

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT BEI PATIENTINNEN MIT SOMATOFORMEN STÖRUNGEN: IST SPORTTHERAPIE EINE GEEIGNETE BEHANDLUNG? PROGRAMMBESCHREIBUNG UND FALLBERICHT

DANIELA SCHWARZ¹, KATHARINA NEUMANN¹,
JENS HEIDER² & ANNETTE SCHRÖDER^{1,2}

¹ Universität Koblenz-Landau,
Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie

² Universität Koblenz-Landau,
Psychotherapeutische Universitätsambulanz

ZUSAMMENFASSUNG: **Fragestellung:** Psychotherapie bei somatoformen Störungen erzielt nach bisherigen Studien nur kleine bis mittlere Effektstärken. Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Wirksamkeit ambulanter Therapieansätze könnte die zusätzliche Durchführung von Sporttherapie sein. **Methode:** Berichtet werden Daten zum körperlichen Aktivitätsniveau bei PatientInnen mit somatoformen Störungen ($N = 26$; 69,2% weiblich). Daran anschließend wird ein sporttherapeutisches Programm beschrieben sowie dessen Umsetzbarkeit und Akzeptanz im Rahmen eines Fallberichtes dargestellt. **Ergebnisse:** Das Aktivitätsniveau bei somatoformen PatientInnen ist sehr heterogen. 38,5% treiben keinen Sport und 15,4% weisen keine nennenswerten Lebensstilaktivitäten auf. In Abhängigkeit von der Definition „ausreichender Aktivität“ sind 31 bis 39% der somatoformen PatientInnen unzureichend aktiv. Das Angebot einer Sporttherapie in Kombination mit einer Psychotherapie wird gut angenommen, wie mit einem Fallbericht gezeigt werden kann. **Schlussfolgerungen:** Insgesamt besteht weiterer Forschungsbedarf über die Art und Höhe des körperlichen Aktivitätsniveaus somatoformer PatientInnen sowie dessen Stellenwert für die Aufrechterhaltung der Beschwerden. Zudem erscheint es zukünftig lohnenswert, die Wirksamkeit von Sporttherapie intensiver zu untersuchen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Somatoforme Störungen, multiple unerklärte körperliche Beschwerden, Sporttherapie, körperliche Aktivität

PHYSICAL ACTIVITY FOR PATIENTS WITH SOMATOFORM DISORDERS:
EXERCISE THERAPY AS A THERAPY OPTION?
PROGRAM DESCRIPTION AND A CASE STUDY

ABSTRACT: **Aims:** Psychotherapy for somatoform disorders has only attained small to moderate effects to date. Additional exercise therapy could be one possibility for improving the efficacy of outpatient psychotherapy. **Methods:** Data on the physical activity of outpatient patients with somatoform disorders ($N = 26$, 69.2% female) will be reported. Next, an exercise therapy program will be described together with its implementation and acceptance in the context of a case study. **Results:** Patients with somatoform disorders show heterogeneous physical activity patterns. In the sample, 38.5% do not do any sports and 15.4% report no appreciable lifetime physical activity. According to the activity guidelines, 31 to 39% of somatoform patients are insufficiently active. The program combining exercise therapy with psychotherapy is well accepted and will be described based on a case study. **Conclusions:** All in all, there is need for further research to quantify and characterize the physical activity of somatoform patients, to explore the role of physical activity in maintaining somatoform disorders, and to examine the efficacy of conducting exercise therapy parallel to psychotherapy for somatoform patients.

KEY WORDS: somatoform disorders, multiple unexplained physical symptoms, exercise therapy, physical activity

„Wenn man sich so schlecht fühlt, wie ich mich gefühlt habe, bringt man allein nie die Motivation auf, eine Sporttherapie anzufangen – so ging es zumindest mir. Wenn mir mein Hausarzt gesagt hätte: ‚Um das zu verbessern, melden Sie sich in einem Sportstudio an‘, dann hätte ich gedacht, der spinnt, was will der denn damit.“ (Frau M.)

1
EINFÜHRUNG

Unter somatoformen Störungen werden anhaltende körperliche Beschwerden verstanden, für die auch nach systematischer medizinischer Abklärung keine hinreichende organische Erklärung gefunden wird (Guthrie, 2008). In der Primärversorgung stellen organmedizinisch unerklärte körperliche Beschwerden einen häufigen Grund für die Konsultationen dar (z.B. Escobar et al., 1998; Gureje

& Simon, 1999; Steinbrecher, Koerber, Frieser & Hiller, 2011).

Medizinische und psychotherapeutische Interventionen bei diesem Störungsbild werden allerdings erst seit den letzten 10 bis 15 Jahren verstärkt entwickelt und evaluiert. Bei den psychotherapeutischen Verfahren wurde die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bisher am häufigsten untersucht. Sie gilt nach dem derzeitigen Forschungsstand als wirksamstes Psychotherapieverfahren bei somatoformen Störungen (z.B. Kroenke, 2007).

In der Metaanalyse von Kleinstäuber, Witthöft und Hiller (2011) mit 27 eingeschlossenen Studien zeigten sich im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (meist Warteliste oder usual medical care) am Ende einer Therapie kleine Effekte bezogen auf eine Reduktion der körperlichen Symptomatik ($d+ = .35$), der depressiven Symptomatik ($d+ = .25$) und der allgemeinen Psychopathologie ($d+$

= .37). Stabil im Follow-up-Zeitraum blieb nur die Reduktion der körperlichen Beschwerden; die depressive Symptomatik verschlechterte sich zwar zum Katamnesezeitpunkt wieder etwas, war aber noch signifikant verbessert im Vergleich zum Therapiebeginn. Die allgemeine Psychopathologie war zu diesem Zeitpunkt nicht mehr signifikant verbessert, wohl aber die funktionelle Beeinträchtigung und das Inanspruchnahmeverhalten.

Insgesamt gesehen ist die Wirksamkeit von Psychotherapie bei somatoformen Störungen im Vergleich zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei anderen psychischen Störungen, z.B. bei Depression, deutlich geringer (Feeley, DeRubeis & Gelfand, 1999; Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn, 1998). Berücksichtigt man die vergleichbar hohe Prävalenzrate von somatoformen Störungen mit der affektiver Störungen sind weitere Forschungsbemühungen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Behandlung dringend notwendig.

Eine Weiterentwicklung der Behandlungsansätze sollte auf Basis der vorhandenen Erklärungsmodelle (siehe z.B. Rief & Hiller, 2011) vorgenommen werden. Aktuelle Störungsmodelle gehen von einer multikausalen Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen aus (z.B. Brown, 2004; Deary, Chalder & Sharpe, 2007; Kleinstäuber, Thomas, Witthöft & Hiller, 2012; Rief & Broadbent, 2007; Rief & Hiller, 2011). Für die Aufrechterhaltung der Symptomatik spielen kognitive Faktoren (z.B. Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsprozesse sowie dysfunktionale Bewertungsprozesse), physiologische Prozesse (z.B. physiologische Erregung) sowie Krankheitsverhaltensweisen eine entscheidende Rolle. Als Krankheitsverhalten definieren die Störungsmodelle z.B. sog. „Checking“-Verhalten, übermäßige Arztbesuche,

dysfunktionale Medikamenteneinnahme, sozialen Rückzug sowie allgemein Schonungsverhalten. Unter Schonungsverhalten wird dabei auch die Verminderung körperlicher Aktivitäten gefasst. So führt eine verminderte körperliche Aktivität zu einer Abnahme der körperlichen Fitness und dadurch zu einer stärkeren Beanspruchung bzw. schnelleren Ermüdung bereits bei geringerer körperlicher Belastung (z.B. schnellerer Herzschlag beim Treppensteigen, Muskelkater durch längeres Gehen oder allg. körperliche Belastungsanzeichen). Die reduzierte körperliche Fitness interagiert dabei ungünstig mit der erhöhten körperfokussierten Aufmerksamkeit sowie den darauf folgenden dysfunktionalen Bewertungs- und Emotionsregulationsprozessen, welche dann eine physiologische Erregung oder Symptomverstärkung zur Folge haben (Rief & Nanke, 1999).

Elemente kognitiv-behavioraler Therapien setzen aktuell primär an der Veränderung kognitiver Prozesse an, insbesondere der Aufmerksamkeitsprozesse und der Fehlattribution von körperlichen Empfindungen (Rief & Henningsen, 2005; Rief & Hiller, 2011; Woolfolk & Allen, 2007). Dazu werden Psychoedukation, Verhaltensanalysen, kognitive Methoden zur Entwicklung eines realistischen Gesundheitsbegriffes und Modifikation katastrophisierender Symptombewertungen, Techniken der Aufmerksamkeitsumlenkung sowie eine Reduktion des Rückversicherungsverhaltens angestrebt (Kleinstäuber et al., 2012; Rief & Hiller, 2011). Darüber hinaus integrieren viele kognitive Verhaltenstherapien Entspannungsverfahren (z.B. Progressive Muskelentspannung), die an der erhöhten physiologischen Erregung ansetzen sowie bei der Stressbewältigung helfen sollen. Die bisher genannten Elemente werden in der Regel direkt in der Therapiestunde mit den PatientIn-

nen eingeübt. Im Unterschied dazu wird der Abbau des Schonungsverhaltens, insbesondere die (Wieder-)Aufnahme körperlicher Aktivität, im Rahmen der Psychotherapie lediglich angestrebt, z.B. durch Motivationsaufbau, Erstellen von Zielhierarchien, Techniken der Selbstbelohnung sowie mittels kognitiver Umstrukturierung (Kleinstäuber et al., 2012). Eine direkte Anleitung und Begleitung der Verhaltensänderung, etwa die Steigerung körperlicher Aktivität durch die Anleitung von Sport, findet jedoch in der Regel nicht statt.

Bezogen auf die oben erwähnten vergleichsweise kleinen Effekte von Psychotherapie bei somatoformen Störungen wäre eine Annahme, dass kognitive Ansätze nicht automatisch zur Veränderung des körperlichen Aktivitätsverhaltens führen, sondern konkret angeleitet werden müssen. Die aufrechterhaltende Funktion von reduzierter körperlicher Aktivität in den Störungsmodellen geben Hinweise darauf, dass möglicherweise eine Ergänzung der Psychotherapie um eine sporttherapeutische Komponente wünschenswert wäre. Mit *Sporttherapie* werden im Weiteren Maßnahmen bezeichnet, die außerhalb von der Verichtung oder Aufnahme körperlicher Aktivitäten des Alltags stattfinden (z.B. Treppensteigen statt Aufzugfahren) und die durch eine Fachkraft geplant, dosiert und angeleitet werden. Sie kann sowohl alleine als auch in Gruppen stattfinden und beruht auf medizinischen, trainings- und bewegungswissenschaftlichen Erkenntnissen (vgl. z.B. Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V., 2013).

Der nächste Abschnitt behandelt die möglichen Auswirkungen körperlicher Inaktivität auf somatoforme Beschwerden, bevor der aktuelle Forschungsstand zu Sporttherapie als Behandlungsansatz

bei somatoformen Störungen berichtet wird.

1.1

KÖRPERLICHE INAKTIVITÄT UND IHRE AUSWIRKUNGEN BEI PATIENTINNEN MIT SOMATOFORMEN BESCHWERDEN

Welchen Einfluss geringes Aktivitätsverhalten auf die körperliche Konstitution hat, zeigen Studien zum Zusammenhang von körperlicher Inaktivität und physiologischen Veränderungen. Belegt sind außerdem Effekte auf das allgemeine Wohlbefinden bzw. weitere psychische Charakteristika. So steht Inaktivität im Sinne einer Reduktion von Alltags- und sportlichen Aktivitäten etwa in Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für koronare Herzerkrankungen und Bluthochdruck (z.B. American College of Sports Medicine, 2004, 2011), Schlaganfall (Mead, Bernhardt & Kwakkel, 2012), Typ-2-Diabetes und metabolischem Syndrom (z.B. Boulé, Haddad, Kenny et al., 2001; Knowler et al., 2002; Tuomilehto, Lindström, Eriksson et al., 2001), Darm- und Brustkrebs (Breslow, Ballard-Barbash, Munoz & Graubard, 2001) sowie insbesondere auch für negative Stimmung bzw. Depression und Angst (z.B. Conn, 2010; Dunn, Trivedi & O'Neal, 2001). Betrachtet man das Schonverhalten aus sportphysiologischer Sicht, so lässt sich festhalten, dass sich als Folge körperlicher Inaktivität zum einen Veränderungen des Herzkreislaufsystems, wie z.B. ein Rückgang von Herzzeit- und Lungenvolumina, sowie eine Erhöhung des peripheren Gefäßwiderstandes und damit in der Regel auch ein Anstieg des Blutdruckes beobachten lassen (Hollmann & Hettinger, 2000). Weitere Folgen körperlicher Inaktivität sind in einer reduzierten körperlichen Fitness durch ein verringertes Sauerstoffaufnahmevo-

lumen sowie einer Abnahme der Muskelmasse zu sehen, was in einer verminderten Kraft- und Ausdauerleistung resultiert (Hollmann & Hettinger, 2000; Paddon-Jones et al., 2004). Kurzfristig wird die Reduktion körperlicher Aktivität bei PatientInnen mit einer somatoformen Störung negativ verstärkt, z.B. im Sinne von Vermeidung potenzieller Symptomauslösung/-verstärkung oder einer Reduktion von Belastung. Der aus der körperlichen Inaktivität resultierende reduzierte Fitnesszustand führt langfristig allerdings bereits bei kleinen, aber ungewohnten körperlichen Anstrengungen zu körperlichen (Miss-)Empfindungen, wie z.B. erhöhtem Pulsschlag oder leichten Muskelverspannungen und Muskelkater. Damit kommt der angeleiteten (Wieder-)Aufnahme von Sport gerade im Zusammenhang mit der reduzierten körperlichen Aktivität bei unerklärten körperlichen Beschwerden eine große Wichtigkeit zu und könnte die Effektivität der Behandlung bei somatoformen Störungen verbessern.

Ansätze zur direkten Veränderung des körperlichen Schonverhaltens bei somatoformen Störungen durch Sporttherapie liegen bisher allerdings kaum vor. Gegenwärtig gibt es für somatoforme Störungen erst eine Studie zur Wirksamkeit von Sporttherapie (Peters, Stanley, Rose et al., 2002), in der ein kombiniertes Ausdauer- und Stretchingtraining zu einer Reduktion von Schmerzen und zur Verbesserung des physischen Funktionsniveaus sowie des psychischen Wohlbefindens führt. Für Fibromyalgie (FMS), einer chronischen Schmerzerkrankung, die als funktionelle Störung im weitesten Sinne auch zur Gruppe der somatoformen Beschwerden gezählt werden kann und bei der ebenfalls Schonverhalten auftritt, wurde Sporttherapie schon vielfach untersucht. Metaanalysen und Literaturüberblicke belegen für FMS die

Wirksamkeit von Sporttherapie (Ausdauertraining sowie die Kombination von Kraft- und Ausdauertraining) in Bezug auf eine Reduktion der Schmerzen und Müdigkeit sowie eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit (z.B. Jones, Adams, Winters-Stone & Burckhardt, 2006; Schiltenswolf et al., 2008; Schwarz, Gießing, Heider et al., 2009; van Koulik et al., 2007). Für das Chronische Müdigkeitssyndrom (CFS), welches ebenfalls zur Gruppe der funktionellen Störungen gezählt wird, wurde die Wirksamkeit eines individuell gestuften Ausdauertrainings (meist Walking oder Jogging) bestätigt (Malouff, Thorsteinsson, Rooke et al., 2008; Schwarz et al., 2009). Dabei besserten sich das Kernsymptom Müdigkeit sowie die Stimmung bzw. Depressivität.

Studien zu sporttherapeutischen Interventionen bei anderen psychischen Störungsbildern belegen, dass über die damit einhergehenden physiologischen Veränderungen hinaus auch eine Verbesserung der psychischen Symptomatik beobachtet werden kann (Broocks et al., 1998; Robertson, Robertson, Jepson & Maxwell, 2012).

1.2

SPORTTHERAPIE BEI PATIENTINNEN MIT SOMATOFORMEN BESCHWERDEN IN DEUTSCHLAND

In den bisherigen Studien bei FMS wurde die Sporttherapie meist als eigenständige Behandlung untersucht oder höchstens mit wenigen Edukationseinheiten verbunden. Ätiologische Modelle somatoformer Störungen, die bisher nicht zufriedenstellende Wirksamkeit von Psychotherapie sowie die Wirksamkeitsbelege für Sporttherapie bei FMS und CFS legen eine Verzahnung von Sportthera-

pie in der bestehenden medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung bei somatoformen PatientInnen nahe. In Deutschland findet diese Kombination bisher jedoch nur im stationären Setting statt. Dort ist Sporttherapie ein fester Bestandteil des Therapieprogrammes. Allerdings führen die üblichen stationären Verweilzeiten von 3-6 Wochen im Rahmen einer stationären Rehabilitationsbehandlung in der Regel noch nicht zu einer für die PatientInnen spürbaren körperlichen Anpassungsleistung und damit einem körperlich positiven Erleben, da wirksame körperliche Trainingseffekte zum Teil erst nach mehreren Wochen regelmäßigen Trainings auftreten (Hottenrott & Neumann, 2008). Als problematisch muss auch angesehen werden, dass der Transfer in den Alltag der PatientInnen nach Abschluss einer stationären Therapie nur begrenzt möglich ist. Zur Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von PatientInnen mit einer somatoformen Störung wäre es wünschenswert, über einen längeren Zeitraum ein sporttherapeutisches Angebot in die Routineversorgung zu integrieren. Ziel sollte eine langfristige Steigerung der körperlichen Aktivität sein. Erste körperliche Anpassungsleistungen aufgrund von Sport (z.B. Blutdrucksenkung, verringerter Ruhepuls, Kraftzuwachs) sind bereits nach 4-7 Wochen regelmäßigen Trainings messbar (z.B. American College of Sports Medicine, 2009; Cornellissen & Smart, 2013; Phillips, 2000). Einige der körperlichen Anpassungsleistungen, wie z.B. die Herzratenvariabilität oder die Ruheherzfrequenz verbessern sich allerdings erst nach 3-monatigem Training (Hottenrott, Hoos & Esperer, 2006). Bei depressiven Patienten zeigten sporttherapeutische Programme von mindestens 9 Wochen eine größere Reduktion der depressiven Symptomatik (Craft & Landers, 1998).

Werden sowohl die körperlichen Anpassungsleistungen als auch die häufig komorbide depressive Stimmungslage berücksichtigt, ist daher eine Mindestdauer von 9 bis 10 Wochen anzustreben. Der begleitenden Psychotherapie käme in diesem Kontext eine zentrale – und neue – Aufgabe zu: Sie diene dem Motivationsaufbau und der Aufrechterhaltung sportlicher Aktivität, außerdem der Unterstützung im Umgang mit Schwierigkeiten (z.B. bei zu Beginn eventuell verstärkt auftretenden Körperbeschwerden und dem Barrierenmanagement) sowie der Aufrechterhaltung einer regelmäßigen und dauerhaften Durchführung des Sports.

Da bisher zum einen kaum Daten über das körperliche Aktivitätsniveau von PatientInnen mit einer somatoformen Störung, insbesondere in der psychotherapeutischen Regelversorgung vorliegen und zum anderen unseres Wissens bisher in Deutschland keine Studie ein sporttherapeutisches Programm für PatientInnen mit somatoformen Störungen im ambulanten Kontext evaluiert hat, sind die Ziele der vorliegenden Arbeit:

- (1) eine empirisch fundierte Aussage über das körperliche Aktivitätsniveau bei somatoformen PatientInnen treffen zu können,
- (2) ein sporttherapeutisches Programm zu beschreiben und dessen Umsetzbarkeit exemplarisch am Fallbeispiel einer Patientin zu demonstrieren und
- (3) die Akzeptanz der Sporttherapie durch PatientInnen mit somatoformen Störungen zu beschreiben.

2 METHODE: KÖRPERLICHES AKTIVITÄTSNIVEAU BEI PATIENTINNEN MIT SOMATOFORMEN STÖRUNGEN

2.1 STICHPROBE UND INSTRUMENTE

Grundlage für die Ermittlung der körperlichen Aktivität ist eine konsekutive Patientienstichprobe einer Hochschulambulanz für Psychotherapie, die die Kriterien einer somatoformen Störung (mit Ausnahme der Hypochondrie) nach DSM-IV im Strukturierten Klinischen Interview (SKID; Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997) erfüllten. Die Abklärung der somatischen Differentialdiagnose (insbesondere somatischer Ursachen der Körperbeschwerden) erfolgte konsiliarisch beim Hausarzt.

Bisher liegen Daten von 26 PatientInnen vor. 19 Probanden waren weiblich (69,2%). Das mittlere Alter betrug 40,42 (SD = 10,34) Jahre. Die meisten PatientInnen (53,8%) waren verheiratet oder ledig (34,6%). Als höchster Bildungsabschluss wurde ein Realschulabschluss (42,3%), gefolgt von einem Hauptschulabschluss (23,1%) oder Abitur (15,4%) angegeben. 64% waren ganztags oder mindestens halbtags berufstätig. 42,4% waren normalgewichtig (BMI 18,5 bis 24,9), 26,9% übergewichtig (BMI 25,0 bis 29,9), 23,1% adipös (BMI 30,0 bis 34,9). Eine Person war untergewichtig und eine Person wies eine Adipositas Typ 3 (BMI > 40) auf.

Zur Erfassung des Aktivitätsverhaltens diente die Langform des Freiburger Fragebogens zu körperlicher Aktivität (FFKA; Frey, Berg, Grathwohl & Keul, 1999; Frey & Berg, 2002). Der FFKA ermöglicht eine Quantifizierung von Lebensstilaktivitäten (z.B. Wegstrecken zu Fuß oder mit dem Rad, Gartenarbeit) sowie sportlicher Ak-

tivität. Die Auswertung des Fragebogens kann in Stunden pro Woche, in kcal/ Woche, aber auch als Metabolisches Äquivalent (MET), welches neben der Zeit auch die Intensität einer Aktivität berücksichtigt, erfolgen. Darüber hinaus ermöglicht der FFKA eine Klassifizierung der Aktivität entweder auf Basis des körpergewichtsbezogenen Energieumsatzes pro Woche (kcal/Woche) oder auf Grund der MET-Werte. Auf Basis des körpergewichtsbezogenen Energieumsatzes kann nach Paffenbarger et al. (1993) eine Gesamtaktivität von min. 2.000 kcal/Woche als ausreichend angesehen werden. Eine weitere Einteilung besagt, dass ein ausreichendes Bewegungsverhalten vorliegt, wenn mindestens 1.000 kcal/Woche durch sportliche Aktivitäten erreicht werden (American College of Sports Medicine, 2011). Darüber hinaus geben Frey und Berg (2002) eine Einteilung der Aktivität in „ausreichend“, „nicht ausreichend“ oder „Mindestniveau erfüllt“ an. In Anlehnung an Frey und Berg (2002) wurde für unsere Auswertung eine Gesamtaktivität von weniger als 14 MET h/Woche als „nicht ausreichend“, Werte zwischen 14 und 30 MET h/Woche als „Mindestniveau erfüllt“ und mehr als 30 MET h/Woche oder mehr als 14 MET h/Woche reine Sportaktivität als „ausreichend“ körperlich aktiv bewertet. Diese Einteilung spiegelt weitestgehend die Höhe der Empfehlungen von 5- bis 7-mal/Woche 30 min moderate Aktivität und zusätzlicher sportlicher Aktivität (2- bis 3-mal/Woche 20-60 min Ausdaueraktivitäten und 2- bis 3-mal/Woche Krafttraining) wider, wie sie z.B. das Schweizer Bundesamt für Sport (BASPO, 2009) oder das American College of Sports Medicine (2007; 2011) geben.

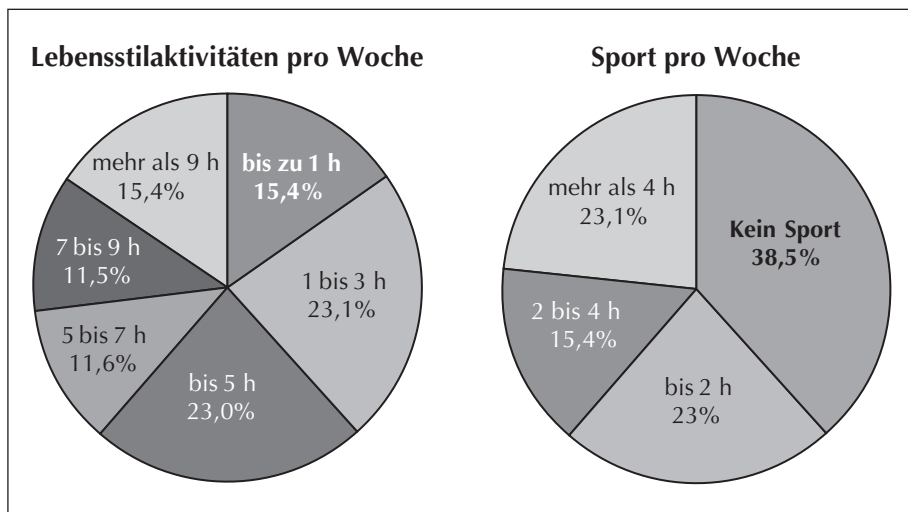


Abbildung 1: Umfang an Lebensstilaktivitäten und Sport somatoformer PatientInnen (Angaben in h/Woche; $N = 26$)

2.2 ERGEBNISSE: KÖRPERLICHE AKTIVITÄT VON PATIENTINNEN MIT SOMATOFORMEN STÖRUNGEN

Wie die Ergebnisse im FFKA belegen, geben die PatientInnen im Mittel an, dass sie 2,13 h/Woche Sport treiben (SD 2,77 = Median 1,18) und 4,80 h/Woche für Lebensstilaktivitäten, bestehend aus Wegstrecken und Alltagsaktivitäten, aufwenden (SD 4,09 = Median 3,84). 10 Personen (38,5%) machen gar keinen Sport. 15,4% weisen keine nennenswerten Lebensstilaktivitäten auf (siehe Abbildung 1). Im Vergleich mit den Ergebnissen der Freiburger bevölkerungsrepräsentativen Befragung zeigen sich bei den somatoformen PatientInnen eine reduzierte Lebensstilaktivität (4,8 h/Woche vs. 8,9 h/Woche) und eine vergleichbare Sportaktivität (2,13 h/Woche vs. 2,0 h/Woche).

Wird anhand des FFKA eine Gruppeneinteilung vorgenommen, sind 34,6% unzureichend aktiv, 26,9% erfüllen nur

die Mindestanforderung und 38,5% sind ausreichend aktiv. Wird die Aktivität als körpergewichtsbezogener Energieumsatz angegeben, so weisen 69,2% (Freiburger Bevölkerungsstichprobe 40%) einen Umsatz von weniger als 2.000 kcal/Wo und 65,4% (Freiburger Bevölkerungsstichprobe 63%) weniger als 1.000 kcal/Woche durch sportliche Tätigkeiten auf und können dementsprechend nach Paffenberger et al. (1993) bzw. dem American College of Sports Medicine (2007) als unzureichend aktiv gekennzeichnet werden. Die Ergebnisse zeigen, dass sich somatoforme PatientInnen von der Normalbevölkerung durch eine reduzierte Lebensstilaktivität unterscheiden. Die reine Zeit, die für sportliche Aktivitäten aufgewendet wird, zeigt zwar einen ähnlichen Umfang wie in einer Bevölkerungsstichprobe. Wird jedoch der körpergewichtsbezogene Energieumsatz herangezogen, sind somatoforme PatientInnen häufiger unzureichend aktiv. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass weniger intensive Sportarten

(z.B. Pilates, Yoga, Gymnastik) mit einem geringeren körperrgewichtbezogenen Energieumsatz durchgeführt werden.

3 INTEGRIERTE SPORTTHERAPIE BEI PATIENTINNEN MIT SOMATOFORMEN STÖRUNGEN: BESCHREIBUNG UND FALLBERICHT

3.1 BESCHREIBUNG DER SPORTTHERAPIE

Auf Grundlage der bisherigen Sporttherapiestudien, insbesondere aus dem Bereich des FMS, wurde ein sporttherapeutisches Programm entwickelt, das als kombiniertes Kraft-Ausdauertraining darauf ausgerichtet ist, das Herz-Kreislauf-System zu stärken sowie die Muskelstrukturen der PatientInnen zu kräftigen. Die Sporttherapie wurde 2-mal pro Woche

für 12 Wochen (insgesamt 24 Termine) in einem Fitnessstudio als kombiniertes Kraft-Ausdauertraining à 60 Minuten pro Termin durchgeführt. Die Trainingszeit gliederte sich in 30 Minuten Krafttraining zu Beginn und 30 Minuten Ausdauertraining im Anschluss. Das Krafttraining wurde an Kraftgeräten (Ergo-Fit®) in einem Trainingszirkel durchgeführt. Dabei wurden Muskelgruppen mit 8 Geräten à 10 Wiederholungen trainiert. Bei diesem Einsatztraining wurden die in Tabelle 1 genannten Übungen ausgeführt. Anschließend wurde ein Ausdauertraining von 30 Minuten als nicht intensives Intervalltraining, bei dem sich Belastungsphasen mit kurzen Erholungsphasen abwechselten, absolviert. Die Wahl des Gerätes (Laufband, Fahrradergometer) wurde den PatientInnen freigestellt.

Die Sporttherapie wurde im Rahmen der psychotherapeutischen Regelversorgung in der Hochschulambulanz der Universität in Landau in eine verhaltens-

Tabelle 1: *Übungen und trainierte Muskelgruppen des Krafttrainings*

Übung	Beanspruchte Muskulatur
Bankdrücken an der Maschine	Brustmuskulatur/M. pectoralis mayor, Trizeps
Rudern (im Sitzen)	Rückenmuskulatur (insbesondere die Muskulatur der Brustwirbelsäule/M. longissimus thoracis), Bizeps
Butterfly reverse	Rückenmuskulatur (insbesondere die Muskulatur der Halswirbelsäule und der breite Rückenmuskel/M. latissimus dorsi)
Beinstrecker	Beinmuskulatur (insbesondere die Quadrizepsmuskulatur)
Beinbeuger	Beinmuskulatur (insbesondere der Beinbizeps/M. biceps femoris)
Rückenstrecker	Rückenmuskulatur (insbesondere die Muskulatur der Lendenwirbelsäule/M. serratus posterior inferior)
Schultermaschine	Schultermuskulatur/M. subscapularis, M. supraspinatus und M. teres minor
Bauchmaschine	Bauchmuskulatur (rectus abdominis)

therapeutische Psychotherapie integriert. Der Beginn der Sporttherapie lag im letzten Drittel der Kurzzeittherapie (KZT) (Beginn nach der 16. Therapiestunde) und wurde mit einem geschulten Trainer in Kleingruppen (à 4 Personen) umgesetzt. Der spätere Beginn der Sporttherapie wurde aus verschiedenen Gründen gewählt. Zum einen sollten den PatientInnen im Rahmen der Psychotherapie ein biopsychosoziales Störungsmodell vermittelt sowie eigene Bezüge zu dem Modell hergestellt werden. Zum zweiten sollten den PatientInnen erste Strategien im Umgang mit den körperlichen Beschwerden bekannt sein (z.B. Umgang mit dysfunktionalen Gedanken, Wahrnehmung und Aufmerksamkeitslenkung). Und schließlich sollte als Vorbereitung auf die Sporttherapie ein Motivationsaufbau zur Veränderung des Schonverhaltens hin zu mehr Aktivität sowie der Umgang mit möglichen Barrieren zur Aufnahme und Aufrechterhaltung von Sport in der Psychotherapie thematisiert werden. Zu diesem Zweck stellte der Einzeltherapeut daher gegen Ende der 16 Psychotherapiesitzungen das sporttherapeutische Konzept vor und vermittelte den Einführungstermin mit dem Sporttherapeuten, den alle PatientInnen vor Beginn der Sporttherapie erhielten. Inhalt des Einführungstermins war eine individuelle Geräteeinführung sowie eine Testung der Kraft- und Ausdauerleistung zur Erstellung eines individuellen computergestützten Trainingsplans (Chip Trainingskarte).

Die PatientInnen wurden über den Ablauf der Sporttherapie sowie über die wissenschaftliche Evaluation aufgeklärt und eine schriftliche Einverständniserklärung wurde eingeholt. Ein positives Votum der Ethikkommission des Fachbereichs Psychologie der Universität Koblenz-Landau liegt vor.

3.2

FALLDARSTELLUNG

Im Folgenden soll anhand eines Fallberichts die Umsetzung der beschriebenen Sporttherapie als integralem Bestandteil einer Psychotherapie im ambulanten Setting exemplarisch dargestellt werden. Dabei wird der Fokus hauptsächlich auf der körperlichen Aktivität und der Veränderung im Bewegungsverhalten der Patientin Frau M. liegen. Im Rahmen der Therapieevaluation füllte die Patientin (Prä, Post, Katamnese) das Screening für somatoforme Störungen (SOMS-7T; Rief & Hiller, 2008) zur Erfassung der körperlichen Symptomatik aus sowie den oben beschriebenen FFKA (Frey et al., 1999) zur Erfassung der körperlichen Aktivität. Zur Selbsteinschätzung der Kraft und Ausdauer wurde eine Visuelle Analogskala (0 bis 100 mm, Pole: schwach/stark für Kraft bzw. schlecht/gut für Ausdauer/Kondition) vorgegeben.

3.2.1

ANAMNESE

Die 51-jährige Patientin (verheiratet, eine erwachsene Tochter, selbstständige Versicherungsvertreterin) habe schon seit ihrer Kindheit immer wieder verschiedene körperliche Beschwerden, in den letzten Monaten seien diese verstärkt. So habe sie u.a. Schmerzen im Bauch, Völlegefühl, Rücken- und Gelenkschmerzen, Schmerzen und Kribbelempfindungen in den Beinen, zeitweise Durchfall und Schluckbeschwerden und sie werde bei körperlicher Anstrengung schnell müde. Frau M. sei deswegen häufig bei verschiedenen Ärzten gewesen. Die Untersuchungen hätten jeweils keinen pathologischen Befund erbracht. Seit einigen Tagen sei sie „in einem Loch“, sie habe starke Magenschmerzen, ein Druckge-

fühl auf der Brust und auf den Schultern und sei appetitlos. Außerdem fühle sie sich infolge der Beschwerden erschöpft, unruhig und verzweifelt.

3.2.2 DIAGNOSE

Nach DSM-IV: Unspezifische Somatoforme Störung (äquivalent zur Undifferenzierten Somatisierungsstörung, ICD-10: F45.1).

3.2.3 THERAPIEDURCHFÜHRUNG: TEILNAHME AM SPORTPROGRAMM, BEGLEITENDE PSYCHOTHERAPIE

Das Therapieziel bestand darin, die Intensität und die Auftretenshäufigkeit der Körperbeschwerden zu reduzieren, und damit einhergehend war das Ziel ein veränderter Umgang mit den Körpersymptomen. Dies sollte im Rahmen einer KZT mit 8 psychoedukativen Gruppenstunden und 17 Einzelstunden sowie durch die Sporttherapie erreicht werden. Um ihr Vertrauen in die Funktionsfähigkeit ihres Körpers zu stärken, sollte Frau M. insbesondere zur Aufnahme sportlicher Aktivitäten motiviert werden. Frau M. sei „noch nie eine große Sportlerin“ gewesen, sei bereits als Kind „pummelig und schwerfällig“ gewesen. Früher sei sie täglich etwa eine Stunde mit ihrem Hund spazieren gewesen. Da ihr Hund mittlerweile alt sei, gehe sie mit ihm nur noch kürzere Strecken in gemächlichem Tempo. Abgesehen davon übe sie keine körperlichen Aktivitäten aus und fühle sich aktuell träge und unbeweglich. Anstrengende Haushaltstätigkeiten oder Gartenarbeit könne sie nur kurze Zeit am Stück ausführen, da sie körperlich rasch ermüde und die Körperbeschwerden zunehmen. Vor Beginn der Psychotherapie

sei sie von selber nicht auf die Idee gekommen, körperlich aktiver zu werden („weil ich sehr bequem bin“). Als sie beim Erstgespräch erstmals von der Möglichkeit der Teilnahme an einer Sporttherapie gehört habe, sei ihr zunächst nicht klar gewesen, was das mit ihren psychischen Problemen und Beschwerden zu tun haben solle. Sie zeigte sich jedoch offen und interessiert und nahm das kostenfreie Angebot als Anreiz wahr („wenn es schon mal angeboten wird, geh’ ich mal hin und schaue, was das ist und wie das ist“).

Im Rahmen der verhaltenstherapeutischen Psychotherapie wurde mit Frau M. ein individuelles Störungsmodell entwickelt, welches auch das körperliche Schonungsverhalten als aufrechterhaltenden Faktor beinhaltete. Der individuell angebotene Einführungsstermin zum Kennenlernen des Fitnessstudios und zur Vorbereitung des Trainings erleichterte Frau M. den Einstieg. Als wichtiger Aspekt erwies sich für Frau M. hierbei auch, dass das Sportprogramm in der Kleingruppe durchgeführt wurde. Da sich alle TeilnehmerInnen bereits aus der vorher erfolgten psychotherapeutischen Gruppentherapie kannten, knüpfte Frau M. rasch soziale Kontakte und erlebte die Trainingsstunden als positive soziale Aktivität, auf die sie sich freute. In der begleitenden Psychotherapie wurden mit Frau M. wiederholt verschiedene Strategien zum Barrierenmanagement erarbeitet. Hierbei spielten unter anderem Barrieren wie die eigene Bequemlichkeit, schlechtes Wetter, Zurücklegen der Wegstrecke zum Fitnessstudio oder Zeitnot eine Rolle. Zu Beginn zeigten sich außerdem Befürchtungen, einige Übungen nicht zu können oder zu schaffen oder sie als körperlich unangenehm zu empfinden. Mit Frau M. wurde besprochen, dies dem Trainer gegenüber klar zu äußern, und es wurden mit ihr Alter-

nativen erarbeitet. So entschied sie sich, zum Aufwärmen den Stepper zu nutzen anstelle des angebotenen Fahrradergometers, auf dem sie sich unwohl fühlte. Auch dysfunktionale Kognitionen („das ist nur was für schlanke, zierliche Frauen“) konnte sie hinterfragen („dort sind auch andere Frauen in meiner Gewichtsklasse und die sind voller Elan dabei“). Bereits in den ersten Stunden machte Frau M. unmittelbare Erfolgserlebnisse, was sie als sehr motivierend empfand. So konnten bereits nach 3 Trainingsstunden die Gewichte an einigen Geräten erhöht werden, da sie sie gut bewältigte und sie konnte die Zeit sowie das Tempo auf dem Laufband allmählich steigern. Durch das moderate, gestufte Training habe Frau M. keine Verstärkung ihrer Körpersymptome festgestellt, auch habe sie kaum „Muskelkater“ verspürt. Frau M. konnte ihre Motivation aufrechterhalten und das Barrierenmanagement gelang ihr sehr gut. Sie berichtete, Freude am Training zu haben. Sie nahm regelmäßig an den Trainingsstunden teil (nur zwei Fehltermine). Gegen Ende des Sportprogramms wurden mit Frau M. Strategien besprochen, um die körperliche Aktivität weiter zu führen. Gemeinsam planten alle TeilnehmerInnen der Sportgruppe, das Kraft-Ausdauertraining auch nach Ende der Betreuung durch den Trainer mindestens einmal pro Woche als Gruppe weiterzuführen. Über ein Jahr nach Ende der angeleiteten Sporttherapie gelang es Frau M., sich regelmäßig einmal pro Woche mit zwei anderen ehemaligen Teilnehmerinnen zum Training im Fitnessstudio zu treffen.

3.2.4

ERGEBNIS UND BEWERTUNG

Im Rahmen einer Nachbefragung schätzte Frau M. die Sporttherapie als „sehr hilfreich“ ein. Als besonders hilfreich

habe sie die Ratschläge des Sporttherapeuten sowie die Gespräche und Aufmunterungen der anderen Gruppenmitglieder empfunden. Die Ergebnisse der Fragebogen-Erhebungen (Prä, Post, 15-Monatskatamnese) sowie der Kraft- und Ausdauerleistung (Prä, Post) sind in Tabelle 2 dargestellt. Zur Erfassung der Ausdauerleistungsfähigkeit wurde der 6-Minuten-Gangtest durchgeführt, bei dem die Strecke ermittelt wird, die der Patient in sechs Minuten auf ebenem Gelände zurücklegt. Im Mittel erreichen Untrainierte dabei Werte zwischen 700 und 800 Metern, wobei Frauen niedrigere Werte erzielen (Wirz, 2006). Für die Krafttestungen wurde bei einer Eingangsmessung für jede Muskelgruppe zunächst das maximale Gewicht ermittelt, das die Patientin 10-mal in Folge überwinden konnte. Das Gewicht, welches 50% dieses 10er-Wiederholungsmaximums entspricht, sollte bei den Krafttestungen so oft wie möglich von der Patientin überwunden werden.

Wie aus Tabelle 2 ersichtlich ist, schätzte Frau M. ihre Kraft und Ausdauer nach dem Sportprogramm deutlich höher ein, was sich durch den Leistungszuwachs in der Kraft- und Ausdauerleistung objektivieren lässt. Im FFKA ist zu sehen, dass es Frau M. auch 15 Monate nach Abschluss des angeleiteten Trainings gelang, das Ausmaß der sportlichen Aktivität aufrechtzuerhalten. Als zusätzlicher Effekt ließ sich eine Steigerung der körperlichen Aktivität im Freizeitbereich bei der Patientin beobachten, da sie Radfahren als regelmäßige Freizeitaktivität im Umfang von 4 Stunden pro Woche neu aufgenommen hatte. Die Patientin legte darüber hinaus nun zunehmend mehr Wege zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurück.

Frau M. habe nach eigener Aussage von der Teilnahme am Sportprogramm „sehr profitiert“, der strukturierte Rah-

Tabelle 2: Verlaufswerte von Frau M. (Prä- und Post-Messung sowie Katamnese)

	Prä-Test	Post-Test	Katamnese
Somatoforme Beschwerden¹			
Symptomintensität	13	5	7
Symptomanzahl	3	0	0
Körperliche Aktivität² (in h/Woche)			
LPA	3,5	7,2	18,2
Sport	0	2,5	3
Selbsteinschätzung (VAS³ 0-100)			
Kraft	29	74	60
Ausdauer	33	77	64
Objektive Testung: Kraft (Anzahl Wiederholungen)			
Lateral ziehen	15	25	
Beinstrecker	10	20	
Butterfly	5	15	
Beinpresse	25	35	
Bankdrücken	5	20	
LWS ⁴ -Strecker	10	25	
Objektive Testung: Ausdauer (in Meter)			
6-Minuten-Gangtest	0,52	0,66	

¹ Screening für somatoforme Störungen, SOMS-7T; ² Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität, FFKA;

³ VAS: Visuelle Analogskala; ⁴ LWS: Lendenwirbelsäule

men unseres Angebotes sei für sie „optimal“ gewesen. Zuvor habe sie ihren Körper als eher aversiv und problembelastet erlebt, diese Einstellung schien sich positiv verändert zu haben („ich fühle mich wohler in meinem ganzen Körper“). Sie habe Sport und Bewegung nun auch als wichtige Bewältigungsstrategie beim Auftreten von Körperbeschwerden oder innerer Unruhe entdeckt, dabei schien ihr auch der Transfer in das häusliche Umfeld und die Integration in den Alltag gelungen zu sein. Außerdem berichtete Frau M., ihren Körper besser kennen gelernt zu haben und nun verschiedene Körpersymptome als „normale Vorgänge im Körper“ bewerten zu können.

4 AKZEPTANZ DER SPORTTHERAPIE

Bisher nahmen acht PatientInnen in einem Pilotprojekt zur Machbarkeitsprüfung von Sporttherapie im ambulanten Kontext an der Kombination aus Verhaltenstherapie (je nach Indikation eine KZT [25 h] oder Langzeithherapie [45 h oder mehr] als Einzel- und Gruppensitzungen) und einer zusätzlichen Sporttherapie teil.

Bei den bisher behandelten Personen hat nur eine Patientin aufgrund von Prüfungsstress an weniger als der Hälfte der Termine teilgenommen. Die übrigen PatientInnen fehlten im Mittel an 3,4 Terminen (SD 1,6; Median 3,0) von 24 Terminen. Vorab lehnte keiner der angesprochenen PatientInnen die Teilnahme an der Sporttherapie ab.

5 ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Die vorliegende Pilotstudie setzte erstmalig in Deutschland in der ambulanten Versorgung von PatientInnen mit einer somatoformen Störung eine Kombination von KVT und Sporttherapie um. Der Schwerpunkt im vorliegenden Bericht lag zum einen auf dem zu erwartenden körperlichen Aktivitätsniveau somatoformer PatientInnen der ambulanten Regelversorgung sowie zum anderen auf der Beschreibung der Sporttherapie und ihrer Verzahnung mit Psychotherapie. Zudem sollte die Machbarkeit von Sporttherapie im ambulanten Kontext anhand eines Fallberichtes verdeutlicht werden. Die Frage des Titels: „Ist Sporttherapie eine geeignete Behandlung?“ soll in der folgenden Diskussion anhand der organisatorischen Machbarkeit sowie anhand der Akzeptanz des Programmes von Patientenseite diskutiert werden.

Für die organisatorische Umsetzung der Studie sind aus unserer Sicht verschiedene Punkte relevant: zum einen die Bestimmung der Art des Trainings, die Wahl der Trainingsstätte, die Auswahl des Trainers, die Kosten für das Sportprogramm, sowie zum anderen die Kombination und die Wahl des Zeitpunktes im Rahmen einer Psychotherapie. Bei der Frage, welche Art von Training umgesetzt werden sollte, geben die Reviews und Metaanalysen (z.B. Jones et al., 2006; Pedersen & Saltin, 2006; Schiltenswolf et al., 2008; Schwarz et al., 2009; van Koulil et al., 2007) bei FMS und CFS (Malouff et al., 2008; Schwarz et al., 2009) Hinweise darauf, dass durch aerobes Ausdauertraining oder ein Kombinationstraining (Ausdauer mit Flexibilität oder Kraft) eine Verbesserung der Krankheitssymptome erzielt werden kann. Bei einem kombinierten Kraft-Ausdauertrain-

ing wird allerdings eine Trainingsstätte insbesondere wegen der Umsetzung des Krafttrainings (z.B. zumindest ein Gymnastikraum, eventuell Kraftgeräte o.Ä.) benötigt. Die Durchführung in einem Fitnessstudio (mit einem speziellen Rehabilitationsbereich) bot sich im vorliegenden Fall an. Zu beachten ist jedoch, dass die Kosten für eine Sporttherapie (in diesem Rahmen) von den Krankenkassen nicht übernommen werden und so entweder von den PatientInnen oder, wie in unserem Fall, von der Forschungseinrichtung zu tragen sind. Die Durchführung des Trainings im Rahmen des Fitnessstudios kostete die Mitgliedsgebühr (4 Monate à 40 Euro je PatientIn), über die auch die Unfallversicherung während des Trainings sowie die Geräteeinweisung (ca. 1,5 Stunden je PatientIn) abgedeckt war. Darüber hinaus fielen Trainerkosten von 720 Euro (30 Euro je Trainingseinheit) pro Gruppe an. Zu beachten ist auch, dass vor Teilnahmebeginn eine Sporttauglichkeitsbescheinigung durch einen Arzt einzuholen ist, für die aber gewöhnlich keine zusätzlichen Kosten entstehen. Eine mögliche Alternative könnte die Anbindung der PatientInnen an Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX sein. Der Vorteil bestünde darin, dass PatientInnen an schon bestehende Strukturen angebunden werden könnten. Der Nachteil ist jedoch, dass die Hürde zur Aufnahme eines externen Rehabilitationssportprogrammes für die PatientInnen höher ist und zudem der Informationsaustausch üblicherweise schlechter gelingt als bei einem integrierten Programm. Darüber hinaus müsste vorab geprüft werden, ob die Inhalte des Rehabilitationssportes für die Gruppe der somatoformen PatientInnen passend sind.

Die *Akzeptanz eines Programms* wird häufig durch die Teilnahmehäufigkeit sowie die Drop-out-Rate beschrieben und liegt in Sporttherapiestudien bei FMS bei

etwa 20% (zum Überblick siehe Schwarz et al., 2009) und kann sogar bis zu 61,9% (Meyer & Lemley, 2000) erreichen.

Die Kombination mit Psychotherapie wurde – wie in der Einleitung dargestellt – zur Wirksamkeitssteigerung der Therapie bei somatoformen Störungen geplant. Aus Gründen der Motivationsbildung und Informationsvermittlung wurde die Sporttherapie erst im letzten Drittel eingeführt. Erwartet wurde, dass der spätere Beginn und die schon bestehende Anbindung an einen Einzeltherapeuten sowie die bestehende Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn dazu beitragen, die aus bisherigen Studien bekannte Drop-out-Rate zu senken. In unserer Pilot-Studie zeigen sowohl die hohe Anzahl an wahrgenommenen Trainingsstunden als auch die Kommentare der PatientInnen (siehe Fallbericht), dass von PatientInnenseite das Angebot einer Sporttherapie gerne genutzt wurde und der psychotherapeutische Kontext und die vorgeplante Struktur dazu zu animieren scheinen, diesen Schritt mit höherer Wahrscheinlichkeit umzusetzen. Die Hälfte der PatientInnen trifft sich nach Beendigung des Sportprogramms weiterhin auf privater Basis und auf eigene Kosten im Fitnessstudio zum Training. Der Umstand, eine ambulante Sporttherapie besucht zu haben, scheint somit die Aufnahme von Sport in den Alltag für einen Teil der PatientInnen zu erleichtern. Einen weiteren *Forschungsbedarf* sehen wir an verschiedenen Punkten. Zum einen wurde in unserer Studie erstmalig für eine deutsche PatientInnenstichprobe das körperliche Aktivitätsverhalten detailliert erfasst. Dabei zeigt sich ein sehr heterogenes Aktivitätsmuster. Ein Teil der PatientInnen bewegt sich sportlich und/oder im Alltag ausreichend bis sehr viel. Jedoch zeigt sich, dass im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung der Gesamtumsatz deutlich reduziert ist und für einen

Großteil der PatientInnen (65,4%) eine reduzierte sportliche Aktivität vorliegt. Eine Überprüfung, inwiefern dieses Aktivitätsmuster durch die körperlichen Beschwerden bedingt ist und somit im Sinne von Schonungsverhalten zu bewerten ist, steht bisher aus. Weiterhin bleibt zu klären, inwiefern die körperlichen Beschwerden im Sinne eines Teufelskreises durch den reduzierten Fitnesszustand (als Folge der Inaktivität) begünstigt werden. Zum anderen besteht ein weiterer Forschungsbedarf bei der Überprüfung der generellen Wirksamkeit von Sporttherapie bei somatoformen Störungen. Werden die Ergebnisse von Peters et al. (2002), der einzigen Sporttherapiestudie bei multiplen somatoformen Beschwerden, herangezogen, so lassen sich positive Effekte auf Depressivität, Angst, psychische Gesundheit sowie eine Reduktion der körperlichen Beschwerden und eine Verbesserung des physischen Funktionsniveaus erwarten. Darüber hinaus muss der zusätzliche Nutzen eines sporttherapeutischen Programms in Kombination mit einer ambulanten Psychotherapie überprüft werden. Im Rahmen unserer Pilotstudie wird dies der nächste Schritt sein, steht allerdings bis dato aufgrund der bislang zu geringen Fallzahl noch aus.

6

RESÜMEE

Insgesamt erscheint es lohnenswert, die Wirksamkeit einer ambulanten Sporttherapie alleine oder in Kombination mit Psychotherapie bei somatoformen PatientInnen weiter zu untersuchen. Die Anbindung an eine begleitende Psychotherapie erwies sich auf Grund unserer Erfahrungen als sinnvoll, um überhaupt mit Sport zu beginnen und dies auch durchzuhalten. Als eine Stärke eines

kombinierten Behandlungsangebotes sehen wir, dass auf die mögliche Skepsis, Ängstlichkeit und Vorsicht, die gerade bei PatientInnen mit somatoformen Beschwerden gegenüber Sport und Bewegung auftreten können, individuell eingegangen werden kann, wie sich auch im Fallbericht zeigte. Die Kombination aus Kraft- und Ausdauertraining wurde von den PatientInnen gut angenommen, war jedoch eher kostenintensiv. Da aufgrund der Studienlage bei FMS und CFS neben einem Kombinationstraining aus Ausdauer und Kraft oder Stretching auch reines aerobes Training wirksam zu sein scheint (z.B. Schiltenswolf et al., 2008; Schwarz et al., 2009), könnte geprüft werden, ob z.B. ein kostengünstigeres Walkingtraining ebenso gut von den PatientInnen angenommen wird und wirksam ist.

LITERATUR

- American College of Sports Medicine (2004). Position stand. Exercise and hypertension. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 36, 533-553.
- American College of Sports Medicine (2007). Physical activity and public health – Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39, 1423-1434.
- American College of Sports Medicine (2009). Position stand: Progression models in resistance training for healthy adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41, 687-708.
- American College of Sports Medicine (2011). Position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: Guidance for prescribing exercise. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43, 1334-1359.
- Bundesamt für Sport (BASPO) (2009). *Gesundheitswirksame Bewegung – Grundlagendokument*. Zugriff am 13. Februar, von http://www.baspo.admin.ch/internet/baspo/de/home/themen/foerderung/breitensport/gesundheit/empfehlungen/fuer_erwachsene.parsys.0003.download-List.27082.DownloadFile.tmp/grundlagendokuhepa2009de.pdf.pdf
- Boulé, N. G., Haddad, E., Kenny, G. P. et al. (2001). Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis of controlled clinical trials. *The Journal of the American Medical Association*, 286, 1218-1227.
- Breslow, R. A., Ballard-Barbash, R., Munoz, K. & Graubard, B. I. (2001). Long-term recreational physical activity and breast cancer in the national health and nutrition examination survey I: Epidemiologic follow-up study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 10, 805-808.
- Broocks, A., Bandelow, B., Pekrun, G. et al. (1998). Comparison of aerobic exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 603-609.
- Brown, R. J. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: An integrative conceptual model. *Psychological Bulletin*, 130, 793-812.
- Conn, V. S. (2010). Depressive symptom outcomes of physical activity interventions: Meta-analysis findings. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 128-138.
- Cornellissen, V. A. & Smart, N. A. (2013). Exercise training for blood pressure: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Heart Association*, 2, 1-9.
- Craft, L. L. & Landers, D. M. (1998). The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: A meta-analysis. *Journal of Sport Exercise Psychology*, 20, 339-357.

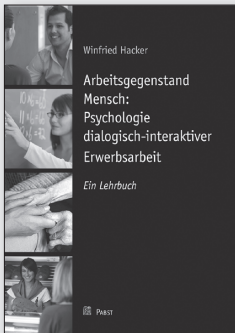
- Deary, V., Chalder, T. & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review, 27*, 781-797.
- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS) (ohne Datum). *Was ist Sport und Bewegungstherapie?* Zugriff am 13. Februar, 2013, von http://www.dvgs.de/index.php?article_id=38&clang=0
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H. & Neal, H. A. O. (2001). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 33*, 587-597.
- Escobar, J. I., Gara, M., Cohan Silver, R. et al. (1998). Somatisation disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry, 173*, 262-266.
- Feeley, M., DeRubeis, R. J. & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 578-582.
- Frey, I., Berg, A., Grathwohl, D. & Keul, J. (1999). Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität – Entwicklung, Prüfung und Anwendung. *Sozial- und Präventivmedizin, 44*, 55-64.
- Frey, I. & Berg, A. (2002). Erfassung der körperlichen Aktivität in Klinik und Praxis. In: G. Samitz & G. Mensink (Hrsg.), *Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. Evidenzbasierter Leitfaden für Klinik und Praxis* (S. 81-86). München: Hans Marseille Verlag.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders, 49*, 59-72.
- Gureje, O. & Simon, G. E. (1999). The natural history of somatization in primary care. *Psychological Medicine, 29*, 669-676.
- Guthrie, E. (2008). Medically unexplained symptoms in primary care. *Advances in Psychiatric Treatment, 14*, 432-440.
- Hollmann, W. & Hettinger, T. (2000). *Sportmedizin – Grundlagen für Arbeit, Training und Präventivmedizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Hottenrott, K., Hoos, O. & Esperer, H. D. (2006). Herzfrequenzvariabilität und Sport. *Herz, 6*, 544-552.
- Hottenrott, K. & Neumann, G. (2008). Modellvorstellungen zur Adaption an Belastungsreize. In: K. Hottenrott & G. Neumann (Hrsg.) *Methodik des Ausdauertrainings* (S. 43-62). Schorndorf: Hofmann.
- Jones, K. D., Adams, D., Winters-Stone, K. & Burckhardt, C. S. (2006). A comprehensive review of 46 exercise treatment studies in fibromyalgia (1988-2005). *Health and Quality of Life Outcomes, 4*. <http://www.hqlo.com/content/4/1/67>. doi:10.1186/1477-7525-4-67
- Kleinstäuber, M., Thomas, P., Witthöft, M. & Hiller, W. (2012). *Kognitive Verhaltenstherapie bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und somatoformen Störungen*. Berlin: Springer.
- Kleinstäuber, M., Witthöft, M. & Hiller, W. (2011). Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*, 146-160.
- Knowler, W. C., Barrett-Connor, E., Fowler, S. E. et al. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England Journal of Medicine, 346*, 393-403.
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: A review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine, 69*, 881-888.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Rooke, S. E. et al. (2008). Efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 28*, 736-745.

- Mead, G., Bernhardt, J. & Kwakkel, G. (2012). *Stroke: physical fitness, exercise, and fatigue. Stroke research and treatment, vol. 2012*, Article ID 632531. Verfügbar unter <http://www.hindawi.com/journals/srt/>
- Meyer, B. B. & Lemley, K. J. (2000). Utilizing exercise to affect the symptomology of fibromyalgia: A pilot study. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32, 1691-1697.
- Paddon-Jones, D., Sheffield-Moore, M., Urban, R. J. et al. (2004). Essential amino acid and carbohydrate supplementation ameliorates muscle protein loss in humans during 28 days bedrest. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 89, 4351-4358.
- Paffenbarger, R. S., Blair, S. N., Lee, I.-M. & Hyde, R. T. (1993). Measurement of physical activity to assess health effects in free-living populations. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 25, 60-70.
- Pedersen, B. K. & Saltin, B. (2006). Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 16, 3-63.
- Peters, S., Stanley, I., Rose, M. et al. (2002). A randomized controlled trial of group aerobic exercise in primary care patients with persistent, unexplained physical symptoms. *Family Practice*, 19, 665-674.
- Phillips, S. M. (2000). Short-term training: When do repeated bouts of resistance exercise become training? *Canadian Journal of Applied Physiology*, 25, 185-193.
- Rief, W. & Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptom – Models and mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 27, 821-841.
- Rief, W. & Henningsen, P. (2005). Somatoforme Störungen. In: W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S. 529-545). Stuttgart: Thieme.
- Rief, W. & Hiller, W. (2008). *SOMS – Das Screening für Somatoforme Störungen. Manual zum Fragebogen*. Bern: Huber.
- Rief, W. & Hiller, W. (2011). *Somatisierungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W. & Nanke, A. (1999). Somatization disorder from a cognitive-psychobiological perspective. *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 733-738.
- Robertson, R., Robertson, A. R. R., Jepson, R. & Maxwell, M. (2012). Walking for depression or depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Mental Health and Physical Activity*, 5, 66-75.
- Schiltewolf, M., Häuser, W., Felde, E. et al. (2008). Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie und physikalische Therapie beim Fibromyalgiesyndrom. *Schmerz*, 22, 303-312.
- Schröder, A., Heider, J., Zaby, A. & Göllner, R. (2012). Cognitive behavioral therapy versus progressive muscle relaxation training for multiple somatoform symptoms: Results of a randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 1-11. Vorzeitige Online-Publikation. Zugriff über: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10608-012-9474-3?LI=true>
- Schwarz, D., Gießing, J., Heider, J. et al. (2009). Sporttherapie in der Behandlung somatoformer Beschwerden. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 16, 117-130.
- Steinbrecher, N., Koerber, S., Frieser, D. & Hiller, W. (2011). The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, 52, 263-271.
- Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J. G. et al. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *The New England Journal of Medicine*, 344, 1343-1350.
- van Koulil, S., Eftting, M., Kraaimat, F. W. et al. (2007). A review of cognitive behaviour therapies and exercise programmes for fibromyalgia patients: State of the art and future directions. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 66, 571-581.

- Wirz, M. (2006). Lokomotion objektiv messen. *Physiopraxis*, 6, 36-37.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen – SKID I*. Göttingen: Hogrefe.
- Woolfolk, R. L. & Allen, L. A. (2007). *Treating Somatization: A Cognitive-Behavioral Approach*. New York: Guilford Press.



DIPL.-PSYCH. DANIELA SCHWARZ
 UNIVERSITÄT KOBLENZ-LANDAU
 ABTEILUNG KLINISCHE PSYCHOLOGIE
 UND PSYCHOTHERAPIE
 OSTBAHNSTRASSE 12
 D-76829 LANDAU
 E-MAIL: schwarzd@uni-landau.de



Winfried Hacker

Arbeitsgegenstand Mensch: Psychologie dialogisch-interaktiver Erwerbsarbeit. Ein Lehrbuch

Humandienstleistungen nehmen zu und stellen immer komplexere Anforderungen: Bildung, Sozialarbeit, Pflege, Medizin, Handel, Verwaltung, Management, Service usw. Die Ergebnisqualität wird häufig beklagt; gleichzeitig lässt die wachsende Krankheitsrate ein brisantes Maß an Fehlbeanspruchung erkennen.

Die Wirtschaftspsychologie hat während der letzten Jahre relevante Analysen zur Frage erarbeitet: Wie kann dialogisch-interaktive Arbeit gelingen und den Betroffenen kein Paradies, aber eine optimale Lebensqualität ermöglichen?

Winfried Hacker hat die wichtigsten Befunde reflektiert und zu einem übersichtlichen Lehrbuch zusammengestellt: mit solider theoretischer Basis und hohem Anwendungsbezug. Dabei geht der Autor über die emotionalen Aspekte hinaus – bis zur Frage nach der Legitimität mancher Arbeitsaufträge von Dienstleistern.

Der Text wendet sich an Praktiker, Studierende und Lehrende der Wirtschafts-, Arbeits- und Organisationspsychologie sowie der Arbeitswissenschaften. Er bietet ebenso für Sozialpsychologen, Pädagogen und Pflegewissenschaftler nützliche Informationen.

344 Seiten · ISBN 978-3-89967-560-3 · Preis: 30,- Euro



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich · Telefon +49 (0)5484 308 · Telefax +49 (0)5484 550
 pabst.publishers@t-online.de · www.psychologie-aktuell.com · www.pabst-publishers.de