

Prof. Dr. Wolfgang Hiller

Stichworte aus den gezeigten Folien zur Vorlesung Klinische Psychologie

Thema: Somatoforme Störungen II

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-educatives 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

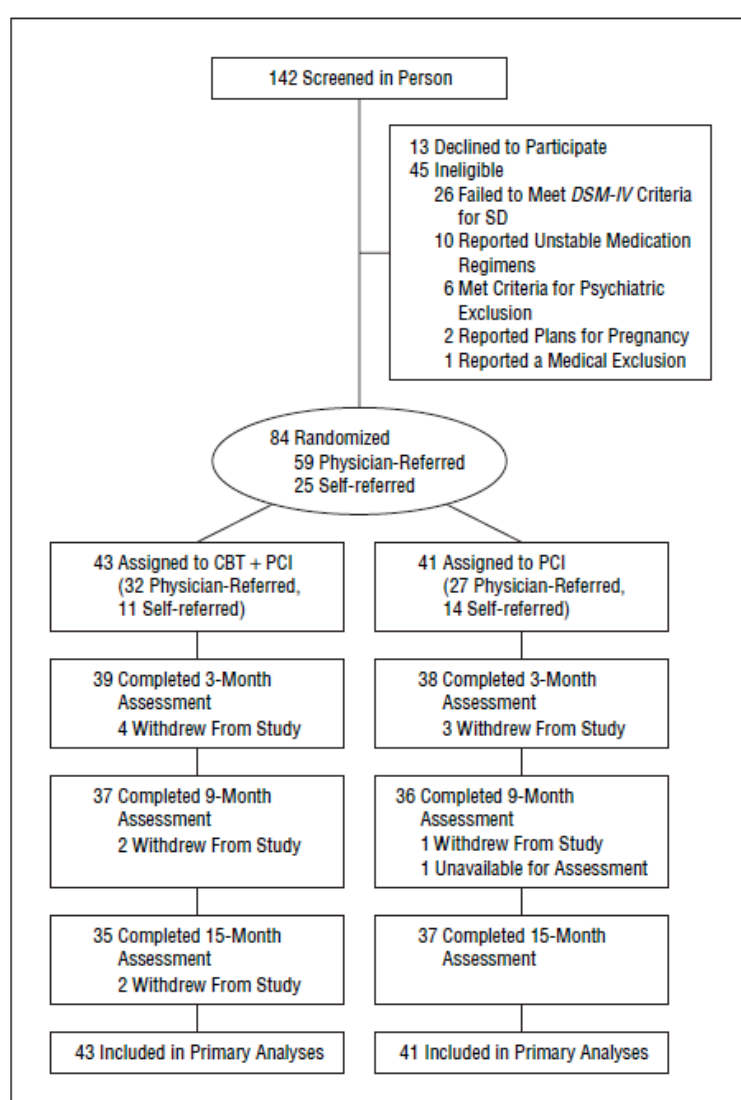


Figure 1. Flow of participants throughout the study. CBT indicates cognitive-behavioral therapy; *DSM-IV*, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*; PCI, psychiatric consultation intervention; SD, somatization disorder.

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.

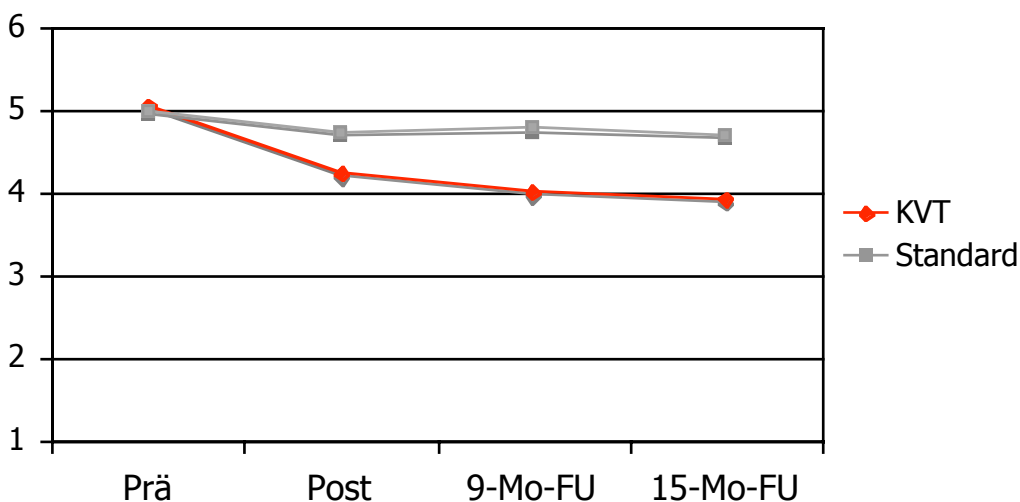
*Data are presented as number (percentage) of patients unless otherwise indicated.

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 $p < 0,01$)

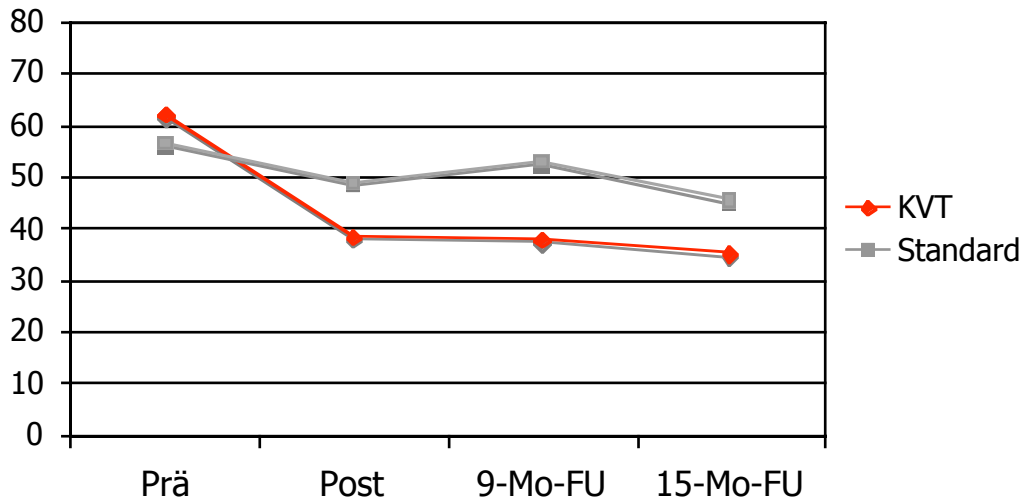
(Effektstärken unklar, da keine Standardabweichungen mitgeteilt)



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

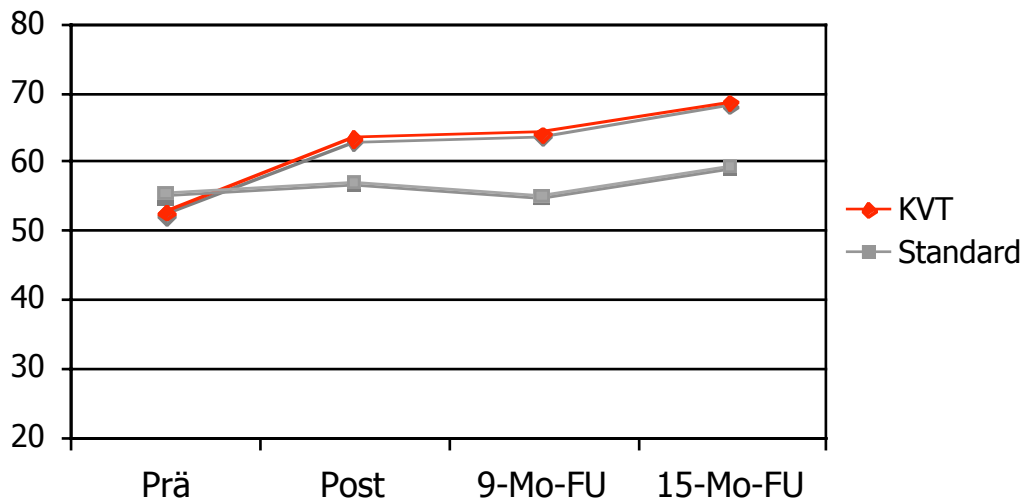
Gruppen signifikant bei Post, 9-Mo-FU und 15-Mo-FU unterschieden (jeweils $p < 0,01$)

Effektstärke $d = 0,61$ (Differenz zwischen KVT und Standard)



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 $p < 0,01$)



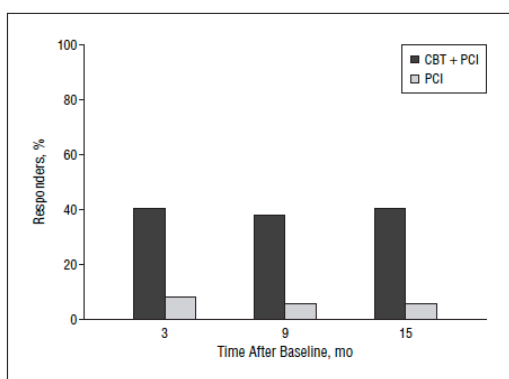
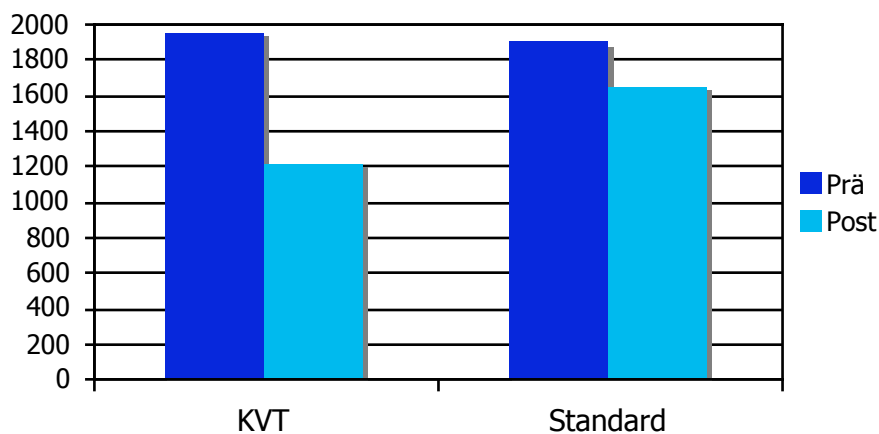
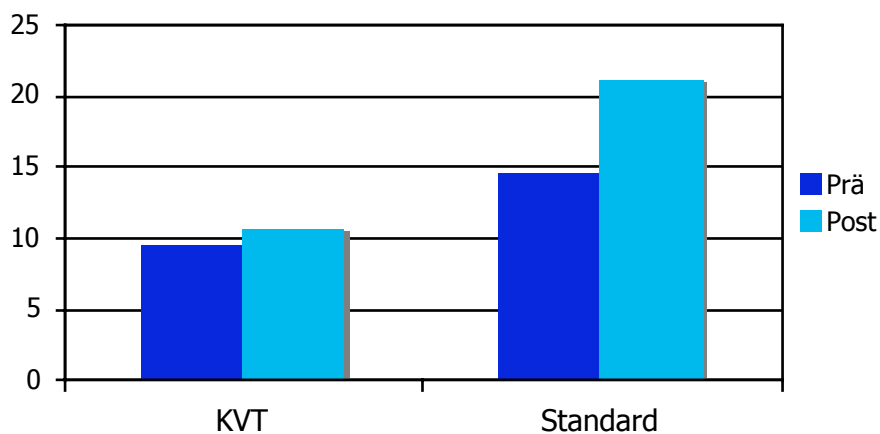


Figure 2. Response rates as measured by improvement in Clinical Global Impression scale scores. Response was determined by a rating of *much improved* or *very much improved* by an independent evaluator. CBT indicates cognitive-behavioral therapy; PCI, psychiatric consultation intervention; SD, somatization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

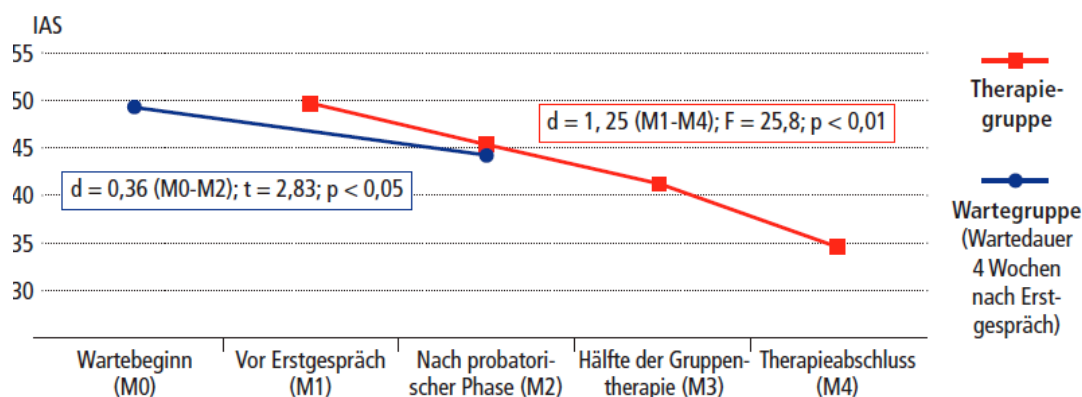
nicht randomisiert, sondern natürliche Zuordnung, sobald Wartezeit \geq 4 Wochen betrug

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 Expositionsvorbereitung
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

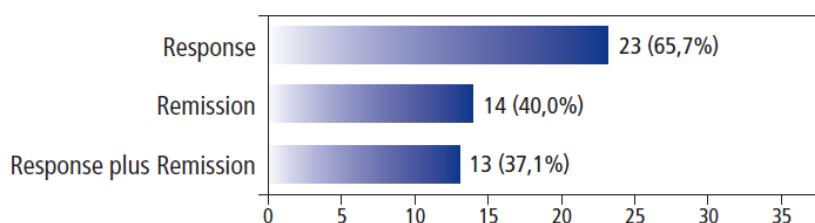
0,89 => 1,09 (d)

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

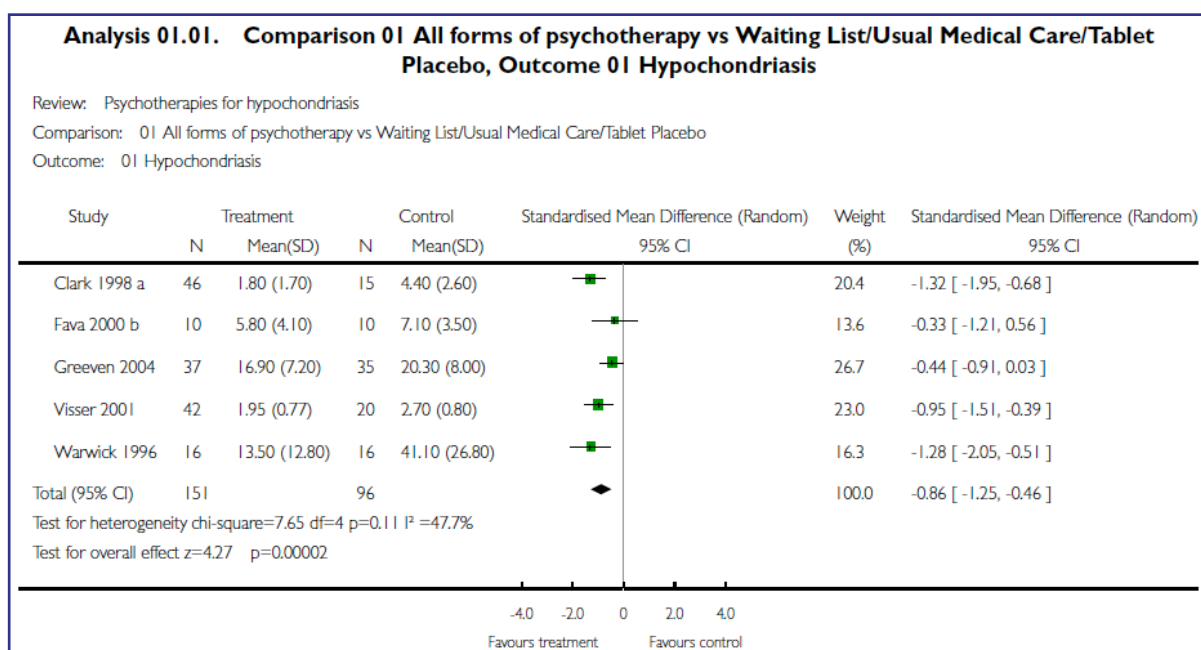
Studien: 37 Studien gefunden, davon 6 berücksichtigt

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

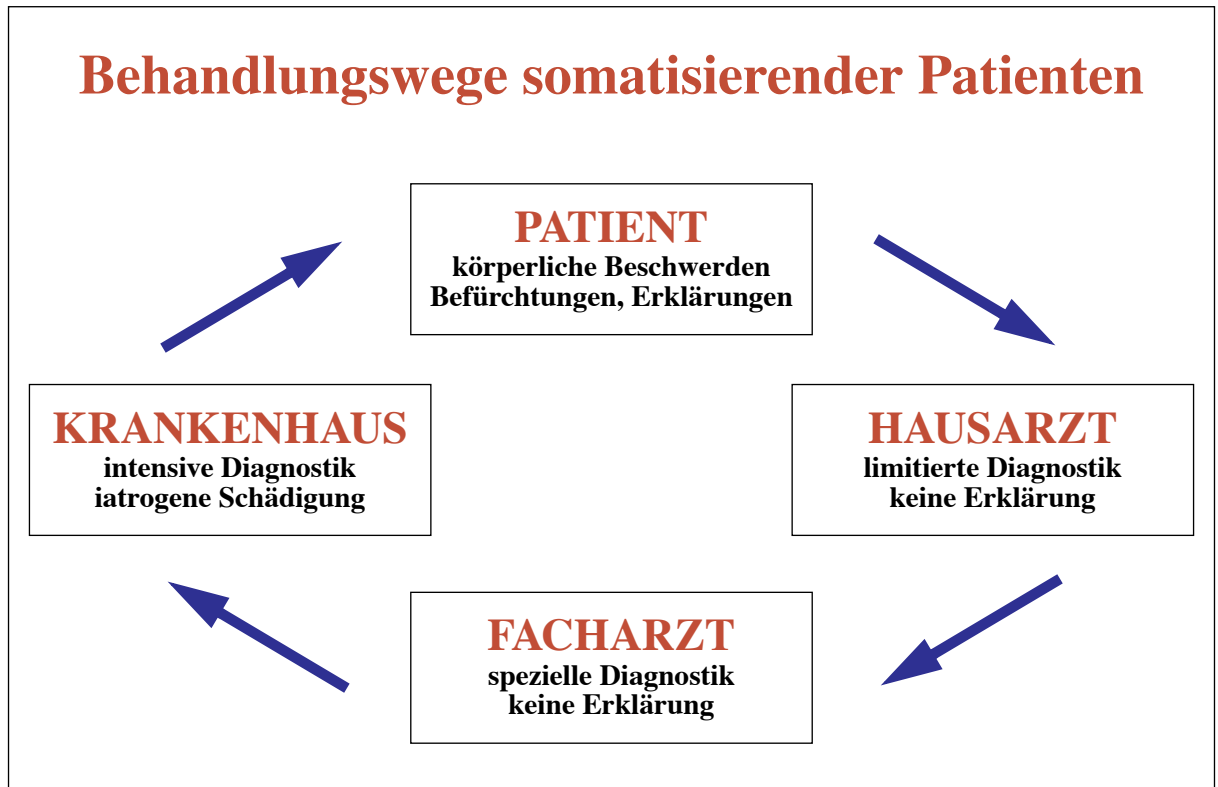
Ergebnis: Therapie im Mittel um $d = 0,86$ besser als die Kontrollgruppen



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

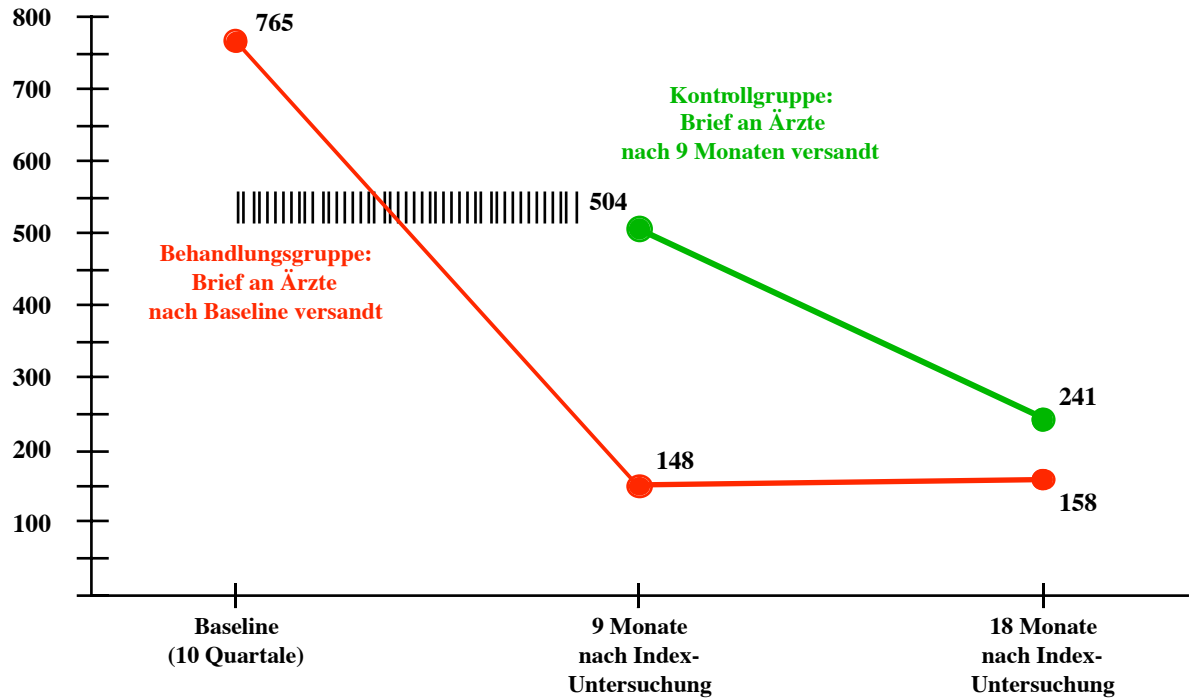
- keine Heilung i. S. von Beschwerdefreiheit versprechen
- nach gemeinsamen Ziele suchen und diese definieren
- behutsam an psychische Aspekte der körperlichen Symptome herantreten

Einer weiteren Chronifizierung entgegenarbeiten

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

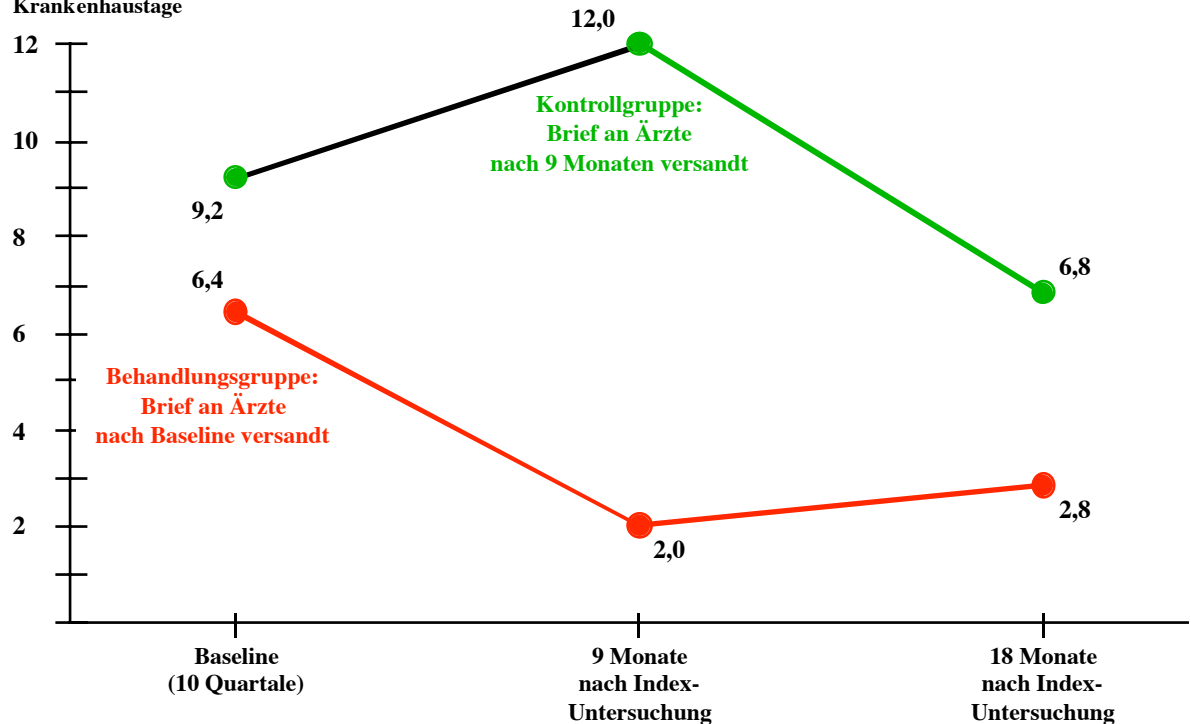
Änderung in den Krankheitskosten bei 38 Patienten mit Somatisierungsstörung durch Versendung eines Informationsbriefes an Allgemeinärzte (nach Smith et al. 1986)

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

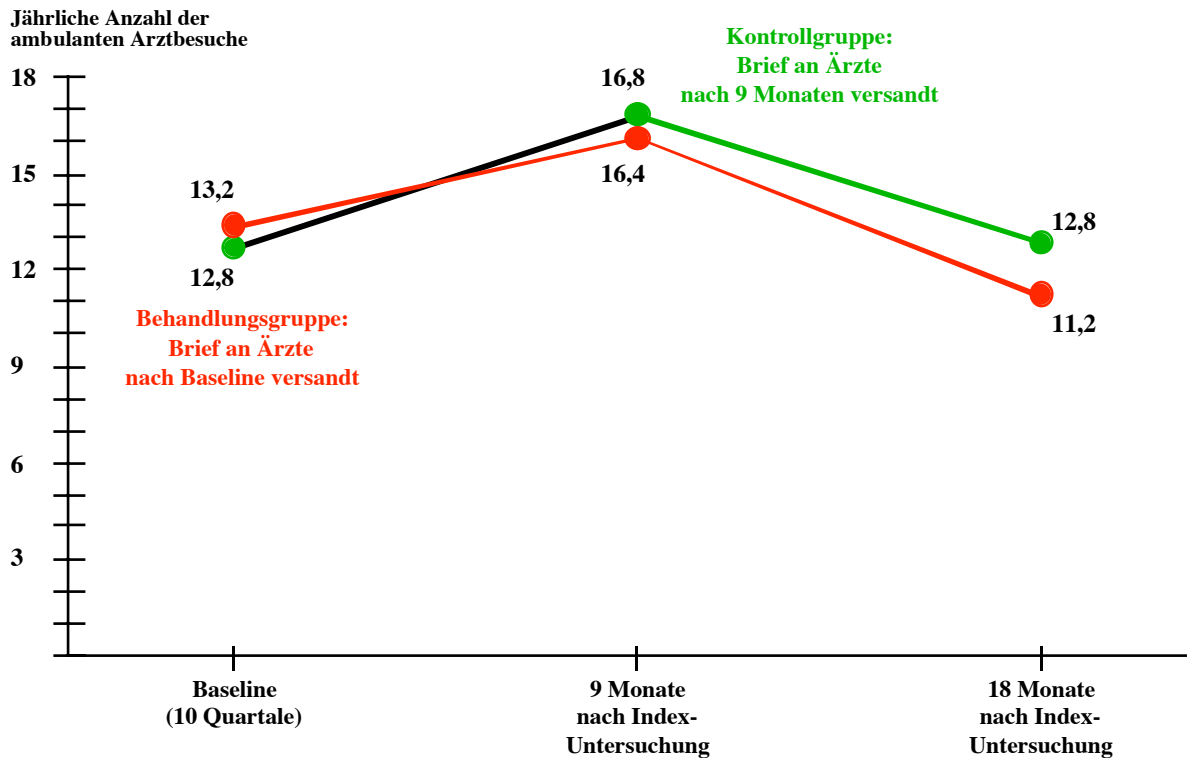


Krankenhaustage bei 38 Patienten mit Somatisierungsstörung vor und nach Versendung eines Informationsbriefes an Allgemeinärzte (nach Smith et al. 1986)

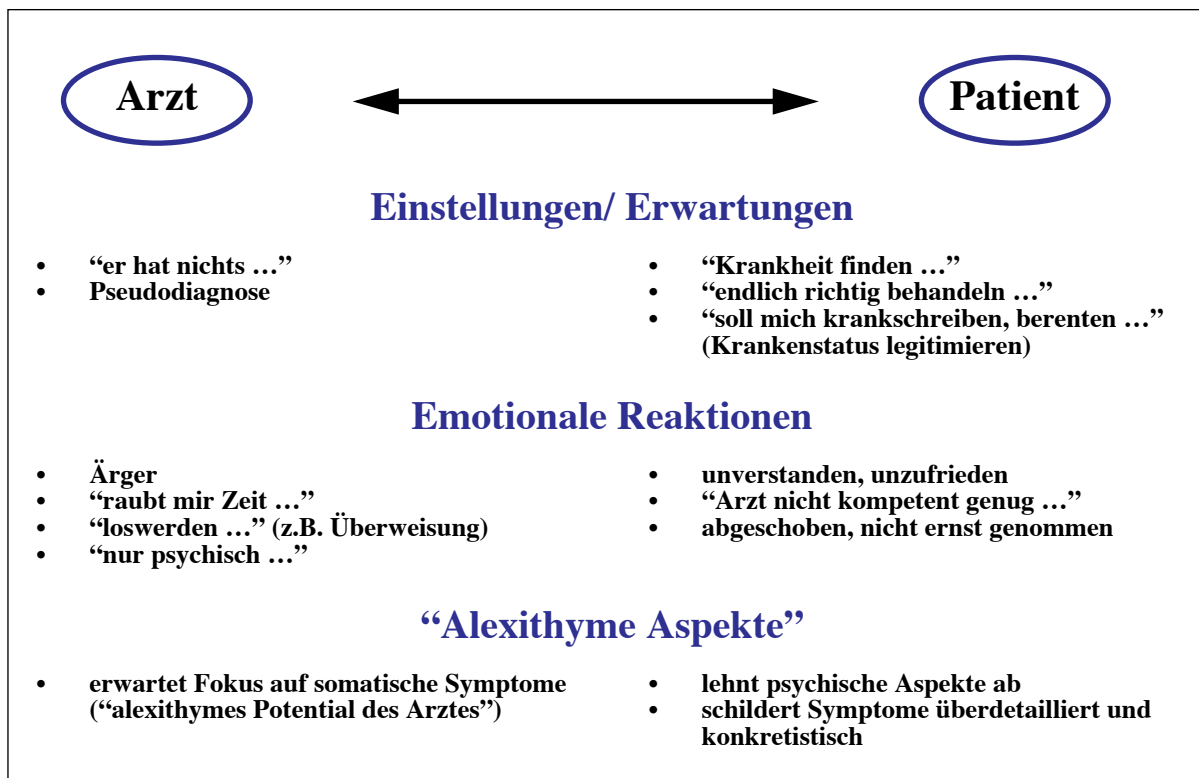
Jährliche Krankenhaustage



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: SS 2010]