

# **Psychosomatik & Psychotherapie**

---

## **Somatoforme Störungen / Schmerzstörungen**

**Wintersemester 2015/16**

**Prof. Dr. Eric Leibing**

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

UMG

Psychosomatik & Psychotherapie

*Somatoforme Störungen*

## **Lernziele**

---

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

UMG

Psychosomatik & Psychotherapie

## **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.

## **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, Aufgeblät-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**

---

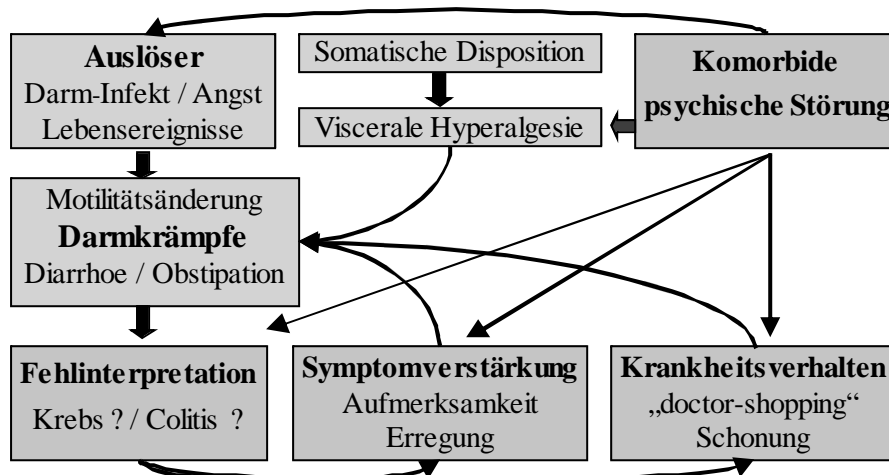
- **Hohe** Prävalenz in der Bevölkerung
- Prävalenz bis zu 20% in **Hausarztpraxen**
- **Sehr hohe** Inanspruchnahme
- Sozioökonomische Kosten **hoch**
- Lebensqualität **niedrig**
- Lebenserwartung **unverändert**

## **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



UMG

Psychosomatik & Psychotherapie

Schmerz

## Definition Schmerz

**Schmerz** ist ein "unlustvolles Erlebnis, das automatisch (primarily) mit einem Gewebeschaden assoziiert oder in Begriffen einer Gewebsschädigung beschrieben wird"

(Merskey 1975)

Es besteht eine "Assoziation zwischen dem Phänomen Schmerz und der Gewißheit einer körperlichen Ursache"

(Hoffmann 1986)

UMG

Psychosomatik & Psychotherapie

## Schmerzphysiologie I

---

**Nozizeption:** Aufnahme, Weiterleitung und zentralnervöse Verarbeitung noxischer Signale

**Schmerzkontrollsystem:** Der Organismus verfügt über ein endogenes Schmerzkontrollsystem.

Durch absteigende (vom Großhirn zum Rückenmark) nozizeptive Bahnen kann die Weiterleitung von Reizen moduliert werden („gate-control“).

**Schmerzerlebnis** ist nicht direkter Ausdruck einer Schädigung (Variabilität und Plastizität)

## Schmerzphysiologie II

---

**Rückenmark:** Motorische Reflexe (Erhöhung der Muskelspannung), Sympathische Reflexe (Verengung der Blutgefäße)

**Hirnstamm:** Herz- und Kreislaufregulation, Wachheitszentrale, aktivierend / hemmend

**Zwischenhirn (limbisches System):** Affektive Verarbeitung

**Großhirn:** Kognitive Verarbeitung (Erwartung, Aufmerksamkeit, Erinnerung)



## Akuter vs. Chronischer Schmerz

- Akut:**
- körperliche Ursache (Verletzung, Entzündung)
  - Abhängigkeit zwischen Reiz und Ausmaß
  - Lokalisation neuroanatomisch bestimmt
  - Warn- und Rehabilitationsfunktion (Schonung)

**Chronisch:**

- keine kausale Zuordnung zu pathologischem Prozess möglich
- starke Modulation durch psychische Faktoren
- Verlust der biologischen Funktion
- eigenes Krankheitsbild (Schmerzzerkrankung)

## Chronifizierungsbedingungen

Diathese-Stress-Modell

Psychophysische Belastungen als Auslöser von Muskelverspannungen

Belastungen durch Schmerz als Auslöser von Muskelverspannungen

Muskelverspannungen

Ischämie des Muskels  
Ausschüttung von schmerzverursachenden Substanzen  
Erregung der chemosensiblen Nozizeptoren

Senkung der Schmerzschwelle der mechanosensiblen Nozizeptoren  
Erregung der mechanosensiblen Nozizeptoren

myogener Schmerz

## Bio-Psycho-Soziales Modell

---

**Biologische Faktoren:** Art der Schädigung;  
"Schmerzgedächtnis"; Schmerzschwelle

**Psychische Faktoren:** Lerngeschichte; Bedeutung  
und Bewertung (z.B. „fear-avoidance-beliefs“);  
Aufmerksamkeit; Stimmungslage (Depression)

**Soziale Faktoren:** Verhalten von Angehörigen,  
Ärzten und Umwelt; Kompensation (AU, Rente)

Schmerz als **Folge** eines psychophysiologischen  
Schmerz- Muskelspannungs-Schmerz-**Zirkels**

## Situationsabhängigkeit I

---



*Schmerz*

## Situationsabhängigkeit II

---



UMG

Psychosomatik & Psychotherapie

*Schmerz*

## Situationsabhängigkeit III

---



UMG

Psychosomatik & Psychotherapie

## Situationsabhängigkeit IV

---

*Schmerz*



UMG

Psychosomatik & Psychotherapie

## Situationsabhängigkeit V

---

*Schmerz*



UMG

Psychosomatik & Psychotherapie

## *Schmerz* **Somatoforme Schmerzstörung F45.4**

---

Vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozeß oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann.

Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf. Diese sollten schwerwiegend genug sein, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten.

Die Folge ist eine beträchtliche persönliche oder medizinische Betreuung oder Zuwendung.

UMG

Psychosomatik & Psychotherapie

## *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

UMG

Psychosomatik & Psychotherapie

## **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

## **Chronische Schmerzstörung**

### **multimodale Therapie**

---

- Ziele: Reduktion der Symptomatik, Bewältigungs-, Funktions- und Arbeitsfähigkeit verbessern,
- Psychotherapeutische Maßnahmen unter Integration von
  - Informationsvermittlung,
  - Entspannungsverfahren,
  - Sporttherapie,
  - Bewältigungsstrategien,
  - ggf. Antidepressiva

UMG

Psychosomatik & Psychotherapie

*Somatoforme Störungen*

## **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)

UMG

Psychosomatik & Psychotherapie