

Heinrich Brändli

Ist «somatoform» nur therapierefraktär oder auch kreativ?

In der täglichen Praxis gehört die Betreuung und Begleitung von Patientinnen mit somatoformer Schmerzkrankheit oder Somatisierung bei Angststörungen zu häufigen und anspruchsvollen Aufgaben jedes Grundversorgers. Ein naher, empathischer Zugang zum Patienten lässt erst die *Komplexität des Leidens* und den *Schweregrad der Beeinträchtigungen* erkennen. Ohne Anwendung der biopsychosozialen Medizin und ohne Kennenlernen des kranken Menschen mit seiner Geschichte ist es gar nicht möglich, ein Urteil über die beiden Fragestellungen abzugeben [1].

Mit dem verbrämten Begriff «somatoform», was oft mit Sozialmissbrauch oder Willensschwäche verbunden wird, werden viele krank gewordene Menschen zurückgewiesen, als ob es sich um eine individuelle Problematik handelte mit Ursachen im psychosozialen Umfeld und durch Selbstverschulden. Hier wird ausgeblendet, dass der soziale Support respektive dessen Mangel ein zentraler Faktor ist. Somatoforme Störungen können in einem biopsychosozialen Vulnerabilitäts-Stressmodell verstanden werden. Hinter den unspezifischen Klagen verbergen sich oft schwere psychische Krankheiten auf Grund von eindrücklichen biographischen Belastungen im Kindesalter [2]. Es kommt auch zur Zerrüttung von neurobiologischen und neurohumoralen Regelkreissystemen, was zum Beispiel zu einer gestörten Schmerzverarbeitung führt. Nicht selten beginnt ein chronisches Schmerzsyndrom dammbuchartig, wenn die Copingstrategien einstürzen.

Eng verbunden mit den somatoformen Störungen sind Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen. Die Frage ist dann nicht abwegig, ob zum Beispiel die Alexithymie nicht so sehr eine angeborene Charakterauffälligkeit bedeutet als viel mehr ein Lösungsversuch von nicht integrierbaren Belastungen aus der frühen Kindheit. Dieser Schutzmechanismus und Selbstheilungsversuch hilft, unerträgliche emotionale Spannungen abzubauen.

Körperliche Krankheiten können ebenso als ein kreativer Versuch gesehen werden, um psychische Verletzungen abzufedern und unbewusste Konflikte zu neutralisieren [3].

Krank gewordene Menschen und Ärzte finden sich nicht selten in einer unheiligen Allianz: es wird nur über Schmerzen gesprochen und das «Unsagbare» bleibt in der «black box».

Somatoforme Krankheitsbilder sind zudem viel therapieresistenter als komplexe Traumafolgestörungen mit psychoformer Dissoziation. Es geht in der Betreuung dieser unter hohem Leidensdruck stehenden Menschen oft darum, sie vor unnötigen Eingriffen zu bewahren, ein lebenswertes Leben zu fördern und ihre Integration zu verbessern.

Zentral erweist sich dazu der Aufbau eines tragfähigen Arzt-Patienten-Verhältnisses und nicht die von Gutachtern häufig vorgeschlagene kognitive Verhaltenstherapie (KVT) oder sogar eine spitzfindige Medikamentenvariante (zum Beispiel Venlafaxin anstatt Sertralin) [4]. Diese Vorschläge sind meist unangebracht und desavouierend.

Noch unerträglicher an der heutigen Gutachtersituation ist jedoch der nicht selten angeschlagene verächtliche, respektlose Tonfall gegenüber den Patientinnen. Auch die jahrelange Verschleppung der IV-Entscheidung ist eine Demütigung dieser Menschen.

Man fragt sich als Hausarzt, welchen Spagat diejenigen Kollegen machen müssen, die in Gutachten solche ungebührliche Unterstellungen und Disqualifikationen unterschreiben und daneben ihre Schmerzpatienten in der eigenen Praxis betreuen oder betreut haben? Angesichts der Verbreitung von somatoformen Störungen kann es kaum Grundversorger geben, die nicht mit der Problematik konfrontiert werden. Auch Ärzte des Regional Ärztlichen Dienstes (RAD) der IV haben vor ihrem Wechsel im Rahmen ihrer Ausbildung oder als Grundversorger selber psychosomatische Patientinnen betreut. Es kommt zur ärztlichen, vermeintlich objektiven Haltung, wo ein Organismus lediglich auf trivialer Basis von aussen beobachtet und vermessen wird [1]. Diese Haltung entbehrt der wissenschaftlichen Grundlage der Humanmedizin.

Im Alltag der klinischen Medizin treffen wir kaum auf Patienten, welche über ausschliesslich nozizeptive oder nur neuropathische Schmerzen klagen. Vielmehr ist es die Regel, dass in einer Krankheitsentwicklung beide Schmerzformen miteinander vermengt vorkommen. Vergleichbar haben wir alle schon Asthmapatienten angetroffen, die gleichzeitig Symptome des Bronchospasmus und der Hyperventilation aufwiesen. Somatoforme Schmerzen können auch bei Krebspatienten auftreten. Umgekehrt dürfen bei psychosomatisch Kranken Schmerzexazerbationen nicht vorschnell als psychogen oder funktionell aufgefasst werden. Unsere Arbeit beinhaltet also meist zugleich den Menschen als Objekt und Subjekt zu betrachten.

Die Fallvorstellung soll einen Anstoss bieten, die Problematik der somatoformen Schmerzstörung wieder beim «lebenden Körper» anzusiedeln.

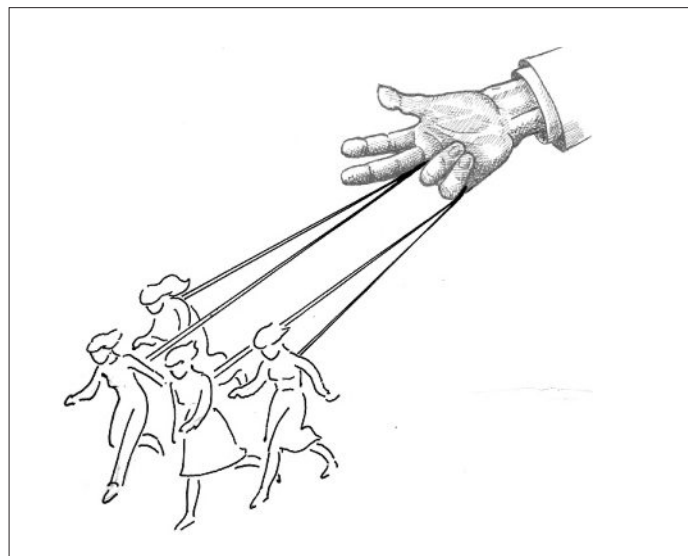


Abbildung 1
Die Hand des Kutschers.

Fallvignette

53-jähriger Spanier mit breitem Lächeln, Vater von drei in der Schweiz geborenen Töchtern. Erlebte als Kind systematische physische Gewalt. Konservatives Selbstbild, narzisstische Akzentuierung, unterdrückt in rigider Weise die Assimilationstendenzen seiner Familie im Aufnahmeland. Chronische Schmerzen der rechten Schulter-Arm-Region, Kontrakturfehlstellung des Ring- und Kleinfingers nach Verletzung und erfolglosen Reoperationen. Obwohl Rechtshänder grüsst einem der Patient mit der linken Hand, um sein unversehrtes Selbstbild aufrecht zu erhalten. Erst nach mehrjähriger Begleitung und dem Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung formuliert der Patient für sich das Bild eines Kutschers auf dem Bock, der krampfhaft versucht, die Zügel in seiner Hand zu behalten (Abb. 1).

Nach Exazerbation von Belastungs- und Ruheschmerzen beidseits inguinal wird ein Pankreaskarzinom mit Knochenmetastasen diagnostiziert. Der Patient bezeichnet trotz der bedrohlichen Erkrankung seine Schmerzpunkte in den beiden Schambeinästen mit ausholenden Handbewegungen und einem lächelnden Gesicht wie zwei unerschütterliche Drehpunkte seines Selbst- und Körperbildes.

Schlussfolgerungen

Die Erfahrung mit komplexen psychosomatischen Patienten zeigt, dass chronische Schmerzen, psychische Störungen und auffallende Persönlichkeitsänderungen miteinander einhergehen. Oft weisen solche Menschen eine traumatisch belastete Biographie und/oder aversive Bindungserfahrung auf.

Biographie und Persönlichkeitsentwicklung beeinflussen das spätere Selbstbild und das individuelle Körpererleben sowohl bei somatoformen Schmerzkrankheiten aber auch bei somatischen Leiden. Körperlich erlebte Beschwerden vermischen sich mit konfliktbeladenen und zwangshaften Adaptationsprozessen. Die Bedeutung dieser Zeichen und Signale können nur in einem empathisch geführten Gespräch eruiert werden.

Oft teilen sich Patientinnen über körperliche Bekundungen mit. Zum Beispiel pflegte eine Mutter nach Kindsverlust ihren schmerzhaften Vorderarm mit Umschlägen, da sie die Trauer in ihren Worten nicht fassen kann. Wiedererleben/Vermeiden von traumatischen Erinnerungen kann direkt zur Muskelverspannung führen [5]. Emotional bedrohliche Erinnerungen von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein bei einem Gewaltopfer können sensomotorisch eincodiert bleiben, wie zum Beispiel das Unvermögen, den Täter wegzustossen [6]. Eine Ambivalenz- und Schuldproblematik beim Opfer, insbesondere wenn es sich beim Täter um eine Person aus Familien- und Bekanntenkreis handelte, kommt es zur Verstärkung von Muskelverkrampfungen.

Andrerseits findet der Untersucher aus eigener Beobachtung bei Fibromyalgiepatientinnen, aber auch bei asymptomatischen Patienten mit traumatischen Erfahrungen, oft ein völlig erschlaffter Tonus der rumpfnahen Extremitätenmuskulatur. Die eincodierte

Unterwerfung/Wehrlosigkeit wird bei der körperlichen Untersuchung manifest. Schon die physische Konfrontation der liegenden Patientin mit dem stehenden Untersucher kann die Wehrlosigkeit im Unterbewussten triggern.

Wir finden also bei der körperlichen Untersuchung im Hinweise über weit zurückliegende Erfahrungen der Patientinnen.

Beim vorgestellten Patienten widerspiegelt sich die krampfhaft kontrollbedürftigkeit über seine Familie in der dominanten rechten Schulterarmregion und Hand. Die wiederholten operativen Eingriffe haben die Funktionsstörung nicht beheben können.

Der Patient kompensiert seine psychische und physische Versehrtheit mit dem Selbstbild des Kutschers, der seine Zügel nicht lockern kann. Er kann nicht mit medizinischer Logik und verhaltenstherapeutischen Anweisungen in die Autonomie geführt werden [7]. Die Verlagerung seiner narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung in den Körper ist psychopathologisch betrachtet eigentlich ein nicht zu unterschätzender, kreativer Selbstheilungsversuch mit dem Ziel einer inneren Homöostase. Schmerzpatientinnen sind an einem primären Arbeitsplatz oft nicht geduldet, woran sie sich aber unter Aufbringung all ihrer Energie klammern. Es folgt oft die Kündigung, ohne dass die Krankheitsfaktoren respektive die Willensanstrengung gewürdigt werden. Der Verlust der Arbeitsintegration bedeutet aber oft eine massive Kränkung und Verschlechterung der Krankheitssymptome.

Unser Interesse und Verständnis für einen Patienten hilft gegen das unreflektierte Ausagieren destruktiver Gegenübertragungsgefühle wie Ablehnung, Wut und Ärger. Wir alle sind dem Mechanismus der Gegenübertragung mit unserer Persönlichkeitsstruktur ausgesetzt [3]. Es geht aber darum, diese in einem konstruktiven therapeutischen Sinne zu verwenden. Das bedeutet noch keine Heilung aber eine Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnisses als Grundlage dazu, einen krank gewordenen Menschen auf seinem Lebensweg zu begleiten.

Literatur

- 1 Adler RH. Was ist ein Vertrauensarzt? Schweizerische Ärztezeitung. 2010;91:11.
- 2 Egloff N, von Känel R. Kommentar zu Faustregel 7. «Stöhnen beim Blutdruckmessen: Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung». Praxis 2010;99:26–8.
- 3 Beck D. Krankheit als Selbstheilung. Suhrkamp Taschenbuch 1985.
- 4 Guex P et al. 6ème révision LAI: des conséquences délétères pour les patients psychiatriques? Schweizerische Ärztezeitung. 2009;90:51–2.
- 5 Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer (afk), Psychiatrische Poliklinik USZ, Culmannstrasse 8, 8091 Zürich. Schweizerisches Rotes Kreuz, Update 1/2009.
- 6 Nijenhuis ERS. Somatoforme Dissoziation. Junfermann Verlag 2008.
- 7 Schneider Weber M. Die Autonomie des psychosomatischen Patienten. Marianne Schneider Weber. Schweizerische Ärztezeitung. 2010;91:6.

Korrespondenz:

Dr. med. Heinrich Brändli
Zieglerain 11
5000 Aarau
heinrich.braendli@hin.ch