

# «Die Krankheit hat einen Namen, und das ist für die Betroffenen eine riesige Erleichterung»

Interview mit Peter Keel über den Umgang mit Fibromyalgiepatienten

Fibromyalgie ist ein rätselhaftes Syndrom, das je nach Standpunkt des Betrachters als mehr oder minder klare Krankheitsentität, Zeitgeisterscheinung oder Marktnische für paramedizinische Angebote aller Art gedeutet wird. Wir fragten Peter Keel nach Erfolg versprechenden Strategien für den Umgang mit Fibromyalgiepatienten.

**ARS MEDICI:** In einem unserer Dossiers\* war kürzlich zu lesen, dass Fibromyalgie keine Krankheit, sondern eher ein soziales Problem sei, weil den Menschen suggeriert werde, man könne auch im Alter beschwerdefrei leben. Was meinen Sie dazu?

**Prof. Dr. med. Peter Keel:** Dass Fibromyalgie nur eine Überbetonung normaler, altersbedingter Symptome sein soll, geht an der Realität vorbei. Der von Ihnen genannte Beitrag zeichnet ein abschreckendes Zerrbild der Fibromyalgie, das im Allgemeinen nicht meinen Erfahrungen entspricht.

**ARS MEDICI:** Schildern Sie uns bitte Ihre Erfahrungen!

**Keel:** Bei meinen Fibromyalgiepatienten gelingt es relativ leicht, die Motivation für eine umfassende Behandlung und Betreuung zu wecken, das heisst vor allem Schmerzmanagement. Das mag natürlich auch ein wenig daran liegen, dass wir eine Spezialklinik sind und uns die Patienten zugewiesen werden beziehungsweise auf Empfehlung durch Selbsthilfegruppen oder mittels anderer Informationsquellen gezielt zu uns kommen. Natürlich gibt es auch immer einige, die sehr leidend sind, viel klagen und bei denen sich vielleicht nur kleine oder gar keine Veränderungen erreichen lassen. Auch sind nicht alle Patienten für eine psychosomatische Beratung zugänglich. Viele sind aber sehr dankbar, wenn sie im Psychiater einen Arzt finden, der ein offenes Ohr für ihr Leiden hat und sie damit ernst nimmt, auch wenn er ihnen nur bescheidene Hilfen anbieten kann.



## Zur Person

Professor Dr. med. Peter Keel, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik am Bethesda-Spital Basel, ist einer der Beiräte von ARS MEDICI.

**ARS MEDICI:** So ganz aus der Luft gegriffen scheint es nun aber doch nicht, dass Fibromyalgiepatienten in der Praxis doch recht schwierige Persönlichkeiten sein können, oder?

**Keel:** Wenn man die Beschwerden nicht ernst nimmt, tut man oft Menschen Unrecht, denen schon ein Leben lang immer wieder Unrecht getan worden ist. Bei vielen von ihnen wiederholt sich in der Krankheit die bereits in der Kindheit erlebte, kränkende Erfahrung, dass man ihnen nicht glaubt. Da sie häufig ohnehin schon sehr empfindlich in dieser Hinsicht sind, eskaliert ihr Verhalten. Entweder ziehen sie sich zurück, oder sie werden mit einer extrem fordernden Art effektiv zur Plage. Ich weiss auch aus eigener Erfahrung, dass solche Patienten zum Teil sehr abweisend, wenn nicht aggressiv sein können, wenn sie als psychosomatisch krank betrachtet werden. Sie beharren darauf, körperlich krank zu sein. Aber trotzdem und vielleicht gerade aus diesem Grund: Es ist wirklich wichtig, dass man Fibromyalgiepatienten ernst nimmt und ihnen mit Offenheit und Einfühlung begegnet. Dann können

sie nämlich sehr dankbare Patienten werden. Sie sind ja auf der Suche nach einem Arzt, zu dem sie Vertrauen fassen können. Wenn sie den einmal gefunden haben, können sie auch damit leben, dass er ihnen sagt: «Ich kann Ihnen nicht viel bieten.» Dieser Arzt kann dann aber auch verhindern, dass sie alle möglichen, völlig überflüssigen und möglicherweise gefährlichen Dinge mit sich machen lassen, wie etwa zweifelhafte Operationen.

**«Solche Patienten können zum Teil sehr abweisend, wenn nicht aggressiv sein, wenn sie als psychosomatisch krank betrachtet werden. Sie beharren darauf, körperlich krank zu sein.»**

**ARS MEDICI:** Aber muss denn die Diagnose «Fibromyalgie» sein? Die Symptome sind recht unspezifisch, und es gibt nicht wenige, die vor dem Etikett Fibromyalgie warnen, weil man damit einen Menschen erst zum Kranken erklären würde. Ich kann mich erinnern, dass Sie vor Jahren einmal über chronische Rückenschmerzpatienten sagten, dass diese zwar in der Tat leiden, aber häufig eben nicht primär an ihrem Rücken. Könnte es in diesem Sinne also nicht doch sein, dass die Diagnose Fibromyalgie eher schadet als nützt?

**Keel:** Nein, die Diagnose ist durchaus nützlich. Es gibt diese Krankheit, und sie ist heute besser beschrieben als manche andere. Es gibt auch keinen Grund, warum man Reizdarm, Migräne oder auch Depression als Diagnosen anerkennt und akzeptiert – obwohl wir dort auch keine Laborwerte messen können –, die Fibromyalgie aber nicht. Sie bezeichnet eine Sammlung sehr charakteristischer Befunde. Unterdessen gibt es eine Reihe von Studien, die belegen, dass es effektiv messbare Veränderungen gibt. So ist die Schmerzwahrnehmung dieser Patienten verändert. Man weiss auch, dass es Veränderungen im Cortisolstoffwechsel gibt und in der Funktion des vegetativen Nervensystems. Die Phänomene der Fibromyalgie sind also bekannt, und man weiss auch, dass sie mit dem Stress zu tun haben, unter dem die Patienten stehen. Man kann zwar nicht viel dagegen tun, aber die Krankheit hat immerhin einen Namen. Das ist für die Betroffenen eine riesige Erleichterung, denn sie können sich damit die vielen Symptome erklären. Ich sehe das immer in meinen Therapiegruppen. Darum ist es sehr wertvoll, die Diagnose zu stellen und adäquat über Fibromyalgie zu informieren. Adäquat informieren heisst aber nicht: «Sie haben Fibromyalgie, aber da kann man sowieso nicht viel machen!» oder «Sie haben Fibromyalgie, aber glauben Sie bloss nicht, dass Sie deswegen eine IV-Rente bekommen!» oder «Bis 65 wird das schlimmer, und dann wirds wieder besser.» Damit ist niemandem geholfen. Leider bekommen die Betroffenen aber häufig so etwas zu hören, weil ihre Ärzte eben auch nicht Bescheid wissen.

**ARS MEDICI:** Sie sagten aber gerade selbst, man könne nicht viel machen. Wo ist nun der Unterschied in der Information für Ihre Patienten?

**Keel:** Moment! Ich erkläre die Fibromyalgie natürlich gerade im Zusammenhang mit Stress und beschreibe auch die typischen Verhaltensmuster, wie Perfektionismus, Über-Wachsamkeit, Über-Hilfsbereitschaft, sich nicht abgrenzen können und so weiter. Für viele ist es ein echtes Aha-Erlebnis, wenn sie feststellen, dass das auch auf sie zutrifft. In der Folge leitet sich daraus eine Art von Psychotherapie ab, in der man wirklich daran arbeitet, sein Verhalten zu ändern. Das läuft beispielsweise mit Hausaufgaben wie «Probieren Sie einmal diese Woche, irgendwo Hilfe in Anspruch zu nehmen» oder «Versuchen Sie, etwas liegen zu lassen». Man kann psychotherapeutisch, das heisst auf der Ebene von Umgang mit der Krankheit, Leistungsbereitschaft, Perfektionismus und so weiter, einiges erreichen. Schwieriger wird es, wenn Beziehungskonflikte mit dem Partner oder in der Familie bestehen.

**ARS MEDICI:** Versuchen Sie es grundsätzlich zuerst mit Psychotherapie bei Fibromyalgiepatienten und erst später mit Medikamenten, falls das nichts bringt?

**Keel:** Nein, eigentlich verordne ich sehr oft schon in der ersten Sitzung auch ein Medikament. Wenn beispielsweise der Schlaf gestört ist, rate ich zu kleinen Dosen trizyklischer Antidepressiva. Damit ist den Patienten oft gut gedient, denn wenn sie wieder erholsamer schlafen, fühlen sie sich auch wieder wohler. Das ist zwar nur eine kleine, aber oft wirksame

**«Wenn man Fibromyalgiepatienten ernst nimmt und ihnen mit Offenheit und Einfühlung begegnet, können sie sehr dankbare Patienten werden.»**

Massnahme. Im Laufe der Zeit, vor allem bei extremer Schmerzüberempfindlichkeit, versuche ich Duloxetin oder Pregabalin. Trizyklische oder auch die neueren Antidepressiva und Pregabalin haben eine, wenn auch bescheidene, Wirkung bei Fibromyalgie. Das sind zwar keine Wunderdrogen, so wie sie jetzt zum Teil angepriesen werden, aber es ist trotzdem einen Versuch wert. Die Anwendung scheitert aber oft an den Nebenwirkungen, weil man dann nicht die angemessenen Dosen geben kann.

**ARS MEDICI:** Die Schmerzforscherin Herta Flor sagt, dass es kontraproduktiv sei, immer über seine Schmerzen zu reden, und warnt beispielsweise vor Selbsthilfegruppen, in denen nur gejammert wird. Was meinen Sie dazu?

**Keel:** In unserer Therapiegruppe ist nur minimales Jammern gestattet, und auch das wird sehr schnell gestoppt! Es geht

in der Tat darum, an seinem Verhalten zu arbeiten und nicht stundenlang über seine Schmerzen zu lamentieren. Darum ist es ganz wichtig, dass man eine Therapiegruppe gut strukturiert. Das gilt auch für Selbsthilfegruppen. Viele Gruppen für chronische Schmerzpatienten bringen nichts, weil dort nur gemurmelt wird und das die Beteiligten am Ende noch mehr herunterzieht. Selbsthilfegruppen funktionieren nur dann gut, wenn sich die Leiterinnen oder Leiter an gewisse Prinzipien halten: Es darf kein Jammerclub sein, sondern es geht um die Vermittlung von Selbsthilfe und Information. Ich kenne Leiterinnen in der Nordwestschweiz, die das zum Beispiel sehr gut machen. Aber es stimmt, dass die Gefahr des Abgleitens in ausschweifendes Lamentieren in solchen Gruppen immer besteht.

**ARS MEDICI:** Gibt es noch viele IV-Fälle wegen Fibromyalgie?

**Keel:** Bis vor etwa zwei, drei Jahren hatte man gewisse Chancen. Dann kam der Erlass, dass somatoforme Schmerzstörungen per se nicht invalidisierend seien, sondern nur unter sehr restriktiven Ausnahmehedingungen. Kurz danach hiess

es dann, dass Fibromyalgie und dissoziative Störungen, quasi all die funktionellen Leiden in den gleichen Topf gehörten. Darum ist es heute extrem schwierig. Wenn jemand nicht

**«Es gibt keinen Grund, warum man Reizdarm, Migräne oder auch Depression als Diagnosen anerkennt und akzeptiert – obwohl wir dort auch keine Laborwerte messen können –, die Fibromyalgie aber nicht.»**

schwer depressiv ist oder sonst eine Zusatzdiagnose hat, ist es fast nicht mehr möglich, und das ist brutal. Ich betreue Patienten zum Teil über viele Jahre und sehe, wie sie darunter leiden, dass sie nicht mehr arbeiten können, es trotzdem versuchen, scheitern und sich dann noch anhören müssen, sie seien nur faul. Das ist nicht wahr. Ich habe beispielsweise auch eine ganze Reihe von Fibromyalgiepatienten, die weiterhin im Arbeitsprozess stehen, ihre Arbeitsfähigkeit erhalten und sie sogar wieder steigern konnten.

**ARS MEDICI:** Wer sollte primär einen Patienten mit Fibromyalgie behandeln? Ein Psychiater oder Psychotherapeut, der Hausarzt oder ein Spezialist?

**Keel:** Ich finde, das muss im Teamwork geschehen. Zum Beispiel kann ein Hausarzt, der etwas davon versteht, zumindest phasenweise mit einem Psychiater oder Psychotherapeuten zusammenarbeiten. Eine Gruppentherapie, wie wir sie vorhin besprochen haben, würde eigentlich den meisten Patienten gut tun. Anschliessend stellt sich für mich die Frage, ob es Indikationen für eine spezifischere Psychotherapie gibt, das heisst Konfliktsituationen, die man bearbeiten kann. Wenn es diese nicht gibt oder wenn die Patienten einer Psychotherapie völlig ablehnend gegenüberstehen, ist sie auch nicht sinnvoll. Übrigens schicke ich jeden Fibromyalgiepatienten, der mir nicht eindeutig abgeklärt scheint, erst einmal zurück zum Hausarzt, um beispielsweise zu überprüfen, ob nicht eine Schilddrüsenunterfunktion oder ein latenter Eisenmangel hinter den Symptomen stecken könnte. Vor Kurzem hatte ich auch einmal einen Patienten, bei dem wir ein Schlafapnoesyndrom entdeckt haben. Man muss also immer wachsam

sein und darf nicht alles mit Fibromyalgie erklären. In der Regel wurde aber bereits eher zu viel abgeklärt, bis die Patienten zu mir kommen.

**ARS MEDICI:** Gibt es für Hausärzte Anlaufstellen oder eine Fachgesellschaft, um zu erfahren, wohin sie einen Fibromyalgiepatienten schicken können?

**Keel:** Das ist eine schwierige Frage. Es gibt schweizweit nicht sehr viele Spezialisten, die sich speziell mit Fibromyalgie befassen. Gute Adressen wissen noch am ehesten die Selbsthilfvereinigungen oder die Rheumaligen, auch wenn das regional sehr unterschiedlich ist.

**ARS MEDICI:** Herr Professor Keel, wir danken Ihnen für das Gespräch.

*Das Interview führte Renate Bonifer.*

\* Christof Specker: Fibromyalgie – ein Problem der Psyche! Bagatellbefunde werden zu Konzeptionsdiagnosen erhoben. ARS MEDICI Dossier XII/2008: 23–26.