

# **Aktuelle Verhaltenstherapie**

**Heft 5 Nov. 1996**

## **Somatoforme Störungen**

**Psychosomatische Fachklinik  
Bad Dürkheim**

**Herausgeber: Psychosomatische Fachklinik**  
**Ltd. Arzt**  
**Dr. med. Klaus G. Limbacher**  
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin  
**Kurbrunnenstraße 12**  
**67098 Bad Dürkheim**  
**Tel. 0 63 22 / 9 34 - 2 59**  
**Fax 2 66**

**Redaktion: Dipl. Psych. Stefan Leidig**  
**Dr. med. Klaus G. Limbacher**

1. Auflage 1996 1000 Exemplare

**ISSN 1432-5845**

Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

**Stefan Leidig Andreas von Pein**

**Schwerpunkte eines integrativen  
stationären Behandlungs-  
konzeptes für PatientInnen mit  
somatoformen Störungen**

**Ansprechpartner für den Bereich somatoforme  
Störungen:**

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

**Telefonische Sprechzeit:  
Freitags 11.00 - 12.00 Uhr  
Tel. 0 63 22 / 9 34 - 2 42  
Fax 2 66**

**Außerhalb dieser Sprechzeit erreichbar unter  
Tel. 0 63 22 / 9 34 0**

# **Inhaltsverzeichnis**

<b>I. Problembereiche/Diagnostische Kriterien</b>	<b>4</b>
<b>II. Grundlegende therapeutische Prinzipien</b>	<b>5</b>
<b>III. Therapieziele</b>	<b>7</b>
<b>IV. Indikation zur stationären Behandlung</b>	<b>8</b>
<b>V. Spezifische Methoden</b>	<b>10</b>
<b>Basisliteratur</b>	<b>12</b>





## I. Problembereiche/Diagnostische Kriterien

Der Begriff "funktionelle Störung" bezeichnet körperliche Beschwerdebilder, denen keine organpathologisch nachweisbaren Veränderungen zugrundeliegen. 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.

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 beitra

gen. 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. 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 zu einer kurzfristigen Beruhigung und damit 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 Wahrnehmung von und Umgang mit Emotionen
- c) Verhaltensebene: körperliches Schonverhalten bzw. "unphysiologischer" Umgang mit dem Körper, Fehlen aktiver Entspannungsfertigkeiten, 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.
- Aufbau von "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 Problembereiche bei PatientInnen mit funktionellen Störungen aufgeführt werden, aufgrund derer eine ambulante Behandlung in der Regel scheitert und die entsprechend eine Indikation zum stationären Aufenthalt darstellen:

- **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 werden in einem permanent zur Verfügung stehenden interdisziplinären stationären Setting in der Regel recht schnell und dauerhaft entdramatisiert.
- **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 eindimensionalen Heilungserwartungen wie z.B.: "Ich muß nur noch den richtigen Arzt finden". Für ambulante Behandler ist es äußerst schwierig, kraft ihrer professionellen Autorität Patienten zu differenzierter Selbstreflexion anzuregen. Jedoch im Zusammenleben auf einer verhaltenstherapeutischen Station findet ein reger informeller Austausch der Patienten untereinander statt. 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 Symptomfreiheit, 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. Spezifische Methoden

- Einzeltherapie
- Problemlösegruppe nach Grawe
- Gruppentherapie für Patienten mit chronifizierten somatoformen Störungen
- Sporttherapie
- Ergotherapie
- Medizinische Belastungserprobung
- Soziotherapie
- Familiengespräche
- Atemtherapie / Entspannungstraining
- Weitere Indikative Gruppen je nach individuellen Problembereichen (z.B. Angstbewältigungstraining, Depressionsgruppe, Selbstsicherheitstraining)

## **Basisliteratur**

- Bischoff, C., Zenz, H. (Hg.) (1989) Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern, Huber
- Franke, A. (1984) Gruppentraining gegen psychosomatische Störungen. München, U. & S.
- Gatchel, R.J., Blanchard, E.B. (1993) Psychophysiological disorders. Research and clinical applications. Washington D.C., American Psychological Association
- Gerber, W.D., Miltner, W., Birbaumer, N., Haag, G. (1989) Konkordanztherapie. München, Gerhard Röttger
- Grawe, K. (Hg.) (1980) Verhaltenstherapie in Gruppen. München, U&S
- 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
- Lieb, H., v. Pein, A. (1990) Der kranke Gesunde. Stuttgart, TRIAS
- Pein, A. v. (1994) Funktionelle Störungen. In N. Mark, C. Bischoff (Hg.) Psychosomatische Grundversorgung. Köln, Deutscher Ärzteverlag
- Pein, A. v. (1994) Funktionelle Syndrome / Verhaltenstherapie. In W. Senf, M. Broda (Hg.) Praxis der Psychotherapie. Stuttgart, Thieme
- Rief, W. (1995) Multiple somatoforme Störungen und Hypochondrie. Empirische Beiträge zur Diagnostik und Behandlung. Bern, Huber
- Salkovskis, P. M. (1996) Somatisierungsstörung. In J. Margraf (Hg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2. Berlin, Springer

- Sturm, J., Zielke, M. (1994) Chronisches Krankheitsverhalten: Entwicklung eines neuen Krankheitsparadigmas. In M. Zielke, J. Sturm (Hg.) Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim, Beltz
- Warwick, H.M.C., Salkovskis, P.M. (1990) Hypochondriasis. Behaviour Research and Therapy 28, 2, 105-117

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 - Biofeedback

**ISSN 1432-5845**