

Rheinfelder Tage "Neurologie und Psychosomatik" 3.11.2017
- Workshop -

Umgang mit somatoformen/ funktionellen Störungen in der Neurologie

Peter Henningsen

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



Übersicht

- ▶ Kurze Rekapitulation: um welche psych(osomat)ischen Störungen geht es
- ▶ Körperbeschwerden als zentrales "Problem"
- ▶ Wie ich vermeiden kann, dass ich Patienten mit solchen Störungen in meiner Praxis habe
- ▶ Was ich tun kann, wenn ich einen solchen Patienten habe

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.

Gesundheit

Krankheit

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, Gefäßstörungen, 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

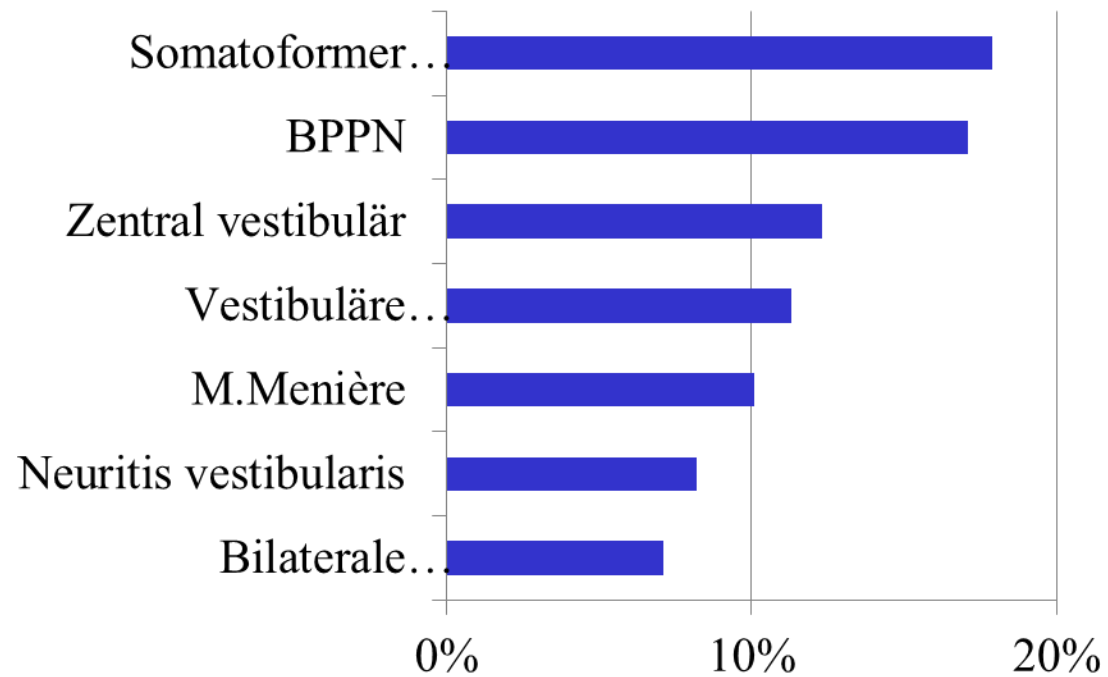
Häufigkeit organisch unerklärter Körperbeschwerden als Besuchsanlässe von "high utilizern" in verschiedenen somatischen Fachambulanzen

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

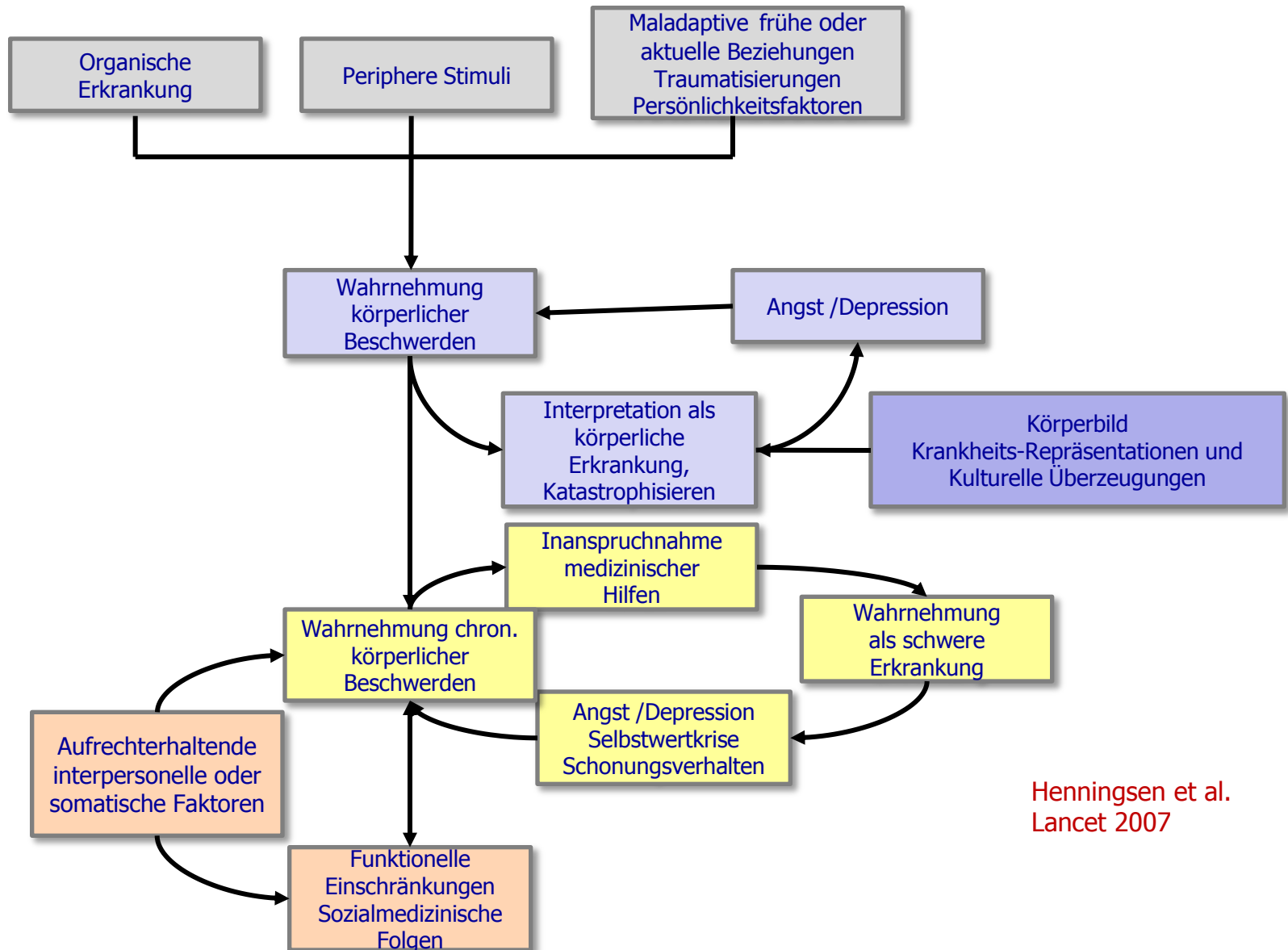
nach Reid et al., BMJ 2001

Schwindel als Beispiel

n=17717 Patienten aus dem Deutschen
Schwindel- und Gleichgewichtszentrum

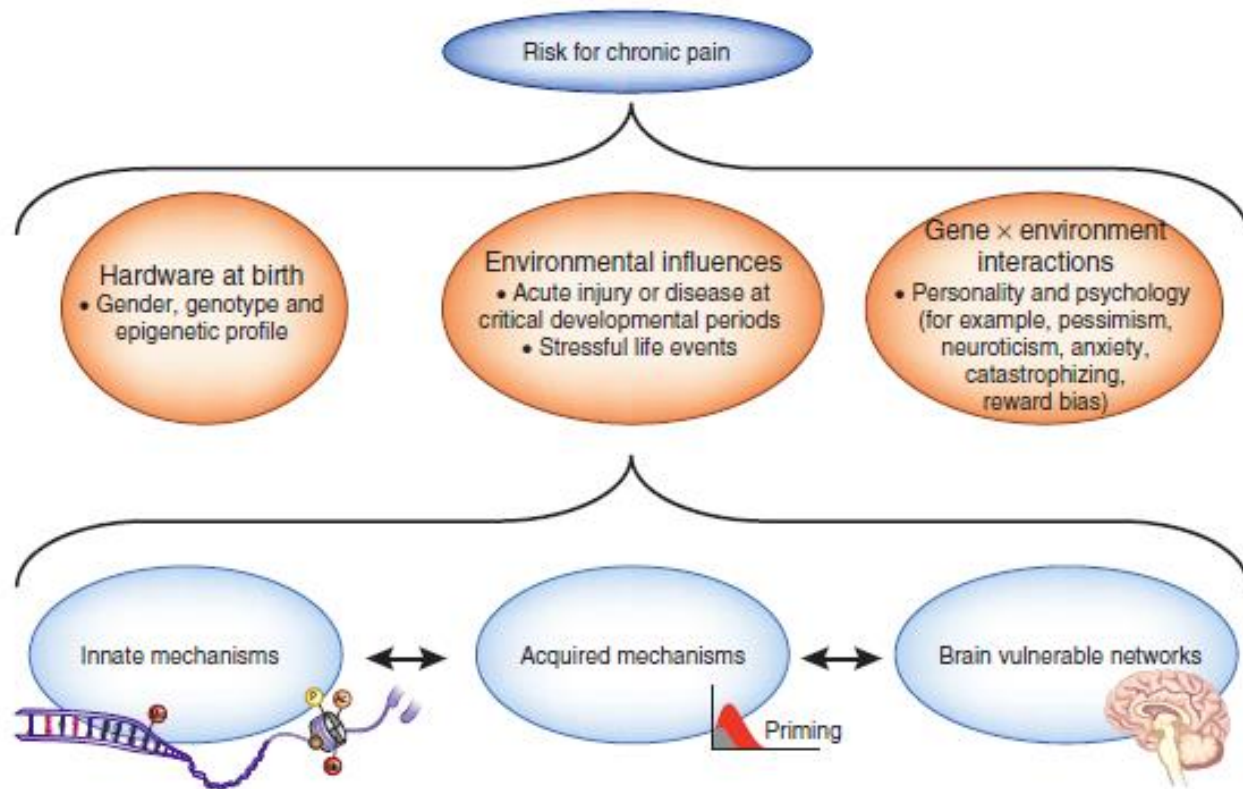


Risikofaktoren für funktionelle/ somatoforme Störungen



Henningsen et al.
Lancet 2007

Risikofaktoren für chronischen Schmerz



Diagnostische Einordnung

▶ **Klassifikatorisch:** zwischen Soma und Psyche

▶▶ Psychisch

- ICD-10: F45 Somatoforme Störungen
F44 Dissoziative Störungen d Bewegung u Empfindung
= Konversionsstörungen
- DSM V: Somatische Belastungsstörung (inkl. Konversionsstörung)

▶▶ Somatisch

- Funktionelle Störungen in einzelnen somatischen Fachbereichen
(Chronischer Rückenschmerz, Fibromyalgiesyndrom, Reizdarmsyndrom,
Chronic Fatigue Syndrom etc.)

Somatische Belastungsstörung nach DSM-V

- A. Eines oder mehrere somatische Symptome, die belastend sind oder zu erheblichen Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung führen.
- B. Exzessive Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen bezüglich der somatischen Symptome oder damit einhergehender Gesundheitsorgen, die sich in mindestens einem der folgenden Merkmale ausdrücken:
 - (1) Unangemessene und andauernde Gedanken bezüglich der Ernsthaftigkeit der vorliegenden Symptome
 - (2) Anhaltende stark ausgeprägte Ängste in Bezug auf die Gesundheit oder die Symptome
 - (3) Exzessiver Aufwand an Zeit und Energie, die für die Symptome oder Gesundheitsorgen aufgebracht werden.
- C. Obwohl keines der einzelnen somatischen Symptome durchgängig vorhanden sein muss, ist der Zustand der Symptombelastung persistierend (typischerweise länger als 6 Monate).

Schweregrad 1 – “für Psychiater”

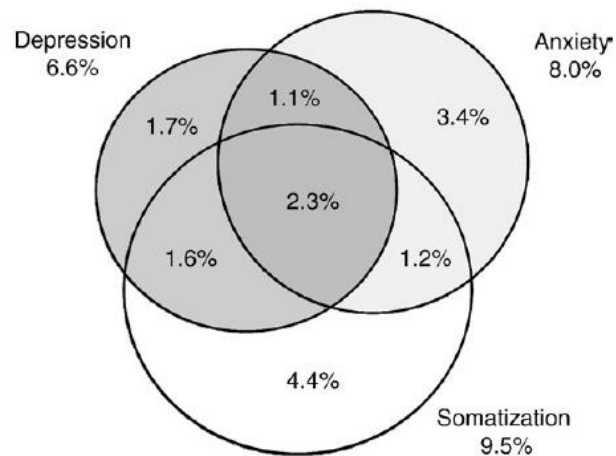
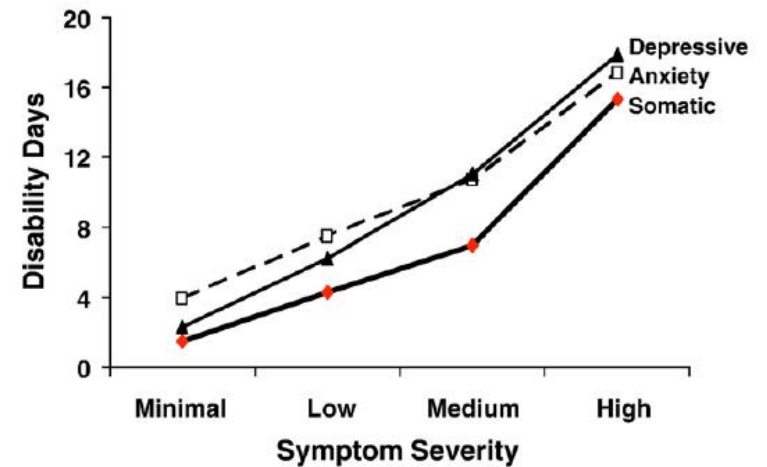


Fig. 1. Overlap of severe depression, severe anxiety and severe somatization as a percentage of the total sample (N=2091).

Löwe et al., Gen Hosp Psychiatry 2008



Kroenke et al., Gen Hosp Psychiatry 2010

Schweregrad 2 – “für Neurologen”

Table 1 Disability, distress and employment status of cases with symptoms ‘unexplained by organic disease’ and controls with symptoms ‘explained by organic disease’

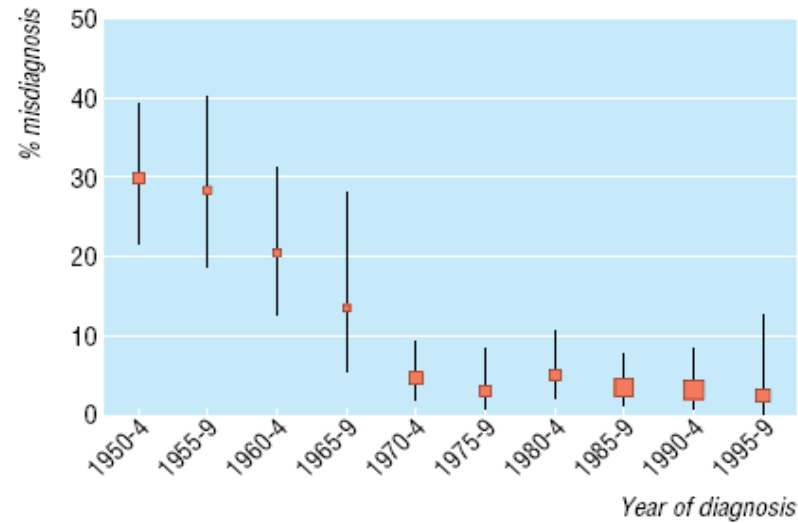
	Cases	Controls	OR difference in means (95% CI)
Age, mean (SD)	43.6 (14.4)	47.5 (17.0)	−3.85 (−4.98 to −2.72)
Female, % (n/N)	65.3 (747/1144)	53.6 (1414/2637)	1.63 (1.41 to 1.88)
Medical Outcomes Study Short Form 12-Item Scale, mean (SD)*			
General health	42.6 (26.0)	48.7 (24.7)	−6.15 (−7.90 to −4.41)
Hospital Anxiety and Depression Scale, mean (SD)*			
Anxiety subscale	7.9 (5.0)	6.4 (4.5)	1.51 (1.19 to 1.84)
Depression subscale	5.9 (4.9)	4.7 (4.2)	1.21 (0.91 to 1.52)
Not in paid employment, % (n/N)	49.5 (563/1137)	49.9 (1313/2629)	0.98 (0.86 to 1.13)
If not, was this because of health, % (n/N)†	54.2 (297/548)	37.4 (470/1258)	1.98 (1.62 to 2.43)
On income support/unemployment benefit, % (n/N)	19.7 (224/1135)	16.0 (417/2612)	1.29 (1.08 to 1.55)
In receipt of incapacity benefit or disability living allowance, % (n/N)	27.0 (307/1137)	21.9 (573/2614)	1.32 (1.12 to 1.55)

*Sample size varies between 1134 and 1143 in the not at all/somewhat explained group, and between 2612 and 2633 in the largely/completely explained group.

Scottish Neurological Symptoms Study
Carson et al., J Neurol Neurosurg Psych 2011

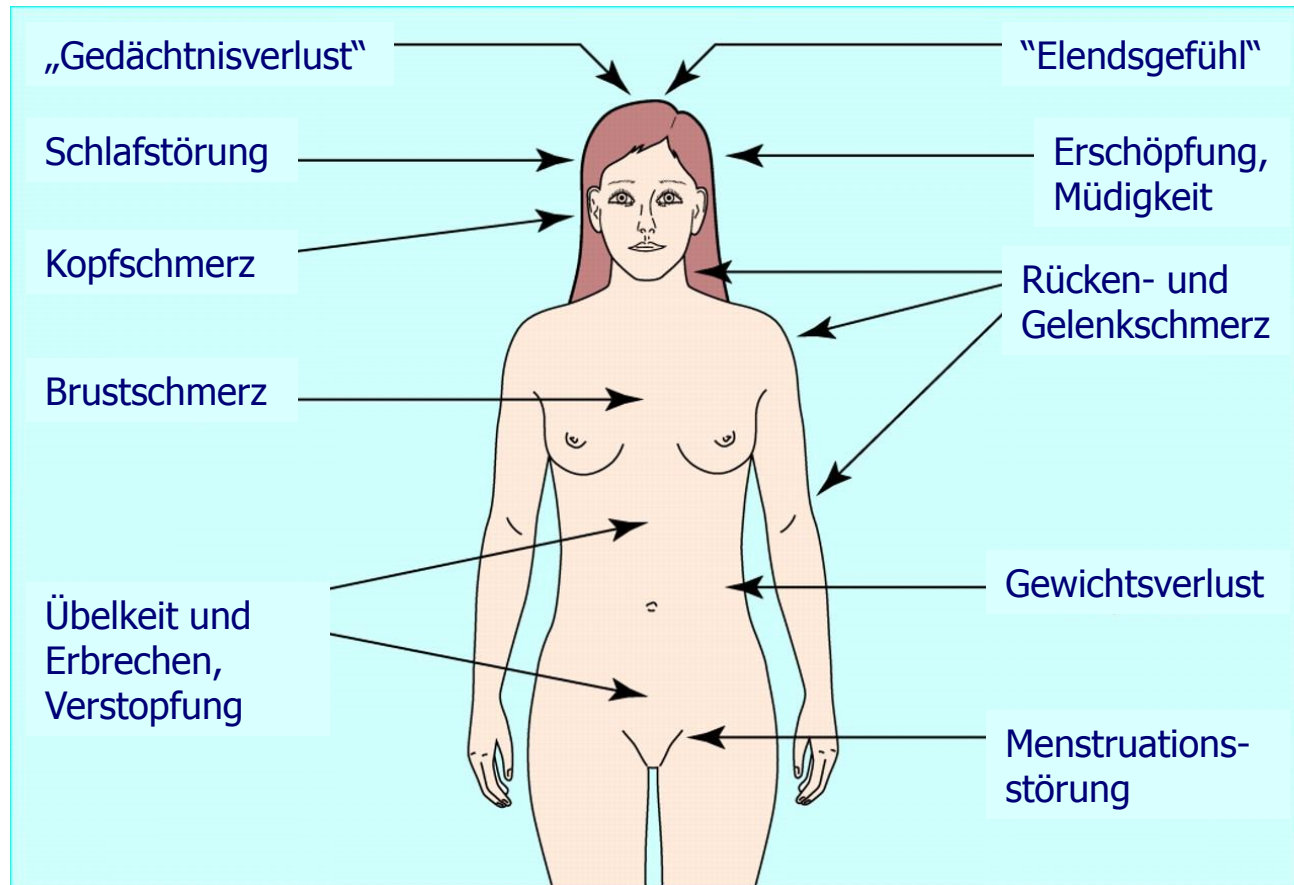
Somatoforme/ funktionelle Störungen

- wie häufig sind Fehldiagnosen?



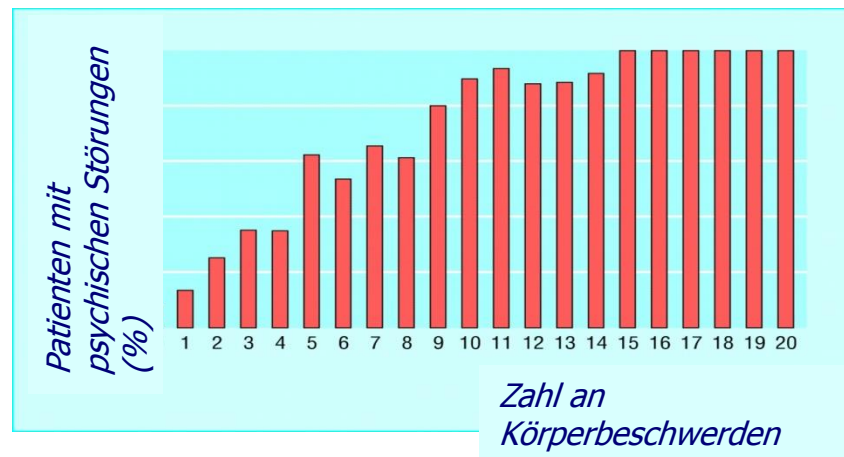
Stone J et al. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and „hysteria“. *BMJ* 2005; 331: 989

Körperbeschwerden ohne Befund – ist das eine somatisierte Depression?



Abgrenzung zur somatisierten Depression/ Angst

- ▶ Auftreten ohne psychische Symptome von Angst/ Depression
- ▶ Auftreten zeitlich unabhängig von psychischen Symptomen von Angst/ Depression (davor o. danach)



WHO-Studie
Primärversorgg.

Kisely et al. 1997

- ▶ Modell: Depression/ Angst/ Somatoforme Beschwerden als 3 verwandte, aber nicht identische Dimensionen von Distress

Historischer Beleg für Relevanz des Erklärungsmodells in der Römerzeit



Aus: Asterix und die Normannen



Historischer Beleg für Relevanz des Erklärungsmodells in der Römerzeit

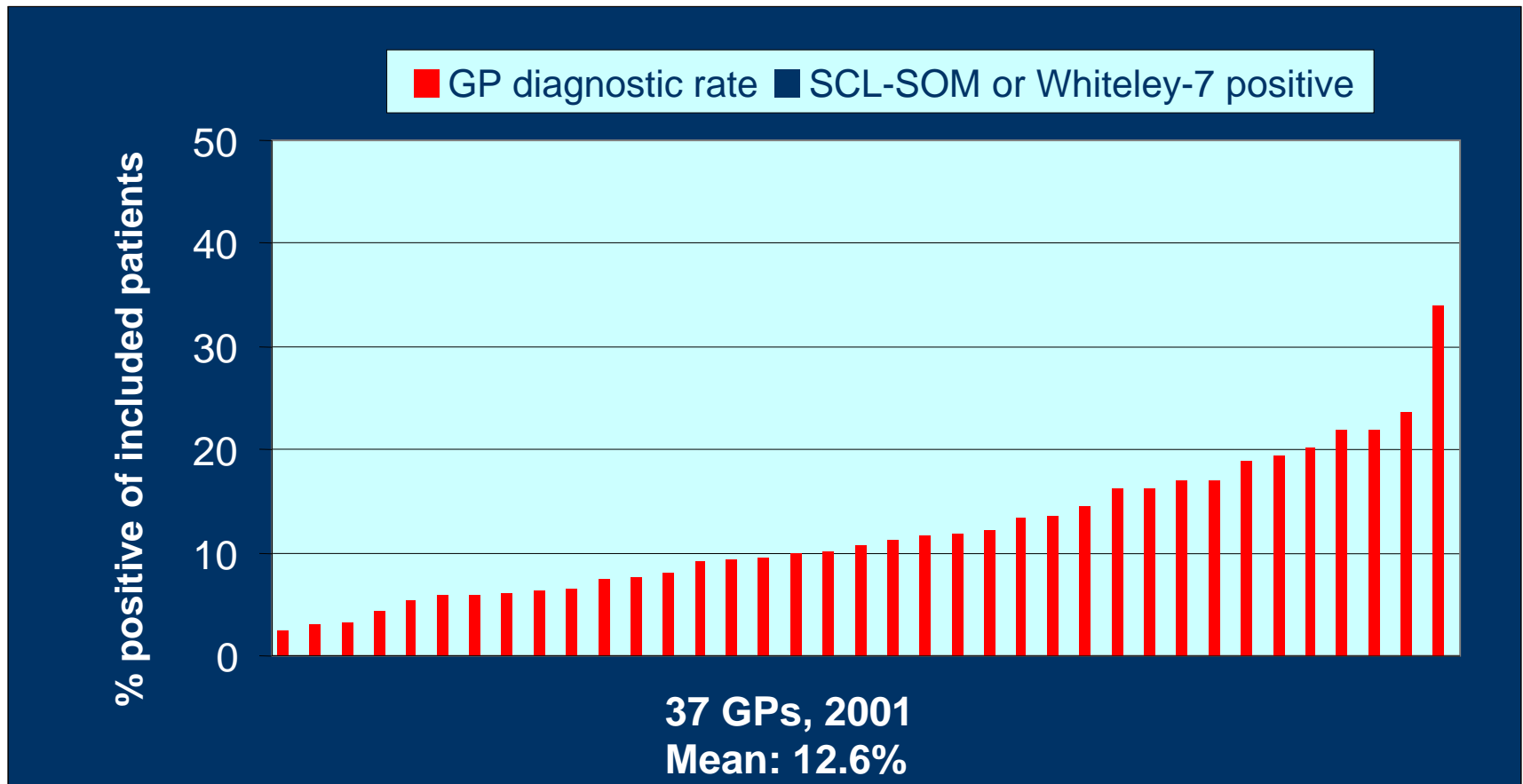


Einfluss der Medien auf die Krankheitskonzeptualisierung

► klinischer Praxisalltag



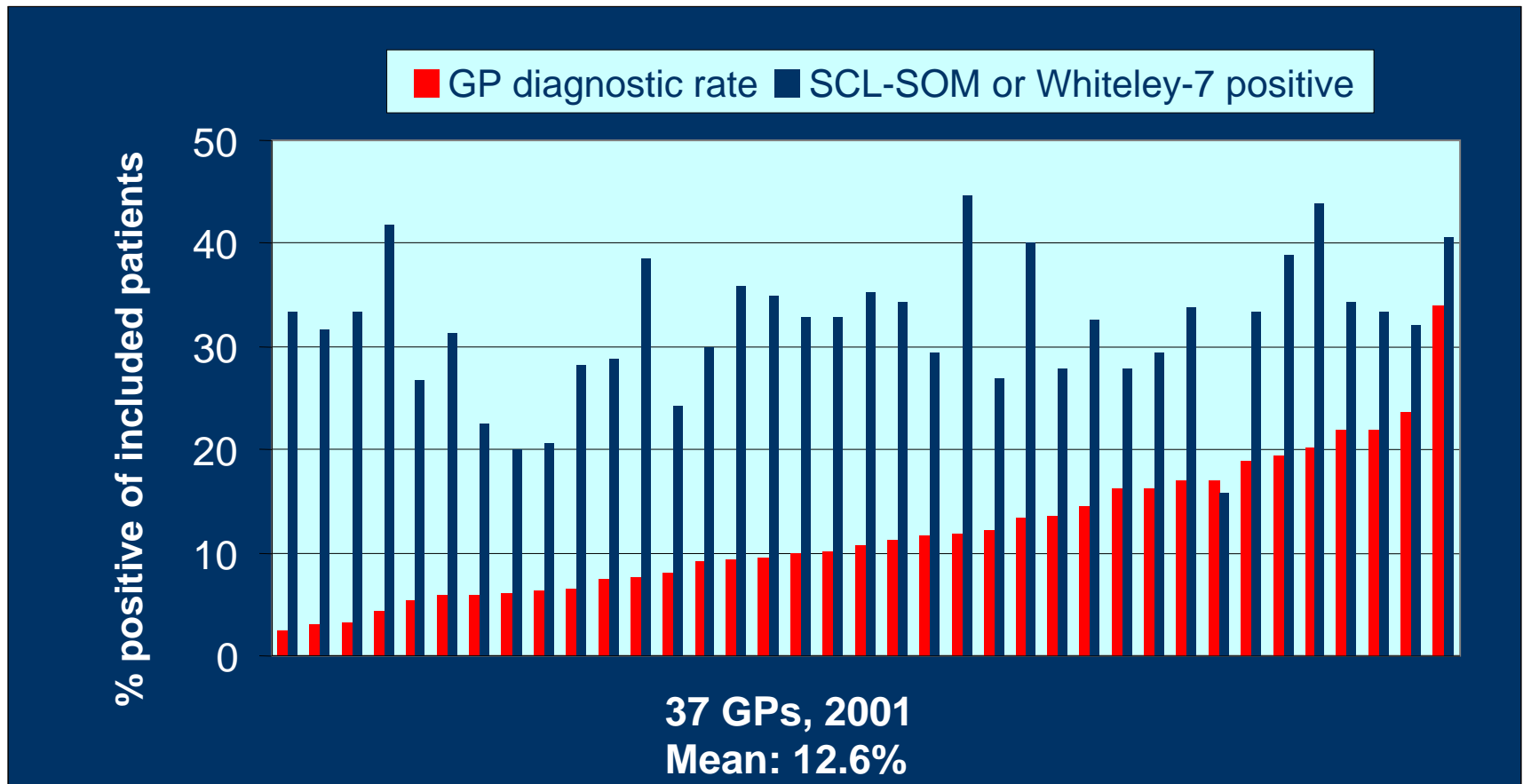
GP recognition of MUS



(Rosendal, BJGP 2003)



GP recognition of MUS



(Rosendal, BJGP 2003)



The Research Unit for General Practice

Aarhus University

m.rosendal@alm.au.dk

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

Patienten-Behandler-Beziehung

Patient

Arzt

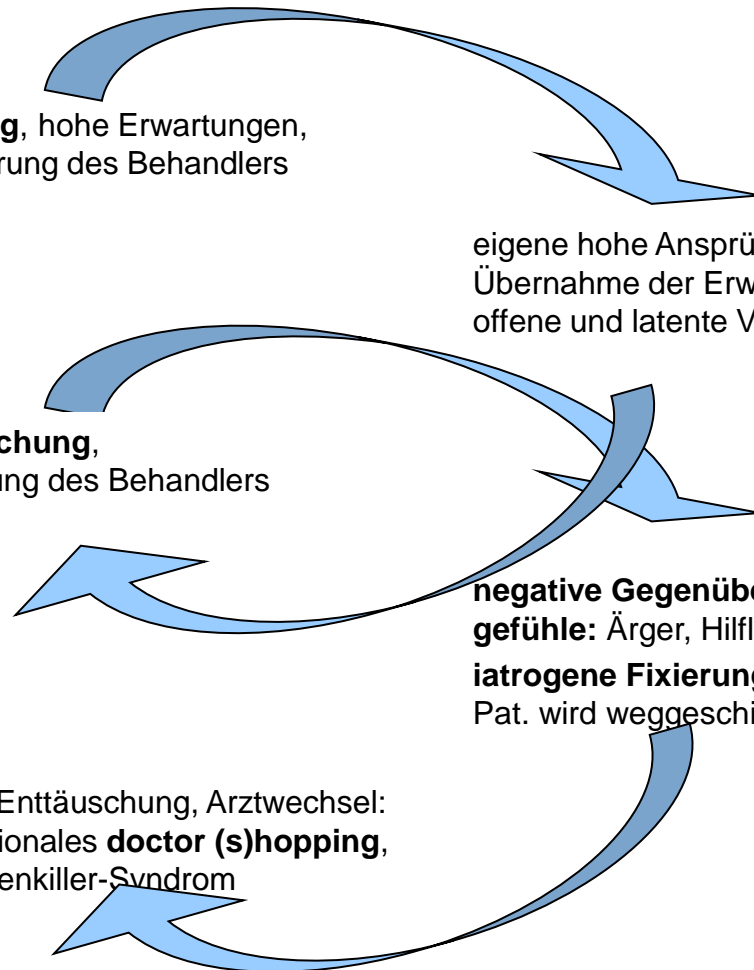
Hoffnung, hohe Erwartungen,
Idealisierung des Behandlers

eigene hohe Ansprüche,
Übernahme der Erwartungen,
offene und latente Versprechen

Enttäuschung,
Entwertung des Behandlers

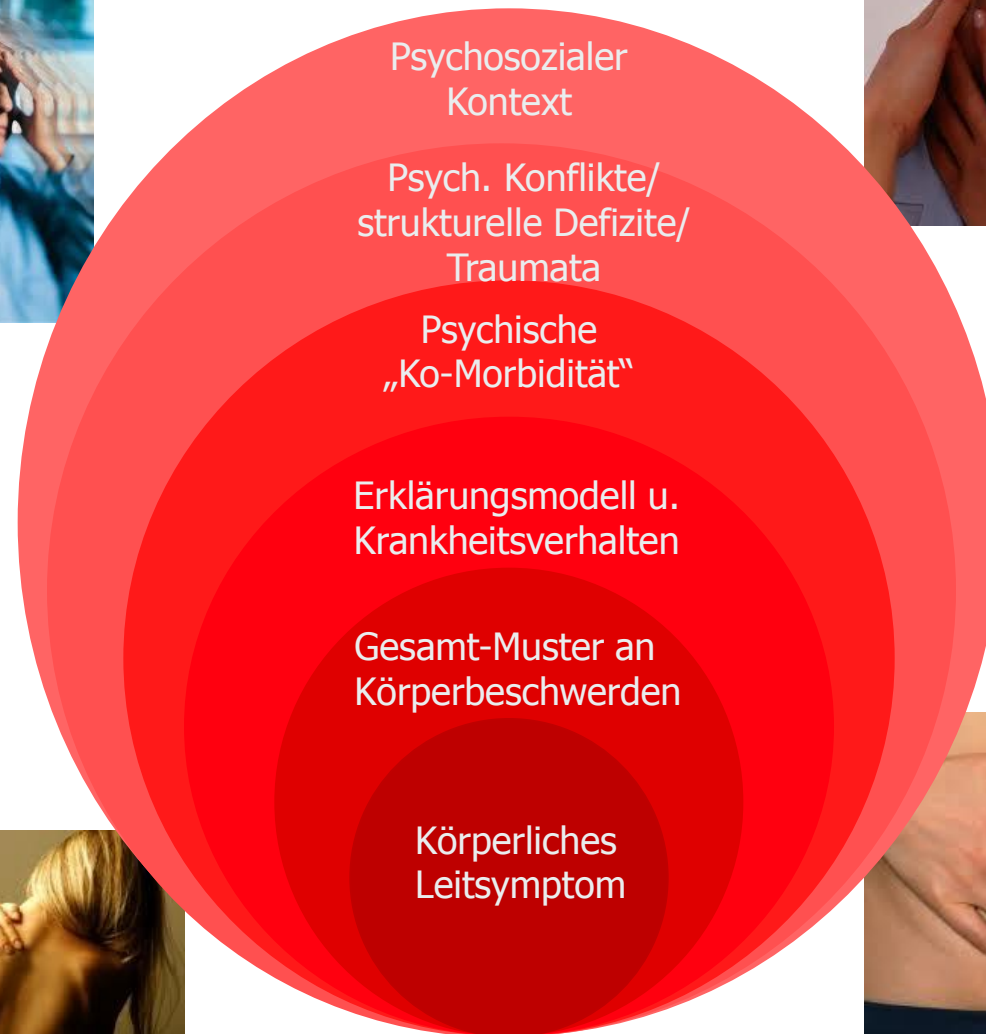
**negative Gegenübertragungs-
gefühle**: Ärger, Hilflosigkeit, Enttäuschg.
iatrogene Fixierung / Chronifizierung;
Pat. wird weggeschickt

erneute Enttäuschung, Arztwechsel:
dysfunktionales **doctor (s)hopping**,
Koryphäenkiller-Syndrom

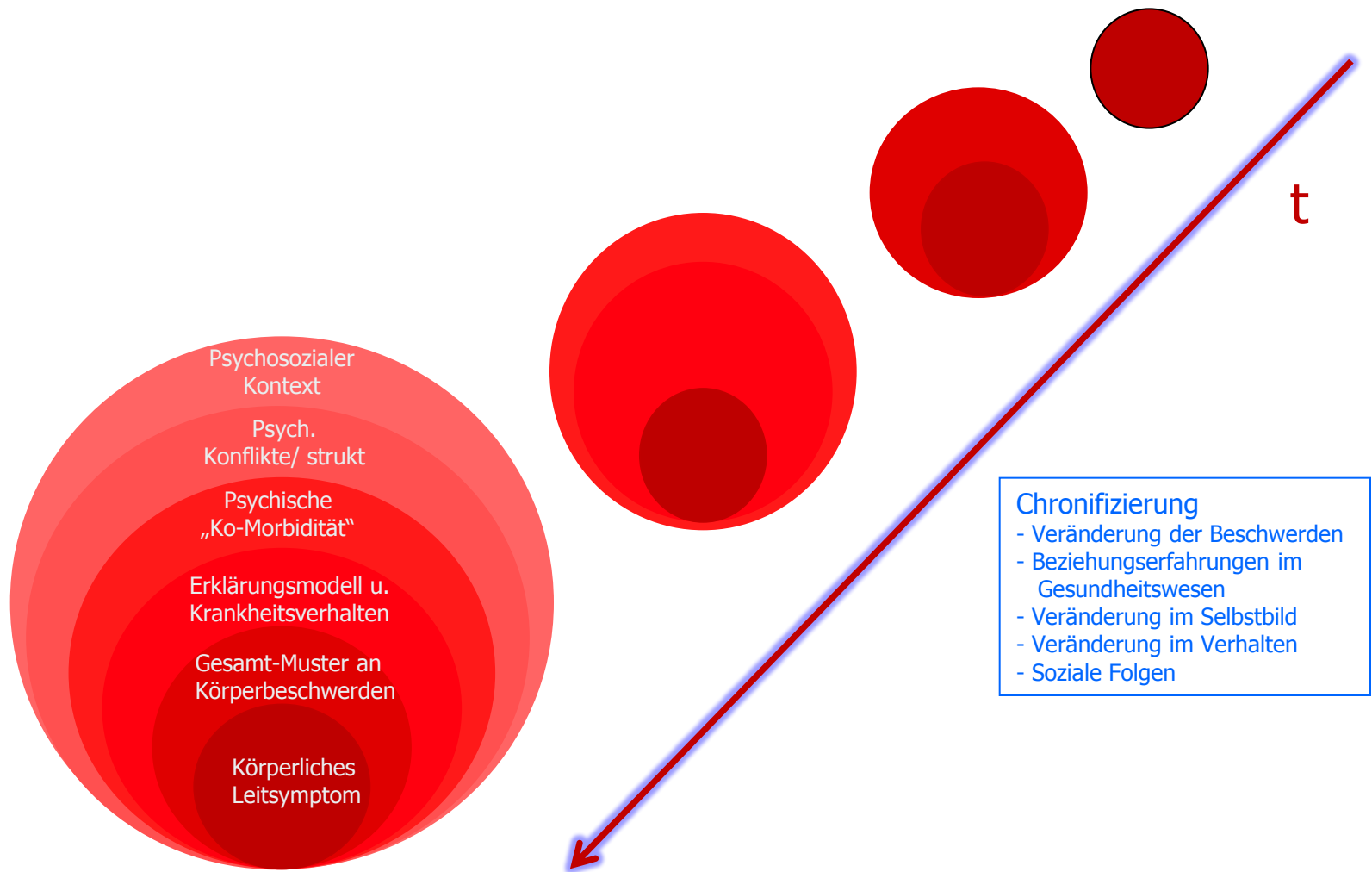




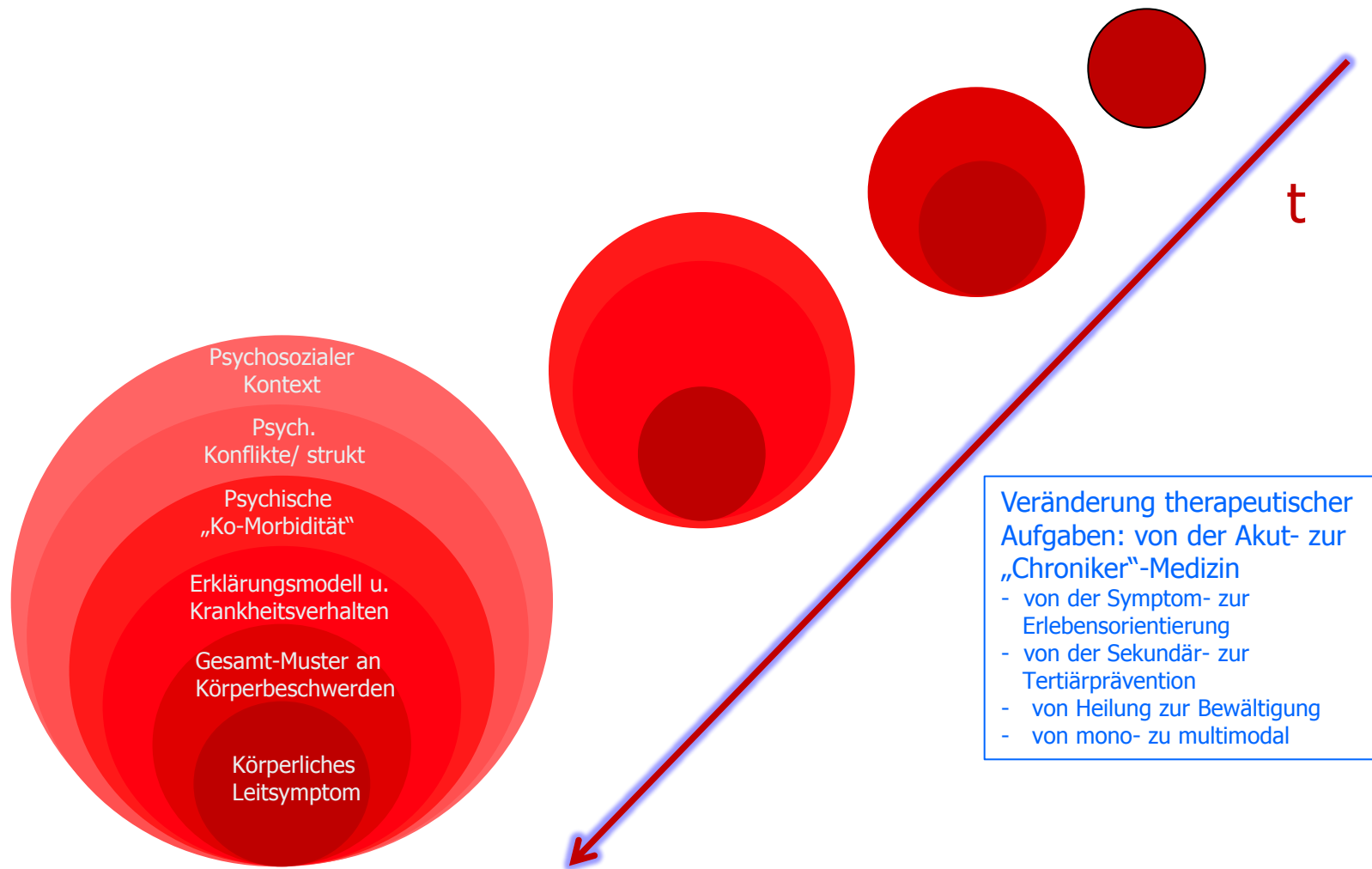
Wer therapiert was bei belastenden Körperbeschwerden?



Beschwerdeentwicklung ist zeitabhängig...



Therapeutische Aufgaben sind zeitabhängig...



Was ist eigentlich therapeutisch im Umgang mit Patienten mit belastenden Körperbeschwerden?

- ▶ Haltung und Umgang sind von zentraler Bedeutung !!
 - ▶▶ Wissen um Schwierigkeiten – Ernstnehmen - Zuständig fühlen
 - ▶▶ Kommunikation ist alles!
 - Psychoedukation zu Ätiologie und Einflussmöglichkeiten
 - Antizipation von Untersuchungsergebnissen
 - Vorbereitung von Überweisungen
 - Kooperation mit Kollegen
 - etc.

Leitlinien



- ▶ AWMF S3-Leitlinie 051-001
„Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen,
funktionellen u somatoformen Körperbeschwerden“
 - ▶▶ Deckt verschiedene Chronifizierungsstadien,
therapeutische Ansätze und Versorgungsebenen ab
 - ▶▶ Nur partiell stark evidenzbasiert –
durchgängig konsensuelle Praxistipps
 - ▶▶ Verschiedene Versionen: lang, kurz, Patienten



Stuttgart 2013

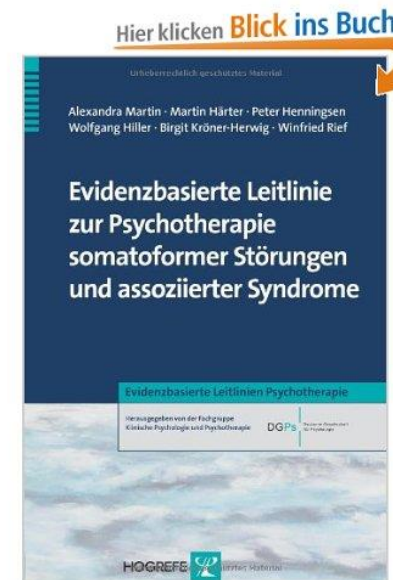
Hausteiner-Wiehle C et al. Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. S3-Leitlinie mit Quellentexten, Praxismaterialien und Patientenleitlinie. Schattauer-Verlag 2013

Leitlinien



- ▶ Leitlinie Klinische Psychologie
„Psychotherapie somatoformer Störungen“
 - ▶▶ Konzentriert auf einen therapeutischen Ansatz
 - ▶▶ Starker Fokus auf Evidenzbasierung

- ▶▶ Kapitel zu Multipler Somatisierung, Hypochondrie, Chronischer Rückenschmerz, CFS, Fibromyalgie, Reizdarmsyndrom, Umweltbezogene Körperbeschwerden, unspezifischer Brustschmerz, somatoformer Schwindel
- ▶▶ CBT durchweg am besten belegte Effekte



Martin A et al. Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie somatoformer und assoziierter Syndrome. Hogrefe-Verlag 2013

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“)**

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/ Psychosomatiker** eine aktive, symptom- und bewältigungsorientierte Haltung

Aufgaben/ Möglichkeiten des Hausarztes/ Neurologen im Umgang mit Patienten mit Körperdistress

- ▶ Diagnostik und Therapieeinleitung
 - ▶▶ an Möglichkeit psychischer/ psychosomatischer Störung denken!
 - ▶▶ diagnostischer Umgang als Beginn der Therapie
- ▶ Sekundärprävention - psychosomatische 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 Körperdistress-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 solche 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

▶ 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 hoppern: 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”

Step 1

Initial basic care



Step 2 Extended basic care



Step 3 Psychotherapy and multimodal care



Fazit

- ▶ Trias "Haltung – Dran Denken – Aktiv zuhören/ Sprechen"
- ▶ Unklare Körperbeschwerden als zentrales Thema
- ▶ "Sowohl-als-auch" statt "Entweder-Oder"
- ▶ Prozess statt Heureka- Momente...
- ▶ **Der Umgang mit diesen Patienten kann Spaß machen !**



Hausteiner-Wiehle u Henningsen
Stuttgart: Schattauer 2015