

Psychosomatik & Psychotherapie

Somatoforme Störungen

Prof. Dr. Eric Leibing

Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie
Georg-August-Universität Göttingen

Somatoforme Störungen

Lernziele

- Krankheitsbilder / Klassifikation
- Ätiologische Modelle
- Umgang mit Patienten / Behandlung

Begriffsbestimmung

Körperliche Symptome ohne ausreichende körperliche Ursache.

Hartnäckige Forderung nach Untersuchungen trotz Versicherung, daß Beschwerden nicht körperlich begründbar sind (somatisches Krankheitskonzept).

Beginn und Verlauf zeigen meist enge Beziehung zu Konflikten und Lebensereignissen, dieses wird von Patienten meist negiert.

Psychische Auffälligkeiten

- Leidensdruck **hoch**
- Aufmerksamkeit **hoch**
- Inanspruchnahme **hoch**
- Weitere somatoforme Symptome (~ **80%**)
- Komorbide psychische Störungen (**60 - 70%**)

Klassifikation ICD-10

F 45.0 Somatisierungsstörung

F 45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung

F 45.2 Hypochondrische Störung

F 45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung

.30 kardiovaskuläres System („Herzneurose“)

.31 oberer Gastrointestinaltrakt („Reizmagen“)

.32 unterer Gastrointestinaltrakt („Reizdarm“)

.33 respiratorisches System („psychog. Husten“)

.34 urogenitales System („Reizblase“)

F 45.4 Somatoforme Schmerzstörung

Klassifikation ICD-10

F 45.0 Somatisierungsstörung

Multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome.

Diese können sich auf jeden Körperteil oder jedes Körpersystem beziehen.

Chronisch-fluktuierender Verlauf.

F 45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung

Unvollständiges oder untypisches Bild.

Klassifikation ICD-10

F 45.2 Hypochondrische Störung

- Beharrliche Überzeugung an einer / mehreren schweren körperlichen Krankheiten zu leiden.
- Interpretation normaler Empfindungen als Beleg.
- Fokussierung auf Organ bzw. Erkrankung - diese kann allerdings wechseln.
- Chronisch-wechselhafter Verlauf, unterschiedliche Beeinträchtigung im Alltag.

Klassifikation ICD-10

F 45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung

- Symptome wie bei körperlicher Erkrankung.
- Vegetative Innervation des Organs.
- Vegetative Stimulation: Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, Erröten.
- Subjektives Klagen: Brennen, Schmerzen, Schwere, Enge, Aufgebläht-Sein.
- Chronischer Verlauf, zunehmende Beeinträchtigung.

Abgrenzung zur Konversion

F 44 dissoziative Störungen (Konversion)

Kennzeichen ist der Verlust von:

- Integration der Erinnerung (Amnesie),
- Sinnesempfindungen (Sensibilität),
- Kontrolle über Körperbewegungen (Motorik).

Plötzlicher Beginn, häufig Spontanremission, enge Verbindung zu psychischen Traumatisierungen, kommunikativer Aspekt.

Abgrenzung zur Konversion

Konversionskonzept (Freud 1895)

Umsetzung eines unbewußten Konfliktes (Trieb-Triebabwehr) in Körpersprache (Symbolisierung).

Ziel: Freihalten des Bewußtseins von belastenden Gefühlen (Spannungsreduktion).

Vermittelt durch Willkürmotorik / Sensorium

→ Es handelt sich um eine symbolische Handlung mit kortikaler Repräsentanz.

Somatoforme Störung

- Subcortical verschaltet
- Vegetativ vermittelt
- Meist Affektkorrelat bzw. -äquivalent

Bedeutung

- **Hohe** Prävalenz in der Bevölkerung
- Prävalenz bis zu 20% in **Hausarztpraxen**
- **Sehr hohe** Inanspruchnahme
- Sozioökonomische Kosten **hoch**
- Lebensqualität **niedrig**
- Lebenserwartung **unverändert**

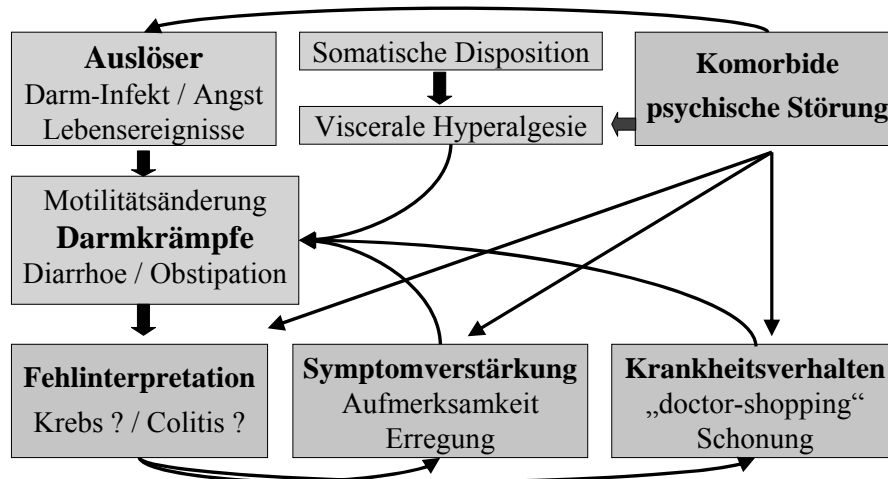
Prävalenz

- ca. 20% in hausärztlicher Patienten
- 10% - 40% bei stationärer Klinikpatienten (chronische Schmerzen zu 40% somatoform)
- Bevölkerungsprävalenzen 1% - 10% (♀:♂=10:1)

Physiologische Grundlagen

- Gefühl und körperliche Veränderungen sind grundsätzlich wahrnehmbar.
- Jeder Affekt (Angst, Wut, Ärger, Neid, ...) hat **ähnliche physiologische Korrelate**.
- Diese können aber **individuell** verschieden sein.
- Im **Normalfall** nimmt mit dem Abklingen des Affektes auch die physiologische Reaktion ab.

Modell des Reizdarm-Syndroms



Somatoforme Störungen

Physiologische Aspekte

- Keine „eingebildeten“ Symptome, sondern real gestörte Funktionsabläufe
- Pathologische Funktionsdiagnostik schließt funktionelle Störung nicht aus
- Koexistenz und wechselseitige Verstärkung von organischer und funktioneller Störung nicht ungewöhnlich

Chronifizierung

- > 50 % Beschwerdepersistenz nach 2 Jahren
- > 50 % Einnahme von Medikamenten
- hohe Behinderungen bei täglichen Aktivitäten
- hohe Quote von Erwerbsunfähigkeit
- eher schlechtere Verläufe als bei körperlich Kranken
- zahlreiche weitere Probleme einschließlich anhaltender psychischer Beeinträchtigungen
- Psychotherapie im Mittel nach 8 Jahren

Umgang mit Patienten

- Beschwerden **ernstnehmen**
- Erweiterte Anamnese (**psychosozial**)
- **Eindeutige** diagnostische **Abklärung**
- **Vermeiden** unnötiger Untersuchungen
- **Information** über die Erkrankung geben
- Psychosomatische Wechselwirkung
- Erkennen **psychischer Störungen**

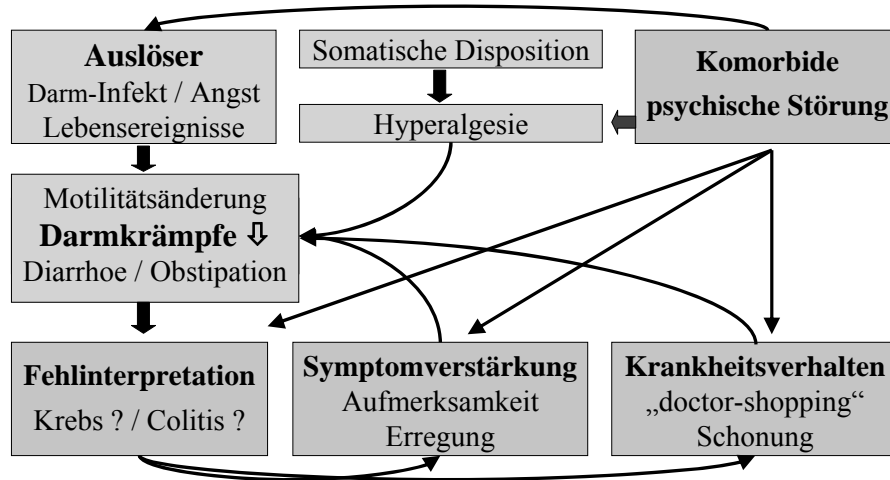
Interaktionsprobleme

- “schwierige” Patienten durch:
 - Inkonsistenz zwischen Beschwerden und Befund
 - Fixierung aufs Organische
- Beruhigung oder „Bestrafung“ durch unnötige / invasive Diagnostik oder „Pseudobehandlung“
- Nicht-Ernstnehmen, Entwerten, Wegschicken

Psychotherapie

- **Psychotherapie gut bewährt** - Verhaltenstherapie und psychodynamische Th.
- **Priorität komorbider psychische Störungen** bei der Behandlung beachten
- **Motivationsförderung** durch Erstbehandler wichtig

Therapie



Zusammenfassung

- Keine biochemische/strukturelle Normabweichung
- Häufung komorbider psychischer Störungen
- Prävalenz ↑, Kosten ↑, Leidensdruck ↑, Lebenserwartung =
- Ernstnehmen und Rückversichern
- rasche und klare diagnostische Abklärung
- Gestuftes ärztliches Vorgehen (Beratung, Entspannung, Psychotherapie)

Psychosomatik & Psychotherapie

Somatoforme Störungen

Folien, Verweise und Literatur unter
www.psychosomatik.uni-goettingen.de