

Somatisierung – Konversion – Dissoziation: Verhaltenstherapeutische Therapiestrategien

Von Wolfgang Hiller¹

Summary

Somatization – Conversion – Dissociation: Strategies of Behavior Therapy

Modern cognitive behavioral approaches for the treatment of patients with medically unexplained somatic symptoms have been developed on the basis of the classification systems DSM-IV and ICD-10. These systems define somatoform disorders as a homogeneous clinical group. Behavior therapy has additionally developed vicious circle models specifying etiological, triggering and maintaining factors. Treatment goals and strategies can be derived directly from these models. The main components are: (1) motivation of patients to accept the psychotherapeutic approach; (2) introduction of alternative explanations of the symptoms on the basis of both biomedical as well as psychosocial mechanisms; (3) evaluation of the new explanations by patient and therapist; (4) reduction of avoidance and inadequate illness behaviour. Health economical aspects are particularly important because patients with somatoform disorders tend to overuse medical services and are thus considered an expensive problem group for the health system.

Z Psychosom Med Psychother 51/2005, 4–22

Keywords

Somatoform Disorders – Cognitive-Behavioral Therapy – Explanatory Models – Treatment Strategies

Zusammenfassung

Die modernen verhaltenstherapeutischen Ansätze zur Behandlung von Patienten mit unklaren körperlichen Symptomen haben sich auf der Grundlage der Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 entwickelt. Dort sind die somatoformen Störungen als einheitliche Störungsgruppe definiert. Ergänzend zur deskriptiven Diagnostik hat die Verhaltenstherapie ein Störungsmodell entwickelt, welches ätiologische, auslösende und aufrecht erhaltende Faktoren im Sinne eines Regelkreismodells beschreibt. Die therapeutischen Ziele und Strategien können konsequent aus diesem Modell abgeleitet werden. Zentrale Komponenten sind (1) die Motivierung des Patienten für ein psy-

¹ Psychologisches Institut der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

chotherapeutisches Vorgehen, (2) die Einführung eines alternativen psychobiologischen Krankheitsmodells, (3) die gemeinsame Evaluation dieses Modells durch Patient und Therapeut, und (4) der Abbau von Vermeidungs- und Schonungsverhalten. Von besonderer Bedeutung sind gesundheitsökonomische Aspekte, da somatoforme Patienten aufgrund ihres problematischen Krankheitsverhaltens als teure Problemgruppe des Gesundheitswesens gelten.

1. Einleitung

Die traditionellen Begriffe der Somatisierung, Konversion und Dissoziation gelten aus Sicht der Verhaltenstherapie als unscharf und problematisch. Systematische verhaltenstherapeutische Ansätze sind erst in den letzten 10–15 Jahren entwickelt worden, nachdem die neuen Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 das nicht vorbelastete Konzept der „somatoformen Störungen“ als eigenständige diagnostische Gruppe eingeführt hatten (Saß et al. 1996; Dilling u. Freyberger 1999). Aus diesem Grund soll in dieser Übersicht zunächst die diagnostische Basis des verhaltenstherapeutischen Ansatzes dargestellt werden. Im zweiten Schritt wird ein Störungsmodell skizziert, aus dem der Behandlungsplan und die speziellen therapeutischen Techniken abgeleitet werden können. Schließlich werden Studien zur Wirksamkeit und Kosten-Effizienz der Behandlung vorgestellt.

2. Die diagnostische Basis

Die Bezeichnung „somatoform“ gilt als Oberbegriff für alle Störungsbilder, bei denen Personen in klinisch bedeutsamer Ausprägung unter körperlichen Beschwerden leiden und diese nicht ausreichend durch eine bekannte medizinische Erkrankung erklärt werden können. Die somatoformen Störungen werden heute durch DSM-IV und ICD-10 in einer sehr einheitlichen Form weltweit verbindlich definiert. Sie wurden 1980 erstmals durch DSM-III in die klinische Diagnostik eingeführt und lösten traditionelle diagnostische Begriffe wie „Hysterie“ oder „Körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs“ ab, auf die wegen ihres umstrittenen Bedeutungsgehalts bewusst verzichtet wurde (Barsky u. Klerman 1983; Margraf et al. 1998). Tabelle 1 zeigt einige der historischen Diagnosen sowie Symptom- und Syndrombezeichnungen, die häufig im Sinne diagnostischer Begriffe verwendet wurden.

Innerhalb der Gesamtgruppe der somatoformen Störungen werden mehrere Einzeldiagnosen zusammengefasst, was eine Differenzierung von Störungsbildern mit speziellen Profilen ermöglicht (Rief et al. 1996). Aus Tabelle 2 ist erkennbar, dass beide Diagnosesysteme sehr ähnlich sind und sich insbesondere für den klinischen Gebrauch eine recht einheitliche Terminologie ergibt.

Tabelle 1: Frühere Diagnosen und diagnostische Begriffe, die heute unter der Gruppe der somatoformen Störungen zusammengefasst werden

- Funktionelle Störung psychischen Ursprungs
- Larvierte Depression
- Briquet-Syndrom
- Hysterie
- Psychovegetative Dystonie
- Colon irritabile
- Funktionelle abdominelle Beschwerden
- Psychosomatisches Schmerzsyndrom
- Psychogene Anfälle
- Herzphobie
- Funktionelle Atembeschwerden
- Vertigo
- Globus hystericos
- Prämenstruelles Syndrom

Tabelle 2: Somatoforme Störungen nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
Somatisierungsstörung	Somatisierungsstörung
undifferenzierte Somatisierungsstörung	undifferenzierte Somatisierungsstörung
somatoforme autonome Funktionsstörung	-
anhaltende somatoforme Schmerzstörung	Schmerzstörung
[dissoziative Störung (Konversionsstörung)]	Konversionsstörung
hypochondrische Störung	hypochondrische Störung
[dysmorphobe Störung]	körperdysmorphie Störung
andere/nicht näher bezeichnete somatoforme Störung	nicht näher bezeichnete somatoforme Störung

Die aufgelisteten Diagnosen lassen sich gut in drei Untergruppen einteilen (Rief u. Hiller 1999). So können zunächst *poly- und monosymptomatische Störungsbilder* unterschieden werden, d. h. Störungsbilder, bei denen die betroffenen Patienten unter multiplen Beschwerden in unterschiedlichen Organsystemen leiden und solche, bei denen die Symptomatik auf einen bestimmten Typus oder ein bestimmtes Funktionssystem begrenzt ist. Die Somatisierungsstörung stellt in beiden Systemen den Prototyp der polysymptomatischen Störung dar, ergänzt durch die undifferenzierte somatoforme Störung als Restkategorie (sowie in ICD-10 die somatoforme autonome Funktionsstörung). Im Gegensatz dazu handelt es sich bei der Schmerzstörung und der Konversionsstörung um monosymptomatische Störungsbilder, da die körperlichen Beschwerden auf Schmer-

zen bzw. pseudoneurologische Symptome begrenzt sind. Eine Liste von Schmerz- und pseudoneurologischen Symptomen ist in DSM-IV jedoch auch Bestandteil der Somatisierungsstörung. Dies führt dazu, dass beispielsweise beim Vorliegen von pseudoneurologischen Symptomen zusammen mit körperlichen Symptomen aus anderen Organ-/Funktionsbereichen nicht eine Konversionsstörung, sondern eine Somatisierungsstörung diagnostiziert wird. Dass die Unterscheidung poly- und monosymptomatischer Störungen klinisch valide ist, haben Hiller et al. (2000) am Beispiel von unterschiedlichen Therapieverläufen bei chronischen Schmerzpatienten gezeigt.

Eine *dritte Untergruppe* stellen die Diagnosen der hypochondrischen und körperdysmorphen Störung dar (Leibbrand et al. 2000). Bei der Hypochondrie stehen nicht die körperlichen Beschwerden im Vordergrund, sondern die Ängste und Überzeugungen des Patienten, an einer schweren, meist lebensbedrohlichen Krankheit zu leiden. Die hypochondrische Störung kann im Sinne von diagnostischer Komorbidität zusätzlich zu einer poly- oder monosymptomatischen somatoformen Störung diagnostiziert werden (Hiller et al. 2002b). Bei der körperdysmorphen Störung beschäftigen sich die betroffenen Patienten in übermäßiger Form mit vermeintlichen Mängeln ihrer äußeren körperlichen Erscheinung (z. B. Form der Nase, Hautflecken, Aussehen der Zähne).

Die genannten poly- und monosymptomatischen Formen werden heute als Kerndiagnosen der somatoformen Störung angesehen. Ihr zentrales Merkmal ist das Vorhandensein von körperlichen Symptomen, unter denen der Patient subjektiv leidet und die meist mit Krankheitsverhalten (in der Regel häufige Arztbesuche) sowie psychosozialen Beeinträchtigungen verbunden sind. Ein einzelnes körperliches Symptom gilt dann als somatoform, wenn es *nicht* oder *nicht ausreichend* durch medizinische Befunde erklärt werden kann (medically unexplained somatic symptom). Daher bezieht sich das Etikett „somatoform“ immer auf den gegenwärtigen Stand des medizinischen Wissens. Es ist möglich, dass eine heute unklare Symptomatik eines Tages durch neue biomedizinische Forschungsergebnisse geklärt und damit einem umschreibbaren Krankheitsprozess zugeordnet werden kann.

Für den verhaltenstherapeutischen Ansatz ist es von zentraler Bedeutung, dass es zur Diagnose einer somatoformen Störung *nicht* erforderlich ist, Ursache oder Entstehungsmechanismen der körperlichen Symptome zu kennen. In DSM-IV und ICD-10 werden keinerlei ätiologische Einschlusskriterien aufgeführt. Die ätiologische Neutralität beider Systeme ist im Wesentlichen durch das heute noch sehr bruchstückhafte empirisch-wissenschaftliche Wissen begründet. Auch in der klinischen Praxis bleiben Ätiologie und Entstehungsmechanismen bei den meisten somatoformen Patienten unklar. Es muss davon ausgegangen werden, dass vielfältige biologische als auch psychische und psychosoziale Mechanismen eine Rolle spielen und vermutlich in ihrer komplexen Wechselwirkung zur Entstehung einer somatoformen Symptomatik führen (Ursin 1997). Erklärungsver-

suche im Sinne einer reinen Psychogenese, z. B. durch intrapsychische Konflikte, Stress, affektive Fehlregulationen oder selektive Wahrnehmungsprozesse, dürfen in vielen Fällen zu kurz greifen. Es ist daher folgerichtig, sie nicht als verbindliche diagnostische Kriterien eines Klassifikationssystems vorzusehen. Dies steht in Übereinstimmung mit der verhaltenstherapeutischen Sichtweise, wonach ätiologische sowie auslösende und aufrecht erhaltende Faktoren nicht als Teil der Diagnose angesehen werden, sondern als Teile eines über die Diagnose hinausgehenden Störungsmodells.

Das weitgehende Ausblenden ätiologischer Überlegungen aus der Diagnosenstellung wird von Klinikern häufig kritisiert. Die diagnostische Entscheidung beruht fast gänzlich auf dem Ausschluss etwaiger organischer Ursachen (außer bei der Schmerzstörung und der von DSM-IV abweichenden ICD-10-Definition der Konversionsstörung), so dass von einer Negativ-Diagnose gesprochen werden könnte. Hier sollte jedoch bedacht werden, dass das *Vorhandensein* körperlicher Beschwerden die Grundlage der Störung bildet, d. h. der Patient leidet unter Symptomen und strebt (mit manchmal sehr starker Aktivität) ihre Beseitigung an. Es besteht also keine Parallele zur Negativsymptomatik der Schizophrenie mit der dabei vorherrschenden Verarmung von Antrieb, Affekt und sozialen Funktionen. Es soll zudem betont werden, dass der Verzicht auf eine positive Ätiologie bei der diagnostischen Klassifikation nicht bedeutet, dass auf die Suche nach psychischen und psychosozialen Entstehungsbedingungen verzichtet werden soll. In der klinischen Praxis sollte die Erfassung von lebensgeschichtlich bedeutsamen Faktoren ebenso wie die Analyse von psychischen Funktionen und der aktuellen Lebenssituation Teil der umfassenden diagnostischen Untersuchung sein (Henningsen et al. 2002). Für viele Kontextbereiche somatoformer Störungen sind bereits differenzierte Instrumente entwickelt und mit guten Ergebnissen wissenschaftlich evaluiert worden (vgl. zusammenfassend Hiller u. Janca 2003).

3. Das verhaltenstherapeutische Störungsmodell

Beim Modell der somatoformen Störungen wird davon ausgegangen, dass körperliche Missempfindungen (somatische Symptome) ein allgemeines, nicht unbedingt pathologisches Alltagsphänomen darstellen. Beschwerden wie Schluckauf, Hautpickel, Durchfall, Kratzen im Hals, Schwindelgefühle, Rötungen der Nase oder harmlose Blutergüsse können isolierte Symptome ohne Krankheitswert oder vorübergehende Dysfunktionen darstellen (Barsky 1992). Zum Symptom einer Störung werden sie erst, wenn sie zu deutlichem subjektiven Leiden oder psychosozialen Beeinträchtigungen führen. In Anlehnung an das Vorgehen in strukturierten diagnostischen Interviews empfehlen wir, ein medizinisch unerklärtes körperliches Symptom nur dann als klinisch re-

Tabelle 3: Pathogenese somatoformer Störungen: Mögliche Entstehungsbedingungen

Minimale organische Dysfunktion ⇒ z. B. Darmträgheit, Bagatellkrankheiten (wie Erkältung)
harmlose Schwellungen/Hautunregelmäßigkeiten ⇒ z. B. Ödeme, prämenstruelle Wassereinlagerung, Leberflecken, Warzen
Autonome oder hormonell bedingte Erregung ⇒ z. B. körperliche Gefühlsreaktionen
Muskelverspannungen ⇒ z. B. Nacken- oder Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Schluckbeschwerden
Hyperventilation ⇒ z. B. Schwindelgefühle, Benommenheit, Herzsensationen, Kribbelempfindungen
Inaktivität ⇒ z. B. „Muskelkater“, geringe körperliche Belastbarkeit, Herzklopfen
Schlechter Schlaf ⇒ z. B. Müdigkeit, Benommenheit, Konzentrationsstörungen
Physiologische Folgen von Speisen oder Getränken ⇒ z. B. Verdauungsbeschwerden nach Genuss verdorbener Speisen, Blähungen, Effekte von Alkohol inkl. Entzugserscheinungen oder „Kater“
Nebenwirkungen von Medikamenten ⇒ z. B. Mundtrockenheit, Unruhe, Müdigkeit, Zittern

levant anzusehen, wenn es dazu geführt hat, dass der Patient deswegen einen Arzt aufsuchte, ein Medikament einnahm oder seinen Lebensstil veränderte (vgl. etwa Wittchen et al. 1997)

Ein Störungsmodell muss erklären können, warum sich körperliche Symptome trotz nicht vorhandener medizinischer Krankheit entwickeln können. Hierfür kommen sehr viele Möglichkeiten in Frage. Einige potenzielle *Entstehungsmechanismen* sind in Tabelle 3 aufgelistet. Sie begründen zunächst keine somatoforme Störung, können jedoch ihren Ausgangspunkt darstellen. Andere Faktoren müssen hinzukommen, um das Fortdauern und die Chronifizierung der körperlichen Symptomatik zu erklären. Es ist davon auszugehen, dass Symptome wie in Tabelle 3 bei sehr vielen oder fast allen Menschen irgendwann einmal auftreten, sich jedoch nur bei einer Minderheit auf dieser Basis das klinische Bild einer somatoformen Störung entwickelt.

Das gesamte gegenwärtige Störungsmodell ist in Abbildung 1 dargestellt. Die wie auch immer entstandenen körperlichen Veränderungen bzw. Beschwerden werden von der betroffenen Person wahrgenommen und bewertet. An diesem Punkt wird angenommen, dass Fehlbewertungen eine zentrale Rolle spielen. Am charakteristischsten dürfte die Fehlbewertung der körperlichen Veränderungen als bedrohliche Krankheitszeichen sein (Hiller et al. 1997a; Barsky et al. 2001). Andere problematische Bewertungen können sich darauf

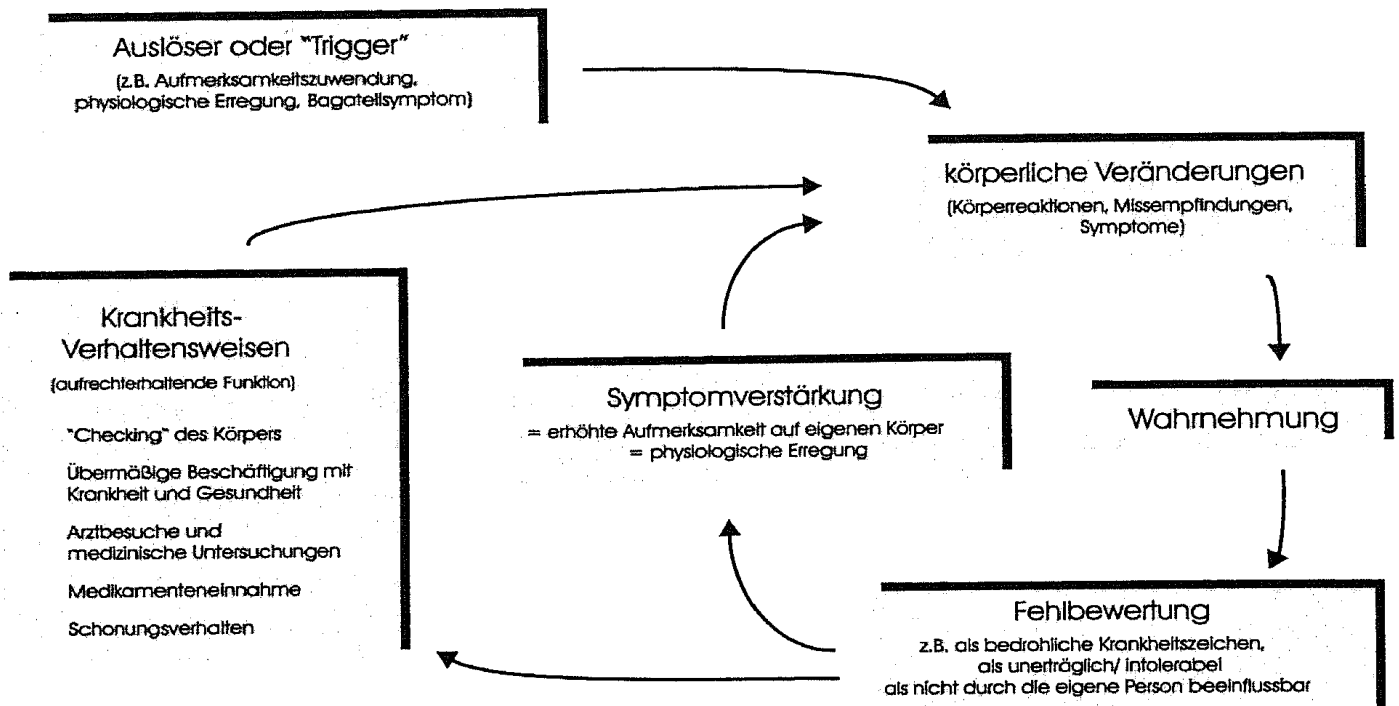


Abbildung 1: Störungsmodell für somatoforme Störungen

beziehen, dass die Beschwerden als unerträglich bzw. untolerierbar oder als nicht durch die eigene Person beeinflussbar angesehen werden. Vermutlich wird die individuelle Wahrnehmung und Bewertung von Körpersensationen durch eine Disposition beeinflusst, die Barsky (1992, 2001) als „somatosensorische Verstärkung“ (somatosensory amplification) bezeichnet hat. Danach liegt bei Personen eine interindividuell unterschiedliche Tendenz vor, körperliche Empfindungen als intensiv, schädlich und beeinträchtigend zu erleben, unangenehme Empfindungen besonders zu beachten und sie eher als pathologisch denn als normal anzusehen. Die Genese des somatosensorischen Verstärkungsstils dürfte multikausal sein (Eriksen u. Ursin 2002). Vermutlich tragen Faktoren der individuellen und sozialen Lerngeschichte, aber auch dispositionelle psychobiologische Merkmale dazu bei (Rief u. Exner 2002).

Nach Abbildung 1 werden die fehlbewerteten Körpersensationen durch *zwei Regelkreise* verstärkt, stabilisiert und aufrechterhalten. Zur Symptomverstärkung kann es kommen, wenn die betreffende Person ihren Missempfindungen verstärkt Aufmerksamkeit zuwendet oder sich aufgrund von Unsicherheit und Angst das physiologische Erregungsniveau steigert. Die körperlichen Veränderungen werden dann nicht aus der Aufmerksamkeit ausgeblendet, sondern im subjektiven Erleben eher noch stärker wahrgenommen.

Der zweite Regelkreis bezieht sich auf länger dauerndes Krankheitsverhalten, das vermutlich im Laufe der Zeit eine gewisse Eigendynamik entwickelt und maßgeblich zur Chronifizierung beiträgt (Hiller et al. 1997b; Rief et al. 2003). Typische Komponenten sind das Checkingverhalten des eigenen Körpers (z. B. Ausführen häufiger Schluckbewegungen, um zu prüfen, ob die Hals- und

Schluckfunktionen noch in Ordnung sind), die übermäßige Beschäftigung mit den Themen Krankheit und Gesundheit, das häufige Aufsuchen von Ärzten (Doctorshopping) und anderen Gesundheitsspezialisten, die Einnahme von medizinisch nicht indizierten Medikamenten sowie ein Schonungsverhalten, das alle Bereiche der persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensführung umfassen kann. Die Liste möglicher Krankheitsverhaltensweisen ließe sich fortsetzen. Nicht alle genannten Verhaltensweisen müssen zwangsläufig auftreten, sie sind jedoch in der einen oder anderen Kombination bei Patienten mit schwereren oder chronifizierten somatoformen Störungen anzutreffen. In jedem Fall tragen sie dazu bei, dass der Fokus des Patienten auf seine körperlichen Beschwerden im Wahrnehmen und Denken erhalten bleibt. Aus dem Störungsmodell in Abbildung 1 wird deutlich, dass aus verhaltenstherapeutischer Perspektive der Schwerpunkt weniger auf den ätiologischen und pathogenetischen Mechanismen des Störungsbilds liegt, sondern eher auf den Prozessen der Symptombewertung und der Aufrechterhaltung (vgl. auch Overmier 2002).

4. Strategien und Techniken der Therapie

Erste systematische Behandlungsansätze mit verhaltenstherapeutischen Komponenten gehen auf Kellner (1982) zurück, der schwerpunktmäßig hypochondrische Patienten behandelte. Zu Therapiebeginn erhielten die Patienten Informationen über psychophysiologische Prozesse bei medizinisch unklaren körperlichen Symptomen, zusätzlich wurde die Bedeutung der selektiven Wahrnehmung und Interpretation von Körpermissempfindungen herausgearbeitet. Weitergehende Therapiekonzepte wurden in den USA von Barsky (Barsky et al. 1988; Barsky 1996) und der Arbeitsgruppe um Smith (z. B. Kashner et al. 1995) entwickelt. Barsky konzipierte ein kognitiv-edukatives Vorgehen, bei dem die Identifikation von somatosensorischen Verstärkern, der Rolle von Aufmerksamkeit, Entspannung, Kognitionen und situativem Kontext, von Fehlattribuierungsprozessen bei harmlosen Symptomen und durch negative Kognitionen ausgelösten Gefühlen als Teil des Gesamtbehandlungsplans vorgesehen sind. Smith und Mitarbeiter erprobten Gruppentherapieprogramme für Patienten mit somatoformen Störungen direkt im Setting allgemein ärztlicher Praxen. Zu den Bestandteilen ihres Ansatzes gehörten Information, Coping, Symptombewältigung, Umgang mit Ärzten, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Verbesserung der Lebensqualität.

Das wohl konsequenteste kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzept für Patienten mit Hypochondrie und somatoformen Störungen entwickelte in Großbritannien die Gruppe um Salkovskis, Clark und Warwick (z. B. Clark et al. 1998; Warwick u. Salkovskis 2001). Bewährte Therapietechniken aus der Behandlung von Angst- und Zwangspatienten wurden zunächst auf das

Störungsbild der Hypochondrie übertragen. Sie umfassten den Einsatz von Symptomtagebüchern, die Veränderung von Krankheitsüberzeugungen, Verhaltensexperimente zur Demonstration psychophysiologischer Zusammenhänge und den Verzicht auf wiederholte ärztliche Rückversicherungen zum Gesundheitszustand des Patienten. Die Therapie erwies sich in mehreren methodisch guten Studien als erfolgreich (s. u.). In Deutschland wurde das Konzept von Rief und Hiller (1998) übernommen und für Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen erweitert. Es folgt einem verhaltenmedizinischen Prinzip, wonach die interdisziplinäre Zusammenarbeit von somatomedizinisch tätigen Ärzten und Psychotherapeuten an dieser Schnittstelle zwischen Medizin und klinischer Psychologie als besonders wichtig angesehen wird.

4.1. Ziele und Komponenten des verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts

Die Behandlungsschritte bei somatoformen Störungen können direkt aus dem oben skizzierten Störungsmodell abgeleitet werden. Der gesamte Therapieprozess kann grob in vier Phasen eingeteilt werden:

- 1. Motivation für ein psychotherapeutisches Vorgehen:* Es ist nicht selbstverständlich, dass Patienten mit somatoformen Störungen zu einer Behandlung mit psychologischem Schwerpunkt bereit sind. Sie haben oft ein einseitig organmedizinisches Verständnis ihrer Symptomatik und erwarten Heilung durch medizinische Diagnostik und Therapie. Die Überweisung zum Psychotherapeuten kann dazu führen, dass sich die Patienten abgeschoben fühlen oder befürchten, als Simulanten betrachtet zu werden. Die Motivierung zur Psychotherapie stellt somit den ersten wesentlichen Schritt dar. Misslingt er, so ist die Gefahr groß, dass der Patient weiter im somatomedizinischen System erfolglos nach Heilung sucht und sich erhebliches Krankheitsverhalten entwickelt.
- 2. Erläuterung eines (alternativen) psychobiologischen Krankheitsmodells:* Für viele Patienten sind andere als organmedizinische Erklärungen ihrer Symptome schwer vorstellbar. Daher sollte zu Beginn der Therapie erläutert werden, durch welche psychologischen oder physiologischen Mechanismen sich körperliche Missempfindungen entwickeln können. Dem Patienten wird damit ein alternatives Krankheitsmodell vermittelt, das dem ausschließlich organmedizinischen Verständnis gegenübergestellt wird.
- 3. Die Evaluation des neuen Modells:* Es ist nicht zu erwarten, dass Patienten das vom Therapeuten erläuterte alternative Krankheitsmodell einfach übernehmen. Daher ist es Ziel der Therapie, durch eine Vielzahl von Beobachtungen und Experimenten zu evaluieren, welches der beiden konkurrierenden Modelle die Beschwerden bzw. Schwierigkeiten des Patienten besser

erklärt. Beispielsweise kann überprüft werden, inwieweit die körperlichen Beschwerden durch selektive Wahrnehmung oder Stresseinflüsse verstärkt werden.

4. *Abbau von Krankheits- und Vermeidungsverhalten*: Dieses Therapieziel ist mit der dritten Phase eng verzahnt. Je nach Ausprägungsform der Störung wird mit dem Patienten daran gearbeitet, inadäquates Checkingverhalten aufzugeben, auf überflüssige Arztbesuche oder das häufige Aufsuchen von immer neuen Spezialisten zu verzichten, die Medikamenteneinnahme auf das medizinisch streng Notwendige zu beschränken und übertriebene Selbstschonung abzubauen. Ziel ist es, möglichst viele der durch die somatoforme Störung entstandenen psychosozialen Beeinträchtigungen wieder zu beseitigen bzw. zu minimieren. Der Patient arbeitet an der Verbesserung seiner persönlichen Lebensqualität. Hierfür sind viele der betroffenen Patienten gut motivierbar.

4.2. Einzelne Bausteine des therapeutischen Vorgehens

Einige wichtige verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen sollen im Folgenden etwas detaillierter erläutert werden. Es handelt sich um eine Zusammenstellung von Komponenten, die in der Literatur beschrieben wurden und zum Teil die Grundlage der evaluierten Therapien bildete (vgl. auch Salkovskis 1989; Sharpe et al. 1992; Mayou et al. 1995; Rief u. Hiller 1998; Warwick u. Salkovskis 2001).

- *Motivierungsstrategien*: Voraussetzung für den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung ist es, den Patienten und seine Symptome ernst zu nehmen. Der Therapeut sollte sich Zeit nehmen, den Symptomschilderungen ausführlich zuzuhören, gezielt nachzufragen und einen Überblick über die bisherigen Behandlungsversuche und -ergebnisse zu gewinnen. Der vorschnelle Wechsel auf psychologische oder psychosoziale Themen kann beim Patienten Misstrauen und Ablehnung hervorrufen. Oft ist es hilfreich, dem Patienten Informationen darüber zu geben, mit welchen Methoden und Zielsetzungen ein Psychotherapeut arbeitet und wie dies im vorliegenden Fall aussehen könnte. Es sollte bedacht werden, dass viele Patienten nur wenig oder gar keine Kenntnisse über Psychotherapie haben. Andererseits bestimmen gesellschaftliche Klischees häufig eine ablehnende Haltung (z. B. „Wer zum Psychotherapeuten geht, ist ein Schwächling.“ oder „Wenn ich zum Psychotherapeuten gehe, dann heißt das, dass ich im Kopf nicht mehr richtig funktioniere.“). Für das Autonomiebedürfnis des Patienten kann der Vorschlag entlastend sein, die Psychotherapie zunächst zeitlich zu befristen (z. B. auf drei Monate) und danach zunächst eine Zwischenbilanz zu ziehen.
- *Einführung des psychobiologischen Krankheitsmodells*: Patienten mit somatoformer Störung sehen oftmals nur eine einzige Erklärungsmöglichkeit für ihre körperlichen Beschwerden, nämlich die einer offenbar noch unent-

deckten körperlichen Krankheit. Durch die Erläuterung eines Krankheitsmodells, bei dem psychischen und psychophysiologischen Prozessen die Hauptrolle zukommt, kann eine weit reichende Neubewertung eingeleitet werden. Das zu wählende Erklärungsmodell sollte die spezielle Symptomatik des Patienten berücksichtigen. Beispielsweise können vegetative Symptome gut durch Stressbelastung oder als Korrelate emotionaler Erregung interpretiert werden. Bei Nacken- und Rückenschmerzen kann auf die Bedeutung von muskulärer Anspannung verwiesen werden, bei Beschwerden im Brustbereich auf ungünstige Atmung oder körperliche Fehlhaltungen. Oftmals sind kombinierte Erklärungsmechanismen sinnvoll. Zum vertieften Verständnis können dem Patienten auch Schaubilder, Informationsblätter oder geeignete Bücher gegeben bzw. empfohlen werden (z. B. Lieb u. von Pein 1990).

- *Symptomtagebücher*: Strukturierte Aufzeichnungen unterstützen den Patienten, seine Selbstwahrnehmung zu verbessern und Bedingungen zu identifizieren, unter denen sich seine Symptomatik verbessert oder verschlechtert. Einzelne Merkmale können auf visuellen Analogskalen (0–100) oder Ratingskalen (0–10) eingeschätzt werden. Es empfiehlt sich, die Symptomstärke, die subjektiv erlebte Unannehmlichkeit der körperlichen Beschwerden, Krankheitsbefürchtungen sowie emotionales Befinden (z. B. Depressivität, Ängstlichkeit) täglich einschätzen zu lassen (vgl. Rief et al. 1997). Insbesondere die Unterscheidung zwischen der Intensität der körperlichen Beschwerden und der subjektiv erlebten Symptombelastung ist von großer Bedeutung. Der Patient kann die Erfahrung machen, trotz eventuell gleich bleibender Symptomstärke weniger durch seine Symptomatik belastet zu sein. Mit Hilfe von Tagebüchern können ferner Auslöser sowie Verbesserungen bzw. Verschlechterungen der Symptome identifiziert werden. Dies kann wertvolle Anhaltspunkte für Hypothesen zur Symptomenentstehung bieten (z. B. Verschlechterung immer in Situationen, in denen der Patient sich sehr stark auf seinen eigenen Körper konzentriert). Die täglichen Eintragungen können in einem Kurvenblatt zusammengefasst werden, so dass sich eine Art Fieberkurve der einzelnen Variablen ergibt.
- *Verhaltensexperimente*: Es können Übungen durchgeführt werden, um den unmittelbaren Zusammenhang zwischen psychischen und körperlichen Prozessen zu demonstrieren. Verhaltensexperimente verdeutlichen dem Patienten, dass körperliche Missempfindungen auch unabhängig von Krankheiten entstehen können. Beispiele sind Experimente zur Aufmerksamkeitslenkung (es werden Symptome wahrgenommen, wenn man sich auf bestimmte Körperregionen sehr stark konzentriert), Imaginationsübungen (durch Phantasieren können Körperreaktionen wie Anspannung, Wohlbefinden oder vegetative Veränderungen verändert werden) oder bestimmten Aktivitäten (z. B. Herzklopfen und Schwitzen nach längerem Treppensteigen). Der Pa-

tient kann auch ausprobieren, inwieweit er seine körperlichen Beschwerden durch mentale Prozesse (z. B. Ablenkung) oder körperliche Aktivitäten (z. B. Sport) positiv beeinflussen kann.

- *Reattribution von Krankheitsüberzeugungen*: In der kognitiven Therapie werden Bewertungs- und Attributionsmuster des Patienten im Zusammenhang mit den körperlichen Beschwerden herausgearbeitet. Oft liegen problematische Überzeugungen vor, wie beispielsweise „meine Bauchschmerzen sind ein Vorzeichen von Magenkrebs“ oder „ich muss mich unbedingt schonen, damit meine Beschwerden nicht noch schlimmer werden“. Derartige Muster werden hinterfragt und können korrigiert werden. Der Patient soll lernen, die Bedeutung und Konsequenzen seiner Symptome realistisch einzuschätzen.
- *Entspannungsmethoden*: Methoden wie Autogenes Training oder Progressive Muskelrelaxation können gut eingesetzt werden, wenn davon auszugehen ist, dass übermäßige Anspannung oder Nervosität bei der Entstehung oder Aufrechterhaltung der körperlichen Beschwerden eine Rolle spielen. Der Therapeut sollte darauf achten, dass Patienten beim Durchführen einer Entspannungsübung aufgrund der auf den Körper gerichteten Aufmerksamkeit manchmal eine Symptomzunahme erleben (dies kann jedoch das psychobiologische Modell stützen, wonach Wahrnehmungsprozesse für das Körper- und Symptomerleben relevant sind).
- *Biofeedback*: Der Einsatz von Biofeedback dient ebenfalls der Demonstration psychophysiologischer Zusammenhänge. Viele somatoforme Patienten sind beeindruckt, wenn sie die Auswirkungen von mentalen Prozessen (z. B. durch eine Imaginationsübung) auf Körperfunktionen wie Hautleitfähigkeit, Muskelanspannung oder Herzrate auf einem Monitor beobachten können (Nanke u. Rief 2000).
- *Abbau depressiver Denk- und Verhaltensmuster und evtl. Verbesserung der Angstbewältigung*: Diese Behandlungskomponente bezieht sich auf komorbide Patienten, bei denen zusätzlich eine depressive und/oder Angststörung vorliegt. Es können spezielle Behandlungstechniken für diese Störungsbilder eingesetzt werden.
- *Abbau von Checking-Verhaltensweisen*: Falls Patienten einzelne Körperfunktionen im Sinne einer Selbstdiagnose häufig oder fortlaufend überprüfen, so sollte das in der Therapie berücksichtigt werden. Beispiele sind ein häufiges Betasten oder Reiben von Hautpartien, das Ausführen von Schluckbewegungen oder Funktionsprüfungen von Gelenken. Manchmal sind derartige Verhaltensweisen hochgradig automatisiert. Es kann vereinbart werden, dass der Patient das Checking völlig unterlässt oder nur noch zu bestimmten, festgelegten Zeiten durchführt.
- *Reduktion von Arztkonsultationen/Rückversicherungen*: Problematisches Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Einrichtungen sollte unbedingt Thema

der Therapie sein. Patienten mit somatoformen Störungen verbringen oft sehr viel Zeit in Arztpraxen und Krankenhäusern, verlangen immer wieder neue medizinische Untersuchungen oder somatomedizinische Behandlungen. Es kann mit dem Patienten herausgearbeitet werden, nach welchen Kriterien er einen Arztbesuch für erforderlich hält, was er vom Arzt erwartet und wie er mitgeteilte Befunde interpretiert. Häufig steht ein schwieriges Arzt-Patienten-Verhältnis im Hintergrund, wenn sich der Patient durch den somatomedizinischen Arzt nicht ausreichend verstanden oder ernst genommen fühlt. In der Verhaltenstherapie können dann z. B. Rollenspiele durchgeführt werden, in denen der Patient sein Interaktionsmuster mit dem Arzt darstellen und problematische Anteile modifizieren kann.

- *Abbau von hypochondrischem Vermeidungsverhalten:* Hierunter sind alle Verhaltensweisen zu verstehen, welche dysfunktionale Krankheitsängste und -überzeugungen stabilisieren. Dazu kann das Vermeiden des Besuchs von medizinischen Einrichtungen ebenso gehören wie die Angst vor Themen wie Krankheit, Leid und Tod. Oftmals können Expositionstechniken ähnlich wie bei Angststörungen angewendet werden.
- *Abbau von Schonungsverhalten:* Der Patient sollte reflektieren, in welchen Lebensbereichen er sich hinter seinen körperlichen Symptomen versteckt oder sogar positive Konsequenzen erlebt (Krankheitsgewinn). Es kann sich um Rückzugsverhalten in der Partnerschaft oder Familie handeln, aber auch um die Vermeidung von problematischen sozialen oder beruflichen Situationen. Die Thematisierung und Bearbeitung von Krankheitsgewinn gehört zu den sensibelsten Abschnitten der Therapie und setzt eine stabile therapeutische Beziehung voraus. Die Arbeit an diesem Thema sollte so gestaltet sein, dass der Patient sich nicht als entlarvt oder blamiert erlebt. Die therapeutischen Interventionen zielen auf Einstellungs- und Verhaltensveränderungen im Sinne von Eigenverantwortlichkeit, körperliche Aktivierung und Stärkung von sozialen Kompetenzen.
- *Überprüfung des Medikamentenkonsums:* Nicht selten nehmen Patienten mit somatoformer Störung Medikamente ein, für die es keine zwingende medizinische Indikation gibt (z. B. Schmerzmittel, Benzodiazepine). Ungünstigerweise können damit problematische Bewertungen verbunden sein (wer Medikamente bekommt, der muss auch krank sein) oder durch die Medikamente unter Umständen Nebenwirkungen ausgelöst werden, welche die somatoforme Symptomatik des Patienten verstärken oder erweitern. Daher sollte in der Verhaltenstherapie herausgearbeitet werden, welche Vorstellung der Patient mit der Medikamenteneinnahme verbindet und welche Wirkungen er tatsächlich wahrnimmt. In vielen Fällen ist der behandelnde Psychotherapeut nicht gleichzeitig auch der somatomedizinische Behandler. Dann sollte zwischen Psychotherapeut und „Körperarzt“ eine Absprache erfolgen, um dem Patienten keine widersprüchlichen Botschaften zu geben.

- *Kognitive Methoden zur Verminderung des übermäßigen Beschäftigtseins mit den eigenen Symptomen/Körperfunktionen:* Das inhaltliche Denken vieler somatoformer Patienten ist auf die Themen Krankheit und Gesundheit eingeengt. Häufige Arztbesuche, Gespräche in den Wartezimmern, das Anschauen von Gesundheitssendungen im Fernsehen oder die Lektüre von medizinischer Laienliteratur tragen wesentlich dazu bei. Gespräche mit anderen Personen werden dann häufig durch dieses Thema dominiert. In der Therapie soll der Patient lernen, sich wieder mit anderen Themen des Lebens zu beschäftigen oder aufgegebenen Interessen/Hobbys wieder aufzunehmen.

Insgesamt sollen die aufgezählten therapeutischen Strategien den Patienten dabei unterstützen, neue und adäquatere Formen für den Umgang mit dem eigenen Körper zu entwickeln. Es soll noch betont werden, dass die Ziele der Therapie realistisch gesetzt und beispielsweise keine Symptombeseitigung versprochen werden sollte. Studien zeigen, dass die völlige Remission somatoformer Symptome auch bei guten Therapieverläufen nur selten erreicht werden kann. Angemessener erscheint es, auf ein bewussteres Umgehen mit dem eigenen Körper und auf eine verbesserte Symptombewältigung hinzuarbeiten. Somatoforme Patienten können es ähnlich wie Patienten mit chronischen medizinischen Krankheiten erreichen, ihre Lebensführung auszubalancieren und sich nicht einseitig von ihren körperlichen Symptomen beherrschen zu lassen.

5. Studien zur Wirksamkeit des verhaltenstherapeutischen Ansatzes

Die verhaltenstherapeutische Behandlung somatoformer Störungen wurde wiederholt überprüft. Kroenke und Swindle (2000) geben einen Überblick über 31 kontrollierte Studien, die zwischen 1966 und 1999 publiziert wurden. 29 davon waren randomisiert. Die Autoren kommen insgesamt zu einer optimistischen Bewertung, wobei allerdings eingeschränkt werden muss, dass nicht alle der bei Kroenke und Swindle (2000) zitierten Studien auf das Konzept der somatoformen Störungen im engeren Sinne bezogen waren. Eine weitere neuere Übersichtsarbeit stammt von Looper und Kirmayer (2002). Im Folgenden soll lediglich kurz auf einige ausgewählte Studien eingegangen werden.

Die methodisch aussagekräftigsten Studien liegen zum Störungsbild der Hypochondrie vor. Die bereits genannte britische Gruppe überprüfte ihren Ansatz in zwei hochwertigen Studien mit sehr guten Resultaten (Warwick et al. 1996; Clark et al. 1998). Untersucht wurden Einzeltherapien mit einer Behandlungsdauer von etwa vier Monaten. Als Outcome-Kriterien wurden spezifische Hypochondriemaße (z. B. visuelle Analogskalen zu Krankheits-

ängsten und Krankheitsüberzeugungen), aber auch Verfahren zur Erfassung von Depressivität und Ängstlichkeit eingesetzt. Eine weitere Serie von Studien stammt von der niederländischen Arbeitsgruppe um Bouman und Visser (Visser u. Bouman 1992, 2001; Bouman u. Visser 1998; Bouman 2002). Diese Autoren evaluierten sehr differenziert die Wirksamkeit von verhaltensbezogenen (Exposition) und kognitiven Methoden. In den 12-wöchigen Therapien zeigten sich zwar keine signifikanten Unterschiede zwischen diesen beiden Vorgehensweisen, es konnten jedoch deutliche Verbesserungen bei den behandelten Patienten gegenüber einer Warteliste erzielt werden. Belege für die Effektivität des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehens bei Hypochondrie stammen auch aus Studien von Avia et al. (1996) und Papageorgiou und Wells (1998). Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle auch auf die Studie von Kellner (1982) verwiesen, der bei der Behandlung von 36 hypochondrischen Patienten im psychiatrischen Setting bereits sehr differenzierte Methoden mit kognitiven und verhaltensbezogenen Schwerpunkten einsetzte.

In Deutschland wurde ein differenziertes Behandlungskonzept an der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck (Priem) evaluiert. Mehrere einfache und kontrollierte Therapiestudien zeigten gute Erfolge (Rief et al. 1995; Hiller u. Rief 1999; Leibbrand et al. 1999; Hiller et al. 2002a, 2003; Timmer et al. 2004; Bleichhardt et al. 2004), wobei zu berücksichtigen ist, dass anders als bei den meisten der oben referierten Studien stationäre Patienten mit hoher Komorbidität und ausgeprägter Chronifizierung behandelt wurden. Untersuchungen mit Patienten aus dem allgemeinmedizinischen Setting wurden von Speckens et al. (1995) und Lidbeck (1997, 2003) durchgeführt. Die publizierten Resultate belegen ebenfalls eine gute Wirksamkeit und verdeutlichen, dass Interventionen außerhalb des klassischen psychotherapeutischen Settings bei Patienten mit somatoformer Störung von besonderer Bedeutung sind. Eine vom Ansatz her ähnliche Studie von Sumathipala et al. (2000) aus Sri Lanka zeigt, dass dieses Vorgehen nicht nur in den westlichen Industriegesellschaften angewandt werden kann. Ehlert et al. (1999) demonstrierten die erfolgreiche Anwendung des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes auch im Rahmen von Konsiliardiensten an einem Allgemeinkrankenhaus.

Aus gesundheitsökonomischer Perspektive wird bei somatoformen Störungen die Frage gestellt, inwieweit das inadäquate Inanspruchnahmeverhalten der Patienten und damit die Kosten für das Gesundheitswesen beeinflusst werden können. Erste Studien dazu wurden in den USA von Smith et al. (1986), Rost et al. (1994) und Kashner et al. (1995) vorgelegt. Einspareffekte konnten sowohl durch eine verbesserte Aufklärung der somatomedizinischen Behandler als auch durch Gruppenprogramme in den Arztpraxen erzielt werden. In Deutschland hat unsere Arbeitsgruppe im Rahmen der bereits erwähnten Studien an der Klinik Roseneck eine Kosten-Nutzen-Studie mit 172 somatoformen Patienten durchgeführt (Hiller et al. 2003). Direkte und indirekte

Krankheitskosten wurden für die 2-Jahreszeiträume vor und nach der Behandlung mit Hilfe objektiver Daten der Krankenversicherungen rekonstruiert. Es zeigte sich, dass die Patienten mit somatoformer Störung vor Behandlungsbeginn mehr als doppelt so hohe Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen verursacht hatten wie die durchschnittlichen Versicherten der Krankenkassen. Parallel zur Besserung der Symptomatik kam es im Anschluss an die Behandlung zu einem deutlichen Rückgang dieser Kosten. Die Ausgaben für stationäre Behandlungen gingen um rund 37 % und die für ambulante Behandlungen um etwa 25 % zurück. Indirekte Kosten durch Arbeitsausfallzeiten im Zweijahreszeitraum nach der Behandlung sanken um rund 35 %. Die durch die stationäre Behandlung verursachten Kosten waren nach 21 Monaten amortisiert. Interessanterweise konnte eine Subgruppe von somatoformen Patienten mit extremer Nutzung des Gesundheitssystems (High-Utilizer) identifiziert werden, für die Pro-Kopf-Gesamteinsparungen in Höhe von rund 32.000 Euro erzielt werden konnten. Dies entsprach einem Rückgang von etwa 64 % (Hiller u. Fichter 2004). Diese Resultate belegen, dass durch verhaltenstherapeutische Behandlung ein Beitrag zur Kosteneffizienz im Gesundheitswesen geleistet werden kann, was angesichts der schon seit Jahren angespannten Finanzsituation ein auch politisch wichtiges Argument für den Nutzen von Psychotherapie darstellt.

6. Ausblick

Trotz der beschriebenen Fortschritte in der verhaltenstherapeutischen Behandlung somatoformer Störungen sind weitere Forschungsanstrengungen in der Zukunft erforderlich. So sollte die Therapie noch spezieller am jeweiligen Setting ansetzen (stationär vs. ambulant, Arztpraxis vs. psychotherapeutische Praxis) und stärker als bisher am individuellen Problemprofil orientiert sein (z. B. mit High-Utilizern als spezieller Subgruppe). Ein weiteres Ziel muss die Weiterentwicklung von Motivierungsstrategien sein, da nach wie vor zu viele Patienten mit somatoformer Störung nicht für ein konsequent psychosomatisches Vorgehen erreichbar sind. Die interdisziplinäre Kooperation der verschiedenen medizinischen Disziplinen und Berufsgruppen wird dabei von besonderer Bedeutung sein.

Literatur

- Avia, M.D., Ruiz, M.A., Olivares, M.E., Crespo, M., Guisado, A.B., Sanchez, A., Varela, A. (1996): The Meaning of Psychological Symptoms: Effectiveness of a Group Intervention with Hypochondriacal Patients. *Behav Res Ther* 34, 23–31.

- Barsky, A.J. (1992): Amplification, Somatization, and the Somatoform Disorders. *Psychosomatics* 33, 28–34.
- Barsky, A.J. (1996): Hypochondriasis. Medical Management and Psychiatric Treatment. *Psychosomatics* 37, 48–56.
- Barsky, A.J. (2001): Somatosensory Amplification and Hypochondriasis. In: Starcevic, V., Lipsitt, D.R. (Hg.): *Hypochondriasis: Modern Perspectives on an Ancient Malady*, S. 223–248. New York: Oxford University Press.
- Barsky, A.J., Klerman, G.L. (1983): Overview: Hypochondriasis, Bodily Complaints, and Somatic Styles. *Am J Psychiatry* 140, 273–283.
- Barsky, A.J., Geringer, E., Wool, C.A. (1988): A Cognitive-Educational Treatment for Hypochondriasis. *Gen Hosp Psychiatry* 10, 322–327.
- Barsky, A.J., Ahern, D.K., Bailey, E.D., Saintfort, R., Liu, E.B., Peekna, H.M. (2001): Hypochondriacal Patients' Appraisal of Health and Physical Risks. *Am J Psychiatry* 158, 783–787.
- Bleichhardt, G., Timmer, B., Rief, W. (2004): Cognitive-Behavioural Therapy for Patients With Multiple Somatoform Symptoms: A Randomised Controlled Trial in Tertiary Care. *J Psychosom Res* 56, 449–454.
- Bouman, T.K., Visser, S. (1998): Cognitive and Behavioural Treatment of Hypochondriasis. *Psychother Psychosom* 67, 214–221.
- Bouman, T.K. (2002): A Community-Based Psychoeducational Group Approach to Hypochondriasis. *Psychother Psychosom* 71, 326–332.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Wells, A., Fennell, M., Ludgate, J., Ahmad, S., Richards, H.C., Gelder, M. (1998): Two Psychological Treatments for Hypochondriasis. *Br J Psychiat* 173, 218–225.
- Dilling, H., Freyberger, H.J. (Hg.) (1999): *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation*. Bern: Huber.
- Ehlert, U., Wagner, D., Lupke, U. (1999): Consultation-Liaison Service in the General Hospital: Effects of Cognitive-Behavioral Therapy in Patients with Physical Non-Specific Symptoms. *J Psychosom Res* 47, 411–417.
- Eriksen, H.R., Ursin, H. (2002): Sensitization and Subjective Health Complaints. *Scand J Psychol* 43, 189–196.
- Henningsen, P., Hartkamp, N., Loew, T., Sack, M., Scheidt, C. (2002): *Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte*. Stuttgart: Schattauer.
- Hiller, W., Rief, W. (1999): Psychotherapy of Somatoform Disorders. In: Ono, Y., Janca, A., Asai, M., Sartorius, N. (Hg.): *Somatoform Disorders. A Worldwide Perspective*, S. 205–211. Tokyo: Springer.
- Hiller, W., Janca, A. (2003): Assessment of Somatoform Disorders: A Review of Strategies and Instruments. *Acta Neuropsychiat* 15, 167–179.
- Hiller, W., Fichter, M.M. (2004): High-Utilizers of Medical Care: A Crucial Subgroup Among Somatizing Patients. *J Psychosom Res* 56, 437–443.
- Hiller, W., Rief, W., Elefant, S., Margraf, J., Kroymann, R., Leibbrand, R., Fichter, M.M. (1997a): Dysfunktionale Kognitionen bei Patienten mit Somatisierungssyndrom. *Z Klin Psychol* 26, 226–234.
- Hiller, W., Rief, W., Fichter, M.M. (1997b): How Disabled are Patients with Somatoform Disorders? *Gen Hosp Psychiatry* 19, 432–438.
- Hiller, W., Heuser, J., Fichter, M.M. (2000): The DSM-IV Nosology of Chronic Pain: A Comparison of Pain Disorder and Multiple Somatization Syndrome. *Eur J Pain* 4, 45–55.
- Hiller, W., Leibbrand, R., Rief, W., Fichter, M.M. (2002a): Predictors of Course and

- Outcome in Hypochondriasis after Cognitive-Behavioral Treatment. *Psychother Psychosom* 71, 318–325.
- Hiller, W., Rief, W., Fichter, M.M. (2002b): Dimensional and Categorical Approaches to Hypochondriasis. *Psychol Med* 32, 707–718.
- Hiller, W., Fichter, M.M., Rief, W. (2003): A Controlled Treatment Study of Somaform Disorders Including Analysis of Health Care Utilization and Cost-Effectiveness. *J Psychosom Res* 54, 369–380.
- Kashner, M.T., Rost, K., Cohen, B., Anderson, M., Smith, G.R. (1995): Enhancing the Health of Somatization Disorder Patients. Effectiveness of Short-Term Group Therapy. *Psychosomatics* 36, 462–470.
- Kellner, R. (1982): Psychotherapeutic Strategies in Hypochondriasis: A Clinical Study. *Am J Psychother* 36, 146–157.
- Kroenke, K., Swindle, R. (2000): Cognitive-Behavioral Therapy for Somatization and Symptom Syndromes: A Critical Review of Controlled Clinical Trials. *Psychother Psychosom* 69, 201–215.
- Leibbrand, R., Hiller, W., Fichter, M.M. (1999): Effect of Comorbid Anxiety, Depressive, and Personality Disorders on Treatment Outcome of Somatoform Disorders. *Compr Psychiat* 40, 203–209.
- Leibbrand, R., Hiller, W., Fichter, M.M. (2000): Hypochondriasis and Somatization: Two Distinct Aspects of Somatoform Disorders? *J Clin Psychol* 56, 63–72.
- Lidbeck, J. (1997): Group Therapy for Somatization Disorders in General Practice: Effectiveness of a Short Cognitive-Behavioural Treatment Model. *Acta Psych Scand* 96, 14–24.
- Lidbeck, J. (2003): Group Therapy for Somatization Disorders in Primary Care: Maintenance of Treatment Goals of Short Cognitive-Behavioural Treatment One-and-a-half-year Follow-Up. *Acta Psych Scand* 107, 449–456.
- Lieb, H., von Pein, A. (1990): *Der kranke Gesunde*. Stuttgart: Trias.
- Looper, K.J., Kirmayer, L.J. (2002): Behavioral Medicine Approaches to Somatoform Disorders. *J Consult Clin Psychol* 70, 810–827.
- Margraf, J., Neumer, S., Rief, W. (Hg) (1998): *Somatoforme Störungen. Ätiologie, Diagnose und Therapie*. Berlin: Springer-Verlag.
- Mayou, R., Bass, C., Sharpe, M. (Hg.) (1995): *Treatment of Functional Somatic Symptoms*. Oxford: Oxford University Press.
- Nanke, A., Rief, W. (2000): Biofeedback-Therapie bei somatoformen Störungen. *Verhaltenstherapie* 10, 238–248.
- Overmier, J.B. (2002): Sensitization, Conditioning, and Learning: Can They Help Us Understand Somatization and Disability? *Scand J Psychol* 43, 105–112.
- Papageorgiou, C., Wells, A. (1998): Effects of Attention Training on Hypochondriasis: A Brief Case Series. *Psychol Med* 28, 193–200.
- Rief, W., Hiller, W. (1998): *Somatisierungsstörung und Hypochondrie*. Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W., Hiller (1999): Toward Empirically Based Criteria for the Classification of Somatoform Disorders. *J Psychosom Res* 46, 507–518.
- Rief, W., Exner, C. (2002): Psychobiology of Somatoform Disorders. In: D'Haenen, J.A., den Boer, J.A., Willner, P. (Hg.): *Biological Psychiatry*, S. 1063–1077. New York: Wiley.
- Rief, W., Hiller, W., Geissner, E., Fichter, M.M. (1995): A Two-Year Follow-Up Study of Patients with Somatoform Disorders. *Psychosomatics* 36, 376–386.
- Rief, W., Heuser, J., Mayrhuber, E., Stelzer, I., Hiller, W., Fichter, M.M. (1996):

- The Classification of Multiple Somatoform Symptoms. *J Nerv Ment Dis* 184, 680–687.
- Rief, W., Hiller, W., Heuser, J. (1997): SOMS – Screening für Somatoforme Störungen (Manual). Bern: Huber.
- Rief, W., Ihle, D., Pilger, F. (2003): A New Approach to Assess Illness Behaviour. *J Psychosom Res* 54, 405–414.
- Rost, K., Kashner, T. M., Smith, G. R. (1994): Effectiveness of Psychiatric Intervention with Somatization Disorder Patients: Improved Outcome at Reduced Costs. *Gen Hosp Psychiatry* 16, 381–387.
- Salkovskis, P. M. (1989): Somatic Problems. In: Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., Clark, D. M. (Hg.): *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*, S. 235–276. Oxford: University Press.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (Hg.) (1996): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Sharpe, M., Peveler, R., Mayou, R. (1992): The Psychological Treatment of Patients with Functional Somatic Symptoms: A Practical Guide. *J Psychosom Res* 36, 515–529.
- Smith, G. R., Monson, R. A., Ray, D. C. (1986): Psychiatric Consultation in Somatization Disorder. A Randomized Controlled Study. *N Engl J Med* 314, 1407–1413.
- Speckens, A. E. M., van Hemert, A. M., Spinhoven, P., Hawton, K. E., Bolk, J. H., Rooijmans, H. G. M. (1995): Cognitive Behavioural Therapy for Medically Unexplained Physical Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *BMJ* 311, 1328–1332.
- Sumathipala, A., Hewege, S., Hanwella, R., Mann, A. H. (2000): Randomized Controlled Trial of Cognitive Behaviour Therapy for Repeated Consultations for Medically Unexplained Complaints: A Feasibility Study in Sri Lanka. *Psychol Med* 30, 747–757.
- Timmer, B., Bleichhardt, G., Rief, W. (2004): Effektivität einer stationären Gruppentherapie für Patienten mit multiplem somatoformen Syndrom: Ergebnisse einer kontrolliert-randomisierten Therapieevaluationsstudie. *Z Klin Psychol Psychother* 33, 24–32.
- Ursin, H. (1997): Sensitization, Somatization, and Subjective Health Complaints. *International J Behav Med* 4, 105–116.
- Visser, S., Bouman, T. K. (1992): Cognitive-Behavioral Approaches in the Treatment of Hypochondriasis: Six Single Case Crossover Studies. *Behav Res Ther* 30, 301–306.
- Visser, S., Bouman, T. K. (2001): The Treatment of Hypochondriasis: Exposure Plus Response Prevention vs. Cognitive Therapy. *Behav Res Ther* 39, 423–442.
- Warwick, H. M. C., Clark, D. M., Cobb, A. M., Salkovskis, P. M. (1996): A Controlled Trial of Cognitive-Behavioural Treatment of Hypochondriasis. *Br J Psychiat* 169, 189–195.
- Warwick, H. M. C., Salkovskis, P. M. (2001): Cognitive-behavioral treatment of hypochondriasis. In: Starcevic, V., Lipsitt, D. R. (Hg): *Hypochondriasis: Modern Perspectives on an Ancient Malady*, S. 314–328. New York: Oxford University Press.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., Zaudig, M. (1997): SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. rer. nat. Wolfgang Hiller, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Psychologisches Institut, Staudingerweg 9, 55099 Mainz, E-Mail: hiller@mail.uni-mainz.de