

Gestörte körperliche Befindlichkeit und Somatisierungsstörungen

Psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Aspekte

Somatoforme Störungen sind eine Herausforderung für den behandelnden Arzt: Die Diagnosekategorien sind uneinheitlich und nicht umfassend akzeptiert, manche Therapiestudien darüber hinaus methodisch nicht ausreichend fundiert. Die wichtigste Voraussetzung für die adäquate Versorgung von Patienten ist es, das Syndrom als Krankheit zu akzeptieren sowie psychische und somatische Faktoren als grundsätzlich gleichwertig zu bewerten.

REINHARD J. BOERNER

Die Begriffe „Somatisierung“ oder „somatoform“ sind seit langem fester Bestandteil der psychiatrischen Fachterminologie und bezeichnen ein klinisches Bild, in dem Patienten über körperliche Beschwerden und Symptome ohne organische Grundlage klagen.

Hippius führte den Terminus „Syndrom der gestörten körperlichen Befindlichkeit“ in die psychiatrische Fachliteratur ein (1979). Er war Teil seiner wegweisenden Syndromlehre, nach der erst die exakte deskriptive psychopathologische Einordnung auf dieser Ebene die Grundlage für die endgültige diagnostische Zuordnung schuf.

Das typische klinische Bild soll folgende Kasuistik verdeutlichen: Ein 42-jähriger, verheirateter Busfahrer stellt sich in der Praxis vor. Schon in Kindheit und Jugend litt er unter zahlreichen körperlichen Beschwerden (Bauchschmerzen, Atemlosigkeit, Taubheit). Die Mutter ist chronisch krank (Krebs). In den letzten zwei Jahren traten Schwindel, Übelkeit, häufig Durchfall, Brustschmerzen, Gliederschmerzen, Kribbelgefühle, Müdigkeit und Abgeschlagenheit auf. Etliche somatische Abklärungen, auch in Spezialambulanzen (HNO, Neurologie, Dermatologie) sowie stationäre Aufenthalte erbrachten keinen organischen Befund. Der Patient berichtet von sich aus nicht über psychische Symptome.

Patienten mit diesem klinischen Bild befinden sich an der Schnittstelle zwischen somatischer Medizin und den Fächern psychosozialer Medizin. Für Ärzte beider Fachgruppen sind sie aufgrund geringer Behandlungserfolge häufig frustrierend, was zu Zurückweisung und Delegieren an andere Stellen führt. Viele Patienten wiederum fühlen sich in ihren enttäuschten Erwartungen auf eine somatische Diagnose bestätigt, chronische Karrieren mit somatischer Fixierung, erheblichen Einbußen der Lebensqualität sowie Berentungen sind nicht selten.

Für die Symptomexpression sind soziokulturelle Faktoren bedeutsam. Über einzelne somatoforme Körperbeschwerden wird zu bestimmten Zeiten, in bestimmten Kulturen und Ländern deutlich gehäuft berichtet (Jahrhundertwende: motorische Symptome; heute: Schmerzen; Japan: Körpergeruch; Frankreich:

Leberbeschwerden etc.). Medien, Selbsthilfegruppen, Heilpraktiker und andere Gruppen propagieren organische Ursachenüberzeugungen zum Beispiel bei umweltbezogenen Beschwerden und beim chronischen Erschöpfungssyndrom. Der aktuell zu verzeichnende ärztliche Autoritätsverlust, die Ökonomisierung sowie die Struktur des Gesundheitssystems unterstützen ein unangemessenes Krankheitsverhalten der Patienten.

Klassifikation, Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Terminologisch sind historische Vorläuferdefinitionen bekannt, so das „Briquet-Syndrom“. Weitere verwandte Begriffe sind „funktionelle Syndrome“, „psychosomatische Erkrankungen“.

Somatoforme Störungen in ICD-10 und DSM-IV im Überblick		Tabelle 1
ICD-10		DSM-IV
Somatisierungsstörung		Somatisierungsstörung
undifferenzierte Somatisierungsstörung		undifferenzierte Somatisierungsstörung
somatoforme autonome Funktionsstörung		–
anhaltende somatoforme Schmerzstörung		Schmerzstörung
[dissoziative Störung (Konversionsstörung)]		Konversionsstörung
hypochondrische Störung		hypochondrische Störung
[Dysmorphophobie Störung]		körperdysmorphe Störung
andere/nicht näher bezeichnete somatoforme Störung		nicht näher bezeichnete somatoforme Störung

gen“, „psychovegetative Dystonie“ sowie „Erschöpfungszustand“. Die Diagnose einer somatoformen Störung wird anhand definierter Kriterien gestellt und ist keine „Restkategorie“. Die Tabellen 1 und 2 geben eine Übersicht über die diagnostischen Kategorien und die Diagnosekriterien zweier somatoformer Störungen. Zusätzlich existieren die Diagnosekategorien „undifferenzierte Somatisierungsstörung“ (ICD-10: F45.1) sowie die „somatoforme autonome Funktionsstörung“ (ICD-10: F45.3). Die Kategorie „anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ (ICD-10: F45.4) umfasst Patienten mit diffusen chronifizierten Schmerzzuständen (z. B. der Wirbelsäule). Boerner (2009) gibt einen Überblick über Diagnose und Therapie bei diesen Patienten.

Parallel zur psychiatrischen Klassifikation existieren in der somatischen Medizin eigene Diagnosekategorien für unterschiedliche „funktionelle Syndrome“ (z. B. Fibromyalgie und Chronic Fatigue Syndrom, CFS). Die (differenzial-)diagnostische Validität dieses Diagnoseansatzes ist nicht hinreichend geklärt. So zeigte sich bei 72% der CFS-Patienten eine Überlappung mit somatoformen Störungen [Martin et al., 2007].

Seit vielen Jahren wird eine Diskussion über die Weiterentwicklung der jetzigen Klassifikation geführt [Kroenke et al., 1997; Mayou et al., 2005; Starcevic, 2006; Kroenke et al., 2007; Rief und Isaac, 2007; Loewe et al., 2008]. Die einzelnen Diagnosekategorien erscheinen in ihrer Abgrenzung künstlich und sind in der klinischen Praxis kaum akzeptiert. Stein und Müller (2008) halten aufgrund der starken Überlappung psychobiologischer Mechanismen für Depression, Angst und Somatisierungssyndrome eine Vereinfachung der Diagnosekategorien sowie eine stärkere Betonung des funktionalen Charakters somatischer Syndrome in der zukünftigen Klassifikation für notwendig.

Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf

In der Gruppe somatoformer Störungen werden Patienten mit unterschiedlicher Psychopathologie, Symptom schwere und Verlauf zusammengefasst. Die Prävalenzzahlen sind kulturunabhängig beträchtlich (Tab. 4).

In zwei deutschen Studien [Zusatzsurvey „Psychische Störungen“, TACOS-Studie; Meyer et al., 2000; Wittchen et al., 1999] betrug die Ein-Monats-Prävalenz 7,5%, die Lebenszeitprävalenz 12,9%. Nach den Sucht- und Angststörungen stellt die Gruppe der somatoformen Störung die dritthäufigste Störung dar. Von Allgemeinärzten wurden 20–40% somatoforme Beschwerden festgestellt und 20% somatoforme Störungen; 40–50% der Patienten berichteten über einzelne oder multiple somatoforme Symptome [Nickel, 2002]. Überproportional sind diese Patienten in Kliniken und Spezialambulanzen anzutreffen. Unter den 10% der häufigsten Patienten in einer Klinik erhielten 20% die Diagnose einer Somatisierungsstörung (SD), 73% die Diagnose einer undifferenzierten SD [Katon et al., 1990].

Wesentliche Charakteristika lassen sich am Beispiel der SD zusammenfassen: fünf- bis zehnmal häufiger bei Frauen als bei Männern (bei Hypochondrie vergleichbare Geschlechterverteilung); früher Erkrankungsbeginn (40% vor dem 11. Lebensjahr, 55% vor dem 16. Lebensjahr); primär chronischer Verlauf [Langzeitstudie Guze et al., 1986; Beobachtungszeitraum: sechs bis zwölf Jahre]. Ein eher geringer sozioökonomischer- und Bildungsstatus ist typisch.

Die Komorbidität mit anderen psychischen Störungen ist mit 33–100% beträchtlich [Fink et al., 1999]: mit depressiven Störungen 75–90% [Ebel & Podoll, 1998], mit Panikstörung 10–50%, mit phobischen Störungen 17–70% und mit Persönlichkeitsstörungen 28–80% [Garyfallos et al., 1999].

Tabelle 2

Diagnostische Kriterien von somatoformen Störungen im ICD-10

Somatisierungsstörung ICD-10 (F45.0) (mindestens 6 von 14 Merkmalen aus zwei Gruppen)	Hypochondrische Störung ICD-10 (F45.2)
— Gastrointestinale Beschwerden Bauchschmerzen, Übelkeit, Gefühl von Überblähung, schlechter Geschmack im Mund oder extrem belegte Zunge, Klagen über Erbrechen oder Regurgitation von Speisen, über häufigen Durchfall oder Austreten von Flüssigkeit aus dem Anus	— Eine mindestens sechs Monate anhaltende Überzeugung vom Vorhandensein wenigstens einer ernsthaften, vom Patienten benennbaren körperlichen Krankheit , als Ursache für vorhandene Symptome, auch wenn wiederholte Untersuchungen keine ausreichende körperliche Erklärung erbracht haben
— Kardiovaskuläre Beschwerden Atemlosigkeit ohne Anstrengung und Brustschmerzen	— Ständige Weigerung , den Rat und die Versicherung mehrerer Ärzte zu akzeptieren , dass den Symptomen keine körperliche Krankheit zugrunde liegt
— Urogenitale Beschwerden Dysurie, Klagen über Miktionshäufigkeit, unangenehme Empfindungen im oder um den Genitalbereich, über ungewöhnlichen oder verstärkten vaginalen Ausfluss	— Körperdysmorphie Störung Anhaltende Beschäftigung mit einer vermuteten körperlichen Entstellung wird im ICD-10 unter diese Kategorie subsummiert (im DSM-IV eigene Kategorie)
— Haut- und Schmerzsymptome Klagen über Fleckigkeit oder Farbveränderung, Schmerzen in den Gliedern, Extremitäten oder Gelenken, unangenehme Taubheit oder Kribbelgefühl	

Ätiologie und Pathogenese

Es ist nach der derzeitigen Forschung von einer multifaktoriellen Genese auszugehen. Die Erkenntnisse sind jedoch noch lückenhaft, besonders die neurobiologische Forschung spielt bisher nur eine vergleichsweise geringe Rolle.

In genetischen Zwillings- und Adoptivstudien zeigten sich Häufungen [Torgersen, 1986; Sigvardsson et al., 1984]. Ein Zusammenhang von somatoformen Symptomen und Kinderkrankheiten sowie Krankheiten der Eltern konnte nachgewiesen werden [Kohortenstudie Hotopf et al., 1999]. Neurobiologisch wurde ein erhöhter autonomer und hormoneller Arousal sowie ein gestörter Schlafrythmus bestätigt. Es fanden sich Hinweise auf pathologische Muster der HPA-Achse mit erhöhten Cortisol-Werten [Rief & Auer, 2000]. Im EEG sowie MRT wurden pathologische Veränderungen beschrieben.

Die Persönlichkeitsforschung wies exzessive Gesundheits Sorgen, hypochondrische Einstellungen sowie ausgeprägte negative Affektivität als Prädisposition [Tyler et al., 1990; Gündel, 2005] nach. Alexithyme Merkmale sind möglicherweise relevant [Simon & von Korff, 1991]. Auf die Bedeutung von Krankheiten und Krankheitsbewältigung der Eltern wurde hingewiesen [Stuart & Noyes, 1999; Noyes et al., 2003].

Mangelnde elterliche Fürsorge und eigene schwerwiegende Krankheiten in der Kindheit erwiesen sich als guter Prädiktor [Lackner et al., 2004]. Frühe Traumatisierungen, besonders in der Gruppe der „High-Utilizer“ wurden beschrieben [Kapfhammer, 2005].

Als psychodynamisch relevant werden pathologische Bindungsmuster angenommen. Ein unrealistischer Gesundheitsbegriff sowie katastrophisierende Annahmen über physiologische Zusammenhänge [Lieb & Margraf, 1994] sind ebenso bedeutsam wie übertriebene Erwartungen an die moderne Medizin [Rief & Hiller, 1998]. Als Chronifizierungsfaktoren wurden multiple Abklärungen, Überbewertung von Zufallsbefunden und Normvarianten sowie der Wegfall positiver Verstärker bestätigt.

Für das Krankheitswissen und die Bewältigung sind soziokulturelle Determinanten sowie mediale Vermittlung von Krankheitswissen und Therapiekonzepten [Subjektives Sich-krank-Fühlen als dominanter Lebensstil; Ford, 1997] bedeutsam.

Therapeutische Ansätze

Grundsätzliche Therapieziele und -verfahren

Jeder Therapieansatz in Psychiatrie und Psychotherapie ist bis zum Nachweis einer eindeutigen Pathogenese psychischer Störungen beziehungsweise Störungs- oder Krankheitskonzepte syndromal zu verstehen [Hippius, 1979]. Die einseitige Orientierung der Therapieforchung an der derzeitigen Klassifikation psychischer Störungen ist daher als nicht unproblematisch anzusehen und zum Teil nur von begrenztem heuristischen Erkenntniswert und klinischem Nutzen; man denke nur an die hohe Komorbidität der einzelnen Störungen. Dieses Dilemma ist auch bei somatoformen Störungen nachweisbar.

Viele empirisch begründbare Therapieoptionen werden erst dadurch sichtbar, dass eine störungsorientierte mit einer syndromorientierten Perspektive verbunden wird. Es können Grundsätze und Empfehlungen für die primärärztliche Versor-

gung sowie für spezifische psycho- oder pharmakotherapeutische Behandlungen unterschieden werden. Für eine gelungene Therapie ist eine Einstellungsänderung, vor allem der somatisch tätigen Ärzte erforderlich, die psychologische Perspektive im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes in ihr professionelles Verständnis zu integrieren. Rief et al. (2006) zeigten, dass durch ein gezieltes eintägiges Training von Hausärzten bei 295 Patienten die Inanspruchnahme medizinischer Untersuchungen deutlich reduziert werden konnte. Es besteht Übereinstimmung von Vertretern verschiedener Therapierichtungen dahingehend, dass die Therapieziele realistisch zu definieren sind: klinische Symptombesserung, nicht die Heilung; die Vermeidung weiterer unnötiger somatischer Untersuchungen; die Verbesserung der Lebensqualität trotz vorhandener Symptomatik sowie die Behandlung der psychischen Komorbidität.

Henningens et al. (2007) stellten in ihrer Metaanalyse zur Bewertung verschiedener therapeutischer Ansätze fest, dass alle passiven Verfahren (Operationen, Pharmaka) solchen unterlegen waren, die auf die aktive Mitarbeit der Patienten setzen. Kroenke (2007) bewertete in seiner Metaanalyse 34 RCT-Studien mit 3.922 Patienten. Für die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) liegen danach die meisten Studien (11 von 13) vor. Sie wurde am besten bewertet, aber auch für Antidepressiva ergaben sich gute Effekte (vier von fünf Studien). Kritisch muss allerdings angemerkt werden, dass viele (besonders die älteren) Therapiestudien methodisch nicht ausreichend fundiert sind (Patientenzahl, Beschreibung des Therapieverfahrens).

Die 2002 unter der Beteiligung psychodynamisch orientierter Fachgesellschaften (DGPM, DKPM, AÄGP, DGPT) erarbeitete Leitlinie „Somatoforme Störungen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ [Henningens et al., 2002] formuliert Handlungsempfehlungen für die klinische Praxis (Tab. 5). Eine ambulante Fachpsychotherapie wird nach dieser Richtlinie dann für indiziert gehalten, wenn nach einer adäquaten psychosomatischen Grundversorgung oder Krankschreibung von mehr als vier Wochen keine Besserung erreicht wird.

Spezifische psychotherapeutische Ansätze

Im Grundsatz lassen sich psychodynamische und verhaltenstheoretische Ansätze differenzieren, die entsprechend ihrem theoretischen Grundverständnis den Schwerpunkt entweder auf die Beziehungs- und Konfliktbearbeitung oder die verhaltensnahe Vermittlung von Coping- und Problemlösestrategien legen. In der praktischen Therapie sind jedoch deutliche Überlappungen in Richtung eines manualisierten, strukturierten und verhaltensnahen Vorgehens erkennbar.

Bei psychodynamischen Verfahren wird auf die Bearbeitung früh gelernter Beziehungsmuster sowie die Affektabwehr fokussiert. In der Therapie somatoformer Störungen werden wesentliche Modifikationen im Theorieverständnis, in den Rahmenbedingungen sowie im Interventionsverhalten für notwendig erachtet [Egle & Nickel, 2006].

Beispielhaft für das Vorgehen ist die manualisierte psychodynamisch-interaktionale Gruppentherapie [Nickel & Egle, 1999]: In 40 Gruppensitzungen (90 Minuten) über sechs Monate werden sieben bis neun Teilnehmer im geschlossenen Gruppensetting behandelt. Eine diagnostische Vorphase (zwei

Tabelle 3

Positiv-diagnostische Hinweise auf eine somatoforme Störung [Hoffmann & Hochapfel, 2009]

- Charakterische Symptome, zum Beispiel Sensibilitätsstörung nach dem Kleidungsschema
- Beschwerdeschilderung diffus, in Bildform, bunt
- Starke Fixierung auf eine bisher „übersehene“ somatische Genese trotz wiederholter Diagnostik
- Interaktionsverhalten: appellativ, fordernd, anklammernd
- Häufiger Arztwechsel in der Vorgeschichte
- Unklare (und wechselnde) frühere Erkrankungen
- Anamnesticke Hinweise auf eine gestörte biografische Entwicklung
- Akute Hinweise auf eine belastende Lebenssituation (beruflich, familiär, Partnerprobleme, Verlusterlebnisse)
- Ausgeprägtes Missverhältnis zwischen subjektiver Beschwerde und objektivierbarem Befund
- Fehlen eines hinreichend erklärenden organischen Befunds

Tabelle 4

Prävalenzraten für somatoforme Störungen nach ICD-10 (internationale WHO-Studie, elf Zentren, vier Kontinente)

1%	Somatisierungsstörung
7%	Undifferenzierte somatoforme Störung
1%	Hypochondrische Störung
4%	Somatoforme autonome Funktionsstörung
15%	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
4%	Neurasthenie
24%	Erfüllten die Kriterien von mehr als einer somatoformen Störung



bis fünf Gespräche), eine Informations- und Motivationsphase (fünf bis acht Sitzungen), eine Arbeitsphase (circa 20 bis 25 Sitzungen) sowie eine Transferphase (zehn bis zwölf Sitzungen) werden unterschieden. In der Arbeitsphase besteht der Fokus auf der Gruppeninteraktion sowie dem Erleben bisheriger Beziehungserfahrungen. Nickel und Egle (1999) gaben in ihrer Langzeitstudie mit einer Ein-Jahres-Katamnese eine Effektstärke von 1.12 an, 14 Patienten remittierten vollständig, 21 % brachen die Therapie vorzeitig ab. Trotz dieser positiven Hinweise fehlen weitere kontrollierte Therapiestudien.

In der Verhaltenstherapie (VT) wird das somatische Syndrom als Ausdruck und Ergebnis fehlgeleiteter Lernprozesse bewertet. Das therapeutische Vorgehen ist bekanntermaßen symptomorientiert, individualisiert, systematisch sowie zielorientiert und basiert auf einer Verhaltensanalyse, aus der sich

die Behandlungsziele ergeben (Abb. 1). Für die VT ist die methodische Qualität sowie die Datenlage aus empirischen Studien positiv zu bewerten [Kroenke, 2007; Martin et al., 2007; Magallón et al., 2008]. Allen et al. (2006) konnten in ihrer RCT-Studie mit zehn manualisierten Therapiesitzungen im 15-Monats-Follow-up bei 40 % ihrer 84 Patienten eine gute bis sehr gute Besserung (CGI) nachweisen. Martin et al. (2007) erreichten deutliche Behandlungseffekte bereits nach einer einzigen Sitzung. Allerdings ist bisher der spezifische Wirknachweis für einzelne Interventionen im Kontext „multimodaler Behandlung“ offen.

Pharmakotherapie: Die Pharmakotherapie ist eine wichtige Option [Fallon, 2004; Kroenke, 2007] (Tab. 7). Sie wird ohne Berechtigung bisher eher als Therapie der zweiten Wahl, rein

Tabelle 5

Positiv-diagnostische Hinweise auf eine somatoforme Störung
[Hoffmann & Hochapfel, 2009]

Entlastung der Beziehung zum Patienten durch Wissen um die Diagnose
Ärztliche Haltung („Klage entgegennehmen“) signalisiert, dass Beschwerden ernst genommen werden
Vermeiden nicht streng indizierter apparativer und invasiver diagnostischer Prozeduren, auch wenn der Patient darauf drängt (cave: Selbstschädigung); dadurch Verhinderung weiterer Chronifizierung und somatischer Fixierung
Kritische Bewertung von somatischen Bagatel- und Zufallsbefunden
Aufstellen und Durchsprechen eines zeitlich und bezüglich der Therapiemaßnahmen gestuften Behandlungsplans
Entkopplung von Kontaktangeboten und Beschwerdeintensität (zeitkontingente statt beschwerdekontingente Termine)
Statt ausschließlicher Mitteilung negativer organischer Befunde („Sie sind organisch gesund“) Angebot eines interaktiven Erklärungsmodells der Beschwerdeentstehung
Beginnende Erweiterung der organischen Kausalattribution zu einem psychosomatischen Krankheitsverständnis
Eher beiläufige Interventionen zu psychosozialen Aspekten
Gegebenenfalls Motivierung zur Überweisung in Fachpsychotherapie
Begleitung bei eingetretener Chronifizierung
Aktive Unterstützung der sozialen Reintegration
Pharmakotherapie bei spezifischer Indikation zur Linderung psychischer Symptome und Schmerzen, nicht zur Behandlung „des Herzens“ oder „des Rückens“

symptomatisch und nicht kausal wirksam, (miss-)verstanden. Diese Bewertung ist in Anbetracht der komplexen Ätiologie mit eindeutig neurobiologisch relevanten Faktoren nicht nachvollziehbar. Das Interesse der Psychiatrie an dieser Störung war bisher eher gering. Im Vergleich zu anderen Störungen existieren kaum systematische Studien. In der klinischen Praxis ist der ungezielte Einsatz von Benzodiazepinen, Antidepressiva und Neuroleptika leider die Regel, obwohl gute Alternativen zur Verfügung stehen. So haben sich trizyklische Antidepressiva (TZA) bewährt und wurden insbesondere bei somatoformen Schmerzstörungen recht gut untersucht [Metaanalyse Fishbain et al., 1998]. SSRI wie Escitalopram und Fluoxetin (bei Hypochondrie) wurden in RCT-Studien mit positivem Ergebnis geprüft [Muller et al., 2008; Fallon et al., 2008]. Für Opipramol konnte zumindest in einer RCT-Studie eine Wirksamkeit für die Somatisierungsstörung gezeigt werden [Volz et al., 2000]. Für den SNRI Duloxetin wurde in Depressionsstudien mit hohen Patientenzahlen eine signifikante Verbesserung von verschiedenen Schmerzenempfindungen und anderen somatischen Beschwerden nachgewiesen. Pregabalin, zugelassen für

Tabelle 6

Verhaltenstherapeutische Interventionen bei somatoformen Störungen

Einsatz von Selbstbeobachtungsbögen
Aufmerksamkeitsfokussierung und Aufmerksamkeitslenkung
Verhaltensexperimente (z.B. zur selektiven Aufmerksamkeit, zur Beeinflussung körperlicher Funktionen, zur Provokation körperlicher Missempfindungen etc.)
Biofeedback
Entspannungsverfahren
Reduktion der Rückversicherung über Unbedenklichkeit der Beschwerden
Erarbeitung eines realistischen Gesundheitsbegriffs
Abbau von Checking-Verhalten
Abbau von Schonverhalten
Kognitive Umstrukturierung hypochondrischer Befürchtungen
Emotionstraining
Training sozialer Kompetenz
Stressbewältigungsmaßnahmen
Förderung positiver Körperempfindungen
Berufliche Reintegration

Tabelle 7

Syndromale Pharmakotherapie bei Angst, Depression und Schmerz

Substanz	Angst	Depression	Schmerz
Trizyklische Antidepressiva	+	+	+
Escitalopram	+	+	+
Duloxetin	+	+	+
Opipramol	+	+	+
Pregabalin	+	-	+

neuropathischen Schmerz, Epilepsie und Generalisierte Angststörung (GAS), stellt eine weitere Therapieoption dar. Bei GAS-Patienten zeigte sich eine deutliche Besserung des somatischen Syndroms, Harnack et al. (2007) publizierten eine Kasuistikserie für Patienten mit somatoformer Störung.

In Anbetracht der hohen Überlappung des somatischen Syndroms mit Angst und Depression ergeben sich aus einer konsequenten, syndromorientierten medikamentösen Therapie für viele Patienten eindeutige Vorteile und Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung (Tab. 7).

Versorgung somatoformer Patienten im Gesundheitssystem

Es konnte gezeigt werden, dass Patienten mit somatoformen Störungen grundsätzlich gut behandelbar sind. Dies umfasst

die psychosomatische Grundversorgung ebenso wie die fachpsychotherapeutische und fachpsychiatrische Behandlung. Eine wesentliche Voraussetzung hierfür ist jedoch eine notwendig Einstellungsänderung von Ärzten und Therapeuten, dieses Syndrom als Krankheit zu akzeptieren und psychische und somatische Faktoren als grundsätzlich gleichwertig zu bewerten. Die zunehmende Spezialisierung der medizinischen Fächer erweist sich für die Erkennung und Behandlung somatoformer Patienten als kontraproduktiv, da sie als „Türöffner“ für weitere frustrane somatische Abklärungen verfügbar wird. Als ungünstig ist auch die zunehmende Rationalisierung und Rationierung ärztlicher Leistungen einzustufen; der notwendige Zeitaufwand für eine psychosomatische Perspektive steht immer weniger zur Verfügung. Die Spezialisierung psychosomatischer Medizin auf eigene Fachkliniken jenseits der somatischen Medizin ist eine weitere Hürde für die Realisierung eines integrativen, ganzheitlichen Behandlungsansatzes, der die Patienten dort „abholt“, wo sie sich in erster Linie vorstellen, nämlich in der somatischen Medizin. Die Behandlung somatoformer Patienten stellt somit eine professionelle Herausforderung sowohl für Ärzte und Therapeuten als auch an das Gesundheitssystem dar, eine ganzheitliche Behandlungsperspektive fachlich und strukturell zu erreichen. □

Gewidmet Prof. Hippus zum 85. Geburtstag

Ich möchte Prof. Hanns Hippus diesen Beitrag widmen, in dem seine Syndromlehre als Markstein psychiatrischer Diagnostik diskutiert wird.

Prof. Hippus hat die deutschsprachige Psychiatrie in Lehre und Forschung über drei Jahrzehnte führend geprägt und wesentliche Impulse für das Fach Psychiatrie gegeben. Seine Syndromlehre, die er nie im größeren Kontext publiziert hat, weil er sie für logisch und selbstverständlich hielt, ist heute leider fast in Vergessenheit geraten. Ich möchte daher sein Werk in Erinnerung rufen, besonders im Hinblick auf die nachwachsende Psychiatergeneration.

LITERATUR

beim Verfasser

Dr. med. Dipl. Psych. Reinhard J. Boerner

Zentrum für Psychologische und Psychosoziale Medizin
Christliches Krankenhaus Quakenbrück GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der MHH
Goethestr. 10, 49610 Quakenbrück
E-Mail: r.boerner@ckq-gmbh.de

Jetzt CME-Punkte hamstern!

- ✓ einfach
- ✓ kostenlos
- ✓ schnell



www.cme-punkt.de