



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Selbststudium

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Diagnostik und Therapie somatoformer Störungen (ICD-10: F45)

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE)



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Selbststudium

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Erstellung des Inhalts:

Prof. Dr. Martin Lambert

Lehrbeauftragter

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Zentrum Psychosoziale Medizin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Gebäude W37

Tel.: +49-40-7410-24041

Fax: +49-40-7410-52229

E-Mail: lambert@uke.de



- Übersicht zum Krankheitsbild
- Grundlagen
 - Diagnostik
 - Diagnostische Kriterien nach ICD-10 und DSM-V
 - Differentialdiagnostik
 - Hauptgruppen
 - Ätiologie
 - Risikofaktoren
 - Biologische und psychologische Aspekte
 - Störungsmodell nach Rief & Hiller
- Therapie
 - Management
 - Psychotherapie
 - Pharmakotherapie



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Übersicht zum Krankheitsbild



- **Zentrales Syndrom:** körperliche Beschwerden, die das Vorliegen eines medizinischen Krankheitsfaktors nahe legen, ohne dass jedoch eine hinreichende pathophysiologische Ursache für die Beschwerden festgestellt werden kann.
- Jedes Organsystem kann betroffen sein
- Zu den häufigsten Einzelbeschwerden gehören Schmerzsymptome
- Typische Verhaltensweisen:
 - Körperliches Schonverhalten
 - (nicht verordnungsgemäße) Einnahme von Medikamenten
 - Erhöhte Inanspruchnahme medizinischer Dienste bzw. häufige Arztwechsel („doctor shopping“)



Krankheitsaspekt	Wissen
Lebenszeitprävalenz	<ul style="list-style-type: none">▪ Somatisierungsstörung: deutlich unter 1 %; multiple somatoforme Symptomatik: 11 % (BGS)
Punktprävalenz	<ul style="list-style-type: none">▪ 6-11 % der Bevölkerung
Geschlechterverhältnis	<ul style="list-style-type: none">▪ Frauen : Männer ca. 2:1
Erkrankungsalter	<ul style="list-style-type: none">▪ Erste Symptome meist in 2. Lebensdekade (12-20 LJ)
Komorbiditäten	<ul style="list-style-type: none">▪ Bis zu 50 % Depression (bei klinischen Stichproben noch höher)▪ ca. 25–40 % Angststörungen▪ bei Persönlichkeitsstörungen überzufällig misstrauischer Denkstil
Genetische Faktoren	<ul style="list-style-type: none">▪ Zu wenig bekannt
Leitlinien	<ul style="list-style-type: none">▪ S3-AWMF-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“; DGPs-Leitlinie zur Psychotherapie bei somatoformen Störungen (Martin et al., im Druck)



Krankheitsaspekt	Wissen
Lebensqualität	<ul style="list-style-type: none">▪ Stärker beeinträchtigt als bei somatischen Erkrankungen
Suizidrisiko	<ul style="list-style-type: none">▪ Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht
Verlauf	<ul style="list-style-type: none">▪ Leichte Verläufe mit Verbesserung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität bei 50-75% der Betroffenen▪ Schwere Verläufe mit Verschlechterung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität bei 10-30% der Betroffenen

Quellenangaben: Voderholzer, U., Hohagen, F. Therapie psychischer Erkrankungen. Elsevier, 2013



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen – Diagnostik: Diagnostische Kriterien nach ICD-10 und DSM-V, Differentialdiagnostik, Hauptgruppen



Kodierung	Diagnose
F45.0	Somatisierungsstörung
F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung
F45.2	Hypochondrische Störung
F45.3	Somatoforme autonome Funktionsstörung
F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
F45.8	Sonstige somatoforme Störungen
F45.9	Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung



ICD-10

Kriterien

Somatisierungs- störung (F45.0)

- a) Mind. 2 Jahre mit multiplen körperlichen Beschwerden, die durch keine diagnostizierbare körperliche Krankheit erklärt werden können.
- b) Mehrfaches aufsuchen medizinischer Einrichtungen aufgrund der ständigen Sorge um die Symptome
- c) Medizinische Feststellung, dass keine körperlichen Ursachen für die Symptome vorliegen, werden nicht akzeptiert
- d) Insgesamt mind. 6 weitere Symptome aus mindestens 2 verschiedenen der folgenden Gruppen:
 - Gastrointestinale Symptome
 - Kardiovaskuläre Symptome
 - Urogenitale Symptome
 - Haut- und Schmerzsymptome
- e) Ausschlusskriterium: Störung tritt nicht ausschließlich während einer Schizophrenie oder einer verwandten Störung (F2), einer affektiven Störung (F3) oder einer Panikstörung (F41.0) auf.



ICD-10	Kriterien
Hypochondrische Störung (F45.2)	<ul style="list-style-type: none">a) Mind. 6 Monate anhaltende Überzeugung an schwerer körperlichen Krankheit zu leiden oder anhaltende Beschäftigung mit einer vom Betroffenen angenommenen Entstellung oder Missbildungb) Sorge verursacht andauerndes Leid oder eine Störung des alltäglichen Lebens und veranlasst den Patienten, um medizinische Behandlungen oder Untersuchungen nachzusuchenc) Medizinische Feststellung, dass keine körperlichen Ursachen für die Symptome vorliegen werden nicht akzeptiertd) Ausschlusskriterium: s. Ausschlusskriterium F45.0



ICD-10	Kriterien
Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)	<p>a) Symptome der autonomen (vegetativen) Erregung, die von den Patienten einer körperlichen Krankheit in einem oder mehreren der folgenden Systeme oder Organe zugeordnet werden:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Herz und kardiovaskuläres System▪ Oberer/unterer Gastrointestinaltrakt▪ Respiratorisches System▪ Urogenitalsystem <p>b) Zwei oder mehr der folgenden vegetativen Symptome</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Palpitationen▪ Schweißausbrüche▪ Mundtrockenheit▪ Hitzewallungen oder Erröten▪ Druckgefühl im Epigastrium, Kribbeln/Unruhe im Bauch



ICD-10	Kriterien
Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)	<p>c) Eines oder mehr der folgenden Symptome</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Brustschmerzen/Druckgefühl in der Herzgegend▪ Dyspnoe oder Hyperventilation▪ Außergewöhnliche Ermüdbarkeit bei leichter Anstrengung▪ Aerophagie, Singultus oder brennendes Gefühl im Brustkorb oder im Epigastrium▪ Bericht über häufigen Stuhlgang▪ Erhöhte Miktionsfrequenz oder Dysurie▪ Gefühl der Überblähung oder Völlegefühl <p>d) Kein Nachweis einer Störung von Struktur oder Funktion der Organe oder Systeme, über die die Patienten klagen</p> <p>e) Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Symptome treten nicht ausschließlich im Zusammenhang mit einer phobischen (F40.0-F40.3) oder einer Panikstörung (F41.0) auf</p>



ICD-10	Kriterien
Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)	<ul style="list-style-type: none">a) Mindestens 6 Monate kontinuierlicher, an den meisten Tagen anhaltender, schwerer und belastender Schmerz in einem Körperteil, der nicht adäquat durch den Nachweis eines physiologischen Prozesses oder einer körperlichen Störung erklärt werden kann, und der anhaltend der Hauptfokus für die Aufmerksamkeit der Patienten ist.b) Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Störung tritt nicht während einer Schizophrenie oder einer verwandten Störung (F20-F29) auf oder ausschließlich während einer affektiven Störung (F30-F39), einer Somatisierungsstörung (F45.0), einer undifferenzierten somatoformen Störung (F45.1) oder einer hypochondrischen Störung (F45.2)



Diagnostik nach DSM-V: Somatic Symptom Disorder (SSD)

Definition:

- Somatische Symptome, die entweder als sehr quälend erlebt werden oder in einer deutlichen Beeinträchtigung des Funktionsniveaus resultieren. Damit einhergehend treten exzessive und unverhältnismäßige Gedanken, Gefühle und Verhalten im Hinblick auf diese Symptome auf.

Veränderungen zu DSM-IV (Somatoform Disorders):

- Es muss nicht mehr eine bestimmte Anzahl an Beschwerden von vier Symptomgruppen auftreten
- Die medizinische Unerklärbarkeit des Auftretens der somatischen Symptome ist weder Voraussetzung für die Diagnose einer SSD, noch hinreichende Bedingung
- Geringere Anzahl an Diagnosen und Subkategorien

Vorteile gegenüber DSM-IV:

- Hilfreicher für nicht-psychiatrische medizinische Dienstleister
- Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren werden nicht mehr von der Behandlung ausgeschlossen
- Abschaffung der Körper-Geist Trennung



Differentialdiagnose:

Körperlich
begründbare
Beschwerden

- Der fehlende Nachweis organischer Grundlagen einer Symptomatik darf noch nicht die Diagnose somatoforme Störungen begründen.

Depression

- Treten die Symptome ausschließlich während depressiven Phasen auf, sind sie unter der Depression zu klassifizieren.

Panikstörung

- Symptome einer somatoformen Störung treten relativ konstant auf, wohingegen die Symptome bei einer Panikstörung Minuten bis maximal eine Stunde anhalten.

Schizophrenie

- Somatoforme Symptome im Rahmen einer Schizophrenie sind meist bizarr und mit wahnhaften Vorstellungen und Körperhalluzinationen gekoppelt.



Hauptgruppen unabhängig der offiziellen Klassifikationssysteme

Diagnostischer Entscheidungsbaum bei somatoformen Störungen

Multiple körperliche Beschwerden	<ul style="list-style-type: none">▪ Somatisierungsstörung▪ Undifferenzierte Somatisierungsstörung▪ Somatoforme autonome Funktionsstörung	<ul style="list-style-type: none">▪ größte Gruppe▪ gesundheitspolitisch relevanteste Gruppe▪ Störung neigt zu einer hohen Chronifizierung
Umschriebene Symptomatik	<ul style="list-style-type: none">▪ Somatoforme autonome Funktionsstörung▪ Schmerzstörung▪ Konversionsstörung▪ Sonstige somatoforme Störungen	<ul style="list-style-type: none">▪ ein Schmerzsyndrom oder ein Konversions- oder dissoziatives Symptom steht im Vordergrund
Starke Gesundheitsängste	<ul style="list-style-type: none">▪ Hypochondrie▪ Körperdysmorphie Störung	



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen – Ätiologie: Risikofaktoren, psychobiologische und psychologische Aspekte, Störungsmodell nach Rief & Hiller



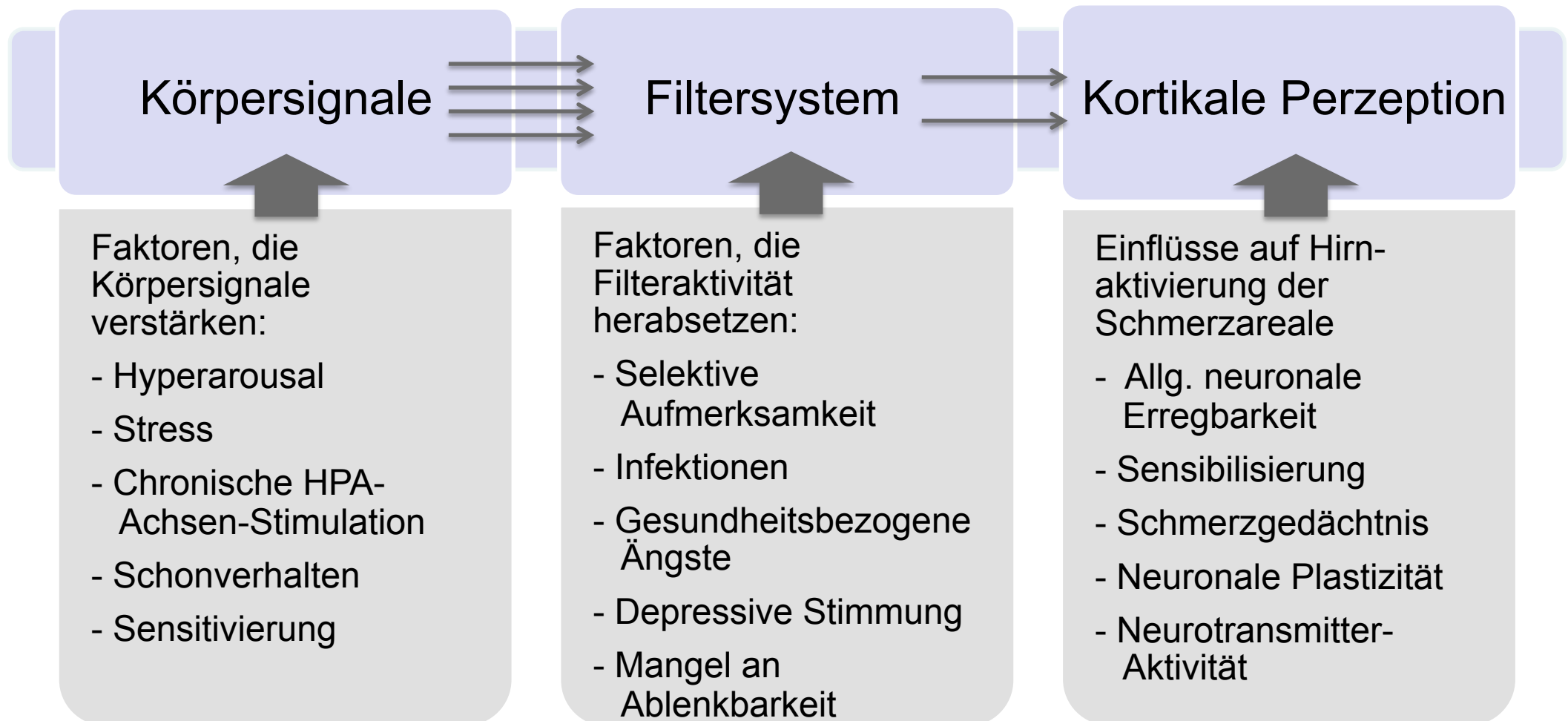
	Unspezifische Faktoren	Spezifische Faktoren
Individuell	<ul style="list-style-type: none">▪ Genetische Faktoren▪ Belastungsfaktoren in der Kindheit<ul style="list-style-type: none">▪ Armut, Vernachlässigung, Verlust eines Elternteils, Missbrauch▪ Primärer Krankheitsgewinn<ul style="list-style-type: none">▪ Subjektive Entlastung vom inneren Konfliktdruck oder Minderung der innerseelischen Angst durch Symptombildung	<ul style="list-style-type: none">▪ Frühe Störung in der Beziehung zum eigenen Körper▪ Veränderte Physiologische Stressverarbeitung▪ Modelllernen<ul style="list-style-type: none">▪ Somatoforme Beschwerden in der Familie oder der eigenen Kindheit▪ Bindungsstörungen
Interaktionell	<ul style="list-style-type: none">▪ Sekundärer Krankheitsgewinn<ul style="list-style-type: none">▪ Objektive Vorteile, die mit der Krankenrolle verbunden sind	<ul style="list-style-type: none">▪ Iatrogene Faktoren<ul style="list-style-type: none">▪ Nicht erkennen psychischer Beschwerden, Überdiagnostik
Soziokulturell	<ul style="list-style-type: none">▪ „Kampf um Legitimität“, Einfluss von Entschädigungsbegehren	<ul style="list-style-type: none">▪ Medien<ul style="list-style-type: none">▪ Verbreitung von Erklärungsmodellen für unspezifische Körperbeschwerden



- Somatoforme Symptome gehen durch das Erleben von körperlichen Beschwerden mit psychophysiologischen Aktivierungsprozessen einher.
- Dabei zeigen sich Besonderheiten in den Bereichen (Rief und Barsky 2005):
 - autonome physiologische Erregung
 - Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenachse: Schmerzwahrnehmung wird von Aktivität dieses Systems beeinflusst
 - Immunsystem: Veränderungen können die subjektive Empfindung krank zu sein auslösen
 - Monoaminosäurehaushalts
 - Hirnmechanismen
- Beispiele von Prozessen, die mit dem Erleben somatoformer Beschwerden einhergehen können:
 - Erhöhte Muskelanspannung über Schmerzarealen
 - veränderte Atmungsmuster
 - psychophysiologische Hyperreaktivität



Signal-Filter-Modell (nach Rief und Barsky 2005)





Anamnestiche Aspekte / Risikofaktoren:

- Häufung von körperlichen und/oder sexuellen Gewalterfahrungen
- Erhöhte Missbrauchsrate bei Somatisierungsstörung, Hypochondrie und Konversionsstörung
- Unsichere und vermeidende Bindungsstile
- Immigration (in den meisten Kulturen)
- Geringer Sozioökonomischer Status
- Substanzmissbrauch und/oder soziopathische Züge eines Familienmitglieds

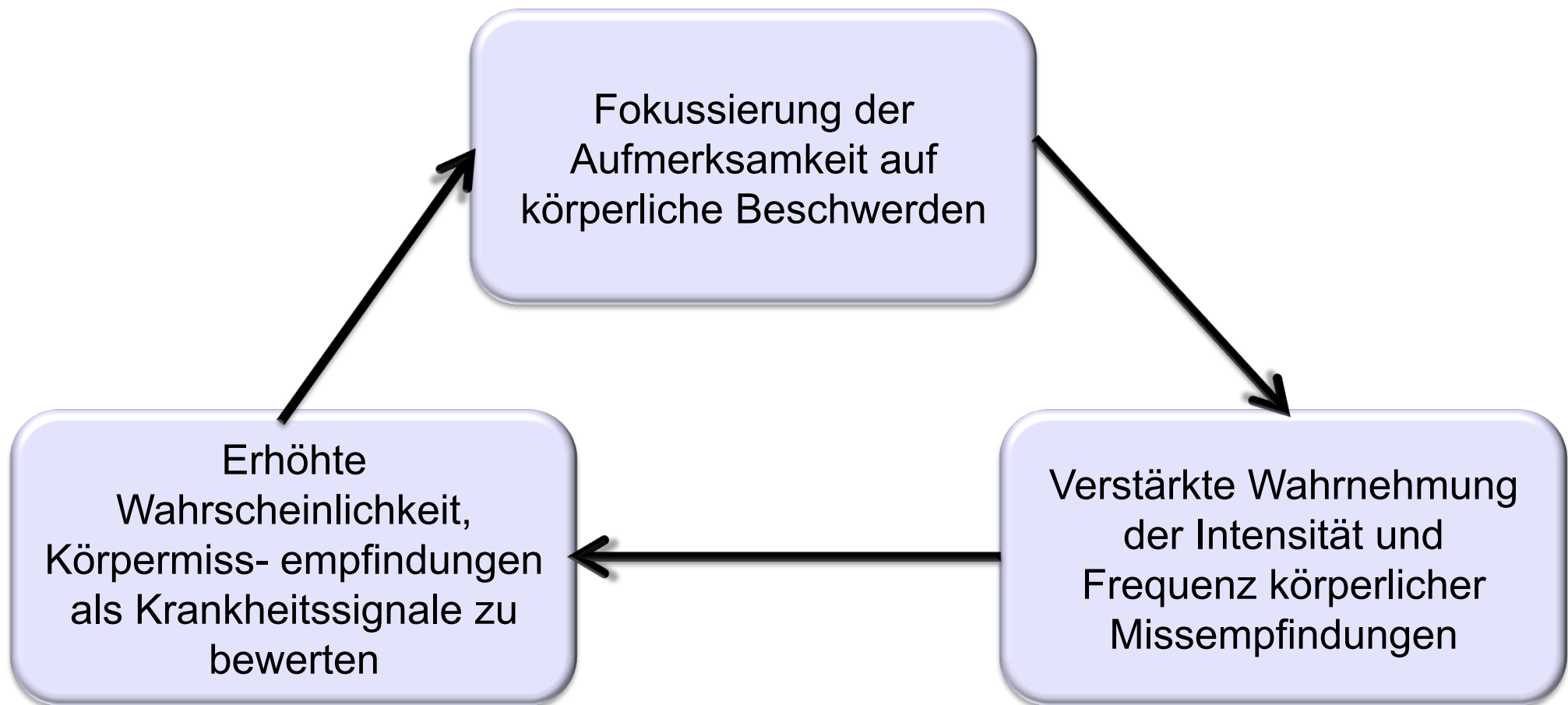


Psychologische Prozesse zur Aufrechterhaltung somatoformer Störungen

- Bestimmte kognitive Stile:
 - Somatosensory Amplification (Barsky, 1992)
 - Eng definiertes Verständnis von Gesundheit: völlige Abwesenheit von Körpermissempfindungen
 - Katastrophisieren von Körpermissempfindungen
- Reduzierte Toleranz, Körperbeschwerden auszuhalten
- Auch einfache Körpermissempfindungen werden deutlich häufiger und deutlich intensiver wahrgenommen
- Negatives Selbstkonzept (v.a. bei chronifizierter Somatisierung)
 - Beschreiben sich als wenig belastbar und körperlich von schwacher Konstitution



Somatosensory Amplification (Barsky, 1992)



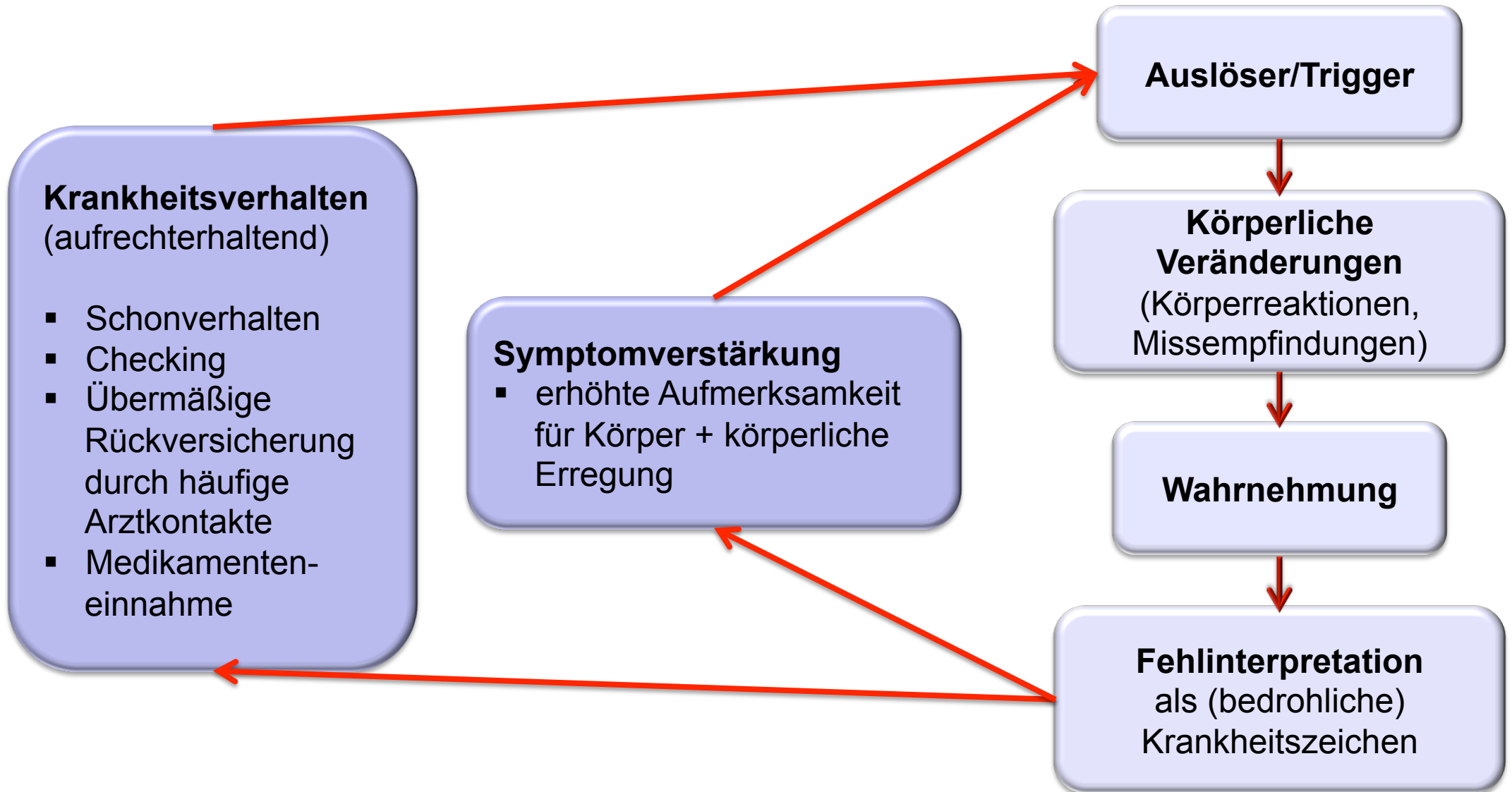


Subjektives Krankheitsmodell des Patienten

- Oft stehen organische Erklärungsmodelle im Vordergrund
- Bei genauer Analyse von Kausalattributionen zeigt sich, dass die meisten Patienten, anders als oft angenommen (Fixierung auf organische Erklärungen), auch psychophysiologische Erklärungsmodelle in Erwägung ziehen.
- Die Annahme einer Fixierung des Patienten auf organische Erklärungen stellt eine Falle für den Behandelnden dar, die Fähigkeit andere Erklärungsmodelle in Erwägung zu ziehen, zu übersehen.



Störungsmodell nach Rief und Hiller (1998)





Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Therapie



- Das Spektrum therapeutischer Ansätze und Ziele bei somatoformen Störungen und funktionellen Syndromen ist breit, je nach Ausprägung der Störung und Versorgungsort
- Therapeutische Ansatzpunkte:
 - Verbesserung der körperlichen Symptome
 - Erarbeitung von erweiterten Erklärungsmodellen
 - Anregungen zu einem adäquaten Krankheitsverhalten
 - Verbesserung komorbid bestehender psychischer Störungen
 - Bearbeitung psychischer Konflikte und struktureller Defizite



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Therapie: Management



Umgang mit Somatisierungs-Patienten im organmedizinischen Setting

- Bestätigen Sie die Glaubhaftigkeit der Beschwerden
- Sprechen Sie frühzeitig an, dass die wahrscheinlichste Ursache für die Beschwerden keine schwere Erkrankung ist, sondern eine Störung in der Wahrnehmung von Körperprozessen
- Explorieren Sie körperliche und mögliche psychische Symptome vollständig
- Besprechen Sie mit dem Patienten die geplanten Schritte und ihre Konsequenzen
- Vermeiden Sie unnötige Eingriffe und Bagatelldiagnosen
- Vereinbaren Sie feste Termine für Nachuntersuchungen
- Motivieren Sie zu gesunder Lebensführung und Stressabbau sowie zu ausreichender körperlicher Bewegung. Beugen Sie inadäquatem Schonverhalten vor
- Stellen Sie Rückfragen und lassen Sie den Patienten Zusammenfassungen geben, um mögliche Informationsverzerrungen zu erkennen



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Therapie: Psychotherapie



Effektstärken kognitiv-behavioraler Programme bei somatoformen Störungen (nach Looper und Kirmayer 2002)

Störungsgruppe	Effektstärke (Cohen's d)
▪ Hypochondrie (4 Studien)	▪ 1,3-2,0
▪ Körperdysmorphie Störung (4 Studien)	▪ 1,3-2,6
▪ Multiple somatoforme Syndrome (5 Studien)	▪ 0,38-0,88
▪ Roseneck-Studie (Rief, Bleichhardt und Timmer 2002; Timmer, Bleichhardt und Rief 2004), Multiples Somatisierungssyndrom (mindestens 8 Symptome)	▪ 0,81



Beispiel für eine kognitiv-behaviorale Intervention bei Somatisierungssyndrom (Rief, Bleichhardt und Timmer 2002)

- 1) Aufbau einer therapeutischen Beziehung; Diagnostik; Klärung der Ausgangsmotivation und Behandlungserfahrungen; Vereinbarung einer vorerst befristeten Behandlungszeit
- 2) Einfluss von Stress auf körperliches Wohlbefinden; Einfluss von körperlichen Beschwerden auf das Stresserleben; Ableitung eines Interventionsrationalis; Durchführung der Intervention
- 3) Demonstration des Aufschaukelungsprozesses zwischen Aufmerksamkeits-fokussierung und Körpermissempfindungen; Ableitung des Interventionsrationalis zur kontrollierten Aufmerksamkeitslenkung auf externalen sensorischen Input; Durchführung der Intervention
- 4) Kognitive Ansätze
- 5) Reduktion von Vermeidungs- und Schonverhalten; Aufbau eines adäquaten Belastungsverhaltens
- 6) Aufbau eines adäquaten Inanspruchnahmeverhaltens
- 7) Erstellung eines Gesamtmodells zur Erklärung von Einflussfaktoren auf körperliche Missempfindungen
- 8) Behandlung weiterer therapierelevanter Themen



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Therapie: Pharmakotherapie



- Medikamentöse Therapie nur bei spezifischer Indikation und Erwartungen relativieren
- Keine alleinige und längerfristige Pharmakotherapie ohne adäquate psychotherapeutische Behandlung
- Keine Tranquilizer, v.a. Benzodiazepine wegen Abhängigkeitsentwicklung
- Bei somatoformen autonomen Funktionsstörungen (F45.3) symptomorientierte Pharmakotherapie in Phasen mit einer erheblichen Beschwerden
- Pharmakotherapie der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung durch Umstellung von Bedarfsmedikation auf festes Einnahmeschema und Entzug von Nicht-Opioid-Analgetika
- Keine Tranquilizer oder Neuroleptika; Opioide sind bei somatoformen Schmerzen nicht indiziert.
- Eine analgetische Wirkung können Antidepressiva entfalten. Insbesondere trizyklische Antidepressiva, auch in geringer Dosierung sind aussichtsreich.



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Bei Fragen bitte unter:

http://www.uke.de/kliniken/psychiatrie/index_2512.php