

Psychosomatik-Fortbildung Uni-Spital Basel 19.5.2009

Somatoforme / funktionelle Störungen in der ärztlichen Grundversorgung

Peter Henningsen

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



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

- ▶ Anhaltende, durch Organpathologie nicht ausreichend erklärbare Körperbeschwerden, die "ähnlich körperlich begründeten" sind
 - ▶ Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation (Rücken, Kopf, Bauch/ Unterleib, Extremitäten)
 - ▶ Funktionsstörungen (Schwindel, Herz, Verdauung, Gefühlsstörungen, Bewegungsstörungen etc.)
 - ▶ Erschöpfung/ Müdigkeit

Krankheit, wenn...

Körperbeschwerden

- ▶ Anhaltende, durch Organpathologie nicht ausreichend erklärbare Körperbeschwerden, die "ähnlich körperlich begründeten" sind
 - ▶ Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation (Rücken, Kopf, Bauch/ Unterleib, Extremitäten)
 - ▶ Funktionsstörungen (Schwindel, Herz, Verdauung, Gefühlsstörungen, Bewegungsstörungen etc.)
 - ▶ Erschöpfung/ Müdigkeit
- ▶ Körperbeschwerden, die nicht (so stark) erlebt wie berichtet und vorgeführt werden
 - ▶ Simulation/ Aggravation

Krankheit, wenn...

Täuschung

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

Epidemiologie von somatoformen/ funktionellen Körperbeschwerden

- ▶ Häufigkeit organisch unerklärter Körperbeschwerden
 - ▶▶ "Normale" Körperbeschwerden: 90% innerhalb 1 Woche
 - ▶▶ Hausärztliche Versorgung: 20-40%
 - ▶▶ Fachärzte: zwischen 5 und 50%
- ▶ Verlauf
 - ▶▶ Bei 75% aller Patienten, die wegen Körperbeschwerden zum Hausarzt gehen, kommt es innerhalb von 2 Wochen zu Besserung/ Rückbildung
 - ▶▶ Bestimmte Beschwerden chronifizieren besonders oft
 - ▶▶ Bei chronifizierten Beschwerden erfolgt erst nach 5-6 Jahren eine psychosomatisch-psychotherapeutische Untersuchung/ Behandlung

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
- ▶ Zusätzlich: DSM-IV; ICPC-2

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 somatoforme Schmerzstörung
Schmerzbeschwerde dominiert
(Deutschland seit 2009: F 45.40 ASS
F 45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und
psychischen Faktoren)
- ▶ F 45.5/8 sonstige/n.n.b. somatoforme Störung

Einzelsymptombezogene 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

Weitere funktionelle Körperbeschwerde-Syndrome außerhalb der ICD-10

- ▶ Umweltbezogene Körperbeschwerden
 - ▶▶ amalgambezogene Beschwerden
 - ▶▶ "Multiple chemical sensitivity"
 - ▶▶ "Elektrosmog"
 - ▶▶ "Golfkriegssyndrom"

- ▶ "HWS-Schleudertrauma"

- ▶ "Nahrungsmittelunverträglichkeit"

- ▶ Kulturgebundene Syndrome
 - ▶▶ zB "Dhat"
 - ▶▶ innereuropäische Differenzen (Rückenschmerz, Leberfunktion)

Vor- und Nachteile einzelsymptombezogener Klassifikation als "funktionelle Syndrome"

- ▶ Kein "Psycho-Stigma" für den Patienten
- ▶ Klare Zuständigkeit des somatischen Fachs erhalten
- ▶ Aber: fördert diagnostischen Scheuklappenblick hinsichtlich
 - ▶▶ starker Überlappung der funktionellen Syndrome
 - ▶▶ deutlicher Überlappung mit Depressivität und Angst
 - ▶▶ spezifischer Verhaltensmerkmale/ Erklärungsmodell

Prognose der Entwicklungen in der Klassifikation in DSM-V und ICD-11

- ▶ Es wird eine Nachfolge-Kategorie für somatoforme Störungen geben
- ▶ Das Kriterium der mangelnden organischen Erklärbarkeit wird keine ganz zentrale Rolle mehr spielen
- ▶ Positivkriterien sollen integriert werden (Ausmaß der Beeinträchtigung, Kognitionen, Krankheitsverhalten)
- ▶ Namensvorschläge z.B.
 - ▶▶ "Complex somatic symptom disorder"
 - ▶▶ "Body distress disorder"

Was macht somatoforme Patienten "schwierig"?

(1)

- ▶ Definition somatoformer Störungen nach ICD-10 F45
 - ▶▶ Wiederholte Darbietung körperlicher Symptome
 - ▶▶ Hartnäckige Forderung nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, daß die Symptome nicht körperlich begründbar sind
 - ▶▶ Patient widersetzt sich den Versuchen, die Möglichkeit einer psychischen Ursache zu diskutieren
 - ▶▶ Das zu erreichende Verständnis für die Verursachung der Symptome ist häufig für Patienten und Arzt enttäuschend
- ▶ Interaktion der Erklärungsmodelle von Patient und Behandler

Was macht somatoforme Patienten "schwierig"? (2)

- ▶ Hoffnungs-Enttäuschungs-Zirkel in Pat-Behandler-Beziehung
- ▶ Patient: dysfunktionales Doktor-Hopping
- ▶ Behandler: iatrogene Chronifizierung/ Fixierung
- ▶ Beide: Ohnmachtserleben, Enttäuschung
- ▶ "Kampf um Legitimität" als zentraler Aspekt einer "Beziehungsstörung im Gesundheitswesen"



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

© The New Yorker

Iatrogene Faktoren in der Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen

- ▶ Übersehen emotionaler „cues“ des Patienten
- ▶ Repetitive somatische Diagnostik zur „Beruhigung“
- ▶ vorschnelle Mitteilung organischer Verdachtsdiagnosen (z.B. vor Abschluss der Untersuchungen)
- ▶ Fehlinterpretation von Bagatell- und Zufallsbefunden zB in MRT
- ▶ Verschreibung von Medikation trotz zweifelhafter Diagnose
- ▶ ausschliesslich negative Erklärung der Beschwerden („Sie haben nichts“)
- ▶ mangelnde Kommunikation mit anderen Behandlern

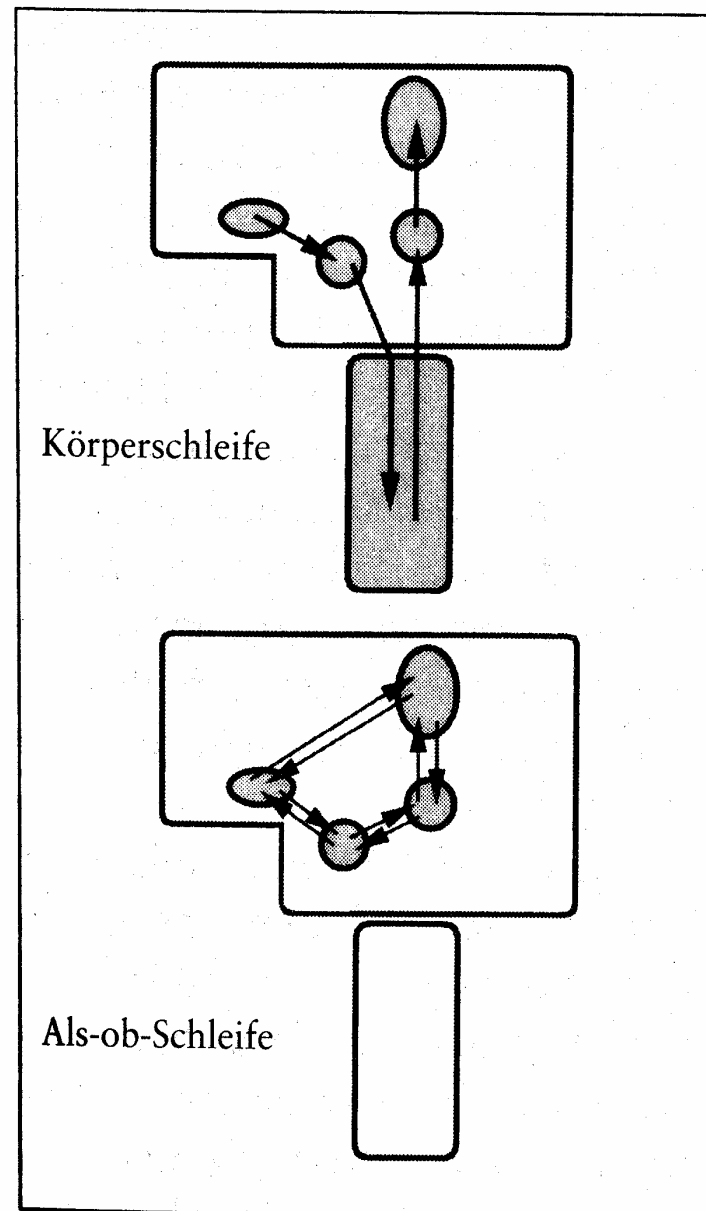


"Well, Phil, after years of vague complaints and imaginary ailments, we finally have something to work with."

© The New Yorker

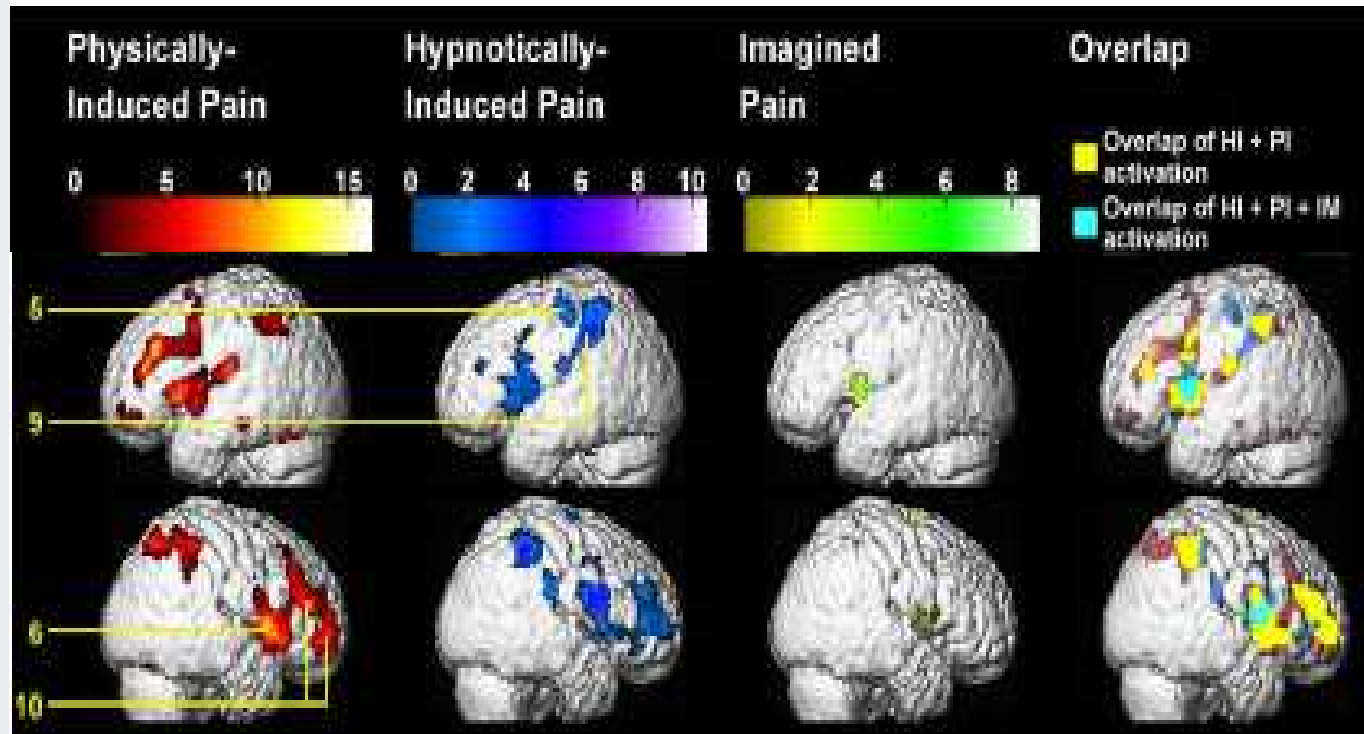
Psychobiologisches Störungsmodell somatoformer Störungen

- ▶ Nicht 1. Funktionelle Störung peripherer Organe
- ▶ Nicht 2.vermehrte Wahrnehmung physiologischer Körpersignale
- ▶ Stattdessen: Störung des "Körpers im Kopf" (Repräsentanz)
 - ▶▶ "Als-Ob-Schleifen" (Damasio 1994)
 - ▶▶ Sensorische, affektive, kognitive Anteile



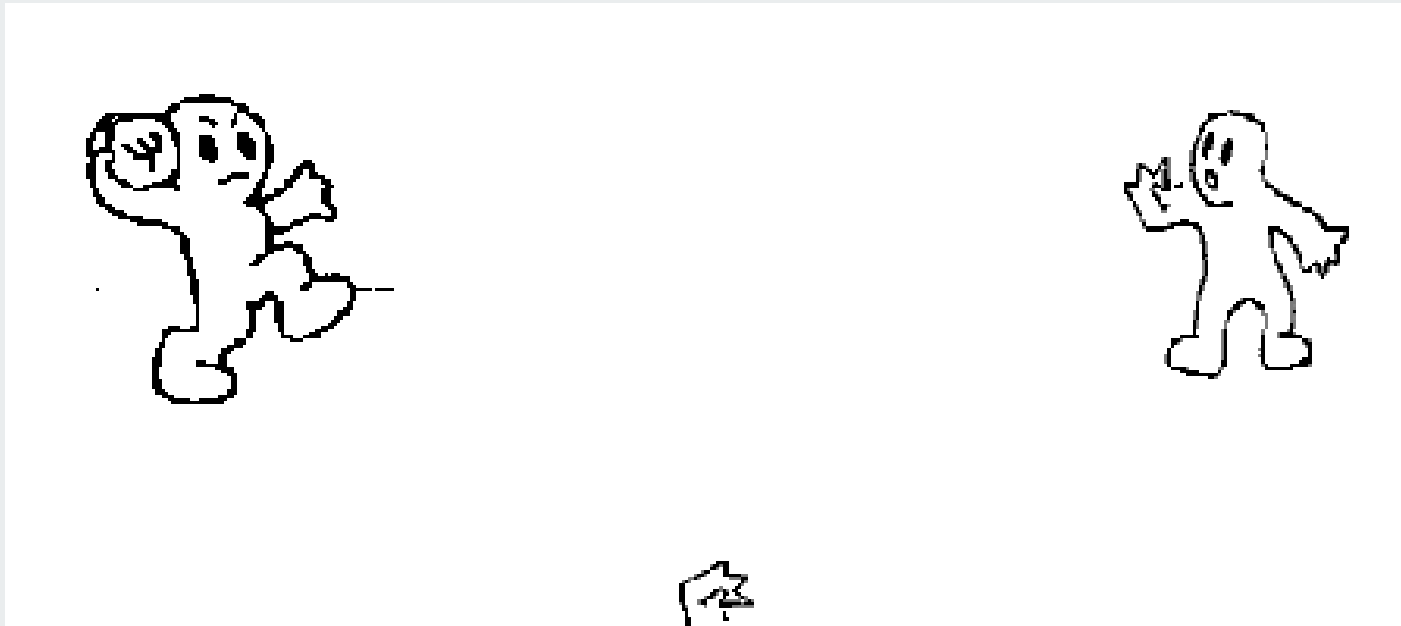
Damasio 1994

fMRI bei hypnotisch induziertem Schmerz

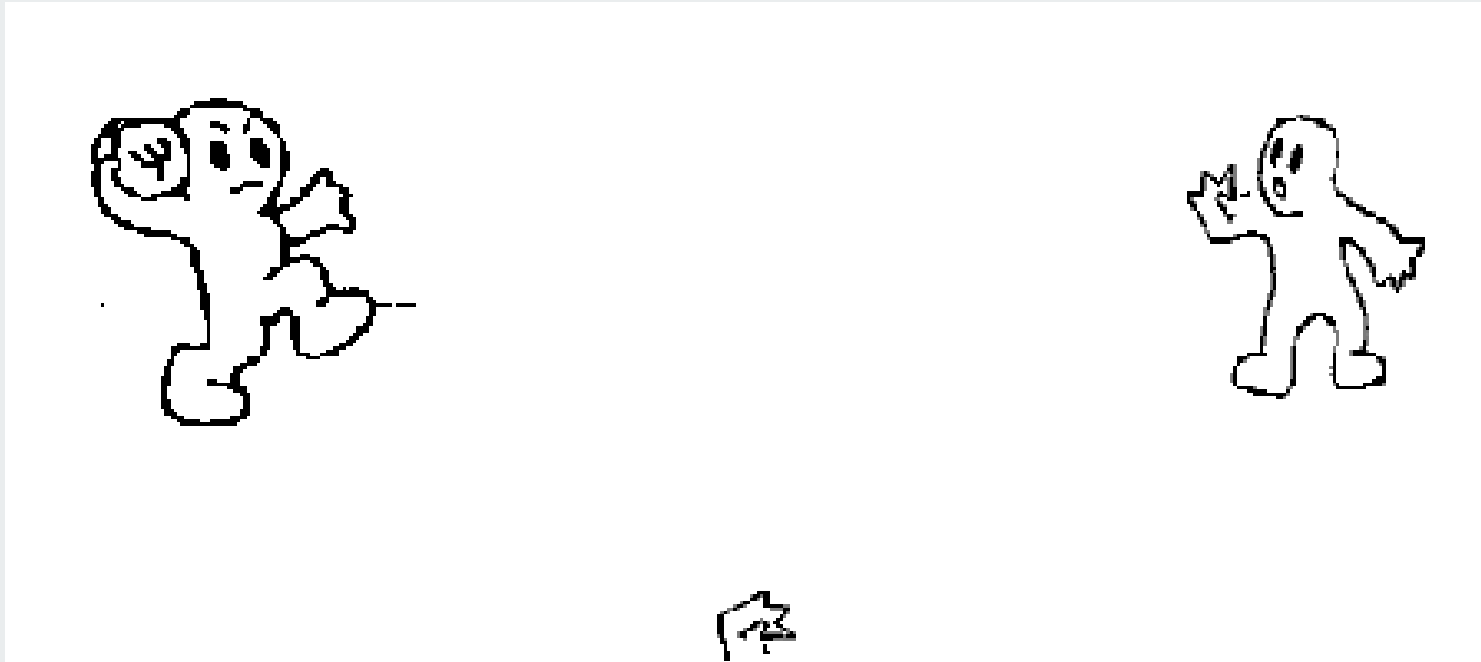


Derbyshire et al. NeuroImage 2004

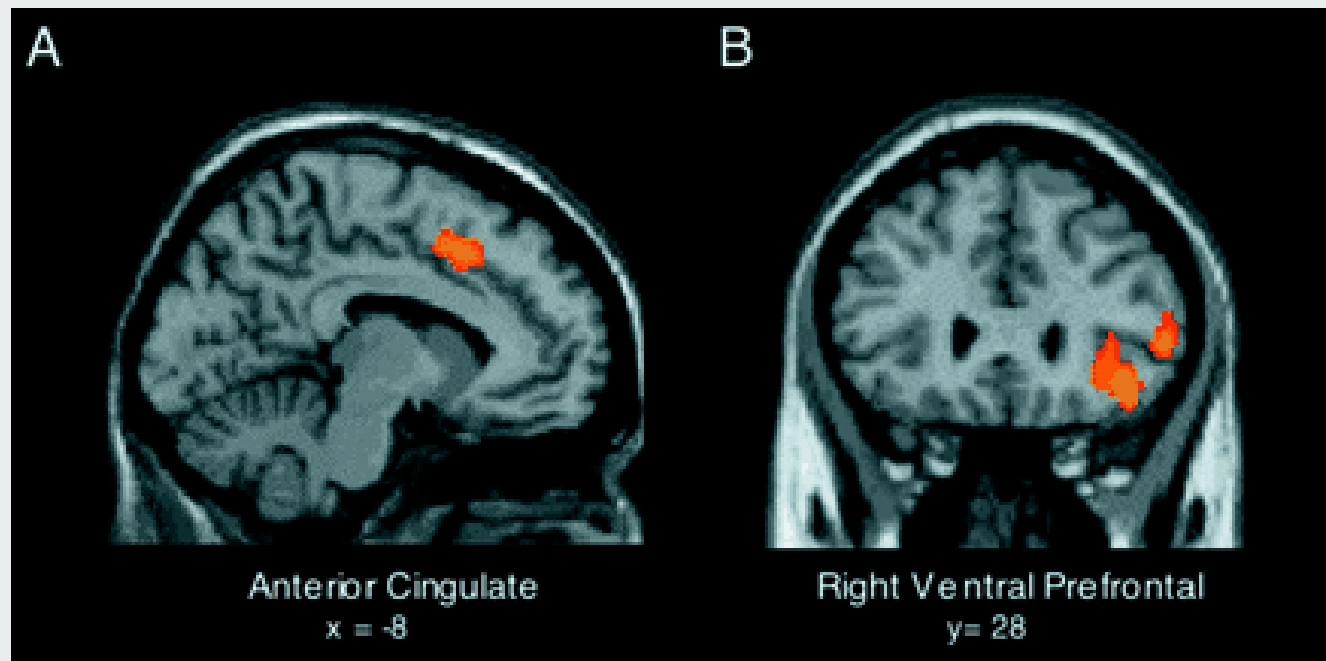
Inclusion



Ostracism



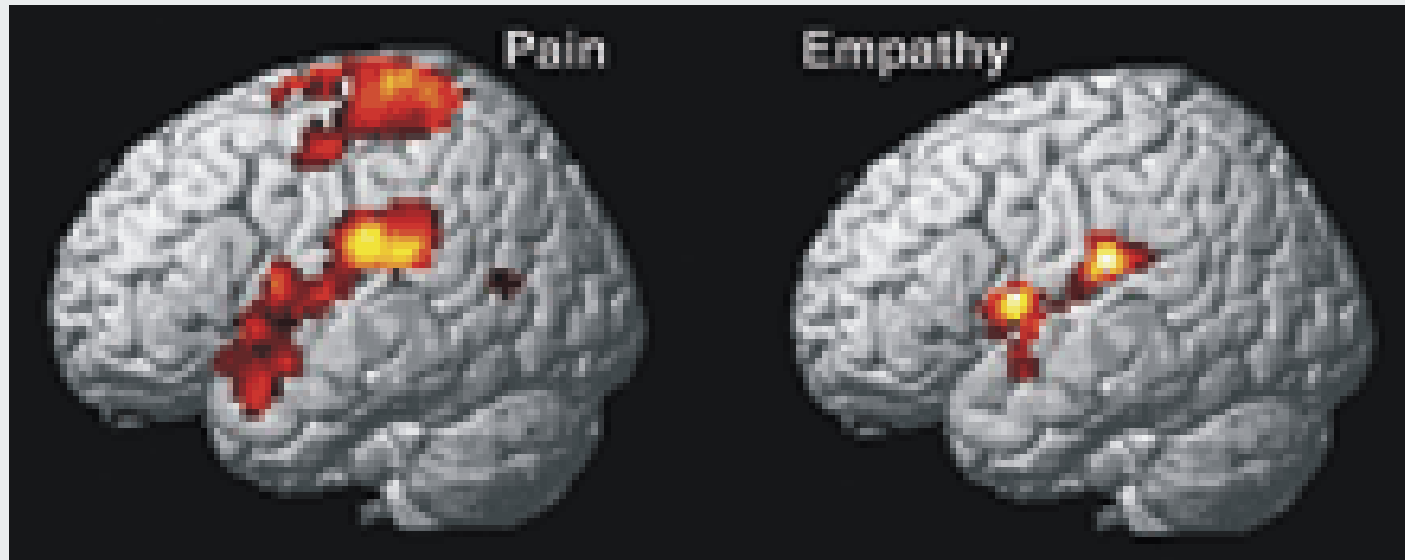
Der Schmerz der sozialen Ausgrenzung: neurale Korrelate



- (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

Affektives Schmerzerleben durch Empathie



Singer et al. Science 2004

Ätiologie somatoformer Störungen (spezifische Aspekte)

- ▶ Disposition
 - ▶▶ Frühe Störung der Körperbeziehung
z.B. depressiver Grundkonflikt - Trauma – organisch
 - ▶▶ Überkompensatorische Aktivität
- ▶ Auslösung
 - ▶▶ “Somatisches Entgegenkommen”
 - ▶▶ Arbeitsplatzkonflikte, -rationalisierung
 - ▶▶ Unfälle
- ▶ Aufrechterhaltung
 - ▶▶ Sekundärer Krankheitsgewinn/ Tatsache des Versichertseins
 - ▶▶ Primärer/sekundärer Behandlergewinn
 - ▶▶ Medien u.a. soziokulturelle Faktoren

Zwischenbilanz zu somatoformen/ funktionellen Störungen

- ▶ Sehr häufig
- ▶ Liegen "zwischen" somatischer und psychischer Medizin
 - ▶▶ "Interface Disorders"
- ▶ Physiologisch: zentrale Fehlfunktion (Körper im Kopf)
- ▶ Wichtigste "Differentialdiagnosen"
 - ▶▶ Abgrenzung zu Simulation, Depression/ Angst, organischer Störung
- ▶ Ursachenüberzeugung macht den Umgang schwierig
- ▶ Ärzte tragen zur Chronifizierung/ Fixierung oft erheblich bei
- ▶ Ätiologisch spielen neben individuellen Faktoren (Körper-
umgang, Konflikte etc.) auch weitere psychosoziale und
organische Faktoren eine wichtige Rolle

Unterschiedliche Zielbereiche für Therapieansätze



Stand der Forschung zur Therapie funktioneller/ somatoformer Störungen 1

	Pharmacotherapy		Non-pharmacological therapy		Other
	Peripheral	Central	Psychotherapy and active behavioral therapy	Passive physical intervention	
Irritable bowel syndrome	Tegaserod +++ (IBS-C, w) ^{53,54} Alosetron +++ (IBS-D, w) ^{52,53,55,56} Spasmolytic agents ++ ^{52,53,57,58,59} Bulking agents – ^{52,53,57,58,60} Prokinetic agents – ⁵³ Loperamide – ⁵²	Tricyclic antidepressants ++ ^{52,53,57,58,61}	Psychotherapy (CBT, hypnotherapy, psychodynamic-interpersonal) ++ ^{52,61-65}	..	Chinese herbal medicine + ^{65,66}
Fibromyalgia	Corticosteroids – ⁶⁷ NSAID – ⁶⁷	Tricyclic antidepressants +++ ⁶⁷ Cyclobenzaprine +++ ^{67,68} SSRI + ⁶⁷ SNRI ++ ⁶⁷ Tramadol ++ ⁶⁷	CBT ++ ^{64,69} Aerobic exercise +++ ^{64,67,69,70} Patient education +++ ⁶⁷ Multidisciplinary therapy +++ ⁶⁷ Hypnotherapy ++ ⁶⁷ Biofeedback ++ ⁶⁷ Strength training ++ ⁶⁷	Trigger point or tender point injections – ⁶⁷ Chiropractic therapy + ⁶⁷ Massage therapy + ⁶⁷ Manual therapy + ⁶⁷	Acupuncture ++ ^{67,71}
Chronic fatigue syndrome	Immunoglobulin + ^{72,73} Interferon – ⁷³ Corticosteroids – ^{72,73}	Antidepressants + ^{61,72,73}	CBT +++ ^{61,64,72-74} Aerobic exercise +++ ^{61,64,72-75}	..	..
Non-ulcer dyspepsia	Proton pump inhibitors ++ ⁷⁶ <i>Helicobacter pylori</i> eradication ++ ^{77,78} H2-Receptor agonists ++ ^{76,79,80} Prokinetics + ^{76,80} Antacids – ⁷⁶	..	Psychotherapy ++ ⁸¹	..	..
Tension headache	Botulinum toxin + ⁸² Niacin – ⁸³	Tricyclic antidepressants +++ ^{84,85} SSRI ++ ^{84,85}	Behavioural therapy +++ ⁸⁶	Spinal manipulation – ⁸⁷⁻⁹⁰ Physiotherapy – ⁹⁰	Acupuncture + ⁹¹
Non-specific chest pain	..	..	Psychological interventions ++ ^{74,92}	..	..
Chronic pelvic pain	Progesteron Goserelin + ⁹³	Sertraline – ⁹³	Counselling and ultrasound scanning + ⁹³ Multidisciplinary treatment + ⁹³	Adhesiolysis – ⁹³ Uterine nerve ablation – ⁹³	..

Table 2: Management of FSS—evidence from systematic reviews since 2001

Stand der Forschung zur Therapie funktioneller/ somatoformer Störungen 2

	Pharmacotherapy		Non-pharmacological therapy		Other
	Peripheral	Central	Psychotherapy and active behavioral therapy	Passive physical intervention	
Premenstrual syndrome	Progesterone/progestogen ⁻⁹⁵ GnRHa +++ ⁹⁶	SSRI +++ ⁹⁷	..	..	Complementary or alternative therapies ⁻⁹⁸
Temporomandibular joint disorder	Analgesics ⁻⁹⁹	Tricyclic antidepressants + ⁹⁹	..	Splint therapy ^{-100,101}	..
Environmental illness or electromagnetic hypersensitivity	..	..	CBT for electromagnetic hypersensitivity ++ ¹⁰²	Screen filters or shields ⁻¹⁰²	Selenium for environmental illness ⁻¹⁰³
Chronic low-back pain	Nonsteroidal anti-inflammatory drugs +++ ¹⁰⁴ Muscle relaxants ++ ¹⁰⁴	Tricyclic and tetracyclic antidepressants +++ ^{104,106} SSRI ⁻¹⁰⁵ Opioid analgesics ++ ¹⁰⁴	CBT +++ ^{104,107} Multidisciplinary treatment +++ ^{104,108} Exercise therapy ++ ^{104,109} Back schools ++ ^{104,110}	Radiofrequency denervation + ^{104,111,112} Prolotherapy ^{-104,113} Transcutaneous electrical nerve stimulation ^{-104,114,115} Spinal manipulation + ^{104,116}	Acupuncture + ^{104,112,118}
Diagnostic analogues (MUS, SD, CD)	..	..	CBT for SD or MUS ++ ^{64,74} Hypnosis for CD + ^{74,119} Paradoxical intention for CD + ¹¹⁹	..	Consultation letter to doctor for SD or MUS ++ ⁷⁴

IBS=irritable bowel syndrome (C=constipation, D=diarrhoea). NSAID=non-steroidal anti-inflammatory drug. SSRI=selective serotonin reuptake inhibitors. SNRI=selective serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor. GnRHa=gonadotrophin releasing hormone analogue. CBT=cognitive behavioural therapy. MUS= multiple unexplained physical symptoms. SD=somatiform disorders. CD=conversion disorder. +++=strong evidence; ++=moderate evidence; +=weak evidence; -=no evidence for efficacy of treatment. This table does not list all treatments with weak or no evidence dealt with in the systematic reviews. For simplicity, strength of evidence for efficacy of a specific treatment type is indicated in four different grades, with the reviews contributing to this summary estimate. 23 Cochrane reviews are included.^{51,58,66,70,75,77,81,84,91,93,97,101,107-110,112,113,115,116,118,119} For such an integration of systematic reviews, which use different criteria and represent different opinions in heterogeneous clinical fields, estimation of effect sizes was not feasible. The table shows general empirical trends in the management of functional somatic syndromes; it is not an adequate basis for individual treatment recommendations. The terms used in the table were taken from the systematic reviews and vary in grade of differentiation (eg, for some FSS the reviews state the evidence for psychotherapy, whereas for others they state the evidence for different forms of psychotherapy separately).

Table 2: Management of FSS—evidence from systematic reviews since 2001

Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Lancet 2007; 369: 946-55

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

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**

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**
 - ▶ erfordert vom **Psychotherapeuten/ Psychosomatiker** eine aktive, symptom- und bewältigungsorientierte Haltung

Aufgaben/ Möglichkeiten des Hausarztes im Umgang mit Patienten mit somatoformen/ funktionellen Störungen

- ▶ **Diagnostik und Therapieeinleitung**
 - ▶▶ an Möglichkeit somatoformer/ funktioneller Störung denken!
 - ▶▶ diagnostischer Umgang als Beginn der Therapie
- ▶ **Sekundärprävention - somatoforme Störungen sind (auch) Beziehungsstörungen im Gesundheitswesen!**
 - ▶▶ Aktivieren statt Schonen
 - ▶▶ Iatrogene Fixierung auf schwere organische Störung vermeiden
 - ▶▶ Dysfunktionales Krankheitsverhalten dämpfen

Diagnostischer Umgang als Beginn der Therapie

- ▶ **Arzt-Patient-Beziehung ist bei somatoformen Störungen besonders am Anfang schwerer stabil zu gestalten als bei anderen Störungen**
 - ▶ das liegt nicht nur am Patienten, der sich oft nicht ernstgenommen, als "eingebildeter Kranker" hingestellt fühlt
- ▶ **Eigene (negative) Gefühlsreaktionen beim entstehenden Verdacht auf eine somatoforme Störung beachten**
 - ▶ "Musterirritation", Unsicherheit (diagnostisch und therapeutisch)
 - ▶ Entscheidungsdruck ("entweder – oder")
 - ▶ Getäuscht-Fühlen, Entlarven-Wollen
- ▶ **"Sowohl-als-auch"- Haltung ist sinnvoll**
 - ▶ Ernstnehmen der Beschwerden
 - ▶ Frühzeitiges Interesse für psychosoziale Aspekte
 - ▶ Angemessenes Zutrauen zur eigenen therapeutischen Kompetenz

Zugang zur "psychosozialen Seite" des Patienten

▶ Zuhören und Nicht-Handeln

- ▶▶ über 50% der Patienten mit unklaren Körperbeschwerden geben spontan Hinweise auf psychosoziale Faktoren
- ▶▶ die meisten körperlichen Untersuchungen bei diesen Pat. werden auf Initiative des Arztes veranlasst (Ring et al. Soc Sci Med 2005)

Zugang zur "psychosozialen Seite" des Patienten

PAPER

Are investigations anxiolytic or anxiogenic? A randomised controlled trial of neuroimaging to provide reassurance in chronic daily headache

L Howard, S Wessely, M Leese, L Page, P McCrone, K Husain, J Tong, A Dowson

J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005;76:1558-1564. doi: 10.1136/jnnp.2004.057851

- ▶▶ MRI-Scan reduziert Angst vor schwerer Erkrankung nach 3 Monaten, aber nicht nach 12 Monaten

Zugang zur "psychosozialen Seite" des Patienten

▶ Fragen

- ▶▶ welche anderen (diagnostisch ungeklärten, beeinträchtigenden) Körperbeschwerden gab es in letzter Zeit?
- ▶▶ wie geht es Ihnen mit Ihren Beschwerden?
(Waren Sie in letzter Zeit niedergeschlagen, Freude verloren, sehr nervös?)
- ▶▶ was glauben Sie selbst, was die Ursache Ihrer Beschwerden ist?

Umgang mit dem Patienten

▶ **Sagen**

- ▶▶ Positive Erklärungen statt "Sie haben nichts";
Teufelskreismodelle anbieten
- ▶▶ keine vorschnellen Verdachtsdiagnosen;
"funktionell" statt "psychogen"
- ▶▶ Emotionale Unterstützung geben
(Erwartung derselben macht Druckerleben aus:
Salmon et al. J Psychosom Res 2005)

▶ **Gesprächsrahmen setzen und einhalten**

- ▶▶ bei Chronifizierungstendenz:
regelmäßige statt beschwerdegesteuerte Terminvergabe
- ▶▶ Zeitrahmen des Gesprächs explizit machen und einhalten,
ggf. explizit unterbrechen

Kooperation in der Praxis und mit den Kollegen

▶ **Arzthelferinnen**

- ▶▶ Struktur für Kommunikation über "schwierige Patienten" schaffen: einzelfallbezogen und generell
- ▶▶ Schulung der Arzthelferinnen über "schwierige" Patienten

▶ **Physiotherapie**

- ▶▶ Abstimmung bzgl. Behandlungsplans und bzgl. Erklärungen für Pat. (auf "Privattheorien" der Krankengymnasten achten)

▶ **Somatische Fachkollegen**

- ▶▶ bei doctor hopping: gegenseitige Entwertungstendenz begrenzen
- ▶▶ Abstimmung bzgl. Diagnostik, Behandlungsplan, Erklärungen für Pat. einzelfallbezogen wünschenswert (...), generell möglich

Kooperation mit ambulanter Psychotherapie

▶ **Überweisung**

- ▶▶ nicht zwangsläufig notwendig, ggf. Effekt der eigenen therapeutischen Massnahmen abwarten
- ▶▶ vor- und nachbereiten

▶ **Kommunikation im ambulanten Setting**

- ▶▶ bei anhaltend somatisierenden Patienten ist Verständigung über die Behandlung zwischen Hausarzt, Fachärzten und Psychotherapeut wichtig – auch als "Neuanfang" für die "Beziehungsstörung im Gesundheitswesen"

Psychotherapie somatoformer Störungen (schulenübergreifend in der Initialphase)

- ▶ Hohe Ansprüche relativieren, Bewältigung statt Heilung
- ▶ Aktiv Informationen geben über somatoforme Zusammenhänge
- ▶ Entgegennehmen der Symptomklage, Begleiten
- ▶ Initialer Verzicht auf Deutung von Zusammenhängen
- ▶ Tangentiale Gesprächsführung
- ▶ Einbeziehung des Körpers
- ▶ Motivation zur Psychotherapie nicht als Bringschuld des Patienten, sondern als Ziel der Anfangsphase

Praktische Umsetzung in der Psychosomatik

- ▶ Enge Konsil- und Liaisonbeziehung zu niedergelassenen Haus- und Fachärzten und zu somatischen Abteilungen
- ▶ Schweregradgestuftes Behandlungsangebot
- ▶ 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

Funktional

- ▶ **Evaluation eines Schulungsprogramms für Hausärzte**
 - ▶▶ gemeinsame Entwicklung mit Hausärzten
- ▶ **Was kam besonders an beim Curriculum für Hausärzte?**
 - ▶▶ Simultandiagnostik im "Sowohl-als-auch"-Modus
 - ▶▶ Gesprächsrahmen explizit definieren
 - ▶▶ Kommunikation in der Praxis
- ▶ **Mehr Zufriedenheit der Behandler ist möglich**
- ▶ **Mehr Lebensqualität der Patienten (hoffentlich) auch**

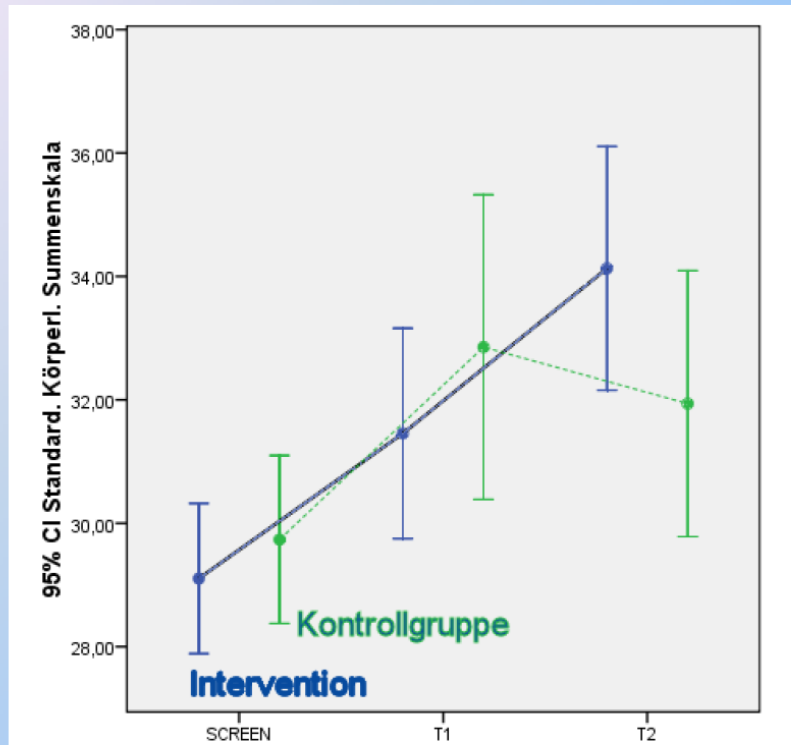
PISO-Studie:

Psychosomatische Intervention bei Patienten mit multisomatoformen Störungen in verschiedenen somatischen Kontexten – ein RCT

- ▶ Manualisierte 12 stündige Intervention, Kontrolle: EMC
- ▶ Orientiert an psychodynamisch-interpersoneller Psychotherapie
- ▶ 6 Zentren: München, Heidelberg, Hannover, Regensburg, Münster, Düsseldorf; assoziiert: E. Guthrie/Manchester
- ▶ Förderung durch DFG-Programm „Klinische Studien“ (He 3200/ 4-1)
- ▶ n = 218 Pat, im somatischen Kontext rekrutiert
- ▶ Auswertung läuft
- ▶ Ziele: verbesserte körperbezogene Lebensqualität
Erweiterung des Erklärungsmodells

PISO: Erste Ergebnisse

OUTCOME KÖRPERLICHE LEBENSQUALITÄT



Fazit

- ▶ Patienten mit Körperdistress-Störungen sind häufig
- ▶ Umgang wird erschwert u.a. durch
 - ▶▶ Kampf um Legitimität der Patienten
 - ▶▶ Handlungsfehler der Ärzte (Kommunikation, Indikation, Interpretation)
 - ▶▶ hohe Relevanz soziokulturell aufrechterhaltender Bedingungen
- ▶ Die ärztliche Grundversorgung hat wichtige sekundärpräventive Möglichkeiten in der Balance symptom- und erlebens-/verhaltensbezogener Interventionen
- ▶ Der Umgang mit diesen Patienten kann Spaß machen!

Literatur

- ▶ Henningsen P, Hartkamp N, Loew T, Sack M, Scheidt CE, Rudolf G: Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer 2002
- ▶ Rudolf G, Henningsen P (Hg.): Lehrbuch der Psychotherapeutischen Medizin und Psychosomatik. 6.Aufl. Stuttgart: Thieme 2007
- ▶ Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. Lancet 2007; 369: 946-55

