

Das Fibromyalgie-Syndrom

Herausforderung in der Praxis

C. Schilling¹, K. Weidner¹

Definition und Diagnosekriterien

Das Fibromyalgie-Syndrom (FMS) bezeichnet eine chronische Schmerzstörung aus der Reihe der funktionellen Störungen, welches traditionell dem Fachgebiet der Rheumatologie, auch unter dem Namen „Weichteilrheuma“ zugeordnet wird. Das American College of Rheumatology (ACR) definierte das FMS in den Kriterien von 1990 als chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen und Druckschmerzhaftigkeit von mindestens elf von 18 Tenderpoints [1]. In den ACR Kriterien von 2010 wurde das Kriterium der Mindestanzahl von druckschmerzhaften Tenderpoints aufgegeben und das FMS als Symptomkomplex mit 1) chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen, 2) Schlafstörungen beziehungsweise nicht erholsamer Schlaf und 3) Müdigkeit beziehungsweise Erschöpfungsneigung (körperlich und/oder geistig) definiert [2]. Damit gehören unspezifische psychische Symptome zu den diagnostischen Kriterien. Die Diagnosestellung kann nach beiden Diagnosekriterien erfolgen.

Klassifikation

Die Klassifikation des FMS ist in der Praxis umstritten. Rheumatologen klassifizieren das FMS in der Regel in der ICD-10 unter „sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert (M79.70)“, psychosomatisch tätige Ärzte in einigen Fällen

als anhaltende somatoforme Störung (F45.40). Ein FMS ist jedoch nicht pauschal mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung beziehungsweise einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) gleichzusetzen. 30 bis 80 Prozent der Patienten mit einem FMS leiden komorbid unter einer Angststörungen oder einer depressiven Störung, das FMS ist jedoch nicht als depressive Störung zu klassifizieren [3]. Da es sich bei dem FMS letztendlich nicht um eine rheumatische Erkrankung im engeren Sinne handelt, ist die diagnostische Zuordnung und fachliche Verantwortung in der Praxis nach wie vor unbefriedigend.

Prävalenz

Schätzungsweise zwei Prozent der deutschen Bevölkerung erfüllen die

ACR 2010 Kriterien für ein FMS. Obwohl das Geschlechterverhältnis ausgeglichen zu sein scheint, finden sich in klinischen Einrichtungen für die Behandlung von FMS bis zu 80 Prozent Frauen. Das FMS tritt meist im mittleren Lebensalter zwischen 40 und 60 Jahren auf [3].

Diagnosestellung

Die klinische Diagnose beruht auf der Anamnese eines typischen Symptomkomplexes, klinischer Untersuchung und dem Ausschluss körperlicher Erkrankungen, welche diesen Symptomkomplex ausreichend erklären können. Dabei handelt es sich nicht um eine Ausschlussdiagnose sondern um die Bestätigung oben genannter Positivkriterien. Da der Begriff „Fibromyalgie“ ein – nicht vorhandenes – distinktes rheumatisches Korrelat suggerieren kann,

Tab. 1: Maßnahmen bei der Erstevaluation eines chronischen Schmerzes

Ausfüllen Schmerzskizze und Fibromyalgie-Fragebogen (FSQ [4]).
Gezielte Exploration weiterer Kernsymptome (Müdigkeit, Erschöpfung[sneigung], Schlafstörungen, nicht erholsamer Schlaf)
Vollständige Krankheitsanamnese inklusive Medikamentenanamnese (NSAR, Opioide)
Psychopathologischer Befund (Stimmungslage, affektive Schwingungsfähigkeit, Ängstlichkeit, Antrieb, Psychomotorik)
Vollständige körperliche Untersuchung (inklusive Haut, neurologischer und orthopädischer Befund)
Basislabor <ul style="list-style-type: none"> ▪ Blutsenkungsgeschwindigkeit, C-reaktives Protein, kleines Blutbild ▪ Kreatininkinase ▪ Kalzium ▪ Thyreoid-stimulierendes Hormon ▪ 25 OH Vitamin D
Bei Hinweisen auf somatische (Mit-)Ursachen: weitere Diagnostik in Abhängigkeit von Verdachtsdiagnosen (zum Beispiel gezielte orthopädische, rheumatologische, neurologische, internistische usw. Diagnostik)
Bei Hinweisen auf psychische (Mit-)Ursachen: weitere Diagnostik in Abhängigkeit von Verdachtsdiagnosen (zum Beispiel gezieltes Erfragen frühkindlicher Belastungsfaktoren, traumatischer Erfahrungen, Ängsten...)

¹ Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Tab. 2: Indikation für eine psychosomatische oder fachpsychotherapeutische Untersuchung (nach Häuser et al., 2013)

Anzeichen für eine erhöhte Psychopathologie (Angst, Depression, Trauma)
Vorliegen von aktuellen belastenden Lebensereignissen
Aktuelle oder frühere Inanspruchnahme von psychosomatischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlungen
Hinweise auf schwerwiegende lebensgeschichtliche Erfahrungen
Dysfunktionale Krankheitsverarbeitung
Subjektive psychische Krankheitsattributionen

Tab. 3: Ätiologische Faktoren eines FMS (nach Häuser et al. 2013)

Biologische Faktoren	Inflammatorisch-rheumatische Erkrankungen
	Genpolymorphismen des 5HT ₂ -Rezeptors
	Vitamin D-Mangel
Lebensführung	Rauchen
	Adipositas mangelnde körperliche Aktivität, Passivität, Schonhaltung
Seelische Faktoren	körperlicher und sexueller Missbrauch in der Kindheit und sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter
	Depression, Angst, traumatische Erfahrungen
	unlösbar erscheinende private/berufliche Konflikte mit Vermeidung der aktiven Auseinandersetzung/Rückzug oder maladaptiven Durchhaltestrategien
	Selbstwertkonflikte

hat sich die Verwendung eines „Fibromyalgie-Syndroms“ durchgesetzt [4]. Bei der Erstevaluation eines chronischen Schmerzes in mehreren Körperregionen sollten folgende Maßnahmen durchgeführt werden (siehe Tab. 1).

Bei einem typischen Beschwerdekomples und fehlendem klinischen Hinweis auf eine internistische, orthopädische oder neurologische Erkrankung wird empfohlen, keine weitere technische Diagnostik (zum Beispiel Bildgebung) durchzuführen. Die somatische und psychische Diagnostik sollte simultan durchgeführt werden. Dies erhöht die Compliance beim Patienten und verhindert dessen Wahrnehmung einer Ausschlussdiagnostik und Vermittlung einer psychischen Problematik/Störung als Diagnose „zweiter Wahl“ und Interpretation als „Abstempeln“. Im Falle der Erstevaluation eines chronischen Schmerzes mehrerer Körperre-

gionen wird ein Screening auf erhöhte seelische Symptombelastung (Angst und Depression) empfohlen [4]. Eine psychosomatische oder fachpsychotherapeutische Untersuchung wird bei den in Tabelle 2 zusammengefassten Konstellationen empfohlen (Tab. 2).

Differenzialdiagnose Chronic-Fatigue-Syndrom (CFS)

Die diagnostische Abgrenzung des FMS von einem CFS ist aus folgenden Gründen sehr schwierig: Zum einen bestehen bei dem CFS ähnlich wie bei dem FMS keine einheitlichen Diagnosekriterien. Entsprechend der S3 Leitlinie Müdigkeit finden sich aber über alle verschiedenen CFS Klassifikationen folgende Gemeinsamkeiten:

- Müdigkeit beziehungsweise Erschöpfung seit mindestens sechs Monaten,
- es lässt sich ein zeitlicher Beginn der Symptomatik definieren,

- das Symptom ist so stark, dass es zu signifikanten Einschränkungen in körperlichen, seelischen und sozialen Bereichen kommt,
- Belastung verschlechtert die Symptomatik und
- es fehlt eine alternative Erklärung in Form einer körperlichen oder seelischen Störung.

Die Kriterien zeigen demnach eine sehr hohe Überlappung mit den Symptomen eines FMS und sind rein deskriptiv oft kaum voneinander zu unterscheiden. Weiterhin fehlen beim CFS, ähnlich wie beim FMS, eine klare Ätiologie und ein spezifisches organisches Korrelat. Es wird vermutet, dass das CFS insbesondere nach Virusinfektionen, wie zum Beispiel nach einer EBV Infektion, auftritt. Nicht auszuschließen ist, dass sowohl beim FMS als auch beim CFS psychische Belastungen bei dem Beginn und der Chronifizierung (zum Beispiel körperliche Dekonditionierung durch Schonkreislauf) eine Rolle spielen können.

Ätiopathogenese

Die aktuelle Studienlage erlaubt keine eindeutigen Aussagen zur Ätiologie des FMS. Folgende biologische und psychosoziale Faktoren können mit einem FMS assoziiert sein (Tab. 3) [4].

Pathophysiologie

Es sind keine eindeutigen Aussagen zur Pathophysiologie des FMS möglich. Es ist unklar, ob folgende Mechanismen zur Pathophysiologie des FMS beitragen oder Folgen des FMS beziehungsweise seiner Komorbiditäten sind. Es ist möglich, dass die in Tabelle 4 zusammengefassten Veränderungen im zentralen und peripheren Nervensystem eine pathogenetische Bedeutung für Untergruppen des FMS haben (Tab. 4) [4].

Biopsychosoziales Modell

Bezüglich Prädisposition, Auslösung und Chronifizierung des FMS wird ein

Tab. 4: Veränderungen im zentralen und peripheren Nervensystem bei FMS (nach Häuser et al. 2013)

Veränderung zentralnervöser Neurotransmitter (Störung der absteigenden schmerzhemmenden Bahnen, Veränderungen in der grauen Substanz, erhöhte Aktivität in der Schmerzmatrix)

Dysfunktion des sympathischen Nervensystems mit erhöhter Stressvulnerabilität (veränderte Herzfrequenzvariabilität)

Kleinfaserpathologie (verringerte Dichte der A-Delta-Nerven und der C-Nervenfasern)

biopsychosoziales Modell postuliert. Physikalische, biologische oder psychosoziale Stressoren lösen bei einer entsprechenden genetischen oder lerngeschichtlichen Prädisposition vegetative, endokrinologische und zentralnervöse Reaktionen aus, aus denen die Symptome eines FMS, wie Schmerz, Fatigue, Schlafstörungen, vegetative und psychische Symptome, resultieren. Das FMS ist eine Endstrecke verschiedener ätiopathogenetischer Faktoren und pathophysiologischer Mechanismen [4].

Behandlungsgrundsätze bei FMS

Die FMS-Leitlinie empfiehlt, den Patienten mit einem FMS über die Diagnose zu informieren. Der Arzt soll darüber informieren, dass den Beschwerden keine organische Krankheit, sondern eine funktionelle Störung zu Grunde liegt. Die Legitimität der Beschwerden soll gleichzeitig versichert werden. Die Beschwerden können mit

Hilfe des biopsychosozialen Modells erklärt werden, zum Beispiel auch durch das Vermitteln psychophysiologischer Teufelskreise. Patienten mit leichten Ausprägungen des FMS sollten zu einer angemessenen körperlichen und sozialen Aktivität ermutigt werden. Bei schwereren Ausprägungen können eine zeitlich befristete Medikation (maximal sechs Monate) und eine multimodale Therapie (= ein körperlich aktivierendes Verfahren + ein psychotherapeutisches Verfahren) in Erwägung gezogen werden. Sollten schwere Verläufe auf beides nicht ansprechen, können (teil-)stationäre multimodale Therapieprogramme zur Anwendung kommen. Die Behandlung des FMS erfolgt in der Regel ambulant. Eine (teil-)stationäre Therapie ist dann indiziert, wenn die ambulanten Therapieverfahren nicht ausreichend sind, komorbide körperliche oder psychische Erkrankungen einer stationären Be-

handlung bedürfen, die Erwerbsfähigkeit bei langer Dauer der Arbeitsunfähigkeit gefährdet ist oder die Teilhabe am Leben oder die Fähigkeit zur Selbstversorgung gefährdet sind [4].

Therapieempfehlungen der FMS-Leitlinie

Für die Empfehlungen der Leitlinie gibt es nur für die körperliche Aktivierung (Ausdauertraining, Wassergymnastik, Trockengymnastik, Funktionstraining) einen akzeptablen Evidenzgrad. Für Krafttraining, Spa-Therapie, Muskeldehnung, Vibrationstraining, Biosauna, Infrarotkabine, Physiotherapie, Ergotherapie gibt es keine ausreichende Evidenz, wird aber trotzdem im Sinne der Aktivierung empfohlen. Abgeraten wird von Quadrantenintervention, Chirotherapie, hyperbarer Sauerstofftherapie, Kältetherapie, Lasertherapie, Magnetfeldtherapie, Massage, TENS und transkranieller Magnetstimulation oder weiteren passiven Therapieverfahren [4].

Medikamentöse Therapie bei FMS

Es gibt in Deutschland kein explizit für das FMS zugelassenes Medikament. Als Off-label-use wird der zeitlich befristete Einsatz von Amitriptylin (10 bis 50 mg/d) empfohlen. Eine zeitlich befristete Therapie mit Duloxetin (60 mg/d) wird bei komorbider Major Depression oder einer generalisierten Angststörung empfohlen. Eine zeitlich befristete Therapie mit Pregabalin (150 bis 450 mg/d) wird bei komorbider generalisierter Angststörung empfohlen. Abgeraten wird von Anxiolytika, Dopaminagonisten, Hormonen, Hypnotika, Interferonen, intravenösem Ketamin, Lokalanästhetika, Natriumoybat, starken Opioiden und Serotonin-Rezeptor-Agonisten, Cannabinoiden, Flupirtin, Monoaminoxidasehemmern, Muskelrelaxantien, Nichtsteroidalen Antirheumatika, Acetylsalicylsäure, Paracetamol und Metamizol [4].

Fallbeispiel Frau M.:

Die 56-jährige Patientin Frau M. stellt sich mit einer Überweisung vom Hausarzt beim Facharzt für Rheumatologie vor. Seit mehr als einem Jahr leide sie unter anhaltenden Schmerzen in fast allen Gelenken. Sie könne kaum noch schlafen vor Schmerzen, dann sei sie am Tag total erschöpft und müde. Seit vier Monaten sei sie wegen der Schmerzen krankgeschrieben, die Arbeit als Altenpflegerin habe sie nicht mehr bewältigen können. Zunächst habe sie sich immer noch mit Paracetamol und Ibuprofen helfen können, aber selbst das später zeitweise verschriebene Tilidin vom Hausarzt habe keine deutliche Reduktion der Schmerzen bewirkt. Die Schmerzstärke sei nach wie vor bei 7/10 (NAS). Bei der körperlichen Untersuchung können keine Schwellungen oder Reizungen der Gelenke objektiviert werden, das Labor zeigt keine auffälligen Werte/Rheumafaktoren.

Insbesondere die Medikation mit Opioiden sollte sich an der Leitlinie für die Langzeitanwendung von Opioiden bei Nicht-Tumorschmerzen (LONTS) [6] orientieren. Für das FMS besteht hier eine klare Kontraindikation. Nicht selten kommt es erst durch die Medikation mit Opioiden zu einer Schmerzverstärkung im Sinne einer Opioid-induzierten Hyperalgesie [7].

Psychotherapie bei FMS

Eine Psychotherapie ist indiziert, wenn eine maladaptive Krankheitsbewältigung mit Katastrophisieren, Vermeidungsverhalten oder dysfunktionalen Durchhaltestrategien vorliegen, eine relevante Modulation der Beschwerden durch Alltagsstress oder interpersonelle Probleme besteht oder eine komorbide psychische Störung existiert [4].

Die psychosomatische beziehungsweise psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung sollte von Anfang an parallel zur somatischen Behandlung als Simultandiagnostik stattfinden. Ein nach Schweregrad gestuftes Vorgehen ist sinnvoll. Hinweise dazu liefert die neue S3 Leitlinie zu funktionellen Körperbeschwerden [8]. Leichte Ausprägungen von funktionellen Körperbeschwerden können innerhalb der psychosomatischen Grundversorgung in der Primärversorgung behandelt werden. Zeigen sich Auffälligkeiten im psychischen Bereich, zum Beispiel Depressivität oder Angst, sollten die Patienten einer psychosomatischen oder fachpsychotherapeutischen Untersuchung zugeführt werden. Patienten mit akuten psychischen Schwierigkeiten, wie zum Beispiel Suizidalität, sollten vom Arzt sofort in ein Fachkrankenhaus eingewiesen werden. Zur ersten Schweregradeinschätzung der psychischen Belastung empfiehlt sich der sogenannte PHQ-4 [9]. Dieser kurze Screeningfragebogen erfasst mit zwei Fragen die aktuelle Depressivität und mit zwei Fragen die aktuelle Ängstlich-

Fortsetzung Fallbeispiel Frau M.:

Der Facharzt für Rheumatologie bemerkt, dass Frau M. psychomotorisch eher starr wirkt und sie größere Bewegungen des Körpers vermeidet. Sie macht auf ihn einen niedergeschlagenen, erschöpften und passiven Eindruck. Sein Eindruck wird durch das gezielte Nachfragen nach psychischen Auffälligkeiten bestätigt. Frau M. gibt an, dass sie sich durch die Schmerzen in ihrem Leben immer mehr beeinträchtigt fühle und Angst habe, an einer ernsthaften organischen Erkrankung zu leiden. Im Internet habe sie verschiedene körperliche Erkrankungen gefunden, bei denen auch chronischen Schmerzen und chronische Fatigue auftreten. Ihr Hausarzt sei auf diese Befürchtungen nicht richtig eingegangen. Sie habe gemerkt, dass Bewegung die Schmerzen verstärke, Schonung führe zu einer kurzfristigen Linderung.

keit. Durch die erreichte Punktzahl lässt sich sehr zuverlässig einschätzen, ob sich die psychische Belastung in einem auffälligen Bereich (sogenannte „yellow flag“) oder einem akuten Bereich (sogenannte „red flag“) befindet. Die kognitive Verhaltenstherapie ist das Psychotherapieverfahren mit der höchsten Evidenz bei der FMS und sollte empfohlen werden. Achtsamkeits- und Entspannungsverfahren sollten insbesondere bei sich schonenden Patienten nicht als Monotherapie angewendet werden, sondern als Teil einer multimodalen Behandlung zur Anwendung kommen [4]. Auch psychodynamische Verfahren finden zunehmend Anwendung.

Psychosomatische Grundversorgung in der Hausarztpraxis

Die psychoedukative Vermittlung von schmerzchronifizierenden Teufelskreisen ist schon in der Hausarztpraxis wichtig. Dazu bieten sich auch übersichtliche Zeichnungen an, um psychophysiologische Teufelskreise zu erklären.

Der Teufelskreis der Schonhaltung

Viele Patienten mit chronischen Schmerzen vermeiden körperliche Aktivität, bestimmte körperliche Bewegungen oder Haltungen aus Angst vor Schmerzen oder aus Angst, sich einen körperlichen Schaden zuzufügen. Durch die dann eingenommene Schonhaltung kommt es zu Muskelverkürzungen und



Abb. 1: Teufelskreis der Schonhaltung

Muskelabbau. Eine erneute Aktivierung der Muskeln führt zu einer Schmerzempfindung, die wiederum als Beweis für die eigene Hypothese gewertet wird, dass Bewegung zu einer Verschlimmerung der Schmerzstörung führt. Dieser Kreislauf führt immer weiter in eine körperliche Schonhaltung mit zunehmender körperlicher Dekonditionierung und Schmerzempfindlichkeit. Die Patienten sollen zu einer körperlichen Aktivierung trotz Schmerz motiviert werden. Für Frau M. könnte der Teufelskreis ungefähr so aussehen (Abb. 1).

Teufelskreis der Katastrophisierung

Das katastrophisierende Bewerten von Schmerzsymptomen kann ein weiterer Faktor sein, der zur Chronifizierung von Schmerzen führt. Die anfänglichen Befürchtungen, an einer „schlimmen organischen Erkrankung“ zu leiden, werden nicht selten durch das „Googeln“ der Symptome im Internet bestätigt und führen zu einer Angst-beziehungsweise Stressreaktion, die zu einem erhöhten Muskeltonus führt. Der dauerhaft erhöhte Muskeltonus verstärkt die anfänglich wahrgenommenen Schmerzen.

Für Frau M. könnte der Teufelskreis ungefähr so aussehen (Abb. 2).



Abb. 2: Teufelskreis der Katastrophisierung

Tab. 5: Ausgewählte Kommunikationsbeispiele

Motivationale Gesprächsführung	Ich sehe, dass Sie sich kaum trauen, sich zu bewegen. Das ist ja bei den Schmerzen verständlich. Gleichzeitig sollten Sie wissen, dass das auf Dauer eher zu einer Schmerzverstärkung führt. Ich möchte Ihnen deshalb die körperliche Aktivierung ganz sehr ans Herz legen. Trauen Sie sich! Ich unterstütze Sie dabei.
Tangentiale Gesprächsführung	Sie erwähnten beim letzten Mal, dass Sie kaum noch aus dem Haus gehen und Freunde treffen. Fehlt Ihnen das?
NURSE Technik	
1. Name	1. Mir fällt auf, dass sie größere Bewegungen mit ihrem Körper vermeiden.
2. Understand	2. Das kann ich bei den Schmerzen gut verstehen.
3. Respect	3. Sie haben meine Anerkennung dafür, dass Sie das so aushalten.
4. Support	4. Ich denke, dass körperliche Aktivierung wichtig ist. Ich möchte Sie dabei unterstützen. Wie wäre es, wenn...
5. Explore	5. Was kann ich jetzt noch für Sie tun?
WWSZ Technik	
1. Warten	1. Frau M: Der Hausarzt hat mich noch nicht einmal körperlich untersucht!
2. Wiederholen	2. Eine körperliche Untersuchung fand also gar nicht statt.
3. Spiegeln	3. Ich kann mir vorstellen, dass sie sich nicht ganz ernst genommen gefühlt haben.
4. Zusammenfassen	4. Habe ich Sie so richtig verstanden, dass es Ihnen in der aktuellen Situation sehr wichtig ist, dass Sie jemand versteht und ernst nimmt?

Teufelskreis Schmerz-Depression

Die Patienten können meist sehr gut beschreiben, wie länger anhaltende Schmerzen zunehmend ihr Erleben und Verhalten beeinflussen und zu sozialem Rückzug und depressiven Verstimmungen führen. Weniger bekannt ist, dass eine länger anhaltende Depressi-

vität einen neurobiologisch schmerzverstärkenden Einfluss hat. Die Depressivität verringert die Schmerzhemmung und führt somit zu einer erhöhten Schmerzwahrnehmung. Die Patienten sollen dazu ermutigt werden, sich trotz der Schmerzen sozial zu aktivieren, Beziehungen aufzunehmen und positive Freizeitaktivitäten wahrzunehmen.

Für Frau M. könnte der Teufelskreis ungefähr so aussehen (Abb. 3).

Die Rolle der Arzt-Patient-Beziehung bei FMS

Die Behandlung von chronischen Schmerzpatienten stellt ohne Zweifel eine Herausforderung in der ärztlichen Tätigkeit dar. Wiederholt spürt man in der Gegenübertragung Ärger oder Hilflosigkeit. Hintergrund ist, dass in der Arzt-Patient-Beziehung bei Patienten auch immer frühe Bindungserfahrungen, zum Beispiel in Form von Erwar-



Abb. 3: Teufelskreis Schmerz-Depression

tungen an den Arzt aktiviert und reinszeniert werden. Das spielt besonders bei der Untergruppe von Patienten mit FMS eine wichtige Rolle, bei denen die Kindheit von belastenden Bindungserfahrungen geprägt war. Dies kann sich zum Beispiel in unrealistisch hohen Erwartungen, Ängsten, emotionalen Widergutmachungs- und Versorgungswünschen und Enttäuschungsgefühlen gegenüber dem Arzt äußern. Oft können diese Patienten Gefühle nur über die Darbietung körperlicher Schmerzen kommunizieren. Umso wichtiger ist es für den Arzt, die eigenen negativen Gefühle zu verstehen und die emotionale Botschaft hinter den vordergründig kommunizierten Schmerzen ernst zu nehmen, anzunehmen und zu verstehen. Der Aufbau einer positiven und wertschätzenden Beziehung zum Patienten ist sehr wichtig, um den bisherigen Teufelskreis aus enttäuschenden Beziehungserfahrungen zu durchbrechen. Hilfreich sind dabei die wertschätzende Entgegennahme der Symptomklage, mitschwin-

gende Affekte und die Wertschätzung der subjektiven Krankheitstheorie der Patientin beziehungsweise des Patienten. Der Arzt sollte dem Patienten weder die Symptome verbal oder nonverbal absprechen („Sie haben nichts.“) noch sich entwertend äußern („Sie bilden sich das ein.“). Eine tangentialer Gesprächsführung, bei der die Patienten eher beiläufig statt konfrontativ nach psychischem Befinden und psychosozialen Belastungen befragt werden, hat sich in diesem Rahmen bewährt. Die Leitlinie zu funktionellen Körperbeschwerden gibt hier hilfreiche Hinweise zu Kommunikationstechniken [8]. Einige Kommunikationsstrategien werden am Fallbeispiel Frau M. verdeutlicht (Tab. 5).

Zusammenfassung

Patienten mit einem Fibromyalgie-Syndrom gelten im Allgemeinen als schwierig und „schwer führbar“ in der Praxis. Problematisch ist insbesondere die ausschließlich somatische Ursachenüberzeugung der meisten Patien-

ten und Wunsch der Wahrnehmung und Akzeptanz beziehungsweise Identität als „Fibromyalgie-Patient“. Umso wichtiger ist es, nicht eindeutig indizierte ausschließlich somatische Diagnostik oder Therapie zu vermeiden, um den Patienten nicht in seiner somatischen Ursachenüberzeugung zu stärken. Ausschließlich somatische Diagnostik oder Therapiestrategien fördern die Iatrogenisierung und Chronifizierung beim Patienten einerseits, auf der anderen Seite aber auch die Unzufriedenheit auf Behandlerseite. Ein plötzlicher Behandlungsabbruch fördert wiederum einen Arztwechsel (Doctor[s] hopping) und Erhöhung der Behandlungskosten. Mit einer empathisch zugewandten Grundhaltung und dem Training kommunikativer Kompetenzen kann eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten gelingen, was einen wichtigen Beitrag für einen guten Behandlungsverlauf leisten kann und zu einem Psychotherapiebeginn vor eingetretener Chronifizierung – und damit positiverer Behandlungsprognose – führen kann. Auch eine Absprache zwischen den Behandlern kann dabei sehr hilfreich sein. ■

Literatur bei den Autoren

Interessenkonflikte:

Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Christoph Schilling: keine
Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner hat von der
Firma Roche honorierte Vorträge und
Podiumsdiskussionen zur psychischen
Komorbidität bei Patienten mit
rheumatologischen Erkrankungen gehalten.

Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Christoph Schilling
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und
Psychosomatik
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
E-Mail: Christoph.Schilling@uniklinikum-
dresden.de

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und
Psychosomatik
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
E-Mail: Kerstin.Weidner@uniklinikum-dresden.de

Fortsetzung Fallbeispiel Frau M.:

Frau M. steht den psychoedukativen Erklärungen des Facharztes zunächst eher skeptisch gegenüber. Durch die positiv unterstützende Art des Facharztes fasst sie aber zunehmend Vertrauen und lässt sich auf seinen Vorschlag ein, einen Termin in der Ambulanz der nächsten Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu vereinbaren.