



Kleinstäuber • Bleichhardt • Gottschalk • Rief

THERAPIE-TOOLS



Somatoforme Störungen



E-Book inside auf
[psychotherapie.tools](https://www.psychotherapie.tools)

BELTZ

Kleinstäuber • Bleichhardt • Gottschalk • Rief

Therapie-Tools

Somatoforme Störungen

Maria Kleinstäuber • Gaby Bleichhardt
Japhia-Marie Gottschalk • Winfried Rief

Therapie-Tools

Somatoforme Störungen

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

BELTZ

Anschrift der Autoren:

PD Dr. Maria Kleinstäuber
Department of Psychological Medicine
University of Auckland
2 Park Rd
Grafton, Auckland 1023
maria.kleinstaeuber@staff.uni-marburg.de

Dr. Gaby Bleichhardt
Psychotherapie-Ambulanz Marburg
AG Klinische Psychologie & Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Gutenbergstr. 18
35032 Marburg
bleichha@staff.uni-marburg.de

Dr. Japhia-Marie Gottschalk
Calvinstr. 1
35037 Marburg
japhiagottschalk@googlemail.com

Prof. Dr. Winfried Rief
Psychotherapie-Ambulanz Marburg
AG Klinische Psychologie & Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Gutenbergstr. 18
35032 Marburg
rief@staff.uni-marburg.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28375-5 Print
ISBN 978-3-621-28376-2 E-Book (PDF)

1. Auflage 2018

© 2018 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Anne-Marie Stöhr
Bildnachweis: Enya Meuche
Herstellung: Lelia Rehm
Satz: Reemers Publishing Services GmbH
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autoren und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Geleitwort	7
Vorwort	8
Einführung	10
1 Die Grundhaltung des Therapeuten	15
1.1 Hintergrund und Einführung	15
1.2 Arbeitsmaterialien	15
2 Exploration und diagnostische Klassifikation somatoformer Beschwerden	25
2.1 Hintergrund und Einführung	25
2.2 Arbeitsmaterialien	26
3 Biografische Arbeit, Mikro- und Makroanalyse	72
3.1 Hintergrund und Einführung	72
3.2 Arbeitsmaterialien	72
4 Die frustrierende Suche nach Erklärungen – Erwartungen an die Therapie und Behandlungsziele	86
4.1 Hintergrund und Einführung	86
4.2 Arbeitsmaterialien	86
5 Kognitive Interventionen bei somatoformen Beschwerden	105
5.1 Hintergrund und Einführung	105
5.2 Arbeitsmaterialien	105
6 Stresserleben und -bewältigung	145
6.1 Hintergrund und Einführung	145
6.2 Arbeitsmaterialien	146
7 Flexibilisierung der Aufmerksamkeitsausrichtung	185
7.1 Hintergrund und Einführung	185
7.2 Arbeitsmaterialien	186
8 Krankheitsverhalten	211
8.1 Hintergrund und Einführung	211
8.2 Arbeitsmaterialien	211

9	Lebens- und Kommunikationsprobleme im Zusammenhang mit Körperbeschwerden	257
9.1	Hintergrund und Einführung	257
9.2	Arbeitsmaterialien	257
10	Emotionen und Körperbeschwerden	291
10.1	Hintergrund und Einführung	291
10.2	Arbeitsmaterialien	293
11	Körperbild im Rahmen somatoformer Störungen	307
11.1	Hintergrund und Einführung	307
11.2	Arbeitsmaterialien	308
12	Probleme in der Kommunikation mit dem Arzt	315
12.1	Hintergrund und Einführung	315
12.2	Arbeitsmaterialien	315
13	Bewältigungsmodell, Therapieabschluss und Rückfallprophylaxe	334
13.1	Hintergrund und Einführung	334
13.2	Arbeitsmaterialien	335
Anhang		
	Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	344
	Literatur	350

Geleitwort

Patienten mit anhaltenden belastenden Körperbeschwerden stellen für das gesamte Gesundheitswesen eine große Herausforderung dar. Sie leiden meist nicht nur an den Beschwerden und den dadurch bedingten Aktivitätseinschränkungen, sondern auch an dem Gefühl, nicht ernstgenommen, womöglich als »eingebildeter Kranker« behandelt zu werden. Die somatische Medizin verlängert und verstärkt allzu oft dieses Leiden durch unangemessen redundante Diagnostik und inadäquate Therapieansätze – aber auch Psychotherapeuten fühlen sich diesen notorisch »schwierigen«, anfangs oft misstrauischen und wenig motivierten Patienten gegenüber häufig ziemlich hilflos.

Angesichts dieser klinischen Problemlage kommt ein Buch, das nützliche und leicht umsetzbare »Therapie-Tools« anbietet, besonders gut gelegen. Werkzeuge und damit auch therapeutische Skills an die Hand zu bekommen, ist im Umgang mit Patienten mit somatoformen Störungen – das legt der Hinweis auf die häufige Hilflosigkeit nahe – vielleicht noch wichtiger als im Umgang mit anderen Patientengruppen. Aber natürlich kommt es nicht nur auf die gute Strukturierung der zu vermittelnden »Tools« und »Skills« an, sondern auch auf die Qualität der jeweiligen Inhalte. Beim hier vorliegenden Band mit Therapie-Tools zu somatoformen Störungen ist diese besonders hoch, denn der Band ist nicht von »irgendwem« geschrieben. Angeführt von der in diesem Feld bereits sehr profilierten klinischen Forscherin PD Dr. Maria Kleinstäuber sind es vier Autoren aus der »Marburger Gruppe« um Winfried Rief, die den Band gestaltet haben. Diese Gruppe ist in Deutschland führend in der Erforschung und in der Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren bei Patienten mit somatoformen Störungen – und sie blickt auf gute Traditionen in der Vermittlung ihres Wissens in Büchern, Fortbildungen und mit anderen Mitteln zurück.

Damit garantieren die vier Autoren Maria Kleinstäuber, Gaby Bleichhardt, Japhia Gottschalk und Winfried Rief auch für den hier vorliegenden Band die hohe Qualität der Informationen. Entsprechend dem Gesamtkonzept der Reihe, die eine quasi verhaltenstherapeutische Vermittlung verhaltenstherapeutischen Know-hows mithilfe von vielen Arbeitsblättern und Übungen vorsieht, haben Frau Kleinstäuber und ihre Koautoren das Wissensmaterial sehr gut strukturiert. Es zeugt von der klinischen Erfahrung der Kollegen, dass sie dabei die Haltung des Therapeuten als zentralen Aspekt schon im ersten Kapitel – auch mit einer kleinen Selbsterfahrungsübung – abhandeln, denn eine angemessene, emotional balancierte Haltung ist im Umgang mit diesen oft als schwierig erlebten Patienten nicht immer leicht zu erreichen, aber therapeutisch potenziell sehr wirksam. In den weiteren Kapiteln werden alle relevanten Aspekte eines störungsorientierten verhaltenstherapeutischen Umgangs mit den Kognitionen, Emotionen und Handlungstendenzen dieser Patientengruppe adressiert und knapp und im besten Sinne pragmatisch abgehandelt – wobei es interessant ist, dass die Informationsblätter sowohl für Therapeuten wie für Patienten gedacht sind – die meisten Übungen in Arbeitsblättern richten sich naturgemäß an Patienten. Klinisch so bedeutsame Themen wie der Umgang mit Erklärungsbedürfnis und Erwartungen, die vielen Facetten des dysfunktionalen Krankheitsverhaltens oder auch die Hürden in der Kommunikation mit Ärzten werden lebensnah dargestellt und »beübt«. Schon bei der Trockenübung, d.h. dem einfachen Lesen der Therapie-Tools, entsteht so ein zuversichtliches Gefühl wachsender therapeutischer Selbstwirksamkeit – und ich garantiere der geneigten Leserin, dem geneigten Leser dieses Buchs, dass sich dieses Gefühl in der Anwendung in therapeutischer Praxis weiter vertiefen wird. Dem Buch wünsche ich daher die ihm gebührende Anerkennung und Verbreitung!

München, im Winter 2017

Prof. Dr. Peter Henningsen

Vorwort

Jeder von uns hat wohl schon einmal körperliche Veränderungen oder Symptome erlebt, für die nicht direkt eine Erklärung parat war. Befragt man die Allgemeinbevölkerung, geben bis zu 80 Prozent an, in der vergangenen Woche mindestens ein Symptom erlebt zu haben, das leichte Einschränkungen verursacht hat. Den Leidensdruck, den jedoch Patienten erleben, die an chronischen, schwer beeinträchtigenden körperlichen Beschwerden leiden, ist mit diesen Alltagsphänomenen nicht vergleichbar.

Patienten mit sogenannten somatoformen Störungen – geprägt durch das Kardinalsymptom von anhaltenden, medizinisch unerklärten Körperbeschwerden – erleben einen enormen Leidensdruck und starke Einschränkungen in verschiedensten Lebensbereichen. Die Beschwerden tragen ein hohes Risiko zu chronifizieren und werden in den meisten Fällen von anderen psychischen Störungen, wie z.B. Depressionen, Angststörungen oder substanzbezogenen Störungen, begleitet. Trotz der stark ausgeprägten Psychopathologie und obwohl die somatoformen Störungen mit zu den häufigsten psychischen Störungen zählen, erhalten diese Patienten nur in der Minderzahl das Behandlungsangebot, das nach aktuellen wissenschaftlichen und evidenzbasierten Leitlinien empfohlen wird, sprich einen interdisziplinären, multidimensionalen Behandlungsansatz, in dem Psychotherapie – insbesondere kognitive Verhaltenstherapie – einen festen und grundlegenden Bestandteil ausmacht. Dabei handelt es sich jedoch zunächst nicht um ein Problem des Angebots. Im Gegenteil, viele dieser Patienten wandern über Jahre von einem Spezialisten zum anderen, durchlaufen verschiedenste diagnostische und Behandlungsmaßnahmen, bis ihnen der Weg in eine Psychotherapie vorgeschlagen wird. Danach wird es dann zum Angebotsproblem. Patienten mit multiplen und chronischen unerklärten Körperbeschwerden sind nach wie vor eher »unbeliebte« Patienten im Gesundheitssystem. Attribute wie »herausfordernd« oder »anstrengend« werden leider viel zu häufig mit ihnen assoziiert.

Die Psychologin Egan (1989; zit. nach Nilges & Diezemann, 2016, S. 182) bringt das Problem, sinngemäß übersetzt, folgendermaßen auf den Punkt: »Vermutlich alle Schmerztherapeuten egal welcher Profession erleben Phasen, in denen sie in einem »Meer der Verzweiflung« aufgrund von Misserfolgen untergehen.« Dies kann man nicht allein auf Patienten mit Schmerzsymptomen, sondern generell auf Patienten mit anhaltenden körperlichen Beschwerden übertragen. Sie führen uns als Behandler schnell an unsere Grenzen, lehren uns, sich mit kleinen Fortschritten zufrieden zu geben, und fordern viel Empathie. Auch wenn man einen Blick auf die Inhalte der Ausbildungscurricula für angehende Psychotherapeuten oder in die Vorlesungsunterlagen von klinisch psychologischen Abteilungen wirft, spielen somatoforme Störungen häufig eher eine untergeordnete Rolle, obwohl sie so hoch prävalent und beeinträchtigend sind.

Wir hoffen, dass wir mit unserem Tools-Buch Anregungen und einen Leitfaden für eine psychotherapeutische Behandlung dieser bisher eher vernachlässigten Patientengruppe geben können. Mithilfe von Anleitungen zu vielen praktischen Übungen, die den Patienten die Zusammenhänge zwischen ihrem Körper und psychosozialen Prozessen erleben lassen, erhoffen wir uns, vielen Therapeuten Anhaltspunkte geben zu können, wie sie die Arbeit mit somatoformen Patienten anschaulich und erfahrungsgeleitet gestalten können. Die Erfolgserlebnisse, die man mit diesen Patienten erleben kann, und die hohe Dankbarkeit, die sie einem dafür entgegen bringen, zahlen sich aus. Wir hoffen zudem, dass unser Buch auch für diejenigen Therapeuten, die noch mit der Behandlung von dieser Patientengruppe hadern, Hilfestellungen geben kann, ihre eigene Haltung zu hinterfragen und Barrieren gegenüber der Patientengruppe abzubauen.

Wir als Autoren dieses Buches haben mit dem Einsatz von Arbeitsmaterialien – wie Arbeitsblättern und Informationsblättern – insbesondere in der Therapie somatoformer Patienten sehr gute Er-

fahrungen gemacht. Den Patienten etwas an die Hand zu geben, wo sie ihre Erfahrungen aufschreiben können und was eine Erinnerungshilfe für sie darstellt, unterstützt den Veränderungsprozess zwischen den Sitzungen – der mindestens genauso wichtig, wenn nicht sogar wichtiger ist als das, was in der Therapiesitzung geschieht. Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2006, S. 369) fassen diese Erkenntnis in ihrem Selbstmanagement-Ansatz sehr gut damit zusammen, dass vor allem die »Aktivitäten und Veränderungen des Klienten zwischen den Sitzungen und nicht so sehr innerhalb der jeweiligen Therapiestunde« entscheidend sind.

Vor zwei Jahren sprach Frau Karin Ohms vom Beltz Verlag unser Autorenteam an und schlug uns dieses Projekt vor. Wir waren sofort überzeugt, dass es ein Tools-Buch für somatoforme Störungen und funktionelle somatische Syndrome geben sollte – da die Tools-Bücher bei erfahrenen wie auch Nachwuchs-Therapeuten einen sehr guten Ruf genießen und dieses Projekt eine hervorragende Möglichkeit bietet, einen Beitrag zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung dieser Patientengruppe zu leisten.

Natürlich kann solch ein großes Projekt nie ohne die Unterstützung vieler weiterer Personen zum Erfolg geführt werden. Wir danken dafür zunächst unseren Kollegen in der Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, die uns im vielseitigen Austausch über unser Buchprojekt viele Inspirationen gegeben haben. Des Weiteren geht ein besonderer Dank an unsere studentische Hilfskraft, Frau B.Sc. Agnes Biber, die großen Einsatz für die redaktionelle Überarbeitung unserer Arbeitsmaterialien geleistet hat. Ein weiterer großer Dank geht an unsere Patienten, die uns in der Zusammenarbeit mit uns stetig eine Quelle für neue Ideen waren, was man an der Therapie und Beziehungsgestaltung verbessern kann. Besonderen Dank geht zudem an Frau Karin Ohms und Frau Anne-Marie Stöhr vom Beltz Verlag, mit denen wir die Zusammenarbeit als sehr kooperativ, produktiv und unkompliziert erlebt haben.

Im Winter 2017

*PD Dr. Maria Kleinstäuber
Dr. Gaby Bleichhardt
Dr. Japhia-Marie Gottschalk
Prof. Dr. Winfried Rief*

Einführung

Patienten mit anhaltenden körperlichen Beschwerden ohne organischen Befund – bzw. sogenannten somatoformen Störungen oder funktionellen somatischen Syndromen – werden leider nach wie vor von unserem Gesundheitssystem nicht gut abgedeckt. Es handelt sich dabei weniger um ein Problem des Angebots. Im Gegenteil: Patienten mit medizinisch unerklärten Körperbeschwerden erhalten zum Teil eher sogar zu viel Diagnostik und Behandlung, leider jedoch nicht solche, die ihnen weiterhelfen kann. Die Behandlungsvorgeschichte, die viele Patienten berichten, besteht meist aus Besuchen bei Hausärzten und/oder vielen verschiedenen medizinischen Spezialisten über mehrere Jahre, ohne dass sie eine Linderung ihrer Beschwerden erleben können. Die Suche nach der Ursache und dem »wahren« Behandlungsansatz für die Symptome wird auf der Seite der Patienten sowie auf der Seite der behandelnden Ärzte häufig als sehr frustrierend erlebt. Nach aktuellen evidenzbasierten Behandlungsleitlinien (AWMF, 2012; Martin et al., 2013) stellen psychotherapeutische – insbesondere kognitiv verhaltenstherapeutische – Behandlungsansätze einen sehr wichtigen Bestandteil des interdisziplinären Behandlungskonzepts für diese Patienten dar. Leider erhalten Betroffene jedoch erst sehr spät Zugang zu einer Psychotherapie. Die Zuweisung zu einer psychotherapeutischen Behandlung wird dann von Patienten häufig nur noch als eine Art »Abschiebung« als ein Fall empfunden, der ausbehandelt ist und bei dem man nicht mehr weiter weiß.

Dieses Buch ist für erfahrene und sich in Ausbildung befindliche, angehende psychologische sowie medizinische Psychotherapeuten geschrieben, die mit diesem herausfordernden Patientenkontext arbeiten. Es baut auf einer langjährigen Behandlungserfahrung der Autoren mit somatoformen Patienten im ambulanten wie auch stationären Setting auf. Zudem ist das Autorenteam in der Ausbildung angehender psychologischer und medizinischer Psychotherapeuten tätig, sodass die Inhalte unserer Publikation auch stark aus Erfahrungen und dem Austausch mit Ausbildungskandidaten gewachsen ist. Der therapeutische Schwerpunkt dieses Buches liegt auf der kognitiven Verhaltenstherapie, da diese nach dem aktuellen Forschungsstand die am besten untersuchte Therapieform für Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen darstellt (AWMF, 2012; Martin et al., 2013).

Bei den Hauptdiagnosen der somatoformen Störungen steht als Kardinalsymptom das langanhaltende Vorliegen körperlicher Beschwerden im Vordergrund, für die – nach aktuellem Stand der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10 (WHO, 1996) – keine organische Ursache gefunden werden kann. Zu den somatoformen Störungen mit vorrangig medizinisch unerklärten Körperbeschwerden gehören nach ICD-10 (F45):

- ▶ Somatisierungsstörungen
- ▶ undifferenzierte somatoforme Störungen
- ▶ somatoforme autonome Funktionsstörungen
- ▶ somatoforme Schmerzstörungen

Wir möchten gleich zu Beginn darauf hinweisen, dass der Schwerpunkt dieses Buches vor allem auf den eben aufgelisteten Diagnosen liegt. Neben den gängigen somatoformen Diagnosen nach der ICD-10 kann dieses Buch auch für Patienten, die unter funktionellen somatischen Syndromen (z.B. Reizdarmsyndrom, Fibromyalgie, Chronisches Erschöpfungssyndrom) leiden, angewendet werden. Für Patienten mit anderen Diagnosen, die den somatoformen Störungen zugeordnet werden, ist dieses Buch weniger geeignet, z.B. die hypochondrische Störung, der eine starke chronifizierte Angst und Überzeugung an einer schweren körperlichen Erkrankung zu liegen zugrunde liegt, oder die Körperdysmorphie Störung, bei der Betroffene ihren Körper oder Körperteile als entstellt wahrnehmen.

Im Vergleich zu klassischen Behandlungsmanualen ist dieses Buch nicht als ausformuliertes Therapiekonzept mit Instruktionen und Inhaltsbeschreibungen für einzelne Therapiesitzungen konzipiert. Es stellt eine Sammlung von Arbeitsmaterialien dar, sortiert nach Therapiephasen und verschiedenen Themen, die nach der klinischen Erfahrung der Autoren in der Therapie von somatoformen Patienten eine wichtige Rolle spielen. Dies bedeutet, dass der Einsatz dieses Buches therapeutische Vorerfahrung in der Behandlung somatoformer Störungen bedarf. Diese Arbeitsmaterialiensammlung ist zudem nicht als ein strikter Leitfaden für die Gestaltung von Therapiesitzungen falsch zu verstehen. Im Gegenteil: Das Format der Arbeitsmaterialiensammlung soll den Therapeuten darin unterstützen, seinen eigenen Therapieleitfaden zu entwickeln, der dann mit jeweils passenden Arbeits- und Informationsblättern angereichert werden kann.

Aufbau des Buches

Personen mit somatoformen Symptomen und/oder funktionellen somatischen Syndromen stellen eine sehr heterogene Gruppe von Patienten dar, die eine Psychotherapie mit verschiedenen Problemen aufsuchen können. Das bedeutet, dass die Themenschwerpunkte, die wir in diesem Buch ansprechen, nicht zwangsläufig für jeden Patienten in gleicher Weise relevant sind. Manche Patienten weisen z.B. ein besonders ausgeprägtes Inanspruchnahme-Verhalten im Gesundheitswesen auf, welches durch ihr starkes Bedürfnis nach einer Erklärung für ihre Beschwerden bzw. auch durch Krankheitsängste motiviert ist. Andere Patienten hadern wiederum sehr mit den Einschränkungen, die sie in ihrem Leben durch ihre Körperbeschwerden erleben. Sie können weniger akzeptieren, dass mit ihnen etwas nicht stimmt, und versuchen sich eher zu beweisen, dass »alles beim Alten« ist, wobei sie ihre Grenzen überschreiten. Die individuellen Themenschwerpunkte des jeweiligen Patienten sind sorgfältig zu explorieren und darauf aufbauend können die Schwerpunkte der Therapie im Therapieplan zusammengestellt werden.

Das vorliegende Buch versucht eine breite Palette an Problembereichen je nach der Therapiephase abzudecken. Die Kapitel in diesem Buch können fünf übergreifenden Therapiephasen zugeordnet werden:

- (1) Auseinandersetzung mit der eigenen Therapeutenhaltung
- (2) therapievorbereitende Maßnahmen
- (3) Themen, die in jeder Therapie somatoformer Patienten angesprochen werden sollten
- (4) ergänzende Themen, die je nach Schwierigkeiten des Patienten relevant sein können
- (5) individuelles Störungsmodell und Therapieabschluss

(1) Auseinandersetzung mit der eigenen Therapeutenhaltung

Therapeuten reagieren zum Teil sehr verschieden auf Patienten mit chronischen, medizinisch unerklärten Körperbeschwerden. Zum Teil haben sie Schwierigkeiten damit, Empathie für dieses Klientel aufbringen zu können, fühlen sich vielleicht sogar genervt oder gereizt. Es ist besonders wichtig, dass Therapeuten sich mit diesen eigenen Reaktionen auseinandersetzen. Es geht dabei nicht darum, dass sich die Therapeuten schuldig fühlen sollen, solche Emotionen gegenüber diesen Patienten zu entwickeln. Im Gegenteil, es handelt sich um ganz menschliche Reaktionen. Entscheidend ist nur, sich diese auf Selbsterfahrungsebene bewusst zu machen und nach Möglichkeiten zu suchen, diese zu kontrollieren. Insbesondere somatoforme Patienten mit einer langjährigen Vorgeschichte von – zum Teil sehr frustrierenden – Behandlungsversuchen haben viele zwischenmenschliche Erfahrungen gesammelt und haben »feine Fühler« für kritische Einstellungen ihrer Person gegenüber entwickelt. Kapitel 1 bietet verschiedene Vorschläge für Therapeuten sich mit ihrer eigenen Haltung Patienten gegenüber auseinanderzusetzen.

(2) Therapievorbereitende Maßnahmen

Aufgrund der Vielfalt und Heterogenität der psychischen Symptome bzw. Problemverhaltensweisen dieser Patienten sowie den extrem heterogenen Entwicklungsverläufen von somatoformen Beschwerden bedarf es einiger vorbereitender Maßnahmen vor dem Einstieg in die Therapie. In Kapitel 2 haben wir verschiedene Hilfestellungen für die diagnostische Einordnung der Beschwerden gesammelt. Ergänzend werden Arbeitsmaterialien zu verschiedenen psychologischen Faktoren, die die körperlichen Beschwerden begleiten können (z.B. subjektives Störungsmodell und Krankheitsannahmen, symptombezogene Kognitionen und Emotionen, Krankheitsverhalten), zur Verfügung gestellt. Zudem haben wir auch Instrumente und Arbeitsmaterialien zusammengestellt, die im Verlauf der Therapie eingesetzt werden können, z.B. zum Monitoring des Symptomverlaufs. Kapitel 3 beinhaltet Hilfestellungen, um die Lernerfahrungen des Patienten und deren Zusammenhang mit der Entwicklung der körperlichen Beschwerden im Rahmen von biografischer Arbeit zu explorieren. Zudem werden Arbeitsmaterialien zur Verfügung gestellt, die zur Analyse dysfunktionalen Verhaltens im Zusammenhang mit den Körperbeschwerden genutzt werden können. Kapitel 4 spielt ebenfalls für die therapievorbereitenden Maßnahmen eine wichtige Rolle, kann aber auch im weiteren Therapieverlauf immer wieder von Bedeutung sein. Insbesondere bei somatoformen Patienten ist es vor dem Einstieg in die Therapie von Relevanz, sich mit den Erwartungen des Patienten auseinanderzusetzen. Diese können sehr ambivalent gegenüber einer Psychotherapie sein. Wie bereits vorher erwähnt, weist ein Teil der Patienten ein sehr starkes Bedürfnis nach Ursachenfindung für ihre Beschwerden und die Suche nach dem »wahren« Therapieansatz auf. Häufig fällt es diesen Patienten schwer, sich auf eine Psychotherapie einzulassen. Das bedeutet, dass die Erwartungskklärung einhergehend mit Motivationsaufbau für Psychotherapie bei dieser Art von Patienten das Fundament für eine psychotherapeutische Behandlung bilden. Besonders im stationären Setting, in dem Psychotherapiesitzungen mehr oder weniger frei wählbare Bestandteile im Behandlungsplan von Patienten sind, ist dieses Thema von besonders hoher Relevanz. Für Kollegen, die in diesem Bereich arbeiten und häufig nur auf wenige Wochen begrenzte Therapiezeiträume zur Verfügung haben, kann die Erwartungskklärung und die Motivationsarbeit zum Teil das Haupttherapiethema darstellen und den Weg in eine anschließende ambulante Behandlung ebnen.

(3) Themen, die in jeder Therapie somatoformer Patienten angesprochen werden sollten

Kapitel 5 widmet sich den dysfunktionalen Kognitionen, die im Zusammenhang mit Körperbeschwerden auftreten können, und kognitiven Strategien, diese Gedanken zu modifizieren. Dabei werden nicht nur die klassischen Katastrophisierungskognitionen, die u.a. mit der Ursachenattribution für die Beschwerden im Zusammenhang stehen, adressiert, sondern jegliche symptombezogenen Gedanken bei somatoformen Patienten (z.B. Zukunftssorgen, Gedanken im Zusammenhang mit Krankheitsverhalten usw.). Kapitel 6 geht auf den großen Themenkomplex von Stresserleben und verschiedenen Stressbewältigungsmöglichkeiten ein. Kapitel 7 widmet sich der Aufmerksamkeitslenkung und deren Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung medizinisch unerklärter Körpersymptome sowie verschiedenen Maßnahmen zur Aufmerksamkeitslenkung. Damit stellen die Themen, die in den Kapiteln 5 bis 7 angesprochen werden, Punkte dar, die eigentlich für jeden somatoformen Patienten relevant sind. Insbesondere das Thema Stress und darauffolgend die Aufmerksamkeitslenkung eignen sich sehr gut zum Einstieg in die Behandlung.

(4) Ergänzende Themen, die je nach Schwierigkeiten des Patienten relevant sein können

Arbeitsmaterialien für Themen, die nicht zwangsläufig bei allen Patienten relevant sein müssen, werden in den Kapiteln 8 bis 12 zur Verfügung gestellt. Kapitel 8 geht auf die verschiedenen Arten von

Krankheitsverhalten ein, wie z.B. Schonverhalten, häufige Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystem, Body Checking, Verhalten im Rahmen der Krankenrolle und sekundärer Krankheitsgewinn, exzessive Suche nach Gesundheitsinformationen und Durchhalteverhalten. Kapitel 9 widmet sich verschiedenartigen Lebensproblemen, die bei somatoformen Patienten das Symptomerleben verursachen und/oder aufrechterhalten können. Wir adressieren Probleme im Zusammenhang mit Angehörigen und Freunden, dem Partner oder am Arbeitsplatz. Im Vordergrund stehen vor allem Übungen zur Verbesserung der Kommunikation. Kapitel 10 legt den Schwerpunkt auf Emotionen im Zusammenhang mit medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und die Entwicklung einer begleitenden depressiven Symptomatik. Kapitel 11 geht auf mögliche Störungen des Körperbilds der Patienten ein. Es werden Arbeitsmaterialien zu verschiedenen Ansätzen, wie Einstellungen zum eigenen Körper exploriert werden, zur Verfügung gestellt. Für ein sehr häufig auftretendes Problem – das mangelnde Vertrauen in die Funktionsfähigkeit des eigenen Körpers – wurde ein Arbeitsblatt zu möglichen Veränderungsansätzen entwickelt. Wie bereits erwähnt, betrifft die überhäufige Inanspruchnahme des Gesundheitssystems nicht alle, aber doch einen substanziellen Anteil aller somatoformen Patienten. Häufig spielen hier Kommunikationsprobleme und daraus hervorgehende Missverständnisse zwischen Patient und Arzt eine Rolle, auf die in Kapitel 12 eingegangen wird.

(5) Individuelles Störungsmodell und Therapieabschluss

Vielleicht mag es sonderbar anmuten, aber es kann sinnvoll sein, das individuelle Störungsmodell für den Patienten eher an das Therapieende zu verschieben – als eine Art Zusammenfassung und Fazit aus der Behandlung, wie es in Kapitel 13 beschrieben wird. Einige Patienten – insbesondere solche mit stark biomedizinisch geprägten Krankheitsannahmen – können sich anfangs nur schwer auf ein Modell mit psychosozialen Faktoren einlassen. Dies ist jedoch flexibel zu betrachten. Bei Patienten, die sich bereits sehr gut auf das Modell zu Therapiebeginn einlassen können, kann es an den Therapieanfang gestellt werden. Ansonsten bietet Kapitel 13 verschiedene Arbeitsmaterialien zur Einleitung des Therapieabschlusses und Förderung von Selbstmanagement-Kompetenzen zur Aufrechterhaltung des in der Behandlung Erlernenen.

Handhabung der Arbeitsmaterialien

Die Kapitel in diesem Buch folgen einem einheitlichen Muster. Sie werden zunächst mit einem kurzen Einführungstext eingeleitet. Dann folgt eine Kurzbeschreibung der einzelnen Arbeits- und Informationsblätter. Dabei werden zum Teil Vorschläge gegeben, wie Arbeitsmaterialien aufeinander aufbauend verwendet werden können. Diese Vorschläge sind jedoch als sehr flexibel handhabbar zu verstehen. Uns geht es nicht um die Anwendung der Arbeits- und Informationsblätter in einer vorgegebenen Reihenfolge. Der Therapeut entscheidet, welche Arbeitsmaterialien zu welchem Zeitpunkt im Behandlungsverlauf am besten passen.

Ein weiteres Merkmal im Aufbau der Kapitel wird deutlich: Es sind vermehrt Übungen enthalten, die dem Patienten eine Art »Aha-Effekt« vermitteln sollen. In diesem Zusammenhang möchten wir hervorheben, dass wir es insbesondere bei somatoformen Patienten enorm wichtig finden, das geleitete Entdecken zu fördern, was mit diesen Übungen ermöglicht werden soll. Da es sich zum Teil um eine sehr ambivalente Patientengruppe handelt, ist es von besonderer Bedeutung, dass die Patienten Zusammenhänge ihrer Körperbeschwerden zu psychologischen Prozessen selbst erleben und aus diesem Erleben heraus ihre Schlussfolgerungen ableiten. Neben der Ordnung der Arbeitsblätter nach Themenkomplexen und der Ordnung der Kapitel nach Therapiephasen, haben wir verschiedene Icons und Arten von Arbeitsmaterialien eingesetzt, um zu verdeutlichen, an wen sich ein Ar-

beits- oder Informationsblatt wendet und ob es sich eher um eine Information oder eine Hilfe für eine therapeutische Übung darstellt.

- T** Diese Arbeitsmaterialien sind ausschließlich für Therapeuten gedacht.
- P** Diese Arbeitsmaterialien sind primär für die Patienten gedacht. Sie können auch für therapeutische Übungen genutzt werden, die der Patient allein außerhalb der Therapie durchführt.
- T P** Die Arbeitsmaterialien sind für den Therapeuten und den Patienten informativ (z.B. Informationsblätter, die primär für Therapeuten wichtige Informationen liefern, die zugleich aber auch Patienten mit ausreichendem Verständnis vorgelegt werden können). Alternativ kann es sich um Arbeitsmaterialien handeln, deren Besprechung durch Therapeut und Patient in der Therapiesitzung empfohlen wird. Nähere Instruktionen finden sich auch im Einführungstext zum jeweiligen Kapitel.



Ran an den Stift: Dieses Icon fordert dazu auf, einen Stift zur Hand zu nehmen und Antworten und Überlegungen direkt auf dem Arbeitsblatt zu notieren.



Hier passiert was: An dieser Stelle werden Handlungsanweisungen für Therapeuten oder Patienten gegeben.



Input fürs Köpfchen: Hier werden Anregungen zum Weiter- und Ums-Eck-Denken gegeben.



Wie sag ich's? An diesen Stellen werden Formulierungshilfen für Therapeuten gegeben.

AB Arbeitsblätter stellen in der Regel Grundlagen für Übungen dar.

INFO Informationsblätter fassen Informationen zu einem bestimmten Therapiethema zusammen

Zur Erleichterung der Lesbarkeit haben wir durchgängig die männliche Schreibform gewählt. Patientinnen und Therapeutinnen sind selbstverständlich in gleichem Maße angesprochen.

1 Die Grundhaltung des Therapeuten

1.1 Hintergrund und Einführung

Der französische Psychiater Leon Chertok (Chertok et al., 1974, S. 243) hat mit wenigen Worten die häufig schwierige Situation für Therapeuten im Umgang mit Patienten mit medizinisch unerklärten Körperbeschwerden zusammengefasst: »Weil Patienten mit Schmerzen deutlich zeigen, wie hilflos Behandler sein können, ist die Beziehung oft sehr konfliktgeladen. Hilflosigkeit führt zu (beiderseitigem) Misstrauen und zu Aggressivität.« Man kann dieses Zitat nicht allein auf Patienten mit Schmerzen beziehen, sondern auf Betroffene mit jeglicher Art anhaltender und belastender Körpersymptome.

Dieses Zitat bringt sehr gut zum Ausdruck, wie Patienten mit somatoformen Störungen eine therapeutische Herausforderung darstellen können. Zum einen haben Therapeuten mit einer starken körperlichen Beeinträchtigung Ihrer Patienten zu tun, für die nicht jeder sofort ausreichende Empathie hat. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Patienten, auch wenn Sie sich überwunden haben zum Psychotherapeuten zu gehen, andere Vorstellungen davon haben, wie es Ihnen besser gehen könnte als der Therapeut. Es ist deshalb jedem Therapeuten zu empfehlen, sich zunächst mit den Hintergründen dieses Störungsbildes vertraut zu machen. Kapitel 1 soll dabei helfen.

1.2 Arbeitsmaterialien

- ▶ **INFO 1** *Was sind im Allgemeinen somatoforme Störungen?* (T). Dieses Informationsblatt soll den Begriff der somatoformen Störungen genauer beleuchten. Die Problematik von »körperlichen Beschwerden ohne ausreichende organische Ursache« wird dargestellt und anhand neuerer diagnostischer Entwicklungen reflektiert.
- ▶ **AB 2** *Imaginieren Sie sich Ihre somatoforme Störung!* (T). Dieses Arbeitsblatt ermöglicht Therapeuten eine intensive, persönliche Auseinandersetzung mit somatoformen Störungen. Ziel ist, die missliche Lage somatoformer Patienten direkt zu Beginn einmal »von innen heraus« zu ergründen. Selbstverständlich ist die Übung ein wenig künstlich und es könnten sich Widerstände dabei regen, sich in die Rolle eines dauerhaft körperlich Leidenden zu begeben, der auf einer möglicherweise sinnlosen Suche (nach Erklärungen, nach Heilung) ist. Einem jeden, der noch nicht zielführend mit dem Störungsbild gearbeitet hat, ist diese Übung jedoch zu empfehlen.
- ▶ **INFO 3** *Was ist eine somatoforme Störung?* (P). Dieses Informationsblatt ist das einzige Material in Kapitel 1, das sich an Patienten wendet. Der Begriff »somatoform« wird kleinschrittig und so empathisch wie möglich erklärt. Es wird auch erwähnt, dass es sich um ein Wort zur Diagnosestellung handelt, welche für bestimmte Prozesse in Medizin und Psychotherapie notwendig ist, welches aber auch vielseitig kritisiert wird und deshalb nicht zu wichtig genommen werden sollte. Abschließend wird auf dem Informationsblatt dargestellt, dass somatoforme Störungen ein sehr häufiges Phänomen sind, dass psychologische Vorgänge erwiesenermaßen eine große Rolle spielen und dass moderne Psychotherapie eine ganze Reihe wirksamer Methoden bietet, um das Leiden durch somatoforme Störungen zu mindern.
- ▶ **INFO 4** *Mögliche Komplikationen im Erstkontakt und Tipps zum Umgang* (T). Wie eingangs dargestellt kommen somatoforme Patienten selten in freudiger Erwartung auf das, was ein Psychotherapeut an Unterstützungsmöglichkeiten zu bieten hat. Vielmehr sind sie reserviert, misstrau-

isch, fühlen sich fehl am Platz. Dies sind sie nicht aus Bösartigkeit, sondern aufgrund ihrer Leidensgeschichte und möglicherweise auch aufgrund von Missverständnissen zu den Möglichkeiten der Medizin. Auf dem Informationsblatt 4 werden anhand von vier Prototypen die häufigsten Komplikationen zu Therapiebeginn dargestellt, und zwar stets in der Abfolge »Darstellung des Phänomens«, »Erklärung des Patientenverhaltens« und »Vorschlag zum Umgang damit«.

Dabei werden abgehandelt:

- (1) der unwissende Patient, der keinerlei Vorstellungen davon hat, wofür Psychotherapie gut sein könnte
 - (2) der arztmüde Patient, der seine Hoffnungen auf irgendeine Verbesserung seiner Situation mehr oder weniger aufgegeben hat
 - (3) der veränderungsängstliche Patient, der auf eine Erleichterung seiner Lebensumstände von außen, i.d.R. durch eine Frühberentung, hofft
 - (4) der Patient mit großem Vorwurfs-Ohr: Klienten, die sehr sensibel auf alles reagieren, was so klingt, als könnten sie in der Vergangenheit etwas falsch gemacht haben
- **INFO 5** *Sätze, die Türen schließen – Worte, die Pforten öffnen* (T). Auf diesem Informationsblatt werden dem Therapeuten Tipps für günstige Formulierungen sensibler Punkte gegeben und andererseits häufig gesagte Sätze aus der Medizin und Psychotherapie aufgeführt. So ist zum Beispiel der Satz »Ihre Beschwerden haben psychologische Ursachen« zwar inhaltlich korrekt, wird aber häufig von Patienten eingangs falsch verstanden. Der ebenso häufig verwendete Satz »Ihre Beschwerden haben keine körperlichen Ursachen« ist hingegen auch inhaltlich falsch, und genauso ungünstig.

↳ Unter somatoformen Störungen versteht man eine Gruppe psychischer Störungen. Diesen Störungsbildern ist ein Kernsymptom gemein: Die Betroffenen leiden unter körperlichen Beschwerden, die nicht ausreichend durch eine organische Krankheit erklärt werden können.

Ungünstige psychologische Prozesse bei somatoformen Störungen. Diese Begrifflichkeit kann leider schnell zu Missverständnissen führen: Sollte es körperliche Beschwerden geben, die aber nicht körperlich erklärt werden können? Das ist selbstverständlich nicht der Fall. Jede somatoforme Störung entsteht (genauso wie jede organische Krankheit) durch physiologische Prozesse. Diese werden allerdings von psychologischen Prozessen beeinflusst. Die wichtigsten davon sind:

- ▶ Aufmerksamkeitszuwendung
- ▶ ungünstige Bewertung
- ▶ negative Stimmungslagen
- ▶ aufrechterhaltende Verhaltensweisen wie Schonung und Vermeidung

Im Unterschied zu einer organischen Krankheit sind bei somatoformen Beschwerden die physiologischen Prozesse relativ unspezifisch (oder schlichtweg gegenwärtig noch unbekannt). Hingegen wird den psychologischen Prozessen von Klinikern und Forschern größere Bedeutung zugemessen: Diese sind in der Regel die Ursache für ungünstige physiologische Prozesse, zudem sind sie klarer formuliert, relativ gut beforscht und durch psychotherapeutische Strategien veränderbar.

Unterschied zwischen organischen Krankheiten und somatoformen Störungen. Allerdings wird die Trennung organischer Krankheiten von somatoformen Störungen zunehmend schwieriger: Zum einen kann die Medizindiagnostik immer subtilere Prozesse erfassen und damit auch somatoforme Beschwerden teilweise organisch »messen«. Zum anderen wird dank verhaltensmedizinischer Forschung und Interventionen zunehmend deutlich, dass auch »rein organmedizinische« Krankheiten unter Umständen erheblich von psychologischen Prozessen beeinflusst werden. Im Diagnosesystem DSM-5 (APA, 2013) wurde deshalb die Trennung somatoformer Störungen und organischer Krankheiten ganz aufgehoben und stattdessen die sog. »Somatische Belastungsstörung« eingeführt.

Naturgemäß konzentrieren wir uns als Psychotherapeuten auf die ungünstigen psychologischen Prozesse, die bei unseren Patienten eine Rolle spielen. Um eine Beziehung zu Patienten mit somatoformen Störungen aufzubauen, ist es aber zwingend notwendig zu verstehen, dass es sich um *Menschen mit einem körperlichen Leiden* handelt und dass die körperliche Beeinträchtigung bei den Betroffenen in der Regel eingangs klar im Vordergrund steht.

Blicken Sie auf die letzten zwölf Monate zurück. Überlegen Sie, durch was Sie in dieser Zeit am stärksten körperlich belastet waren. Spüren Sie in den Körperbereich hinein, der damals betroffen war. Tragen Sie hier ein, um was es sich handelte:



.....

.....

Stellen Sie sich nun vor, dass diese körperliche Beschwerde nicht weniger wurde, sondern im Gegenteil immer und immer stärker. Sie trat zunehmend häufiger auf bzw. hörte gar nicht mehr auf, Sie zu plagen. Dies wurde so stark, dass es Ihnen schwerfiel, Ihre Arbeit richtig zu machen und Ihre Freizeit zu genießen.

Notieren Sie hier, was Sie daran am schlimmsten fänden:

.....

.....

Stellen Sie sich nun weiterhin vor, dass die Ärzte Ihnen keine richtige Erklärung geben konnten. Sie konnten Ihnen auch kein Medikament oder andere Mittel zur Heilung geben. Jedoch hat Ihnen dies keiner der Ärzte direkt und offen gesagt, vielmehr ist das Ihre Interpretation aus einer ganzen Reihe vager, unbefriedigender Erklärungsversuche und Medikamenteneinnahmen ohne ausreichende Linderung. Schreiben Sie hier nieder, welches Gefühl dies bei Ihnen auslöst:

.....

.....

Wenn Sie sich jetzt noch einmal auf Ihre imaginierten körperlichen Einschränkungen konzentrieren, liegt die Folgerung nahe, dass Ihnen das Leben immer schwerer fällt und Sie sich »auf das Wesentliche« konzentrieren müssen. Einige Aktivitäten werden Sie nur noch selten ausführen. Was könnte das für Ihren Umgang mit nahestehenden Menschen (Partner, Kollegen, Freunde, Eltern, Kinder) bedeuten? Verhalten sich diese Personen Ihnen gegenüber vielleicht dann anders? Schreiben Sie auf, wie sich Ihre Nächsten wohl verhalten würden:

.....

.....

Was bedeutet es dann wiederum für Ihr Wohlbefinden, wenn andere so mit Ihnen umgehen? Bitte notieren Sie Ihre Gedanken:

.....
.....

Ist es Ihnen gelungen, ein Bild von körperlichem Leiden und Hoffnungslosigkeit zu zeichnen? Dann schreiben Sie nun auf, was Sie gerne von einem Menschen hören würden, der sich professionell um Sie kümmert!

▶
▶
▶
▶

Schreiben Sie nun auch auf, was Sie auf keinen Fall von jemandem hören möchten, der sich professionell um Sie kümmert!

▶
▶
▶
▶

➔ Sollte Ihnen von Ihrem Psychotherapeuten oder Ihrem Arzt eine sogenannte »somatoforme Störung« diagnostiziert worden sein, so seien Sie nicht erschreckt oder verärgert.

Es bedeutet zum einen, dass Sie erheblich unter körperlichen Beschwerden leiden. Das Wort »soma« kommt aus dem Griechischen und bedeutet »Körper«. Ihre Belastung dürfte bereits mindestens ein halbes Jahr andauern – oft dauert es aber viele Jahre, bis Betroffene erstmalig mit dem Begriff »somatoform« konfrontiert werden.

Neben dem körperlichen Leid bedeutet der Begriff »somatoforme Störung« auch, dass sich keine eindeutige organische Krankheit finden lässt, die Ihre körperlichen Beschwerden gut erklärt. Das bedeutet keinesfalls, dass es Ihnen körperlich gut gehen müsste. Es bedeutet lediglich, dass es keine medizinische Krankheit gibt, die Ihr Beschwerdebild gut erfasst, und dass es leider auch kein Medikament und keine Operation gibt, die Ihr körperliches Leid wieder verschwinden lassen.

Das Wortanhängsel »-form« in »somatoform« steht dafür, dass es sich um körperliche Beschwerden handelt, *die nur so aussehen, als ließen sie sich auf eine eindeutige körperliche Krankheit zurückführen*. Es ist die korrekte Bezeichnung einer Diagnose (nach dem offiziellen Kategorien- und Klassifikationssystem von Erkrankungen, der sogenannten ICD-10, der Weltgesundheitsorganisation) und muss daher formal auf Bescheinigungen etc. verwendet werden. Allerdings wird der Begriff heutzutage von vielen als ungünstig und missverständlich angesehen. Es ist deshalb zu empfehlen, das Wort nicht auf die »Goldwaage zu legen«.



Menschen mit »somatoformen Störungen« leiden nachgewiesenermaßen erheblich unter körperlichen Beschwerden.

Einerseits ist es frustrierend zu erfahren, dass sich Ihre Beschwerden nicht richtig durch eine körperliche Krankheit erklären lassen. Aber wenn Ihnen bewusst wird, dass Ihr Leiden von Experten als »somatoform« bezeichnet wird, hat das auch eine Reihe von Vorteilen:

- (1) Sie sind damit alles andere als allein. In Deutschland leidet etwa jede fünfte Person (also rund 20 Prozent) unter nicht ausreichend erklärbaren körperlichen Beschwerden.
- (2) Zahlreiche wissenschaftliche Studien belegen, dass eine Reihe psychologischer Prozesse einen Einfluss auf die Stärke der körperlichen Beschwerden hat. In einer Psychotherapie werden Sie diese, zum Teil recht komplizierten, Vorgänge genauer kennenlernen.
- (3) Sie können davon ausgehen, dass Psychotherapeuten, die auf dem aktuellen Stand der Forschung sind, ein breites Repertoire zur Verfügung haben, um dabei zu helfen, dass es Ihnen besser geht.

Viele Menschen mit somatoformen Störungen haben eine Vorgeschichte hinter sich, die es Ihnen als Therapeut erschweren könnte, einfach so »loszulegen«, wie Sie es gewohnt sind. Das scheinbare Paradox, körperlich zu leiden, aber nicht körperlich »krank« zu sein, führt bei vielen Patienten zu Frustration und langer »Krankheitskarriere«, bevor sie sich an Sie als Psychotherapeuten wenden. Zur weiteren Auseinandersetzung mit dieser Eingangsproblematik können Sie sich auch mit AB 2 beschäftigen.

→ Mit den folgenden Komplikationstypen können Sie des Öfteren rechnen:

- (1) Der unwissende Patient
- (2) Der arztmüde Patient
- (3) Der veränderungsängstliche Patient
- (4) Der Patient mit großen Vorwurfs-Ohr

Häufig handelt es sich auch um gemischte Probleme.

(1) Der unwissende Patient: »Ich weiß nicht, was ich hier soll.«

Phänomen. Bei somatoformen Patienten geschieht es des Öfteren, dass sie von Ärzten oder dem Partner geschickt werden, jedoch kaum eine Vorstellung davon haben, was sie in einer Psychotherapie sollen. Neben dem »Ich weiß nicht, was ich hier soll« begegnet einem häufiger auch noch das drastischere »Ich bin hier falsch«.

Erklärung. Versuchen Sie, dies nicht als Feindseligkeit Ihnen oder Ihrer Profession gegenüber zu sehen. Das ist es ja auch nicht. Es handelt sich schlichtweg um ein Missverständnis: Der Patient fühlt sich falsch verstanden, weil er wegen seines körperlichen Leids zu einem Experten für psychische Probleme geschickt wird. Nachvollziehbarerweise fühlt er sich damit fehl am Platz. Auch interpretiert er, von anderen nicht ernst genommen zu werden. Viele Menschen haben keine oder verzerrte Vorstellungen davon, womit sich Psychotherapeuten heutzutage beschäftigen. Auch der Satz »Ich bin doch nicht verrückt« fällt in diesem Zusammenhang mitunter. Dies äußern Patienten, wenn Sie denken, andere würden sie für Simulanten halten oder für jemanden, der in psychoseartigen Prozessen körperliche Beschwerden »halluziniert«.

→) **Vorschlag.** »Viele Menschen, die mit körperlichen Problemen zu mir kommen, fühlen sich hier erst einmal falsch; auch, wenn ich da natürlich ganz anderer Meinung bin. Was leider noch wenig bekannt ist: Man kann mit Psychotherapie auch Menschen helfen, die schon länger ein körperliches Leiden haben. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass wir Psychotherapeuten sehr oft dazu beitragen können, dass sich Patienten mit körperlichen Beschwerden wieder besser fühlen und mehr am Leben teilnehmen können. Um was es da genau in der Therapie geht, hängt sehr von der einzelnen Person ab. Da ich Sie ja noch gar nicht kenne, verstehen Sie bestimmt, dass ich nicht direkt ein »Erfolgsrezept« für Sie habe. Aber vielleicht mögen Sie sich darauf einlassen, dass wir uns erst mal ein paar Sitzungen lang besser gegenseitig kennenlernen. Dann bekomme ich eine Idee, was von den Dingen, die Menschen mit chronischen körperlichen Beschwerden normalerweise helfen, für Sie passen könnte. Und Sie können überlegen, ob die Treffen mit mir für Sie hilfreich sein könnten.«

(2) Der arztmüde Patient: »Sie können mir auch nicht helfen.«

Phänomen. Gar nicht so verschieden vom unwissenden ist der arztmüde Patient. Diese Menschen haben in der Regel Hunderte von Stunden wartend in Arztpraxen gesessen, verschiedenste Medikamente ausprobiert, zimal von Medizinerinnen Sätze wie »Jetzt weiß ich auch nicht mehr, was ich Ihnen noch raten soll« gehört, erfolglos zahllose Ratschläge von Bekannten ausprobiert und vielleicht sogar dreibis fünfstellige Summen für nicht-evidenzbasierte heilpraktische Behandlungsversuche ausgegeben.

Erklärung. Nach all diesen Erfahrungen sitzen die Betroffenen dann Ihnen als x-tem Fachmenschen gegenüber. Die Patienten wissen nicht, was Sie als Psychotherapeuten von o.g. Experten unterscheidet. Für diese sind Sie nur ein weiterer Mensch, der versucht ihnen »Hoffnung zu machen, obwohl Sie ja eigentlich nur Geld verdienen wollen«. Auch diese Betroffenen meinen es nicht böse, sie sind nur frustriert und resigniert.



Vorschlag. »Die Patienten mit chronischen körperlichen Beschwerden, die ich kennen gelernt habe, sind nach all den Jahren erfolgloser Suche nach Hilfe oft sehr frustriert. Manchmal haben sie die Hoffnung fast aufgegeben, dass irgendetwas noch helfen könnte. Jetzt sitzen Sie hier bei mir und fragen sich vielleicht, ob das noch Sinn hat.« ... »Nach dem, was ich bis jetzt von Ihnen weiß, wäre das, was wir hier machen würden, allerdings noch einmal etwas anderes. Zwar könnte es hier manchmal ein wenig anstrengend werden, denn ich brauche Sie als offenen und ehrlichen Gesprächspartner, um Ihnen mit Ihren Beschwerden zu helfen. Auf der anderen Seite aber zeigt die Forschung der letzten 20 Jahre klar, dass es eindeutig sinnvoll ist, es bei chronischen körperlichen Beschwerden mit einer modernen Psychotherapie zu versuchen.«

(3) Der veränderungsängstliche Patient: »Das einzige, was mir noch hilft, ist die Rente.«

Phänomen. Ein substanzieller Teil von Patienten mit somatoformen Störungen sieht für sich als einzige Lösung für die Zukunft eine deutliche Erleichterung der Lebensumstände. In der Regel ist damit ein Rentenwunsch oder ein bereits gestellter, womöglich im ersten Anlauf abgelehnter, Rentenantrag gemeint. Im Gegensatz zu den beiden o.g. Komplikationen ist dieses Problem oft eingangs nicht ersichtlich, weil Patienten mit einem Rentenbegehren dies ungern offen aussprechen. Es empfiehlt sich deshalb immer, im Erstgespräch auch Informationen über den beruflichen Status etc. einzuholen und ggf. ganz direkt nach einem bestehenden Rentenwunsch zu fragen.

Erklärung. Der Wunsch, dass das Leben leichter werden soll, wenn man schon jahrelang erheblich durch körperliche Beschwerden belastet ist, ist prinzipiell nachvollziehbar. Auch tragen ungünstige berufliche Bedingungen (bzw. der Umgang damit) noch dazu bei, dass sich körperliche Beschwerden verstärken können – selbstverständlich wird dies moduliert über die psychologischen Prozesse Aufmerksamkeitszuwendung, ungünstige Bewertung und ungünstige behaviorale Bewältigungsversuche. Problematisch an dieser Hoffnung ist allerdings, dass diese einer Veränderung im Wege stehen kann: Jemand, der als nicht mehr berufsfähig eingeschätzt werden möchte, hat auch Nachteile, wenn er durch eine erfolgreiche Psychotherapie wieder belastbarer wird. Selbstverständlich ist ein bestehendes Rentenbegehren allein kein Grund, einem somatoformen Patienten ein Therapieangebot abzuschlagen. Es empfiehlt sich aber eine aufmerksam-kritische Haltung und ein offener Umgang mit dem Konflikt.

☞ **Vorschlag.** »Eine ganze Reihe meiner Patienten sehen keinen anderen Ausweg mehr als die Rente. Das kann ich gut verstehen, wenn man das Gefühl hat, dass es mit den körperlichen Beschwerden einfach nicht mehr geht ... Allerdings sind Sie meines Erachtens in einer ganz schön schwierigen Lage. Und wenn ich mit Ihnen eine Therapie anfangen würde, bin ich es mit Ihnen vermutlich auch, um ehrlich zu sein. Möchten Sie wissen, warum? ... Und zwar glaube ich, dass Sie in einem schwierigen Konflikt stehen. Sie haben zwei Ziele, die sich gegenseitig widersprechen. Ziel 1 ist, dass Sie hier mit mir gemeinsam etwas dafür tun wollen, dass es Ihnen wieder besser geht und Sie wieder belastbarer werden. Ist das richtig so? ... Ziel 2 ist, dass Ihr Leben dadurch leichter wird, dass Sie nicht mehr arbeiten müssen und Ihnen bescheinigt wird, dass Sie nicht mehr belastbar sind. Verstehen Sie, was ich daran für Sie so schwierig finde? ... Was machen wir denn jetzt mit Ziel 1 – also damit, dass Sie mit mir gemeinsam daran arbeiten, wieder fitter zu werden?«

(4) Der Patient mit dem großen Vorwurfs-Ohr: »Sagen Sie mir jetzt nicht auch noch, ich soll mich nicht auf meinen Schmerz konzentrieren.«

Phänomen. Viele somatoforme Patienten haben im Laufe ihrer Leidensgeschichte oft eine große Menge an Ratschlägen gehört. Wenn diese zu nachhaltigen Veränderungen geführt hätten, säßen sie nicht bei Ihnen. Sie sollten deshalb eingangs beim Ansprechen dysfunktionalen Verhaltens oder gar konkreter Ratschläge sehr vorsichtig sein.

Erklärung. Mit körperlichen Beschwerden geht man zum Arzt – der kümmert sich darum, dass diese wieder weggehen. Diese Einstellung klingt korrekt, ist einfach und praktisch. Allerdings ist sie in der Regel falsch: Die allermeisten körperlichen Krankheiten sind durch medizinische Interventionen nicht heilbar und bei der Behandlung vieler organischer Beschwerden sind sich Ärzte viel unsicherer, als sie es nach außen darstellen. In der Regel hegen somatoforme Patienten aber relativ änderungsresistent große Hoffnung auf die Chancen der Organmedizin. Je weniger Aussicht auf Besserung dies bietet, desto stärker reagiert die Umwelt mit alternativen Vorschlägen. Dank zunehmender Verbreitung der Erkenntnisse moderner Psychotherapieforschung kommen viele dieser Vorschläge aus der »eigentlich« richtigen Richtung, wie z. B.: »Versuch dich auf was anderes zu konzentrieren!«, »Hast du es mal mit Achtsamkeitskursen versucht?«, »Du darfst dich nicht so einigeln!« Wenn Sie also derartige Ideen äußern, treffen Sie möglicherweise einen ohnehin wunden Punkt bei Ihrem somatoformen Patienten. Seien Sie deshalb bemüht, diesen dort abzuholen, wo er steht.

☞ **Vorschlag.** »Meine Erfahrung mit Menschen, die mit unklaren Körperbeschwerden belastet sind, ist, dass sie schon sehr viele Erfahrungen mit Ärzten gemacht haben. Manchmal haben die Mediziner genau wie ihre Patienten Hoffnung, dass es die eine, wirkliche Lösung gibt, und oft zeigt sich dann, dass dies nicht der Fall ist. Manchmal ist es so, dass die Menschen um meinen Patienten herum auch immer wieder Vorschläge machen, was man denn tun soll, damit die Beschwerden besser werden. Ist das bei Ihnen auch so? ... Als Ihr Psychotherapeut habe ich für Sie im Moment noch kein Erfolgsrezept, von dem ich klar sage, dass das Ihr Leben verändert. Was ich hier aber gerne machen würde, ist herauszufinden, welche Dinge sich in Ihrem Denken, Fühlen, Handeln und in Ihrem Leben um Sie herum ändern könnten, damit es Ihnen besser geht. Dass es so etwas gibt, davon bin ich fest überzeugt.«



Sätze, die Türen schließen	Was denkt der Patient dann im schlimmsten Fall?	Alternativvorschlag: Pforten öffnen
»Ihre Beschwerden haben keine körperlichen Ursachen.«	»Mein Therapeut denkt, ich spiele das nur vor/bilde mir meine Beschwerden ein.«	»Erst einmal möchte ich betonen, dass Menschen mit körperlichen Beschwerden in erster Linie ein körperliches Problem haben. Was viele nicht wissen, ist aber, dass man dem körperlichen Leiden mit psychologischen Methoden entgegenwirken kann.«
»Ihre Beschwerden haben psychologische Ursachen.«	»Mein Therapeut denkt, ich spinne. Der will auch nur mein Geld.«	
»Sie müssen schon wissen, dass Ihre Beschwerden nicht mehr weggehen werden. Ihre Beschwerden kann ich Ihnen leider nicht nehmen.«	»Das bringt hier überhaupt nichts.«	»Den meisten Menschen, die aktiv in einer modernen Psychotherapie mitmachen, geht es danach spürbar besser.«
»Die Forschung sagt eigentlich, dass es Fibromyalgie gar nicht gibt.«	»Mein Therapeut hat keine Ahnung von meiner Krankheit. Ich bin hier falsch.«	»Fibromyalgie kenne ich gut. Dabei handelt es sich um ein chronisches Schmerzsyndrom. Die Betroffenen haben über den ganzen Körper verteilte Schmerzen.«
»Wenn Sie meinen, dass Sie so starke Kopfschmerzen haben, ...«	»Mein Therapeut denkt, ich bilde mir meine Kopfschmerzen ein.«	»Wenn Sie so starke Kopfschmerzen haben, ...«
»In der Therapie lernen Sie, Ihre Beschwerden nicht mehr so negativ zu bewerten.«	»Mein Therapeut hat keine Ahnung, was es bedeutet, mit meinen Beschwerden zu leben. Das kann man sich leider nicht schön reden.«	»In der Therapie werde ich viele konkrete Hilfestellungen mit Ihnen erarbeiten. Zum Beispiel ist es manchmal so, dass die Art, wie man über seine Beschwerden denkt, es eigentlich nur noch schlimmer macht. Das kann man versuchen zu ändern.«

2 Exploration und diagnostische Klassifikation somatoformer Beschwerden

2.1 Hintergrund und Einführung

Das Grundprinzip einer diagnostischen Untersuchung, bei psychischen Erkrankungen zwischen Symptom, Syndrom und Diagnose zu differenzieren, spielt vor allem bei somatoformen Störungen eine sehr wichtige Rolle. Zunächst werden auf Symptomebene die einzelnen Körperbeschwerden des Patienten darauf untersucht, inwieweit diese medizinisch abgeklärt sind und ob ein organischer Befund vorliegt. Zudem werden der Leidensdruck und die Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten, die für den Patienten mit Symptomen verbunden sind, exploriert. Es ist von besonderer Bedeutung den zeitlichen Verlauf für die einzelnen Körperbeschwerden zu rekonstruieren, da die einzelnen Symptome häufig fluktuieren und sich über den Zeitverlauf ändern können bzw. nur vorübergehend auftreten. Klinische Relevanz von Körpersymptomen kann darüber eingeschätzt werden, ob der Betroffene aufgrund der Symptome einen Arzt aufgesucht, Medikamente einnimmt und seinen Lebensstil geändert hat bzw. substanzielle Einschränkungen in seiner Lebensführung erlebt.

Auf der nächsten Ebene wird eingeschätzt, inwieweit der Patient an Einzelsymptomen leidet bzw. Bündel von Symptomen zu Syndromen zusammengefasst werden können. Bei den somatoformen Störungen ist die Identifikation eines Syndroms nicht zwangsläufig erforderlich. Zum Teil kann bereits ein sehr stark ausgeprägtes und beeinträchtigendes Einzelsymptom eine Diagnose begründen (z. B. eine Schmerzstörung mit einem schweren Brustschmerz, der mit hohem Leidensdruck und Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen sowie hohem Inanspruchnahme-Verhalten verbunden ist).

Diagnose nach ICD-10. Im finalen Schritt werden die Symptome bzw. Syndrome dahingehend eingeschätzt, ob sie die Kriterien einer Diagnose erfüllen. Die folgenden Arbeitsmaterialien orientieren sich dabei an den Klassifikationskriterien der zehnten Revision der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Probleme (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1996). Nach der ICD-10 umfasst die Gruppe der somatoformen Störungen zunächst Störungsbilder, bei denen chronische, belastende, medizinisch unerklärte Körperbeschwerden im Vordergrund stehen. Zu diesen zählen

- ▶ die Somatisierungsstörung,
- ▶ die undifferenzierte somatoforme Störung,
- ▶ die somatoforme autonome Funktionsstörung und
- ▶ die anhaltende somatoforme Schmerzstörung.

Bei der hypochondrischen Störung hingegen steht eine anhaltende Angst und Überzeugung, an einer schweren Erkrankung zu leiden, im Vordergrund. Die körperdysmorphe Störung, die als Kardinalsymptom die übermäßige Beschäftigung mit einer vom Patienten angenommenen körperlichen Missbildung oder Entstellung hat und die nach der ICD-10 ebenfalls noch zu den somatoformen Störungen zählt, bleibt in diesem Buch unberücksichtigt. Nach aktuellem Stand wird sie in der zukünftigen elften Revision der ICD höchstwahrscheinlich nicht mehr zum somatoformen Störungskreis zählen (WHO, 2016). Neben den klassischen somatoformen Störungen haben sich zahlreiche verschiedene sogenannte funktionelle somatische Syndrome (FSS) etabliert. Zu den wichtigsten zählen das sogenannte Reizdarmsyndrom, das chronische Erschöpfungssyndrom und die Fibromyalgie. Die

diagnostische Einordnung dieser Syndrome ist nach wie vor umstritten. Aus psychologischer bzw. psychiatrischer Perspektive werden die beiden ersteren als undifferenzierte somatoforme Störung eingeordnet, während das letztere zu der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gezählt wird.

Hilfsmittel für den diagnostischen Prozess

Der diagnostische Prozess für somatoforme Störungen baut auf verschiedenen Säulen von Hilfsmitteln auf.

- ▶ Die entscheidende Säule ist, wie bei anderen Störungen auch, das persönliche diagnostische Gespräch zwischen Therapeut und Patient, das z. B. auf einem standardisierten klinischen Interview wie dem Composite International Diagnostic Interview nach ICD-10 und DSM-IV (APA, 2000) oder diagnostischen Checklisten, wie z. B. den Internationalen Diagnosechecklisten nach der ICD-10 (Hiller et al., 1997), aufbaut.
- ▶ Die zweite wichtige ergänzende Säule stellen die sogenannten Beschwerdelisten dar. Diese sind i. d. R. Auflistungen von Körperbeschwerden, die von Patienten im Selbstbericht nach deren Schwere- oder Belastungsgrad eingestuft werden sollen. Wir stellen im Folgenden den Patienten-Gesundheitsfragebogen 15 (Kroenke et al., 2002) als eine besonders gut validierte Form dieser Beschwerdelisten vor.
- ▶ Des Weiteren können als dritte Säule Fragebögen herangezogen werden, die zur Exploration von psychologischen Faktoren, die mit den Körperbeschwerden assoziiert sind, genutzt werden. Dazu gehören z. B. Krankheitsängste und -verhaltensweisen.
- ▶ Für den Therapieverlauf bietet sich abschließend der Einsatz eines Befindlichkeitstagebuches an. Dieses kann mit unterschiedlichen Zielen verwendet werden. Zum einen dient es dazu, Zusammenhänge zwischen den körperlichen Beschwerden, belastenden Ereignissen im Alltag und emotionalen Zuständen herauszuarbeiten. Alternativ kann es helfen, die von den Patienten häufig berichteten vagen Selbstbeobachtungen von Symptomen zu konkretisieren. Zum Beispiel neigen Patienten dazu in sehr verallgemeinernder Sprache ihre Beschwerden zu beschreiben, wie z. B.: »Der Schmerz ist immer da.« Abschließend kann das Tagebuch natürlich auch zum Monitoring des Therapieprozesses genutzt werden. Es ist empfehlenswert, solch ein Instrument zeitlich nur begrenzt, z. B. auf eine Woche zu Beginn und zum Ende der Therapie, einzusetzen.

2.2 Arbeitsmaterialien

- ▶ **AB 6 Interviewleitfaden für die Anamnese im Erstkontakt/in den ersten Sitzungen (T).** Dieses Arbeitsblatt stellt einen umfassenden Leitfaden für die ersten Kontakte mit Patienten mit somatoformen Beschwerden dar. Es beinhaltet Aspekte, auf die vor allem bei der frühen Exploration bei somatoformen Störungen ein Schwerpunkt gelegt werden sollten, wie z. B. Krankheitsverhaltensweisen im Zusammenhang mit den körperlichen Beschwerden oder subjektive Krankheitsannahmen. Die folgenden Arbeitsblätter (AB 7-12) dienen zur Vertiefung einzelner Punkte des Interviewleitfadens. Konkrete Beispiele für Fragen, die der Therapeut an den Patienten stellen kann, werden vorgeschlagen. Der Interviewleitfaden enthält ein Screening zu komorbiden psychischen Störungen. Bei auffälligen Antworten des Patienten zu diesen Screeningfragen sollten ergänzende Interviewverfahren herangezogen werden (z. B. Internationale Diagnosen Checklisten IDCL, Hiller et al., 1997; Composite International Diagnostic Interview nach ICD-10 und DSM-IV CIDI, Wittchen et al., 1998).
- ▶ **AB 7 Interview zu körperlichen Beschwerden und deren Beeinträchtigungsgrad (nach ICD-10 und DSM-IV) (T).** Das zweite Arbeitsblatt in diesem Kapitel hilft auf Symptomebene einzelne Symp-

tome genau zu explorieren, nach ihrem zeitlichen Verlauf, ihrem Beeinträchtigungsgrad und ihrer organmedizinischen Abklärung. Die Zeitintervalle und die Körpersymptome sind dabei an der ICD-10 orientiert. Die Symptomlisten der ICD-10 wie auch DSM-IV sind abgedeckt. Zudem ist Raum für weitere Körperbeschwerden, die in den Klassifikationssystemen nicht vorhanden sind. Die Vorlage von Symptomlisten hat den Vorteil, dass der Therapeut auch Beschwerden erfassen kann, an die der Patient vielleicht nicht gedacht hätte, da sie weiter zurückliegen.

- ▶ **AB 8** *Exploration des subjektiven Störungsmodells des Patienten* (P/T)
- ▶ **AB 9** *Medikamentenanamnese* (P/T)
- ▶ **AB 10** *Zeitverlauf: Körperbeschwerden, körperliche Erkrankungen und psychische Erkrankungen* (P/T)
- ▶ **AB 11** *Screening: Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen* (P/T)
- ▶ **AB 12** *Körperliche Erkrankungen, Verlauf und Vorbehandlungen* (P/T). Ergänzend zu AB 6 und 7 werden fünf Arbeitsblätter zur Vertiefung der Exploration des subjektiven Störungsmodells des Patienten, der Medikamentenanamnese, des zeitlichen Verlaufs der körperlichen Beschwerden und begleitender körperlicher und psychischer Erkrankungen, der Geschichte des Patienten an medizinischen Vorbehandlungen sowie des Ausmaßes von symptombezogener Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen zur Verfügung gestellt. Bei AB 8 zu den subjektiven Störungsannahmen des Patienten befindet sich im unteren Teil des Arbeitsblattes ein Strahl. Der Therapeut kann an diesem abfragen, inwieweit die vom Patienten vermuteten Ursachen eher psychischer oder eher somatischer Natur sind. Die Fragen und Beeinträchtigungsbereiche auf AB 11 orientieren sich am Pain Disability Index (Tait et al., 1990), am WHO Disability Assessment Schedule (WHO, 2010) und am EuroQol (Williams, 1990).
- ▶ **INFO 13** *Übersicht zu Klassifikationskriterien somatoformer Störungen nach der ICD-10* (T). Der Therapeut kann als Zusammenfassung der diagnostischen Kriterien zur Diagnose der einzelnen somatoformen Störungsbilder das Informationsblatt 13 verwenden. Die Informationen auf diesem Informationsblatt basieren auf der ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2015) und einer Kodierungshilfe für die F45.41 von Nilges und Rief (2010).
- ▶ **INFO 14** *Übersicht zu Klassifikationskriterien ausgewählter funktioneller somatischer Syndrome* (T). Ergänzend zu den Diagnosen somatoformer Störungen stellen wir ein Informationsblatt zur Verfügung, das die aktuellen Kriterien der drei wichtigsten funktionellen somatischen Syndrome – Reizdarmsyndrom (Layer et al., 2011; Longstreth et al., 2006), Fibromyalgie (Deutsche Schmerzgesellschaft, 2017; Wolfe et al., 2011; Wolfe et al., 2010) und Chronisches Erschöpfungssyndrom (WHO, 1996) – zusammenfasst.
- ▶ **INFO 15** *Zusammenhang von Syndromen medizinisch unerklärter Körperbeschwerden und der hypochondrischen Störung* (T). Dieses Informationsblatt veranschaulicht für den Therapeuten die Einordnung von Krankheitsängsten im Rahmen der somatoformen Störungen und gibt Hilfestellungen zur Ableitung erster Behandlungsimplicationen und grober Behandlungsschwerpunkte.
- ▶ **AB 16** *Checkliste Differenzialdiagnostik nach ICD-10* (T). Zur Abgrenzung der somatoformen Störungen von somatischen Erkrankungen und anderen psychischen Störungen, die symptomatische Ähnlichkeiten zu den Diagnosen des somatoformen Störungskreises aufweisen, wird mit der Checkliste zur Differenzialdiagnostik nach ICD-10 auf AB 16 eine Hilfestellung gegeben.
- ▶ **AB 17** *15-Item Beschwerdenliste für den Patienten (Patienten-Gesundheitsfragebogen-15)* (P). Als Beschwerdeliste für den subjektiven Symptombericht des Patienten stellen wir in diesem Buch den Patienten-Gesundheitsfragebogen-15 (Kroenke et al., 2002), ein Instrument mit sehr guten psychometrischen Eigenschaften, vor. Diese Beschwerdeliste kann zum einen für die Exploration von Körperbeschwerden zum Erstkontakt genutzt werden, stellt aber zugleich ein hilfreiches Monitoring-Instrument für den Therapieverlauf dar.

- ▶ **AB 18** *Fragen zu psychischen Faktoren im Zusammenhang mit somatoformen Beschwerden* (P). Bisher haben in den Klassifikationssystemen wie der ICD-10 und dem DSM-IV psychologische Faktoren kaum eine Rolle zur Diagnostik somatoformer Störungen gespielt. Mit der Einführung der fünften Revision des DSM (American Psychiatric Association, 2013) gab es eine entscheidende Veränderung, da dieses erstmalig psychische Variablen im Rahmen der diagnostischen Kriterien berücksichtigt. Die Forschung befasst sich hingegen schon sehr lange mit psychischen Faktoren, die mit medizinisch unerklärten Körperbeschwerden zusammenhängen. Dementsprechend wurden aus verschiedenen gut validierten Messinstrumenten zu Krankheitsangst, Krankheitsverhalten, dysfunktionalen Kognitionen und aus exzessiver Internetsuche nach Informationen zu Krankheiten und körperlichen Symptomen besonders repräsentative Items ausgewählt und in einer Fragenliste zusammengestellt. Im Folgenden sind die Zuordnungen der Items von AB 18 zu den Skalen bzw. Subskalen der Fragebögen zusammengestellt.
 - Skala zur Erfassung von Krankheitsverhalten (SAIB; Rief et al., 2003): Verifikation der Diagnose: Item 1-2; Symptomausdruck: Item 3-4; Medikamente: Item 5-6; Krankheitsfolgen: Item 7; Scanning: Item 8-9
 - modifizierte Version des Short Health Anxiety Inventory (mSHAI; Bailer et al., 2013): Items 10-14
 - Fragebogen zu Körper und Gesundheit (FKG; Hiller et al., 1997): Katastrophisierung: Item 15-16; Autonome Sensationen: Item 17-18; Körperliche Schwäche: Item 19-20; Intoleranz gegenüber körperlichen Beschwerden: Item 21-22
 - Cyberchondria Severity Scale (CSS; Barke et al., 2016): Exzessivität: Item 23; Misstrauen gegenüber Arzturteil: Item 24 (Umpolen!); Rückversicherungsverhalten: Item 25; Belastung: Item 26

Die Repräsentativität wurde zum einen auf der Basis der Höhe der Faktorladung und zum anderen auf Basis inhaltlicher Relevanz bestimmt.

- ▶ **AB 19** *Befindlichkeitstagebuch* (P). Auf diesem Arbeitsblatt stellen wir ein Befindlichkeitstagebuch zur Verfügung (orientiert an Kleinstäuber et al., 2017), welches jedoch nur als eine Anregung für mögliche Skalen und Fragen für den Patienten gedacht ist. Der Therapeut wird ermutigt, ein individuelles Tagebuch mit Inhalten, die spezifisch für seinen Patienten zugeschnitten sind, zu erstellen.
- ▶ **AB 20** *Ich zeichne meine Körperbeschwerden...* (P). Mit diesem Arbeitsblatt wagen wir zum Ende von Kapitel 2 einen kleinen Exkurs. Zeichnungen von Patienten haben in der Kunst- und Ergotherapie bereits eine lange Tradition. Zeichnungen haben jedoch über die letzten Jahre ebenfalls Bedeutung in der Psychotherapie gewonnen – jedoch mit einem anderen Einsatzzweck: zur Eröffnung des Gespräches mit dem Patienten über seine Beschwerden, Krankheitsvorstellungen und Beeinträchtigungen (Henare et al., 2003). In einer Schmerzklinik des National Health Service in England wird zum Beispiel routinemäßig eine Sammlung von Bildkarten zum Anamnesegespräch eingesetzt (Semino et al., 2017). Patienten reflektieren mithilfe der bildlichen Darstellungen ausführlicher als im reinen Selbstbericht. AB 20 gibt eine Instruktion, mit der der Therapeut seinen Patienten anleiten kann, eine Zeichnung von seinen Körperbeschwerden zu erstellen. Es wird empfohlen dem Patienten verschiedene Zeichenmaterialien (verschiedene Stifte und Farben) zur Verfügung zu stellen. Der entscheidende Teil dieser Übung ist die Auswertung und das Gespräch zwischen Therapeut und Patient über die Zeichnung. Wichtige Themen könnten u. a. sein:
 - Warum hat der Patient bestimmte Farben oder Formen gewählt?
 - In welcher Art und Weise ist das Symptom dargestellt?
 - Sind andere Personen in die Zeichnung eingebunden?
 - Wie werden in der Zeichnung der Leidensdruck und die Beeinträchtigungen dargestellt?

Anlass des Aufsuchens der Psychotherapie

Was führt Sie zu mir? Was hat dazu geführt, dass Sie sich zu diesem Zeitpunkt Ihres Lebens für eine Psychotherapie entschieden haben? Hat Sie jemand zu mir überwiesen?



.....

.....

.....

Exploration der körperlichen Beschwerden

Welche körperliche(n) Beschwerde(n) weisen Sie aktuell auf (zur Vertiefung siehe AB 7)? Welche länger anhaltenden körperlichen Beschwerden haben Sie in der Vorgeschichte erlebt, die aktuell nicht im Vordergrund stehen?



.....

.....

.....

Lokalisieren Sie jedes Symptom mit den Silhouetten des menschlichen Körpers auf Seite 10 dieses Arbeitsblattes und explorieren Sie den zeitlichen Verlauf (im langfristigen und kurzfristigen Zeitfenster) und die medizinische Abklärung jedes einzelnen Symptoms (verwenden Sie dafür das Fragenschema auf Seite 9 dieses Arbeitsblattes)!



Welche Art von Symptom oder Syndrom weist der Patient auf?

- einzelnes spezifisches Symptom
- monosymptomatisches Syndrom (Symptome in einem Organsystem)
- polysymptomatisches Syndrom (Symptome in verschiedenen Organsystemen)

Exploration der Beeinträchtigungen durch das/die Symptom/e

In welchen Bereichen Ihres Lebens sind Sie durch Ihre Beschwerden eingeschränkt? Bei welchen Aktivitäten oder Funktionen sind Sie konkret beeinträchtigt?

► Familie/Partnerschaft:

.....

.....

▶ Beruf/Ausbildung:

.....

▶ Sozialleben:

.....

▶ Sonstige Bereiche:

.....

Wie geht Ihr soziales Umfeld mit Ihren Beschwerden um? Welche Reaktionen erleben Sie, wenn Sie über Ihre körperlichen Beschwerden sprechen?

▶ Familie/Partnerschaft:

.....

▶ Arbeits-/Ausbildungsplatz:

.....

▶ Freunde/Bekannte:

.....

▶ Gesundheitsbereich:

.....

▶ Sonstige Personen in Ihrem Umfeld:

.....

Bisherige Bewältigungsversuche

Was machen Sie bzw. haben Sie bisher gemacht, um mit Ihren körperlichen Beschwerden umzugehen?
[Explorieren Sie zum einen dysfunktionale Verhaltensweisen, wie z. B. Schon- und Vermeidungsverhalten, übermäßige Inanspruchnahme medizinischer Dienste, Body-Checking aber auch hilfreiche Bewältigungsverhaltensweisen.]

.....

.....

.....

.....



Welche medizinischen Behandlungsversuche haben Sie bereits durchgeführt und mit welchem Erfolg?

Symptom	Medizinische Behandlung	Behandlungsergebnis

Nehmen Sie Medikamente aufgrund Ihrer Beschwerden ein? Wenn ja, welche? [zur ausführlichen Exploration siehe AB 9]

.....

.....

.....

Begleitende körperliche und psychische Erkrankungen

Haben Sie körperliche Erkrankungen (unabhängig von den Beschwerden, die Sie mir bisher geschildert haben)? [zur ausführlichen Exploration siehe AB 12]

.....

.....

.....

Ergeben sich Hinweise auf begleitende psychische Störungen? Nutzen Sie zur Exploration folgende Screeningfragen (orientiert am Web-Based Screening Questionnaire for Common Mental Disorders, Donker et al. 2009; Übersetzung der Autoren).

Screeningfrage	Antwortskala	Verdacht auf...
F1: Markieren Sie auf der folgenden Skala, wie stark Sie sich in den letzten 4 Wochen durch niedergeschlagene oder durch depressive Verstimmungen gestört fühlten.	0=kaum gestört 1=leicht gestört/nicht wirklich beeinträchtigt 2=etwas gestört und beeinträchtigt 3=deutlich gestört/beeinträchtigt 4=sehr gestört/beeinträchtigt	Depression? <input type="checkbox"/>
F2: Haben Sie Ihr Interesse bzw. Ihre Freude an fast allen Aktivitäten wie z. B. Arbeit oder Hobbys verloren, die Ihnen gewöhnlich Freude machen?	0=nein 1=ja	Depression? <input type="checkbox"/>
F3: Wie häufig hatten Sie während der vergangenen zwei Wochen Schwierigkeiten zu entspannen?	0=überhaupt nicht 1=an einigen Tagen 2=an mehr als der Hälfte der Tage 3=fast jeden Tag	GAS? <input type="checkbox"/>

Screeningfrage	Antwortskala	Verdacht auf...
F4: Bei einer Panikattacke tritt plötzlich, unerwartet, sehr starke Angst auf, die mit mindestens vier der folgenden Symptome einhergeht: Herzrasen; feuchte Hände; Zittern; Kurzatmigkeit/Atemnot; Erstickungsgefühle; Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust; Übelkeit/ Magen-Darm-Beschwerden/ plötzlicher Durchfall; Schwindel; Unsicherheit; Benommenheitsgefühl; der Ohnmacht nahe sein; sich sonderbar fühlen; Gefühl der Unwirklichkeit; sich losgelöst fühlen; Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden oder zu sterben; Kribbelgefühle; Taubheitsgefühle; Hitzewallungen oder Kälteschauer. Wenn Sie eine oder mehrere solcher Panikattacken in den vergangenen Woche hatten, wie belastet haben Sie sich in diesem Augenblick gefühlt?	0=überhaupt nicht belastet/ keine Panikattacke 1=ein bisschen belastet 2=belastet 3=sehr belastet 4=extrem belastet	Panikstörung? <input type="checkbox"/>
F5: Haben Sie Angst vor oder vermeiden Sie öffentliche Orte, an denen eine Flucht schwierig ist (z. B. öffentliche Verkehrsmittel, Geschäfte/Kaufhäuser, in einer Schlange stehen, Kino, fremde Gebäude, weit entfernt von zu Hause sein)?	0=nein 1=ja	Agoraphobie? <input type="checkbox"/>
F6: Gibt es Dinge, vor denen Sie mehr Angst haben oder die Sie mehr vermeiden als die meisten anderen Menschen?	0=nein 1=ja	Spezifische Phobie? <input type="checkbox"/>
F7: Haben Sie besondere Angst vor Tieren (z. B. Hunde, Spinnen, Schlangen, Katzen, Vögel, Mäuse, Insekten) oder medizinischen Dingen (z. B. Blut, Zahnarzt, Injektionen, Arztpraxen, Krankenhäuser, Ärzte) oder spezifischen Situationen (z. B. Bus, menschenüberfülltes Geschäft, Tunnel, Fahrstuhl, Flugzeug, Brücke, Autofahren)?	0=nein 1=ja	Spezifische Phobie? <input type="checkbox"/>
F8: Haben Sie Angst vor oder vermeiden Sie soziale Situationen, in denen Sie von anderen beobachtet werden könnten (z. B. öffentlich sprechen, vor anderen essen oder schreiben)?	0=nein 1=ja	Soziale Phobie? <input type="checkbox"/>
F9: Hat Ihre Angst nach einem extrem traumatisierenden Ereignis, das für Sie selbst oder für andere sehr bedrohlich war (z. B. schwerer Unfall, Überfall, Naturkatastrophe), begonnen?	0=nein 1=ja	PTSD? <input type="checkbox"/>

Screeningfrage	Antwortskala	Verdacht auf...
F10: Wie viel Zeit haben Sie in der vergangenen Woche mit Zwangsgedanken oder -verhalten verbracht? Unter Zwangsgedanken bzw. -verhalten versteht man wiederkehrende Gedanken, Handlungsimpulse oder Vorstellungen, die Sie nicht wollen, die widerlich, unangemessen, eindringlich und störend sind (wie z. B. der Gedanke, seine Kinder zu verletzen, obwohl man weiß, dass man das niemals machen würde)?	0=0 h/keine Zwänge 1=>0-<1 h/Tag 2=1-<3 h/Tag 3=3-<8 h/Tag 4=≥8 h/Tag	Zwangsstörung? <input type="checkbox"/>
F11: An einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke nehmen Sie da typischerweise zu sich?	1=keine 2=1-2 3=3-4 4=5-6 5=7-9 6=≥10	Alkoholabhängigkeit? <input type="checkbox"/>
F12: Wie häufig konsumieren Sie 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit?	0=niemals 1=seltener als einmal pro Monat 2=monatlich 3=wöchentlich 4=täglich/fast täglich	Alkoholabhängigkeit? <input type="checkbox"/>
F13: Haben Sie in letzter Zeit darüber nachgedacht, sich zu verletzen oder sich das Leben zu nehmen?	0=definitiv nicht 1=Ich habe darüber nachgedacht, würde es aber nicht tun. 2=Ich habe es ernsthaft in Betracht gezogen, habe mich aber zurückgehalten. 3=Ich würde es tun, wenn sich die Gelegenheit bietet.	Suizidalität? <input type="checkbox"/>

Grenzwerte des WSQ: Depression: F1≥5 & F2=1; Generalisierte Angststörung: F3≥2; Panikstörung: F4≥1; Panikstörung und Agoraphobie: F4≥1 & F5=1; Agoraphobie ohne Panikstörung: F5=1; Spezifische Phobie: F6 oder F7=1; Soziale Phobie: F8=1; PTSD: F9=1; Zwangsstörung: F10≥1; Alkoholabhängigkeit: F11≥2 & F12≥3; Suizidalität F13≥3 (Ausschluss)

Subjektives Störungsmodell des Patienten

Sie haben sich bestimmt bereits viele Gedanken dazu gemacht, wie Ihre Beschwerden erklärt werden könnten? Was sind Ihre Vermutungen? *[zur Vertiefung siehe AB 8]*

.....

.....

Biographie

Wie sieht Ihre aktuelle Lebenssituation aus?

▶ Partnerschaft:

.....

.....

▶ Familie:

.....

.....

▶ Beruf/Ausbildung:

.....

.....

▶ Finanzielle Situation:

.....

.....

▶ Soziales Netzwerk:

.....

.....

▶ Ressourcen/Freizeitaktivitäten:

.....

.....

Haben Sie in den vergangenen Jahren, möglicherweise auch im Zusammenhang mit dem Beginn Ihrer körperlichen Beschwerden besonders schwierige Lebensereignisse erlebt oder anhaltende alltägliche Stressereignisse?

.....

.....

Erste Erwartungsabklärung des Patienten an die Therapie

Sie haben sich möglicherweise viele Gedanken gemacht vor dem heutigen Termin, warum es Sinn ergeben könnte, einen Psychotherapeuten aufzusuchen. Was ist Ihre Hoffnung, mit der Sie mich aufgesucht haben? Was denken Sie, kann Ihnen eine Psychotherapie bringen oder wie kann Ihnen ein Psychologe weiterhelfen?

.....

.....

Weitere wichtige Punkte, die mit dem Patienten frühzeitig geklärt werden sollten

- ▶ zeitliche Struktur der Therapie/Therapieablauf, Anzahl der Sitzungen
- ▶ Grundprinzipien der Therapie: Was ist die Aufgabe des Therapeuten? Was ist die Aufgabe des Patienten?
- ▶ Handhabung von therapeutischen Übungen für zu Hause?
- ▶ Klärung der Kontaktaufnahme mit Hausarzt und ggf. Facharzt, Anforderung von Befundberichten (von ambulanten und stationären Vorbehandlungen); Schweigepflichtsentbindung gegenüber anderen behandelnden Institutionen.



Frageschema zur Exploration der körperlichen Beschwerden

Körperliches Symptom	Welche Körperbereiche sind durch das Symptom betroffen? (Einzeichnung in Körpersilhouette auf Seite 10/10)	Wann trat das Symptom erstmalig auf? Trat das Symptom seitdem kontinuierlich auf oder gab es symptomfreie Phasen? (Eintragung Lebensstrahl: AB 10)	Wie verhält sich das Symptom im Tagesverlauf? Liegen Schwankungen in der Intensität vor?	Wurde das Symptom medizinisch abgeklärt? Wenn ja, mit welchen bisherigen medizinischen diagnostischen Maßnahmen?	Bringen Sie bestimmte Auslöser mit dem Symptom in Verbindung? Wenn ja, welche?