

SOMATOFORME STÖRUNGEN – SYMPTOME OHNE BEFUND

- Die Ursachen von somatoformen Störungen sind eng mit der Persönlichkeit und den Erfahrungen des Patienten verknüpft
- Der therapeutische Ansatz sollte multimodal und gleichzeitig individuell sein
- Kurze Dauer der Symptomatik, hohe Introspektionsfähigkeit und gute psychosoziale Ressourcen verbessern die Prognose

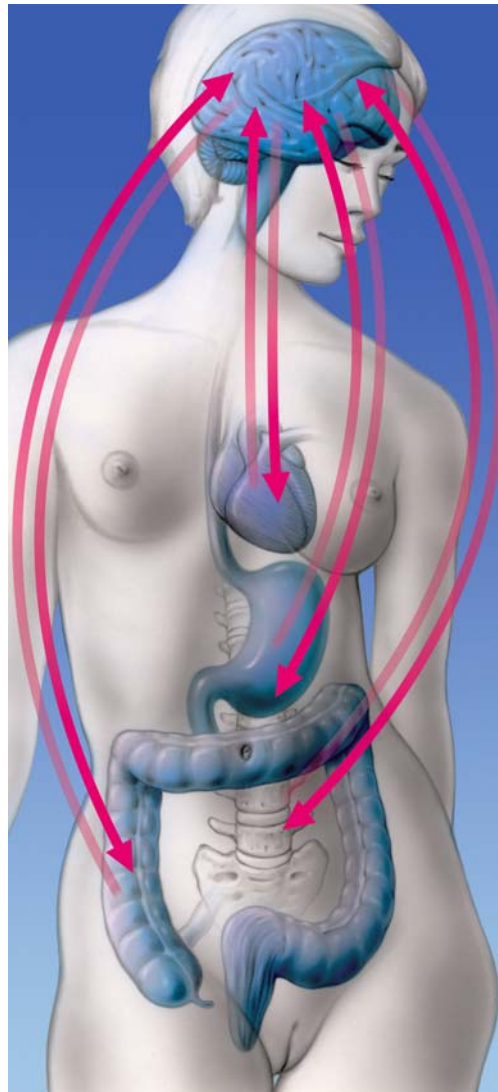
Im Jahr 2006 wurden der psychosomatischen Spezialpraxis des Autors etwa 300 neue Patienten zugewiesen. Davon litten etwa 80 Prozent an Symptomen, die keinen messbaren Befund ergaben – trotz eingehender haus- und spezialärztlicher Abklärungen. Diagnostisch lassen sich solche Beschwerden als somatoforme Störungen, Angst- oder Anpassungsstörungen zusammenfassen (früher auch «funktionelle Störungen» oder «vegetative Dysfunktion»). Es besteht die Gefahr, diese Symptome als rein psychogen – also nicht «wirklich» – zu bezeichnen. Beim Patienten entsteht der Eindruck, sein Leiden sei nur eingebildet und er sei selbst daran schuld.

Woher kommen die Symptome?

Eine somatoforme Störung kann mit vielen verschiedenen körperlichen Symptomen in Erscheinung treten. Die häufigsten in meiner Praxis sind Schwindel, Herzklopfen, Beklemmungsgefühl, Atemnot, Globusgefühl, Magen-Darm-Beschwerden sowie Nacken- oder lumbale Rückenschmerzen (Tab. 1). In einem ersten Schritt muss man daher potenzielle körperliche Erkrankungen ausschliessen. Charakteristisch für die somatoforme Störung ist ein kaum zu beseitigendes somatogenes Krankheitskonzept der Betroffenen, was dazu führt, dass sie immer wieder Anlass zu neuen medizinischen

Abklärungen geben. Häufige Komorbiditäten sind Angststörungen und Depressionen.

Die Patienten widmen körperlichen Symptomen vermehrt Aufmerksamkeit («Blick durch die Lupe») und verstärken sie dadurch. Meistens sind die Patienten eigentümlich «blind» für Probleme im zwischenmenschlichen Bereich oder für innerseelische Konflikte. Bei akuten Symptomen lässt sich manchmal ein Zusammenhang mit einem



Inhalt

- 1 Somatoforme Störungen – Symptome ohne Befund
- 4 Stenting zur Rekanalisation der Carotisstenose
- 7 Die laparoskopische Ösophagusresektion
- 10 Interdisziplinäre Therapie der endokrinen Orbitopathie

Editorial

Sehr geehrte Leserinnen und Leser

In der letzten Ausgabe der «aktuellen medizin» hat der neue Chefredaktor, Dr. Rainer Hoffmann, Ihnen schon angekündigt, dass in der Schriftleitung der «aktuellen medizin» ein Wechsel stattfindet. Die vorliegende 26. Ausgabe der «aktuellen medizin» ist die erste, die ich als Schriftleiterin betreue. Schon jetzt schätze ich diese interessante Arbeit sehr: Die Ideen der Redaktionskommission, der Autoren und der Layouter müssen so «aufbereitet» werden, dass zuletzt ein Heft entsteht, das beim Lesen Freude bereitet – eine abwechslungsreiche und spannende Aufgabe.

Kurz zu meiner Person: Nach meinem Medizinstudium arbeitete ich als Wissenschaftsjournalistin und Kommunikationsfachfrau im Bereich Gesundheit, Gesundheitswesen, Medizin und Prävention. Als Chefredaktorin leitete ich zwei Fachzeitschriften für Allgemeinmediziner und Internisten, betreute aber auch vielfältige Projekte für medizinische Laien – so entstanden unter anderem Bücher, Broschüren, Artikel, Websites und Schulungsunterlagen. Ganz zentral in meinem beruflichen Alltag ist natürlich das Schreiben, Redigieren, Lektorieren und

Korrigieren. Ich freue mich, mithilfe dieses Rüstzeugs den hohen Standard der «aktuellen medizin» punkto Produktion, Sprache und Gestaltung auch in Zukunft aufrechtzuhalten.

Ein übersichtliches Layout und eine gut verständliche Sprache bilden aber nur das «Skelett», das eine gerne gelesene Zeitschrift ausmacht. Das «Fleisch am Knochen» sind die Artikel von engagierten Autoren, die ihre Erfahrungen mit einem breiten Publikum teilen. Die vier Beiträge in dieser Nummer der «aktuellen medizin» umfassen eine weite Bandbreite der modernen Medizin: Von den sehr häufigen somatoformen Störungen, mit denen jede Hausärztin und jeder Hausarzt täglich konfrontiert wird, bis zur eher seltenen endokrinen Orbitopathie und ihrer komplexen Therapie; von der laparoskopischen Ösophagusresektion mit meistens palliativem Ziel bis zum Stenting der Carotisstenose, um Schlaganfällen vorzubeugen.

Diese Bandbreite ist ein Kennzeichen der «aktuellen medizin». Wir möchten Ihnen neue Ansätze und Entwicklungen der Medizin vorstellen, und zwar nicht in «Lehrbuchform», sondern aus der täglichen Praxis heraus. Daher legen wir grossen Wert darauf, dass die Autoren von ihren eigenen Erfahrungen und den Ergebnissen ihrer praktischen Tätigkeit berichten. Dazu gehören ganz prominent auch die Grafiken und Illustrationen, die in Zusammenarbeit mit den Autoren entstehen. Denn oft können nur Bilder verdeutlichen, wie beispielsweise chirurgische Eingriffe ablaufen oder wie anatomische Veränderungen sich abspielen.

Reaktionen aus der Leserschaft zeigen uns, dass dieses «Rezept» gut ankommt. Sollten Sie als Leserin oder Leser Wünsche haben, was Themen oder Gestaltung der «aktuellen medizin» betrifft, nehmen wir diese natürlich gerne entgegen.

Dr. med. Eva Ebnöther
Schriftleitung «aktuelle medizin»

Lebensproblem herstellen; zieht sich die Symptomatik aber über Monate oder Jahre hin, ist dies beinahe unmöglich.

Die Ursachen von somatoformen Störungen sind in vier Bereichen zu suchen:

1. *Persönlichkeit*: Häufig haben die Betroffenen Mühe, eigene Gefühle wahrzunehmen und zu benennen. Sie haben ein mechanistisches Selbstkonzept und machen organische Veränderungen oder die Umgebung für ihr Problem verantwortlich. Sie orientieren sich an den Ansprüchen anderer und erwarten von ihrer Umgebung die Lösung des Problems.

2. *Genetik*: Es muss davon ausgegangen werden, dass eine gewisse angeborene Bereitschaft die Entstehung von somatoformen Störungen begünstigt.

3. *Traumatische Lebenserfahrungen*: Die Patienten haben erfahren, dass sie unsteuerbaren Kräften ausgeliefert waren und sich ihr Leben von einem Moment zum anderen fundamental verändern konnte.

4. *Aktueller Lebensstress*: Akute Belastungen an der Arbeit, in den Beziehungen und innerseelische Konflikte spielen eine ausschlaggebende Rolle. Die «Blindheit» der Patienten für solche Stressoren macht es oft schwierig, die Zusammenhänge verständlich zu machen.

Somatoforme Störungen haben meistens eine lange Geschichte. Um diese besser zu verstehen, ist es wichtig, das persönliche Krankheitskonzept der Patienten zu erfragen: Wer fürchtet, an Krebs zu leiden oder wegen eines Rückenleidens im Rollstuhl zu landen, kann sich nicht mit seinen unangenehmen Symptomen abfinden. Dies führt zu immer neuen Abklärungen. Die Ängste des Patienten können sich mit denjenigen des Arztes vermischen und gegenseitig hochschaukeln (Abb. 1). Weitere mögliche Krankheitsverstärker sind die verminderte Leistungsfähigkeit infolge der Symptome sowie die Reaktion der Angehörigen und Arbeitskollegen.

Therapeutische Ansätze

Der diagnostisch-therapeutische Zugang ist stets multimodal und gleichzeitig individuell. Es muss versucht werden, das somatoforme Krankheitskonzept des Patienten vorsichtig aufzuweichen. So interessieren nicht nur die körperliche Befindlichkeit,

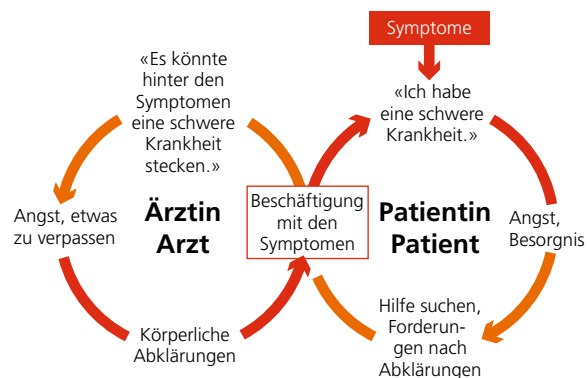


Abb. 1
Ein Teufelskreis – Ängste des Patienten und des Arztes vermischen sich.

Diagnostische Kategorien ICD-10 und mögliche Erscheinungsbilder

F45.0 Somatisierungsstörung

Multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Störungen, z. B. Schmerzen, Aufstossen, Erbrechen, Übelkeit, Jucken, Prickeln, Taubheitsgefühl, Ausschlag, Wundsein, sexuelle Störungen etc.

F45.2 Hypochondrische Störungen

Beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren körperlichen Erkrankungen zu leiden, manifestiert durch anhaltende körperliche Beschwerden oder ständige Beschäftigung mit der eigenen körperlichen Erscheinung.

F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung

F45.30	Kardiovaskuläres System	Herzneurose Neurozirkulatorische Asthenie Da-Costa-Syndrom
F45.31	Oberer Gastrointestinaltrakt	Aerophagie Aufstossen Dyspepsie Pylorospasmus Magenneurose
F45.32	Unterer Gastrointestinaltrakt	Flatulenz Colon irritabile Diarrhö Blähungen
F45.33	Respiratorisches System	Hyperventilation
F45.34	Urogenitales System	Erhöhte Miktionshäufigkeit Dysurie

F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf.

Tab. 1

sondern auch die Gefühle, Gedanken und Beziehungen des Patienten. Um ihm zu vermitteln, dass er mitarbeiten muss, wird der Patient gebeten, die Symptome präzise zu dokumentieren. Es ergeben sich so vier therapeutische Zugänge.

Körperlichkeit

Alle Aktivitäten, die das Körperempfinden verbessern, sind hilfreich. Dazu gehören auch Sport und Wellness (Sprudelbad, Sauna, kalt und warm duschen etc.). Vor allem bei Vorliegen einer Depression und/oder ausgeprägten Ängsten sollten Medikamente in Betracht gezogen werden, beispielsweise ältere (Amitriptylin, Tradozon) oder neuere Antidepressiva (SSRI, SSNRI). Die meisten Patienten lassen sich ungern eine Depression zuschreiben, daher muss man erklären, dass diese Mittel nicht nur gegen Depressionen wirken, sondern auch die Schmerzempfindung verringern, Angst lindern und den Schlaf regulieren. Wichtig ist eine einschleichende Dosierung.

Gefühle

Die Patienten müssen verstehen, wie körperliche und seelische Vorgänge einander beeinflussen. Oft ist es hilfreich, dem Patienten das vegetative Nervensystem als Bindeglied zwischen Körper und Seele zu erklären. Redewendungen zeigen, dass körperliche Reaktionen auf psychische Vorgänge alltäglich sind (Tab. 2). Dieses Bewusstsein soll den Patienten motivieren, sich für die eigenen Gefühle zu interessieren und nach Wegen zu suchen, diese positiv zu beeinflussen. Körperbezogene Entspannungsmethoden wie die progressive Muskelentspannung nach Jacobson, autogenes Training etc. können einen positiven Einfluss ausüben.

Gedanken

Wie die eigenen Gedanken die Symptomwahrnehmung beeinflussen können, erklärt der bereits erwähnte Teufelskreis. Dazu ist es wichtig, das persönliche Krankheitskonzept des Patienten zu hinterfragen und ihn zu einer Änderung zu ermuntern.

Verhalten und Beziehungen

Eine somatoforme Störung lässt sich nicht durch eine isolierte Handlung «heilen». Kleine Änderungen in verschiedenen Lebensbereichen können langsam zu einer Verbesserung führen. So sind Verhaltensveränderungen (Ernährung, Tagesstrukturierung) und Verbesserung der Beziehungen – eventuell unter Einbezug der Angehörigen – sinnvoll.

Beispiel 1: Gastrointestinale Beschwerden

Frau B. leidet seit vielen Monaten unter **Bauchschmerzen, Blähungen und Stuhlunregelmässigkeiten**. Sie ist 40-jährig, ledig und arbeitet als Direktionssekretärin. Sie ist eine perfekte Arbeitskraft, die viele Überstunden macht, um all die «dringenden» Arbeiten zu erledigen. Sie hat grossen Respekt vor ihrem Chef, ist aber häufig gekränkt durch dessen gereiztes und gelegentlich auch entwürdigendes Verhalten ihr gegenüber. Sie hat bereits endoskopische Untersuchungen von Magen und Dickdarm über sich ergehen lassen – ohne Befund. Der Hausarzt meint, es sei alles «in Ordnung».

Kommentar: Frau B. hat ihr bisheriges Leben der Arbeit geopfert. Infolge unglücklicher Umstände oder negativer Erfahrungen mit früheren Beziehungen konnte sie keine Partnerschaft aufbauen. Als Ersatz dafür hat sie ihre ganze Kraft dem Chef und dem Betrieb geopfert. Sie leistet viel mehr, als man erwarten dürfte. Sie wird ausgenutzt und zunehmend «ausgehöhlt». Mit ihren 40 Jahren wird es immer klarer, dass sie keine Erfüllung mit eigenen Kindern mehr haben kann, und sie kommt zunehmend in eine Sinnkrise. Vielleicht merkt sie nach und nach, wie sie von ihrem Chef ausgenutzt wird, und bekommt eine «Wut im Bauch», die sie aber aus ihrer schwachen Position heraus nicht zu ihren eigenen Gunsten nutzen kann.

Beispiel 2: Gelenkschmerzen

Frau S. ist eine 50-jährige Mutter und Hausfrau und leidet seit Jahren unter **Schmerzen an verschiedenen Stellen des Bewegungsapparats**: im Rücken, in den Schultern, den Ellbogen und den Knien. Der Hausarzt hat ihr gesagt, es handle sich um «rheumatische» Beschwerden, die aber im Labor und Röntgenbild nicht sichtbar gemacht werden können. Bei der geringsten Anstrengung nehmen die Beschwerden zu. Schmerzmittel helfen nur bedingt, lediglich «Schonung» tue ihr gut. Eigentlich leidet sie am Dasein an sich, ohne irgendwelche konkreten Konflikte angeben zu können. Sie möchte nicht als depressiv bezeichnet werden. Die Kinder sind erwachsen und ausgezogen. Der Mann ist noch «voll im Saft» und geht ganz in seinem Beruf auf. Viel Gemeinsames haben sie nicht mehr. Ausserhalb des engeren Familienkreises hat Frau S. kaum soziale Kontakte, Hobby hat sie keins.

Kommentar: Frau S. hat früh die Rolle der Mutter und Hausfrau übernommen. Der Mann hat sich ganz der Aussenwelt zugewandt und damit die

finanzielle Grundlage der Familie gesichert. Nachdem nun die Kinder ausgezogen sind, ist Frau S. in ihrer Rolle unterbeschäftigt. Die Bestätigung bleibt aus und ihr Selbstwert ist zusammengefallen. Sie fühlt sich unbefriedigt. Es fehlt ihr an Kontakten und Beschäftigung. Sie lebt mehr und mehr isoliert, wird depressiv und dadurch fehlt ihr zusätzlich der Antrieb, etwas zu ändern. Die Schmerzen bekommen überwertigen Charakter, sie ist ständig mit ihrem Körper beschäftigt und spürt dadurch jedes Symptom viel stärker. Die Beschwerden ihrerseits hindern sie an der weiteren Entfaltung ihrer Lebensmöglichkeiten. Sie ist in einer Abwärtsspirale gefangen. Je schlechter es Frau S. geht, desto mehr entfernt sich ihr Mann von ihr. Die Beziehung wird immer langweiliger und die Distanz zwischen den Ehepartnern grösser. Das verstärkt wiederum die Isolation von Frau S. Wenn die Schmerzen nicht in diesem Zusammenhang der Fixierung in «Mutterrolle – Unerfülltheit – Depression – Isolation – Verschlechterung der Ehe» gesehen werden, so bleibt Frau S. in diesem Strudel gefangen.

Prognose

Der positive therapeutische Ausgang ist vorwiegend von folgenden Faktoren abhängig: kurze Dauer der Symptomatik, hohe Introspektionsfähigkeit und psychosoziale Ressourcen. Je ungünstiger die Voraussetzungen sind, desto wichtiger wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit der therapeutisch tätigen Personen. Insgesamt ist die Betreuung von Menschen mit somatoformen Störungen eine komplexe und oft anstrengende, aber auch dankbare ärztliche Tätigkeit.

Dr. med. Peter Grob
FMH Innere Medizin
FMH Psychiatrie und Psychotherapie
Klinik St. Anna, Luzern

grob@tic.ch

Redewendungen, die den Zusammenhang zwischen Körper und Seele verdeutlichen

- Es schnürt mir vor Angst die Kehle zu
- Jemanden nicht riechen können
- Die Nase voll haben
- Das geht mir unter die Haut
- Es ist zum Kotzen
- Etwas liegt mir auf dem Magen
- Schiss haben
- Es ist mir schwer ums Herz
- Hartnäckigkeit
- Den Boden unter den Füßen verlieren

Tab. 2