



Arbeitskreis PISO (Hrsg.)

Somatoforme Störungen

Psychodynamisch-Interpersonelle
Therapie (PISO)

Praxis der psychodynamischen Psychotherapie –
analytische und tiefenpsychologisch
fundierte Psychotherapie

HOGREFE



**Praxis der psychodynamischen Psychotherapie –
analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**

Band 2

Somatoforme Störungen

vom Arbeitskreis PISO (Hrsg.)

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Manfred Beutel, Prof. Dr. Stephan Doering,

Prof. Dr. Falk Leichsenring und Prof. Dr. Günter Reich

Somatoforme Störungen

Psychodynamisch-Interpersonelle
Therapie (PISO)

vom Arbeitskreis PISO (Hrsg.)

HOGREFE  GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

© 2012 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto
Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Umschlaggestaltung: Daniel Kleimenhagen, Hildesheim
Satz: Beate Hautsch, Göttingen
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2295-4

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen	1
1.1	Definition	1
1.2	Epidemiologie.....	2
1.3	Verlauf und Prognose	3
1.4	Nosologie	3
1.4.1	Somatisierungsstörung	4
1.4.2	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	4
1.4.3	Hypochondrische Störung	5
1.4.4	Somatoforme autonome Funktionsstörungen	6
1.4.5	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung und chronische Schmerzstörung	6
1.5	Weitere nosologische Aspekte	7
2	Störungstheorien und -modelle	11
2.1	Von der Hysterie zur somatoformen Störung.....	11
2.2	Biologische Aspekte.....	14
2.3	Psychische Aspekte	14
2.3.1	Prädisponierende Faktoren	14
2.3.2	Psychodynamische Erklärungsmodelle	15
2.3.3	Ein psychodynamisch-interpersonelles Modell der Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung	20
2.3.4	Kognitiv-behaviourale Modellvorstellungen	23
2.4	Soziale und kulturelle Aspekte.....	27
3	Diagnostik und Indikation	29
3.1	Begriffsbestimmung	29
3.2	Diagnostische Abgrenzung.....	29
3.2.1	Differenzialdiagnose zu körperlichen Ursachen	30
3.2.2	Differenzialdiagnostik zu anderen psychischen Störungen ...	31
3.3	Angepasste Versorgung in verschiedenen Ebenen	33
3.4	Handlungsempfehlungen in der ambulanten Fachpsychotherapie	33

3.4.1	Diagnostische Leitlinien	34
3.4.2	Zusammenarbeit mit somatischen Behandlern.	34
3.4.3	Erfassung der Motivation und Erwartung.	35
3.5	Kriterien für die Überweisung in stationäre Fachpsychotherapie	35
3.6	Häufige allgemeine Fehler bei der Diagnostik von Patienten mit somatoformen Störungen	36
3.7	Psychometrische Instrumente und Dokumentationshilfen	37
4	Allgemeine Therapieprinzipien und Phasen der PISO-Intervention	38
4.1	Allgemeine Therapieprinzipien	38
4.1.1	Entgegennehmen der Symptomklage	39
4.1.2	Tangentiale Gesprächsführung	40
4.1.3	Konfrontation mit Widerstand und Deutungen vermeiden. . . .	40
4.1.4	Selektiv-authentisches Reagieren.	41
4.2	Allgemeiner Aufbau der PISO-Intervention.	41
4.3	Phase 1 – Symptomverständnis	42
4.4	Phase 2 – Körpersymptome, Affekte, Beziehungsepisoden . . .	47
4.4.1	Primärer Behandlungsfokus	48
4.4.2	Interventionsformen	49
4.4.3	Therapieleitfaden	53
4.4.4	Die therapeutische Beziehung	56
4.5	Phase 3 – Konsolidierung und Beendigung	58
4.5.1	Interventionsgrundlagen	59
4.5.2	Booster-Sitzung	62
5	Fallbeispiele	63
5.1	Herr W., 52 Jahre	63
5.2	Herr B., 54 Jahre.	70
6	Zur Wirksamkeit Psychodynamisch-Interpersoneller Therapie	77
6.1	Wissenschaftlicher Hintergrund	77
6.2	Die „PISO-Studie“	79
6.3	Allgemeine Wirkfaktoren und interpersonelle Elemente	85

7	Varianten der Methode und Kombinationen	89
7.1	Varianten.	89
7.1.1	Kooperationen.	91
7.1.2	Patienten	91
7.1.3	Gruppen- oder Einzelsetting	92
7.1.4	Ambulantes oder stationäres Angebot	93
7.2	Dauer und Ziel der PISO-Behandlung	94
7.3	Weiterbildung zum PISO-Therapeuten	95
8	Literatur	97
9	Anhang	103
	Patienteninformation „Psychosomatischer Schmerz“	103
	Zielvereinbarung zu Beginn der Therapie	116
	Schmerztagebuch – Stufe 1	117
	Schmerztagebuch – Stufe 2	118
	Symptomcheckliste zur Erstellung einer „Landkarte der Beschwerden“	119
	Beispiel für einen Abschlussbrief.	121
	Die Autorinnen und Autoren des Bandes	124

Vorwort

Psychotherapie bei körperlichen Beschwerden scheint auf den ersten Blick nicht das therapeutische Mittel der Wahl zu sein. Vermutlich ist deshalb die Behandlung insbesondere organisch nicht erklärter, beeinträchtigender und anhaltender Körperbeschwerden im Rahmen eines psychotherapeutischen Settings erst in den letzten Jahren in den Blickpunkt des Interesses gerückt.

Dabei sind nicht wenige Schwierigkeiten zu überwinden: Den meisten Patienten¹ ist die Vorstellung, ihre Beschwerden seien psychisch bedingt oder wenigstens mit bedingt, unangenehm und nicht einfach zu vermitteln. Oft fehlt ihnen der Zugang zu ihren Emotionen, deren körperliche Entsprechung dann als Schmerz oder Beschwerde erlebt werden, oder es mangelt ihnen an Konzepten für Zusammenhänge von körperlichem und seelischem Befinden.

Aber auch der Psychotherapeut ist aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung in diesem Bereich nicht automatisch qualifiziert und sicher. Häufig wird er erst spät konsultiert und steht am Ende einer langen Kette von misslungenen und unbefriedigend erlebten Kontakten im Gesundheitswesen. Hierfür sind nicht zuletzt Charakteristika der medizinischen Versorgung verantwortlich, z.B. die Angst der Behandler, eine organische Ursache für eine Beschwerde übersehen zu haben, die zu redundanten Untersuchungen führt, oder das Ohnmachtserleben, diesem als „schwierig“ erlebten Patienten nicht helfen zu können, das die Beziehung kompliziert. Der Patient wiederum wird dazu neigen, sich unverstanden, falsch behandelt, abgeschoben zu fühlen und den nächsten Spezialisten, die nächste Koryphäe aufzusuchen. Für den Psychotherapeuten ist damit der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung in diesem Falle in der Regel nicht einfach.

Organisch nicht ausreichend erklärte Körperbeschwerden begegnen dem Behandler unter einer Vielzahl von Bezeichnungen: Übergreifend können sie als „Somatoforme Störungen“ oder „funktionelle Syndrome“ auftreten, für feinere diagnostische Entitäten existieren zahlreiche Begriffe – Reizdarmsyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom oder „vielfache Chemikalienunverträglichkeit“ (Multiple Chemical Sensitivity, MCS), um nur einige wenige beispielhaft zu nennen. Für den interessierten Leser möchten wir darauf hinweisen, dass eine ausführliche S3-Leitlinie der AWMF (Arbeitsge-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden für männliche und weibliche Personen stets die männliche Schreibform gewählt.

meinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) zum Thema „organisch nicht hinreichend erklärte Körperbeschwerden“ voraussichtlich 2011 veröffentlicht sein wird.

Im Vorfeld einer diagnostischen Neuorganisation des Krankheitsfeldes „somatoforme Störungen“ standen auch verschiedene Vorschläge für eine bessere Bezeichnung im Raume: Symptomdefinierte Störung (Symptom defined illness or syndrome), Psychosomatische Störung (Psychosomatic disorder) oder Körper-Stress-Störung (Bodily distress syndrome/disorder or bodily stress syndrome/disorder), um drei davon zu nennen. Zumindest die letztere Bezeichnung hätte einen ätiologischen Hinweis bereits im Namen getragen, welcher eine psychotherapeutische Behandlung durchaus naheliegend hätte erscheinen lassen. Es scheint sich nun abzuzeichnen, dass diese Störungsbilder in der Zukunft als „complex somatic symptom disorder“ geführt werden. Diese neue Bezeichnung allein wird wenig daran ändern, dass sich an der symptomübergreifenden somatischen und psychischen Behandlung dieser Erkrankungen in der medizinischen Praxis noch einiges verbessern lässt. Wir danken den Reihenherausgebern der Reihe „Praxis der psychodynamischen Psychotherapie“ für die Gelegenheit, mit diesem Band zur Verbesserung der psychotherapeutischen Behandlung dieser Störungen beizutragen.

1 Grundlagen

Claas Lahmann, Heribert Sattel, Nina Sauer und Peter Henningsen

1.1 Definition

Somatoforme Störungen sind charakterisiert durch anhaltende beeinträchtigende Körperbeschwerden, für die sich nach angemessener Untersuchung keine ausreichende organische Erklärung im Sinne struktureller Organpathologie finden lässt. Diese Störungen sind auf allen Gebieten des Gesundheitswesens häufig anzutreffen, führen zu einer überproportionalen, dysfunktionalen und besonders kostenintensiven Inanspruchnahme desselben und gehen, insbesondere bei schwereren Verläufen, gehäuft mit Angststörungen, depressiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen einher. Als Überbegriff für diese Symptome wird daher im Folgenden der Begriff „organisch nicht hinreichend erklärte Körperbeschwerden“ verwandt. Auch wenn Beginn und Fortdauer der Symptome in enger Beziehung zu unangenehmen Lebensereignissen, Schwierigkeiten und Konflikten stehen, sind die Patienten von einer körperlichen Ursache ihrer Beschwerden überzeugt und akzeptieren die Möglichkeit einer psychischen Ursache wenig. Ärzte werden mit schwer leidenden Patienten konfrontiert, denen sie nur bedingt helfen können. Das Drängen auf Untersuchungen, das klagende, anklammernde und appellative Verhalten der Patienten und die Unsicherheit bzw. Angst seitens der Ärzte, eine verborgene Krankheit zu übersehen sowie die auftretende Diskrepanz in den jeweiligen Ursachenüberzeugungen stellen das grundlegende Problem der belasteten Interaktion zwischen Ärzten und Patienten dar.

Somatoforme Störungen / organisch nicht hinreichend erklärte Körperbeschwerden

Wenn es um organisch nicht hinreichend erklärbare Beschwerden geht, klagen diese Patienten weltweit am häufigsten über Schmerzen unterschiedlichster Lokalisation, es folgen organbezogene Funktionsstörungen wie Herz- und Darmbeschwerden oder Schwindel sowie Erschöpfungssymptome. Der Umgang mit Patienten mit somatoformen Störungen gilt traditionell als schwierig, weil die Patienten häufig trotz gegenteiliger Versicherung der Ärzte auf einer organischen Ursache ihrer Beschwerden beharren und psychotherapeutische Hilfe zumindest anfänglich ablehnen. Bei diesem Beharren auf organischen Erklärungen geht es vor allem darum, als legitimer Kranker anerkannt zu werden, mit Körperbeschwerden, die in unserem dichotomen System der Krankheitsklassifikation in das Niemandsland zwischen klar organischen und klar psychischen Störungen fallen.

Somatoforme Störungen in der Praxis

1.2 Epidemiologie

Eine
versorgungs-
medizinische
Herausforde-
rung

Organisch nicht hinreichend erklärbare Körperbeschwerden sind sowohl im klinischen Alltag als auch in der Allgemeinbevölkerung ausgesprochen häufig und stellen eine versorgungsmedizinische Herausforderung dar. Ungefähr 80 % aller Menschen leiden im Verlauf einer Woche unter Körperbeschwerden, die keiner körperlichen Erkrankung zugeordnet werden können, wobei diese Beschwerden in den allermeisten Fällen selbstlimitierend sind und nicht in eine spezifische somatoforme Störung übergehen. Bei einem Viertel der Betroffenen führen die Körperbeschwerden zu emotionalem Distress (Hiller et al., 2006).

Methodisch anspruchsvolle Erhebungen zu somatoformen Störungen nach den Kriterien der ICD-10 bzw. des DSM-IV wurden im deutschen Sprachraum in den 1990er Jahren durchgeführt. Im bundesweiten Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ und im Rahmen der sogenannten TACOS-Studie lagen somatoforme Störungen mit einer 1-Monats-Prävalenz von 7,5 % hinsichtlich der Punktprävalenz auf dem zweiten Platz nach den Angststörungen und vor den affektiven Störungen. Hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz sind somatoforme Störungen mit 12,9 % die dritthäufigsten psychischen Störungen nach Suchtstörungen und Angststörungen (Meyer et al., 2000; Wittchen et al., 1999).

Wesentlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung kommen somatoforme Störungen im somatischen Versorgungssystem vor (Creed et al., 2004). So kann bei mindestens einem von fünf Patienten, die sich aufgrund eines Körpersymptoms in ambulante ärztliche Behandlung begeben, keine ausreichende medizinische Erklärung der Beschwerden gefunden werden (Bridges et al., 1991). In einer internationalen Studie der WHO wurde bei nahezu einem Viertel aller Patienten im Bereich der Primärversorgung mindestens eine somatoforme Störung diagnostiziert, ein Viertel dieser Patienten wiederum erfüllte dabei die Kriterien von zwei oder mehr verschiedenen Formen einer somatoformen Störung (Janca et al., 1999). Hohe Raten organisch nicht ausreichend erklärter Körperbeschwerden finden sich auch in der somatischen Spezialversorgung. Allerdings ist die Häufigkeit somatoformer Störungen, die in den somatischen Fächern meist als funktionelle Syndrome diagnostiziert werden, stark von der jeweiligen Fachdisziplin abhängig (Wessely et al., 1999). So fanden sich in einer Studie von Reid und Kollegen organisch unerklärte Beschwerden nur in einem Fall von 62 Untersuchungen in einer dermatologischen Ambulanz, hingegen in 20 von 40 Untersuchungen einer neurologischen und bei 32 von 59 Untersuchungen in einer gastroenterologischen Ambulanz. Somatoforme bzw. somatisch nur ungenügend zu erklärende Beschwerden fanden sich dabei gehäuft vor allem bei denjenigen Patienten, die die somatischen Spezialambulanzen sehr intensiv in Anspruch nahmen (Reid et al., 2001). Die Zahl organisch unerklärter

Körperbeschwerden ist linear mit der Häufigkeit von Angst- und depressiven Störungen korreliert (Kisely et al., 1997). So liegt bei der schwersten Kategorie somatoformer Störungen, der Somatisierungsstörung, je nach Studie in 44 bis 100 % der Fälle gleichzeitig eine depressive Störung vor; mit einer etwas niedrigeren Häufigkeit finden sich gleichzeitig Angst- bzw. Panikstörungen (Ebel et al., 1998). Im klinischen Alltag zeigen sich dementsprechend mehrheitlich Mischbilder aus ängstlichen, depressiven und somatoformen Symptomen. Diese sind eher in einem mehrdimensionalen Modell mit den Achsen Angst, Depression und somatoforme Körperbeschwerden als in einem System aus getrennten Einzeldiagnosen zu verstehen.

1.3 Verlauf und Prognose

Der Beginn somatoformer Störungen liegt meist in der Spätadoleszenz und im jungen Erwachsenenalter mit einem Häufigkeitsgipfel zwischen dem 16. und 30. Lebensjahr. Für die Somatisierungsstörung wird eine erste Symptommanifestation vor dem 30. Lebensjahr von den Diagnosekriterien des DSM-IV (Saß et al., 2003) sogar zwingend vorausgesetzt. Somatisierungssymptome sind in sozial schwachen Schichten häufiger vertreten als in Familien mit höherem Einkommen (Sigvardsson, 1984). Auch findet sich eine Häufung in bestimmten Kulturkreisen, obwohl das Gesamtsyndrom in allen Kulturen bekannt ist.

Während einzelne somatisch nicht ausreichende erklärbare Körperbeschwerden in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitet und in den allermeisten Fällen nur vorübergehender Natur sind, nehmen komplexere Körperbeschwerden, die bereits die Kriterien einer somatoformen Störung erfüllen, unbehandelt meist einen chronischen Verlauf.

Patienten, die sich keiner Therapie unterziehen, sind nach 3-jähriger Krankheitsdauer aufgrund ihrer Symptome in einem hohen Prozentsatz arbeitsunfähig (Gureje, 1999; Reid, 2003). Multiple somatoforme Beschwerden im Sinne einer Somatisierungsstörung blieben in Längsschnittstudien unbehandelt selbst über Zeiträume von 6 bis 12 Jahren stabil (Cloninger, 1996). Ein schlechtes Outcome im Langzeitverlauf scheint dabei u. a. mit einer höheren Anzahl geklagter Körperbeschwerden zu korrelieren (Jackson et al., 2006).

1.4 Nosologie

Im klinisch-diagnostischen Leitfaden der ICD-10 werden die Patienten mit anhaltenden, organisch nicht ausreichend erklärten Körperbeschwerden un-

**Eine diagnostische
kategorie
im Umbruch**