



**AHG Klinik Schweriner See**

Klinik für Psychosomatische Medizin,  
Psychotherapie und Suchtmedizin

*Heft 3*

# Somatoforme Störungen



**Herausgeber: Dr. med. Thomas Fischer**

**Chefarzt**

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie – Psychotherapie  
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Sozialmedizin

Am See 4

19069 Lübstorf

fon: 0 38 67.9 00 – 165

fax: 0 38 67.9 00 – 600

[fkshwerin@ahg.de](mailto:fkshwerin@ahg.de)

[www.klinik-schweriner-see.de](http://www.klinik-schweriner-see.de)

[www.ahg.de/schwerin](http://www.ahg.de/schwerin)

**Redaktion: Dr. phil. Bernd Sobottka**

**Dr. med. Thomas Fischer**

6. Auflage, Februar 2014, 500 Exemplare

ISSN 1433-3163 „Angewandte Verhaltenstherapie“ (Print)

ISSN 1619-4411 „Angewandte Verhaltenstherapie“ (Internet)

Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

Bernd Sobottka

# Somatoforme Störungen

Ansprechpartner für den Bereich Somatoforme Störungen:  
Dr. phil. Bernd Sobottka, Leitender Psychologe

Telefonische Sprechzeit:  
Donnerstag 13:30 - 14:30 Uhr  
fon: 038 67.900-161  
fax: 038 67.900-600

Außerhalb dieser Sprechzeit erreichbar unter:  
fon: 038 67.900-165

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	5
Diagnosen und Problembereiche .....	6
Therapeutische Prinzipien .....	8
Therapieziele .....	10
Therapiebausteine .....	10
Literatur .....	11



## Einleitung

Bei den somatoformen Störungen handelt es sich um vorrangig *körperlich imponierende Beschwerdebilder*, für die *keine organische Ursache* gefunden werden kann. Der erlebte Schmerz oder die körperliche Funktionsstörung sind nicht organopathologisch bedingt. Manchmal werden zwar Auffälligkeiten in einem betroffenen Organsystem objektiviert, ohne jedoch die Schwere der vorliegenden Beschwerden damit erklären zu können. Trotzdem wird von den betroffenen Patienten das Vorliegen einer körperlichen Erkrankung angenommen. Erst ausbleibende bzw. unsichere diagnostische Hinweise für das Vorliegen einer somatischen Erkrankung sowie unbefriedigende Therapieergebnisse führen in einem oft langwierigen Prozess zunächst den behandelnden Arzt zu der Erkenntnis, dass die vorliegende Erkrankung zwar in ihrem Erscheinungsbild körperlich anmutet, letztendlich aber anderen Gesetzmäßigkeiten zu folgen scheint. Dann wird der Verdacht geäußert, dass es sich nicht um eine somatische Erkrankung, sondern um eine somatoforme Störung handeln könnte.

## Diagnosen und Problembereiche

Bei den betroffenen Patienten führt die Unauffälligkeit der somatischen Befunde in der Regel nicht zu einer anhaltenden Beruhigung, da sie keine überzeugende *Alternativerklärung* zur vermuteten organischen Ursache ihrer Erkrankung haben. Ärztliche Untersuchungsergebnisse mit regelrechtem Befund werden somit eher als beunruhigend erlebt, da die Patienten reale körperliche Beschwerden erleben. Bei Patienten, die beispielsweise nicht die Belastungsabhängigkeit solcher Beschwerden erkennen, verfestigt sich nicht selten die Ansicht, Opfer von Fehldiagnosen zu sein. Eine ängstliche Bewertung der eigenen körperlichen Verfassung kann dann dazu führen, dass die Wahrnehmung zunehmend stärker auf Symptome fixiert wird und diverse medizinische und paramedizinische Behandler in der Hoffnung aufgesucht werden, endlich eine erlösende Diagnose und Therapie zu erhalten.

Spätestens zu diesem Zeitpunkt wird deutlich, dass somatoforme Störungen sich nur zum Teil auf der körperlichen Ebene äußern. Zusätzlich sind quälende Gedanken über die Beschwerdesymptomatik und deren mögliche Auswirkungen zu beobachten. Patienten erleben sich häufig einer solchen Symptomatik hilflos ausgeliefert und reagieren mit depressiven oder ängstlichen Stimmungslagen. Sie schonen sich und neigen zu sozialem Rückzug. Das kann dazu führen, dass die betroffenen Patienten sich über Jahre immer mehr einschränken, sich ein *Krankheitsverhalten* chronifiziert und die Alltagsbewältigung kaum mehr möglich ist. Das subjektive Krankheitsgefühl des Patienten und das daraus resultierende Verhalten steht dabei in deutlichem Widerspruch zu den somatomedizinisch erhobenen Befunden.

In aktuellen diagnostischen Klassifikationssystemen (ICD-10, DSM-V) werden im Wesentlichen folgende somatoforme Störungen unterschieden:

- *Konversionsstörung*  
Merkmal: eindeutiger Zusammenhang zwischen der körperlichen, oftmals pseudoneurologischen Symptomatik und psychosozialem Auslöser ist erkennbar
- *Somatisierungsstörung*  
Merkmale: chronisches Störungsbild mit wiederholt auftretenden und häufig wechselnden körperlichen Symptomen; häufig zusätzliche Abhängigkeit oder Missbrauch von Medikamenten wie z.B. Tranquilizer, Analgetika

- *hypochondrische Störung*  
Merkmal: vorherrschende Überzeugung bzw. Angst davor, eine schwere Krankheit zu haben
- *körperdysmorphie Störung*  
Merkmal: übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten oder übertriebenen Mangel der äußeren Erscheinung
- *somatoforme autonome Funktionsstörung*  
Merkmal: Symptome aus dem autonom innervierten System, wie z. B. Herzklopfen, Atemnot, Magenbeschwerden oder Durchfall stehen im Vordergrund
- *anhaltende somatoforme Schmerzstörung*  
Merkmal: Schmerzsymptome, von denen angenommen wird, dass psychologische Faktoren eine zentrale Bedeutung besitzen, stehen im Vordergrund.

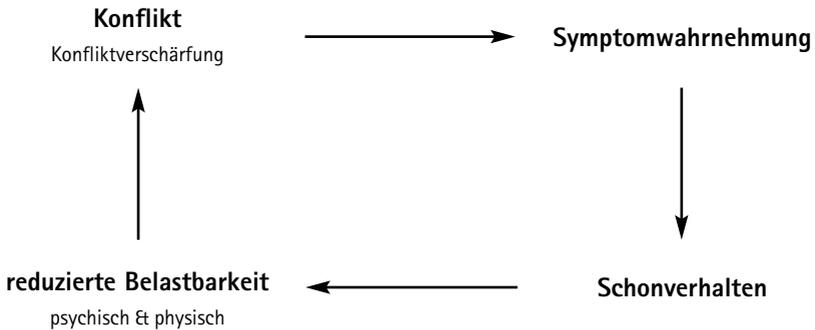
## Therapeutische Prinzipien

Patienten mit somatoformen Störungen befinden sich auf der Suche nach einer Erklärung für ihre Beschwerden. Somit ist es in der Psychotherapie zunächst notwendig, ein plausibles Erklärungsmodell für die Beschwerdesymptomatik zu erarbeiten. Für die Erarbeitung eines solchen individuellen Erklärungsmodells ist bei den häufig chronifizierten Patienten zu Beginn der stationären Verhaltenstherapie eine Information über psychophysiologische Zusammenhänge von höchster Relevanz.

Die sich auch während der stationären Behandlung einstellenden somatoformen Beschwerden können mit den Patienten in einen Zusammenhang mit aktuellen Situationen und den damit verbundenen Gefühlen und Gedanken gebracht werden. Im Laufe einer erfolgreichen Behandlung wird gemeinsam mit den Patienten ein Modell entwickelt, das die Entstehung und den Verlauf der somatoformen Störung plausibel erklären kann. Hilfreich dabei ist der Einsatz von *Selbstbeobachtungsinstrumenten* (z. B. Schmerzprotokollen), die zusätzlich auch eine Veränderung krankheitsbezogener Kognitionen initiieren können. Erst wenn ein Patient nicht mehr glaubt, an einer unerkannten Krankheit zu leiden, nur den richtigen Arzt und ein erlösendes Medikament finden zu müssen, kann eine weitere psychotherapeutische Bearbeitung wirken.

Bei der Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells der Störung wird häufig deutlich, dass die Beschwerdesymptomatik mit aktuellen Problemen, unbewältigten Konflikten, emotionalen Belastungen oder negativen Gedanken in Zusammenhang steht. Nicht selten erhalten beispielsweise Kopf-, Rücken-, Gelenk- oder Brustbeschwerden im Leben des Patienten eine Funktion, die der Entschärfung scheinbar unbewältigbarer Konflikte dient. Insbesondere die Bearbeitung dieser *Funktionalitäten* erfordert eine stabile, vertrauensvolle und wertschätzende Patienten-Therapeut-Beziehung. Gemeinsam mit den Patienten werden auf dieser Grundlage realistische Therapieziele entwickelt, die der positiven Veränderung des gesamten Beschwerdekomples dienen.

Dabei geht es zunächst darum, schrittweise Einflussmöglichkeiten auf dem Weg zum Erreichen der Therapieziele zu realisieren. Im weiteren Verlauf ist es immer wieder notwendig, den Patienten Zusammenhänge zwischen Vorstellungen und Bewertungen, Emotionen und körperlichen Empfindungen zu verdeutlichen. Notwendig ist auch die Veränderung des typischen Teufelskreises der somatoform gestörten Patienten:



Um diesen Kreislauf zu unterbrechen, ist eine entsprechende Konfliktwahrnehmung, die Ableitung und Erprobung konstruktiver Verhaltensalternativen, die Erweiterung sozialer Kompetenzen sowie ein körperliches Aufbautraining jeweils ein notwendiger Bestandteil einer konsequenten stationären Verhaltenstherapie. Damit wird, entgegen der häufig passiven Veränderungserwartungen der Patienten an eine Klinik, in der stationären Psychotherapie sukzessive die Grundlage für aktive Konfliktlösungen sowie die Motivation und Befähigung zu einer in höherem Maße eigenverantwortlichen Lebensführung angestrebt.

## Therapieziele

Der Stabilisierung, Verbesserung oder Wiederherstellung beruflicher und sozialer *Leistungsfähigkeit* sowie der Abwendung anhaltender *gesundheitlicher Beeinträchtigungen* dient die Bearbeitung folgender übergeordneter Therapieziele:

- Erwerb eines Psychogeneseverständnisses,
- leistungsabhängige und leistungsunabhängige Stabilisierung des Selbstwertgefühls,
- Verbesserung der emotionalen Ausdrucksfähigkeit und sozialen Kompetenz,
- Ausbau und Erprobung von alternativen Konfliktbewältigungsmöglichkeiten,
- Aufbau von Gesundheitsverhalten und Reduktion des Krankheitsverhaltens,
- Erarbeitung von Vertrauen in die Funktionsfähigkeit des eigenen Körpers sowie der psychischen und sozialen Handlungs- und Erlebnisfähigkeit.

Im Therapieverlauf verändern und erweitern sich in der Regel die ursprünglich vereinbarten und hier nicht ausführbaren individuellen Therapieziele des Patienten. In der Anfangsphase werden dabei symptomatische Ziele angestrebt. Später dann werden beispielsweise Ziele wie Erhöhung der sozialen Kompetenz und der allgemeinen Problemlösefähigkeit bearbeitet.

## Therapiebausteine

- Einzelpsychotherapie
- Gruppenpsychotherapie innerhalb der therapeutischen Wohngruppe
- störungsspezifische Gruppenpsychotherapie (z. B. Schmerzbewältigungsgruppe, Depressionsbewältigungsgruppe)
- weitere indikative Gruppentherapien je nach individuellen Problembereichen
- Paar- oder Familiengespräche
- Entspannungstraining
- Sport- und Bewegungstherapie
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Ernährungsberatung
- interne oder externe Belastungserprobungen

## Literatur

LIEB, H. & V. PEIN, A. (2009). *Der kranke Gesunde*. Stuttgart: TRIAS.

MORSCHITZKY, H. (2007). *Somatoforme Störungen. Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund*. Wien: Springer.

RAUH, E. & RIEF, W. (2006). *Ratgeber Somatoforme Beschwerden und Krankheitsängste. Informationen für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Hogrefe.

RIEF, W. (1995). *Multiple somatoforme Symptome und Hypochondrie*. Bern: Huber.

RIEF, W. & HILLER, W. (1998). *Somatisierungsstörung und Hypochondrie*. Göttingen: Hogrefe.

THOMAS, P., GRAMA, C. & HILLER, W. (2008). *Kognitive Verhaltenstherapie bei somatoformen Störungen*. In: *Psychotherapie im Dialog (PID)*, 3, 223-229.





In dieser Reihe sind bisher erschienen:

- Heft 1 Depressive Störungen
- Heft 2 Angststörungen
- Heft 3 Somatoforme Störungen
- Heft 4 Essstörungen (Bulimia und Anorexia nervosa)
- Heft 5 Pathologisches Glücksspielen
- Heft 6 Posttraumatische Belastungsstörungen
- Heft 7 Therapie für Mütter/Väter mit Kindern
- Heft 8 Indikation zur stationären Verhaltenstherapie
- Heft 10 Soziotherapeutische Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung
- Heft 11 Adipositas bei gestörtem Essverhalten
- Heft 12 Stationäre Behandlung von Suchtkranken im höheren Lebensalter
- Heft 13 Medikamentengebrauchsstörung: Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit
- Heft 14 Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch
- Heft 15 Tabakabhängigkeit
- Heft 16 Schizophrene Störungen
- Heft 17 Familie und Sucht