

# Kommentar des Monats Januar 08 Teil IV

Aus: [http://www.cfs-aktuell.de/januar08\\_4.htm](http://www.cfs-aktuell.de/januar08_4.htm)

## Kognitive Verhaltenstherapie bei CFS/ME und das Konzept der „somatoformen Störungen“

ein Kommentar von Regina Clos

In diesem Kommentar werden einige relevante Texte von (deutschen) Psychiatern/Psychologen zum Thema CBT bei somatoformen Störungen diskutiert.

CFS/ME wird hierzulande immer noch als psychiatrische Erkrankung im Sinne einer somatoformen Störung (Nr. F.45.0) betrachtet – entgegen der eindeutigen Kategorisierung in den ICD-Codes der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die CFS/ME bzw. das postvirale Erschöpfungssyndrom als neurologische Erkrankung unter der Nummer G. 93.3 auflisten.

Bei YouTube ist gerade ein Kurzfilm erschienen, der diese – unerlaubte – Vermengung zweier Syndrome, der ursprünglichen Myalgischen Enzephalomyelitis mit Chronischer Erschöpfung bzw. dem Chronischen Erschöpfungssyndrom zum Gegenstand hat. (<http://uk.youtube.com:80/watch?v=K2LU7CikGWA>) Ciaran Farrell verdeutlicht hier die Verwirrungs- und Verdrehungstaktik einer mächtigen Schule von Psychiatern, der sogenannten Wessely-Schule, zu der man auch die Mehrzahl der Autoren der im Literaturverzeichnis aufgezählten Veröffentlichungen zählen kann.

Man kann politische und finanzielle Interessen hinter der Verleugnung der Erkenntnisse der internationalen CFS/ME-Forschung und hinter dem Versuch vermuten, die ursprünglichen Krankheitsdefinitionen des CFS/ME zu verwässern und/oder sie schwammigen Sammelbegriffen wie "funktionellen somatischen Syndromen" unterzuordnen.

Ausgangspunkt dieses Kommentars ist 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.

## **Zwei Grundannahmen, zwei Therapieansätze**

Sowohl der Text von [Eleanor Stein](#) als auch der Text von [Ellen Goudsmit](#) beschreiben zwei ganz unterschiedliche Formen der psychotherapeutischen oder verhaltenstherapeutischen Intervention. Der entscheidende Unterschied findet sich in den zugrundeliegenden Annahmen über die Entstehung von CFS/ME.

Bei der einen handelt es sich um eine Form der Therapie, die auf die Bewältigung sekundär entstehender psychischer Probleme einer chronischen Erkrankung abzielt, sowie auf eine verbesserte Wahrnehmung des Zusammenhangs zwischen Verhalten, Gedanken und der Krankheitssymptomatik. Das Ziel besteht darin, sowohl das seelische als auch das körperliche Leid abzuschwächen. Sie geht von der Annahme aus, dass CFS/ME eine chronische, organische Erkrankung ist, die zu interventionsbedürftigen psychischen Verfassungen führen kann.

Die andere Form der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) geht davon aus, dass das Verhalten und die Denkweise des Patienten *ursächlich* für die Chronifizierung der Erkrankung sind und deshalb eine verhaltenstherapeutische Veränderung von Denken und Verhalten auch zu einer Heilung führen könne (wenn denn die Patienten nicht so schwierig und therapieresistent wären). Man muss wahrscheinlich davon ausgehen, dass dieses Grundverständnis von CFS/ME als psychiatrisch-psychologischer Störung in Deutschland dominierend ist. Es scheint, als ob in allen großen Universitäten Vertreter dieses Ansatzes maßgebend sind (siehe Literaturliste).

## **Die Kontroverse um die unterschiedlichen Ansätze von Verhaltenstherapie - bei uns überhaupt vorhanden?**

Die Kontroverse, von der Eleanor Stein in ihrem Aufsatz spricht, gibt es hierzulande, zumindest in der öffentlichen Diskussion, noch nicht: die Kontroverse um das Für und Wider des Einsatzes von kognitiver Verhaltenstherapie bei CFS, die in anderen Ländern (z.B. Großbritannien, Stichwort [NICE-Guidelines](#)) zum Teil hohe Wellen schlägt. Das mag daran liegen, dass CFS in Deutschland bis jetzt nur selten ein Thema in den Medien ist und die Öffentlichkeitsarbeit vorhandener Patientenorganisation geringfügig bis gar nicht vorhanden ist. Von daher wird die vorherrschende Meinung über CFS/ME als

psychiatrisch-psychologischer Störung im öffentlichen Diskurs nur wenig infrage gestellt.

Dennoch – oder gerade deshalb – werden CFS-Patienten und Patienten mit „unklaren somatischen Beschwerden“ erfahrungsgemäß regelmäßig mit dieser Problematik konfrontiert: die Kontroverse um den Sinn verhaltenstherapeutischer Interventionen *entsteht* sozusagen in jedem einzelnen Arzt-Patient-Dialog, bei dem sich der Arzt an die allgemein übliche Einordnung solcher „Störungen“ und dem offiziell gelehrteten Umgang mit ihnen hält.

Selbst neueste Fortbildungstexte für Ärzte betrachten CFS/ME als Erkrankung, die mit Verhaltenstherapie und Aktivierung zu behandeln sei (siehe z.B. 2, 5). Hierbei handelt es sich um eine Form der Verhaltenstherapie, die davon ausgeht, dass CFS eine somatoforme Störung sei, d.h., keine Krankheit, sondern lediglich eine „Störung“, bei der es durchaus somatische Symptome gibt, die jedoch nur so aussehen, als ob sie eine wirkliche körperliche Erkrankung anzeigen (das bedeutet der Begriff „somatoform“).

## **Verhaltenstherapie – Grundannahmen, Ziele**

Eine entscheidende Ursache für die Empfehlung, CFS/ME mit Verhaltenstherapie zu „behandeln“, findet sich in der in Deutschland noch immer vorherrschenden Einordnung der Erkrankung als psychosomatische oder psychiatrische Erkrankung und der häufig kompletten Ignoranz gegenüber den Ergebnissen der internationalen medizinischen Forschung zu CFS und anderen Multisystemerkrankungen.

Wenn hier in Deutschland von Verhaltenstherapie als dem einzig sinnvollen Behandlungsansatz für CFS die Rede ist, dann beruht diese meist auf der Grundannahme, dass CFS durch „dysfunktionales Krankheitsverhalten“ und „dysfunktionale Kognition“ auf Seiten der Patienten aufrechterhalten wird, bzw. nur aufgrund dessen überhaupt existiert. Es geht eben nicht um eine Form von kognitiver Verhaltenstherapie oder auch Beratung im Sinne eines guten Krankheitsmanagements auf der Basis des Wissens um die organische Natur der Erkrankung und die bereits vorhandenen pharmakologischen (symptomatischen) Behandlungsmöglichkeiten.

Martin Sack, Professor an der Medizinischen Hochschule Hannover, veröffentlichte erst 2005 unter dem Titel „Verhaltenstherapie und behutsame Aktivierung helfen“ einen Artikel, in dem die in Deutschland gängige Lehrmeinung zum Umgang mit CFS/ME-Patienten dargelegt wird. (2)

Die Lektüre dieses Artikels gilt als zertifizierte Fortbildung, und Ärzte, die ihn lesen und einen [darauf bezogenen Fragebogen](#) „richtig“ beantworten, können damit Zertifizierungspunkte im Rahmen der Continued Medical Education (CME) sammeln. Insofern können die Aussagen in diesem Text den medizinischen Standard wiedergeben, mit dem CFS/ME-Patienten hierzulande konfrontiert werden.

Martin Sack teilt hier die Meinung anderer führender Psychiater, Psychologen und Psychosomatiker in Deutschland und gibt im Wesentlichen das wieder, was sich auch in den AWMF-Leitlinien über CFS/ME findet oder in den zahlreichen Veröffentlichungen, die im Literaturverzeichnis genannt sind.

Der gleiche Ansatz wird in einem noch neueren Fortbildungstext von Nina Sauer und Wolfgang Eich im Deutschen Ärzteblatt vom Januar 2007 vertreten (5). Dass das hier propagierte Vorgehen den CFS/ME-Patienten vielleicht nicht gerecht wird und es *deshalb* zu Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Beziehung kommt, wird nicht in Betracht gezogen. Stattdessen wird die Ursache dieser Konflikte dem Patienten in die Schuhe geschoben: „Zahlreiche Therapieabbrüche und Konflikte mit Ärzten sind auf ein schwer handhabbares, dysfunktionales Beziehungsverhalten dieser Patienten zurückzuführen.“ (5) Erstaunlich ist die Fähigkeit der Autoren, die zum Zeitpunkt des Verfassens des Fortbildungsartikels zweifelsfrei bekannten Ergebnisse der biomedizinischen Forschung zum CFS auszublenden, nicht als Realität anzuerkennen und zur Grundlage ihrer Arbeit zu machen. Ein nicht informierter Arzt, der diese „Fortbildung“ absolviert, muss davon ausgehen, dass die etwa 3000 wissenschaftlichen Artikel zur biomedizinischen Erforschung des CFS/ME gar nicht existieren.

## **Was bedeutet dieses „Wissen“ und die Verleugnung der Forschungsergebnisse für die CFS/ME-Patienten in Deutschland?**

Die Kontroversen, die sich aus dem fehlenden Wissen um die Krankheitsmechanismen bei CFS/ME und diesen ungeeigneten Therapievorschlägen ergeben, bedeuten für die CFS-Patienten in der Regel eine Verstärkung ihrer Leidenserfahrung, denn sie fühlen sich unverstanden, zurückgewiesen, sie haben (zu Recht) den Eindruck, ihre Symptome würden nicht ernst genommen, als eingebildet oder vorgeschoben betrachtet und man schiebe ihnen gar die Schuld an ihrer Erkrankung zu. Man vermittelt ihnen explizit oder implizit, dass ihre Erkrankung allein durch ihre „falsche Wahrnehmung“ oder ihr „falsches Verhalten“ erzeugt würde – etwas, dass die zum Teil schwer leidenden Patienten als absurd betrachten müssen. Entscheidend ist selbstverständlich, dass sie darüber keine Hilfe erfahren und häufig über schädliche Therapiemaßnahmen, d.h. die mit dieser Form der Verhaltenstherapie verknüpfte „Aktivierung“ ihre Symptome noch verschlimmert werden.

Die zahlreichen Berichte, die ich bereits von Betroffenen über entgleisende Arzt-Patient-Dialoge bekommen habe, legen beredtes Zeugnis darüber ab, dass diese gelegentlich genau jene Traumata und psychischen Schäden erst setzen, die dann als Ursache der Erkrankung betrachtet werden. Arzt wie Patienten geraten durch „Fortbildungstexte“ wie die oben erwähnten sowie durch entsprechende „wissenschaftliche“ Publikationen in einen Teufelskreis aus Missverständnissen, aus dem es oft kein Entrinnen gibt.

Selbst wenn es den Patienten gelingt, ihre Selbstachtung und ihr Vertrauen in ihre eigene Wahrnehmung aufrechtzuerhalten, wenn sie also keinen schweren psychischen Schaden aus solchen „Dialogen“ davontragen, bleibt die Tatsache, dass sie mit ihrer verheerenden Erkrankung alleingelassen werden und oft auch noch finanziell ins Bodenlose fallen. Es kommt gar nicht selten vor, dass Patienten unter Androhung des Entzugs ihres sowieso bescheidenen Lebensunterhalts (Hartz 4, Krankengeld etc.) gezwungen werden, den hier propagierten Therapievorschlägen zu folgen, denen sie allein aus Mangel an Kraft

nicht nachkommen können - mit der Konsequenz, dass man ihnen Renten- und Versicherungszahlungen verweigert.

## **CFS/ME wird in weiten Kreisen der Medizin und der Öffentlichkeit als psychiatrische Erkrankung betrachtet**

Auf Seiten der Gesundheitspolitik und im medizinischen Mainstream wird CFS/ME weitgehend unter dem Sammelbegriff der somatoformen oder funktionellen oder medizinisch ungeklärten Störungen gefasst. Dabei handelt es sich definitionsgemäß um Störungen, deren Ursache und Krankheitsmechanismen nicht geklärt sind. „Somatische Symptome, die durch eine andere Diagnose nicht besser beschrieben werden können, erscheinen in der psychiatrischen Klassifikation als somatoforme Störungen.“ (1)

### **Was sind somatoforme Störungen?**

Das Diagnostic and Statistical Manual, DSM-IV, erklärt dies auf S. 509 so:

"Das gemeinsame Merkmal der Somatoformen Störungen ist das Vorhandensein von körperlichen Symptomen, die einen medizinischen Krankheitsfaktor nahe legen und die durch einen medizinischen Krankheitsfaktor, durch die direkte Wirkung einer Substanz oder durch eine andere psychische Störung nicht vollständig erklärt werden können."

Man beachte dabei die Formulierung "durch eine *andere* psychische Störung", die impliziert, dass somatoforme Störungen als psychische Störungen zu betrachten sind.

Der Begriff „somatoform“ bedeutet dabei „ähnlich wie oder so aussehen wie eine (medizinische) Erkrankung.“ (1) d.h., es ist eigentlich keine organische Erkrankung, die eine medizinische Intervention erfordert. Winfried Rief, ein bekannter Psychologieprofessor aus Marburg, der als Experte für CFS/ME gilt, schreibt hierzu: „Der Kern der somatoformen Störungen muss deshalb weiterhin der bleiben: Beschwerden, die nicht durch eine Krankheit erklärbar sind.“ (1)

Diese Definition von Störung orientiert sich also primär *nicht* an den Beschwerden der betroffenen Patienten, d.h. *an den Symptomen oder störungs- oder krankheitsimmanenten Kriterien*, sondern an *äußerlichen* Kriterien: dass die Ursache, die Krankheitsmechanismen und folglich eine angemessene Therapie

ungeklärt sind, ist eher eine Beschreibung des Medizinsystems bzw. der Begrenzung des menschlichen bzw. ärztlichen Wissens.

Als beinahe selbstkritisch kann der folgende Abschnitt aus Riefs Leitartikel betrachtet werden:

„Somatoforme Störungen werden im Allgemeinen als ein Problem betrachtet, das die Patienten haben. Sie könnten aber auch verstanden werden als ein Problem des Gesundheitswesens. Es ist allgemein anerkannt, dass es im Medizinsystem eine starke Tendenz gibt, sich auf Krankheiten zu konzentrieren. Folglich wird die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten häufig schwierig, wenn Patienten keine klare organische Pathologie aufweisen, und der Umgang mit somatoformen Symptomen ist häufig gekennzeichnet durch eine offensichtliche Nichtigmachung der Beschwerden des Patienten (z.B. „Es fehlt Ihnen überhaupt nichts“) [16]. Deshalb muss unser Verständnis der somatoformen Störungen auch die Interaktion der Patienten mit dem somatisch orientierten Medizinsystem berücksichtigen [17].“ (1)

Hierbei wird durchaus zugestanden, „dass biologische Prozesse zu somatoformen Symptomen beitragen können. So können beispielsweise Patienten mit zahlreichen somatischen Symptomen immunologische Anomalien aufweisen, die sich von denen mit einer Depression unterscheiden [13], was darauf schließen lässt, dass es sich bei der Depression und bei somatoformen Störungen um unterschiedliche Syndrome handelt.“ (1)

Dennoch bleiben Winfried Rief (Uni Marburg), Martin Sack (Uni Hannover), Wolfgang Herzog (Uni Heidelberg), Peter Henningsen (Uni München), Ullrich Egle (Uni Mainz), Stephan Zipfel (Uni Tübingen), Kurt Kroenke und andere an führenden Universitäten lehrende Psychologen und Ärzte oft ausschließlich bei der Empfehlung, die Patienten mit Verhaltenstherapie und Aktivierung zu „behandeln“.

Wenn es sich dabei um eine Beratung im Sinne eines Krankheitsmanagements handeln würde oder/und um eine Behandlung sekundär auftretender psychologischer Störungen, so wäre dies eine Empfehlung, wie wir sie auch bei Eleanor Stein finden. Das wären Behandlungs- oder Betreuungsansätze, die den Patienten durchaus helfen könnten, die psychischen und sozialen

Folgeerscheinungen der Krankheit besser zu verarbeiten und durch ein geeignetes Krankheitsmanagement (Stichwort: Pacing, Anpassung des Lebensstils) zu einer Stabilisierung oder gar Abschwächung der Symptome zu gelangen.

## Zum Grundverständnis von "somatoformen Störungen"

Jedoch legt das Grundverständnis der somatoformen Störungen, wie wir es in den genannten Publikationen finden, etwas ganz anderes nahe - und genau hier entzündet sich auch die von Eleanor Stein beschriebene und von vielen Patienten leidvoll erlebte Kontroverse:

Das Grundverständnis besagt:

Es mag durchaus zu Beginn der Erkrankung eine medizinisch erklärbare Erkrankung gegeben haben, etwa eine virale oder bakterielle Infektion. Die Tatsache jedoch, dass diese nicht abklingt und abheilt wie bei anderen Personen auch, ist der „dysfunktionalen Kognition“ und dem „dysfunktionalen Krankheitsverhalten“ des Patienten zuzuschreiben. D.h.

- Die Patienten haben eine falsche Wahrnehmung bezüglich ihrer Symptome. Sie *interpretieren* die Symptome nur falsch, und nur deshalb leiden sie. Eigentlich sind die Symptome harmlos, aber: „Viele Patienten mit somatoformen Störungen und besonders jene, die als hypochondrisch beschrieben werden, zeigen eine Neigung, gutartige körperliche Beschwerden als Anzeichen einer Krankheit zu interpretieren.“ (1) Der Volksmund würde vielleicht sagen: sie stellen sich bloß ein bisschen an.
- Sie konzentrieren sich einfach zu stark auf ihre Symptome und schenken ihnen zu viel Aufmerksamkeit.
- Sie leiden an einer „Unfähigkeit zur Symptomtoleranz (Sensibilisierung)“, d.h., „Somatoforme Störungen können deshalb auch als verminderte Fähigkeit verstanden werden, unangenehme Sinnesempfindungen zu tolerieren.“ (1)
- Sie zeigen ein anormales Krankheitsverhalten, das sich auszeichnet „durch Verhaltensweisen wie den Versuch, eine Verifizierung einer medizinischen Diagnose durch zahlreiche Ärzte zu bekommen

(„Doktorshopping“), wobei die Ärzte dazu gedrängt werden, unnötige Untersuchungen durchzuführen, sowie die Einnahme unnötiger Medikamente, sozialer Rückzug, Unfähigkeit zur Arbeit zu gehen und vieles andere [10].“ (1) Dazu gehört auch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und die Information im Internet, die die Patienten nur in ihrer „dysfunktionalen Kognition“ bestätigen.

- Die körperliche Schwäche entsteht durch falsches Krankheitsverhalten, durch eine übermäßige Schonhaltung, durch die dann eine Dekonditionierung entsteht, die dann zur Ursache der Erschöpfung und Schwäche wird.

Kurz gesagt, die Aufrechterhaltung der Krankheitsprozesse ist dem falschen Verhalten, den falschen Krankheitsüberzeugungen und der falschen Wahrnehmung der Patienten zuzuschreiben – und dies muss folglich der Ansatz für eine therapeutische Intervention sein. Das Mittel der Wahl sind also verhaltenstherapeutische Maßnahmen, mit denen die Patienten von ihrer „dysfunktionalen Kognition“ und ihrem „dysfunktionalen Krankheitsverhalten“ sowie ihrem „dysfunktionalen Beziehungsverhalten“ abgebracht werden sollen.

Rief und Kollegen gestehen jedoch zu, dass diese Form der verhaltenstherapeutischen Intervention nicht besonders wirksam ist. Er schreibt, dass die „Wirkungsgrößen der Behandlungen für Patienten mit somatoformen Störungen erheblich niedriger als diejenigen der Behandlung von Panikstörungen oder Depression. Neue Behandlungsansätze werden deshalb benötigt, insbesondere für die Patienten mit zahlreichen chronischen Symptomen [20].“ (1)

## **Eine neue Kategorie für Medizinisch ungeklärte Syndrome - MUS**

Statt sich jedoch den Ergebnissen der internationalen CFS/ME-Forschung zuzuwenden oder diese einfach nur *wahrzunehmen*, arbeitet eine große Gruppe an Psychiatern und Psychologen daran, eine neue Kategorie an Störungen einzuführen, die sozusagen als „negativer Ort“, als Abfalleimer für alle Patienten mit Symptomen dient, die weder in die gängigen somatischen Krankheitsbilder noch in die gängigen psychiatrischen Krankheitsbilder einzuordnen sind. Und die

„Behandlung“ dieser neuen Kategorie von Patienten obliegt selbstverständlich der Kaste der Psychologen und Psychiater. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt – denn es geht hier doch um die Sicherung erheblicher materieller Pfründe, und, so kann man den Eindruck haben, nicht wirklich um das Wohl der Patienten. Wie sonst soll man Aussagen wie die folgende von Professor Rief verstehen?

„Patienten mit somatoformen Störungen passen weder in die medizinische noch in die psychiatrische Versorgung gut hinein und werden oft als behandlungsresistent und schwierig zu behandeln betrachtet [19]. Jedoch wurden in den letzten Jahren viele positiv verlaufende Studien über Interventionen veröffentlicht, die zeigen, dass eine psychiatrische und psychologische Behandlung durch Spezialisten helfen kann, die Symptome abzuschwächen und die Lebensqualität von Patienten mit somatoformen Störungen verbessern kann.“ (1)

## **Was erwartet CFS/ME-Patienten bei Ärzten und Psychotherapeuten?**

Für die betroffenen Patienten ist es u.U. schwer einzuschätzen, welches Grundverständnis dem Vorschlag einer verhaltenstherapeutischen „Behandlung“ zugrunde liegt, denn es wird häufig empfohlen, dem Patienten nicht gleich zu sagen, was man von ihm und seiner Krankheit hält (d.h., seine Symptome werden ja lediglich als „Störung“ betrachtet und nicht als Krankheit). So schreibt etwa Martin Sack, Professor für an der Medizinischen Hochschule Hannover, in einem zertifizierten Fortbildungstext für Ärzte, es sei „nicht sinnvoll, bereits beim Erstkontakt den diagnostischen Vorannahmen der Patienten zu widersprechen und Diagnosen, die von Vorbehandlern gestellt wurden, für falsch zu erklären.“ (2) Damit die Patienten nicht gleich weglaufen, empfiehlt er: „Ein behutsames und die persönliche Sichtweise respektierendes Vorgehen ist gerade dann besonders wichtig, wenn Patienten sehr skeptisch gegenüber einer Mitbeteiligung von psychischen Faktoren an ihrem Beschwerdebild sind. Eine sorgfältige Exploration des subjektiven Krankheitsmodells und der medizinischen Vorgeschichte der Erkrankung, ohne bereits auf Veränderung von Einstellungen oder Überzeugungen zu drängen, hat sich bei diesen Patienten in der Praxis sehr bewährt.“ (2)

## **Entdifferenzierung statt Differenzierung - mehr MUS als nötig?**

Ein weiteres Problem besteht in der Tendenz zur Entdifferenzierung. Statt in der unterschiedlichen Symptomatik von „Störungen“ wie Fibromyalgie, CFS/ME, Multipler Chemikaliensensibilität (MCS), Irritable Bowel Syndrome (IBS - Reizdarmsyndrom), Golfkriegssyndrom etc. einen Hinweis auf die unterschiedliche Biologie der Erkrankungen zu sehen und diese als Ansatzpunkt für entsprechende biomedizinische Forschungsprojekte zu betrachten, werden alle „Beschwerden, die nicht durch Krankheit erklärbar sind“ (Rief) undifferenziert als somatoforme Störung oder funktionellen Syndrome definiert.

Eine ganz aktuelle Veröffentlichung hierzu findet sich in der Zeitschrift Psychosomatic Medicine vom Dezember 2007 (3).

Dass man daraus auch die Notwendigkeit ableiten könnte, geeignete biomedizinische Forschungsprojekte und epidemiologische Untersuchungen zu starten, die die hinter den Beschwerden steckenden Krankheiten zu erklären versuchen, wird gar nicht erst in Betracht gezogen. Das (Noch-)Nicht-Wissen wird mit dieser Kategorienbildung zementiert und verwandelt sich unversehens zur "diagnostischen" Kategorie - ein einigermaßen absurdes Vorgehen.

Dass man hier so bereitwillig die Pfade wissenschaftlicher Logik verlässt und kaum einer der Beteiligten dies zu bemerken scheint, ist m.E. nur mit finanziellen Interessen verschiedener Gruppierungen zu erklären. Auf vielen Gebieten erübrigt sich so eine Forschung, die Millionen verschlingen würde - von den sich daraus ergebenden Kosten für Diagnose und Behandlung einmal ganz abgesehen. Renten- und Versicherungsleistungen, die sich aus definierten Krankheitsbildern ergeben würden, erübrigen sich ebenfalls, wenn man das Leid der Patienten bagatellisiert und/oder ihrem eigenen Fehlverhalten zuschreibt. Einzig die Autoren und Vertreter der hier ausgeführten Schule gewinnen dabei: ein riesiges Potential von Patienten, das ihnen aufgrund der Wirkungslosigkeit ihrer Ansätze auch lange erhalten bleibt.

## Unsichtbarmachen durch Verdünnen – die Erweiterung der Definition des CFS

Ein weiteres Problem kommt hinzu: Waren bereits in der ursprünglichen [Definition von Holmes](#) bzw. der revidierten Fassung von [Fukuda](#) politische Interessen maßgebend für die trivialisierende Bezeichnung „Chronic Fatigue Syndrome“ und die Tendenz zur Bagatellisierung und Verschleierung ganz offensichtlicher Epidemien in mehreren Gegenden der USA (siehe (21)), so kann man in der neuesten Politik der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) eine weitere Tendenz zur Verwässerung der Definition des CFS erkennen. Sie bezieht sich immer mehr auf ein breites Spektrum an unspezifischen Erkrankungen, die nichts mehr oder nur noch wenig mit dem eigentlichen CFS/ME zu tun haben, wie es etwa [Ramsay definiert](#) hat oder wie es in der [Kanadischen Definition von 2003](#) zu finden ist (Kurzfassung [hier](#)).

Eine neue Prävalenzstudie der CDC (24) verwendet eine so [breit gefasste Definition](#) von unspezifischen Erschöpfungszuständen, dass a) eine sehr hohe Prävalenzrate von 2,54% der Bevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren herauskam, von der b) wahrscheinlich nur ein kleiner Bruchteil den eigentlichen CFS-Kriterien entspricht.

Wenn man auf diese breitgefaste Gruppe dann Verfahren wie CBT und GET anwendet, so mag es durchaus eine gewisse Erfolgsrate geben, die jedoch nichts darüber aussagt, ob bei den eigentlich CFS/ME-Fällen diese Verfahren ebenfalls hilfreich sind.

Denn diese breitgefaste Definition schließt nach einer [Analyse von Leonard Jason](#) zahlreiche Fälle ein, in denen die Erschöpfung auf psychiatrische Störungen zurückzuführen ist. Er schreibt [hier](#): „Es ist zumindest möglich, dass die Raten von 2,54% in den USA und von 2,6% in Großbritannien die Folge der Erweiterung der Falldefinition und der eventuellen Einbeziehung von Fällen mit primär psychiatrischen Erkrankungen sind.“

Leonard Jason weiß als Psychologe und langjähriger Forscher auf dem Gebiet des CFS/ME wovon er spricht, wenn er sagt:

„CFS und Depression sind zwei verschiedene Erkrankungen, auch wenn sie eine Reihe von gemeinsamen Symptomen haben. Was am wichtigsten ist: die irrtümliche Einbeziehung von Menschen mit primär psychiatrischen Erkrankungen in CFS-Studienkohorten wird schädliche Auswirkungen auf die Interpretation epidemiologischer Forschungsergebnisse und der Forschungsergebnisse von Studien über die Wirksamkeit von Behandlungsansätzen haben.“ (a.a.O.)

Jason beendet seine Analyse mit der wenig optimistischen Feststellung:

„Letztendlich wird die Verwendung einer breitgefassten oder enggefassten Definition des CFS einen entscheidenden Einfluss auf die epidemiologischen Befunde, auf die Raten an psychiatrischer Komorbidität und schließlich auf die Wahrscheinlichkeit haben, biologische Marker zu finden.“ (a.a.O.)

Die in den USA von den CDC verfolgte Politik der Verwässerung der ursprünglichen Definitionen des CFS wird Wasser auf die Mühlen der Psychiater und Ärzte sein, die CFS/ME schon lange versuchen, der schwammigen Kategorie der „somatoformen Störungen“ bzw. der „funktionellen somatischen Syndrome“ zu subsumieren (25).

## **"Psychotherapeutische" Versorgung von CFS/ME-Patienten in Deutschland**

Man kann also davon ausgehen, dass CFS-Patienten in Deutschland bei dem Versuch, medizinische und psychologische Hilfe angesichts ihrer oft verheerenden Krankheit zu finden, in einen Dschungel von Missverständnissen, Falschinformationen auf Seiten der Ärzte und Psychologen, nicht sinnvollen „Therapie“-Vorschlägen und Ignoranz geraten.

Selbst wenn sie es geschafft haben, sich eigenständig und sachgerecht über medizinische Fachliteratur und das Internet zu informieren und sie versuchen, ihre Informationen an diejenigen weiterzugeben, die sie um Hilfe aufsuchen, laufen sie Gefahr, dass man sie nicht nur nicht ernst nimmt und ihre Informationen ebenso wie ihre Symptome abtut - es kann ihnen sogar passieren, dass die Tatsache ihrer aus der Not geborenen und dem Alleingelassen erwachsenen Informiertheit als weiterer Beleg für das Vorliegen einer somatoformen Störung betrachtet wird (Stichwort „dysfunktionale Kognition“,

falsche Krankheitsüberzeugungen). Eines der Charakteristika der somatoformen Störungen sei ja z.B. die übermäßige Beschäftigung mit den Symptomen sowie ihre Überbewertung und vor allem die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und die Informationsbeschaffung im Internet.

Die Patienten haben also eigentlich keine Chance. Sie treffen auf ein in sich geschlossenes Theoriegebäude, das für jeden Einwand ein „Gegenargument“ parat hat, das wieder in dieses Theoriegebäude zurückführt und dessen Gültigkeit zu bestätigen scheint.

Dieses Theoriegebäude ähnelt aus meiner Sicht den wahnhaften Vorstellungen von religiösen Sekten, gegen die jede Argumentation mit Hilfe sachlicher und logischer Argumente sinnlos ist. Fakten, die Realität, Forschungsergebnisse werden einfach ausgeblendet, und jedes Gegenargument scheint vielmehr das religiöse Gebäude zu bestätigen.

Beharrt in unserem Falle ein Patient darauf, dass er an einer organischen Erkrankung leidet, die ihn massivst beeinträchtigt (und die deshalb natürlich auch zu psychischen, sozialen und materiellen Folgen führt und mit Sicherheit alte Traumata, die jeder von uns in sich trägt, wieder wachruft), so wird dies nicht als vernünftiges, sachgerechtes Argument oder schlicht als Beschreibung der Realität des Patienten gewertet, sondern als „Symptom“ der somatoformen Störung: als „dysfunktionale Kognition“, als falsche Krankheitsüberzeugung - ein „Symptom“, das im Rahmen ihrer abstrusen Theorie die „Diagnose“ somatoforme Störung zu bestätigen scheint.

### **„Somatoforme Störungen“ – ein theoretisches Konstrukt zur Stabilisierung unerträglicher Verhältnisse?**

Wohlgermerkt – es mag tatsächlich so etwas geben wie somatoforme Störungen, und die vorgeschlagenen Therapiemaßnahmen mögen hier tatsächlich wirksam sein – das ist etwas, das sich meiner Beurteilungsmöglichkeit entzieht. Wogegen ich mich hier wende ist jedoch die grundsätzliche Gleichsetzung von „der Arzt kann nichts finden“ und „somatoformer“ Störung. Diese logisch unerlaubte Gleichsetzung wurde bereits im [Kommentar des Monats Juli 07](#) diskutiert.

Und ich denke, was dort über den Abwehrcharakter von Graded-Exercise-Programmen und Aktivierung ausgeführt wird, gilt gleichermaßen für CBT. Auch diese Therapieform dient, unter den herrschenden Umständen, wohl weniger den Patienten selbst, als viel mehr der institutionellen Stabilisierung des Medizingebäudes und der Aufrechterhaltung der Rollenidentität der Ärzte, die es nicht schaffen, sich einzugestehen, dass sie etwas einfach nicht wissen und dass sie gegenüber manchen Krankheitsbildern, und seien sie noch so verheerend, einfach hilflos sind.

Winfried Rief schreibt dies im Übrigen in seinem Aufsatz ganz unverblümt, wenn er sich fragt, ob der Begriff der somatoformen Störung nicht vielleicht sogar der Grundpfeiler des westlichen Medizingebäudes sein könnte.

„Weit davon entfernt, unwichtig zu sein, sind die somatoformen Störungen ein unentbehrlicher Grundpfeiler der Aufrechterhaltung der Integrität sowohl der Medizin als auch der Psychiatrie. Folglich kann man argumentieren, dass die bestehende krankheitsorientierte Herangehensweise an Erkrankungen, wie sie von der modernen westlichen Medizin praktiziert wird, nur so lange überleben kann, wie die große Anzahl der Patienten, deren somatische Symptome nicht durch Krankheit „erklärt“ werden können, auf bequeme Weise beseitigt (aus dem Weg geräumt) werden können.“

Aus dieser Logik heraus ist er einer der vehementesten Protagonisten der Einführung einer neuen Kategorie von Störungen in der revidierten Fassung der International Classification of Diseases (ICD) der Weltgesundheitsorganisation und des DSM (Diagnostic and statistical manual for mental disorders). (siehe 11, 16, 17, 26).

Er schreibt weiter:

„In ähnlicher Weise beruht die moderne Psychiatrie auf dem Konzept der Psychopathologie. Das bedeutet, man geht davon aus, dass die Patienten eine „Geisteskrankheit“ haben. Für diesen Ansatz sind jedoch diejenigen Patienten lästig, die somatische Symptome zeigen, die durch eine solche Psychopathologie nicht erklärt werden können. Das Konzept der Somatisierung in Verbindung mit dem der somatoformen Störungen erfüllt diese Funktion. Folglich dienen die somatoformen Störungen sowohl der Medizin als auch der Psychiatrie, indem sie

die Möglichkeit bieten, sich derjenigen Patienten zu entledigen, die ansonsten die theoretischen Modell infrage stellen würden, auf denen die Praxis beruht. Wenn dieses Argument richtig ist, dann könnte man voraussagen, dass eine Abschaffung der somatoformen Störungen sowohl die Medizin als auch die Psychiatrie bedrohen würde; die Medizin müsste akzeptieren, dass vielen ihrer Patienten mit der Konzentration auf eine pathologisch orientierte Definition von Krankheit nur schlecht gedient ist, und die Psychiatrie müsste anerkennen, dass viele ihrer Patienten mit der Konzentration auf die Psychopathologie auch nicht gut gedient ist.“ (1)

## **Was bringt uns die Zukunft?**

Wenn CFS/ME-Patienten eines Tages in dieser „Abfallkategorie“ landen, die lediglich dazu dient, die alten Gebäude der Medizin und Psychiatrie aufrechtzuerhalten, dann werden u.U. noch weniger Gelder für die Erforschung der Krankheitsmechanismen des CFS/ME (und anderer ungeklärter Erkrankungen) und ihrer Behandlung bereitgestellt. Das ist die pessimistische Sichtweise.

Die optimistische Sichtweise, der anzuhängen es allerdings nicht unbedingt großen Anlass gibt, ist, dass sich beide Gebäude durch die Erkenntnisse der Molekularbiologie und der Biochemie verändern werden, wenn das Verständnis von Krankheiten mehr und mehr auf der Ebene der molekularen, biochemischen Vorgänge in und zwischen den Zellen beruhen wird.

Es bleibt, egal wie es kommen wird, noch viel an Aufklärungsarbeit und Information zu tun, bis sich in der Öffentlichkeit und den medizinischen wie psychologischen Fachkreisen die Erkenntnisse der internationalen CFS-Forschung niederschlagen und den Patienten eine respektvolle, verständnisvolle und hilfreiche medizinische wie psychologische Begleitung angeboten wird.

Es kann aber auch sein, dass Traditionen, Machtinteressen, finanzielle Interessen und eingefahrene Denkmuster es noch lange Zeit verhindern, dass sich die Situation für CFS-Patienten in Deutschland verbessert. Im Angesicht der gravierenden Verschlechterung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und der Arbeitsbedingungen für Ärzte, Psychologen und andere Mitarbeiter im Gesundheitswesen ist eher weniger zu erwarten, dass man sich mit einem

umstrittenen Krankheitsbild und „schwierigen“ Patienten beschäftigt, die einen erheblichen Zeitaufwand erfordern und erhebliche diagnostische Ressourcen verbrauchen.

Auch gibt es hierzulande keine Patientenorganisation(en) – im Unterschied etwa zu Großbritannien oder Norwegen –, die der vorherrschenden Vorgehensweise etwas entgegensetzen hätten und durch Öffentlichkeitsarbeit auf die Misere dieser einfach nicht wahrgenommenen Patientenpopulation von schätzungsweise 300.000 Menschen aufmerksam machen würde(n). Es gibt also keine Kontroverse, weil die eine Fraktion (die der Ärzte und Psychiater mit o.g. Ansichten) zu stark, zu etabliert und allgegenwärtig und die andere (die Patienten und potentielle Vertreter) politisch praktisch nicht präsent ist.

Konsequenz: die Patienten sind weitgehend auf sich alleine gestellt und kommen wahrscheinlich auch nicht in den Genuss einer Form von Beratung oder CBT, wie sie Eleanor Stein oder Ellen Goudsmit propagieren, eine, die bei vielen anderen Erkrankungen auch eingesetzt wird und hilfreich im Sinne eines guten Krankheitsmanagements und der Bearbeitung sekundärer psychosozialer Folgeschäden sein kann.

Und sie kommen schon gar nicht in den Genuss wahrer Psychosomatik, die den Menschen als Einheit von Körper, Geist und Seele betrachtet und ihnen in respektvoller Weise die Möglichkeit bieten würde, sich der unbewussten Bedeutung, die *jede* Krankheit im Rahmen ihrer ganz individuellen Lebensgeschichte einnimmt, zu widmen. Eine solche Psychosomatik wurde im Rahmen der zahlreichen Gesundheitsreformen der letzten Jahre/Jahrzehnte schlicht weggespart. „Ersetzt“ wird sie allenfalls durch eine reduktionistische, die Komplexität menschlichen Verhaltens und Erlebens vollkommen ignorierende, mechanistische Form von Verhaltenstherapie.

### **Eine sehr persönliche Anmerkung zum Thema**

Was mich betrifft, die das Glück hatte, eine der im Aussterben begriffene Form der achtungsvollen, hilfreichen psychosomatischen Behandlung zu erleben, wie sie den Gründervätern des psychosomatischen Ansatzes entspricht: ich empfinde es immer wieder als perfide, wie von „führenden“ Professoren

deutscher Universitäten einzelne Begriffe ohne jegliches Verständnis für ihre Bedeutung aus diesem humanen Ansatz der ursprünglichen Psychosomatik herausgerissen, in ihr Gegenteil verkehrt und im Rahmen der institutionellen Abwehr missbraucht werden, um letztlich eigene Machtinteressen abzusichern, ganz gleich, über welche Leichen man dabei gehen muss.

Wenn diese Damen und Herren z.B. vom Unbewussten sprechen, ohne selbst auch nur die geringste Ahnung davon zu haben, was das ist, oder gar durch Selbsterfahrung – d.h. eigene therapeutische Behandlung – die Macht, die Logik und auch gelegentlich die Schönheit unbewusster Strukturen im eigenen Inneren und bei anderen Menschen oder in gesellschaftlichen Strukturen erlebt zu haben, so haben sie aus meiner Sicht das Recht verwirkt, den Begriff überhaupt nur in den Mund zu nehmen, geschweige denn, ihn dazu zu missbrauchen, schwerkranken Menschen auch noch die Schuld für ihr Leid in die Schuhe zu schieben.

Allein dieser Missbrauch, dieses Herausreißen von Kategorien aus einem Ansatz, der dem ihren diametral gegenüber steht, belegt, dass sie nicht wissen, wovon sie reden, dies aber gleichwohl in aus meiner Sicht unverantwortlicher Weise in „therapeutischen“ Settings gegenüber hilfeschuchenden und extrem hilfsbedürftigen Menschen als eine Art Waffe einsetzen, um ihnen die notwendige und durchaus mögliche medizinische Behandlung zu verweigern.

Das hat wahrlich mit Psychosomatik nichts zu tun – allenfalls etwas mit Menschenverachtung. Hier werden die Opfer zu Tätern gemacht. Und „Psychologie“ wird für politische und finanzielle Interessen missbraucht. Das aufzuklären und anzuprangern, wo dies der Fall ist und für eine humane Behandlung von Körper, Geist und Seele schwer kranker Menschen zu plädieren, das habe ich mir zum Ziel gesetzt.

Vielleicht ist es die *wirkliche* psychosomatische Behandlung, die mich dazu in die Lage versetzt hat – neben allen symptomatischen, medizinischen Behandlungsformen, die mich körperlich soweit stabilisiert haben, dass ich z.B. diese Website unterhalten kann. Und ohne die auch jede psychosomatische Behandlung ins Leere gefallen wäre – weil ich es schlicht nicht überlebt hätte.  
R.C.

## Literatur:

Einen sehr guten Überblick über die Geschichte und die zahlreichen Richtungen auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie liefert der entsprechende Eintrag bei Wikipedia - zu finden unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Verhaltenstherapie>

- (1) Winfried Rief, Michael Sharpe: Somatoform disorders - new approaches to classification, conceptualization, and treatment, Journal of Psychosomatic Research, Volume 56, Issue 4, April 2004, Pages 387-390  
Bei PubMed [hier](#) zu finden.  
Übersetzung der Zitate von Regina Clos
- (2) Martin Sack: Verhaltenstherapie und behutsame Aktivierung helfen. Der Neurologe und Psychiater, 6/05, S. 16-20  
Text hier als [pdf-Datei](#) sowie [darauf bezogener Fragebogen](#)
- (3) Kanaan RA, Lepine JP, Wessely SC. The association or otherwise of the functional somatic syndromes. [Psychosom Med.](#) 2007 Dec;69(9):855-9  
Abstract [hier](#).
- (4) Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. [Lancet.](#) 2007 Mar 17;369(9565):946-55.  
Abstract [hier](#).
- (5) Nina Sauer, Wolfgang Eich: Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 1-2, 8. Januar 2007  
Gesamttext [hier](#)
- (6) AWMF-Leitlinien. Leitlinie Somatoforme Störungen 8: Neurasthenie (ICD-10 F48.0) / Chronic Fatigue Syndrome)  
Text [hier](#).
- (7) Deary V, Chalder T, Sharpe M. The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. [Clin Psychol Rev.](#) 2007 Oct;27(7):781-97. Epub 2007 Jul 17  
Abstract [hier](#).
- (8) Bleichhardt G, Timmer B, Rief W. Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms-a randomised controlled trial in tertiary care. J Psychosom Res. 2004 Apr;56(4):449-54.  
Abstract [hier](#)
- (9) Huibers MJ, Wessely S. The act of diagnosis: pros and cons of labelling chronic fatigue syndrome [Psychol Med.](#) 2006 Jul;36(7):895-900. Epub 2006 Jan 10.  
Abstract [hier](#).
- (10) Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen, Dezember 2006, Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund  
Online [hier](#) zugänglich

- (11) Bernd Löwe, Christoph Mundt, Wolfgang Herzog, Romuald Brunner, Matthias Backenstrass, Klaus Kronmüller, Peter Henningsen. Validity of Current Somatoform Disorder Diagnoses: Perspectives for Classification in DSM-V and ICD-11  
Abstract [hier](#).
- (12) Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms - models and mechanisms. [Clin Psychol Rev](#). 2007 Oct;27(7):821-41. Epub 2007 Jul 17.  
Abstract [hier](#).
- (13) Martin A, Chalder T, Rief W, Braehler E. The relationship between chronic fatigue and somatisation syndrome: a general population survey. [J Psychosom Res](#). 2007Aug;63(2):147-56.  
Abstract [hier](#).
- (14) Martin A, Rauh E, Fichter M, Rief W. A one-session treatment for patients suffering from medically unexplained symptoms in primary care: a randomized clinical trial. [Psychosomatics](#). 2007 Jul-Aug;48(4):294-303.  
Abstract [hier](#).
- (15) Winfried Rief. Analyzing the Problems in Managing Patients with Medically Unexplained Symptoms [J Gen Intern Med](#). 2007 May; 22(5): 704–706.  
Volltext [hier](#).
- (16) Rief W., Isaac M. Are somatoform disorders 'mental disorders'? A contribution to the current debate. [Curr Opin Psychiatry](#). 2007 Mar;20(2):143-6.  
Abstract [hier](#).
- (17) Rief W, Rojas G. Stability of somatoform symptoms - implications for classification. [Psychosom Med](#). 2007 Dec;69(9):864-9.  
Abstract [hier](#).
- (18) Rief W, Heitmüller AM, Reisberg K, Rüdell H. Why reassurance fails in patients with unexplained symptoms - an experimental investigation of remembered probabilities. [PLoS Med](#). 2006 Aug;3(8):e269.  
Volltext [hier](#).
- (19) Rief W, Martin A, Rauh E, Zech T, Bender A. Evaluation of general practitioners' training: how to manage patients with unexplained physical symptoms. [Psychosomatics](#). 2006 Jul-Aug;47(4):304-11.  
Volltext [hier](#).
- (20) Jones, J.F., An extended concept of altered self: Chronic fatigue and post-infection syndromes. [Psychoneuroendocrinology](#) (2007),doi:10.1016/j.psyneuen.2007.11.007  
Volltext [hier](#).
- (21) Johnson, Hillary, Osler's Web. Inside the Labyrinth of the Chronic Fatigue Epidemic. New York, 1996, Random House  
Sie können das Buch z.B. unter [dieser Adresse](#) bestellen.

- (22) Psychological Management of Physical Disabilities. A Practitioners's Guide. Edited by Paul Kennedy, published by Routledge, Kanada and USA 2007  
Sie können das Buch z.B. bei [www.amazon.de](http://www.amazon.de) unter [dieser Adresse](#) bestellen.
- (23) Peter D White, What causes chronic fatigue syndrome? Infections, physical inactivity, and enhanced interoception may all play a part. BMJ. 2004 October 23; 329(7472): 928–929.doi: 10.1136/bmj.329.7472.928.  
[Voll text hier.](#)
- (24) Reeves, W.C., Jones, J.J., Maloney, E., Heim, C., Hoaglin, D.C., Boneva, R., Morrissey, M., & Devlin, R. (2007). New study on the prevalence of CFS in metro, urban and rural Georgia populations. Population Health Metrics 2007, 5:5 doi:10.1186/1478-7954-5-5  
[Online hier](#)
- (25) Barsky AJ, & Borus JF (1999) Functional somatic syndromes. Annals of Internal Medicine, 130, 910-921.  
Volltext [hier](#).
- (26) Kroenke K., Sharpe M., Sykes R. Revising the classification of somatoform disorders: key questions and preliminary recommendations. [Psychosomatics](#). 2007 Jul-Aug;48(4):277-85.  
Abstract [hier](#).
- (27) Gesine Küspert. Streitpunkt: Krankheit. Die Kontroverse zwischen Medizinern und Laien in den USA. Inaugural Dissertation in der Philosophischen Fakultät I/II der Universität Erlangen-Nürnberg.  
Volltext [hier](#).