

- Lawrence**, Thomas B.; Leca, Bernard; Zilber, Tamar B.: Institutional work: current research, new directions and overlooked issues. In: *Organization Studies* 8/2013, pp. 1023-1033
- Mead**, George H.: *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt 1968
- Powell**, Walter W.: Neither market nor hierarchy: Network forms of organization. In: *Research in Organizational Behavior* 12/1990, pp. 295-336
- Schubert**, Herbert: Netzwerkmanagement in der Sozialen Arbeit. In: Fischer, Jörg; Kosellek, Tobias (Hrsg.): *Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen*. Weinheim 2013, S. 267-286
- Seckinger**, Mike: Vom Mythos zur Realität – Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitswesen optimieren! In: *Die Kinderschutz-Zentren* (Hrsg.): *In Beziehung kommen... – Kindeswohlgefährdung als Herausforderung zur Gemeinsamkeit*. Köln 2008, S. 10-23
- Straßheim**, Holger: Vernetzung als lokale Krisenstrategie? Perspektiven der interpretativen Governance- und Verwaltungsforschung. In: Haus, Michael; Kuhlmann, Sabine (Hrsg.): *Lokale Politik und Verwaltung im Zeichen der Krise?* Wiesbaden 2013, S. 121-138
- Thomson**, Ann Marie; Perry, James L.: Collaboration Processes: Inside the Black Box. In: *Public Administration Review* 1/2006, pp. 20-32
- Thornton**, Patricia; Ocasio, William; Lounsbury, Michael: *The Institutional Logics Perspective: A New Approach to Culture, Structure and Process*. Oxford 2012
- Turba**, Hannu: Grenzen „begrenzter Rationalität“ – Politisch-administrative Steuerungsambitionen im Kinderschutz. In: Marthaler, Thomas; Bastian, Pascal; Bode, Ingo; Schrödter, Mark (Hrsg.): *Rationalitäten des Kinderschutzes. Kindeswohl und soziale Interventionen aus pluraler Perspektive*. Wiesbaden 2012, S. 79-104
- van Santen**, Eric; Seckinger, Mike: *Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe*. München 2003

# SOMATOFORME STÖRUNGEN | Kritische Reflexionen zur Therapie und Beratung

**Annemarie Jost**

**Zusammenfassung** | Nicht spezifische, funktionelle oder somatoforme Körperbeschwerden betreffen – mit steigender Tendenz – inzwischen bis zu zehn Prozent der Bevölkerung in Deutschland. In diesem Artikel wird versucht, ein tieferes Verständnis der sogenannten somatoformen Störungen zu erreichen, das eine kritische Reflexion des schulmedizinischen und des psychotherapeutischen Vorgehens und eine ganzheitliche Gesundheitsberatung aus Sicht der Sozialen Arbeit ermöglicht.

**Abstract** | Up to ten percent of the German population suffer from non-specific, functional or somatoform disorders, with a rising trend. This article tries to promote deeper understanding of so called "somatoform disorders", in order to enable critical reflection of modern medicine and psychotherapy, dealing with this disorder, and to enable holistic approaches for social workers practicing health counselling.

**Schlüsselwörter** ► Psychosomatik ► Psychotherapie  
► Verhaltenstherapie ► Ernährungsfragen  
► Therapie ► alternativ ► Soziale Arbeit

**Somatoforme Körperbeschwerden** | Die von somatoformen Körperbeschwerden betroffenen Menschen leiden unter Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen, haben erhebliche Verdauungsbeschwerden mit Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Blähungen und Bauchschmerzen, manche haben Herzbeschwerden, Atemprobleme oder wiederkehrende Blasenreizungen, sie leiden oft unter Schlaf- oder Appetitstörungen und fühlen sich müde und angespannt. Derartige Störungen betreffen inzwischen vier bis zehn Prozent der Bevölkerung und etwa 20 Prozent der Patientinnen und Patienten, die ihren Hausarzt aufsuchen.

**Medizinische Leitlinien** | Im November 2012 wurde im Deutschen Ärzteblatt (der medizinischen Zeitschrift, die von allen Ärztinnen und Ärzten abonniert wird) eine klinische Leitlinie zu den nicht spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden veröffentlicht (Schaefer et al. 2012). Die

klinische Leitlinie geht ursächlich von „komplexen Wechselwirkungen psychosozialer, biologischer, iatrogener/medizinsystemischer<sup>1</sup> und kultureller Faktoren aus“ (ebd., S. 804), was im Klartext bedeutet, dass man nicht genau weiß, wo die Hauptursache liegt, aber dass unsere Lebensweise und der Umgang mit den Patientinnen und Patienten in der Schulmedizin mitverantwortlich sind. Weiter wird in der Leitlinie ausgeführt, dass „ein Gesundheitssystem, das mehr auf Reparatur und Versorgung als auf Selbstverantwortung und Prävention ausgerichtet ist und kontraproduktive Anreize für krankheitsbezogenes Verhalten und apparative Maßnahmen setzt“ (ebd., S. 804), beschwerdeunterhaltend wirkt. Mit dem Schweregrad der Störung nehmen zudem psychische Störungen wie zum Beispiel Ängste, Depressionen oder Suchterkrankungen bei den Betroffenen zu. Die Patientinnen und Patienten laufen von Arzt zu Arzt und werden immer wieder mit hohem Aufwand und unter Einsatz von Großgeräten untersucht, ohne dass ihnen wirklich geholfen wird. Die Schulmedizin ist mit ihrem Latein am Ende.

Was empfiehlt hier die Leitlinie? Bei chronischen Verläufen sollten zunächst bereits durchgeführte diagnostische und therapeutische Maßnahmen bilanziert werden. Der Primärbehandelnde (Hausärztin oder Hausarzt) sollte in kollegialer Abstimmung mit den anderen beteiligten Ärztinnen und Ärzten einen strukturierten Gesamtbehandlungsplan entwickeln, der eventuell die Behandlung spezieller (neben dem Hauptbeschwerdebild bestehender) körperlicher und psychischer Erkrankungen einschließt. Unnötige Untersuchungen, zu lange Krankschreibungen, Sucht fördernde Medikamente und passive Therapiekonzepte (zum Beispiel passive physiotherapeutische Maßnahmen, Injektionen oder Operationen) sollten vermieden werden. So weit so gut. Die Behandler-Patient-Beziehung wird jedoch oft von beiden Seiten als schwierig beschrieben. Hier empfiehlt die Leitlinie den Ärztinnen und Ärzten ein richtiges Maß an Zurückhaltung und Echtheit („Nicht alles, was echt ist, will ich sagen, aber was ich sage, soll echt sein“; ebd., S. 806). Der Behandelnde soll zuhören und Aufmerksamkeit, Interesse und Akzeptanz signalisieren, hierbei jedoch Hinweise auf psychosoziale Probleme und Bedürfnisse empathisch aufgreifen und als bedeutsam benennen. Entscheidungen sollten nach adäquater Information gemeinsam getroffen werden.

Als ich das las, fragte ich mich, warum man nicht deutlicher wird und zugibt, dass man als Schulmediziner bei diesem häufigen Beschwerdebild nicht wirklich viele Möglichkeiten hat, man zwar sieht und versteht, wie die Betroffenen leiden, aber dennoch auf Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten setzen muss. Nur, worin besteht die Eigenverantwortung? In der Leitlinie werden körperliche (Ausdauertraining) und soziale Aktivierung und Entspannungsverfahren empfohlen. Bei schwereren Verläufen wird auch eine kognitive Verhaltenstherapie empfohlen, in der die Patientinnen und Patienten lernen, ihre Beschwerden neu zu bewerten, eventuell kombiniert mit einer Behandlung mit Antidepressiva. Das Problem wird individualisiert. Der Einzelne soll an sich arbeiten, von der Apparatemedizin nicht zu viel erwarten, aber weiterhin im System „funktionieren“, sich nicht zu lange krankschreiben lassen, soziale Kontakte pflegen und körperlich aktiver werden.

**Psychotherapeutische Überlegungen |** Körperliche Regulationsstörungen stehen in Zusammenhang mit seelischen Prozessen, allerdings ist die Frage, ob kognitive Verhaltenstherapie und Antidepressiva hier umfassend helfen. Werfen wir einen Blick in die Biographie: Nach der Geburt unterstützen die elterlichen Bezugspersonen die Regulation des Säuglings. Bei feinfühligem Beziehungsgestaltung lernen die Säuglinge, ihre körperlichen Bedürfnisse mit ihrer Umwelt in Einklang zu bringen und ihre Emotionen zu regulieren. Nehmen wir nun einmal an, dass die Hauptbezugspersonen weniger feinfühlig, vielleicht sogar übergriffig gewesen sind. Dann wird von Anfang an eine körperlich-seelische Regulation gelernt, die bestimmte Körpererfahrungen fehlinterpretiert oder aus der sich differenzierenden Erfahrungswelt ausblendet. Der Aufmerksamkeitsfokus des Kindes wird von den Hauptbezugspersonen gelenkt. Hat nun ein Kind nicht gelernt, auf bestimmte Körpererfahrungen angemessen zu reagieren, dann werden sich beispielsweise Essstörungen, Schlafstörungen, chronische Anspannungen oder körperliche Fehlhaltungen entwickeln, die im Laufe des Lebens zu den unterschiedlichen Beschwerdebildern führen können, zumal diese Fehlwahrnehmungen kulturell wenig korrigiert, ja sogar durch Fehlanreize, beispielsweise im Bereich der Ernährung, eher gefördert werden. Zugleich wird bei den betroffenen Menschen möglicherweise eine diffuse Ahnung entstehen, dass ihre

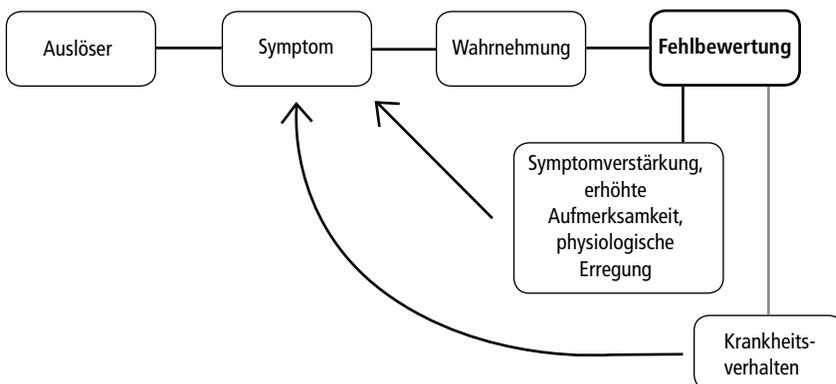
<sup>1</sup> Das sind durch die Schulmedizin hervorgerufene Faktoren.

Bezugspersonen in bestimmten Bereichen nicht gut für ihr Wohlbefinden gesorgt haben. Dieses untergründige Misstrauen kann später auf Autoritätspersonen, wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzte, übertragen werden und genau die Zwickmühle entstehen lassen, die die Arzt-Patient-Beziehung so schwierig gestaltet.

In der frühen Kindheit hatten die Eltern nicht in allen Bereichen wirklich hilfreiche Modelle anzubieten, zugleich war aber das Kind existenziell auf die Eltern angewiesen und die Eltern haben aus ihrer Sicht das Beste gegeben. Vorwürfe gegen die Eltern sind hier wenig angebracht und erzeugen in der Regel beim Kind Schuldgefühle. Trifft nun ein Mensch, der von früher Kindheit an gelernt hat, mit bestimmten Körperwahrnehmungen suboptimal umzugehen (was in unserer Kultur wohl bei den meisten der Fall sein dürfte) auf das etablierte Gesundheitssystem, dann erlebt er oder sie bezüglich der unspezifischen körperlichen Beschwerden eine ähnliche Konstellation wie in der Ursprungsfamilie: Die Schulmedizin hat die Definitionsmacht, alternative Verfahren werden nur begrenzt von den Krankenkassen finanziert. Der Arzt oder die Ärztin gibt sich Mühe, kann aber eine gesunde Körperregulation angesichts jahrzehntelanger Fehlentwicklungen und mangelnder umfassender Therapiemöglichkeiten nur ausgesprochen begrenzt unterstützen, gibt jedoch die eigenen Begrenzungen nicht wirklich zu. Eine diffuse Ahnung entsteht, dass der Weg nicht wirklich hilfreich ist. Hauptsächlich werden Anpassung und weiteres halbwegs gutes Funktionieren gefördert. Zugleich wird auf die Eigenverantwortung verwiesen.

**Das Vorgehen der kognitiven Verhaltenstherapie** | Das Vorgehen der kognitiven Verhaltenstherapie wird beispielsweise von den Psychologinnen *Petra Thomas* und *Carina Grama* sowie deren Kollegen *Wolfgang Hiller* (2008) von der Universität Mainz in einem prägnanten Artikel am Beispiel eines 51-jährigen Mannes mit Schmerzen in Kopf- und Magengegend, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Schwindel und „seltsamen“ Hautschwellungen beschrieben. Das zugrunde liegende Störungsmodell (Abbildung 1) stellt die Fehlbewertung der körperlichen Symptome und die daraus resultierende Symptomverstärkung mit entsprechendem Krankheitsverhalten in den Mittelpunkt. Das Modell geht davon aus, dass die Betroffenen die Tendenz besitzen, körperliche Empfindungen als intensiv, schädlich und beeinträchtigend zu erleben und unangenehmen Körperempfindungen besondere Beachtung zu schenken. Durch die damit verbundene Erregung und Angst vor schwerer Erkrankung kommt es zu einer Steigerung des physiologischen Erregungsniveaus, was wiederum zu verstärkten Beschwerden und zu Krankheitsverhalten führt. So schaukelt sich das Beschwerdebild immer weiter auf. Demzufolge versucht man in der Behandlung, die immer mehr standardisiert und durch entsprechende Manuale unterstützt wird, mit der Patientin oder dem Patienten gemeinsam an einer neuen Bewertung seiner Symptome zu arbeiten. Zwar wird das subjektive Krankheitsmodell der Patientin oder des Patienten erfragt; letztlich geht es jedoch darum, sie beziehungsweise ihn dafür zu gewinnen, unrealistische Erwartungen an eine völlige Beschwerdefreiheit zu korrigieren und anders mit den Beschwerden umzugehen.

### Das Störungsmodell



Die Behandlung beginnt mit einer ausführlichen Diagnostik und mit sogenannten Symptomtagebüchern. Es werden auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen für die Beschwerden eruiert, zugleich werden das Verhalten der Patientin beziehungsweise des Patienten selbst beleuchtet und die Auswirkungen dieses Verhaltens analysiert. Manchen Patienten und Patientinnen führt man beispielsweise in einem Stressinduktionstest (Rechenaufgaben unter Zeitdruck) die Folgen von Stressreaktionen vor Augen, um sie dann zu motivieren, Belastungen zu reduzieren und Entspannungsverfahren zu lernen. Ein wichtiger Behandlungsaspekt ist das Erlernen der Aufmerksamkeitslenkung: Hierbei richtet die Patientin oder der Patient seine Aufmerksamkeit gezielt auf positive Umweltreize und Sinneseindrücke – und nicht mehr wie gewohnt auf die Beschwerden. Weiterhin arbeitet man an sogenannten „dysfunktionalen“ Kognitionen, die sich beispielsweise auf die Gefährlichkeit der Symptome oder deren mangelnde Beeinflussbarkeit richten. Schließlich hinterfragt man die Krankheitsrolle der Patientin beziehungsweise des Patienten und motiviert sie oder ihn, die Vorteile, die er aus dieser Rolle bezieht (Krankschreibung, Entlastung), und die Nachteile für die weitere Lebensperspektive gegeneinander abzuwägen. Im Fazit ihres Artikels werden *Thomas, Grama und Hiller* sehr deutlich: Die Behandlung verringere nicht nur das Leid der Betroffenen, sondern reduziere auch direkte (Inanspruchnahme medizinischer Leistungen) und indirekte (Krankschreibung, Frühberentung) Kosten.

Liest man den Artikel kritisch, so stellt sich die Frage, ob es wirklich darum geht, den Betroffenen umfassend zu helfen, oder ob eher das weitere Funktionieren im System gefördert und damit eine grundsätzliche Selbstkritik des etablierten Gesundheitssystems vermieden wird. Zugegeben wird, dass die Störungsbilder auf Krankheitsursachen beruhen könnten, die derzeit vom aufwendigen diagnostischen Apparat nicht erfasst werden. Das bedeutet jedoch nicht, dass angesichts der Häufung dieses Beschwerdebildes eine angemessene Summe an Forschungsmitteln in die möglicherweise aussichtsreicheren alternativmedizinischen Ansätze im Umgang mit somatoformen Störungen fließt. Es wird schlichtweg davon ausgegangen, dass die Patientin oder der Patient einer Fehlinterpretation ihrer oder seiner Beschwerden unterliegt, wenn die Schulmedizin kein Erklärungsmodell für die ursprünglich aufgetretenen Symptome zur Ver-

fügung stellen kann, sondern sich in unspezifischen Ausführungen über ein multikausales Ursachengefüge mit anlage- und umweltbedingten Faktoren ergeht.

Betrachtet man die knappe Fallskizze von *Thomas, Grama und Hiller* (2008), so springt unmittelbar ins Auge, dass die Problematik – neben einer vielleicht tatsächlich entwickelten erhöhten Fokussierung auf die Beschwerden – insbesondere etwas mit der Ernährung des Mannes zu tun haben muss: Er klagt über Kopf- und Magenschmerzen und hat verschiedene Lebensmittelunverträglichkeiten entwickelt. Medizinisch seien die Beschwerden jedoch gründlich abgeklärt worden, auch Besuche bei Heilpraktikern hätten keinen durchgreifenden Erfolg gebracht.

**Ernährungsumstellung** | Für einen Laien ist die derzeitige Fülle einander widersprechender Ernährungsratschläge von Expertinnen und Experten sowie aus Zeitschriften und Internetquellen schwer überschaubar. Die einen raten zu einer allgemein obst- und gemüsereichen Ernährung mit vielen Ballaststoffen und weniger tierischen Fetten, andere empfehlen vorwiegend Rohkost, wieder andere raten zu warmen, gekochten Speisen, manche betonen die Zunahme von Kuhmilch-, Weizenmehl und Hühnereiuverträglichkeiten. Allgemein wird empfohlen, Fertigprodukte und Zusatzstoffe wie Geschmacksverstärker zu meiden, allerdings ist dies in den meisten Kantinen nicht leicht umzusetzen. In jüngster Zeit werden auch grüne „Smoothies“ propagiert, die neben stark zerkleinertem Obst auch Wildkräuter, Blattgemüse und weitere Zutaten enthalten und durch einen leistungstarken Mixer für die Verdauung aufgeschlossen werden. Hinzu kommen die unterschiedlichsten Ratschläge zur Gewichtsreduktion, zum Teil unter Zurhilfenahme synthetischer Produkte.

Inzwischen widmet sich auch die medizinische wissenschaftliche Fachliteratur zunehmend der Thematik der Ernährungsumstellung, selbst wenn Tests auf spezifische Unverträglichkeiten (Laktoseintoleranz, Glutenunverträglichkeit, spezifische Eiweißallergien) keine eindeutigen Ergebnisse geliefert haben. In einer australischen Studie mit 30 Patientinnen und Patienten mit sogenanntem Reizdarmsyndrom und einer Kontrollgruppe konnte belegt werden, dass eine sogenannte Low-FODMAP-Diät ihre Beschwerden effektiv reduzieren konnte (*Krammer* u.a. 2014). Bei dieser Diät handelt es sich um eine Empfehlung, die

unterschiedliche mögliche Unverträglichkeiten abdeckt und Lebensmittel minimiert, die schlecht im Dünndarm aufgenommen werden können, osmotisch im Darm wirksam werden oder schnell durch Darmbakterien fermentiert werden. Inzwischen gibt es im Internet gute Informationsmöglichkeiten und die Low-FODMAP-Diät hat bereits einen Eintrag in Wikipedia erhalten.

Man weiß, dass Allergien bereits das häufigste chronische Gesundheitsproblem im Kindes- und Jugendalter sind. Genaue Zahlenangaben hierzu enthalten die Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des Robert Koch Instituts (2014). Die allgemeine Zunahme der Nahrungsmittelunverträglichkeiten sollte jenseits der individuellen Maßnahmen zu folgenden Reflexionen Anlass geben:

▲ Mit Fleisch und Fisch nehmen wir zahlreiche Rückstände von Medikamenten, die in der Tierzucht verwendet werden, und von Schadstoffen, die die Tiere in ihrer Umwelt aufgenommen haben, zu uns. Die Antibiotikagabe in der Massentierhaltung und die häufigen Antibiotikatherapien bei Menschen tragen zur Entwicklung von neuen, gegen die meisten Antibiotika resistenten Bakterien bei. Was diese Bakterien in der Nahrungsmittelkette und bei uns als Endverbraucher neben schwer behandelbaren und häufig zum Tode führenden Wundinfektionen (allein in Deutschland sterben hieran 15 000 bis 40 000 Menschen pro Jahr) bewirken können, ist kaum bekannt.

▲ Mit Fertigprodukten nehmen wir eine Fülle von zum Teil undeckelten oder kryptisch ausgewiesenen Konservierungstoffen, Geschmacksverstärkern, Aromen, Farbstoffen und weiteren Zusatzstoffen auf. Hinzu kommen von Verpackungen abgesonderte Schadstoffe und Nanopartikel. Diese Stoffe sind in ihrem komplexen Zusammenwirken nicht zu testen, es liegen nur „Unbedenklichkeitsnachweise“ einzelner Substanzen vor, auch Letztere sind nicht alle vollständig vertrauenswürdig. Ursprüngliche Lebensmittel werden zudem mit Ersatzstoffen (zum Beispiel Käseimitate) angereichert, um das Volumen zu erhöhen, sie kostengünstiger herzustellen, die Haltbarkeit zu verlängern oder sie appetitlicher aussehen zu lassen. Eingesetzte Fette werden gehärtet und in ihrem biologischen Wert verändert. Auch Süßigkeiten für Kinder enthalten häufig gesundheitlich langfristig bedenkliche Fette. Transfettsäuren entstehen zum

2 Alternativmedizinische Quellen warnen deutlich eindringlicher vor Transfettsäuren.

Beispiel bei der unvollständigen Härtung von Pflanzenöl und beim Frittieren und Braten und sie sind in tierischen Fetten (Milchprodukte, Rind-, Lamm-, Hirsch- und Ziegenfleisch) enthalten; eine besonders hohe Konzentration an Transfettsäuren haben beispielsweise auch Tütensuppen. Sie bewirken eine ungünstige Blutfettkonstellation (mehr LDL und weniger HDL), die die Entstehung von Herzinfarkten und Schlaganfällen begünstigt und möglicherweise auch das Übergewichts-, Diabetes- und Krebsrisiko steigert. Letzteres ist jedoch den Recherchen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (2007) zufolge noch nicht ausreichend belegt.<sup>2</sup>

▲ Obst und Gemüse, die bereits in ihren Anbaubereichen heftig mit Schädlingsbekämpfungsmitteln und Dünger behandelt wurden, werden auf langen Wegen transportiert oder monatelang in Kühlhäusern gelagert, sollen aber im Verkaufsraum makellos frisch aussehen. Dies erfordert eine spezielle Konservierung und trägt dazu bei, dass Vitamine verloren gehen. Durch die Globalisierung essen wir zudem zahlreiche Lebensmittel aus anderen Regionen der Erde, an die sich unser Verdauungstrakt nicht anpassen können. Hinzu kommen genmanipulierte Lebensmittel.

▲ Ins Trinkwasser gelangen zunehmend Rückstände von Medikamenten, die bei Trinkwasserkontrolluntersuchungen nicht vollständig erfasst werden. Weiterhin gelangen in geringen Mengen Schwermetalle aus Zahnfüllungen (Amalgam) beim Kauen in die Speisen; in Wildgerichten befinden sich zudem nicht selten Bleirückstände von Flintenmunition.

▲ Da wir außerdem zu viel essen und von der Werbung verführt werden, noch mehr zu konsumieren, ist es wenig überraschend, dass viele Menschen an Blähungen, Völlegefühl, Bauchschmerzen, Lebensmittelunverträglichkeiten oder auch an Hämorrhoiden leiden. Verschiedene naturheilkundliche Verfahren gehen davon aus, dass ein Ungleichgewicht in den Verdauungsorganen zu Schmerzen in der Körperperipherie, wie zum Beispiel in den Muskeln und Gelenken führen kann.

**Alternative Heilmethoden** | Unser Verdauungs- und unser Immunsystem sind hoch belastet. Ist die Häufigkeit der nicht spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden vielleicht ein Indiz für unsere schleichende Vergiftung? In der Alternativmedizin gibt es neben der Ernährungsumstellung eine Fülle an Methoden, die zur Entgiftung des Körpers oder der Stärkung der Selbstheilungskräfte beitragen

sollen. Als Beispiele seien hier genannt:

- ▲ Heilfasten;
- ▲ Darmspülungen (zum Beispiel durch Einläufe);
- ▲ Darmbehandlungen mit Flohsamenschalenpulver, Mineralerde oder Darmbakterien;
- ▲ Parasitenbekämpfung (zum Beispiel des Pilzbefalls nach Antibiotikabehandlung);
- ▲ leberunterstützende Maßnahmen (Entgiftungsunterstützung);
- ▲ Entsäuerungsbehandlungen;
- ▲ Wasseraufbereitung (Filter) und Trinkkuren;
- ▲ Heilkräuter und Bachblüten;
- ▲ Akupunktur, Akupunkturmassagen und Meridian-klopftherapie;
- ▲ Homöopathie;
- ▲ Massagen zur Entschlackung;
- ▲ weitere spezielle Maßnahmen zum Beispiel aus der traditionell chinesischen Medizin oder der Anthroposophie;
- ▲ Handauflegen, Reiki und Therapeutic Touch.

An dieser Stelle kann nicht im Detail auf die einzelnen Maßnahmen eingegangen werden, einige von ihnen sind sehr umstritten.

**Kritische Reflexion und ganzheitliche Gesundheitsberatung durch Soziale Arbeit** | In der Sozialen Arbeit spielt die Fähigkeit, den Einzelfall zu verstehen, eine wichtige Rolle. So bedeutsam standardisierte, evidenzbasierte Interventionen im Gesundheitswesen sind, so wichtig ist es andererseits auch, Sichtweisen und Reaktionen von Menschen zu berücksichtigen, die Ausnahmen vom „durchschnittlichen Fall“ darstellen. Insgesamt scheint es erforderlich, die Grenzen einer in der modernen Medizin

zunehmend leitlinienorientierten Behandlung auch angesichts des demographischen Wandels und der Zunahme ineinandergreifender verschiedener chronischer Erkrankungen genauer zu reflektieren. Wenn in Therapieerfolgsstudien vornehmlich versucht wird, die statistisch signifikante Wirksamkeit einer Behandlungsmaßnahme bei einem genau umschriebenen Krankheitsbild zu erfassen, dann bietet dies nur begrenzte Vorhersagekraft für konkrete Behandlungen von Patientinnen und Patienten, bei denen unterschiedliche, mehr oder weniger chronische Störungen ineinandergreifen und die bereits verschiedene Medikamente regelmäßig einnehmen – nebenbei bemerkt, nicht immer exakt in der verordneten Art und Weise. Weiterhin scheint es erforderlich, die subjektiven Sichtweisen der Patientinnen und Patienten wesentlich erster zu nehmen und sie zugleich zu ermutigen, ihren Körper liebe- und respektvoll wahrzunehmen.

Richtschnur für die Interventionen der Sozialen Arbeit sind die Wünsche, Vorstellungen und Ziele der Klientinnen und Klienten. Soziale Arbeit orientiert sich hierbei an deren Lebenswelt und begegnet ihren Auffassungen mit Respekt. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter verstehen die sozialen Einflüsse, die im Umfeld ihrer Klientel wirksam werden, und versuchen, die Deutungsmuster und Handlungsentwürfe aus deren Alltag nachzuvollziehen und zugleich Unterstützung bei einer gelingenden Alltagsbewältigung zu leisten. Neue Interventionen werden gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten entwickelt. Soziale Arbeit fördert Beteiligungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten und berücksichtigt regionale Besonderheiten. Sie rekonstruiert biographische Entwicklungen und sucht einen verstehenden Zugang zu den biographisch

Über 30 Jahre dokumentierte Fachdiskussion  
Über 30 Jahre Sozialwissenschaftliche Literaturdokumentation

- ▶ Onlinezugang in über 200 Hoch- und Fachhochschulbibliotheken
- ▶ Individuelle Beratung und Recherche mit Dokumentenlieferung

DZI SoLit

Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen/DZI

www.dzi.de

geprägten subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen der Menschen. Nicht immer sind wissenschaftlich begründete Interventionen für diese nachvollziehbar oder im Einzelfall hilfreich.

Soziale Arbeit bleibt einer ganzheitlichen Perspektive im Umgang mit Krankheit und Gesundheit verpflichtet. Weil für die Soziale Arbeit die Individuen in ihren biographischen und gesellschaftlichen Bezügen im Zentrum stehen, wirkt sie der fortschreitenden medizinischen Spezialisierung und institutionellen Aufspaltung entgegen. Sozialer Arbeit kommt die Aufgabe zu, die Lebenswirklichkeit der Kranken im medizinischen Versorgungssystem zur Geltung zu bringen. Ihre Aufgabe besteht gleichermaßen in der aufklärenden Hilfestellung gegenüber Kranken und deren Angehörigen wie in der Vernetzung von unterschiedlichen Einrichtungen und Trägern im Einzelfall (Jost 2013).

Die kritische Reflexion der leitlinienorientierten Behandlung somatoformer Störungen könnte in diesem Zusammenhang dazu führen, Betroffene zu ermutigen, sich zusammenzuschließen und weder nur auf die paternalistische, jedoch in Bezug auf die Störung nur mit begrenzten Möglichkeiten ausgestattete Schulmedizin zu setzen noch ausschließlich einer wenig evaluierten einzelnen Heilslehre der Alternativmedizin zu vertrauen. Psychotherapeutische Interventionen, die sich nur auf den Aspekt der Fehlbewertung beziehen, können zwar die Aufmerksamkeit der Betroffenen auf andere Lebensbereiche lenken, scheinen jedoch angesichts der Komplexität des Problems sehr kurz zu greifen, etwas zugespitzt formuliert: Wenn die Patientinnen und Patienten an sich arbeiten und sich dabei nicht zu lange krankschreiben lassen, ihre Lebensgewohnheiten zwar hinterfragen, aber keine allzu grundsätzliche Fragen aufwerfen, dann werden sie schon einen Weg finden, sich mit ihren – nun etwas gebesserten – Beschwerden zu arrangieren und weiterhin am Arbeitsplatz zu funktionieren, qualitativ minderwertiges Essen in Kantinen oder abends als Fertiggericht zu sich nehmen und mögliche Doppelbelastungen durch Beruf und Kindererziehung oder die Pflege von Angehörigen auf sich nehmen. Die Wirtschaft braucht Arbeitskräfte, die möglichst preisgünstig, auch während der Familienphasen und bis ins höhere Alter, zeitlich und räumlich flexibel zu Nachtschichten und langen Anfahrtswegen bereit sind. Die Lebenserwartung sei ja

wahrscheinlich bei den unspezifischen Beschwerden auch nicht gemindert, nur die Lebensqualität ist stark beeinträchtigt.

Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit sind nicht selten von ineinandergreifenden Benachteiligungen geprägt, bei denen ungünstige Startchancen zur Diskriminierung und zu weiteren erschwerten Entwicklungsbedingungen führen. So setzt sich Soziale Arbeit dafür ein, zu verhindern, dass gerade denjenigen eine besondere Eigenverantwortung zugeschrieben wird, die unter den meisten Beeinträchtigungen und Benachteiligungen zu leiden haben. Hier greift die kognitive Verhaltenstherapie definitiv zu kurz, so dass – wenn diese Behandlungsmethode gewählt wird – eine zusätzliche ganzheitliche Gesundheitsberatung unter Berücksichtigung der lebensweltlichen Belastungsfaktoren und mit Vernetzung zu Gruppen- und Gemeinweseninitiativen und zur Gesundheitsbildung unabdingbar erscheint. Angesichts der dynamischen Entwicklung der Erkenntnisse zu den somatoformen Störungsbildern ergeben sich allerdings hohe fachliche Anforderungen an die Gesundheitsbildung.

**Professor Dr. Annemarie Jost** lehrt Sozialmedizin mit dem Schwerpunkt Psychiatrie und Suchterkrankungen an der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg.  
E-Mail: [ajost@hs-lausitz.de](mailto:ajost@hs-lausitz.de)

#### Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Ernährung:** trans-Fettsäuren. In: DGEinfo 2/2007 (<http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=709>, Abruf am 30.9.2014)
- Jost, A.:** Gesundheit und Soziale Arbeit. Stuttgart 2013
- Krammer, H.;** Gruner, L.; Hobrecker, S.: Low-FODMAP-Diät: Symptomlinderung bei Reizdarmsyndrom. In: Coloproctology 3/2014, S. 218-219
- Robert Koch Institut:** Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – 2013. Berlin 2014 ([http://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/kiggs\\_tn\\_broschuere\\_web.pdf](http://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/kiggs_tn_broschuere_web.pdf), Abruf am 29.9.2014)
- Schaefer, R.;** Hausteiner-Wiehle, C.; Häuser, W.; Ronel, J.; Herrmann, M.; Henningsen, P.: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. In: Deutsches Ärzteblatt 47/2012, S. 803-813
- Thomas, P.;** Grama, C.; Hiller, W.: Kognitive Verhaltenstherapie bei somatoformen Störungen. In: Psychotherapie im Dialog 3/2008, S. 223-230