

Somatoforme Störungen: Epidemiologie (Rief & Hiller 2000)



- Keller (1987): 80 % der Bevölkerung haben mindestens 1 x wöchentlich somatische Beschwerden, die nicht auf organische Erkrankungen zurückgeführt werden können;
- Escobar & Canino (1989): In der „Epidemiologic Catchment Area Study“ wurde eine Prävalenzrate für multiplensomatoforme Symptome von 4,4 % gefunden, so dass diese Erkrankung zu den häufigsten psychischen Erkrankungen zu rechnen ist;
- Kirmayer & Robbins (1991): Stationäre Aufnahmen in inneren Abteilungen erfolgen zu 20-30 % aufgrund „funktioneller Störungen“;
- Schöffel & Uexküll (1986): 40-60 % aller Beschwerden im Gastrointestinaltrakt sind funktional;
- Ewald et.al. (1994) Der Anteil von Patienten mit Somatisierungssymptomen in neurologischen Abteilungen dürfte 40 % betragen;
- Rief (1995): 82 % aller Patienten einer psychosomatischen Klinik gaben an, in den letzten 2 Jahre an mindestens 3 somatoformen Symptomen gelitten zu haben;

© 2001, Dr. Karin Tim, Grafinger Ring 36, 85293 Reichartshausen, Tel.: +49 8441 78 42 02, Fax: +49 8441 78 42 01, kati@tim.de

Somatoforme Störungen: Kosten (Rief & Hiller 2000)



Neben den mit dieser Störung verbundenen Leidensdruck (Im Laufe des langjährigen Chronifizierungsprozesses wird den Patienten häufig Unverständnis, Ablehnung oder Hilflosigkeit sowie Vorwürfe des Simulierens entgegengebracht) entstehen immense volkswirtschaftliche Kosten (Bell 1994):

- Rief & Hiller (1992): Für die ambulante Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen werden – in Vergleich zur durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgabe – bis zu 14 x höhere Kosten veranschlagt;
- Smith (1994): Die Kosten für die stationäre Krankenhausbehandlung liegen bei diesen Patienten 6 x höher als die Durchschnittskosten;
- Unzählige unnötige diagnostische & therapeutische Eingriffe, eine lange Liste von Bagatelldiagnosen & im ungünstigsten Fall die Durchführung von wenig indizierten operativen Eingriffen sind die Folge;
- Bell (1994): Neben diesen Kosten kommen noch hohe volkswirtschaftliche Verluste durch Arbeitsausfall & vorzeitige Berentung dazu;
- Smith et.al. (1986): 83 % der Patienten mit Somatisierungsstörung waren zum Untersuchungszeitpunkt arbeitsunfähig;

© 2001, Dr. Karin Tim, Grafinger Ring 36, 85293 Reichartshausen, Tel.: +49 8441 78 42 02, Fax: +49 8441 78 42 01, kati@tim.de

Somatoformen Störungen: Differentialdiagnose



- Diese Patienten haben die gleiche Wahrscheinlichkeit, wie in der Normalbevölkerung, eine zusätzliche körperliche Krankheit zu entwickeln.
- Bei 1/3 dieser Patienten wird tatsächlich noch eine organische Krankheit gefunden.
- Unterschiedliche Schweregrade von depressiven und ängstlichen Störungen begleiten häufig somatoforme Störungen → nur zusätzlich diagnostizieren, wenn ausreichender Schweregrad erreicht wird; Komorbidität die Regel: 47 % der Somatisierungspatienten hatten Major Depression, 40 % dysthyme Störungen, 17 % Agoraphobie, 13 % Panik- & 10 % Zwangstörung, 20 % Alkoholabusus; Übertriebener Medikamentengebrauch kommt häufig vor.
- Krankheiten mit nachgewiesener Gewebe- oder Organstörungen (Asthma oder CED) → F54 (psychische Faktoren & Verhaltenseinflüsse bei andersorts klassifizierten Krankheiten) diagnostizieren;

© 2001, Dr. Karin Tim, Grafinger Ring 36, 85293 Reichartshausen, Tel.: +49 8441 78 42 02, Fax: +49 8441 78 42 01, kati@tim.de

ICD-10 Nr. F45: Somatoforme Störungen



(n. Dilling et.al. 1993)

- Das Charakteristikum der somatoformen Störungen ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherungen der Ärzte, daß die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Sind aber irgendwelche körperlichen Symptome vorhanden, dann erklären sie nicht die Art & das Ausmaß der Symptome oder das Leiden & die innerliche Beteiligung des Patienten. Auch wenn Beginn & Fortdauer der Symptome eine enge Beziehung zu unangenehmen Lebensereignissen, Schwierigkeiten oder Konflikten aufweisen, widersetzt sich der Patient gewöhnlich den Versuchen, die Möglichkeit einer psychischen Ursache zu diskutieren; sogar bei offensichtlich depressiven & Angstsymptomen kann es sich so verhalten. Das zu erreichende Verständnis für die körperliche oder psychische Verursachung der Symptome ist häufig für Patienten & Arzt enttäuschend;
- Aufmerksamkeitsuchendes (histrionisches) Verhalten tritt häufig auf, besonders bei Patienten, die empfindlich darauf reagieren, daß es ihnen nicht gelungen ist, dem Arzt von der Notwendigkeit weiterer Untersuchungen zu überzeugen;

© 2001, Dr. Karin Tim, Grafinger Ring 36, 85293 Reichartshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax: +49 8441 78 42 61, ktm@tim.de

Subtypen der Somatoformen Störungen I



(n. Dilling et.al. 1993)

- **F45.0 – Somatisierungsstörung:** multiple, wiederholt auftretende & häufig wechselnde körperlichen Symptome, vielfach mit langen und komplizierten Anamnesen, häufige apparative Diagnostikprozeduren sowie viele ergebnislosen Operationen. Diagnose: Mindestens 2 Jahre Dauer & 6 Symptome aus mindestens 2 Organsystemen;
- **F45.1 – undifferenzierte Somatisierungsstörung:** zahlreiche, unterschiedliche und hartnäckige körperliche Beschwerden liegen vor, die jedoch nicht das vollständige & typische klinische Bild von F45.0 erfüllen (häufig vorkommende Restkategorie);
- **F45.2 – hypochondrische Störung:** beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Beschwerden zu leiden bzw. ständige Beschäftigung mit deren körperlichen Erscheinung (Abgrenzung zur F40: nicht Angst vor abrupte Erkrankungen, sondern solche mit längerem Verlauf);

© 2001, Dr. Karin Tim, Grafinger Ring 36, 85293 Reichartshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax: +49 8441 78 42 61, ktm@tim.de

Subtypen der Somatoformen Störungen II



(n. Dilling et.al. 1993)

- **F45.3 – somatoforme autonome Funktionsstörung:** Symptomschilderung beruht auf körperliche Krankheit eines Systems oder Organs, das weitgehend bzw. vollständig vegetativ innerviert und kontrolliert wird (Diagnose: mindestens 3 von 12 Symptomen aus 2 Bereichen):
F45.30 – kardiovaskuläres System;
F45.31 – oberer Gastrointestinaltrakt;
F45.32 – unterer Gastrointestinaltrakt;
F45.33 – respiratorisches System;
F45.34 – urogenitales System;
F45.38 – sonstige Organsysteme;
- **F45.4 – anhaltende somatoforme Schmerzstörung:** andauernder, schwerer & quälender Schmerz, der durch physiologischen Prozess oder körperlichen Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf;
- **F45.8 – sonstige somatoforme Störungen:** Beschwerden, die nicht durch das vegetative Nervensystem vermittelt werden, z.B. Schluckstörungen, psychogener Pruritus, psychogener Dysmenorrhoe oder Störungen der Empfindungen.

© 2001, Dr. Karin Tim, Grafinger Ring 36, 85293 Reichartshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax: +49 8441 78 42 61, ktm@tim.de

Somatoforme Störungen: Therapie



- Viele lehnen psychotherapeutische Behandlung ab → Das Symptom sollte zunächst als ein notwendiger Teil des Individuums und seiner Umwelt verstanden werden. Schnelle Beseitigung des Symptoms würde das System destabilisieren.
- Wichtig, daß Patient verstehen lernt, daß psychische Prozesse körperliche Symptome beeinflussen;
- Richtige Auswahl und geeigneter Zeitpunkt des Einsatzes der apparativen diagnostischen Instrumente zur Ausschlussdiagnostik sind wichtig;
- Entspannungstherapie;
- Psychopharmakotherapie oder symptomatische medikamentöse Behandlung;
- Psychotherapie;

© 2001, Dr. Karin Tim, Grafinger Ring 36, 85293 Reichartshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax: +49 8441 78 42 61, ktm@tim.de

Somatoforme Störungen: Eigenschaften dieser Patienten aus psychodynamischer Sicht (Schors 1993)



- Gerade bei diesen Patienten ist eine ausgeprägte intrinsische Behandlungsmotivation selten gegeben;
- Insbesondere aggressive Affekte im Erleben dieser Patienten werden nahezu regelmäßig mit dem Erleben von Destruktion verbunden – Konfrontationen werden meist mit der Vorwurf der Leistungsinsuffizienz gekoppelt;
- Dem Streben dieser Patienten nach Anerkennung, Leistung & Konformität, ihrer Neigung zur Idealisierung & Entwertung & ihre große Kränkbarkeit ist ebenso Rechnung zu tragen wie ihren passiven Abhängigkeits- & Versorgungsbedürfnisse sowie ihre Bedürfnisse nach absoluter Sicherheit;
- Die Übertragung von Abwehr vom Patienten beinhaltet die unbewusste Tendenz, den Therapeuten dem eigenen Denken, Fühlen & Handeln anzupassen;
- Zu Berücksichtigen sind häufig vorhandene Traumatisierungen (sexuelle & physischer Missbrauch) sowie emotionale Deprivation in der Kindheit;
- Umgang: Kränkbarkeit → Deutungen an mehreren Gruppenmitglieder explizieren; da sehr geringe Frustrationstoleranz → anfangs viel Zeit lassen; gerade bei symptom-homogenen Gruppen → Notgemeinschaft gegen Schmerz-Symptom & Modellfunktion;

© 2001, Dr. Karin Tim, Grafinger Ring 36, 85293 Reichartshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax: +49 8441 78 42 61, ktm@tim.de

Somatoforme Störungen: Informationsbau- steine zur Einleitung einer psychodyna- misch-interaktionellen Gruppentherapie



- Erfassen des individuellen Krankheitsmodells;
- Information zur Kontextabhängigkeit des körperlichen Befindens & der individuellen Wahrnehmungsprozesse;
- Information zur erhöhten physiologischen Reaktionsbereitschaft, zu Auswirkungen der Aufmerksamkeitsfokussierung auf die Organfunktion & somatosensorische Amplifizierung;
- Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses;
- Bei Bedarf: Informationen zu Aspekten der Medikamentenabhängigkeit & Nebenwirkungen von Medikamenten;
- Information zur ätiopathogenetischen Bedeutung von Traumatisierungen in Kindheit & Jugend;

© 2001, Dr. Karin Tim, Grafinger Ring 36, 85293 Reichartshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax: +49 8441 78 42 61, ktm@tim.de

Somatoforme Störungen: Therapeutische Aufgaben

(Bowlby 1988)

- Der Therapeut schafft eine sichere Basis (Arbeitsbeziehung) & dient selbst als sichere Basis, von der aus Probleme und Schwierigkeiten exploriert werden können;
- Er ermutigt den Patienten seine Erwartungen und Vorurteile gegenüber seine gegenwärtigen Bezugspersonen zu betrachten. Fehlwahrnehmungen & Missverständnisse werden dabei als erklärbare Ergebnisse tatsächlicher Erfahrungen oder dessen, was ihm als Kind von seinen Bindungspersonen gesagt wurde, verstanden. Es handelt sich nicht um irrationale Folgen autonomer oder unbewusster Phantasien (z.B. Angst vor Zurückweisung oder Kritik), sondern um die psychischen Folgen unangemessener Verhaltensweisen der Bindungspersonen;
- Der Therapeut überwacht die Veränderungen seiner Beziehung zum Patienten in Richtung größerer Explorationsbereitschaft;
- Er initiiert & fördert den Vergleich aktueller Wahrnehmungen, Gedanken & Gefühle mit denen aus der Kindheit;
- Vorstellungen bzw. innere Arbeitsmodelle von sich selbst & anderen sollen als **unangemessen für die aktuellen Beziehungen erkannt werden**;



© 2001, Dr. Karin Tim, Grafinger Ring 36, 85293 Reichartshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax: +49 8441 78 42 61, katin@tim.de

Somatoforme Störungen: Psychodynamisch orientierte Therapie

(Nickel & Egle 2000)

- Möglichst in der Gruppe behandeln, da das Erleben & Bearbeiten interaktioneller Prozesse viel direkter & unmittelbarer geschehen kann;
- Modifikation der Behandlungstechnik: keine abstinente Haltung → Re-traumatisierung, anfänglich viel Raum für die Symptomschilderung lassen;
- Die Etablierung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung benötigt Zeit, die somatische Orientierung sollte als starker Abwehrmechanismus betrachtet werden;
- Die Etablierung eines bergenden Klimas setzt eine tragfähige Arbeitsbeziehung voraus;
- Starke Übertragungsgefühle sind regelhaft vorhanden;
- Antworten, Klären, Konfrontieren & die Modellfunktion des Therapeuten haben inhaltlich Priorität vor Deuten;
- Die Deutungsebene ist primär auf die Interaktionen (innerhalb der Gruppe) bzw. auf die Situation des Patienten im Hier und Jetzt bezogen;



© 2001, Dr. Karin Tim, Grafinger Ring 36, 85293 Reichartshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax: +49 8441 78 42 61, katin@tim.de

Somatoforme Störungen: Differenzierungsschritte bei der Therapie

(Schors 1993)

- Differenzierung zwischen körperlichem Schmerz und Affekt;
- Differenzierung zwischen Akzeptanz (erwünschter) & Ablehnung von (Schmerz & unerwünschten) Affekten;
- Neben den erwünschten Affekten sollen auch subjektiv unerwünschte Affekte integriert /akzeptiert werden;
- Entlastung der Abwehr (meist durch Verleugnung, Projektion & Wendung gegen das Selbst gekennzeichnete Konfliktbewältigungsstrategien), die das Bearbeiten von Widerstand & Übertragung ermöglicht;
- Beziehungserprobung (spielerische Vorstellung von Alternativen & Ausprobieren der Verhaltensalternativen), Einsetzen veränderter oder sich verändernder Kommunikationsmöglichkeiten;



© 2001, Dr. Karin Tim, Grafinger Ring 36, 85293 Reichartshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax: +49 8441 78 42 61, katin@tim.de
