

8 Allgemeines Krankheitsverhalten und Compliance/Adhärenz

Winfried Rief, Yvonne Nestoriuc

| | | |
|------------|-----------------------------------------------------------|----|
| 8.1 | Einleitung | 52 |
| 8.2 | Allgemeine Merkmale des Krankheitsverhaltens | 53 |
| 8.2.1 | Coping | 54 |
| 8.2.2 | Messung von Krankheitsverhalten .. | 55 |
| 8.3 | Inanspruchnahme medizinischer Leistungen | 56 |
| 8.3.1 | Messung von Inanspruchnahmeverhalten | 57 |
| 8.4 | Compliance und Adhärenz | 57 |
| 8.4.1 | Entstehung von Non-Adhärenz | 57 |
| 8.4.2 | Messung von Non-Adhärenz | 60 |
| 8.5 | Ausblick | 61 |

8.1 Einleitung

Menschen mit ein und derselben Erkrankung können sich höchst unterschiedlich verhalten. Während manche Patienten das Bedürfnis haben, ihre Erkrankungssymptome zu kommunizieren, Selbstmedikation vorzunehmen und ggf. trotzdem der Arbeit nachzugehen, versuchen andere Betroffene mit dem gleichen biomedizinischen Status, sich eher zurückzuziehen, zu schonen und allen sozialen Verpflichtungen zu entziehen. Von besonderer Bedeutung ist es, wann eine Person die Entscheidung trifft, medizinische Hilfe aufzusuchen. Diese Aspekte des Umgangs mit einer Erkrankung sind erstaunlich gering korreliert mit den biomedizinischen Markern der

Schwere der Erkrankung. Krankheitsverhalten ist somit nicht das primäre Resultat biologischer Krankheitsvorgänge, sondern ein erworbenes und erlerntes Verhalten im Umgang mit Erkrankungen und körperlichen Symptomen.

Wenn die Entscheidung zum Aufsuchen ärztlicher Hilfe getroffen ist, ist es für das Gesundheitssystem zusätzlich von besonderer Bedeutung, wie gut die Kooperation zwischen Behandler und Patient ist, insbesondere inwiefern der Patient Behandlungsempfehlungen umsetzt (»Compliance«). Man muss davon ausgehen, dass ein Großteil der verordneten Medikamente, die über die Solidargemeinschaft der Krankenkassen finanziert werden, unbenutzt den Weg in den Medizinschrank oder gar in den Müll findet. Zur Beschreibung der Umsetzung medizinischer Empfehlungen wird in neuerer Zeit der Begriff »Compliance« durch den Begriff »Adherence« (Adhärenz) ersetzt. Während Compliance dem eher paternalistischen Modell folgt (macht der Patient, was der Arzt ihm verordnet?), soll der Begriff »Adhärenz« stärker zum Ausdruck bringen, dass Arzt und Patient gemeinsam einen Behandlungsplan entwickeln, der die Individualität und Lebensumstände des Patienten berücksichtigt. Folgt der Patient dem partizipativ entschiedenen Behandlungsplan, wird er als »adhärent« eingeordnet. Diese Facette des Krankheitsverhaltens ist somit direkter Spiegel des Funktionierens unseres Gesundheitssystems.

Compliance beschreibt, ob und in welchem Ausmaß Patienten die Empfehlungen des Behandlers umsetzen (paternalistisches Modell). Adherence/Adhärenz beschreibt demgegenüber, ob und in welchem Ausmaß die Behandlungsempfehlungen umgesetzt werden, die Behandler und Patient in einer partizipativen Entscheidungsfindung festgelegt haben (partnerschaftliches Modell).

8.2 Allgemeine Merkmale des Krankheitsverhaltens

Der Begriff »Krankheitsverhalten« geht zurück auf den Medizinsoziologen Mechanic (1962), der damit die individuelle Reaktion auf ein Symptom bzw. eine Erkrankung umschrieb. Allerdings grenzte Mechanic seine Definition nicht auf Verhalten im engeren Sinne ein, sondern bezeichnete damit auch die perzeptuellen, kognitiven und affektiven Reaktionen des Individuums. Er betonte die sozialen Normen und kulturellen Einflüsse auf die Krankenrolle sowie die Rolle des Gesundheitssystems in der Steuerung von individuellem Krankheitsverhalten.

In den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts prägte der australische Arzt Issy Pilowsky den Begriff des **abnormen** Krankheitsverhaltens. Pilowsky ging davon aus, dass es einerseits normale Reaktionen auf die Tatsache des Krankwerdens gibt, zum anderen aber auch unangemessene oder maladaptive Reaktionen des Erlebens, der Bewertung und der Handlungen im Umgang mit dem eigenen Krankheitszustand. Pilowsky betrachtete dabei ein ganzes Spektrum möglicher Verhaltensweisen im Angesicht einer Erkrankung bzw. eines oder mehrerer Erkrankungssymptome, das von hypochondrischen Aspekten bis zur Verleugnung reichen kann. Allerdings gibt es bis heute keine allgemein akzeptierte Definition,

was normales und abnormales Krankheitsverhalten im Kontext einer bestimmten Erkrankung sein soll. Vielmehr wird Krankheitsverhalten verstanden als eine individuelle Reaktionstendenz auf eine Erkrankung, für die geprüft werden kann, inwieweit sie funktional oder maladaptiv zur Krankheitsbewältigung ist.

Vermeidungs- und Schonverhalten ist eine besonders wichtige Form von häufig dysfunktionalem Krankheitsverhalten. Viele Menschen reduzieren körperliche Aktivitäten im Kontext von Krankheiten, was im Rahmen von akuten Symptomen sinnvoll sein kann, im Kontext von chronischer Symptomatik jedoch zwischenzeitlich als in aller Regel maladaptiv gilt. Empirisch sehr gut belegt ist die Tatsache, dass bei Patienten mit Schmerzsyndromen, die eine Tendenz zum Schonverhalten haben, mit hoher Wahrscheinlichkeit die Schmerzen chronifizieren werden (Chou u. Shekelle 2010). Aber auch bei anderen Krankheitsbildern wie dem Zustand nach Herzinfarkt, Krebserkrankungen etc. zählt übermäßiges Schonverhalten als Risikofaktor für die Persistenz der Symptome bzw. eine verringerte Lebensqualität. Während Schon- und Vermeidungsverhalten somit kurzfristig zur Milderung und Vorbeugung einer Verschlechterung der Symptomatik eingesetzt wird, birgt eine langfristige Reduktion der körperlichen Aktivität, Rückzug aus sozialen Kontakten und Reduktion der Beteiligung in verschiedenen Tätigkeitsbereichen unter Umständen das Risiko, maladaptiv zu sein. Durch den Abbau der körperlichen Kondition treten nicht nur »Misuse-Symptome« auf, sondern oftmals auch eine Sensibilisierung für die Wahrnehmung von Körperbeschwerden, eine gedankliche Fokussierung auf somatische Prozesse sowie eine Reduktion der Erwartung, selbst den Krankheitsprozess positiv beeinflussen zu können (krankheitsspezifische Selbstwirksamkeit). Unter Umständen unterstützt durch sozialen Rückzug erhöht sich die Wahrscheinlichkeit des Auftretens ne-

gativer affektiver Reaktionen bis hin zu Depressionen, und es reduzieren sich allgemeine Problembewältigungsfähigkeiten. Aus diesen Gründen ist es von besonderer Bedeutung, Krankheitsverhalten bei Patienten insbesondere mit chronischen Erkrankungen genau zu analysieren und ggf. zu modifizieren (► Kap. 36 zur Modifikation des Krankheitsverhaltens).

Allerdings kann Krankheitsverhalten auch weitere Facetten außer Schon- und Vermeidungsverhalten umfassen. Insbesondere bezüglich der körperlichen Belastung gibt es auch Patienten, die eher zu wenig Rücksicht auf körperliche Grenzen nehmen (»Endurers«), was ebenfalls dysfunktional sein kann, jedoch andere Interventionen erfordert (Hasenbring et al. 2012).

Das Bedürfnis nach medizinischer Diagnostik und Behandlung führt zu einem erhöhten Inanspruchnahmeverhalten, auf das weiter unten näher eingegangen werden soll. Aber auch allgemein in der Kommunikation über die eigene Erkrankung können sich die betroffenen Patienten sehr stark unterscheiden. Während eine Person ggf. versucht, die Krankheitssymptome zu verheimlichen, ist eine andere Person darauf bedacht, allen mitzuteilen, dass und wie krank sie ist. Unter Umständen verändert sich das Kommunikationsmuster über den Chronifizierungsprozess, und es wird zunehmend über Symptome, diagnostische Verfahren und Behandlungsmöglichkeiten mit anderen Menschen gesprochen. Auf der anderen Seite treten Kommunikationsthemen des Alltags zunehmend in den Hintergrund, und die Person definiert sich immer mehr über die Krankenrolle. Auch dieses Kommunikationsmuster kann einen Faktor darstellen, der zur Persistenz der Symptomatik beiträgt und darüber hinaus zu weiteren pathogenen Konstellationen, wie z.B. einer reduzierten Lebensqualität oder geringeren Partnerschaftsqualität, führen kann. Das Krankheitsverhalten selbst kann so zu einem pathologischen Faktor werden, der in der Be-

handlung der Erkrankung zusätzlich beachtet werden muss. Hier kann zudem der Einbezug betroffener Dritter, wie z. B. Partner, Angehörige oder (Haus)Ärzte, in die Behandlung unabdingbar werden.

Eine weitere Facette des Krankheitsverhaltens ist die Art der Konsequenzen, die seitens der Umwelt bezüglich des »Krankseins« eingefordert werden. Dies betrifft alle Aspekte der Beeinträchtigung (Disability) durch die Erkrankung, somit auch die kostenrelevanten Faktoren wie Arbeitsunfähigkeit, Forderung der Entlastung aus anderen sozialen Rollen, reduzierte Fähigkeit der Konzentration auf Arbeitsabläufe und andere.

Schließlich sei auch noch eine weitere Strategie benannt, die den Umgang mit dem eigenen Körper betrifft. Insbesondere beim Vorliegen von Gesundheitsängsten neigen betroffene Personen dazu, den Körper nicht nur vermehrt zu beobachten, sondern auch abzutasten und sog. Checking-Verhalten zu zeigen. Da diese Verhaltensweisen in der Regel kurzfristig angstreduzierend sind, kann ihre Persistenz über negative Verstärkungsprozesse verstanden werden. Langfristig führt diese Verhaltensweise zu einer Verstärkung der Gesundheitsängste bzw. der Entdeckung immer neuer Symptome und stellt somit einen wichtigen Faktor in der Ätiologie einer Somatischen Belastungsstörung oder Krankheitsangststörung dar (Rief u. Broadbent 2007).

8.2.1 Coping

Der Prozess der individuellen Anpassung an einen Stressor wird als Coping bezeichnet und stellt einen wesentlichen Aspekt des Krankheitsverhaltens dar. Als Stressoren gelten unangenehme und anstrengende Umstände und Lebensphasen wie insbesondere die Adaptation an eine chronische Erkrankung. Coping wird dabei definiert als bewusste Anstrengung zur Bewältigung der mit dem Stressor, also der

Erkrankung, einhergehenden Beanspruchungen (Lazarus u. Folkman 1987). Es konnte gezeigt werden, dass Copingprozesse für die psychische und physische Gesundheit insbesondere dann relevant sind, wenn die Konsequenzen individuell als belastend und die eigenen Ressourcen übersteigend erlebt werden. Coping umfasst alle verhaltensmäßigen, intrapsychischen und bio-psychologischen Prozesse, die darauf abzielen die Konsequenzen der Erkrankung (oder allgemein des Stressors) zu bewältigen, zu tolerieren oder zu umgehen (Taylor u. Stanton 2007). Welche Copingstrategien eine Person angesichts eines gesundheitsrelevanten Stressors ergreift, wird unter anderem durch biologische und psychologische Mechanismen wie Vererbung und Modelllernen beeinflusst. Individuelle Copingstrategien können adaptiv oder maladaptiv sein und werden allgemein unterteilt in Copingressourcen, zu denen auch stabile Persönlichkeitseigenschaften zählen, und Copingprozesse, die beispielsweise in Annäherung und Vermeidung stressassoziierter Reize unterteilt werden.

Coping wird heute als Bindeglied zwischen Stress und dem damit assoziierten psychischen und physischen Gesundheitsstatus gesehen. Folglich setzten viele Interventionen bei der Stärkung adaptiver Copingprozesse, gerade auch im Umgang mit den Folgen einer chronischen Erkrankung wie Diabetes, Arthritis und HIV an (Carrico et al. 2006; Keefe et al. 2004; Kiecolt-Glaser et al. 2002). In der ursprünglichen Aufteilung unterschiedlicher Copingstrategien (Lazarus u. Folkman 1987) wurden die beiden Haupttypen unterschieden:

- **Problemfokussiertes Coping:** Es wird versucht, eine Lösung für die belastende Situation herbeizuführen.
- **Emotionsfokussiertes Coping:** Fokussierung auf die durch den Stressor ausgelösten Emotionen, z. B. beim »palliativen« Coping, das stark durch ein »Über-sich-ergehen-Lassen« geprägt ist.

Während in den frühen Jahren dem problemfokussierten Coping von wissenschaftlicher Seite aus Priorität eingeräumt wurde, wird heutzutage davon ausgegangen, dass nicht eine Copingstrategie grundsätzlich von Vorteil ist, sondern dass Situation-, Problem- und Person-Variablen determinieren, welche Strategien besonders funktional sind. Spätere Messmethoden unterscheiden differenziertere Copingstrategien, z. B. Ablenkung, Leugnung, Substanzmissbrauch, Einholen emotionalen oder instrumentellen Supports, Umbewertung, Humor, Akzeptanz, Selbstanklage und andere (Carver et al. 1989). Trotzdem wird das Copingkonzept zwischenzeitlich oftmals als zu unspezifisch angesehen und wurde durch die Betrachtung von spezifischeren, multidimensionalen Konzepten wie Krankheitsverhalten, Krankheitseinstellungen, Emotionsregulation u. a. oftmals ersetzt.

8.2.2 Messung von Krankheitsverhalten

Die Erfassung von Krankheitsverhalten erfolgt zum einen über Beobachtung und Exploration durch den Diagnostiker. Das motorische Verhalten, jedoch auch die Art der Kommunikation, Gestik und Mimik geben neben den verbal geäußerten Informationen wertvolle Hinweise. Auch der Einbezug der Angehörigen kann hilfreich sein, um adaptive sowie maladaptive Prozesse im familiären Umfeld zu identifizieren.

Zum anderen liegen auch psychometrische Verfahren zur Messung von Krankheitsverhalten vor. Die Scale for the Assessment of Illness Behavior (SAIB; Rief et al. 2003) ist mit einer großen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe sowie einer klinischen Stichprobe normiert und umfasst die folgenden fünf Dimensionen:

- Wunsch nach Bestätigung der Diagnose
- Wunsch nach medizinischer Behandlung/ Medikation

- Kommunikation der Symptomatik
- Betonung der Krankheitskonsequenzen
- Scanning/Selbstbeobachtung

Daneben bieten sich Skalen an, die eine multidimensionale Erfassung von Krankheitsverhalten und -einstellungen erlauben (z. B. Moss-Morris et al. 2002) oder die multidimensional Copingstrategien erfassen (Carver et al. 1989; Tschuschke et al. 1996).

8.3 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Auch die Entscheidung, bei bestimmten Symptomen einen Arzt aufzusuchen, ist nur z. T. durch die Krankheitssymptome begründet, z. T. auch ein psychologischer Entscheidungsprozess, in den subjektive Einschätzungen, Persönlichkeitsfaktoren und Sozialisationserfahrungen einfließen. Die subjektive Entscheidungsschwelle, mit welchen Symptomen wann ein Arzt aufgesucht wird, ist kontinuierlich verteilt und kann zwischen den Extremen der vollständigen Unachtsamkeit gegenüber wichtigen Körpersymptomen bis hin zum Aufsuchen medizinischer Behandlungen ohne Vorliegen jeglicher Symptome verteilt sein. So gaben in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe mehr als 10 % der untersuchten Männer an, selbst bei dem Symptom »Blut im Stuhl« keinen Arzt aufzusuchen. Für Frauen liegt die Schwelle, einen Arzt bei bestimmten Symptomen aufzusuchen, niedriger als für Männer (Mewes et al. 2008). Auch weitere soziodemographische und Persönlichkeitsmerkmale gehen mit einem erhöhten Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Leistungen einher, z. B. Berentung, Arbeitslosigkeit, traumatische Lebenserfahrungen oder eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhte Ängstlichkeit. Erwartungsgemäß ist auch die Tendenz, somatische Symptome zu erleben

(Somatisierungsneigung), mit einem erhöhten Inanspruchnahmeverhalten verbunden.

Der Ausdruck von Beschwerden und das Äußern eines Behandlungsbedürfnisses werden zusätzlich von kulturellen und sozialen Einflüssen bestimmt. So sind in Gesundheitssystemen, die keine Kompensation für ein sog. »Schleudertrauma« (Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule) anbieten, auch weniger Menschen durch solche chronifizierte Syndrome auffällig. Auch Medienberichte, insbesondere solche über vermeintlich neue Krankheitsbilder und neue Krankheitsursachen, tragen zum Inanspruchnahmeverhalten bezüglich medizinischer Leistungen bei. So konnte belegt werden, dass Medienberichte über gesundheitsschädigende Effekte von Elektrosmog, Infrasound-Stimulation durch Windkraftwerke, chemische Sensitivität u. a. zu vermehrtem medizinischen Inanspruchnahmeverhalten führen (Crichton et al. 2013; Witthoft u. Rubin 2013).

Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen kann im ungünstigsten Fall selbst einen Chronifizierungsfaktor darstellen. Dies geschieht nicht nur über potenzielle iatrogene Schädigungen, sondern auch über Lern- und Sozialisationsprozesse. Je mehr ein zu Hypochondrie neigender Patient die Beruhigung bei Körpersymptomen an den Arzt »delegiert«, desto weniger wird sich seine eigene Kompetenz zur Selbstberuhigung weiterentwickeln; je mehr der Arzt die Rolle des Trösters bei Einsamkeitsgefühlen bekommt, desto stärker ist Inanspruchnahmeverhalten einem Verstärkungsprozess unterworfen. Diese Beispiele machen die komplexe Vernetzung von Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie individuellen und gesellschaftlichen Faktoren mit Chronifizierungsprozessen deutlich.

30 Gestaltung der Arzt/Therapeut-Patient-Beziehung und Gesprächsführung

Constanze Hausteiner-Wiehle, Rainer Schaefer

| | | | | | |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 30.1 | Einleitung | 274 | 30.6.2 | Klärung des Gesprächsthemas und -rahmens | 282 |
| 30.2 | Empathische Grundhaltung ... | 275 | 30.6.3 | Gesprächseinstieg | 282 |
| 30.2.1 | Beschreibung | 275 | 30.6.4 | Einladen, Rückmelden und Zusammenfassen | 283 |
| 30.2.2 | Wissenschaftliche Fundierung | 275 | 30.6.5 | Geleitetes Entdecken und sokratischer Dialog | 284 |
| 30.3 | Reflexion eigener Anteile des Behandlers | 276 | 30.6.6 | Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte | 284 |
| 30.3.1 | Beschreibung | 276 | 30.6.7 | Motivierende Gesprächsführung .. | 285 |
| 30.3.2 | Wissenschaftliche Fundierung | 277 | 30.6.8 | Ressourcen- und Lösungsfokussierung | 288 |
| 30.4 | Umgang mit typischen Interaktionsproblemen und bewusste Beziehungsgestaltung | 277 | 30.6.9 | Positive statt negative Formulierungen | 288 |
| 30.4.1 | Beschreibung und wissenschaftliche Fundierung | 277 | 30.6.10 | Wissenschaftliche Fundierung | 289 |
| 30.5 | Beziehungsgestaltung im Gespräch | 280 | 30.7 | Information und Partizipation: Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) | 290 |
| 30.5.1 | Gesprächstypen und Gesprächsstrukturierung | 280 | 30.7.1 | Beschreibung | 290 |
| 30.6 | Wichtige Gesprächsführungstechniken, jeweils mit Tipps zum praktischen Vorgehen | 282 | 30.7.2 | Wissenschaftliche Fundierung | 290 |
| 30.6.1 | Allgemeine gesprächsfördernde Maßnahmen | 282 | 30.8 | Zusammenfassung und Ausblick | 292 |

Fallbeispiel

Eine 44-jährige Patientin mit chronischer Müdigkeit stellt sich zur ersten probatorischen Psychotherapiesitzung vor. Ihr Blickkontakt ist flüchtig, ihr Händedruck schlaff, sie liegt mehr in ihrem Sessel, als dass sie sitzt. Sie sagt: »Ich weiß sowieso nicht, was das alles soll.« Die Psychotherapeutin, die in drei Stunden einen Zug erwischen und eigentlich

bis dahin noch einen Kassenantrag fertigstellen will, denkt: »Auch das noch. Das kann ja zäh werden.« Sie sagt: »Sie scheinen im Moment wenig Antrieb zu haben. Nach ein paar probatorischen Sitzungen können Sie bestimmt klarer sehen, was Ihre Ziele und Wünsche betrifft. Heute möchte ich Sie und Ihre Fragen erst einmal kennenlernen«, woraufhin die Patientin nur müde mit den Schultern zuckt. Die

Therapeutin bemerkt ihre aufkommende Ungeduld und nimmt sich vor, Druck zu reduzieren und zunächst die Motivation der Patienten zu verstärken. Sie sagt: »Viele Patienten beginnen ihre Psychotherapie erschöpft und ohne klare Vorstellung, was sie erwartet; das ist auch verständlich. Wir werden in kleinen Schritten vorwärts gehen. Sie sind pünktlich gekommen – das könnte schon ein Zeichen dafür sein, dass Sie motiviert und neugierig sind.«

30.1 Einleitung

Die Qualität der Arzt/Therapeut-Patient-Beziehung wird in der Medizin oft als etwas Zufälliges bzw. allein durch Persönlichkeit und Verhalten des Patienten Bestimmtes verstanden: »Mit Frau X kann man gut reden«; »Herr Y macht einfach nicht mit«; »Herr Z bringt mich zur Weißglut«. Dabei verstehen wir heute (wieder) mehr, dass der Arzt/Therapeut – seine Haltung, Worte und Handlungen – das Gelingen der Beziehung und damit auch den Verlauf von Erkrankungen entscheidend beeinflusst. So hat sich z.B. gezeigt, dass bei Diabetes mellitus die Empathie des Behandlers mit dem HbA_{1c}-Wert, einem Langzeitindikator des Blutzuckerspiegels, korreliert (Hojat et al. 2011) oder dass unbedachte, negative Begriffe wie »Risiko«, »Stich« oder »Brennen« zu vermehrter Angst, Schmerzen und Komplikationen nach medizinischen Prozeduren führen können (Häuser et al. 2012; ► Kap. 26). Ärzte mit guter Kommunikationskompetenz identifizieren Patientenprobleme genauer, sind beruflich zufriedener und weniger gestresst; auch ihre Patienten sind zufriedener und zeigen eine bessere Krankheitsbewältigung (Maguire u. Pitceathly 2002). Eine gute Arzt/Therapeut-Patient-Beziehung ist assoziiert mit höherer Patientenzufriedenheit, besserer Adhärenz und einer günstigeren Prognose (Farin et al. 2013; Fuertes et al. 2007; Martin et al. 2000; Thompson u. McCabe 2012; ► Kap. 36). In der Psycho-

therapie ist die therapeutische Beziehung schon länger als zentraler Wirkfaktor bekannt (Frank 1961; Grawe 2005; Lambert u. Barley 2002; Martin et al. 2000; Orlinsky u. Howard 1978). In den psychodynamischen Verfahren wird um 1990 von einer intersubjektiven Wende hin zu einer relationalen Psychoanalyse gesprochen (Stolorow et al. 1996); wesentliche Wurzeln dieses Ansatzes waren u.a. Objektbeziehungstheorie und Bindungsforschung (► Kap. 15). Auch in der Verhaltenstherapie wird der therapeutischen Beziehung und der Beziehungsarbeit zunehmend mehr Bedeutung beigemessen (Hermer 2012) und dabei auch die Relevanz der Person des Psychotherapeuten beachtet, da es offenbar v.a. therapeutenseitige Variablen sind, die Therapieprozess und -ergebnis prägen (Del Re et al. 2012). Besonders wichtig scheinen interpersonelle Fähigkeiten der Therapeuten zu sein. Diese hängen nicht (nur) vom »Naturtalent« des Einzelnen ab, sondern sind lehr- und lernbar (Bosse et al. 2010; Maguire u. Pitceathly 2002), auch wenn es Hinweise darauf gibt, dass z.B. die Empathie im Laufe der medizinischen Ausbildung eher abnimmt (Riess et al. 2011, 2012; Neumann et al. 2011; Newton et al. 2008; Satterfield u. Hughes 2007). Durch Therapeuteneffekte lassen sich in kontrollierten Studien etwa 5% und in Versorgungsstudien etwa 17% der Therapieerfolgsvarianz aufklären (Willutzki et al. 2013).

Die Basis einer therapeutisch sinnvoll genutzten Arzt/Therapeut-Patient-Beziehung besteht aus:

- einer empathischen Grundhaltung
- einer kritischen Reflexion *eigener* Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen
- einem bewussten Umgang mit Interaktionsproblemen bzw. einer gezielten Beziehungsgestaltung
- dem Einsatz bestimmter Gesprächsführungstechniken
- einem bewussten Umgang mit Information und Partizipation

30.2 Empathische Grundhaltung

30.2.1 Beschreibung

Empathie ist die Fähigkeit, Gedanken, Gefühle, Motive, Persönlichkeitsmerkmale und Rollenübernahmen in ihren persönlichen Bedeutungen für das Gegenüber zu erkennen, zu verstehen und sich in das Gegenüber einzufühlen. Dies erfordert möglichst ungeteilte Aufmerksamkeit (innere Präsenz) und sollte von »situativer Stimmigkeit« geprägt sein, also von einer angemessenen Balance aus Zurückhaltung bzw. professioneller Distanz einerseits und wertschätzender Nähe bzw. Echtheit andererseits (»selektive Authentizität«; Cohn [2009]: »Nicht alles, was echt ist, will ich sagen, doch was ich sage, soll echt sein«). Die klientenzentrierte Psychotherapie nach Rogers hat drei Grundhaltungen einer gelingenden Arzt/Therapeut-Patient-Beziehung herausgearbeitet: Empathie, bedingungslose positive Wertschätzung/Akzeptanz und Kongruenz, also Echtheit/Wahrhaftigkeit des Therapeuten (Rogers 1993). Entscheidend scheint, die Legitimität der vom Patienten geklagten Beschwerden anzuerkennen und seinem subjektiven Erklärungsmodell und auch weiteren möglichen, körperlichen und seelischen Einflussfaktoren Raum zu lassen (► Kap. 33 und ► Kap. 35). Empathischer Kommunikation abträglich sind monokausale Ursachenfestlegungen, Wertungen, Überrumpelung, Gesprächsführung »von oben herab«, Unterbrechen, Zynismus, Bagatellisieren, Intellektualisieren, Moralisieren, Interpretationen sowie bohrendes Nach- oder Ausfragen (Hoyer et al. 2010).

30.2.2 Wissenschaftliche Fundierung

Eine empathische Arzt/Therapeut-Patient-Beziehung ist nicht nur für die beidseitige Be-

handlungszufriedenheit von Bedeutung, sondern auch für die Prognose, und zwar sowohl bei »psychischen« und »psychosomatischen« als auch bei »somatischen« Erkrankungen: Eine qualitative Untersuchung zur Kommunikation im Gesundheitswesen beschrieb bei 38 Patienten mit vier verschiedenen chronischen Krankheiten (Nierenerkrankung im Endstadium, nicht-insulin-behandelter Diabetes mellitus, Multiple Sklerose, Fibromyalgie-Syndrom) Höflichkeit (grundsätzliche Achtung des Anderen), Respekt (Ausdruck von Wertschätzung) und Engagement (Verbindlichkeit) als entscheidende Variablen gelingender Kommunikation (Thorne et al. 2004). Eine empathische Arzt/Therapeut-Patient-Beziehung ist assoziiert mit einer genaueren Anamnese, einer Verbesserung der diagnostischen Sicherheit, mehr Patientenpartizipation und Therapietreue, besserer Lebensqualität, Verringerung von Depressivität, bei manchen Erkrankungen sogar von Krankheitsdauer und -schwere (Dibbelt et al. 2012; Hojat et al. 2011; Neumann et al. 2012; Weckert u. Lorenz 2012). Als alleiniger Wirkfaktor für den Therapieerfolg scheint Empathie jedoch nicht auszureichen (Hoyer et al. 2010).

Praktisches Vorgehen

(Riess 2011; Schaefer et al. 2013)

- Versuchen Sie herauszufinden, was Ihr Gegenüber fühlt, braucht und will (► Kap. 12). Beobachten Sie dazu:
 - **E**: den Blickkontakt (eye contact)
 - **M**: die Gesichtsmuskulatur bzw. den Gesichtsausdruck (muscles of facial expression)
 - **P**: die Haltung (posture)
 - **A**: den Affekt (affect)
 - **T**: den Tonfall (tone of voice)
 - **H**: was Sie genau hören und wo sich Möglichkeiten der Heilung andeuten, z. B. hinsichtlich besonderer Betonungen, heftiger Affekte, eines plötzlichen Abreißens der Verbindung

- **Y:** Ihre eigenen (your!) Reaktionen auf den Patienten, auch in körperlicher Hinsicht, also z. B. die eigenen Gefühle, der eigene Atemrhythmus oder eine muskuläre Anspannung
- Nonverbale Botschaften, v. a. die eigene Mimik und Gestik, sind mindestens so entscheidend wie der Gesprächsinhalt. Ein einfühlsames Nicken, ein sanfter Tonfall, eine zuversichtliche Ausstrahlung oder Humor können in einem Gespräch ganz entscheidende Interventionen sein.
- Um dem Patienten aufrichtiges Interesse und Einfühlungsbereitschaft zu signalisieren, sollten v. a. dessen subjektive Realität anerkannt: »Das muss schlimm für Sie (gewesen) sein«, »Ich kann mir gut vorstellen, dass Sie da enttäuscht und verärgert waren« und Verständnis vermittelt werden: »Das habe ich auch von anderen Patienten schon (öfter) gehört«, »Das ist wirklich kein leichtes Thema«.
- Eine empathische Grundhaltung einzunehmen und zu signalisieren heißt aber nicht, dem Patienten automatisch und in allen Punkten zuzustimmen!

sich selbst »Signale«, die diagnostische und therapeutische Ansatzpunkte darstellen können (Knickenberg u. Sulz 1999; Schaefer et al. 2013), z. B. depressiv-ängstliche oder aggressive Gefühle oder das Anordnen nicht-indizierter Maßnahmen. Bestimmte Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten können Hinweise geben, wie sich möglicherweise der Patient selbst fühlt (»konkordante Gegenübertragung«) oder welche prägenden Beziehungsmuster mit wichtigen Bezugspersonen bei ihm vorliegen (»komplementäre Gegenübertragung«). Beispielsweise kann diagnostischer/therapeutischer Aktionismus den Druck widerspiegeln, dem sich der Patient in seinem Umfeld ausgesetzt fühlt und der sich auf den Arzt/Therapeuten überträgt. Diese eigenen Reaktionen sind aber auch kritisch zu bewerten, können sie doch auch vom vorhergehenden Patienten, von äußeren Stressoren oder von Vorerfahrungen des Therapeuten selbst beeinflusst sein. Reflektiert der Arzt/Therapeut seine eigenen Anteile an der Interaktion, kann er auch erkennen, wo sein Verhalten evtl. zur Aufrechterhaltung der Störung beiträgt (»iatrogene Somatisierung«, von Pither und Nicholas 1991 auch als »abnormal treatment behaviour« bezeichnet) oder wo es ethische Grenzen verletzt. So können Fehlverhalten modifiziert und Fehler vermieden werden. Die häufigsten Fehler in der somatischen Medizin sind einseitige biomedizinische Überdiagnostik und -therapie, fehlerhafte Ratschläge oder Informationen (z. B. sich zu schonen), Fehler bei der Medikation und Vernachlässigung psychosozialer Faktoren (Kouyanou et al. 1997). Häufige Fehler in der psychotherapeutischen Behandlung sind z. B. eine diagnostische Fehleinschätzung, das Fehlen eines evaluierbaren Behandlungsplans bzw. der therapiebegleitenden Evaluation, die Verletzung der Therapeutenrolle z. B. im Hinblick auf Aufklärungs-, Schweige- und Dokumentationspflicht, Verletzung von Persönlichkeitsrechten oder Ausnutzung von Patienten sowie mangelnde Fort-

30.3 Reflexion eigener Anteile des Behandlers

30.3.1 Beschreibung

In jedem Behandlungsprozess, egal ob in somatischer Medizin oder Psychotherapie, egal, ob die Behandlung »gut läuft« oder ob es Probleme wie Beschwerdepersistenz oder Non-Adhärenz gibt, sollte der Arzt/Therapeut auch seine eigenen Gedanken, Gefühle, Wünsche, Motive, Vorurteile, Rollenübernahmen und Verhaltensweisen reflektieren. In der Verhaltenstherapie heißt dies »Selbstreflexion«, in der psychodynamischen Psychotherapie »Gegenübertragungsanalyse«: Der Arzt/Therapeut registriert ähnlich einem Seismographen an

bildung oder Supervision (Margraf 2008; Medeau et al. 2012).

30.3.2 Wissenschaftliche Fundierung

Zu diesem Thema gibt es vergleichsweise wenig empirische Daten. Häufige unangenehme Gefühle und Verhaltensweisen des Behandlers wurden bei Patienten mit verschiedensten somatischen, psychosomatischen und psychischen Problemen beschrieben, besonders bei Patienten mit funktionellen/somatoformen Körperbeschwerden sowie Persönlichkeits-, teilweise auch Essstörungen (Forget et al. 2007; Jimenez et al. 2012; Sauer u. Eich 2007). Dass iatrogene Faktoren in Form ungünstiger ärztlicher Äußerungen und Verhaltensweisen Störungen mit aufrechterhalten können, zeigten z. B. Kouyanou et al. (1997), Ring et al. (2005) oder Häuser et al. (2012).

Praktisches Vorgehen (Schaefer et al. 2013)

Folgende Fragen können hilfreich sein:

- Welche Rolle weist mir der Patient zu, welche Funktion soll ich für ihn übernehmen, welche (Bindungs-)Bedürfnisse erfüllen? (z. B. der Tröster, der Retter, der Strenge, der Abweisende, der Komplize)? Wodurch geschieht das (Patient klagt viel, ist sehr verschlossen, signalisiert, dass er alleine nicht zurechtkommt, betont Einzigartigkeit des Behandlers)?
- Welche Gefühle löst der Patient bei mir aus (z. B. Hilflosigkeit, Ungeduld, Wut, Frustration, Wunsch, sich zu entziehen, Enttäuschung, Ohnmachtserleben, Gefühl des Manipuliertwerdens oder das Gefühl, erst idealisiert, dann aber entwertet zu werden)?
- Welche Verhaltensimpulse tauchen bei mir auf (schnell helfen müssen, dichtmachen, einschlafen, unangebrachte Diagnostik/Therapie, um mich vom erlebten Druck seitens des Patienten zu entlasten bzw. um ihn »zum Schweigen zu bringen«)?

- Handle ich evtl. besonders offensiv (hartnäckiges, bohrendes Nachfragen, schnelle Festlegung einer Diagnose, Überdiagnostik) oder besonders defensiv (Abwiegeln; Verharmlosen; Angst, durch »problematische« Fragen die »Büchse der Pandora« zu öffnen und dann die Kontrolle zu verlieren, mit unangenehmen Gefühlen konfrontiert zu werden, dem Patienten zu nahe zu treten oder vielleicht verklagt zu werden)?
- Wo sind dysfunktionale Muster und Verstärker erkennbar (z. B. »Hoffnungs-Enttäuschungs-Zirkel«, Selbstkonzept von Schwäche, Selbstwertproblematik, Unterwerfungs-Kontroll-Konflikte)?
- Welche Vorteile habe ich selbst durch die Behandlung (z. B. fühle ich mich geschmeichelt, teile ich die Abwertung von Kollegen, verdiene ich an nicht-indizierten Untersuchungen oder Therapien; versuche ich, mich rechtlich abzusichern oder die Sympathie des Patienten zu erlangen)?
- Wie viel haben diese Beobachtungen wirklich mit diesem Patienten zu tun? Was könnte sie sonst noch beeinflussen (z. B. vorherige Interaktionen, eigene Kontextfaktoren)?

30.4 Umgang mit typischen Interaktionsproblemen und bewusste Beziehungsgestaltung

30.4.1 Beschreibung und wissenschaftliche Fundierung

10–20 % aller Patienten gelten bei Ärzten/Therapeuten als »schwierig« (Henningsen 2010; Jackson u. Kroenke 1999; Kowarowsky 2011). Gründe hierfür können sein:

- Patienten, die eine hohe Inanspruchnahme des Gesundheitswesens aufweisen, also häufig den Arzt oder Therapeuten wechseln,

- Patienten, die den Arzt oder Therapeuten durch unklare Beschwerden verunsichern,
- Patienten, deren Alter, Lebenslage, kultureller Hintergrund etc. von denen des Arztes oder Therapeuten abweicht,
- Patienten, deren Persönlichkeit, Einstellungen bzw. Verhalten die therapeutische Beziehung belasten,
- Patienten, die ein anderes Krankheitsverständnis haben und deshalb mit ihrem Arzt oder Therapeuten um die »richtige« Interpretation der Krankheit oder die »richtige« Behandlung ringen, die z. B. zur Behandlung überredet bzw. geschickt wurden.

Typische konkrete Beispiele aufseiten des Patienten sind aggressives, streitsüchtiges, vorwürfliches, entwertendes, großspuriges, theatrales/demonstratives, forderndes, passives, desinteressiertes, bagatellisierendes, unzugängliches, uneinsichtiges, klammerndes oder klagendes Verhalten, ständiges Verlangen nach Anerkennung, hohe Kränkbarkeit, häufige Regelverstöße, ununterbrochenes Reden, Schweigen oder Verweigern der Mitarbeit (Kowarowsky 2011).

Typische Beispiele aufseiten des Arztes oder Therapeuten sind: Der Behandler fühlt sich hilflos, ausgesaugt, erpresst, genervt, getäuscht, unter Druck gesetzt, zu unnötiger Diagnostik gedrängt, gelangweilt, manipuliert, gekränkt (oder auch geschmeichelt), er verhält sich abweisend, vorwürflisch oder Komplizenhaft (Henningsen 2010; Kowarowsky 2011; Schaefer et al. 2013).

Schwierige Behandlungssituationen können sowohl von »schwierigen Patienten« (also Menschen mit schwierigen Persönlichkeitszügen, Verhaltensweisen oder Motiven) als auch von »schwierigen Behandlungen« (also von einer fehlenden Passung zwischen Patient und Therapeut, einem unpassenden Behandlungsansatz, einem unpassenden Störungsmodell oder einem unpassenden Setting) herrühren. Auch das Interaktionsverhalten des Arztes

bzw. Therapeuten kann »schwierig« sein, z. B. aufgrund seiner eigenen Persönlichkeit, Arbeitsüberlastung, familiärer Probleme etc. oder aufgrund von fehlenden Informationen oder Missverständnissen (wenn er z. B. nicht weiß, dass der Patient zuhause einen schwerkranken Angehörigen hat oder am nächsten Tag den Gerichtsvollzieher erwartet). Es sollte also nicht vorschnell von einer »schwierigen« Interaktion darauf geschlossen werden, dass ein »schwieriger« Patient dafür die alleinige Ursache ist (Henningsen 2010; Kowarowsky 2011). Korrelate einer als schwierig erlebten Beziehung sind aufseiten des Patienten komorbide Depressionen oder Angsterkrankungen, ein niedriges Funktionsniveau, unerfüllte Erwartungen, eine geringe Zufriedenheit und eine hohe Inanspruchnahme. Aufseiten des Arztes macht es eine kritischere Haltung gegenüber psychosozialen Aspekten wahrscheinlicher, dass er einen Patienten als schwierig erlebt (Jackson u. Kroenke 1999).

! Der »schwierige Patient« ist sehr häufig ein Interaktionsproblem mit Einflüssen beider Beteiligten.

Für den Umgang mit schwierigen Interaktionssituationen gilt v. a.: Sie sollten als Teil einer professionellen Berufstätigkeit gesehen werden, können den Kern der Probleme des Patienten berühren und stellen daher wertvolles Material dar. In der interaktionsbezogenen Fallarbeit bzw. in Balint-Gruppen, in der Super-/Intervision sowie mithilfe von Ko-Therapeuten, äußeren Beobachtern bzw. »Reflecting Teams« kann die Reflexion der Patienteninteraktion und der eigenen Reaktion darauf überprüft und geübt werden (► Kap. 33 und ► Kap. 40).

33 Psychoedukative Ansätze und Legitimierung

Maria Kleinstäuber, Wolfgang Hiller

| | | | | | |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 33.1 | Einleitung | 330 | 33.4.3 | Zusammenhang zwischen dysfunktionalen Gedanken bzw. Vorstellungsbildern und Körperbeschwerden | 334 |
| 33.2 | Definition des Behandlungsziels | 331 | 33.4.3 | Zusammenhang zwischen dysfunktionalen Verhaltensweisen und Körperbeschwerden | 335 |
| 33.3 | Beschreibung der Intervention | 332 | 33.4.5 | Bio-psycho-soziales Störungsmodell | 338 |
| 33.4 | Störungsübergreifende psychoedukative Inhalte und Interventionen | 332 | 33.5 | Störungsspezifische psychoedukative Interventionen und Inhalte | 338 |
| 33.4.1 | Zusammenhang von Stress, emotionaler Belastung und Körperbeschwerden | 332 | 33.6 | Wissenschaftliche Fundierung .. | 338 |
| 33.4.2 | Zusammenhang von Aufmerksamkeitslenkung und Körperbeschwerden | 333 | 33.7 | Praktisches Vorgehen, Probleme, »Tipps« | 345 |
| | | | 33.8 | Ausblick | 347 |

33.1 Einleitung

Unter einer Psychoedukation versteht man »systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen [...], die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen« (Bäumel u. Pitschel-Walz 2003, S. 3). Sie spielt insbesondere in der Verhaltensmedizin eine wichtige Rolle. Betroffene mit psychosomatischen Störungsbildern erleben in der Regel ein sehr starkes Bedürfnis, Erklärungen für ihre Beschwerden zu finden.

Zugleich werden sie häufig mit sehr widersprüchlichen Informationen zu ihren Symptomen konfrontiert, wie z. B. durch verschiedene Medienberichte oder voneinander abweichenden ärztlichen Meinungen. Dies kann verständlicherweise zu starker Verunsicherung, aber auch zu Ambivalenzen gegenüber Behandlungsansätzen führen, die möglicherweise sehr hilfreich für sie sein könnten. Das folgende Fallbeispiel einer Patientin im verhaltensmedizinischen Kontext, die erstmalig mit der Überlegung konfrontiert wird, eine Psychotherapie zu beginnen, soll dieses Problem verdeutlichen.

Fallbeispiel

Frau B. leidet seit ca. drei Jahren an starken Rückenschmerzen, die anfänglich nur intermittierend, seit dem vergangenen Jahr jedoch täglich auftreten. Die Schmerzen strahlen zudem in verschiedene Körperbereiche wie Nacken und Oberarme aus. Eine ihrer ersten Sätze, als sie sich bei einem Psychotherapeuten vorstellt, lautet: »Es ist einfach nicht mehr auszuhalten. Sie haben keine Ahnung, wie schlimm die Schmerzen sind.« Frau B. schildert zudem noch weitere Symptome wie z.B. starke Schweißausbrüche, schnelle Erschöpfbarkeit, Ein- und Durchschlafprobleme. Auf die Frage hin, was sie bisher zur Bewältigung ihrer Beschwerden unternommen habe, entgegnet sie: »Viel zu viel! Ich renne von Arzt zu Arzt, und keiner kann mir sagen, woran das alles liegt. In den letzten drei Jahren war ich bei mindestens 15 verschiedenen Experten, und keiner nimmt mich ernst.« Auf die Frage, warum ihr Hausarzt sie zum Psychotherapeuten überwiesen habe, meint sie: »Er ist überfordert mit mir und möchte mich nun als psychisch Kranke abschieben. Sie sehen also, ich kann es mir selbst nicht erklären, warum ich bei Ihnen bin. Ich wollte einfach nicht, dass er mir dann noch den ›Schwarzen Peter‹ zuschiebt und mir unterstellt, dass ich den ärztlichen Anweisungen nicht gefolgt sei.« Als der Psychotherapeut nach Belastungen im Alltag der Patientin fragt, reagiert diese ablehnend: »Bitte fangen Sie jetzt nicht an, mich zu analysieren. Meine Kindheit war glücklich, und ich habe nichts aufzuarbeiten. Ich bin nicht irre, ich habe eine großartige Familie und mein Leben ist vollkommen in Ordnung.« Frau B. beendet den ersten Kontakt mit dem Psychotherapeuten mit der Aussage, dass sie sich noch mal genau überlegen müsse, ob ihr eine Therapie was bringen würde, »denn nur ein bisschen über die Beschwerden zu reden, ist der falsche Ansatz«.

Des Weiteren zeigt sich in diesem Fallbeispiel sehr eindrücklich, dass das Krankheitsverständnis von Patienten, die man im Bereich der Psychosomatik antrifft, häufig sehr biomedizinisch geprägt ist. Betroffene weisen aus

diesem Grund zumeist eine hohe Ambivalenz insbesondere gegenüber psychologischen Interventionen auf. Die Psychoedukation setzt genau an diesem Problem an: Wie kann der Patient dort abgeholt werden, wo er steht? Sie greift das gängige Bedürfnis psychosomatischer Patienten auf, Aufklärung über die Inhalte und Ziele von Psychotherapie bzw. anderen Behandlungsmöglichkeiten zu erhalten und stellt damit auch eine wichtige Grundlage für den Aufbau von Therapiemotivation dar. Nur indem der Patient verstehen lernt, warum ein bestimmter Behandlungsansatz für ihn hilfreich ist bzw. welche Ziele dieser verfolgt, kann er realistische Erwartungen entwickeln und sich langfristig selbstverantwortlich und eigenaktiv anstatt hilflos und passiv verhalten. Es konnte empirisch nachgewiesen werden, dass die Aufklärung von Patienten über Grundkonzepte und Vorgehensweisen einer geplanten Therapie diagnoseübergreifend deren Effektivität steigern bzw. Rückfall- und Wiederaufnahmeraten reduzieren kann (Rabovsky et al. 2009).

33.2 Definition des Behandlungsziels

Aus den Erläuterungen des vorherigen Abschnitts sowie dem Fallbeispiel wird deutlich, dass Psychoedukation verschiedene wichtige Ziele verfolgt. Diese werden zusammenfassend und störungsübergreifend im Folgenden beschrieben.

- Wissensvermittlung: Den Patienten zum »Experten« seiner Beschwerden machen und Krankheitsverständnis entwickeln
- Reduktion von Unsicherheit und Angst
- Vermittlung von Hoffnung und Zuversicht
- Steigerung der Akzeptanz gegenüber Beschwerden/Krankheit
- Steigerung der Therapiemotivation und Compliance

- Schaffung von Transparenz hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens
- »Erweiterung« des subjektiven Erklärungsmodells des Patienten um psychosoziale Komponenten
- Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und selbstverantwortlicher Umgang mit Krankheit
- Enttabuisierung und Schaffung einer Basis für sozialen Austausch über die Erkrankung sowie Bedürfnissen des Betroffenen
- Ressourcenaktivierung

33.3 Beschreibung der Intervention

Zum Einstieg in psychoedukative Interventionen sollten unabhängig vom Störungsbild die subjektiven Vorstellungen des Patienten über die Entstehung seiner Beschwerden exploriert und veranschaulicht werden (► Kap. 4 und ► Kap. 35). Des Weiteren gibt es Themenbereiche, die störungsübergreifend in der Psychoedukation angesprochen werden sollten. Dazu zählen Informationen zur Stress- und Entspannungsreaktion des Körpers, zur Rolle der Aufmerksamkeitslenkung sowie zur Rolle von dysfunktionalen Gedanken und Verhaltensweisen bei der Aufrechterhaltung bzw. Verstärkung von Körpersymptomen. Diese Informationsvermittlung kann dann mit einem umfassenden bio-psycho-sozialen Störungsmodell abgerundet werden. Auf diese störungsübergreifenden Aspekte wird im ersten der folgenden Abschnitte eingegangen. Im zweiten Abschnitt werden dann zu einer Auswahl psychosomatischer Erkrankungen, auf die im vorliegenden Buch der Schwerpunkt gelegt wird, spezifische psychoedukative Inhalte ergänzt.

33.4 Störungsübergreifende psychoedukative Inhalte und Interventionen

33.4.1 Zusammenhang von Stress, emotionaler Belastung und Körperbeschwerden

Zum Einstieg in dieses Thema bieten sich Fragen an, die dem Patienten helfen, sich über Prozesse des geleiteten Entdeckens die Funktion der »körperlichen Stressreaktion« bewusst zu machen.

- Was ist eigentlich Stress?
- Wie lange gibt es schon Stress?
- Unter welchem Stress litten die Menschen zu Beginn der Menschheit?
- Wie würde ein Mensch in einer typischen Gefahrensituation (z. B. Angriff eines Raubtieres) reagieren?

Ihm soll deutlich werden, dass die menschliche Stressreaktion eigentlich eine sehr funktionale und hilfreiche Funktion trägt. Sie stellt einen wichtigen Anpassungs- bzw. einen Schutzmechanismus dar, indem sie die Leistungsfähigkeit des menschlichen Körpers in einer Bedrohungssituation erhöht. Sie hat sich im Verlauf der Evolution entwickelt und bietet dem Menschen einen Überlebensvorteil. Zur Veranschaulichung können an dieser Stelle verschiedene Stresstheorien vermittelt werden, wie z. B. die Fight-and-Flight-Theorie nach Cannon (1915).

Die menschliche Stressreaktion verliert jedoch ihren biologischen Sinn, wenn sie lange Zeit andauert oder zu häufig auftritt (z. B. Modell nach Selye 1956). Zur Erklärung dieses Phänomens ist es sinnvoll, dem Patienten die Funktionsweise des vegetativen Nervensystems einschließlich des Sympathikus und Parasympathikus in einer patientengerechten Weise zu vermitteln, wozu man Anregungen in verschiedenen Therapiemanualen findet

(z. B. Bleichhardt u. Weck 2011; Kleinstäuber et al. 2012). Stresserleben ruft Körperreaktionen hervor, die die bestehenden Körpersymptome aufrechterhalten und verstärken können. Zugleich kann verdeutlicht werden, wie die bewusste Herbeiführung einer Entspannungsreaktion im Körper eine positive Einwirkung auf die Körpersymptome hat bzw. langfristig den Patienten stressresistenter macht. Vor allem bei Patienten mit begleitenden Krankheitsängsten sollte in diesem Zusammenhang vermittelt werden, dass auch starke bzw. anhaltende negative Gefühle als Stressreaktionen wirken und indirekt Körpersymptome verstärken können (Bleichhardt u. Martin 2010). Zudem muss berücksichtigt werden, dass nicht nur externe stressauslösende Ereignisse eine wichtige Rolle spielen können, sondern die Körperbeschwerden und damit einhergehende Beeinträchtigungen im Alltag bereits Stressoren für den Patienten darstellen können. Dies wird auch in unserem Fallbeispiel deutlich, in dem Frau B. bereits in ihren ersten Sätzen gegenüber dem Psychotherapeuten zum Ausdruck bringt, wie stark sie die Symptome und ihre Sorgen über die Beschwerden belasten.

In einem nächsten Schritt werden nun individuelle stressauslösende Ereignisse und die individuelle Stressreaktion des Patienten exploriert. Hilfreich kann dafür sein, mit dem Patienten einen kurzen Stresstest durchzuführen (z. B. wird der Patient aufgefordert, unter Zeitdruck von 100 in 7er-Schritten rückwärts zu zählen). Alternativ kann man ihn auch ein Tagebuch zu seinem Stimmungszustand, Körperreaktionen und möglichen stressauslösenden Ereignissen führen lassen. Ein besonders anschauliches Verfahren, dem Patienten seine individuellen Zusammenhänge zwischen seinem Stresserleben und körperlichen Reaktionen zu vermitteln, stellt das Biofeedback dar (► Kap. 37).

Abschließend sollte darauf eingegangen werden, dass – in Abhängigkeit von der Bewertung eines Ereignisses – nicht jeder Mensch

in gleicher Weise Stress erlebt bzw. dass auch intraindividuell Stresserleben schwanken kann. Als Grundlage kann hier das transaktionale Stressmodell nach Lazarus und Launier (1978) vermittelt werden. ► Abbildung 33-1 beinhaltet eine patientengerechte Darstellungsweise dieses Modells. Wenn dieses Modell besprochen wird, sollte der Patient unterstützt werden, auch bei sich selbst stressverstärkende Einstellungen, wie z. B. »Du musst alles perfekt machen« oder »Jeder muss dich mögen«, zu identifizieren.

Dieser Psychoedukationsabschnitt stellt die Grundlage für therapeutische Interventionen wie Entspannungsverfahren oder Stressbewältigungstraining dar (► Kap. 37 und ► Kap. 45).

33.4.2 Zusammenhang von Aufmerksamkeitslenkung und Körperbeschwerden

Dieses Thema sollte möglichst mit kleinen Verhaltensexperimenten eingeleitet werden. Die **direkte Erfahrung** psychobiologischer Zusammenhänge hilft dem Patienten, sie besser anzunehmen und zu verinnerlichen. Dies ist vor allem bei Patienten von Bedeutung, die gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung sehr skeptisch sind, wie auch Frau B. im Fallbeispiel. Eine Körperreise, bei der gezielt die Aufmerksamkeit auf bestimmte körperliche Wahrnehmungen gelenkt wird (z. B. die Temperatur ein- und ausströmender Luft in der Nase oder die genauen Punkte, an denen der Rücken die Stuhllehne berührt), eignet sich besonders gut. Im Rahmen der Nachbesprechung einer solchen Übung kann ergänzend die Metapher des »Scheinwerfers« genutzt werden, der »eingerostet« ist und dessen »Lichtkegel« ausschließlich auf die Körperbeschwerden gerichtet ist, während andere wichtige Dinge im Leben im Hintergrund verbleiben. Das Ziel besteht nun darin, diesen »Schweinwerfer« wieder zu flexibilisieren. Als

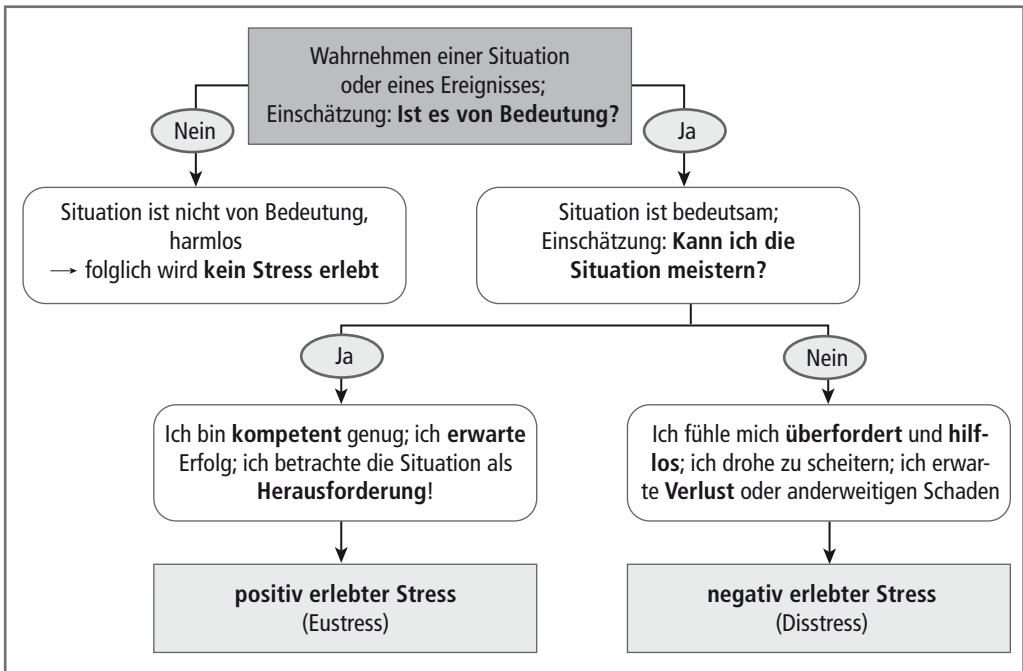


Abb. 33-1 Die Rolle von Bewertungen bei der Entstehung von Stresserleben (Kleinstäuber et al. 2012).

Grundlage für spätere therapeutische Interventionen zur Veränderung der Aufmerksamkeitslenkung können in diesem psychoedukativen Abschnitt weitere Verhaltensexperimente genutzt werden. Zum Beispiel kann mit dem Patient ein Eiswassertest (Basler u. Kröner-Herwig 1998) unter verschiedenen Instruktionen – eine auf den Schmerzreiz fokussierende oder eine ablenkende Instruktion – durchgeführt werden.

33.4.3 Zusammenhang zwischen dysfunktionalen Gedanken bzw. Vorstellungsbildern und Körperbeschwerden

Zum Einstieg in diesen Abschnitt der Psychoedukation sollten Verhaltensexperimente genutzt werden, mit denen der Zusammenhang von Kognitionen und Körpersymptomen ver-

deutlicht werden kann. Besonders geeignet erscheint dafür die sog. »Zitronen-Übung«, bei der der Patient instruiert wird, »sich vorzustellen, wie er langsam eine Zitronenscheibe dem Mund zuführt und dann in das saftige Fruchtfleisch der Zitrone beißt, sodass sich der Zitronensaft im Mund ergießt« (Rief u. Hiller 2011, S. 62). Besteht die Möglichkeit, mit dem Patienten eine Biofeedbacksitzung durchzuführen, können die körperlichen Reaktionen auf verschiedene positive und negative Gedanken veranschaulicht werden. Alternativ können auch Formeln aus dem autogenen Training verwendet werden, bei der gedankliche Vorstellungen eine körperliche Veränderung induzieren können (Schultz 1989).

Bei der Auswertung dieser Übungen gemeinsam mit dem Patienten kann auch das ABC-Modell (Ellis 1973) ins Gespräch gebracht werden, in dem die Wirkung von Gedanken (Komponente B für »beliefs«) auf Ge-

Tab. 33-1 Körperbezogene Vorstellungen und ihre Konsequenzen (Bleichhardt u. Weck 2011).

| Krankheit | Vorstellung | Mögliche Konsequenzen |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Magenkrebs | Magenkrebs frisst sich durch die Magenschleimhaut. | Erhöhte Magensäureproduktion und Verspannungen im Bauchbereich führen zu Übelkeit und Magenkrämpfen. |
| Knochenkrebs | Der Oberschenkelknochen wird vom Krebs zerfressen. | Verspannungen im Bereich des Oberschenkels und das Einnehmen einer Schonhaltung führen zu Schmerzen im Oberschenkel. |
| Herzerkrankung | Das Herz ist schwer geschädigt und kann das Blut nicht richtig transportieren. | Beschleunigter Herzschlag, Verkrampfung der Rippenmuskulatur und Veränderung der Atmung führen zu Herzstolpern, Schmerzen im Brustkorb und Atemnot. |
| Kehlkopfkrebs | Der Kehlkopf ist angeschwollen, und dies könnte zum Ersticken führen. | Verkrampfung der Halsmuskulatur und Veränderung der Atmung führen zu Erstickungsgefühlen und Verstärkung des Globusgefühl. |

fühle, Verhalten sowie auch Körperreaktionen (Komponente C für »consequences«) und deren Auslöser (Komponente A für »activating event«) veranschaulicht wird. Dieses Modell kann auf jegliche Art von Gedanken, die negative Konsequenzen haben, übertragen werden. Bei Frau B. aus unserem Fallbeispiel würden z. B. Sätze »Ich halte das nicht mehr aus« oder »Keiner nimmt mich ernst« eine wichtige Rolle spielen. Mit dieser psychoedukativen Intervention ist der Weg für die Identifikation dysfunktionaler Gedanken des Patienten und für den Einsatz kognitiver Umstrukturierungstechniken geebnet. Bei Patienten mit hypochondrischen Ängsten sollte berücksichtigt werden, dass diese die Befürchtung aufweisen können, dass man allein durch die Vorstellung einer ernsthaften Erkrankung tatsächlich auch an ihr erkranken kann. Sie sollten beruhigt werden, dass dafür keine wissenschaftlichen Befunde vorliegen. Bleichhardt und Weck (2011) geben in ihrem Therapiemanual sehr anschauliche Beispiele für dysfunktionale körperbezogene Vorstellungen und deren körperliche Konsequenzen (► Tab. 33-1).

33.4.3 Zusammenhang zwischen dysfunktionalen Verhaltensweisen und Körperbeschwerden

Zu den typischen dysfunktionalen Verhaltensweisen von Patienten im Bereich der Psychosomatik zählen u. a. (Bleichhardt u. Martin 2010; Rief u. Hiller 2011):

- Vermeidungs- und Schonverhalten
z. B. körperliche Anstrengung oder bestimmte Körperhaltungen vermeiden, Termine absagen, Atmung verändern, Vermeidung bestimmter Orte (z. B. Krankenhäuser), Vermeidung bestimmter Lebensmittel
- Sicherheitssuchendes Verhalten
 - Rückversicherungsverhalten beim Arzt
 - exzessive Medienrecherche
 - Selbstkontrollverhalten: Body Checking
z. B. Abtasten der Brust, Suche nach Hautveränderungen, wiederholtes Schlucken, Blutdruckmessungen
- Verhalten im Rahmen der Krankenrolle

Vermeidungs- und Schonverhaltensweisen treten bei Patienten in der Regel aus der Angst

49 Chronische Schmerzen am Beispiel Rückenschmerz und Fibromyalgiesyndrom

Winfried Häuser, Michael Pfingsten

| | | | | | |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|------------------------------------------------|-----|
| 49.1 | Definition, Prävalenz und allgemeine Modelle chronischer Schmerzen | 531 | 49.3.6 | Arbeitsplatz | 538 |
| 49.2 | Stellenwert der Psychotherapie bei chronischen Schmerzen . . . | 532 | 49.3.7 | Behandlungsziele | 538 |
| 49.3 | Rückenschmerzen | 534 | 49.3.8 | Multimodale Therapie | 539 |
| 49.3.1 | Definition, Deskription | 535 | 49.3.9 | Behandlungsleitlinien, praktische Empfehlungen | 540 |
| 49.3.2 | Relevanz, gesundheitsökonomische Aspekte, Versorgungsaspekte | 535 | 49.3.10 | Perspektive | 542 |
| 49.3.3 | Mechanismen | 536 | 49.4 | Fibromyalgiesyndrom | 543 |
| 49.3.4 | Angst-Vermeidungs-Modell | 536 | 49.4.1 | Klassifikation und Diagnose | 544 |
| 49.3.5 | Gesundheitssystem und gesellschaftliche Faktoren | 537 | 49.4.2 | Mechanismen | 546 |
| | | | 49.4.3 | Gesundheitsökonomische und Versorgungsaspekte | 547 |
| | | | 49.4.4 | Therapie | 548 |

49.1 Definition, Prävalenz und allgemeine Modelle chronischer Schmerzen

Chronische Schmerzen werden von der International Association for the Study of Pain (IASP 1986) als ständige oder häufig auftretende Schmerzen in den letzten drei Monaten definiert. Weitere Merkmale zur Klassifikation chronischer Schmerzen sind die Intensität der Schmerzen sowie schmerzassoziierte Beeinträchtigungen. Die Intensität von Schmerzen kann auf einer elfstufigen numerischen Skala (0 = kein Schmerz, 10 = maximaler Schmerz) oder auf einer verbalen Skala (keine, sehr leichte, mäßige, starke, sehr starke Schmerzen) erfasst werden.

Zur Graduierung chronischer Schmerzen (nach Intensität und Beeinträchtigung) stehen

validierte Instrumente wie die Chronic Pain Scale zur Verfügung, welche zwischen chronischen Schmerzen mit geringer Intensität und Beeinträchtigungserleben (Grad 1), hoher Intensität und geringem Beeinträchtigungserleben (Grad 2), hohem Beeinträchtigungserleben und mäßigen Einschränkungen (Grad 3) und hohem Beeinträchtigungserleben und schweren Einschränkungen in Alltagsfunktionen (Grad 4) unterscheidet (von Korff et al. 1992).

Die Prävalenz chronischer Schmerzen nach der IASP-Definition lag 2013 in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung (Alter 14 Jahre und mehr) bei 28,3%. 21,5% der Teilnehmer gaben mäßige, starke und sehr starke Schmerzen in den letzten vier Wochen an. Die Schweregradverteilung der Personen mit chronischem nicht-malignem Schmerz auf die einzelnen Schmerzstadien

waren wie folgt: Grad 1: 41,1 %, Grad 2: 31,4 %, Grad 3: 18,5 % und Grad 4: 9,0 %. Extrapolierend geben 600.000 Deutsche starke und beeinträchtigende Schmerzen an (Grad 3 und 4; Häuser et al. 2014).

Die häufigsten Schmerzlokalisationen in der allgemeinen Bevölkerung sind Rücken (Kreuz, Nacken) und Kopf. In der allgemeinen Bevölkerung und in klinischen Stichproben sind regionale Schmerzen (zwei bis fünf Schmerzorte) häufiger als lokale Schmerzen (ein Schmerzort). Circa 9 % der Bevölkerung berichten über Schmerzen in mehreren Körperregionen (chronic widespread pain). Die Anzahl der Schmerzorte und weitere körperliche und seelische Beschwerden korrelieren hoch miteinander (Häuser et al. 2009a).

Chronische Rückenschmerzen (Nacken, Brustwirbelsäule, Kreuz) sind essenzielle Bestandteile der Klassifikationskriterien des Fibromyalgiesyndroms (FMS; Wolfe et al. 1990). Chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen (► Abb. 49-1) entwickeln sich häufig aus lokalen chronischen Rückenschmerzen. Die Ausweitung des Schmerzes (spread of pain) geht einher mit (zunehmenden) allgemeinen Symptomen (Müdigkeit, Schlafstörungen) sowie auf innere Organe bezogene Beschwerden (z. B. Reizmagensymptome; Raspe et al. 2003). Ein Beschwerdekomples von chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen und assoziierten weiteren körperbezogenen und seelischen Beschwerden kann Fibromyalgiesyndrom (FMS) genannt werden (s. u.; Häuser et al. 2009b).

Das bio-psycho-soziale Modell chronischer Schmerzen unterscheidet Schmerzen bei Gewebeschädigung (nozizeptiver Schmerz, z. B. bei Knochenmetastasen), bei Nervenläsionen (neuropathischer Schmerz, z. B. bei Trigeminusneuralgie), bei funktionellen Störungen (z. B. Reizdarmsyndrom) und bei psychischen Störungen (z. B. Schmerz bei depressiver Störung). Bei Patienten mit beeinträchtigenden Schmerzen liegen häufig Mischbilder vor (z. B.

nozizeptiver und neuropathischer Rückenschmerz und depressive Störung; Egle et al. 2003).

Das bio-psycho-soziale Modell unterscheidet zwischen prädisponierenden, auslösenden und chronifizierenden Faktoren chronischer Schmerzen. Aus psychodynamischer Sicht wird die Bedeutung biografischer Belastungsfaktoren wie sexueller Missbrauch sowie chronischer psychosozialer Stressoren für die Prädisposition zu funktionellen Schmerzsyndromen wie dem Reizdarmsyndrom und dem FMS betont (Egle et al. 2003; Häuser et al. 2011).

Auslösende Faktoren chronischer Schmerzen können somatische Krankheitsfaktoren (z. B. Infektionen, Operationen, Frakturen, Bandscheibenvorfälle mit Nervenwurzelkompression) und psychosoziale Faktoren (z. B. belastende Lebensereignisse) sein.

Die Verhaltensmedizin betont bei chronifizierenden Faktoren von Schmerzen die Bedeutung habitueller Muster wie auch die direkten Konsequenzen von Schmerz im Denken, Erleben und Verhalten (Leeuw et al. 2007).

Aus Sicht der operanten Verhaltenstherapie und familientherapeutischer Ansätze sind die Reaktionen von (Lousberg et al. 1992) bzw. Interaktionen mit Bezugspersonen (Ballús-Creus et al. 2013) bei der Schmerzchronifizierung von Bedeutung.

49.2 Stellenwert der Psychotherapie bei chronischen Schmerzen

Psychotherapeutische Verfahren spielen eine wesentliche Rolle in der Therapie chronischer Schmerzen. Am häufigsten kommen kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren zur Anwendung, häufig in abgestimmter Kombination mit Physiotherapie und körperlichem Train-

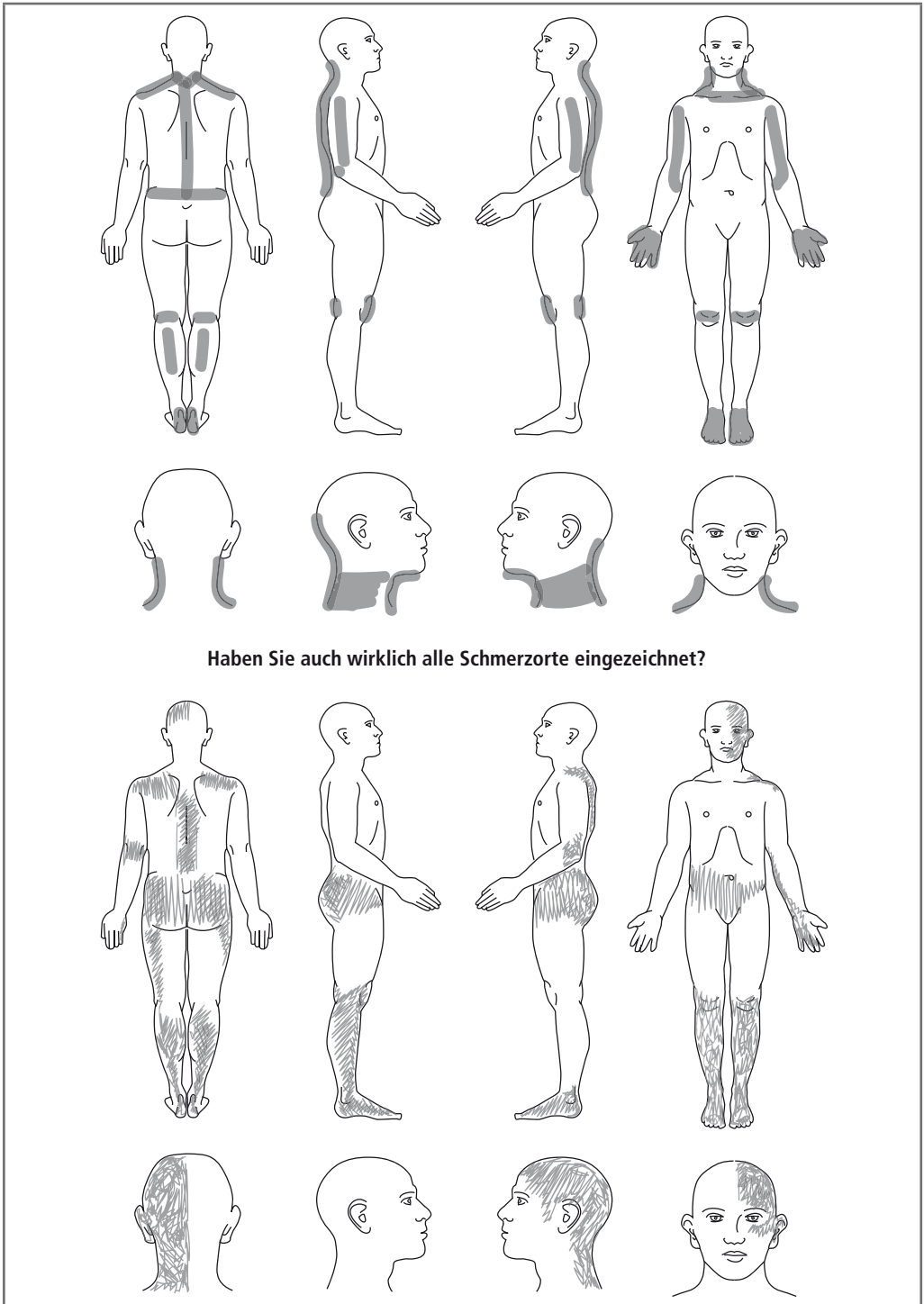


Abb. 49-1 Schmerzskeizzen von Patientinnen mit der Diagnose Fibromyalgiesyndrom.

ning (multimodale Therapie; Morley et al. 2011). Kognitive Verhaltenstherapie ist Wartegruppen und üblicher Behandlung in der Reduktion von Schmerzen, Beeinträchtigungserleben und Katastrophisieren überlegen (Williams et al. 2012).

Hypnose ist in der Akutschmerztherapie und bei einigen chronischen Schmerzsyndromen Wartegruppen und üblicher Therapie in der Schmerzreduktion überlegen (Dilworth et al. 2010).

Systematische Übersichtsarbeiten mit Metaanalyse von randomisierten kontrollierten Studien zur Wirksamkeit psychodynamischer oder psychoanalytischer Therapie bei somatoformer Schmerzstörung liegen nicht vor.

49.3 Rückenschmerzen

Fallbeispiel

In der Schmerzambulanz der Universität Göttingen stellt sich im April 2011 ein 47-jähriger Mann mit Rückenschmerzen vor. Die Schmerzen sind flächig im Rücken ausgebreitet, Schwerpunkt LWS, z. T. mit Ausstrahlungen in beide Beine. Die Schmerzintensität liegt bei durchschnittlich NRS 8–9. Er ist hausärztlicherseits auf ein Opiat eingestellt. Von Beruf ist der Patient Industriekaufmann, seit November 2009 ist er jedoch arbeitsunfähig. Dem Patienten zufolge haben die Schmerzen im September 2009 zunächst im LWS-Bereich lokal begrenzt begonnen. Hausärztlicherseits sei er mit Medikamenten (NSAR) und Physiotherapie behandelt worden. Ein im Januar 2010 durchgeführtes MRT habe einen Bandscheibenvorfall in Höhe L4/5 rechts gezeigt. Eine dann durchgeführte dreiwöchige ambulante Reha-Behandlung im März habe keinen wesentlichen Effekt gehabt. Als es nicht besser wurde, habe er im September 2010 einer Bandscheibenoperation zugestimmt. Postoperativ und nach der zweiwöchigen Anschlussheilbehandlung seien die Schmerzen immer noch kaum verändert gewesen. Er schlafe schlecht, sei über die gesamte Situation vollkommen verzweifelt – insbesonde-

re habe sich seine finanzielle Situation sehr verschärft.

Die psychologische Exploration bringt zutage, dass im Zuge der eintretenden Arbeitsunfähigkeit ein schwelender Partnerschaftskonflikt eskaliert ist, der letztlich zur Trennung führte. Er sei zu Hause ausgezogen; im Mai 2010 sei das gemeinsame Haus verkauft worden. Mit Auslaufen der Krankengeldzahlungen sei es finanziell sehr eng, die Unterhaltszahlungen für die beiden Kinder ließen ihm kaum noch Spielraum. Wie es beruflich weitergehen solle, wisse er nicht. Er habe sich vollkommen aus dem sozialen Leben zurückgezogen, im Zuge der Trennung seien Freundschaften weggebrochen. An Freizeitaktivitäten finde kaum noch etwas statt wegen geringer finanzieller Möglichkeiten und weil er Angst habe, dass die Schmerzen bei falscher Belastung noch schlimmer würden.

Die postoperative Bildgebung (CT und MRT) zeigt abgesehen von operationsbedingten Narbenbildungen altersübliche Degenerationen. Die körperliche Untersuchung zeigt keine wesentlichen Auffälligkeiten, wobei ein ausgeprägtes Schmerzverhalten und starke Dekonditionierungen (Muskelschwächen, Koordinationsstörungen, Finger-Boden-Abstand >40 cm) vorhanden sind. Die Funktionsprüfung in der physiotherapeutischen Diagnostik ergibt starke Einschränkungen bzgl. Alltagsaktivitäten (Gehen, Stehen, Alltagsbelastungen).

In der psychologischen Exploration wird die depressive Symptomatik bestätigt, zusätzlich besteht ein ausgeprägtes Angsterleben in Bezug auf die berufliche Perspektive. Der Patient steht unter einem hohen psychovegetativen Anspannungsniveau, das sich direkt beobachten lässt. Bezüglich seiner habituellen Faktoren zeigt sich eine gewisse Impulsivität und schnelle Kränkbarkeit. Im Vorfeld der Erkrankung hatte es am Arbeitsplatz anhaltend Konflikte mit Kollegen gegeben (»Mobbing«; zeitliche Koinzidenz zum Auftreten der Rückenschmerzen). Zusammengefasst liegen ein chronisches Schmerzsyndrom, Opiatmedikation, erhebliche psychosoziale Konsequenzen mit anhaltender Arbeitsunfähigkeit sowie deutlich erkennbare depressive und ängstliche Symptome vor. Auf der Verhaltensebene ist ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten mit sozialem Rückzug erkennbar.

Diagnose: ICD F45.41, Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

49.3.1 Definition, Deskription

Bei Rückenschmerzen handelt es sich nicht um eine abgrenzbare Krankheitsentität, sondern um eine Ansammlung von Symptomen, die durch unterschiedliche Ursachen hervorgerufen bzw. aufrechterhalten werden können.

Die Pathomechanismen bei Rückenschmerzen rangieren von (eher seltener vorkommenden) spezifischen Ursachen (wie z. B. Wirbelbrüchen, Bandscheibenvorfällen oder lokalen Entzündungen) bis zu (unbedenklichen) Belastungsschmerzen als Zeichen hoher körperlicher Beanspruchung. In den meisten Fällen (in mehr als 80 %) handelt es sich um (ggf. rezidivierend auftretende) Schmerzzustände, die sich nicht auf einen einzigen spezifischen Krankheitsprozess mit definierbarer körperlicher Ursache zurückführen lassen (sog. nicht-spezifische Rückenschmerzen; Pflingsten u. Hildebrandt 2011).

Der Begriff »nicht-spezifischer Rückenschmerz« beinhaltet, dass ernsthafte körperliche Erkrankungen als Ursache ausgeschlossen sind – ohne dass über andere Ursachen damit eine Annahme getroffen wird. In der Regel gibt es somatische Zusammenhänge: Diese betreffen häufig gutartige, aber mitunter sehr schmerzhafte Funktionsstörungen, die sehr nachhaltig zu Beeinträchtigungen der Beweglichkeit und des Verhaltensspielraums führen können. Diese Funktionsstörungen geraten in vielen Fällen unter den Einfluss emotionaler, kognitiver und verhaltensmäßiger Faktoren, die den Verlauf dann nachhaltig bestimmen und die Aufrechterhaltung der Schmerzen übernehmen können. Die Bezeichnung »nicht-spezifischer« Schmerz hat den entscheidenden Vorteil, dass dadurch die Auf-

merksamkeit von der ausschließlichen Betrachtung struktureller bzw. funktioneller Veränderungen hin zu einem Verständnis einer multifaktoriellen Genese der Schmerzen möglich wird.

49.3.2 Relevanz, gesundheitsökonomische Aspekte, Versorgungsaspekte

Rückenschmerzen gehören in Deutschland und anderen westlichen Industrieländern seit Langem zu den größten Gesundheitsproblemen.

Dadurch dass Rückenschmerzen häufig auftreten, alle Bevölkerungsschichten umfassen und in der Regel von rezidivierendem Charakter sind, erzeugen sie eine enorme Krankheitslast und verursachen erhebliche Kosten für das Gesundheitssystem (Fahland et al. 2011).

Anhand einer großen bevölkerungsbezogenen Studie mit Befragung von mehr als 10.000 zufällig ausgewählten Bürgern aus Deutschland wurde eine Punktprävalenz von ca. 35 % festgestellt (Schmidt et al. 2007). 84 % der Betroffenen hatten eher leichte bis mittlere Schmerzen, während 16 % unter stark beeinträchtigenden Beschwerden litten (in der Regel mit längerer Arbeitsunfähigkeit). Die eher kleinere Gruppe von Patienten mit rezidivierend auftretenden oder chronischen Beschwerden, die neben einer starken körperlichen oft auch erhebliche psychosoziale Beeinträchtigungen aufweisen, verursacht die höchsten Kosten (Wenig et al. 2009).

Es ist aus den vorliegenden epidemiologischen Daten die Tendenz abzuleiten, dass die Auftretenshäufigkeit von Rückenschmerzen in den letzten Jahren eher konstant bleibt.

Vom schottischen Orthopäden Gordon Waddell wird die Hypothese aufgestellt, dass getrennt werden muss zwischen einer (nicht vorhandenen) »Epidemie von Rückenschmerzen« und einer Zunahme des subjektiven Be-

einträchtigungserebens durch Rückenschmerzen (Waddell 1998). Das Erleben von Beeinträchtigung wird stark durch psychologische Faktoren und einen hohen Anspruch an die eigene Gesundheit beeinflusst (s. u.).

49.3.3 Mechanismen

Ein anhaltendes Problem besteht darin, dass psychosoziale Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Schmerzerkrankungen häufig immer noch vernachlässigt werden (Pfungsten et al. 2011a). Für Arzt und Patient ist es daher oftmals leichter, sich auf eine somatische Diagnose und eine (ausschließlich) darauf bezogene Therapie zu einigen.

Durch die Nicht-Beachtung psychosozialer Faktoren entsteht das Risiko, dass die Behandlung »falsch« angelegt wird und unnötige somatische Interventionen durchgeführt werden, die keinen Effekt haben bzw. sogar zu weiteren Schädigungen führen.

Wenn erst im Verlauf der Erkrankung – möglicherweise erst dann, wenn somatische Interventionen ausgereizt sind – nach psychosomatischen Zusammenhängen gesucht wird, sind die Chancen für eine erfolgversprechende psychotherapeutische Intervention bereits deutlich gesunken. Arzt und Patient bewerten einen solchen Zusammenhang dann als »das, was übrig bleibt«, eine Restkategorie, die nicht einmal aufgrund verifizierter Befunde zustande kommt, sondern weil andere Gründe fehlen.

Somatische Faktoren stehen in den meisten Fällen vor allem am Anfang der Kausalkette und können aufgrund multipler Beeinflussung durch psychosoziale Faktoren dann zunehmend an Bedeutung verlieren. Insbesondere der individuelle Umgang mit den Schmerzen (sog. Krankheitsbewältigung; ► Kap. 36) bestimmt den weiteren Verlauf. Die aus dem Symptom »Schmerz« resultierenden Konsequenzen sind für die Aufrechterhaltung der

chronischen Symptomatik – im Sinne eines *Circulus vitiosus* – schließlich mehr verantwortlich als die ursprünglich auslösende Situation.

Letztendlich entsteht ein eigenständiges Krankheitsbild, das geprägt ist durch Auswirkungen auf der körperlichen Ebene (z. B. körperliche Dekonditionierung), psychische Beeinträchtigungen (Angst, Depressivität), Veränderungen im Verhalten (Schon- und Vermeidungsverhalten, Schmerzmanagementaktivitäten), eine ungünstige Krankheitsbewältigung sowie soziale Konsequenzen (Arbeitsplatzverlust, soziale Isolation), die wiederum auf den Schmerz zurückwirken. Der Krankheitsverlauf scheint oftmals in entscheidender Weise davon abhängig zu sein, was ein Betroffener denkt: über die Ursache seiner Beschwerden, wie sie beeinflusst werden können und welches Verhalten ihn vor weiterer Schädigung bewahrt (Pfungsten et al. 2011b).

Für den Rückenschmerz liegen zum Verständnis der Chronifizierung die meisten Ergebnisse vor (Boersma u. Linton 2006). In den Leitlinien werden psychologische Faktoren, von denen nachgewiesen ist, dass sie ein relevantes Chronifizierungsrisiko darstellen, als *Yellow Flags* bezeichnet (► Tab. 49-1).

Während psychische Belastung im weitesten Sinne, Depressivität, traumatische Lebensereignisse zu den prädisponierenden Faktoren gehören, die offensichtlich generell bei Schmerzerkrankungen relevant sind, kann die Chronifizierung bewegungsbezogener Schmerzen in vielen Fällen durch das sog. Angst-Vermeidungs-Modell erklärt werden (Leeuw et al. 2007).

49.3.4 Angst-Vermeidungs-Modell

Kognitive Überzeugungen (sog. Krankheitsmodellvorstellungen) sind für die Prognose von großer Bedeutung. Diese Einschätzungen werden stark durch Vorstellungen der Patienten

64 Konversionssyndrome (Dissoziative Störungen motorischer bzw. sensorischer Funktionen)

Rainer Schaefer

| | | |
|-------|------------------------------|-----|
| 64.1 | Definition | 761 |
| 64.2 | Klassifikation | 762 |
| 64.3 | Begriffsgeschichte | 763 |
| 64.4 | Klinik | 765 |
| 64.5 | Komorbidität | 765 |
| 64.6 | Ätiopathogenese | 766 |
| 64.7 | Epidemiologie | 768 |
| 64.8 | Prognose | 768 |
| 64.9 | Behandlungsziele | 769 |
| 64.10 | Wissenschaftliche Fundierung | 769 |
| 64.11 | Diagnostik | 770 |
| 64.12 | Psychometrische Verfahren | 772 |
| 64.13 | Phasenplan für die Therapie | 774 |
| 64.14 | Perspektive | 777 |

Fallbeispiel

Eine 28-jährige Postbeamtin stellt sich wegen einer erneut aufgetretenen Parese des linken Beines in der neurologischen Notambulanz vor; ein vergleichbares Ereignis sei Anfang des Jahres erstmalig aufgetreten, jedoch nach einigen Tagen wieder abgeklungen. Zusätzlich komme es wiederholt zu occipital betonten Kopfschmerzen und »Kollaps-Zuständen«. In der neurologischen Untersuchung findet sich ein Absinken des linken Beines im Halteversuch, das jedoch unter Ablenkung abnimmt; das Hoover-Zeichen (s. u.) ist positiv, der Reflexstatus normal. cMRT und EEG sind unauffällig. Ihr Vater verstehe ihre gesundheitlichen Probleme nicht und

akzeptiere sie auch nicht. Er sei »der totale Schaefer«, kenne kein Versagen und habe von der Patientin und ihren beiden Brüdern von klein auf totalen Einsatz für den Bauernhof der Familie erwartet. Dem gegenüber sei ihre Mutter sehr fürsorglich und erdrücke sie manchmal geradezu mit ihrer Nähe. Da während der aktuellen Ferienzeit mehrere Kollegen, die Kinder hätten, im Urlaub seien, habe sich ihre Arbeitslast erheblich vergrößert. Eine konsequente krankengymnastische Übungsbehandlung wird eingeleitet. In drei psychosomatischen Konsiliarkontakten kann sich die Patientin auf eine funktionelle (dissoziative) Symptomentstehung einlassen und wird zur stationären Psychotherapie übernommen.

64.1 Definition

Dissoziative Störungen (nach ICD-10) sind eine heterogene Gruppe von Erkrankungen, die sich in zwei Haupttypen differenzieren lässt:

- zum einen Störungen der integrierend wirkenden Funktionen des Bewusstseins (Identitätserleben, Wahrnehmung, Gedächtnis), sog. dissoziative Bewusstseinsstörungen,
- zum anderen teilweiser oder völliger Verlust der normalen Integration von unmittelbaren Empfindungen (Sensibilität und Sensorik) und der Kontrolle von Körperbewegungen (Motorik). Das vorliegende Kapitel befasst sich mit diesem Störungstyp, den sog. Konversionssyndromen, d. h. Störungen der sensorischen oder willkürmotorischen Funktionen, die nicht hinreichend auf eine organische Ursache rückführbar sind.

64.2 Klassifikation

Im Unterschied zum DSM, wo die Konversionsstörungen den Somatic Symptom and Related Disorders (früher somatoforme Störungen) zugeordnet werden, berücksichtigt die

ICD-10 in ihrer deskriptiven Definition dissoziativer Störungen auch motorische und sensorische Symptome und nimmt in Kapitel F44 eine Differenzierung in zwei Gruppen vor (► Tab. 64-1): dissoziative Bewusstseinsstörungen mit Dissoziation auf psychischer Ebene

Tab. 64-1 Übersicht über die dissoziativen Störungen in der ICD-10.

| Dissoziative Bewusstseinsstörungen | | Konversionsstörungen | |
|----------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------|
| F44.0 | Dissoziative Amnesie | F44.4 | Dissoziative Bewegungsstörungen |
| F44.1 | Dissoziative Fugue | F44.5 | Dissoziative Krampfanfälle |
| F44.2 | Dissoziativer Stupor | F44.6 | Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen |
| F44.3 | Trance- und Besessenheitszustände | | |
| F44.80 | Ganser-Syndrom | | |
| F44.81 | Multiple Persönlichkeitsstörung | | |
| F44.7 Dissoziative Störungen, gemischt | | | |

Tab. 64-2 Diagnostische Kriterien für Konversionsstörungen nach ICD-10 und DSM-5 (Kurzfassung; genaue Übersetzung siehe Originaltexte).

| ICD-10 F44.x | |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | klinische Charakteristika, wie sie für die einzelnen Störungen (Amnesie, Fugue, Anfälle, Paresen etc.) typisch sind (► Tab. 64-3) |
| 2 | keine körperliche Erkrankung, welche die Symptome ausreichend erklären könnte |
| 3 | überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen den dissoziativen Symptomen und psychosozialen Belastungen (auch wenn dieser vom Patienten selbst nicht gesehen wird) |
| DSM-5: Konversionsstörung (Functional Neurological Symptom Disorder) | |
| A | eines oder mehrere Symptome veränderter Willkürmotorik oder sensorischer Dysfunktion |
| B | Klinische Befunde belegen Inkompatibilitäten zwischen den Symptomen und erkennbaren neurologischen oder medizinischen Krankheiten. |
| C | Das Symptom oder Defizit ist nicht besser durch eine andere medizinische oder psychische Störung erklärbar. |
| D | Das Symptom oder Defizit verursacht klinisch signifikantes Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen oder führt zu medizinischen Untersuchungen. |

und Konversionsstörungen mit Dissoziation auf Körperebene; dieses Kapitel konzentriert sich auf letztere.

Die diagnostischen Kriterien für Konversionsstörungen nach ICD-10 sind in ►Tabelle 64-2 festgehalten. Dort finden sich auch die neuen DSM-5-Kriterien für die Konversionsstörung. Im DSM-5 sind die »Somatic Symptom and Related Disorders« die Kategorie, welcher die Konversionsstörungen (Functional Neurological Symptom Disorder) zugeordnet wurden. Daneben gibt es im DSM-5 eine andere und eigene Hauptkategorie »Dissoziative Störungen«; diese vom ICD-10 abweichende Aufteilung bestand bereits im DSM-IV. Bei der Revision der Konversionsstörungen für das DSM-5 wurde die Notwendigkeit des Zusammenhangs mit psychosozialen Auslösefaktoren gestrichen; stattdessen werden die Inkonsistenz/Inkongruenz der körperlichen Symptomatik mit organischen Aspekten sowie die funktionelle Beeinträchtigung durch die Beschwerden betont.

64.3 Begriffsgeschichte

Die Konversionssyndrome haben ihre historischen Wurzeln im Krankheitsbild der Hysterie (Ronel et al. 2008). Charcot postulierte psychologische Faktoren als Auslöser, da sich hysterische Symptome durch Hypnose beeinflussen ließen. Sein Schüler Janet untersuchte dissoziative Symptome Ende des 19. Jahrhunderts systematisch und prägte den Ausdruck der psychologischen Dissoziation (Janet 1925). Freud und Breuer vermuteten als Hauptmechanismus der Hysterie die Konversion, worunter sie die Umwandlung (Symbolisierung) eines innerseelischen Konfliktes in eine körperliche Symptomatik verstanden. Bis heute werden die Konzepte der Konversion wie auch der Dissoziation kontrovers betrachtet, und es gibt

uneinheitliche Auffassungen (Nicholson et al. 2011; Vogel 2011).

Cardena (1994) untersuchte die Verwendung des Begriffs »Dissoziation« systematisch und zeigte, dass er sich in der wissenschaftlichen Praxis auf drei Bedeutungen bezieht (Vogel 2011):

- **Partiell desintegratives Geschehen in innerpsychischen Systemen (compartmentalization):** Das Merkmal der Desintegration mentaler Inhalte zeichnet sich durch das Fehlen einer bewussten und willentlichen Kontrolle über kognitive, emotionale, körperliche bzw. handlungsbezogene Prozesse aus, die eigentlich einer willentlichen Steuerung unterliegen. So erzeugen psychologische Automatismen Symptome, ohne dass es die Möglichkeit einer selbstwirksamen Beeinflussung gäbe. Dieser Mechanismus wird v. a. im Zusammenhang mit Amnesie und Konversionssymptomen für bedeutend gehalten.
- **Veränderter Bewusstseinszustand (detachment):** Gemeint ist hier die Erfahrung veränderter Bewusstseinszustände, die sich v. a. aus Entfremdungseindrücken gegenüber der eigenen Person oder der Umwelt ergeben. Begleitet werden diese Bewusstseinsveränderungen von einer emotionalen Verflachung bis hin zur totalen Indifferenz. Detachment beschreibt v. a. Derealisations- und Depersonalisationsphänomene, die auch bei Traumafolgestörungen und Angststörungen, insbesondere bei Panikattacken, auftreten können. Als klinisches Beispiel für Detachment gilt das Depersonalisationsyndrom.
- **Abwehrmechanismus:** Mit der Dissoziation werden als weitere Abwehrmechanismen Verdrängung und Verleugnung sowie die Verschiebung insbesondere von Affekten und die Projektion von nicht-akzeptablen Bedürfnissen und Affekten verbunden gesehen.

Tab. 64-3 Klinik der Konversionssyndrome.

| Spezifische Gruppe | Merkmale |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| F44.4 Dissoziative Bewegungsstörungen | Dysfunktion der Willkürmotorik mit vollständigem oder teilweiseem Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperglieder |
| Dissoziativer/ Psychogener Tremor | starkes Zittern oder Schütteln in den Extremitäten; Koaktivierung agonistischer und antagonistischer Muskelgruppen |
| Dissoziative Dystonie | Verkrampfungen und Fehlhaltungen, z. B. des Kopfes (Torticollis) |
| Dissoziativer Myoklonus | plötzliche, kurze Muskelzuckungen, die zu einer sichtbaren Bewegung führen |
| Dissoziative Gang- und Standstörungen | Ataxie (Koordinationsstörungen); Unfähigkeit, ohne Hilfe zu gehen (Abasie) oder zu stehen (Astasie); Dyskinesie (Störung des Bewegungsablaufs) |
| Psychogene Lähmung | Lähmung erstreckt sich evtl. nur über ein Gelenk; kein Versuch der Bewegungsausführung bei Aufforderung; unwillkürliche Mitbewegungen; beim plötzlichen Loslassen fällt die Extremität nicht sofort herab (Tonisierung), Schutzreflexe erhalten; bei der psychogenen Paraplegie fehlen Spastizität, Pyramidenbahn-Zeichen, Blasen- und Mastdarmstörungen; normaler Reflexstatus |
| Psychogene Stimm- und Sprechstörungen | Dysphonie (Stimmstörung, Beeinträchtigung der Phonation), Aphonie (vollständiger Stimmverlust), Dysarthrie (Sprechstörung) |
| F44.5 Dissoziative Krampfanfälle | im Gegensatz zu epileptischen Anfällen fehlen meist: Zungenbiss, Urin-/Stuhlabgang, epilepsietypische EEG-Potentiale |
| Ohnmachtsanfälle (swoons) | Die Patienten sinken meist langsam zu Boden, haben keine Konvulsionen, sondern bleiben ruhig liegen, die Augen sind geschlossen; es handelt sich um eine Art Trancezustand. |
| Wutanfälle (tantrums) | Die Anfälle sind dramatisch und beginnen oft mit Lautäußerungen (»Initialschrei«), die Patienten fallen zu Boden, können sich auch dabei verletzen, zeigen heftige körperliche Bewegungen (Kratzen, Beißen, Schlagen), als ob sie mit einer Person kämpften. Versucht man, den Anfall durch Festhalten zu unterbrechen, kommt es meist zu einer Steigerung. |
| Abreaktionsanfälle (abreactive attack) | Die Patienten können fallen, es kann auch im Liegen zum Anfall kommen; oft werden konvulsive Bewegungen gemacht, die an Koitusbewegungen erinnern können: Arc de cercle (Überstrecken des ganzen Körpers mit nach oben gerichtetem Körperbogen); meist treten Atemstörungen auf (Verlangsamung der Atmung oder Hyperventilation); auch Selbstverletzungen kommen vor. |
| Pseudoepileptische Statuszustände | plötzliche krampfartige Bewegungen ohne Bewusstseinsverlust; tonisch-klonische Zustandsbilder |
| F44.6 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen | Veränderungen bzw. Ausfälle der Sensibilität und Sensorik |
| Dys-, Par-, Hyper-, Hyp- und Anästhesien | Reduktion/Verlust/Übersteigerung der Hautempfindlichkeit; häufig Missempfindungen wie Kribbelgefühle; »schneidermusterartige« Verteilungen, die nicht den anatomischen Strukturen (z. B. Dermatomen) folgen |

Tab. 64-3 (Fortsetzung)

| Spezifische Gruppe | Merkmale |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Psychogene Sehstörung | Störungen des Sehsinns: Verlust der Sehschärfe, Verschwommensehen, Tunnelsehen, bis hin zur Blindheit |
| Psychogene Hörstörung | Hörstörungen bis zur Taubheit |
| Anosmie | Reduktion oder Verlust des Riechsinn |

64.4 Klinik

Klinisch zeigen Konversionssyndrome eine pseudoneurologisch imponierende Symptomatik (funktionelle neurologische Störungen, FNS), die in ►Tabelle 64-3 entlang der drei Subtypen laut ICD-10 differenziert wird. Die Symptomatik ist einem Wandel vor dem Hintergrund der historischen und soziokulturellen Einflüsse unterworfen (Brown u. Lewis-Fernández 2011) und scheint in unserer Zeit einen »Wandel von der Gebärde zur Beschwerde« zu erfahren (Weber 1984). Die größte Subgruppe unter den Konversionssyndromen stellen die dissoziativen/psychogenen Bewegungsstörungen dar (Edwards u. Bhatia 2012; Morgante et al. 2013). Innerhalb dieser Subgruppe am häufigsten (Factor et al. 1995) ist der dissoziative Tremor (50 %; Bhatia u. Schneider 2007), gefolgt von der dissoziativen Dystonie (18 %; Fahn u. Williams 1988), dem dissoziativen Myoklonus (14 %) und der dissoziativen Gangstörung (6 %; Baik u. Lang 2007). Zweitgrößte Subgruppe unter den Konversionssyndromen sind die dissoziativen Krampfanfälle (Psychogenic Non-Epileptic Seizures, PNES; Baslet 2012; Betts u. Boden 1992a, b; Bodde et al. 2009; LaFrance et al. 2014; Sahaya et al. 2011). Die dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen wiederum stellen mit Ausfällen der unterschiedlichen Sinnesmodalitäten Hautsinne, Sehen (Bryant u. McConkey 1999), Hören (Austen u. Lynch 2004), Schmecken und Riechen in sich eine sehr heterogene Gruppe dar. Letztlich ist nicht klar, in-

wieweit die verschiedenen Subtypen einer gemeinsamen oder unterschiedlichen Entitäten zuzuordnen sind. In unserer Darstellung werden in syndromübergreifender Perspektive die Gemeinsamkeiten der Beschwerdebilder betont.

64.5 Komorbidität

Charakteristisch ist eine Häufung psychischer Komorbiditäten mit multiplen psychischen, aber auch somatischen (insbesondere neurologischen) Diagnosen in der Vorgeschichte. In Komorbiditätsstudien konnte gezeigt werden, dass Patienten mit Konversionsstörungen häufig zusätzlich unter Persönlichkeitsstörungen (vor allem emotional instabilen, ca. 30 %; Zanarini et al. 2000), Phobien und anderen Angsterkrankungen (25–90 %), depressiven (70–90 %) und somatoformen Störungen (ca. 15 %) leiden (Spitzer et al. 1994, 2005). In einer türkischen Studie (Sar et al. 2004) fand sich bei 89,5 % von 38 konsekutiven Patienten mit Konversionsstörung mindestens eine komorbide psychiatrische Diagnose, am häufigsten undifferenzierte Somatisierungsstörung, Generalisierte Angststörung, Dysthymie, spezifische Phobie, Zwangsstörung und Major Depression. 47,4 % der Patienten wiesen zeitgleich zur Konversionsstörung auch eine dissoziative Bewusstseinsstörung auf. Diese Patienten waren am schwersten betroffen; sie hatten im Vergleich zum Rest öfter eine komorbide Dys-

1 Einleitung

Winfried Rief, Peter Henningsen

Die Lehre des Zusammenhangs zwischen körperlichen Krankheiten und Beschwerden einerseits sowie psychischen, interpersonellen und sozialen Prozessen andererseits ist von zentraler Relevanz sowohl für die meisten medizinischen Fachbereiche wie für körperliches Wohlbefinden ganz allgemein. Eine fachliche und wissenschaftlich-orientierte Betrachtung macht deutlich, dass psychosoziale Aspekte von einfachen Bagatell-Symptomen bis hin zu schwersten körperlichen Krankheiten eine wichtige Einflussgröße darstellen. Das liegt daran, dass eine Krankheit grundsätzlich ein Individuum trifft, das in seiner individuellen Art und Weise mit dieser Erkrankung umgeht, persönliche Vorerfahrungen mit Krankheit und Behandlungen einfließen lässt sowie den psychosozialen Einflüssen der Umgebung im Umgang mit der Erkrankung ausgesetzt ist. Jeder von einer Krankheit betroffene Mensch entwickelt subjektive Vorstellungen bezüglich der Erkrankung selbst, ihrer Ursachen im individuellen vorliegenden Fall, ihrer Behandlungsmöglichkeiten und Prognose (► Kap. 4 sowie die weiteren Kapitel in Teil II). Dieses subjektive Krankheitsmodell kann sich wesentlich von den medizinischen Fakten zur Erkrankung unterscheiden und kann persistieren, selbst wenn der Arzt widersprechende Informationen gegeben hat. Patienten tragen durch ihr eigenes Verhalten entweder zur Genesung bei (z. B. Aufbau einer adäquaten körperlichen Aktivität, Adhärenz mit medizinischen Behandlungsempfehlungen) – oder zur Erkrankung (durch entsprechendes Risikoverhalten). In diesem Sinne gibt es kaum eine Erkrankung, in der der »menschliche Faktor« der Psyche des Patienten den Krankheitsverlauf nicht beeinflussen kann.

Paradigmatisch für das Zusammenspiel zwischen psychischen und biomedizinischen Faktoren bei Behandlungen ist das Gebiet der Placebo- und Nocebo-Forschung (► Kap. 26). Gerade durch die Entwicklung experimenteller Ansätze in diesem Bereich ist es in den vergangenen 20 Jahren beeindruckend gelungen, psychosoziale Einflüsse auf körperliche Systeme, Krankheitsprozesse und Ansprechen auf Therapien darzustellen. Dabei vereint die Placebo-Forschung Aspekte subjektiver Erwartung, Vorerfahrungen (z. B. Behandlungsvorerfahrungen, spezifische Konditionierungsprozesse, interaktionelle Vorerfahrungen) mit Aspekten der aktuellen Behandler-Patient-Interaktion, die gerade im Bereich Psychosomatik als besonders wichtig angesehen wird.

Immer wieder leidenschaftlich diskutiert wurde und wird die Frage, inwiefern psychosoziale Prozesse direkt zur Entstehung von körperlichen Krankheiten beitragen können. In einigen Bereichen ist eine solche Kausalität trivial und naheliegend: durch selbstschädigendes Krankheitsverhalten wie Rauchen, erhöhter Alkoholkonsum, reduzierte körperliche Aktivität, ungünstige Ernährung wird das Erkrankungsrisiko für zahlreiche körperliche Krankheiten deutlich erhöht. Die Entstehung solcher problematischer Verhaltensweisen ist stark von dem sozialen Netzwerk geprägt, in dem die Person aufwuchs bzw. die letzten Jahre verbracht hat. Daneben ist eine erhöhte Belastung durch Stress als kausaler Faktor bei zahlreichen Krankheiten belegt. Die letzten Jahrzehnte haben hierbei das Verständnis für den Zusammenhang zwischen Stress und der Entstehung von Krankheiten deutlich verbessert und psychobiologische Auswirkungen von frühkindlichem Stress, akuter Traumatisierung

rung, alltäglicher Belastung etc. konnten herausgearbeitet werden (► Teil III).

In unserem Buch wollen wir einen Abriss über den aktuellen wissenschaftlichen Stand zu psychosozialen Konstrukten geben, die für das Verständnis psychosomatischer Zusammenhänge von Relevanz sind (► Teil II, III). Zusätzlich sollen mögliche psychobiologische Bindeglieder beleuchtet werden, die also für die Frage relevant sind, über welche Wirkungspfade psychosoziale Prozesse und körperliche Geschehnisse zusammenhängen (► Teil IV).

Daneben sind Psychosomatik und Verhaltensmedizin jedoch nicht nur allgemein-relevante Faktor bei allen körperlichen Krankheiten, sondern bei bestimmten Krankheitsbildern von herausgehobener Relevanz. Zwar ist es nicht möglich, alle klinischen Anwendungsfelder ausreichend darzustellen, für die dies der Fall sein mag, trotzdem haben wir eine Gruppe von besonders relevanten Krankheitsbildern als Anwendungsfelder der Psychosomatik und Verhaltensmedizin in unserem Buch exemplarisch herausgehoben (► Teil VI). Die somatoformen Störungen/somatische Belastungsstörungen bzw. die funktionellen Erkrankungen spielen hierbei eine besondere Rolle und stehen im Kernbereich psychosomatischer Krankheitsbilder. An ihrem Beispiel lässt sich besonders gut darstellen, wie psychologische Faktoren unabhängig vom peripheren pathophysiologischen Geschehen zum allgemeinen körperlichen Wohlbefinden beitragen können, welche prädisponierenden Faktoren für die Entstehung von körperlichen Beschwerden von Relevanz sind sowie an welchen Faktoren eine therapeutisch angeleitete Veränderung ansetzen kann. Diese Einsatzmöglichkeiten werden zusätzlich bei Krankheitsbildern dargestellt und herausgearbeitet, die noch stärker durch eine biomedizinische Komponente geprägt sind (z. B. koronare Herzerkrankungen, Diabetes mellitus, Krebserkrankungen).

Kennzeichen der Psychosomatik und Verhaltensmedizin ist eine starke Betonung psychotherapeutischer Ansätze bei der Behandlung (► Teil V). Psychoedukativen Ansätzen kommt in diesem Themenbereich eine besondere Rolle zu, da sie oftmals die bei den bisherigen Behandlungen vorherrschende biomedizinische Perspektive erweitern auf das bio-psycho-soziale Modell. Jedoch auch Basisbedingungen wie eine erfolgreich gestaltete Arzt/Therapeut-Patient-Beziehung sowie ein konstruktives Behandlungssetting mit gelungener interdisziplinärer Zusammenarbeit werden unter psychosomatischer Perspektive besonders herausgearbeitet. Bei der Auswahl von Interventionsansätzen haben wir versucht, insbesondere auf jene zu fokussieren, die auf zuvor dargestellte psychosoziale Risikofaktoren und Grundkonzepte der Psychosomatik und Verhaltensmedizin aufbauen und möglichst wissenschaftlich gut evaluiert sind. Eine primär therapieschulenorientierte Darstellung sollte also in den Hintergrund treten zugunsten von stärker mechanismen- und indikationsorientierten Ansätzen. Die Einbettung dieser Behandlungsansätze in die bestehenden Versorgungsstrukturen insbesondere in Deutschland wird schließlich in Abschlusskapiteln diskutiert, sowie Forschungsperspektiven sowohl für Grundlagenfragen als auch für Interventionsfragen werden zusammengefasst. Dabei wird deutlich, dass gerade Versorgungsstrukturen eher durch historische Prozesse geprägt sind als durch wissenschaftlich definierten Behandlungsbedarf. Zusätzlich können Forschungsperspektiven dadurch gewinnen, dass die in diesem Buch dargestellten Konzepte berücksichtigt werden, auch wenn diese aus unterschiedlichen Traditionen stammen. Mit der vorliegenden Übersicht soll deshalb dazu beigetragen werden, auch zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Forschung und Versorgung im Bereich Psychosomatik und Verhaltensmedizin beizutragen.

Vorwort

Mit dem vorliegenden Buch wollen wir einen aktuellen, empirisch gut fundierten Überblick zu wichtigen Konzepten sowie diagnostischen und therapeutischen Handlungsempfehlungen in der Psychosomatik und Verhaltensmedizin geben. Dabei war es uns ein besonderes Anliegen, zusammenzubringen, was zusammen gehört. Unter wissenschaftlicher Perspektive ist es nicht rational, wenn zwei Strömungen am selben Thema arbeiten, aber gegenseitig die Forschungsergebnisse und praktischen Erfahrungen nicht zur Kenntnis nehmen. Beide Strömungen haben ihre Stärken und können sich gegenseitig befruchten: auf der einen Seite die Psychosomatik mit ihrer langen Tradition und Verankerung hauptsächlich in der Medizin, auf der anderen Seite die deutlich jüngere Bewegung der Verhaltensmedizin mit einer starken empirisch-naturwissenschaftlichen Verankerung, die ihre akademische Heimat aber zunehmend in der Psychologie gefunden hat. Auf internationaler Ebene wiederum gibt es jedoch auch Psychosomatik-Gesellschaften, die überwiegend von der Psychologie geprägt sind, und Verhaltensmedizin-Gesellschaften, die primär ärztlich geprägt sind, was die inhaltliche Überlappung unabhängig von den Professionen weiter betont. Gleichzeitig gibt es zum Thema des Zusammenspiels psychischer und körperlicher Prozesse Impulse aus der (klinischen) Gesundheitspsychologie, die es ebenfalls zu berücksichtigen gilt. Neben unseren wissenschaftlichen Anliegen tragen wir alle auch Verantwortung für die Aus- und Weiterbildung unseres Nachwuchses. Ist es legitim, den Nachwuchs nur über eine der beiden Strömungen zu informieren und die entwickelten Konzepte und Forschungsergebnis-

se der anderen Strömung zum gleichen Thema auszublenden? Wohl kaum.

In diesem Sinne haben wir versucht, das Buch so zu konzipieren, dass es einlädt, auch jene Kapitel zu lesen, die man ggf. sonst nicht lesen würde. Wir wollten vermeiden, dass stark polarisierende, einseitig einen Ansatz in den Vordergrund stellende Kapitel das Buch prägen. Stattdessen sollen, so hoffen wir, alle Kapitel für alle Leser gut verständlich sein – die durchgängige Betonung der empirischen Fundierung des jeweiligen Inhalts soll dabei helfen. Die individuellen Schwerpunktsetzungen der Kapitelautoren sollten dabei natürlich erhalten bleiben. Die einzelnen Themen sollten zudem problemfokussiert und nicht primär therapieschulen-orientiert aufbereitet werden. So stehen Kapitel über die Rolle von frühkindlichen Beziehungs- und Bindungserfahrungen neben Kapiteln zu Bedeutung der sozialen Kompetenz und Kommunikation oder ein Kapitel zum »Embodiment« neben Kapiteln zu kulturellen Aspekten in der Psychosomatik und Psychotherapie. Besondere Bedeutung haben auch psychobiologische Bindeglieder, die verständlich machen können, wie psychische und soziale Faktoren auf körperliche Gesundheit wirken.

Auch die verschiedenen Interventionsansätze wollten wir entsprechend ihres Problemfokus und weniger entsprechend ihrer therapeutischen Orientierung darstellen. Dies möge es dem Leser bzw. der Leserin erleichtern, auch zunehmend indikative Interventionsentscheidungen zu treffen, die auf das im Vordergrund liegende Problem fokussieren, anstatt sich automatisch einem bestimmten therapeutischen Ansatz zu verschreiben. Dabei wird immer

wieder deutlich, dass Psychosomatik und Verhaltensmedizin ein Feld bearbeiten, das stark von der interdisziplinären Kooperation und von multimodalen Interventionen lebt: Neben körperlich orientierten Behandlungsansätzen über Behandlungsfoki auf Interaktionserfahrungen (wie z.B. Übertragungsarbeit oder Kommunikationstrainings) bis hin zu allgemeinen gesundheitsförderlichen Maßnahmen wie Aufbau körperlicher Aktivität oder Förderung der Genussfähigkeit findet der Leser sonst oft sehr getrennt gehaltene Behandlungsvorschläge hier friedlich vereint.

Eine große Herausforderung war die Auswahl von klinischen Anwendungsfeldern: Es ist offensichtlich, dass diese Auswahl schier unendlich erscheint und den Umfang jeglichen Buches sprengen könnte. Deshalb mussten wir uns auf einige wesentliche Beispiele einschränken, wohl wissend, dass unsere Zusammenstellung viele Krankheitsbilder von Relevanz nicht berücksichtigt (z. B. funktionelle Sexualstörungen). Wir hoffen aber, dass das Buch trotzdem einen Eindruck davon geben kann, welche Ansätze auch auf hier nicht explizit aufgeführte Krankheitsbilder übertragen werden können. Abschließende Kapitel zu Forschungs- und Versorgungsfragen runden das Buch ab.

Bei der Erstellung dieses Buches mussten wir unsere Kapitelautoren vor besondere Herausforderungen stellen: mussten sie doch Kapitel schreiben, die zwei Herausgebern mit sehr unterschiedlicher Sozialisation möglichst zusagen. Deshalb war die Flexibilität und Toleranz unserer Autoren und Autorinnen in ganz besonderem Maße Belastungsproben ausgesetzt. Aus diesem Grund gilt unser erster und besonders intensiver Dank allen Mitauto-

ren, die unsere Rückmeldungen bestimmt manchmal mehr, manchmal weniger gelassen aufgenommen haben, jedoch durchweg konstruktiv umsetzen.

Auch ist für die Fertigstellung eines solchen Buchprojektes die Unterstützung von den Menschen sehr wichtig, die die praktische Umsetzung in besonderem Maße mitgestalten, etwa durch Anschreiben an die Autoren, Zusammenfassung der Manuskripte, Erinnerungen an die Deadlines, Formatkorrekturen, Übersichten für die Herausgeber, Arbeiten am Layout, Redigieren, und vieles, vieles mehr. Mit höchster Geduld und außergewöhnlicher Professionalität haben sich insbesondere Frau Utsch (Marburg) sowie Frau Becker und Frau Sonnenmoser (vom Schattauer Verlag) diesen Themen angenommen. Deshalb gilt auch ihnen unser besonderer Dank.

Als Leser unseres Buchs wünschen wir uns interessierte Ärzte, Psychologen und Angehörige anderer Berufsgruppen, die in der Psychosomatik und Verhaltensmedizin arbeiten oder auf dem Weg dorthin sind. Wir hoffen, Ihnen die Faszination dieses Faches vermitteln zu können, das wie kein anderes Teilgebiet der Medizin zum Ausdruck bringt, dass Krankheit nicht isoliert gesehen werden kann, sondern immer auch den Menschen berücksichtigen muss, der davon betroffen ist. Lassen Sie sich mit diesem Buch einladen, insbesondere auch die Kapitel zu jenen Themen zu lesen, welche bislang ggf. eine geringere Rolle in Ihrer Aus- und Weiterbildung spielten!

Marburg und München,
im Januar 2015

Winfried Rief
Peter Henningsen