

4. Aalener Schmerztag am 7.11.2009

Psychosomatisches Management von Rückenschmerzen und anderen funktionellen Körperbeschwerden

Peter Henningsen

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



Überblick

- ▶ **Was wird warum wie psychosomatisch behandelt**
- ▶ **Allgemeine Handlungsempfehlungen**
- ▶ **Psychotherapeutisches Vorgehen**

Was wird warum wie psychosomatisch behandelt

- ▶ Die alte Zweiteilung von organischem und psychogenem Schmerz ist heute aufgegeben, es ist klar, dass bei jedem chronischen Schmerzerleben periphere und zentrale, organische und psychosoziale Faktoren relevant sind
 - nur die relative Bedeutung schwankt
- “Sowohl-als-auch statt Entweder-Oder”**

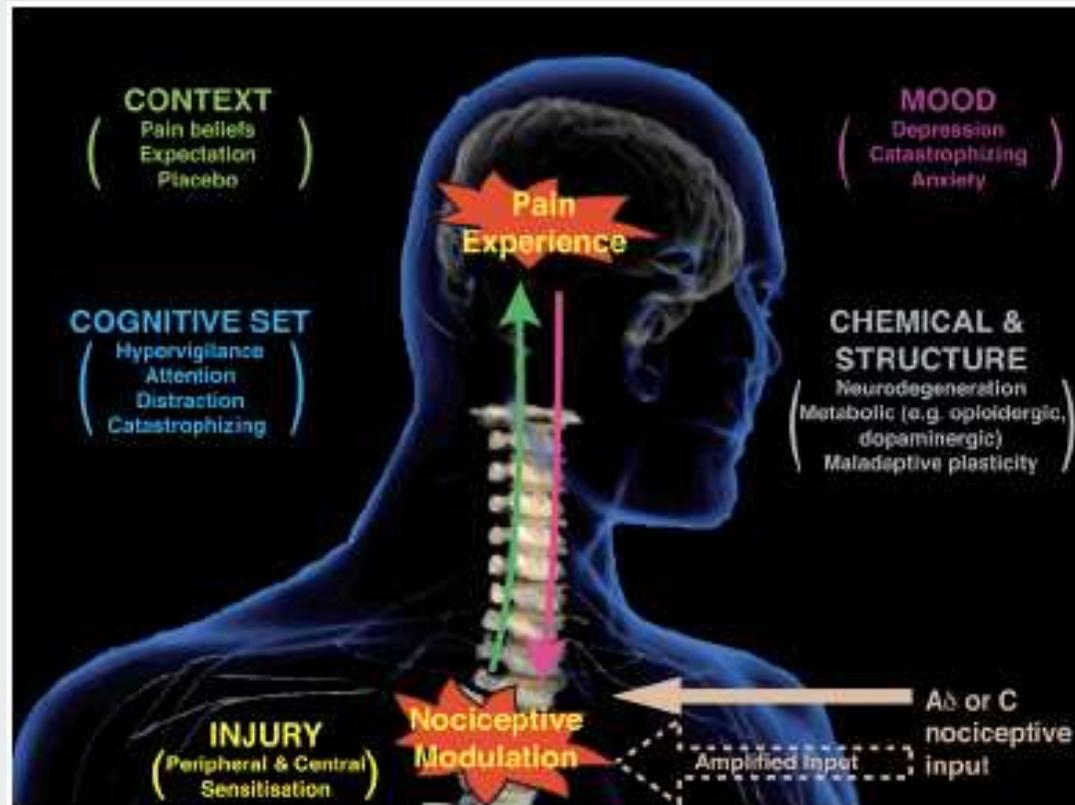
Was wird warum wie psychosomatisch behandelt

- ▶ Die alte Zweiteilung von organischem und psychogenem Schmerz ist heute aufgegeben, es ist klar, dass bei jedem chronischen Schmerzerleben periphere und zentrale, organische und psychosoziale Faktoren relevant sind – nur die relative Bedeutung schwankt
“Sowohl-als-auch statt Entweder-Oder”
- ▶ Chronische Schmerzen treten häufig zusammen mit Nicht-Schmerz-Beschwerden auf
 - ▶ Funktionelle Körperbeschwerden (Verdauung, Kreislauf, Schwindel etc.)
 - ▶ Erschöpfung/ Müdigkeit/ Nicht-Mehr-Können
 - ▶ Depressivität (niedergeschlagen, freudlos , Selbstwert etc.)
 - ▶ Angst (nervös, Sorgen, Anspannung, ggf. Phobie/ Panik etc.)

Was wird warum wie psychosomatisch behandelt

- ▶ **Schmerzen ohne ausreichende organische Erklärung sind sehr häufig**
 - ▶▶ 22% aller Patienten der Primärversorgung (WHO, Gureje et al. 2001)
 - ▶▶ meist mehr als ein Schmerzort (Rücken–Kopf–Gelenke-Brust-Bauch)
 - ▶▶ je mehr, desto wahrscheinlicher ist Relevanz psychischer Faktoren
- ▶ **Schmerzen ohne ausreichende organische Erklärung sind mit funktionellen Beschwerden und mit Erschöpfung assoziiert**
 - ▶▶ “Somatisierung” prädiziert Schmerzen (Mc Beth et al. 2001)
 - ▶▶ “Somatisierung” prädiziert geringeren Therapieerfolg

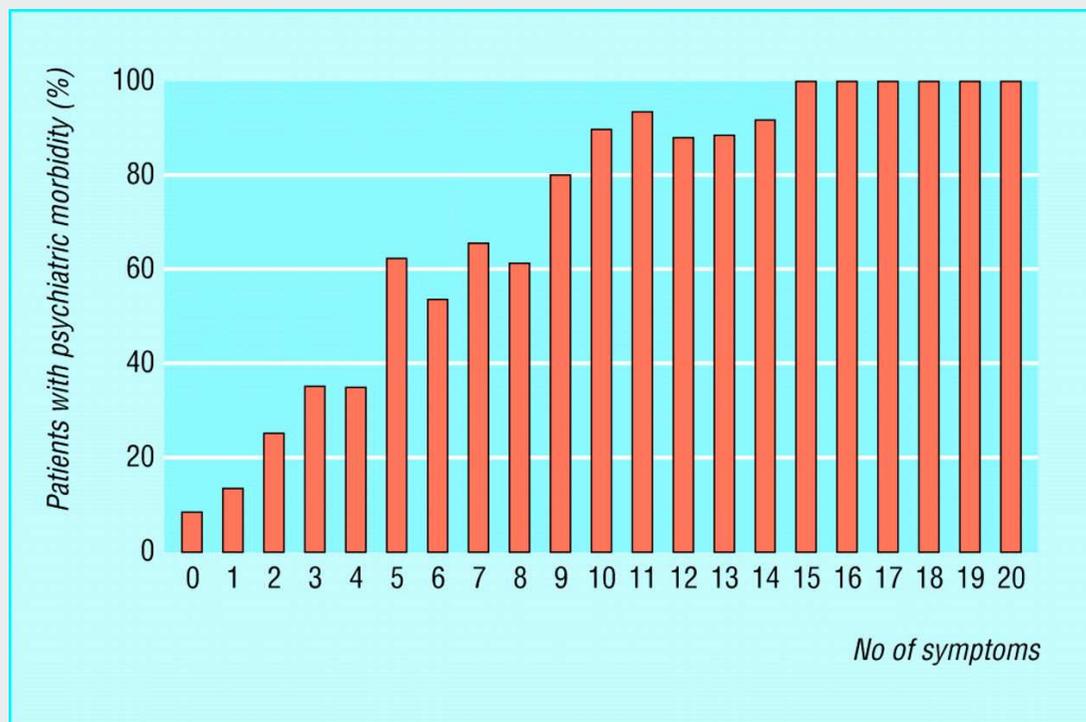
Einflussfaktoren auf Schmerzerleben



Tracey I, Mantyh PW Neuron 2007; 55:377-91

Was wird warum wie psychosomatisch behandelt

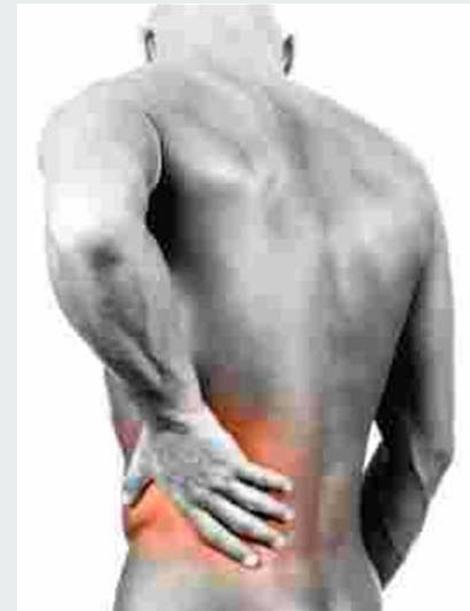
- ▶ **Schmerzen und andere chronische Körperbeschwerden sind mit Angst und Depression linear assoziiert – both ways!**



(Kisely et al. 1997)

Was wird warum wie psychosomatisch behandelt

- ▶ **Psychosozialer Stress (Depressivität, mangelnde soziale Unterstützung etc.) ist der stärkste Prädiktor für neuauftretende unspezifische Schmerzen, viel deutlicher als mechanische/ physiologische Faktoren**



Risk factors for low back pain in industrial (!) workers



Ijzelenberg W, Burdorf A, Spine 2005; 30: 1550-1556

Soziale Unterstützung und Schmerz bei der Arbeit

Combined regression model of risk factors for new onset of forearm pain

Exposure	Relative risk (95% CI)
Repetitive movement of arms	
Occasionally	1.2 (0.4 to 3.7)
Half or most of time	2.9 (1.2 to 7.3)
Satisfied with support from supervisor or colleagues	
Half of time	1.6 (0.7 to 3.9)
Occasionally or never	2.6 (1.1 to 5.8)

Macfarlane, G.J., et al., BMJ 321 (2000) 1-5

Risikofaktoren für Chronifizierung von Schmerzen sind allgemein psychosozialer Art, u.a.

- ▶ Passive Behandlungserwartungen
- ▶ Überzeugung schwerer Beeinträchtigung
- ▶ Ängstliche (Schmerz-)Vermeidung
- ▶ Selbstkonzept von Schwäche

Psychosoziale Faktoren in der **Ätiologie** chronischer Schmerzen

- ▶ **Disposition – “intrapsychisch”**
 - ▶▶ Frühe Störung der Körperbeziehung
z.B. depressiver Grundkonflikt - Trauma – organisch
 - ▶▶ Überkompensatorische Aktivität
 - ▶▶ Somatisierung (auch: Nicht-Schmerz-Beschwerden)

- ▶ **Auslösung**
 - ▶▶ “Somatisches Entgegenkommen”
 - ▶▶ Arbeitsplatzkonflikte, -rationalisierung
 - ▶▶ Unfälle (inkl. Umweltunfälle mit psychosoz. Ausbreitung)

- ▶ **Aufrechterhaltung**
 - ▶▶ Sekundärer Krankheitsgewinn/ Tatsache des Versichertseins
 - ▶▶ Primärer/sekundärer Behandlergewinn/ iatrogene Schädigung
 - ▶▶ Medien u.a. soziokulturelle Faktoren (Gesundheitsängste, Erklärungsmodelle)

Was wird warum wie psychosomatisch behandelt

- ▶ **(Anhaltende) organische Ursachenüberzeugung**

- ▶▶ Kampf um Legitimität, Ablehnung psychosozialer Zusammenhänge, Beziehungsstörung im Gesundheitswesen, Verdeutlichung



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

© The New Yorker

Was wird warum wie psychosomatisch behandelt

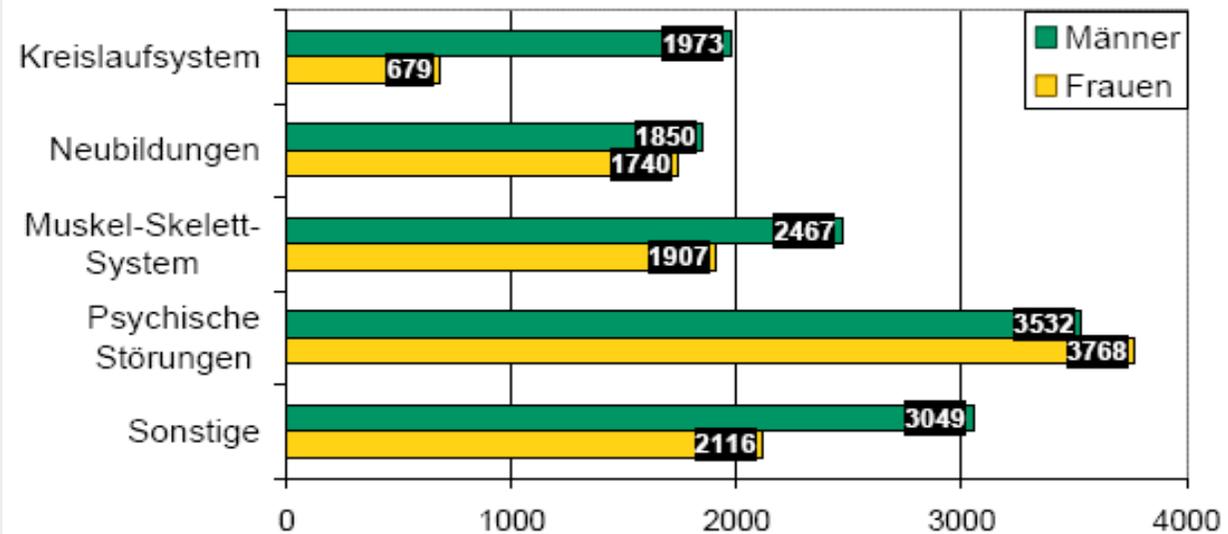
- ▶ **(Anhaltende) organische Ursachenüberzeugung**

- ▶▶ Kampf um Legitimität, Ablehnung psychosozialer Zusammenhänge, Beziehungsstörung im Gesundheitswesen, Verdeutlichung

- ▶ **Ausgeprägte Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit**

- ▶▶ Diagnostisches Kriterium
- ▶▶ "Disability syndromes"

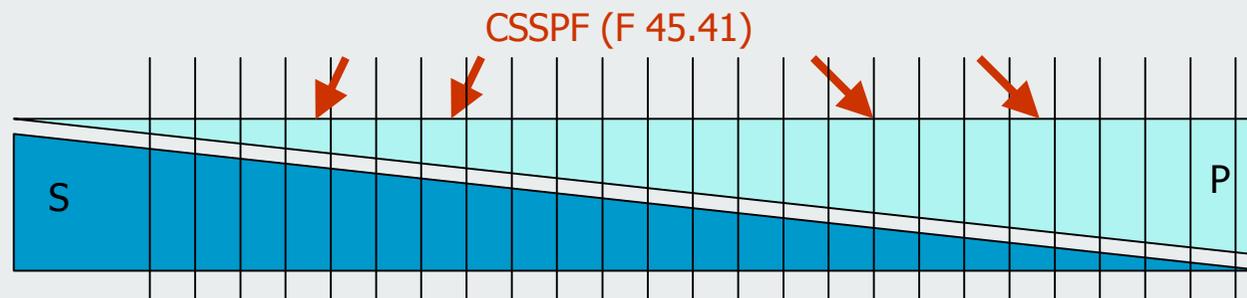
Krankheitsbedingte Frühberentungen, Bayern, 2005



Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung, eigene Berechnungen

Neue psychosomatische Diagnose: Klassifikation in ICD-10-GM-2009

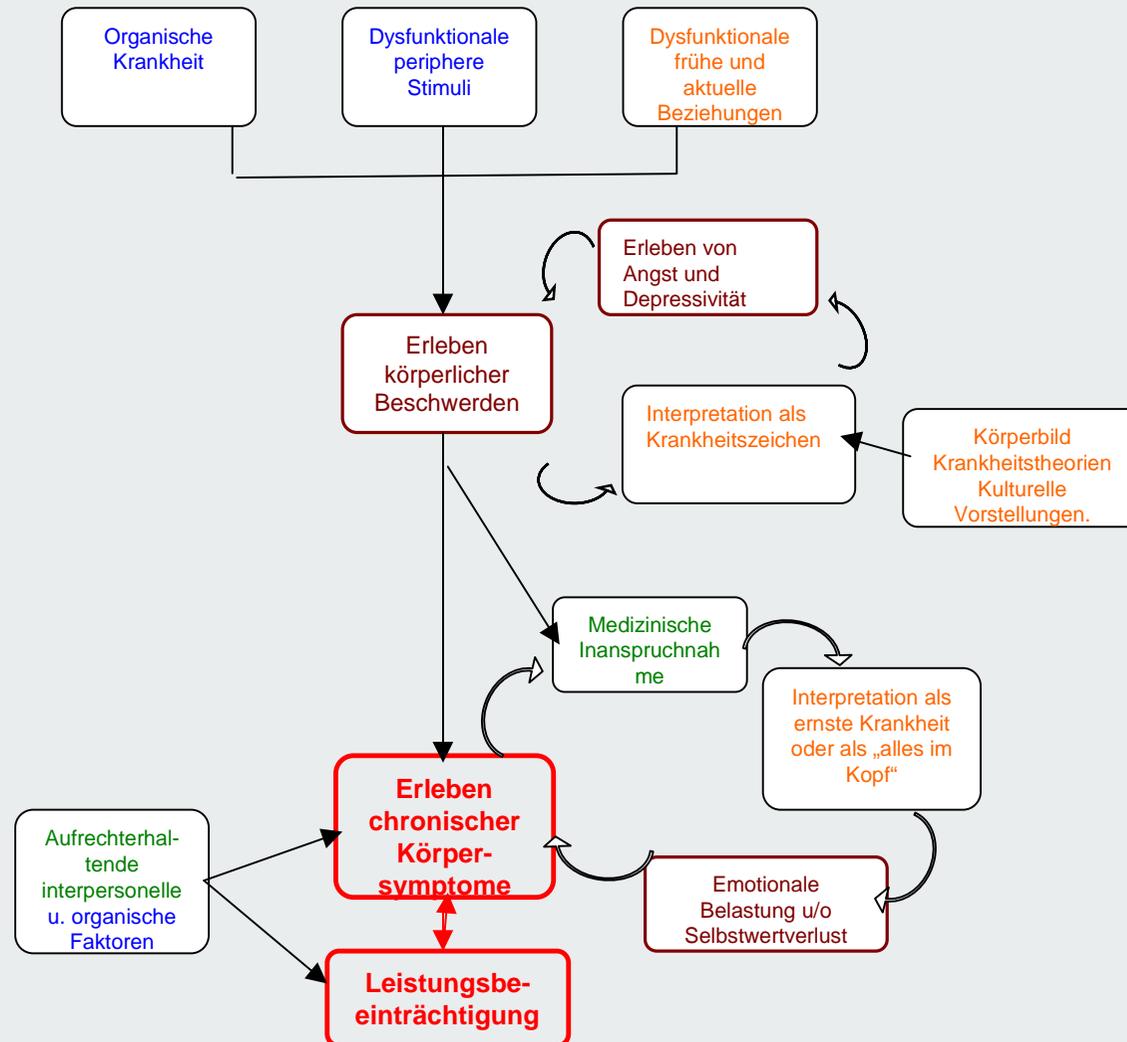
- ▶ **Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)**
 - ▶ Diagnose erfordert **keinen** Nachweis der Ursächlichkeit psychischer Faktoren, stattdessen "Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess"
 - ▶ Nachweis "wichtiger Rolle" psychischer Faktoren für Schweregrad, Exazerbation und Aufrechterhaltung gefordert



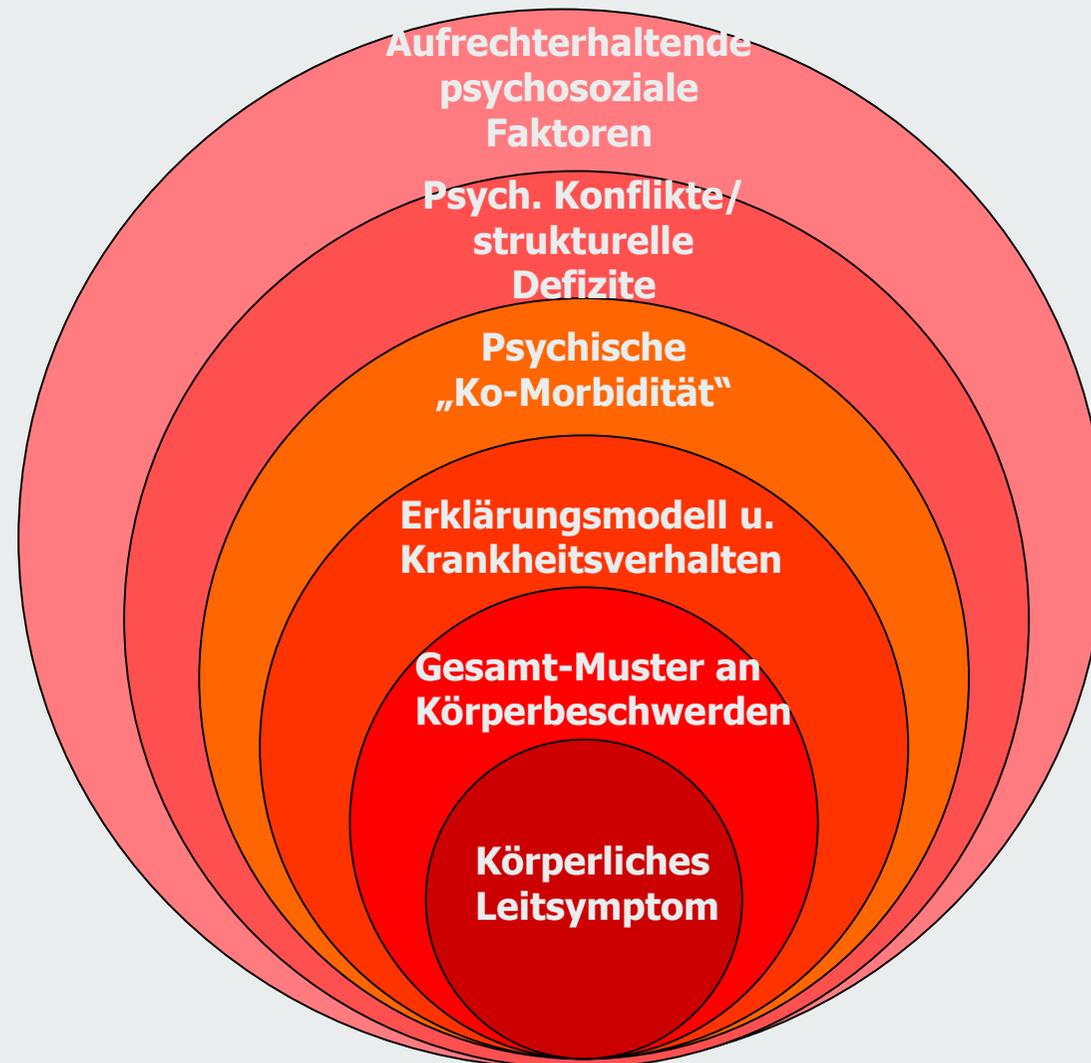
Alternative "Diagnosen"

- ▶ **Chronischer Rückenschmerz**
- ▶ **Fibromyalgiesyndrom/ chronisch weitverbreiteter Schmerz**
- ▶ **Temporomandibuläre Dysfunktion**
- ▶ **Chronischer Unterleibsschmerz**
- ▶ **Reizdarmsyndrom**
- ▶ **„HWS-Schleudertrauma“**

Ansatzpunkte für Therapien im Rahmen eines aktuellen ätiologischen Modells



Ansatzpunkte für Therapien



Diagnostische Handlungsempfehlungen aus psychosomatischer Perspektive

- ▶ **Stufe 1: Frühe Erfassung relevanter psychosozialer Faktoren**
„Psychosomatische Grundversorgung“
 - ▶ komplettes Beschwerdemuster inkl. Depression/ Angst
„wie geht es Ihnen mit Ihren Beschwerden?“
 - ▶ Ausmaß der Beeinträchtigung
 - ▶ dysfunktionale Ursachenüberzeugung/ Krankheitsverhalten
 - ▶ psychosoziale Stressoren/ sekund. Krankheitsgewinn

Diagnostische Handlungsempfehlungen aus psychosomatischer Perspektive

- ▶ **Stufe 1: Frühe Erfassung relevanter psychosozialer Faktoren**
„Psychosomatische Grundversorgung“
 - ▶ komplettes Beschwerdemuster inkl. Depression/ Angst
„wie geht es Ihnen mit Ihren Beschwerden?“
 - ▶ Ausmaß der Beeinträchtigung
 - ▶ dysfunktionale Ursachenüberzeugung/ Krankheitsverhalten
 - ▶ psychosoziale Stressoren/ sekund. Krankheitsgewinn

- ▶ **Stufe 2: bei Hinweisen aus Stufe 1**
„Psychosomatisch-psychotherapeutische Spezialdiagnostik“
 - ▶ Biographische Risiko- und Schutzfaktoren inkl. Trauma(folgen!)
 - ▶ Konflikte/ strukturelle Beeinträchtigungen (cave: Schmerzfolge?)

Generelle therapeutische Handlungsempfehlungen

- ▶ **Balancierte „Sowohl-als-auch-Haltung“**
 - ▶ hinsichtlich ätiologischer und therapeutischer Faktoren
 - ▶ im Selbstverständnis zwischen Bio- und Psychomedizin

Generelle therapeutische Handlungsempfehlungen

- ▶ **Balancierte „Sowohl-als-auch-Haltung“**
 - ▶▶ hinsichtlich ätiologischer und therapeutischer Faktoren
 - ▶▶ im Selbstverständnis zwischen Bio- und Psychomedizin

- ▶ **Angemessene Kommunikation**
 - ▶▶ Hinhören auf emotionale „cues“
 - ▶▶ positive Erklärung statt „Sie haben nichts“
 - ▶▶ keine Überbewertung von Bagetellbefunden
 - ▶▶ keine frühzeitige Konfrontation mit „psychosomatischer Genese“
 - ▶▶ bewusster Umgang mit Gesprächsrahmen

Generelle therapeutische Handlungsempfehlungen

- ▶ **Balancierte „Sowohl-als-auch-Haltung“**
 - ▶▶ hinsichtlich ätiologischer und therapeutischer Faktoren
 - ▶▶ im Selbstverständnis zwischen Bio- und Psychomedizin

- ▶ **Angemessene Kommunikation**
 - ▶▶ Hinhören auf emotionale „cues“
 - ▶▶ positive Erklärung statt „Sie haben nichts“
 - ▶▶ keine Überbewertung von Bagetellbefunden
 - ▶▶ keine frühzeitige Konfrontation mit „psychosomatischer Genese“
 - ▶▶ bewusster Umgang mit Gesprächsrahmen

- ▶ **Aktivieren statt Schonen**

Generelle therapeutische Handlungsempfehlungen

- ▶ **Balancierte „Sowohl-als-auch-Haltung“**
 - ▶▶ hinsichtlich ätiologischer und therapeutischer Faktoren
 - ▶▶ im Selbstverständnis zwischen Bio- und Psychomedizin
- ▶ **Angemessene Kommunikation**
 - ▶▶ Hinhören auf emotionale „cues“
 - ▶▶ positive Erklärung statt „Sie haben nichts“
 - ▶▶ keine Überbewertung von Bagetellbefunden
 - ▶▶ keine frühzeitige Konfrontation mit „psychosomatischer Genese“
 - ▶▶ bewusster Umgang mit Gesprächsrahmen
- ▶ **Aktivieren statt Schonen**
- ▶ **Erklärungsmodell erweitern**

Generelle therapeutische Handlungsempfehlungen

- ▶ **Balancierte „Sowohl-als-auch-Haltung“**
 - ▶▶ hinsichtlich ätiologischer und therapeutischer Faktoren
 - ▶▶ im Selbstverständnis zwischen Bio- und Psychomedizin
- ▶ **Angemessene Kommunikation**
 - ▶▶ Hinhören auf emotionale „cues“
 - ▶▶ positive Erklärung statt „Sie haben nichts“
 - ▶▶ keine Überbewertung von Bagetellbefunden
 - ▶▶ keine frühzeitige Konfrontation mit „psychosomatischer Genese“
 - ▶▶ bewusster Umgang mit Gesprächsrahmen
- ▶ **Aktivieren statt Schonen**
- ▶ **Erklärungsmodell erweitern**
- ▶ **Verzicht auf redundante Diagnostik**

Generelle therapeutische Handlungsempfehlungen

- ▶ **Aktivierende, "zentral ansetzende" Therapien sind wirksamer als passive, "peripher" ansetzende**
 - ▶ Multimodale Therapien inkl. Psychotherapien +++
Übungstherapien ++, Trizykl. Antidepressiva +++
 - ▶ Injektionen -, WS-Manipulationen -, TENS –

Henningsen P et al. Management of functional somatic syndromes.
Lancet 2007; 369: 946-55

Psychosomatische Handlungsempfehlungen: "stepped care"

- ▶ **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
 - ▶▶ ggf. Begleitung unheilbarer Fälle in Kooperation mit Neurologen

PISO-Studie:

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

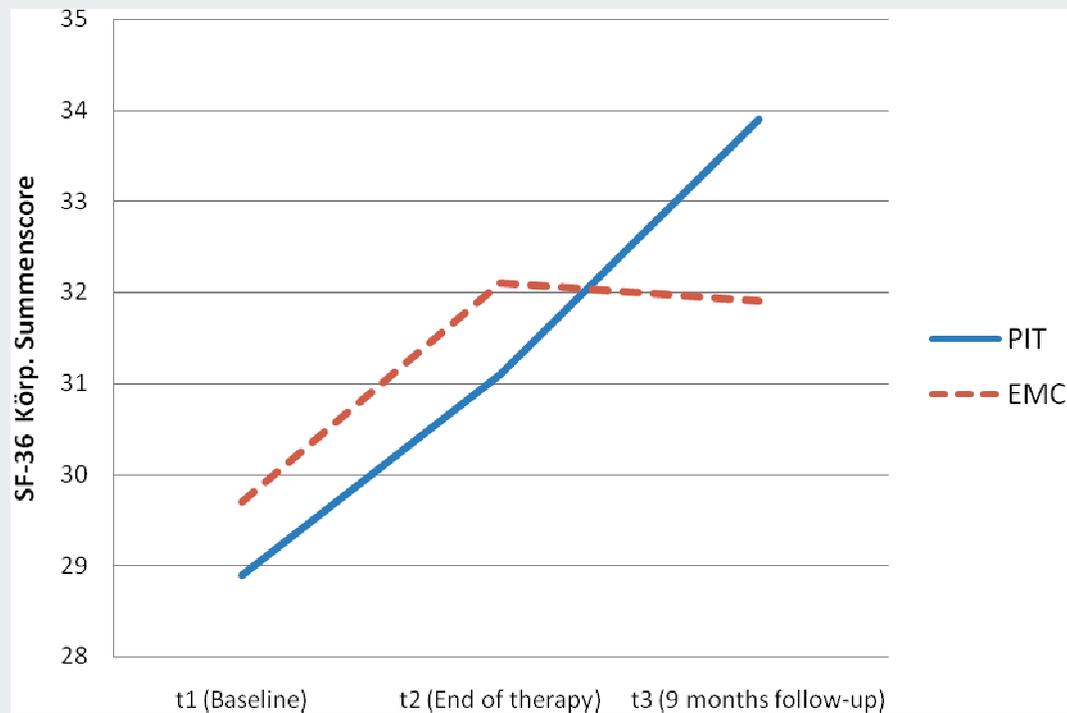
- ▶ Manualisierte 12 stündige Intervention, Kontrolle: EMC
- ▶ Orientiert an psychodynamisch-interpersoneller Psychotherapie
- ▶ 6 Zentren: München, Heidelberg, Hannover, Regensburg, Münster, Düsseldorf; assoziiert: E. Guthrie/Manchester
- ▶ Förderung durch DFG-Programm „Klinische Studien“ (He 3200/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

PISO Ziele und Phasen

- ▶ Ziele
 - ▶▶ bessere körperbezogene Lebensqualität
 - ▶▶ Erweiterung des Erklärungsmodells (inkl. Motivation, Krankheitsverhalten etc.)
- ▶ Phasen/ Säulen
 - ▶▶ 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)
- ▶ Bezug zur psychodynamischen Konzeptbildung
 - ▶▶ primär eher struktur- als konfliktbezogen

PISO Studie

(“Psychosomatische Intervention bei multisomatoformer Störung”)



Henningsen P et al. Psychodynamic-interpersonal psychotherapy for patients with pain-predominant multisomatoform disorder: a randomized controlled trial. In Preparation

Fazit

- ▶ **Chronischer Schmerz ist oft mit anderen funktionellen Körperbeschwerden assoziiert und immer stark von psychosozialen Faktoren mitbestimmt**
- ▶ **ein balanciertes bio-psycho-soziales Vorgehen ist besser als ein Entweder-Oder von organisch versus psychogen**
- ▶ **angemessene Kommunikation mit dem Kranken ist die Basis gelingender Therapie**
- ▶ **Psychotherapie jenseits von Schmerzbewältigung ist häufig indiziert**
- ▶ **Gestufte Behandlungspläne mit (teil-)stationären multimodalen Therapien als wirksamster Intensivintervention in schwereren Fällen sind am sinnvollsten**

Literatur



(Deutscher Ärzte-Verlag 2006)