

Somatoforme Störungen

Vorlesung: Grundfragen
der Psychotherapie und
Psychosomatischen
Medizin

Prof. Dr. Dr.H. Kächele
IPU Berlin

Gliederung

- Kasuistik
- Epidemiologie und Diagnostik
- Auslöser und Psychodynamik
- Entstehungsmodell und Therapie
- Empfehlungen für Diagnostik und Therapie



Patientin S. E., 39 J. alt

1. Aufnahmesituation

Schluckbeschwerden und Globusgefühl seit sieben Monaten im Anschluss an eine Angina mit Nierenbeteiligung. Appetitlosigkeit, Patientin muss sich zum Essen zwingen, Gewichtsverlust von ca. 9 kg, Rückenbeschwerden, aber auch Übelkeit im Magen-Darmbereich, vermehrte Darmgeräusche. Psychisch: Lustlosigkeit seit einem halben Jahr, Ängste, ernsthaft krank zu sein, Angst vor einem Krebsleiden.

2. Somatische Abklärung: Gastroduodenoskopie, Oberbauch-Sonographie, Schilddrüsen-Sonographie und –Szintigraphie, Echokardiographie, CT-HWS und obere Thoraxapertur, Röntgen: Trachea-Zielaufnahme, Ösophagus-Breischluck, mehrfaches HNO-Konsil. Abgesehen von einer HP-positiven Gastritis, die eradiziert wurde, kein pathologischer Befund.

Gewicht 53 kg bei 168 cm. Labor überwiegend unauffällig.

14 Tage stationäre internistisch-psychosomatische Behandlung.

Diagnose: Hypochondrie (F45.2)

Behandlung:
Kombination von Einzelgesprächen, einem Paargespräch sowie Maltherapie.

Momentane Lebenssituation:
Häufig krankgeschrieben wegen oben genannter Beschwerden, wenig soziale Kontakte, depressive Stimmung, Selbstzweifel, multiple Körpersymptome, wenig Kommunikation in der Ehe und geringe Lebenszufriedenheit. Zur Schwester ausgeprägte Rivalität, die über die Eltern ausgetragen wird.

Was möchten Sie von dieser Patientin wissen, um sie psychosomatisch verstehen zu können?

Biographische Anamnese Patientin (39 J.)

Als erstes Kind ihrer Eltern geboren.
Schwester 6 Jahre jünger (lebhaftes Kind, Wirbelwind), Bruder 10 Jahre jünger (gemütlich, ruhig, etwas schüchtern).

Schöne Kindheit, vielleicht etwas verwöhnt, Mutter war berufstätig bis zur Geburt des Bruders, redselig, kontaktfreudig.
Vater auf Montage gearbeitet, Woche über weg, gut verdient, handwerklich sehr begabt, sehr ruhig, spricht wenig, kann alles. Früher deutliche Probleme der Eltern, heute ist die Beziehung gut. Patientin bekam Spannung der Eltern mit.

Besuch der Realschule, beide Geschwister auf Hauptschule. Nach Realschule Ausbildung zur Erzieherin.

Gemeinsame Italienurlaube mit Schwester, auch häufige Discobesuche.

Kennen lernen des heutigen Ehemannes.
22 J. Tod der Großmutter an Speiseröhrenkrebs (unerträglich für Patientin)
33 J. Heirat und Geburt des ersten Kindes,
36 J. Geburt des 2. Kindes, jeweils nach 1½ Jahren wieder Fortsetzung der Tätigkeit als Erzieherin und Kindergartenleiterin.
38 J. Reduzierung der Arbeitszeit auf halbtags und Aufgabe der Leitungsstelle

Was wäre Ihre Theorie für eine Krankheitsentwicklung?

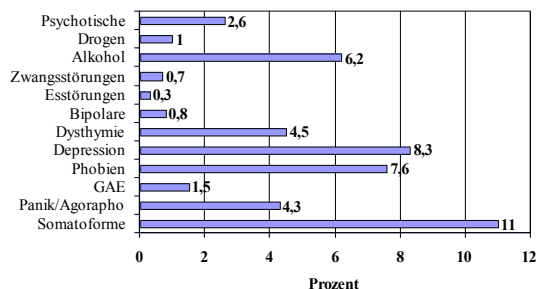
Wichtige Themen in der Therapie

1. Klärung der momentanen Lebenssituation und Erheben der biographischen Anamnese.
2. Arbeit am Krankheitsmodell der Patientin (Entwicklung einer psychosomatischen Hypothese)
3. Bearbeitung der aktuellen Problembereiche (Arbeit, Partnerschaft, Erziehung der Kinder, Beziehung zu den Eltern, Konkurrenzsituation zur Schwester).
4. Motivieren für weiterführende ambulante Psychotherapie.

Verlauf:

Während der stationären Zeit schon deutliche Symptomreduktion, Veränderung des Krankheitskonzeptes der Patientin (mit Schwankungen), stimmungsmäßige Aufhellung und Beruhigung. In ca. 5 nachfolgenden ambulanten Gesprächen (bis zum Beginn einer Psychotherapie vor Ort) weitere Stabilisierung, Steigerung des Selbstwertgefühls, Beginn von einigen sportlichen Aktivitäten (Jogging, Schwimmen), mehr Lebensfreude, aber auch immer wieder Unsicherheiten und Zweifel.

12-Monatsprävalenzen (Bundesgesundheitsurvey, Wittchen 2000)



Psychische Störungen und Behandlungsquoten (Gesundheitssurvey 2000)

	Prävalenz in % Mill.	behandelt	unbehandelt
Alle Diagnosen	32,1 (15,6)	36,4%	63,6%
Sucht	6,8 (3,3)	29,0%	71,0%
Affektive	11,5 (5,6)	50,1%	49,9%
Angst	14,5 (7,0)	43,6%	56,4%
Somatoforme	11,0 (5,4)	40,5%	59,5%
Andere	2,9 (1,4)	61,0%	39,0%

Abgrenzung unterschiedlicher somatoformer Störungen

Somatisierungsstörung (F45.0)

Schwerpunkt auf wiederholt dargebotenen Symptomen, für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wird.

Hypochondrische Störung (F45.2)

Anhaltende Überzeugung vom Vorhandensein einer oder mehrerer körperlicher Erkrankungen (als Ursache für vorhandene Symptome)

Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)

Symptome, die (scheinbar) auf der Störung der Funktion eines Organs beruhen, das überwiegend vegetativ innerviert und kontrolliert wird (z.B. kardiovaskuläres, gastrointestinales oder respiratorisches System, wie Herzneurose, Hyperventilation, nervöser Durchfall).

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

Schwerer und quälender Schmerz, der körperlich nicht oder nicht vollständig erklärt werden kann.

Somatisierungsstörung (F45.0)

Diagnostische Leitlinien nach ICD 10:

Mindestens 2 Jahre anhaltende multiple körperliche Symptome in unterschiedlichen Organbereichen, für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wurde. Hartnäckige Weigerung, den Rat oder die Versicherung mehrerer Ärzte anzunehmen, dass für die Symptome keine körperliche Erklärung zu finden ist. Eine gewisse Beeinträchtigung familiärer und sozialer Funktionen durch die Art der Symptome und durch das daraus resultierende Verhalten.

Beispiele:

- Gastrointestinale Beschwerden: Bauchschmerzen, Übelkeit, Gefühle von Überblähung, schlechter Geschmack im Mund, Klagen über Erbrechen, Klagen über häufigen Durchfall.
- Kardiovaskuläre Beschwerden: Atemlosigkeit ohne Anstrengung, Brustschmerzen.
- Urogenitale Beschwerden: Dysurie oder Klagen über die Miktionshäufigkeit, unangenehme Empfindungen im Genitalbereich.
- Haut- und Schmerzsymptome: Klagen über Veränderungen der Haut, Schmerzen in den Gliedern, Extremitäten oder Gelenken, unangenehme Taubheit oder Kribbelgefühl.

Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)

Diagnostische Leitlinien:

Hartnäckige und störende Symptome der vegetativen Stimulation wie etwa Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, Erröten.
Zusätzliche subjektive Symptome bezogen auf ein bestimmtes vegetatives Organ oder System.
Intensive und quälende Beschäftigung mit der Möglichkeit einer ernsthaften, aber oft nicht näher bezeichneten Erkrankung des genannten Organs, diese Beschäftigung wird auch nach wiederholten Versicherungen der Ärzte nicht aufgegeben.
Kein Anhalt für eine eindeutige Störung der Struktur oder Funktion des betreffenden Organs.

Untergruppen:

F45.30 Kardiovaskuläres System: Herzneurose
F45.31 Oberer Gastrointestinaltrakt: Psychogene Aerophagie, psychogener Singultus, Dyspepsie, Magenneurose
F45.32 Unterer Gastrointestinaltrakt: Psychogene Flatulenz, Psychogens Colon irritabile, psychogene Diarrhoe
F45.33 Respiratorisches System: Psychogene Hyperventilation, psychogenes Husten
F45.34 Urogenitales System: Dysurie, psychogene Pollakisurie

Hypochondrische Störung 1 (F45.2)

Eine anhaltende Überzeugung vom Vorhandensein einer oder mehrerer ernsthafter körperlicher Erkrankungen, als Ursache für vorhandene Symptome, auch wenn wiederholte Untersuchungen keine ausreichende körperliche Erklärung gebracht haben, oder eine anhaltende Beschäftigung mit einer vermuteten Entstellung.

Ständige Weigerung, den Rat und die Versicherung mehrerer Ärzte zu akzeptieren, dass den Symptomen keine körperliche Erkrankung zugrunde liegt.

Häufigkeit

Mannheimer Feldstudie einer von 600 (0,17 %)
Inanspruchnahmeklientel einer internistischen Ambulanz ca. 5 % der Patienten, ähnliche Rate bei Hausärzten in Florenz. Anteil von Patienten mit hypochondrischen Beschwerden noch höher.

Komorbidität

Punkt-Prävalenz (Barsky et al., 1992) 33 % für Major Depression, 45 % für Dysthymie (oft kombiniert), 24 % für generalisierte Angststörung und 33 % für Phobien (nach DSM III-R-Kriterien).

Hypochondrische Störung 2 (F45.2)

Verlauf

Noyes (1994): Deutlicher Beschwerderückgang, auch bei unbehandelter Hypochondrie, aber nach einem Jahr 67 % der Pat. weiterhin hypochondrische Störung.

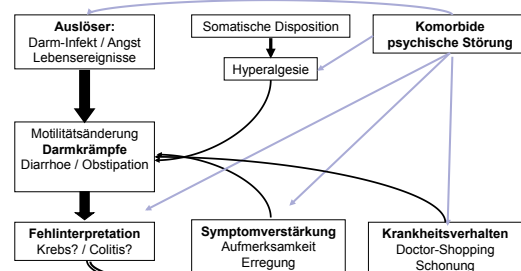
Therapie

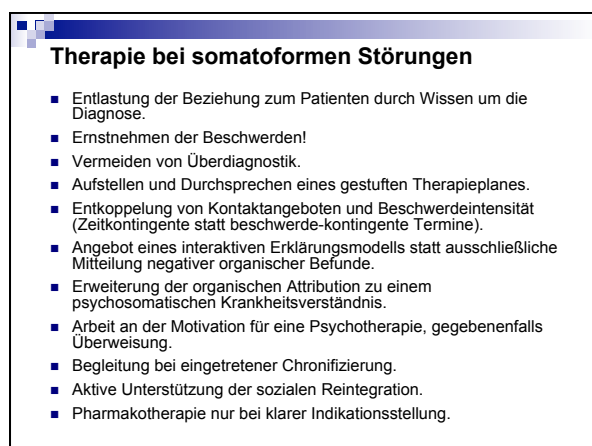
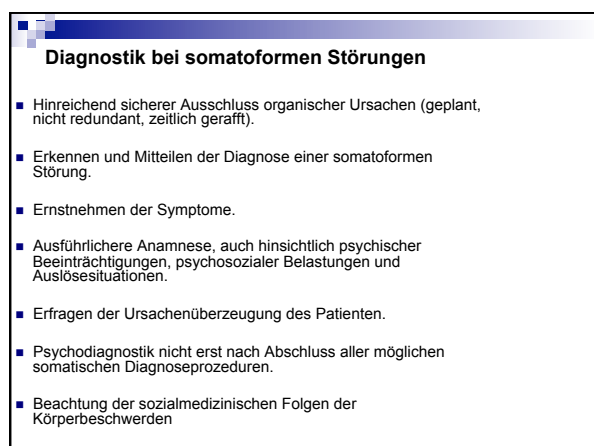
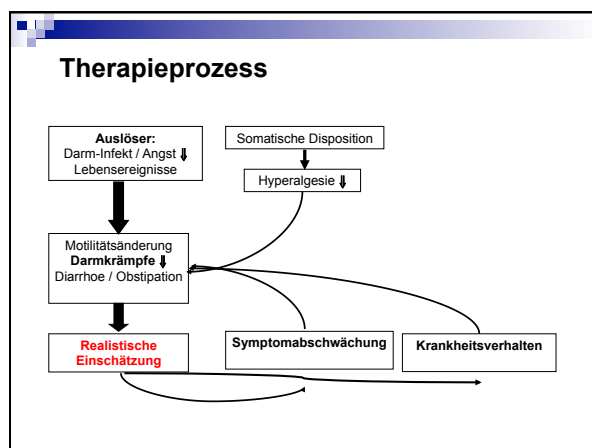
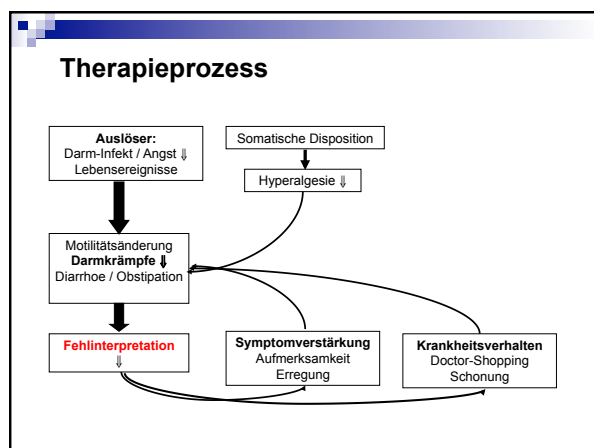
Kognitiv-edukatorische Behandlung (Barsky et al., 1988)
Hypochondrische Störung = Amplifikationsstörung, Faktoren Aufmerksamkeit und Entspannung, Kognition und Symptomattribution, situativer Kontext, dysphorischer Affekt. Gruppenprogramm über 6 Wochen mit Übungen.

Krankheitsphobie-Ansatz (Warwick et al.) Zentriert auf Selbstbeobachtung und Reattribution sowie Exposition und Verhinderung.
Strittig, in welchem Umfang die ärztlichen Versicherungen, dass nichts Organisches zu finden sei, hilfreich oder schädlich sind.

Nicht zu früh auf psychodynamische Hintergründe gehen!
Psychosomatisches Modell als Hypothese anbieten.

Modell somatoformer Störungen





Take home:

- Somatoforme Störungen kommen häufig in Praxis und Klinik vor.
- Eine medizinische Überdiagnostik sollte verhindert und rechtzeitig an Psychodiagnostik und Psychotherapie gedacht werden.
- Es ist wichtig, den Patienten adäquat über das Störungsbild und die Behandlungsmöglichkeiten zu informieren.
- Häufig ist eine langfristige Begleitung der Patienten sinnvoll.