

**„Wenn die Seele durch den Körper spricht“ – Evidenzbasierte multimodale Behandlung von somatoformen Störungen im stationären Setting**

**Landespsychotherapeutentag**

**Neue Weiterbildung – Bessere Versorgung?!**

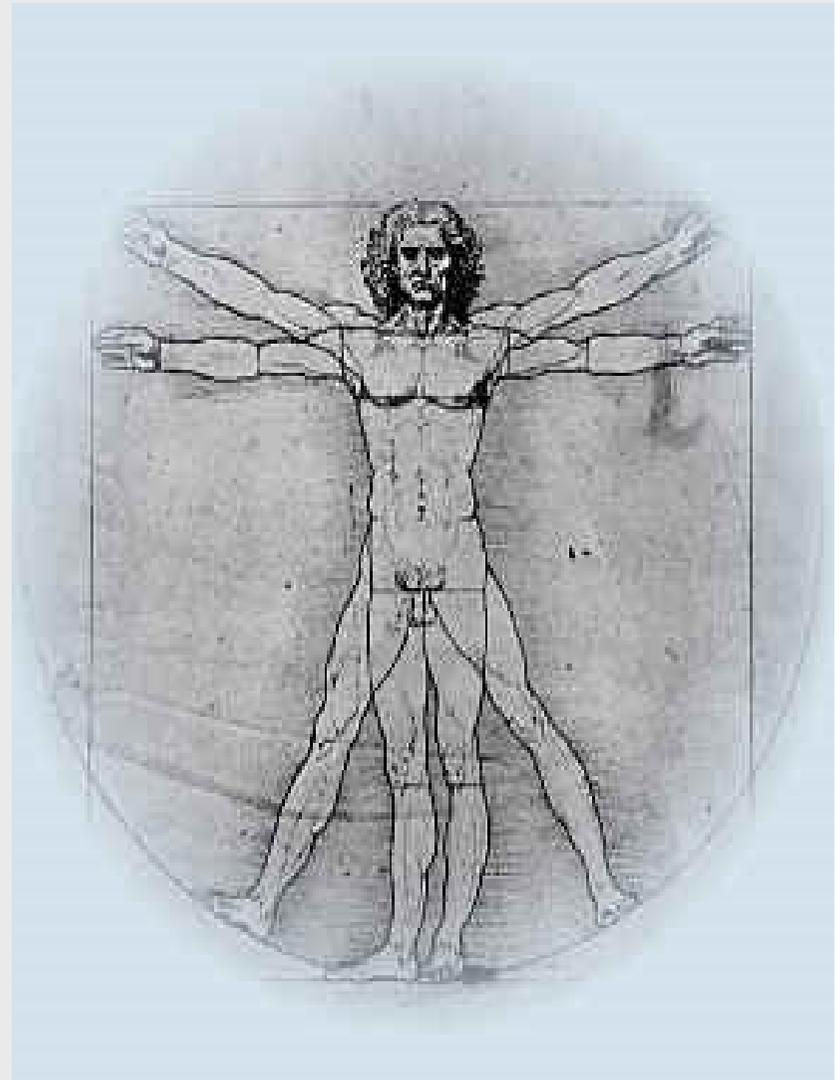
**1. Juli 2022**

**Workshop**

**Dr. Dipl. Psych. Sandra Becker**

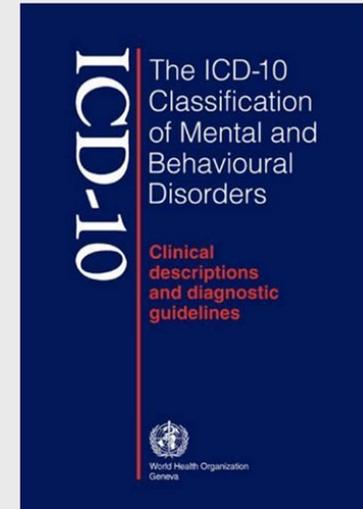
**Leitende Psychol. Psychotherapeutin der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Uniklinikum Tübingen**

**(ärztlicher Direktor: Prof. Dr. S. Zipfel)**



# Somatoforme Störungen nach ICD-10 (F45)

- **F 45.0 Somatisierungsstörung**  
seltene Extremform, multiple Beschwerden > 2 Jahre
- **F 45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung**  
häufige Minusvariante, geringe Aussagekraft
- **(F 45.2 Hypochondrische Störung)**  
ängstlich getönte Ursachenüberzeugung dominiert
- **F 45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung**  
Beschwerden autonom innervierter Organe z.B. des kardiovaskulären Systems (F45.30)  
oder des oberen Gastrointestinaltraktes (F45.31)
- **F 45.4 Anhaltende Schmerzstörung**  
Schmerzbeschwerde dominiert: F 45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung  
F 45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- **F 45.5/8 sonstige/n.n.b. somatoforme Störung**



# Somatoforme Störungen nach ICD-10

## Somatisierungsstörung (F45.0)

Charakteristisch sind vielfältige, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die meist seit einigen Jahren (mind. 2 Jahre) bestanden haben.

1. **Mindestens zwei Jahre anhaltende multiple und unterschiedliche körperliche Symptome**, für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wurde.  
mindestens:
  - 4 Schmerzsymptome** (z.B. in Gliedern, Extremitäten oder Gelenken),
  - 2 gastrointestinale Symptome** (z.B. Bauchschmerzen, Übelkeit, Überblähung, Durchfall)
  - 1 sexuelles Symptom** (z.B. unangenehme Empfindungen im Genitalbereich, Miktionsbeschwerden)
  - 1 pseudoneurologisches Symptom** (z.B. Taubheitsgefühle, Kribbeln)
2. Hartnäckige Weigerung, den Rat oder die Versicherung der Ärzte anzunehmen, dass für die Symptome keine körperliche Erklärung zu finden ist;
3. Eine gewisse Beeinträchtigung familiärer oder sozialer Funktionen durch die Art der Symptome und das daraus resultierende Verhalten.

## Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)

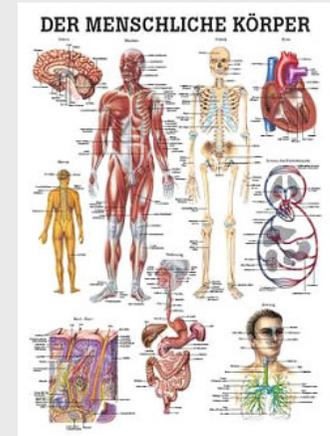
**Zahlreiche, unterschiedliche und hartnäckige körperliche Beschwerden, das vollständige und typische klinische Bild einer Somatisierungsstörung ist jedoch nicht erfüllt (mind. über 1/2 Jahr). Für die Symptome, auf die sich die Diagnose stützt, darf es keine somatische Diagnose geben.**

# Somatoforme Störungen nach ICD-10

## Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)

Bezieht sich auf ein bestimmtes Organsystem

- ...des kardiovaskulären Systems (F45.30)
- ...des oberen Gastrointestinaltraktes (F45.31)
- ...des unteren Gastrointestinaltraktes (F45.32)
- ...des respiratorischen Systems (F45.33)
- ...des urogenitalen Systems (F45.34)
- ...andere (F45.38)



## Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

Die vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf.

## Hypochondrische Störung (F45.2)

1. Eine anhaltende Überzeugung vom Vorhandensein einer oder mehrerer ernsthafter körperlicher Erkrankungen als Ursache für vorhandene Symptome, auch wenn wiederholte Untersuchungen keine ausreichende körperliche Erklärung erbracht haben
2. Ständige Weigerung, den Rat und die Versicherung mehrerer Ärzte zu akzeptieren, dass den Symptomen keine körperliche Erkrankung zu Grunde liegt.

# Neue Entwicklungen der diagnostischen Kriterien im DSM-5 / ICD-11 (somatische Belastungsstörung/ Störung der körperlichen Belastung)

## **DSM-5 somatische Belastungsstörung**

- A. Eines oder mehrere belastende körperliche Symptome
- B. Psychologische Kennzeichen (mindestens 1 von 3)
  - 1. übermäßige, andauernde Gedanken bzgl. Ernsthaftigkeit der Beschwerden
  - 2. hohe Gesundheitsangst
  - 3. die Beschäftigung mit Symptomen bindet überdurchschnittlich viel Zeit und Energie
- C. Störung besteht mindestens 6 Monate

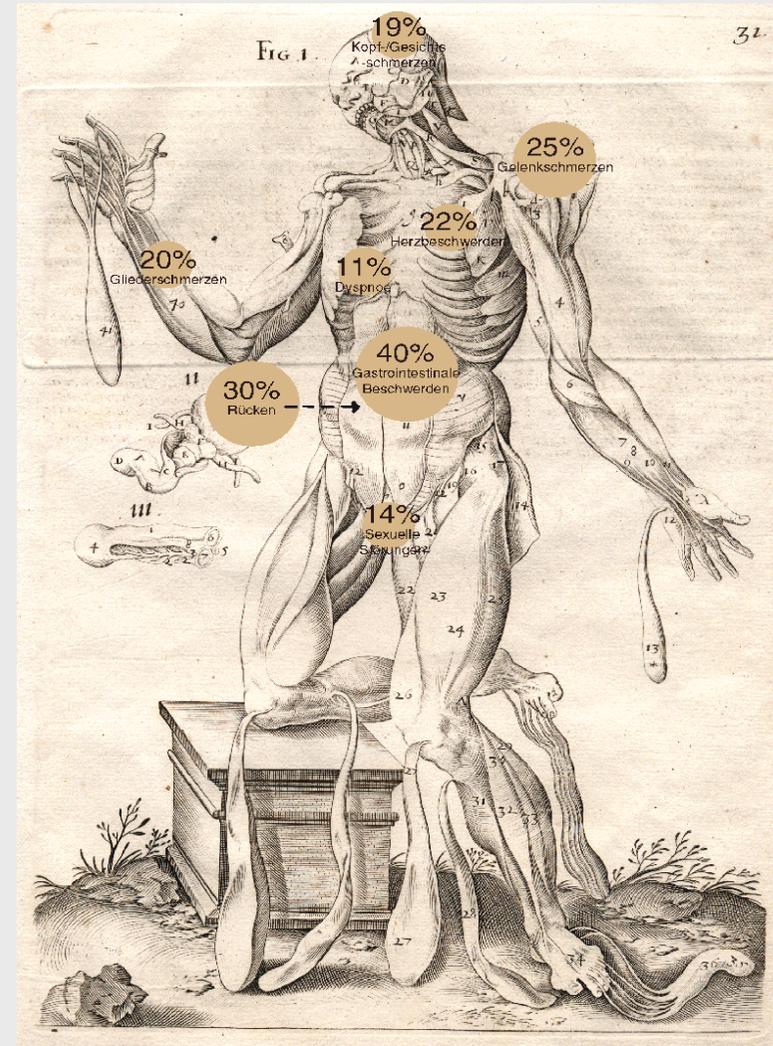
**Neu: es besteht kein Kriterium mehr, dass kein oder kein ausreichender Organbefund vorliegen muss**

## **ICD-11** (ähnlich übernommen worden) „**Störung der körperlichen Belastung oder der körperlichen Erfahrung**“

- 1. Ein oder mehrere körperliche/s Symptom/e
- 2. Exzessive Aufmerksamkeit auf diese/s Symptom/e. Wenn die Symptome durch eine organische Erkrankung verursacht sind, übersteigen Aufmerksamkeit und subjektive Belastung deutlich das angemessene Ausmaß
- 3. Die Belastung ist über mehrere Monate an den meisten Tagen vorhanden
- 4. Signifikante Funktionsbeeinträchtigung (Familiär, Beruf, Ausbildung etc.)

# Epidemiologie somatoformer Störungen

- 4-10% in der Bevölkerung
- In der allgemeinmedizinischen Praxis 20%
- 20-50 % der Pat. beim Gastroenterologen
- 10-40 % in stationären Abteilungen



# Anamnese

- Aktuelle Beschwerdesymptomatik: was / wo?
- Beschwerdeentwicklung / seit wann? / Auslöser?
- Welche Erfahrungen im Umgang mit dem Gesundheitssystem?
- Welche medizinischen Vorbefunde gibt es?
- Wie ist die affektive Verfassung ? (Depression, Angst, Katastrophisieren?)
- Woher kommen die Beschwerden? ( subjektive Krankheitstheorie / kognitive Bewertung der Beschwerden?)
- Wie ist die aktuelle Lebenssituation? / anhaltende belastende Lebensbereiche? (Familie, Arbeit, Freizeit)
- Was kann ich für Sie tun? (Behandlungserwartung, Auftrag)

# Ätiologie



## Disposition

- Unsicherer Bindungsstil
- Traumatische Lebensereignisse / Traumatisierung
- Modelllernen: Somatoforme Beschwerden in der Familie und der eigenen Kindheit / Chronische Krankheiten in der Familie

## Auslöser

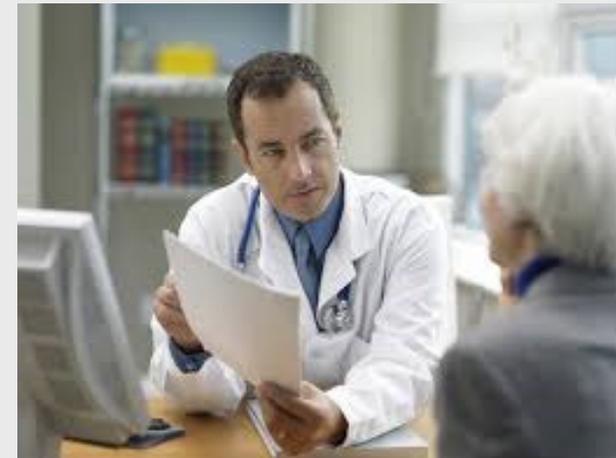
- Organische Erkrankungen / Körperliche Beschwerden / Unfälle
- Stress in jeglicher Form
- Erwartung, dass eine Beschwerde nicht wieder weggeht

## Aufrechterhaltung

- Erhöhte körperfokussierte Aufmerksamkeit
- Dysfunktionale Bewertungsprozesse
- Iatrogene Faktoren (z.B. schädigende Untersuchungen)
- Schonungs- und Rückzugsverhalten
- Negatives körperliches Selbstkonzept
- Sekundärer Krankheitsgewinn  
zu enges Konzept in Bezug auf Gesundheit

# Wie tragen Ärzte zur Entstehung und Aufrechterhaltung bei?

- Übersehen emotionaler Hinweise des Patienten
- Repetitive somatische Diagnostik zur „Beruhigung“
- Vorschnelle Mitteilung organischer Verdachtsdiagnosen
- Überbewertung bzw. Fehlinterpretation von Bagatell- und Zufallsbefunden z.B. MRT
- Mangelnde Kommunikation mit Vorbehandlern
- Verschreibung von Medikation trotz zweifelhafter Diagnose
- Ausschließlich negative Erklärung der Beschwerden („Freuen Sie sich, Sie haben nichts“)



# Herstellen einer vertrauensvollen Beziehung

- Signalisieren, dass **Beschwerden ernst genommen** werden
- Ausreichend **Raum für Klagen** lassen
- **Unrealistisch hohe Hoffnungen** des Pat. **nicht unterstützen**, relativieren
- **Sorgfältige Befunddurchsicht**, Kommunikation mit Vorbehandlern, Besprechung der Befunde mit Patient, kritische Bewertung von somatischen Zufallsbefunden
- **Psychosomatische Herangehensweise** („sowohl körperlich als auch psychisch, anstatt „entweder körperlich oder psychisch““)
- **„Gelassene“ Haltung**: Impuls zu raschem Handeln nicht nachgeben, nicht (mit-)agieren / Befragung dient dem besseren Verständnis, nicht der sofortigen Lösung / Druck des Patienten nicht übernehmen / sich Zeit nehmen, um sich ein Bild machen zu können
- **Klares Setting**: klare zeitliche Begrenzung (zur Verfügung stehende Zeit vorher ankündigen / Struktur der Befragung einhalten, einen Termin nicht überlasten)

# Forschungsstand zur Psychotherapie somatoformer Störungen

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) am besten evaluiert (Evidenzgrad 1)**
- **Psychodynamische-interaktionelle Kurzzeittherapie (Evidenzgrad 2)**  
(Arbeitskreis Piso (Hrsg. 2012) Somatoforme Störungen: Psychodynamisch-interaktionelle Therapie. Göttingen: Hogrefe)

Dennoch insgesamt eher geringe bis moderate Effektstärken (0.3-0,4)

**Psychotherapie sollte neben KVT multimodale Elemente enthalten :**

- Veränderung von dysfunktionalen Verhaltensweisen und Gedankenmuster
- Bewegungstherapie: körperliche und sportliche Aktivierung
- Physiotherapie
- Entspannungsverfahren

# Pharmakologische Behandlung

- Medikamentöse Therapie nur bei spezifischer Indikation und Erwartungen relativieren
- Keine alleinige und längerfristige Pharmakotherapie ohne adäquate psychotherapeutische Behandlung
- Keine Tranquilizer, v.a. Benzodiazepine wegen Abhängigkeitsentwicklung
- Bei somatoformen autonomen Funktionsstörungen (F45.3) symptomorientierte Pharmakotherapie in Phasen mit einer erheblichen Beschwerden
- Pharmakotherapie der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung durch Umstellung von Bedarfsmedikation auf festes Einnahmeschema und Entzug von Nicht-Opioid-Analgetika
- Keine Tranquilizer oder Neuroleptika; Opioide sind bei somatoformen Schmerzen nicht indiziert.
- Eine analgetische Wirkung können Antidepressiva entfalten. Insbesondere trizyklische Antidepressiva, auch in geringer Dosierung sind aussichtsreich.

# Therapie der Somatoformen Störung

## Behandlung

**Arbeit am  
Symptom**

**Arbeit am  
Symptom-  
Hintergrund**



# Multimodale Therapiebausteine

mit kognitiver Verhaltenstherapie als Schwerpunkt

- **Definition von Therapiezielen**
- **Biographische und psychosoziale Zusammenhänge erarbeiten / Bearbeitung daraus resultierender Problembereiche in der aktuellen Lebenssituation**
- **Hinterfragen des organisch-orientierten Krankheitsmodells**
- **Herausarbeiten von hilfreichen Strategien im Umgang mit dem Symptom**  
(Aufdeckung von Zusammenhängen, wann sich die Beschwerden bessern/ wann verschlechtern?)
- **Reduktion der Arztkonsultationen (Medikamentenkonsum)**
- **Körperliche Aktivierung / Reduktion von inadäquatem Schon- und Vermeidungsverhalten / Verbesserung des körperlichen Selbstbildes**
- **Verbesserung der Lebensqualität**
- **Verbesserung der Affektdifferenzierung: Was ist eine körperliche Beschwerde? Was ist ein Gefühl?**

# Definition von Therapiezielen

## Ziele:

- **Realistisch**
- **Konkret**
- **Erreichbar**

keine Heilung möglich!

Falls der Patient zunächst eindeutige somatische Behandlungserwartungen hat (Medikation, Physiotherapie, etc.) ist das Ziel zu schauen, ob er trotzdem in der Anfangszeit der Therapie zu einem psychosomatischen Vorgehen motiviert werden kann (Ausprobieren für einige Wochen oder Monate).

# Biographie-Arbeit bei somatoformen Störungen

- Prägende Beziehungserfahrungen / prägende kognitive Überzeugungen herausarbeiten
- Gibt es frühe Gewalterfahrungen? / Traumata? / posttraumatische Belastungsstörung?
- Sichere vs. unsichere Bindungserfahrungen?
- Welche Bedürfnisse wurden frustriert, welche befriedigt?

# Häufige prägende biographische Erfahrungen

Häufige biographische Verhaltensschemata bei somatoformen Störungen:

- Schwierigkeiten in der Schmerz-Affekt-Differenzierung
- Angstvermeidung
- Schwierigkeiten in Konfliktbewältigung
- Traumatische Erfahrungen / Traumata
- Mangelnde Stressbewältigung
- zwanghafter / leistungsbezogener Persönlichkeitszüge

# Kritische Hinterfragung des Krankheitsmodells

Patienten anregen, mit Hilfe des Symptomtagebuchs sein Krankheitsmodell kritisch zu hinterfragen. Für körperl. Symptome kann es verschiedene Erklärungen geben

- **Bagatellsymptom** wie es bei jedem Menschen vorkommt wie Schluckauf, Engegefühl im Brustbereich, vorübergehendes Ohrensausen/
- **Begleiterscheinung einer Bagatellerkrankung** wie Kratzen im Hals oder kalte Füße bei einer Erkältung
- **Begleiterscheinung einer körperlichen Aktivität** wie Luftnot oder Schwitzen bei Anstrengung
- **Auswirkung einer körperlichen Verspannung** wie Kopfschmerzen nach Verspannung der Nacken-Hals-Muskulatur
- **Stresssymptom** wie Schlaflosigkeit nach Dauerbelastung
- **Begleiterscheinung einer intensiven Emotion** wie Zittern bei Angstgefühlen oder kardiovaskuläre Aktivierung bei Ärger

# Kritische Hinterfragung des Krankheitsmodells

## Setze gezielt Techniken zur Neubewertung körperlicher Symptome ein!

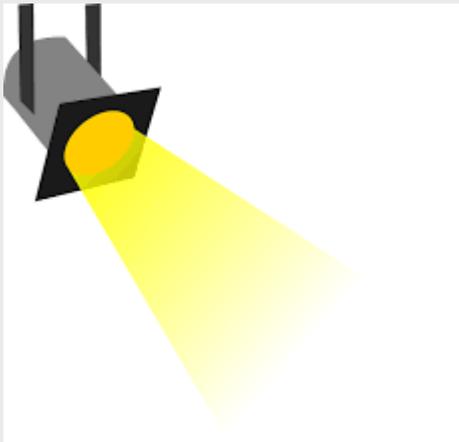
- Symptomtagebuch führen (für Zusammenhänge zwischen Symptomen und funktionell relevanten Bedingungen)
- **Verhaltensexperimente mit Symptomprovokation** durchführen: z.B. Hyperventilationstest (erzeugt Symptome einer Panikattacke), längeres Halten eines Buches mit ausgestrecktem Arm (erzeugt starken Anspannungsschmerz in der Armmuskulatur), bewusste Konzentration auf den eigenen Hals (erzeugt Kratzen), Imaginationsübungen wie „in eine Zitrone beißen“ (erzeugt Speichelfluss)
- Übungen zur Aufmerksamkeitslenkung durchführen
- **Biofeedback** (hat oft einen „Aha-Effekt“)

# Symptomtagebuch

	Morgen	Mittag	Nachmittag	Abend/Nacht
<b>Beschwerden</b> Dauer 1=keine 5=starke	(1)-(2)-(3)-(4)-5	(1)-(2)-(3)-(4)-5	(1)-(2)-(3)-(4)-5	(1)-(2)-(3)-(4)-(5)
<b>Gefühle</b>				
<b>Gedanken</b>				
<b>Streß</b> 1=keine Belastung 5=starke	(1)-(2)-(3)-(4)-5	(1)-(2)-(3)-(4)-5	(1)-(2)-(3)-(4)-5	(1)-(2)-(3)-(4)-(5)
<b>Entspannung</b> 1=entspannt 5=angespannt	(1)-(2)-(3)-(4)-5	(1)-(2)-(3)-(4)-5	(1)-(2)-(3)-(4)-5	(1)-(2)-(3)-(4)-(5)
<b>Medikamente</b>				
<b>Essen/Getränke</b>				

# Körperliche Beschwerden und Aufmerksamkeit

## Aufmerksamkeit ist wie ein Scheinwerfer!



Manche Sinneseindrücke werden dadurch besonders intensiv, in dem wir die Aufmerksamkeit darauf lenken, während andere Sinneseindrücke verschwinden, auf welche die Aufmerksamkeit nicht gelenkt wird.

In unserem Körper laufen viele Prozesse ab, die wir üblicherweise nicht wahrnehmen. Erst wenn wir ganz bewusst die Aufmerksamkeit darauf lenken, werden sie uns deutlich.

Aufmerksamkeit ist bewusst lenkbar.

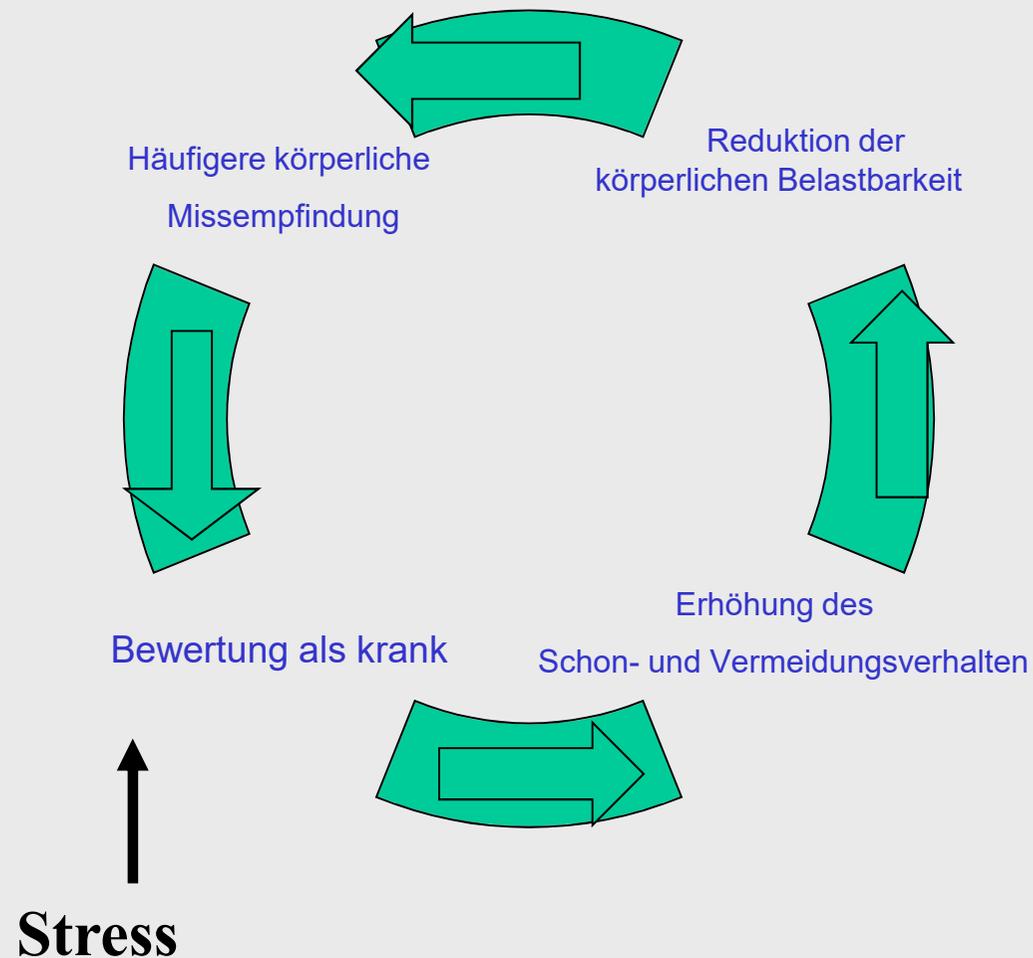
In vielen Fällen verändert sich zwar die Aufmerksamkeitsrichtung automatisch („unbewusst“), oftmals können wir die Aufmerksamkeit jedoch auch bewusst steuern.

# Reduktion des Medikamentenkonsums und der Arztkonsultationen

- **Die Zahl von Arztkonsultationen und medizinischen Untersuchungen reduzieren** (soweit sinnvoll und vertretbar)
- **Reduktion des Medikamentenkonsum:** Aufstellen eines sinnvollen medikamentösen Behandlungsplan, keine Tranquilizer
- **Unangemessenes Kontrollverhalten („checking-behavior“)** reduzieren (z.B. ständiges Tasten)



# Reduktion von inadäquatem Schon- und Vermeidungsverhalten



# Verbesserung des körperlichen Selbstbildes

- Sport- und Bewegungstherapie, langsames Aufbautraining
- Körpertherapie zur Förderung der Körperwahrnehmung (funktionale Entspannung, Feldenkrais, Yoga, Qi-Gong etc.)
- Lernen, den Körper anders (nicht nur durch Missempfindungen) zu erleben, körperliche Selbstfürsorge und Achtsamkeit
- Entspannungsverfahren (AT/PME)
- Biofeedback
- Physiotherapie



# Physiotherapie

**Cave!! Nicht zu viele passive und rezeptive  
Physiotherapie wie Massagen und Bäder!**

Schwerpunkt: aktive Übungen



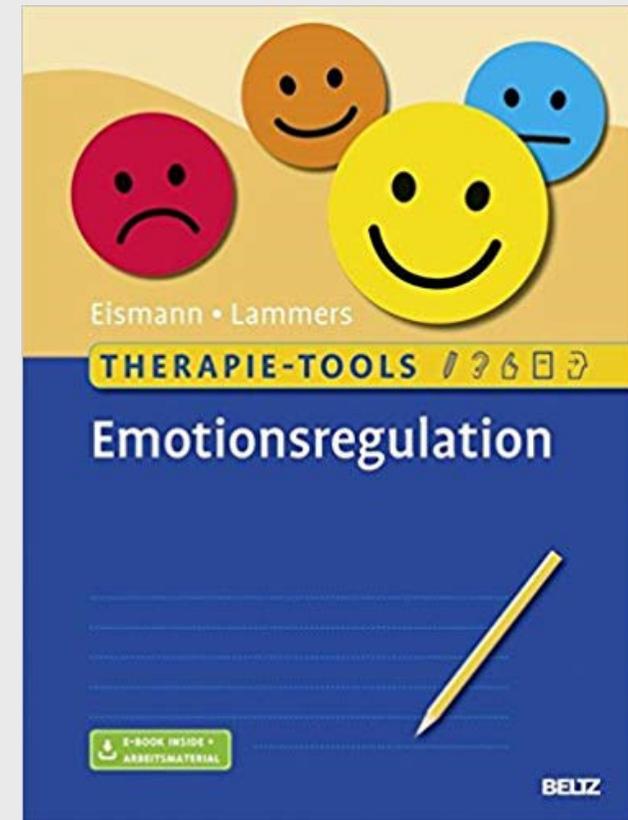
# Verbesserung der Lebensqualität

**Muss individuell mit dem Patienten erarbeitet werden. Mögliche Zielsetzungen (unabhängig von Beschwerdebesserung) können sein:**

- Verbesserung sozialer Beziehungen
- Zunahme an Selbstvertrauen und sozialen Kompetenzen (z.B. Nein-Sagen, Kritik üben, eigene Wünsche und Bedürfnisse äußern)
- Umsetzung von Lebensveränderungen (z.B. Job-Wechsel, Umzug, Partnerschaft)
- Reduktion von eigenem Perfektionismus
- Entscheidungen selbst treffen
- Konstruktiv mit Konflikten und Auseinandersetzungen umgehen
- Lernen, mehr über eigene Gefühle zu sprechen
- Verbesserung von Kondition und Fitness
- Eine gesündere Lebensweise  
etc.....

# Emotionsfokussierte Interventionen

- Imaginationsübungen
- Rollenspiele (Stuhlübung)
- Liste mit Gefühlsbezeichnungen benutzen
- Der Therapeut erfragt aktiv immer wieder auftretende Gefühle, fokussiert darauf, spiegelt wider **und** gibt Resonanz auf die Gefühle (Gruppentherapie hier auch sehr effektiv)
- Achtsamkeitsübungen / Selbstmitgefühl
- Schematherapeutische Interventionen



# Multimodale Therapie am Einzelfall orientiert

Die multimodalen Interventionen sollen am Einzelfall orientiert eingesetzt werden / je nach Störungsverständnis und Störungsmodell stehen unterschiedliche Interventionen im Vordergrund z.B. :

- Schmerz-Affekt-Differenzierung (Frau B.)
- Angstbewältigungstraining
- Soziales Kompetenz- / Konfliktbewältigungstraining (Frau B.)
- Traumatherapie
- Stressbewältigungstraining
- Bearbeitung zwanghafter / leistungsbezogener Persönlichkeitszüge

# Literatur

- Kleinstäuber, M., Thomas, P., Witthöft, M., Hiller, W. (2017). Kognitive Verhaltenstherapie bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und somatoformen Störungen. Berlin: Springer.
- Kleinstäuber, M., Bleichardt G., Gottschalk J., Rief W. (2018) Therapie-Tools Somatoforme Störungen. Weinheim: Belz-Verlag
- S 3 Leitlinien zur Behandlung von somatoformen Störungen:  
[www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html)
- Rief, W., Hiller, W. (2010). Somatisierungsstörung. Göttingen: Hogrefe
- Depping, M., Löwe, B. (2018) Evidenzbasierte Therapie somatoformer Störungen. PSYCH up2date 2018; 12(02): 123-136
- Arbeitskreis (PISO) (2012) Somatoforme Störungen: Psychodynamisch-Interpersonelle Therapie (PISO). Göttingen: Hogrefe
- Gute Psychoedukation für Patienten im Netz unter:  
<http://www.schmerzpsychoedukation.de/audio.html>

# Diagnostische Verfahren

## **Beschwerdelisten:**

- Screening für Somatoforme Störungen (SOMS), (Rief u. Hiller 2008)
- Patient Health Questionnaire (PHQ-15), Somatisierungsskala (Kroenke et al. 2002)
- Symptom Checklist (SCL-90-R), Somatisierungsskala (Derogatis 1983)

## **Instrumente für spezielle Störungsbilder:**

- Fatigue-Skala (FS), (deut. Übersetzung Martin et al. 2012) für Erschöpfungssyndrom
- Whiteley-Index (WI), (Hiller u. Rief 2004 ) für hypochondrische Merkmale
- Illness Attitude Scales (IAS) (Hiller u. Rief 2004) für hypochondrische Merkmale
- Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits (MIHT), (Withhöft et al. 2010)

## **Erfassung assoziierter Merkmale:**

- Fragebogen zu Körper und Gesundheit (FKG), (Hiller et al. 1997)
- Skala zur Erfassung von Krankheitsverhalten (SAIB), (Rief et. al 2003)
- Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV), (Geissner 2001)
- Pain Disability Index (PDI), Dillmann et al. 1994, modif. Mewes et al. 2009)