

# Fibromyalgiesyndrom

MG30.01 Chronisches ausgedehntes Schmerzsyndrom  
engl. Chronic Wide-spread Pain (CWP):

- Definition
- Symptome
- Diagnostik
- Therapie

AWMF-Register Nr.

041/004

Klasse:

S3

Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie  
des Fibromyalgiesyndroms

Diese **Kurzfassung** basiert auf der zitierbaren Langfassung ([www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/041-004.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/041-004.htm)) der interdisziplinären Leitlinie „Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms“



Patientenakte

## Fallinfo einer typischen Patientin:



### Aktuelle Schmerzanamnese

- Knieschmerzen beidseits – NRS 5-7
- Rückenschmerzen – thorakal besonders stark – NRS 7
- **Muskelkaterartige Schmerzen am ganzen Körper** – in der Zwischenzeit auch an den Handflächen und Fußsohlen – NRS 8-9
- Schmerzcharakter:
  - Brennend, zum Teil stechend, sie fühle sich wie in einem Schraubstock
  - Körperliche Aktivität führt zur Schmerzverstärkung
  - Ruhen führt zu geringer Schmerzlinderung
- Zusätzlich Kraftlosigkeit - Kann Haushalt nicht mehr bewältigen

## Aktuelle Übersichtsarbeit: Fibromyalgie

- Die Wahrnehmung, Übertragung und Verarbeitung afferenter nozizeptiver Reize ist verändert
- Schmerzen vor allem **im Bewegungsapparat**
- Entzündung ist nicht die Ursache, sondern eher ein Symptom
- Die Symptome sind **Multiple Ursachen wahrscheinlich (posttraumatisch, infektiös, psychisch, neurologisch, genetisch).**
- Fibromyalgie wird durch ein **zentrales Sensibilisierungsphänomen** verursacht

*Management of Fibromyalgia: An Update. Jones EA, Asaad F, Patel N, Jain E, Abd-Elsayed A. Biomedicines. 2024 Jun 6;12(6):1266.*

*FibrFibromyalgia: Pathogenesis, Mechanisms, Diagnosis and Treatment Options Update. Siracusa R, et al. Int J Mol Sci. 2021.*

## Neue Literatur zur Fibromyalgie (978 Veröff. Im Jahr 2024)

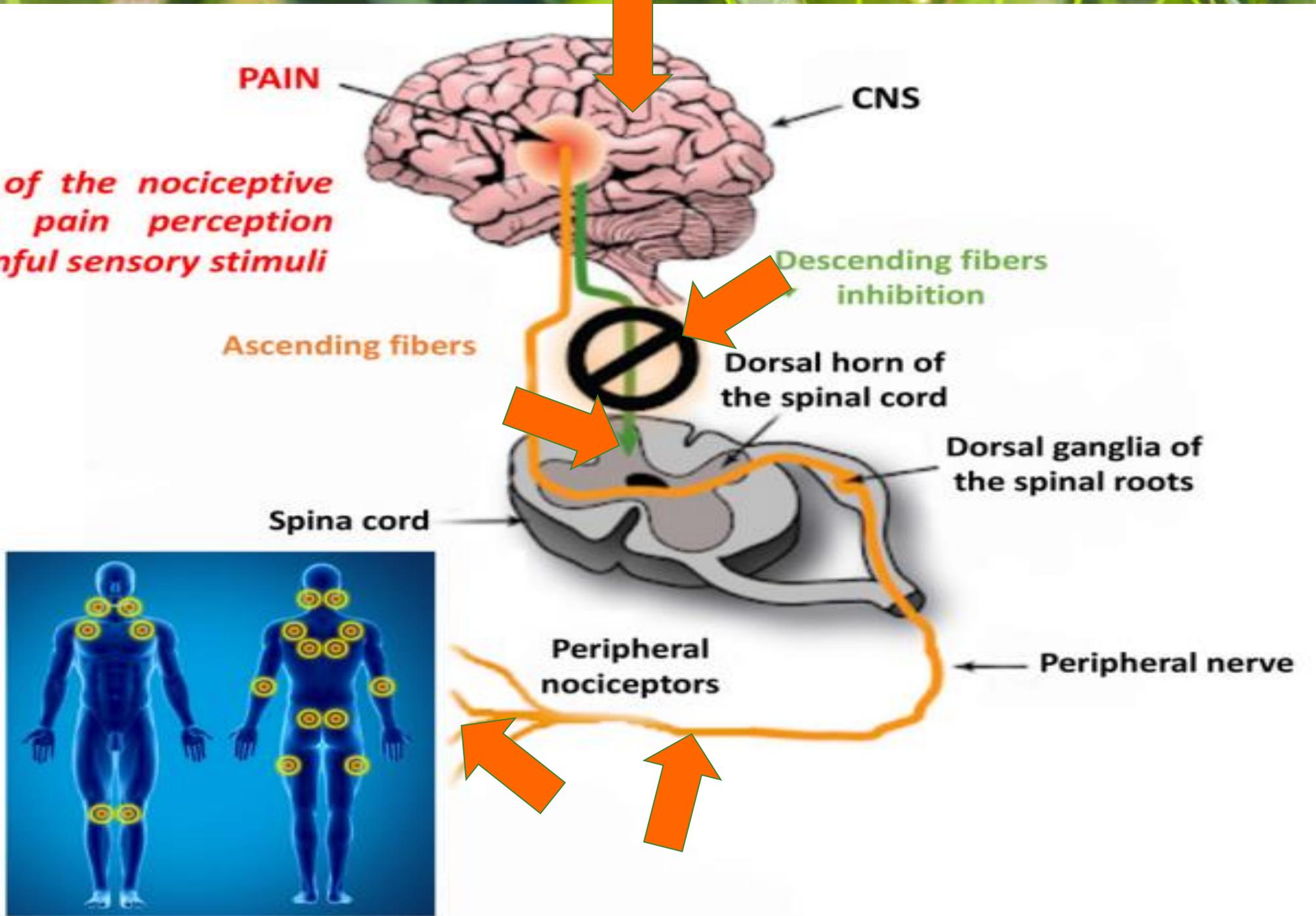
- **Fibromyalgia: one year in review 2024.** Di Carlo M, Bianchi B, Salaffi F, Pellegrino G, Iannuccelli C, Giorgi V, Sarzi-Puttini P. Clin Exp Rheumatol. 2024 Jun;42(6):1141-1149.
- **Is fibromyalgia an autoimmune disorder?** Clauw D, Sarzi-Puttini P, Pellegrino G, Shoenfeld Y. Autoimmun Rev. 2024 Jan;23(1):103424.
- **"Fibromyalgia - are there any new approaches?".** Martinez JE, Guimarães I. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2024 Mar;38(1):101933.

**Aerobic exercise, Aquatic Exercise  
cognitive behavioral therapy and patient education, duloxetine,  
milnacipran and pregabalin. Amitriptyline, cyclobenzaprine,  
gabapentin and naltrexone Cannabinoids, vitamin D  
supplementation**

- **durch chronische, weit verbreitete Schmerzen mit zusätzlichen Symptomen wie Müdigkeit, Schlafstörungen und Depressionen.**
- Während die Pathophysiologie unbekannt ist, gibt es immer mehr Hinweise auf einen möglichen Beitrag des peripheren Nervensystems zu FMS-Schmerzen.

Is fibromyalgia an autoimmune disorder? Clauw D, Sarzi-Puttini P, Pellegrino G, Shoenfeld Y. Autoimmun Rev. 2024 Jan;23(1):103424.

*Sensitization of the nociceptive fibers cause pain perception from non-painful sensory stimuli*





## Fallinfo einer typischen Patientin:

Patientenakte

### Sonstige Begleitsymptome

- Schnelle Ermüdbarkeit und Konzentrationsschwäche
- Durchschlafstörungen
- Gelegentlich Taubheitsgefühl in den Beinen
- Kalte Hände und Füße
- Neigung zu starkem Schwitzen
- Häufig Sodbrennen
- Haarausfall



**Anamnese und Befunderhebung  
zu Beginn manchmal holperig....**



**Wie ist denn ihr Schmerzwert auf einer Skala von 0 -10?**

Herr Sittl hören sie doch mit Ihrer Skala auf –die reicht bei mir eh nicht aus!

Ich habe nur zwei Schmerzwerte:

**„Kaum aushaltbar“ und „nicht aushaltbar“**

DER ORTHOPÄDE ZWEIFELT AN MEINER FIBRO-MYALGIE...

OH... DAS TUT WEH!



# Patientenängste beim Erstkontakt: Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Beziehung“

## Patientenängste:

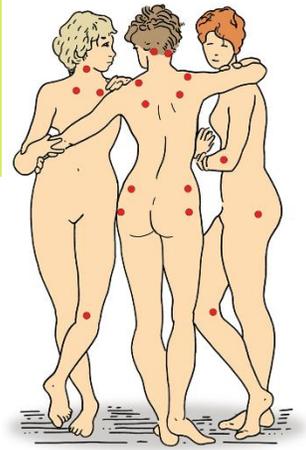
- Ich werde fabrikmäßig abgefertigt!
- Man schiebt mich auf die Psycho-Schiene!
- Wieder mal wird keine Ursache der Schmerzen gefunden!
- Man nimmt mich nicht ernst und hält mich für einen Simulanten!
- Keiner kann mir helfen und mir sagen, wie es weiter gehen soll!

# Tips für eine gute Arzt-Patient-Beziehung“

- Achte auf eine **empathische Gesprächsatmosphäre!**
- **Informiere über den Ablauf und den zeitlichen Rahmen des Gesprächs!**
- Thematisiere **Ängste und Erwartungen!**
- **Exploriere ausführlich** alle körperlichen Beschwerden, **veranlasse fehlende Untersuchungen!**
- Betone die **Realität der Beschwerden!**
- Etabliere ein **bio-psycho-soziales Erklärungsmodell**
- Erarbeite einen Behandlungsplan mit **realistischen Zielen!**
- Liefere **Informationen** zu noch offenen Fragen!

## Diagnosestellung bzw Codierung oft schwierig

- 1) Fibromyalgiesyndrom (bisher ICD 10 M79.70)\*
- 2) anhaltende somatoformen Schmerzstörung (F45.40) \*  
(somatoforme Belastungsstörung)
- 3) chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)
  - \*zum Teil überlappende, zum Teil unterschiedliche klinische Charakteristika von Personen mit chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen ohne spezifischen somatischen Krankheitsfaktor.
  - **Das FMS kann mit depressiven Störungen assoziiert sein aber ist keine depressive Störung**



- **Chronisch generalisierte Schmerzen** im Bereich von Muskeln, Bändern, Knochen
- in allen 4 Körperquadranten (meist in der Nähe von Gelenken und in Muskeln) und der **WS** - mindestens 3 Monate bestehend
- fakultativ Zusatzbefunde wie Müdigkeit, Schlafstörungen, Parästhesien, andere psychovegetative Symptome

(Druckschmerz an 11 von 18 festgelegten Druckpunkten, sog. Tenderpoints nicht mehr zwingend notwendig)

## Fibromyalgiesyndrom (CWP)

Kaum objektivierbaren Befunde, („*Illness without disease*“)\*

Keine Hinweise auf entzündlich-rheumatisches Geschehen

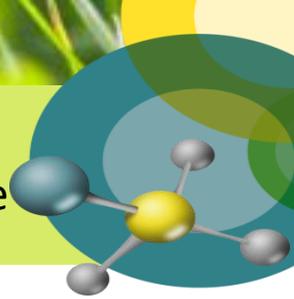
**Diagnose durchschnittlich erst 6-7 Jahre nach der Entwicklung des Vollbildes der Erkrankung**

**\*erhöhte Muskelspannung**

## Anamnese und Befunderhebung nach Leitlinie

- Ausfüllen einer Schmerzskizze oder der regionalen Schmerzskala durch den Patienten , Verwendung des WPI-Index
- Gezielte Exploration weiterer Kernsymptome (Müdigkeit, Schlafstörungen)
- Vollständige medizinische Anamnese inkl. Medikamentenanamnese
- Vollständige körperliche Untersuchung (inkl. Haut, neurologischer und orthopädischer Befund)
- Screening auf vermehrte seelische Symptombelastung (Angst und Depression, frühere seelische Belastungsfaktoren)
- -bei positivem Befund- fachspezifische Mitbehandlung

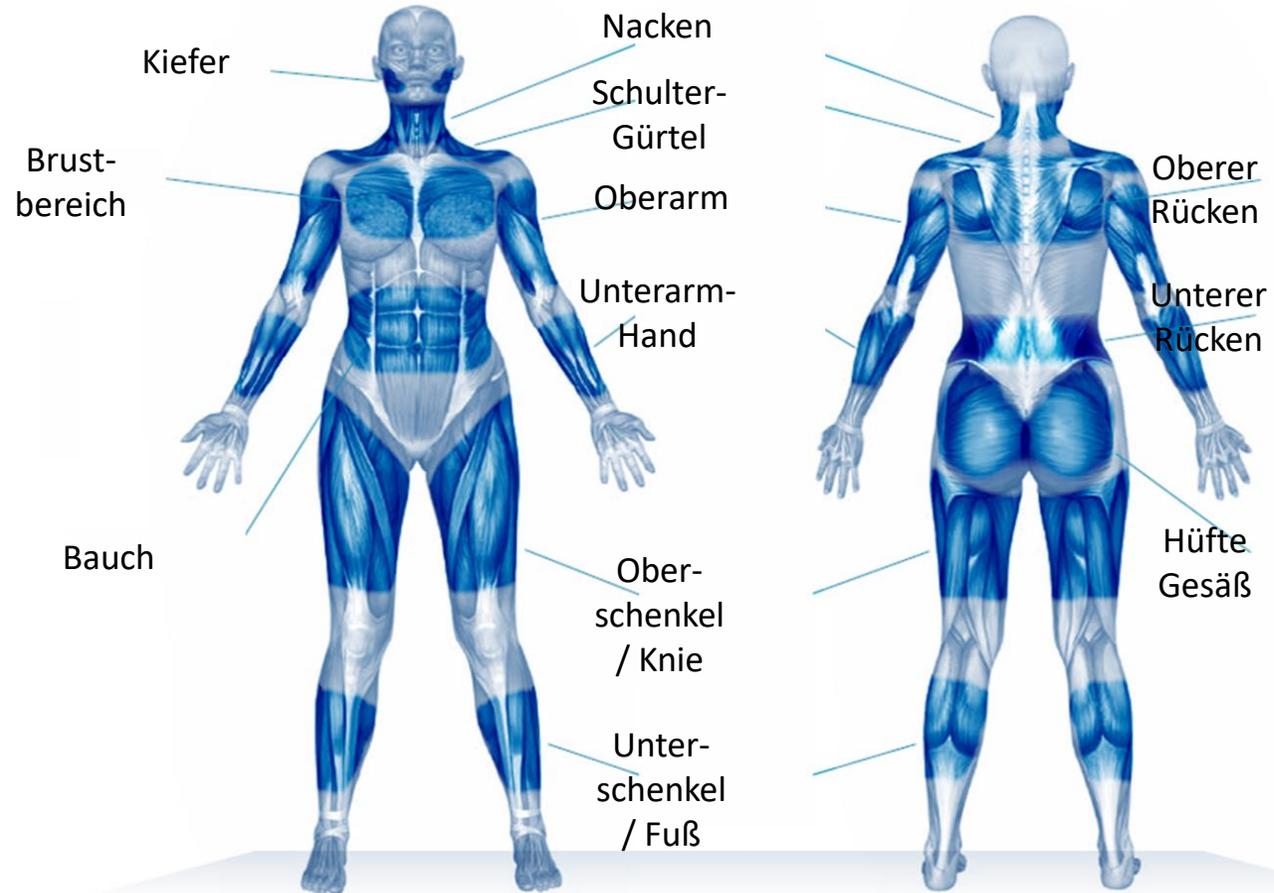
# Diagnostik-Score: Chronischer Schmerz (WPI – Index)<sup>1,2</sup>



## Teil 1: Schmerzorte

Kreuzen Sie an, wo Sie in der letzten Woche Schmerzen hatten, und tragen Sie die Anzahl in das Kästchen „Summenwert Teil 1“ ein.

- Schultergürtel links
- Schultergürtel rechts
- Oberarm links
- Oberarm rechts
- Unterarm rechts
- Unterarm links
- Hüfte-Gesäß rechts
- Hüfte-Gesäß links
- Oberschenkel/Knie rechts
- Oberschenkel/Knie links
- Unterschenkel / Fuß rechts
- Unterschenkel / Fuß links
- Kiefer rechts
- Kiefer links
- Brustkorb
- Bauchbereich
- Nacken
- Oberer Rücken
- Unterer Rücken



**Summenwert Teil 1**

1 ) WPI= widespread pain index

2) R.Sittl, P.Mattenklodt übersetzt nach:  
Wolfe F, et al. Arthritis Care Res 62(5):600-610, 2010  
und [www.fmnetnews.com](http://www.fmnetnews.com)

# Diagnostik-Score: Chronischer Schmerz (WPI – Index)

## Symptom-Score Teil 2a:

### Häufigkeit von Erschöpfung, Schlaf und Gedächtnisproblemen

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie in der letzten Woche an folgenden Symptomen litten.

	nie	selten	häufig	fast immer
Erschöpfungszustand, verminderte Leistungsfähigkeit	0	1	2	3
Nichterholsamer Schlaf	0	1	2	3
Konzentrations- oder Gedächtnisprobleme	0	1	2	3

Summenwert 2a

## Symptom-Score Teil 2b: Begleitsymptome – zusätzlich zu den Hauptschmerzen

Kreuzen Sie bitte die Symptome an, die Sie in der letzten Woche hatten.

Symptom	Symptomanzahl	Score
<input type="checkbox"/> Muskelschmerz <input type="checkbox"/> Darmbeschwerden <input type="checkbox"/> Erschöpfung / Müdigkeit <input type="checkbox"/> Denk- und Gedächtnisprobleme <input type="checkbox"/> Muskelschwäche <input type="checkbox"/> Kopfschmerz <input type="checkbox"/> Bauchschmerz / -krämpfe <input type="checkbox"/> Taubheit / Kribbeln <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Schmerz im Oberbauch <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Nervosität <input type="checkbox"/> Brustschmerz <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Trockener Mund <input type="checkbox"/> Juckreiz <input type="checkbox"/> Stöhnen <input type="checkbox"/> Kalte Hände / Füße <input type="checkbox"/> Hautausschlag <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sodbrennen <input type="checkbox"/> Offene Stellen im Mund	<input type="checkbox"/> Geschmacksveränderung <input type="checkbox"/> Krampfanfälle <input type="checkbox"/> Trockene Augen <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit <input type="checkbox"/> Appetitverlust <input type="checkbox"/> Hautrötungen <input type="checkbox"/> Sonnenallergie <input type="checkbox"/> Hörprobleme <input type="checkbox"/> Blaue Flecken <input type="checkbox"/> Haarausfall <input type="checkbox"/> Häufiges Wasserlassen <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen <input type="checkbox"/> Blasenkrämpfe
	0	0
	1-10	1
	11-24	2
	>24	3

Summenwert 2b

Summenwert 2a + 2b

S  
T  
E

Muskelschmerz

Darmbeschwerden

Erschöpfung / Müdigkeit

Denk- und Gedächtnisprobleme

Muskelschwäche

Kopfschmerz

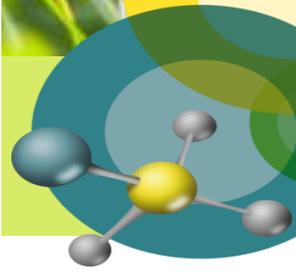
Bauchschmerz / -krämpfe

Taubheit / Kribbeln

Schwindel

Schlaflosigkeit

Niedergeschlagenheit



mmen-  
wert 2a

mmen-  
wert 2b

2a + 2b

tl Hypnose &  
merz

## Diagnostik-Score: Chronischer Schmerz (WPI – Index) - Auswertung

Sittl & Mattenklodt; übersetzt nach Wolfe F, *et al.* Arthritis Care Res 62(5):600-610, 2010.

Weitere infos: [www.fmnetnews.com](http://www.fmnetnews.com)

Kriterien für chronischen Schmerz (z.B. Fibromyalgiesyndrom) sind erfüllt, wenn der Patient...

- **$\geq 7$  Punkte im Teil 1** (Schmerzorte)  
**und  $\geq 5$  Punkte in Teil 2** (Summen-Wert  $2a+2b$ ) erreicht

**oder:**

**3 - 6 Punkte im Teil 1** (Schmerzareale)  
**und  $\geq 9$  Punkte in Teil 2** (Symptom-Score  $2a+2b$ ) erreicht

- die Symptome so oder ähnlich seit mindestens drei Monaten bestehen
- keine andere Krankheit oder Störung vorliegt, welche die Schmerzen erklärt

<sup>1</sup> WPI= wide spread pain index

## Die Symptome sind sehr unterschiedlich ausgeprägt: Das klinische Erscheinungsbild des FMS

Müdigkeit	98%	Depressivität	72%
Muskelverspannung	95%	Kopfschmerzen	66%
Schlafstörungen	90%	Kältegefühl	63%
Ausgedehnte Schmerzen	88%	Nachtschweiß	54%
Gelenkschmerzen	85%	Augentrockenheit	54%
Morgensteifigkeit	80%	Magenprobleme	53%
Parästhesien	76%	Kieferschmerzen	51%
Ängstlichkeit	74%		(N = 434)

Okifuji & Turk; Pain clinical updates. 2003; 11 (3):1-4.

## Kern-Symptome der Fibromyalgie

- **chronische groß-flächige Schmerzen,**
- **Schlafstörungen,**
- **eine chronische Erschöpfung**
- **sowie kognitive Beeinträchtigungen wie Konzentrationsstörungen.**

# Anamnese und Befunderhebung nach Leitlinie

## Basislabor

- Blutsenkungsgeschwindigkeit, C-reaktives Protein, kleines Blutbild (zum Ausschluss von z.B. Polymyalgia rheumatica, rheumatoide Arthritis)
- Kreatininkinase (z. B. Muskelerkrankungen )
- Kalzium (z. B. Hyperkalziämie)
- Thyreoidea-stimulierendes Hormon basal (z. B. Hypothyreose)
  
- Bei Hinweisen auf somatische (Mit-)Ursachen der Symptomatik:
- Weitere Diagnostik in Abhängigkeit von den Verdachtsdiagnosen

## Labordiagnostik bei unterschiedlichen muskuloskeletalen Erkrankungen

	Blutbild	BSK	CRP	RF	ANA	HLA-B27
Arthrose	0	1	1	0	0	0
Rheumatoide Arthritis	3	3	1	3	2	0
Kollagenose	3	3	1	2	4	0
M. Bechterew	2	1	1	0	0	2
Polymyalgia rheumatica	4	4	1	1	0	0
Bakterielle Arthritis	4	3	3	0	0	0
<b>Fibromyalgie-Syndrom</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

0: nicht hilfreich, 1: selten hilfreich, 2: manchmal hilfreich  
3: oft hilfreich, 4: immer hilfreich in der Diagnosestellung

# Fibromyalgie - News

- Erhöhte Muskelspannung im Bereich des Musculus trapezius bei Patienten mit der Diagnose eines Fibromyalgie-Syndroms gemäss ACR Klassifikationskriterien (108 Patienten) und einer Kontrollgruppe von 30 Patienten)
- **Bei den Patienten mit Fibromyalgie zeigte sich ein mittlerer Druck von 33.5 mmHg, bei der Kontrollgruppe von nur 12.2 mmHg.**
- **Der hohe Druck könnte aber die Theorie einer chronischen Ischämie im Muskelbereich bei der Fibromyalgie unterstützen**

*Intramuscular Pressure is Almost Three Times Higher in Fibromyalgia Patients: A Possible Mechanism for Understanding the Muscle Pain and Tenderness. Katz R et al. J Rheumatol, 20.9.2020 online*

## Fibromyalgie – zentrale Neuroinflammation

- Insgesamt gibt es zunehmend Belege für die Hypothese, dass FM eine Mikroglia-vermittelte Neuroinflammation im Gehirn miteinbezieht.
- Körperliche Aktivität kann die zentralen Entzündungsprozesse verringern deshalb sinnvoll
- **Glymphatisches System**(Entsorgung von Stoffwechsel-produkten) **im menschlichen Gehirn durch Schlafstörungen beeinträchtigt – Risiko von neurodegenerativen Erkrankungen???**

Evidence of neuroinflammation in fibromyalgia syndrome: a [18F]DPA-714 positron emission tomography study

Christina Mueller, Yu-Hua D. Fang, Chloe Jones, Jonathan E. McConathy, Fabio Raman, Suzanne E. Lapi, Jarred W. Younger

Pain 9/23

**The perivascular space is a conduit for cerebrospinal fluid flow in humans: A proof-of-principle report.** Erin A. Yamamoto et.al.: Oct 2024 PNAS

## hs CRP (hochsensitives CRP) bei Patienten mit Fibromyalgie erhöht

### The results showed that individuals with FMS

- had higher hsCRP levels compared to healthy controls [ $F(1,106) = 8.802, p < 0.001$ ]
- and that higher hsCRP levels were significantly correlated with a higher symptom burden ( $r = 0.287, p = 0.008$ )
- and more tender points ( $r = 0.307, p = 0.005$ ).

- **In conclusion, this study provides evidence that sub-inflammatory processes correlate with clinical symptoms**

Titel Elevated high sensitive C-reactive protein in fibromyalgia.

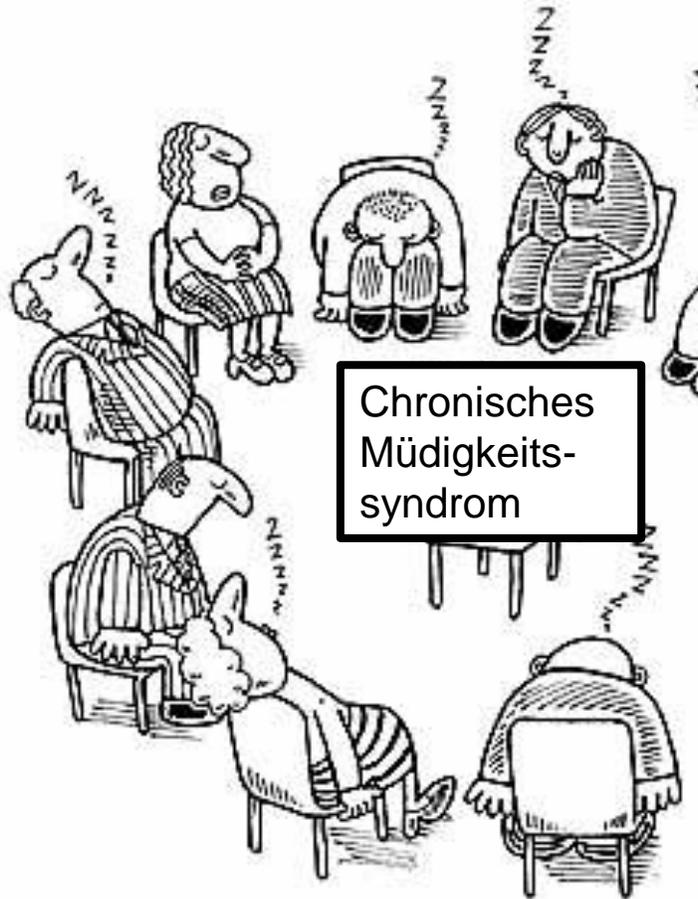
Beiner E, Brenner Miguel S, Friederich HC, Tesarz J; PerPAIN Consortium. Front Psychiatry. 2023 Nov 30;14:1237518. der Präsentation

# Therapie des CWP (Fibromyalgie-Syndroms) nach Leitlinie) I

- Diagnostik und **Behandlung** komorbider körperlicher Erkrankungen und seelischer Störungen
- Patientenschulung (ent-ängstigende Beratung, Ungefährlichkeit, Eigentherapie möglich)
- Angepasstes aerobes Ausdauertraining (2-3x Wo, mind. 30 min) und Funktionstraining (Trocken- oder Wassergymnastik, (2-3x Wo, mind. 30 min)

Searle A1, Spink M, Ho A, Chuter V.:Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Clin Rehabil. 2015 Dec;29(12):1155-67

# Edukation manchmal schwierig...



Die Patienten wissen mehr als ich. Ich brauche einen schnelleren Internetzugang



## Therapie des CWP (Fibromyalgie-Syndroms) nach Leitlinie) II

- Kombination von: Entspannungstraining/kognitive Verhaltenstherapie/ aerobes Training (multimodale Therapie) im Gruppensetting
- Meditative Körpertherapie (Yoga, **Qi Gong** , Shiatsu, Tai Chi etc)
- Medikation: Amitriptylin (10-50 mg/d). Duloxetin zeitlich befristet wenn  
Patienten mit Fibromyalgie, die eine Schmerztherapie mit Opioid-Analgetika beginnen, werden rasch zu Langzeitanwendern. Dies gilt insbesondere bei hoher Dosierung zu Therapiebeginn, sie erhöht das Risiko um das 35-Fache. (EULAR 2023)
- Für Tramadol liegen einige positive Studien vor <sup>1</sup>

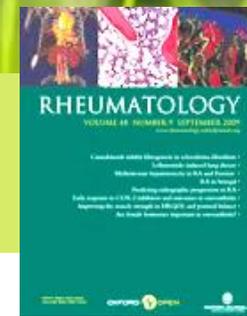
<sup>1</sup> da Rocha AP, et.al.: **Tramadol** for management of **fibromyalgia** pain and symptoms: Systematic review. Int J Clin Pract. 2020 Mar;74(3):

# Medikamentöses Therapiekonzept: Fibromyalgiesyndrom –keine Opioid



Schmerzcharakter / Symptome	Diagnosen, z.B.	Mechanismen		Medikamentöse Schmerztherapie
<b>multilokulär</b> / keine pathologische Befunde / schmerzüberempfindlich / vegetative und/oder psychische Symptome	<b>Fibromyalgiesyndrom, Somatoforme Schmerzen</b>	<b>dysfunktional</b>	<b>reduzierte endogene Schmerzhemmung</b> und veränderte Schmerzverarbeitung	<b>Antidepressiva (TZA und SNRI)</b>

# Hydrotherapie bei Fibromyalgie<sup>1, 2</sup>



- Grundlage 10 kontrollierte Studien,
- Einschlusskriterien: Jede Art von Hydrotherapie ohne Komb. mit aktiver Bewegungstherapie, randomisiert – kontrolliert, Vergleich mit anderer Intervention oder keiner Intervention
- **Ergebnisse:**
- **Signifikante Verbesserung beim Schmerz und der Lebensqualität** !
- Wirkung hielt bis zu 14 Wochen (median)

Stangerbäder zeigten keinen Effekt

<sup>1</sup>Langhorst J. et.al.: Efficacy of hydrotherapy in fibromyalgia...A meta-analysis of randomized –controlled clinical trials. Rheumatology (Oxford2009;48:1155-59

<sup>2</sup>Romy Lauche et.al.: A Systematic Overview of Reviews for Complementary and Alternative Therapies in the Treatment of the Fibromyalgia Syndrome

In: Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Volume 2015 (2015), Review Article

# Psychologische Gruppen-/Einzeltherapie: Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells

- **Welche Faktoren spielten bei der Entwicklung meiner Schmerzen eine Rolle?**
  - KÖRPERLICH – PSYCHISCH – SOZIAL
  
- **Schmerzbedingte Veränderungen: Worunter leide ich jetzt?**
  - KÖRPERLICH – PSYCHISCH – SOZIAL
  
- **Was kann ich verändern, um meine Situation zu verbessern?**
  - KÖRPERLICH – PSYCHISCH - SOZIAL

# Schlussfolgerung I

- FM ist ein kompliziertes Syndrom, das durch chronische Schmerzen, Gelenksteifheit, Müdigkeit, Schlafunterbrechung, zerebrale Dysfunktion und ev. Depression. gekennzeichnet ist
- Die Pathogenese der Fibromyalgie ist es nicht eindeutig bekannt, die Diagnose erfolgt derzeit nur klinisch.
- Oxidativer Stress, mitochondrial Dysfunktion, Multi-Vitaminmangel und ein Missverhältnis zwischen Oxidantien und Antioxidantien sind interessante und klinisch attraktive Themen, die weitere Studien zur Klärung erfordern

## Schlussfolgerung II

- Bis heute gibt es keine objektiven Tests oder Biomarker die auf eine Prädisposition für Fibromyalgie hinweisen
- Eine alleinige medikamentöse Behandlung ist für die Mehrzahl der Patienten mit FM-Syndrom unzureichend.
- Angesichts der unterschiedlichen Mechanismen sind interdisziplinäre Programme notwendig die auf die peripheren, zentralen, kognitiv-emotionale und zwischen-menschliche Ursachen der chronischen Schmerzen bei FM fokussieren

## Therapiestrategie

Gegen die Nacht können  
wir nicht angehen, aber wir  
können ein Licht anzünden.

Franz von Assisi



**Vielen Dank für  
Ihre Aufmerksamkeit.**

**Reinhard**



## Somatoforme Schmerzstörung: Was ist das?

Definition der anhaltenden somatoformen  
Schmerzstörung (F 45.4) nach ICD-10:

- Andauernder, schwerer und quälender **Schmerz**
- **Keine vollständige Erklärung** durch physiologischen Prozess oder körperliche Störung
- Auftreten in Verbindung mit **emotionalen Konflikten** oder **psychosozialen Belastungen**
- **Beträchtlich gesteigerte** persönliche oder medizinische **Unterstützung wird eingefordert**

- Zeigen Sie ernsthaftes Interesse und hören Sie aktiv zu. Bleiben Sie gelassen, souverän, sachlich und in jeder Situation freundlich. Versetzen Sie sich in die Lage des **Patienten** und versuchen Sie, seine Bedürfnisse zu verstehen. Zeigen Sie Empathie, Verständnis und Echtheit im Verhalten.

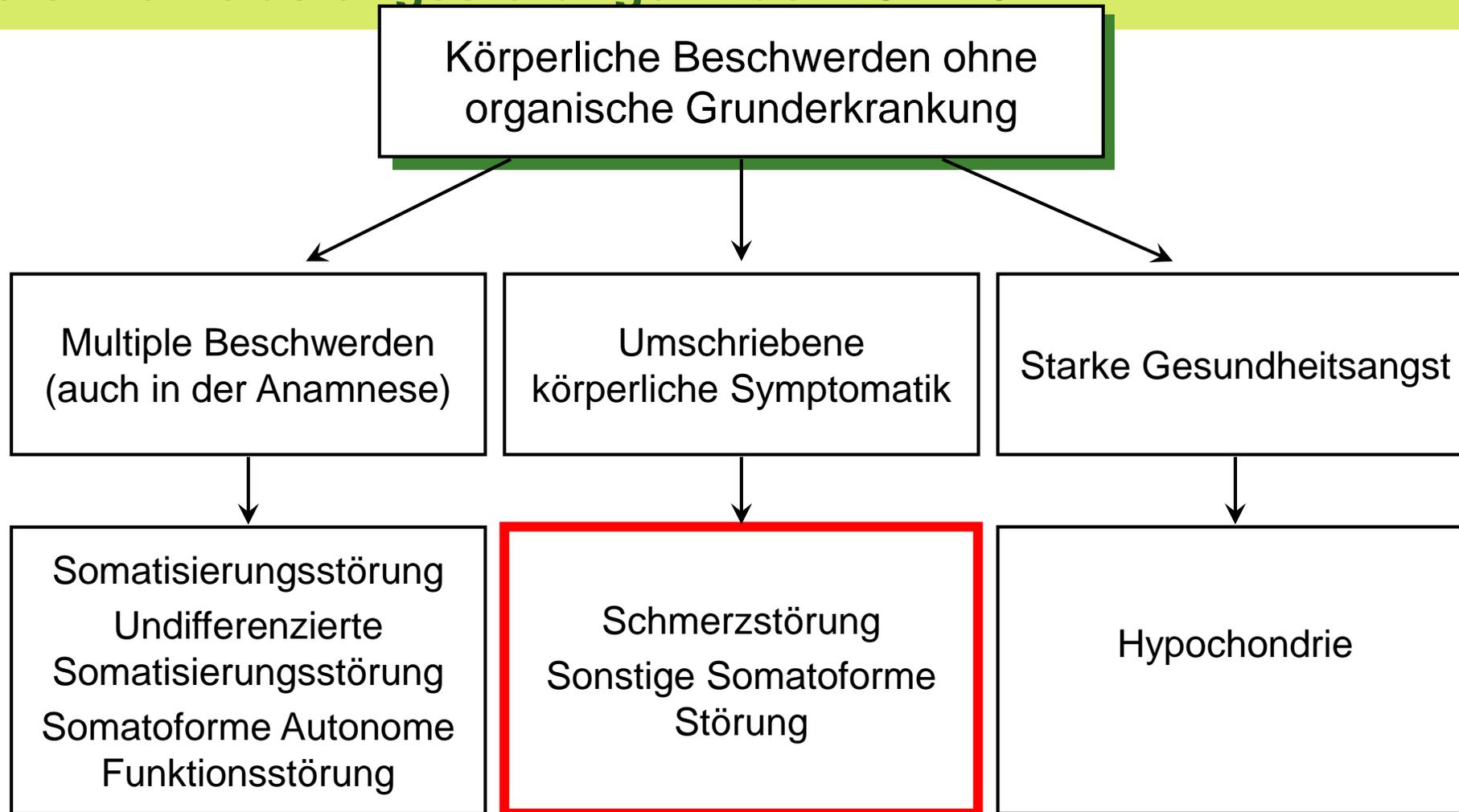
# Typische Kennzeichen der somatoformen Schmerzstörung -eigene Erfahrungen

- Beschwerdebeginn vor 35. Lebensjahr, weiblich > männlich
- Symptome werden wie die körperliche Störungen eines Organs oder Organsystems geschildert, häufig vage Lokalisation
- fehlende Abhängigkeit des Schmerzes von Willkürmotorik, Verstärkung/Linderung, Tageszeit
- Völlig inadäquate Affekte (zu distanziert, zu empathisch)
- Unangemessene und anhaltende Sorgen über die Ernsthaftigkeit der Beschwerden
- Starres Beharren auf einer Störung
- Exzessive Zeit- und Energieaufwendung für die Beschwerden

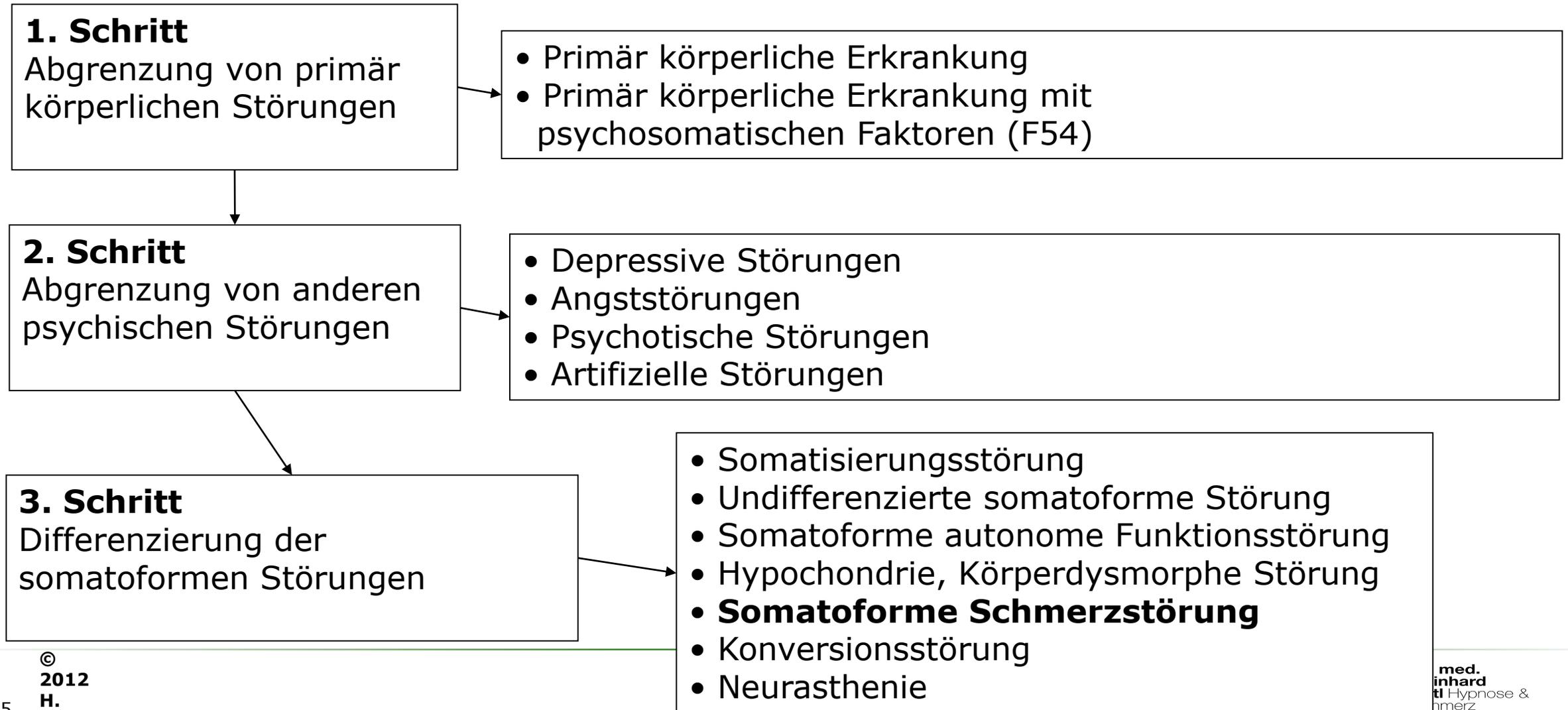
## Bedeutsamkeit somatoformer Schmerzen

- **Lebenszeitprävalenz:** ca. 12%
- **Häufigkeit in Schmerzambulanzen:** ca. 28%
- **Hohe Kosten**
  - Langwierige Krankheitsverläufe
  - Gesteigerte und dysfunktionale Inanspruchnahme des Gesundheitssystems
  - Krankschreibungen
  - Berentungen
- **Häufige Komorbidität** mit anderen psychischen Erkrankungen

## Somatoforme Belastungsstörungen nach ICD-10



# Klinische Differentialdiagnose somatoformer Störungen (nach Henningsen & Rudolf, 1998)



# Therapie somatoformer Schmerzstörungen

KLINISCHE LEITLINIE Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden Deutsches Ärzteblatt | Jg. 109 | Heft 47 | 23. November 2012; Rainer Schaefer et.al.

- **Wissens- und Informationsvermittlung (Bio-psycho-soziales Modell)**
- **Therapien zur Stress- beziehungsweise Trauma- oder Konfliktbewältigung.**
- Erhöhung der Eigenaktivität / Abbau von Vermeidungsverhalten
- Aufbau von Schmerzbewältigungsstrategien
- Aufbau von Kompetenzvertrauen, Verringerung der Hilflosigkeitsgefühle
- **Unterstützung bei der Lösung innerer Konflikte (Selbstwert!)**
- Bearbeitung des kommunikativen Charakters der Symptomatik
- **Hilfestellung bei der Akzeptanz psychischer Belastungen als Ursache der Beschwerden.**
- Verhaltenstherapie als auch personelle Therapie oder psychoanalytische Ansätze
- Einbeziehung der Familie, Entspannungsverfahren, körperliche Aktivität.....

Tips für den Therapeuten:

bleiben Sie geduldig und entspannt



# Psychosomatischer „Kurzcheck“

Fragen an den Therapeuten (am Ende des Erstgespräches)

1. Habe ich ein **Bild vom Leben des Patienten**: Herkunftsfamilie, schulische berufliche und private/soziale Situation betreffend?
2. Was hat der Patient für ein **Bild von sich** (Selbstwert) und **von anderen** (Beziehung)?
3. Was hat der Schmerz für eine **Funktion**?
4. **Passten die Affekte** des Patienten zum Inhalt des Gesagten?
5. Empfinde ich diesen Patienten als **überdurchschnittlich pessimistisch oder ängstlich**?
6. Habe ich Hinweise auf **prädisponierende, auslösende oder chronifizierende** Faktoren **nach dem bio-psycho-sozialen Modell** gefunden?
7. Wenn ja, was braucht der Patient dann evtl. noch an **Information**, damit er **versteht** und **akzeptiert**, dass eine „andere“ **(Be)-Handlung** nun ansteht ?

## Therapiestrategie

Gegen die Nacht können  
wir nicht angehen, aber wir  
können ein Licht anzünden.

Franz von Assisi



## SIEBEN TIPPS UND TRICKS ZUM UMGANG MIT „SCHWIERIGEN“ PATIENTEN<sup>2, 3</sup>

- Versuchen Sie, Emotionen und Gesprächsgegenstand deutlich voneinander zu trennen. Nur so können Sie sachlich bleiben.
- Klären Sie die Interessen Ihres Gegenübers ab und schlagen Sie vor, gemeinsam eine alternative Lösung zu finden. Ist vielleicht sogar eine Win-win-Situation möglich?
- Versetzen Sie sich in die Lage Ihres Patienten und versuchen Sie, seine/ihre Bedürfnisse zu verstehen. Zeigen Sie dem Patienten, dass Sie Verständnis für ihn haben.
- Machen Sie den Umgang miteinander zum Thema: Ermutigen Sie Ihre Patienten zu einem konstruktiven Gespräch und äußern Sie sich optimistisch über dessen Ausgang.
- Humor kann angespannten Situationen die Schärfe nehmen. Erwecken Sie aber dabei nicht den Eindruck, dass Sie das Anliegen Ihres Gesprächspartners nicht ernst nehmen.
- Vorbereitung ist die halbe Miete: Halten Sie beim Besuch von vermeintlich schwierigen Patienten fundierte Argumente bereit und überzeugen Sie mit Kompetenz und Glaubwürdigkeit.
- Das Wichtigste, auch wenn es manchmal schwerfällt: Bleiben Sie in jeder Situation freundlich, sachlich, souverän und konstruktiv. Das sollte selbstverständlich für das gesamte Praxisteam gelten.

## DAS CALM-MODELL ZUR DEESKALATION EINES KONFLIKTS

1. **Contact:** Es kann hilfreich sein, die aufgeladenen Emotionen des Patienten wie eine Welle auslaufen zu lassen, aktuelle Schwierigkeiten zu erkennen und mögliche eigene Fehler einzugestehen beziehungsweise zu erklären (*„Das tut mir leid, ich habe mich missverständlich ausgedrückt. Wollen wir uns nicht erst einmal setzen?“*). Begegnen Sie den Emotionen Ihres Gegenübers nicht mit Floskeln (*„Das ist doch nicht so schlimm!“*). Dies schürt eine drohende Eskalation eher noch weiter an.
2. **Appoint:** Besser ist es, wenn Sie „aktiv zuhören“, die gezeigten Emotionen empathisch und konkret benennen (*„Sie sind wütend/verärgert/enttäuscht.“*) und Sorgen oder Ängste aufgreifen (*„Ich höre, Sie sind sehr entrüstet. Sie haben Angst, wie es weitergeht.“*).
3. **Look ahead:** Bestenfalls lässt sich dann ein gemeinsamer Weg finden. Machen Sie Ihrem Patienten ein Angebot und benennen Sie die Spielregeln (*„Ich merke, wie wütend Sie nach wie vor sind. Für mich stellt sich die Frage, wie wir weitermachen. Ich kann Ihnen anbieten, ....“*).
4. **Make a decision:** Als letzten Schritt geht es nun darum, eine Entscheidung anzubieten, die der Patient akzeptieren kann. Manchmal ist es auch gut, zunächst eine Bedenkzeit einzuräumen (*„Ich denke, Reden hilft nun nicht mehr weiter. Ich biete Ihnen gern an ..., aber Sie müssen entscheiden, ob Sie das wollen. Es ist okay, wenn Sie noch etwas Zeit benötigen.“*).