

Somatoforme Störungen

Dossier von Pro Psychotherapie e.V.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Somatoforme Störung: Körperliche Beschwerden ohne klare organische Ursache | 2 |
| Die Psyche und das vegetative Nervensystem | 2 |
| Schwierigkeiten bei der Behandlung und wirksame Behandlungsansätze | 3 |
| Definition somatoforme Störung | 3 |
| Typische Symptome einer somatoformen Störung | 4 |
| Erklärungsansätze für die Entstehung von somatoformen Störungen | 5 |
| Kognitiv-verhaltenstherapeutische Erklärungen | 5 |
| Psychoanalytische Erklärungen | 5 |
| Arten von somatoformen Störungen | 6 |
| Somatisierungsstörung | 6 |
| Undifferenzierte Somatisierungsstörung | 6 |
| Hypochondrische Störung | 6 |
| Somatoforme autonome Funktionsstörung | 7 |
| Anhaltende Schmerzstörung | 7 |
| Sonstige somatoforme Störungen | 7 |
| Diagnose, Häufigkeiten und Verlauf von somatoformen Störungen | 8 |
| Welche anderen psychischen Erkrankungen treten häufig gleichzeitig auf? | 8 |
| Behandlung von somatoformen Störungen | 9 |
| Psychotherapeutische Ansätze | 9 |
| Kognitive Verhaltenstherapie | 9 |
| Paar- und Familientherapie | 11 |
| Psychoanalytische und tiefenpsychologische Therapie | 11 |
| Weitere Therapieansätze | 11 |
| Therapie mit Psychopharmaka und anderen Medikamenten | 11 |
| Quellen und Links | 12 |

Somatoforme Störung: Körperliche Beschwerden ohne klare organische Ursache

Wenn Menschen in früheren Zeiten an vielfältigen, unklaren körperlichen Beschwerden litten, bezeichnete man das oft als Hysterie – dieser Begriff taucht schon in frühen ägyptischen und griechischen Schriften auf. Hippocrates hatte zum Beispiel die Vorstellung, die Gebärmutter würde bei Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch Bewegungen machen, die verschiedene körperliche Beschwerden hervorrufen würden. Deshalb nahm man lange Zeit an, dass „Hysterie“ nur bei Frauen auftreten würde.

Dass man im Lauf des Lebens immer wieder einmal körperliche Missempfindungen erlebt, ist normal: 80 Prozent der Bevölkerung berichten über vorübergehende körperliche Beschwerden ohne eine klare organische Ursache. Diese gehen aber meist von selbst wieder zurück und werden von den meisten Menschen nur wenig beachtet.

Auf der anderen Seite ist es auch nicht selten, dass jemand mit Beschwerden einen Arzt aufsucht, ohne dass sich eine organische Ursache finden lässt – Untersuchungen zeigen, dass das bei etwa zwanzig Prozent der Patienten der Fall ist.

Es gibt jedoch auch Menschen, die immer wieder unterschiedliche körperliche Beschwerden haben, ohne dass sich eine körperliche Ursache finden lässt. Diese Beschwerden werden in vielen Fällen chronisch und können die Lebensqualität deutlich beeinträchtigen. Dann spricht man auch von einer somatoformen Störung – das bedeutet, dass den Symptomen sehr wahrscheinlich psychische Ursachen zugrunde liegen.

Die Symptome einer somatoformen Störung können sehr vielfältig sein. Zu den häufigsten Beschwerden gehören Schmerzsymptome (zum Beispiel Kopfschmerzen, Brustschmerzen oder Rückenschmerzen), Müdigkeit und Erschöpfung. Oft wird auch über Magen-Darm-Beschwerden, Symptome des Herz-Kreislauf-Systems, sexuelle Störungen und Symptome, die das Nervensystem betreffen (zum Beispiel Schwindelgefühle), berichtet.

Die Psyche und das vegetative Nervensystem

Das vegetative Nervensystem ist der Teil des Nervensystems, der automatische körperliche Vorgänge steuert – also Vorgänge, die man selbst nicht willentlich beeinflussen kann. Dies sind zum Beispiel Herzschlag und Blutdruck, Atmung, Verdauung, sexuelle Funktionen und die Ausschüttung von Hormonen.

Allerdings haben psychische Empfindungen und Gefühle durchaus einen Einfluss auf das vegetative Nervensystem. Zum Beispiel wird man bei einem Schreck blass und bekommt eine Gänsehaut, das Herz rast und der Atem geht schneller – und bei Ärger rötet sich die Haut und der Blutdruck steigt an. Das Gleiche gilt auch langfristig gesehen: Ist das psychische Gleichgewicht auf Dauer gestört und jemand leidet ständig unter Gefühlen von Angst, Ärger oder Stress, kann das das vegetative Nervensystem dauerhaft aus dem Gleichgewicht bringen.

Schwierigkeiten bei der Behandlung und wirksame Behandlungsansätze

Ein Problem bei somatoformen Störungen ist, dass sich die Symptome mit medizinischen Ansätzen nicht wirksam behandeln lassen. Deshalb dauert es für die Betroffenen oft sehr lang, bis sie tatsächlich effektive Hilfe bekommen. Auf der einen Seite werden oft unnötige diagnostische Eingriffe und Behandlungen durchgeführt – und diese können zur Aufrechterhaltung der Symptome beitragen. Auf der anderen Seite werden die Patienten von Ärzten oft nicht ernst genommen und als „schwer behandelbar“ angesehen.

Ärzten fällt es oft schwer, den Betroffenen die psychischen Ursachen ihrer Beschwerden zu vermitteln. Versichert der Arzt ihnen, dass sie völlig gesund seien, löst das bei den Patienten erst recht Sorgen aus, weil sie überzeugt sind, dass ihre Beschwerden eine körperliche Ursache haben müssen. Aber auch die Erläuterung, dass psychische Faktoren wie Angst oder Stress hinter den körperlichen Symptomen stecken könnten, wird von ihnen oft nicht akzeptiert. Viele Patienten fühlen sich von der ärztlichen Behandlung, die ihnen nicht weiterhilft, enttäuscht und wechseln deshalb immer wieder von einem Arzt zum anderen.

Durch ein geeignetes Gespräch lassen sich viele Betroffene aber dazu motivieren, sich psychologische Unterstützung zu suchen. Und mit einer angemessenen Behandlung kann den meisten auch effektiv geholfen werden. Diese besteht in erster Linie aus einer Psychotherapie: Hier lernen die Patienten, Zusammenhänge zwischen ihren körperlichen Beschwerden und Stress- und Belastungsfaktoren zu erkennen, mit ihren körperlichen Symptomen besser umzugehen und Belastungen in ihrem Leben (zum Beispiel in der Ehe oder im Beruf) zu verringern.

Definition somatoforme Störung

Nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) ist eine somatoforme Störung dadurch charakterisiert, dass immer wieder körperliche Symptome auftreten. Obwohl in medizinischen Untersuchungen wiederholt keine organische Ursache gefunden werden kann, fordern die Betroffenen immer wieder neue medizinische Untersuchungen, um die Ursachen abzuklären. Es kann auch sein, dass tatsächlich eine körperliche Störung vorliegt – diese erklärt dann aber nicht das Ausmaß und die Art der Symptome und das damit verbundene Leiden des Patienten.

Darüber hinaus gibt es auch Menschen mit einer somatoformen Störung, die nicht wiederholt Ärzte aufsuchen, sondern im Gegenteil die Auseinandersetzung mit den körperlichen Symptomen und den Kontakt mit medizinischen Informationen vermeiden.

Frau T., 37 Jahre alt, kommt zu einem Vorgespräch für eine geplante Psychotherapie in einer psychosomatischen Klinik. Sie ist verheiratet, hat zwei Kinder und arbeitet als Krankenschwester im Schichtdienst. Sie berichtet von wechselnden körperlichen Symptomen, die schon seit vielen Jahren bestehen. Dabei hat sie zu unterschiedlichen Zeiten Verkrampfungen und Schmerzen im Brust- und Schulterbereich, Herzschmerzen und Herzrhythmusstörungen, Ohnmachtsanfälle, Lähmungsgefühle im linken Arm, Hörstörungen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Erbrechen und Schmerzen beim

Geschlechtsverkehr erlebt. Wegen der unterschiedlichen Symptome war sie unzählige Male bei Ärzten und wurde mehrmals stationär im Krankenhaus behandelt. All dies habe jedoch nie zu einer Besserung und nie zu einer Aufklärung der Ursachen geführt.

Auffällig ist, dass sich die Patientin im Gespräch um Lockerheit und Unbekümmertheit bemüht und scheinbar unbeteiligt über schwerwiegende Beschwerden berichtet. Zum Beispiel erzählt sie, dass sie vor einigen Monaten starke Brustschmerzen hatte und überzeugt war, einen Herzanfall zu haben. Sachlich und scheinbar ungerührt berichtet sie, dass die Hausärztin sie in dieser Situation wieder nach Hause geschickt habe. Ein anderer Arzt habe einmal geäußert: „Der müsste man mal ordentlich in den Hintern treten.“ Dabei zeigt Frau T. jedoch keine negativen Gefühle wie Kränkung, Wut oder Trauer – stattdessen nimmt sie die Ärzte eher in Schutz.

Aus ihrer Vergangenheit berichtet Frau T., dass sie als ältestes Kind schon früh Verantwortung für ihre jüngeren Geschwister übernehmen musste. Ihre Mutter lag ständig erschöpft oder krank im Bett und hatte nicht die Kraft, sich um sie und ihre Geschwister zu kümmern. Ihr Stiefvater schlug sie häufig und missbrauchte sie jahrelang sexuell. Wenn sie selbst mal krank gewesen sei, habe sich dagegen niemand um sie gekümmert – dabei habe sie sich gerade dann besonders nach Liebe und Zuwendung gesehnt.

Aus Sicht der Psychotherapeutin können die Traumatisierung durch den Vater und die fehlende emotionale Nähe der Mutter dazu beigetragen haben, dass eine somatoforme Störung entstanden ist. Dabei kann die körperliche Symptomatik als ein (unbewusster) Versuch angesehen werden, die ersehnte Zuwendung doch noch zu bekommen – nämlich von Ärzten und anderen Behandlern. Gleichzeitig wiederholt sich in ihrer Beziehung zu den Ärzten unbewusst die Problematik aus der Kindheit: Auch von ihnen wird Frau T. vernachlässigt oder „aggressiv“ behandelt.

Typische Symptome einer somatoformen Störung

Wie schon beschrieben können die Symptome ganz unterschiedliche Organe oder Teile des Körpers betreffen. Dabei treten am häufigsten Symptome auf, die auch bei einer starken Erregung des vegetativen Nervensystems vorkommen. Typische Symptome sind:

- Beim Herz-Kreislauf-System: Druckgefühl oder Stiche in der Herzgegend, Engegefühl in der Brust, Herzklopfen
- Bei der Atmung: Engegefühl in der Brust, Schwierigkeiten beim Atmen, Luftnot
- Im Magen-Darm-Trakt: Übelkeit, Bauchschmerzen, Völlegefühl, Blähungen, Durchfall
- Im Bereich der Gynäkologie: chronische Schmerzen im Unterbauch, unangenehme Empfindungen im oder um den Genitalbereich
- Im Bereich der Blase und Niere: häufiges oder schmerzhaftes Wasserlassen, Schwierigkeiten beim Wasserlassen, Schmerzen im Unterbauch
- Im Bereich der Haut: Klagen über Farbveränderungen der Haut, Taubheitsgefühle, Jucken oder Kribbeln bestimmter Hautbereiche

- Bezogen auf Gehirn und Nervensystem: Schwindelgefühle, Punkte vor den Augen, vorübergehende Taubheit oder Blindheit
- Schmerzsymptome: anhaltende oder immer wiederkehrende Schmerzen, zum Beispiel Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Bauchschmerzen oder Gelenkschmerzen

Erklärungsansätze für die Entstehung von somatoformen Störungen

Wie bei anderen psychischen Störungen wird angenommen, dass die Erkrankung durch ein Zusammenwirken von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren entsteht.

Genetische Faktoren könnten die Entstehung der Störung begünstigen – zum Beispiel eine genetisch bedingte, besonders starke Reaktionsbereitschaft des vegetativen Nervensystems.

Vermutlich tragen aber vor allem psychische und soziale Faktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung bei. So kann ausgeprägter oder lang anhaltender Stress zu einer ständigen Anspannung und zu einer Fehlregulierung der inneren Organe führen.

Untersuchungen zeigen, dass viele Betroffene schon in ihrer Kindheit starken Stress erlebt haben und / oder sexuell missbraucht oder körperlich misshandelt wurden: 59 Prozent der Patienten berichten über sexuellen Missbrauch und 43 Prozent über körperliche Misshandlungen in der Kindheit. Viele haben außerdem erlebt, dass ihre Eltern oder Geschwister häufig krank waren.

Darüber hinaus wurden viele für Kranksein „belohnt“, indem sie von ihren Eltern in der Schule krank gemeldet oder vom Sportunterricht befreit wurden. Auf diese Weise haben die Betroffenen gelernt, Kranksein mit positiven Aspekten zu verbinden.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Erklärungen

Aus Sicht der kognitiven Verhaltenstherapie spielt bei der Aufrechterhaltung der Symptome die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf körperliche Prozesse eine wichtige Rolle. Viele Betroffene neigen dazu, körperliche Symptome stark zu beachten und schnell eine schwerwiegende Ursache zu vermuten (Katastrophisierung). Treten körperliche Beschwerden auf, machen sie sich starke Sorgen, was in einer Art Teufelskreis die Symptome verstärkt. Auch durch die häufigen Arztbesuche und die verschiedenen Untersuchungen und Behandlungen ist ihre Aufmerksamkeit ständig auf die körperlichen Symptome gerichtet – was diese ebenfalls verstärken kann. Außerdem haben viele der Patienten das Selbstbild, körperlich schwach und nur wenig belastbar zu sein.

Psychoanalytische Erklärungen

Aus Sicht der Psychoanalyse kann es sein, dass unerträgliche seelische Konflikte und Gefühle wie Wut, Angst, Ärger oder Unzufriedenheit ins Unbewusste verdrängt werden – und sich dann in körperlichen Symptomen äußern. Dies könnte auch erklären, warum die

Patienten oft sachlich wirken und nur wenige Gefühle zeigen. Durch die häufigen Arztbesuche versuchen die Betroffenen – aus psychoanalytischer Sicht – unbewusst, die Fürsorge zu bekommen, nach der sie sich seit ihrer Kindheit sehnen.

Arten von somatoformen Störungen

Nach ICD-10 lassen sich mehrere Unterformen der somatoformen Störung unterscheiden:

Somatisierungsstörung

Hierbei treten immer wieder unterschiedliche, häufig wechselnde körperliche Symptome auf, die unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Sie bestehen über mindestens zwei Jahre und können sich auf jeden Teil des Körpers beziehen. So kann jemand zum Beispiel eine Zeitlang unter starken Kopfschmerzen, später unter Bauchschmerzen und Durchfällen und dann wiederum unter Engegefühl in der Brust und Atembeschwerden leiden – ohne, dass sich eine organische Ursache nachweisen lässt.

Die Betroffenen haben meist eine lange Krankengeschichte hinter sich, bei der sie in verschiedenen medizinischen Spezialeinrichtungen behandelt wurden. Sie haben sich vielen Untersuchungen und Operationen unterzogen, die ohne Befund geblieben sind bzw. keine nennenswerten Erfolge gebracht haben. Dabei akzeptieren die Patienten nicht oder höchstens kurzzeitig, dass die Symptome keine körperliche Ursache haben.

Weiterhin lassen sich oft anhaltende Probleme in der Familie oder in anderen sozialen Beziehungen beobachten.

Undifferenzierte Somatisierungsstörung

Dieses Erkrankungsbild ähnelt der Somatisierungsstörung, ist aber weniger schwer ausgeprägt. Es treten ebenfalls zahlreiche, unterschiedliche körperliche Beschwerden auf, die über mindestens sechs Monate anhalten. Sie erfüllen jedoch nicht das vollständige Bild einer Somatisierungsstörung.

Hypochondrische Störung

Von einer hypochondrischen Störung spricht man, wenn jemand sich seit mindestens sechs Monaten ständig mit dem Gedanken beschäftigt, an einer oder mehreren schweren oder fortschreitenden körperlichen Erkrankungen zu leiden. Dabei halten die Betroffenen auch an dieser Überzeugung fest, wenn ärztliche Befunde das Gegenteil gezeigt haben.

Die Patienten haben entweder anhaltende körperliche Beschwerden oder beschäftigen sich ständig mit ihrem Körper. Dabei interpretieren sie normale, harmlose Körperempfindungen oder Symptome (zum Beispiel kurzfristige Atemlosigkeit oder vorübergehende Kopfschmerzen) als unnormal und als mögliche Anzeichen einer schweren Erkrankung. Das führt dazu, dass sie häufig Ärzte aufsuchen.

Im Unterschied zur Somatisierungsstörung erleben die Betroffenen die Beschwerden nur in einem oder zwei Organsystemen (z. B. Magen-Darm-Trakt oder Herz) – oder sie richten ihre Aufmerksamkeit nur auf ein oder zwei Organsysteme.

Somatoforme autonome Funktionsstörung

Hierbei berichten die Betroffenen über Symptome, die scheinbar auf eine körperliche Erkrankung eines bestimmten Organsystems bzw. des vegetativen Nervensystems hindeuten. Dies können zum Beispiel Symptome des Herz-Kreislauf-Systems, des oberen oder unteren Verdauungstrakts, des Atmungssystems oder der Harn- oder Geschlechtsorgane sein.

Dabei lassen sich zwei Arten von Symptomen beobachten: Zum einen Symptome, die auf einer tatsächlichen Reaktion des vegetativen Nervensystems beruhen – etwa Herzklopfen, Schwitzen, Erröten oder Zittern. Zum anderen unspezifische, wechselnde Symptome – zum Beispiel kurzfristige Schmerzen oder Schwere- oder Engegefühle, die von dem Betroffenen einem bestimmten Organ oder Organsystem zugeordnet werden.

Anhaltende Schmerzstörung

Hierbei treten mindestens sechs Monate lang schwere und anhaltende Schmerzen auf, die vermutlich ganz oder teilweise psychische Ursachen haben. Sie führen zu bedeutsamem Leiden und Beeinträchtigungen im persönlichen, sozialen oder beruflichen Bereich. Es werden zwei Arten der anhaltenden Schmerzstörung unterschieden:

1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Bei dieser Unterform bestehen anhaltende, schwere und belastende Schmerzen, die sich nicht durch eine körperliche Störung oder physiologische Prozesse erklären lassen. Die Schmerzen treten vor allem in Zusammenhang mit emotionalen Konflikten und psychischen Belastungen auf. Diese können auch erklären, warum die Schmerzen begonnen haben, über lange Zeit bestehen oder warum sie sich phasenweise verstärken. Wegen der Schmerzen wird meist viel persönliche und medizinische Unterstützung benötigt.

2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Hier treten die Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen des Körpers auf und lassen sich durch eine körperliche Störung oder einen physiologischen Prozess erklären. Man geht allerdings davon aus, dass psychische Faktoren bei der Aufrechterhaltung, der Schwere der Schmerzen und einer phasenweisen Verschlechterung eine wichtige Rolle spielen. Informationen zu chronischen Schmerzen finden Sie im Kapitel [„Chronischer Schmerz“](#).

Sonstige somatoforme Störungen

Diese Diagnose wird bei allen anderen Störungen der Wahrnehmung oder der körperlichen Funktionen verwendet, die nicht durch das vegetative Nervensystem vermittelt sind. Die

Störungen beziehen sich dabei auf bestimmte Teile oder Systeme des Körpers und stehen in enger Verbindung zu belastenden Ereignissen oder Problemen.

Diagnose, Häufigkeiten und Verlauf von somatoformen Störungen

Wichtig bei der **Diagnosestellung** ist, dass zunächst eine sorgfältige körperliche Untersuchung durchgeführt wird, um mögliche organische Ursachen eindeutig auszuschließen. Gleichzeitig sollte der Arzt darauf achten, ob ein Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und den körperlichen Beschwerden besteht: Haben die Symptome zum Beispiel in einer Phase starker psychischer Belastung begonnen oder haben sie sich durch psychische Belastungen verstärkt?

Im nächsten Schritt ist eine sorgfältige psychologische Diagnostik wichtig: Dabei werden aktuelle psychische Probleme, Belastungen im Lauf der Lebensgeschichte, Aspekte der Persönlichkeit und Belastungen in Familie und Beruf erfragt. Um aktuelle psychische Beschwerden zu erfassen, können auch Fragebögen wie die Symptomcheckliste SCL-90-R (Franke, 1994) oder das Screening für somatoforme Störungen (SOMS, Rief, Hiller & Heuser, 1997) verwendet werden.

Untersuchungen haben gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit falscher Diagnosen sehr gering ist, wenn die Diagnostik auf diese Weise durchgeführt wird.

Zur **Häufigkeit** von somatoformen Störungen gibt es unterschiedliche Angaben. Nach aktuellen Untersuchungen sind etwa 13 Prozent der Bevölkerung von der Erkrankung betroffen. Sie tritt bei Frauen häufiger auf als bei Männern – kommt aber auch bei Männern durchaus vor: Man geht davon aus, dass etwa 60 Prozent der Erkrankten Frauen und 40 Prozent Männer sind.

Eine somatoforme Störung beginnt meist vor dem 25. Lebensjahr, wobei die ersten Symptome oft schon in der Jugend auftreten. In manchen Fällen entwickelt sich die Störung aber auch erst in einem späteren Lebensalter. Mit der Zeit verstärken sich die Beschwerden und treten immer häufiger auf. Die Erkrankung besteht meist über lange Zeit, wobei die Beschwerden in manchen Phasen stärker und in anderen schwächer sein können.

Welche anderen psychischen Erkrankungen treten häufig gleichzeitig auf?

Somatoforme Störungen treten oft zusammen mit anderen psychischen Störungen auf – vor allem mit Depressionen und Angststörungen. Auch Suchterkrankungen (Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen) kommen häufig gleichzeitig vor.

Bei vielen Betroffenen lassen sich ausgeprägte, unflexible Verhaltensmuster beobachten, die man auch als [Persönlichkeitsstörungen](#) bezeichnet. Am häufigsten kommen hier die histrionische und die Borderline-Persönlichkeitsstörung vor.

Auf der anderen Seite lassen sich bei auch Depressionen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen oft psychisch bedingte körperliche Symptome beobachten – dies

zeigt, dass ein enger Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und körperlichen Beschwerden besteht.

Behandlung von somatoformen Störungen

Der hilfreichste Behandlungsansatz für somatoforme Störungen ist eine Psychotherapie. Wichtig ist aber zunächst, dass der behandelnde Arzt die psychischen Hintergründe der körperlichen Beschwerden erkennt und ernst nimmt – statt dem Betroffenen zu versichern, dass er „nichts hat“. Im nächsten Schritt sollte er versuchen, den Patienten zu einer Psychotherapie zu motivieren und ihm den Sinn dieser Therapie deutlich zu machen. Bei leichter Symptomatik ist meist eine ambulante Psychotherapie ausreichend, bei schwerer ausgeprägter Symptomatik kann die Behandlung auch stationär in einer psychosomatischen Klinik stattfinden.

Psychotherapeutische Ansätze

In der Psychotherapie geht es zunächst darum, ein gutes Vertrauensverhältnis zum Patienten herzustellen. Dabei werden seine Erklärungen für die Beschwerden akzeptiert und ernst genommen. Gleichzeitig wird der Therapeut aber auch versuchen, den Betroffenen über das Zusammenwirken von körperlichen und seelischen Prozessen zu informieren und ihm an Beispielen deutlich machen, dass auch psychische Prozesse wie Wahrnehmungen und Gefühle körperliche Vorgänge beeinflussen können (Psychoedukation). Dabei wird er darauf Wert legen, dass „psychisch bedingt“ nicht bedeutet, dass der Betroffene „verrückt“ oder „psychisch gestört“ ist. Auch beim Besprechen der Lebensgeschichte des Patienten können Zusammenhänge zwischen psychischen Belastungen und einer verstärkten körperlichen Symptomatik herausgearbeitet werden.

Es können verschiedene Therapieformen zum Einsatz kommen. Dabei hat sich eine Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischen und familientherapeutischen Methoden als besonders hilfreich erwiesen. Auch bei Kindern und Jugendlichen, die unter Somatisierungsstörungen leiden, wurden auf diese Weise gute Erfolge erzielt.

Kognitive Verhaltenstherapie

In einer kognitiven Verhaltenstherapie wird zunächst erfasst, welche Vorstellungen der Patient von der Entstehung seiner Beschwerden hat und ob er einen Zusammenhang mit anderen Faktoren sieht – zum Beispiel mit Spannungen in der Familie oder bei der Arbeit (subjektives Krankheitsmodell). Diese Informationen bilden dann die Grundlage, um mit ihm darüber zu sprechen und seine Vorstellungen allmählich zu verändern.

Außerdem werden konkrete Ziele für die Therapie festgelegt. Diese können sich auf die Symptome selbst beziehen (zum Beispiel die Beschwerden besser selbst beeinflussen zu können, seltener zum Arzt gehen zu müssen), aber auch auf andere Lebensbereiche (zum Beispiel selbstbewusster zu werden, berufliche Belastungen zu verringern, wieder mehr mit der Familie zu unternehmen).

Ein wichtiges Ziel der Therapie ist, das Krankheitsmodell des Patienten allmählich zu verändern und zu erweitern, so dass er auch psychische Ursachen für seine Beschwerden akzeptieren kann. Dazu werden ihm Informationen über die Zusammenhänge zwischen körperlichen und psychischen Prozessen gegeben und an Beispielen verdeutlicht. So wird zum Beispiel anhand der „Zitronenübung“ gezeigt, dass allein die Vorstellung, eine Zitrone zu essen, vermehrten Speichelfluss auslösen kann. Auch Symptomtagebücher können dazu dienen, den Zusammenhang zwischen körperlichen Symptomen und psychischen Belastungen deutlich zu machen. Gleichzeitig erhält der Patient ausführliche Informationen darüber, wie psychotherapeutische Ansätze bei seinen körperlichen Beschwerden helfen können.

Oft haben die Betroffenen messbare Anzeichen einer erhöhten körperlichen Erregung – zum Beispiel eine erhöhte Herzrate oder eine starke Anspannung der Muskulatur. Solche Veränderungen können mithilfe von Biofeedback gemessen werden. Den Patienten kann so deutlich gemacht werden, wie unterschiedlich Herzschlag oder Muskelanspannung in verschiedenen Situationen sein können – zum Beispiel bei Entspannung und bei emotionalem Stress. Außerdem können sie auf diese Weise üben, ungünstige körperliche Reaktionen gezielt zu verändern (zum Beispiel ein ungünstiges Atemmuster zu verändern). Um die körperliche Anspannung zu vermindern, können auch andere Entspannungsverfahren wie die progressive Muskelrelaxation (PMR) oder das Autogene Training eingesetzt werden.

Viele Betroffene sind der Ansicht, das Gesundsein bedeutet, überhaupt keine körperlichen Missempfindungen zu haben. Diese Vorstellung soll im Lauf der Therapie durch eine realistischere Vorstellung von Gesundsein ersetzt werden. Die Patienten lernen, bestimmte Missempfindungen (zum Beispiel Atemlosigkeit nach körperlicher Anstrengung) als normal zu akzeptieren. Darüber hinaus wird eine Konfrontation mit dem körperlichen Missempfindungen angestrebt, bei der die Patienten möglichst viele Missempfindungen provozieren sollen. Ziel dabei ist, die verstärkte Wahrnehmung der Symptome und ihre Bewertung als etwas Bedrohliches zu vermindern.

Aus Angst vor Symptomen meiden viele Patienten körperliche Anstrengung und Sport. Um dieses Schonverhalten abzubauen, werden sie ermutigt, allmählich wieder körperlich aktiv zu werden und mehr Fitness aufzubauen. Dies kann zu einer deutlichen Verbesserung der Beschwerden beitragen.

Außerdem wird den Betroffenen allmählich klar gemacht, dass auch das ständige Bedürfnis, eine Ursache für die Symptome zu finden, die Erkrankung aufrechterhalten kann. Die Patienten lernen, dieses Verhalten allmählich zu verändern, indem sie „verdächtige“ Körperregionen seltener abtasten und nur noch dann zum Arzt gehen, wenn dies wirklich notwendig ist.

Daneben geht es in der Therapie auch darum, andere Lebensbereiche zu verändern, die mit den körperlichen Symptomen in Zusammenhang stehen. So können die Patienten in einem Emotionstraining lernen, ihre Gefühle besser wahrzunehmen und zuzulassen. In einem Stressbewältigungstraining üben sie, besser mit Stress und Belastungen umzugehen, und in einem sozialen Kompetenztraining lernen sie, Wünsche und Bedürfnisse angemessener zu äußern, „Nein“ zu sagen und Beziehungen aktiver zu gestalten. Durch diese Fähigkeiten sind die Betroffenen auch weniger darauf angewiesen, körperliche Symptome „vorzuschieben“,

um etwas Bestimmtes zu erreichen (zum Beispiel eine Forderung abzulehnen). Die verschiedenen Übungen können auch dazu beitragen, den Therapieerfolg langfristig aufrechtzuerhalten und die Lebensqualität der Patienten deutlich zu verbessern.

Paar- und Familientherapie

Da die körperlichen Symptome oft in Zusammenhang mit schwierigen Beziehungen und zwischenmenschlichen Konflikten stehen, ist es sinnvoll, den Partner, die Familie oder andere Bezugspersonen in die Therapie einzubeziehen. Auf diese Weise können Konflikte langfristig verändert und die Bezugspersonen zu einer konstruktiven Mitarbeit in der Therapie motiviert werden. Zum Beispiel kommt es oft vor, dass Angehörige das Schonverhalten des Patienten unbewusst unterstützen, indem sie ihm wichtige Aufgaben abnehmen. In der Therapie werden sie über diese Zusammenhänge aufgeklärt und angeregt, den Patienten stattdessen zu sportlichen oder anderen gemeinsamen Aktivitäten zu motivieren.

Bei Kindern und Jugendlichen, die unter Somatisierungs-Störungen leiden (zum Beispiel Bauchschmerzen vor belastenden Situationen in der Schule), ist es besonders wichtig, die Familie in die Therapie mit einzubeziehen. Oft verstärken die Eltern die Symptome indirekt, weil sie selbst unter somatoformen Beschwerden leiden oder weil sie ihr Kind bei körperlichen Symptomen bereitwillig krankschreiben. Dann ist es wichtig, den Eltern diese Zusammenhänge bewusst zu machen und ihnen zu zeigen, wie sie ihr Kind bei der Bewältigung der körperlichen Symptome unterstützen können.

Psychoanalytische und tiefenpsychologische Therapie

Auch tiefenpsychologische und psychoanalytische Therapieansätze können bei somatoformen Störungen hilfreich sein. Hier geht es vor allem darum, seelische Konflikte, mögliche Traumatisierungen oder familiäre Belastungen aus der Vergangenheit aufzuarbeiten, die hinter der Störung stecken können. Man geht davon aus, dass belastende Ereignisse bis in die Gegenwart nachwirken und so zur Entstehung und Aufrechterhaltung der körperlichen Beschwerden beitragen können.

Weitere Therapieansätze

Oft werden die beschriebenen Psychotherapie-Ansätze mit weiteren Therapieformen kombiniert – zum Beispiel mit einer Bewegungs-, Gestaltungs- oder Musiktherapie oder mit einem Gesundheitstraining. Hier soll ein veränderter Umgang mit dem eigenen Körper und ein besserer Umgang mit der Erkrankung erreicht werden. So lernen die Patienten in einer körperbezogenen Therapie zum Beispiel, ihren Körper wieder positiver zu erleben und ihn nicht nur mit Krankheitssymptomen in Verbindung zu bringen.

Therapie mit Psychopharmaka und anderen Medikamenten

Psychopharmaka werden bei somatoformen Störungen meist nur als sinnvoll angesehen, wenn gleichzeitig Symptome einer anderen psychischen Erkrankung auftreten – zum Beispiel einer Depression oder Angststörung. Dabei können sich vor allem Antidepressiva

positiv auf die Symptome der somatoformen Störung auswirken. Psychopharmaka sollten immer nur in Kombination mit einer Psychotherapie verwendet werden, weil sie allein kaum einen dauerhaften Effekt haben.

Bei einer anhaltenden Schmerzstörung ist es in manchen Fällen sinnvoll, neben einer Psychotherapie auch Schmerzmittel einzusetzen. Dabei eignen sich vor allem Schmerz- und Entzündungshemmer (Schmerzmittel der Stufe 1, die weniger Nebenwirkungen haben) – auf Opioide, die deutlich stärker wirken, sollte möglichst verzichtet werden. Die Schmerzmittel sollten zudem nicht nur gelegentlich, sondern nach einem regelmäßigen, mit dem Arzt abgestimmten Schema eingenommen werden.

Von Dr. Christine Amrhein

Quellen und Links

- [Liste Therapeuten mit dem Schwerpunkt „Psychosomatik“](#)
- Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) für Patienten:
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html>
- [Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. \(DGPM\):](#)
- WHO (2010). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 7., überarbeitete Auflage. Hrsg. H. Dilling, W. Mombour & M. H. Schmidt. Verlag Hans Huber, Bern.
- Hessel & M. Geyer (2004). Somatisierung und Somatisierungsstörung. In: U. T. Egle, S. O. Hoffman, P. Joraschky (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. 3. Auflage, S. 367-380. Schattauer-Verlag, Stuttgart.
- W. Rief (2009). Somatisierungsstörungen. In: J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band II, S. 139-173. Springer-Verlag, Heidelberg.
- Sauer, N. & Eich, W. (2009). Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen. Deutsches Ärzteblatt, 2009 (1): 18a
- Fallbeispiel nach: A. Hessel & M. Geyer (2004). Somatisierung und Somatisierungsstörung.