

Artikel des Monats Januar 08 Teil I

Aus: http://www.cfs-aktuell.de/januar08_1.htm

Redaktionelle Vorbemerkung zu den Januarartikeln:

In drei der Artikel des Monats Januar 08 wird das Thema Kognitive Verhaltenstherapie behandelt. Davon sind zwei Darstellungen von Fachleuten, einer Psychiaterin (Eleanor Stein, s.u.) und einer Psychologin ([Ellen Goudsmit](#)).

Als kurze Ergänzung zum biomedizinischen Hintergrund des CFS wurden die Aussagen von [Anthony Komaroff](#) hinzugefügt, der als einer der renommiertesten und langjährigsten Forscher auf dem Gebiet gilt.

In einem [vierten Artikel](#) diskutiert Regina Clos einige relevante Texte von (deutschen) Psychiatern/Psychologen zum Thema CBT bei somatoformen Störungen, d.h. der Kategorie, unter die in Deutschland das CFS/ME noch immer gefasst wird.

Ausgangspunkt ist dabei die Frage, ob CFS/ME-Patienten hierzulande die Form an kognitiver Verhaltenstherapie oder andere psychotherapeutische Interventionen erwarten können, die auf der Anerkennung des CFS/ME als chronischer, organischer Erkrankung beruhen, wie sie von Eleanor Stein und Ellen Goudsmit befürwortet werden. R.C.

Gezeitenwechsel

Kognitive Verhaltenstherapie bei CFS – eine Neubewertung

von Eleanor Stein, MD, FRCP

Übersetzung von Regina Clos

Aus: [The CFIDS Chronicle](#), Fall 2007 S. 20-23

Übersetzung und Reproduktion auf dieser Website mit freundlicher Genehmigung der Autorin und der [CFIDS Association of America](#).

Kognitive Verhaltenstherapie (Cognitive behaviour therapy – CBT) hat in der CFS-Gemeinde aus gutem Grund für Unruhe gesorgt. Aber was verbirgt sich unter der Oberfläche dieser umstrittenen Angelegenheit? Schüttet man vielleicht mit der Vermeidung von CBT sprichwörtlich das Kind mit dem Bade aus?

In den jetzt beinahe 20 Jahren, in denen ich an CFS leide, war es eine immerwährende Herausforderung für mich, meine medizinische Ausbildung (die ich gerade absolvierte, als ich krank wurde) in meine eigene Krankheitserfahrung und die Erfahrungen, die meine Patienten mit mir teilen, einzubinden.

In meiner Arbeit als Medizinerin setze ich kognitive Verhaltenstherapie (CBT) ein und ich weiß, dass dies ein sehr wirksames Instrument sowohl innerhalb als auch außerhalb der Psychiatrie ist. CBT wird als zusätzliche Maßnahme im Rahmen der medizinischen Behandlung von Herzerkrankungen, Arthritis, Multipler Sklerose und Krebs eingesetzt, um den Menschen zu helfen, mit der Unsicherheit, den Ängsten und der Umstellung des Lebens umzugehen, die diese Krankheit verursachen. Und bei vielen psychiatrischen Erkrankungen wird CBT als das Mittel der Wahl angesehen.

Bei CFS jedoch ist der Gebrauch und der Missbrauch von CBT eine der Streitfragen, die am stärksten emotional besetzt sind und die am meisten Uneinigkeit schaffen. Schauen wir uns die Sache einmal genauer an.

Auf einen Blick

- *Manche Forschungsarbeiten über den Einsatz von CBT bei CFS beruhen auf der irrigen Annahme, dass CFS das Ergebnis von dysfunktionalem Krankheitsverhalten sei.*
- *Wenn CBT in verantwortlicher Weise eingesetzt wird, um die ernsthaften Herausforderungen zu bewältigen, die sich aus der Krankheit ergeben, dann kann sie den Patienten durchaus helfen, besser mit der Krankheit fertig zu werden und ein höheres Funktionsniveau zu erreichen.*

Was genau versteht man unter CBT?

CBT entstand aus der Verknüpfung zweier großer psychologischer Bewegungen des 20. Jahrhunderts: der kognitiven Therapie und der Verhaltenstherapie.

Die kognitive Therapie wurde durch den Psychologen Aaron Beck entwickelt, um Menschen mit Depressionen zu unterstützen. Anstatt tiefsitzende Emotionen aufzudecken und aufzulösen, um so die negativen Gedanken zu verändern, führte Beck die neue Vorstellung ein, dass es auch anders herum funktionieren könnte. Man könnte die negativen Gefühle auch verändern, indem man die eigenen Vorstellungen

berichtigt. Anders als die psychodynamische Therapie der Tiefenpsychologie ist die kognitive Therapie ein direkter, zeitlich begrenzter, strukturierter Ansatz, der einen Patienten anleitet, die zugrundeliegenden Vorstellungen herauszufinden und einzuschätzen, ob sie das Erreichen der Ziele, die man im Leben hat, unterstützen oder behindern.

Die Verhaltenstherapie wurde aus den Beobachtungen des Forschers Ivan Pavlov entwickelt und von B.F. Skinner weiterentwickelt, der gezeigt hat, dass die Manipulation der Folgen des Verhaltens durch Belohnung oder Strafe zu einer Verhaltensänderung führt.

Die moderne Psychotherapie verwendet die Entwicklung eines individuellen Verhaltensplans, der auf den Beobachtungen des Patienten über die Symptome und Muster seines Verhaltens beruht.

Die kognitive Verhaltenstherapie verbindet diese Prinzipien, um sich auf die jeweils individuellen Vorstellungen und Verhaltensmuster einer Person zu konzentrieren und um daraus dann eine Veränderung des Verhaltens herbeizuführen. In ihrer reinsten Form beinhaltet CBT eine vorsichtige Selbsteinschätzung unter der Anleitung eines unparteiischen und ausgebildeten Therapeuten. Der Therapeut besitzt Kenntnisse über verbreitete Einstellungen und Verhaltensweisen, die bei bestimmten Störungen zu vermehrten Problemen führen können (wie etwa negative Erwartungen bei Depressionen), aber jeder Patient ist einzigartig und nicht jeder entspricht den Krankheitsnormen.

Das, was die Frage des Einsatzes von CBT bei CFS so umstritten macht, ist die implizite Unterstellung, dass CFS durch dysfunktionale Vorstellungen und dysfunktionales Verhalten aufrechterhalten wird.

Wenn CBT in respektvoller Weise eingesetzt wird, dann liegt es in der Verantwortung des Patienten, Problembereiche herauszufinden und Ziele für eine Veränderung festzulegen. Der Therapeut macht Vorschläge, wie dies erreicht werden könnte. Der Patient versucht, die Vorschläge umzusetzen und gibt Rückmeldungen darüber, wie gut oder schlecht sie funktioniert haben. Der Behandlungsplan wird dann auf der Grundlage dieser Rückmeldungen angepasst.

Wie bei jeder Form der Therapie gilt auch hier: wenn der Therapeut einem Patienten gegen dessen Widerstand sein eigenes Vorstellungssystem aufdrückt, dann wird die

therapeutische Beziehung beeinträchtigt und die Therapie wird wahrscheinlich keinen Erfolg haben.

Um was geht es bei der Kontroverse?

Das, was die Frage des Einsatzes von CBT bei CFS so umstritten macht, ist die implizite Unterstellung, dass CFS durch dysfunktionale Vorstellungen und dysfunktionales Verhalten aufrechterhalten wird. Die *Vorstellungen*, die hierbei generell als dysfunktionell betrachtet und angegangen werden, bestehen

- in der Überzeugung, dass CFS eine körperliche Ursache hat,
- in der Befürchtung, dass sich die Symptome durch Aktivität verstärken
- und sich die Patienten übermäßig mit ihren Symptomen beschäftigen.

Die wichtigsten *Verhaltensweisen*, die als dysfunktionell betrachtet werden, bestehen in

- der Vermeidung von Aktivität,
- im „Doktor-Shopping“ [dem Aufsuchen eines Arztes nach dem anderen, d.Ü.]
- und der Teilnahme an Selbsthilfegruppen.

Dabei gibt es zwei entscheidende Streitpunkte. Der erste ist die Annahme, dass die Mehrzahl der Menschen mit CFS zunächst einmal diese charakteristischen Merkmale aufweisen. Der zweite ist, ob diese Überzeugungen und Verhaltensweisen, wenn sie denn vorhanden sind, tatsächlich dysfunktionell sind oder eine verständliche Reaktion auf eine komplexe und lähmende körperliche Erkrankung darstellen, deren hauptsächliches und die Krankheit definierendes Merkmal darin besteht, dass die Symptome durch Aktivität verstärkt werden.

Die Forschung stützt die Vorstellung *nicht*, dass die Mehrzahl der CFS-Patienten dysfunktionelle Krankheitsüberzeugungen pflegt. Es konnte darüber hinaus belegt werden, dass Patienten mit CFS im allgemeinen keine klinisch relevante Furcht vor Aktivität haben (Kinesiophobie).

Was die Verhaltensweisen angeht, so haben einige Forscher und Therapeuten auch das Argument vertreten, dass Menschen mit CFS auf unangemessene Weise am *akuten Krankheitsverhalten* festhalten. Akutes Krankheitsverhalten wird durch biologische Mechanismen, d.h. immunologischen und entzündlichen biochemischen Verbindungen gesteuert, die dem erkrankten Menschen helfen, sich von kurzfristigen

Erkrankungen wie etwa einer Infektion oder einem Unfall zu erholen. Zu diesem Krankheitsverhalten gehört: eine erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber den Symptomen, die Vermeidung von Aktivität und vermehrter Schlaf. Sie spielen beim Krankheits- und Heilungsprozess eine wichtige Rolle.

Warum jemand den Wunsch haben sollte, diese das Leben so einschränkenden Verhaltensweisen auf Dauer aufrechtzuerhalten, ist für die meisten CFS-Patienten völlig unverständlich, die verzweifelt versuchen, ihre Rolle als Ernährer der Familie, als Elternteil, als Berufstätiger, als ehrenamtlich Tätiger oder Freund wieder einzunehmen – alles Rollen, die häufig identitätsstiftend sind und das Selbstbewusstsein ausmachen, ganz abgesehen vom Verdienen des Lebensunterhaltes, um Miete und Essen bezahlen zu können.

Eine weitere Quelle des Streits ist die Behauptung, dass CBT auf irgendeine Weise CFS *heilen* könne. Diese Vorstellung, ob sie nun offen geäußert oder im therapeutischen Konstrukt verdeckt eingebettet ist, bagatellisiert die körperlichen Symptome, unter denen die Patienten leiden und erzeugt bei ihnen ein Gefühl, nicht verstanden und nicht anerkannt zu werden.

Die Patienten sollten nicht davon ausgehen, dass sie nichts verändern könnten und die Ärzte sollten nicht davon ausgehen, dass die Symptome des Patienten durch Einstellungen oder Verhaltensweisen verstärkt werden.

Was sagt die Forschung über CBT?

Auf der einen Seite gibt es einige publizierte Studien, nach denen CBT und "Graded Exercise"-Therapie bei CFS-Patienten zu einer Verbesserung ihres funktionellen Status' führt. Wenn man sich diese Studien jedoch genauer ansieht, dann entstehen Bedenken hinsichtlich der verwendeten Untersuchungsmethoden. Einige verwenden bei der Auswahl der Patienten nicht die allgemein anerkannte, internationale Definition von 1994 und/oder beziehen Patienten in die Studie ein, die bereits vor der therapeutischen Intervention einen relativ guten funktionellen Status und ein hohes Maß an psychiatrischen Symptomen zeigten. Mit anderen Worten, die hier untersuchten Patienten sind möglicherweise nicht repräsentativ für die schwer kranken CFS-Patienten, die berichten, dass sich ihr Zustand durch Versuche der Erhöhung des Aktivitätsniveaus verschlechtert.

Es ist wichtig zu beachten, dass einige der neueren Studien zu CBT bei CFS einen völlig anderen Ansatz verfolgt haben als die früheren Studien. Sie konzentrieren sich auf eine „Anpassung des Lebensstils“, zu der auch Stressmanagement, eine kognitive Neubewertung sowie das Management von Energie und Schlaf gehören und beruhen nicht auf der Annahme, dass die Patienten dysfunktionale Krankheitsüberzeugungen oder die Vermeidung von Aktivität zeigen. Nicht alle Studien zu CBT sind auf die gleiche Weise konstruiert worden. Man muss sie genau lesen, bevor man ihre Glaubwürdigkeit beurteilen kann.

Aus der Forschung bei *anderen* körperlichen Erkrankungen können wir lernen, dass die Patienten von der Aufklärung über das Wesen ihrer Erkrankung und von einer sorgfältigen Selbstbeobachtung profitieren, um so den Einfluss ihrer Gedanken und Verhaltensweisen auf ihre Symptome herauszufinden.

So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass CBT bei Patienten mit Multipler Sklerose die Depressivität vermindert und bei Patienten mit verschiedenen Formen von Arthritis die Schmerzen lindert. Zu lernen, nicht immer das Schlimmste anzunehmen oder zu katastrophisieren, lindert die Symptome wahrscheinlich durch eine Regulierung der neuroendokrinen Stress-Achse. Bei Arthritis konnten bei einigen physiologischen Markern Veränderungen infolge von behavioralen Interventionen festgestellt werden. Diese Studien liefern Belege für eine enge Verbindung zwischen Körper und Geist und lassen darauf schließen, dass eine Veränderung der Gedanken und des Verhaltens sowohl die körperlichen als auch die psychologischen Symptome beeinflussen kann.

Bis zum heutigen Tag konnte noch in keiner der Studie zu behavioralen Interventionen bei CFS eine Veränderung physiologischer Marker nachgewiesen werden.

Wie CBT bei CFS auf angemessene Weise eingesetzt werden kann

Das Stanford-Modell zum Krankheitsmanagement bei chronischer Erkrankung ist ein weithin angewandtes behaviorales Interventionsmodell in der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, das Patienten mit einer Reihe verschiedener chronischer Erkrankungen einen Rahmen verschafft, der es ihnen ermöglicht, mit ihren Ärzten zusammenzuarbeiten und eigenverantwortlich mit ihrer Erkrankung umzugehen. Dieses Modell beinhaltet: körperliches Training auf niedrigem Niveau, das

Management der kognitiven Symptome, Ernährungsumstellungen, das Management von Energie und Schlaf, den Einsatz von Medikamenten und gemeindenahen Unterstützungsmöglichkeiten, den Umgang mit Emotionen (Ängste und Depressionen) und den Umgang mit Ärzten und anderen Personen in der medizinischen Versorgung. Es ist bemerkenswert, dass das Stanford-Modell keine Prognose in der Richtung abgibt, dass Mitwirkungsmöglichkeiten des Patienten und Verhaltensänderungen etwa die zugrundeliegende Erkrankung heilen könnte. Stattdessen wird erklärt, dass mit diesen Instrumentarien sich trotz der körperlichen Herausforderungen der Funktionszustand der Patienten verbessern kann. Zur Zeit wird das Stanford-Modell bei CFS-Patienten getestet.

Eine Lösung der Debatte um CBT wäre meiner Meinung nach, einen jeden Patienten als ein Individuum zu behandeln. Leiten Sie eine gemeinsame Bewertung ein, ob es Einstellungen oder Verhaltensweisen gibt, die die Funktionsfähigkeit des Patienten beeinträchtigen oder ob der Patient bereits das Maximum dessen erreicht hat, was er angesichts seines Gesundheitszustandes bewältigen kann. Die Patienten sollten nicht davon ausgehen, dass sie nichts verändern könnten und die Ärzte sollten nicht davon ausgehen, dass die Symptome des Patienten durch Einstellungen oder Verhaltensweisen verstärkt werden. In beiden Fällen kann der Versuch, das Verhalten zu verändern, dabei helfen, der Wahrheit in dieser Angelegenheit näherzukommen.

Nach meiner klinischen Erfahrung beschreiben die Patienten bereitwillig ihre Ziele und besprechen ganz offen Veränderungsmöglichkeiten, sobald sie realisiert haben, dass ich keine vorgefassten Annahmen über ihren Funktionsstatus oder ihre seelische Gesundheit habe. Es gibt fast immer irgendetwas, das man dazulernen kann.

Die Ziele für eine angemessene kognitive Verhaltenstherapie können sich, abhängig von der Krankheitsphase, in der sich ein Patient befindet, beträchtlich unterscheiden. So kann ein Patient im Verlauf der Krise der ersten Krankheitsphase davon profitieren, zu lernen, seine Symptome genau wahrzunehmen und einzuschätzen, was seinen Zustand verbessert oder verschlechtert. Hingegen kann es für einen Patienten, der schon viele Jahre krank ist, vorrangig sein, herauszufinden, wie er mit seiner Energie und seinen kognitiven Einschränkungen trotzdem wieder ein sinnerfülltes und zielgerichtetes Leben aufbauen kann.

In der Praxis bewerten die meisten erfahrenen Kliniker jeden der Hauptsymptomenkomplexe bei CFS: Energie, Schmerzen, Wahrnehmung, Aktivität,

immunologische / inflammatorische Symptome, autonome Funktionen, Ernährung / Darmfunktion und emotionale Symptome. Auf dieser Basis schlagen sie Interventionen vor, die dem Patienten helfen sollen, mit diesen Symptomen umzugehen und das Funktionsniveau zu optimieren.

Was die umstrittene Frage des Aktivitätsniveaus betrifft, so profitieren die meisten Patienten von einer regelmäßigen, in kleine Schritte aufgeteilten Aktivität. Der Gebrauch von Messinstrumenten wie Schrittzählern und Pulszählern kann den Patienten dabei helfen herauszufinden, ob sie sich zuviel oder zuwenig bewegen. Der Schlüssel liegt darin zu lernen, welches Aktivitätsniveau zuträglich und sicher ist.

Es gibt ganz klar eine dringende Notwendigkeit für weitere Forschungsarbeiten über die Behandlung und das Krankheitsmanagement bei CFS, so dass die Patienten und ihre Ärzte ein breiteres Spektrum von evidenz-basierten Möglichkeiten zur Verfügung haben statt nur einen, emotional aufgeladenen Ansatz, den man entweder annehmen oder ablehnen kann.

Was CBT an sich betrifft, so lässt sich sagen: da CFS eine biomedizinische Erkrankung ist, ist es unwahrscheinlich, dass irgendeine verhaltenstherapeutische Intervention zur Heilung führt. Dennoch können Veränderungen von Einstellungen und Verhalten die Krankheitsbewältigung und den funktionellen Status verbessern. In Anbetracht der Forschung bei anderen Erkrankungen wäre es unklug, den potentiellen Nutzen angemessener kognitiver und verhaltenstherapeutischer Interventionen bei CFS außer Acht zu lassen. Bildlich gesprochen sollten wir nicht das Kind mit dem Bade ausschütten.

Dr. Stein arbeitet als Psychiaterin in Teilzeit in einer privaten Praxis in Calgary, Kanada. Ihre Praxis widmet sich Patienten mit CFS und verwandten Erkrankungen. Das Ziel ihrer Behandlungen ist es, Patienten dabei zu helfen, sich durch das komplexe Netz der Verbindung zwischen Körper und Geist hindurchzufinden. Das Ziel ihrer Forschung ist, objektive Testverfahren zu entwickeln und umzusetzen, die zur exakten und rechtzeitigen Diagnose des CFS beitragen.

Anm.d.Ü.: Der besseren Lesbarkeit des Textes wegen wurde der Bezug auf beide Geschlechter im Original nicht übernommen. Wenn Eleanor Stein also von "dem Patienten / der Patientin" oder "ihrer / seiner" Erkrankung sprach, wurde in der Übersetzung lediglich auf "den Patienten" und "seine" Erkrankung Bezug genommen, womit selbstverständlich beide Geschlechter gemeint sind. R.C.