

11. Münchner Wissenschaftstage 22.10.2011

## **Körperbeschwerden ohne Befund: eingebildete Krankheit oder echtes Leiden?**

Peter Henningsen

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Klinikum rechts der Isar der TU München

# “Körperklage und “Körperangst”

- ▶ Erscheinungsformen und Abgrenzungen - was?
- ▶ Physiologie der Körperklage - wie?
- ▶ Entstehung und Aufrechterhaltung - woher?
- ▶ Behandlung - was tun?

# Körperbeschwerden

## ▶ Alltägliche (selbst limitierende) Körperbeschwerden

- ▶ Zusammenhang mit eher körperlichen Faktoren  
(Muskel-)Kater, Rückenschmerz nach vielem Bücken, Schmerzen bei der Periode etc.
- ▶ Zusammenhang mit eher psychischen Faktoren  
Kopf- u./o. Magenschmerz bei Ärger, Durchfall bei Angst
- ▶ unklarer Zusammenhang

**Gesundheit**

# Körperbeschwerden

## ▶ Alltägliche (selbst limitierende) Körperbeschwerden

- ▶ Zusammenhang mit eher körperlichen Faktoren (Muskel-)Kater, Rückenschmerz nach vielem Bücken, Schmerzen bei der Periode etc.
- ▶ Zusammenhang mit eher psychischen Faktoren Kopf- u./o. Magenschmerz bei Ärger, Durchfall bei Angst
- ▶ unklarer Zusammenhang

## ▶ Anhaltende Körperbeschwerden, die klar auf eine organische Ursache zurückgehen

- ▶ Magenschmerz bei Magengeschwür, Lähmung bei Schlaganfall, Herzbeschwerden bei Rhythmusstörung etc.

# Körperbeschwerden

- ▶ Körperbeschwerden, die nicht (so stark) erlebt wie berichtet und vorgeführt werden
  - ▶ Simulation/ Aggravation

**Täuschung**

# Körperbeschwerden

- ▶ Körperbeschwerden, die nicht (so stark) erlebt wie berichtet und vorgeführt werden
  - ▶ Simulation/ Aggravation

**Täuschung**

- ▶ Anhaltende, durch Organpathologie nicht ausreichend erklärbare, beeinträchtigende Körperbeschwerden, die "ähnlich körperlich begründeten" sind

- ▶ Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation (Rücken, Kopf, Bauch/ Unterleib, Extremitäten)
- ▶ Funktionsstörungen (Schwindel, Herz, Verdauung, Gefühlsstörungen, Bewegungsstörungen etc.)
- ▶ Erschöpfung/ Müdigkeit

**Krankheit „neo“**

# Wann sind anhaltende Körperbeschwerden ohne ausreichenden Organbefund "krankheitswertig"?

- ▶ **Organische Erklärbarkeit angemessen ausgeräumt**
  - ▶▶ Streit der Experten im Einzelfall
  - ▶▶ Frage von Kompetenz und Wissen
  - ▶▶ Zunehmende Sicherheit der Entscheidung bei wachsender Beschwerdezahl
- ▶ **Täuschung nicht anzunehmen/ ausgeschlossen**
- ▶ **Schweregrad erheblich/ Alltagsfunktionen beeinträchtigt**

**Somatoforme/ funktionelle Störungen**

## Rate von Körperbeschwerden bei "high utilizern" in der somatischen Fachambulanz, die organisch unerklärt bleiben (Alter 18-45 J.)

▶ Bauchschmerz/ Wechsel der Stuhlfrequenz	83%
▶ Brust- /Herzschmerz	81%
▶ Rückenschmerz	74%
▶ Kopfschmerz	72%
▶ Erschöpfung	55%
▶ Unterleibsschmerz	35%
▶ Anfälle	29%
▶ Augenbeschwerden	15%
▶ Atemnot	13%

nach Reid et al., BMJ 2001

## Häufigkeit organisch unerklärter Körperbeschwerden als Besuchsanlässe von "high utilizern" in verschiedenen somatischen Fachambulanzen

▶ Gastroenterologie	54%	der Fälle
▶ Neurologie	50%	"
▶ Kardiologie	34%	"
▶ Rheumatologie	33%	"
▶ Orthopädie	30%	"
▶ HNO	27%	"
▶ Gynäkologie	17%	"
▶ Dermatologie	2%	"

nach Reid et al., BMJ 2001

# Typische Verlaufsformen mit Beispielen

## ▶ Monosymptomatische Verlaufsform

- ▶▶ eine Beschwerde anhaltend, zT erhebliche Funktionsbeeinträchtigung
- ▶▶ zB: 45-jähr. Mann, unspezifische Rückenschmerzen seit 2 Jahren, CT/ MRT: leichte degenerative Veränderungen

# Typische Verlaufsformen mit Beispielen

## ▶ Monosymptomatische Verlaufsform

- ▶▶ eine Beschwerde anhaltend, zT erhebliche Funktionsbeeinträchtigung
- ▶▶ zB: 45-jähr. Mann, unspezifische Rückenschmerzen seit 2 Jahren, CT/ MRT: leichte degenerative Veränderungen

## ▶ Polysymptomatische Verlaufsform

- ▶▶ mehrere organisch nicht ausreichend erklärte Körperbeschwerden gleichzeitig und im Verlauf, zT über Jahre
- ▶▶ zB: 32-jähr. Frau, jetzt Unterleibsschmerzen, Vordiagnosen Fibromyalgie, Reizdarmsyndrom, Schwindel

# Typische Verlaufsformen mit Beispielen

## ▶ **Monosymptomatische Verlaufsform**

- ▶▶ eine Beschwerde anhaltend, zT erhebliche Funktionsbeeinträchtigung
- ▶▶ zB: 45-jähr. Mann, unspezifische Rückenschmerzen seit 2 Jahren, CT/ MRT: leichte degenerative Veränderungen

## ▶ **Polysymptomatische Verlaufsform**

- ▶▶ mehrere organisch nicht ausreichend erklärte Körperbeschwerden gleichzeitig und im Verlauf, zT über Jahre
- ▶▶ zB: 32-jähr. Frau, jetzt Unterleibsschmerzen, Vordiagnosen Fibromyalgie, Reizdarmsyndrom, Schwindel

## ▶ **Gesundheitsangststörung**

- ▶▶ ängstliche Ursachenüberzeugung im Zentrum des Leidens
- ▶▶ zB: 56-jähr. Frau, seit längerem Muskelzucken, neurol. o.B., anhaltend ängstliche Überzeugung, an ALS erkrankt zu sein

# „Syndrom der dicken Akte“



# **Klassifikation somatoformer Körperbeschwerden nach ICD-10**

- ▶ **Leider unübersichtlich und uneindeutig!**
- ▶ **Parallelklassifikation!**
- ▶ **Einerseits: im Kapitel V (F - Psychische Störungen)**
- ▶ **Andererseits: in den Kapiteln der somatischen Medizin**

# Klassifikation somatoformer Störungen nach ICD-10 F45

- ▶ **F 45.0 Somatisierungsstörung**  
seltene Extremform, multiple Beschwerden > 2 Jahre
- ▶ **F 45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung**  
häufige Minusvariante, geringe Aussagekraft
- ▶ **F 45.2 Hypochondrische Störung**  
ängstlich getönte Ursachenüberzeugung dominiert
- ▶ **F 45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung**  
Beschwerden autonom innervierter Organe  
analog ICD-9 306
- ▶ **F 45.4 Anhaltende Schmerzstörung**  
Schmerzbeschwerde dominiert  
F 45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung  
F 45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und  
psychischen Faktoren
- ▶ **F 45.5/8 sonstige/n.n.b. somatoforme Störung**

# Einzel symptombezogene Klassifikation funktioneller Syndrome nach ICD-10, z.B.:

## ▶ Gastroenterologie

K 58 Reizdarmsyndrom

K 30 Nicht-ulzeröse Dyspepsie

## ▶ Rheumatologie

M 79.0 Fibromyalgie

## ▶ Innere Medizin/ Neurologie

G 93.3 Chronisches Erschöpfungssyndrom

## ▶ Gynäkologie

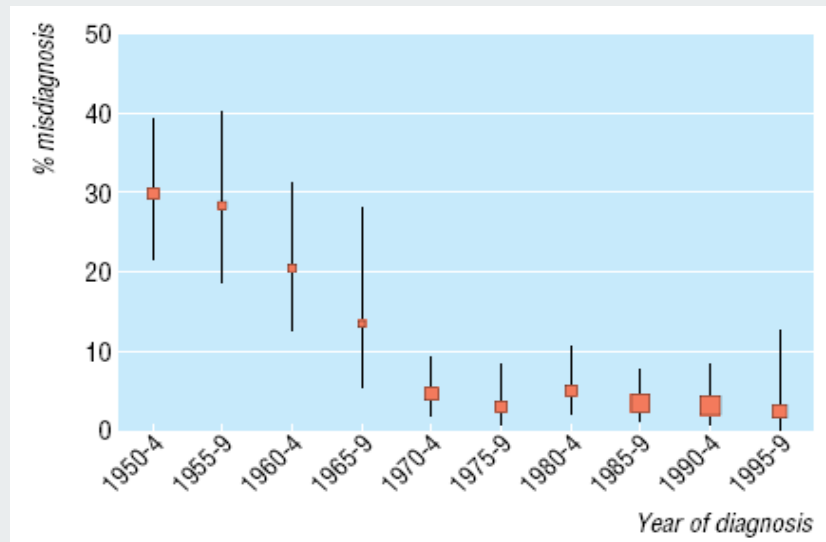
N 94 Pelvipathie

## ▶ Zahnmedizin

K 07.6 Orofaziales Schmerz-Dysfunktionssyndrom

# Somatoforme/ funktionelle Störungen

- wie häufig sind Fehldiagnosen?



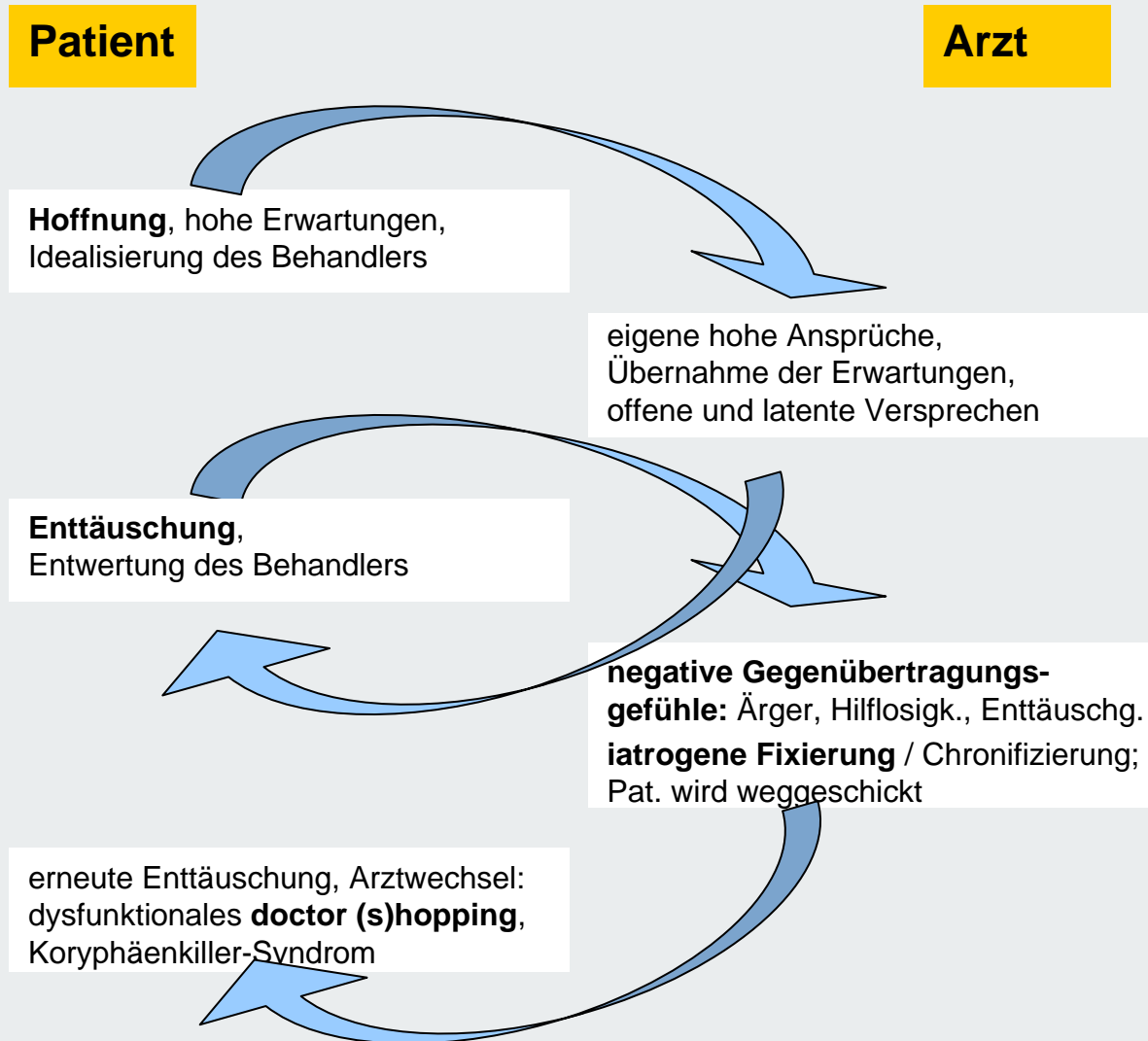
Stone J et al. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and „hysteria“. BMJ 2005; 331: 989

# Warum sind Patienten mit somatoformen/ funktionellen Störungen "Heart sink patients"?

- ▶ **Liegt meist nicht an der Art ihrer Beschwerden, sondern an**
  - ▶▶ anhaltend organischer Ursachenüberzeugung
  - ▶▶ unrealistischer Behandlungserwartung trotz Chronifizierung
  - ▶▶ dysfunktionalem Krankheitsverhalten
  - ▶▶ Unsicherheit der Ärzte über angemessenen Umgang

# Patient-Behandler-Beziehung:

## Hoffnungs-Enttäuschungs-Zirkel

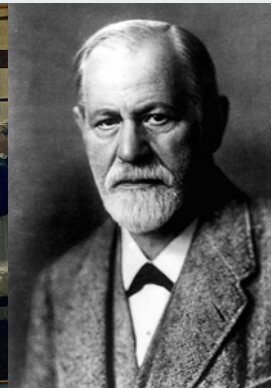




“I hope you’re not going to be like the twenty incompetent doctors who couldn’t find anything wrong with me.”

# Wandel von Erklärungsmodellen

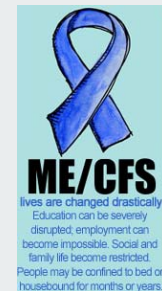
- ▶ **Beispiel Hysterie:**
  - ▶ von der degenerativen Nervenerkrankung (Charcot) zur psychogenen Neurose (Freud)
- ▶ **Zentral wichtig aus Patientensicht**
  - ▶ organische Erklärbarkeit des Leidens heißt legitimes Leiden



# Wandel von Erklärungsmodellen des Patienten

## ▶ Heute umstrittene Erklärungsmodelle z.B.

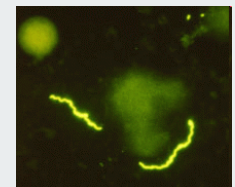
▶▶ Chronic Fatigue Syndrom  
als Virus- oder Autoimmunerkrankung?



▶▶ Multiples Chemikalien Sensitivitäts-Syndrom  
als toxisches Phänomen?



▶▶ Chronische Borreliose als langzeit-antibiotikapflichtig?



# Einfluss der Medien auf die Erklärungsmodelle



# Wie tragen Ärzte zur Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen bei?

- ▶ **Übersehen emotionaler Hinweise des Patienten**
- ▶ Repetitive somatische Diagnostik zur „Beruhigung“
- ▶ vorschnelle Mitteilung organischer Verdachtsdiagnosen
- ▶ Fehlinterpretation von Bagatell- und Zufallsbefunden zB in MRT
- ▶ Verschreibung von Medikation trotz zweifelhafter Diagnose
- ▶ ausschliesslich negative Erklärung der Beschwerden („Freuen Sie sich, Sie haben nichts“)

# Wie tragen Ärzte zur Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen bei?

- ▶ Übersehen emotionaler Hinweise des Patienten
- ▶ **Repetitive somatische Diagnostik zur „Beruhigung“**
- ▶ vorschnelle Mitteilung organischer Verdachtsdiagnosen
- ▶ Fehlinterpretation von Bagatell- und Zufallsbefunden zB in MRT
- ▶ Verschreibung von Medikation trotz zweifelhafter Diagnose
- ▶ ausschliesslich negative Erklärung der Beschwerden („Freuen Sie sich, Sie haben nichts“)

# Wie tragen Ärzte zur Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen bei?

- ▶ Übersehen emotionaler Hinweise des Patienten
- ▶ Repetitive somatische Diagnostik zur „Beruhigung“
- ▶ **vorschnelle Mitteilung organischer Verdachtsdiagnosen**
- ▶ Fehlinterpretation von Bagatell- und Zufallsbefunden zB in MRT
- ▶ Verschreibung von Medikation trotz zweifelhafter Diagnose
- ▶ ausschliesslich negative Erklärung der Beschwerden („Freuen Sie sich, Sie haben nichts“)

# Wie tragen Ärzte zur Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen bei?

- ▶ Übersehen emotionaler Hinweise des Patienten
- ▶ Repetitive somatische Diagnostik zur „Beruhigung“
- ▶ vorschnelle Mitteilung organischer Verdachtsdiagnosen
- ▶ **Fehlinterpretation von Bagatell- und Zufallsbefunden zB in MRT**
- ▶ Verschreibung von Medikation trotz zweifelhafter Diagnose
- ▶ ausschliesslich negative Erklärung der Beschwerden („Freuen Sie sich, Sie haben nichts“)

# Wie tragen Ärzte zur Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen bei?

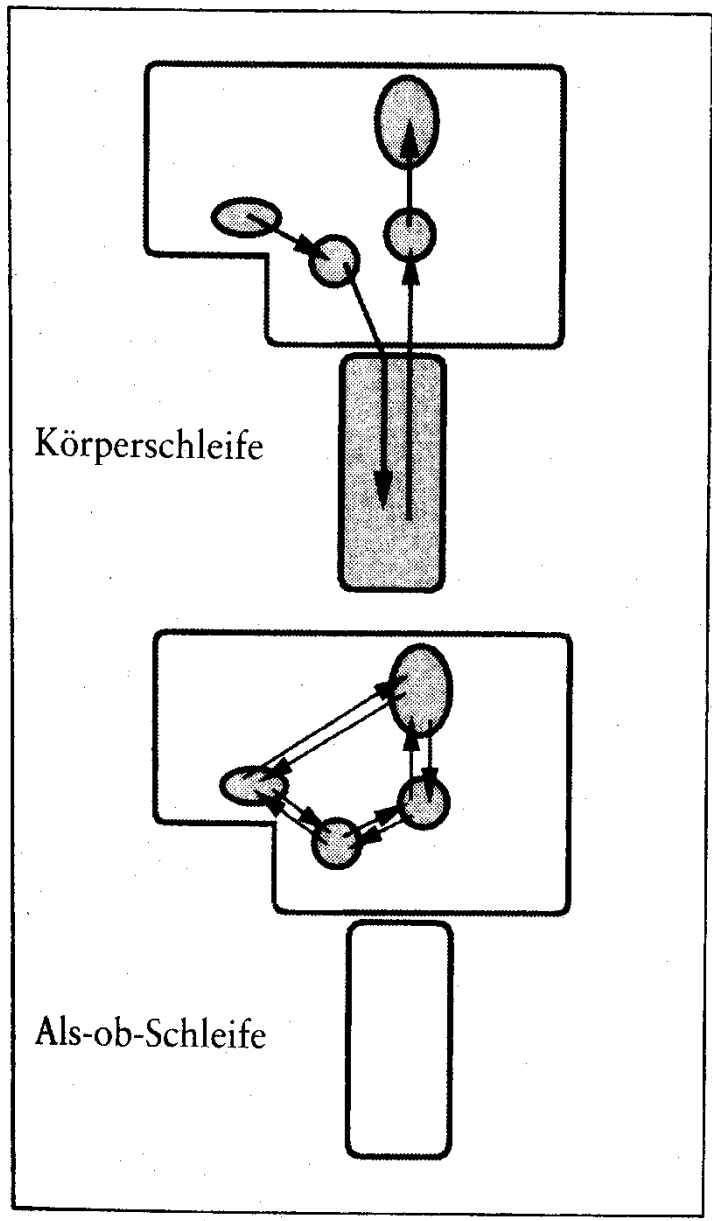
- ▶ Übersehen emotionaler Hinweise des Patienten
- ▶ Repetitive somatische Diagnostik zur „Beruhigung“
- ▶ vorschnelle Mitteilung organischer Verdachtsdiagnosen
- ▶ Fehlinterpretation von Bagatell- und Zufallsbefunden zB in MRT
- ▶ **Verschreibung von Medikation trotz zweifelhafter Diagnose**
- ▶ ausschliesslich negative Erklärung der Beschwerden („Freuen Sie sich, Sie haben nichts“)

# Wie tragen Ärzte zur Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen bei?

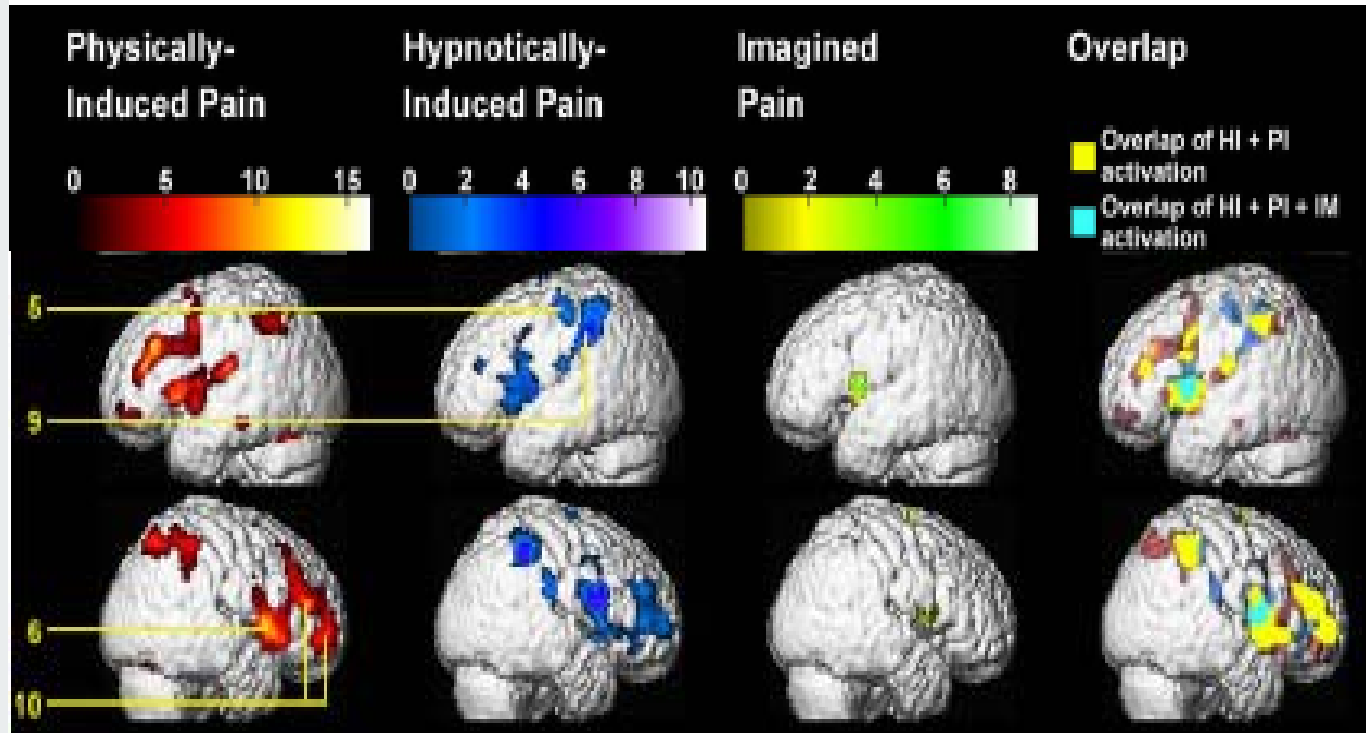
- ▶ Übersehen emotionaler Hinweise des Patienten
- ▶ Repetitive somatische Diagnostik zur „Beruhigung“
- ▶ vorschnelle Mitteilung organischer Verdachtsdiagnosen
- ▶ Fehlinterpretation von Bagatell- und Zufallsbefunden zB in MRT
- ▶ Verschreibung von Medikation trotz zweifelhafter Diagnose
- ▶ **ausschliesslich negative Erklärung der Beschwerden**  
(„Freuen Sie sich, Sie haben nichts“)

# Psychobiologisches Störungsmodell somatoformer/ funktioneller Störungen

- ▶ Nicht 1. Funktionelle Störung peripherer Organe
- ▶ Nicht 2. vermehrte Wahrnehmung physiologischer Körpersignale
- ▶ Stattdessen: Störung des "Körpers im Kopf" (Körperbild)
  - ▶▶ "Als-Ob-Schleifen" (Damasio 1994)
  - ▶▶ betrifft Wahrnehmungen, Denken, Fühlen

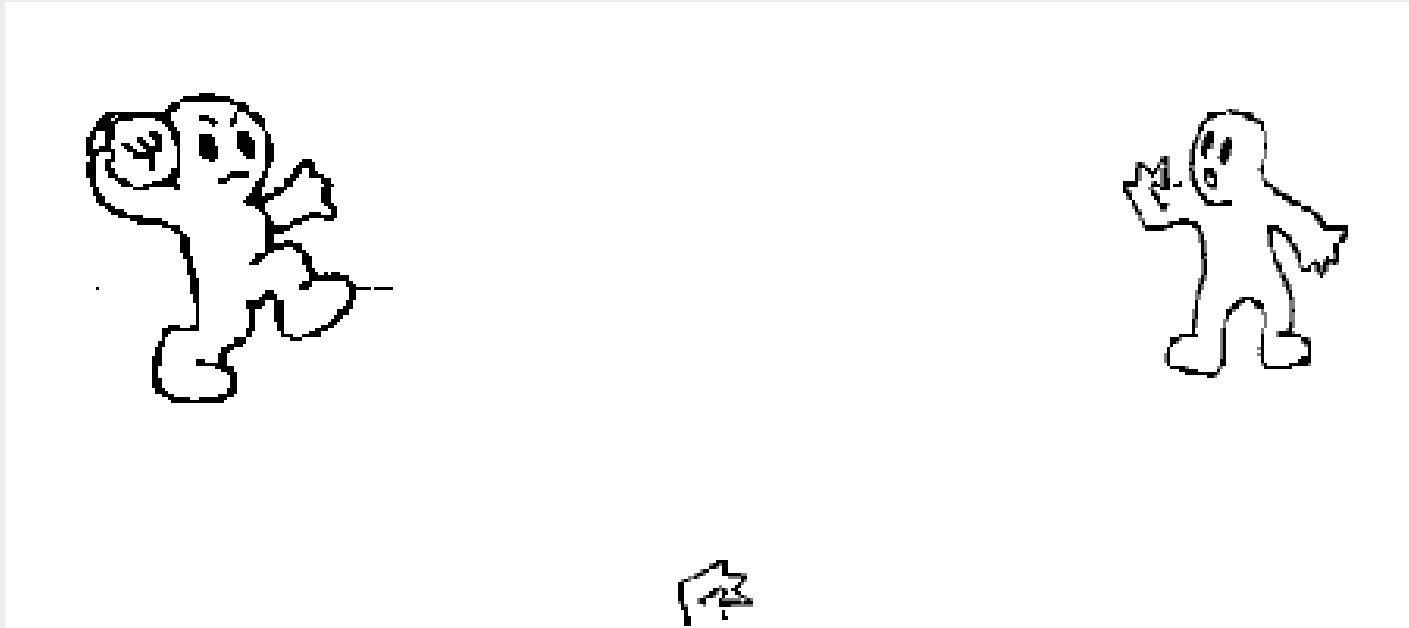


# fMRI bei hypnotisch induziertem Schmerz

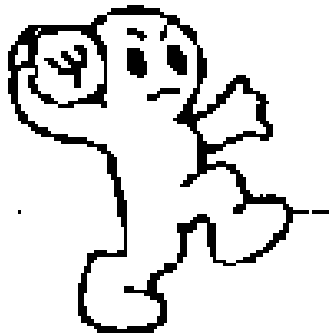


Derbyshire et al. NeuroImage 2004

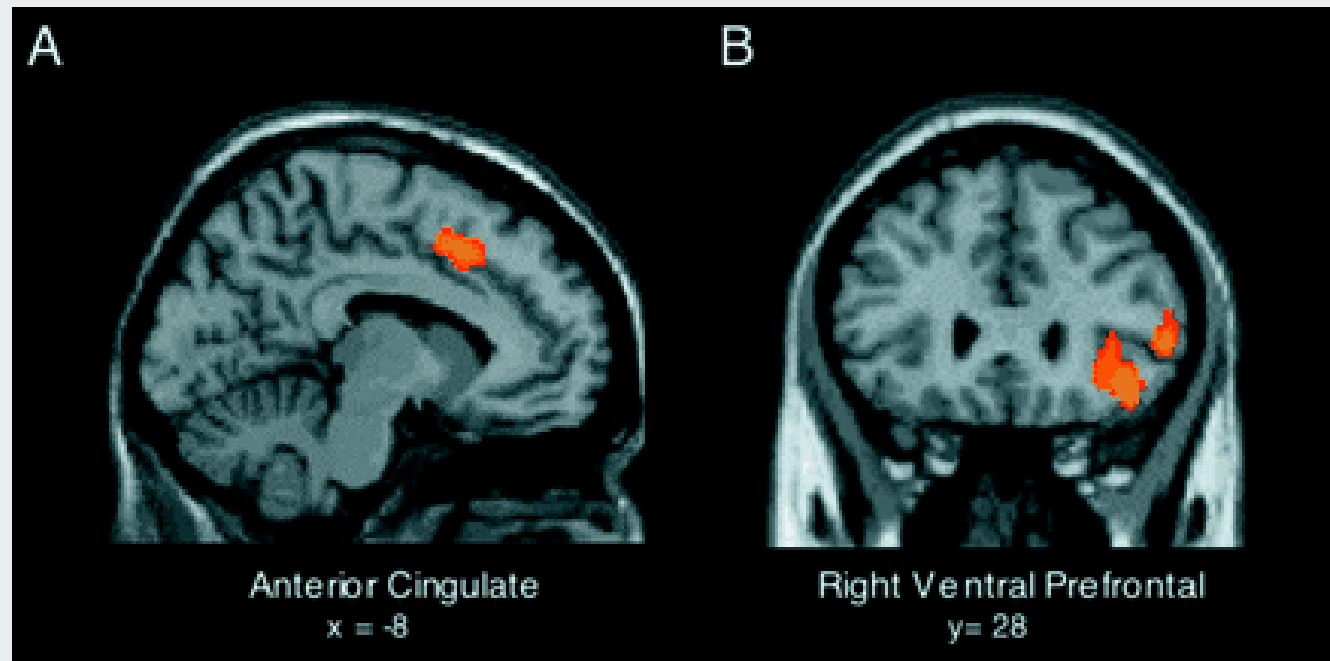
# *“Im Spiel dabei”*



# *“Ausgeschlossen”*



# Der Schmerz der sozialen Ausgrenzung: neurale Korrelate



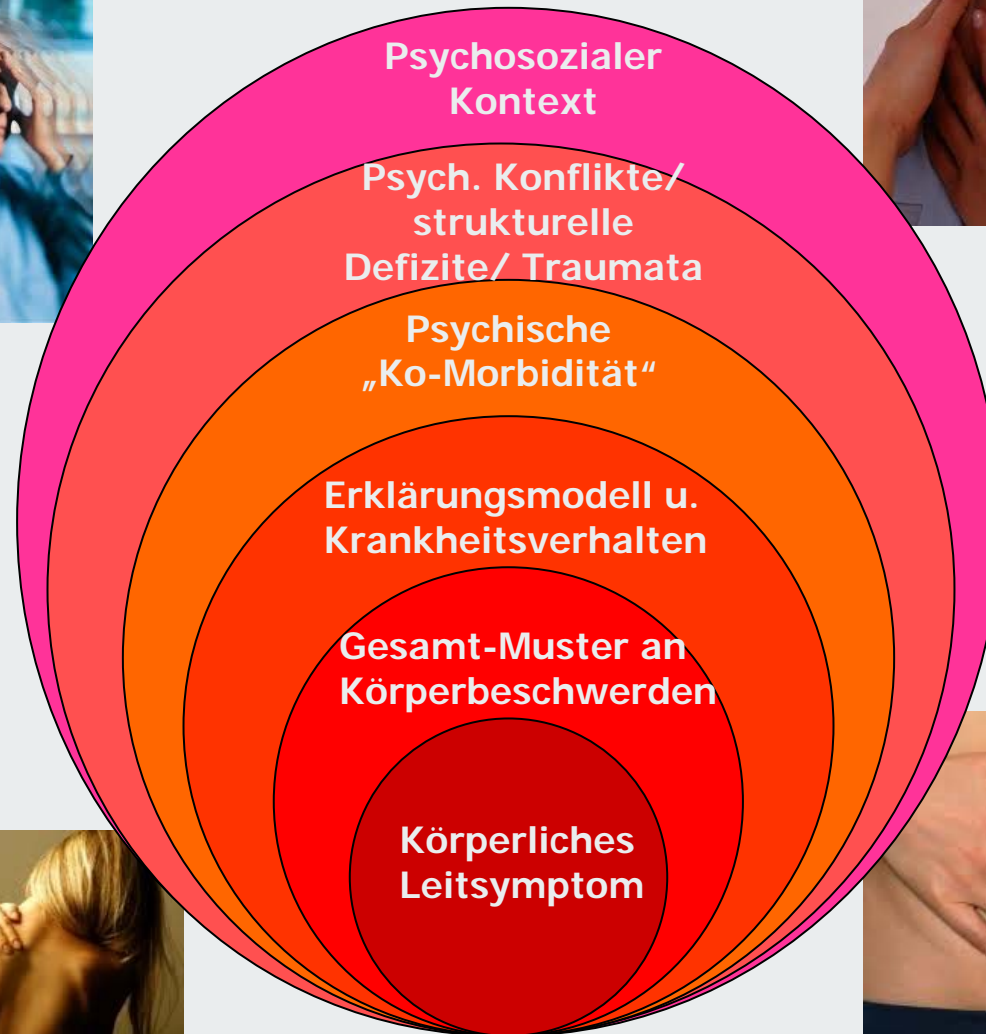
- (A) Increased activity in anterior cingulate cortex (ACC) during exclusion relative to inclusion. (B) Increased activity in right ventral prefrontal cortex (RVPFC) during exclusion relative to inclusion

Eisenberger et al., Science 2003

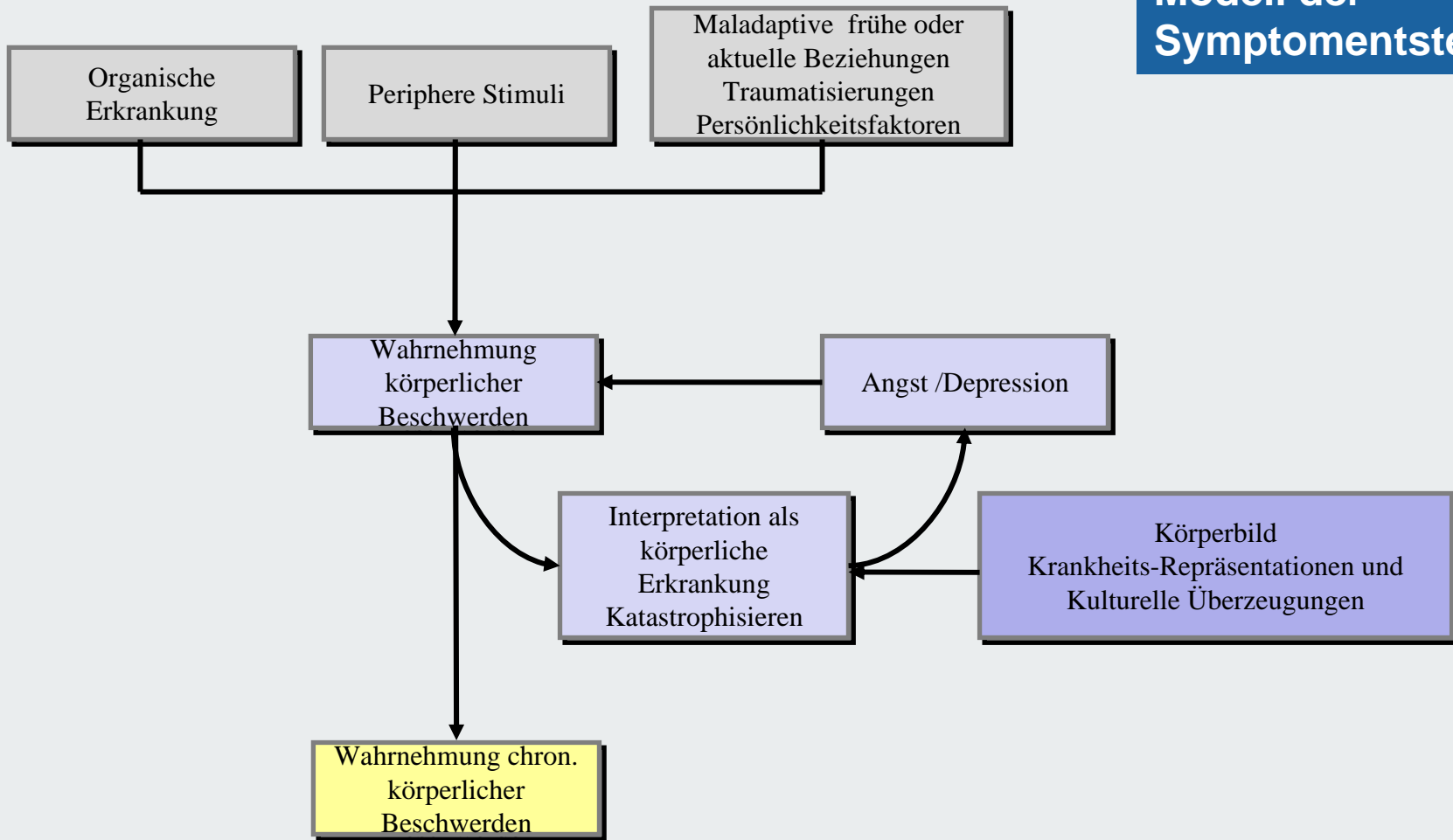
# Was ist die beste Haltung im Umgang mit diesen Patienten?

- ▶ Es sind ernstzunehmende körperliche Beeinträchtigungen, auch wenn keine (peripher) organische Ursache vorliegt
- ▶ Eine psycho-somatische Herangehensweise ist angezeigt
  - ▶▶ "Sowohl-als-Auch" statt "Entweder-Oder"
- ▶ Bereitschaft, sich auf psychosoziale Aspekte der Erkrankung einzulassen, ist ein erstes Behandlungsziel, keine Bringschuld

# Wer therapiert was bei somatoformen/ funktionellen Störungen?

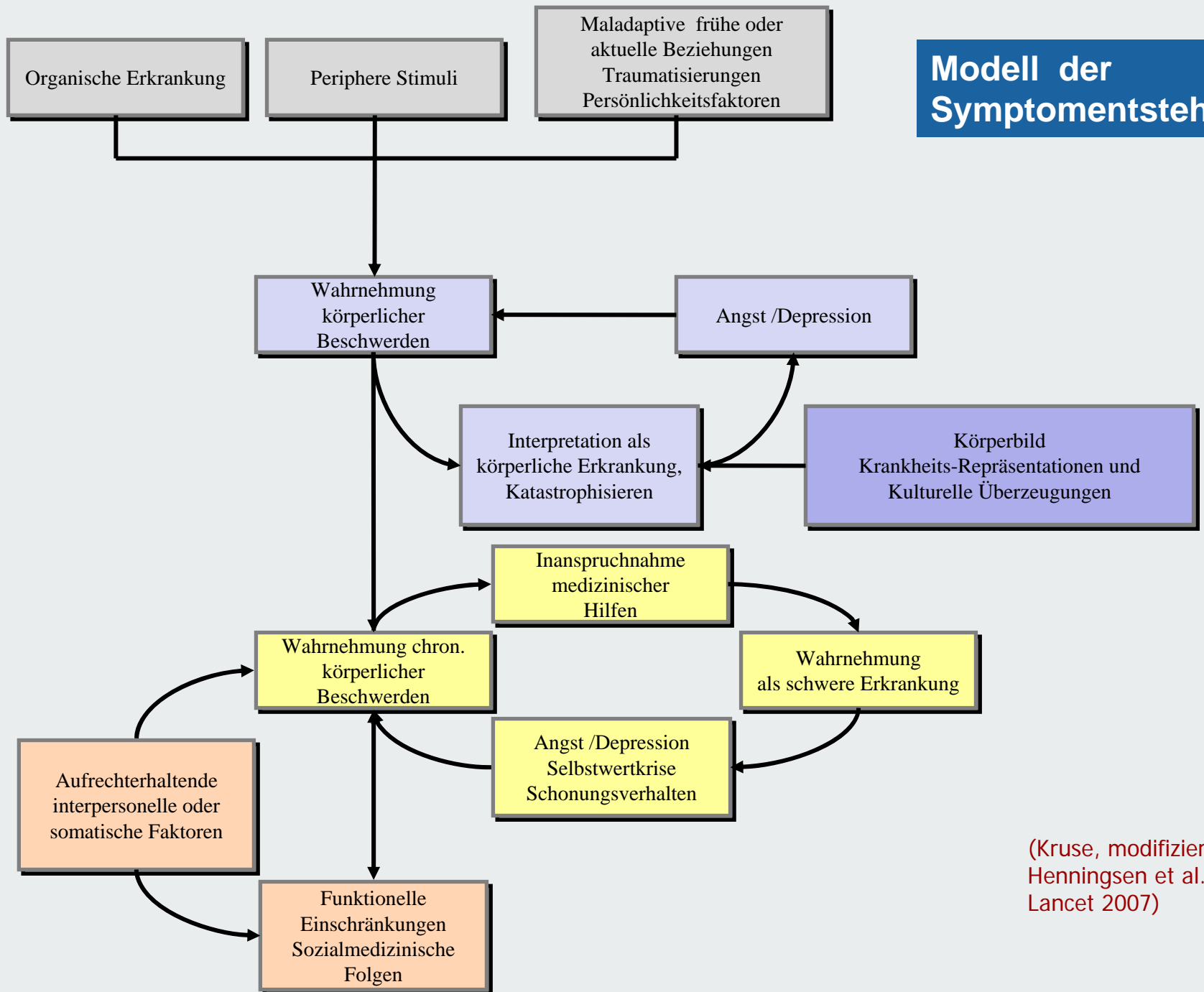


# Modell der Symptomentstehung

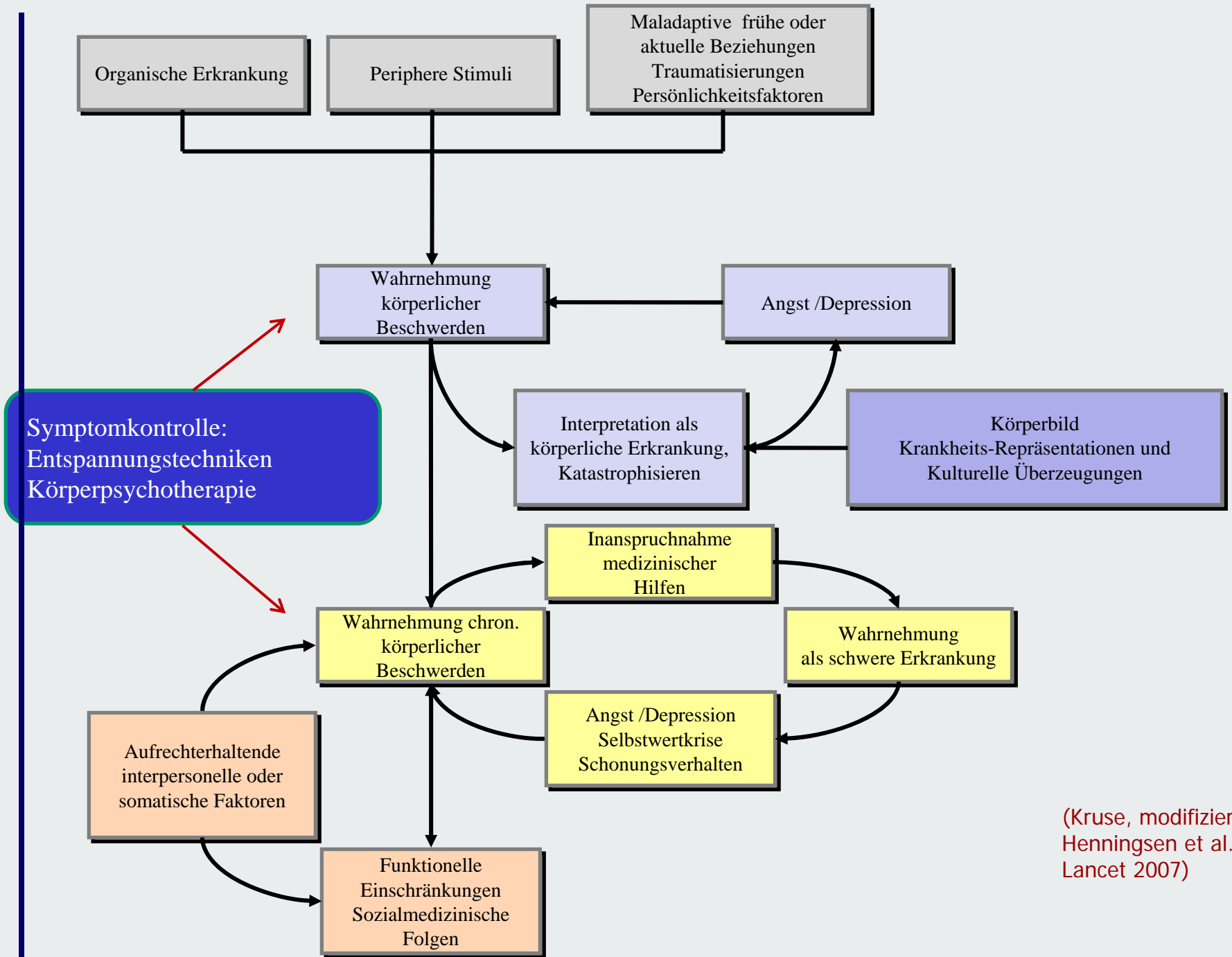


(Kruse, modifiziert nach Henningsen et al. Lancet 2007)

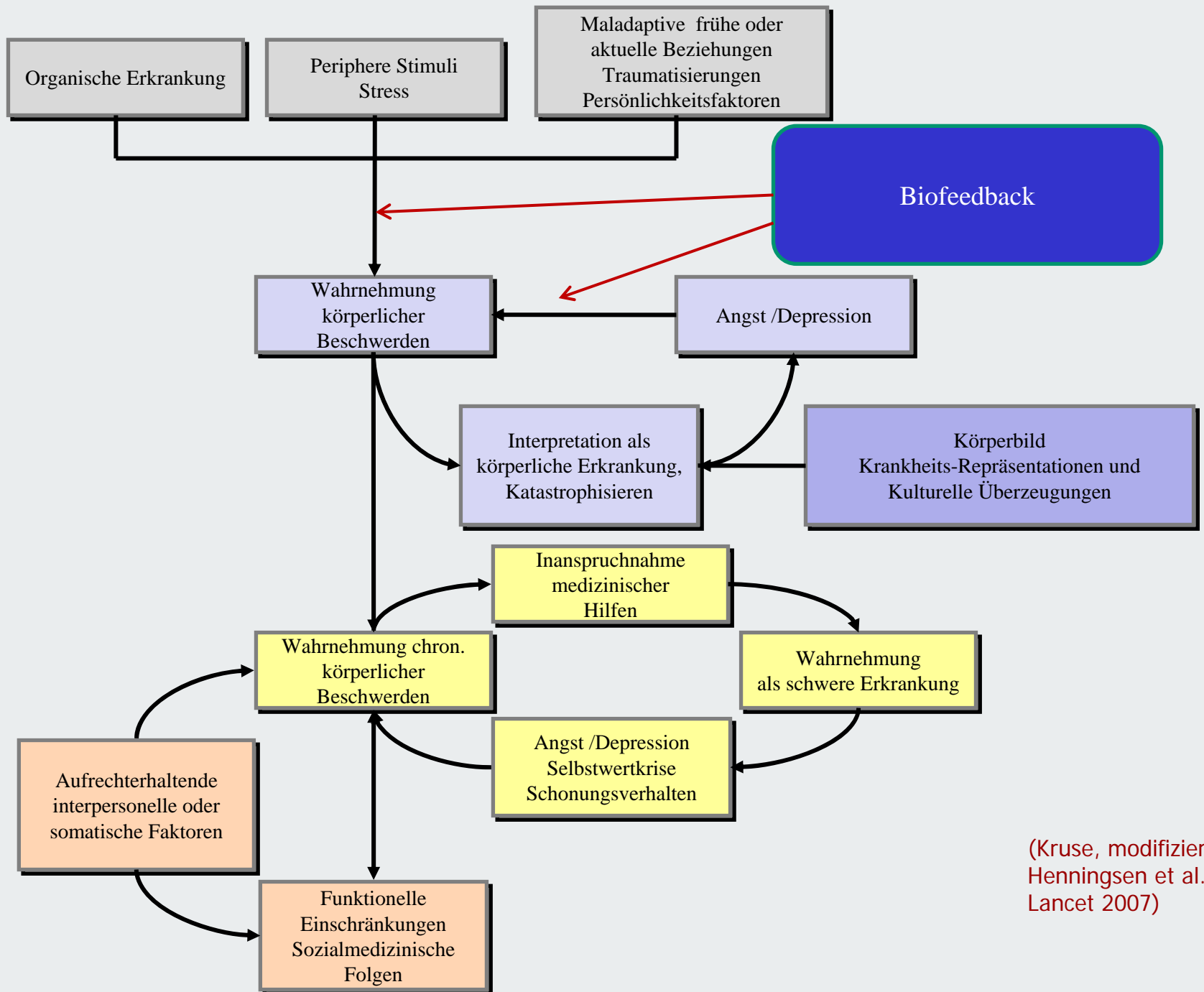
# Modell der Symptomentstehung



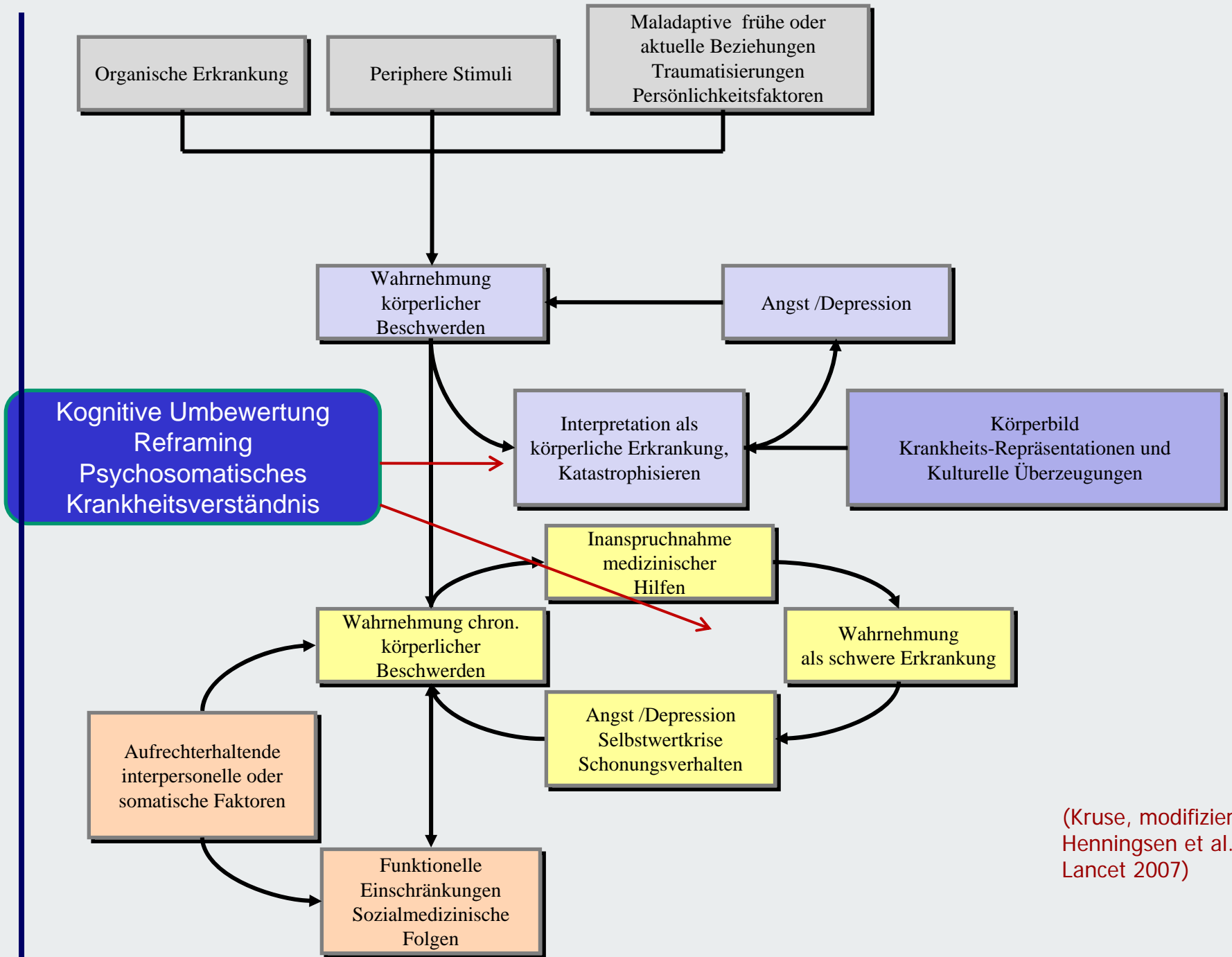
(Kruse, modifiziert nach Henningsen et al. Lancet 2007)



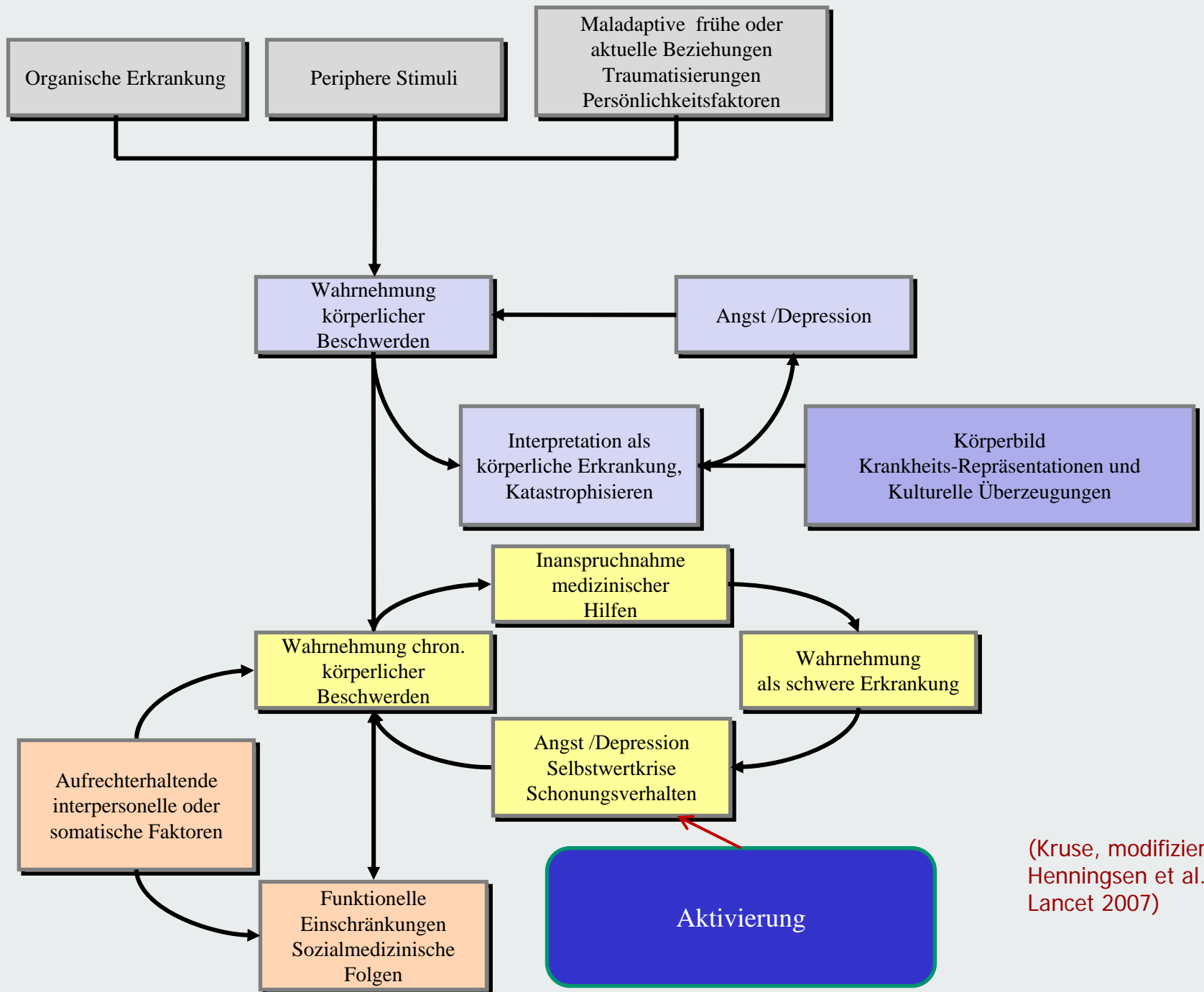
(Kruse, modifiziert nach Henningsen et al. Lancet 2007)



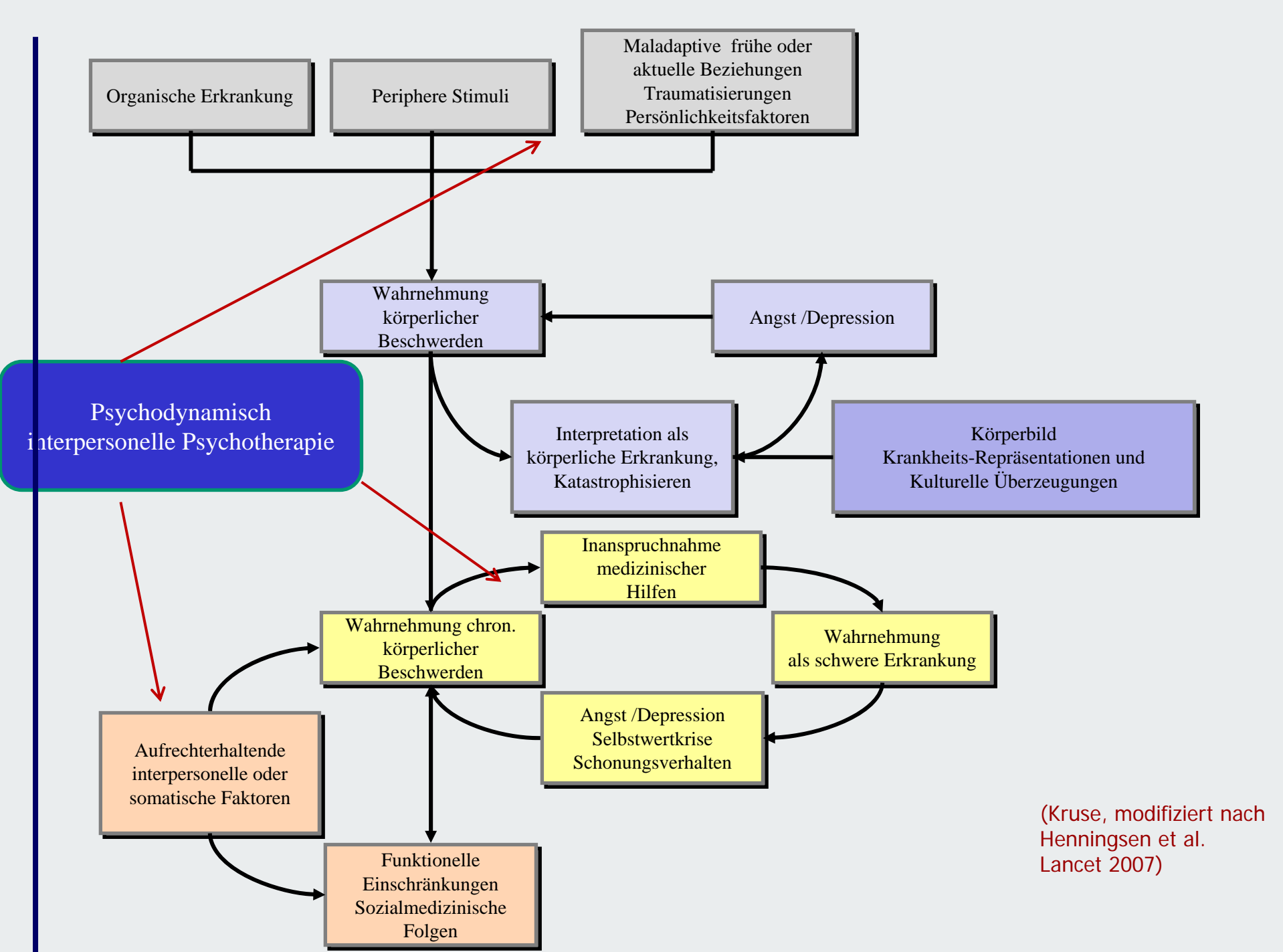
(Kruse, modifiziert nach Henningsen et al. Lancet 2007)



(Kruse, modifiziert nach Henningsen et al. Lancet 2007)



(Kruse, modifiziert nach Henningsen et al. Lancet 2007)



(Kruse, modifiziert nach Henningsen et al. Lancet 2007)

# Handlungsempfehlungen in der Therapie funktioneller/ somatoformer Störungen

- ▶ **Allgemeine Empfehlung zur therapeutischen Haltung:**
  - ▶ **Balance** von symptomorientiert/ biomedizinisch und erlebens-/ verhaltensorientiert/ psychotherapeutisch
  - ▶ entspricht in der Regel Erwartung des Patienten
  
  - ▶ erfordert vom **Hausarzt/ somatischen Facharzt** schon in der Diagnostikphase **Reflektion des eigenen Anteils:**
    - emotionale "cues" nicht übersehen
    - keine somatische Diagnostik nur zur Beruhigung,
    - Berücksichtigung der Beziehungsbotschaft von sachbezogenen Mitteilungen - etc.
  
  - ▶ erfordert vom **Psychotherapeuten** eine aktive, symptom- und bewältigungsorientierte Haltung

# Praktische Umsetzung in der Psychosomatik

- ▶ **Enge Konsil- und Liaisonbeziehung zu niedergelassenen Haus- und Fachärzten und zu somatischen Abteilungen**
- ▶ **Stufe 1 - akut**
  - ▶ Versicherung - Legitimierung - Begleitung - Aktivierung
- ▶ **Stufe 2 - anhaltend**
  - ▶ Ambulante symptomorientierte Psycho-/Pharmakotherapie
- ▶ **Stufe 3 - chronifiziert**
  - ▶ Multimodale tagesklinische/ stationäre Behandlung unter Einbeziehung von Komorbidität, Persönlichkeitsfaktoren, Soziallage
  - ▶ Ambulante Psychotherapie im Intervall

# PISO - Psychosomatische Kurz-Intervention bei Patienten mit multisomatoformen Störungen

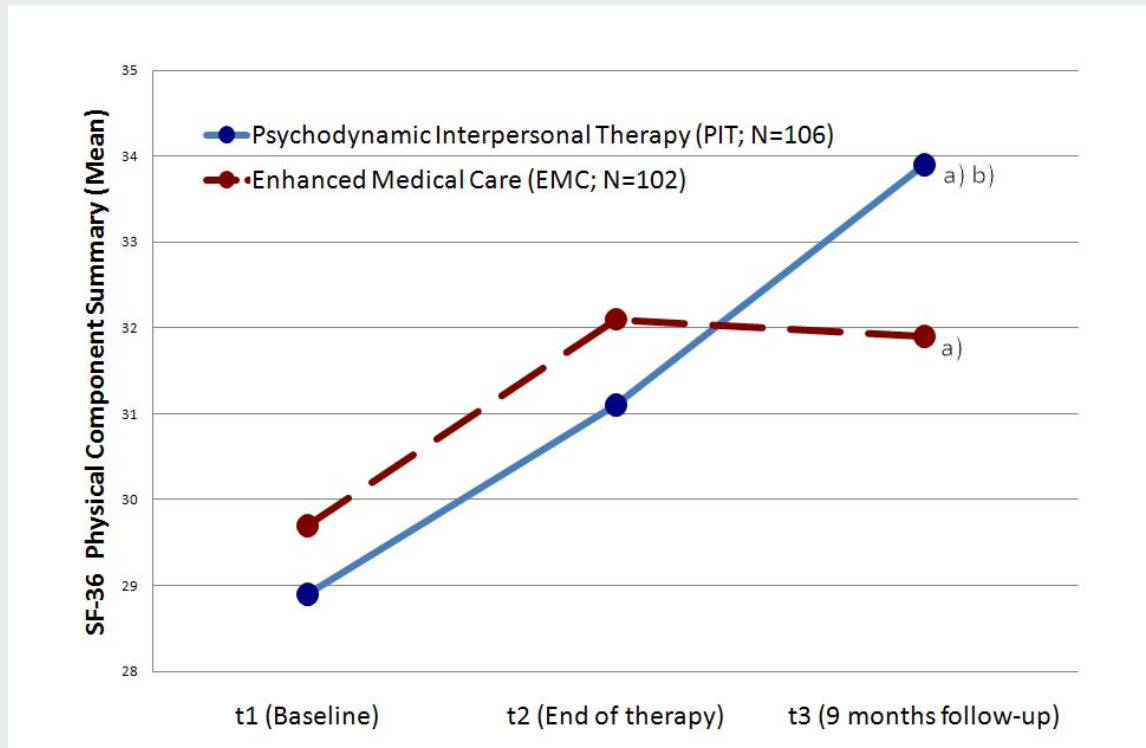
## ▶ Ziele

- ▶ bessere körperbezogene Lebensqualität
- ▶ Erweiterung des Erklärungsmodells (inkl. Motivation, Krankheitsverhalten etc.)
- ▶ **Nicht:** Symptommfreiheit!

## ▶ 12 Sitzungen in 3 Phasen

- ▶ Patienten in Schmerzambulanzen, Neurologie, Orthopädie etc.
- ▶ Aufbau therapeutischer Beziehung, Legitimierung, Symptombewältigung (inkl. zweistufiges Tagebuch, Entspannung)
- ▶ Erste Schritte zur Affektklarifizierung und Aufarbeitung der Beziehungserfahrungen (benennen, differenzieren etc.)
- ▶ Beendigung/ Transfer (inkl. persönlicher Brief)

# PISO – die Studie



- a) Significant improvement in both conditions between t1 and t3 (effect sizes  $d=0.61$ ,  $p=.00$  and  $d=0.32$ ,  $p=.02$  respectively)
- b) Significantly higher extent of improvement in PIT compared to EMC (differential effect size  $d=0.37$ ,  $p=.00$ )

Sattel H, (...) Henningsen P. Brief psychodynamic-interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: a randomized controlled trial. *Brit J Psychiatry*, in press

## Fazit

- ▶ Körperbeschwerden ohne organischen Befund sind partiell „ein-gebildet“ (Körperbildstörung wichtig) und zugleich echtes, unwillentliches Leiden

## Fazit

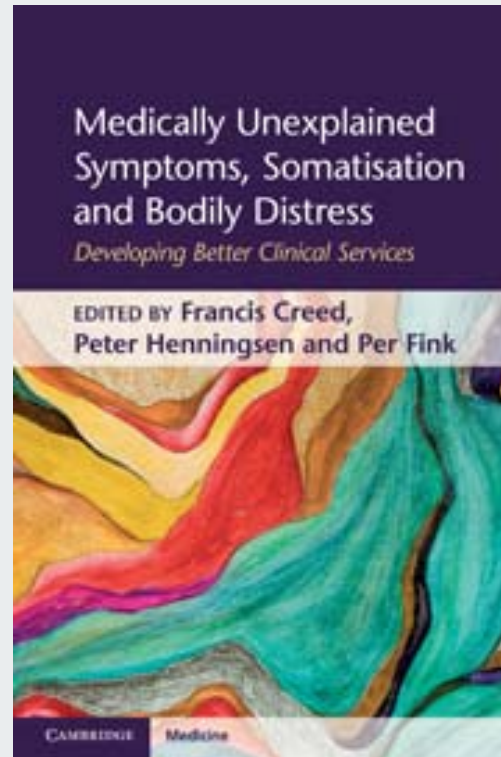
- ▶ Körperbeschwerden ohne organischen Befund sind partiell „ein-gebildet“ (Körperbildstörung wichtig) und zugleich echtes, unwillentliches Leiden
- ▶ Viel Leid entsteht nicht durch die Beschwerden selbst, sondern im Rahmen des „Kampfes um Legitimität der Beschwerden“

## Fazit

- ▶ Körperbeschwerden ohne organischen Befund sind partiell „ein-gebildet“ (Körperbildstörung wichtig) und zugleich echtes, unwillentliches Leiden
- ▶ Viel Leid entsteht nicht durch die Beschwerden selbst, sondern im Rahmen des „Kampfes um Legitimität der Beschwerden“
- ▶ Verständnis und Therapie erfordern eine Haltung des „Sowohl-als-auch“ von symptomorientierten, biomedizinischen **und** erlebens- und verhaltensorientierten, psychomedizinischen Zugangsweisen

---

**Thank you!**



Cambridge University Press 2011