

Somatisierungsstörung

Begleitseminar zur Vorlesung Klinische Psychologie
Dr. Hans Linster, Dipl.-Psych.

Referentinnen: Yana Ampatziadis, Inga Otto, Patricia Schirtz

Übersicht

I.1. Begriffsbestimmung, Historische Entwicklung

2. Klassifikation
3. Epidemiologie
4. Verlauf
5. Komorbidität
6. Diagnostik

II. Fallbeispiel

III. Ätiologie-Konzepte

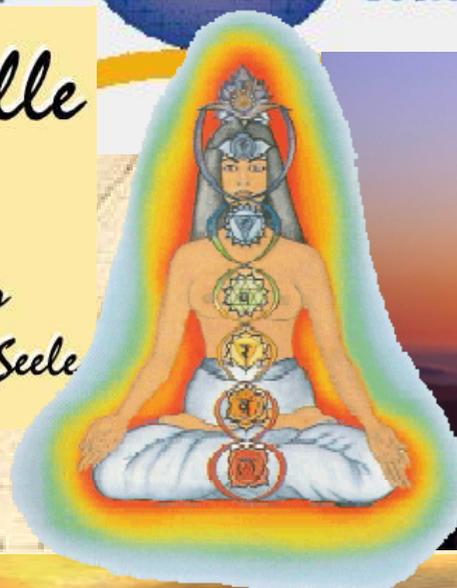
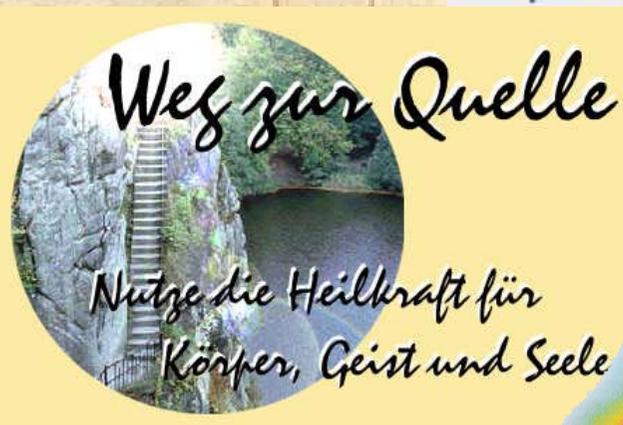
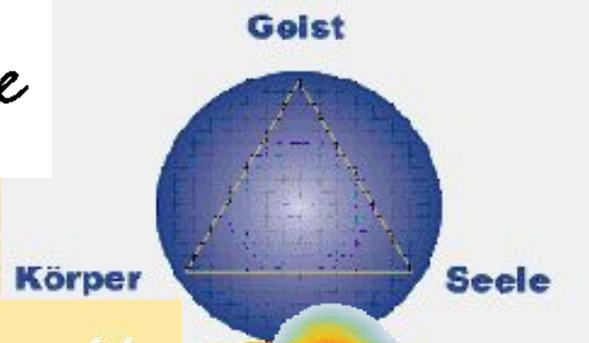
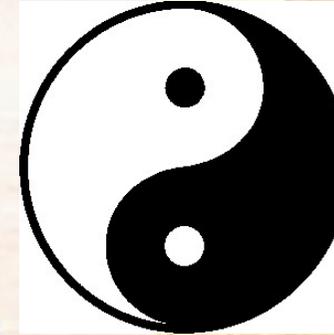
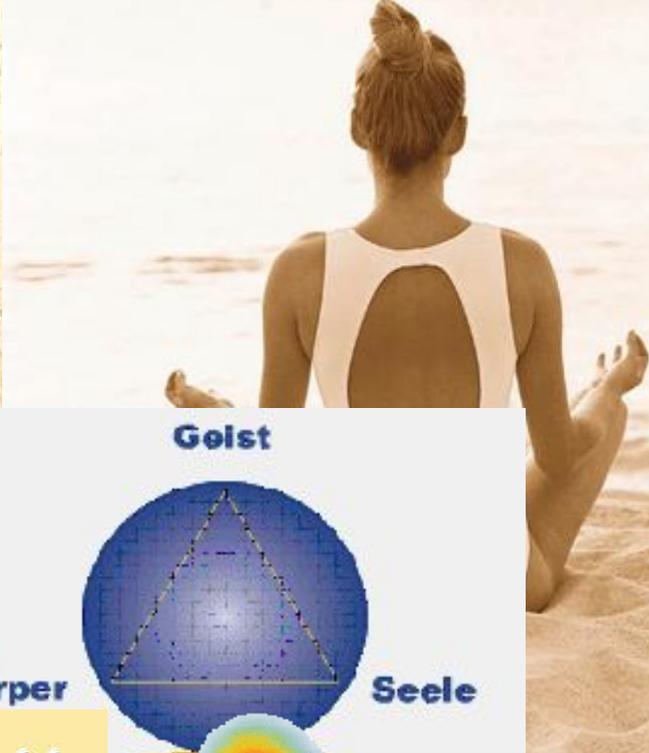
IV. Behandlung



1. Begriffsbestimmung, Historische Entwicklung



Oase für Körper
和諧
Geist und Seele



**Begriffs-
Bestimmung**

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

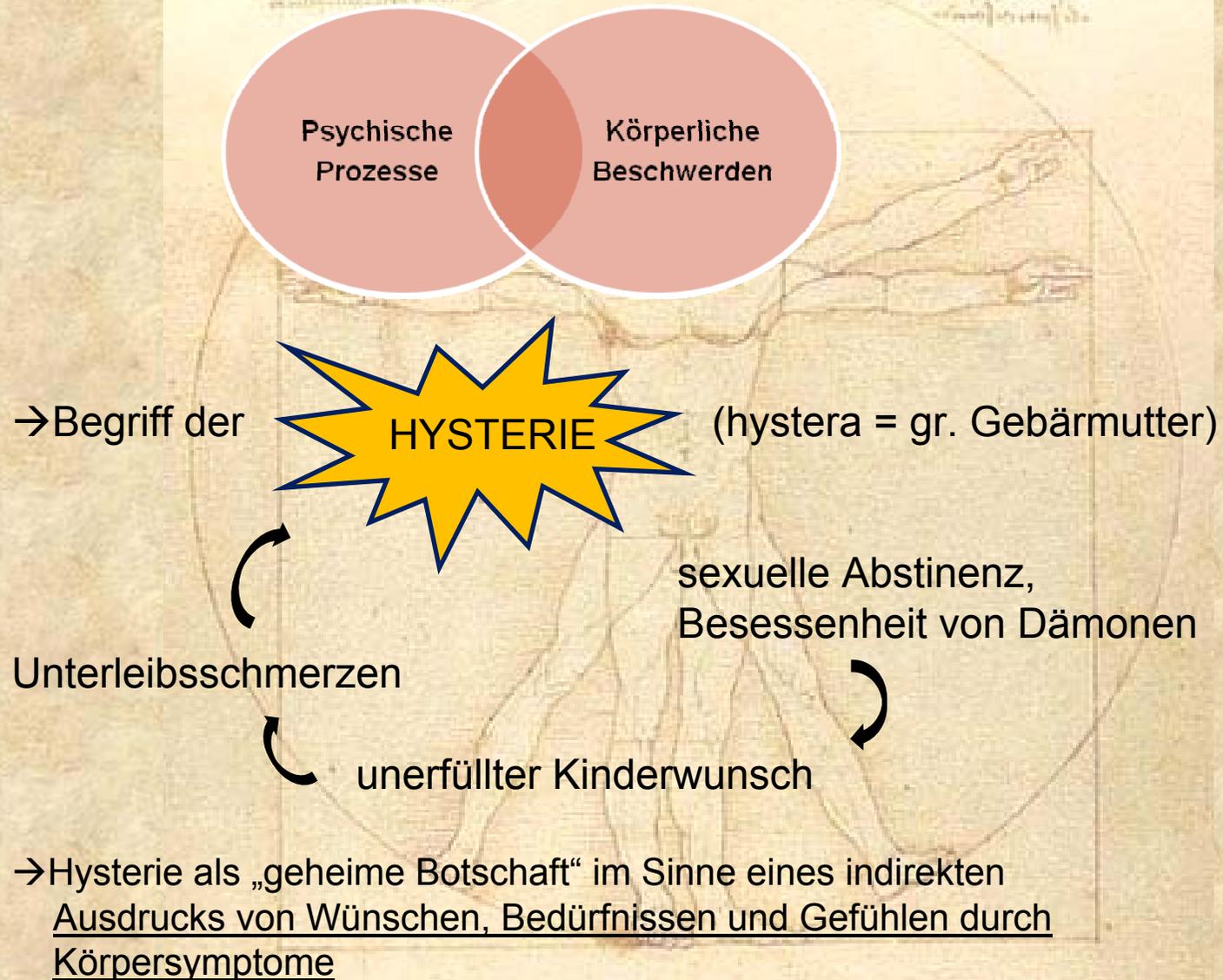
Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

Das Erkennen dieses Zusammenhangs geht zurück bis zu den frühen medizinischen Schriften des Altertums.



Begriffs- Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidität

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

Neuzeit :

Briquet- Syndrom als Neuformulierung des Hysterie-Begriffs

→ Arbeiten des fr. Psychiaters Paul Briquet (19 Jh.)



- ✓ Deskriptive Annäherung
- ✓ Wissenschaftliche Erhebungen



→ Weiterentwicklung des Konzepts durch Samuel B. Guze et al. (USA, 60er Jahre des 20. Jh.)

- ✓ Relevanz einzelner Symptome für das Gesamtsymptom
- ✓ 1972: Briquet-Syndrom als operationalisierte Diagnose

→ Begriff der „**Psycho - somatik**“: Kein einheitliches Verständnis!

Begriffs- Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

1980 bis heute:

Körperliche Symptome, ...

... die nicht ausreichend auf organische Ursachen zurückzuführen sind
... die nicht Sekundärfolgen einer anderen psychischen Problematik sind
... bei denen psychische Prozesse eine wesentliche Rolle spielen,

werden seit 1980 (3. Revision des DSM-Systems) unter dem Begriff „**somatoforme Störungen**“ klassifiziert.

Im ICD-10 sind die somatoformen Störungen unter F45 zu finden.

→ polysymptomatische/ monosymptomatische Störungen

→ hypochondrische Ängste und Überzeugungen



Trotz begrifflicher Vereinheitlichung : Vielzahl von gängigen und beliebten Diagnosebezeichnungen im täglichen Sprachgebrauch in der klinischen Praxis.

**Begriffs-
Bestimmung**

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

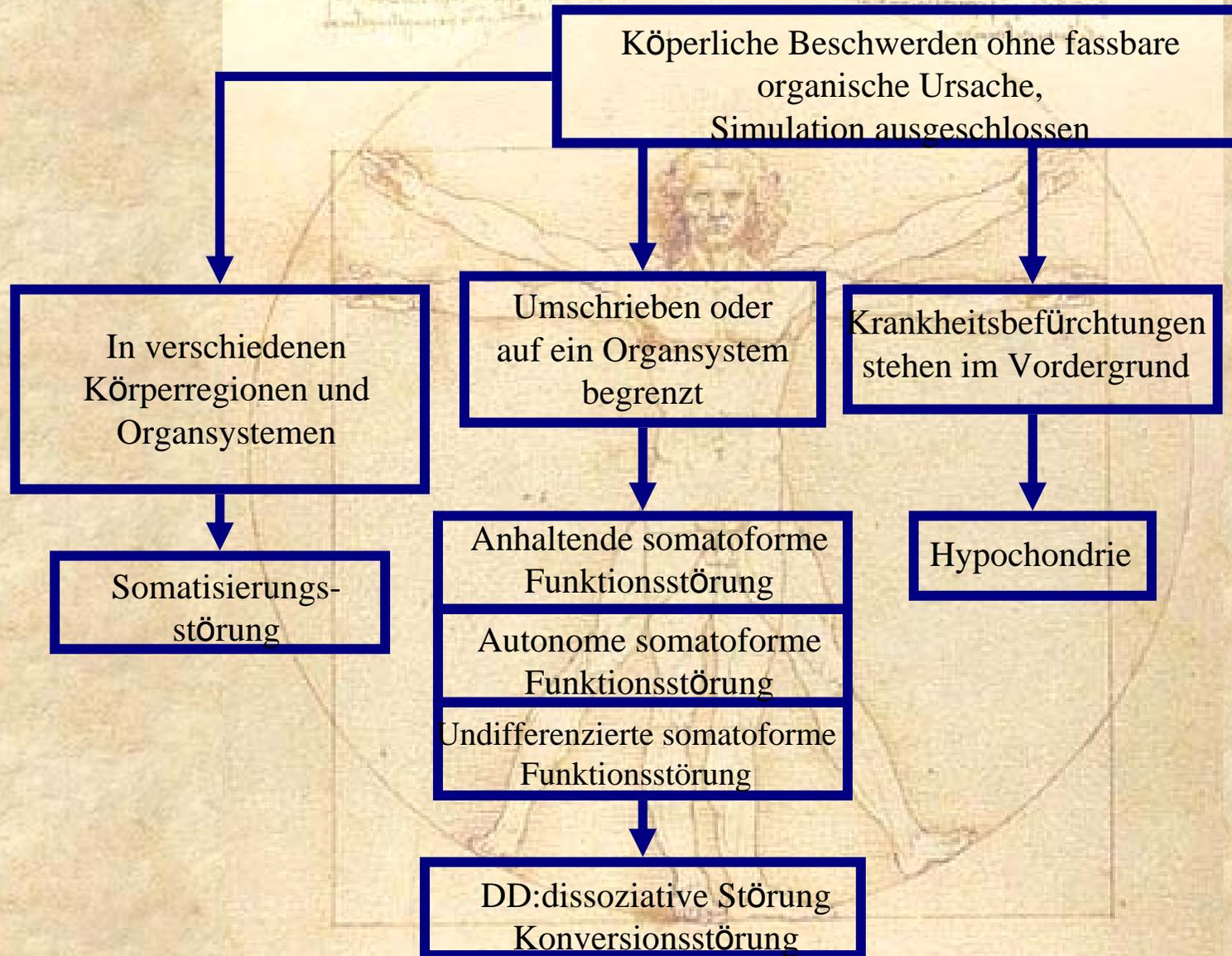
Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

2. Überblick somatoforme Störungen



Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

Klassifikation der Somatisierungsstörung F45.0

- A. Multiple und wechselnde körperliche Symptome über mindestens zwei Jahre (nicht oder nicht ausreichend durch eine körperliche Krankheit erklärt)
- B. Andauerndes Leiden und mehrfache Arztkonsultationen
- C. Keine oder nur unzureichende Akzeptanz der ärztlichen Feststellung, dass keine körperliche Ursache für die Symptome besteht

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

D. Insgesamt mindestens sechs Symptome aus mind. zwei der folgenden Gruppen

Gastro-intestinale Symptome

- | | |
|---------------------------|---------------------------------|
| 1. Bauchschmerzen | 4. Schlechter Geschmack im Mund |
| 2. Übelkeit | 5. Erbrechen/Regurgitation |
| 3. Gefühl von Überblähung | 6. Durchfall |

Kardio-vaskuläre Symptome

- | | |
|-----------------------------------|-------------------|
| 7. Atemlosigkeit ohne Anstrengung | 8. Brustschmerzen |
|-----------------------------------|-------------------|

Urogenitale Symptome

- | | |
|--|------------------------------------|
| 9. Dysurie/häufige Miktion | 11. Verstärkter vaginaler Ausfluss |
| 10. Unangenehme Empfindungen im oder um den Genitalbereich | |

Haut- und Schmerzsymptome

- | | |
|---|------------------|
| 12. Fleckigkeit/Farbveränderung der Haut | 14. Parästhesien |
| 13. Schmerzen in Gliedern, Extremitäten oder Gelenken | |

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

E. *Häufigstes Ausschlusskriterium*: Störung tritt nicht ausschließlich während einer Schizophrenie (oder verwandten Störung), affektiven Störung oder Panikstörung auf

- Kriterien sind sehr streng gefasst
- Die meisten Patienten mit multiplen körperlichen Beschwerden fallen deshalb unter die *undifferenzierte somatoforme Störung (F45.1)*
- Epidemiologie

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

Unterschiede zum DSM-IV-TR

Beginn vor dem 30. Lebensjahr

Kriterien:

mindestens vier Schmerzsymptome

mindestens zwei gastrointestinale Symptome

mindestens ein sexuelles Symptom

mindestens ein pseudoneurologisches Symptom

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

Weitere somatoforme Störungen im Überblick

- **Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)**
Dauer nur mind. 6 Monate
wird vergeben wenn eines oder beide Kriterien B.
und D. für die Somatisierungsstörung nur
unvollständig erfüllt sind
- **Hypochondrische Störung (F45.2)**
eine mind. sechs Monate anhaltende Überzeugung
an höchstens zwei schweren Krankheiten zu leiden
oder anhaltende Beschäftigung mit einer vom
Betroffenen angenommenen Entstellung oder
Missbildung (dysmorphophobe Störung/ DSM-IV:
Körperdysmorphie Störung)
Oft Zusatzdiagnose zur Somatisierungsstörung

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

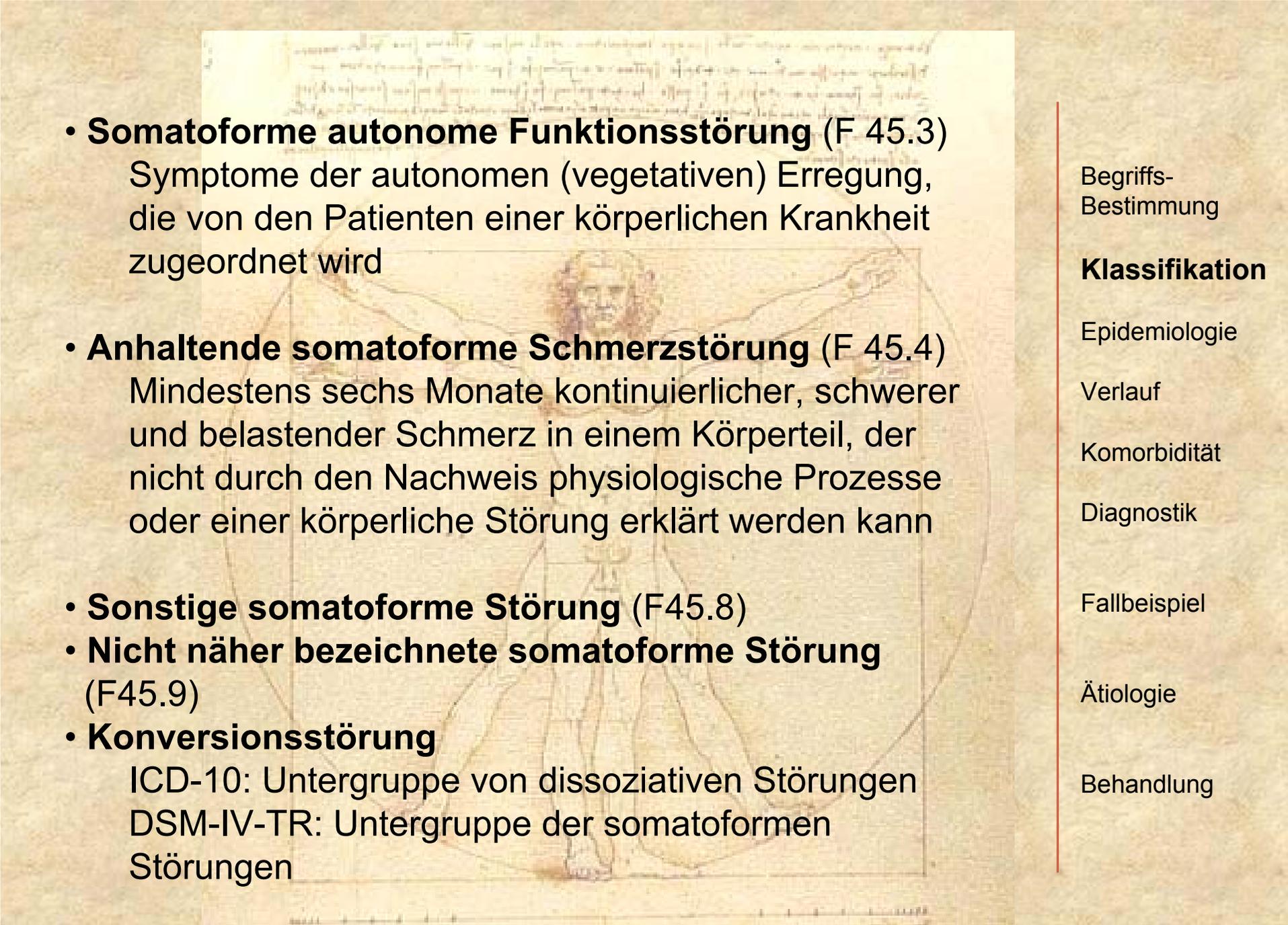
Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung



- **Somatoforme autonome Funktionsstörung (F 45.3)**

Symptome der autonomen (vegetativen) Erregung, die von den Patienten einer körperlichen Krankheit zugeordnet wird

- **Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4)**

Mindestens sechs Monate kontinuierlicher, schwerer und belastender Schmerz in einem Körperteil, der nicht durch den Nachweis physiologische Prozesse oder einer körperliche Störung erklärt werden kann

- **Sonstige somatoforme Störung (F45.8)**

- **Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (F45.9)**

- **Konversionsstörung**

ICD-10: Untergruppe von dissoziativen Störungen
DSM-IV-TR: Untergruppe der somatoformen Störungen

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

3. Epidemiologie

- ECA-Studie aus den 80er Jahren:
Lebenszeitprävalenz der Somatisierungsstörung nur 0.03-0.38 %
 - Erhebliche Unterschätzung des tatsächlichen Vorkommens
- Einführung des „Somatic Symptom Index“ (SSI-4/6):
 - Mind. 4 Symptome bei Männern, mind. 6 Symptome bei Frauen sind ausreichend
- Demnach Lebenszeitprävalenz von 5-11 % (korrigierte Schätzung) für multiples Somatisierungssyndrom

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

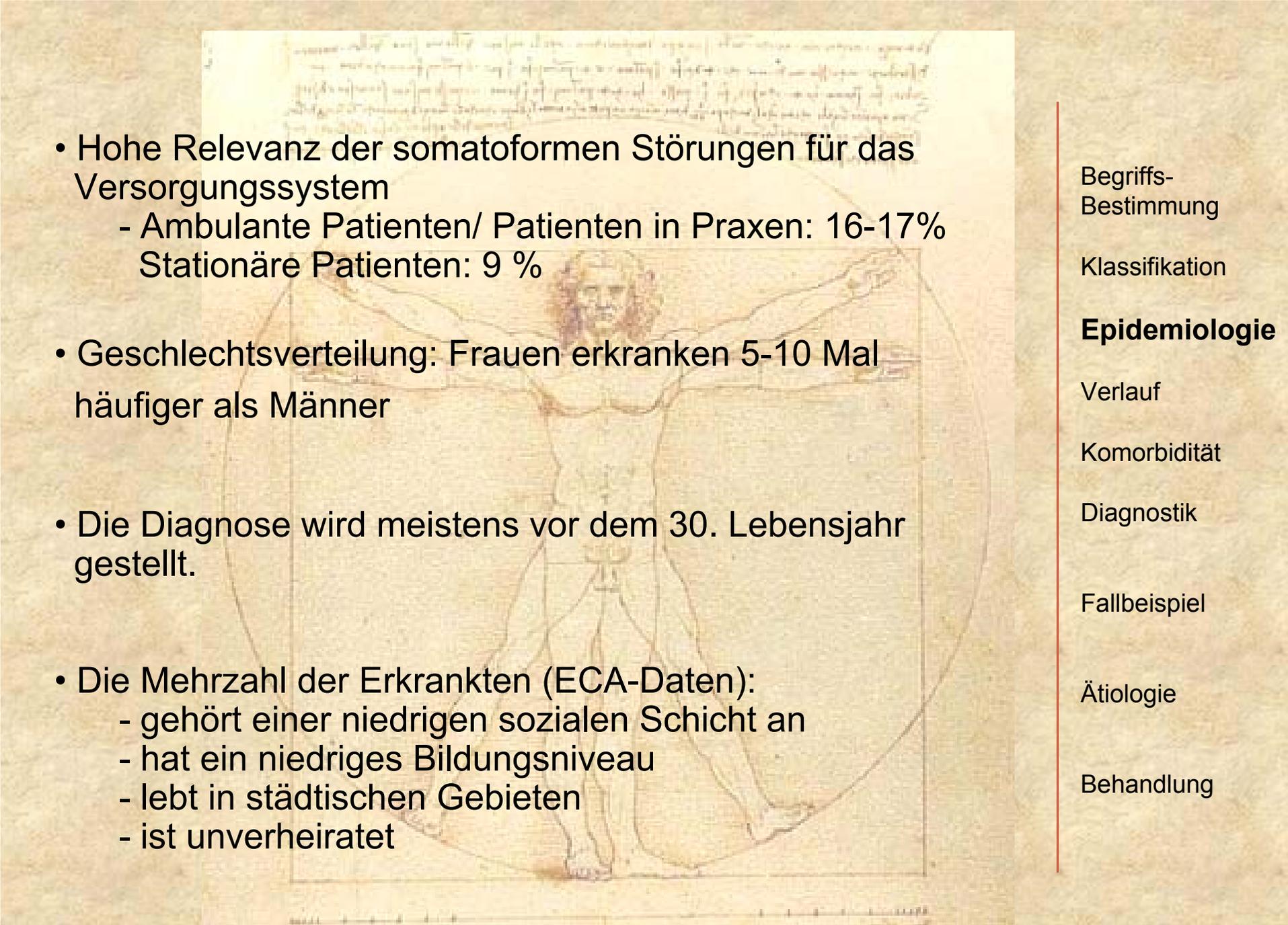
Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

- 
- Hohe Relevanz der somatoformen Störungen für das Versorgungssystem
 - Ambulante Patienten/ Patienten in Praxen: 16-17%
 - Stationäre Patienten: 9 %
 - Geschlechtsverteilung: Frauen erkranken 5-10 Mal häufiger als Männer
 - Die Diagnose wird meistens vor dem 30. Lebensjahr gestellt.
 - Die Mehrzahl der Erkrankten (ECA-Daten):
 - gehört einer niedrigen sozialen Schicht an
 - hat ein niedriges Bildungsniveau
 - lebt in städtischen Gebieten
 - ist unverheiratet

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

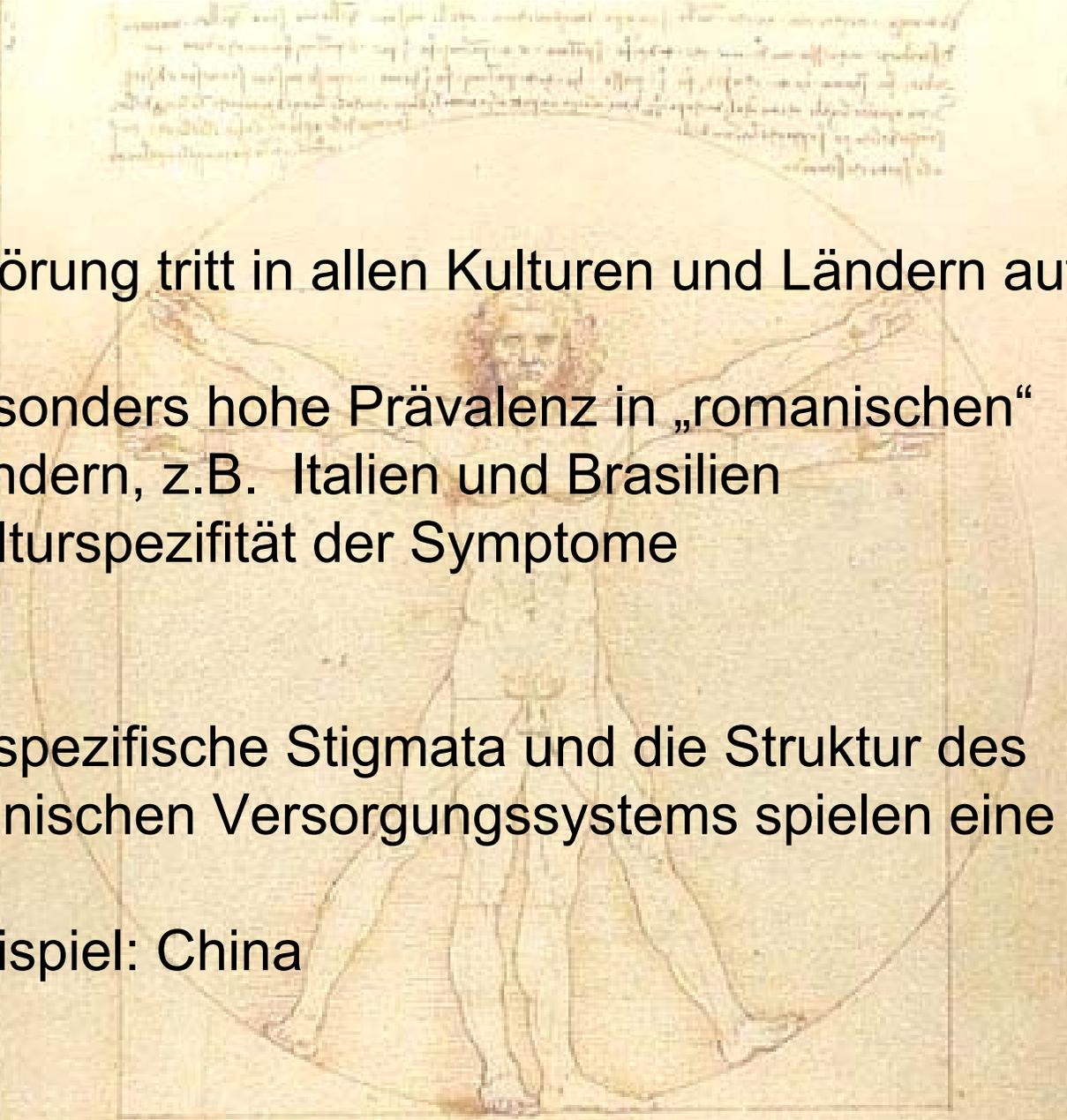
Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

- 
- Die Störung tritt in allen Kulturen und Ländern auf
 - besonders hohe Prävalenz in „romanischen“ Ländern, z.B. Italien und Brasilien
 - Kulturspezifität der Symptome
 - Kulturspezifische Stigmata und die Struktur des medizinischen Versorgungssystems spielen eine Rolle
 - Beispiel: China

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidität

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

4. Verlauf und Prognose

- Im Allgemeinen chronischer Verlauf
 - allerdings Wechsel der vorherrschenden körperlichen Symptome
- Seltener: rezidivierender Verlauf, spontane Remission
- Risiko einer Fehldiagnose gering:
 - Vier Jahre nach der Diagnose einer Somatisierungsstörung war bei nur 3% eine tatsächliche körperliche Krankheit festgestellt worden

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

5. Komorbidität und Differentialdiagnostik

Auftreten einzelner somatoformer Symptome \neq somatoforme Störung

→ **Komorbiditätsprinzip** (multiple Diagnosen)

Eher die Regel als die Ausnahme!

Aber: Auftreten der Symptome zum gleichen Zeitpunkt /
gleichlange Dauer nicht notwendig → „Lebenszeit-Komorbidität“

Komorbidität...

...mit depressiven Störungen: 30-60 %

...mit Angststörungen: 20-50 % (vor allem bei der Hypochondrie)

...mit Alkoholabhängigkeit und –missbrauch: 16-26 %

...mit Drogen- u. Medikamentenabhängigkeit bzw. –missbrauch: 5-9 %

...mit Essstörungen: 4 %

...mit Schizophrenie: 10-12 %

...mit Persönlichkeitsstörungen: 60% (bei der Somatisierungsstörung)

Eine Störung in ihrer gesamten Psychopathologie ist umso
ausgeprägter, je mehr Komorbidität vorliegt !

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidität

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

Differentialdiagnose	Überlappende Merkmale	Differenzierende Merkmale
Depressive Störung	Klagsam Passive Haltung Resigniert, demoralisiert	Affektive Symptome Deprimierte, niedergeschlagene Stimmung; Antriebslos; Suizidal
Angststörung	Körperliche Symptome Angst, mit dem eigenen könnte etwas nicht in sein	Anastaeffühle, Soziale Ängste ... Ängste ... können ... en mit allg. ... g
Psychotische Störung		... deen
Persönlichkeitsstörungen		... tief verwurzelte ... haltensmuster
Vorgetäuschte Störungen und Simulation	<p>Simulation: bestimmte Absicht, offensichtliches Ziel in der Umgebung des Betroffenen</p> <p>Vorgetäuschte Störung: Wunsch u. Bedürfnis, die Patientenrolle zu übernehmen („artifizielle Störung“; chronisch: „Münchhausen-Syndrom“)</p> <p>= chronisch rheu → ICD DSM</p>	<p>• Völlig andere Leitsymptome; Wahn und Halluzinationen können sich aber auf eigene Körperfunktionen beziehen = „coenästhetische Halluzinationen“</p> <p>• Zusätzliche körperliche Symptome ohne halluzinatorischen oder wahnhaften Bezug</p> <p>• Problematik bei hypochondrischen Patienten</p>
Körperliche Erkrankungen		... sische Persönlichkeit
„Klassische“ psychosomatische Erkrankungen	Körper...	... Gewebs- oder Organschädigung

**Körperliche Beschwerden/
Veränderungen der Stimmung**

Simulation: bestimmte Absicht, offensichtliches Ziel in der Umgebung des Betroffenen
Vorgetäuschte Störung: Wunsch u. Bedürfnis, die Patientenrolle zu übernehmen
 („artifizielle Störung“; chronisch: „Münchhausen-Syndrom“)

= chronisch
rheu
→ ICD
DSM

- **Völlig andere Leitsymptome; Wahn und Halluzinationen können sich aber auf eigene Körperfunktionen beziehen = „coenästhetische Halluzinationen“**
- **Zusätzliche körperliche Symptome ohne halluzinatorischen oder wahnhaften Bezug**
- **Problematik bei hypochondrischen Patienten**

6. Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen

Unterschiedliche Instrumente mit unterschiedlichen Zielsetzungen:

- a) Störungsdiagnostik
- b) Schweregrads- und Veränderungsdiagnostik
- c) Diagnostik assoziierter Merkmale

→ **Interviewverfahren und Checklisten (DIPS, SKID...)**

SDS: Somatoform Disorders Schedule

→ **Fragebogenverfahren, Beschwerdelisten (FPI-R, WI, FKG...)**

SOMS = Screening für somatoforme Störungen (Selbstbeurteilung)

→ **Verfahren zur psychologischen Schmerzdiagnostik (bei Schmerzsymptomen), Tagebücher, Verhaltenstests, Verhalten von Angehörigen**



Auch Komorbiditäten müssen psychometrisch erfasst werden!

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidität

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung



7. Fallbeispiel

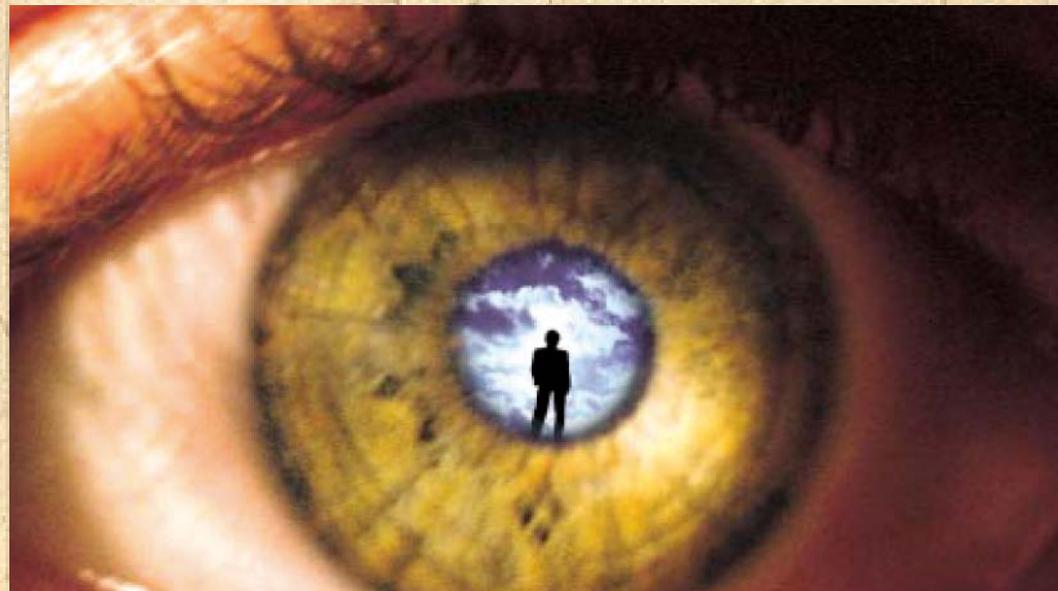
Gruppe 1: Emotionen

Gruppe 2: Kognitionen

Gruppe 3: Verhalten

Gruppe 4: Physiologische Veränderungen

Gruppe 5: Belastende Faktoren



Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

8. Ätiologie

Übersicht von Risikofaktoren

1. Genetische Aspekte
2. Biologische Aspekte
3. Umweltkonzepte
4. Persönlichkeitskonzepte
5. Die „somatisierte Depression“ und andere psychische Störungen als Risikofaktoren für die Entwicklung von Somatisierungssyndromen
6. Interozeption und externale Stimulierung
7. Verhaltensmerkmale bei somatoformen Störungen
8. Zusammenwirken möglicher Risikofaktoren bei somatoformen Störungen

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

1. Risikofaktor genetische Disposition

a) Zwillingsstudie von Torgersen (1986)

Konkordanz

monozygote Zwillinge:	29% (N=21)
dizygote Zwillinge:	10% (N=14)

ABER

→ geringe Stichprobengröße
(Generalisierbarkeit daher nicht gegeben)

→ bei KEINEM Zwillingspaar identische somatische Störungsformen diagnostiziert

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

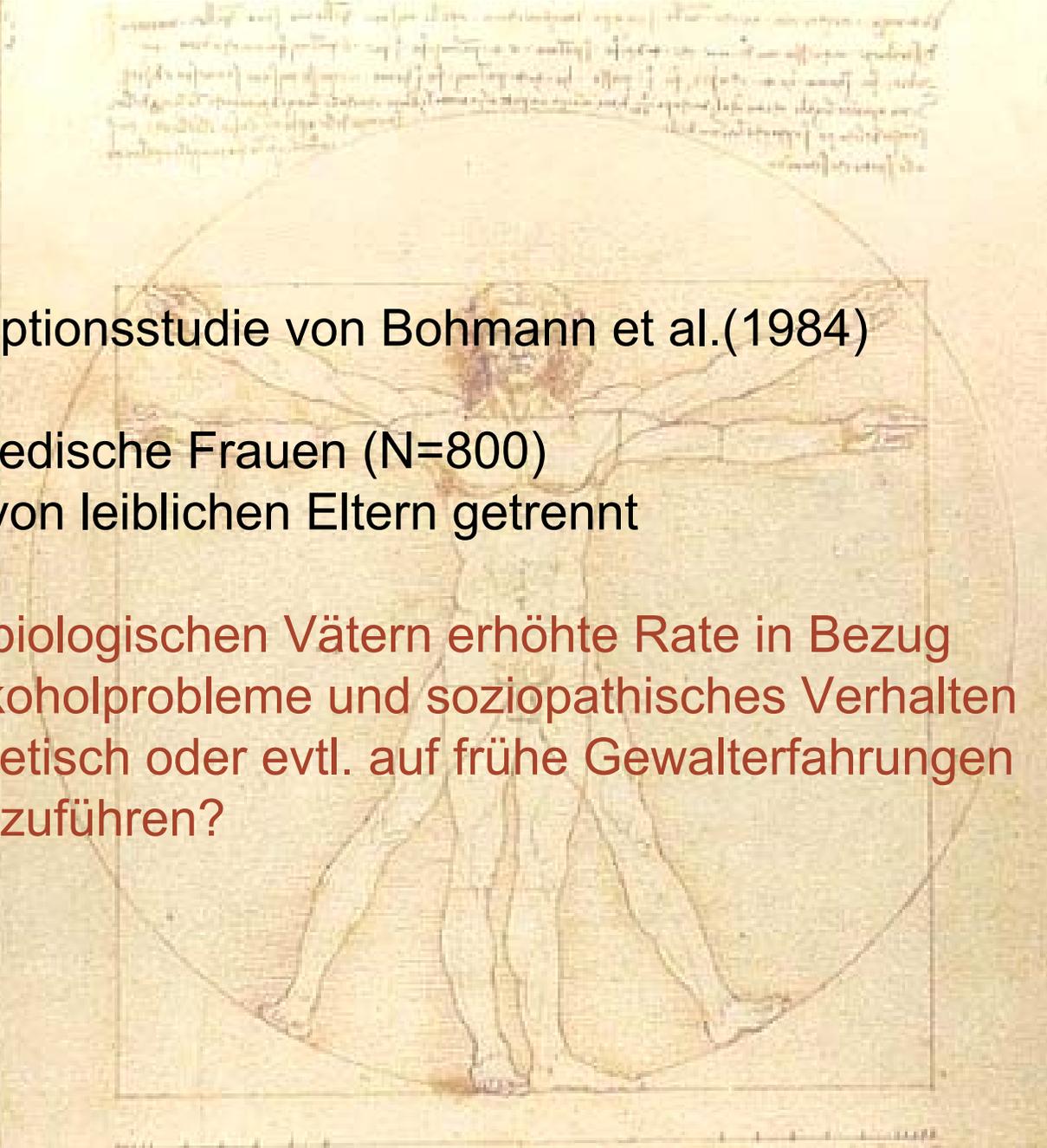
Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung



b) Adoptionsstudie von Bohmann et al.(1984)

- schwedische Frauen (N=800)
- früh von leiblichen Eltern getrennt

→ Bei biologischen Vätern erhöhte Rate in Bezug auf Alkoholprobleme und soziopathisches Verhalten
→ genetisch oder evtl. auf frühe Gewalterfahrungen zurückzuführen?

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidität

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

2. Risikofaktor Biologische Aspekte

2.1. Biochemische Aspekte

zentralnervöse, endokrine und immunologische Prozesse

beeinflussen körperliche Empfindungen

→ Funktionale Bedeutung der gefundenen Werte noch nicht geklärt

2.2. Neurophysiologische Aspekte

→ Rechtshemisphärischer Bereich auffällig, linksseitige Symptome überrepräsentiert

2.3. Psychophysiologische Aspekte

→ Psychophysiologisches Aktivierungsniveauerhöht

→ Wahrnehmungsverzerrung körperlicher Signale, Fehlinterpretation als krankhaft)

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

3. Umweltkonzepte

3.1. Sozialisation

- Krankheit Familienthema
- Lernen am Modell / Lernen aus eigenen Erfahrungen
- „chronisches Krankheitsverhalten“

3.2. Sozialpsychologische Konzepte

- Einfluss von Einstellungen auf Körperempfindungen/Verhalten
- enger Begriff von Gesundheit (Hypochonder)
- geringe Toleranz für körperliche Belastungen

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

Typische Einstellungen von Somatisierungspatienten

1. Katastrophisierende Bewertung körperlicher Empfindungen, z.B.

- Hinter Übelkeit steckt häufig ein nicht erkanntes Magengeschwür
- Plötzlich auftretende Gelenkschmerzen können eine Lähmung ankündigen
- Fühle ich mich körperlich schlapp, hat dies oft etwas schlimmes zu bedeuten

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

Typische Einstellungen von Somatisierungspatienten

2. Intoleranz gegenüber körperlichen Beschwerden, z.B.

Ich kann Schmerzen nur schwer aushalten
Bei körperlichen Beschwerden hole ich möglichst sofort ärztlichen Rat ein

3. Körperliche Schwächen, z.B.

Größere Anstrengungen muss ich vermeiden, um meine Kräfte zu schonen
Wenn ich schwitze wird mir klar, dass mein Organismus einfach nicht belastbar ist

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

3. Umweltkonzepte

3.3. Belastungen / Stress

- Traumatische Lebensereignisse
- sexuelle Übergriffe (Hypochondrie, Somatisierungssymptome, dissoziative Störungen)
- aggressive Handlungen mit

3.4. Soziologische Aspekte

Frauen eher von Somatisierungsstörungen betroffen
geringer sozialer Status (für Deutschland nicht überprüft)

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

4. Persönlichkeitskonzepte

- Somatosensorische Verstärkung („somatosensory amplification“), Barsky & Wyshad (1990)
= stabiles Persönlichkeitsmerkmal, körperliche Symptome verstärkt zu beachten (Aufmerksamkeitsfokussierung)
- Alexithymie
= Unfähigkeit, Emotionen korrekt wahrzunehmen und verbal auszudrücken
- Zusätzliche Faktoren (Rief & Hiller, 1992)
 - realitätsorientierter Denkstil
 - reduzierte Fähigkeit zu Tagträumereien
 - Phantasiearmut

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

5. Risikofaktor „somatisierte Depression“ und andere psychische Störungen

- Psychiatrische These
→ Somatisierung körperliches Äquivalent von Depressionen, deren affektive Komponente im Hintergrund steht
- Indiz
→ Hohe Komorbidität von Somatisierung und Depression

ABER: zeitlicher Ablauf!!!

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidität

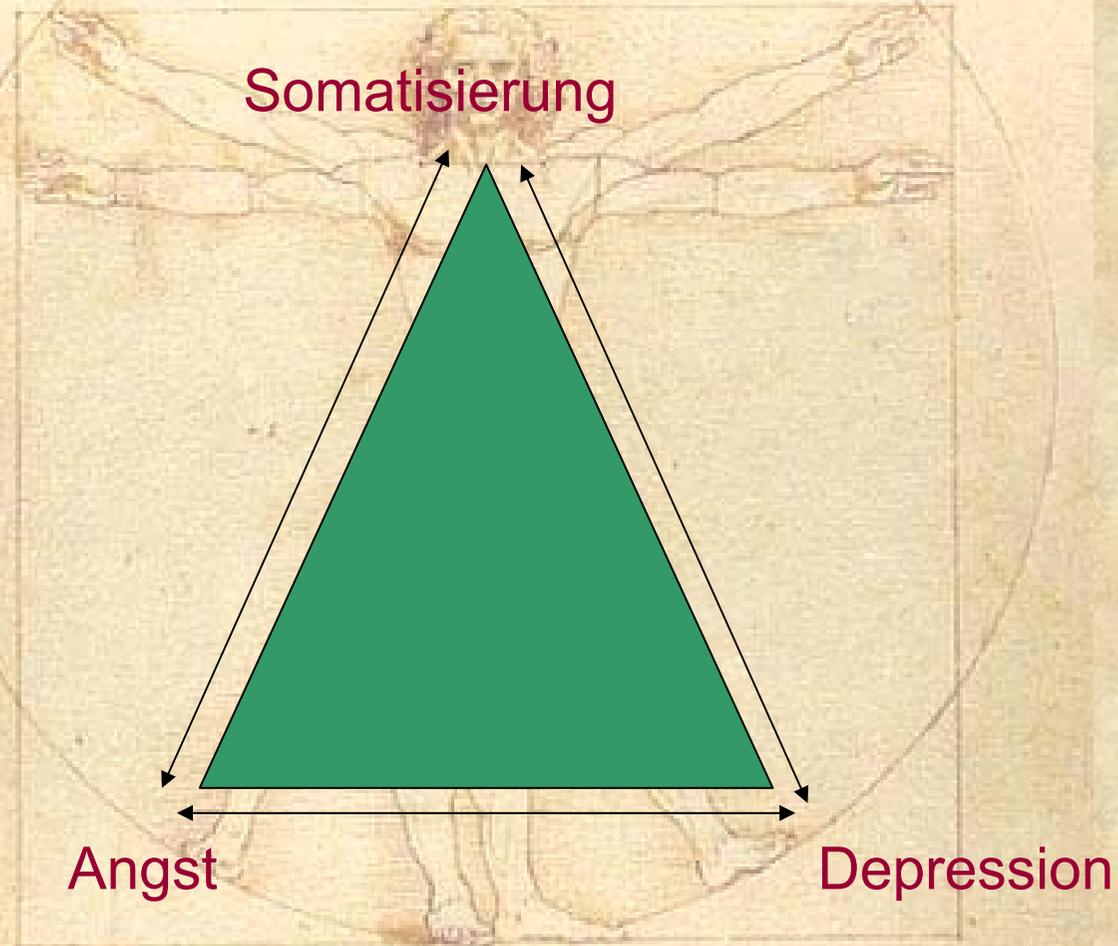
Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

Somatisierung, Angst und Depression als gegenseitig Risikofaktoren



Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

6. Risikofaktoren Interozeption und externale Stimulierung

→ Zwei wesentliche Faktoren nach Pannebaker (1982)

1. Signalstärke des interozeptiven Reizes
2. reziproker Zusammenhang zwischen Reizstärke und externer Stimulation

ABER

→ Wissenschaftlich noch nicht ausreichend untersucht

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

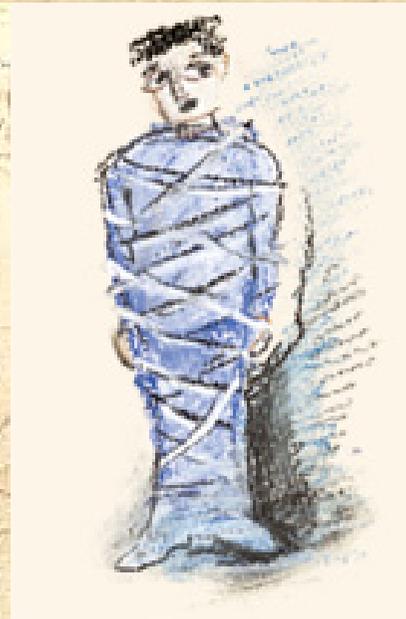
Behandlung

7. Risikofaktor Verhaltensmerkmale bei somatoformen Störungen

- Fokus auf Aufrechterhaltung
- 2 Merkmale spielen wesentliche Rolle

→ Schonungsverhalten/Vermeidungsverhalten
Durch Schonung weitere Verschlechterung der
Trainiertheit
Aufsuchen reizärmerer Umgebung

→ Kontrollverhaltensweisen (checking-behaviour)
Neigung zum „scanning“ (ständige Körperkontrolle)



Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

8. Zusammenwirkung von Risikofaktoren

Regelkreis folgender Komponenten

Perzeptive Prozesse

(z.B. Wahrnehmung körperlicher Missempfindungen)

Kognitive Bewertungsprozesse

(z.B. "Dies sind Zeichen einer möglichen Krankheit od. meiner allgemeinen körperlichen Schwäche")

Verhaltensweisen

(z.B. reduzierte körperliche Belastung, Rückzug aus sozialen

Verpflichtungen, Aufsuchen von Einrichtungen des Gesundheitssystems)

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

→ Risikofaktoren für die verstärkte Wahrnehmung der Beschwerden, Aufmerksamkeitsfokussierung und erhöhtes Erregungsniveau

1. Genetisch bedingtes erhöhtes Risiko
2. Erhöhte psychophysiologische Reaktivität
3. Neuropsychologische Risiken
4. Reduzierte externale Stimulation
5. Depression, Ängste
6. „negative affectivity“
7. Modelle für Krankheitsverhalten
8. Verstärkung von Krankheitsverhalten
9. Spezifische Einstellungen und Bewertungsmuster
10. Gewalterfahrungen
11. Störungen der Körperwahrnehmung

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidität

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

Genetisch bedingtes
erhöhtes Risiko
Erhöhte psycho-
physiologische Reaktivität
Neuropsychologische Risiken

Reduzierte externe
Stimulation
Depression, Ängste

Modelle für und
Verstärkung von
Krankheitsverhalten
Spezifische Einstellungen
Und Bewertungsmuster

Gewalterfahrungen
Störungen der
Körperwahrnehmung

Verstärkte Wahrnehmung
der Beschwerden
Aufmerksamkeitsfokussierung und
erhöhtes Erregungsniveau

Bewertung als
Krankhaft

Schon- und
Vermeidungsverhalten

Somatoforme Beschwerden

9. Behandlung



Interventionsansätze –

... ein Überblick

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

Literatur:

Diagnostik, Epidemiologie und Klassifikation

American Psychological Association (APA). (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: Textrevision – DSM IV-TR*, (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe. *entsprechendes Kapitel*

Baumeister, H. & Härter, M. (2006). Somatoforme Störungen. *Psychiatrie*, 3, 5-10.

Rief, W. (2005). *Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen): Klassifikation und Diagnostik*. In: M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie*. (S.940-946). (3. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber

Rief, W. & Hiller, W. (1998). *Somatisierungsstörung und Hypochondrie*. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe. *Entsprechende Kapitel*

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10*. Kapitel V. Klinisch-diagnostische Leitlinien. (6.Aufl.) Bern: Huber. *Entsprechendes Kapitel*

Ätiologie

Rief, W. (2005). *Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen): Ätiologie/Bedingungsanalyse*. In: M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie*. (S.947-955). (3. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber

Rief, W. & Hiller, W. (1998). *Somatisierungsstörung und Hypochondrie*. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe. *Entsprechende Kapitel*

Begriffs-
Bestimmung

Klassifikation

Epidemiologie

Verlauf

Komorbidity

Diagnostik

Fallbeispiel

Ätiologie

Behandlung

A photograph of a sunset over a forest. The sun is low on the horizon, partially obscured by clouds, creating a warm orange and yellow glow. The sky is filled with soft, wispy clouds. The foreground shows the dark silhouettes of trees and a body of water reflecting the sunset colors.

Vielen Dank
für Eure
Aufmerksamkeit 😊 !