

Prof. Dr. Wolfgang Hiller

Stichworte aus den gezeigten Folien zur Vorlesung Klinische Psychologie

Thema: Somatoforme Störungen

Somatoforme Störungen

neue diagnostische Ansätze nach DSM-III/ DSM-IV bzw. ICD-10

äquivalenter Begriff: Somatisierung

Definition: körperliche Symptome ohne dazugehörige organische Grunderkrankung

Einordnung der somatoformen Störungen im Kapitel F4 (ICD-10)

F40 Phobische Störungen

F41 Andere Angststörungen

F42 Zwangsstörung

F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

F44 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

F45 Somatoforme Störungen

F46 Andere neurotische Störungen

Klassifikation somatoformer Störungen

DSM-IV:

- Somatisierungsstörung
- Schmerzstörung
- Konversionsstörung
- Undifferenzierte somatoforme Störung
- Hypochondrische Störung
- Körperdysmorphie Störung
- Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (NNB)

ICD-10:

- Somatisierungsstörung
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- (Dissoziative ~/ Konversionsstörung)
- Undifferenzierte somatoforme Störung
- Somatoforme autonome Funktionsstörung
- Hypochondrische Störung
- Andere ~/ Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung

DSM-IV-Kriterien der einzelnen Kategorien (s. DSM-IV-Manual)

Symptome der Somatisierungsstörung (DSM-IV)

Schmerzsymptome: (1) Kopf- oder Gesichtsschmerzen, (2) abdominale Schmerzen, (3) Rückenschmerzen, (4) Gelenkschmerzen, (5) Schmerzen in den Extremitäten, (6) Brustschmerzen, (7) Schmerzen im Rektum, (8) schmerzhafte Menstruation, (9) Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, (10) Miktionschmerzen

Gastrointestinale Symptome: (11) Übelkeit, (12) Völlegefühl, (13) Erbrechen (außer während einer Schwangerschaft), (14) Durchfall, (15) Unverträglichkeit von verschiedenen Speisen

Sexuelle Symptome: (16) sexuelle Gleichgültigkeit, (17) Erektions- und Ejakulationsschwierigkeiten, (18) unregelmäßige Menstruationen, (19) übermäßige menstruelle Blutungen, (20) Erbrechen während der gesamten Schwangerschaft

Pseudoneurologische Symptome: (21) Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen, (22) Lähmung oder Muskelschwäche, (23) Schwierigkeiten beim Schlucken oder Kloßgefühl, (24) Flüsterstimme (Aphonie), (25) Harnverhalt, (26) Halluzinationen, (27) Verlust der Berührungs- und Schmerzempfindung, (28) Sehen von Doppelbildern, (29) Blindheit, (30) Verlust des Hörvermögens, (31) (Krampf-) Anfälle, (32) Gedächtnisverlust, (33) Bewusstlosigkeit (anders als einfacher Kollaps)

Ätiologisches Ausschlusskriterium für alle körperlichen Symptome

... nach adäquater Untersuchung ist das Symptom nicht vollständig durch einen bekannten medizinischen Krankheitsfaktor oder durch die direkte Wirkung einer Substanz erklärbar (z.B. Droge, Medikament).

Vergleich der somatoformen Störungen in DSM-IV und ICD-10

Studie von Rief et al. (1996). Polydiagnostische Untersuchung nach beiden Klassifikationssystemen mit Hilfe des erweiterten SKID (Strukturiertes Interview)

- Zusammenhänge der Diagnose Somatisierungsstörung: DSM-III-R - DSM-IV: 0,83; DSM-IV - ICD-10: 0,57; DSM-III-R - ICD-10: 0,53 (alles κ -Koeffizienten); diese Zahlen belegen, dass die ICD-10-Definition nicht unerheblich von den DSM-IV-Konzepten abweicht
- Zusammenhänge der Somatoformen Autonomen Funktionsstörung (ICD-10): ... mit DSM-III-R-Somatisierungsstörung 0,31; ... mit DSM-IV-Somatisierungsstörung 0,30; ... mit ICD-10-Somatisierungsstörung 0,33 (alles κ -Koeffizienten); diese Zahlen belegen, dass es sich bei der Somatoformen Autonomen Funktionsstörung um eine Kategorie handelt, die sich deutlich von allen Definitionen der Somatisierungsstörung unterscheidet

Terminologie

Begriffe von gestern: Funktionelle Störung, larvierte Depression, Briquet-Syndrom, nervöser Erschöpfungszustand, psychovegetative Labilität, psychovegetative Dystonie, Hysterie

Heutige Begriffe: Somatisierungsstörung, somatoforme Schmerzstörung, Konversionsstörung, undiff. somatoforme Störung, somatoforme auton. Funktionsstörung, Hypochondrie, körperdysmorphe Störung

Begriffe der Zukunft ? Chronic Fatigue Syndrome (CFS), Multiple Chemical Sensitivities (MCS), Sick Building Syndrome (SBS), Umwelterkrankung, Amalgam-Syndrom

Differenzialdiagnostische Abgrenzung: Simulation (V65.2 oder Z76.5)

Genese: Körperliche oder psychische Symptome absichtlich erzeugt, stark übertrieben oder rein erfunden (z.B. Bauch- oder Kopfschmerzen, Ängste)

Motivation: Äußerer Anreiz in der Umgebung (z.B. Klinikbett für die Nacht, Befreiung vom Militärdienst, Vermeidung von Arbeit, finanzielle Entschädigung, Entgehen gerichtlicher Verfolgung, Beschaffung von Drogen)

Hinweise:

- (1) Forensischer Kontext
- (2) Große Diskrepanz zwischen subjektiven Belastungen und objektiven Befunden
- (3) Mangel an Kooperation bei Diagnostik und Behandlung
- (4) Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Differenzialdiagnostische Abgrenzung: Vorgetäuschte Störung

Genese: Symptome werden absichtlich erzeugt, erfunden oder vorgetäuscht, z.B.:

- Speichelinjektion in die Haut ⇒ Abszesse
- Vortäuschen eines Grand-mal-Anfalls
- Einnahme von Antikoagulanzen ⇒ Blutungen
- Verletzungen der Haut oder anderer Organe

Motivation: Bedürfnis, die Patienten- oder Krankenrolle einzunehmen

300.16: mit vorwiegend psychischen Symptomen

300.19: mit vorwiegend körperlichen Symptomen

300.19: mit beidem

nach ICD-10: F68.1

Andere Begriffe:

Münchhausen-Syndrom

Artifizielle Störung

Fremdbeurteilungsverfahren für somatoforme Störungen

- Standardisierte/ strukturierte Interviews
 - SDS Somatoform Disorders Schedule [WHO; deutsch: Hiller & Rief, 1996]
 - SKID Strukturiertes Klinisches Interview [Spitzer et al.; deutsch: Wittchen et al. 1997]
 - CIDI Composite International Diagnostic Interview [Wittchen et al. 1997]
 - DIPS Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen [Margraf et al. 1994]
 - SCAN Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry [Wing et al.; deutsch: van Gülick-Bailer 1995]
- Checklisten
 - IDCL Internationale Diagnosen Checklisten [Hiller et al., 1995, 1997]

Selbstbeurteilungsverfahren bei somatoformen Störungen

SOMS = Screening für Somatoforme Störungen [Rief & Hiller 2008] = Symptomliste, Klassifikation

B-L = Beschwerdenliste [von Zerssen 1976] = Symptomliste

GBB = Gießener Beschwerdebogen [Brähler & Scheer 1983] = Symptomliste

FBL = Freiburger Beschwerdenliste [Fahrenberg 1994] = Symptomliste

HHI = Hypochondrie-Hysterie-Inventar [Süllwold 1994] = Symptom-/ Merkmalsliste

SCL-90R = Somatisierungsskala der Symptom Check List [Derogatis & Cleary 1977] = kurze Symptomliste

BSI = Brief Symptom Index [deutsch: Franke 2000] = Kurzversion der SCL-90R

WI = Whiteley-Index [Pilowsky; deutsch: Hiller & Rief 2003] = Hypochondrie

IAS = Illness Attitude Scales [Kellner et al.; deutsch: Hiller & Rief 2003] = Hypochondrie

SHAI = Short Health Anxiety Inventory [Salkovskis et al. 2002] = Hypochondrie

FKG = Fragebogen zu Körper und Gesundheit [Hiller et al. 1997] = Kognitionen

SSAS = Somatosensory Amplification Scale [Barsky et al. 1990; deutsch: eingearbeitet in den FKG von Hiller/Rief 1997] = Kognitionen

TAS = Toronto Alexithymia Scale [Rief et al. 1996] = Affektausdruck

SOMS - Screening für Somatoforme Störungen (Rief & Hiller, 2008)

- SOMS-2: 53 Items zu körperlichen Symptomen (dichotom) + 15 Zusatzitems zu anderen Kriterien; erfasst Symptomatik der letzten 2 Jahre
- SOMS-7: 53 Items zu körperlichen Symptomen (quantitativ abgestuft von gar nicht vorhanden bis sehr stark vorhanden); erfasst Symptomatik der letzten 7 Tage
- Somatisierungsindex DSM-IV: Zahl der vorhandenen Symptome aus der DSM-IV-Symptomliste (33 potenzielle Symptome)
- Somatisierungsindex der Somatisierungsstörung nach ICD-10: Zahl der vorhandenen Symptome aus der ICD-10-Symptomliste (14 potenzielle Symptome)
- Somatisierungsindex der somatoformen autonomen Funktionsstörung nach ICD-10: Zahl der vorhandenen Symptome aus der ICD-10-Symptomliste (12 potenzielle Symptome)
- Beschwerdenindex Somatisierung: Zahl aller vorhandenen Symptome (53 potenzielle Symptome)
- Test-Retest-Reliabilität: für Somatisierungsindex 0.85
- Übereinstimmung mit Klinikerdiagnosen:
 - Somatisierungsstörung DSM-IV: Sensitivität 82%, Spezifität 85%
 - Somatisierungsstörung ICD-10: Sensitivität 92%, Spezifität 58%
 - Somatoforme autonome Funktionsstörung ICD-10: Sensitivität 86%, Spezifität 43%

Komorbidität psychischer Störungen bei Patienten mit somatoformen Störungen nach DSM-IV

Störung nach DSM-IV	% Lifetime
Major Depression	64,5
Dysthyme Störung (ohne Major Depression)	8,1
Panikstörung (mit oder ohne Agoraphobie)	22,1
Generalisierte Angststörung	11,0
Agoraphobie (ohne Panikstörung)	12,8
Soziale Phobie	27,9
Spezifische Phobie	11,6
Zwangsstörung	4,1
Alkohol-/ Substanzabhängigkeit	18,0
Anorexia oder Bulimia nervosa	1,2

Stichprobe: 172 Pat. der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee

Modelle zum Zusammenhang zwischen Somatisierung und Depression

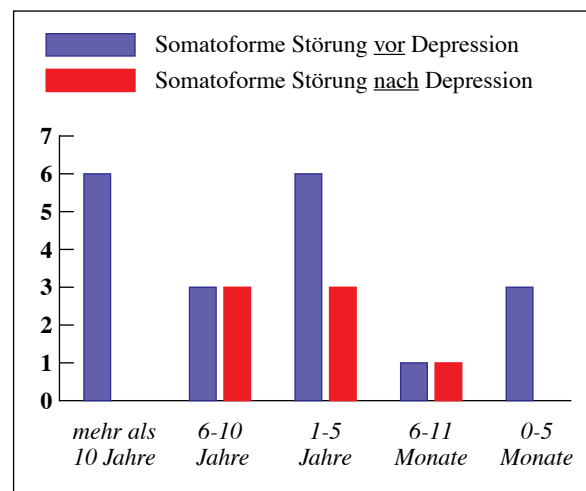
Modell 1: Somatoforme Symptome als Teil einer depressiven Störung

Modell 2: Somatoforme Störung gemeinsam mit anderen Prädispositionen ⇒ Depressive Störung

Modell 3: Depressive Störung gemeinsam mit anderen Prädispositionen ⇒ Somatoforme Störung

Modell 4: Somatoforme und depressive Störung sind gut voneinander abzugrenzen, haben aber einige gemeinsame biologische und psychologische Prädispositionen

Somatisierung und Depression: Zeitliche Abfolgen



Zeitintervall zwischen dem erstmaligen Auftreten somatoformer und affektiver Störungen. Angegeben ist die Zahl der Patienten (n = 26). Daten aus der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck, Prien (Rief et al., 1992)

Epidemiologie somatoformer Störungen

- Lifetime-Prävalenz: Somatisierungsstörung 0,03% (ECA-Gesamtstudie) bis 0,38% (ECA in North Carolina); „SSI 4-6“ 4,4% (ECA in Los Angeles) bis 11,6% (ECA-Gesamtstudie)
- in der Allgemeinarztpraxis: Somatisierungsstörung 4% (Wisconsin; Kessler et al. 1985), 5% (Alabama, deGruy et al. 1987); Somatisierungssyndrom 16,6% (Kirmayer & Robbins, 1991)
- im Allgemeinkrankenhaus: Somatisierungsstörung 9% (Alabama, deGruy et al. 1987)
- bei bestimmten klinischen Gruppen: Somatisierungsstörung bei Patienten mit Fibromyalgie 5% (Kirmayer & Robbins 1988), bei chronischen Schmerzpatienten 12% (Kirmayer & Robbins 1991)

Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland

Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys 1998/99 (Jacobi et al. 2004)

Störung	letzte 4 Wochen %	letzte 12 Monate %	Lifetime %
Angststörung (1)	9,0	14,5	--
Somatoforme Störung (2)	7,5	11,0	16,2
Unipolare Depression	5,6	10,7	17,1
Substanzstörung (3)	2,9	4,5	9,9
Psychische Störung aufgrund med. Krankheitsfaktoren	0,5	1,3	2,3

N = 4.181

(1) mit Zwangsstörung; ohne PTSD; keine Lifetime-Raten außer für PAN verfügbar

(2) SD, UDSFD, SSI-4,6, Schmerzstörung, HYP

(3) Abhängigkeit oder Missbrauch, ohne Nikotin

Komorbidität bei psychischen Störungen in Deutschland

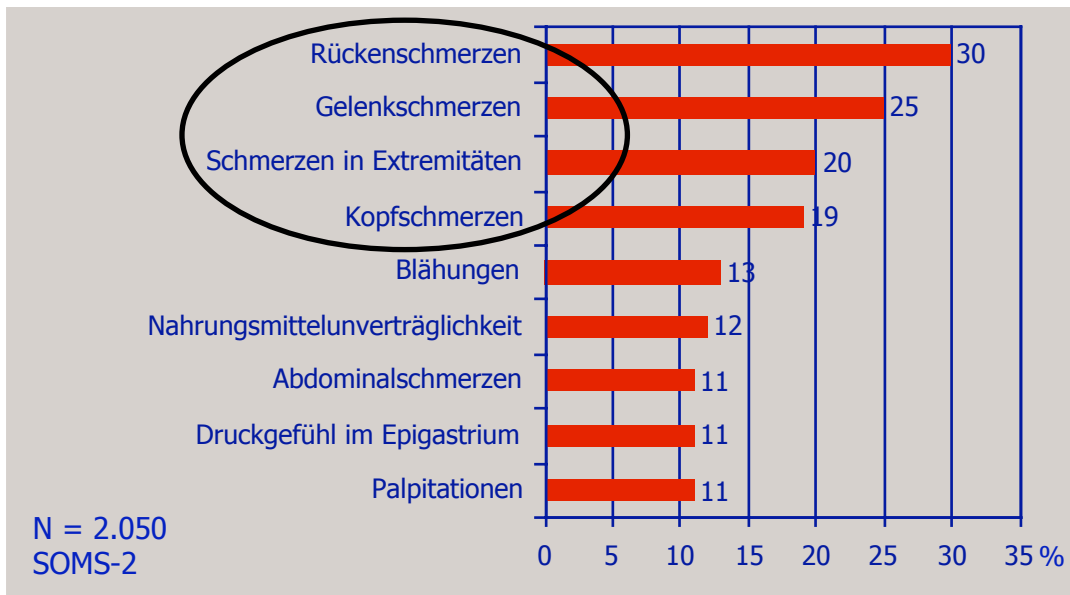
Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys 1998/99 (Jacobi et al. 2004)

Komorbiditätsmuster	Lifetime %
Depression und Angststörung	19
Depression und somatoforme Störung	8
Angst- und somatoforme Störung	12
Depression, Angst- und somatoforme Störung	12

N = 4.181

Häufigkeit medizinisch unklarer Symptome in Deutschland

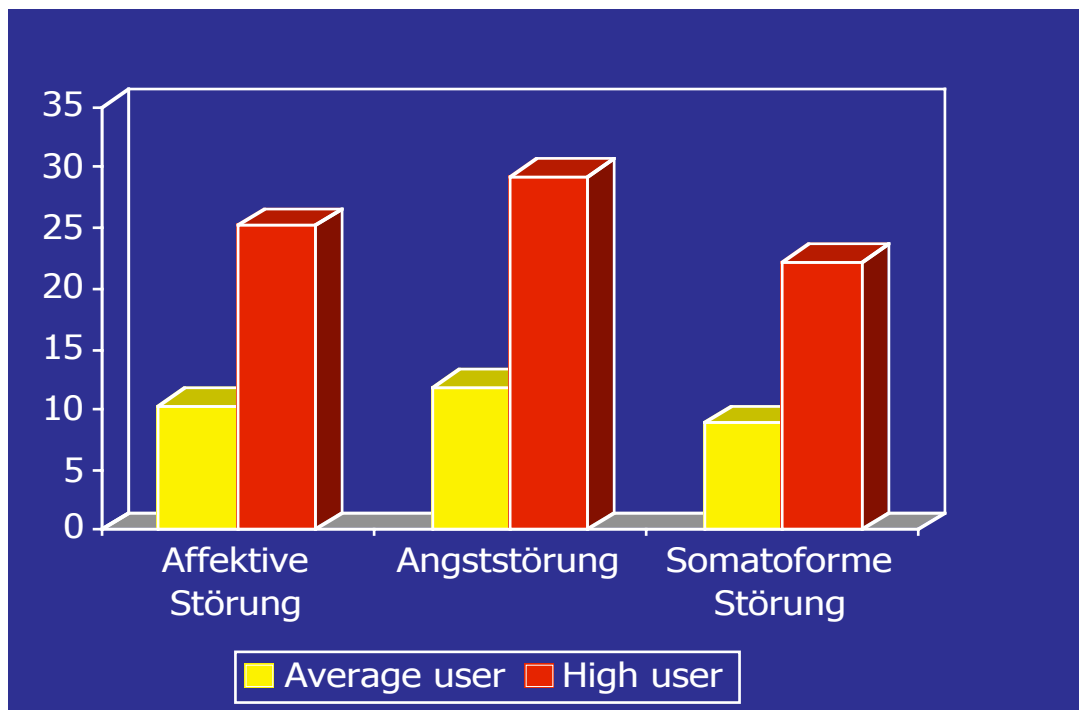
Repräsentativstudie 1994/95 (Rief et al. 2001)



Psychische Störungen und Nutzung medizinischer Dienste

Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys 1998/99 (Schmitz & Kruse 2002)

N = 3.726



Häufigkeit milder und schwerer somatoformer Symptome

Hiller et al., 2005 (Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology)

N = 2.552; repräsentative deutsche Bevölkerungsstichprobe

SOMS-7: Symptome nach DSM-IV und ICD-10 in den letzten 7 Tagen

mindestens 1 leichtes Symptom: 81,6%

mindestens 1 schweres Symptom: 22,1%

Somatoforme Störungen in der Allgemeinarztpraxis

de Waal et al. (2004)

Setting: 8 Allgemeinarztpraxen (im Verbund mit der Universität Leiden, Niederlande)

Stichprobe: konsekutive Pat., Alter 25-80 J.

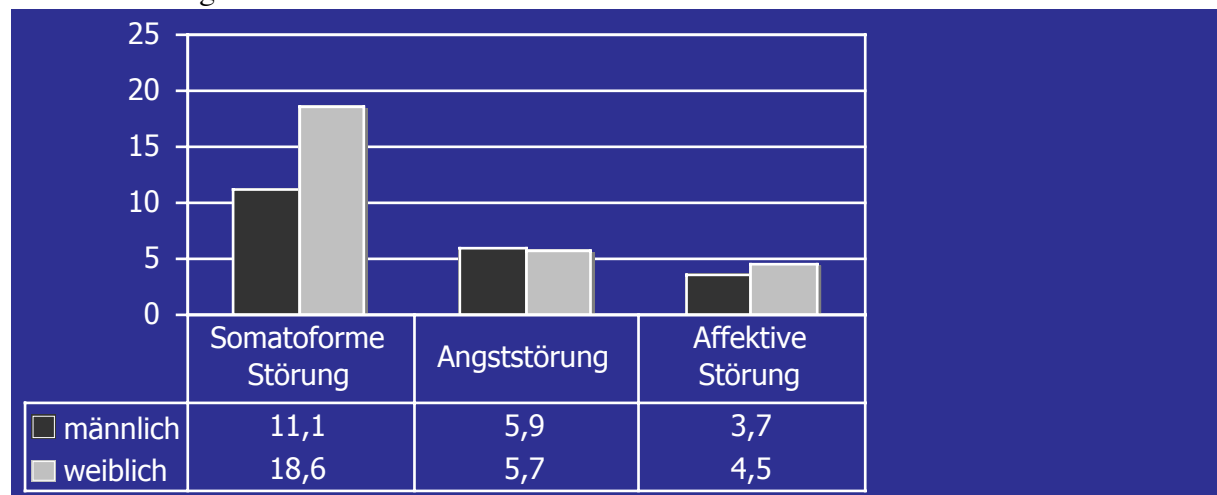
Ausschlusskriterien: Nihtholländer (Sprachprobleme), Unfähigkeit zur Teilnahme an einem Interview aufgrund des Gesundheitszustands

Prozedere: Screeningfragebogen an N=1.778; Rücklauf von N=1.046 (59%); danach Fragebogenscreening mit Identifikation von N=506 Hoch- (HRP) und N=540 Niedrigrisikopat. (NRP); von den HRP nahmen N=404 (80%) an einem Interview (SCAN) teil; von den NRP wurden N=82 (15%) zum Interview eingeladen, von diesen wiederum nahmen N=69 (84%) teil

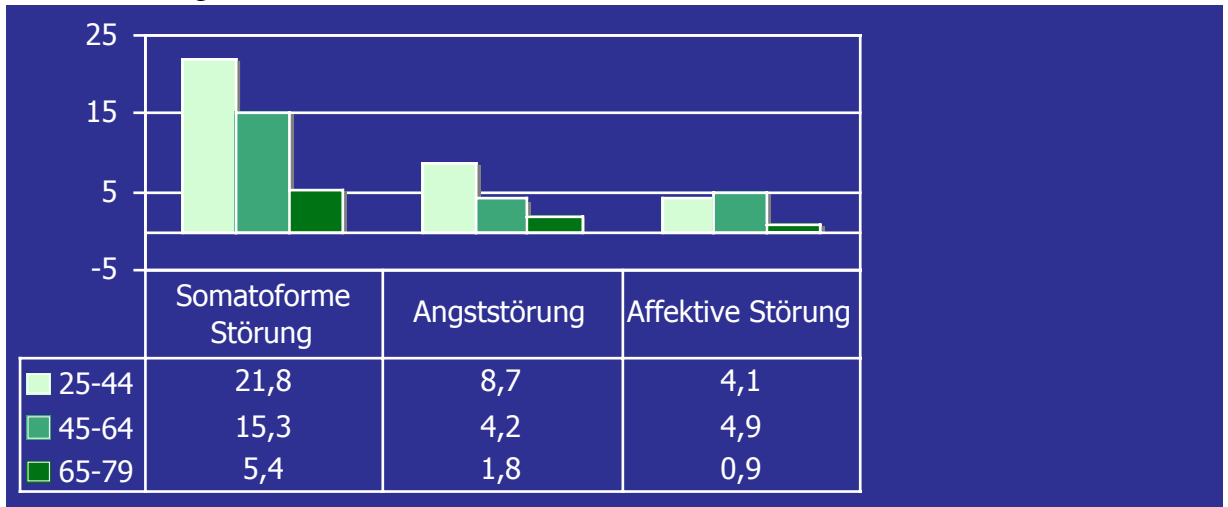
Ergebnisse:

- **DSM-IV-Diagnosen:** Somatoforme Störung 16,1%; Angststörung 5,5%; Affektive Störung 4,1%
- **Innerhalb der somatoformen Störungen:** Somatisierungsstörung 0,5%; undifferenzierte somatoforme Störung 13,0%; Schmerzstörung 1,6%; Konversionsstörung 0,2%; Hypochondrie 1,1%, Körperdysmorphie Störung 0%
- **Innerhalb der Angststörungen:** Panikstörung 2,7% (mit oder ohne APH; APH: ohne PAN in der Vorgeschichte); Agoraphobie 0,5%; Spezifische Phobie 1,8%; Soziale Phobie 0,8%; generalisierte Angststörung 0,8%, Zwangsstörung 0,5%; posttraumatische Belastungsstörung 0,2%
- **Innerhalb der affektiven Störungen:** Major Depression 2,9%; dysthyme Störung 0,8%; bipolare Störung 0,4%

Zusammenhang mit Geschlecht



Zusammenhang mit Alter



Komorbidität

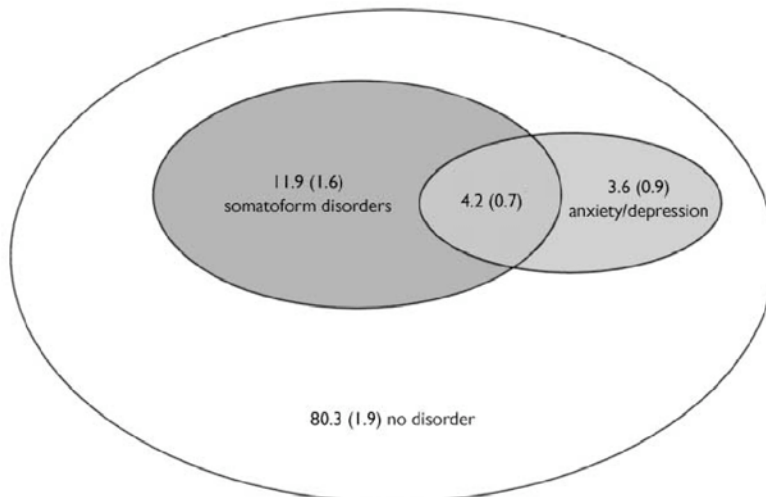


Fig. 1 Overlap between somatoform disorders and anxiety or depressive disorders: weighted prevalence (s.e.). Observed comorbidity, 4.20%; expected comorbidity, 1.26%; ratio=3.3. Within somatoform disorders: 26% anxiety and/or depressive disorders; within anxiety and/or depressive disorders: 54% somatoform disorders.

Somatoforme Störungen: Transkulturelle Besonderheiten

- Hohe Somatisierungsraten in China: (1) emotionale Probleme sind kulturell mit erheblichem sozialem und moralischem Stigma behaftet; (2) kulturspezifisch wird eine rigide emotionale und moralische Selbstkontrolle verlangt und gefördert; (3) Bemühen, die Familienharmonie durch Leugnung von Konflikten zu wahren; (4) betont somatopsychische Ausrichtung der traditionellen chinesischen Medizin
- Symptome überwiegend im Kopfbereich in Nigeria: im nigerianischen Denken spielt der Kopf bezüglich der Selbstwahrnehmung und -bewertung eine zentrale Rolle, so dass über ihn "symbolisch" psychische Probleme ausgedrückt werden
- "Herzaufregung" in einigen arabischen Kulturen: für Frauen besteht in manchen traditionellen islamischen Gesellschaften nur beschränkt die Möglichkeit, psychosoziale Belastungen auszudrücken

Somatoforme Störungen: Kulturspezifische "Erklärungen"

- # Zauberei, Verhexung u.ä. = in einigen Kulturen besteht die Überzeugung, dass somatische Symptome durch magische religiöse oder böse Kräfte hervorgerufen werden können (z.B. Senegal)
- # Kopfschmerzen = "Windkrankheit", die durch eine Imbalance der fünf Elemente hervorgerufen wird und auf Nichtbeachten bestimmter Rituale nach der Geburt zurückgehen kann (Vietnam)
- # Hwa Byung = koreanische Volkskrankheit mit Gefühl der Überblähung im Bauch; als Ursache wird ein inneres "Feuer" in Zusammenhang mit unterdrücktem Ärger angenommen, das eine verstopfende Masse erzeugt
- # Verbindung zwischen Psyche und Körper im sprachlichen Ausdruck: depressiv = "mein Herz ist schlecht" (Stamm der Igbos in Nigeria); auch in anderen Sprachen wenig Ausdrucksmöglichkeiten für psychische Belastungen

Soziokulturelle Faktoren, die Somatisierung begünstigen können

- Struktur des Versorgungssystems: Einrichtungen des medizinischen Systems sind so ausgerichtet, dass bei Klagen über körperliche Symptome eine Behandlung erfolgt
- Medizinische Behandlungen haben unmittelbare Folgen: Einnahme von Medikamenten, Bettruhe, körperliche Schonung, bescheinigte Arbeitsunfähigkeit, Versorgung durch andere; dies kann psychische Belastungen rasch reduzieren
- Nichtakzeptanz psychischer Probleme: gesellschaftlich oder individuell sind psychische Störungen mit einem negativem Stigma behaftet; dies wird durch die Präsentation somatischer Beschwerden "umgangen"

Ätiologische Faktoren somatoformer Störungen

- Genetische Risikofaktoren
(familiäre Belastung mit Alkoholismus)
(Soziopathie)
ggf. affektive Störungen
- Epidemiologische Risikofaktoren
(weiblich)
(niedriger sozialer Status)
kulturelle Prädispositionen
- Entwicklungspsychologische Risikofaktoren
familiäre Krankheitsmodelle
sexuelle Übergriffe
organmedizinisch orientierter Gesundheitsbegriff
- Auslösende Faktoren
kritische Lebensereignisse
organische Erkrankung
psychische Dauerbelastung (z.B. Ehepartner Alkoholiker)
tägliche Belastungen (daily hassles)
- Aufrechterhaltende Bedingungen
inadäquate Coping-Strategien
familiäre Interaktionen und Verstärkungsbedingungen
soziale Vorteile durch Krankheit
fehlendes soziales Stützsystem

Verhaltensmedizinisches Störungsmodell der somatoformen Störungen

(nach: Hiller, W. & Rief, W.: Kognitive Verhaltenstherapie bei somatoformen Störungen. In: Hautzinger, M. (Hrsg.). Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen, pp. 247-280. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1998; auch in: Rief, W. & Hiller, W.: Somatisierungsstörung und Hypochondrie, Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe, 1998).

Alltagsphänomene:

- Isolierte Symptome ohne Krankheitswert
- Vorübergehende Dysfunktionen
- Bagatellerkrankungen

z.B.: Müdigkeit, Kratzen im Hals, Kopfdruck, harmlose Blutergüsse, Steifheit der Gelenke, Schluckauf, Hautpickel, Rückenschmerzen, Rötung der Nase bei anhaltendem Schnupfen, Muskelkater, Warzen, Schwindelgefühl, Hautunregelmäßigkeiten, Durchfall

Körperliche Symptome im Alltag

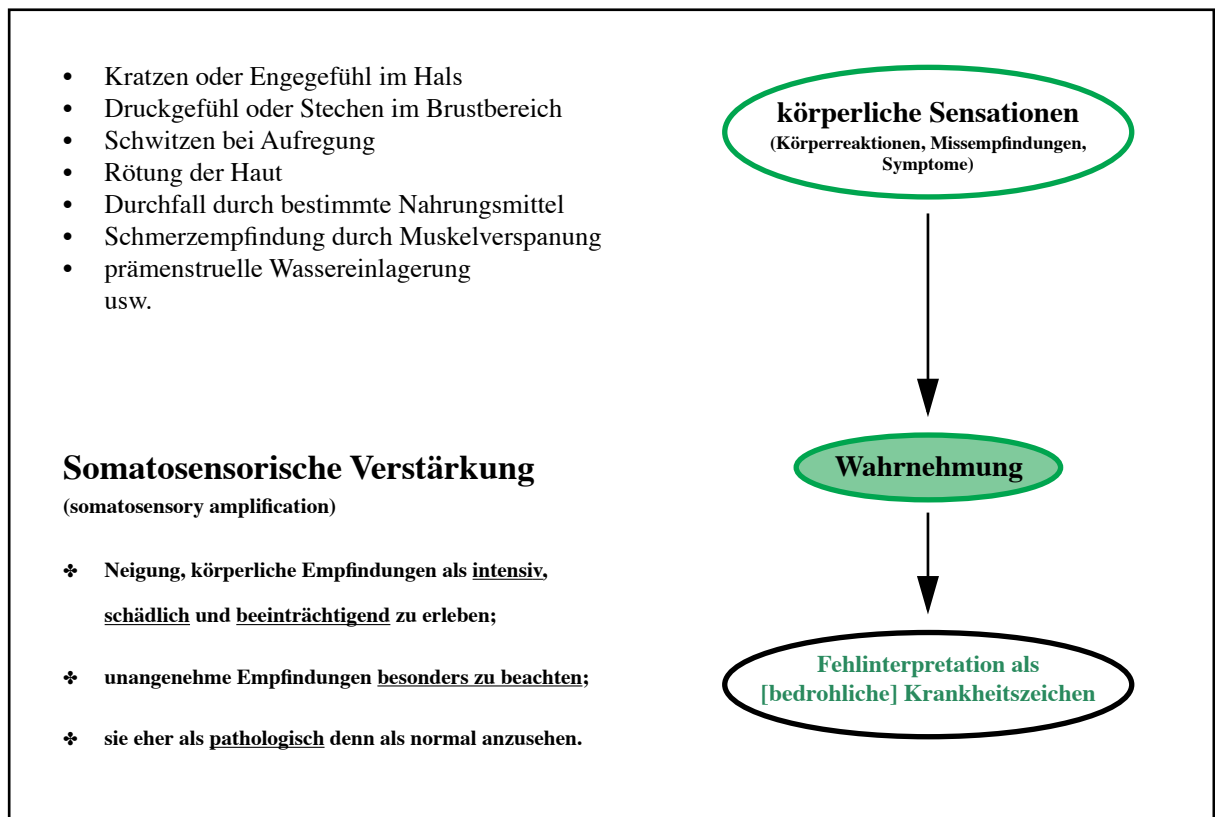
- *Bevölkerungsstudien:* 86-95% aller Menschen erleben mind. 1 Symptom in einer 2-4-Wochen Periode
- *Typischer Erwachsener:* Mind. 1 Symptom alle 4-6 Tage
- *Behandlungsformen:* 75-90% aller Bagatellsymptome werden außerhalb des schulmedizinischen Systems "behandelt" (z.B. Hausmittel)

[nach Barsky & Borus 1995]

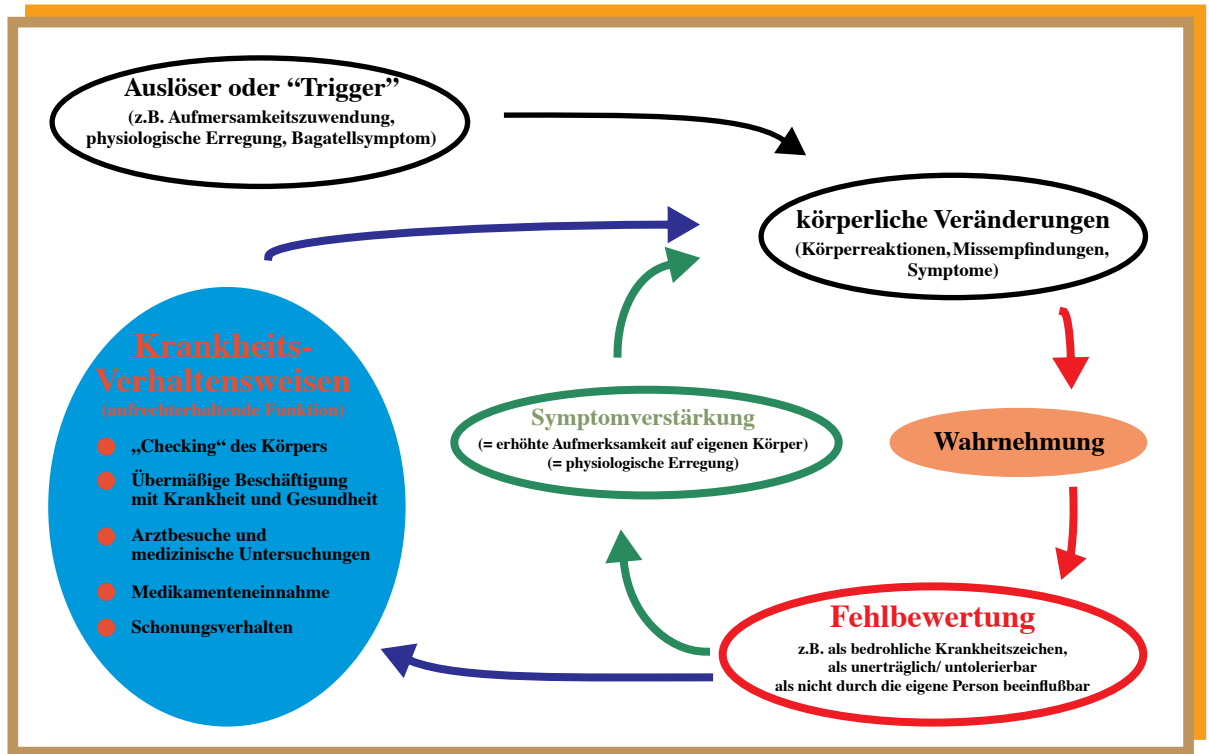
Pathogenese somatoformer Störungen: Mögliche Entstehungsbedingungen

- ◆ minimale organische Dysfunktionen
z.B. Darmträgheit, Bagatellkrankheiten (wie Erkältung)
- ◆ harmlose Schwellungen/ Hautunregelmäßigkeiten
z.B. Ödeme, prämenstruelle Wassereinlagerung, Leberflecken, Warzen
- ◆ Autonome oder hormonell bedingte Erregung
z.B. körperliche Gefühlsreaktionen
- ◆ Muskelverspannungen
z.B. Nacken- oder Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Schluckbeschwerden
- ◆ Hyperventilation
z.B. Schwindelgefühle, Benommenheit, Herzsensationen, Kribbelempfindungen
- ◆ Inaktivität
z.B. "Muskelkater", geringe körperliche Belastbarkeit, Herzklopfen
- ◆ Schlechter Schlaf
z.B. Müdigkeit, Benommenheit, Konzentrationsstörungen
- ◆ Physiologische Folgen von Speisen oder Getränken
z.B. Verdauungsbeschwerden nach Genuss verdorbener Speisen, Blähungen, Effekte von Alkohol inkl. Entzugserscheinungen oder "Kater"
- ◆ Nebenwirkungen von Medikamenten
z.B. Mundtrockenheit, Unruhe, Müdigkeit, Zittern

Das Störungsmodell (1. Teil)

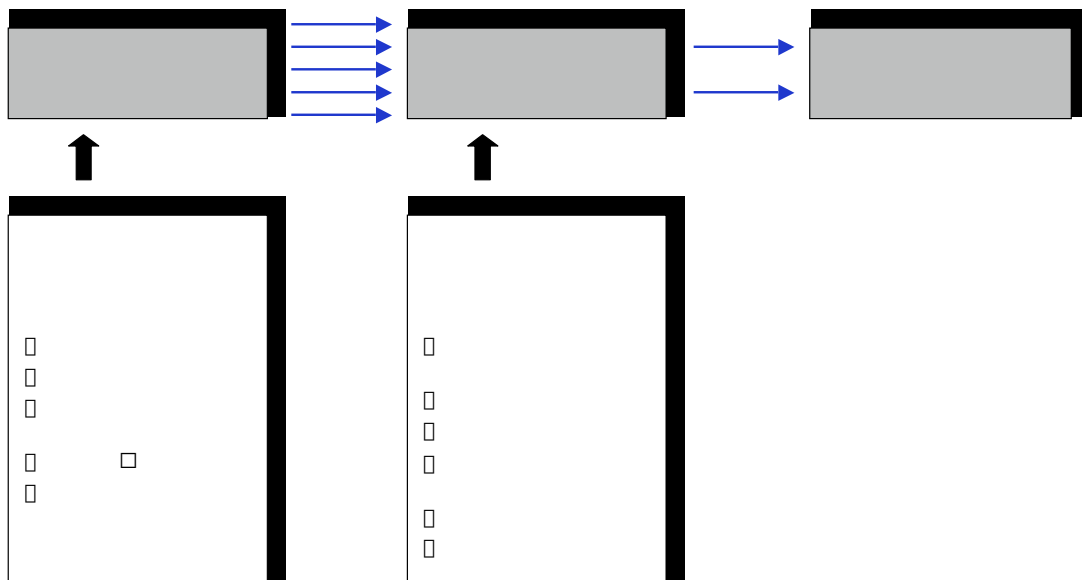


Das Störungsmodell (insgesamt)



Wolfgang Hiller, Universität Mainz

Ein Filtermodell der somatoformen Störungen (nach Rief)



Mechanismen der Entstehung und Aufrechterhaltung

- I. Dysfunktionale Kognitionen
- II. Katastrophisierung
- III. Erwartungen
- IV. Körperbezogene Aufmerksamkeit
- V. Kausalattributionen
- VI. Alexithymie

I. Dysfunktionale Kognitionen

Fragebogen zu Körper und Gesundheit (FKG) (W. Hiller/ W. Rief 1997)

Faktor 1: Katastrophisierende Bewertung (20 Items)

z.B.: Hinter Übelkeit steckt häufig ein nicht erkanntes Magengeschwür

Faktor 2: Intoleranz von körperlichen Beschwerden (7 Items)

z.B.: Wenn an meinen körperlichen Empfindungen etwas nicht stimmt, beunruhigt mich das sofort

Faktor 3: Körperliche Schwäche (9 Items)

z.B.: Ich bin körperlich nicht mehr stark belastbar, da meine Leistungsfähigkeit allmählich nachlässt

Faktor 4: Vegetative Missempfindungen (6 Items)

z.B.: Ich habe oft Herzklopfen, da mein Kreislauf besonders empfindlich ist

Faktor 5: Gesundheitsverhalten (4 Items)

z.B.: Ich achte darauf, mich gesund zu ernähren

Faktor 1: Katastrophisierende Bewertung (20 Items)

- Plötzlich auftretende **Gelenkschmerzen** können eine beginnende **Lähmung** ankündigen
- Gesund ist man, wenn man keine körperlichen Empfindungen hat
- Entweder ich oder mein Arzt müssen in der Lage sein, für alle körperlichen Beschwerden eine Erklärung zu finden
- Bei **Verstopfung** sollte man umgehend einen Facharzt aufsuchen, um sicherzugehen, dass man keinen **Darmkrebs** hat
- Die schlimmsten Krankheiten entwickeln sich unbemerkt und brechen dann irgendwann aus
- Körperliche Beschwerden sind immer Anzeichen von Krankheit
- **Hautrötungen** sind ein bedrohliches Zeichen für **Hautkrebs**
- Fühle ich mich **körperlich schlapp**, hat dies oft **etwas Schlimmes** zu bedeuten
- Bei **Gelenkschmerzen** sollte man sich **schonen**
- Wenn man **stark schwitzt**, kann das **Herz** überlastet sein
- Der häufigste Grund für **Unwohlsein** ist eine **schwere Erkrankung**
- Wenn ich unerwartet körperliche Beschwerden habe, muss ich ernsthaft krank sein
- Hinter **Übelkeit** steckt häufig ein nicht erkanntes **Magengeschwür**
- Bei **Halsbeschwerden** sollte man sich sofort untersuchen lassen, um sicherzugehen, dass man keine **Kehlkopferkrankung** hat
- Wenn ein Arzt mich zu einer Untersuchung überweist, ist er davon überzeugt, dass etwas Ernsthaftes vorliegt
- Nur wer sich körperlich schont, bleibt langfristig gesund
- Ein gesunder Körper verursacht keine Beschwerden
- Wenn die **Beine kribbeln**, habe ich **Durchblutungsstörungen**
- Wenn ich **Blähungen** habe, frage ich mich die ganze Zeit, was dies zu bedeuten hat
- **Kribbeln in den Beinen** kann ein ernsthaftes Signal für eine **Nervenerkrankung** sein

Studie von Hiller et al. (1997)

[Hiller, W., Rief, W., Elefant, S., Margraf, J., Kroymann, R., Leibbrand, R., Fichter, M.M.: Dysfunktionale Kognitionen bei Patienten mit Somatisierungssyndrom. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 26, 1997, 226-234]

Vergleich: I. Somatisierungspatienten (N=159); II. Klinische Kontrollgruppe (N=30); III. Gesunde Kontrollpersonen aus der Bevölkerung (N=101)

Ergebnisse im FKG: Skalen 1 und 2: I>(II=III); Skalen 3 und 4: I>II>III; Skala 5: I=II=III

II. Katastrophisierung

Hitchcock & Mathews (1992): Bewertung körperlicher Symptome

Experiment 1:

In der Mitte eines Tages, an dem viel los ist, fühlt sich Ihre Brust angespannt an und Sie merken, dass Sie Schweißausbrüche und Hitzewallungen bekommen

- (1) Das könnte eine Herzattacke sein (katastrophisierend)
- (2) Ich habe mich vielleicht erkältet (Krankheit ohne Notfall)
- (3) Ich frage mich, ob ich mich über irgendetwas aufgeregt habe (emotional)
- (4) Es ist zu heiß in diesem Raum (neutral)

Experiment:

Pbn.: 291 Studenten; 20,1 Jahre alt; 63% Frauen

Einschätzung: Rating aller vier Reaktionsformen auf numerischer Skala (1 = trifft gar nicht zu; 4 = trifft zu)

Ergebnisse: Korrelation der IAS: 0,43 mit "katastrophisierend", 0,36 mit "Krankheit ohne Notfall", 0,28 mit "emotional" und -0,10 mit "neutral"

Experiment 2:

Original: Als Du eine schwere Kiste hochhebst, bemerkst Du einen Schmerz in Deiner Brust und im Arm und stellst fest, dass Du Dich übernommen hast

Bedrohlich: Als Du eine schwere Kiste hochhebst, bemerkst Du einen Schmerz in Deiner Brust und im Arm und stellst fest, dass Du Dein Herz überanstrengst

Nicht bedrohlich: Als Du eine schwere Kiste hochhebst, bemerkst Du einen Schmerz in Deiner Brust und im Arm und stellst fest, dass sie zu schwer ist

Experiment:

Pbn.: 109 Studenten; 22,3 Jahre alt; 66% Frauen

Vorgehen: Zunächst Präsentation von Sätzen mit körperlichen oder sozialen Inhalten; später Wiedererkennen

Ergebnisse: Pb. mit hohen Hypochondrie-Werten (IAS) bewerteten "bedrohliche" Sätze häufiger als identisch mit dem Original

III. Erwartung

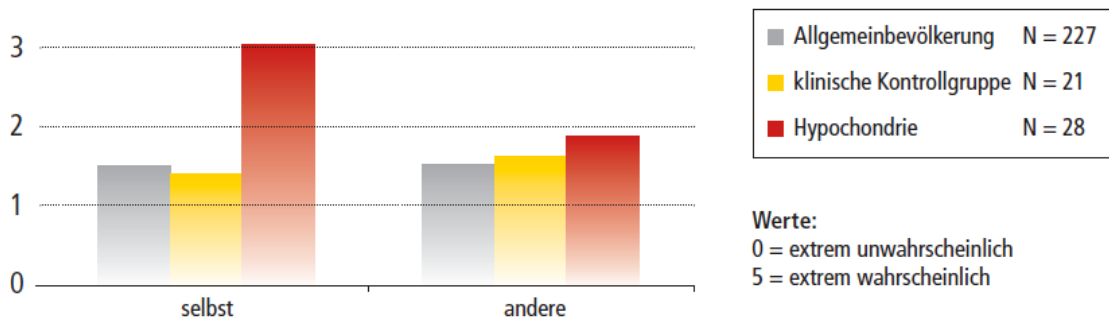
Subjektive Einschätzung des Erkrankungsrisikos

Studie von G. Bleichhardt (Universität Mainz, 2007)

Fragebogen zur Erkrankungswahrscheinlichkeit (FEWK), Testteile „selbst“ und „andere“

N = 276, Cronbach's $\alpha = 0,93$ („selbst“) und $0,84$ („andere“)

Ergebnisse für „schwere Krankheiten“:



Psychologisch (-experimentell) induzierte somatoforme Symptome

- *Studie von Bayer et al.* (Anxiety in experimentally induced somatoform symptoms, *Psychosomatics*, 34, 1993, 416-423): Vpn d. Bevölkerung mit Anzeigen und Flyer angesprochen; Info: Schmerzexperiment; 78% der ♂ und 18% der ♀ erklärten sich bereit \Rightarrow Stichprobe mit N=99, Alter 31,2 J (20-50 J.); 81 ♂ und 18 ♀; 59% Schwarze; Honorar \$ 20
- *Prozedur*: ♦ Gerät mit Aufschrift "Schock-Generator" ♦ 2 Elektroden supraorbital befestigt ♦ Geräusch, das sich mit "Hochschalten" alle 5 min. verstärkte ♦ Erklärung: ein nicht-entdeckbarer elektrischer Strom werde durch den Kopf geleitet, der harmlos sei ♦ monitorgestützte Schmerzmessung zwischen 0 und 15 (10 = Toleranzschwelle für die Einnahme von Analgetika) ♦ 6 Ratings innerhalb von 5 "Stromstufen" ♦ Exp.-Gruppen: zusätzlich Rating von Angst und Hunger ♦ Vpn hinterher über Versuch aufgeklärt
- *Ergebnisse*: 55 der Vpn berichteten Schmerz ♦ weitere 23 Vpn gaben punktuell Schmerz an, verneinten aber Schmerzerleben bei nachträglicher Befragung ♦ 3 Vpn berichteten andere Sensationen: Mundtrockenheit, Verspannung im Nacken, pulsierende Empfindung ♦ 7 Schmerz nur im Elektrodenbereich, 7 im erweiterten Elektrodenbereich, 11 sowohl im Elektroden- als auch in anderen Bereichen, 28 nur in anderen Bereichen des Kopfes
- *Gruppenvergleiche*: 1. keine sign. Unterschiede bzgl. Schmerzstärke und Anzahl Vpn mit Schmerzerleben; 2. sign. Anstieg der Schmerzstärke bei "Hochschalten", aber keine sign. Unterschiede zwischen den Gruppen; 3. sign. Unterschiede innerhalb der Gr. m. Schmerz + Angst - Rating: Angstanstieg bei Vpn mit Schmerzerleben, Angstrückgang bei Vpn ohne Schmerzerleben
- *Plausibilität des Experiments*: Glaubwürdigkeit auf 0-100-Skala eingeschätzt; mittl. Wert zu Beginn des Experiments 84,6%, am Ende des Experiments 91,4%
- *Fazit*: 1. körperliche Symptome können psychologisch induziert werden; 2. gleichzeitige Selbstbeobachtung von Angst bzw. Hunger beeinträchtigt nicht das Schmerzerleben; 3. keine Bestätigung des Alexithymie-Modells

Hirnaktivität bei Erwartung und Schmerzwahrnehmung

The subjective experience of pain: Where expectations become reality

Tetsuo Koyama*, John G. McHaffie*, Paul J. Laurienti†, and Robert C. Coghill*‡§

*Department of Neurobiology and Anatomy and †Division of Radiological Sciences, ‡Center for the Study of Pharmacologic Plasticity in the Presence of Pain, Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, NC 27157-1010

- *Studie von Koyama et al.* (PNAS, 2005, 102, 12950-5): N=10 gesunde Freiwillige, 24-46 J. alt; Stimulator: Schmerzreiz über Thermostimulator, 16x16mm Kontaktplatte am rechten unteren Bein befestigt, Normaltemperatur 35°
- *Vorgehen*: Serie von Einübungsdurchgängen (Dauer jeweils 120 Sek.): Anfangs Ruhe, dann Erwartungsintervall, dann Schmerzstimulation, dann wieder Ruhe; Erwartungsintervall wurde durch kurzen Ton eingeleitet und beendet, Dauer 7.5, 15 u. 30 Sek, daraufhin Erhitzung der Metallplatte auf 46, 48 oder 50°, das wurde zunächst trainiert; dann fMRI: 30 trials, bei einigen Trials falsche Ankündigung („false expectations“): 15 Sek => 50°, 30 Sek => 48°; erfasst wurde der subjektiv erwartete und erlebte Schmerz (jeweils mit VAS)
- *Ergebnisse I*: In der beobachteten Hirnaktivität erhebliche Überlappungsbereiche zwischen Erwartungs- und Schmerzphase, v.a. subkortikal (Thalamus, anteriore Insula)
- *Ergebnisse II*: Korrelation $r = 0,88$ zwischen erwartetem und erlebtem Schmerz
- *Ergebnisse III*: Falls 48° angekündigt, jedoch 50° gegeben: deutliche Reduktion des subjektiv erlebten Schmerzes => minus 28,4%, was einer zu erwartenden Schmerzreduktion einer analgetischen Dosierung von Morphin (0,08 mg/kg Körpergewicht) entspricht; keine signifikante Unterschiede mehr zur Bedingung 48°/48°)
- *Ergebnisse IV*: Gehirnaktivität in der 48°/50°-Bedingung: tatsächliche Schmerzintensitätsbezogene Aktivität deutlich reduziert, entspricht jetzt überwiegend der Bedingung 48°/48°
- *Zusammenfassung*: Veränderte Erwartungen beeinflussen die schmerzbezogene Hirnaktivität in verschiedenen Regionen

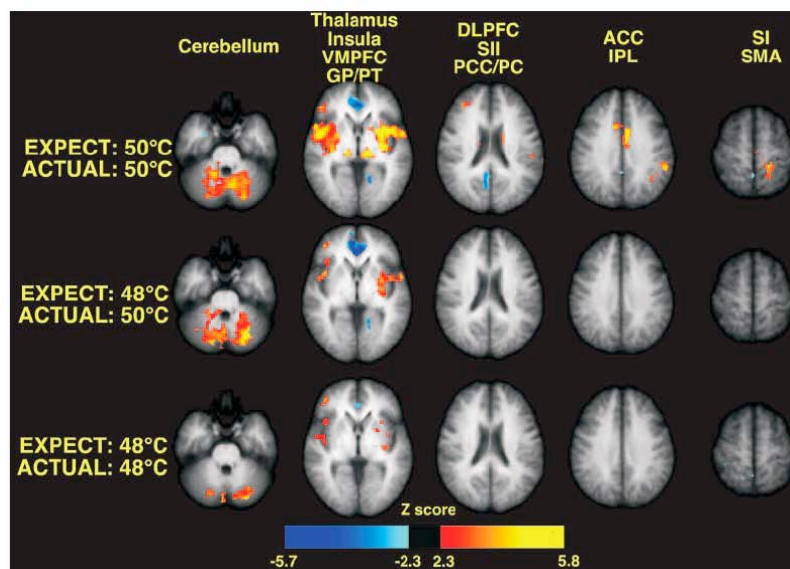


Fig. 3. Expectations for decreased pain significantly reduce pain-related brain activation during 50°C stimulation (image left = right brain).

IV: Körperbezogene Aufmerksamkeit

Schmidt et al. (1994): Aufmerksamkeit und Erwartungen bei körperlichen Symptomen

Experiment: 109 Studenten; 20,9 Jahre alt

47 körperliche Symptome wurden eingeschätzt in 14 Abschnitten (diverse Körperregionen)

I. Kontrollgruppe: Zwischen den Abschnitten Naturfilm und Mozart

II. Aufmerksamkeitsinstruktion (beobachten Sie die betreffenden Körperfunktionen sehr genau!)

III. Erwartungsinstruktion (gesunde Personen entwickeln die betreffenden Körperfunktionen desöfteren !)

IV. Kombination von II + III

Ergebnisse:

1. Symptome und Intensität: I < II, III, IV
2. kein signifikanter Unterschied zwischen II, III und IV
3. kein kumulativer Effekt bei IV

V. Kausalattributionen

Sensky et al. (1996): Kausalattributionen von körperlichen Symptomen

14 GP-Pat. mit häufigen Praxisbesuchen gematcht mit 14 Pat. mit wenigen Praxisbesuchen [“Frequent vs. Infrequent Attenders”]; Statements über körperliche Symptome werden genannt (z.B. “Sie fühlen sich plötzlich schwindelig” oder “Sie merken, dass Ihr Mund trocken ist“)

- Pat. sollen 1 Min. lang so viele Gründe wie möglich aufschreiben, warum dieses Symptom bei ihnen einmal auftreten könnte
- Bei weiteren Statements mit somatischer Attribution sollen sie 1 Min. lang so viele Gründe wie möglich nennen, warum die Erklärung wahr oder falsch sein könnte

Ergebnisse:

1. Pat. mit häufigen Praxisbesuchen geben weniger normalisierende Gründe (aber keine Unterschiede bzgl. psychologischer oder somatischer Attributionen)
2. Pat. mit häufigen Praxisbesuchen geben weniger Argumente gegen die somatischen Attributionen

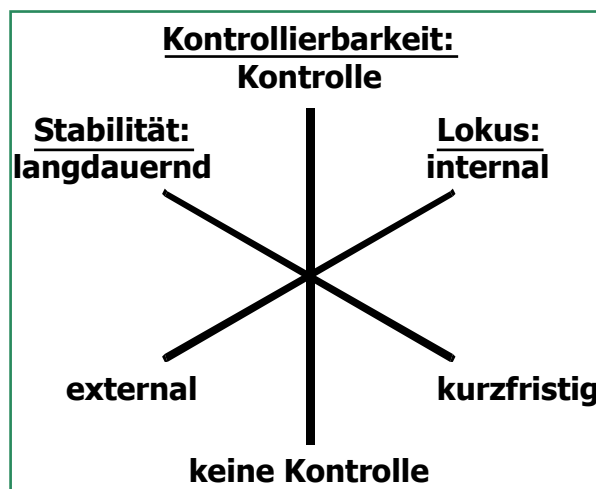
Attributionen körperlicher Symptome

- *Allgemeine Attributionsmuster:* ↗ normalisierend (z.B. externe Bedingungen, Bagatellerkrankungen); ↗ psychologisch (z.B. Stress); ↗ somatisch (z.B. Krankheit)
- *Attribution der Zeitdimension:* ↗ situativ (z.B. vorübergehende Müdigkeit, Überanstrengung, Schlafmangel, falsche Ernährung); ↗ dispositionell (z.B. Persönlichkeit, körperliche Krankheit, konstitutionelle Schwäche)
- *Krankheitsmodelle (~ schemata):* ↗ welche Krankheit ↗ welche Ursache ↗ welcher Verlauf ↗ welche Folgen ↗ Heilbarkeit ?
- *Duales medizinisches Denken:* ↗ somatisch versus psychologisch
- *Determinanten der Attribution:* ↗ kulturelle Einflüsse ↗ medizinisches Wissen ↗ Verfügbarkeit von medizinischen Diensten ↗ Coping-Ressourcen

[nach Kirmayer et al. 1994; Robbins & Kirmayer 1991]

Kausalattributionen bei Körpersymptomen

- K. werden von Pat. mit körperlichen Symptomen und Krankheiten sehr häufig entwickelt (~ 70-95%)
- Fehlende Kausalattribution führt zu psychologischer Belastung (distress)
- K. bessern das körperliche und emotionale Wohlbefinden
- K. erhöhen das Gefühl, mehr Kontrolle über seine Umgebung und Ereignisse zu haben und zielgerichtet handeln zu können
- Pat. mit ernsten Krankheiten entwickeln mehr K., diese sind allerdings durch geringere subjektive Gewissheit gekennzeichnet
- 3 Dimensionen: Kontrollierbarkeit, Stabilität, Lokus



- weitere Unterscheidung: einfache vs. komplexe K. (Grad der Differenziertheit)
- internal vs. external:
 - (1) bei unbekannten oder unerwarteten Symptomen suchen die meisten Personen zunächst nach externalen Ursachen
 - (2) nach internalen Ursachen wird erst dann gesucht, wenn plausible externe Faktoren nicht gefunden werden
 - (3) internale Faktoren werden meist als abnorm (pathologisch) bewertet, dagegen externe Faktoren als normalisierend [Robbins & Kirmayer 1991]
- andere Personen verantwortlich machen/beschuldigen (= besondere Form der externalen K.), meist unter folgenden Bedingungen:
 - (1) jemand steht zur Verfügung
 - (2) es handelt sich um eine Person mit Autorität oder besonderen Kenntnissen/Fertigkeiten
 - (3) der Anschuldigende kennt die Person nicht besonders gut; zwischen Anschuldigung und Anpassung/Bewältigung besteht ein negativer Zusammenhang [Tennen & Affleck 1990]
- sich selbst verantwortlich machen/beschuldigen (= besondere Form der internalen K.), oft mit Depression verbunden, aber auch mit verbesserten Therapieerfolgen und Bewältigung der Krankheit

[nach Sensky 1997]

Studie zu Kausalattributionen bei somatoformen Störungen (Hiller et al. 2008)

Wie erklären sich Patienten mit SFD ihre Symptome ?

Studie mit 79 stationären psychosomatischen Patienten, untersucht mit dem Causal Attributions Interview (CAI)

Reliabilität: κ -Werte > 0,50 für 8 Kategorien, hohe prozentuale Übereinstimmungswerte

Die Patienten wurden mit dem CAI untersucht, einem halbstrukturierten Interview, bei dem die Personen nach einzelnen somatoformen Symptomen befragt werden. Sie können jedes Symptom eine oder mehreren der 16 folgenden Kategorien zuordnen:

- A. Körperliche Erkrankung
- B. Vererbung
- C. Ungesunde Lebensweise
- D. Umweltbelastungen
- E. Unfallfolgenden und Folge medizinischer Behandlungen
- F. Körperliche Überbelastung
- G. Verdrängte innere Konflikte
- H. Alltägliche Hetze und Zeitdruck
- I. Belastende Lebensereignisse
- J. Konflikte am Arbeitsplatz bzw. in der Schule oder Ausbildung
- K. Probleme in der Familie/Partnerschaft bzw. im freundeskreis
- L. Wettereinfluss
- M. Soziale Lebenssituation
- N. Hormonelle Veränderungen
- O. Psychische oder seelische Probleme
- P. Sonstige Ursachen

- Zahl der berichteten Symptome = 392 [am häufigsten: Rückenschmerzen (65,8% der Patienten), Kopfschmerzen (53,2%), Blähungen (43,0%), Bauchschmerzen (39,2%), Schmerzen in den Extremitäten (31,7%), Gelenkschmerzen (27,9%), Brustschmerzen (26,6%)]
- Zahl der spontan genannten Attributionen: 749 (= 1,91 pro Symptom)
- Zahl der im CAI genannten Attributionen: 1009 (= 2,57 pro Symptom)
- Verteilung der Kausalattributionen:

	Häufigkeit %	Gewichtung M	Zeitverlauf
Körperliche Erkrankung	41,1	54,3	-8,2
Vererbung	6,9	31,8	+2,8
Ungesunde Lebensweise	18,6	35,6	+6,9
Umweltbelastungen	3,8	16,3	+2,6
Folge von Unfall oder medizinischer Behandlung	9,4	44,7	+3,8
Körperliche Überbelastung	29,1	42,3	+15,1
Verdrängte innere Konflikte	17,6	34,4	+12,0
Alltägliche Hetze und Zeitdruck	21,4	28,0	+14,8
Belastende Lebensereignisse	14,8	34,2	+7,7
Konflikte am Arbeitsplatz/ Schule	8,9	24,7	+5,6
Probleme in der Familie/ Partnerschaft/ Freunden	13,3	28,0	+9,2
Wettereinfluss	8,9	20,3	+4,8
Soziale Lebenssituation	6,9	23,1	+5,4
Hormonelle Veränderungen	7,1	41,0	+3,1
Psychische oder seelische Probleme	46,9	44,0	+35,3
Sonstige Ursachen	2,6	64,0	-8,2

VI. Alexithymie

Konzept der "Alexithymie"

1. Psychoanalytisch

- Persönlichkeit mit starker Disposition zu psychosomatischen Störungen (Nemiah & Sifneos, 1970)
- Schwierigkeiten beim Erkennen und Ausdrücken von Emotionen
- Schwierigkeiten in der Unterscheidung von Emotionen und körperlichen Sensationen
- reduzierte imaginative Fähigkeiten, Phantasiearmut
- konkreter, realitätsbezogener Denkstil

2. Verhaltensmedizinisch

- Konditionierte Hemmung der Ausdrucksmotorik als möglicher ätiologischer Faktor bei der Entstehung von Krankheiten (nach Birbaumer, 1986)
- starkes Gefühl wird nicht motorisch ausgedrückt, jedoch werden die vegetativ-endokrinen Anteile ausgelöst (z.T. mit Folge einer "viszerale Agnosie")
- Die körperlichen Emotionsanteile lösen spezifische Erwartungen an die Reaktion der Umgebung aus (die jedoch nicht meist erfolgen, da die Umgebung die Gefühle nicht erkennen kann)
- Motorische Hemmung wird vom ZNS als Bewegungsrestriktion verarbeitet (was wiederum als unkonditionierter aversiver Reiz mit der Folge vegetativer und hormoneller Gegen- und Dysregulationen wirkt)
- Bestehenbleiben der vegetativ-endokrinen Gefühlsanteile mit Überaktivierung betroffener Organe

Lifetime-Diagnosen (DSM-III-R) bei Pat. mit somatoformen Beschwerden und hoher Alexithymie (TAS \geq 74) (Angaben in %; nach Bach et al. 1994)

Diagnosen	TAS \geq 74 (N=19)	TAS < 74 (N=26)	
ANGSTSTÖRUNG	100	100	
Panikstörung ohne Agoraphobie	58	81	⇒
Agoraphobie	26	4	⇐
Generalisierte Angststörung	68	69	
Zwangsstörung	21	8	⇐
Soziale Phobie	69	35	⇐
Einfache Phobie	42	31	
SOMATOFORME STÖRUNG	74	58	⇐
Somatisierungsstörung	21	12	
Hypochondrie	63	50	
Undifferenzierte somatoforme Störung	26	19	
DEPRESSIVE STÖRUNG	48	46	
STÖRUNG MIT PSYCHOTROPEN SUBSTANZEN	53	73	⇒
Alkoholmissbrauch/ -abhängigkeit	32	39	
Drogen-/ Medik.-missbrauch/ -abhängigkeit	47	65	⇒
ESSSTÖRUNG	11	0	
Mittlere Zahl von DSM-III-R-Diagnosen	4.6	3.6	
Alter bei Beginn der 1. Störung	19.6	20.8	
Alter bei Beginn der somatoformen Störung	20.9	21.9	
Bisherige Krankheitsdauer	19.2	12.4	⇐

Ansätze zur Therapie somatoformer Störungen

Ansatz von Kellner (1982)

- Information über psychophysiologische Prozesse
- Betonung der selektiven Wahrnehmung des Patienten

Gruppentherapieprogramm von Barsky (Barsky et al. 1988; Barsky 1996)

- Kognitiv-edukatives Vorgehen
- Identifikation von somatosensorischen Verstärkern
- Aufmerksamkeit, Entspannung, Kognitionen, situativer Kontext
- Reattribuierung bei harmlosen Symptomen
- Die Rolle von Emotionen (und Abhängigkeitskonflikten)

Dreistufiges Beratungsmodell (Goldberg et al. 1989)

- 1. Phase: sich verstanden fühlen
- 2. Phase: das Thema verändern
- 3. Phase: Verbindungen herstellen

Kognitiver Ansatz von Warwick & Salkovskis (1989)

- Symptomtagebücher
- Veränderung von Krankheitsüberzeugungen
- Verhaltensexperimente
- Verzicht auf „Rückversicherungen“

Ambulante Gruppentherapie von Smith und Mitarbeitern (z.B. Kashner et al. 1995)

- Information, Coping, Symptombewältigung
- Umgang mit Ärzten/ medizinischem System
- Verbesserung der Lebensqualität

Verhaltensmedizinisches Behandlungskonzept von Rief & Hiller (1998, 1999)

- Edukation, individuelles Krankheitsmodell
- Modifikation dysfunktionaler Kognitionen
- Abbau von Schonungs- und Krankheitsverhalten

Kognitive Verhaltenstherapie der Hypochondrie von Bleichhardt & Weck (2007)

am Psychologischen Institut der Universität Mainz entwickelt

Die vier Schritte der psychotherapeutischen Behandlung somatoformer Störungen (nach Rief & Hiller, 1998, 1999)

- für psychologischen Therapieansatz motivieren
 - Patienten und seine Symptome ernstnehmen
 - evtl. zeitliche Befristung vereinbaren

- Einführung eines psychobiologischen Krankheitsmodells
 - Erklärung der Symptome durch psychische Funktionen (z.B. durch selektive Aufmerksamkeit, Stress, Anspannung, Ängstlichkeit, Depressivität)
 - Ziel: Abbau eines rein körpermedizinischen und Aufbau eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses

- Evaluation dieses Modells
 - Einsatz von Symptomtagebüchern
 - Verhaltensexperimente
 - Entspannungsmethoden
 - Biofeedback
 - Reattribution von Krankheitsüberzeugungen
 - ergänzend Abbau depressiver Denk- und Verhaltensmuster und evtl. Verbesserung der Angstbewältigung

- Reduktion bzw. Abbau von Krankheits- und Vermeidungsverhalten
 - Abbau von "Checking"-Verhaltensweisen
 - Reduktion von Arztkonsultationen/ Rückversicherungen
 - Abbau von hypochondrischem Vermeidungsverhalten
 - Abbau von Schonungsverhalten, stattdessen körperliche Aktivierung und Aufbau von sozialen Kompetenzen und Eigenverantwortlichkeit
 - Reduktion des Medikamentenkonsums
 - Kognitive Methoden zur Verminderung des übermäßigen Beschäftigtseins mit den eigenen Symptomen/ Körperfunktionen

Studie zur stationären verhaltensmedizinischen Behandlung somatoformer Störungen (Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee) inkl. Kosten-Nutzen-Analyse

siehe: Hiller, W., Fichter, M.M., Rief, W. (2003). A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of health care utilization and cost-effectiveness. Journal of Psychosomatic Research, 54, 369-380.

KVT bei Somatisierungsstörung (Allen et al., 2006)

Ort: Dpt. Psychiatry, Robert Wood Johnson Medical School, Piscataway, USA, 1999-2003

Design: RCT, (1) 10 Sitzungen KVT + Standardbrief an GP, (2) nur Standardbrief an GP

Ein- und Ausschlusskriterien: SD (SCID), CGI-SD-Score ≥ 4 (mind. mittel-gradige Somatisierung), keine instabile medizinische Situation, keine instabile Medikation in letzten 2 Monaten, akute Suizidalität, Psychose in der Vorgeschichte, gegenwärtige Substanzabhängigkeit, Schwangerschaft

N: 48

Outcomemessung: CGI-SD (Global Clinical Impression für Somatization Disorder) mit 1 Item-Rating des globalen Schweregrads sowie der Verbesserung; SF-36 und diverse sekundäre Outcomemaße

Messzeitpunkte: Prä, Post, 9 und 15 Monate nach Prä

Auswertungsmethode: Intention-to-Treat

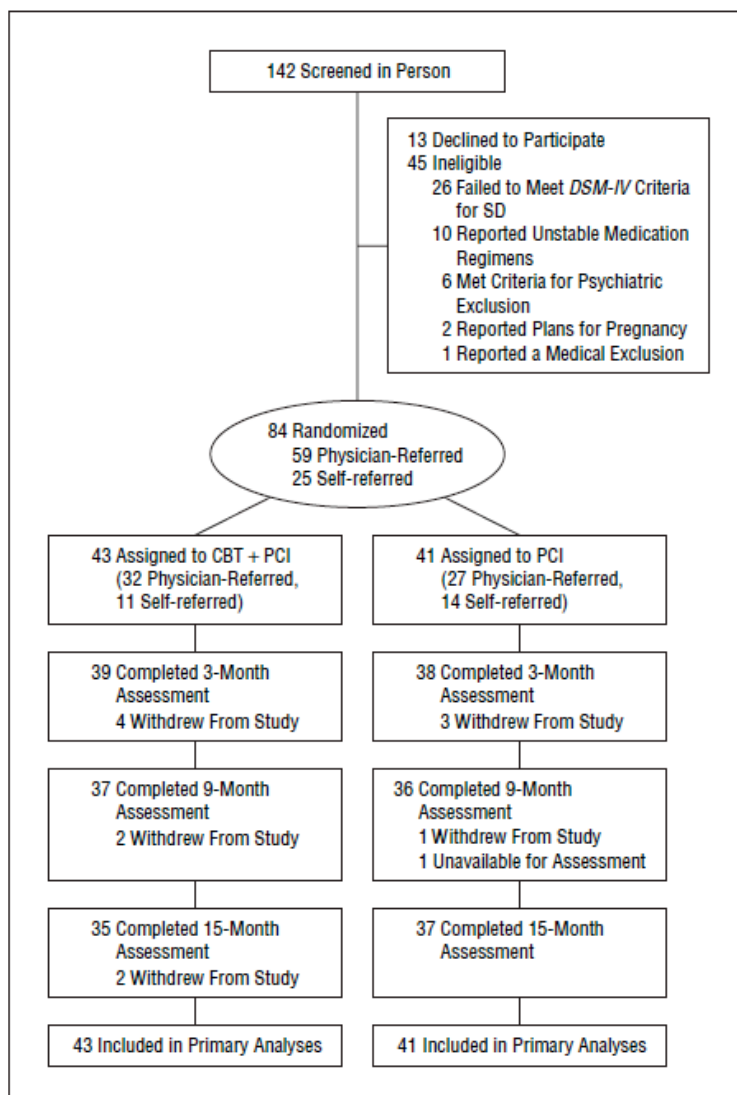


Figure 1. Flow of participants throughout the study. CBT indicates cognitive-behavioral therapy; *DSM-IV*, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*; PCI, psychiatric consultation intervention; SD, somatization disorder.

Allen et al. (2006): Stichprobencharakteristika

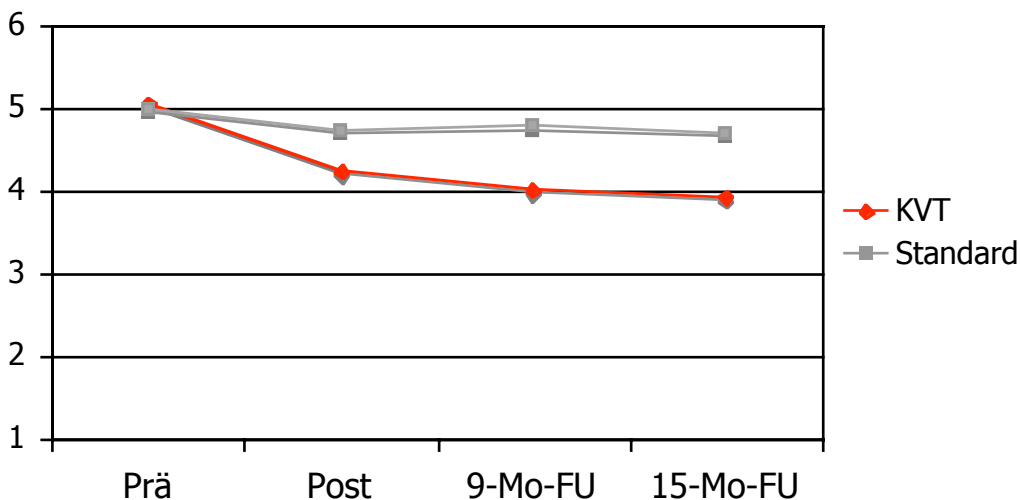
Table 3. Baseline Characteristics of the Participants*

Characteristic	CBT+PCI (n = 43)	PCI (n = 41)	P Value
Age, mean (SD), y	45.47 (8.45)	47.85 (10.99)	.27
Female	36 (84)	39 (95)	.09
Race/ethnicity			
White	36 (84)	33 (80)	.94
African American	1 (2)	2 (5)	
Hispanic	5 (12)	5 (12)	
Other	1 (2)	1 (2)	
Education			
Graduate degree	6 (14)	7 (17)	.46
College degree	16 (37)	9 (22)	
Some college	9 (21)	14 (34)	
High school degree	11 (26)	9 (22)	
Some high school	1 (2)	2 (5)	
Married	23 (53)	22 (54)	.99
Employed	23 (53)	23 (56)	.81
Receiving disability	9 (21)	7 (17)	.65
Hollingshead SES, mean (SD)	47.70 (9.65)	45.49 (9.59)	.30
Current comorbid DSM-IV axis I disorder	30 (70)	24 (59)	.28
Duration of symptoms, mean (SD), y	24.95 (11.54)	25.00 (15.12)	.99
Referred by physician	32 (74)	27 (66)	.39

Abbreviations: CBT, cognitive-behavioral therapy; DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition; Hollingshead SES, Hollingshead socioeconomic status²⁰ scale score; PCI, psychiatric consultation intervention.

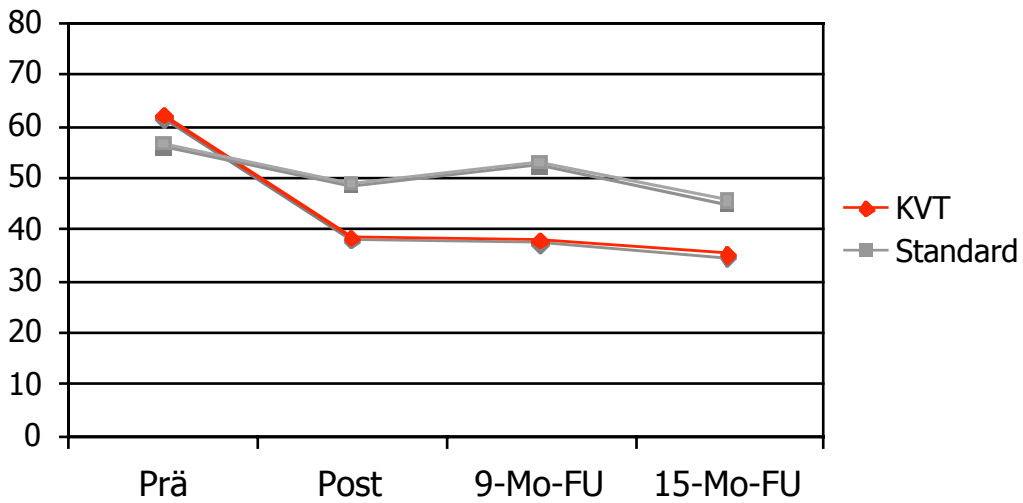
*Data are presented as number (percentage) of patients unless otherwise indicated.

Allen et al (2006): CGI-SD, Clinical Global Impression for Somatization Disorder
 1 = keine Somatisierung; 7 = sehr schwer, gehört zu den schwersten Fällen
 Gruppen signifikant bei Post, 9-Mo-FU und 15-Mo-FU unterschieden (jeweils $p < 0,01$)
 (Effektstärken unklar, da keine Standardabweichungen mitgeteilt)



Allen et al (2006): Severity of Somatic Symptoms Scale; Range 0-280

Gruppen signifikant bei Post, 9-Mo-FU und 15-Mo-FU unterschieden (jeweils $p < 0,01$)



Allen et al (2006): MOS SF-36 Physical Functioning; Range 0-100

Gruppen signifikant bei Post, 9-Mo-FU und 15-Mo-FU unterschieden (jeweils $p < 0,01$)

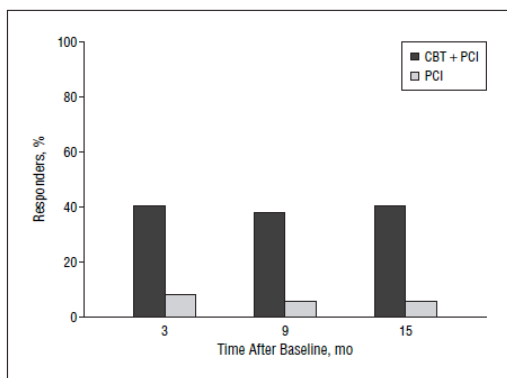
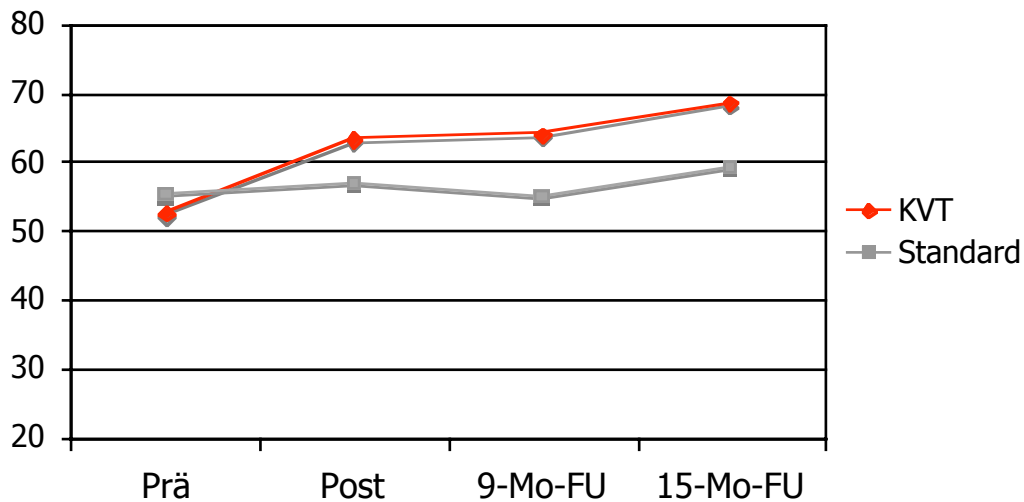
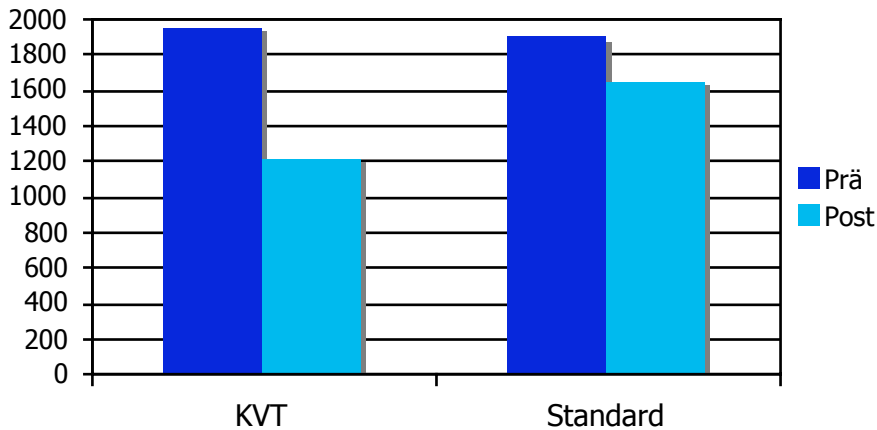
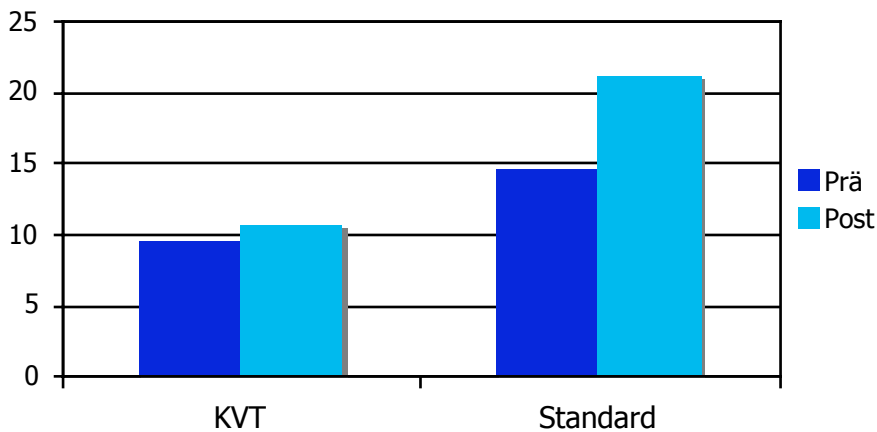


Figure 2. Response rates as measured by improvement in Clinical Global Impression scale scores. Response was determined by a rating of *much improved* or *very much improved* by an independent evaluator. CBT indicates cognitive-behavioral therapy; PCI, psychiatric consultation intervention; SD, somatization disorder.

Allen et al (2006): One-year total health care costs, US \$; $p < 0,01$



Allen et al (2006): One-year physician visits, no.; $p = 0,07$



Therapie der Hypochondrie

Ansatz nach Bleichhardt & Weck (Universität Mainz)

Entwicklung und Evaluation eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatzes
Kombinierte Einzel-/Gruppentherapie

Erste Evaluation 2007

N = 35 Patienten mit DSM-IV Hypochondrie (IDCL)

18 Frauen, 17 Männer

Alter 35,7 J. (SD 11,6)

45,8% komorbide depressive Störung

34,3% mind. eine Angststörung

Kontrollbedingung: WLC (mind. 1 Monat Wartezeit)

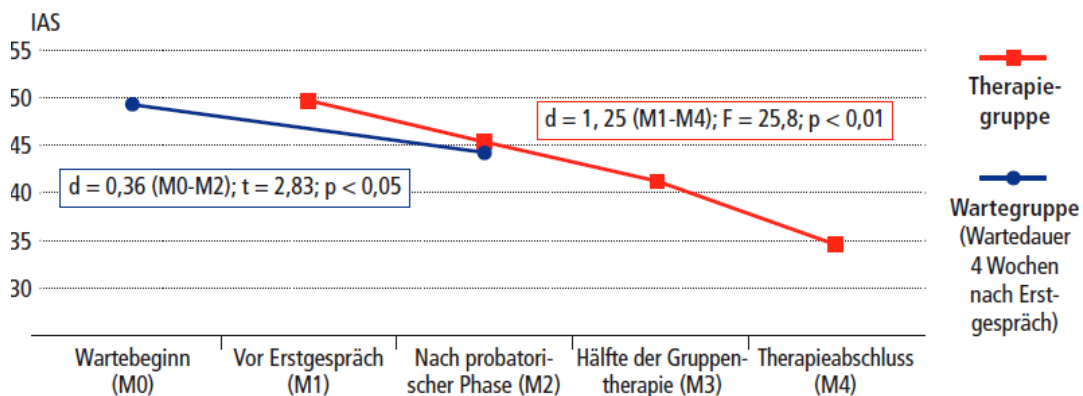
nicht randomisiert, sondern natürliche Zuordnung, sobald Wartezeit ≥ 4 Wochen betrug

N = 10 Patienten, mittlere Wartezeit 66,4 Tage

Abfolge	Therapieinhalte (Methoden)
1. Gruppensitzung	Entwicklung von Zielen, Einführung des Störungsmodells (Beschwerdentagebuch)
2. Gruppensitzung	Aufmerksamkeit (imaginative Körperreise)
3. Gruppensitzung	Kognitionen (ABC-Schema)
1. Einzelsitzung	Arbeit an Überzeugungen
4. Gruppensitzung	Alternative Erklärungen für körperliche Symptome (Verhaltensexperimente)
2. Einzelsitzung	Kognitive Umstrukturierung
5. Gruppensitzung	Body Checking
3. Einzelsitzung	Body Checking, Bedürfnis nach 100%iger Sicherheit
6. Gruppensitzung	Arztbesuche (Übung zum Thema Rückversicherungen)
4. Einzelsitzung	Exposition in sensu
7. Gruppensitzung	Vermeidungsverhalten und Expositions Vorbereitung
5. Einzelsitzung	Exposition in vivo
8. Gruppensitzung	Auswertung der Exposition, Zusammenfassung
6. Einzelsitzung	Abschluss, Rückfallprophylaxe

Ergebnisse der Therapieevaluation

Alle Daten: ITT?5 Drop-outs (14,3%); 2, geringes Interesse; 1, Zeitmangel; 1, Ablehnung des Gruppensettings; 1, keine Kostenübernahme



	Therapiebeginn	Therapieende	Signifikanztest		Effektstärke
	M (SD)	M (SD)	t-Wert	p-Wert	d-Wert
Hypochondrie-spezifische Merkmale					
Überzeugung, eine Krankheit zu haben (VAS) *	4,47 (2,30)	2,46 (2,23)	4,32	< 0,01	0,89
Katastrophisierende Symptombewertungen (FKG)	14,2 (5,1)	10,0 (3,9)	5,45	< 0,01	0,93
Intoleranz körperlicher Beschwerden (FKG)	7,20 (1,60)	5,40 (1,88)	6,10	< 0,01	1,03
Rückversicherungen (Fremdrating)	2,74 (1,12)	1,54 (1,09)	6,13	< 0,01	1,09
Selbstuntersuchungen (Fremdrating)	2,83 (1,15)	1,34 (0,84)	4,03	< 0,01	1,48
Krankheitsverhalten (SAIB) **	2,48 (0,40)	2,76 (0,38)	5,65	< 0,01	0,71
Häufigkeit Arztbesuche in den letzten 30 Tagen	2,20 (2,12)	1,07 (0,94)	2,97	< 0,01	0,69
Allgemeine Psychopathologie					
BSI GSI-Gesamtwert	0,87 (0,48)	0,48 (0,44)	5,40	< 0,01	0,85
Depressivität (BSI)	0,88 (0,64)	0,47 (0,60)	3,77	< 0,01	0,92

* VAS = Visuelle Analogskala (1-10); ** höhere Werte indizieren geringeres Krankheitsverhalten

ITT => Completer

IAS

1,27 => 1,34 (d)

VAS Krankheitsüberzeugung

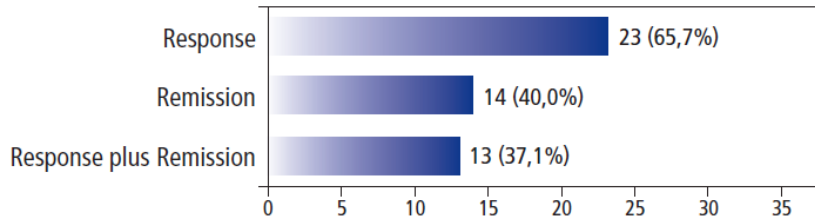
0,89 => 1,09 (d)

Therapieerfolgsraten

Response nach RCI (Jacobson & Truax)

Remission IAS < 44 Punkte

Bei keinem Pat. bedeutsamer Werteanstieg



Cochrane-Review: Psychotherapies for Hypochondriasis

Thomson & Page (2007)

Auswahl: RCTs

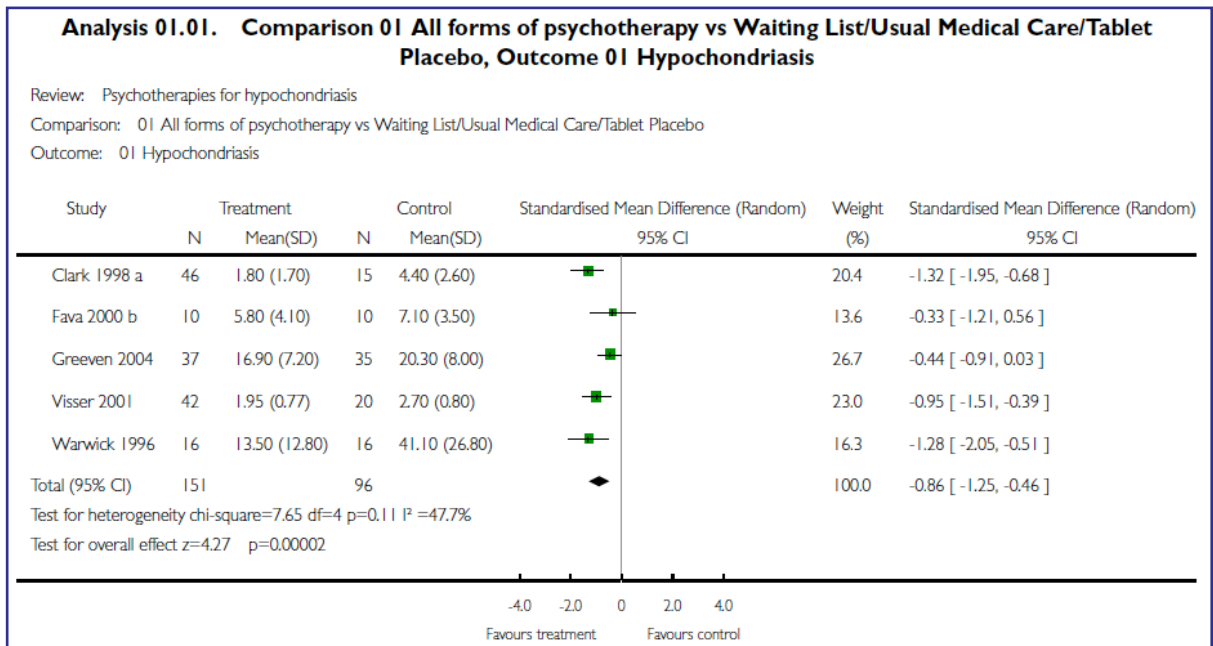
Studien: 37 Studien gefunden, davon 6 berücksichtigt

Ausschlussgründe: keine RCT, keine Standardkriterien für Diagnose HYP eingesetzt, reine Fallbeobachtungen, keine Kontrollbedingungen, noch nicht abgeschlossene Studien, u.a.

Eingeschlossene Studien:

1. Barsky & Ahern 2004, USA => CBT plus Brief an Hausarzt vs. TAU
2. Clark et al. 1998, UK => CBT vs. Stressmanagement vs. WLC
3. Fava et al. 2000, I => Explanatory Therapy vs. WLC
4. Greeven et al. 2007, NL => CBT vs. Paroxetin vs. TAU
5. Visser & Bouman 2001, NL => Kognitive Therapie vs. ERP vs. WLC
6. Warwick et al. 1996, UK => CBT vs. WLC

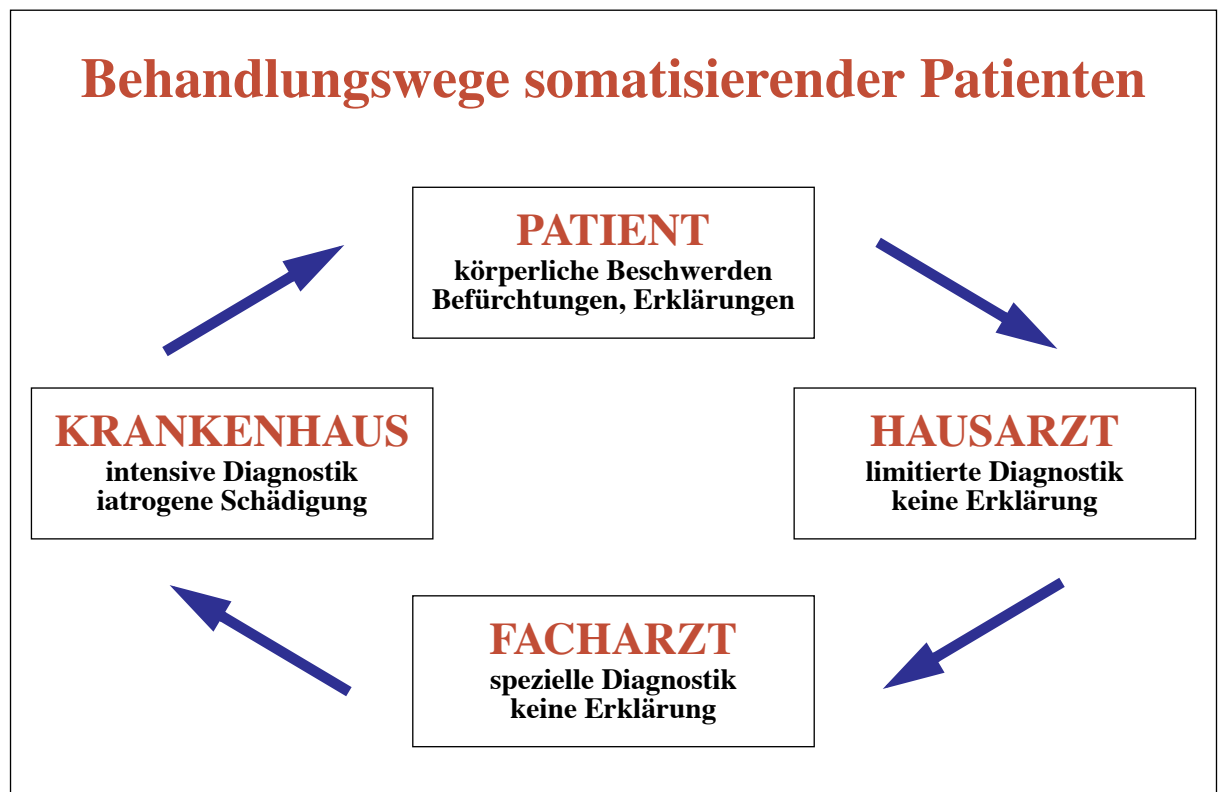
Ergebnis: Therapie im Mittel um $d = 0,86$ besser als die Kontrollgruppen



Prognose bei somatoformen Störungen (nach Hiller, 2006)

	Spontanverlauf	Therapieverlauf
Somatisierungsstörung	--	+-
Undifferenzierte somatoforme Störung (SSI)	+-	++
Somatoforme autonome Funktionsstörung	+-	++
(Somatoforme) Schmerzstörung	-	+
Konversionsstörung	--	-
Hypochondrische Störung	-	++
Körperdysmorphie Störung	-	+

Somatoforme Patienten in der allgemeinärztlichen Primärversorgung



Grundregeln zum Umgang mit somatoformen Patienten

Empathisches Verhältnis zum Patienten herstellen

- auf Vertrauen des Pat. zum Therapeuten hinarbeiten
- ihn in seinen Beschwerden ernstnehmen (zuhören!)
- ihn nicht als Simulanten ansehen
- keine Aussagen wie „das ist alles psychisch“
- die Beschwerden als Teil einer persönlichen Kommunikation des Pat. auffassen

Dem „Doctor-shopping“ entgegenarbeiten

- möglichst nur einen Arzt aufsuchen
- kurze ärztliche Untersuchung in regelmäßigen Abständen
- stationäre Behandlungen, Operationen, aufwändige Untersuchungen u.ä. möglichst vermeiden

In der Behandlung realistische Ziele setzen

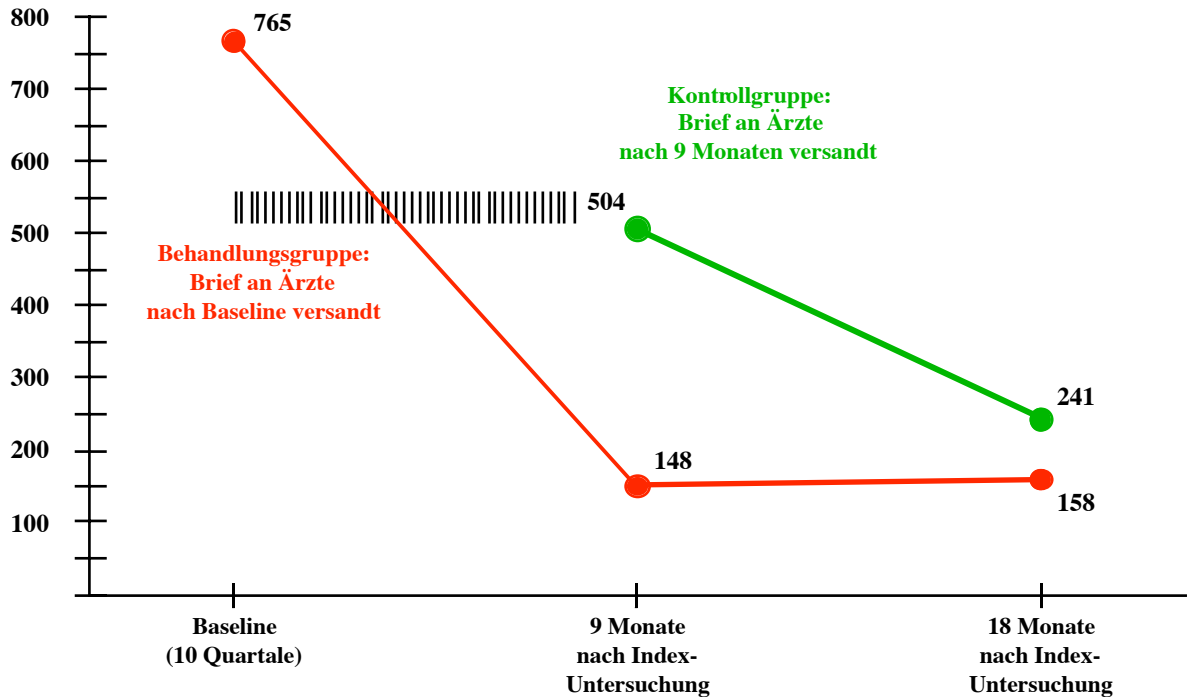
- keine Heilung i. S. von Beschwerdefreiheit versprechen
- nach gemeinsamen Ziele suchen und diese definieren
- behutsam an psychische Aspekte der körperlichen Symptome herantreten

Einer weiteren Chronifizierung entgegenarbeiten

- zur Symptombewältigung und Aktivierung ermutigen
- Psychopharmaka und Schmerzmittel auf vertretbares Minimum reduzieren

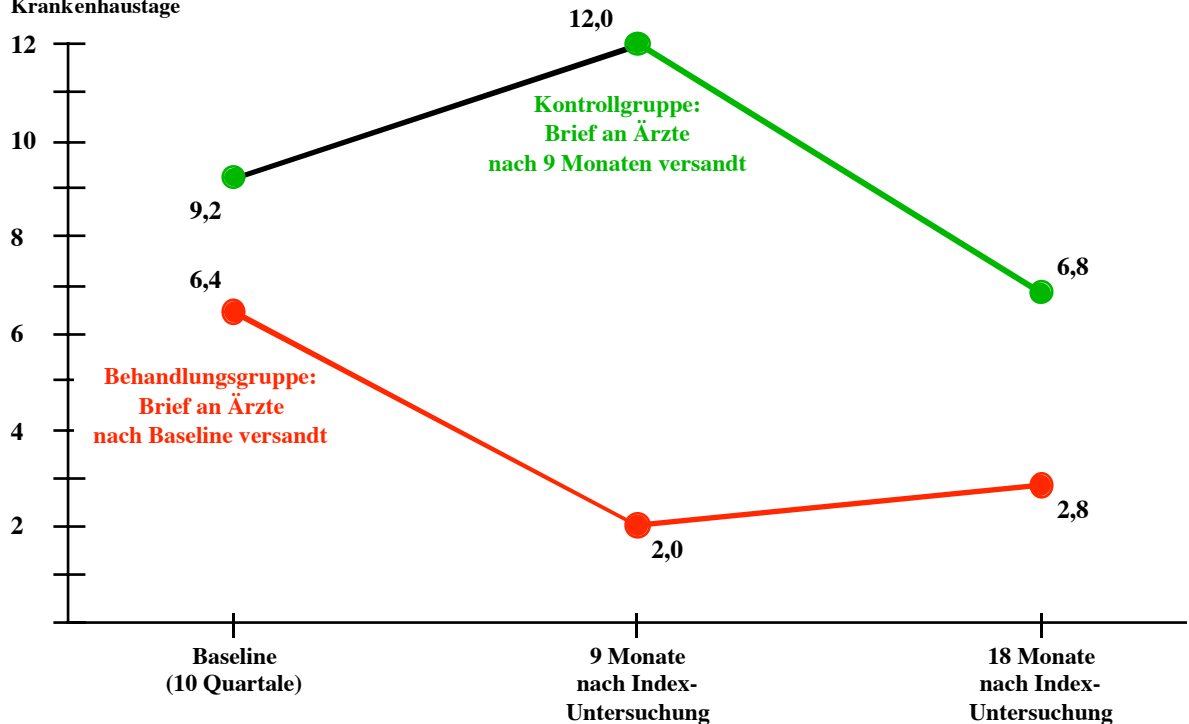
Änderung in den Krankheitskosten bei 38 Patienten mit Somatisierungsstörung durch Versendung eines Informationsbriefes an Allgemeinärzte (nach Smith et al. 1986)

Quartalsbeträge in US-\$ (1980)
(angeben: Medianwerte)

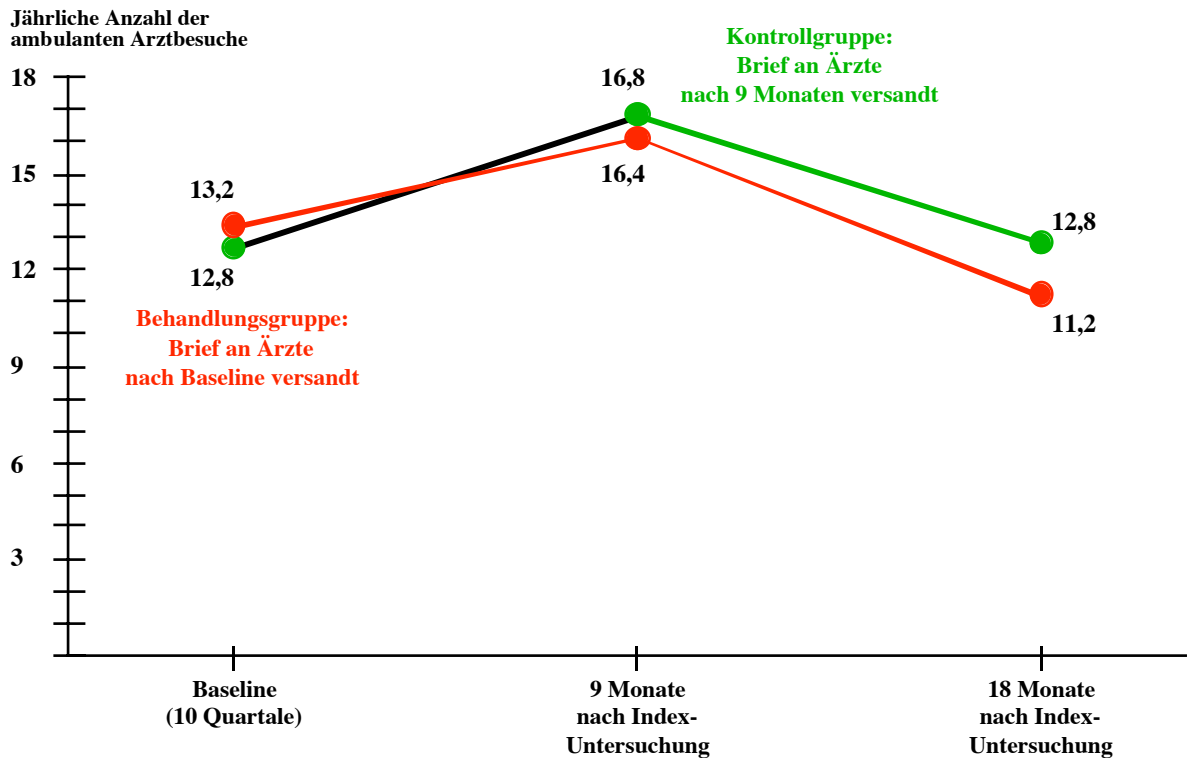


Krankenhaustage bei 38 Patienten mit Somatisierungsstörung vor und nach Versendung eines Informationsbriefes an Allgemeinärzte (nach Smith et al. 1986)

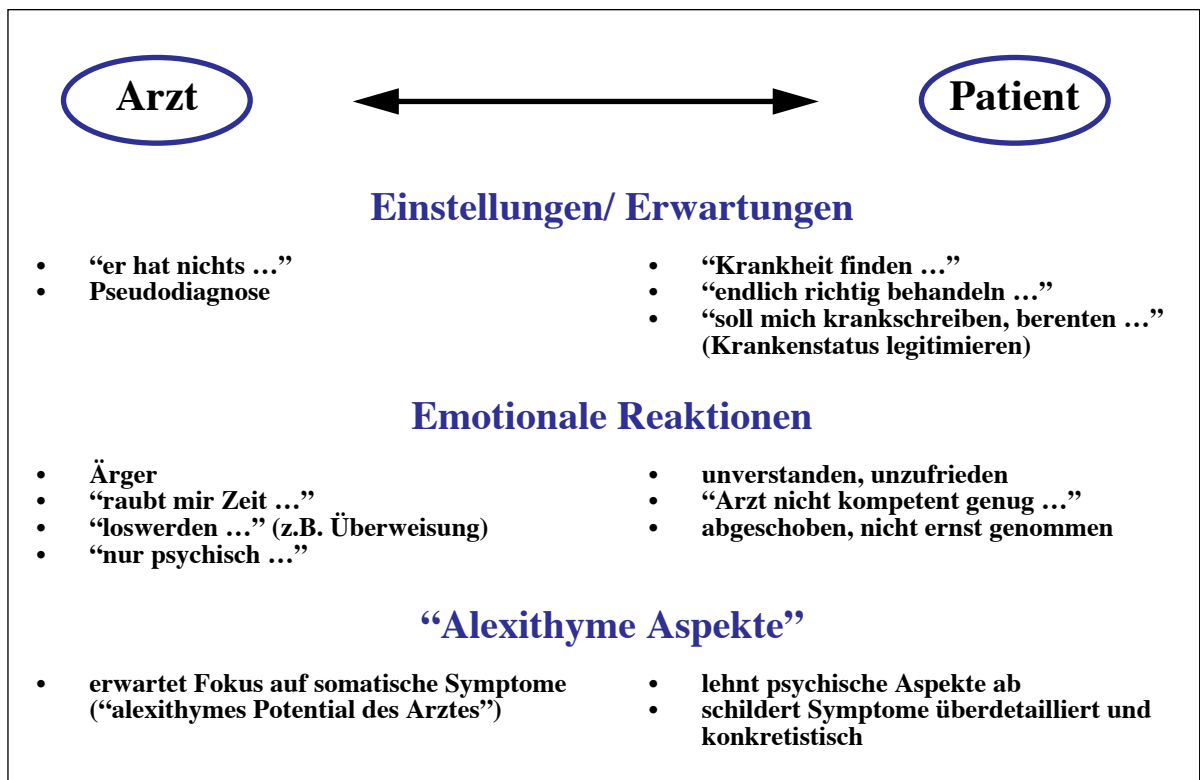
Jährliche Krankenhaustage



Ambulante Arztbesuche bei 38 Patienten mit Somatisierungsstörung vor und nach Versendung eines Informationsbriefes an Allgemeinärzte (nach Smith et al. 1986)



Kommunikation zwischen Arzt und Patient



Empfohlene Literatur zu somatoformen Störungen

- Rief, W., Hiller, W. (1992). Somatoforme Störungen. Körperliche Symptome ohne organische Ursache. Bern: Huber.
- Mayou, R., Bass, C., Sharpe, M. (Eds.) (1995). Treatment of functional somatic symptoms. Oxford: Oxford University Press.
- Hiller, W., Rief, W., Elefant, S., Margraf, J., Kroymann, R., Leibbrand, R., Fichter, M.M. (1997). Dysfunktionale Kognitionen bei Patienten mit Somatisierungssyndrom. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 26, 226-234.
- Rief, W., Hiller, W. (1998). Somatisierungsstörung und Hypochondrie. Göttingen: Hogrefe.
- Hiller, W., Rief, W. (2000). F 45: Klinisch-psychologische Diagnostik und Behandlung bei somatoformen Störungen. In: Beiglböck, W., Feselmayer, S., Honemann, E. (Hrsg.). Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung, pp. 251-268. Wien: Springer.
- Morschitzky, H. (2000) Somatoforme Störungen. Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund. Wien: Springer.
- Starcevic, V., Lipsitt, D.R. (Eds) (2001). Hypochondriasis: Modern Perspectives on an Ancient Malady. New York: Oxford University Press.
- Bleichhardt, G., Hiller, W. (2007). Hypochondriasis and health anxiety in the German population. British Journal of Health Psychology, 12, 511-523.
- Bleichhardt, G., Weck, F. (2007). Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst. Berlin: Springer.
- Rief, W., Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms - models and mechanisms. Clinical Psychology Review, 27, 821-841.
- Thomson, A.B., Page, L.A. (2007). Psychotherapies for hypochondriasis. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4, CD006520.

[Stand: WS 2008/09]