Somatisierung: Früher diagnostizieren durch emotionsfokussiertes Interview

Allan Abbass, MD, FRCPC
Medizinische Fakultät, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia
Korrespondenz: Allan Abbass, MD, FRCPC, Associate Professor and Director of Education, Psychiatry, Director, Center for Emotions and Health, 8th Floor, Abbie J. Lane Memorial Building, Halifax, NS B3H 2E2, Canada. E-mail: allan.abbass@dal.ca.

Praktische Empfehlungen

- Offensichtliche Ängste bei einem Patienten mit körperlichen Beschwerden sollten eine Untersuchung bezüglich Somatisierung zur Folge haben.
- Machen Sie sich mit den 4 Mustern der Somatisierung und ihrer Erscheinungsformen vertraut.
- Lernen Sie, wie Sie eine emotionsorientierte Anamnese zu führen, die, richtig angewendet, hilft, eine Somatisierung auszuschließen.

Ein 42-jähriger Mann leidet unter chronischer Müdigkeit und Fibromyalgie, die zu einer 13-monatigen Arbeitsunfähigkeit geführt hat. Der Grund für seinen aktuellen Besuch in der Praxis sind langanhaltende Schulterschmerzen.
Während Sie seine Anamnese aufnehmen, sitzt er mit geballten Händen da und wirkt insgesamt angespannt.

Eine 38-jährige Frau mit stark einschränkenden gastro-ösophagealen Reflux, Reizdarm und Depression war deswegen 2 Jahre arbeitsunfähig. Zum Zeitpunkt des Interviews ist ihre Körperhaltung entspannt und sie zeigt keine Angstzeichen.

Diese 2 sehr unterschiedlichen Patienten (deren Fälle ich im Detail besprechen werde) haben ein gemeinsames Problem: Somatisierung: die Übersetzung von Emotionen in somatische Probleme oder Beschwerden. Obwohl dies in der Praxis weitgehend nicht wahrgenommen wird, ist gut dokumentiert, dass Somatisierung einen großen Teil der Arztbesuche verursacht. Sowohl bei den Hausärzten wie bei den Spezialisten (1,2). Das führt zu unnötigen Untersuchungen, Behandlungen und Hospitalisationen, Arbeitsunfähigkeit, und finanziellen Einbussen bei Unternehmen (3), wahrscheinlich verfrühte Sterblichkeit 4) und zu Frustration von Patienten und Ärzten. (5)

Keine Ausschlussdiagnose mehr

Trotz der Belastung der Somatisierung für das Gesundheitssystem wird die Diagnose oft durch indirekte Methoden wie Checklisten, Spekulationen, oder per Ausschlussverfahren gestellt. Zuerst werden andere Ursachen ausgeschlossen (6). Auch in neueren wissenschaftlichen Arbeiten ist die übliche Haltung, dass Somatisierung mittels unspezifischer Maßnahmen behandelt werden sollte, wie zum Beispiel häufige Arztbesuche, damit Patient und Arzt mit dem als chronisch und unheilbar bezeichneten Leiden besser umgehen können (7-11). Eine solche Haltung ist nicht mehr gerechtfertigt.

Neuere quantitative und umfassende fallbasierte Forschung, spezifische emotionsorientierte Kurztherapien und videobasierte Forschung haben gezeigt, wie Emotionen körperlich erlebt werden und wie die Somatisierung von Emotionen erfolgt (siehe: Die Physiologie der Emotionen). Diese Methoden, einschließlich der

dynamischen Kurz-Zeit Psychotherapie (STDP) wurden zur Diagnose und effektiven Behandlung von Somatisierung seit den 1980er Jahren genutzt. Somatisierung mit ihrer Morbidität und Chronizität, muss nicht mehr durch Ausschluss diagnostiziert oder ohne spezifische Diagnostik palliativ behandelt werden.

Die Physiologie der Gefühle

Um Somatisierung zu diagnostizieren und zu behandeln, müssen wir wissen, wie Emotionen erlebt und wie sie somatisiert werden. Davanloo entdeckte durch das Studium von mehreren hundert per Video aufgezeichneten Fällen, dass Emotionen sich auf bestimmte Weise manifestieren, unabhängig von Geschlecht, Alter oder ethnischer Zugehörigkeit (22). Diese Emotionsphysiologie bildet ein Referenzsystem, womit ein Patient, der die Emotionen somatisiert, verglichen werden kann.

Zum Beispiel wird Wut als ein inneres Energiegefühl, Hitze oder "Vulkan", vom Unterbauch zur Brust aufsteigend, in den Hals und schließlich in die Hände sich ausbreitend mit dem Drang zu greifen und irgendeine Form von Gewalt auszuüben erlebt. Schuldgefühle um die Wut ist mit einer Verengung des oberen Brustkorbs verbunden oder sogar mit Schmerz. Ein intensives schmerzhaftes Gefühl mit Wellen von Tränen und mit Gedanken der Reue über das Erleben der Wut (23). Wenn Gefühle körperlich bewusst erlebt werden, sind sie per definitionem iin diesem Moment nicht somatisiert.

Warum Somatisierung auftritt

Wenn die Gefühle intensiv, beängstigend oder konfliktbeladen sind, erzeugen sie Angst und aktivieren Abwehrmechanismen um die Angst zu senken (Abbildung). Wenn diese Gefühle dem Patienten nicht bewusst sind, sind Angst und Abwehrmechanismen auch außerhalb des Bewusstseins.

Dies ist oft der Fall bei Menschen, die von einer nahestehenden Person traumatisiert worden sind: Gefühle der Wut gegenüber einem geliebten Menschen sind inakzeptabel, bedrohlich und werden durch Somatisierung und andere Abwehrmechanismen vermieden (24). Die Forschung hat herausgefunden, dass Patienten mit Hypertension, Migräne, Reizdarmsyndrom und anderen Leiden eine verinnerlichte Wut haben und dadurch ihre somatischen Probleme verstärken (25-27). Blockade und Hemmung der Emotionen, einschließlich der Wut, sind ein häufiger Befund bei somatisierenden Patienten.

■ DIE 4 MUSTER DER SOMATISIERUNG

Videoaufgezeichnete Fallserien zeigen 4 hauptsächliche Muster der Somatisierung: Ausbreitung der unbewussten Angst in 1) die quergestreiften Muskeln 2) die glatte Muskulatur, 3) eine kognitive-perzeptuelle Störung und 4) eine Konversion (27).

Spannung in der quergestreiften Muskulatur durch unbewusste Angst manifestiert sich durch das Zusammenpressen der Hände, Seufzen, und gar Hyperventilation. Die Patienten sind sich dessen nicht bewusst. Sie berichten möglicherweise über Panikzustände, Brustschmerzen, Kopfschmerzen, Fibromyalgie und andere muskulo-skelettalen Beschwerden. Diese Zustände sind oft frustrierend für Familie, Arbeitgeber und Ärzte, da Krankheiten wie chronische Schmerzen nur langsam oder gar nicht auf eine Behandlung ansprechen.

Spannung der glatten Muskulatur durch unbewusste Angst verursacht akute oder chronische Spasmen der Blutgefässe, des Magen-Darm-Trakts, der Atemwege und Blase. Bei Patienten mit Verspannungen der glatten Muskulatur können gastro-intestinale Symptome, Migräne, Bluthochdruck, häufiges Urinieren und Konstriktion der oberen Atemwege, einen Asthmaanfall imitierend, auftreten. Sie berichten oft über Depressionen, Panikattacken, Drogenmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen und früheren sexuellen oder körperlichen Missbrauch.

Kognitive- und perzeptive Störung aufgrund von unbewusster Angst involviert typischerweise verschwommenes Sehen, Tunnelblick, Denkstörungen und "Wegdriften". Dabei ist der Patient vorübergehend abwesend. Diese Patienten haben chronisch schlechtes Gedächtnis und Konzentrationsstörungen. Sie sind in der Regel Opfer oder Täter in partnerschaftlichen Missbrauchsituationen, haben häufig Unfälle und leiden an kurzdauernder Paranoia. Sie werden oft Neurologen zugewiesen und durchlaufen teure Untersuchungen. Die meisten haben eine Vorgeschichte mit dissoziativen Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder Missbrauch in der Kindheit. In der Hausarztpraxis vergessen sie häufig, was gesagt wurde und fragen nochmals nach dem Termin. Sie wirken verwirrt, leicht reizbar, verzichten entweder ganz auf eine körperliche Untersuchung oder ertragen sie mit großer Angst.

Konversion manifestiert sich als Muskelschwäche oder Lähmungen in einem beliebigen Muskel. Patienten mit akuter Konversion beschreiben, wie sie Gegenstände fallen lassen oder sogar zu Boden stürzen, wenn ihre Muskeln unerklärlicherweise versagen. Sie berichten oft über erlebte Gewalt, sei es als Zeuge oder als Opfer.

In der Regel überwiegt ein Muster

Die Gesamtmenge der somatisierten Emotionen ist auf die 4 Somatisierungsmuster verteilt (Tabelle 1). In der Regel dominiert ein Somatisierungsmuster zu einem bestimmten Zeitpunkt, obwohl verschiedene Somatisierungsmuster ins Spiel kommen können, wenn die Angst zu- oder abnimmt. Wenn die Angst hauptsächlich durch die glatte Muskulatur ausgedrückt wird, sind kognitive Wahrnehmungsstörung, Konversion oder die quergestreiften Muskeln nicht aktiviert.

Dieser Befund der scheinbaren Ruhe während der Somatisierung wurde in anderen Forschungsarbeiten bei Patienten mit Bluthochdruck festgestellt. Das ist die "belle indifférence": Ein Patient erlebt eine temporäre Erleichterung der Muskelverspannung, indem er anderswo somatisiert (28).

Tabelle1

Beispiele für diagnostizierbare Somatisierungsmuster

Art der Somatisierung	Beobachtungen während der emotionsfokussierten diagnostischen Untersuchung	Beispiele für damit verbundene gesundheitliche Beschwerden und Probleme
Verspannung der quergestreiften Muskeln	Zunahme von Handballenpressen, Verspannung, der Arme, Nackenverspannung, seufzende Atmung bis hin zu Ganzkörperspannung	Fibromyalgie, Kopfschmerzen, Muskelkrämpfe, Rückenschmerzen, Brustschmerzen, Kurzatmigkeit, Bauchschmerzen, Müdigkeit
Spannung der glatten Muskulatur	Meistens Abwesenheit von Spannung der quergestreiften, stattdessen Aktivierung der glatten Muskeln z. B. Krämpfe im Abdomen oder Sodbrennen	Reizdarm, Bauchschmerzen, Übelkeit, Spasmen in Blase, Koronararterien, Bronchospasmus, Bluthochdruck, Migräne
Kognitiv-perzeptive Störung	Meist Abwesenheit von quergestreifter Muskelspannung Stattdessen verliert der Patient den Überblick über seine Gedanken, wird verwirrt, verschwommene Sicht	Visuelle Unschärfe, Blindheit, Mentale Verwirrung, Gedächtnisverlust, Schwindelgefühl, Schwäche, Pseudo-Krämpfe, Konversion Parästhesien, Ohnmacht
Konversion	Meistens Fehlen der quergestreiften Muskelspannung Stattdessen Muskelschwäche in einigen oder in der ganzen quergestreiften Muskulatur	Stürze, Aphonie, Lähmung, Schwäche

Die wichtigsten Arten der Abwehr

Zwei wichtige Kategorien der Abwehr sind Affektisolierung und Repression.
Die Affektisolierung bedeutet: Patient ist sich der Emotion kognitiv bewusst, erlebt sie aber nicht körperlich. Die Intellektualisierung ist eine Form der Affektisolierung.

Repression ist ein Prozess, bei dem die Emotionen in den Körper verlagert werden, ohne dass der Patient sich dessen bewusst ist. Zum Beispiel: starke Emotionen, einschließlich Wut, können zu einem Seufzen und zu einer Panikattacke führen, ohne dass die Person, der Emotion oder des Seufzers bewusst wird (29).

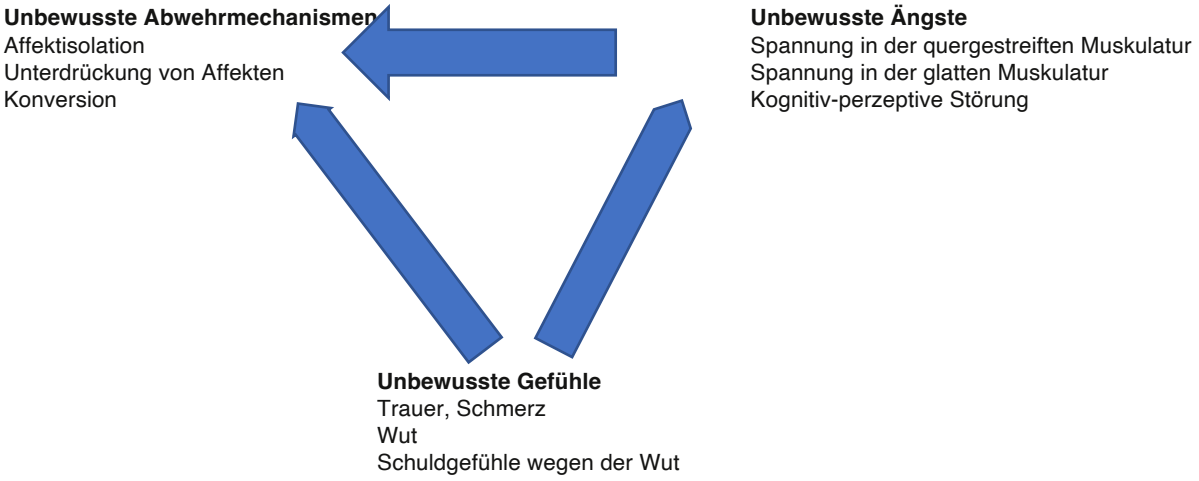
Das Erleben der Emotionen überwindet die Somatisierung

Die videobasierte Forschung zeigt, dass, wenn eine Person seine echten Gefühle erleben kann, die Somatisierung dieser Gefühle geschwächt und überwunden wird. Die erlebten Gefühle überwinden Angst und Somatisierung (Abbildung). So kann die Somatisierung mit Hilfe des Erlebens der Gefühle aus aktuellen oder vergangenen Ereignissen reduziert oder überwunden werden. Durch diesen Prozess

kann man Somatisierung diagnostizieren und gleichzeitig einen therapeutischen Nutzen für einen Patienten erzielen.

Abbildung

Beziehung zwischen unbewussten Gefühlen, Ängsten und Abwehrmechanismen



■ DIREKTE DIAGNOSE DER SOMATISIERUNG

Eine objektive Auswertung

Da der Prozess der Somatisierung für den Patienten unbewusst abläuft, wird die Diagnose mehr auf objektive Befunde während der Untersuchung gestützt, als auf die Aussagen des Patienten. Das ist vergleichbar mit der Untersuchung eines Patienten mit Abdominalbeschwerden: Wir erwarten vom Patienten nicht, dass er über eine abdominale Masse berichtet, auch wenn wir sie erkennen können und der Patientin beibringen könnten sie zu ertasten.

Somatisierende Patienten glauben, das Problem sei körperlich. Daher führt das berichtete Leiden eher zu körperlichen Untersuchungen und medizinischen Behandlungen, als zu einer direkten Untersuchung des emotionalen Systems. Selbst wenn anamnestische Hinweise auf eine Somatisierung vorhanden sind (29), besteht der definitive Test darin, wie dies bei der Untersuchung des Abdomens durch «Anlegen der Hände» der Fall ist, indem die direkte Reaktion des Patienten auf ein emotions-fokussiertes Interview beobachtet wird.

Emotionen aktiv erforschen

Die Untersuchung des emotionalen Systems geschieht analog einer physischen Untersuchung in einem anderen System. Es schreitet von der Beobachtung zur "Abtastung" oder "Perkussion" vor (Tabelle 2).

Tabelle 2

Exploration der Emotionen in einem patientenzentrierten Interview

Handlung	Beispiel
Beobachtung	Achten Sie von Anbeginn des Gesprächs auf Zeichen von unbewusster Anspannung, somatischem Stress oder Abwehrhaltung.
Fragen Sie nach Emotionen	Können Sie eine Situation beschreiben, in der sich die Symptome verschlimmern? Welche Gefühle haben Sie, wenn Sie darüber sprechen? Wie erleben Sie das Gefühl der Wut in Ihrem Körper, wenn sie da ist?
Unterscheiden Sie die Gefühle von Angst und Abwehr	Die Spannung, die Sie hatten, war Angst, aber wie fühlten sie den Ärger? Ruhig werden (Abwehr), ist das, was Sie machen. Aber wie fühlten Sie sich innerlich
Beobachten Sie die körperliche Antwort	Beobachten Sie die körperlichen und verhaltensbezogenen Reaktionen im Patienten, wenn das emotionale System aktiviert wird.
Geben Sie Feedback und einen Plan	Besprechen Sie alle Befunde mit dem Patienten. Überprüfen Sie, ob der Patient mit dem, was Sie beobachtet haben, einverstanden ist. Planen Sie alle weiteren Behandlungen oder Überweisungen

Beobachten Sie, ob Patient Zeichen der unbewussten Angst zeigt. Erkunden Sie im Rahmen einer unterstützenden Arzt-Patient-Beziehung, ob emotional belastende Situationen die Symptome hervorrufen.

Alternativ kann man auch fragen, inwiefern starke Emotionen wie Wut sich auf die körperliche Verfassung des Patienten auswirken. Fragen nach bestimmten kürzlichen Ereignissenn und Gefühlen mobilisieren normalerweise Emotionen und ermöglichen Ihnen und dem Patienten einen direkten Blick darauf, wie Emotionen sich körperlich auswirken.

Wenn ein Patient in der Praxis ängstlich ist, wird es am sinnvollsten sein, die Gefühle zu untersuchen, die sie während des Interviews erleben.

Umgang mit der Abwehr

Manchmal muss man den Patienten auf die Abwehrmechanismen, die zur Vermeidung der Gefühle dienen, hinweisen, bevor er sie sehen und unterbrechen kann. Wenn der Prozess zu losgelöst oder intellektuell ist, dann werden die Gefühle nicht aktiviert und dieses Somatisierungsmuster kann nicht untersucht werden. Die Beziehung zum Arzt ermöglicht es ihm oder ihr, den Prozess und das Bedürfnis des Patienten zu klären und zu versuchen, sich während des

Gesprächs den Gefühlen zu nähern und sie zu erleben. Dies ist vergleichbar mit dem Prozess der Untersuchung eines wunden Bauches, wenn ein Patient verspannt ist. Der Patient muss sich für die Untersuchung entspannen damit sie möglich ist. Wir helfen ihm dabei, indem wir den Prozess erklären.

Patienten, die einen Zusammenhang der körperlichen Symptome mit den Emotionen verleugnen, werden anders behandelt. Diese Patienten kommen in der Regel sehr angespannt und sind bereits emotional aktiviert. Eine direkte Untersuchung der durch den Arztbesuch aktivierten Gefühle, ist eine gute Möglichkeit damit zu beginnen. Durch diesen Fokus kann man die Somatisierungsmuster des Patienten sehen, direkt ansprechen und eine Arbeitsbeziehung aufbauen.

Umgang mit Angst

Wird der Patient ängstlich, wenn er nach seinen Gefühlen gefragt wird, führen Sie einen beruhigenden Schritt ein, indem Sie den Patienten auffordern, sich Gedanken über die körperlichen Angstsymptome zu machen. Dies reduziert die Angst, indem Sie die Abwehr des Intellektualisierens aktivieren.

Rekapitulation und Planung

Das Interview wird mit der Überprüfung der Befunde mit dem Patienten zusammen beendet. So ähnlich wie man die Ergebnisse einer Blutuntersuchung mitteilen würde. Die Vorgehensmöglichkeiten hängen vom Befund ab. Das kann ein weiteres Interview sein, weitere medizinische Untersuchungen, Überweisung zur weiteren Behandlung oder Nachuntersuchungen, um die Reaktion des Patienten auf das Interview abzuschätzen.

■ INTERPRETATION DER REAKTION DES PATIENTEN

Mit der fokussierten Untersuchung werden die somatischen Symptome vorübergehend zu- oder abnehmen, verschwinden oder sich überhaupt nicht verändern (Tabelle 3).

Eine Zunahme der Symptome beim emotionalen Fokus suggeriert, dass die Gefühle die Probleme verschlimmern oder direkt verursachen.

Auch ein Rückgang der Symptome während der Untersuchung deutet auf eine Verbindung zu Emotionen hin.

Verschwinden der Symptome durch das Bewusstwerden der emotionalen Erfahrungen, ist dies der beste direkte Beweis dafür, dass die Somatisierung dieser Emotionen die Ursache für die Symptome der Patientin waren.

Keine Veränderung der Symptome eines Patienten oder von deren Zeichen - vorausgesetzt, es gab eine angemessene emotionale Aktivierung - deutet auf keine Somatisierung von Gefühlen hin. In diesen Fällen müssen andere physische Faktoren gesucht werden. Zum Beispiel: eine Frau mit chronischer Schwäche und Taubheit im linken Bein hatte keine Veränderung der Symptome bei dieser Untersuchungsmethode: Bei ihr stellte man eine Neuropathie aufgrund einer multiplen Sklerose fest. Wir haben herausgefunden, dass 5% bis 10% der Patienten, die an unsere Diagnoseklinik überwiesen werden, körperliche Probleme haben, die fälschlicherweise für eine Somatisierung gehalten wurden.

Tabelle 3

Interpretation der Antworten auf eine emotionsorientierte Untersuchung

Antwort	Interpretation und Antwort	Hüten Sie sich vor
Antwort 1: Die Symptome nehmen mit emotionalem Fokus zu, dann ab, wenn man nicht mehr auf die Emotionen fokussiert	Die Diagnose lautet wahrscheinlich Somatisierung. Verschreiben Sie eine emotionsfokussierte Psychotherapie und überwachen Sie die allmähliche Symptomlinderung	Falsch-positive Ergebnisse aufgrund von zufälliger Symptom -Änderung. Gesundheitliche Probleme, die nichts mit der Somatisierung zu tun haben, können immer vorhanden sein
Antwort 2: Die Symptome verbessern Sich durch emotionalen Fokus und mit dem Erleben der Gefühle.	Die Diagnose lautet (war) Somatisierung von diesen Gefühlen. Überprüfen sie im weiteren Verlauf, ob die Verbesserung anhält.	
Antwort 3: Keine Veränderung der Symptome	Es ist unwahrscheinlich, dass die Somatisierung Ursache der Symptome ist. Achten Sie auf andere körperliche Ursachen.	Falsch-negative Ergebnisse aufgrund von hoher Abwehr Sedierung, mangelnde Zusammenarbeit, falscher Fokus des Arztes
Antwort 4: Unklare Antwort	Kann eine auf Emotionen basierende Antwort sein oder auch nicht. Wiederholen Sie die Untersuchung. Ziehen Sie andere diagnostische Tests in Betracht oder Überweisung für eine emotionsorientierte Diagnostik.	

Falsche negative Ergebnisse

Falsch negative Ergebnisse treten auf, wenn der Untersucher den aktivierten Prozess der Somatisierung nicht erkennt. Dies ist der Fall, wenn das Niveau der mobilisierten Emotionen zu niedrig war, wenn der Patient zu sehr sediert ist, wenn die Abwehrmaßnahmen des Patienten nicht ausreichend unterbrochen wurden oder wenn der Patient während der Untersuchung nicht mit dem Arzt zusammenarbeitet. In jedem Fall muss der Patient zulassen, dass seine Emotionen mobilisiert werden und der Arzt muss sich auf die entsprechenden emotionalen Erfahrungen fokussieren, um eine auswertbare Antwort zu bekommen.

Falsch positive Ergebnisse

Falsch positive Ergebnisse treten auf, wenn der Patient aus anderen Gründen einen Anstieg oder Rückgang der Symptome während der Untersuchung hat. Z.B. zufällige Verschiebungen in episodische Ereignisse wie Muskelkrämpfe oder Symptomreduktion durch Ablenkung während der Untersuchung. Es ist wichtig, in diesen Fällen die Untersuchung mehr als einmal durchzuführen um zu sehen, ob die Ergebnisse reproduzierbar sind.

■ BEHANDLUNG: DYNAMISCHE KURZ-PSYCHOTHERAPIE

STDP ist für Patienten mit Somatisierung klinisch wirksam
Dynamische Kurz-Psychotherapie Formen (STDP) helfen Patienten spezifisch bei der Untersuchung von Trauma und durch Verlust verursachten Gefühlen, die zu Somatisierung, Depression, Angstzuständen und selbstzerstörerischem Verhalten führen. Wissenschaftlich untersuchte, videobasierte Fallserien in den letzten 30 Jahren haben die Wirksamkeit der Methode sowohl im kurz- als auch im langfristigen Verlauf gezeigt (12).

Wirksamkeit der STDP in kontrollierten Studien und in Meta-Analysen
Im Jahr 1995 führten Anderson und Lambert eine Meta-Analyse von 26 kontrollierten Studien durch und fanden, dass STDP einer Minimalbehandlung und einer Warteliste überlegen ist. Das auch in Stichproben mit Somatisierung. STDP erwies sich bei der Behandlung von Angstzuständen und depressiven Symptomen als ebenso wirksam wie kognitive Verhaltenstherapie (13). Eine kürzlich durchgeführte Meta-Analyse (14), unter Verwendung strengerer Einschlusskriterien, bestätigten diese Ergebnisse. In einer kürzlich durchgeführten randomisierten kontrollierten Studie an symptomatischen Patienten mit Persönlichkeitsstörung zeigte STDP eine signifikante Symptomreduktion, während die kognitive Psychotherapie dies nicht tat. Das deutet darauf hin, dass STDP zusätzliche Vorteile bei resistenteren und komplex symptomatischen Patienten aufweist (15).

In unserer aktuellen Cochrane-Review-Studie (16) fanden wir 40 veröffentlichte randomisierte kontrollierte Studien, die die Wirksamkeit von STDP bei einer Reihe von Erkrankungen belegen: Geschwüren, Reizdarm-Syndrom, Dyspepsie und urethrales Syndrom (17-20). Unsere Übersichtsarbeit hat ebenfalls ergeben, dass STDP im Vergleich zu minimalen Behandlungs- oder Wartelistenkontrollen überlegen ist und dass die Fortschritte im Untersuchungsdurchschnitt von einem Jahr erhalten bleiben.

STDP ist kosteneffektiv und reduziert die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
STDP reduziert nachweislich die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und ist kostensparend in der Behandlung von Patienten mit Dyspepsie, Reizdarmsyndrom, Depression, Selbstverletzung und bei therapieresistenten Patienten (21). Konkrete Zahlen zu den Kosten die in den überprüften Arbeiten zitiert wurden, zeigten 27 von 34 Kosteneinsparungen mit STDP, einschließlich der Reduzierung der Gesamtkosten, Medikamentenkosten, Arbeitsunfähigkeit, Inanspruchnahme von Hospitalisation und Arztkonsultationen.

■ FALLBEISPIELE

Fall 1: Angst in den quergestreiften Muskeln
Dieser 42-jährige Mann litt unter chronischer Müdigkeit und Fibromyalgie, die bis zum Zeitpunkt der Konsultation zu einer 13-monatigen Arbeitsunfähigkeit führte. Er kam in die Praxis mit langanhaltenden Schmerzen in den Schultern. Seine Hände

waren während des Interviews zu Fäusten geballt und er wirkte beim Erzählen seiner Geschichte angespannt.

ARZT: Können Sie eine bestimmte Situation nennen, in der Sie einen emotionalen Ausbruch hatten, damit wir verstehen, was das mit Ihnen macht?
PATIENT: Ja, Probleme zu Hause mit meiner Frau....
Am Samstag wollte sie, dass ich einige Arbeiten an der Garage mache. Sie begann zu schreien. Jeden Tag ist es dasselbe und ich habe es langsam satt....
ARZT: Und was fühlen Sie ihr gegenüber?
PATIENT: *[Macht einen tiefen Seufzer, die Hände werden geballt]* Verrückt.
DOCTOR: Sie meinen wütend ... zornig?
PATIENT: Ja.
ARZT: Wie erleben Sie die Wut in Ihrem Inneren, körperlich?
PATIENT: Sehr, sehr... angespannt
ARZT: Das ist Anspannung...Angst?
PATIENT: Ja.
ARZT: Wie haben Sie die Wut erlebt?
PATIENT: Ich beginne sie zu ignorieren.
ARZT: Ist das ein Mechanismus, um mit Wut umzugehen? Aber wie erleben Sie den darunterliegenden Ärger?
PATIENT: Es ist wirklich schwer, es in Worte zu fassen.... Ich werde wirklich wütend... es ist wie ein Wutanfall.
ARZT: Und wie erleben Sie die Wut?
PATIENT: *[Der Patient seufzt tief und presst seine Hände zusammen]*
ARZT: Haben Sie bemerkt, dass Sie seufzen und sich anspannen, wenn Sie über die Wut sprechen.
PATIENT: Nein, das habe ich nicht. Ich fühle mich nicht ängstlich.
ARZT: Aber bemerken Sie den Seufzer und Ihre Hände?
PATIENT: Jetzt schon, aber ich habe es vorher nicht gesehen.
ARZT: Ist es das, was mit Ihnen passiert, dass Sie ganz angespannt werden durch diese Gefühle?
PATIENT: Ja, das muss es sein.

Zu einem späteren Zeitpunkt in der einstündigen Sitzung, war der Patient in der Lage, die Emotionen der Wut, die Schuldgefühle über die Wut und Trauer um den sieben Jahre dauernden Konflikt zu fühlen. Nachdem die Gefühle in der Sitzung erlebt wurden, liessen die Muskelverspannungen und körperlichen Schmerzen massiv nach: dies war ein weiterer Beweis, dass er somatisiert hatte, oder wie er es ausdrückte: diese komplexen Gefühle "in sich hineinfressen".

Es ist typisch, dass Patienten, welche die Angst primär in der quergestreiften Muskulatur erleben, verneinen nervös zu sein, obwohl sie offensichtlich Angst während der Besprechung zeigen.
Er leugnet die Angst, weil diese unbewusst ist. Dadurch ist der Weg frei, eine Fibromyalgie zu entwickeln. Durch diese eine Therapiesitzung wurde für Patient und Arzt ein Zusammenhang zwischen blockierten Gefühlen und Körperschmerzen hergestellt. Durch diese Vorgehensweise, hat sich seine Fibromyalgie innerhalb von 10 Behandlungssitzungen aufgelöst. Er war wieder voll arbeitsfähig und benötigte keine Antidepressiva mehr.

Fall 2: Angst in den glatten Muskeln
Eine 38-jährige Frau mit schwerer einschränkender gastro-ösophagealer-Reflux-Erkrankung, Reizdarmsyndrom und Depressionen war zum Zeitpunkt der Konsultation schon zwei Jahre arbeitsunfähig. Diese Frau hatte eine sehr entspannte Körperhaltung, entspannte Hände und Abwesenheit von offensichtlicher Unruhe. Nach einer zehnminütigen Exploration ihrer Situation und der Ereignisse verschlimmerten sich ihre Magenprobleme und wir gelangen zu folgender Situation.

ARZT: Können Sie mir eine andere Situation erzählen, in welcher sich Ihr Magenleiden verschlimmerte?
PATIENT: Ja. Als meine Schwägerin einmal etwas getan hat, was mich wütend gemacht hat. Wenn mich Leute wütend machen, sage ich es ihnen nicht, ich vermeide sie einfach.
ARZT: Können Sie einen dieser Momente beschreiben, damit wir sehen können, wie sich das auf Sie auswirkt.
PATIENT: Einmal hat sie sich mit meinem Bruder gestritten, wie sie es oft tut....
ARZT: Wie haben Sie sich da gefühlt?
PATIENT: ... Jetzt habe ich das gerade wieder bekommen *[zeigt auf ihren Bauch und ihre Brust mit Aufwärtsbewegungen und rülpst)*
ARZT: Sodbrennen? Gerade jetzt aufgetreten?
PATIENT: Ja, Sodbrennen, hat gerade angefangen.
ARZT: Ist Ihnen sonst noch etwas aufgefallen? Zum Beispiel in Ihrem Magen?
PATIENT: Nein, nur das ... aber ich kann meinen Magen rumoren hören.
ARZT: Ist es so, wenn Sie wütend sind, dass Ihr Bauch rumort und Sie diese Säure bekommen?
PATIENT: Muss so sein....
ARZT: ...denn als Sie über die Wut geredet haben, bekamen Sie Krämpfe und Sodbrennen. Ist das ein Weg wohin die Wut geht?
PATIENT: Ja, das muss so sein, aber daran habe ich nie gedacht.
[Der Magen hört auf zu rumoren und das Sodbrennen verschwindet, nachdem wir ein paar Minuten darüber gesprochen haben]. Wissen Sie, das alles wurde noch schlimmer, als mein Verlobter mich verlassen hatte. *[Sie fährt fort und beschreibt Wie sie sich nicht nur abgelehnt, sondern auch gedemütigt gefühlt hatte durch die Art und Weise, wie er es gemacht hatte. Sie hatte nie Gefühle darüber, entwickelte aber rasch starken Durchfall und war dadurch drei Wochen lang an ihr Zuhause gebunden].*
ARZT: Was haben Sie Ihrem Verlobten gegenüber empfunden, als er Sie auf diese Weise abserviert hat?
PATIENT: Ich war einfach so krank und deprimiert. Ich hatte keine Wut verspürt. *[Die Patientin rülpst diesmal erneut* und *reibt sich den Bauch, weil sie sich unwohl fühlt].*
ARZT: Haben Sie jetzt wieder eine Magenverstimmung?
PATIENT: Mein Magen ist wieder durcheinander. Wieder Rumoren und Sodbrennen.
ARZT: Also noch einmal, wenn wir uns auf das Gefühl konzentrieren kommen die Krämpfe und das Sodbrennen zurück.
PATIENT: Aber sicher. Was können wir dagegen tun?

ARZT: Können wir versuchen, Ihnen bei der Identifizierung dieser Gefühle zu helfen, bevor sie in den Magen gehen und so versuchen, diesen Prozess zu unterbrechen? Können Sie mir etwas über einen weiteren Vorfall wie diesen sagen?

Die Patientin benötigte drei einstündige Sitzungen um ihre Angsttoleranz zu verbessern. Sie lernte über Gefühle nachzudenken, anstatt dass sie sich direkt auf ihren Magen auswirkten. Die Ablehnung hatte eine Wut und Schuldgefühle wegen der Wut ausgelöst. Dies war mit dem sexuellen Missbrauch durch ihren Bruder verbunden und des Verlassenwerdens durch ihre Mutter, als sie ihr davon erzählte. Nach 12 Therapiesitzungen war sie in der Lage ihre Medikamente gegen Reizdarmsyndrom sowie die Anxiolytika und Antidepressiva abzusetzen.

Diese Vignette ist typisch für Patienten bei denen sich die unbewusste Angst in den glatten Muskeln zeigt. Die Patientin zeigte keine sichtbaren Ängste, hatte aber gastro-intestinale Symptome, wenn auf die Gefühle hinsichtlich des kürzlich erlebten Traumas fokussiert wurde. Die Symptome wurden mobilisiert und wiederholt reduziert, was eine Verbindung zu den Emotionen bestätigt. Beachten Sie, dass sie nach außen hin ruhig wirkte. Die mobilisierten Emotionen wurden in ihren Magen-Darm-Trakt geleitet.

■ EINBEZIEHEN DER DIAGNOSTIK DER EMOTIONEN IN DER PRAXIS

Um dieses Gespräch durchzuführen, muss die behandelnde Person die Physiologie der Emotionen und die oben beschriebenen Muster der Somatisierung verstehen. Für viele Ärzte, die dieses Material zum ersten Mal sehen, ist das intuitiv klar. Sie können das ohne weiteres anwenden, was sie bereits wissen. Im Allgemeinen werden Ärzte, die dies lesen, das ausprobieren wollen und sehen, wie dies von Fall zu Fall anwendbar ist. So entwickeln sie mit der Zeit eine Fähigkeit darin. Erfahrene Kliniker haben dieses Vorgehen mit Hilfe von Fehlern und der Hilfe ihrer Patienten gelernt oder sie erlernten Elemente davon durch verschiedene Erfahrungen.

Hilfreiche Abkürzungen

In der Untersuchung von Emotionen geschulte Hausärzte beobachten, dass abgekürzte Elemente leicht in ein patientenzentriertes Vorgehen einbezogen werden kann. Man kann zum Beispiel fragen, wie sich "Stress", "Emotionen" oder "Wut" auf die Person und deren Körper auswirken oder fragen, wie die Person mit Wut in besonderen Situationen umgeht.

In einem ersten Patientenfragebogen kann man ein paar Fragen einfügen, die die Patienten dazu anhalten, darüber nachzudenken, wie Stress sie beeinflusst und wie sie die Angst körperlich erleben. Wenn sie später mit Symptomen kommen, kann man diese Basisdaten als Unterstützung für die neue Untersuchung beiziehen. So kann eine Kultur der Berücksichtigung von emotionalen Faktoren in den Praxisalltag eingebracht werden. Das schwächt die Abwehr gegen die Idee, dass Emotionen und Gesundheit, Geist und Körper eng miteinander verbunden sind.

Zeitfaktoren

Gemäss unserer Erfahrung können Hausärzte zwei Drittel dieser diagnostischen Untersuchungen während eines 15-minütigen konzentrierten Interviews durchführen.

In komplexeren Fällen, wie zum Beispiel Patienten mit kognitiv-perzeptiver Störung oder multiple Manifestationen von Angstzuständen, kann die Diagnose länger dauern. Diese benötigen im Allgemeinen eine speziellere Behandlung oder eine Überweisung. Falls erforderlich, kann ein Patient einen Tag oder eine Woche später für einen halbstündigen Termin nochmals aufgeboten werden

Selbstfürsorge

Trotz der Bedeutung des emotionalen Systems in der Medizin, versäumen es die medizinischen Lehrpläne in der Regel, eine ausreichende Ausbildung in diesem Bereich anzubieten. Gleichzeitig berichten bis zur Hälfte aus unseren eigenen Reihen über ein Burnout (31). Auch wenn es keinen Mainstream über Emotionen und Gesundheit in der medizinischen Lehre gibt, ist es ratsam, so viel wie möglich über das emotionale System zu lernen und wie es sich auf die Patienten und auf uns selbst auswirkt. Gezielte Seminare, Fallbesprechungen unter Kollegen, ausgewählte Lektüre und Videotraining können diesen Bildungsprozess unterstützen (32).

DANKSAGUNGEN

Der Autor möchte den vielen Kolleginnen und Kollegen danken, die dieses Manuskript geprüft und kommentiert haben. Diese Arbeit ist unterstützt von der Dalhousie University, Capital Health und dem Gesundheitsministerium von Nova Scotia.

REFERENZEN

1. Fink P, Sorensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jorgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. Psychosomatics 1999; 40:330–338.
2. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and out-come. Am J Med 1989; 86:262–266.
3. Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. Medical Care 2001; 39:705–715.
4. Engel CC Jr, Liu X, Hoge C, Smith S. Multiple idiopathic physical symptoms in the ECA study: competing-risks analysis of 1-year incidence, mortality, and resolution. Am J Psychiatry 2002; 159:998-1004.
5. Bellon JA, Fernandez-Asensio ME. Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. Patient Education & Counseling 2002; 48:33–41.
6. De Gucht V, Fischler B. Somatization: A critical review of conceptual and methodological issues. Psychosomatics 2002; 43:1–9.
7. Righter EL, Sansone RA. Managing somatic preoccupation. Am Fam Physician 1999; 59:3113–20.
8. Holloway KL, Zerbe KJ. Simplified approach to somatization disorder. When less may prove to be more. Postgrad Med 2000; 108:89–92, 95.
9. Servan-Schreiber D, Tabas G, Kolb NR. Somatizing patients: part II. Practical management. Am Fam Physician 2000; 61:1423–1428, 1431–1432.
10. Servan-Schreiber D, Kolb R, Tabas G. The somatizing patient. Prim Care 1999; 26:225–242.
11. Noyes R Jr, Holt CS, Kathol RG. Somatization. Diagnosis and management. Arch Fam Med 1995; 4:790–795.

12. Davanloo, H. Short-Term Dynamic Psychotherapy. New York: Jason Aronson; 1980.
13. Anderson E, Lambert M. Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. Clinical Psychology Review 1995; 15:503–514.
14. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 2004; 61:1208–1216.
15. Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH. Randomized controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. Am J Psychiatry 2004; 161:810–817.
16. Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (Protocol for a Cochrane Review). 2004. In: The Cochrane Library. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.
17. Sjodin I, Svedlund J, Ottoson J, Dotevall G. Controlled study of psychotherapy in chronic peptic ulcer disease. Psychosomatics 1986; 27:187–200.
18. Creed FLF, Guthrie E, Palmer S, et al. The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2003; 124:303–317.
19. Hamilton J, Guthrie E, Creed F. A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with chronic functional dyspepsia. Gastroenterology 2000; 119:661–669.
20. Baldoni F, Baldaro B, Trombini G. Psychotherapeutic perspectives in urethral syndrome. Stress Medicine 1995; 11:79–84.
21. Abbass A. The cost-effectiveness of short-term dynamic psychotherapy. Journal of Pharmacoeconomics and Outcomes Research 2003; 3:535–539.
22. Davanloo H. Intensive short-term dynamic psychotherapy with highly resistant patients. I. Handling resistance. International Journal of Short-Term Psychotherapy 1986; 1:107–133.
23. Davanloo H. The technique of unlocking the unconscious in patients suffering from functional disorders. Part I. Restructuring ego's defenses. In: Davanloo H. Unlocking the Unconscious. Chichester, England: John Wiley & Sons; 1990:283–306.
24. Katon W, Sullivan M, Walker E. Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders and adult trauma, and personality traits. Ann Intern Med 2001; 1:917–925.
25. Roter D, Ewart CK. Emotional inhibition in essential hypertension: Obstacle to communication during medical visits? Health Psychology 1992; 11:163–169.
26. Venable VL, Carlson CR, Wilson J. The role of anger and depression in recurrent headache. Headache 2001; 41:21–30.
27. Whorwell PJ, Houghton LA, Taylor EE, Maxton DG. Physiological effects of emotion: assessment via hypnosis. Lancet 1992; 340:434.
28. Davanloo H. Intensive short-term dynamic psychotherapy: Spectrum of psychoneurotic disorders. In Davanloo H. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. Chichester, England: John Wiley and Sons; 2001.
29. Servan-Schreiber D, Tabas G. Somatizing patients part I: practical diagnosis. Am Fam Physician 2000; 61:1073–1078.
30. Abelson JL, W. J., Neese RM, Curtis GC. Persistent respiratory irregularity in patients with panic disorder. Biological Psychiatry 2001; 49:588–595.
31. CMA Guide to Physician Health and Well-being. 2003. Canadian Medical Association.
32. Coombs RH, Perrell K, Ruckh JM. Primary prevention of emotional impairment among medical trainees. Acad Med 1990; 65:576–581.