

Rheinfelder Tage „Psychosomatik und Arbeit“
13. Dezember 2012

„Der Arzt als Jongleur verschiedener Interessen“

Beschwerden ohne Befund:
*Wenn ärztliche Handlungen und
Krankschreibung kränker und invalid
machen...*

Jede Disziplin hat ihre funktionellen Störungen

- **Gastroenterologie:** Colon irritabile, nichtulzeröse Dyspepsie
- **Gynäkologie:** prämenstruelles Syndrom, chronische Pelvipathie, Reizblase, Dyspareunie
- **Rheumatologie:** Fibromyalgie, [unspezifischer Rückenschmerz]
- **Kardiologie:** atypischer, nichtkardialer Brustschmerz
- **Pneumologie:** Hyperventilationssyndrom
- **Neurologie:** Spannungskopfschmerz, [Schleudertrauma]
- **Zahnheilkunde:** temporomandibuläres Schmerz-Dysfunktionssyndrom, atypischer Gesichtsschmerz
- **Hals-Nasen-Ohren:** Globussyndrom ("Klossgefühl"), Tinnitus
- **Infektiologie bzw. Immunologie:** chronic fatigue syndrome (CFS)
- **Allergologie:** Multiple chemical sensitivity (MCS)
- **Umweltmedizin:** Amalgamüberempfindlichkeit, Sick-Building-Syndrom (SBS), Elektromog-Empfindlichkeit

Ungeheuer „psychosomatisch“: Beschwerden ohne Befund

Vorurteile / Fakten:

- eingebildet, nicht echt, Simulation
- Zeichen von Schwäche, Versagen
- Ursache nicht nachweisbar, (meist) nicht heilbar

Synonyme (ev. gleichbedeutend):

- funktionell (z.B. Erbrechen)
- unspezifisch (z.B. Rückenschmerz)
- psychogen (z.B. Spannungskopfschmerz)
- [essentiell, idiopathisch (z.B. Hypertonie)]

Definition:

- „Körperliche“ Symptome ohne ausreichende organische Ursache, kaum fassbare Veränderungen; Zusammenhang mit emotionalen Konflikten: Psychische Dauerspannung führt über vegetative und hormonelle Zwischenglieder zu funktionellen Organstörungen
- ✓ oft multifaktorielle Genese: Rückenschmerz, Hypertonie, KHK u.a.

Häufigkeit und Folgen von Beschwerden ohne Befund

- Allgemeinpraxis: > 25%
- Spezialisten: > 1/3
- Gleiche Behinderung wie somatische Krankheiten
- Grosse unnötige Kosten für unnötige Abklärungen und Überbehandlung
- Iatrogene Schädigung durch Behandlung am falschen Ort

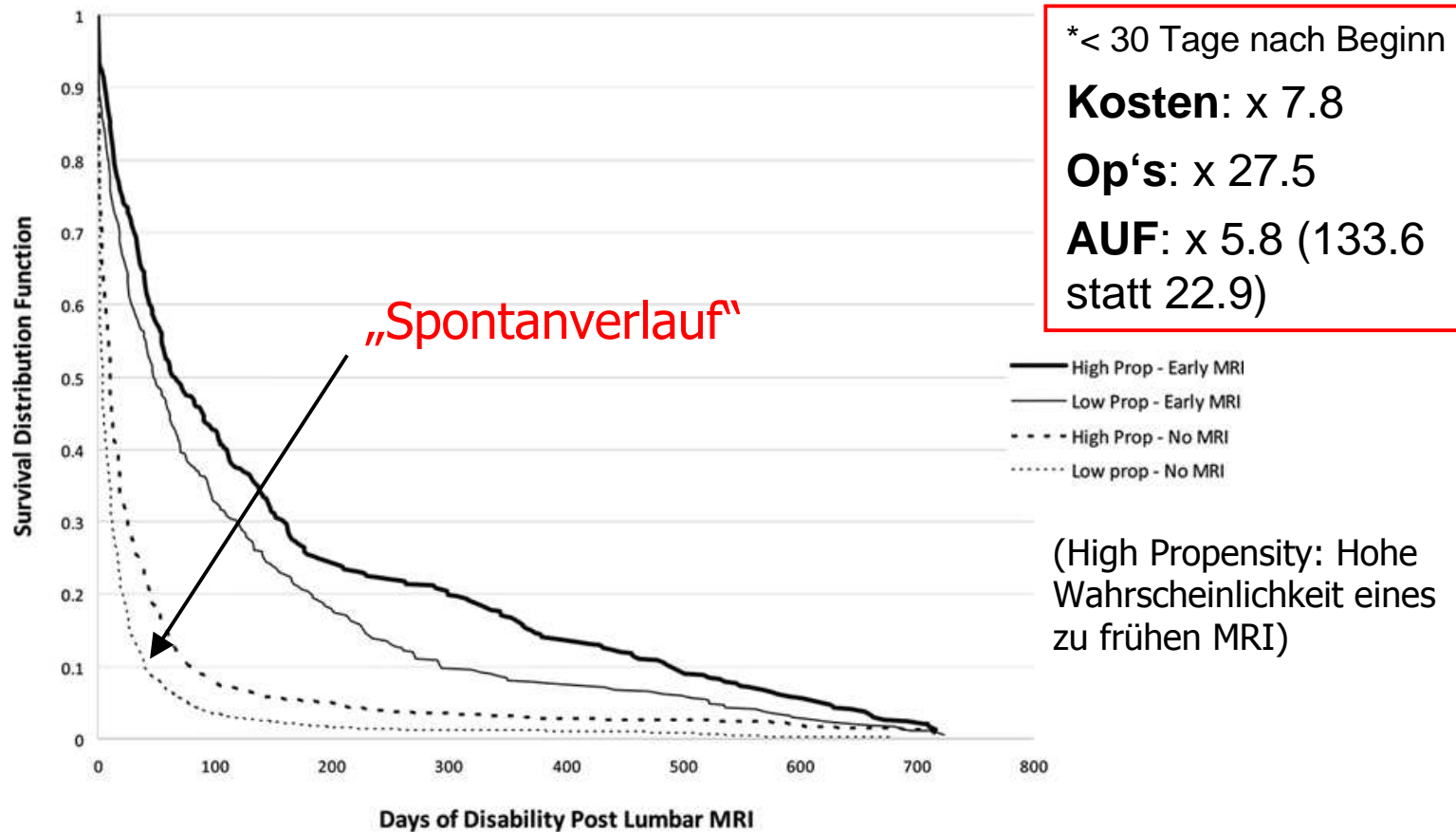
Überbehandlung schadet: Rückenprobleme in den USA 1997 - 2005

- **Kostensteigerung von 65%**
- **Zunahme der Personen mit Behinderung 20%**

Expenditures and Health Status Among Adults With Back and Neck Problems

Conclusions In this survey population, self-reported back and neck problems accounted for a large proportion of health care expenditures. These spine-related expenditures have increased substantially from 1997 to 2005, without evidence of corresponding improvement in self-assessed health status.

Negativer Effekt von zu frühen* MRI-Untersuchungen (Analyse von 3264 Versicherungsfällen)



Iatrogene Faktoren für die Chronifizierung von Schmerzen (mit Invaliditätsfolge)

- Mangelnde ärztliche Deeskalation bei ängstlichen, «katastrophisierenden» Patienten
- Somatisierung und Angstförderung durch «katastrophisierende» ärztliche Beratung
- Fehlende oder inadäquate Medikation in der Akutphase
- Förderung passiver (regressiver) Therapiekonzepte
- **Lange, unreflektierte Krankschreibung**
- Übertriebener Einsatz diagnostischer Massnahmen
- Überschätzen unspezifischer somatischer Befunde
- Unterschätzen psychiatrischer Komorbidität
- Fehlende Beachtung psychosozialer Belastungsfaktoren
- Präferenz und fehlerhafte Indikationsstellung invasiver und/oder suchtfördernder Therapien
- Inadäquate Therapie im weiteren Verlauf

aus: AWMF-Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen: <http://leitlinien.net>

Fallbeispiel: banales „Schleudertrauma“

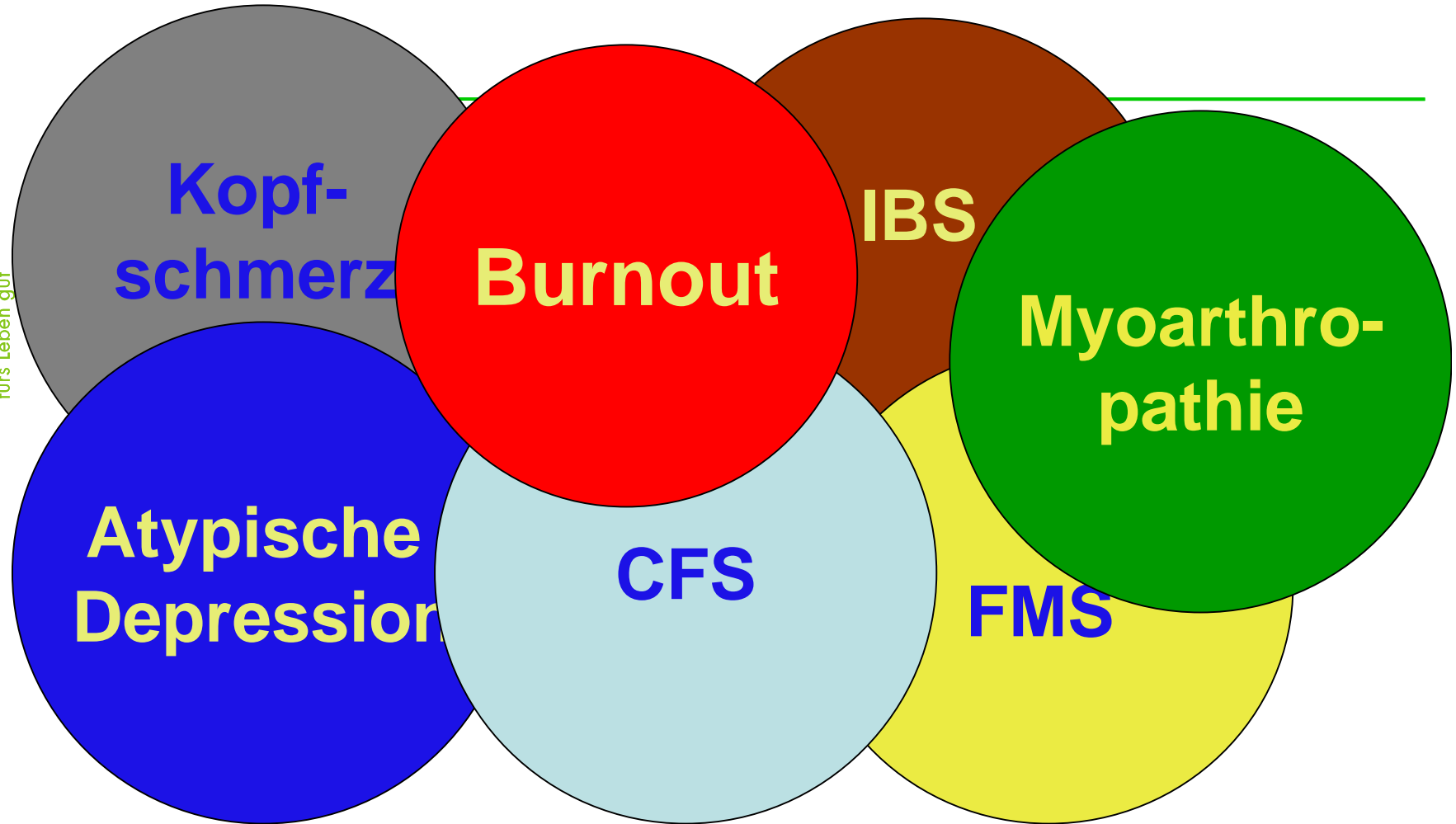
- 35-jähriger Mazedonier, seit 12 J. in CH, seit 9 J. bei SBB
- 12.03.2010: Auffahrunfall mit Firmenbus ohne sichtbare Verletzungen → Rheumatologe: cervikales Syndrom (Folge des Schleuder-traumas) → MRI von HWS
- Nebendiagnosen: chronisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom, beginnende Coxarthrose rechts
- verordnete „konsequente muskuläre Stabilisationsbehandlung“
- nach ca. 10 Tagen wieder zur Arbeit gegangen trotz Beschwerden beim Heben und Bewegen der schweren Leitungskanäle und nächtlichen Sensibilitätsstörungen in Armen

Fallbeispiel: banales „Schleudertrauma“

- empfahl sich beim Arbeitgeber für eine abwechslungsreiche leichte körperliche Arbeit einzusetzen, anstelle der belastenden körperlichen Tätigkeit im Kabeldienst →
- Feb 2011: Kündigung, da Betrieb keine leichtere Arbeit anbieten konnte
- März 2011: neue Stelle in Reinigungsinstitut gefunden, nach 3 Mt. Stelle gekündigt (Gründe unklar) → depressiv, 100% AUF
- Nov 2011: Fallabschluss durch SUVA, Sensibilitätsstörungen (CTS) unfallfremd
- Juni 2011: auf seine körperlichen Beschwerden fixiert, da „schwere Schäden“ laut MRI → trägt Befundbericht mit sich herum

Spektrum stressbedingter Störungen

(Affective spectrum disorders, „Ill-defined syndromes“, MUS; nach Daten von Bradley. J.Clin Psychiatry 2008)

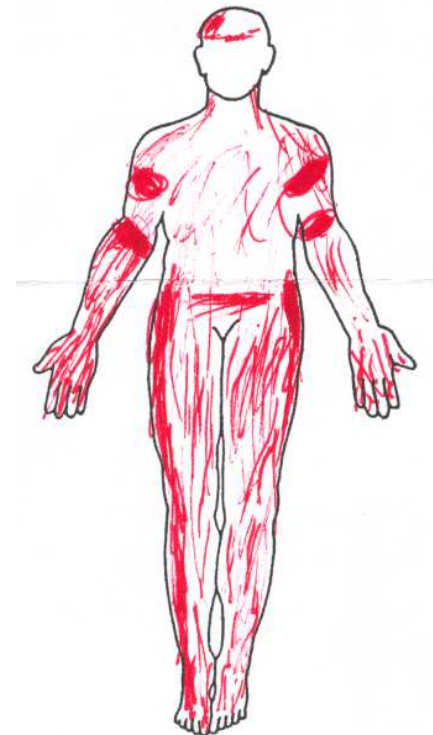


Fibromyalgie

Neue ACR*-Kriterien

(Wolfe et al. 2010)

- Zur Diagnosestellung eines Fibromyalgie-Syndromes müssen folgende Punkte erfüllt sein:
 - a. **Widespread Pain Index (WPI)** ≥ 7 und **Schweregradskala** („symptom severity scale score“, SSSS) ≥ 5 oder WPI 3-6 und SSSS ≥ 9
 - b. Symptome bestehen seit **mind. 3 Monaten** auf einem vergleichbaren Level
 - c. Es gibt **keine andere Erklärung** als Ursache der Schmerzen.



Fibromyalgie

Neue ACR-Kriterien

(Wolfe et al. 2010)

- Schweregrad („symptom severity scale score“)
 - Begleitsymptome (je nach Ausprägung 0–3 Punkte)
 - a. Müdigkeit (Fatigue)
 - b. Nichterholsamer Schlaf
 - c. Kognitive Störungen (Merkfähigkeit, Konzentration)
 - d. Somatische Begleitsymptome → *Liste*

Fibromyalgie

Neue ACR-Kriterien: Somatische Begleitsymptome

- Muskelspannung, Muskelschmerz
- Kopfschmerz (Migräne)
- *Kiefergelenksschmerzen, Zähneknirschen (Bruxismus)*
- Globusgefühl
- Reizmagen, Oberbauchschmerzen, Übelkeit, Appetitverlust, Erbrechen
- Reizdarm, Bauchkrämpfe, Verstopfung, Durchfall
- Nervosität, Depressivität, Ängstlichkeit
- Brustschmerzen, Kurzatmigkeit, Herzschmerzen
- Fieber
- trockene Mundschleimhaut, trockene Augen
- Raynaud-Phänomen, kalte Akren (Hände, Füße)
- Ohrgeräusche, Hörprobleme, Lärmempfindlichkeit; Schwindel
- Geschmacksstörungen
- häufiges und/oder schmerzhaftes Wasserlassen
- Schlaflosigkeit

F45.40: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung: neue Definition

Die vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt. Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung.

Inkl.: Psychalgie; Psychogen. Kopfschmerz, Rückenschmerz; Exkl.: Spannungskopfschmerz ([G44.2](#))

F45.41: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren: neue Definition

Im Vordergrund [...] stehen seit mindestens 6 Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Abgrenzung, verwandte psychische Störungen mit körperlichen Beschwerden

- **Angststörung:** Angst dominant, vegetative Zeichen der Angst (Tachykardie, Synkopen, Atemnot, Durchfall)
- **Typische Depression:** Antriebsmangel, Freud- und Lustlosigkeit, Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Schlafstörung mit frühem Erwachen (**atypische:** Bleierne Müdigkeit, erhöhtes Schlafbedürfnis, Appetitzunahme)
- **Posttraumatische Belastungsstörung:** Angst, Reizbarkeit, Impulsdurchbrüche, Alpträume, Flashbacks, Vermeidungsverhalten (auch für Trauma-Erinnerungen, daher oft übersehen!)
- **Dissoziative Störung:** (pseudoneurologischer) motorischer oder sensibler, resp. perzeptiver Funktionsverlust; ev. auch „positive“ Symptome (z.B. Fehlwahrnehmungen); bewusstseinsnaher, traumatisch bedingter Konflikt → oft Ausdruck einer (komplexen) Traumafolgestörung

Abgrenzung, verwandte psychosomatische und organische Störungen

- **Schlafstörungen** („organische“: RLS, Schlafapnoesyndrom etc./ nicht-organische bei Angst/Depression, CFS etc.)
- **Schleudertrauma** (HWS-Distorsionstrauma); Mild Traumatic Brain Injury (MTBI)
- **Psychologische oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten** (F 54; „Psychosomatische Krankheiten“ wie Migräne, Spannungskopfschmerz, Hypertonie, Neurodermitis, M. Crohn, Asthma bronchiale, Ulcusleiden etc.)
- **Unspezifische Nacken-/ Rückenschmerzen** (Lumbovertebralsyndrom, „failed back surgery“ etc. fließende Übergänge zu somatoformen Störungen)

Probleme und Gefahren im Umgang mit somatoformen Störungen

Das grundlegende Problem der Interaktion zwischen Ärzten und Patienten geht auf drei Aspekte zurück:

- (1) das Drängen auf Untersuchung und das appellative Verhalten der Patienten
- (2) die Unsicherheit beziehungsweise Angst der Ärzte, eine verborgene Krankheit zu übersehen
- (3) die Diskrepanz in den jeweiligen Ursachenüberzeugungen

Gefahren:

- Fortgesetzte Suche nach einer möglichen somatischen Ursache (Virusinfekt, Immunschwäche, MCS)
- Überbewertung von unbedeutenden Normabweichungen oder Befunden (z.B. Antikörpertiter)
- Einsatz von fragwürdigen (Selbst-) Behandlungen, vermeintliche Effizienz dank Placeboeffekten (z.B. Vitamine, Spurenelemente, Eisen, Melatonin u.a.m.)

(Sauer & Eich, Dtsch. Ärzteblatt 2009)

Ätiopathogenese somatoformer Störungen: Kindheitseinflüsse

(Sauer & Eich, Dtsch. Ärzteblatt 2009)

- **Bindungsstörungen** (unsicher, vermeidend/ Borderlinestruktur) **auf Grund von Belastungen/ Traumatisierungen in der Kindheit**
 - körperliche Misshandlungen und sexuelle Übergriffe
 - Armut, emotionale Vernachlässigung
 - Verlust eines Elternteils

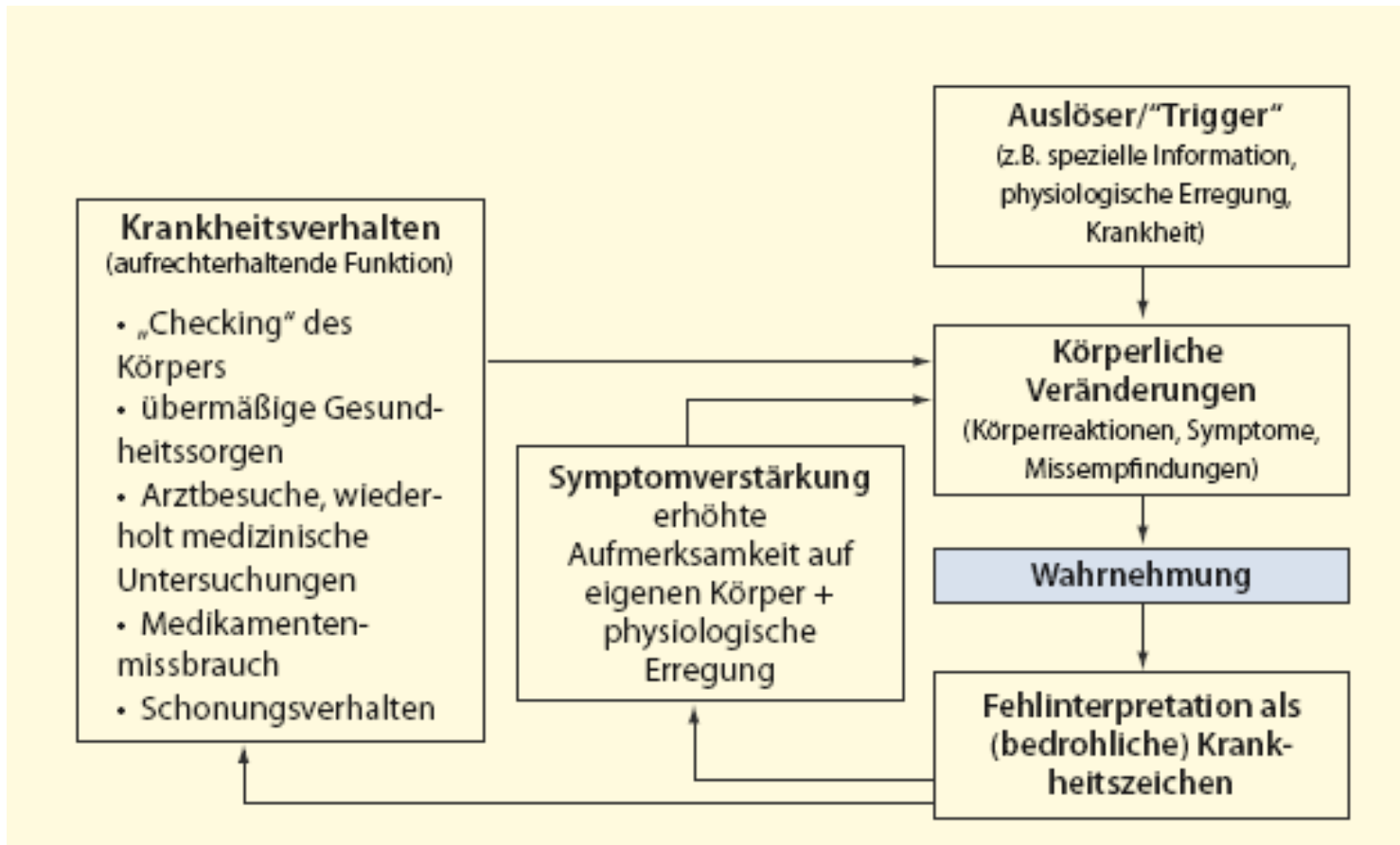
➤ *beeinträchtigen auch Arzt-(Therapeut-)Patient-Beziehung*
- **Veränderte physiologische Stressverarbeitung** (Cortison, Sympathikus, Neurotransmitter): frühe Beziehungsstörungen hinterlassen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Disposition für spätere Beschwerden und dissoziative Phänomene
- Frühe Störung in der **Beziehung zum eigenen Körper**, Krankheit als Kind/in Ursprungsfamilie

Ätiopathogenese somatoformer Störungen: kognitive Faktoren

(Sauer & Eich, Dtsch. Ärzteblatt 2009)

- **Neurophysiologie:** gestörte Stimulusfilterung, somatosensorische Verstärkung, Aufmerksamkeitslenkung, Sensitivierung, Lateralisierungs- und Dissoziationsphänomene
- **Katastrophisieren,** unrealistische Erwartungen („totale Gesundheit“), Ängste, abnorme Überzeugungen, „Modediagnosen“ (CFS, FMS, MCSS)

Allgemeines Störungsmodell: Somatosensorische Verstärkung



Anmerkung:

Indikation für kognitive Verhaltenstherapie

Beispiel: „ Mein Nacken schmerzt, ich kann den Kopf kaum drehen, auch beim Liegen tut es weh“.

Ungünstige Reaktionen	Günstige Reaktionen
Es sind schreckliche Schmerzen.	Ich habe wieder diese Schmerzen, es spannt.
Ob ein Nerv eingeklemmt ist?	Ich bin wohl verspannt, weil ich diese Reise vor mir habe und noch vieles vor bereiten muss; ich habe Angst, zu spät zu kommen.
Es wird immer schlimmer.	Wenn es mir gelingt, mich zu entspannen, wird der Schmerz erträglicher werden.
Ich muss zum Arzt.	Ein warmes Bad und ein paar Entspannungsübungen werden helfen.
Ich muss mich schonen.	Ich sollte wieder regelmässig schwimmen gehen.

Vorgehen bei Beschwerden ohne Befund

1. Sicherung des Vertrauensverhältnisses: *Beschwerden ernst nehmen und erklären, Kompetenz zeigen*
 2. Erfassung verschiedenen Dimensionen (Modulation!) der Beschwerden und von weiteren funktionellen Symptomen
 3. Vertiefte psycho-somatische Anamnese: Soziale Situation, Lebensstil, Belastungen, Konflikte, Angst, Depression → *Ansätze für (primär symptom-orientierte) Therapie*
 4. Aktive Krankheitsbewältigung mit Patient: *Information, Führung, psycho-therapeutische Massnahmen, Verhaltensveränderung*
- mehr dazu im Workshop am Nachmittag*



Lebens- und Arbeitsstil: Tendenz zu Selbstüberforderung → Stress

- **Leistungsorientierung:** hartes, pausenloses Arbeiten, Verausgabung, wenig Erholung
- **Selbstwertprobleme:** Anerkennung von Leistung abhängig, Selbstentwertungstendenz
- **Angst vor Kritik und Verstossung:** Perfektionismus, Überanpassung, Überwachsamkeit
- **Vermeidung von Abhängigkeit:** Mangel an Urvertrauen, forcierte Selbständigkeit, Mühe Hilfe zu beanspruchen
- **Aggressionshemmung:** geringes Durchsetzungsvermögen, konfliktscheu, Harmoniesucht
- **Alexithymie:** Unfähigkeit, v.a. unangenehme Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken

Fibromyalgie = Stresskrankheit: Beleg durch pathophysiologische Erkenntnisse

- Folge der lange erduldeten Schmerzen: Störung der Schmerzmodulation
 - Hyperalgesie (Allodynie), Hypervigilanz, schwache deszendierende Hemmung
- Stressbedingte Dysfunktion der HPA-Achse (Cortison) und des Sympathikus
 - Folge der andauernden Überstimulation
 - Reizantworten schwach:
 - geringere Cortisonausschüttung bei Stimulations-Test (CRH)
 - reduzierte Herzfrequenzanpassung und Blutdruckregulation unter Stress
 - Schlafstörungen, Wachstumshormonmangel

Fibromyalgie

Dysfunktion des autonomen Nervensystems (Hyporeaktivität)

- **Symptome:**
 - ausgedehnte Schmerzen
 - Schlafstörung
 - Müdigkeit
 - Pseudo-Raynaud Phänomen
 - Sicca-Syndrom (trockene Augen, Mund)
 - intestinale Reizbarkeit
 - orthostatische Hypotonie

Fibromyalgie

Symptome des Wachstumshormonmangels

- Energielosigkeit
- allg. schlechte Gesundheit
- verringerte Ausdauerkapazität
- Muskelschwäche
- Kälteunverträglichkeit
- Dysthymie

Aktive Schmerzbewältigung mit Patient: „Therapieeinleitung“

- **Informations- und Motivationsarbeit in sechs Schritten:**
 1. Aufklärung über die Gutartigkeit des Leidens
 2. Konfrontation mit Misstrauen und Krankheitsangst
 3. Vereinbarung über vorläufigen Verzicht auf weitere Abklärungen und passive Behandlungen (Symptome im Auge behalten)
 4. Vermeidung (längerfristiger) Krankschreibung und baldige Rückkehr an (bisherige) Arbeit
 5. Absprache mit übrigen Behandlern: Unité de doctrine
 6. Ganzheitliches Verständnis- und Behandlungskonzept: Stressmodell, „mit Beschwerden leben lernen“

1. Aufklärung über die Gutartigkeit des Leidens

- Fehlen fassbarer Befunde
 - kein gefährliches Leiden, bekannte funktionelle Störung
- Bedeutung der radiologischen Befunde
 - normale Abnützung
- Hinweis auf weiche Befunde
 - weitere funktionelle Begleitsymptome
 - Ausdruck von Stress

2. Konfrontation mit Misstrauen und Krankheitsangst

- Zweifel an Sicht des Arztes, Drängen auf weitere Untersuchungen
- verunsichernde Informationen von anderen Fachleuten, Laien oder aus Internet etc Angst, eine verborgene Krankheit werde übersehen
- Ablehnung einer psychischen Ursache

3. Verzicht auf weitere Abklärungen und passive Behandlungen

- erneute Untersuchung nur bei neuen Symptomen (Warnzeichen)
- Nutzlosigkeit und Schaden von Untersuchungen ohne klare Indikation
- passive Symptombekämpfung limitieren, da keine "Heilung" dadurch
- Cave: Nebenwirkungen, Zeitverlust, Entwöhnung von Arbeit, Kosten

4. Vermeidung (längerfristiger) Krankschreibung & baldige Rückkehr an (bisherige) Arbeit

- Nicht Beschwerdefreiheit sondern "Leben mit Beschwerden"
- Aktivierung trotz Beschwerden: Ungefährlichkeit der Symptome
- Gefahr der Entwöhnung von der Arbeit
- Gefahr des Stellenverlustes bei langer Krankheit

5. Absprache mit übrigen Beteiligten: Unité de doctrine

- Zusammenarbeit von Hausarzt, Spezialisten, Physiotherapeuten
- Gleiche Ziele, Koordination der Informationen und Massnahmen
- Wenn sinnvoll / nötig: Informationsaustausch mit Arbeitgeber, Case-Manager, IV-Sachbearbeiter (Früherfassung, Integrationsmassnahmen), Vertrauensärzte

6. Ganzheitliches Behandlungskonzept

- Symptome selber beeinflussen lernen
 - Anleitung zu Verhaltensänderung
 - Rücksicht auf den Körper /
Rücksicht auf sich selbst:
 - Auf Körper hören
 - Stress abbauen
- *mehr dazu im Workshop am Nachmittag*

Neues Behandlungsziel

- Symptom ist nicht mehr eine Bedrohung, sondern ein Wegweiser (Warnsignal) für ein erfüllteres, entspannteres (stressfreieres) Leben