

VII./1.: Klinische Merkmale

Die gegenwärtigen diagnostischen Systeme (BNO-X, DSM-IV) beschreiben das Phänomen der Somatisierung in Form unterschiedlicher Störungen (chronische Schmerzstörung, somatoforme vegetative Dysfunktion, Somatisationsstörung, irritables Darmsyndrom etc.) auf unterschiedliche Weise und selbst der Gebrauch der Ausdrucksformen ist in der ärztlichen Praxis der Gegenwart nicht konsequent. In naher Zukunft ist mit einer eintretenden Erneuerung der diagnostischen Systeme eine Vereinfachung der Kategorien zu erwarten und es kann angenommen werden, dass die im Kapitel Somatisierung behandelten multidimensionalen Symptome zu einem Sammelbegriff werden.

VII./1.1.: Symptome

- In den Objektbereich der Somatisierung gehören jene chronischen körperlichen Beschwerden (Schmerzen, diskomfortable Gefühle, Störungen der vegetativen Funktionen), hinter denen keine körperlichen Erkrankungen oder Funktionsstörungen stehen, oder falls doch ein organisches Problem oder eine Veränderung besteht, ist der Ernst der Beschwerden damit nicht zu begründen.
- Für den Patienten bedeuten diese Beschwerden genauso ein Leiden oder Funktionsstörungen, als stünden dahinter tatsächlich schwere körperliche Veränderungen.
- Die Patienten **simulieren nicht**, sie sind auch nicht in der Lage, ihre Symptome herauf zu beschwören oder gar zu mindern, vielmehr ist eine **völlige Hilflosigkeit** im Zusammenhang mit ihren Symptomen charakteristisch.
- **Im Hintergrund** der Beschwerden können **psychosoziale Faktoren** aufgedeckt werden. Solche Faktoren können sein: Traumata (z.B. in der Kindheit oder in der aktuellen Lebenssituation erlittene Misshandlungen), der Stress und der Verlust der Balance im Kampf gegen den Stress sowie kognitive Faktoren: Annahmen über die Symptome und die Krankheit und die Perzeption sowie das sog. Krankheitsverhalten – all jene Verhaltensweisen, die durch die Beschwerden entstanden sind (z.B. die ständige Suche und Beobachtung der Beschwerden), bzw. die – teilweise – der Bekämpfung der Beschwerden dienen.

VII./1.2.: Zusätzliche Symptome und Verhaltensweisen

- **Erhöhtes Selbstmonitoring**, die Suche und Beobachtung der physischen Symptome
- **Angst wegen der physischen Symptome** und deren angenommenen Folgen
- Die Gestaltung einer **immer mehr passiv werdenden Lebensweise** – die Vernachlässigung und das Unterlassen der Alltagstätigkeiten, während sich der Patient immer mehr mit seiner Krankheit beschäftigt (Informationen

Wichtig

Wichtig

Frage: Welche zusätzlichen Verhaltenssymptome gehen mit den Somatisierungssymptomen einher?

| | |
|----------------|---|
| <p>Wichtig</p> | <p>dazu sammelt, verschiedene Ärzte aufsucht, in Büchern und im Internet danach sucht, sich selbst beobachtet, nach alternativen Heilmethoden sucht)</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Das unzureichende Maß der Fertigkeiten im Umgang mit dem Alltagsstress <p>VII./1.3.: Prävalenz, klinische Bedeutsamkeit</p> <p>Die Somatisierung ist eine häufig vorkommende Krankheit. In einer Erhebung einer Hausarztpraxis waren es 22,1% der Kranken, die den Symptomen der Somatisierungsstörung entsprechen. Sonstige Gemeinschaftserhebungen gehen von einer Häufigkeit von 6-36% der somatisationsähnlichen Beschwerden aus, von denen jedoch schließlich nur in einem geringen Prozentsatz eine spezifische Diagnose erstellt wird. Den Somatisierungsstörungen wurde in der Epidemiologie und in der therapeutischen Forschung verhältnismäßig wenig Aufmerksamkeit geschenkt, trotz der Tatsache, dass es um ein in vielen Bereichen der Arztpraxis (Hausarzt, Innere Medizin, Neurologie) tagtäglich auftretendes Alltagsproblem geht.</p> <p>VII./1.4.: Die Beziehung zwischen der Somatisierung und der Hypochondrie</p> <p>Es zeigt sich eine enge Beziehung zwischen der Somatisierung und der Hypochondrie. Während in der Somatisierungsstörung die konkreten Leiden auslösende Symptome dominieren („ich weiß nicht, was mir fehlt, aber ich leide sehr...“), geht es im Falle der Hypochondrie darum, dass die Angst vor einer gefährlichen Krankheit oder deren Entstehung die wichtigste Quelle des subjektiven Leidens ist („Ich habe Angst, dass ich Krebs habe...“) Der Hypochonder-Patient sucht in erster Linie deshalb den Arzt auf, dass er beruhigt wird, dass er keine ernste Krankheit hat. Im Falle der Somatisierung suchen die Patienten neben der Beruhigung auch eine Lösung für ihre physischen Beschwerden. Aus dem Gesagten folgt, dass es in der Praxis wahrhaftig schwer ist, eine didaktische Abgrenzung zwischen Somatisierung und Hypochondrie zu machen.</p> |
| | |