinationen, einige spielen die Ärzte auch regelrecht gegeneinander aus („der Herr Doktor X hat aber gemeint ...“).

Am Schluss sind es vor allem ausgeprägte Angst-Symptome, wenn nicht gar depressive Verstimmungen, die diese Patienten zwingt, sich doch noch in psychiatrische Hände zu begeben. Dies vor allem dann, wenn sich partnerschaftliche und familiäre Probleme derart häufen, von schon früher belastenden beruflichen Schwierigkeiten ganz zu schweigen, dass die Patienten schließlich keine andere Wahl mehr sehen; freiwillig und vor allem rechtzeitig geschieht dies aber selten.

Eng wird es für den am Schluss konsultierten Psychiater (oder wiederum mehrere Psychiater/Nervenärzte gleichzeitig), wenn sich auf Grund äußeren Drucks und innerer Verzweiflung eine suizidale Bedrohung zu entwickeln beginnt. Die wird vor allem dann zum Problem, wenn – wie erwähnt – mehrere psychische Krankheiten auf einmal belasten, vor allem eine zusätzliche Persönlichkeitsstörung.

Am Schluss gibt es für den „letzt-positionierten“ Arzt bzw. psychiatrischen Facharzt auch fast kein Medikament mehr, das nicht schon versucht worden wäre (manche Patienten legen dazu sehr ausführliche Listen vor, einige geradezu buchhalterisch perfekt zusammengestellt). Eines geht daraus fast immer hervor, nämlich mitunter erstaunlich bis unfassbar viele psychotrope Arzneimittel, d. h. Beruhigungs- und Schlafmittel, Antidepressiva, Neuroleptika, Schmerzmittel, ferner Beta-Rezeptorenblocker, Rezidivprophylaktika, Pflanzenheilmittel u. a., um nur diejenigen mit überwiegend psychischer Zielrichtung zu nennen. Dazu noch praktisch alles, was die Organ-Medizin je nach Leidens-Schwerpunkt des Betreffenden zu bieten hat. Manchmal liegt auch schon eine Medikamenten-Abhängigkeit vor, was die Situation noch komplizierter macht.

In besonders schweren Fällen droht dann eine stationäre Abklärung (ggf. mit Entzug) und dem anschließenden Versuch, durch eine kombinierte Psycho-, Sozio- und Pharmakotherapie mit ambulanter Nachbetreuung etwas Ruhe in den chaotischen Lebenslauf zu bringen. Je nach Beschwerde-Intensität, Leidensdauer und einer Reihe von sonstigen Faktoren (Alter, Persönlichkeitsstruktur, Umfeld usw.) gelingt dies auch befriedigend, vollständig und dauerhaft allerdings nur selten. Aber auch das wäre schon ein Erfolg, auch wenn er leider nicht allen Betroffenen vergönnt ist.

SCHLUSSFOLGERUNG

So ist und bleibt die Somatisierungsstörung eine der schwersten Belastungen, auch wenn sie sich auf den ersten Blick weniger dramatisch anhört. Ihr besonderes Problem sind der frühe Beginn, die psychosozialen Konsequenzen, die lange Dauer, die nach und nach alle Reserven aufbraucht und – das darf nun doch nicht ungesagt bleiben – die zugrunde liegende Wesensart, Persönlichkeitsstruktur, ob mit oder ohne zusätzlicher Krankheits-Belastung durch andere Leiden.

Hier hilft am besten der „lange Atem“ des Hausarztes mit Unterstützung des Psychiaters – und ein leidgeprüftes Umfeld, das gewillt ist, diesen schweren Lebensweg mitzugehen.

LITERATUR

Komplexes Krankheitsbild, das noch nicht seine endgültige, allseits akzeptierte Form gefunden hat. Hier wartet die Fachwelt (und damit die dafür zuständige Ärzteschaft mit ihren Patienten und Angehörigen) noch auf zukünftige Revisionen in den psychiatrischen Klassifikations-Systemen ICD-11 der WHO und DSM-V der APA.

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

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

Henningsen, P. u. Mitarb.: **Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellenlexte.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2002

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

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

Rief, W.: **Multiple somatoforme Symptome und Hypochondrie.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 1995

WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen-ICD-10. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 1992