

Repetitorium, Thema 9 Psychosomatik Somatoforme Störungen



1. Psychosomatik

- untersucht Wechselwirkungen zwischen somatischen und psychischen Vorgängen,
- befasst sich mit der biopsychosozialen Sichtweise auf somatische Erkrankungen
- befasst sich (nach analytischer Auffassung) insbesondere mit dem Ausdruck eines unbewussten Konflikts in körperlichen Beschwerden (*Quelle: Pschyrembel - Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie*)

Teilbereiche der Psychosomatik:

Somatoforme Störungen F45: wechselnde körperliche Symptome ohne medizinische Diagnose.

psycholog. Faktoren/Verhaltensstörungen bei andernorts klassifizierten Erkrankungen F54:

manifeste körperliche Erkrankung, die wesentlich vom vegetativen Nervensystem beeinflusst wird.

1.1 Somatoforme Störungen

Bezeichnet anhaltendes/wiederholtes Auftreten von körperlichen Symptomen ohne organischen Befund, die sog. „*funktionellen Erkrankungen*“. Also: körperliche Symptomatik, die in Folge von psychischer Belastung/inneren Konflikten auftritt. Wenn der Klient für seine psychischen Konflikte noch keine ausreichenden Lösungsstrategien hat, können diese ins Unbewusste abgewehrt werden und sich in letzter Auswirkung als körperliches Symptom zeigen/somatisieren. Das körperliche Symptom kann als Symbolisierung des bisher ungelösten psychischen Konflikts betrachtet werden. *Wichtig: dem Klienten keine Deutungen überstülpen!! Stattdessen Hypothesen aufstellen + prüfen*

1.2 Entstehungsmodelle somatoformer Störungen:

grundsätzlich multikausale Genese:

- Persönlichkeit (mangelnde innere Sicherheit, Mentalisierungsfähigkeit, Interpretations- und Ausdrucksfähigkeit von Gefühlen und inneren Zuständen),
- persönliches Krankheitskonzept („Der Körper muss wieder zum Funktionieren gebracht werden.“)
- erhöhte Vulnerabilität (Verletzlichkeit) durch emotional- vernachlässigende oder ängstlich - überfürsorgliche Entwicklungsbedingungen bzw. Umgang
- Folge von Stress, Negierung überfordernder Lebensbedingungen

1. Psychoanalytisches Modell: Unbewusste Konflikte und belastende Gefühle werden auf Körperebene symbolisiert und somit verschoben (i.S. eines Abwehrmechanismus), wenn es leichter erscheint, sich mit dem Körper zu befassen als mit dem Konfliktthema.

2. Lerntheoretisches Modell: Erlerner Kreislauf von Symptomatik und Aufmerksamkeit und dadurch Verstärkung der Symptome. Bsp.: Nur wenn ich krank bin, erhalte ich Nähe.

3. Neurobiologisches Modell:

Auf körperlicher Ebene wahrnehmbare Auswirkungen von Stress, wie Muskelverspannungen und Entzündungen. Stress bewirkt entzündliche Prozesse im Körper. Dies kann sich begünstigend auswirken auf die Entstehung von Autoimmunerkrankungen, Reizdarmsyndrom, Herz-Kreislauf-Erkrankungen u.a. Es gibt ein gehäuftes Auftreten bei Verwandten 1. Grades.

4. Alexithymie: fehlende Worte für Gefühle

- mangelnde Mentalisierungsfähigkeit/ Affektkommunikation, verursacht durch: Bindungsstörung, mangelnde Resonanzerfahrungen während der Kindheit, tiefgreifende Traumatisierung
- Wahrnehmung innerer Leere: Gefühle werden nicht wahrgenommen bzw. im Keim erstickt
- es gibt zu wenig/keine Worte für Gefühle, als Folge mangelnder Spiegelung während der Kindheit - die Folge davon ist (statt Verbalisierung von emotionalen Zuständen)
- Gefühle werden als körperlich-sensorische Erregung fehlinterpretiert, Negierung des Psychischen z.B. Herzrasen führt zu Angst vor Herzerkrankung, ohne sich des emotionalen Auslösers bewusst zu sein (z.B. Wut).

Zur Differenzierung Asperger-Autismus/Alexithymie:

BEIDE sind von emotionalen Zuständen überfordert, da die Fähigkeit fehlt, diese zuverlässig und intuitiv zu erkennen und zu interpretieren

bei Autismus:

- deutliche Abweichungen der sozialen Interaktionen, was alltagseinschränkend erlebt wird
- eingeschränktes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen sowie Inselbegabung
- keine Wahrnehmung für die eigenen Grenzen bzw. Mangel an Fähigkeiten der Abgrenzung, was sich in Overload (Überladung, Reizüberflutung), Meltdown („Kernschmelze“, Wutausbruch) oder Shutdown (Abschalten) äußert.

Ursachen-Diskussion von Autismus: <https://autismus-kultur.de/autismus-ursachen/#das-autismus-gen-gibt-es-nicht>

1.4. Psychoanalytisches Erklärungsmodell psychosomatischer Prozessdynamik:

Krankheitsgewinn

1. primärer/intrapsychischer Krankheitsgewinn:

"Der Körper liefert ein Symptom" um eine Konfrontation zu vermeiden.

Auf unbewusster Ebene geschieht eine Verlagerung auf "Stellvertreterbühne", woraus sich eine **intrapsychischen Spannungsreduktion ergibt**.

Der pr. Krankheitsgewinn stellt eine kurzfristige, scheinbare Konfliktlösung dar, wenn es unmöglich erscheint, oder die nötigen Ressourcen (noch) nicht verfügbar sind, sich mit dem wirklichen Thema auseinandersetzen zu müssen.

Bsp: Bauchschmerzen, Übelkeit, Durchfall vor der Prüfung.

2. sekundäre/zwischenmenschlicher, äußerer Krankheitsgewinn:

Wenn das Kranksein **soziale und ökonomische Vorteile ermöglicht**, wie Pflege, Schonung, finanzielle Absicherung. Bsp.: Fürsorge von Angehörigen, erhöhte Nachsicht, Entlastung von Pflichten, materielle Vorteile (Erwerbsminderungsrente)

3. Tertiärer/ umgebungsbezogener Krankheitsgewinn:

Vorteile **FÜR die äußere Umgebung des Erkrankten**,

Wenn der zu Pflegenden spürt, als Aufgabe von Angehörigen gebraucht zu werden oder wenn durch seine Erkrankung von einem schwerwiegenden Konfliktthema abgelenkt wird.

4. Quartärer/ wertebezogener Krankheitsgewinn:

bezeichnet die **ideologische Um- und Aufwertung des Leidens**, Sinnfindung im Leiden (z.B.:

irdisches Leiden verspricht besondere Stellung im Himmel; Solidarisierung mit den Betroffenen von Krieg, Hunger, Armut)

2. Klassifikation nach ICD-10

2.1 Somatisierungsstörung F45.0:

Wechselnde körperliche Symptome ohne medizinischen Befund

wie: Übelkeit, Erbrechen, Brustschmerzen, Harndrang, Bauchschmerzen

- **multiple wechselnde** Körpersymptome über **mind. 2 Jahre**
- ständige Beschäftigung mit den vegetativen Symptomen, zahlreiche Untersuchungen
- hartnäckige Weigerung, die medizinischen "Nicht-Diagnose" anzuerkennen

sechs oder mehr Symptome aus den Bereichen:

Verdauungstrakt, Herz-Kreislauf-System, Urogenitalbereich, Haut- und Schmerzsymptome,

2.2 Undifferenzierte Somatisierungsstörung: F45.1

wie oben F45.0, jedoch typisches Bild nicht vollständig: weniger betroffene Körperbereiche und **kürzere Zeitdauer (Dauer mind. 6 Monate)**

2.3 Hypochondrische Störung F45.2:

Keine körperlichen Symptome, aber Angst, unbemerkt schwer erkrankt zu sein

Angst vor Krankheit ohne Symptome, die sich in permanenter Überwachung des Körpers und beharrlicher Beschäftigung mit der Möglichkeit zeigt, an schweren körperlichen Krankheiten zu leiden. **Dauer: mind. 6 Monate**

Psychodynamik: Wenn wegen äußerer Unsicherheit nach innerer Sicherheit gesucht wird (Fokus: was hat zu dieser Verunsicherung geführt?).

Bsp.: meidet soziale Kontakte wegen Angst vor Infekten, Angst vor unentdeckter Krebserkrankung,

körperdysmorphe Störung/Dysmorphophobie F45.21:

Eine **obsessive Beschäftigung mit dem Aussehen**, der ein **Beziehungskonflikt** zugrunde liegt, verbunden mit der **Fehlannahme, dass Anerkennung von körperlichen Aspekten abhängt**.

1. Überzeugung, einen körperlichen Mangel zu haben
2. Schamgefühl mit sozialem Rückzug
3. sexuelle Hemmung

2.4 Somatoforme autonome Funktionsstörung F45.3:

Vegetative Symptome EIN Organsystem betreffend (ohne Zeitkriterium)

Vegetative Körpersensationen werden fehlinterpretiert und wie eine körperliche Erkrankung eines Organs oder Systems geschildert.

1. **zwei oder mehr** andauernde, quälende **Symptome vegetativer Erregung, die von den Patienten einer körperlichen Krankheit** zugeordnet werden, Palpitationen (Wahrnehmung der Herzaktivität), Schweißausbrüche, Mundtrockenheit, Hitzewallungen/Erröten, Druck im Magenbereich
2. betreffen **eines oder mehrere der folgenden Organsysteme**: Herz/Kreislauf, Speiseröhre, Magen, Darm, Atmung, Urogenitalsystem (Niere/Blase) → kann an fünfter Stelle gekennzeichnet werden
3. keine organische Ursache
4. gravierende emotionale Konflikte
5. sekundärer Krankheitsgewinn

Bsp.: vegetativ verursachte **Herzangst/ Herzneurose** mit Herzklopfen, unregelmäßigem Herzschlag, Beklemmung, Atemnot, Schwindeln, Zittern, Grübeln mit Vermeidungsverhalten, Panikattacken

2.5 somatoforme Schmerzstörung F45.4:

Schmerzen ohne körperliche Ursache

andauernder, schwerer Schmerz ohne körperliche Ursache

Dauer: mind. 6 Monate

Differentialdiagnostik (DD): Schwer abgrenzbar von der Fibromyalgie

Die Diagnostik erfolgt durch einen Facharzt.

Zur Diagnostik der Fibromyalgie wird mittels Symptom Severity Scale (SSS) die schmerzbegleitend auftretenden Symptome Müdigkeit, nicht-erholsamer Schlaf, kognitive Probleme, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Depression abgefragt.

bei folgenden Symptomen differentialdiagnostisch eine Autoimmunerkrankung abklären:

Morgensteifigkeit, Schwellungen von Händen, Füßen und Gesicht, insbesondere Gelenken,

2.6 Differentialdiagnostik

Innerhalb der Kategorie F45

1. Somatisierungsstörung: wechselnde Körpersymptome ohne medizinischen Befund (Übelkeit, Erbrechen, Brustschmerzen, Harndrang)

2. Hypochondrie: Fehlinterpretation von normalen Körpersensationen; anhaltende Angst oder Überzeugung, an einer oder mehreren ernsthaften Krankheiten zu leiden

3. psycholog. Faktoren/Verhaltensstörungen bei andernorts klassifizierten Erkrankungen: manifeste medizinische Diagnose (Asthma, Morbus Crohn, Neurodermitis u.a.) mit wesentlichem Einfluss psychischer Faktoren auf die Entstehung und Aufrechterhaltung

F45 von anderen psychischen Störungen:

1. Dissoziation/Konversionsstörung: Störungen, mit dem Verlust von sensorischen Empfindungen (Hören, Sehen, Bewegen)

→ vs. somatoforme Störungen: organbezogene oder Schmerzkomponente,

2. Münchhausen-Syndrom: Symptome bewusst erfunden oder verursacht, bewusste Simulation

EXKURS: Body Integrity Identity Disorder (BIID) (keine Prüfungsrelevanz)

Körperbezogene Identitätsstörung vorgeschlagen zur Eingruppierung in den ICD unter: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder Identitätsstörungen

Störungsbild, das den langjährigen Wunsch nach Erlangung einer schweren körperlichen Behinderung beinhaltet, ohne dass hierbei kausal andere psychische Störungen für die Symptomatik verantwortlich gemacht werden können.

Diagnosekriterien:

1. langjähriger und intensiver Wunsch nach einer gravierenden, körperlichen Behinderung (z.B. Amputation, Lähmung, Blindheit, Taubheit). Der Wunsch besteht in der Regel schon seit Kindheit oder Jugend.
2. betreffendes Körperteil wird trotz normaler Funktion und Sensibilität als fremd, weniger "beseelt", nicht zu sich gehörend betrachtet. In aller Regel kann die Grenze zwischen akzeptiertem und nicht-akzeptiertem Körperabschnitt genau angegeben werden. Es besteht ein erheblicher Leidensdruck durch das Gefühl, dass der reale Körper nicht mit dem mentalen Bild eines behinderten Körpers übereinstimmt.
3. Wunsch nach einer Behinderung beschäftigt die Betroffenen stark und führt zu psychischen Belastungen. Der Wunsch wird in der Regel schamhaft vor der Umwelt verborgen. Eingeschränkt sind hierdurch z.B. Arbeitsfähigkeit, Freizeit, Partnerschaft und soziale Beziehungen.
4. Hoffnung, durch eine Operation (z.B. Amputation) oder eine andere Therapie eine Kongruenz des Körper-Selbst-Verhältnisses zu erfahren. Wenn die Behinderung nicht auf legalem Weg erlangt werden kann, kommt es oft zur Planung bzw. sogar zur Ausführung von teilweise sehr gefährlichen Handlungen, um die Behinderung zu erzwingen (z.B. durch vorgetäuschte Unfälle).

Quelle: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorschlaege/vorschlaege2012/019-bodyintegritydisorder-kasten.pdf>

3. Andere neurotische Störungen: Neurasthenie F 48.0

auch: Erschöpfungssyndrom, eher historisch verwendete Diagnose

stattdessen: ME/CFS, depressive Episode, Somatisierungsstörung,

- geistige Überanstrengung, Müdigkeit, Unfähigkeit zu entspannen, Reizbarkeit
- einhergehend mit Muskelschmerzen, Benommenheit, Spannungskopfschmerz, Schlafstörungen,
- Unfähigkeit zur Erholung

Dauer: mind. 3 Monate,

Als Folge einer viralen oder bakteriellen Infektion

4.1. Long-Covid-Syndrom:

KEINE Diagnose nach ICD10, Kapitel F, stattdessen:

klassifiziert unter Erkrankungen des Nervensystems: G93.3 Chronisches Fatigue-Syndrom (CFS):

Chronisches Fatigue-Syndrom (CFS) bei Immundysfunktion, **Myalgische Enzephalomyelitis (ME)**,

Postvirales (chronisches) Müdigkeitssyndrom,

auch bezeichnet als: **ME/CFS Syndrom** = Folge einer Infektionserkrankung,

Anderorts wird das ME/CFS Syndrom auch als eine Subgruppe der Long-Covid-Erkrankungen bezeichnet.

Ursachen: grippeähnliche Erkrankungen, Epstein- Barr- Virus, Cytomegalievirus, virale Atemwegserkrankungen, Borreliose (bakterielle Erkrankung), u.a.

Symptome:

1. Fatigue
2. Zustandsverschlechterung nach Belastung
3. Schlafstörungen
4. Schmerzen
5. Neurologische/ kognitive Dysfunktion
6. Autonome Dysfunktion
7. Neuroendokrine Dysfunktion
8. Immundysregulation,
9. evtl. Anosmie, Ageusie

Exkurs: Was bezeichnet das neuroendokrine System: Nervenzellen können Hormone bilden, und Transmitter aktivieren hormonbildende Zellen. (Verknüpfung Nervensystem/Endokrinologie)

Für das psychiatrische Vokabelheft:

Anosmie: Geruchsverlust, Ageusie: Geschmacksverlust

5. Burnout-Syndrom

Burnout ist KEINE anerkannte Diagnose nach ICD-10 oder ICD-11.

Die Klassifikation erfolgt je nach Symptomatik z.B. als Depression, Neurasthenie, Somatisierungsstörung, somatoforme autonome Funktionsstörung o.a.

„Burn-out ist in der 11. Revision der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-11) als berufliches Phänomen enthalten. **Es wird nicht als Krankheit eingestuft.**

Burnout wird klassifiziert im **Kapitel Z:**

"Faktoren, die den Gesundheitszustand oder den Kontakt mit Gesundheitsdiensten beeinflussen".

Um Gesundheitsleistungen des gesetzlichen Kassensystems in Anspruch zu nehmen, braucht es eine begründende Diagnose. Wenn keine Krankheitsdiagnose zutrifft, wird auf eine Z-Nummer zurückgegriffen.

Im ICD-10 wird Burnout klassifiziert als Z-Diagnose (Z73.0).

Im ICD-11 wird Burnout klassifiziert unter Kapitel QD, die sog. "qualifying diagnosis": als zusätzliche Kodierung zu einer Krankheitsdiagnose, um deren Kausalität zu beschreiben.

Burnout bezieht sich speziell auf **Phänomene im beruflichen Kontext** (!) und sollte NICHT zur Beschreibung von Erfahrungen in anderen Lebensbereichen angewendet werden.

Burnout zeichnet sich durch drei Dimensionen aus:

1. **Gefühle der Energieverarmung oder Erschöpfung;**
2. **erhöhte mentale Distanz zum eigenen Arbeitsplatz oder Gefühle von Negativismus oder Zynismus im Zusammenhang mit dem eigenen Beruf; und**
3. **verminderte berufliche Leistungsfähigkeit.**

Symptome des Burnout-Syndroms

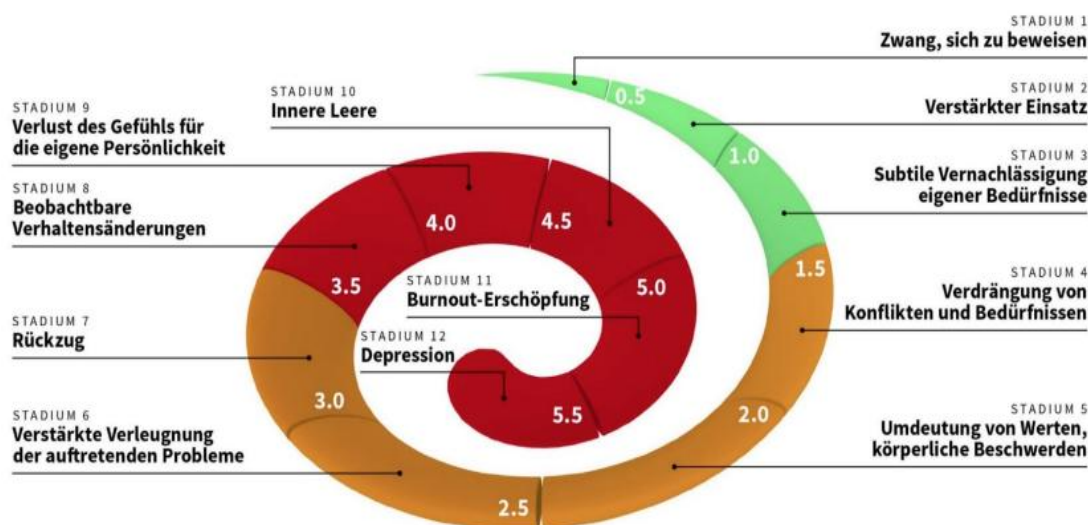
(Nach dem **Maslach-** und **Copenhagen Burnout-Inventary – MBI** und **CBI***)

Konstrukt	Dimension	Symptom	Beispiel-Item
Burnout-Syndrom	Depersonalisierung	■ Gleichgültigkeit	„Es fällt mir zunehmend schwer, mich intensiv auf jeden einzelnen Klienten oder Kunden individuell einzustellen“
	Klientenbezogener Burnout	■ Zynismus	
		■ Distanz	
	Emotionale Erschöpfung	■ Reizbarkeit	„Ich fühle mich von meiner Arbeit völlig ausgelaugt; sie macht einfach keinen Spaß mehr“
	Persönlicher Burnout	■ Anspannung	
		■ Antriebschwäche	
	Erleben von Misserfolg	■ Sinnentleerung	„Ich habe immer seltener das Gefühl, dass ich Anderen wirklich helfe oder etwas Wesentliches bewirke“
	Aufgabenbezogener Burnout	■ Unwirksamkeit	
		■ Hyperaktivität	

* Maslach, C. u.a., Job Burnout, in: Annual Review of Psychology 52 (2001) und Kristensen, T. S. u.a., The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout, in: Work & Stress 19 (2005) No. 3

Quelle: Institut für Management-Innovation, Prof. Dr. Waldemar Pelz

Burnout-Prozess



Von Känel et al. 2016
Kalimo et al., in Work & Stress 2003

Risikofaktoren für Burnout

Organisationale Faktoren

- Ungleichgewicht zwischen
- **hohem Einsatz** ↔ zu geringer **Belohnung/Anerkennung**
Modell der beruflichen Gratifikationskrise nach Siegrist
- zu hohen **Anforderungen** ↔ geringer **Handlungsspielraum**
Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek/Theorell
- Zu wenig soziale Unterstützung
- Ungerechte Behandlung, Erleben von Unfairness
- Rollen- und Wertekonflikte
- Qualitative und quantitative Arbeitsüberlastung
(z.B. emotionale Beanspruchung)
- Geleistete Arbeitszeit (Arbeitstage dauerhaft > 10h)

Individuelle Faktoren

- übersteigerte Verausgabungsbereitschaft
Perfektionismus,
- geringe Distanzierungsfähigkeit
- externe Kontrollüberzeugung
- vermeidend, resignatives Coping
- Neurotizismus
- Narzissmus
- Alexithymie

Karasek et al., 1990; Siegrist, 1996; Mattila et al., 2007; von Känel, 2008; Korczak et al., 2010; Hudek-Knežević et al., 2011; Schwarzkopf et al., 2016; Aronsson et al., 2017; Edu-Valsania S et al., 2022

Quelle: von Känel, R. (2016). Was der Klinikarzt vom Burnout-Syndrom wissen sollte–Von der gezielten Fragestellung bis zur Übermittlung der Verdachtsdiagnose. Der Klinikarzt, 45(01), 26-32. Kalimo, R., Pahkin, K., Mutanen, P., & Topipinen-Tanner, S. (2003). Staying well or burning out at work: work characteristics and personal resources as long-term predictors. Work & Stress, 17(2), 109-122
Abgerufen von: https://www.pukzh.ch/sites/default/assets/File/Veranstaltungen/Psychiatrisches%20Kolloquium/20220520_Slides_Dr_%20med_%20D_%20Straus.pdf
Quellen: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/

6. Broken-Heart- Syndrom, auch: Tako-Tsubo-Kardiomyopathie, Stress-Kardiomyopathien

142.8 (Sonstige Kardiomyopathien)

Ursache:

1. plötzlicher heftiger Stress durch Todesfall, Trennung, Unfall, Naturkatastrophen, Operationen, starke Schmerzen,
2. mit plötzlichem massivem Anstieg von Stresshormonen (Adrenalin, Noradrenalin)

Symptome: Brustschmerzen, Atemnot, Herzrhythmusstörungen, Angst- und Panikgefühle, Klinisch zeigen sich EKG-Veränderungen, leicht erhöhte Troponin- Werte (wie beim Herzinfarkt).

Im Unterscheid zum Herzinfarkt zeigt sich bei der Herzkatheteruntersuchung keine Verengung der Herzkranzgefäße. Innerhalb von Tagen bis Wochen bilden sich die Symptome zurück.

7. F54 Somatische Erkrankungen

mit wesentlichem Einfluss psychischer Faktoren auf die Entstehung und Aufrechterhaltung

Hier sind **körperliche Erkrankungen** gemeint, bei denen psychosomatische Wechselwirkungen eine besondere Rolle spielen, sowohl **ursächlich** als auch **aufrechterhaltend**.

→ **Solche Erkrankungen werden immer in Zusammenarbeit mit einem Arzt behandelt, der die körperlichen Symptome behandelt.**

Früher sprach man von den Holy Seven nach Alexander. Dies ist jedoch wissenschaftlich so nicht haltbar, daher als historisches Modell zu betrachten.

1. Asthma bronchiale (chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege)
2. Neurodermitis (chron. Hautkzem)
3. Colitis ulcerosa (chronisch entzündliche Erkrankung des Darmes)
4. Ulcus duodeni (Zwölffingerdarmgeschwür)
5. Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion)
6. Rheumatoide Arthritis (chronisch entzündliche Erkrankung der Gelenke)
7. Essentielle Hypertonie (Bluthochdruck ohne erkennbare organ. Ursache)

Heute geht man davon aus, dass **grundsätzliche alle körperlichen Erkrankungen** in ihrer Krankheitsentstehung und – verschlimmerung durch psychische Faktoren beeinflusst sein können.

F54 psycholog. Faktoren oder Verhaltensstörungen bei andernorts klassifizierten Erkrankungen Erkrankungen, bei denen unter Stress "Schübe" ausgelöst werden

Beschreiben medizinische Zusammenhänge, bei denen **psychische Faktoren und körperliche Krankheiten NACHWEISLICH UND IMMER in Wechselwirkung** stehen.

Typische Beispiele: Psychogene Asthma-Anfälle, nervöse Gastritis, Magenulzera oder Hauterkrankungen (Dermatitis).

Diese Diagnose wird als **Zusatzdiagnose zu einer körperlichen Grunderkrankung** verwendet. Sie kommt zum Einsatz, wenn psychische Faktoren (z.B. Stress, Sorgen) oder Verhaltensweisen (z.B. Vermeidungs- oder Schonverhalten) den Ausbruch, den Verlauf, die Schwere oder die Behandlung der physischen Krankheit maßgeblich beeinflussen

Asthma F54 und J45.-

Colitis ulcerosa F54 und K51.- (Mb. Crohn): chronisch entzündliche Darmerkrankung

Dermatitis F54 und L23-L25 (z.B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte): entzündliche Hauterkrankungen

Magengeschwür, Gastritis ulcerosa F54 und K25.-

Reizdarmsyndrom F54 und K58.-

Urtikaria F54 und L50.- (z.B. allerg. Hautreaktion als Folge von Stress, Kälte, Licht)

Nicht jedoch bei Spannungskopfschmerz → klassifiziert unter G44.2 (Kein Prüfungswissen!)

EXKURS: KEIN PRÜFUNGSWISSEN!!

„**Reizdarmsyndrom und CED (chronisch entzündliche Darmerkrankung)** sind zwei unterschiedliche Diagnosen. Es ist so, dass die Darmbarriere bei CED-Patienten Schaden nimmt. Dann können Darmbakterien in die Darmwand einwandern, werden dort von den Immunzellen erkannt und produzieren eine Entzündung. Aufgrund von genetischen Veränderungen bei diesen Patienten ist die Entzündungsreaktion überschießend, das heißt, man kann diese Entzündung nicht mehr kontrollieren und es entsteht eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung.“

Bei CED zu 30-50% OP-Indikation gegeben.

RDS ist eher ungefährlich und eine Ausschlussdiagnose (Darmsymptomatik, die sich sonst keiner anderen Störung zuordnen lässt) Quelle: <http://www.reizdarm.info/texte-muehleib/reizdarm.php>

8. Somatische Erkrankungen, die psychische Symptomatik verursachen können Kurzbeschreibungen und Prüfungswissen zu den Erkrankungen

8.1 Erkrankungen der Schilddrüse:

1. Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion):

Unterproduktion von Schilddrüsenhormonen verursacht einen verlangsamten Stoffwechsel

Typische Symptome: Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Traurigkeit, Interessenverlust, geringe Stressresistenz, Störungen von Merkfähigkeit und Konzentration, Schwierigkeiten Entscheidungen zu treffen, Kälteempfindlichkeit, Gewichtszunahme und Verstopfung.

2. Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion):

Überproduktion von Schilddrüsenhormonen verursacht schnellen Stoffwechsel

8.2 Autoimmunerkrankungen

3. Hashimoto-Thyreoiditis: Autoimmunerkrankung mit chronischer Entzündung der Schilddrüse, führt auf Dauer zu einer Schilddrüsenunterfunktion. Zeigt sich im Frühstadium mit Herzklopfen, Zittern, Nervosität, Reizbarkeit, Schwitzen. Im späteren Verlauf Symptomatik einer Schilddrüsenunterfunktion, auch mit Pigmentflecken, Haarausfall.

Lupus erythematoses: systemische Autoimmunerkrankung

Symptome: sog. Schmetterlingsflechte (schmetterlingsförmige Rötung auf Wangen und Nasenrücken), Müdigkeit und Erschöpfung, Fieber, Gewichtsverlust und Appetitlosigkeit, Muskelschmerzen und Gelenkschmerzen (insbesondere an Fingern), oft mit Morgensteifigkeit, UV-Lichtempfindlichkeit, Raynaud-Syndrom: Weiß-/Blaufärbung der Finger und Zehen bei Kälte.

EXKURS OHNE PRÜFUNGSRELEVANZ: Entzündungen und Depression

Etwa **ein Drittel** aller Menschen mit Depressionen zeigt eine erhöhte Entzündungsbereitschaft. Dabei sind im Blut oft **Entzündungsmarker wie Leukozyten, CRP (C-reaktives Protein), Zytokine (IL-6), Blutsenkungsreaktion (BSR)** erhöht. Wissenschaftler sprechen hierbei oft von einer "entzündlichen Depression". Hierbei wirken Entzündungen im Körper und psychische Belastungen als ständige Wechselwirkung aufeinander.

Mögliche Ursachen für stille Entzündungen (Low-Grade-Inflammation):

- 1. Chronischer Stress:** Psychische Belastungen und Dauerstress versetzen das Immunsystem in Alarmbereitschaft.
- 2. Ernährung:** Eine einseitige Ernährung mit viel Zucker, Transfetten und rotem Fleisch fördert Entzündungen.
- 3. Schlafmangel:** Wer dauerhaft zu wenig oder schlecht schläft, begünstigt entzündliche Prozesse im Körper.
- 4. Darmgesundheit:** Eine gestörte Darmflora (Mikrobiom) kann zu einer durchlässigeren Darmschleimhaut (Leaky Gut) führen, was Entzündungsreaktionen im Körper auslöst.
- 5. Versteckte Infektionen oder Autoimmunerkrankungen:** Chronische Entzündungen (z. B. Parodontitis) oder Allergien können das Immunsystem dauerhaft aktivieren

8.3 Erkrankungen im Bereich der Niere und Leber

1. Morbus Addison: Unterfunktion der Nebennierenrinde

Mangel an Cortisol führt zu Schwäche und Müdigkeit, Hypotonie, Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust; Mangel an Aldosteron führt zu Salzverlust (Natrium, Kalium), Flüssigkeitsmangel, Blutdruckabfall; erhöhter ACTH-Spiegel führt zu Braunfärbung der Haut (zu viel Melanozyten-stimulierendes Hormon).

2. Phäochromozytom: hormonell aktive Tumoren des Nebennierenmarks

Symptome: plötzliche heftige Bluthochdruckkrisen, Kopfschmerzen (stark, hämmernd und drückend), Schwitzen, Herzasen, Blässe, Schwindel, plötzliche Panikattacken, innere Unruhe/Nervosität, "geistige Rastlosigkeit".

3. Leber-/Niereninsuffizienz: Müdigkeit und Übelkeit, Verwirrtheit, Wassereinlagerungen (Ödeme), Bluthochdruck, veränderter Urin und Hautverfärbungen (Ikterus/Gelbsucht)

8.4 Erkrankungen, die das Verdauungssystem betreffen

1. Colitis ulcerosa, Reizdarmsyndrom: belastungsabhängige Bauchschmerzen, Blähungen und veränderten Stuhlgang (Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung), Völlegefühl, Krämpfe, Unwohlsein, Schleim im Stuhl.

8.5 Erkrankungen, die die Haut betreffen

1. Chronische Entzündungen der Haut, wie Neurodermitis, Schuppenflechte (Psoriasis): Entzündungen verursachen ggf. depressive Symptomatik (sog. inflammatorische Hypothese der Depression: Zytokine gelangen ins Gehirn und verändern die Neurotransmitter-Balance).

8.6 Erkrankungen die den Stoffwechsel und das Blut betreffen

1. Diabestes mellitus: Reizbarkeit, Nervosität, Angst- und Panikgefühle, Konzentrationsstörungen, Verwirrtheit, Stimmungsschwankungen

Hypoglykämie: Zittern, Schwitzen, Heißhunger und Herzklopfen, sowie mentale Symptome wie Konzentrationsstörungen, Verwirrtheit, Unruhe und Kopfschmerzen.

2. Anämie: "Blutarmut" (Mangel an Erythrozyten und Hämoglobin)

Symptome: Müdigkeit, Kopfschmerzen, Belastungsdyspnoe, Tachykardie, Schwindel

3. Vitamin-B12-Mangel: Störungen der Merkfähigkeit und Konzentration, Verwirrtheit, Müdigkeit, Schwächegefühl, "Blutarmut" siehe oben "Anämie"

auch: Polyneuropathie (Kribbeln, Taubheit), Gangunsicherheit, Nervenschädigungen,

4. Morbus Cushing: eine Stoffwechselerkrankung mit Überangebot von Glukokortikoiden

Symptome: Fettverteilungsstörung (Stammfettsucht, rundes Gesicht/Mondgesicht), dünne Haut mit blauen Flecken, Muskelschwäche, erhöhter Blutdruck und Blutzucker, Zyklusstörungen oder Impotenz, brüchige Knochen (Osteoporose) sowie depressive Verstimmungen.

5. Morbus Wilson: Kupferspeicherkrankheit: genetische Stoffwechselstörung, die sich zw. dem 5. und 45 Lj. manifestiert. Symptome: Leberprobleme, neurologische und psychiatrische Störungen, wie grünlich-brauner Ring um die Iris (Kayser-Fleischer-Ring), Gelbsucht (Ikterus), Zittern, Sprach- und Schluckstörungen, depressive Symptomatik, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen und Persönlichkeitsveränderungen. Im fortgeschrittenen Stadium dementielle Symptome.

8.7 Hirnorganische Erkrankungen und Erkrankungen des Nervensystems

1. Entzündungen im Bereich Gehirn, Rückenmark (Meningitis, Meningoenzephalitis [Hirnhaut und Hirngewebe] u.a.): Kopfschmerzen, Fieber, Übelkeit, Nackensteifigkeit, depressive Symptomatik, Reizbarkeit, Angststörungen, emotionale Labilität, Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen, Verwirrtheit

2. Dementielle Prozesse

3. Morbus Parkinson: Tremor (Zittern), Rigor (Muskelstarre), Akinese (Bewegungsarmut)

4. Multiple Sklerose: Nystagmus (Augenzittern), skandierende Sprache, Intentionstremor (Zittern bei zielgerichteter Bewegung)

5. Migräne, Spannungskopfschmerz: verursacht depressive Symptomatik,

6. Restless-Legs-Syndrom: sensomotorische Störung unklarer Ursache, mit imperativem Bewegungsdrang der Beine (im Liegen permanentes Gefühl, die Muskeln anspannen zu müssen) verursachen Schlafstörungen, emotionale Reizbarkeit, Anspannung.

7. Hirntumor: Persönlichkeitsveränderungen, wie Aggressionsneigung, Distanzlosigkeit, Impulsivität, Stimmungsschwankungen u.a.

8. Epilepsie (insbesondere die Temporallappen betreffend): Persönlichkeitsveränderungen, Angst- und Panikgefühle, Störungen der Merkfähigkeit und Konzentration

9. Fibromyalgie: chronische Schmerzerkrankung infolge von Fehlverarbeitung von Schmerzsignalen im Gehirn, mit Muskelschmerzen im gesamten Körper, Erschöpfung, Konzentrationsstörungen, depressive Symptomatik, Angst und Unruhe, Reizdarmsyndrom, Wetterfühligkeit (keine Entzündung, keine rheumatische Erkrankung, häufig Traumafolgestörung)

8.8 Störungen im Hormonsystem

Hormonelle Dysbalancen: während Phasen hormoneller Umstellungen um Schwangerschaft und Geburt und während der Wechseljahre verursachen emotionale Instabilität oder depressive Stimmungen.

Östrogene beeinflussen unter anderem die Botenstoffe im Gehirn wie Serotonin, Dopamin und Noradrenalin, die für Stimmung, Antrieb und Konzentration wichtig sind.

Östrogenmangel /-überschuss kann typisch depressive Symptome und hohe Verletzbarkeit/Weinerlichkeit verursachen.

Eher Östrogenmangel: Hitzewallungen, Schlafstörungen, Scheidentrockenheit, verminderte Libido, trockene Haut.

Eher relativer Östrogenüberschuss: Brustspannen, Wassereinlagerungen, starke oder schmerzhaft Menstruation, ausgeprägte PMS-Beschwerden.

8.9 Herzerkrankungen

Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen, funktionelle Herzbeschwerden, koronare Herzkrankheit: werden häufig begleitet von Angst- und Panikgefühlen, depressiver Symptomatik. Es gibt eine wissenschaftlich belegte Wechselwirkung zwischen koronarer Herzkrankheit und Depression.

9. Übersicht zum Zusammenhang zwischen psychischer und körperlicher Symptomatik

Psychische Symptomatik	Mögliche körperlich bedingten Ursachen
Depressive Stimmung, Antriebslosigkeit	Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion), Morbus Addison, Hashimoto-Thyreoiditis, Herz- Kreislauf- Erkrankungen, Diabetes mell., Demenz, Mb. Parkinson, Multiple Sklerose, Hirntumore, hormonelle Störungen, Entzündungserkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Schlafapnoe Blutserum: Mangel an Eisen, Vitamin D, Vitamin-B12
Angst, Panikattacken, Unruhe	Phäochromozytom, Hyperthyreose, Hypoglykämie, Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen, Asthma, Magen- Darm- Erkrankungen, Drogen
Reizbarkeit, Schlafstörungen	Hyperthyreose, Cushing-Syndrom, Entzugszustände, Schlafapnoe, Nebenwirkungen von Kortison oder Antidepressiva,

Verlangsamung, Konzentrationsstörung	Vit B12-Mangel, Hypothyreose, Anämie, Leber-/Niereninsuffizienz, Schlafapnoe, beginnende Demenz
Psychose, Halluzinationen, Wahnideen	Hirntumor, Epilepsie (Temporallappen), Enzephalitis, Lupus erythematodes, Morbus Wilson, Intoxikationen
Gedächtnisverlust, Verwirrtheit	Demenz, Delir (z. B. bei Infekt oder Elektrolytstörung), Hypoglykämie, Lebersversagen, Vitaminmangel
Körperbezogene Ängste, Somatisierung	Reizdarmsyndrom, funktionelle Herzbeschwerden, Fibromyalgie, Spannungskopfschmerz
Emotionale Instabilität, Gereiztheit	Mb. Cushing, Schilddrüsenfunktionsstörung, Hormonstörg.
Schlafstörungen (ohne klaren Auslöser)	Schilddrüsenfunktionsstörung, Restless-Legs-Syndrom, Schlafapnoe

10. Therapie bei Somatisierungs-/ somatoformen Störungen/psychosomatischen Störungen:

1. Grundlegendes

1. Frage nach dem Sinn, dem „Auftrag“ der Symptomatik!
2. Wofür ist die Symptomatik nützlich?
3. Möglicherweise kann die Antwort auch im Familiensystem liegen.

2. Fokus der psychotherapeutischen Arbeit:

1. der Wahrnehmung und verbalen Ausdrucksfähigkeit von Gefühlen
2. der Körperwahrnehmung
3. der Selbstbeziehung und den Beziehungsfähigkeiten
4. Reduzierung von katastrophisierendem Denken, Vermeidungsverhalten, dysfunktionalen Durchhaltestrategien
5. Genussstraining

3. Methodische Empfehlungen

1. Neurofeedback
 2. Stressmanagement, verbesserte Selbstorganisation, Abgrenzungsfähigkeit,
 - bei Stress in Verbindung mit Hektik: Entspannungstraining, Yoga, Qigong
 - bei Stress in Verbindung mit sitzender Tätigkeit: sportliche Betätigung zum Abbau der Energie in der Muskulatur (Laufen, Kraft-/Muskelaufbau-Training)
 3. EMDR bei somatoformen Schmerzen (Literatur: Jonas Tesarz et al.: Schmerzen behandeln mit EMDR, Klett-Cotta Verlag)
 4. Imaginäre Körperreisen n. Sabine Fruth (IKR): Eine Methode der Hypnotherapie
 5. Übungen zum Vagus- Training: wie Atemtechnik, Ohrenreiben, Zungenkreisen, Kälteanwendung
 6. PEP (Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie n. Dr. Michael Bohne)
- In schweren Fällen medikamentöse Therapie: Antidepressiva

4. Methodenunabhängig gilt:

1. Keine einseitig psychogene Perspektive – dem Körpersymptom Raum geben
2. Körperwahrnehmungsübungen, Achtsamkeitsübungen immer einbeziehen
3. Frage nach dem Krankheitsgewinn (Wofür ist die Symptomatik nützlich?)
4. Arbeit mit Bedürftigkeit und Bedürfnissen (oftmals abgewehrt!)
5. Förderung einer Atmosphäre von Akzeptanz und Verständnis hier von besonderem Stellenwert, da oftmals kritische Grundhaltung des Klienten gegenüber Psychotherapie

6. Neugier und Interesse des Patienten wecken, konkrete Ziele herausarbeiten (Transparenz!)
7. Skepsis und Autonomiebedürfnis des Patienten respektieren,
8. beobachtende innere Haltung statt „therapeutische Allwissenheit“
9. PT als Ergänzung zur ärztlichen Behandlung → an die psychologische Sichtweise behutsam heranführen

LERNZIELE

1. Was wissen Sie über Entstehungsmodelle somatoformer Störungen? (4)
2. Was verstehen Sie unter
 - a. Primärem Krankheitsgewinn
 - b. Sekundärem Krankheitsgewinn
 - c. Tertiärem Krankheitsgewinn
 - d. Quartärem Krankheitsgewinn?
3. Was differenziert Hypochondrie von einer Somatisierungsstörung?
4. Was differenziert eine Somatisierungsstörung von dissoziativen Störungen?
5. Nennen Sie die Leitsymptome und Zeitkriterium für die Somatisierungsstörung.
6. Was ist das Zeitkriterium für eine undifferenzierte Somatisierungsstörung?
7. Nennen Sie die Leitsymptome und Zeitkriterium für die hypochondrische Störung.
8. Was sind typische Symptome einer körperdysmorphen Störung?
9. Was sind typische Symptome einer somatoformen autonomen Funktionsstörung denken?
10. Wann würden Sie an eine somatoforme Schmerzstörung denken?
11. Was kennzeichnet eine Neurasthenie? (Symptome und Zeitkriterium)
12. Nennen Sie die drei Dimensionen bei Burnout nach ICD-11.
13. Nennen Sie mindestens drei körperliche Erkrankungen, die mit psychischen Faktoren assoziiert ist.
14. Was verstehen Sie unter folgenden Erkrankungen und welche psychischen Symptome können diese verursachen:
 - a. Hypo-/Hyperthyreose
 - b. Morbus Addison
 - c. Morbus Cushing
 - d. Lupus erythematoses
 - e. Morbus Wilson
 - f. Phäochromozytom
 - g. Restless-Legs- Syndrom
15. Beschreiben Sie wichtige gedankliche und methodische Ansätze zur psychotherapeutischen Arbeit bei den hier genannten Störungskomplexen.