

„Ich bilde mir das doch nicht ein“
**Zur Diagnostik und Therapie
somatoformer Störungen**



Wolfgang Söllner

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische
Medizin

Klinikum Nürnberg

Ein Fallbeispiel aus dem 17. Jhdt

Moliere: Le malade imaginaire

Argan sitzt allein in seinem Zimmer, hat einen Tisch vor sich stehen und zählt die Apothekerrechnungen mit Hilfe von Spielmarken aus.

Argan: ... Am 24. Ein einschmeichelndes, vorbereitendes und aufweichendes Klistier, um die Gedärme des Herrn Argan zu schmeidigen, zu befeuchten und wiederzubeleben. Das gefällt mir an meinem Apotheker Fleurant, seine Rechnungen klingen immer so einnehmend. Die Gedärme des Herrn Argan: 30 Sol. [...] Dazu: am gleichen Tag ein gründlich reinigendes Klistier, gemischt aus Katholikon forte, Rhabarber, Rosenhonig etc., wie verordnet, um den Unterleib des Herrn Argan auszufegen, zu waschen und durchzuputzen: 30 Sol [...] Dazu am Abend desselben Tages eine Lebermischung, beruhigend und einschläfernd, um Herrn Argan ruhigzustellen: 35 Sol [...]. Dazu: am 25. eine sowohl abführende wie stärkende Medizin, gemischt aus frischer Cassie und levantinischem Sennesblatt etc., wie von Doktor Purgon verordnet, um die Galle des Herrn Argan abzuleiten und auszuscheiden: 4 Francs [...] Dazu am selben Tag eine schmerzstillende, astringierende Tinktur, zur Entspannung des Herrn Argan: 30 Sol [...]. Dazu am 26. Ein Klistier gegen Blähungen, um die Winde des Herrn Argan zu verjagen: 30 Sol [...] Dazu am selben Abend das Klistier wiederholt, wie gehabt, 30 Sol [...] Dazu am 27. eine schöne Medizin, um die schlechten Launen des Herrn Argan mit Schwung hinauszubefördern: 3 Francs

Frau H., 46a, Konsil in der Neurologie

Beschwerden:

- Kopfschmerzen, Schwindel
- Ohnmachtsanfälle, Atemnot
- Brustschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Schmerzen in den Extremitäten
- Übelkeit, gelegentliches Erbrechen, Blähungen, Schluckbeschwerden
- Konzentrationsstörungen, Erschöpfung
- Schlafstörungen

Medizinische Massnahmen (3Jahre):

- Röntgen Magen-Darm
- Appendektomie
- Röntgen Galle, Röntgen Wirbelsäure
- Röntgen Dickdarm
- Magenspiegelung und Biopsie
- Stationär HNO
- Röntgen Schädel, Nasen-Nebenhöhlen, HWS
- CT Kopf und HWS
- stationäre Beobachtung Chirurgie
- Röntgen Schädel und Lunge, CT Schädel mit Kontrastmittel
- Labor und Magenspiegelung
- Neurologisches Konsil
- Psychotherapie
- Röntgen Schädel und NNH
- Röntgen Nebenhöhlen
- Operative Entfernung einer Zyste
- Infusionstherapie
- Röntgen und CT HWS/BWS
- Röntgen Galle und Leber
- Gastroskopie und Sonographie
- Stationär Neurologie

Synonyme



- Funktionelles Syndrom
- Vegetative Dystonie
- Vegetative Neurose
- Vegetativ-endokrines Syndrom
- Psychophysischer Erschöpfungszustand
- Larvierte Depression
- Konversions-Syndrom
- GOOMER-Syndrom ("Get out of my emergency room")
- Koryphäen-Killer-Syndrom
- Doctor-Shopping-Syndrom

Somatoforme Störungen:

Diagnosekriterien 1: Symptome



- **Anhaltende körperliche Symptome ohne ausreichende somatische Erklärung**, die den Patienten jedoch **stark beeinträchtigen** (Diskrepanz zwischen objektivem Befund und subjektiven Beschwerden).
- Häufig **unterschiedliche und wechselnde Symptome** (funktionelle Plastizität; unspezifische vegetative Beschwerden = sog. "Randsymptome")

Diagnosekriterien 2: **Subjektive Krankheitstheorie**



- Hartnäckige **Forderung nach medizinischen Untersuchungen und Behandlungen** trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind.
- **Weigerung des Patienten**, den Rat oder die Versicherung mehrerer Ärzte anzunehmen, daß für die Symptome keine körperliche Erklärung zu finden ist.
- Patient lehnt gewöhnlich die Versuche ab, die **Möglichkeit einer psychischen Ursache** zu diskutieren; auch wenn Zusammenhänge deutlich sind.

Diagnosekriterien 3: Krankheitsverhalten



- Bei diesen Störungen besteht häufig ein gewisses **aufmerksamkeitssuchendes Verhalten**, besonders bei Patienten, die empfindlich darauf reagieren, dass es Ihnen nicht gelungen ist, Ärzte von der grundsätzlich körperlichen Natur ihrer Erkrankung und von der Notwendigkeit weiterer Nachforschungen und Untersuchungen zu überzeugen.
- **Zwanghaft:** leistungsorientiert, bringen detaillierte Liste mit Beschwerden und Katalog durchgeführter medizinischer Massnahmen mit
- **Depressiv:** klagsam, zu hypochondrischen Ideen neigend

Diagnosekriterien 4:

Psychosoziale Faktoren



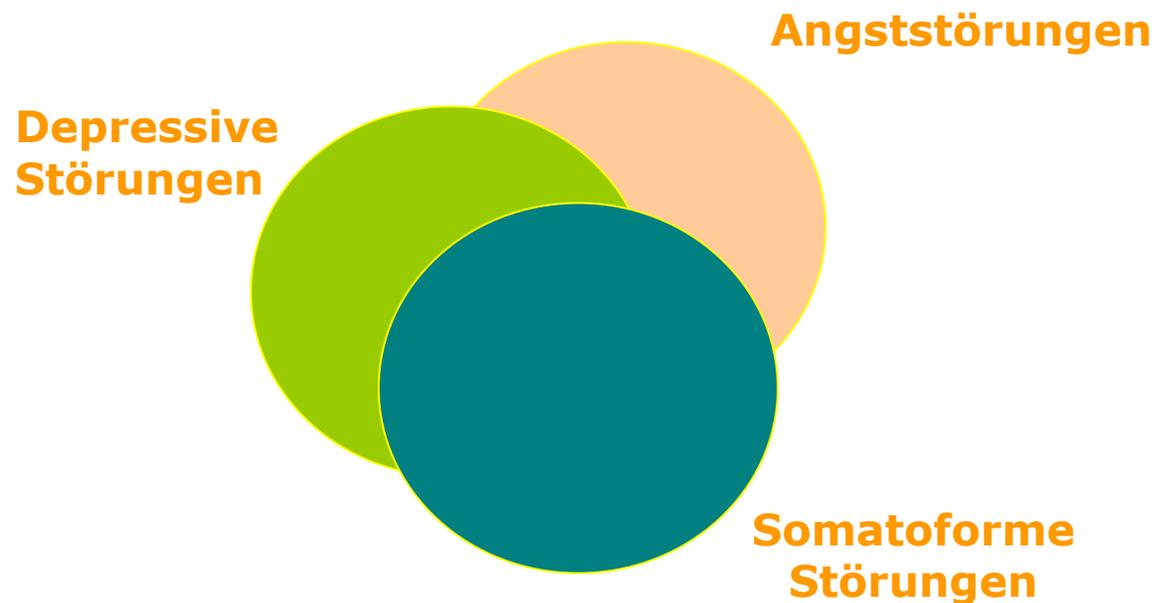
- **Beeinträchtigung familiärer und sozialer Funktionen** durch die Art der Symptome und das daraus resultierende Verhalten
- Auslösung/Aufrechterhaltung durch **psychische Prozesse**
- Symptome haben „**Funktion für Patienten**“ (primärer und/oder sekundärer Krankheitsgewinn)

Diagnostische Unterteilung nach ICD-10

- **Somatisierungsstörung** (F45.0): Multiples funktionelles Syndrom; mind. 6 Symptome aus 2 Bereichen, mind. 2 Jahre
- **Hypochondrische Störung** inkl. körperdysmorphe Störung (F45.2)
- **Somatoforme autonome Funktionsstörung** (F45.3): Können alle Organbereiche betreffen; z. B. Herzphobie, Hyperventilationssyndrom, funktionelle Dysphonie, funktionelle abdominale Beschwerden, Prostatopathie, sexuelle Funktionsstörungen etc.
- **Somatoforme Schmerzstörung** (F45.4)
- **Sonstige somatoforme Störung** (F45.8): z. B. Globusgefühl
- **Dissoziative Störung** (Konversionsstörung, F44): Störung der Motorik, Sensibilität, des Bewusstseins

Differentialdiagnose

- Vorübergehende körperliche Störung
- Unerkannte körperliche Erkrankung
- Affektive Störungen
- Angststörungen
- Artificielle Störungen
- Wahnhafte Störungen
- Simulation



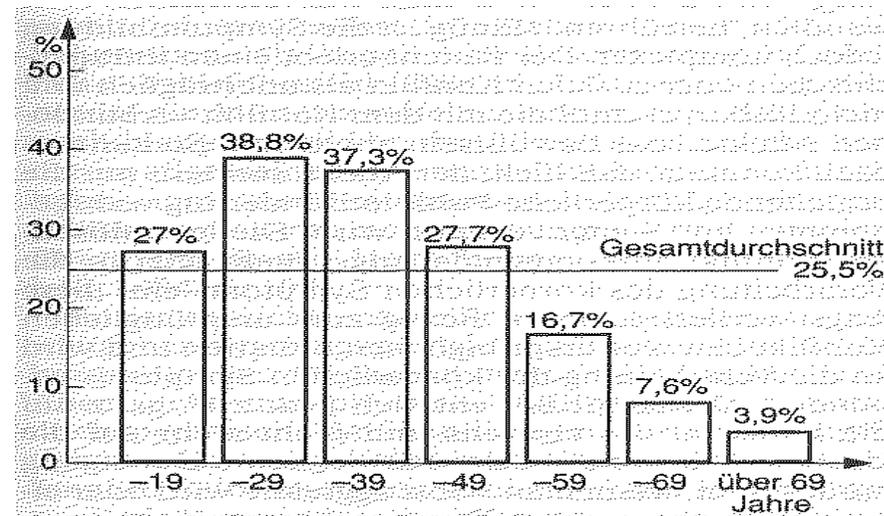
Epidemiologie

Prävalenz:

- **11-20%** der Bevölkerung (*Schepank 1987, Escobar et al. 1989, Robbins & Regier 1991*)
- **20-30%** der Patienten in der Hausarztpraxis (*Gureie et al. 1997*)
- **5%** der Kh-Patienten (*Chadda et al. 1993*)
- **25%** der Patienten einer internistischen Poliklinik (*Uexküll 1989*)
- **8-13%** der Patienten in einer psychosomat. Klinik (*Rief et al. 1992, Rumpold et al. 2002*)

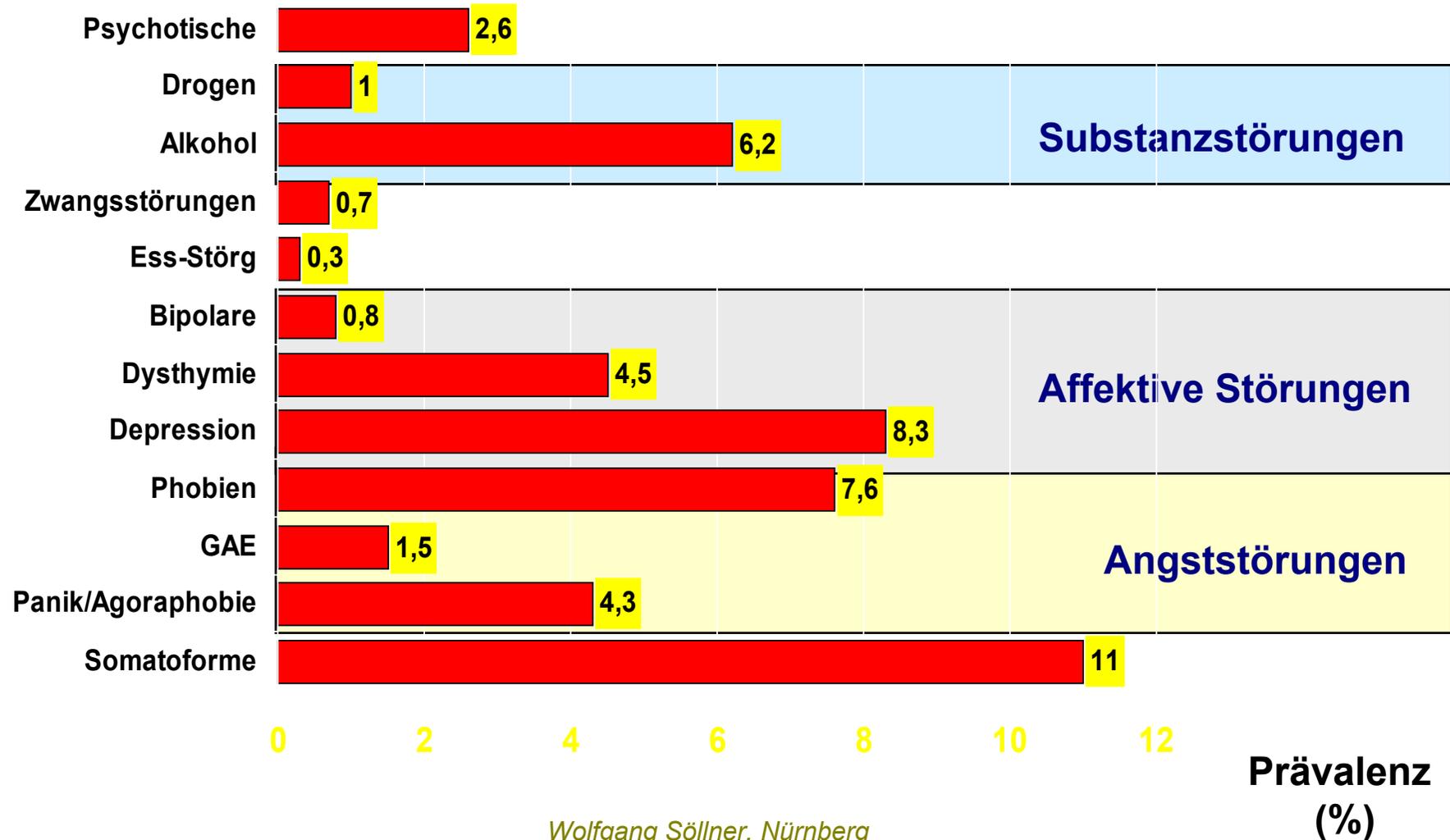
Altersverteilung:

- Häufigkeitsgipfel im jungen Erwachsenenalter
- aber auch häufig bei Kindern!
- abfallend bei über 60-Jährigen



12-Monatsprävalenz psychischer Störungen

DSM-IV Diagnosen



Klinische Probleme 1



- **Diagnostische Probleme** (FS imitieren oft organische Störungen)
- **Multiple Abklärungen** zum Ausschluß einer körperlichen Erkrankung (94% zeigten bei 6-Jahres-Katamnese keine organische Erkrankung; Mayo-Studie, Macy & Allen 1979)
- **Gefahr der iatrogenen Chronifizierung:**
 - Überbewertung von Teilbefunden durch Spezialisten
 - Ausschlußdiagnose statt simultaner bio-psycho-sozialer Diagnose, mangelnde Ausbildung der Ärzte
 - widersprüchliche Informationen an den Patienten
 - Verzettelung der Verantwortung
 - Diagnose nach 5-9 Jahren, Spontanheilungsrate nach 10-30 Jahren: 9-12%

Klinische Probleme 2



- **Polipragmatische Therapieversuche** incl. operativer Eingriffe (200 von 235 Patienten in Mayo-Studie operiert!)
- Gefahr der **Medikamentenabhängigkeit**
- Durchschnittliche **Arbeitsunfähigkeit** bis zur psychosomatischen Behandlung: 40 Wochen; 40% der Patienten mehr als 1 Jahr krankgeschrieben
- verursachen **6-14 mal höhere Kosten** pro Person als die übrige Bevölkerung

Schädlich für den Patienten



„...ist in jedem Falle der **unreflektierte, aktive, operationsfreudige Arzt**, für den alle Beschwerden organische Ursachen haben und **psychosoziale Kategorien nicht existieren**. Wir haben im Laufe von Jahrzehnten große Zahlen solcher Patienten gesehen, die nach vielen Operationen unsinniger Art als "Querulanten" oder "Spinner" dann zum Psychosomatiker geschickt wurden, wenn sich niemand mehr an den nächsten Eingriff traute.“

Hoffmann und Hochapfel 1998

Risikofaktoren



ECA-Studie (NIMH)

- Großstädter
- Frauen
- Farbige
- niedrige Schulbildung
- Geringer beruflicher Erfolg
- Arbeitslosigkeit
- Scheidung oder Trennung
- Angsterkrankungen

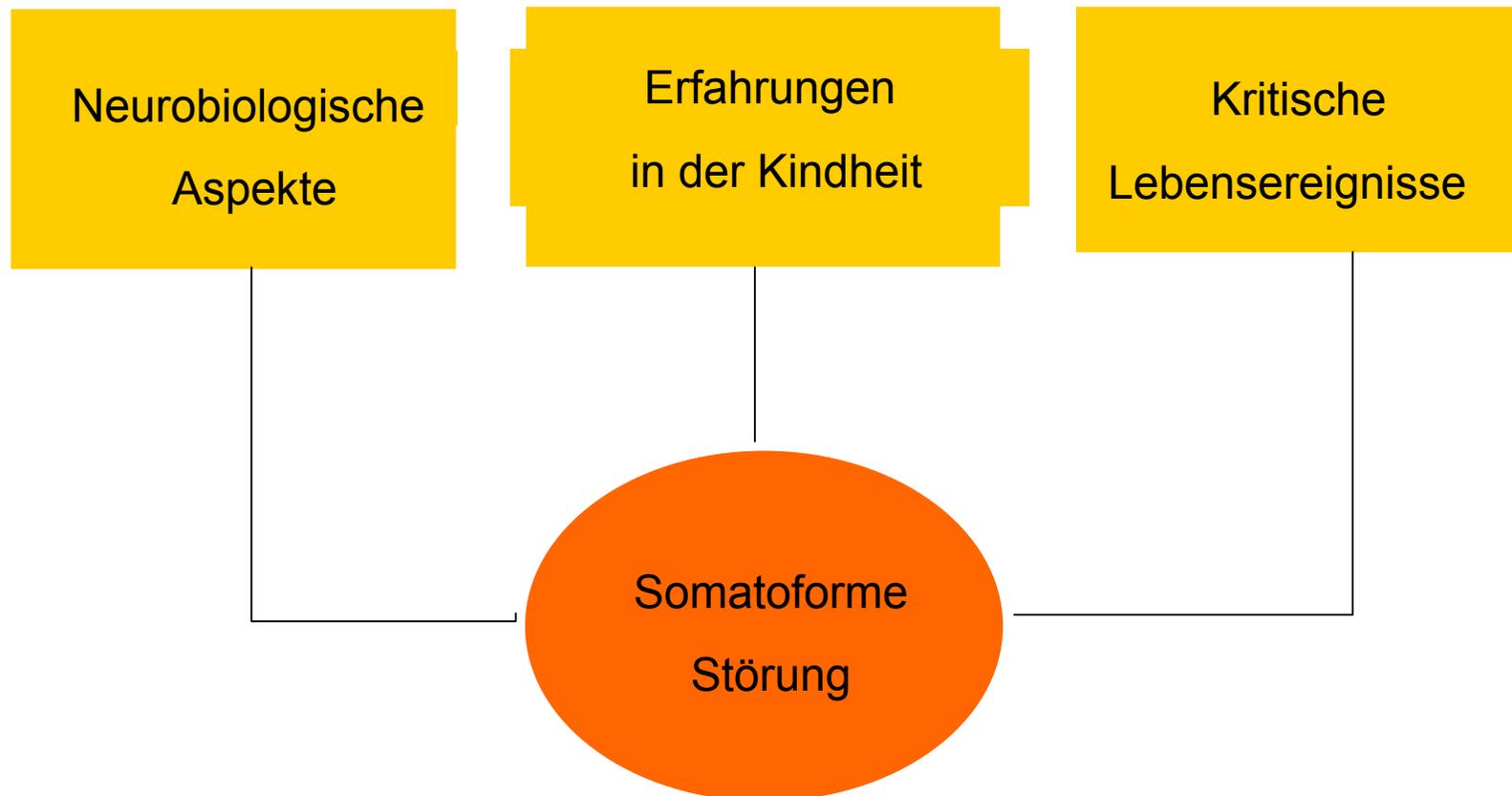
Robins & Regier 1991 (N=19.600)

Mannheimer Kohortenstudie

- Unterschicht
- Frauen
- Partnerlose
- belastende Lebensereignisse
- Partnerkonflikte
- frühkindliche Belastungen
(Familienklima, Verlust von Eltern, emotionale Verwahrlosung & Mißbrauch)

Schepank 1989 (N=600)

Ätiologische Modelle



Hinweise zur Ätiologie 1

Familiäre Häufung

- **Genetische** Hypothese
- tradiertes Verhalten in Familien: häufig Bezugsperson mit ähnlicher Symptomatik (**Modell-Lernen**)
- **Traumatisierung** in Kindheit und Adoleszenz: pain-prone-disorder (*Adler et al. 1989*)

Kritische Lebensereignisse

- häufig mit **Verlust**charakter:
- z. B. nach Scheidung 85% der Frauen symptomatisch; 75% zum Arzt (Chester)
- nach schwerer Erkrankung (Herzinfarkt, Krebs) eines nahen Angehörigen (Hodges et al. 1984)
- nach Unfällen (Post-traumatic Stress Disorder)

Hinweise zur Ätiologie 2

Persönlichkeitsfaktoren

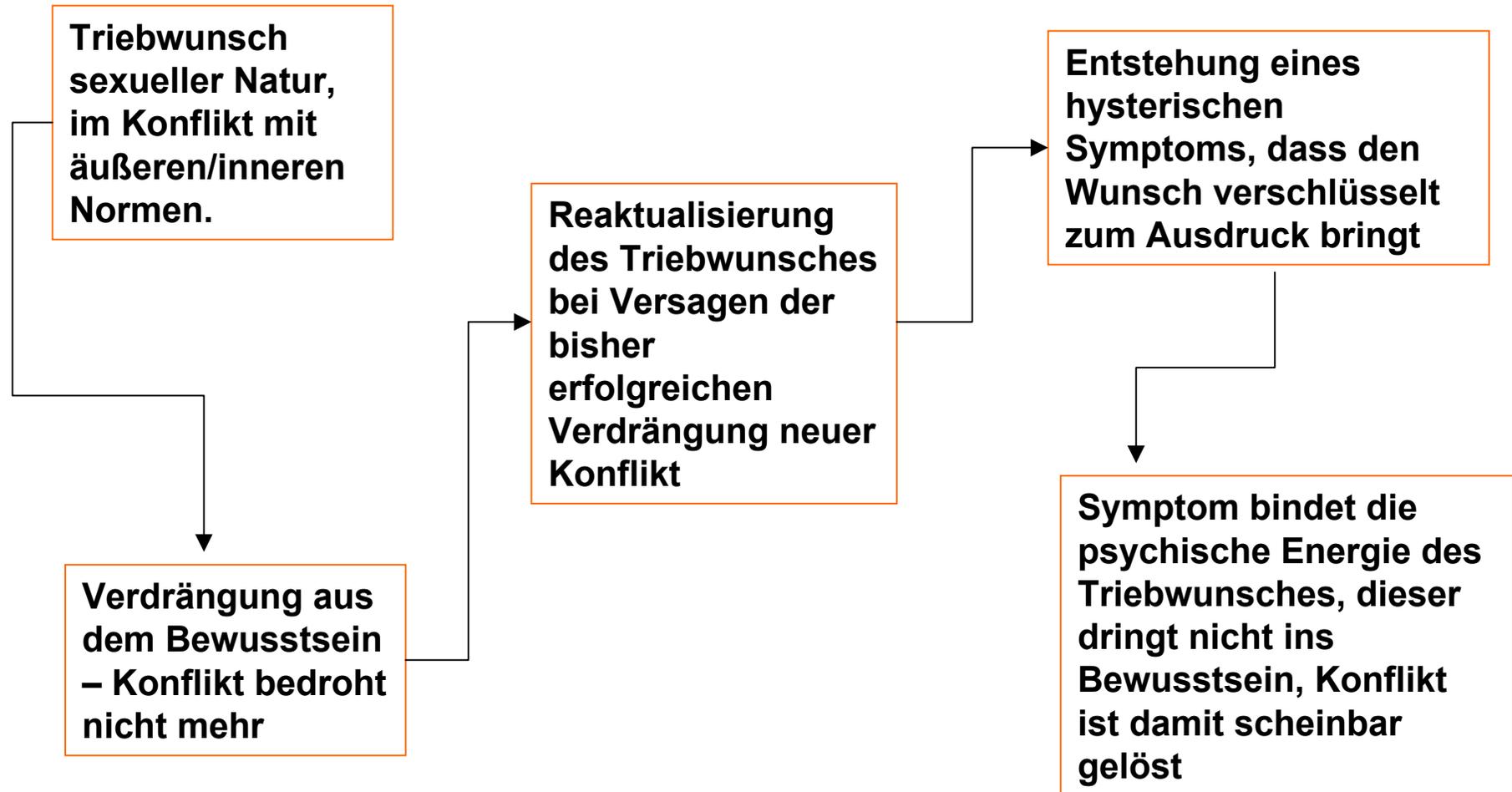
- **weniger "hardiness":**
Fähigkeit psychosoziale Stressoren und unangenehme körperliche Sensationen gelassen zu begegnen (weniger)
- **affektive Dysregulation:**
entweder weniger Fähigkeit Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken (Alexithymie) oder von Gefühlen "überschwemmt" werden (affektive Labilität)

- starke bzw. ambivalente Abhängigkeits- und Versorgungswünsche
- Patienten fordern oft intensive medizinische Eingriffe (surgical-prone-behavior; Menninger)

"Somatisches Entgegenkommen"

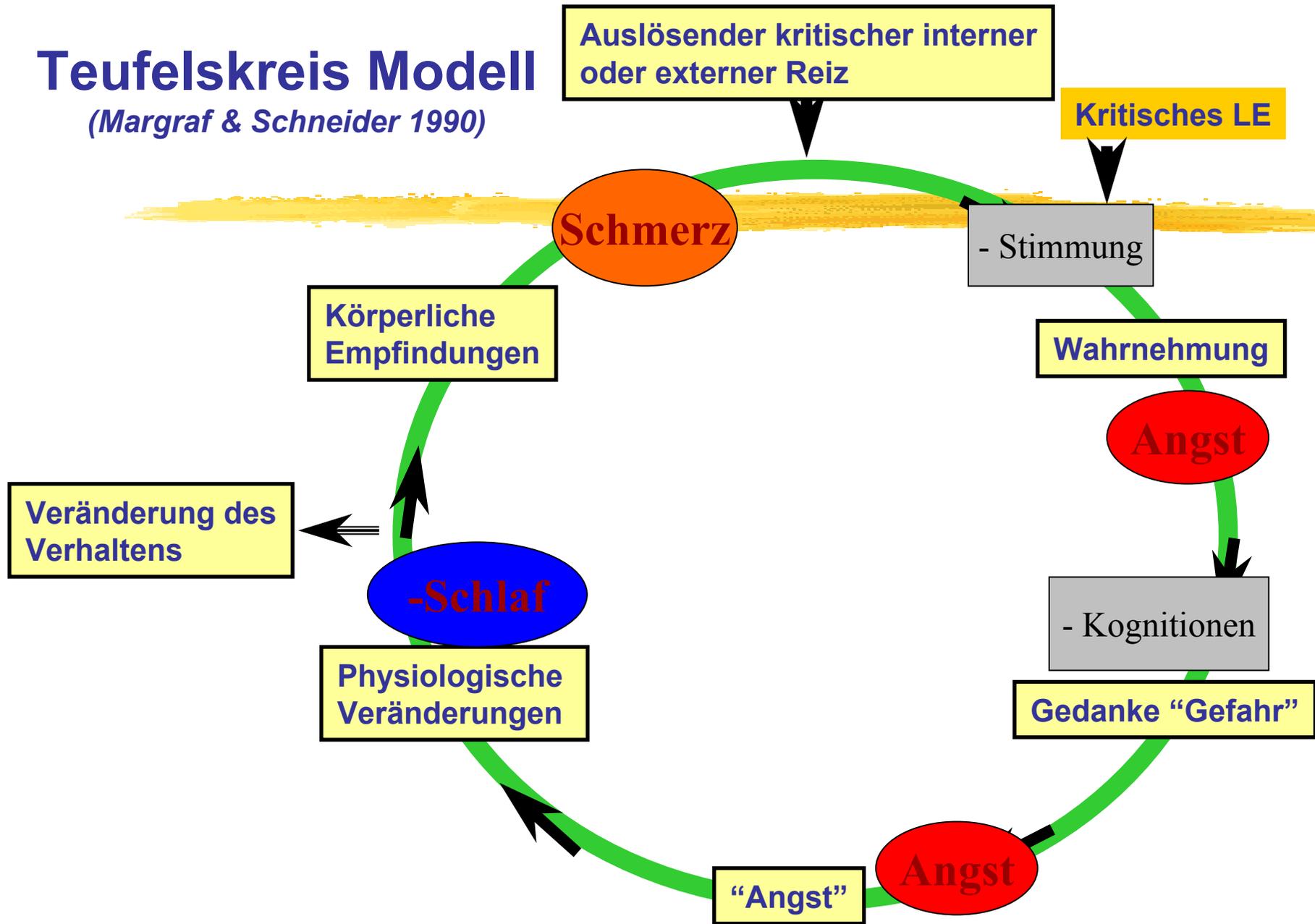
- z. B. sympathikovasaler Anfall

Konversionsmodell nach Freud (1895)



Teufelskreis Modell

(Margraf & Schneider 1990)



Konsequenzen für das diagnostische Vorgehen



- **Konsequente diagnostische Abklärung:**
Differentialdiagnosen ausschließen; dann keine weitere verzettelte Abklärung mehr!
- Bio-psycho-soziale **Simultandiagnostik statt Abschlußdiagnostik:** vertiefte Anamnese bei Verdacht auf funktionelles Syndrom: „Rand“symptome; Symptomwechsel; affektive Störungen; familiäre Anamnese, auslösende Lebensereignisse, Patienten nach Ängsten bzgl. der Symptomatik fragen!
- **Kommunikation mit den beteiligten KollegInnen:**
Verhinderung von Mehrfachabklärungen;
Befunderweiterung

Befundmitteilung



- **Ernstnehmen der Beschwerden** (**nicht:** "Sie haben nichts" oder "wir können nichts finden");
- **Aufklärung über funktionellen Charakter** der Störung und psycho-somatische Zusammenhänge
- **Beruhigung bzgl. organischer Erkrankung** bzw. Prognose
- ev. **Vertrauensperson/Partner** einbeziehen
- ev. **interdisziplinäre** Befundmitteilung

Therapieplan



- Einigung auf **einen** verantwortlichen Arzt (primärversorgender Arzt)
- **keine polipragmatischen Therapieversuche**; Vorsicht bei operativen Eingriffen!
- Patient helfen, mit Symptomatik **besser zurechtzukommen**, keine schnelle Heilung versprechen
- über lange Zeiträume **begleiten** (supportive Psychotherapie des Arztes)
- Pat. zunächst zu psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen **nicht motiviert**, keine vorschnelle Überweisung ("Abschieben")
- zunächst Vertrauensverhältnis aufbauen und **psychosomatisches Verständnis** entwickeln

Psychosomatische Grundversorgung 1: Einfühlen und Verstehen

Einfühlen

- Patienten sind **krank**;
Simulanten sind selten
- Prüfen Sie ev. **negative
Gegenübertragungs-
gefühle!**
- Sprechen Sie an, daß Sie die
Not und das Leid des
Patienten **glauben und
nachempfinden** können

Verstehen

- Versuchen Sie die
Symptombildung als
Versuch des Patienten zur
Lösung seiner ubw.
intrapsychischen und
interpersonalen Konflikte zu
verstehen.
- Versuchen Sie diesbezüglich
erste **Hypothesen zu bilden**
und überprüfen Sie diese im
weiteren Verlauf

Psychosomatische Grundversorgung 2:

Psycho-somatische Sichtweise

- **Subjektive Krankheitssicht klären:** Was denkt der Patient, was die Art und die Ursache seiner Erkrankung ist
- Funktionelle Störung und **pathophysiologische Zusammenhänge** erklären:
 - ◆ Angst > Adrenalinausschüttung > Beschleunigung des Herzschlags > Herzjagen
 - ◆ Angst/Sorgen > Verstärkung von Darmkontraktionen > Bauchschmerzen, Durchfall
 - ◆ Angst und Depression > Zunahme der Muskelanspannung der Nacken-/Rückenmuskulatur > Kopf-/Rückenschmerzen
 - ◆ Trauer/Depression > Senkung der Schmerztoleranz > stärkere Wahrnehmung von Schmerzen
- „wahrscheinlichste Ursache für die Beschwerden ist keine schwere Erkrankung, sondern eine **Störung der Wahrnehmung von Körperprozessen**, wie sie oftmals unter **Stress** vorkommt.“

Psychosomatische Grundversorgung 3:

Psycho-somatische Sichtweise



- Erst wenn ein psycho-somatisches Verständnis erreicht ist, auf **Zusammenhänge mit psychosozialen Ereignissen**, die in der Anamnese deutlich wurden, hinweisen („von der Oberfläche in die Tiefe“)
- **Überweisung** zu einer ev. Fachpsychotherapie schrittweise **vorbereiten**
- Hausärztliche **Weiterbetreuung** gewährleisten
- **Zeitkontingente Visiten** vereinbaren, Spontanvisiten und Notfallvisiten vermeiden

Fachpsychotherapie 1



- Oftmals ist **Einstieg** in Form von stationärer oder tagesklinischer Psychotherapie sinnvoll (intensiver Einstieg zur Motivationsstärkung)
- Weitere Arbeit am Krankheitsmodell (**Psychosomatikschulung**)
- Einbeziehung des Körpererlebens durch **Körperpsychotherapie** (Entspannung, KBT etc.)
- ständige „**Übersetzungsarbeit**“ vom Körpererleben zum verbalen und symbolhaften Ausdruck (Gestaltung)
- positive Wirkung der **Gruppentherapie** („beim anderen das entdecken, was man selbst noch abwehren muss“)

Fachpsychotherapie 2



- **Realistische Therapieziele:** Besseres Zurechtkommen mit den Beschwerden (Coping) , weniger Beeinträchtigung, Schonverhalten und sozialer Rückzug statt Heilung suggerieren
- **Kontrolle über Beschwerden verbessern** (Was kann Patient selbst tun?), Hilflosigkeit verringern
- **Fitness stärken**, gesunde Lebensführung
- Symptomauslösenden und symptomunterhaltende **psycho-sozialen Bedingungen und lebens-geschichtlichen Belastungen** erkennen und damit umgehen

Fachpsychotherapie 3



- weitere Behandlungsziele hängen vom Behandlungsauftrag und der **individuellen Problematik** ab, z.B. Veränderung im Erleben, im Umgang mit den eigenen Körper, Förderung des Zugangs zu innerpsychischen Konflikten.
- Förderung der **sozialen/beruflichen Rehabilitation**
- **Intervallbehandlungen** im Rahmen eines längerfristigen Behandlungsplanes (amb.-stationär)
- Vereinbarung über **Kooperation mit hauptverantwortlichem Arzt** (Krisen, Medikamente, Suchtverhalten)

Literaturhinweise



- Rudolf & Henningsen: Somatoforme Störungen. Schattauer, 1998
- Kapfhammer & Gündel: Psychotherapie der Somatisierungsstörungen. Thieme, 2001
- Hoffmann & Hochapfel: Neurosenlehre, Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatische Medizin. Schattauer, 1998
- Leitlinien der AWMF: Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/psytm001.htm>