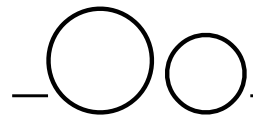


Störungsorientierte Techniken in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie am Beispiel der somatoformen Störungen



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Rainer Schäfert

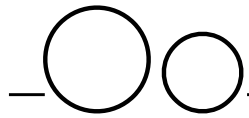
Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin

Peter Henningsen

Institut für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie
und Medizinische Psychologie, TU München

Vortrag vor der
Norddeutschen Gesellschaft
für angewandte Tiefenpsychologie (NGaT)
Bad Malente, Curtius Klinik
12.11.2005

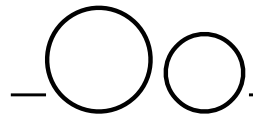
FUNKTIONAL-Projekt



* gefördert durch das BMBF
(Bundesministerium für Bildung und Forschung)

www.funktional.uni-hd.de

Störungsorientierung



► ... als Methode

- ▶▶ ist etwas anderes als „störungsspezifische Therapie“!
- ▶▶ spezifische Haltung, Settingelemente und Interventionen im Vordergrund
- ▶▶ allgemeiner psychotherapeutischer Rahmen im Hintergrund
- ▶▶ Therapieschulen-übergreifend

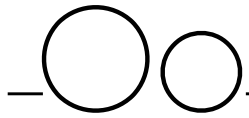
► ... als patientenbezogener Prozess

bei funktioneller / somatoformer Störung

- ▶▶ Symptom-Orientierung (statt Problem-Orientierung)
- ▶▶ Erklärungsmodell-Orientierung
- ▶▶ später (bei Indikation und Auftrag) Person-Orientierung

► erfordert Störungswissen

Übersicht



▶ **Störungsmodell als Behandlungsgrundlage**

- ▶▶ Definition, Klassifikation

- ▶▶ Was macht Patienten mit somatoformen Störungen “schwierig”?

- Patient-Behandler-Beziehung

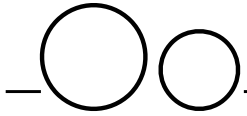
- ▶▶ Ätiologische Modelle somatoformer Störungen

▶ **Behandlung**

- ▶▶ Prinzipien, Haltung, Ziele

- ▶▶ störungsorientierte Interventionen

deskriptive Merkmale somatoformer Störungen

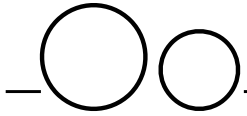


Körperbeschwerden ohne ausreichenden Organbefund

3 typische Beschwerdekompexe:

- ▶▶ **Schmerzen** jeglicher Lokalisation
(Rücken, Kopf, Bauch / Unterleib, Extremitäten)
- ▶▶ **Funktionsstörungen**: einzelnen Organen zugeordnet
(Schwindel, Herz, Verdauung etc.)
- ▶▶ **Erschöpfung, Müdigkeit**

Häufigkeit



- **Allgemeinbevölkerung: ca. 15%**
- **Hausarzt-Praxis: ca. 25%**
- **psychotherapeutische Praxis: ?**

Klassifikation somatoformer Störungen nach ICD-10 F45

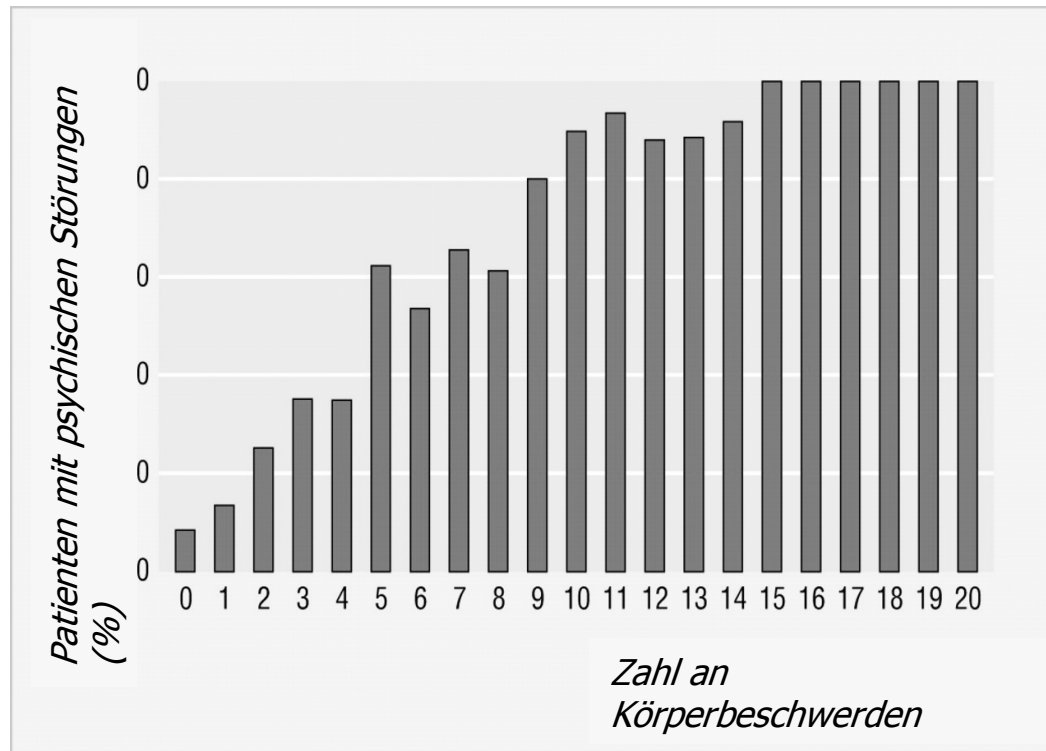
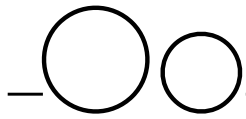
F45.0	Somatisierungsstörung	seltene Extremform, multiple Beschwerden > 2 Jahre
F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	häufige Minusvariante, geringe Aussagekraft
F45.2	Hypochondrische Störung	ängstlich getönte Ursachen- überzeugung dominiert
F45.3	Somatoforme autonome Funktionsstörung	Beschwerden autonom innervierter Organe
F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	Schmerzbeschwerde dominiert
F45.5/8	sonstige / nicht näher bezeichnete somatoforme Störung	
F44.4-7	Konversionsstörung / Dissoziative Störung d. Bewegung u. Empfindung	„Ausdruckskrankheit“: pseudo- neurolog., Konflikt-Symbolisierung
F48.0	Neurasthenie (Chronic Fatigue-Syndrome = CFS)	Erschöpfung dominiert
nicht im ICD-10	Umweltbezogene Körperbeschwerden	Ursachen-Attribution z.B. auf Chemikalien, Gebäude, Amalgam

Einzel symptombezogene Klassifikation funktioneller Syndrome nach ICD-10

- ▶ Gastroenterologie
 - ▶▶ Reizdarmsyndrom (K58)
 - ▶▶ Nicht-ulzeröse Dyspepsie (K30)
- ▶ Rheumatologie
 - ▶▶ Fibromyalgie (M79.0)
- ▶ Innere Medizin / Neurologie
 - ▶▶ Chronisches Erschöpfungssyndrom (G93.3)
- ▶ Gynäkologie
 - ▶▶ Pelvipathie (N94)
- ▶ Zahnmedizin
 - ▶▶ Craniomandibuläre Dysfunktion (K07.6)

etc.

lineare Korrelation somatoformer Störungen mit Depressivität und Angst



WHO-Studie Primärversorgung,
Kisely et al. 1997

3 Dimensionen: Somatisierung – Depressivität – Angst
momentane individuelle Ausgestaltung?

Was macht Patienten mit somatoformen Beschwerden “schwierig”?

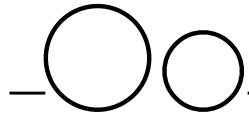
©Cartoonbank.com



“I hope you’re not going to be like the twenty incompetent doctors who couldn’t find anything wrong with me.”

© The New Yorker

Charakteristika somatoformer Störungen (ICD-10 F45)



- **wiederholte Darbietung** körperlicher Symptome
- **hartnäckige Forderung** nach medizinischen Untersuchungen
- ...trotz wiederholter **negativer Ergebnisse**
- ...und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome **nicht körperlich begründbar** sind
- Patient widersetzt sich den Versuchen, die Möglichkeit einer psychischen Ursache zu diskutieren
- Das zu erreichende **Verständnis** für die Verursachung der Symptome ist häufig für Patienten und Arzt **enttäuschend**

Patient-Behandler-Beziehung: Hoffnungs-Enttäuschungs-Zirkel

Patient

Arzt

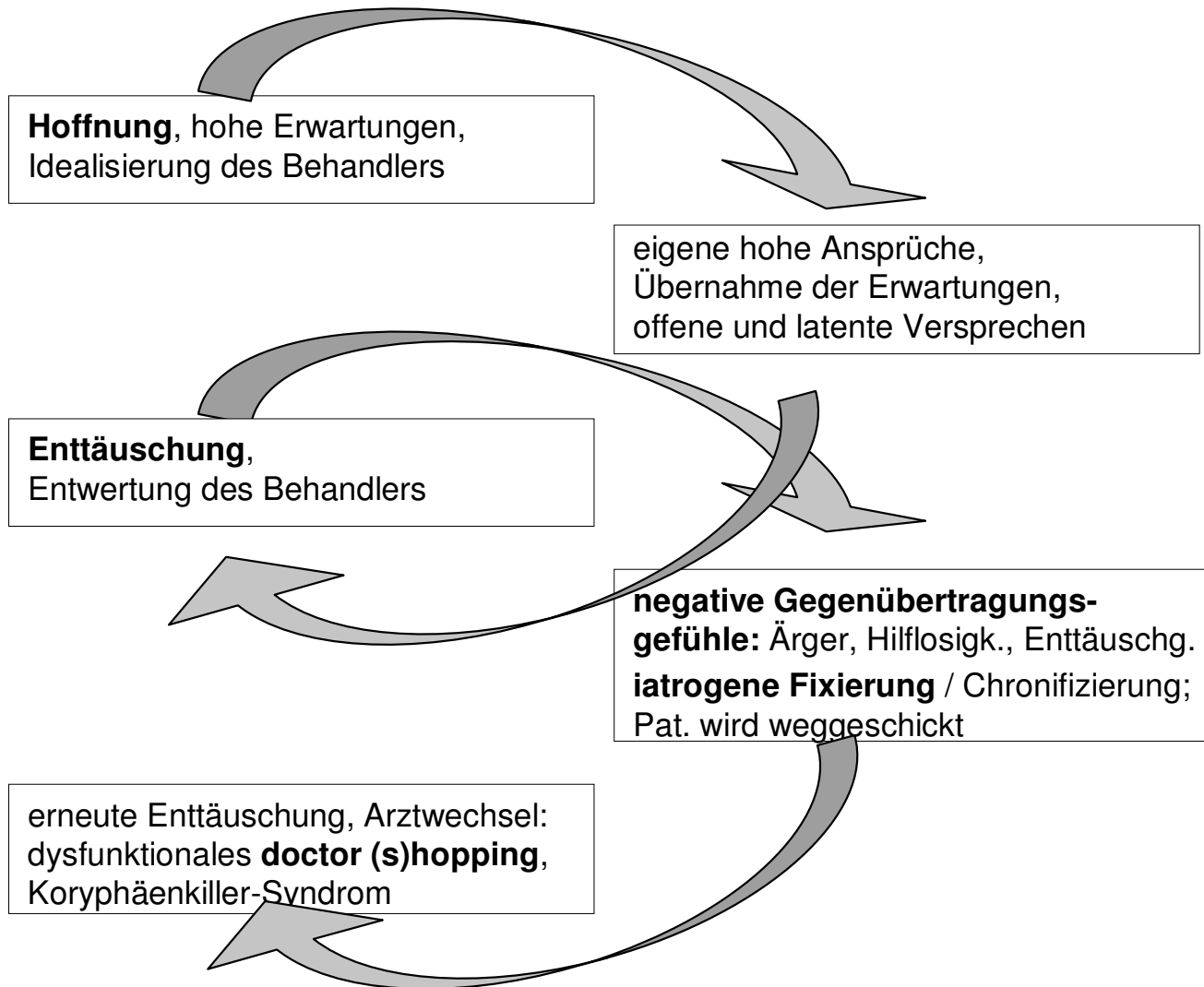
Hoffnung, hohe Erwartungen,
Idealisierung des Behandlers

eigene hohe Ansprüche,
Übernahme der Erwartungen,
offene und latente Versprechen

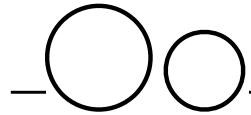
Enttäuschung,
Entwertung des Behandlers

**negative Gegenübertragungs-
gefühle**: Ärger, Hilflosigk., Enttäuschg.
iatrogene Fixierung / Chronifizierung;
Pat. wird weggeschickt

erneute Enttäuschung, Arztwechsel:
dysfunktionales **doctor (s)hopping**,
Koryphäenkiller-Syndrom



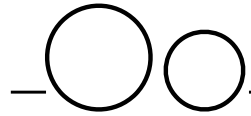
typische Gegenübertragungsgefühle



- Nichtwissen, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Scheitern, Selbstzweifel
- Idealisierung und Entwertung, Machtkampf
- Gefühl des Manipuliertwerdens
- Vermissen von Dankbarkeit
- Langeweile, Ungeduld, genervt, Abschalten, verstimmt, Wut, Ärger, Frustration, Erschöpfung, Ablehnung des Patienten
- Wunsch, sich zu entziehen

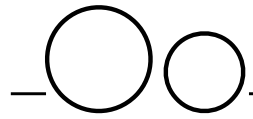
CAVE: nicht ausgieren!

Interaktion der Erklärungsmodelle von Patient und Behandler



Komponente	Patient	Behandler
kognitiv	organische Ursachen- Überzeugung	„Muster-Irritation“ = Nicht- Passung kognitiver Schemata
affektiv	beide: Ohnmachtserleben, Enttäuschung negative Gegenübertragungs- Gefühle	
handelnd	dysfunktionales Krankheitsverhalten	Agieren

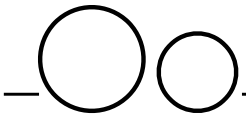
„Kampf um Legitimität“ als zentraler Aspekt einer Beziehungsstörung im Gesundheitssystem



„Syndrom der dicken Akte“

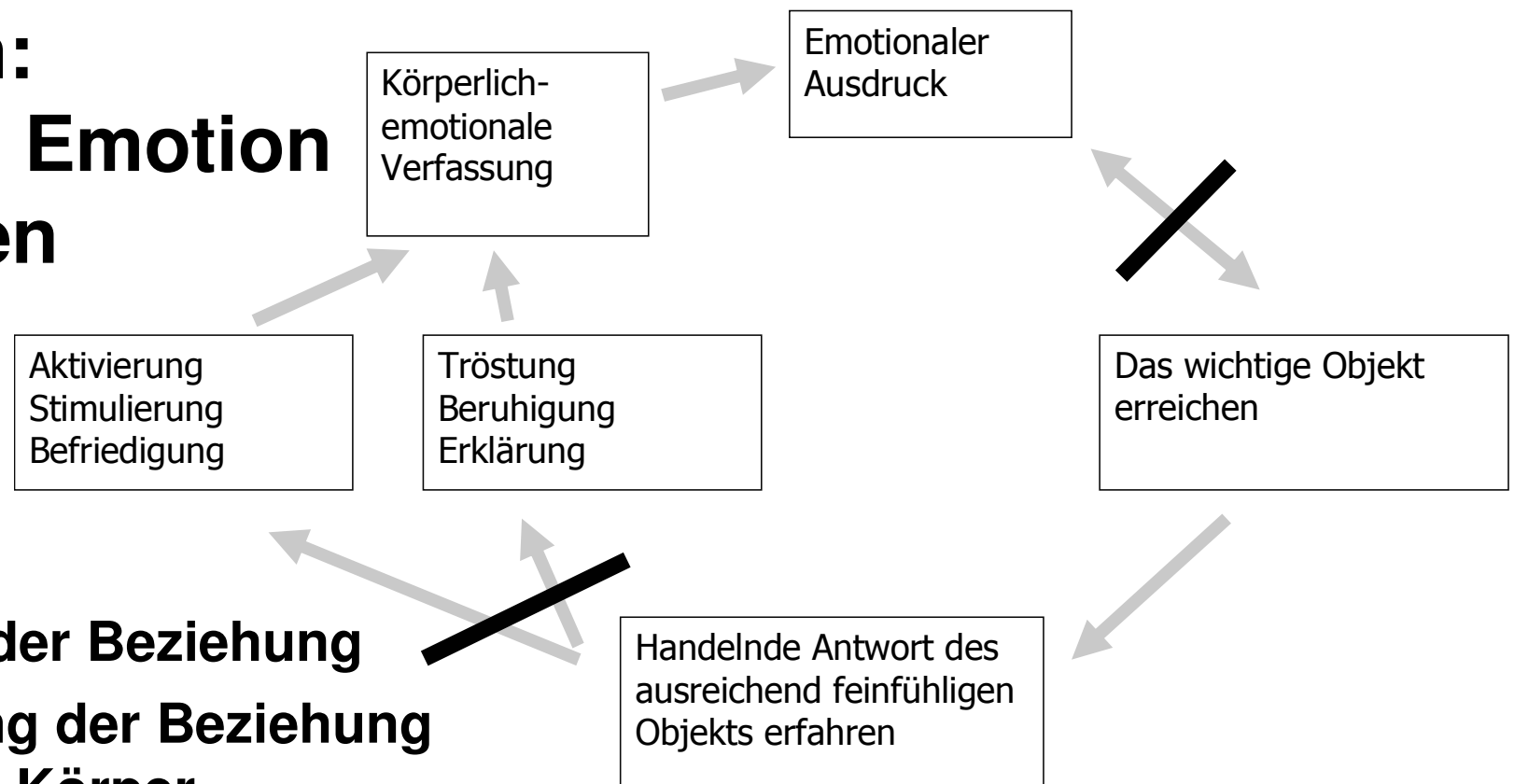


Ätiologische Modelle somatoformer Störungen



	Disposition	Auslösung	Fixierung / Aufrechterhaltung / Chronifizierung
organisch / (psycho-) biologisch			
psychologisch / interaktionell			
med. System / iatrogene Faktoren			
kulturell / Medien			

Disposition: Körper und Emotion in der frühen Beziehung



frühe Störung der Beziehung

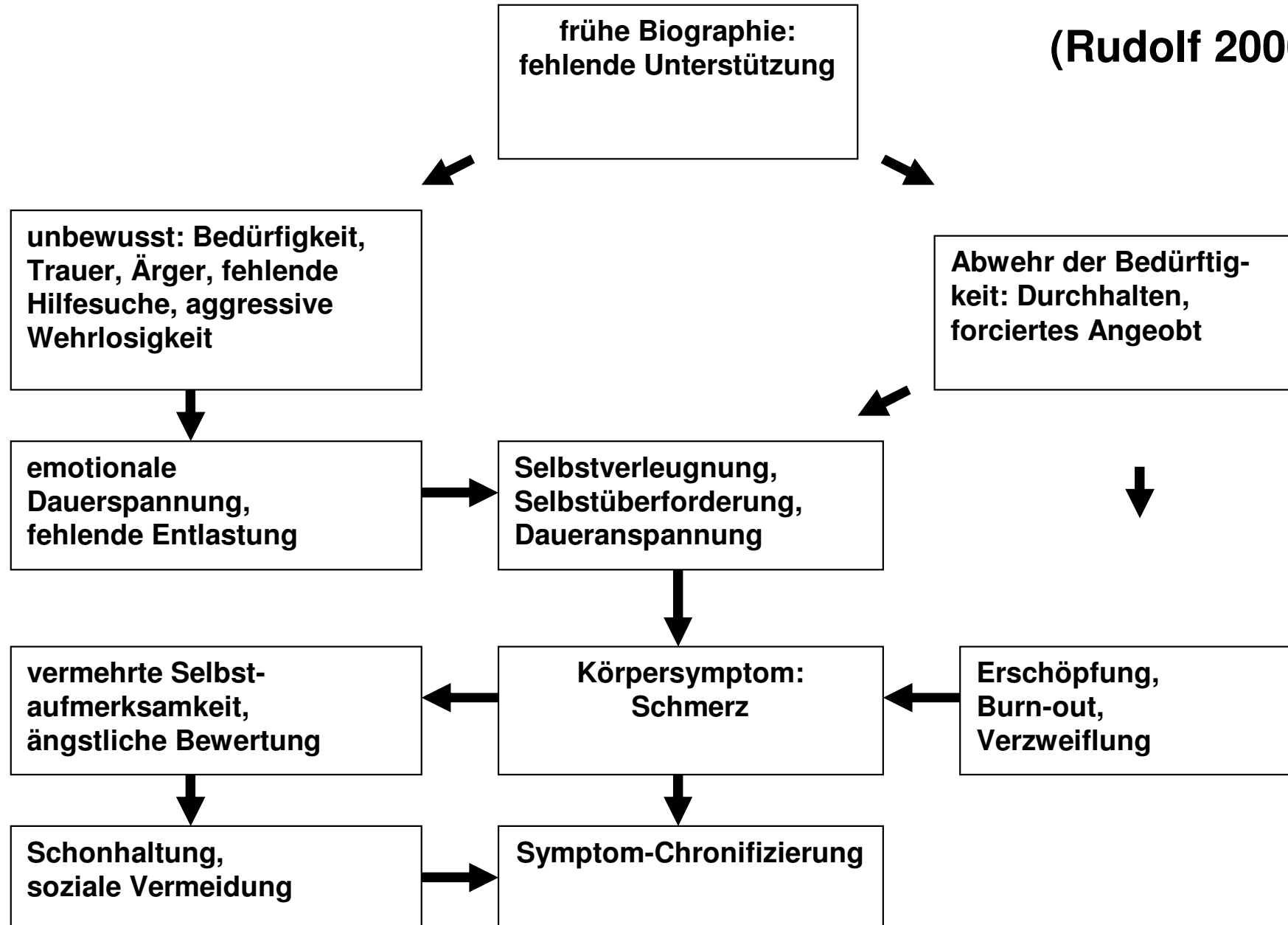
⇒ **frühe Störung der Beziehung
zum eigenen Körper**

⇒ **Folgen: körperliche / emotionale Abläufe**

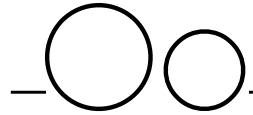
- ▶ können nicht in der Wahrnehmung differenziert werden
- ▶ können nicht durch eigenes adäquates Handeln bewältigt / beruhigt werden (Hilflosigkeit)
- ▶ können nicht durch Unterstützung anderer gebessert werden (fehlendes / inadäquates Hilfesuchverhalten)
- ▶ veranlassen zu inadäquaten Denkanstrengungen (somatische Krankheitsüberzeugungen, katastrophisierenden Bewertungen)

Disposition – psychologisch / interaktionell: Depressiver Grundkonflikt

(Rudolf 2000)



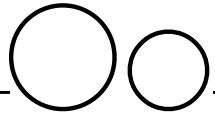
Disposition – psychologisch / interaktionell: Trauma



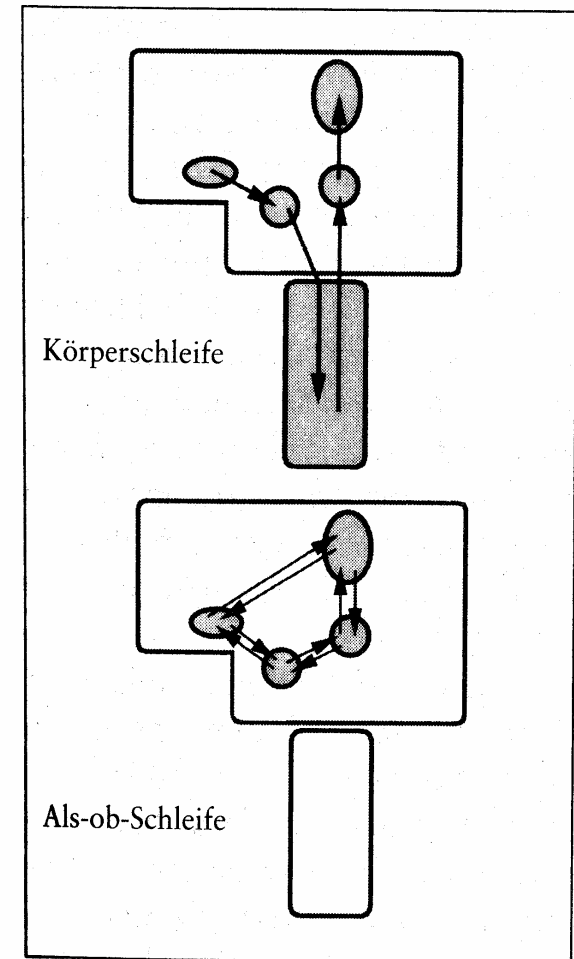
Belastungsfaktoren in der Kindheit:

- emotionale Deprivation
- psychische / sexuelle **Traumatisierung**

Disposition – Psychobiologie



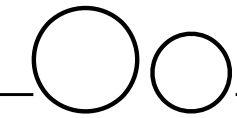
1. peripher:
vegetative Aktivierung
2. zentral:
Körper-Repräsentanz-Modell:
Störung des “Körpers im Kopf”



Damasio 1994

Disposition – Psychobiologie

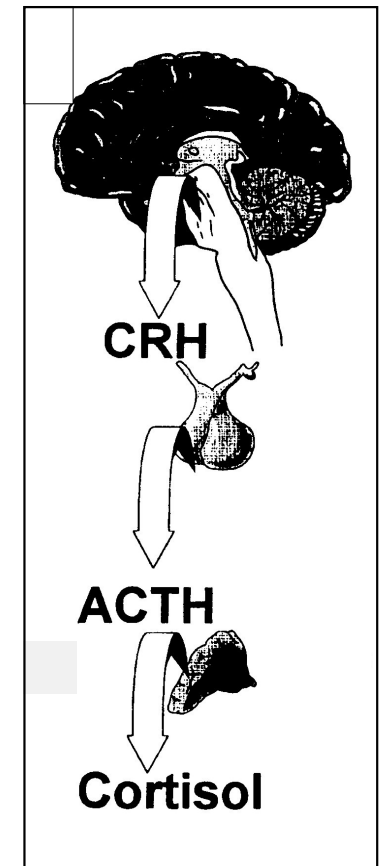
„Störung des Körpers im Kopf“ (1)



Dysfunktion des serotonergen Systems

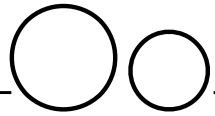
Störung der zentralen Stressverarbeitung:

- HPA-Achse =
Hypothalamus-
Hypophysen-
Nebennierenrinden-Achse
- LC-NE-Achse = Locus-Coeruleus-Norepinephrin-Achse
(sympathisches Nervensystem)



Disposition – Psychobiologie

„Störung des Körpers im Kopf“ (2)



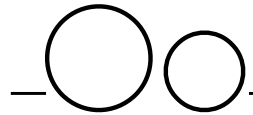
Störung der zentralen Schmerzverarbeitung:

- **Schmerzgedächtnis:**
 - Bahnung
 - Sensibilisierung der “Pain matrix”:
 - Thalamus: Tor zum Bewußtsein,
 - Somatosensibler Cortex: diskriminative Verarbeitung
 - Insula: Körperkarte
 - ACC = anteriorer cingulärer Cortex: emotionales Erleben
- **Schmerzschwelle** erniedrigt
 - Funktionseinschränkung des endogenen Opioid-Systems

Spiegel-Neurone:

- bei bloß beobachteten Vorgängen aktiv!
- Grundlage für Internalisierung, Identifikation, Empathie
- Modell-Lernen

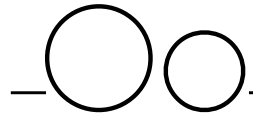
Auslösung – psychologisch / interaktionell



Typische Auslösesituationen:

- **Versuchungs- und Versagungs-Situationen:**
 - Verlust
 - Entmächtigung
 - narzisstische Kränkung
- **kritische Lebensereignisse**

Auflösung – Psychobiologie



Somatisches Entgegenkommen:

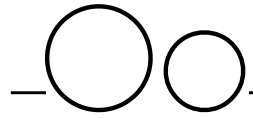
durch vorgängige Körperkrankheiten

(körperliche Erkrankung, Operation, Unfall)

gebahnte Reaktionsbereitschaft des Organismus

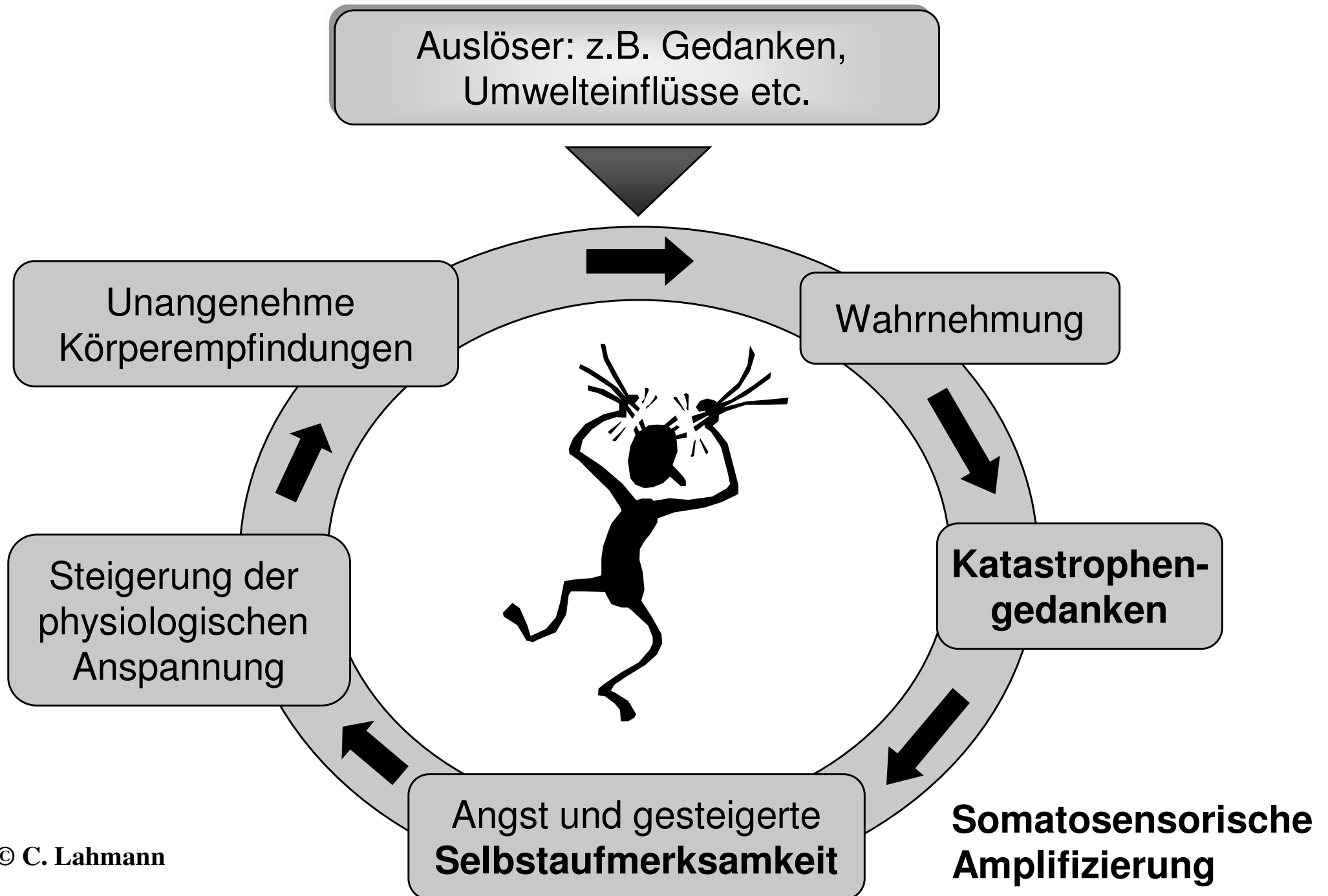
spielt eine Rolle für die **Organwahl**

Aufrechterhaltung / Chronifizierung – psychologisch / interaktionell

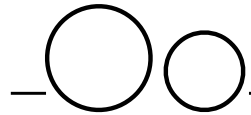


- **primärer Krankheitsgewinn:**
Symptombildung mindert inneren Konfliktdruck
- **sekundärer Krankheitsgewinn:**
Krankenrolle bringt soziale Entlastung

Aufrechterhaltung – Psychobiologie

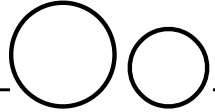


Aufrechterhaltung – medizinisches System: iatrogene Faktoren



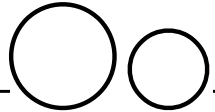
- **Behandlergewinn:**
 - **primärer Behandlergewinn:**
Ausagieren schwieriger Gegenübertragungsgefühle
 - **sekundärer Behandlergewinn:**
objektive Vorteile
- **einseitige Fokussierung:**
 - **Ärzte:**
Fokussierung und Fixierung auf somatische Symptome
 - **Psychotherapeuten:**
einseitige Fokussierung auf psychologische Probleme

Konsequenzen der Modelle für die Behandlungsprinzipien



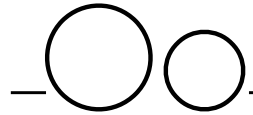
- ▶ **“Oberfläche vor Tiefe”**
- ▶ **interpersonell vor intrapsychisch**
 - ▶▶ störungsbezogene Kognitionen / Affekte / Handlungsdispositionen mit-konstitutiv für “somatoforme Erscheinung”, gleichzeitig geben sie Hinweis auf Art des Selbstbezugs
 - ▶▶ Körperbeschwerden und daran geknüpfte Beziehungsepisoden als **primäres Material**, nicht als “Abwehr”
 - ▶▶ keine Suche nach dem “eigentlichen psychischen Ursprung” hinter den Körperbeschwerden

Allgemeine Prinzipien in der Behandlung funktioneller / somatoformer Störungen



- ▶ **Legitimität** der Beschwerden signalisieren
- ▶ **Akzeptieren** der gering ausgeprägten “psychological mindedness” des Patienten
- ▶ gestuftes, **primärversorgungsnahe**s Behandlungskonzept
- ▶ **Kooperation** aller Behandler als Teil des “Neuanfangs”
Bekanntheit und Wertschätzung der Kooperationspartner

Psychotherapeutische Prinzipien



► **hohe Ansprüche relativieren**

(z.B. rasche und völlige Symptombeseitigung)

Bewältigung statt Heilung

kleine Schritte propagieren

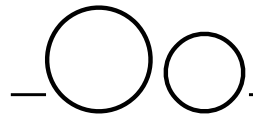
► **tangentiale Gesprächsführung**

eher beiläufiges Einführen psychologischer Themen mit
allgemeinen Begriffen wie “Stress”, “Belastung” o.ä.

initialer Verzicht auf Deutung von Zusammenhängen

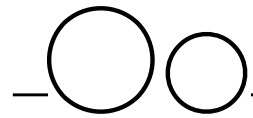
► **Einbeziehung des Körpers**

Psychotherapeutische Haltung



- ▶ aktiv stützend, geduldig-interessiert, begleitend, etwas geben
- ▶ Behandler als personales Gegenüber:
selektiv-authentisch reagieren

Behandlungsziele der Fachpsychotherapie



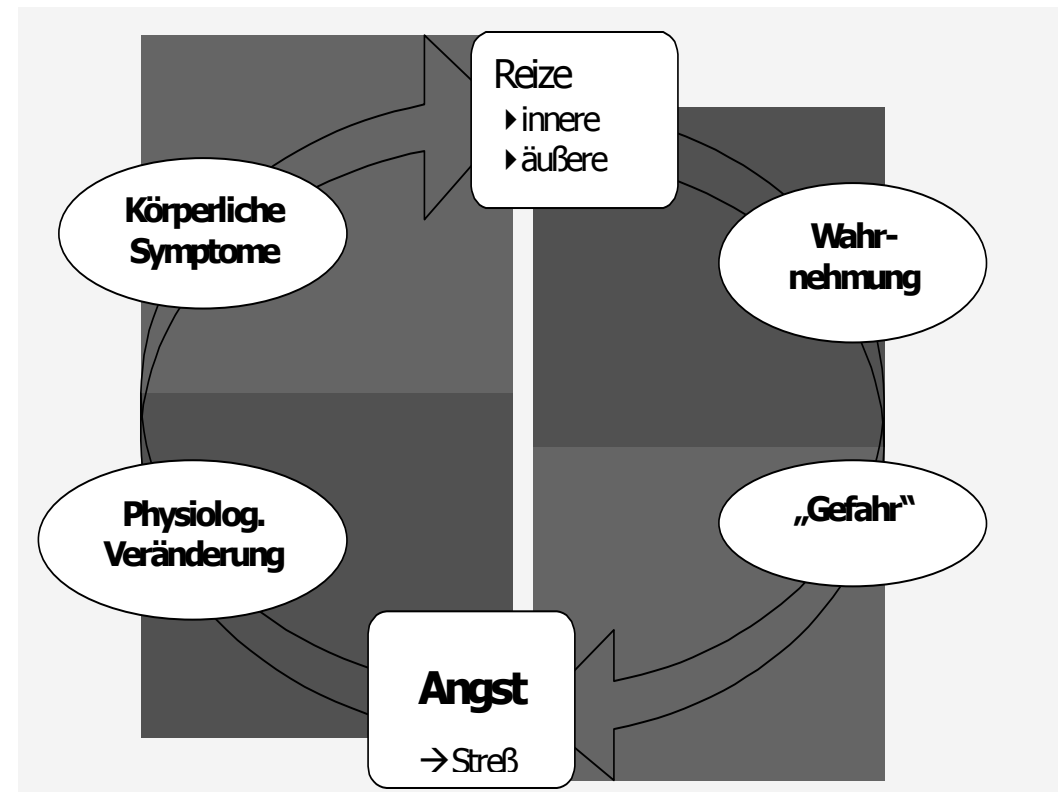
- Stabilisierung und Unterstützung der **primärärztlichen Behandlungsbeziehung**
- Verhinderung von Chronifizierung und Selbstschädigung durch repetitive Diagnostik und riskante Therapien
- Förderung der **Motivation** zur Psychotherapie
- **erweitertes** biopsychosozialen **Erklärungsmodell**
- Selbstaufmerksamkeit ↓ - Interesse an der Umwelt ↑
- **Verbesserung der Lebensqualität**
- **Beschwerdelinderung**, Verminderung von Angst und Depression
- **Verständnis und Handlungskompetenz** für den Umgang mit symptomauslösenden und -unterhaltenden psychosozialen Bedingungen und lebensgeschichtlichen Belastungen
- weitere Ziele hängen von der individuellen Problematik und vom Behandlungsauftrag ab

Psychoedukation

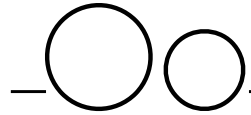
aktive **Information** über psychosomatische Zusammenhänge
Patienten-Informationsmaterial:

z.B. unter **www.funktional.uni-hd.de**
Schaubilder: z.B. Teufelskreis der Angst

→ **Entlastung**



Begleiten, Entgegennehmen der Symptomklage als Prozess



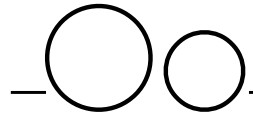
containing

- Klage **annehmen** ernstnehmen
- Klage **anreichern** mit Bildern, Affekten, Phantasien
- Klage **organisieren** sprachlich symbolisieren
- Klage **kontextualisieren** Situations- und Beziehungskontext herstellen

⇒ Verbesserung der **Kontroll-Überzeugung**

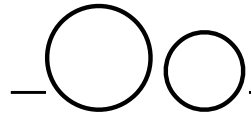
Symptom-Begleitung → Selbstreflexion

Beschwerde- / Symptom- / Kontext-Tagebücher



- **Ziele:**
 - mehr Information über die Beschwerden im Alltag erhalten
 - mit dem Patienten erarbeiten, was ihm gut / nicht gut tut
- konsequent **besprechen!**
 - **vorbereitend**
 - **begleitend**
- **nicht > 14 Tage!**

Tagebuch / Protokoll



Name: _____

Wochentag: _____

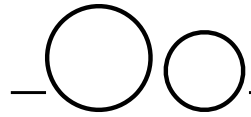
Datum: _____

Stufe 1:
Symptom-

Stufe 2:
Kontext-Tagebuch

Uhrzeit	Beschwerden	Stärke Beschw. 0 bis 10 (nicht bis extrem)	Situation, Aktivität, Wo?, Mit wem?	Gedanken, Gefühle, Stimmung
6-8				
8-10				
...				
Kom- mentare				

dosiertes Aktivieren statt Schonen, Einbeziehung des Körpers

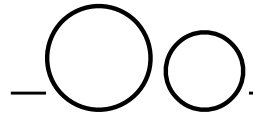


- Wahrnehmung / Stabilisierung von körperlichen und psychischen (Belastungs-)**Grenzen** und verantwortlicher Umgang mit ihnen
- Wahrnehmung / Einübung von **Belastung** / **Entspannung**
- Erfahrung von Zeit; **Rhythmisierung** des Körpererlebens
- wachsendes **Zutrauen** in die körperliche und psychische Belastbarkeit
- Erfahrung von **Unlust** / **Lust** / Vitalität, Genussfähigkeit im Körpererleben

Bearbeitung der Enttäuschungsaggression in 5 Foki (Selbstwahrnehmung, Affektdifferenzierung)

1.	Enttäuschung am Körper	der aussichtslose Kampf gegen das Symptom als negatives inneres Objekt
2.	enttäuschte Hoffnung auf die med. Helfer	negative Objekte in der äußeren Realität: Wechselspiel von Erlösungssehnsucht und Beziehungsabbruch
3.	Enttäuschung an den wichtigen Anderen	symbiotische Beziehungsbedürfnisse und negative Objekterfahrungen in der Nähe
4.	das hilflose Selbst gegenüber den enttäuschenden und bedrohlichen Objekten	Die Situation des Selbst angesichts der Affekte von Hilflosigkeit, Angst und Wut gegen bedrohliche innere und äußerer Objekte. • Sehnsucht nach ideal guten Objekten • biographische Bedingungen dieser Situation
5.	enttäuschte Hoffnung auf Therapie und Therapeut	• Übertragung der negativen Objekt-Vorstellungen auf den Therapeuten • Realitätsprüfung im Hier-und-Jetzt der therapeutischen Situation

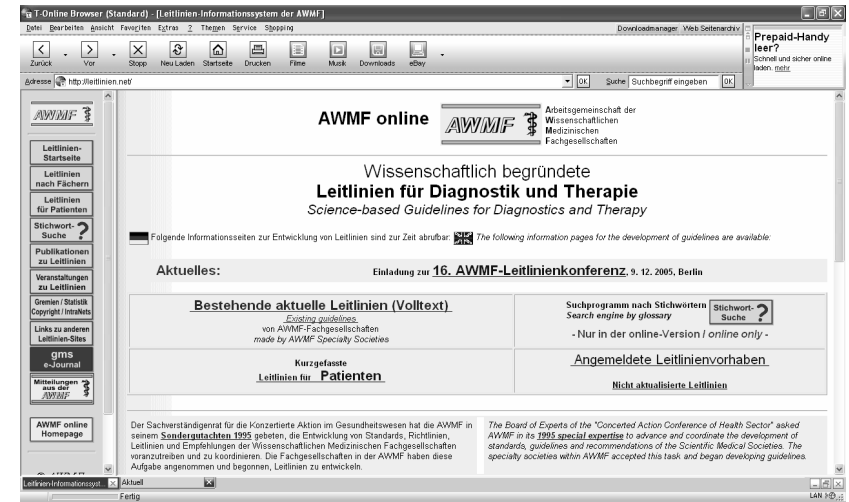
Die Bearbeitung des Wechsels von „Somatisierung“ und „Psychologisierung“ im Therapieverlauf



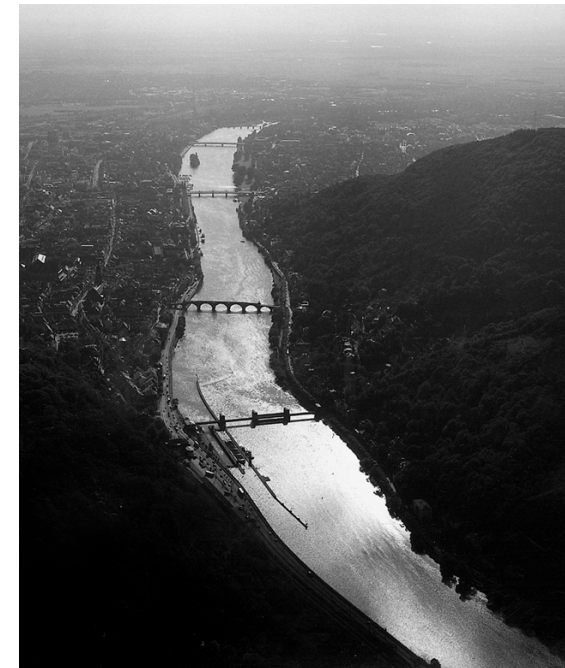
- ▶ Akzeptanz und Antizipation dieses Wechsels
- ▶ Genauigkeit und Interesse auf beiden Seiten
- ▶ Der Therapeut als „Anwalt und Bewahrer beider Seiten“:
 - Vermeidung des „therapeutischen Psychologisierungsbias“
 - „Therapeutische Somatisierung“ bei rascher / pauschaler Psychologisierung des Patienten (Anpassung!?)

Online-Information

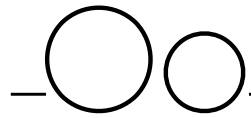
- ▶ **Leitlinien** Somatoforme Störungen 1-9 der psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachverbände DGPM, DGPT, DKPM, AÄGP (<http://www.awmf-online.de>)



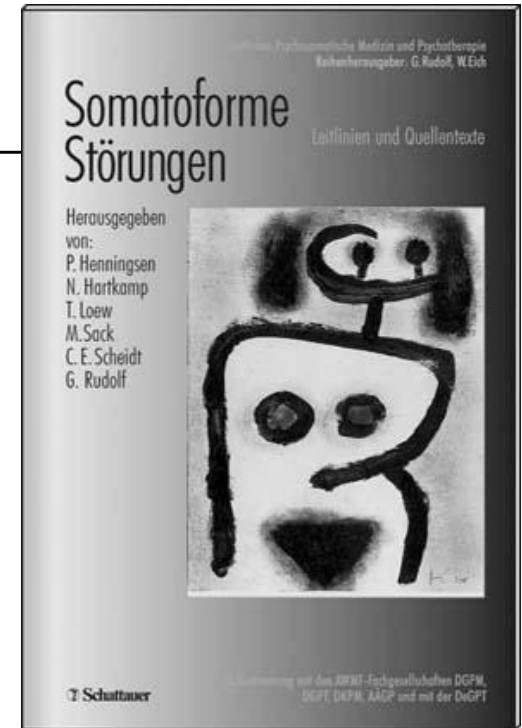
- ▶ **Kongress:** www.funktional-2006.de
Funktionelle / somatoforme Beschwerden –
Wissenschaft und Praxis im Dialog
Fr, 19. – Sa, 20.05.2006, Heidelberg



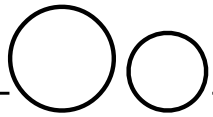
Literatur



- ▶ Henningsen P, Hartkamp N, Loew T, Sack M, Scheidt CE, Rudolf G:
Somatoforme Störungen –
Leitlinien und Quellentexte.
Stuttgart, Schattauer 2002
- ▶ Rudolf G, Henningsen P:
Die psychotherapeutische Behandlung
somatoformer Störungen.
Z Psychosom Med Psychother 2003; 49: 3-19



Zusammenfassung



ätiologische Modelle:

- Disposition – Auslösung – Aufrechterhaltung
- frühe Beziehungsstörung
⇒ frühe Störung der Beziehung zum Körper
depressiver Grundkonflikt im Umgang mit eigenen Bedürfnissen
- Psychobiologie: „Störung des Körpers im Kopf“

Behandlung:

- Haltung: aktiv-stützend
- Primäres Material: Körperbeschwerden und daran geknüpfte Beziehungsepisoden
- Prinzipien: hohe Ansprüche relativieren, kleine Schritte
- Ziele:
 - Erweiterung des Erklärungsmodells
 - Verbesserung der Lebensqualität

A black and white photograph of a plant with several leaves and a single flower in bloom. The flower is light-colored with five petals and a dark center. The leaves are dark and have prominent veins. The background is blurred. Overlaid on the image is the text "Danke für die Aufmerksamkeit" in a bold, white, sans-serif font with a black outline.

**Danke für die
Aufmerksamkeit**