

Somatoforme Störungen (ICD-10: F45.x)

1. Diagnostische Kriterien

- Wiederholte Darbietung körperlicher Beschwerden ohne hinreichendes organisches Korrelat. Ein auffälliger Organbefund allein schließt aber eine somatoforme Störung nicht aus, z. B. echte Angina pectoris plus funktionelle Herzbeschwerden bei KHK.
- Die Symptome können auf ein Organsystem beschränkt sein oder multiple Funktionssysteme betreffen, dabei oft fluktuieren und wechseln.
- Häufig sind unspezifische Symptome wie Schmerzen, Müdigkeit, Erschöpfung. Spezifischere Symptome betreffen z. B. das Herzkreislauf-, Atem-, Gastrointestinal- oder Urogenitalsystem.
- Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse
- Hartnäckige Angst bzw. Überzeugung, an einer (ggf. schwerwiegenden) organischen Krankheit zu leiden

Formen

Nach ICD10 werden unterschieden (Mehrfachdiagnosen ggf. möglich)

Somatisierungsstörung (F45.0):

- mindestens zwei Jahre anhaltende multiple körperliche Symptome in unterschiedlichen Organbereichen, für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wurde;
- hartnäckige Weigerung, den Rat oder die Versicherung mehrerer Ärzte anzunehmen, daß für die Symptome keine körperliche Erklärung zu finden ist;
- Beeinträchtigung familiärer und sozialer Funktionen durch Symptome / resultierendes Verhalten.

Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1):

- mindestens sechs Monate anhaltende multiple körperliche Symptome in unterschiedlichen Organbereichen, für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wurde, aber Kriterien für Somatisierungsstörung nicht erfüllt.

Hypochondrische Störung (F45.2):

- mindestens 6 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.
- Ständige Weigerung, den Rat und die Versicherung mehrerer Ärzte zu akzeptieren, daß den Symptomen keine körperliche Krankheit zugrunde liegt.

Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3):

- Vegetative Symptome, vom Patienten als Erkrankung gedeutet und einem Organsystem zugeordnet (Herzkreislaufsystem, Magendarmtrakt, respiratorisches System, Urogenitalsystem)
- ≥ 2 der folgenden vegetativen Symptome: Palpitationen; Schweißausbrüche; Mundtrockenheit, Hitzewallungen oder Erröten; Druckgefühl im Epigastrium, Kribbeln oder Unruhe im Bauch
- ≥ 1 der folgenden Symptome: Brustschmerzen / Druckgefühl in der Herzgegend; Dyspnoe / Hyperventilation; außergewöhnliche Ermüdbarkeit bei leichter Anstrengung; Aerophagie, Singultus / brennendes Gefühl im Epigastrium; Bericht über häufigen Stuhlgang, erhöhte Miktionsfrequenz / Dysurie, Gefühl der Überblähung / Völlegefühl
- keine hinreichende somatische Erklärbarkeit

- Neurasthenie (F 48.0): Übermäßige Ermüdbarkeit, Schmerzen, Schlafstörung (chronic fatigue syndrome)
- Funktionelle Sexualstörungen (F52): z. B. erektile Dysfunktion, Dyspareunie, Orgasmusstörung

Differentialdiagnostik:

von einer somatoformen Störung sind abzugrenzen

- Primär somatisch verursachte Beschwerden
- Artifizielle Störung (körperliche Veränderungen/Symptome künstlich erzeugt)
- Konversionsstörungen (kortikal repräsentiert, oft Konflikt-Symbolisierung)
- Andere psychische Störung mit Körpersymptomatik (hypochondr. Wahn, Angsterkrankung, Depression)
- Simulation (relativ selten!)

2. Epidemiologie

Mindestens 20 % der Patienten in Hausarztpraxen und 10 bis 40 % in stationären Abteilungen haben eine somatoforme Störung. Bevölkerungsprävalenz der *Somatisierungsstörung* i. e. S. ca. 1 % (Frauen:Männer 10:1), der *undifferenzierten Somatisierungsstörung* ca. 10 %. Prävalenz der *hypochondrischen Störung* in der Primärversorgung 1-6 %. *Anhaltende somatoforme Schmerzstörung* bei bis zu 40 % von Patienten mit chronischen Schmerzen. Verlässliche Angaben zur Prävalenz der somatoformen autonomen Funktionsstörung fehlen. Dies liegt u. a. an ihrer schwierigen Abgrenzung gegenüber den ubiquitär vorkommenden vorübergehenden funktionellen Beschwerden ohne klaren Krankheitswert bzw. funktionellen Symptomen insbesondere von Angsterkrankungen. Oft besteht aber auch bei somatoformen Störungen komorbide eine weitere psychische Störung.

Der meist gute *Spontanverlauf* leichter funktioneller Symptome steht im Gegensatz zu demjenigen der krankheitswertigen somatoformen Störungen, die ohne spezifische Behandlung eine hohe Chronifizierungsrate aufweisen (etwa 70% anhaltende Störungen, z. T. mit veränderter Leitsymptomatik).

3. Ätiologie, Störungsmodell

Kein einheitliches Modell, meist multifaktorielles Verständnis mit Zusammentreffen von

- biographischer Belastungen (z. B. sexueller Mißbrauch oder körperliche Mißhandlung)
- krankheitsbezogenen Lernerfahrungen (z. B. krankes Elternteil erzwingt Zuwendung durch Symptome, eigene Krankheitserfahrungen)
- „somatischem Entgegenkommen“ (bestimmte physiolog. Reaktionsbereitschaft)
- unspezifischen Streßbelastungen (vegetative Erregung i. S. von „Bereitstellungs-krankheiten“)
- intrapsychischen Konflikten (z. B. im Rahmen ambivalent erlebter Trennungssituationen)
- aufrechterhaltenden Faktoren (kognitive Fehldeutung / ängstliche Interpretation körperlicher Wahrnehmungen, Reaktionen von Ärzten und Umfeld, sek. Krankheitsgewinn)

4. Behandlung

In der Primärversorgung:

- Beschwerden ernstnehmen, erweiterte Anamnese, Ansprechen psychosozialer Aspekte
- Organische Ausschlußdiagnostik angepaßt + gebündelt statt übertrieben + wiederholt; kritische Würdigung somatischer Bagatellbefunde

- Psychosomatische Grundversorgung („Beziehungsdiagnose“; beschwerdeunabhängiges Beziehungs-/Gesprächsangebot, Erarbeiten integrativer Erklärungsmodelle: Dichotomie „psychisch vs. somatisch“ zugunsten Verständnis psycho↔somatischer Wechselwirkungen überwinden, ggf. Motivierung zur Fachpsychotherapie)
- Ggf. begleitende Pharmakotherapie – symptomatisch, je nach betroffenem Organsystem; ggf. Antidepressiva, insbes. bei Komorbidität mit Angsterkrankung oder Depression; keine alleinige oder Dauerbehandlung mit (Depot-)Neuroleptika oder Tranquilizern!

Fachpsychotherapie indiziert bei

- Beschwerden von >6 Mon. Dauer , > 4 Wochen AU oder ernsten Interaktionsproblemen
- psych. Komorbidität u./od. auf Wunsch des Patienten
- Je nach Störung Wirksamkeit belegt für kognitive VT, psychodynamische Kurztherapien, Hypnotherapie, Entspannungsverfahren.
Ziele: Herstellen eines Arbeitsbündnisses, integratives Krankheitsverständnis, Kompetenzsteigerung im Umgang mit Auslösern, Symptomen und Behandlungen, Beschwerdelinderung, ggfs. Konfliktbearbeitung

5. Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung

Patienten mit somatoformen Störungen gelten in der Primärversorgung als schwierig, in der Fachpsychotherapie als wenig motiviert bzw. introspektionsfähig. Somatische Behandler werden durch die vermeintliche Inkonsistenz zwischen Beschwerden und Befund verunsichert, oft auch verärgert;

Typische Probleme:

- Zur (auch Selbst-)Beruhigung oder „Bestrafung“ des Patienten Durchführung wiederkehrender, z.T. invasiver Diagnostik, Einsatz unwirksamer bzw. potentiell schädlicher Medikamente oder Operationen
- Gemeinsame Fixierung auf Organsymptom mit Vermeidung psychosozialer Problembereiche
- Besondere Schwierigkeiten bei schon chronifizierten Beschwerden mit hohem Krankheitsgewinn
- Psychotherapie oft durch das somatische Krankheitskonzept des Patienten erschwert. Körpersymptom sollte aber nicht ausschließlich als Widerstand gedeutet, sondern muß in seiner Be-Deutung mit dem Patienten verstanden werden, hierfür oft lange Motivationsarbeit erforderlich.
- Bei komplexer Problematik ggf. stationäre Psychotherapie erforderlich, auch im Interesse einer optimalen Integration des körperlichen und psychischen Erlebens im Rahmen integrierter Behandlungskonzepte mit somatischen Behandlungselementen, Körpertherapie (Körperwahrnehmung, Physiotherapie) u.a. nonverbalen Verfahren sowie Psychotherapie.

6. Literatur

Leitlinien Somatoforme Störungen (<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/index.html>)

Herrmann JM et al. (Hrsg.): Funktionelle Erkrankungen. Urban & Schwarzenberg, München 1996

Kapfhammer HP, Gundel H: Psychotherapie der Somatisierungsstörungen. Thieme, Stuttgart 2001