

Differenzialdiagnose körperlicher Leitsymptome aus psychosomatischer Perspektive

DR. TIMO SPECHT

AMEOS REHA-KLINIKUM RATZEBURG - PSYCHOSOMATIK

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KLINISCHE PSYCHOTHERAPIE, PRÄVENTION UND PSYCHOSOMATISCHE
REHABILITATION (DGPPR)

FACHARZT FÜR INNERE MEDIZIN UND FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE



Machen Sie
mit!



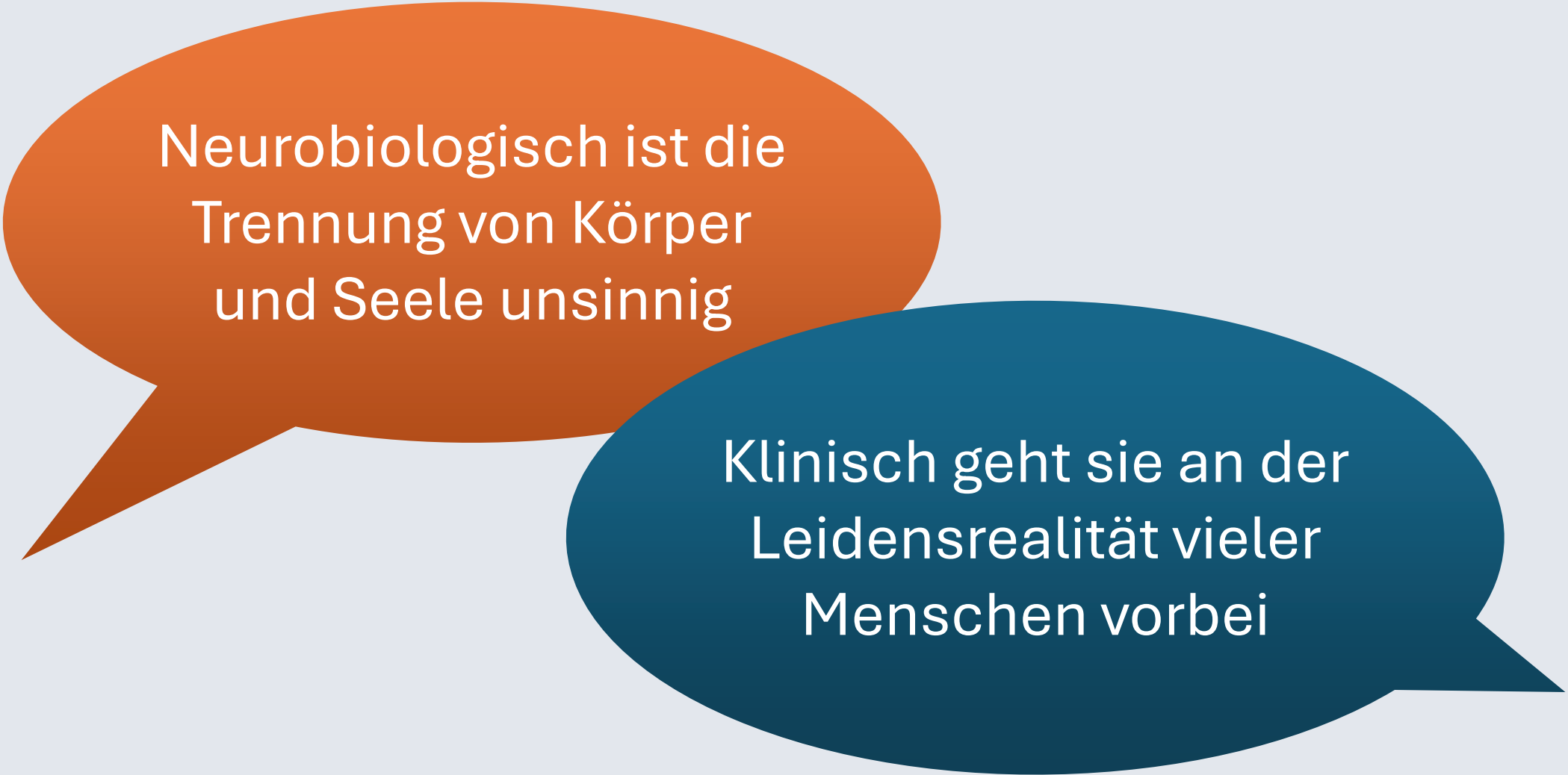
Körper-
medizin

Welchen
Anteil hat der
psychosoziale
Kontext?

Dafür liefert die
psychosomatische
Medizin die
Methodenkompetenz

Welchen
Anteil hat eine
somatische
Störung?

Seelen-
medizin



Neurobiologisch ist die
Trennung von Körper
und Seele unsinnig

Klinisch geht sie an der
Leidensrealität vieler
Menschen vorbei

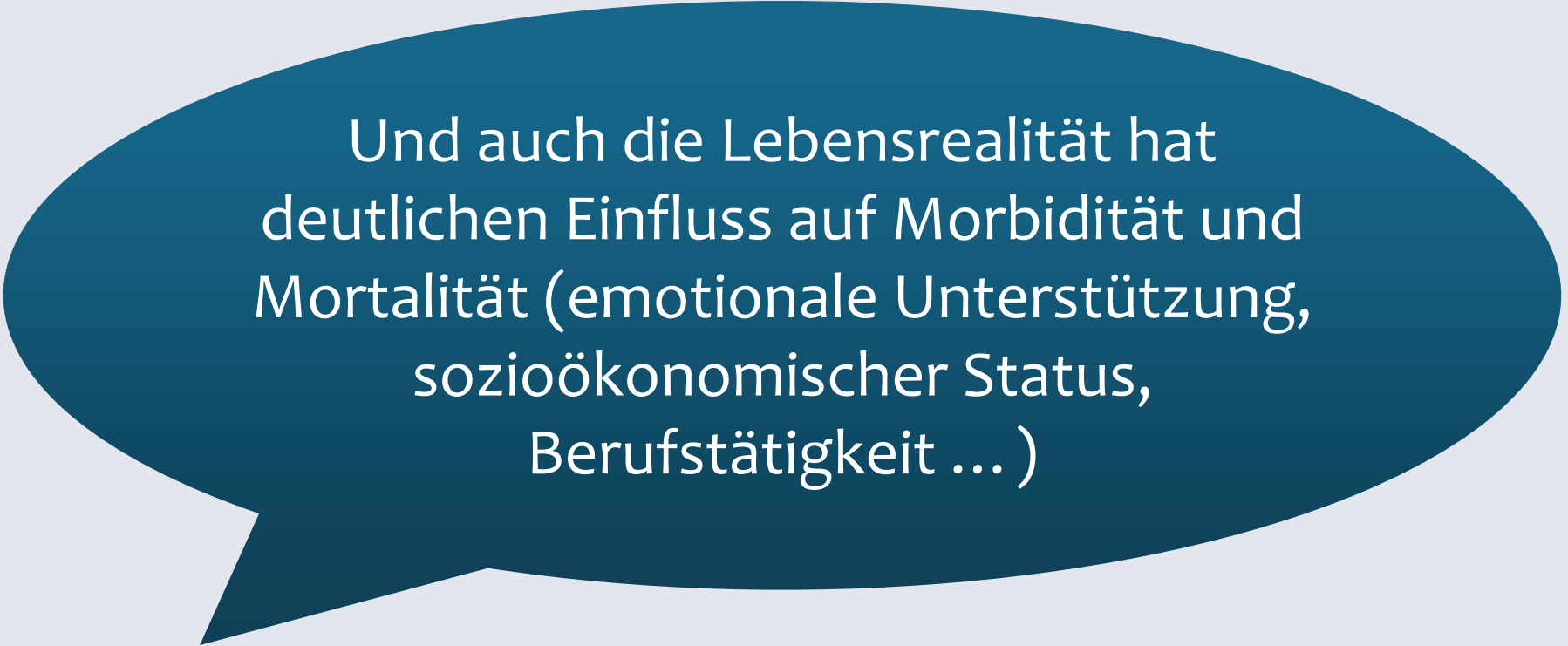
psychische und
kognitive
Beschwerden



körperliche
Beschwerden

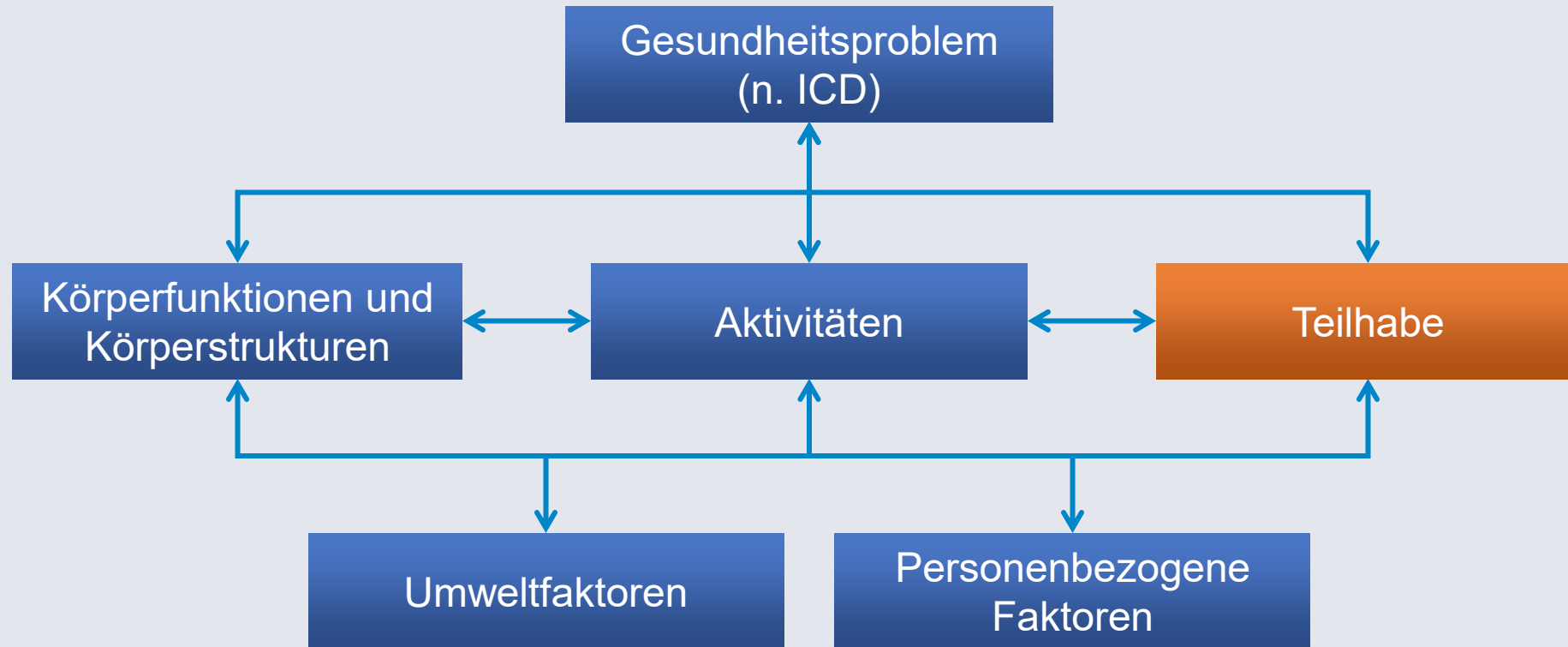
Zwei Drittel der Patienten, die mit
einer Depression ihren Hausarzt
aufsuchen tun dies aufgrund von
körperlichen Beschwerden

Kopfschmerzen, Schwindel,
Schulter-Nacken-Verspannungen,
Rückenschmerzen, Schwindel,
Schweißausbrüche, Engegefühle in der
Brust, Luftnot, Muskelschmerzen,
Benommenheit, Herzklopfen und -
rasen, Erschöpfung, Krämpfe,
Bauchweh, Durchfall...

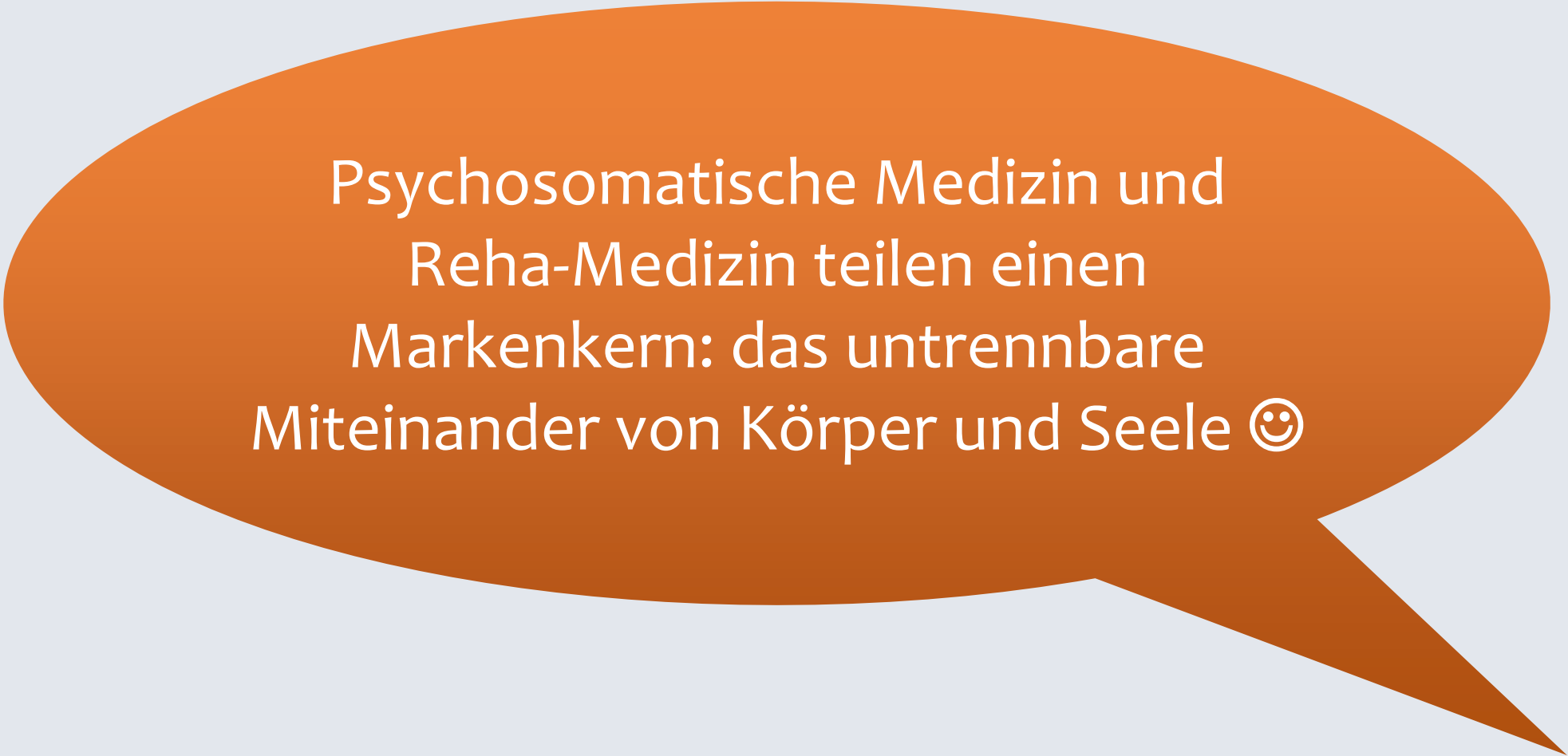


Und auch die Lebensrealität hat
deutlichen Einfluss auf Morbidität und
Mortalität (emotionale Unterstützung,
sozioökonomischer Status,
Berufstätigkeit ...)

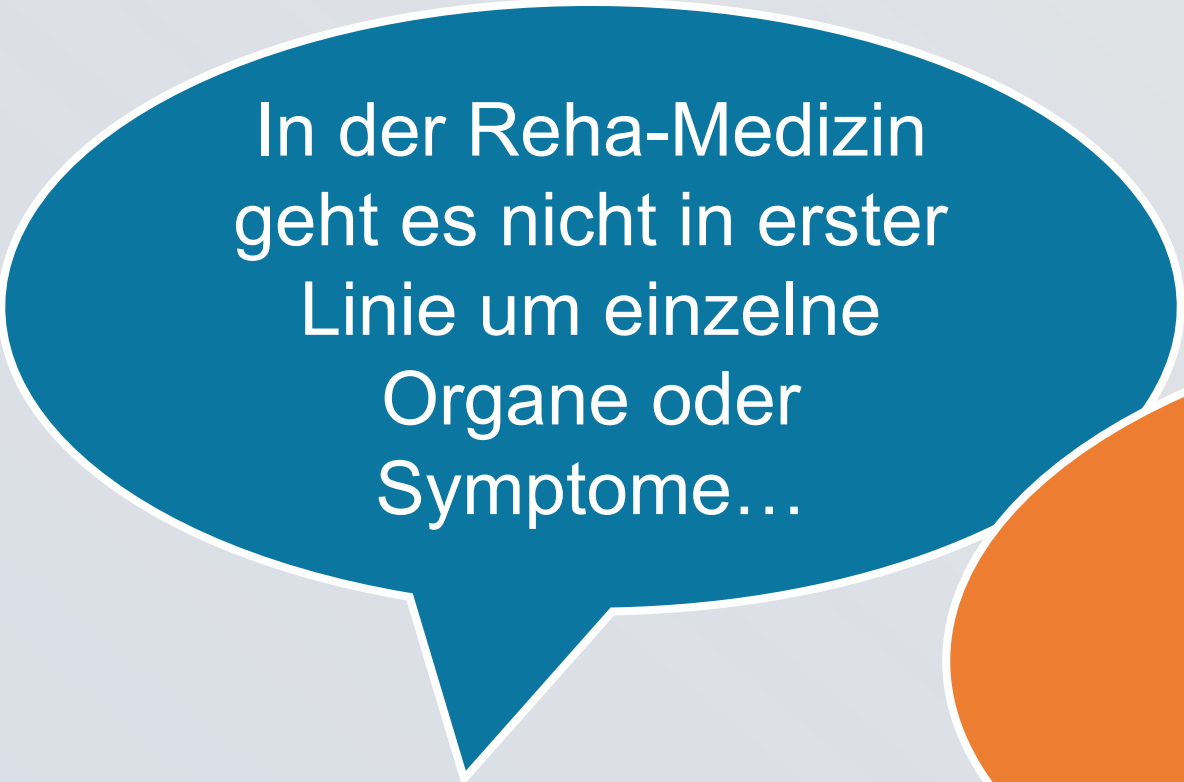
Das bio-psycho-soziale Modell der ICF*



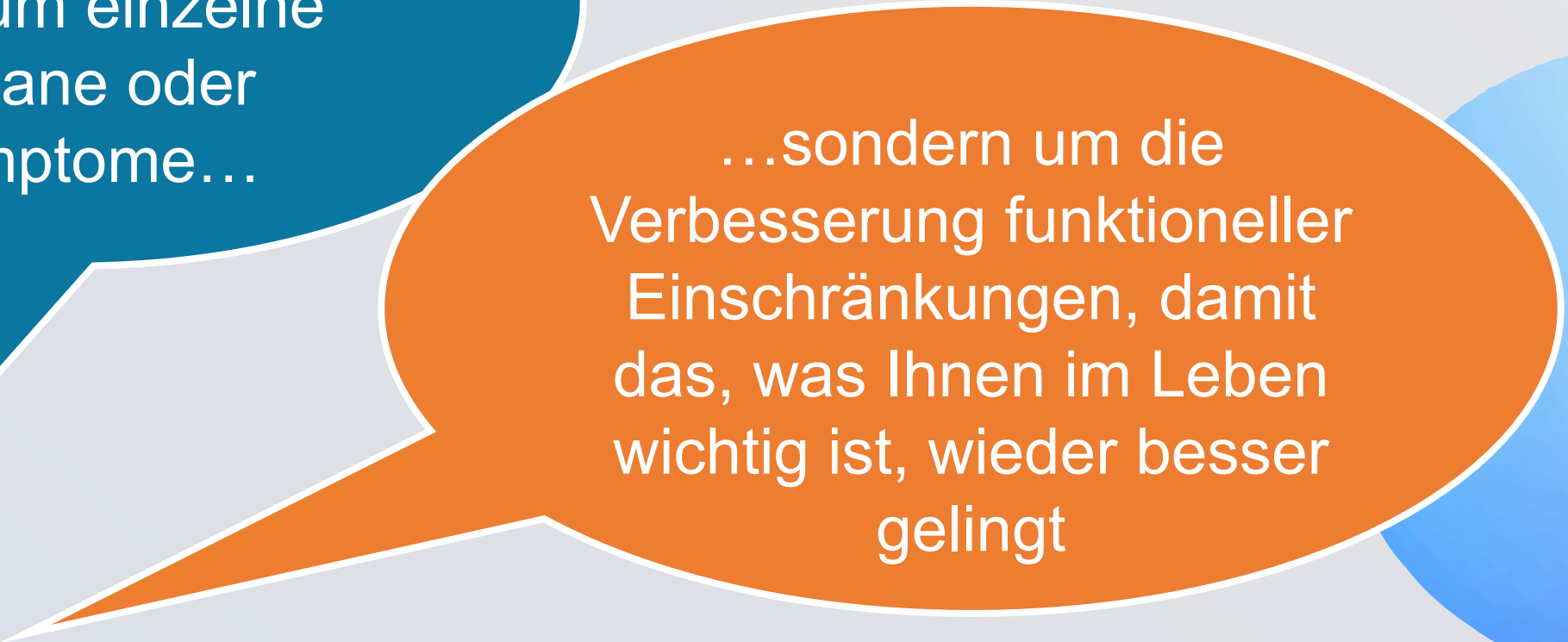
* International Classification of Functioning, Disability and Health der Weltgesundheitsorganisation WHO

A large orange speech bubble with a tail pointing towards the bottom right, containing white text.

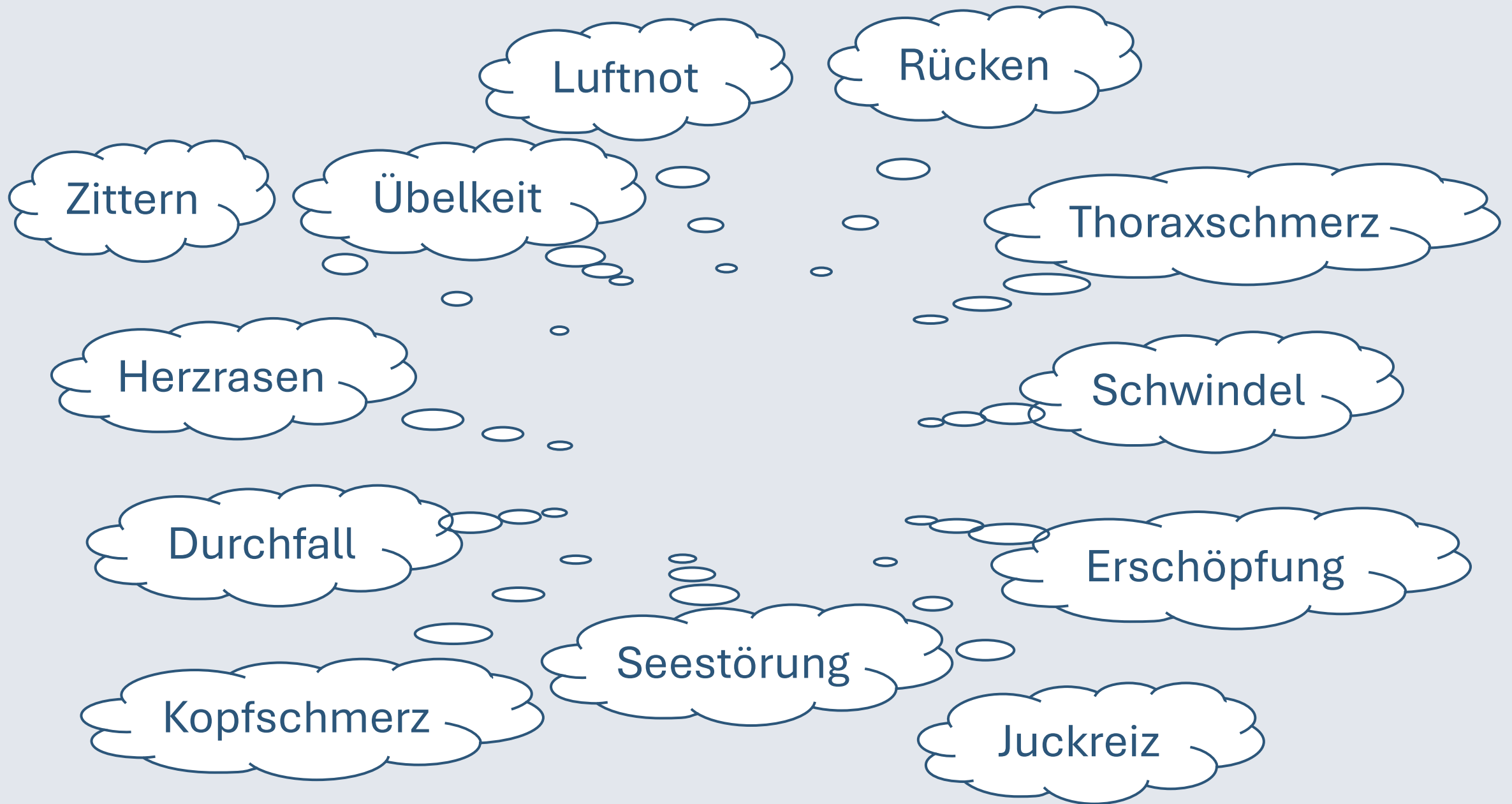
Psychosomatische Medizin und
Reha-Medizin teilen einen
Markenkern: das untrennbare
Miteinander von Körper und Seele 😊



In der Reha-Medizin
geht es nicht in erster
Linie um einzelne
Organe oder
Symptome...



...sondern um die
Verbesserung funktioneller
Einschränkungen, damit
das, was Ihnen im Leben
wichtig ist, wieder besser
gelingt



Ein Fall aus der pneumologischen Reha:

63 j Frau mit inspiratorischer Dyspnoe seit 8 Monaten

Bekannt: Schlafapnoe, koronare Herzkrankheit, Adipositas

Umfangreiche somatische Vor-Diagnostik ohne erklärenden

Befund: Herzkatheter, Lungenfunktion, Thorax-CT,
Bronchoskopie, Schlaflabor

Ein Fall aus der pneumologischen Reha:

63 j Frau mit inspiratorischer Dyspnoe seit 8 Monaten

Frage nach ...

- ...*Auslösesituation und subjektiver Krankheitstheorie:*
„Weiß ich nicht“
- ...Antrieb, Rückzug, Interesseverlust ... Traurigkeit:
Depressive Episode
- Wo in Ihrem Körper spüren Sie diese Traurigkeit vor allem? „Dann bleibt mir die Luft weg.“

Auslösesituation: Von Schwägerin verheimlichter Tod des Bruders an Lungenkrebs vor 8 Monaten

Ein Fall aus der gastroenterologischen Reha:

41 j Mann mit Bauchschmerzen und Durchfall seit 2 Jahren

- Gastroenterologisch abgeklärt: o. p. B.
- Krampfartige Bauchschmerzen, Druckgefühl im Unterbauch, 4 bis 8 breiig-flüssige Stühle am Tag (ohne Blut, nicht nachts), häufiger Stuhldrang, Meteorismus
- Kein Gewichtsverlust, Besserung der Beschwerden nach dem Stuhlgang
- Subjektiver Zusammenhang mit hoher Stressbelastung und Mobbing am Arbeitsplatz
- **Diagnose:** Reizdarmsyndrom mit Diarrhoe

Wer braucht erweiterte somatische Diagnostik?

Die „Red Flags“

Alarmsymptome als Hinweis auf organische Erkrankung:

- Kurze Anamnese, Fieber / Nachtschweiß, Gewichtsverlust
- Blut im Stuhl
- Progrediente Beschwerden / Schmerzen
- Aufwachen wegen Beschwerden
- Labor: Anämie, Leukozytose, CRP

Was hilft bei der Unterscheidung zwischen „funktionell“ und „somatoform“?

Vorschlag: **Die „subjektive Krankheitstheorie“**

- Bewusster Zusammenhang mit psychosozialer Belastung?
- oder:
- Hartnäckige Überzeugung von körperlicher Verursachung?

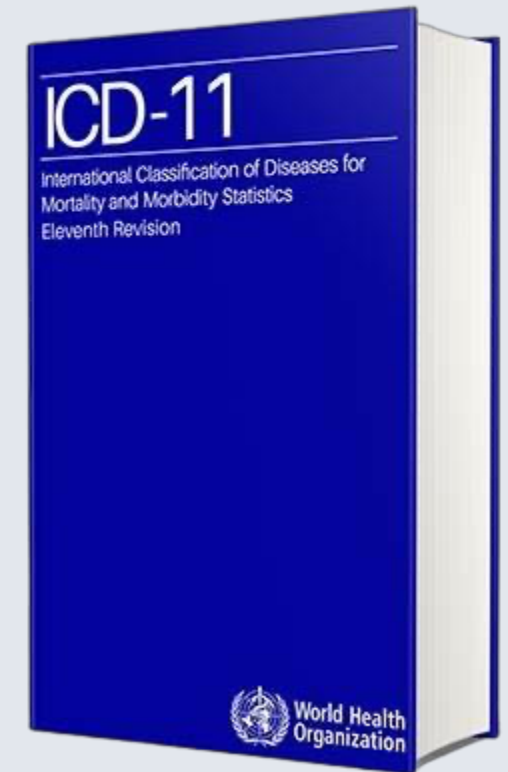
Neu im ICD11: „**Körperstresstörung**“ 6C20

Belastende körperlichen Symptome „an den meisten Tagen mindestens mehrere Monate lang“, typischerweise mehrere

„**Übermäßige Aufmerksamkeit**“, ggf. wiederholte Kontakte mit Gesundheitsdienstleistern

Keine Milderung durch „Untersuchungen sowie durch angemessene Beruhigungsmaßnahmen“.

Funktionelle Beeinträchtigung (persönlich, beruflich, familiär, sozial)



https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/7f/ICD-11_Front.png

Was bedeutet „maladaptive Bewältigung“?

Die Art des Umgangs mit den körperlichen Beschwerden verstärkt die Problematik, z. B. durch...

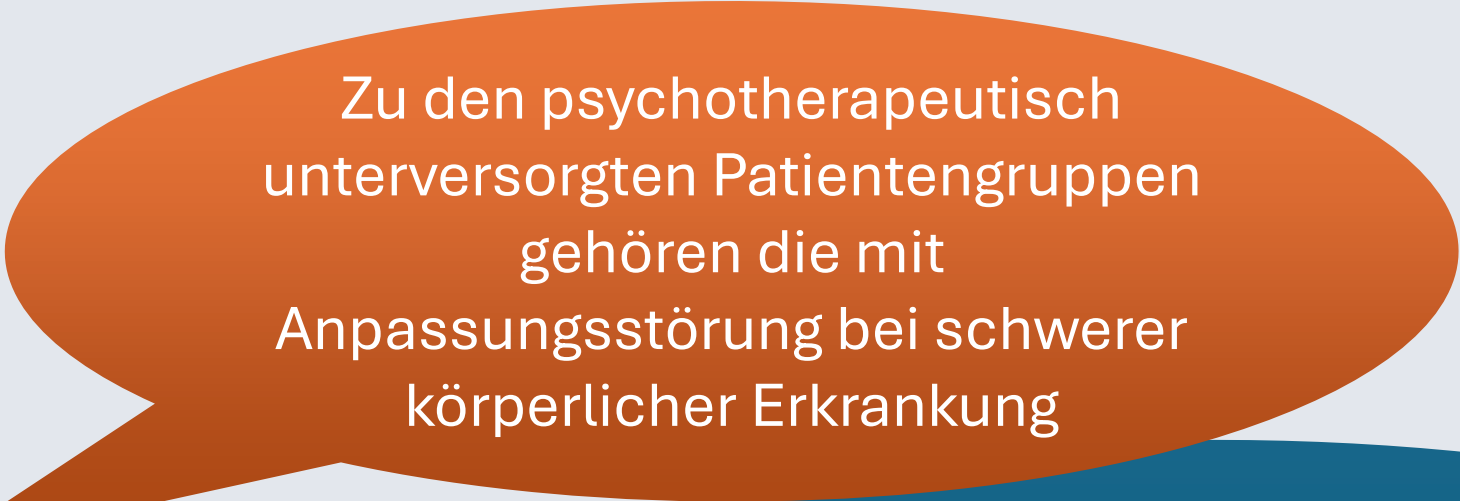
- Unangemessen ausgeprägte körperbezogene Erkrankungsbefürchtungen
- Übermäßige Beschäftigung mit den Beschwerden
- Teufelskreise, z. B. durch
 - erhöhte körperbezogene Selbstaufmerksamkeit, „Checking Behaviour“
 - körperliche Schonung (Vermeidung & Trainingsmangel)
- Fixierte organmedizinische Ursachenüberzeugung
- Hohe medizinische Inanspruchnahme, wiederholte Suche nach Rückversicherung

Ein Fall aus der psychosomatischen Rehabilitation:

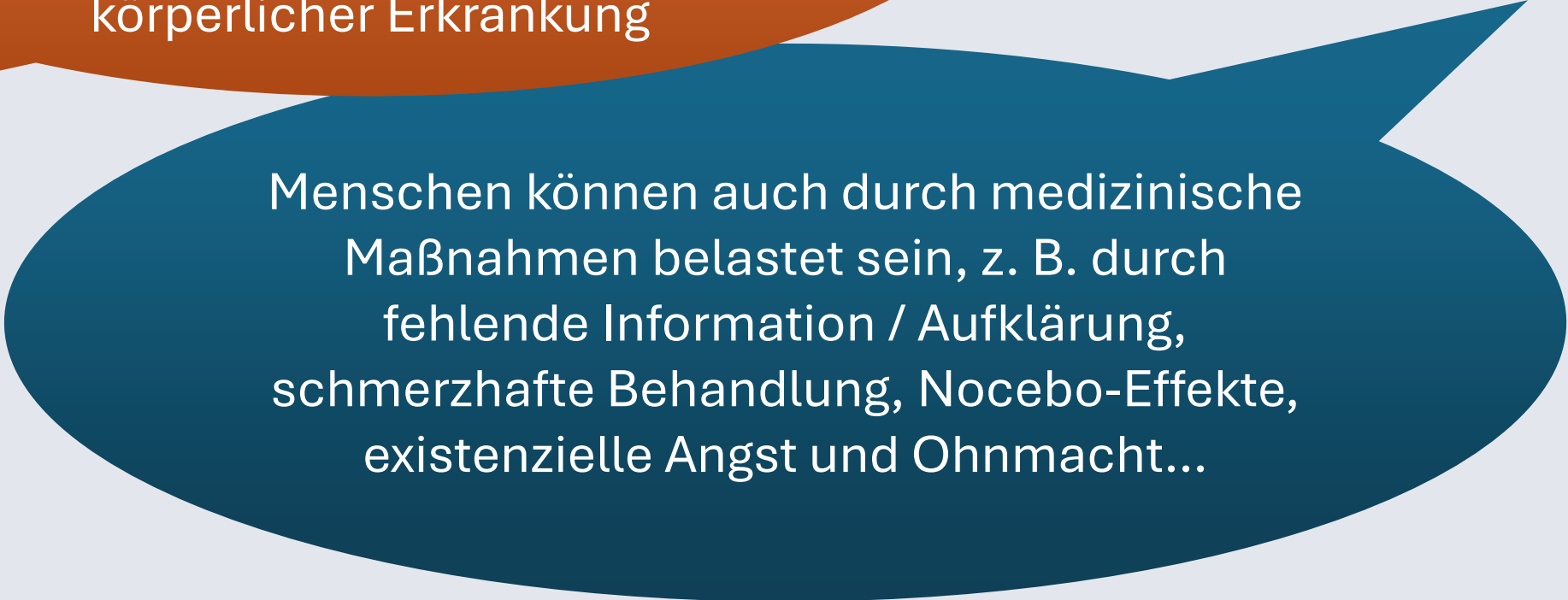
51 j Mann mit Z. n. wiederholter Reanimation und langem Intensivaufenthalt

- Thoraxschmerz, Unruhe, Schreckhaftigkeit, Alpträume
- Flashbacks und Intrusionen von z. T. bewusst erlebter Reanimation, Schmerzen und Erstickungsgefühl
- Verschlechterung der Symptomatik nach Durchsprechen des Erlebten
- Emotionale Abstumpfung, Teilnahmslosigkeit, Vermeidung von (Trigger-) Reizen

Diagnose: Posttraumatische Belastungs-Störung



Zu den psychotherapeutisch
unterversorgten Patientengruppen
gehören die mit
Anpassungsstörung bei schwerer
körperlicher Erkrankung

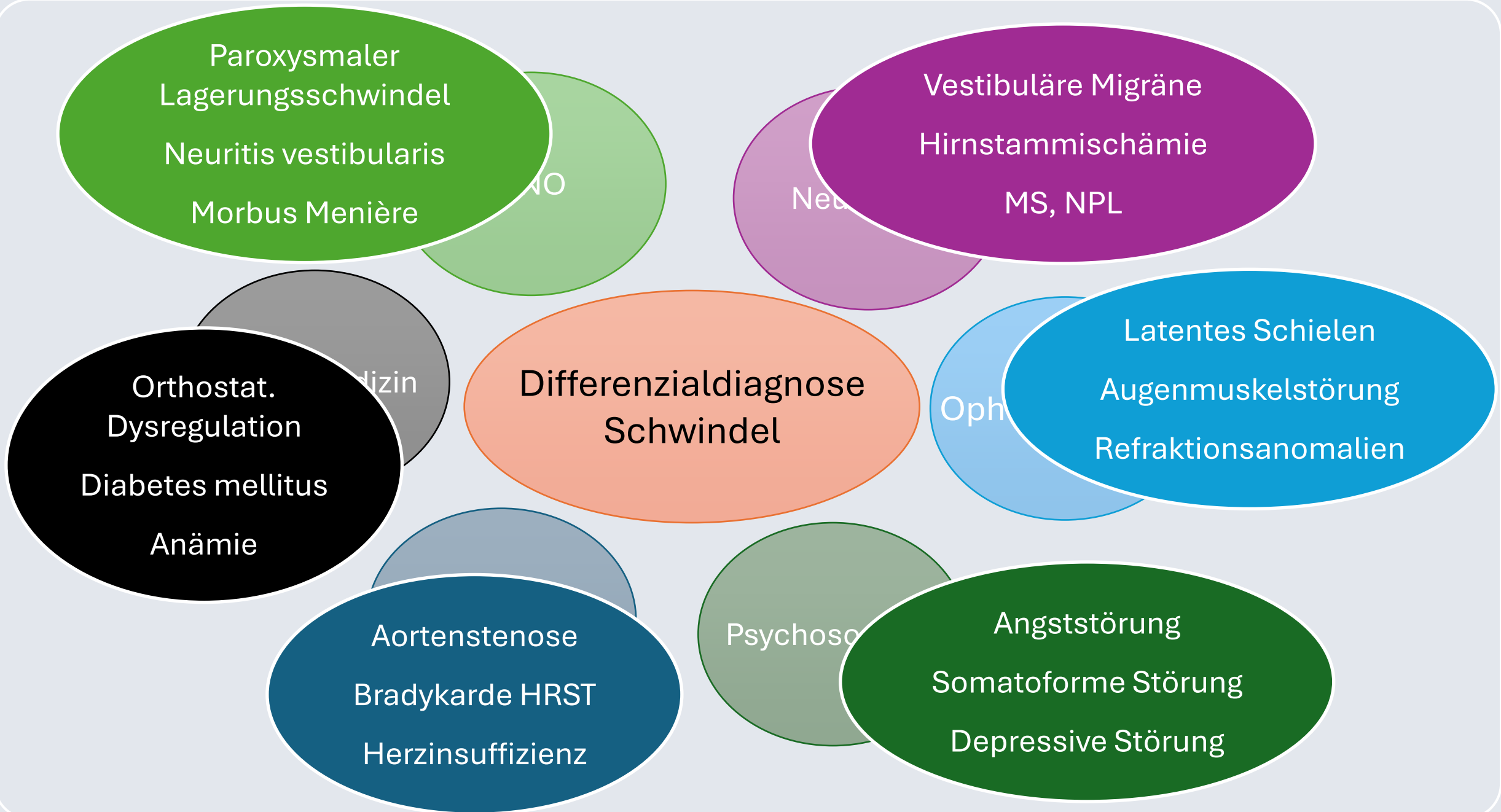


Menschen können auch durch medizinische
Maßnahmen belastet sein, z. B. durch
fehlende Information / Aufklärung,
schmerzhaft Behandlung, Nocebo-Effekte,
existenzielle Angst und Ohnmacht...

Ein Fall einer Nebendiagnose aus der orthopädischen Rehabilitation:

47 j Frau mit Schwindelattacken

Hochdramatisches klinisches Bild mit heftigen Schwindelattacken „wie in einer Schleuder“ verbunden mit starker Angst und Schreien



Anamnese bei Schwindel

Art:

Dreh-, Schwank- und Benommenheitsschwindel

Dauer:

Sekunden, Minuten, Stunden, Tage, Wochen, Immer

Auslösbarkeit:

In Ruhe, bei (best.) Bewegung, bei Dunkelheit, situativ

Begleitsymptome:

Tinnitus, Hörminderung, Doppelbilder, Kopfschmerzen, Lähmungen, Ataxie

Ein Fall einer Nebendiagnose aus der orthopädischen Rehabilitation:

47 j Frau mit Schwindelattacken

Die **Anamnese** ergibt zwei Sorten von Schwindel:

- Initial starker Drehschwindel, ausgelöst durch Lagewechsel, der nach weniger als einer Minute endet, jedoch ein starkes Bedrohungsgefühl und Angst auslöst, gefolgt von ...
- ... subjektiv schwer beeinträchtigendem Benommenheitsschwindel, verbunden mit starker Angst und starken vegetativen Begleitsymptomen.

Diagnosen: Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel mit dadurch getriggelter Panikattacke

Ein Fall aus der kardiologischen Rehabilitation:

57 j Frau mit Thoraxschmerz

Aufnahmediagnosen:

- **Koronare 2-Gefäßerkrankung** mit guter linksventrikulärer Pumpfunktion
- Z. n. PTCA und Stenting der LAD vor drei bzw. dreizehn Monaten
- **Somatoforme autonome Funktionsstörung** des kardiovaskulären Systems (ICD10 F45.30)
- Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Hypertonie, Hyperlipoproteinämie

Beschwerden: Linksthorakale Schmerzen und Angst, „dass wieder was am Herzen ist“

Problem: Herzkatheter oder Psychotherapie?

Ein Fall aus der kardiologischen Rehabilitation:

57 j Frau mit Thoraxschmerz

Die **Anamnese** zeigt zwei Sorten von Thoraxschmerz:

- Stechend-beklemmende linksthorakale Beschwerden, verbunden mit Herzklopfen/-rasen u.a. vegetativen Begleitsymptomen, sowie Angst vor kardialer Bedrohung. Meist aus der Ruhe heraus über Stunden anhaltend. Nach PTCA vor 3 Monaten unverändert persistierend.
- Durch Belastung induzierbares, thorakales Druckgefühl, das längstens 15 Minuten anhält, das nach PTCA vor drei Monaten verschwunden war und seit 2 Monaten wieder auftritt, zuletzt gehäuft

Therapie: **Herzkatheter und Psychotherapie**

Zum Umgang mit der „Hypochondrie bei realer Bedrohung“

(Michael Linden 2012)

Präzise Symptombeschreibung

Belastende Symptome einordnen helfen (z.B. Ampel-Modell;
nicht: „Sie haben nichts“)

Körperliche Störung eher aggravierern, nicht beruhigen

Fokus auf Bewältigung, nicht auf Angst
(„Behandlungssteuerung nicht durch Angst, sondern durch
Vernunft“)

Ein Fall aus der pneumologischen oder orthopädischen oder onkologischen oder psychosomatischen Rehabilitation: 51 J Frau, Erschöpfung

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung mit eingeschränkter Lungenfunktion und Überblähung nach jahrelangem Zigarettenkonsum

Depressive Erschöpfung vor allem mit Antriebsstörung, Schlafstörung und sozialem Rückzug

Chronifiziertes Schmerzsyndrom, i. B. der Bewegungsorgane

Z. n. Mamma-Ca mit OP, Chemo und Radiatio

Kontextfaktor: Pflegebedürftiger Ehemann

Problem: Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

**ERSCHÖPF-
BARKEIT**

Depression?

Fatigue?

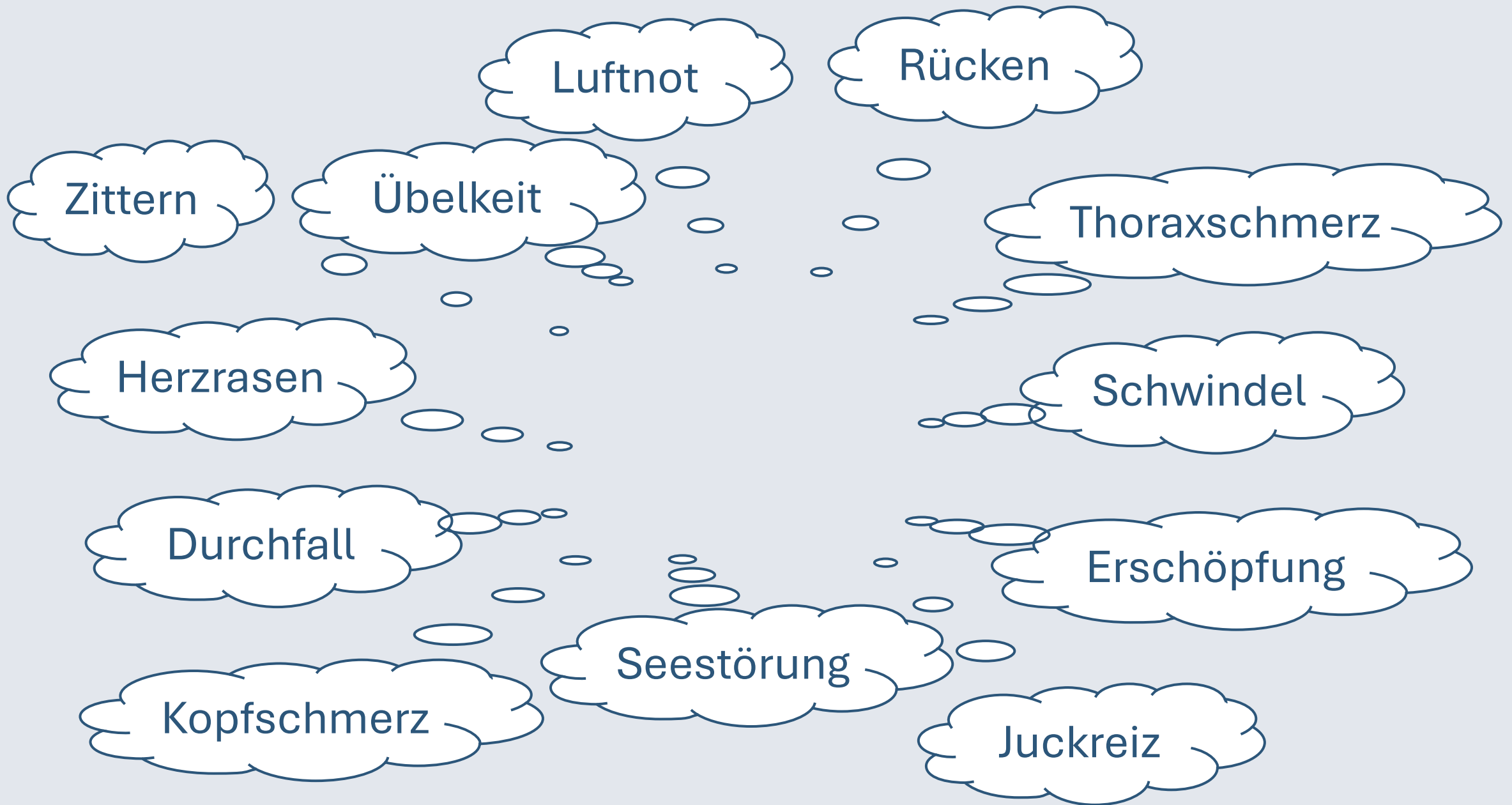
Belastender
Kontextfaktor?

Chronischer
Schmerz?

COPD?

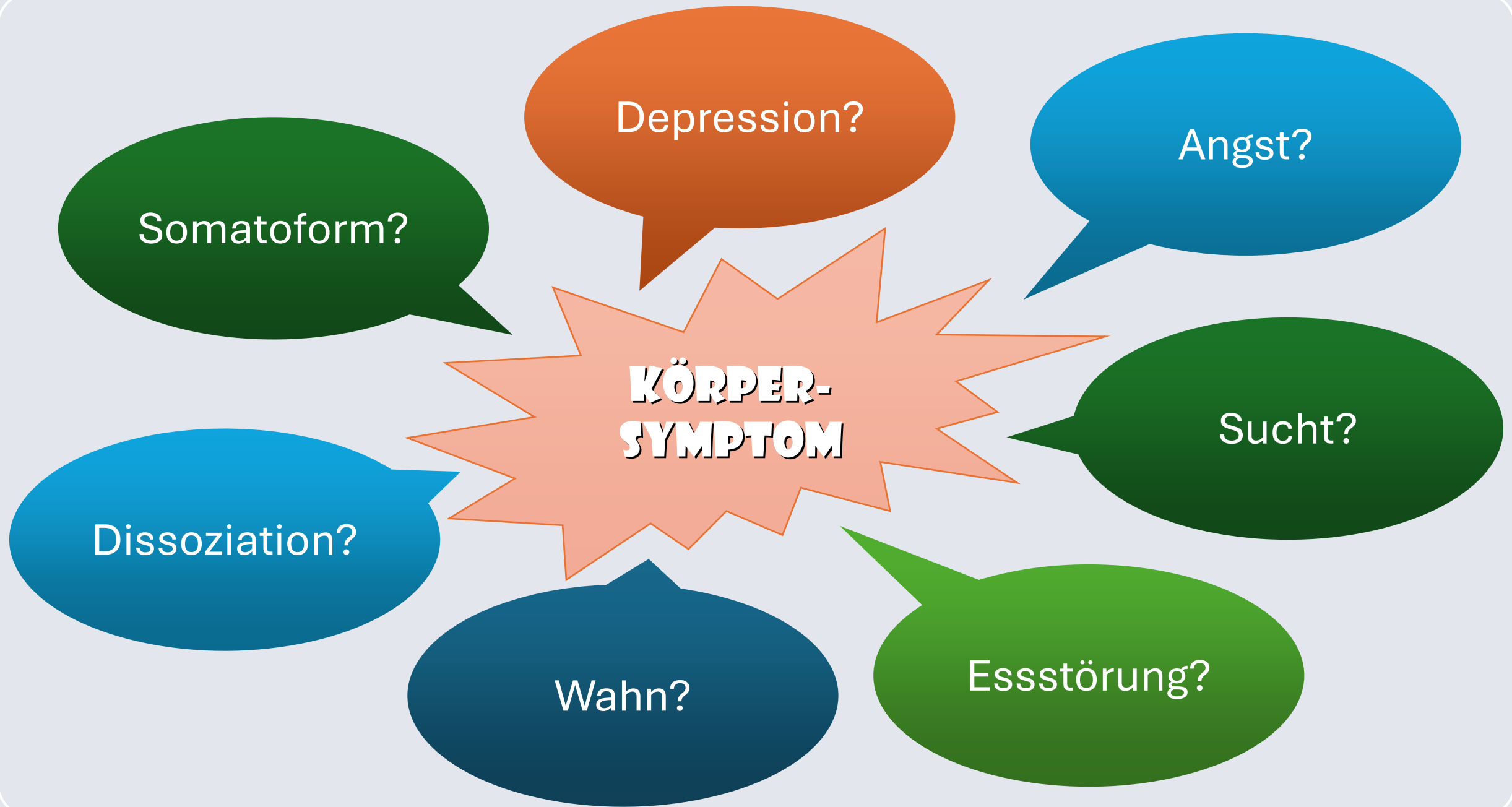
Rentenwunsch?

Resignative
Bewältigung?



Differenzialdiagnose „körperliches Symptom mit psychischer Ursache“





„Seelisch bedingte körperliche Beschwerden“...

... ist nicht gleichbedeutend mit „somatoforme Störung“.

- Seelische Erkrankungen gehen typischerweise mit körperlichen Beschwerden einher – viele können sich sogar primär körperlich präsentieren.
- Psychisch Kranke können auch komorbid körperlich erkrankt sein.
- Seelische Erkrankung kann auch körperlich krank machen.
- Körperliche Beschwerden und Erkrankungen sollten in die psychotherapeutische Differenzialdiagnose und Behandlung einbezogen werden.

Zusammenfassung

- Beziehen Sie **sowohl** somatische **als auch** psychosomatische Erkrankungen in Diagnostik und Behandlung ein
- Eine präzise **Anamnese** der Beschwerden hilft bei der Diagnosestellung und beim Aufbau der therapeutischen Beziehung
- Erheben Sie ein **vollständiges Bild** aller Beschwerden, incl. maladaptiver Bewältigung, Chronifizierung, Komorbidität, Ausmaß der Beeinträchtigung, psychosozialem Kontext, Auslösesituation und subjektiver Krankheitstheorie



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. Timo Specht

AMEOS Reha-Klinikum Ratzeburg

timo.specht@ratzeburg.ameos.de

04541 / 13 3425

0151 / 53 86 86 29