

Psychosomatik in der Supramaximalversorgung

–

Neue Chancen für Patienten und Ärzte



Medizinische Hochschule
Hannover

Inhalt des Vortrages

- **Was sind typische Psychosomatische Erkrankungen ?
(DD Psychiatrie?)**
 - **Somatoforme / Funktionelle Störungen**
 - **Somatopsychische Erkrankungen**
2 Fallbeispiele
- **Rahmen und “Werkzeuge” moderner psychosomatischer Behandlung**

Was sind typische Psychosomatische Erkrankungen ? („Kerngebiet“)

I. Somatoforme / Funktionelle Störungen

34 jähr. Patient mit Rückenschmerzen seit 6 Monaten (**“Fibromyalgie”**)

44 jähr. Patient mit **Tinnitus**

II. Somatopsychische Erkrankungen

50 jähr. Patientin mit Z.n. **Herzinfarkt und aktueller Depression**,

52 jähr. Patientin mit Z.n. **Lungentransplantation und Eßstörung**

III. Traumafolgestörungen

45 jähr. Patient, Z. n. schwerem Berufsunfall, Alpträume, Panik

20 jähr. Patientin, Z.n. Mißbrauch in der Kindheit, ..

IV. Essstörungen

21 jähr. Patientin mit Ess-/ Brechattacken, Laxantienabusus

I. Somatoforme / Funktionelle Störungen

- *Körperbeschwerden und Beeinträchtigungen bei **nicht ausreichend** erklärendem Organbefund*

3 typische Beschwerdekompexe („Psychosomatisch“):

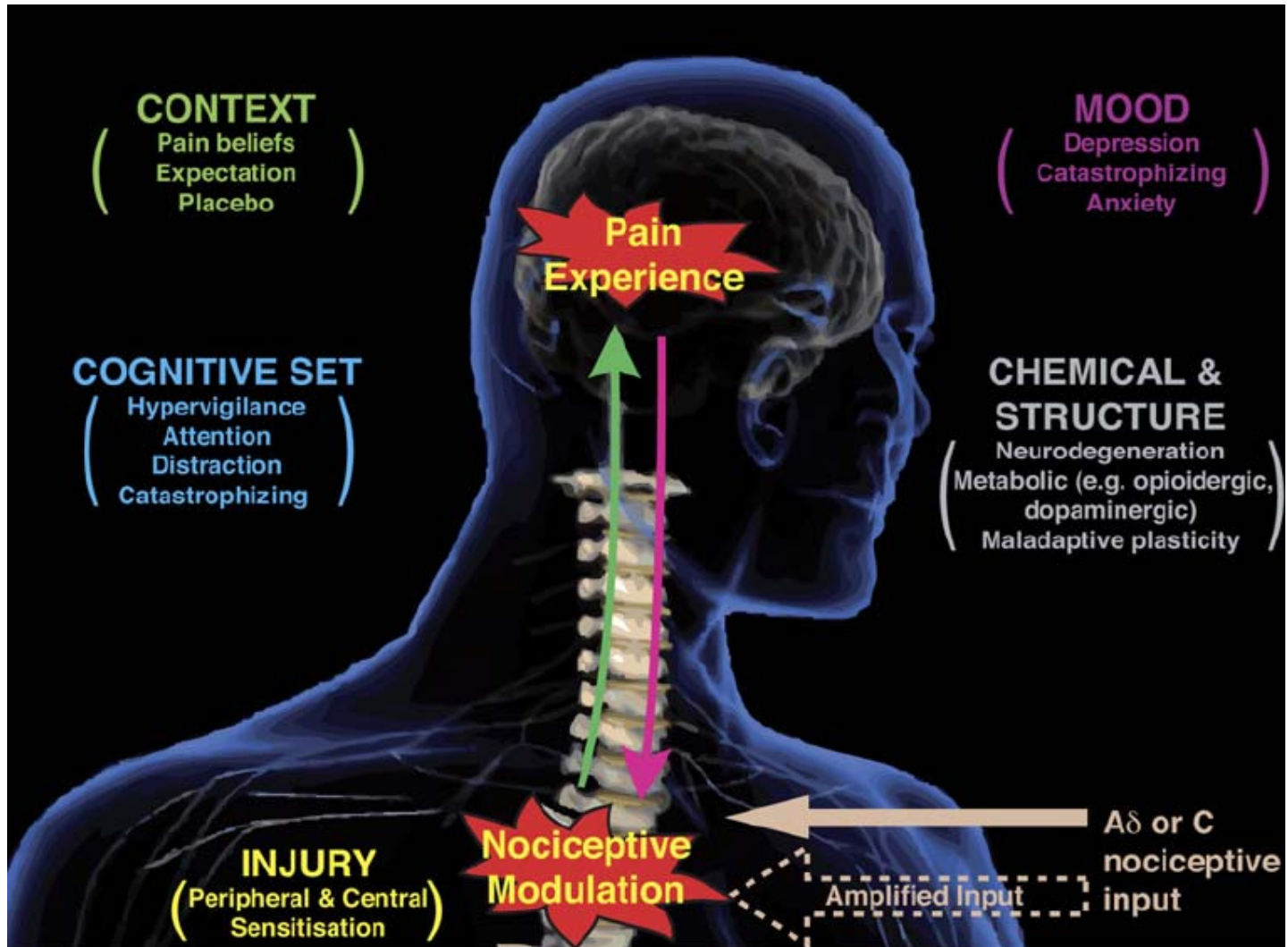
- **Schmerzen** unterschiedlicher Lokalisation (Rücken, Kopf, Bauch / Unterleib, Extremitäten)
- **Funktionsstörungen** (Herz, Kreislauf, Schwindel, Verdauung etc.)
- **Erschöpfung / Müdigkeit**

Wie häufig sind „psychosomatische“ Erkrankungen – gerade in der *Supramaximalversorgung* ?

- Bis zu 50% aller Patienten in einer **somatischen Spezial-ambulanz** der Maximalversorgung haben eine **funktionelle / somatoforme Störung**
- „**High utilizers**“ des Gesundheitssystems, verursachen 10-fach höhere Kosten als durchschnittliche Patienten

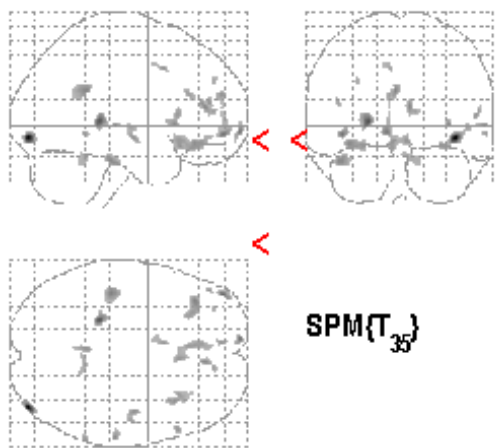
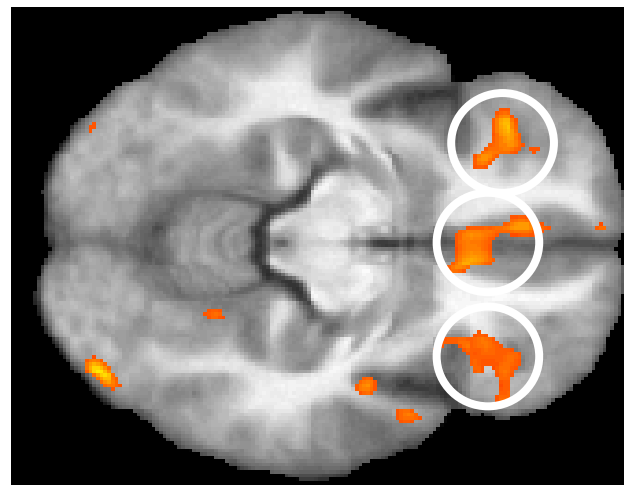
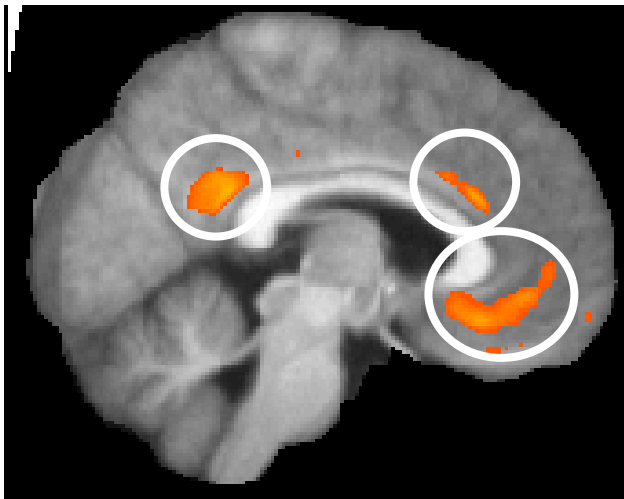
(Reid, BMJ 2001)

Wie entstehen „funktionelle“ körperliche Störungen ?

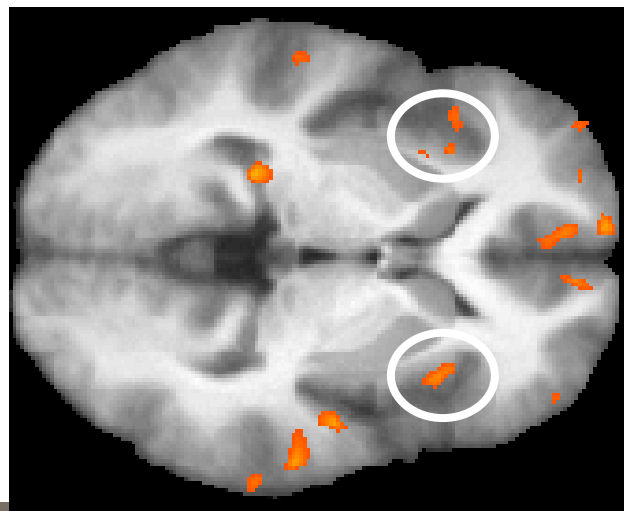


(Neuron, Tracey & Mantyh, 2007)

„Seelischer“ Schmerz kann Verlust von grauer Hirnschicht (Nervenzellen) bewirken => Kontinuum von „Körper“ und „Seele“



$p < 0.05$ FDR corr.

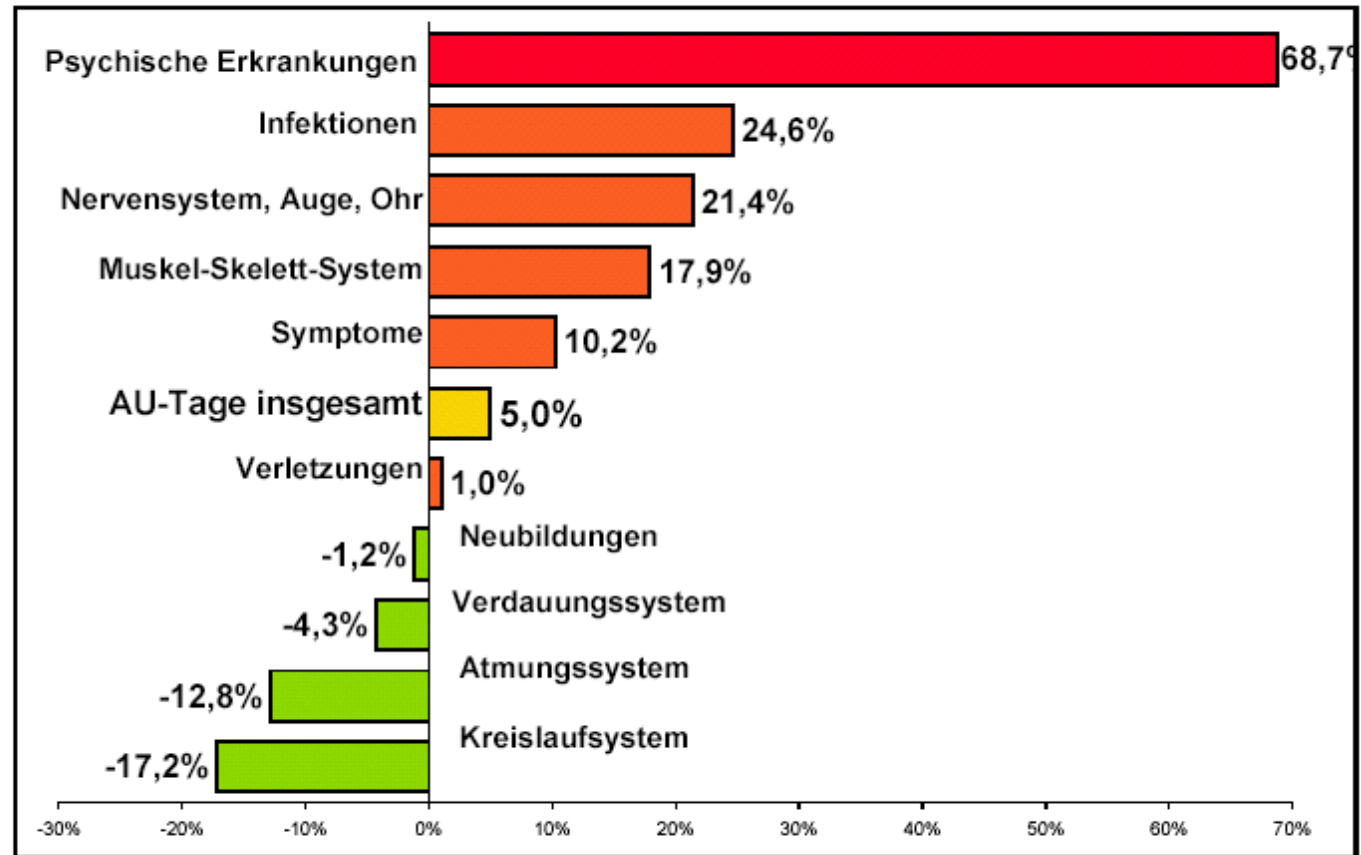


14 Patienten vs. 25 Gesunde, korrigiert für Alter und BDI

DAK - Veränderung der Fehlzeiten in Tagen nach Krankheit - von 1997 bis 2004

Abbildung 21

Abb. 21
Veränderung des
AU-Volumens 2004
in Relation zu 1997
nach Diagnose-
kapiteln bzw.
Hauptgruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2004

REVIEW ARTICLE

A meta-analysis of observational studies identifies predictors
of sickness absence[☆]

Saskia F.A. Duijts^{a,*}, Ijmert Kant^a, Gerard M.H. Swaen^b,
Piet A. van den Brandt^a, Maurice P.A. Zeegers^c

^aDepartment of Epidemiology, Maastricht University, P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands

^bDow Chemical Terneuzen, Terneuzen, The Netherlands

^cDepartment of Public Health & Epidemiology, University of Birmingham, Birmingham, United Kingdom

Was erlaubt *Vorhersage* von AU-Zeiten? OR für AU > 3 Tage

▪ Unverheiratet	1,37
▪ Psychosomatische Beschwerden	1,79
▪ Laufende Medikation	3,13
▪ „Burnout“	2,34
▪ <i>Psychologische Probleme</i>	1,97
▪ Arbeitsplatzbezogene Probleme	1,28

II. Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen (= „*somatopsychische*“ Störungen) in der Supramaximalversorgung

1. Fallbsp. Transplantation

2. Fallbsp. Koronare Herzerkrankung

Frau M.: 53 J. / I



Frau M.: 53 J.

Z.n. chronisch verlaufender Lungenerkrankung

ca. 16 J. Krankheitsverlauf,
schwere Verluste in Berufs- und Privatleben (Beruf, Ehe)

4/2006: Z.n. Doppel-Lungen – TX,
zahlreiche somatische Komplikationen,
Mehrere Wochen Intensivstation, nur passierte Kost
("Folterkammer") => Ekel => Würgegefühl, Erbrechen

11/2006 Di.: *Atypische Eßstörung / gestörtes Essverhalten*



- **Posttraumatische Belastungsstörung bei 20%** der intensivmedizinisch behandelten Patienten
- **Krankheitswertige psychische Störung bei ca. 25%** aller Lungen-Tx

Frau M.: 53 M. / II



MARTIN SACK
BARBARA GROMES
WOLFGANG LEMPA

Traumatherapie »light«

Schonende Traumatherapie durch Ressourcenaktivierung während der Traumabearbeitung

- Techniken der **Traumatherapie „light“:**

- **Tresor – Technik**
- **Bildschirm – Technik**
-

Zusammenfassung

Unter dem Stichwort Traumatherapie »light« geben wir einen Überblick über aktuelle Entwicklungen in der Traumatherapie, die in der Bemühung konvergieren, eine für Patienten und Behandler möglichst schonende Bearbeitung traumatischer Erinnerungen zu erreichen. Es bestehen mehrere Ansatzpunkte um dieses Ziel zu erreichen: 1. Techniken, die eine Distanzierung vom emotionalen Gehalt der belastenden Erinnerungen erleichtern, 2. Verfahren, die Bewältigungsressourcen durch Aktivierung hilfreicher und unterstützender imaginativer Vorstellungen mobilisieren und 3. Techniken zur Veränderung des traumatischen Narrativs in eine Geschichte mit positivem Ausgang. Wir berichten über eigene Erfahrungen mit einer Kombination dieser Therapietechniken. Klinische Studien zur Untersuchung der Wirksamkeit schonender Verfahren zur Traumabearbeitung sind dringend notwendig und liegen zur Zeit

War man vor einigen Jahren froh, überhaupt Behandlungstechniken für traumatisierte Patienten zur Verfügung zu haben, so stellt sich mittlerweile immer dringlicher die Frage nach therapeutischen Strategien, die – bei erhaltener Wirksamkeit – eine möglichst geringe Belastung während der Traumaexposition hervorrufen. Das klassische verhaltenstherapeutische Paradigma, wonach eine wiederholte, möglichst intensive und langdauernde Exposition notwendig ist, um eine Reduktion der posttraumatischen Symptomatik zu erreichen, wird durch aktuelle Befunde relativiert (van Minnen u. Foa 2006). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapietechniken mit dem primären Ziel, dysfunktionale Bewertungen des Traumas zu modifizieren, können zudem ebenfalls zu sehr erfolgreichen Behandlungsergebnissen führen (Ehlers et al. 2005). Die

Die Wirksamkeit der verhaltenstherapeutischen Traumabearbeitungstechniken und der EMDR-Behandlung ist durch eine Vielzahl von randomisiert-kontrollierten Studien nachgewiesen (Foa et al. 2000, Flatten et al. 2004). Leider existieren noch keine systematischen Studien zur Effektivität von schonenden Traumabearbeitungstechniken. Die im Folgenden vorgestellten Modifikationen der klassischen traumatherapeutischen Behandlungstechniken unterliegen daher der Einschränkung, dass ein empirischer Wirksamkeitsnachweis noch aussteht. Für die modifizierte Anwendung von EMDR, PITT, Bildschirm- und Beobachter-Technik im geschützten stationären Rahmen liegt immerhin eine naturalistische Outcome-Studie vor (Sachsse et al. 2006).

Patientinnen und Patienten, die in

Herr D., 47 Jahre alt

April 2002: akutes Koronarsyndrom, massive Angina Pectoris
Sofortige Koronargefässerweiterung (PTCA) mit Einsatz einer
Gefäßstütze (Stent)

Mai 2006: Wieder Beschwerden => erneute Dilatation

Seither **Angst und Panikattacken**, weil *kein ‚Verlass‘ auf den Stent*

11/2006: Dienstabbrüche immer häufiger, viele Arztbesuche

3/2007: div. Diagnostik: u.a. Herz-CT, Herzkatheter, o.B.

15 % der Patienten mit KHK sind depressiv .

(Rozanski et al., 1999)

40% der Patienten nach Herzinfarkt sind depressiv .

(Lespérance et al., 2000)

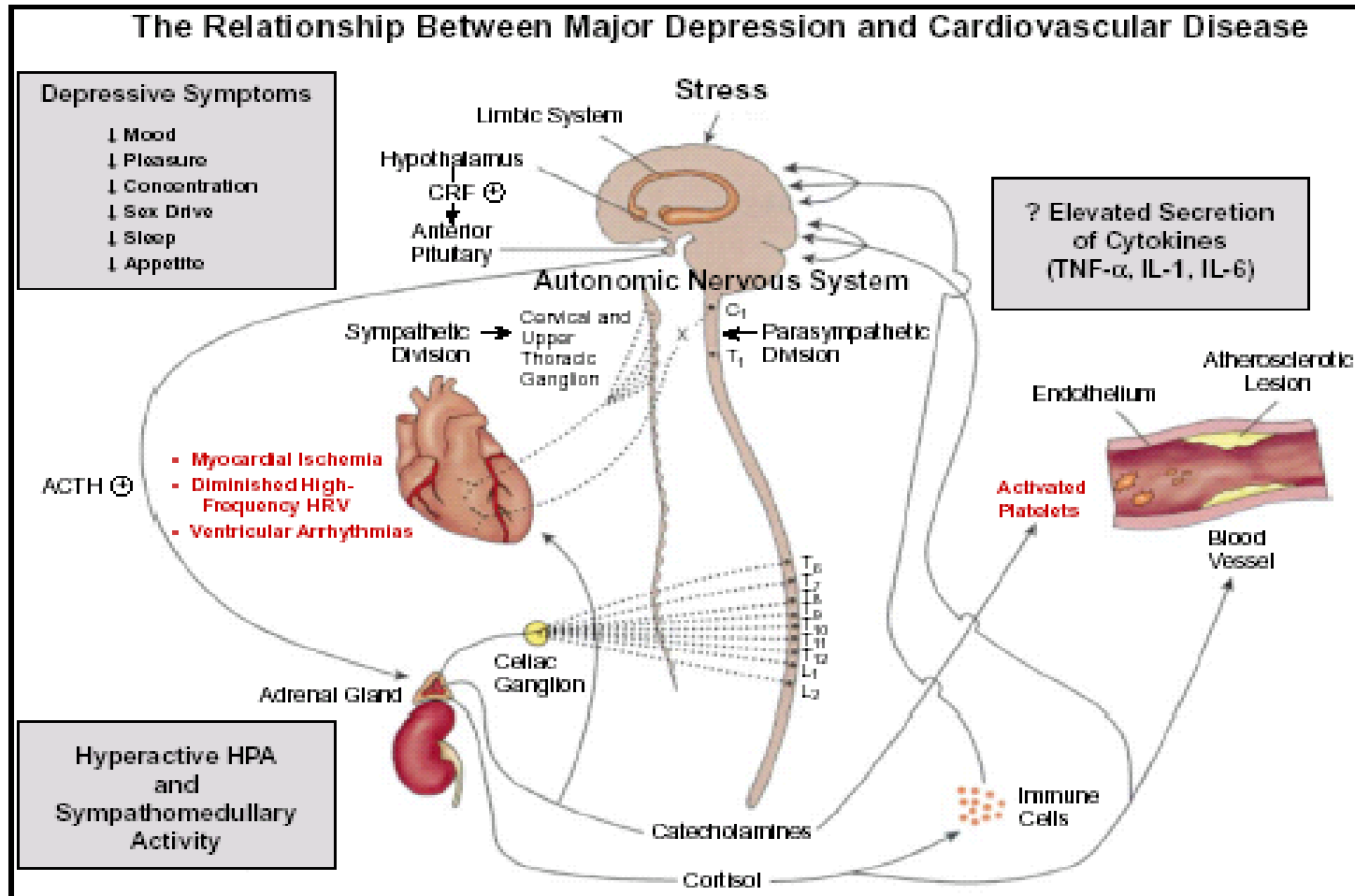
Bis zu **20 %** der Patienten mit KHK haben eine Angststörung .

(Rothenbacher et al., 2007)

Herr D., 47 Jahre

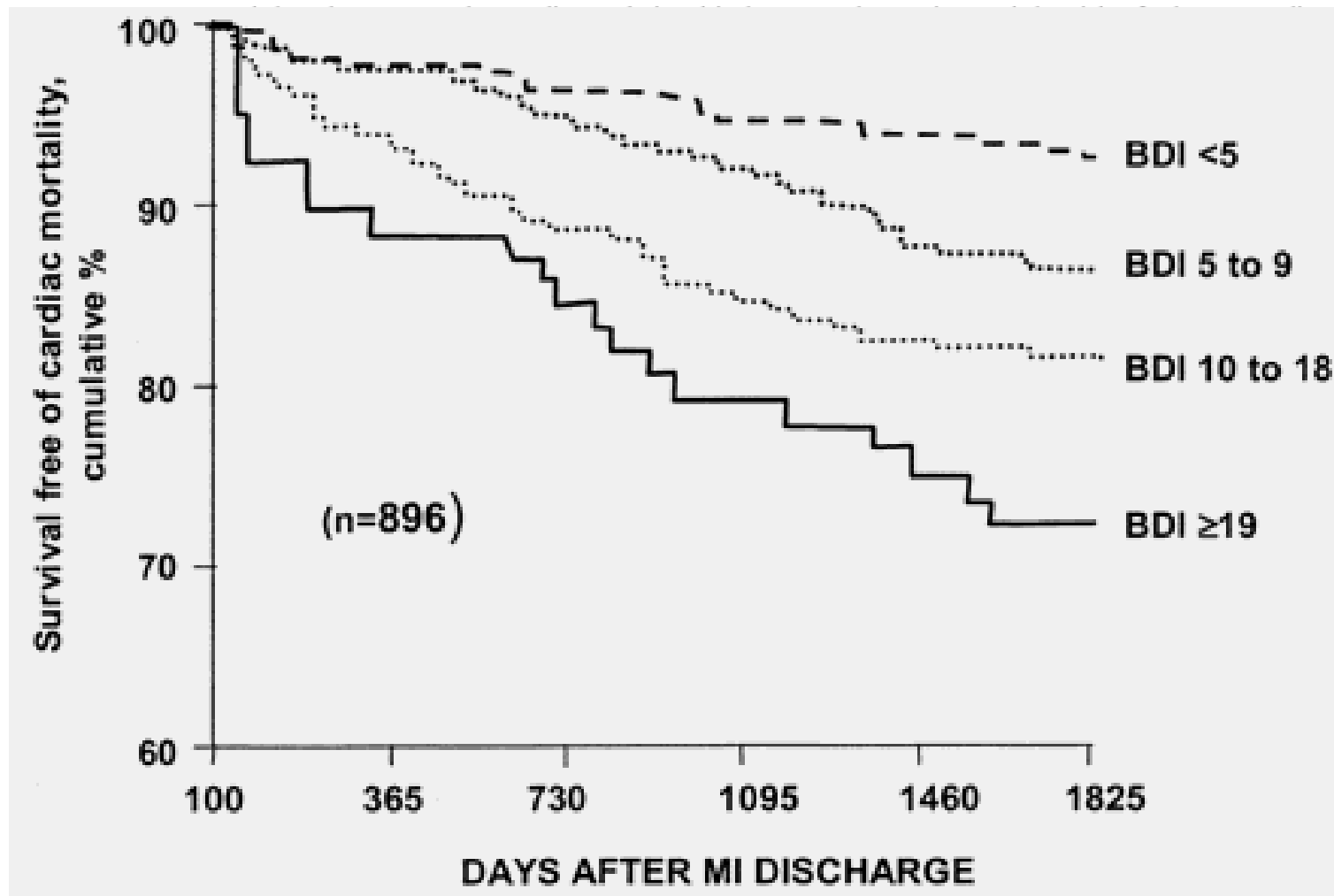


Auswirkungen psychischer Störungen auf körperliche Erkrankungen: Bsp. Herz



The Clinical Impact of Negative Psychological States: Expanding the Spectrum of Risk for Coronary Artery Disease

LAURA D. KUBZANSKY, PhD, KARINA W. DAVIDSON, PhD, AND ALAN ROZANSKI, MD



ascular events demonstrated port scales like ase raises the / recognized? ther negative ardiovascular ing a broader fective states ger, anxiety.

Behandlungsprinzipien und -strukturen an der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der MHH



MHH

Medizinische Hochschule
Hannover

Psychosomatische Institutsambulanz, Start 04/07

eigenständig, im Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanz

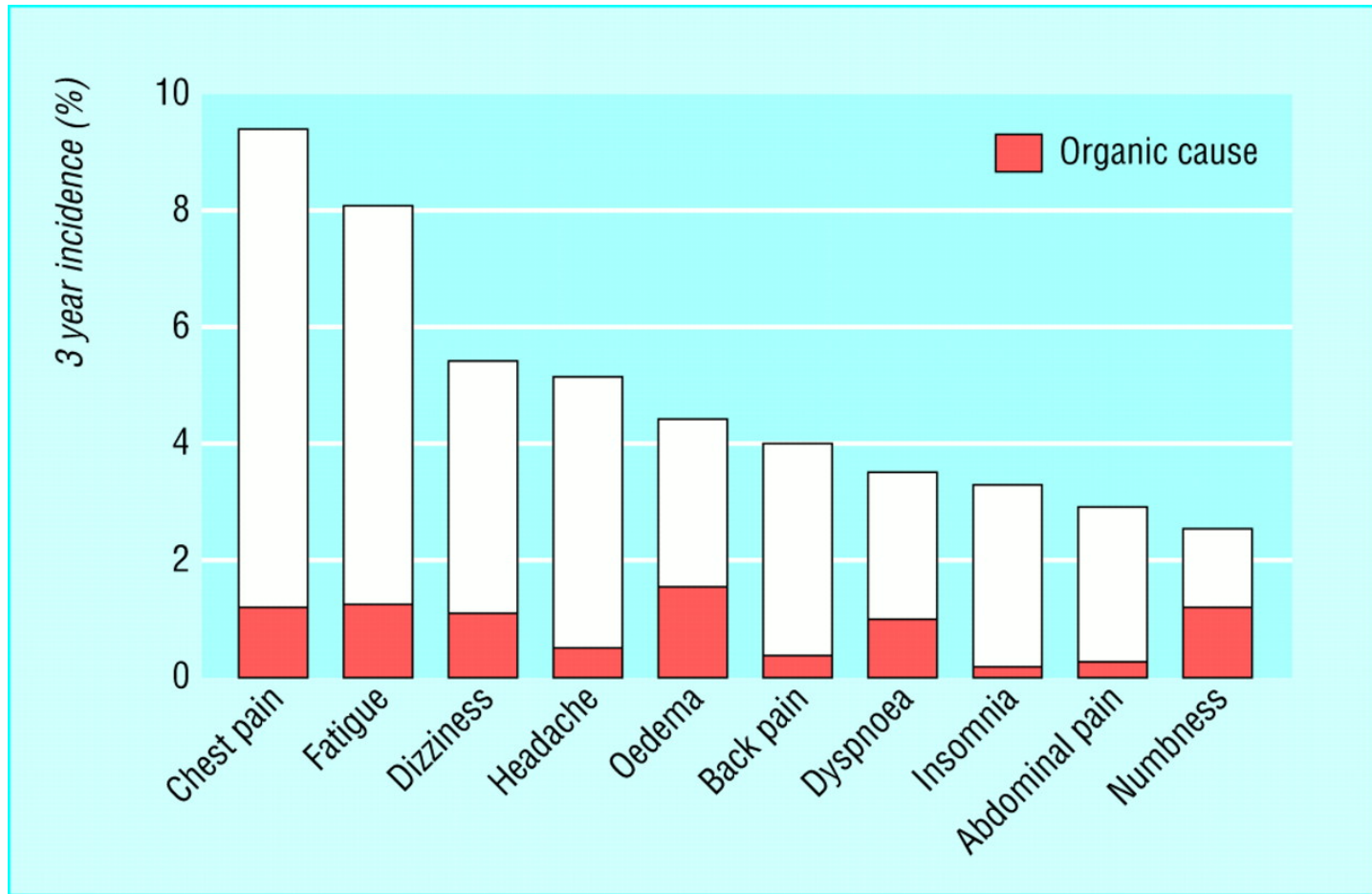
Indikation: *Lücke zwischen stationärer Psychosomatik und ambulanter Antragspsychotherapie*

- Spezialisierte Gruppentherapie zum Ressourcenaufbau / Krankheitsbewältigung
- Regelmäßige ärztliche Sprechstunde
- Sozial-Sprechstunde (Reintegration in Beruf)

"Psychosomatische Medizin ist ein relativ neuer Name für eine Form der Medizin, die so alt ist wie die Heilkunde selbst. Es handelt sich um keine Spezialität, sondern um eine Betrachtungsweise, die alle Disziplinen der Medizin ... betrifft; eine Betrachtungsweise, die nicht etwa dem Körperlichen weniger, sondern dem Seelischen mehr Beachtung schenkt."

[Weiss & English, 1943]

Prävalenz funktioneller / somatoformer Körperbeschwerden



Kroenke und Mangelsdorff Am J Med 1989