

Behandlungsprogramm somatoforme Störungen

Ätiopathogenetisches Verständnis

An der Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen sind unterschiedliche pathogenetische Faktoren beteiligt. Diese umfassen psychische und psychosoziale Bedingungen (Bindungsverhalten, Affektverarbeitung, Krankheitsverhalten), psychophysiologische Faktoren (erhöhte physiologische Reaktionsbereitschaft, insbesondere bei den funktionellen Störungen) und neurobiologische Vorgänge (Kortikalisierung von Schmerz insbesondere bei der somatoformen Schmerzstörung).

Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen kann optimiert werden, wenn therapeutische Wirkkomponenten kombiniert werden, die auf unterschiedliche pathogenetische und aufrechterhaltende Bedingungen Einfluss nehmen. Dabei sollten Krankheitsverhalten und kognitive Fehlbewertung, somatische Beschwerdeattribution, wie auch die in der Folge von kindlicher Traumatisierung und gestörter Bindungsentwicklung eingeschränkten interpersonellen Beziehungen und intrapsychischen Regulationsprozesse berücksichtigt werden. Auch die Kombination mit einer medikamentösen (antidepressiven Therapie) kann zusätzliche Effekte erbringen.

Vorbereitung der Aufnahme

Indikationskriterien, die zur stationären Behandlung führen, sind beispielsweise die folgenden:

- Akute schwere Somatisierung
- Exacerbation einer chronischen Somatisierung
- Akute Verschlechterung des Befindens (z.B. Erschöpfung)
- Verschlechterung oder Auftreten von psychischen Symptome wie Angst und Depression
- Extremer sozialer Rückzug
- Eskalierende familiäre Konflikte
- Längere Arbeitsunfähigkeit
- Keine Verfügbarkeit von ambulanten bzw. stationären Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort

Aufnahme

- *Diagnostik.*
Gründliche Anamneseerhebung in Bezug auf frühere und aktuelle körperliche Erkrankungen sowie genaue körperliche Untersuchung.
Psychologische Diagnostik/Testdiagnostik Die gemeinsame diagnostische Aufgabe besteht darin, das Verhältnis zwischen psychischer Störung und körperlicher Erkrankung zu klären.
- *Aufklärung und Information über die stationäre Behandlung* (siehe Therapieinformation für somatoforme Störungen): Der Patient erhält Informationen über das Behandlungskonzept, einschließlich der Chancen und Risiken der stationären Psychotherapie .

Behandlungskonzept

Therapieziele

- Bei den nicht motivierten Patienten eine Behandlungsmotivation herzustellen.
- Körperliche Stabilisierung: Belastung des Körpers und sukzessiver Aufbau der körperlichen Fitness/Abbau von Schonverhalten; Förderung der Wahrnehmung positiver Körperempfindungen; Verbesserung der Entspannungsfähigkeit
- Veränderung des Umgangs mit Medikamenten
- Stärker psychosomatisch ausgerichtete Krankheitssicht
- Abbau von chronischem Krankheitsverhalten (Vermeidungsverhalten, Kontrollverhalten, unnötige Arztbesuche und Medikamenteneinnahme)/
- Aufbau von aktiven Bewältigungsstrategien
- Seelische Stabilisierung: Verminderung und/oder Toleranzerhöhung für negative affektive Prozesse wie Angst und depressive Störungen in der Schmerzverarbeitung.
- Verbesserung der Symbolisierungsfähigkeit (Affektdifferenzierung und -wahrnehmung)

- Klärung der beruflichen Situation (Belastbarkeit, Berufs-, Erwerbsfähigkeit)
- Einsicht in interpersonelle und intrapsychische Konflikte, die mit der Körpersymptomatik in Zusammenhang stehen.
- Motivierung für eine ambulante Weiterbehandlung

Behandlungsphasen

Behandlungsphase 1

Herstellen eines Arbeitsbündnisses

Vorwiegend symptombezogene Behandlungsphase

In der Anfangsphase steht das Herstellen einer vertrauensvollen Beziehung im Vordergrund. Das Therapieangebot ist auf das organische Krankheitsverständnis der Patienten abgestimmt, um seinen Vorstellungen von einer körperlichen Krankheit entgegenzukommen. Entsprechend wird das therapeutische Vorgehen während dieser Phase vorwiegend symptombezogen gestaltet und schließt die Anwendung von spezifischen symptombezogenen Behandlungsbausteinen (Gruppe für Somatoforme Störungen; nicht eingreifende körperbezogene Maßnahmen; Entspannungstherapie) ein.

Die Schritte im einzelnen:

Phase 1

- Informationsphase
- Auseinandersetzung mit dem individuellen Krankheitsmodell
- Erlernen einer systematischen Selbstbeobachtung
- Physiotherapeutische Maßnahmen: sukzessiver Aufbau der körperlichen Fitness. Die Krankengymnastin arbeitet nach einer diagnostischen Phase einen dem individuellen Leistungsniveau des Patienten angemessenen Übungsplan aus. Der Übungsplan enthält tägliche Übungen, die nicht mehr als 10 bis 20 Minuten in Anspruch nehmen sollten. Diese Übungen werden vom Patienten nach Einübung selbständig durchgeführt und auf dem Übungsplan dokumentiert. Die Übungspläne werden mit dem Patienten in der Bezugspflege besprochen, wobei auf typische Verhaltensmuster der Über- und Unterforderung geachtet wird.
- Entspannungsgruppe: Verbesserung der Entspannungsfähigkeit zur aktiven Bewältigung körperlicher Beschwerden. Erkennen anspannungsbedingter körperliche Reaktionen.
- SO-Gruppe:
 - (1) Erteilung von krankheitsspezifischer Information (Psychoedukation);
 - (2) Erarbeiten eines psychosomatischen Erklärungsmodells mit Fokus auf krankheitsverstärkende Faktoren der körperlichen Beschwerden
 - (3) Verbesserung der Selbstbeobachtung hinsichtlich physiologischer, kognitiver und emotionaler Reaktionen und ihrer Zusammenhänge.
- Bezugspflege: Therapiebegleitende Kontakte, in denen die Symptomtagebücher und Übungspläne besprochen werden
- Visite
- KBT-Vorgruppen: Fokus auf Körpererleben,

Behandlungsphase 2

Das Ziel der Hauptphase besteht darin, den Fokus der Behandlung von der körperlichen Symptomatik zunehmend auf die interpersonellen und intrapsychischen Konflikte zu verlagern. Das Tempo, in dem dies möglich ist, wird vom Patienten bestimmt und ist individuell sehr unterschiedlich. In vielen Fällen wird die körperliche Symptomatik in dieser Phase weiter bestehen. Der Umgang mit den Beschwerden und das Krankheitsverhalten sollte jedoch weniger dysfunktional sein und den Patienten mehr Handlungsspielräume und eine aktivere Einstellung der Krankheit und den Gestaltungsmöglichkeiten seiner Lebenssituation gegenüber eröffnet haben. In der Hauptphase geht es um die Erkennung der dynamischen Funktion des Symptomverhaltens und die Bearbeitung der damit verbundenen interpersonellen und intrapsychischen Konflikte.

Wie oben erwähnt spielen in der Pathogenese somatoformer Störungen Beeinträchtigungen der Affektwahrnehmung eine zentrale Rolle. Während die interpersonellen Problembereiche individuell variieren, betrachten wir die *Verbesserung der Wahrnehmung von Emotionen und ihre Verknüpfung mit interpersonellen Erfahrungen als einen übergreifenden Wirkaspekt in der*

Psychotherapie dieser Patientengruppe. Das Ziel der Hauptphase der Behandlung besteht darin, dem Patienten zu einer verbesserten Wahrnehmung von Affekten zu verhelfen, um diese effektiver zur Gestaltung sozialer Interaktionen nutzen zu können. Dabei wird auch die Übertragungsbeziehung in den Therapieprozess einbezogen. Im Hinblick auf die Symptomatik werden dabei im Behandlungsverlauf folgende Differenzierungsschritte erwartet:

1. Veränderung der Bewertung des affektiven Erlebens, das mit Schwäche und Ohnmacht identifiziert wird.
2. Differenziertere Wahrnehmung einzelner Affekte und Differenzierung zwischen Affekten und körperlicher Empfindung (Schmerz) und Emotion.
3. Integration unerwünschter, angstauslösender negativer Affekte durch Rekonstruktion interpersoneller Beziehungsepisoden, in denen diese Affekte unterdrückt oder verschoben wurden.
4. Verknüpfung von affektivem Erleben und Episoden des Schmerzgedächtnisses.
5. Soweit möglich Herstellen des Zusammenhangs mit der aktuellen Interaktion in der Therapie.

Eine der Hauptschwierigkeiten der Kurztherapie besteht darin, zu entscheiden, welche Themen und Problembereiche im Behandlungsverlauf nicht angesprochen werden sollten. Als Richtlinie gilt, dass im Mittelpunkt der oder die intrapsychischen/ interpersonellen Konfliktbereiche stehen müssen, die der Symptomatik unmittelbar zugrunde liegen. Andere, möglicherweise die gesamte Lebensentwicklung betreffende, jedoch von der Schmerzsymptomatik unabhängige Persönlichkeitsbereiche müssen dagegen wegen des begrenzten Behandlungsauftrages und des beschränkten zeitlichen Rahmens der Therapie unberücksichtigt bleiben. Ein weiterer Bereich, in dem insbesondere in der Hauptphase der Behandlung Veränderungen angestrebt werden betrifft den Aspekt der Repräsentation von Bindungserfahrungen. Es liegen erste Hinweise vor, die dafür sprechen, dass die beschriebenen Störungen der Affektwahrnehmung bei somatoformen Störungen mit unsicherer und insbesondere einer unsicher vermeidenden Bindungsrepräsentation assoziiert sind. Neben den spezifischen im folgenden dargestellten Interventionen ist die Internalisierung der affektverarbeitenden Funktion des Therapeuten eine der wesentlichen Wirkkomponenten der Therapie.

Behandlungsbausteine der Hauptphase:

- Körperbezogene Selbsterfahrung in der KBT (Gruppe oder Einzel)
- Gestaltungstherapie (Wahrnehmung des inneren Erlebens, Affektwahrnehmung und Affektdifferenzierung)
- Einzelpsychotherapie (Herstellen von Zusammenhängen zwischen Biographie und aktueller Symptomatik)
- Gegebenenfalls Paar- und Familiengespräche (systemische Interventionen)
- Sozialberatung

Behandlungsbausteine

Das Grundkonzept ist psychodynamisch orientiert und integriert kognitiv-behaviorale, edukative und systemisch-familientherapeutische Elemente. Aufgrund der häufig somatischen Attribution der Beschwerden und der Angst vor einer Psychotherapie liegt dem Behandlungskonzept ein stärker strukturiertes Vorgehen zugrunde. Dem Psychotherapeuten kommt die Aufgabe zu, den Patienten für die indizierten Behandlungsmaßnahmen zu gewinnen und ein den Bedürfnissen und den Einsichten des Patienten angemessenes Behandlungsangebot zu machen, damit er die Psychotherapie akzeptieren kann, trotz der Überzeugung körperlich krank zu sein.

Im ersten Behandlungsabschnitt stehen symptomzentrierte Maßnahmen, in der zweiten Phase einsichts- und erkenntnisorientierte im Vordergrund der Behandlung. Die symptomorientierten Behandlungsbausteine umfassen vor allem die SO-Gruppe und die physikalisch-therapeutischen

Anwendungen. Die psychodynamischen Komponenten umfassen die Einzel- und Gruppentherapien, Musiktherapie, Gestaltungstherapie und Konzentrierte Bewegungstherapie.

Therapieelemente

<i>Einzeltherapie</i> (2 x 45 min)	
<i>Visiten</i> (1 x wöchentlich und bei Bed.)	Der Körperarzt übernimmt die somatische Betreuung und plant die körperliche Diagnostik und die somatisch-technischen Behandlungsmaßnahmen.
<i>Bezugspflegegespräche</i> (1 x 30 min)	Symptom- und alltagsbezogene Arbeit.
<i>SO-Gruppe</i> (1 x 90 min)	Verhaltenstherapeutisch konzipiertes Training zur Bewältigung körperlicher Beschwerden. ➤ Kognitiv-rational – übungs- und erlebnisorientiert ➤ Störungsspezifische Kompetenzerweiterung
<i>Gestaltungstherapie</i> (2 x 90 min)	
<i>Konzentrierte Bewegungstherapie</i> (2 x 90 min)	Non-verbaler Zugang zum Körpererleben.
<i>Gruppentherapie</i>	Die Gruppentherapie ist psychodynamisch-interaktionell ausgerichtet. (Almuth Beziehungs- und Konfliktorientierung)
<i>Paar- und Familiengespräche</i>	Die Paar- und Familiengespräche ermöglichen die Einbeziehung des Partners oder der Familie in den therapeutischen Prozess. Interaktionsphänomene bei Chronifizierungsprozessen Interpersonelle Bedeutung der Beschwerden i. d. Nähe-Distanzregulation
<i>Rollenspiel</i>	Üben von interpersonellen Lösungsmöglichkeiten i. d. Gruppe
<i>Entspannungstherapie</i>	Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson.
<i>Sozialdienst</i>	Soziale Klärung und berufliche Rehabilitation
<i>Teamvisite</i>	Reflexion des Behandlungsverlaufes
<i>Stationsversammlung</i>	Rahmen für die Besprechung organisatorischer Fragen, die das Zusammenleben der Patienten auf Station regeln
<i>Physikalische Therapieangebote</i>	Einbeziehen der körperlichen Erfahrungsebene Störungsspezifische Übungen wie Krankengymnastik, sporttherapeutische Elemente, Atemübungen
<i>Konsile</i>	Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der körperlichen Diagnostik und somatisch-technischen Versorgung des Patienten