

Kleinstäuber  
Thomas  
Witthöft · Hiller



# Kognitive Verhaltenstherapie

bei medizinisch unerklärten  
Körperbeschwerden  
und somatoformen  
Störungen

inkl. CD  
mit  
sämtlichen  
Materialien

 Springer

Maria Kleinstäuber – Petra Thomas –  
Michael Witthöft – Wolfgang Hiller

**Kognitive Verhaltenstherapie  
bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden  
und somatoformen Störungen**

Maria Kleinstäuber – Petra Thomas –  
Michael Witthöft – Wolfgang Hiller

# **Kognitive Verhaltenstherapie bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und somatoformen Störungen**

**Dr. Maria Kleinstäuber**  
Psychologisches Institut  
Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz  
Wallstraße 3  
55122 Mainz

**Dipl.-Psych. Petra Thomas**  
Bethesda Spital AG  
Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik  
Gellertstraße 144  
4020 Basel, Schweiz

**Dr. Michael Witthöft**  
Psychologisches Institut  
Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz  
Wallstraße 3  
55122 Mainz

**Prof. Dr. Wolfgang Hiller**  
Psychologisches Institut  
Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz  
Wallstraße 3  
55122 Mainz

**ISBN-13 978-3-642-20107-3 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

**SpringerMedizin**  
Springer-Verlag GmbH  
ein Unternehmen von Springer Science+Business Media  
[springer.de](http://springer.de)

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Renate Scheddin, Heidelberg  
Projektmanagement: Renate Schulz, Heidelberg  
Lektorat: Annette Allée, Dinslaken  
Umschlaggestaltung: deblik Berlin  
Coverbild: deblik Berlin  
Satz: Fotosatz Detzner, Speyer  
SPIN: 80040769

Gedruckt auf säurefreiem Papier 26/2126 – 5 4 3 2 1 0

Für Annelies und Dr. Gerd Kleinstäuber,  
Elisabeth und Rudolf Schneider

(M. K.)

# Geleitwort

---

Somatoforme Störungen waren gerade im Bereich der Psychotherapieforschung eher ein »Stiefkind«. Betrachtet man die hohe Anzahl an Therapiestudien zum Bereich Depression oder Angsterkrankungen, so erstaunt, wie wenig Vergleichbares aus dem Bereich somatoformer Störungen vorliegt. Dies ist umso bedenklicher, da somatoforme Störungen mindestens vergleichbar häufig zu Depressionen und Angsterkrankungen sind und gerade in Deutschland durch das große Netz an psychosomatischen Kliniken viele Menschen mit solchen Erkrankungsbildern sogar stationäre Behandlung erhalten. Aber auch im ambulanten Setting gibt es hohen Behandlungsbedarf, um zu vermeiden, dass betroffene Personen hilflos von einem Facharzt zum nächsten, von der traditionellen Medizin zu Alternativverfahren und zurück oder zu anderen Heilsversprechern wechseln.

Vor diesem Hintergrund ist es besonders erfreulich, dass endlich ein deutsches Behandlungsmanual für eine psychologisch fundierte, empirisch abgesicherte Intervention vorgestellt wird. Während zwar in der Vergangenheit zunehmend Behandlungsleitfäden entwickelt wurden, fehlte doch bis zuletzt ein ausführliches Behandlungsmanual, das konkrete Schritte des therapeutischen Vorgehens beschreibt, dazu Arbeitsmaterialien anbietet und alles auf einer guten empirischen Fundierung beruht. Zusätzlich enthält das vorliegende Buch zahlreiche Hintergrundinformationen, die für ein besseres Verständnis der Erkrankung als auch für eine adäquate Behandlung notwendig sind. Der Behandlungsleitfaden stellt dem Leser zahlreiche Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung, um Patienten für einen psychotherapeutischen Zugang zu motivieren. Die oftmals eher organisch orientierten Patienten mit somatoformen Störungen erhalten leicht verständliche und gut akzeptierbare Informationen und begleitende Verhaltensexperimente, die die komplexe Vernetzung von körperlichem Wohlbefinden und seelischen Prozessen verdeutlichen. Damit erhält das Problem, das früher manchmal unbewältigbar erschien, plötzlich einen Lösungsweg: Wie gewinne ich diese Patienten für Psychotherapie?

Die Autorengruppe ist hierbei bestens ausgewiesen, ein solches Behandlungsmanual zu erstellen: Ihre Erfahrungen basieren nicht nur auf jahrelanger praktischer Tätigkeit in diesem Bereich, sondern unter der gleichen Erstautorenschaft wurde auch eine vielbeachtete Metaanalyse zur Behandlung somatoformer Störungen erstellt und veröffentlicht. Somit fließen in das vorliegende Manual nicht nur viele praktische Erfahrungen ein, sondern auch das theoretische Wissen über viele andere Behandlungsversuche in diesem Bereich.

Vor diesem Hintergrund ist dem Buch vor allem zu wünschen, dass es den ihm zustehenden Erfolg erhalten möge. Für den praktischen Psychotherapeuten stellt es eine entscheidende Hilfe dar, um mit dieser oftmals als schwierig empfundenen Patientengruppe gut akzeptable und erfolgreiche Behandlungsschritte durchzuführen. Durch die Manualisierung werden jedoch auch dem Psychotherapieforscher neue Wege eröffnet: Hier ist der Behandlungsweg, an dem sich andere messen lassen müssen, und auch therapeutische Neu- und Weiterentwicklungen sind an dem Manual von Kleinstäuber et al. zu messen. Dies ist der neue Standard der Behandlung von Personen mit somatoformen Störungen.

Deshalb wünsche ich dem Buch eine hohe Verbreitung, auch im Namen der vielen Patientinnen und Patienten, die davon profitieren können.

Marburg an der Lahn, im September 2011

**Prof. Dr. Winfried Rief**

## Vorwort

---

**Man darf das Schiff nicht an einen einzigen Anker und das Leben nicht an eine einzige Hoffnung binden.**  
(Epiktet, griechischer Philosoph, 50–138 n. Chr.)

Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass körperliche Beschwerden, die in deutschen Hausarztpraxen untersucht werden, in der weit überwiegenden Zahl der Fälle medizinisch nicht erklärt werden können. Bis die Betroffenen eine adäquate Behandlung erhalten, die auch psychotherapeutische Maßnahmen einschließt, vergehen oft viele Jahre. In dieser Zeit durchlaufen viele Patienten langwierige – zum Teil unnötige, zum Teil sogar kontraindizierte – diagnostische Prozeduren und Behandlungen. Dabei sind sie in Gefahr, ihr Leben an eine **einzig**e Hoffnung zu binden – nämlich die Hoffnung auf eine endgültige Ursachenbekämpfung und Heilung ihrer Beschwerden. Diese Hoffnung wird leider allzu häufig enttäuscht und mündet in Frustration, Verzweiflung und Resignation.

Internationale Forschungsarbeiten zeigen, dass für diese klinische Gruppe eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung sehr vielversprechend ist. Sie vermittelt den Patienten eine neue Perspektive ihrer Beschwerden. Anstatt sich zurückzulehnen und passiv auf ein »Allheilmittel« zu hoffen, werden sie ermuntert und angeleitet, sich aktiv mit ihren Beschwerden und damit zusammenhängenden Problemen auseinanderzusetzen. Es gilt, selbst aktiv zu werden und zu lernen, trotz der Symptome wieder ein höheres Maß an Wohlbefinden zu erreichen. Damit soll neben der primären Hoffnung auf Heilung eine **neue** Hoffnung entwickelt werden – z. B. eine gute Lebensqualität trotz Symptomen aufrechtzuerhalten. In den letzten zwei Jahrzehnten hat die kognitive Verhaltenstherapie viele fruchtbare Ansätze für das Verständnis und die Behandlung medizinisch unerklärter Körperbeschwerden entwickelt. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen die Wirksamkeit dieser Behandlungsansätze. Doch trotz dieser vielversprechenden Befunde lag bislang noch kein veröffentlichtes Therapiemanual zur kognitiven Verhaltenstherapie somatoformer Beschwerden im deutschsprachigen Raum vor. Wir verbinden daher mit diesem Buch das Anliegen, dem Praktiker unsere Erfahrungen sowie die Erfahrungen anderer Arbeitsgruppen zugänglich zu machen.

Um dem Ziel der praxisnahen Gestaltung dieses Behandlungsprogramms gerecht werden zu können, stellen wir dem Leser eine Vielzahl von Arbeitsblättern, praktischen Übungen und dazugehörigen Instruktionstexten sowie Fragebeispielen zur Gestaltung der Therapiesitzung zur Verfügung. Dies ist in einen Überblick aktueller epidemiologischer, ätiologischer sowie diagnostischer Hintergrundinformationen zu medizinisch unerklärten Körperbeschwerden eingebettet. Das vorliegende Buch ist daher nicht ausschließlich ein therapeutisches Hilfsmittel für die psychologischen bzw. psychotherapeutischen Kollegen, sondern richtet sich zugleich an Ärzte im ambulanten wie auch stationären Behandlungssetting, die mit Patienten mit multiplen somatoformen Beschwerden arbeiten.

Wie es das – aus der Mongolei stammende – Sprichwort »Mit einer Hand lässt sich kein Knoten knüpfen« treffend zum Ausdruck bringt, entstand auch dieses Buch nicht in Alleinarbeit, sondern stellt das Produkt einer fruchtbaren und bereichernden Zusammenarbeit der vier Autoren dar. Besonderen Dank richten wir an Prof. Dr. Winfried Rief und Dr. Gaby Bleichhardt von der Universität Marburg für ihre vielseitigen Anregungen und fachkompetente Unterstützung. Zudem danken wir insbesondere Dipl.-Psych. Carina Grama, Dipl.-Psych. Ann Christin Krämer und Dr. Fabian Jasper, ohne deren Mitarbeit die aufwendige Wirksamkeitsevaluation dieses Behandlungsprogramms nicht umsetzbar gewesen wäre. Besonderen Dank sprechen wir aber vor allem den Patienten aus, die aufgrund ihrer Beschwerden unseren Behandlungsschwerpunkt »Somatoforme Störungen« der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz aufgesucht, uns ihr Vertrauen geschenkt und mit dem Ausfüllen vieler Fragebögen enorm viel Unterstützung geleistet haben. Wir bitten in diesem Zusammenhang insbesondere unsere **Leserinnen** – diejenigen, die selbst von medizinisch unerklärten Körperbeschwerden betroffen sind, sowie unsere Kolleginnen – um Verständnis, dass wir um

der Lesbarkeit willen in diesem Text das generische Maskulinum verwenden und nicht Frauen und Männer separat als geschlechtliche Wesen charakterisieren.

Mit dem vorliegenden Buch möchten wir dazu beitragen, dass die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen optimiert wird, also die Betroffenen frühzeitig adäquat diagnostiziert werden und zeitnah die passende Behandlung erhalten. Wir sind uns bewusst, dass auf diesen Schritt noch viele weitere folgen müssen – in der Forschung wie auch in der Praxis.

Mainz, im Herbst 2011

**Maria Kleinstäuber, Petra Thomas, Michael Witthöft und Wolfgang Hiller**

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Unerklärte Körperbeschwerden und somatoforme Störungen</b>	<b>1</b>
1.1	<b>Phänomenologie</b>	2
1.1.1	Die Verzweiflung der Frau O.	2
1.1.2	Die Leiden des Herrn Z.	3
1.2	<b>Der Begriff »Somatisierung«: Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft</b>	3
1.2.1	Vergangenheit: Historie des Begriffs »Somatisierung«	4
1.2.2	Gegenwart: Derzeitige diagnostische Konzepte	5
1.2.3	Zukunft: Somatoforme Störungen im DSM-5	6
1.3	<b>Diagnostik</b>	7
1.3.1	Diagnostische Klassifikationskriterien nach dem DSM-IV und der ICD-10	8
1.3.2	Diagnostischer Prozess und Besonderheiten bei unerklärten Körperbeschwerden	11
1.3.3	Differenzialdiagnostische Abgrenzung	12
1.3.4	Weitere diagnostische Verfahren	14
1.4	<b>Epidemiologie</b>	16
1.4.1	Prävalenz	16
1.4.2	Soziodemographische und transkulturelle Besonderheiten	18
1.4.3	Komorbidität	20
1.4.4	Verlauf	21
1.4.5	Gesundheitsökonomische Relevanz: Unerklärte Körperbeschwerden und Behandlungskosten	22
<b>2</b>	<b>Störungstheorien, Modelle und Konzepte unerklärter Körperbeschwerden und somatoformer Störungen</b>	<b>25</b>
2.1	<b>Konzept der somatosensorischen Verstärkung</b>	26
2.2	<b>Kognitiv-behaviorale Störungsmodelle</b>	26
2.3	<b>Kognitionspsychologisches Modell</b>	27
2.4	<b>Psychobiologisches Filtermodell</b>	29
2.5	<b>Modell der klassischen Konditionierung somatoformer Beschwerden</b>	30
2.6	<b>Mechanismus der zentralen Sensitivierung</b>	32
2.7	<b>Physiologische und psychophysiologische Faktoren bei Somatisierung</b>	32
2.8	<b>Interpersonelles Modell der Somatisierung</b>	33
2.9	<b>Psychoanalytische und tiefenpsychologische Konzepte</b>	34
2.10	<b>Ausblick: Dysfunktionale Emotionsregulationsprozesse bei somatoformen Beschwerden</b>	35
2.11	<b>Ätiologie und Pathogenese somatoformer Störungen nach aktuellem Kenntnisstand: Ein integratives Modell</b>	35
<b>3</b>	<b>Therapieansätze für unerklärte Körperbeschwerden und somatoforme Störungen</b>	<b>37</b>
3.1	<b>Psychotherapie und sonstige psychologische Behandlungsansätze</b>	38
3.1.1	Kognitiv-verhaltenstherapeutische und verhaltensmedizinische Ansätze	38
3.1.2	Entspannungsverfahren und Biofeedback	41
3.1.3	Reattributionstraining	42
3.1.4	Tiefenpsychologisch fundierte Therapieansätze	43
3.1.5	Interpersonelle Therapieansätze	44
3.1.6	Sport- und Bewegungstherapie	45
3.2	<b>Psychopharmakotherapie</b>	45
3.3	<b>Wirksamkeitsevidenz für verschiedene Therapieansätze bei unerklärten Körperbeschwerden</b>	46
3.3.1	Wirksamkeit von kognitiv-verhaltenstherapeutischen und verhaltensmedizinischen Interventionen, Reattributionstraining und Entspannungsverfahren	46
3.3.2	Wirksamkeit von tiefenpsychologisch fundierten Therapieansätzen	48
3.3.3	Wirksamkeit von interpersonellen Therapieansätzen	49
3.3.4	Wirksamkeit von Sport- und Bewegungstherapie	49

3.3.5	Wirksamkeit von psychopharmakologischer Therapie .....	49
3.4	<b>Schlussfolgerungen für zukünftige kognitive Verhaltenstherapie bei unerklärten Körperbeschwerden .....</b>	<b>50</b>
4	<b>Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Einzeltherapiekonzept für Patienten mit unerklärten Körperbeschwerden:</b>	
	<b>Grundlagen und Eingangsphase .....</b>	<b>51</b>
4.1	<b>Einführung in die Struktur des Manuals .....</b>	<b>52</b>
4.1.1	Anwendung des manualisiert-strukturierten Vorgehens im Praxisalltag: Chancen und Probleme .....	52
4.1.2	Empfehlungen für therapeutische Schwerpunktsetzungen bei der Behandlung monosymptomatischer funktioneller Syndrome .....	55
4.2	<b>Eingangsphase der Therapie .....</b>	<b>56</b>
4.2.1	Erstkontakt und Therapieerwartungen des Patienten .....	56
4.2.2	Besonderheiten im weiteren Verlauf .....	62
5	<b>Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Einzeltherapiekonzept für Patienten mit unerklärten Körperbeschwerden: Therapeutische Phase .....</b>	<b>65</b>
5.1	<b>Modul 1: Behandlungsmotivation .....</b>	<b>66</b>
5.1.1	Sitzung 1 .....	66
5.2	<b>Modul 2: Stress und Stressbewältigung (Teil 1) .....</b>	<b>67</b>
5.2.1	Sitzung 2 .....	67
5.2.2	Sitzung 3 .....	70
5.3	<b>Modul 3: Aufmerksamkeit .....</b>	<b>74</b>
5.3.1	Sitzung 4 .....	74
5.3.2	Sitzung 5 .....	77
5.3.3	Sitzung 6 .....	79
5.4	<b>Modul 4: Bewertungsprozesse .....</b>	<b>81</b>
5.4.1	Sitzung 7 .....	81
5.4.2	Sitzung 8 .....	84
5.4.3	Sitzung 9 .....	87
5.4.4	Sitzung 10 .....	89
5.4.5	Sitzung 11 .....	92
5.5	<b>Modul 5: Krankheitsverhalten .....</b>	<b>94</b>
5.5.1	Sitzung 12 .....	94
5.5.2	Sitzung 13 .....	96
5.5.3	Sitzung 14 .....	98
5.5.4	Sitzung 15 .....	100
5.6	<b>Modul 6: Stress und Stressbewältigung (Teil 2) .....</b>	<b>102</b>
5.6.1	Sitzung 16 .....	102
5.6.2	Sitzung 17 .....	104
5.6.3	Sitzung 18 .....	107
5.6.4	Sitzung 19 .....	110
5.7	<b>Modul 7: Störungsmodell .....</b>	<b>112</b>
5.7.1	Sitzung 20 .....	112
5.8	<b>Kasuistik .....</b>	<b>114</b>
6	<b>Evaluation des Einzeltherapiekonzepts .....</b>	<b>119</b>
6.1	Merkmale der behandelten Patienten .....	120
6.2	Auswertung klinischer Skalen .....	120
6.3	Patientenzufriedenheit .....	124
	<b>Arbeitsblätter .....</b>	<b>128</b>
	<b>Literatur .....</b>	<b>190</b>
	<b>Stichwortverzeichnis .....</b>	<b>196</b>

# Unerklärte Körperbeschwerden und somatoforme Störungen

- 1.1 Phänomenologie – 2**
  - 1.1.1 Die Verzweiflung der Frau O. – 2
  - 1.1.2 Die Leiden des Herrn Z. – 3
  
- 1.2 Der Begriff »Somatisierung«: Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft – 3**
  - 1.2.1 Vergangenheit: Historie des Begriffs »Somatisierung« – 4
  - 1.2.2 Gegenwart: Derzeitige diagnostische Konzepte – 5
  - 1.2.3 Zukunft: Somatoforme Störungen im DSM-5 – 6
  
- 1.3 Diagnostik – 7**
  - 1.3.1 Diagnostische Klassifikationskriterien nach dem DSM-IV und der ICD-10 – 8
  - 1.3.2 Diagnostischer Prozess und Besonderheiten bei unerklärten Körperbeschwerden – 11
  - 1.3.3 Differenzialdiagnostische Abgrenzung – 12
  - 1.3.4 Weitere diagnostische Verfahren – 14
  
- 1.4 Epidemiologie – 16**
  - 1.4.1 Prävalenz – 16
  - 1.4.2 Soziodemographische und transkulturelle Besonderheiten – 18
  - 1.4.3 Komorbidität – 20
  - 1.4.4 Verlauf – 21
  - 1.4.5 Gesundheitsökonomische Relevanz: Unerklärte Körperbeschwerden und Behandlungskosten – 22

## 1.1 Phänomenologie

Patienten mit somatoformen Symptomen weisen Körperbeschwerden auf, für die trotz ärztlicher Untersuchung kein bzw. kein ausreichender organischer Befund nachweisbar ist. Dieses einleitende Kapitel gibt einen tieferen Einblick in das Erscheinungsbild, die Diagnostik und Epidemiologie somatoformer Störungen. Zum Einstieg sollen zwei Fallbeispiele einen Eindruck davon vermitteln, wie heterogen die therapeutische Ausgangslage bei Patienten mit medizinisch unklaren Körperbeschwerden aussehen kann.

### 1.1.1 Die Verzweiflung der Frau O.

Frau O. fühlt sich am Rande eines Nervenzusammenbruchs. Mit weit nach oben geschraubten Erwartungen nimmt sie heute erstmalig einen Termin bei einer Psychotherapeutin wahr. Diese wurde ihr von ihrem Hausarzt empfohlen. Bisher hatte Frau O. keinerlei Kontakt zu Psychiatrie und Psychotherapie.

Als Frau O. im Erstgespräch darum gebeten wird, ihre Beschwerden zu schildern, platzt es aus ihr heraus: »Zuallererst möchte ich betonen, dass ich KEIN psychisches Problem habe! Ich habe seit langer Zeit Rückenschmerzen, und der Rücken hat ja mit der Psyche wohl herzlich wenig zu tun. Na, und neben meinem Rücken wäre da mein vegetatives Nervensystem, das total spinnt. Dass mich mein Hausarzt nun zu Ihnen überwiesen hat, finde ich nicht wirklich gut. Ich komme mir ein wenig abgeschoben und nicht ernst genommen vor. Klar gehen diese ganzen körperlichen Beschwerden mit der Zeit an die Substanz und zehren auch an meinen psychischen Kräften, doch glauben Sie mir, wenn mein Körper normal funktionieren würde, dann wäre ich der glücklichste Mensch auf dieser Welt. Ich weiß zwar nicht, wie Sie als Psychologin mir jetzt in dieser Angelegenheit helfen wollen, doch in der Not greift man ja bekanntlich nach jedem Strohalm, der vor einem auftaucht.«

Frau O. ist 43 Jahre alt, geschieden, allerdings liiert und Mutter einer 11-jährigen Tochter, die aus einer früheren Beziehung stammt. Sie ist selbstständig als Physiotherapeutin tätig. Derzeit mit einem Pensum von 60%. Mehr schaffe sie einfach nicht, obwohl sie auf das Geld eigentlich angewiesen sei.

Sie klagt über »höllische Rückenschmerzen«, die das erste Mal vor 3 Jahren aufgetreten seien. Seit letztem Sommer werde sie permanent, d. h. täglich von diesen Schmerzen geplagt, die auch in andere Körperbereiche ausstrahlen würden (Nacken, Oberarme und Hüfte). »Sie können sich gar nicht vorstellen, wie das ist! Ich bin wirklich am Ende.«

An weiteren Beschwerden schildert Frau O. Folgendes: »Ich schwitze wie verrückt und weiß nicht, warum. Meine Hände und Füße sind oft eiskalt. Außerdem bin ich total schnell erschöpft. Oft fühle ich mich nach geringster Anstrengung wie Blei. Auch schlafen tue ich nicht mehr gut. Immer wieder wache ich wegen der Schmerzen auf und kann dann nicht mehr einschlafen. Entsprechend fühle ich mich morgens dann wie gerädert. Nein, das ist wirklich kein Leben mehr. Wenn ich mir vorstelle, dass das nun die nächsten 40 Jahre so weitergehen soll, na dann gute Nacht!«

Auf die Frage hin, was sie denn bisher alles unternommen habe, um die Beschwerden abklären und behandeln zu lassen, antwortet Frau O. wie folgt: »Zu viel! Ich verstehe das einfach nicht. Kein Arzt kann mir sagen, was ich habe. Das kann doch nicht wahr sein! In den letzten 3 Jahren bin ich bestimmt bei mindestens 20 verschiedenen so genannten Experten gewesen, doch ich habe das Gefühl, dass jeder mit mir überfordert ist und mich wie einen Schwarzen Peter dem nächsten Spezialisten zuschiebt. Wie gesagt, keiner nimmt mich ernst, und man gibt die Verantwortung einfach weiter. Langsam habe ich das Vertrauen in die Medizin verloren. Und, was meinen Hausarzt angeht, von dem bin ich maßlos enttäuscht. Wissen Sie, der hat es sich ziemlich einfach gemacht. Mich zu Ihnen weitergereicht und mir irgend so eine Psycho-Pille verschrieben, die angeblich die Schmerzen lindern soll. Und, was ist passiert? Ich habe diese Tablette 3 Wochen lang eingenommen, wie es empfohlen wird, doch wegen der starken Nebenwirkungen habe ich dann wieder damit aufgehört. Wissen Sie, ich war nicht mehr ich selbst. Wie ein Zombie bin ich durch die Gegend geschlichen. Das kann ja wohl nicht Sinn der Sache sein. Nein, nein, dann ertrage ich lieber die Schmerzen, als so benebelt zu sein. Abgesehen mal davon, ein Leben lang Pillen zu schlucken, das kann ja wohl auch nicht die Lösung meines Problems sein.«

Befragt nach psychosozialen Belastungen reagiert Frau O. abweisend, ja fast schon empört. Mit verschränkten Armen und aufgedrehter Lautstärke ergreift sie das Wort: »Jetzt versuchen Sie bitte nicht, mich zu analysieren! Meine Kindheit war glücklich, und ich habe da nix aufzuarbeiten. Ich bin auch nicht traumatisiert oder sonst wie gestört. Ich habe ein wunderbares Kind und einen Partner, der für mich da ist. – Glauben Sie mir, ich habe mein Leben im Griff, mal abgesehen von den üblichen Problemen, die jeder mit sich so herumschleppt, und eben diesen verdammt Schmerzen. Ich hatte ja gehofft, dass Sie mir sagen können, wo die herkommen, aber mittlerweile befürchte ich, dass das hier in eine ganz falsche Richtung geht.«

Das Erstgespräch endet ernüchternd und offen bezüglich des weiteren Kontaktes. Frau O. müsse sich noch einmal genau überlegen, ob ihr das hier was bringe, denn »so Gespräche allein, das ist der falsche Ansatz.« Wie auch

immer ihre Entscheidung ausfallen wird, sie werde sich innerhalb der nächsten Woche telefonisch melden.

Die Therapeutin notiert: »vorläufige Diagnose gemäß ICD-10: Undifferenzierte somatoforme Störung (F45.1)«.

### 1.1.2 Die Leiden des Herrn Z.

Herr Z. ist 54 Jahre alt, in zweiter Ehe verheiratet und hat zwei (wie er sagt) »bezaubernde« Töchter im Alter von 15 und 17 Jahren. Er ist erfolgreicher Geschäftsmann in leitender Position eines Kleinunternehmens (Branche: Lebensmittelindustrie). Sein Job bedeute ihm viel und verlange auch einiges an Einsatz. Oft arbeite er über 60 Stunden in der Woche, sei viel unterwegs, manchmal auch am Wochenende. Er sei froh, dass seine Familie da vollstes Verständnis für ihn habe und ihn unterstütze, wo sie könne. Traurig finde er es natürlich, dass er gewisse Dinge des Familienalltags nicht mitbekomme und wenig Zeit mit seinen Kindern verbringen könne, »Doch das ist wohl der Preis, den ich zahlen muss.« Herr Z. gibt an, sehr sportlich zu sein und sich gerne beim Badminton auszuzeichnen. Das praktiziere er schon seit über 30 Jahren und sei auch Mitglied in einem Verein. Bisher habe er sich auch immer bester Gesundheit erfreut: »Ein Krankenhaus habe ich noch nie von innen gesehen. Ach doch, als Besucher natürlich, aber nie als Patient.«

Vor etwas mehr als 6 Monaten habe sich sein Gesundheitszustand plötzlich schlagartig geändert. »Wie aus dem Nichts« seien diverse Magen-Darm-Beschwerden aufgetaucht: »So ein seltsames Ziehen. Manchmal auch nur ein massives Druckgefühl.« Nachdem die Beschwerden nach 2 Wochen immer noch nicht von selbst verschwunden waren, konsultierte Herr Z. seinen Hausarzt. Dieser empfahl ihm, einen Gastroenterologen aufzusuchen, was Herr Z. auch tat. Das Untersuchungsergebnis lautete: »ohne pathologischen Befund«. Auch Nahrungsmittelunverträglichkeiten wurden als Ursache der Beschwerden ausgeschlossen. Auf der einen Seite war Herr Z. beruhigt, doch auf der anderen Seite ließ ihn der Befund etwas ratlos zurück. »Na, und jetzt? Die Beschwerden sind doch da. Was soll ich dagegen tun?« Der Hausarzt wiederum empfahl Herrn Z., für mehr Entspannung im Alltag zu sorgen und auf seine »Work-Life-Balance« zu achten. Mit diesem Tipp konnte Herr Z. wenig anfangen, folgte schließlich dem Rat seiner Frau und probierte einiges an Naturheilmitteln aus. An seinem Lebensstil änderte Herr Z. jedoch nichts. »Stress im Job – das gehört nun mal dazu. Da kann ich nichts machen, außer Opfer bringen.« Nach einigen Wochen besserten sich in der Tat die Beschwerden, so dass Herr Z. glaubte, von seinen Leiden befreit zu sein.

Doch nun traten auf einmal andere, »sehr spezielle und komische Beschwerden in der Herzgegend« auf. Er

habe zwar noch nie in seinem Leben einen Herzinfarkt erlitten, und auch in seiner Familie habe es keine »Herzkranken« gegeben, dennoch werde er jedes Mal durch die Missempfindungen massiv verunsichert und frage sich, ob sein Herz nicht doch einen Schaden davontragen könne. Herr Z. berichtet, dass er schon immer in Stresssituationen mit massivem Herzklopfen und Spannungsgefühlen in der Brust zu kämpfen gehabt habe. Aufgrund seiner Sorge um die Gesundheit seines Herzens habe er bereits einige Herzspezialisten aufgesucht, diverse EKGs und andere, weit kostspieligere Untersuchungen durchführen lassen, doch jedes Mal habe man ihm gesagt: »Herr Z., Ihr Herz ist vollkommen in Ordnung. Machen Sie sich keine Sorgen.« Nur kurzfristig konnten ihn solche Aussagen beruhigen. Oft tauchten bereits Zweifel auf, sobald er die Praxisräume des Arztes verließ.

Herr Z. fühlt sich erneut hilflos. Das Badmintonspielen hat er vorübergehend eingestellt, »um mein Herz ein wenig zu schonen. Im Job ist es derzeit aufregend genug.« In einer Buchhandlung bleibt er kurz vor einem Regal mit Ratgebern aus dem Bereich der Psychologie stehen. Sein Blick schweift über das Angebot. Die Schlagwörter »Stress«, »Glück« und »Work-Life-Balance« erregen für einen Augenblick sein Interesse. »Vielleicht rufe ich doch mal diesen Psychologen an«, denkt sich Herr Z. und hetzt zum nächsten Geschäftstermin.

### 1.2 Der Begriff »Somatisierung«: Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft

Unterschiedlichste körperliche Beschwerden ohne klare organmedizinische Ursache, wie sie in den beiden vorangehenden Fallbeispielen geschildert wurden, bilden den Kern des Konzepts der somatoformen Störungen nach den international anerkannten Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10. Hierbei soll nicht verschwiegen werden, dass der Begriff der »Somatisierung« bzw. der »somatoformen Störung« in den letzten Jahren zunehmend in die Kritik geraten ist. Insbesondere im Bereich der Schmerzforschung wird die oftmals unklare Konzeptualisierung des Phänomens Somatisierung kritisiert und von der Verwendung zugunsten eines neutraleren Begriffs (z. B. körperliche Beschwerden/Symptome unklarer bzw. medizinisch unerklärter Genese) abgeraten (z. B. Crombez et al. 2009). Insgesamt befürchten viele Behandler, dass der Begriff »Somatisierung« bzw. »somatoform« von Patienten als stigmatisierend erlebt und fälschlicherweise mit »Einbildung« bzw. »Simulation« assoziiert werden könnte. Aus unserer Sicht ist diese Ambivalenz gegenüber dem Begriff »Somatisierung« in erster Linie auf eine Konfusion zwischen dem historischen Konzept der Somatisie-

1

rung (im Sinne eines psychodynamischen Konversionsprozesses) und der aktuellen Konzeptualisierung somatoformer Störungen als ätiologiefreie und operationale Definition körperlicher Symptome unklarer Genese (► Abschn. 1.3.1) zurückzuführen. Um diese Entwicklung besser nachvollziehen zu können, erläutern wir im Folgenden kurz die historischen Grundlagen des Begriffs »Somatisierung« bzw. »somatoform«, den aktuellen Gebrauch sowie zukünftige Änderungen im Hinblick auf das in Kürze zu erwartende neue Klassifikationssystem DSM-5.

### 1.2.1 Vergangenheit: Historie des Begriffs »Somatisierung«

Das Phänomen medizinisch unerklärter körperlicher Beschwerden ist keineswegs ein Phänomen der Neuzeit oder der westlichen Industrialisierung (Eriksen et al. 2004), sondern aller Wahrscheinlichkeit nach so alt wie die Menschheit bzw. die medizinische Lehre selbst. So skizziert Morschitzky (2007), dass sich bereits in altägyptischen Aufzeichnungen Beschreibungen von Wahrnehmungsstörungen und diversen unerklärbaren Schmerzzuständen finden, die wir aus heutiger Sicht als »somatoform« bezeichnen würden.

In seinem Artikel zur Historie somatoformer Störungen weist Kapfhammer (2001) darauf hin, dass der Begriff der »Somatisierung« erstmals von Stekel (1908) verwendet wurde und aus einer psychodynamischen Sichtweise heraus den Ausdruck seelischer Konflikte auf organischer Ebene meinte. Allerdings geben Marin und Carron (2002) zu bedenken, dass der Begriff »somatization« das Produkt einer ungenauen Übersetzung des Buches von Stekel ins Englische ist (von J. van Teslaar). Ursprünglich verwendete Stekel selbst den Begriff »Organsprache«, um einen konversionsähnlichen Vorgang der Umwandlung starker Emotionen und psychischer Konflikte in Körpersymptome zu beschreiben. Stekel selbst verwendete erst 1935 explizit den Terminus »Somatisierung« (Stekel 1935, zit. nach Marin u. Carron 2002).

Als wichtigstes und ältestes Vorläuferkonzept somatoformer Störungen gilt die **Hysterie** (von griechisch »hystera«: Gebärmutter). Bereits im antiken Griechenland und Rom wurden nicht erklärbare Körpersymptome mit Abnormitäten im Bereich der Gebärmutter (z. B. Austrocknung aufgrund mangelnder sexueller Aktivität oder Herumwandern der Gebärmutter im Körper) in Verbindung gebracht (Morschitzky 2007). Zwangsläufig wurde die Hysterie als Störungsbild zu dieser Zeit als rein weibliches Beschwerdebild angesehen – eine Sichtweise, die sich erst später Mitte des 19. Jahrhunderts durch die Sichtweise der Hysterie als primäre Erkrankung des Gehirns von Briquet, Charcot und Janet änderte. Im Mittelalter wurden hysteri-

sche Beschwerden fatalerweise mit Teufelswerk und dem Wirken des Bösen in Verbindung gebracht. Teufelsaustreibungen und Hexenverbrennungen resultierten aus dieser Sichtweise (Morschitzky 2007).

Das entscheidende Vorläuferkonzept der heutigen somatoformen Störungen (bzw. der Somatisierungsstörung im engeren Sinne) wurde Mitte des 19. Jahrhunderts von dem französischen Psychiater Pierre Briquet als »**Briquet-Syndrom**« vorgestellt (Briquet 1895). Wie Kapfhammer (2007) darstellt, handelt es sich bei Briquets Darstellung um eine bemerkenswert modern anmutende multifaktorielle Konzeptualisierung des heutigen Phänomens der Somatisierungsstörung, in der emotionale Einflüsse, familiäre Erfahrungen und psychosoziale Stressoren im Stile heutiger Diathese-Stress-Modelle bereits als relevante Einflussfaktoren benannt wurden.

Während sich Briquet primär der polysymptomatischen Variante somatoformer Beschwerden widmete, beschäftigten sich etwa zeitgleich der französische Neurologe Jean-Martin Charcot und später sein Schüler Pierre Janet primär mit monosymptomatischen, pseudoneurologischen Symptomen, die später als »**Konversionsstörung**« Eingang in die Klassifikationssysteme fanden. Revolutionär war hierbei die Erkenntnis, dass der Verlust bestimmter körperlicher Funktionen (z. B. Sehen, Hören oder willkürliche motorische Handlungen) in Zusammenhang zu starken emotionalen Zuständen (z. B. als Folge von Traumatisierungen) steht und auch unter Hypnose aktiv induziert werden kann (Kapfhammer 2001). Janet prägte in diesem Zusammenhang den Begriff der »**Dissoziation**«, der eine Desintegration von mentalen Prozessen und Inhalten wie z. B. Erleben, Handeln oder Gedächtnis beschreibt. Die psychoanalytischen Konzepte von Breuer und Freud zur Hysterie und Konversion entwickelten sich unter dem Einfluss der Konzepte von Charcot und Janet. Allerdings fokussierte die Theoriebildung von Breuer und Freud (1893) zur Konversion später weniger auf den Charakteristika externer Traumata, sondern auf der eigenen Interpretation des Erlebten hinsichtlich Aversivität und Bedrohlichkeit und dem Ausmaß des hierdurch subjektiv erlebten inneren Konflikts. Konversionssymptome dienen nach diesem Ansatz der Kompromisslösung eines Konflikts zwischen Triebimpulsen und psychologischen Abwehrreaktionen (Kapfhammer 2001). Triebkonflikte, die auf traumatische Erlebnisse in biographisch frühen Lebensphasen zurückführbar sind, werden in späteren Lebensabschnitten zunächst erfolgreich verdrängt und können durch analoge Konflikte wieder aktualisiert werden. Erneute Verdrängung kann zu einer »Somatisierung« führen, was bedeutet, dass die Konflikte »symbolisch« in Körpersymptomen spürbar werden. Eine erschöpfende und ansprechende Darstellung der Historie somatoformer Störungen ist bei Morschitzky (2007) zu finden.

Auch in der Darstellung von Brown (2004), auf die wir weiter unten im Rahmen seines kognitionspsychologischen Modells somatoformer Beschwerden zurückkommen (► Abschn. 2.5), bilden die beiden Konzepte der **Dissoziation** und **Konversion** die beiden wichtigsten historischen Erklärungsansätze des aktuellen Somatisierungskonzepts medizinisch unerklärter körperlicher Symptome. Essenziell erscheint hierbei, dass bereits Janet (Janet 1889, zit. nach Brown 2004; Janet 1907) das Störungsbild der Hysterie als Folge einer direkten Störung des Aufmerksamkeitssystems aufgrund des Erlebens eines traumatischen Ereignisses konzeptualisierte. Hypnose und Suggestion stellten nach Janet wirksame Interventionen zur Modifikation der Dysfunktionen innerhalb des Aufmerksamkeitssystems dar. Interessanterweise gelten auch heute Veränderungen im Bereich von Aufmerksamkeits- und Arbeitsgedächtnisprozessen als zentral zur Erklärung von somatoformen Beschwerden (entsprechende aktuelle Modelle sind in ► Kap. 2 dargestellt).

Einer der ersten »modernen« Ansätze, Somatisierung operational zu definieren, stammt von Bridges und Goldberg (1985). Allerdings definieren die Autoren »Somatisierung« als Begleiterscheinung einer primären psychischen Störung. So nennen Bridges und Goldberg (1985) für die Diagnose Somatisierung vier notwendige Kriterien: ein ärztliches Inanspruchnahmeverhalten, einen somatischen Attributionsstil der Beschwerden, das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung sowie ein Ansprechen der somatischen Beschwerden auf die Behandlung der psychischen Primärerkrankung. Maßgeblichen Einfluss auf die heutige Sichtweise von Somatisierung bzw. auf die Konzeptualisierungen somatoformer Störungen hatte die viel zitierte Arbeit von Lipowski (1988), in der bereits eine multidimensionale Sichtweise von Somatisierung enthalten ist und perzeptuelle (Symptomerleben), kognitive (primäre somatische Ursachenattribution) und insbesondere verhaltensbezogene Merkmale (Suche nach medizinischer Hilfe) genannt werden. So beschreibt Lipowski Somatisierung als

» ... the tendency to experience and communicate somatic distress and symptoms unaccounted for by pathological findings, to attribute them to physical illness, and to seek medical help for them (Lipowski 1988, p. 38; zit. nach Stuart u. Noyes 1999). «

### 1.2.2 Gegenwart: Derzeitige diagnostische Konzepte

Gegenwärtig erfolgt die Definition und Konzeptualisierung der somatoformen Störungen in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 (Dilling u. Freyberger 2000; World Health Organization 1992) und

dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen DSM-IV (American Psychiatric Association 2000; Saß et al. 2003) mit Ausnahme der Konversionsstörung weitgehend ätiologiefrei. Da der Begriff der Somatisierung jedoch ursprünglich aus der psychodynamischen Tradition stammt und eng mit einem Konversionsprozess verknüpft ist, entsteht eine Diskrepanz zwischen der aktuellen ätiologiefreien Definition und der fortdauernden Begrifflichkeit »Somatisierung« (wie beispielsweise in der Diagnose Somatisierungsstörung). Diese Diskrepanz ist einer der Hauptgründe für die wachsenden Ressentiments gegenüber dem Begriff Somatisierung. Als deutlich neutraler erweist sich hierbei der Oberbegriff der **somatoformen Störungen**, mit dem ausgedrückt wird, dass nicht eine tatsächliche somatische Erkrankung vorliegt, sondern die Symptomatik nur die »Form« einer solchen darstellt. Die somatoformen Störungen bilden gegenwärtig noch eine vergleichsweise heterogene Gruppe unterschiedlicher Störungsbilder, die von dem prototypischen Vollbild einer polysymptomatischen somatoformen Störung (in Anlehnung an das Briquet-Syndrom) mit multiplen Symptomen und diversen betroffenen Organsystemen (Somatisierungsstörung nach der ICD-10 und dem DSM-IV) über monosymptomatische Varianten (z. B. Konversionsstörung und somatoforme Schmerzstörung) bis hin zur Hypochondrie und körperdysmorphen Störung reichen (► Abschn. 1.3.1).

Da insbesondere das Vollbild der Somatisierungsstörung (und der Hypochondrie) im DSM-IV und in der ICD-10 sehr restriktiv formuliert ist, haben sich aus einem Forschungskontext heraus ergänzende diagnostische Konzepte entwickelt, denen größere Patientengruppen zugeordnet werden können. Das wohl bekannteste Konzept in dieser Hinsicht ist der »Somatic Symptom Index (SSI) – 4/6« von Escobar und Kollegen (1989). Nach dem SSI-4/6 liegt eine somatoforme Störung vor, wenn 4 (bei Männern) bzw. 6 Symptome (bei Frauen) berichtet werden. Ein ähnliches Konzept als Alternative zur Diagnose der undifferenzierten somatoformen Störung wurde von Kroenke und Kollegen (1997) beim Vorliegen von mindestens drei Symptomen unter der Bezeichnung »**multisomatoforme Störung**« formuliert. Innerhalb der deutschen Fassung des »Patient Health Questionnaires« (PHQ-D; Kroenke et al. 2002) wird von einem »**somatoformen Syndrom**« gesprochen, wenn während der letzten 4 Wochen insgesamt drei von 13 somatischen Symptomen als stark beeinträchtigend berichtet werden (Löwe et al. 2002). Im Bereich der Hypochondrie wurde von Fink und Kollegen ein weniger restriktives Konzept vorgestellt (Fink et al. 2004).

Ein Versuch, unterschiedliche Arten von Somatisierung inhaltlich zu differenzieren, stammt von Kirmayer und Robbins (1991), die eine Unterscheidung von »hypo-