

Jessika Schmitt-Makula
Dr. med.

Somatisierung und chronischer Rückenschmerz: eine Verlaufsstudie

Geboren am 27.11.1971 in Eberbach
Staatsexamen am 20.06.2002 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Psychosomatik
Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. med. P. Henningsen

Schmerz ist eine unangenehme Sinnesempfindung, die rein organisch und/oder psychisch mit bedingt sein kann. Ein Charakteristikum für somatoformen Schmerz ist die oft fehlende Kongruenz zwischen Organpathologie und Beschwerdebild. Somatisierende Patienten leiden neben Schmerz unter zahlreichen, organisch nicht ausreichend erklärbaren, körperlichen Symptomen. Eine Betrachtung dieser Patienten anhand der kategorialen Einteilung nach DSM-IV und ICD-10 gestaltet sich problematisch; ein dimensionales Konzept der Betrachtung von Somatisierung erscheint sinnvoller. Dies ermöglicht einerseits eine Unterscheidbarkeit der Dimensionen (Ausmaß Depressivität - Ausmaß Organpathologie - Ausmaß Somatisierung), andererseits sind diese Dimensionen jedoch nicht unabhängig voneinander.

116 Rückenschmerzpatienten der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg wurden anhand des SKID-I nach DSM-IV zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme zur Erfassung der Psychopathologie untersucht. Die somatoformen Störungen standen hierbei im Mittelpunkt des Interesses. Durch das Außerkraftsetzen relevanter Sprungregeln im SKID-I wurde innerhalb der diagnostischen Entität der somatoformen Störungen die Vergabe der Diagnose einer „multisomatoformen Störung“ ermöglicht. Es erfolgte dann eine Gruppeneinteilung in stark somatisierende Patienten (Gruppe A = Somatisierungsstörung / multisomatoforme Störung), schwach somatisierende Patienten (Gruppe B = Schmerzstörung / unspezifisch somatoforme Störung) und nicht unter somatoformem Schmerz leidende Patienten (Gruppe C = organische Schmerzsyndrome). Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme und sechs Monate nach Entlassung wurden Daten zur Komorbidität mit Angst und Depression (HADS), der Zahl der Körperbeschwerden (SOMS) und zur Lebensqualität/Lebenszufriedenheit (SF36 und FPI-R) erfasst. Nach einer dimensionalen Betrachtungsweise von Somatisierung war davon ausgegangen worden, dass Patienten mit zunehmendem Ausmaß an Somatisierung auch stärker beeinträchtigt sind und im Verlauf eine geringere Verbesserung der Angst, Depression und Lebenszufriedenheit angeben.

Die Ergebnisse dieser Studie belegen, dass sich Rückenschmerzpatienten mit organischen und somatoformen Schmerzsyndromen entsprechend einem steigenden Grad der Somatisierung zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme nur zum Teil hinsichtlich weiterer Körperbeschwerden, Komorbidität mit Angst und Depression sowie der Lebensqualität/Lebenszufriedenheit unterscheiden. Die Patienten der Gruppe A - als Gruppe mit stärkster Somatisierung zu 79% aus Patienten mit multisomatoformer Störung bestehend - gaben die höchste Zahl weiterer Körperbeschwerden an. Die stark somatisierenden Patienten der Gruppe A waren auch ängstlicher und depressiver als die schwach bzw. nicht somatisierenden Patienten und gaben die niedrigste Lebenszufriedenheit / Lebensqualität im Gruppenvergleich an. Im Verlauf weisen die stark somatisierenden Patienten der Gruppe A die ausgeprägteste Reduktion hinsichtlich Angst und Depression und der psychisch ausgerichteten Skalen des SF36 auf. Das heißt, die Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme unter Angst und Depressivität litten, zeigten die deutlichste Verringerung oder Verbesserung eben dieser psychischen Beeinträchtigungen im Verlauf von

sechs Monaten. Nur bezüglich der körperlich orientierten Skalen erfuhr die stark somatisierende Patientengruppe keine eindeutige Verbesserung. Das heißt die körperliche Beeinträchtigung blieb weitgehend unverändert.

Auffallend ist das hinsichtlich der Komorbidität und der psychisch fokussierten Skalen sehr schlechte Abschneiden der Patienten mit nicht somatoformem Schmerz in den Verlaufshypothesen. Diese Patienten haben, hinsichtlich der Verbesserung der psychischen Beeinträchtigung, am wenigsten von der psychologischen Betreuung profitiert. Bezüglich der Funktionsfähigkeit zeigen die Patienten dieser Gruppe jedoch ein sehr gutes Ansprechen auf die Therapie und weisen sechs Monate nach Entlassung die stärkste Verbesserung auf.

Betrachtet man die Patienten der Gruppe B, die ein eher geringes Somatisierungsausmaß aufweisen, gestaltet sich eine Abgrenzung von der Gruppe A mit starkem Somatisierungsausmaß und Gruppe C mit nicht somatoformem Schmerz, sehr schwierig. Die Gruppe der schwach somatisierenden Patienten ist eher inhomogen. Es zeigen sich zum Teil fließende Übergänge zu den Gruppen A und C. So ist eine Unterscheidung von schwach somatisierenden und nicht unter somatoformem Schmerz leidenden Patienten sowohl zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme als auch im Verlauf, nicht im gleichen Ausmaß möglich, wie die Unterscheidung stark somatisierender Patienten und an einem organischen Schmerzsyndrom leidender Patienten. Die Patienten der Gruppe B sind nicht wie die stark somatisierenden Patienten der Gruppe A bzw. die nicht unter somatoformem Schmerz leidende Gruppe C durch charakteristische Eigenschaften gekennzeichnet, die sie eindeutig von anderen Patienten abgrenzbar machen.

Ausblick

Patienten mit einer multisomatoformen Störung bilden eine eigenständige Gruppe von Schmerzpatienten, die sich von schwach somatisierenden Patienten und nicht unter somatoformem Schmerz leidenden Patienten unterscheiden. In der untersuchten Stichprobe an Rückenschmerzpatienten wurde eine relativ große Zahl an Patienten dieser Störungsgruppe zugeordnet. Die von der bisher veröffentlichten Literatur abweichenden Ergebnisse lassen eine Änderung und Anpassung der Sprungregeln im SKID-I sowie die Einführung der Diagnose „multisomatoforme Störung“ notwendig erscheinen. Das Ziel sollte sein, diesen Patienten eine adäquate therapeutische Betreuung bieten zu können.

Die Schwierigkeit der Unterscheidung von Patienten mit schwachen Formen der Somatisierung (Schmerzstörung/unspezifisch somatoforme Störung) und von Patienten mit organischem Schmerz weist trotz Neufassung der Diagnose Schmerzstörung im DSM-IV weiterhin auf eine unzureichende Kriteriendefinition hin. Problematisch wird jedoch immer die Abgrenzbarkeit von psychischem versus organischem Schmerz bleiben. Je nach Fähigkeiten und Kenntnisstand des Untersuchers kann es hier zu durchaus unterschiedlichen Ergebnissen kommen, so dass hier eine schwer zu eliminierende mögliche Fehlerquelle existiert.

Für Rückenschmerzpatienten erscheint ein multimodales Therapiekonzept unerlässlich. Sinnvoll ist bereits zu Beginn eines stationären Aufenthaltes zur Orientierung ein SKID-Interview durchzuführen, um Patienten mit psychisch bedingten Schmerzsyndromen identifizieren zu können. Im weiteren Verlauf sollte dann je nach Krankheitsbild (somatoformer Schmerz versus organischer Schmerz) eine spezifische multimodale Therapie mit entsprechenden Schwerpunkten in der psychologischen Betreuung und im körperlichen Training angeboten werden. Ebenso erscheint gerade für die Patienten mit organischen Schmerzsyndromen eine intensive Nachbetreuung sinnvoll, um eine poststationäre Verschlechterung insbesondere der psychischen Symptomatik zu vermeiden. Hier empfiehlt sich für Rückenschmerzpatienten eine ambulante Tagesstation, die eine Krisenintervention ermöglicht.