

Kognitive Verhaltenstherapie bei somatoformen Störungen

Petra Thomas, Carina Grama, Wolfgang Hiller

Zusammenfassung

Nach einer einleitenden Fallschilderung werden das verhaltenstherapeutische Störungsmodell und der derzeitige Stand der Forschung zum kognitiv-behavioralen Therapieansatz skizziert. Im Anschluss werden Besonderheiten des Erstkontaktes und Strategien zur Motivierung zur Psychotherapie vorgestellt. Merkmale des verhaltensanalytischen diagnostischen Prozesses werden geschildert, bevor die aus dem Störungsmodell abgeleiteten Komponenten und Ziele der Behandlung im Einzelnen näher erläutert werden.

Schlüsselwörter

kognitive Verhaltenstherapie (KVT), somatoforme Störungen, verhaltenstherapeutisches Störungsmodell, Aufmerksamkeitslenkung, dysfunktionale Kognitionen, inadäquates Krankheitsverhalten

Einleitung

Ein illustratives **Fallbeispiel** zur Einstimmung:

» Harald K. ist 51 Jahre alt, Angestellter im öffentlichen Dienst, verheiratet und Vater zweier Kinder. Herr K. kommt auf Anraten seines Hausarztes und wirkt im Erstgespräch etwas misstrauisch. Er wisse nicht so recht, ob er bei einem Psychotherapeuten richtig sei, denn schließlich seien seine körperlichen Beschwerden doch real und keine Hirngespinnste. Er sei kein Simulant und „verrückt“ schon gar nicht.

Herr K. berichtet, dass er seit knapp vier Jahren unter wechselnden medizinisch unklaren Körperbeschwerden leide. „Das ganze Elend“ habe mit Schmerzen im Kopf und in der Magengegend begonnen. Später seien dann Nahrungsmittelunverträglichkeiten und andere Magen-Darm-Beschwerden wie häufiger Durchfall und Sodbrennen hinzugekommen. Seit einigen Wochen – das sei „neu“ – leide er unter Schwindelgefühlen und seltsamen Hautschwellungen. Das habe er natürlich auch ärztlich abklären lassen. Doch wie zu erwarten habe man nichts Auffälliges gefunden.

Seit Jahren renne er nun von Arzt zu Arzt und keiner finde etwas, was ihn sehr frustriere. In seiner Verzweiflung habe er sogar Homöopathen und andere „Wunderheiler“ aufgesucht, von denen er eigentlich nichts halte. Seine Frau habe ihm dazu geraten. Doch auch diese unkonventionellen Behandlungsversuche seien erfolglos geblieben.

Herr K. ist auf das Erstgespräch gut vorbereitet – er legt ein zweiseitiges Schriftdokument vor, in dem er alle bisherigen Untersuchungen und Behandlungsversuche samt Ergebnissen chronologisch aufgelistet hat. Zudem legt er mit den Worten

„Das dürfte Sie auch interessieren!“ alle Medikamente, die er derzeit einnimmt (u.a. Schmerzmittel, Phytopharmaka und ein Mittel gegen „Reizdarm“), auf den Tisch.

Insbesondere zu Beginn der Beschwerden habe er große Angst gehabt, dass etwas „Schlimmes“ dahinterstecke und er einen frühzeitigen Tod sterben müsse. Derzeit sei er jedoch nicht so stark davon überzeugt, dass seinen Beschwerden eine ernsthafte Erkrankung zugrunde liege – schließlich hätten ihm das die Ärzte immer wieder versichert. Außerdem sei er nach vier Jahren immer noch am Leben. Dennoch treibe ihn diese Ungewissheit über den Ursprung seiner Beschwerden regelrecht in den Wahnsinn. Er habe das Gefühl, dass die Beschwerden immer intensiver und (zahlenmäßig) mehr würden.

In den letzten drei Monaten schlafe er auch schlechter, könne sich kaum noch richtig konzentrieren, sei sehr nervös, ungeduldig und gereizt. Seine Ehefrau bringe großes Verständnis für ihn auf und halte ihm den Rücken frei. Trotzdem sei alles so anstrengend. Er sei eigentlich ein sehr aktiver Mensch, habe aber viele seiner sportlichen Aktivitäten aufgeben müssen, um die Beschwerden nicht noch schlimmer zu machen.

Eigentlich sei er mit seinem Leben ganz zufrieden – die Ehe sei „toll“, mit den Kindern laufe es „prima“, er habe einen großen Freundes- und Bekanntenkreis, nur auf der Arbeit fühle er sich seit einigen Jahren nicht mehr ganz so wohl. «

Nach dem Erstgespräch wurden folgende Verdachtsdiagnosen gestellt: undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1; DSM-IV: 300.81), leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0; DSM-IV: 296.21).

Herr K. leidet unter einer Vielzahl körperlicher Beschwerden, die das Etikett somatoform verdienen, da trotz sorgfältiger ärztlicher Diagnostik keine eindeutige organische Ursache gefunden werden konnte. Es versteht sich von selbst, dass dabei immer nur der gegenwärtige Stand des medizinischen Wissens berücksichtigt werden kann (Hiller 2005). Ein der Symptomatik zugrunde liegender medizinischer Krankheitsfaktor lässt sich demnach nie mit 100%iger Sicherheit ausschließen, da es unmöglich ist, die Nichtexistenz eines Phänomens zu belegen. Mit dem daraus resultierenden „Restrisiko“ des Vorliegens einer bisher unentdeckten oder mit den jetzigen diagnostischen Verfahren noch nicht nachweisbaren körperlichen Ursache müssen sowohl Therapeut als auch Patient leben.

Somatoforme Störungen lassen sich in drei Untergruppen einteilen. Die erste Gruppe bilden **polysymptomatische** Störungsbilder, zu denen die Somatisierungsstörung, die undifferenzierte somatoforme Störung (eine Restkategorie) und die somatoforme autonome Funktionsstörung gehören. Die zweite Gruppe bilden **monosymptomatische** Störungsbilder, zu denen die somatoforme Schmerzstörung sowie die Konversionsstörung zählen. Eine dritte Gruppe umfasst die hypochondrische und die körperdysmorphe Störung, bei denen die Emotion Angst eine zentrale Rolle spielt. Für den nicht selten auftretenden Fall, dass (bei Frauen mindestens sechs, bei Männern mindestens vier) behandlungsbedürftige somatoforme Symptome vorliegen, ohne dass jedoch die strikten Kriterien einer Somatisierungsstörung erfüllt werden, so hat sich für dieses Beschwerdebild die Bezeichnung **Somatisierungssyndrom** eingebürgert (Escobar, Rubio-Stipec, Canino u. Karno 1989).

Verhaltenstherapeutisches Störungsmodell

Grundlegende Annahme ist, dass das Erleben körperlicher Missempfindungen etwas Alltägliches im Leben jedes Menschen darstellt. Körperbeschwerden werden erst dann als **klinisch relevant** und damit als behandlungsbedürftig betrachtet, wenn der Betroffene deswegen Ärzte aufsucht, Medikamente einnimmt, seinen Lebensstil ändert oder schlichtweg subjektiv leidet.

Tabelle 1 Dysfunktionale Kognitionen bei Patienten mit somatoformen Störungen (in Anlehnung an Bleichhardt u. Hiller 2006).	
dysfunktionale Kognitionen, ...	Beispiele
... Psychotherapie betreffend	„Nur ein Arzt kann mir helfen.“ „Allein Gespräche lösen meine Beschwerden.“ „Die Therapie wird dazu führen, dass sämtliche Körperbeschwerden verschwinden.“
... die Ursache der Beschwerden betreffend	„Meine Beschwerden können nur eine organische Ursache haben.“ „Der Schwindel bedeutet, dass ich einen Hirntumor habe.“ „Die Bauchschmerzen sind ein Zeichen für Magenkrebs.“ „Mein rechtes Augenlid hängt herunter, weil ich eine neurologisch degenerative Erkrankung habe.“ „Meine Beschwerden sind Zeichen einer bösartigen Krankheit, die bisher noch nicht entdeckt worden ist.“ „Meine Beschwerden sind Zeichen einer bösartigen Krankheit, die extrem selten und nur einer Handvoll Spezialisten bekannt ist.“
... den Verlauf und die Folgen der Beschwerden betreffend	„Ich werde frühzeitig sterben.“ „Ich werde bald im Rollstuhl sitzen.“ „Ich werde bald ein Pflegefall sein.“ „Die Beschwerden werden immer schlimmer.“ „Ich werde meinen Arbeitsplatz verlieren.“ „Mein Partner wird mich verlassen.“ „Es wird nie wieder besser werden.“
... das eigene Selbstbild betreffend	„Ich bin ein körperliches Wrack.“ „Ich bin ein Invalide.“ „Ich bin überhaupt nicht mehr leistungsfähig.“ „Ich bin zu überhaupt nichts mehr zu gebrauchen.“ „Ich kann nichts gegen meine Beschwerden tun. Ich bin ihnen hilflos ausgeliefert.“ „Ich halte das einfach nicht mehr aus – die Beschwerden bringen mich noch um.“ „Ich sollte mich mehr schonen, um die Beschwerden nicht noch schlimmer zu machen.“
... den Gesundheitsbegriff betreffend	„Ein gesunder und funktionierender Körper ist stets frei von Schmerz und anderen Beschwerden.“ „Körperliche Beschwerden sind immer ein Zeichen von Krankheit.“

Zahlreiche und vielfältige Faktoren können die Entstehung körperlicher Beschwerden begründen. Körperliche Symptome können beispielsweise die Folge von einer Bagatellerkrankung (wie z.B. einer Erkältung), von autonom vermittelter Erregung (z.B. starke emotionale Erregung), von hormonellen Veränderungen oder von Muskelverspannungen sein. Zudem können sie nach der Einnahme bestimmter Speisen, Getränke oder anderer Substanzen auftreten (Hiller 2005).

Gemäß der Modellvorstellung muss ein (wie auch immer hervorgerufenes) körperliches Symptom zunächst wahrgenommen und dann bewertet werden. Es wird angenommen, dass **Fehlbewertungen** bei der Aufrechterhaltung der körperlichen Beschwerden eine zentrale Rolle

spielen (für Beispiele typischer dysfunktionaler Kognitionen s. **Tab. 1**). Dabei werden Wahrnehmungs-, Aufmerksamkeits- und Bewertungsprozesse durch eine Disposition namens **somatosensorische Verstärkung** (Barsky u. Wyshak 1990) maßgeblich beeinflusst. Dieser störungsspezifische Verarbeitungsstil beschreibt die Tendenz, körperliche Empfindungen als intensiv, schädlich und beeinträchtigend zu erleben, unangenehmen Empfindungen besondere Beachtung zu schenken und sie eher als pathologisch denn als normal zu betrachten. Es wird vermutet, dass sowohl biologische Komponenten als auch Erziehungs- und Sozialisationsprozesse seine Ausprägung bestimmen.

Das verhaltenstherapeutische Störungsmodell (**Abb. 1**) geht nun davon aus, dass die dysfunktional bewerteten

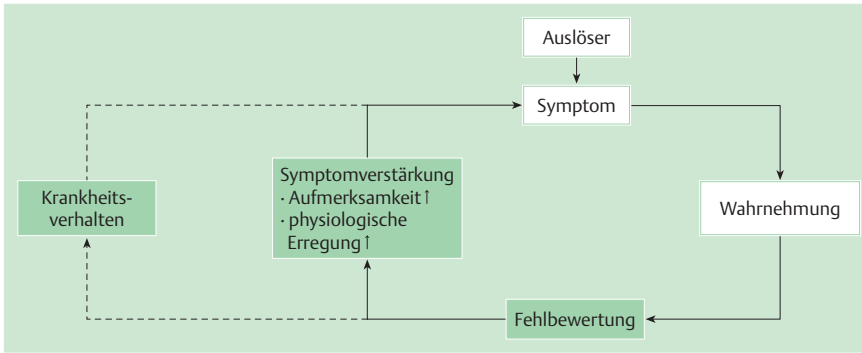


Abb. 1 Vereinfachte Darstellung des verhaltenstherapeutischen Störungsmodells für somatoforme Störungen (in Anlehnung an Rief u. Hiller 1998); grün unterlegt sind die Faktoren, die für die Aufrechterhaltung der Symptomatik als relevant betrachtet werden.

Tabelle 2 Inadäquate Krankheitsverhaltensweisen bei Patienten mit somatoformen Störungen.	
Krankheitsverhaltensweisen	Beschreibung
„Body-Checking / -Scanning“	übermäßiges Beobachten und Kontrollieren des eigenen Körpers und seiner Funktionen (z. B. Abtasten von Körperteilen, Überprüfen der Schluckfunktion, Pulskontrolle); meist stark automatisiert
übermäßige Gesundheits-sorgen	intensive Beschäftigung mit dem Thema „Gesundheit / Krankheit“, gedankliche Einengung, Medienkonsum ist ausgerichtet auf Gesundheitsthemen, Wahl der Gesprächsthemen ist stark begrenzt
„Doctor-Shopping / -hopping“	häufige Arztkontakte trotz wiederholt negativer Befunde, hartnäckige Forderung nach medizinischer Abklärung (mitunter auch invasive Untersuchungen, evtl. sogar unnötige Krankenhausaufenthalte oder Operationen), häufiger Arztwechsel aufgrund Unzufriedenheit mit der Behandlung
Suche nach Rückversicherung	der Arzt (oder eine andere wichtige Bezugsperson) soll die Harmlosigkeit der Symptome bestätigen
Medikamentenkonsum	Einnahme medizinisch nicht indizierter Medikamente
Schonverhalten	Vermeidung körperlicher Anstrengung, Reduktion sportlicher und / oder sozialer Aktivitäten

Symptome durch **zwei Regelkreise** verstärkt und stabilisiert werden. In einem ersten Regelkreis kommt es durch eine **verstärkte Aufmerksamkeitslenkung auf den Körper und seine Funktionen** oder aufgrund von Gefühlen der Verunsicherung oder Angst zu einer **Steigerung des physiologischen Erregungsniveaus**, was wiederum zu körperlichen Veränderungen führt. Die wesentliche Komponente des zweiten Regelkreises ist das **Krankheitsverhalten**, das maßgeblich zur Chronifizierung der Beschwerden beiträgt, da sich der Patient in seinem Verhalten und Denken immer stärker auf die körperlichen Beschwerden einengt (Tab. 2 u. Tab. 3).

Kognitiv-behaviorale Therapieansätze

Verhaltenstherapeutische Behandlungskonzepte zu somatoformen Störungen haben sich im Laufe der letzten 20 Jahre stets systematisch weiterentwickelt. Die einflussreichsten Arbeiten stammen von Kellner (1982), Salkovskis und Warwick (1986), Barsky und Mitarbeitern (1988), Kashner und Mitarbeitern (1995) sowie von Rief und Hiller (1998).

Bisherige Studien belegen die Effektivität kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungsprogramme bei Patienten mit somatoformen Störungen (Rief u. Hiller 1998, Kroenke u. Swindle 2000, Loo-

per u. Kirmayer 2002). Dies wurde sowohl für stationäre Gruppentherapieprogramme (Hiller, Kroymann, Leibbrand, Cebulla, Korn, Rief u. Fichter 2004, Bleichhardt, Timmer u. Rief 2004) als auch für stationäre einzeltherapeutische Behandlungsprogramme belegt (Allen, Woolfolk, Escobar, Gara u. Hamer 2006).

In der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz besteht seit 2006 ein Forschungs- und Therapie-schwerpunkt für somatoforme Störungen. Hiller und Mitarbeiter entwickelten ein auf dem bisherigen Forschungsstand basierendes Manual für Patienten mit somatoformen Störungen im ambulanten Setting. Die Wirksamkeit des standardisierten Behandlungsprogramms wird derzeit im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie überprüft.

Therapiemanuale wie z. B. von Rief und Hiller (1998) oder von Bleichhardt und Weck (2007) sind insbesondere für die Praxis von großem Wert, da sie meist in komprimierter und übersichtlicher Form die wichtigsten Therapiebausteine und -techniken vorstellen. Dabei ist die Reihenfolge der Bausteine nicht vorgegeben. Es versteht sich von selbst, dass beim Einsatz von Therapiemanualen auf eine individuelle Auswahl und Anpassung der Module zu achten ist.

Erstkontakt und Motivierung für eine Psychotherapie

Meist ist der Psychotherapeut das letzte Glied in einer, sich oft über Jahre erstreckenden Behandlungskette. Nicht selten haben Patienten eine regelrechte Odyssee hinter sich, bevor sie in einer psychotherapeutischen Einrichtung „stranden“.

Es erscheint plausibel, dass Psychotherapeuten es oft mit wenig hoffnungsvollen, meist frustrierten, sich von Ärzten abgeschoben gefühlten und der Psychotherapie gegenüber skeptischen Patienten zu tun haben. Häufig bestehen Berührungsängste, die nicht selten in Vorurteilen gegenüber Psychotherapie im Allgemeinen wurzeln. „Ich bin doch nicht verrückt – meine Beschwerden sind real!“ ist eine Aussage, die diese Skepsis seitens des Patienten widerspiegelt.

Sofern die vorgebrachten körperlichen Beschwerden noch nicht ausreichend organisch abgeklärt wurden, sollten zu-

Tabelle 3 Krankheitsverhaltensweisen, ihre Folgen und mögliche therapeutische Interventionen.

Krankheitsverhaltensweisen	kurzfristig positive Folgen	langfristig negative Folgen	Therapeutische Interventionsmöglichkeiten und Ziele
„Body-Checking/ -Scanning“	Angstreduktion	Provokation von Symptomen, Fixierung auf den Körper, Stabilisierung der Angst	Übung, um die Dysfunktionalität des Verhaltens zu demonstrieren: exzessive Ausführung (häufiger als sonst); Ziel= völlige Unterlassung oder eine Durchführung des Verhaltens zu festgelegten Zeiten
übermäßige Gesundheitsorgen	Angstreduktion	Fixierung auf körperliche Beschwerden, soziale Beziehungen leiden (wichtige Bezugspersonen sind evtl. genervt und wenden sich ab)	Aufmerksamkeitslenkung, Förderung des Interesses für andere Aktivitäten oder Hobbys
„Doctor-Shopping/ -hopping“	Angstreduktion, Aufmerksamkeitszuwendung	Stabilisierung der Angst, evtl. iatrogene Schäden	anstelle von <i>symptom</i> kontingenten (d. h. immer, wenn Beschwerden auftreten) <i>zeit</i> kontingente Arztkontakte vereinbaren (z. B. einmal im Monat oder Quartal); Erarbeitung von Kriterien, nach denen ein Arztbesuch notwendig erscheint (s. Bleichhardt u. Weck 2007)
Suche nach Rückversicherung	Angstreduktion, Aufmerksamkeitszuwendung	Stabilisierung der Angst, „Abhängigkeit“ vom Rückversicherer, soziale Beziehungen leiden	Suche nach eigenen Beruhigungsstrategien
Medikamentenkonsum	(bestenfalls) Linderung der Beschwerden	Verstärkung eines organmedizinischen Krankheitsmodells, unerwünschte Nebenwirkungen (s. Beipackzettel), körperliche Folgeschäden, Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit	Absetzen oder zumindest Reduktion medizinisch nicht indizierter Medikamente
Schonverhalten	Linderung der Beschwerden	Abbau körperlicher Fitness, Auftreten körperlicher Symptome bereits bei geringer Belastung, Einengung des Lebensradius, Entwicklung einer Depression	Steigerung der körperlichen Belastbarkeit durch regelmäßige Bewegung im Alltag und / oder sportliche Aktivität (s. Kaluza 2004), Planung positiver Aktivitäten, Pflegen sozialer Kontakte

nächst die notwendigen Untersuchungen veranlasst werden. Erst wenn die medizinischen Befunde eine organische Verursachung unwahrscheinlich erscheinen lassen und zudem ausgeschlossen werden kann, dass die Beschwerden nicht infolge von Substanzkonsum aufgetreten sind, simuliert oder vorgetäuscht werden, kann von einer somatoformen Symptomatik gesprochen werden. In diesem Fall wäre der Patient beim Psychotherapeuten an der „richtigen Adresse“.

Ist der Patient sehr davon überzeugt, dass seine Beschwerden ausschließlich körperlich begründet sind, steht der Therapeut vor einer kniffligen Aufgabe und einem ersten wichtigen Behandlungsschritt, wenn es darum geht, ihn für eine psychotherapeutische Behandlung zu motivieren. Es mag banal klingen, doch der Patient sollte ernst genommen werden. Dies kann unter anderem erreicht werden, indem der Therapeut empathisch die Beschwerden exploriert und

sich die bisherigen Behandlungsversuche schildern lässt.

Zwecks Klärung der Therapiemotivation ist es bedeutsam, die **subjektive Krankheitstheorie** des Patienten zu erfragen: Wie erklärt er sich seine Beschwerden? Werden auch psychische Faktoren als mögliche Einflüsse in Betracht gezogen? Die generelle Annahme, dass Patienten mit somatoformen Störungen überwiegend organisch-biologische Ursachen für ihre Beschwerden verantwortlich machen, entspricht nicht der Realität. Patienten mit somatoformen Beschwerden ziehen durchaus psychosoziale Attributionen in Betracht, insbesondere wenn komorbid eine Depression vorliegt (Martin, Korn, Cebulla, Saly, Fichter u. Hiller 2007), was eher Regel als Ausnahme ist, wenn man bedenkt, dass somatoforme Störungen in 60–70% der Fälle mit einer Depression einhergehen (Morschitzky 2007).

Dem Patienten sollte vermittelt werden, dass es nicht darum geht, ihm unser

ausgefeiltes multifaktorielles (biopsychosoziales) Störungsmodell überzustülpen (denn das würde mit großer Wahrscheinlichkeit Reaktanz erzeugen), sondern vielmehr um die **Erarbeitung alternativer Erklärungen für die Beschwerden** und die **Vermittlung von Strategien zum besseren Umgang** mit ihnen. Der Therapeut bietet demnach ein alternatives Störungsmodell an, das im Laufe der Therapie vom Patienten auf seine Angemessenheit hin überprüft werden soll.

Zudem kann über die Auswahl von Änderungsbereichen und eine „geschickte“ Zielformulierung positiv auf die Therapiemotivation eingewirkt werden (s. Kanfer, Reinecker u. Schmelzer 2006). Vage Zielvorstellungen sollten konkretisiert und unrealistische Erwartungen (z. B. absolute Beschwerdefreiheit) durch angemessene Therapieziele ersetzt werden (z. B. lernen, besser mit den Beschwerden umzugehen). Durch die gedankliche Vorwegnahme positiver Folgen einer erfolgreich verlaufenden Behand-

lung (geeignete Fragen z.B. „Was wäre möglich oder wieder möglich? Wie würde sich mein Leben im Beruflichen oder auch Privaten ändern? Wie würden wichtige Bezugspersonen auf eine positive Veränderung reagieren?“) lässt sich ebenfalls die Therapiemotivation fördern.

Um Misstrauen abzubauen, das möglicherweise auf falschen Annahmen oder klischeehaften Vorstellungen bezüglich Psychotherapie basiert, sollten dem Patienten korrigierende Informationen bezüglich Ablauf und Arbeitsweise vermittelt werden. Insbesondere Patienten mit passiven Veränderungserwartungen sollten darüber aufgeklärt werden, dass von ihnen eine **aktive Mitarbeit**, die über die meist einmal in der Woche stattfindende Therapiestunde hinausgeht, verlangt wird, da sich eingefahrene Probleme erfahrungsgemäß nicht allein durch bloße Einsicht lösen lassen.

Verhaltensanalytische Diagnostik

Die verhaltenstherapeutische Arbeitsweise ist durch einen sorgfältigen diagnostischen Prozess gekennzeichnet. Um Daten zu erheben, die für die Erstellung einer Verhaltensanalyse, der Erfassung des psychischen Befundes und der diagnostischen Einordnung der Symptomatik erforderlich sind, stehen dem Therapeuten neben den gängigen Verfahren (Exploration, Sichtung der Vorbefunde, fremd-annalistische Angaben, strukturierte Interviewleitfäden, Klassifikationssysteme) **störungsspezifische Fragebögen** zur Verfügung, z.B. das Screening für Somatoforme Störungen (Rief u. Hiller 2008), der Fragebogen zu Körper und Gesundheit (Hiller, Rief, Elefant, Margraf, Kroymann, Leibbrandt u. Fichter 1997) oder die deutsche Fassung der Illness Attitude Scales (Hiller u. Rief 2004). Zudem ist der Einsatz von **Symptomtagebüchern** zu empfehlen, da sie zum einen die Selbstwahrnehmung des Patienten bzw. seine Introspektionsfähigkeit fördern und zum anderen sind sie von großem diagnostischen Wert, da gegebenenfalls Bedingungen identifiziert werden können, unter denen sich die somatoforme Symptomatik verschlechtert oder verbessert. Zudem können über visuelle Analogskalen mögliche Zusammenhänge zwischen somatoformen Beschwerden und emotionalem

Erleben (z.B. Stimmung, Kontrollempfinden, Krankheitsangst) erfasst werden.

Grundsätzlich unterscheidet die Verhaltenstherapie drei Klassen von Faktoren, um die Entstehung und Chronifizierung von psychischen Störungen zu erklären: **prädisponierende**, **auslösende** und **aufrechterhaltende** Bedingungen. Das Wissen um die Ätiologie somatoformer Störungen ist derzeit noch bruchstückhaft. Annahme ist, dass ein komplexes Wechselspiel zwischen biologischen, psychischen und sozialen Mechanismen zur Entstehung einer somatoformen Symptomatik führt (Hiller 2005).

Mithilfe der **Verhaltensanalyse** wird die somatoforme Symptomatik im Hinblick auf ihre auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen sowie deren Folgen untersucht. Problemverhalten ist in der Regel dadurch gekennzeichnet, dass es kurzfristig positive, langfristig jedoch überwiegend negative Auswirkungen hat (s. **Tab.3**). Gemeinhin liegt es in der Natur des Menschen, sich beim Handeln eher an kurz- als an langfristigen Folgen zu orientieren. Ebenso typisch menschlich ist eine **hedonistische Orientierung**, d.h. nach angenehmen Gefühlszuständen zu streben und unangenehme Emotionen möglichst zu vermeiden. Um die Änderungsmotivation des Patienten zu fördern, erscheint es wichtig, ihm die Folgen seines derzeitigen Problemverhaltens vor Augen zu führen (insbesondere die langfristig negativen).

Komponenten der Behandlung

Vermittlung (psycho)physiologischen Grundlagenwissens

Ziele dieses Bausteins sind die Verdeutlichung des Zusammenhangs zwischen psychischen Prozessen und körperlichen Symptomen sowie die Erweiterung eines organisch-biologisch geprägten Störungsmodells um psychosoziale Einflussfaktoren.

Oft liegen beim Patienten falsche und/oder unzureichende Vorstellungen bezüglich Aufbau und Funktion des menschlichen Körpers vor. Um das Verständnis körperlicher Prozesse zu erhöhen und um falsche Annahmen zu korrigieren, sollte dem Patienten zu Beginn der Therapie wichtiges Grundlagenwis-

sen vermittelt werden. Wurde beispielsweise eine somatoforme autonome Funktionsstörung diagnostiziert, so sollte dem Patienten Aufbau und Funktionsweise des betroffenen Systems vermittelt werden (das ICD-10 unterscheidet kardiovaskuläres, gastrointestinales, respiratorisches und urogenitales System). Liegt hingegen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor, sollte dem Patienten erklärt werden, wie man sich die Entstehung, Wahrnehmung und Verarbeitung von Schmerzen physiologisch erklärt (gate-control-theory nach Melzack u. Wall 1965). Besondere Bedeutung kommt allgemein dem vegetativen bzw. autonomen Nervensystem (ANS) zu, da es unter anderem für die **Steuerung der körperlichen Stressreaktion** verantwortlich ist. Die wesentlichen Bestandteile, Funktionen und Effekte des ANS sollten besprochen werden (Sympathikus und Parasympathikus bzw. Ablauf und Steuerung der körperlichen Stress- und Spannungsreaktion, die „Stresshormone“ Kortisol und Adrenalin sowie Auswirkungen auf das Immunsystem). Es ist zu empfehlen, dem Patienten die wichtigsten Informationen schriftlich mitzugeben. Diesbezüglich ist natürlich Engagement seitens des Therapeuten gefragt, Arbeit in die Erstellung von leicht verständlichen Informationsblättern und Schaubildern zu stecken.

Mancher Patient mag bereits zum jetzigen Zeitpunkt zu der Einsicht gelangen, dass einige Körpersymptome möglicherweise die unmittelbare Folge einer (wie auch immer hervorgerufenen) körperlichen Stressreaktion sind. Falls die notwendigen technischen Hilfsmittel zur Verfügung stehen, kann mithilfe von **Biofeedback** und einem **Stressinduktionstest** (z.B. Kopfrechenaufgaben unter Zeitdruck) der Einfluss psychischen Erlebens auf autonom gesteuerte Körperfunktionen anschaulich demonstriert werden (z.B. visuelle oder akustische Rückmeldung von Herzschlag, Atemfrequenz oder Schweißdrüsenaktivität).

Liegt bei einem Patienten die Vermutung nahe, dass häufige **Verspannungen der Muskulatur** oder ein allgemein **erhöhtes physiologisches Erregungsniveau** zur Entstehung und Aufrechterhaltung der somatoformen Symptomatik beitragen, können das Erlernen und die regelmäßige Anwendung eines **Entspannungsverfahrens** (z.B. Progressive Muskelentspannung

oder Autogenes Training) hilfreich sein. Wissenschaftliche Studien belegen, dass regelmäßig durchgeführte Entspannungsübungen die parasympathische Aktivität stärken, gleichzeitig die sympathische Aktivität dämpfen und somit die Gelassenheit und das allgemeine Wohlbefinden fördern (Vaitl u. Petermann 2004).

Aufmerksamkeitslenkung

Ziele dieses Bausteins sind die Vermittlung des Zusammenhangs zwischen Aufmerksamkeit und der Wahrnehmung körperlicher Beschwerden, der Abbau verstärkter Selbstbeobachtung sowie die Förderung der Wahrnehmung und des Interesses an positiven Umweltreizen.

Eine **Aufmerksamkeitsfokussierung auf körperliche Prozesse** wird im verhaltenstherapeutischen Störungsmodell als aufrechterhaltender Faktor betrachtet (Abb. 1). Inwieweit sie auch bei der Entstehung der somatoformen Symptomatik von Bedeutung ist, kommt der wohl nie zu beantwortenden Frage nach der Erstwesenheit von Huhn oder Ei sehr nahe.

Dem Patienten sollte zunächst grundlegendes Wissen zu Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsprozessen vermittelt werden: Aufmerksamkeit kann als „mentaler Scheinwerfer“ betrachtet werden, der teilweise unbewusst arbeitet, aber auch bewusst gelenkt werden kann, nicht unbegrenzt zur Verfügung steht, weshalb Informationen nach Relevanz gefiltert werden müssen. Dass Dinge, die im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen, intensiver wahrgenommen werden als Dinge, die außerhalb des Aufmerksamkeitsfokus liegen, kann dem Patienten mithilfe einer „Körperreise“ demonstriert werden (Bleichhardt u. Weck 2007).

Nimmt man nicht gerade an einem Experiment zur sensorischen Deprivation teil, dann wird der Organismus ständig stimuliert. Um das zentrale Nervensystem vor diesem „sensorischen Lärm“ zu schützen, greifen normalerweise Filterprozesse ein. Zum einen können körperliche Beschwerden ins Bewusstsein drängen, weil sie infolge gestörter Filterprozesse nicht gedämpft werden (Rief u. Barsky 2005) oder weil die ablenkende externe Stimulation sehr schwach ist (Pennebaker 1982).

Übungen zur Aufmerksamkeitslenkung finden sich u.a. bei Bleichhardt und

Weck (2007) oder bei Koppenhöfer (2004). Der Patient soll lernen, seine Aufmerksamkeit gezielt auf positive Umweltreize sowie auf einzelne Sinnesmodalitäten (Sehen, Hören, Tasten, Riechen und Schmecken) zu richten.

Korrektur dysfunktionaler Kognitionen

Ziele dieses Bausteins sind die Verdeutlichung des Zusammenhangs zwischen Kognitionen und körperlichen Beschwerden, die Veränderung dysfunktionaler Gedanken bezüglich der Beschwerden (Finden alternativer, harmloser Erklärungsmöglichkeiten für die körperlichen Symptome) und die Veränderung dysfunktionaler Einstellungen (Erarbeitung eines realistischen Gesundheitsbegriffes, Korrektur eines negativen Selbstbildes).

Bewertungen, Erwartungen und Einstellungen tragen maßgeblich dazu bei, dass psychische Beschwerden aufrechterhalten werden. Dabei handelt es sich im Falle somatoformer Störungen um dysfunktionale Kognitionen, die sich zum einen auf die Verursachung und zum anderen auf die Folgen der körperlichen Beschwerden sowie das eigene Selbstbild beziehen (Tab. 2).

Um dysfunktionale Kognitionen zu verändern, ist es zunächst wichtig, sie zu entdecken und zu benennen – dies kann über Exploration, Selbstbeobachtungsprotokolle, Verhaltensanalysen oder den Einsatz spezifischer Fragebögen (z. B. FKG von Hiller et al. 1997) geschehen. Anschließend stehen (nicht nur) dem Verhaltenstherapeuten diverse kognitive Umstrukturierungsmethoden zur Verfügung, die insbesondere auf den Arbeiten von Aaron Beck und Albert Ellis basieren (z. B. Suche nach **Denkfehlern**, Frage nach dem **Realitätsgehalt** und dem Vorliegen objektiver Beweise für die eigene Sichtweise, Sammeln von **Pros und Contras** für die eigene Sichtweise, Frage nach dem **Nutzen** der eigenen Sichtweise, Übernahme einer anderen Perspektive). Nicht nur im Gespräch, das „sokratisch“ und nicht dozierend gestaltet sein sollte, sondern auch durch **Verhaltensexperimente** soll der Patient seine Annahmen überprüfen. Übungen wie beispielsweise die **Provokation körperlicher Missempfindungen** (z. B. Herzklopfen, Schwitzen oder Atemnot durch zügiges Treppensteigen oder Schwindel durch mehrmaliges Sich-im-Kreis-drehen) zeigen dem Patienten, dass körperliche Symptome auch unab-

hängig von Krankheiten entstehen können. Ziel ist das Erarbeiten und die Festigung hilfreicher Gedanken, die es dem Patienten ermöglichen sollen, besser mit den Beschwerden umzugehen und unnötige emotionale Belastung zu verhindern.

Auch ein **ungünstiger Gesundheitsbegriff** kann zur Aufrechterhaltung der Symptomatik beitragen. Häufig haben Patienten ein zu striktes Konzept davon, was einen gesunden und funktionierenden Körper auszeichnet (z. B. „Ein gesunder Körper ist stets beschwerdefrei!“). Auch hier stellen Verhaltensexperimente bzw. die bewusste Herbeiführung körperlicher Missempfindungen eine geeignete Methode dar, um zu einem angemessenen Gesundheitskonzept zu gelangen (Rief u. Hiller 1998).

Es liegt in der Natur der Sache, dass eine **Veränderung von (Denk-)Gewohnheiten** eine langwierige und anstrengende Angelegenheit ist. Schließlich schließen sich diese – durch Erziehung, Sozialisation und Erfahrung erworben – mit der Zeit ein und weisen eine gewisse „Veränderungsresistenz“ auf. Auf diesen Aspekt hingewiesen sollte der Patient dennoch ermutigt werden, seine Denkmuster kritisch zu hinterfragen und auch andere gedankliche Wege einzuschlagen und weiterzuverfolgen. Er soll letztendlich lernen, die Bedeutung und Konsequenzen seiner Symptome realistisch einzuschätzen.

Abbau von Krankheitsverhalten

Krankheitsverhalten, das in keinem angemessenen Verhältnis zur medizinischen Befundlage steht, wird im verhaltenstherapeutischen Denkansatz als entscheidende Variable betrachtet, die zur Aufrechterhaltung der somatoformen Symptomatik beiträgt (Kirmayer u. Looper 2006). Daraus folgt, dass der Abbau inadäquaten Krankheitsverhaltens ein wesentliches Therapieziel darstellt. **Tab. 2** beschreibt typische Krankheitsverhaltensweisen, während **Tab. 3** einen Überblick über kurz- und langfristige Konsequenzen des jeweiligen Problemverhaltens sowie therapeutische Interventionsmöglichkeiten und Ziele gibt.

Bei der Aufrechterhaltung der somatoformen Symptomatik kann zusätzlich das soziale Umfeld eine entscheidende Rolle spielen. Dabei wird im Sinne der operanten Lerntheorie angenommen, dass die **Krankenrolle** mit diversen positiven Kon-

Fazit

„Cognitive behavioral therapy is the best established treatment for a variety of somatoform disorders.“ So die Schlussfolgerung von Kroenke (2007) am Ende seiner Überblicksarbeit. KVT verringert nicht nur das Leid der Betroffenen, sondern führt darüber hinaus zu einer Reduktion direkter Kosten (verursacht durch starke Inanspruchnahme medizinischer Leistungen) und indirekter Kosten (verursacht durch Krankschreibungen, Arbeitsausfälle, Rentenzahlungen etc.), was von nicht unerheblicher gesundheitspolitischer Relevanz sein dürfte.

Psychopharmakologische Behandlungsansätze mit Antidepressiva (z. B. Opipramol) scheinen ebenfalls wirksam zu sein (Volz, Möller, Reimann u. Stoll 2000) und können für Patienten, die eine Psychotherapie hartnäckig ablehnen oder ihr anderweitig nicht zugänglich sind, durchaus eine Alternative darstellen. Unterm Strich jedoch ist die medikamentöse Be-

handlung (v. a. wenn sie die einzige therapeutische Intervention darstellt) der KVT unterlegen, insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass derzeit nur wenige Studien zur Effektivität psychopharmakologischer Therapie bei somatoformen Störungen vorliegen.

Eine **Kooperation mit Haus- und Fachärzten** erscheint sinnvoll und notwendig, um ein jahrelanges Zirkulieren des Patienten im rein medizinischen Versorgungssystem zu verhindern. Meist führen die Behandlungswege des Patienten, die durch eine zunehmende Spezialisierung der diagnostischen Möglichkeiten gekennzeichnet sind, vom Hausarzt zum Facharzt bis hin ins Krankenhaus. Da der Haus- bzw. Allgemeinarzt meist die erste Anlaufstelle des Patienten darstellt, erscheint eine interdisziplinäre Zusammenarbeit sehr wichtig. Studien haben gezeigt, dass beispielsweise das Versenden eines Informationsbriefes zum „Management“ von Patienten mit somatoformen Störungen

wirksam ist (vor allem im Sinne von „medizinische Kosten einsparend“; Hiller u. Rief 1998). Eine enge Kooperation mit den „Primärversorgern“ ermöglicht zudem ein schnelles Eingreifen geeigneter psychotherapeutischer Maßnahmen.

Die Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen setzt eine hohe Kompetenz des Therapeuten voraus. Eine Auseinandersetzung mit medizinischen Aspekten ist unumgänglich. Darüber hinaus stellt die Motivierung des Patienten zu einer Psychotherapie eine große Herausforderung dar. Sofern sich Therapeut und Patient jedoch auf den vorgestellten störungsspezifischen Therapieansatz einlassen, kann mit guten Erfolgen gerechnet werden. Trotz bisher vielversprechender Studienergebnisse ist es weiterhin notwendig, die Wirksamkeit der KVT bei somatoformen Störungen und seiner einzelnen Komponenten zu untersuchen und zu optimieren.

sequenzen verbunden sein kann und deswegen stabilisierend auf die Symptomatik einwirkt.

Mögliche **Vorteile der Krankenrolle** können sein: Soziale Zuwendung (Fürsorge, Trost etc.), finanzielle Zuwendung (Krankengeld, vorzeitige Berentung etc.), die Entbindung von unangenehmen Verpflichtungen (Arbeit, Schule, Haushalt, Termine etc.) oder mehr Rücksichtnahme (man wird geschont, nicht unnötig belastet, Konflikte werden vermieden etc.).

Der Patient sollte reflektieren, in welchen Lebensbereichen positive Konsequenzen erlebt werden (z. B. Vermeidung schwieriger beruflicher oder privater Situationen). „**Krankheitsgewinn**“ ist ein sensibles Thema und setzt eine stabile therapeutische Beziehung voraus. Man sollte dem Patienten dabei nicht das Gefühl verleihen, ihn entlarven oder bloßstellen zu wollen, sondern ihn vielmehr dazu motivieren, mehr Eigenverantwortung zu übernehmen und soziale Kompetenzen zu stärken (Hiller 2005).

Zu den Autoren

Petra Thomas

geb. 1977, Diplom-Psychologin (Studium der Psychologie an der Justus-Liebig-Universität in Gießen), seit 2004 Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten



Richtung Verhaltenstherapie an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, seit 2006 Mitarbeiterin der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, seit 2006 wissenschaftliche und therapeutische Mitarbeiterin in einem Forschungsprojekt zum Thema „Evaluation einer manualisierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Einzeltherapie für Patienten mit somatoformen Störungen“, WS 2007/08 Hochschultätigkeit in Mainz (Leitung eines Seminars zum Thema „somatoforme Störungen“).

Carina Grama

geb. 1975, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin – Verhaltenstherapie, 2000–2001 Forschungstätigkeit am Institut für Psychologie der J.-Goethe-Universität Frankfurt am Main – Abteilung für Entwicklungspsychologie, seit 2006 Mitarbeiterin der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Universität Mainz.



Forschungsschwerpunkte: Gedächtnisprozesse – implizites vs. explizites Gedächtnis, Handlungseffekt, Kausalattributionen und Krankheitsverhalten bei somatoformen Störungen.

Forschungsschwerpunkte: Gedächtnisprozesse – implizites vs. explizites Gedächtnis, Handlungseffekt, Kausalattributionen und Krankheitsverhalten bei somatoformen Störungen.

Wolfgang Hiller

geb. 1955, Prof. Dr., Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Leitung der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychothera-



pie im Rahmen von Therapeutenausbildung sowie Forschung und Lehre. Seit den 90er-Jahren intensive Beschäftigung mit Fragen

der Diagnostik, Ätiologie und Behandlung somatoformer Störungen, Tätigkeit als Leitender Psychologe an der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee, Entwicklung eines Behandlungsansatzes bei Krankheitsangst und Hypochondrie (gemeinsam mit Gaby Bleichhardt und Florian Weck), derzeit Durchführung einer kontrolliert-randomisierten Therapiestudie zur Behandlung somatoformer Beschwerden an der Mainzer Institutsambulanz.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Petra Thomas
 Psychologisches Institut der
 Johannes Gutenberg-Universität Mainz
 Staudingerweg 9
 55099 Mainz
 E-mail: pethom@uni-mainz.de

Literatur

- 1 Allen L, Woolfolk R, Escobar J et al. Cognitive behavioural therapy for somatization disorder – a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1512–1518
- 2 Barsky AJ, Geringer E, Wool CA. A cognitive-educational treatment for hypochondriasis. *Gen Hosp Psychiatry* 1988; 10: 322–327
- 3 Barsky AJ, Wyshak GL. Hypochondriasis and somatosensory amplification. *Br J Psychiatr Suppl* 1990; 157: 404–409
- 4 Bleichhardt G, Hiller W. CME-Fortbildung Psychiatrie. Entstehung und Therapie somatoformer Störungen. *Krank ohne Organbefund. Info Neurol Psychiatr* 2006; 8: 28–33
- 5 Bleichhardt G, Timmer B, Rief W. Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms – a randomised controlled trial in tertiary care. *J Psychosom Res* 2004; 56: 449–454
- 6 Bleichhardt G, Weck F. Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst. Berlin: Springer, 2007
- 7 Escobar J, Rubio-Stipec M, Canino G, Karno M. Somatic Symptom Index (SSI): A new abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *J Nerv Mental Dis* 1989; 177: 140–146
- 8 Hiller W. Somatisierung – Konversion – Dissoziation: Verhaltenstherapeutische Therapiestrategien. *Z Psychosom Med Psychother* 2005; 51: 4–22
- 9 Hiller W, Kroymann R, Leibbrand R et al. Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Effekte der stationären Therapie somatoformer Störungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2004; 72: 136–146
- 10 Hiller W, Rief W. Internationale Skalen für Hypochondrie. Bern: Huber, 2004
- 11 Hiller W, Rief W, Elefant S et al. Dysfunktionale Kognitionen bei Patienten mit Somatisierungssyndrom. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 1997; 26: 226–234
- 12 Hiller W, Rief W. Therapiestudien zur Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen: Ein Literaturüberblick. *Verhaltenstherapie* 1998; 8: 125–136
- 13 Kaluza S. Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Berlin: Springer, 2004
- 14 Kanfer F, Reinecker H, Schmelzer D. Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer, 2006
- 15 Kashner MT, Rost K, Cohen B et al. Enhancing the health of somatization disorder patients. Effectiveness of short-term group therapy. *Psychosomatics* 1995; 36: 462–470
- 16 Kellner R. Psychotherapeutic strategies in hypochondriasis: A clinical study. *Am J Psychother* 1982; 36: 146–157
- 17 Kirmayer LJ, Looper KJ. Abnormal illness behaviour: physiological, psychological and social dimensions of coping with distress. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19: 54–61
- 18 Koppenhöfer E. Kleine Schule des Genießens. Lengerich: Pabst Science Publishers, 2004
- 19 Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: A review of randomized controlled trials. *Psychosom Med* 2007; 69: 881–888
- 20 Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: A critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom* 2000; 69: 205–215
- 21 Looper KJ, Kirmayer LJ. Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 810–827
- 22 Martin A, Korn H-J, Cebulla M et al. Kausalattributionen von körperlichen Beschwerden bei somatoformen Störungen. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 2007; 55: 31–41
- 23 Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: A new theory. *Science* 1965; 150: 971–979
- 24 Morschitzky H. Somatoforme Störungen. Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund. 2. Aufl. Wien: Springer, 2007
- 25 Pennebaker JW. The psychology of physical symptoms. New York: Springer, 1982
- 26 Rief W, Barsky AJ. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology* 2005; 30: 996–1002
- 27 Rief W, Hiller W. Somatisierungsstörung und Hypochondrie. Göttingen: Hogrefe, 1998
- 28 Rief W, Hiller W. SOMS – Das Screening für Somatoforme Störungen (Manual zum Fragebogen). 2. Aufl. Bern: Huber, 2008
- 29 Salkovskis PM, Warwick HMC. Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behav Res Ther* 1986; 24: 597–602
- 30 Vaitl D, Petermann F, Hrsg. Entspannungsverfahren – Das Praxishandbuch. 3. Aufl. Weinheim: Beltz PVU, 2004
- 31 Volz H-P, Möller H-J, Reimann I, Stoll K-D. Opipramol for the treatment of somatoform disorders: Results from a placebo-controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol* 2000; 10: 211–217