

Aktuelle Verhaltenstherapie

Heft 5

Somatoforme Störungen

Psychosomatische Fachklinik
Bad Dürkheim

Herausgeber: Psychosomatische Fachklinik
Dr. med. Klaus G. Limbacher
Chefarzt
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Kurbrunnenstraße 12
67098 Bad Dürkheim
Tel. 06322/ 34 - 259
Fax - 266
Servicehotline: 01803-244-181-0

Redaktion: Dipl. Psych. A. Dehmlow
Dr. med. Klaus G. Limbacher

3. Auflage 2005 1000 Exemplare
ISSN 1432-5845
Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

Stefan Leidig Andreas von Pein

Schwerpunkte eines integrativen
stationären Behandlungskonzeptes
für PatientInnen mit somatoformen
Störungen

**Ansprechpartner für den Bereich somatoforme
Störungen:**

Dr. med. A. v. Pein, Ltd. Internist

Telefonische Sprechzeit:

Mon. 14.15-15.15 Uhr Tel. 06322 / 934 - 242

Fax 266

**Außerhalb dieser Sprechzeit erreichbar unter
Servicehotline: 01803-244-181-0**

Inhaltsverzeichnis

I. Problembereiche/Diagnostische Kriterien	4
II. Grundlegende therapeutische Prinzipien	5
III. Therapieziele	7
IV. Indikation zur stationären Behandlung	9
V. Spezifische Methoden	11
Basisliteratur	14

I. Problembereiche/Diagnostische Kriterien

Der Begriff „Somatoforme Störung“ oder "funktionelle Störung" bezeichnet körperliche Beschwerdebilder, denen keine organpathologisch nachweisbaren Veränderungen zugrunde liegen. Häufig ist die Funktion des betreffenden Organsystems durch vegetative Reaktionen scheinbar situationsunangemessen gestört. Aufgrund der Bewertung der Symptomatik als ernsthafte körperliche Erkrankung geraten PatientInnen in einen Teufelskreis:

Ärztliche Untersuchungen ergeben keinen pathologischen Befund, was aber nicht zu einer Beruhigung führt, da die Betroffenen keine überzeugende (psychophysiologische) Alternativ-Erklärung zur vermuteten organpathologischen Ursache haben. Entsprechend werden die befundlosen ärztlichen Untersuchungsergebnisse als beunruhigend erlebt, da man doch unter realen Beschwerden leidet. Bei PatientInnen, die nicht an "Stresssymptome" glauben, verfestigt sich die Ansicht, Opfer von Fehldiagnosen zu sein. Im Zuge ängstlicher Bewertung der eigenen körperlichen Verfassung fixieren sich die Betroffenen zunehmend stärker auf ihre Symptome und beginnen, medizinische und paramedizinische Stellen in der Hoffnung auf die erlösende Diagnose und Therapie gehäuft zu frequentieren.

Die ständige Beschäftigung mit der Symptomatik führt zu verstärkter Aufmerksamkeit auf alle Körperprozesse, die einen Hinweis auf eine Krankheit geben könnten. Gesundheit wird von diesen Patienten oft missverstanden als einen Zustand vollkommener körperlicher Beschwerdefreiheit.

Hier deutet sich an, dass klinisch bedeutsame somatoforme Störungen sich nur zu einem Teil auf der körperlichen Ebene äußern. Gedanklich sind die PatientInnen exzessiv mit der

Symptomatik und deren möglichen Auswirkungen beschäftigt. Das Beschwerdebild, als "Krankheit" bedrohlich bewertet, wird als weitgehend unkontrollierbar erlebt. Hieraus ergeben sich zwangsläufig hilflos-depressive bzw. ängstliche Stimmungen, die zur Aggravation des Störungsbildes beitragen. Auf der Verhaltensebene ergeben sich Schonhaltungen und sozialer Rückzug. Die Betroffenen leben das Leben eines(r) Invaliden ("chronisches Krankheitsverhalten").

II. Grundlegende therapeutische Prinzipien

Zu Beginn der Krankheitsentwicklung ergibt sich manchmal eine deutliche Besserung der Symptomatik alleine dadurch, dass eine organpathologische Ursache durch den Arzt ausgeschlossen und gleichzeitig ein plausibles Erklärungsmodell für die Beschwerden dargestellt wird. Solche "psychoedukativen" Erklärungsmodelle liegen mittlerweile für nahezu alle funktionellen Störungen vor.

Die sorgfältige Aufklärung über psychophysiologische Zusammenhänge ist auch bei chronifizierten PatientInnen im stationären Setting ein initialer Therapiebaustein.

Die Grundlage einer erfolgreichen Behandlung ist ein von Patient und Therapeut gleichermaßen anerkanntes Störungsmodell. Selbst die beste Verhaltenstherapie greift nicht, wenn die Betroffenen immer noch glauben, sie hätten eine unerkannte Krankheit und müssten nur noch den richtigen Arzt finden, der ihnen das erlösende Medikament verschreibt!

Ausgehend von einem konsensfähigen Störungsmodell werden Therapieziele entwickelt, die insbesondere die aktuellen Problembereiche der Betroffenen fokussieren. Wie schon unter I. angedeutet, sind stationär behandlungsbedürftige PatientInnen mit somatoformen Beschwerdebildern in der Regel über Jahre nahezu ausschließlich körpermedizinisch behandelt worden. Diese Behandlungsversuche und häufig divergierende Aussagen von Behandlern unterschiedlichster Kompetenz, die den Patienten verunsichern, tragen zur Chronifizierung wesentlich bei. Das heißt auch, dass die ursprünglichen beschwerdeauslösenden Stressoren lediglich einen Teilaspekt der aktuellen Problembereiche darstellen. Entsprechend ist unser Behandlungsansatz in der Auffassung begründet, dass somatoforme Störungen von ganz vielfältigen lebensgeschichtlich erworbenen und aktuell vorhandenen inneren und äußeren Bedingungen beeinflusst sind. Sie sind nicht das Resultat eines einzigen pathogenen Traumas.

Wir sehen bei unseren PatientInnen Problembereiche, die sich im Sinne eines Teufelskreises ausweiten: zur Gesundung beitragende Bedingungen und Kompetenzen versiegen mit dem Fortschreiten der Beschwerden und werden von Verhaltensweisen überlagert, die die Invalidität noch verstärken. Entsprechend müssen bei chronifizierten PatientInnen im stationären Bereich folgende Störungsaspekte primär behandelt werden:

1. Folgen rein somatischer Ursachenzuschreibung:

- a) Verlust von Vertrauen in die eigene Funktionsfähigkeit (körperlich, psychisch und sozial)
- b) Verunsicherung bezüglich der Entwicklung von Selbsthilfemöglichkeiten („Ich bin dem Symptom völlig ausgeliefert.“)

- c) Ständige Rückversicherung bzgl. der „Gutartigkeit“ der Symptome führt zwar zu einer kurzfristigen Beruhigung aber damit auch zu einer Abhängigkeit von der Suche nach vermeintlich „richtiger“ ärztlicher Hilfe.
- d) Abhängigkeit und unreflektierte Inanspruchnahme von Medikamenten und (para-)medizinischen Versorgungssystemen

2. Syndromspezifische Problembereiche:

- a) physiologische Ebene: erhöhte autonome Reagibilität
- b) subjektive Ebene: Defizite in der Wahrnehmung von und in dem Umgang mit Emotionen, allgemeine negative Selbstwahrnehmung (schwach, empfindlich, nicht belastbar, hilflos)
- c) Verhaltensebene: körperliches Schonverhalten bzw. "unphysiologischer" Umgang mit dem Körper, Fehlen aktiver Entspannungsfertigkeiten, Verlernen positiver Körperwahrnehmungen (Genussfähigkeit) Defizite bezüglich sozialer Kompetenzen

III. Therapieziele

Die Sicherung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit sowie die Verhinderung drohender gesundheitlicher Beeinträchtigungen wird durch Erarbeiten folgender Ziele angestrebt:

- Wiedererwerb von Vertrauen in die Funktionstüchtigkeit des eigenen Körpers sowie der psychischen und sozialen Handlungs- und Erlebnisfähigkeit.

- Toleranz gegenüber körperlichen Missempfindungen, Lernen zu unterscheiden zwischen eher organisch bedingten Beschwerden und funktionellen Beschwerden zu unterscheiden, Verzicht auf gehäufte Inanspruchnahme ärztlicher Dienste, die der Beruhigung dienen.
- Evtl. Körperliche Beschwerden als Hinweisreiz für psychophysische Überlastung erkennen und erleben lernen
- Aufbau von eigenem "Gesundheitsverhalten" (Entspannung, körperliche Aktivierung, Wiederaufbau sozialer Fertigkeiten, Erwerb von Strategien zur Stressbewältigung)
- Durchführung medizinischer Belastungserprobungen mit dem Ziel einer (Re-)Integration in das Arbeitsleben.

IV. Indikation zur stationären Behandlung

Die Einweisungskriterien, die im Zusammenhang mit der Notwendigkeit einer stationären Therapie genannt werden, sind in der Regel undifferenziert. Ein zentraler Punkt dieser Unklarheit besteht in der Verunsicherung bezgl. der Differentialindikation: Wann ist eine ambulante Maßnahme ausreichend, wann ist eine stationäre Therapie notwendig? Da aus psychiatrischen Diagnosen unmittelbar keine therapeutischen Strategien abgeleitet werden können, sollen im folgenden die Problembereiche bei PatientInnen mit funktionellen Störungen aufgeführt werden, die eine Indikation zum stationären Aufenthalt darstellen,

sobald eine ambulante Behandlung gescheitert ist.:

- **Dramatisch erlebte physische Bedrohung:**
PatientInnen, die ihre funktionellen Beschwerden als vital bedrohlich erleben, können mit Hilfe einmal wöchentlich stattfindender ambulanter Therapie kaum davon abgehalten werden, bei ängstigender Wahrnehmung ihrer Beschwerden einen Arzt aufzusuchen. Die - häufig kardiovaskulären - furchteinflößenden Störungen können in einem permanent zur Verfügung stehenden interdisziplinären stationären Setting in der Regel recht schnell und dauerhaft entdramatisiert werden.
- **Eindimensionale Vorstellung von Krankheit und Gesundheit:**
PatientInnen mit über Jahre chronifizierten funktionellen Störungen kommen mit großer Skepsis zur Psychotherapie, da sie überzeugt sind, an einer noch nicht diagnostizierten körperlichen Erkrankung zu leiden. Häufige Arztwechsel und längere Krankenhausaufenthalte stehen damit im Zusammenhang. Viele Patienten führen ihr Leid alleine auf

einen möglichen körperlichen Defekt zurück, andere ausschließlich auf soziale oder sonstige Umwelteinflüsse. Solcherlei eingeschränkte und eindimensionale Krankheitsvorstellungen führen natürlich zu einseitigen Heilungserwartungen wie z.B.: "Ich muss nur noch den richtigen Arzt finden". Im Einzeltherapiesetting ist es häufig schwierig, kraft professioneller Autorität Patienten zu differenzierter Selbstreflexion anzuregen.

Im Zusammenleben auf einer verhaltenstherapeutischen Station findet ein reger informeller Austausch der Patienten untereinander statt. Da während der stationären Behandlung die Symptomatik auch im akuten Zustand auftritt, können immer wieder gezielt alternative Bewältigungsstrategien eingeübt werden, z.B. indem weitere medizinische Untersuchungen, die nur der Rückversicherung dienen, abgelehnt und stattdessen Aktivierungsübungen vorgeschlagen werden.

Entsprechend können die Betroffenen, angeregt durch psychoedukative Vorträge und Gruppentherapien lernen, Zusammenhänge zwischen Verhalten und psychosomatischen Beschwerden zu sehen. Dadurch werden die PatientInnen zum Experten im Umgang mit ihrer Erkrankung. Ein solches "psychosomatisches Bewusstsein" ist die Grundlage dafür, neue, selbständige Stressbewältigungsstrategien zu entwickeln. Das Entwickeln eines Bewusstseins für verschiedene Bedingungsfaktoren der eigenen Krankheit ist von daher nicht Voraussetzung sondern Ziel einer stationären Verhaltenstherapie. Sind PatientInnen infolge ihrer ausdifferenzierten Sichtweise der eigenen Problematik gut motivierbar, so erscheint auch eine ambulante Therapie ausreichend.

- **Chronisches Krankheitsverhalten:**
Unter chronischem Krankheitsverhalten versteht man alle Handlungen und Erlebnisweisen, die aus dem Gefühl heraus entstehen, man habe eine sehr bedrohliche, aber noch nicht ausreichend behandelte Erkrankung. Sozialer Rückzug, extreme Hilfsbedürftigkeit und ausgedehntes Schonverhalten sind die Folgen. In bezug auf diese gelebte Invalidität gibt es im stationären Bereich eine breite Palette von Interventionsmöglichkeiten. In der Sporttherapie und verschiedenen ergo- und psychotherapeutischen Gruppen werden die PatientInnen zu Aktivitäten angeregt. Hierzu gehört auch das gezielte Aufsuchen beschwerdeninduzierender Situationen. Ziel dieser Therapiebausteine ist nicht die Symptommfreiheit, sondern der Erwerb von Fähigkeiten, trotz graduell noch auftretender Hindernisse wieder am sozialen Leben verantwortlich teilzunehmen.
- **Chronische Überforderung:**
Vegetative Beschwerden und Schmerzsyndrome in Verbindung mit Ängsten oder depressiv-hilflosen Stimmungseinbrüchen treten häufig bei chronisch überforderten (z.B. durch Beruf, Haushalt und Kindererziehung) PatientInnen auf. Durch die Symptomatik wird die Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, was zu vermehrter Anstrengung und entsprechenden Symptomaggravationen führt. Um diesen Teufelskreis zu unterbrechen und die Betroffenen wieder zu stabilisieren, ist es nötig, einen Abstand zu den Alltagsstressoren zu schaffen. Erst dadurch wird es möglich, neue Lebenspläne bzw. Stressbewältigungsstrategien zu entwerfen und gründlich einzuüben.

V. Therapieansatz der Psychosomatischen Fachklinik

Der Therapieansatz für Patienten mit somatoformen Störungen ist dem für Patienten mit anderen psychischen und psychosomatischen Störungen hinsichtlich seiner biopsychosozialen (verhaltensmedizinischen) Grundausrichtung und der Zusammensetzung aus verschiedenen Bausteinen vergleichbar. Der Patient wird bei der Diagnosestellung und bei der Therapie als Gesamtperson mit Problemen auf körperlicher, seelischer und/oder sozialer Ebene betrachtet.

Standardangebote für alle Patienten

Obligatorisch:

- Ärztliche Aufnahmeuntersuchung und allgemeinärztliche Weiterbetreuung
- Einzelgespräche mit der Bezugstherapeutin / dem Bezugstherapeuten
- Gruppenpsychotherapie (Psychosomatikgruppe oder Problemlösegruppe)
- Entspannungstraining nach Jacobson

Mit individueller Indikationsstellung:

- Hausinterne und externe konsiliarische medizinische Diagnostik (hausintern: Innere Medizin, Gynäkologie, Neurologie, Psychiatrie)
- Psychologische Schmerzgruppe / Achtsamkeitsgruppe
- Medikamentenmanagement
- Training sozialer Kompetenzen
- Psychoedukation in Großgruppen zu den Störungsbildern Depression, Angst, Persönlichkeitsstörungen

- Störungsspezifische Gruppen für Zwänge, Anorexie/Bulimie, Adipositas, posttraumatische Belastungsstörung
- Spezielle Angebote für Jugendliche / junge Erwachsene sowie ältere Patienten
- Paar- und Familiengespräche
- Teamsport, Sportgruppe „Fit ab 45“, Zirkeltraining, Wassergymnastik, Rückenschule, Feldenkraisgruppe, Atemgruppe, Körperwahrnehmungsgruppe, Energiegruppe
- Biofeedback
- Krankengymnastische Einzelbehandlung
- Soziotherapeutische Betreuung
- ergotherapeutische Betreuung
- Hausinterne oder externe berufliche Belastungserprobung
- Ernährungsberatung

Optional:

- Psychoedukative Informationsveranstaltung über sozialmedizinische Aspekte der psychosomatischen Rehabilitation
- Ergotherapie in den offenen Werkstätten
- Freizeitsport

Basisliteratur

- Bischoff, C., Zenz, H. (Hg.) (1989) Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern, Huber
- Leidig, S., v. Pein, A. (1994) Stationäre Gruppentherapie für Patienten mit chronifizierten somatoformen Störungen. In M. Zielke, J. Sturm (Hg.) Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim, Beltz
- Hiller, W., Fichter, M., Rief, W. (2004): Wirksamkeit und Kosten-Nutzeneffekte der stationären Therapie somatoformer Störungen. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 72, 136-146
- Lieb, H., v. Pein, A. (1990) Der kranke Gesunde. Stuttgart, TRIAS
- Marggraf J., Neumer S., Rief W Hrsg.): Somatoforme Störungen. Ätiologie, Diagnose und Therapie. Berlin: Springer, 1988
- Rief, W. Henningsen P. (2005) Somatoforme Störungen In W. Senf, M. Broda (Hg.) Praxis der Psychotherapie. Stuttgart, 3. Auflage, Thieme
- Rief, W., Hiller, W. 1998 Somatisierungsstörung und Hypochondrie. In Fortschritte der Psychotherapie, Hogrefe
- Salkovskis, P. M. (1996) Somatisierungsstörung. In J. Marggraf (Hg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2. Berlin, Springer
- Timmer, B., Bleichhardt, G., Rief, W. (2004) Effektivität einer stationären Gruppentherapie für somatoforme Störungen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 33, 24-32
- Sturm, J., Zielke, M. (1994) Chronisches Krankheitsverhalten: Entwicklung eines neuen Krankheitsparadigmas. In M. Zielke, J. Sturm (Hg.) Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim, Beltz

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

- Heft 1 – Indikation zur stationären Therapie
- Heft 2 – Angststörungen
- Heft 3 – Zwangsstörungen
- Heft 4 – Psychogene Essstörungen
- Heft 5 – Somatoforme Störungen
- Heft 6 – Chronischer Kopfschmerz
- Heft 7 – Biofeedbacktherapie
- Heft 8 – Psychosomatische Behandlung bei Jugendlichen
- Heft 9 – Psychosomatik gynäkologischer Störungsbilder
- Heft 10 – Die Aufmerksamkeitsdefizit/
Hyperaktivitätsstörung des Jugend
und Erwachsenenalters
- Heft 11 – Sexuelle Traumatisierungen
- Heft 12 – Persönlichkeitsstörungen
- Heft 13 – Depression
- Heft 14 – Chronischer Schmerz

ISSN 1432-5845