

Symptomverschiebung in der Verhaltenstherapie

Psychologisches Alltagswissen, Regelfall oder Ausnahme?

Wenngleich die wissenschaftliche Diskussion um das Konzept der Symptomverschiebung als „typische“ Folge sog. symptomorientierter Behandlung längst abgeschlossen ist, wird das Thema erfahrungsgemäß von Studierenden wie auch in der Weiterbildung befindlichen zukünftigen Psychotherapeuten immer wieder gerne vorgebracht. Im folgenden soll daher ein Überblick über die historische Diskussion sowie der aktuelle theoretische und – soweit möglich – empirische Stand zum Konzept der Symptomverschiebung dargestellt werden.

Zur Begriffsbestimmung von Symptomverschiebung aus historischer Sicht: einige zentrale Positionen

Jede aktuelle Auseinandersetzung mit dem Begriff der Symptomverschiebung muß zwangsläufig mit einem **historischen Abriss** der um dieses Konzept geführten Diskussion beginnen, die ihren Höhepunkt in den 50er und 60er Jahren hatte und deren Auswirkungen bis in die späten 70er Jahre reichten. Einen guten Überblick über die verschiedenen Positionen um das Thema „Symptomverschiebung“ aus historischer Sicht bietet das von Perrez und Otto 1978 (!) herausgegebene Buch, das viele der „klassischen“ Artikel enthält und nach wie vor die aktuellste Auseinandersetzung mit dem Thema darstellt.

Der Begriff der Symptomverschiebung oder Symptomsubstitution stammt historisch aus der Zeit der **Hypnotherapie**. Die Tatsache, daß sich in Einzelfallstudien unter dem Einfluß von Hypnose bestimmte Symptome unterdrücken ließen, im Anschluß daran aber verschiedene Ersatzsymptome auftraten, wurde als Beleg für die psychoanalytische Auffassung der Symptomverschiebung angesehen (Seitz 1953; Holland 1967). Gerade von den Gegnern der Verhaltenstherapie wurden in der Diskussion häufig andere Behandlungsformen – wie z.B. Hypnose – als Argument gegen die Verhaltenstherapie ins Feld geführt und nicht klar getrennt. Von Verhaltenstherapeuten wurde dies bereits damals kritisiert und eher als Beleg für die Wirksamkeit von Suggestion als für Symptomverschiebung angesehen. Spätere systematische Untersuchungen konnten einen erheblichen Erwartungseffekt auf die Symptomverschiebung feststellen (Otto 1978).

Perrez beginnt das Einleitungskapitel des o.g. Buches mit dem treffenden Satz:

„Die Geschichte der Symptomverschiebungsdiskussion ist gleichzeitig eine Geschichte des wechselseitigen Verhältnisses der Psychoanalyse zur Verhaltenstherapie“ (S. 7).

Vor allem in den 50er und 60er Jahren entbrannte ein heftiger Streit zwischen Verhaltenstherapeuten und Vertretern psychodynamischer Behandlung um die Frage, in-

► historischer Abriss

► Hypnotherapie

Der Begriff der Symptomverschiebung stammt ursprünglich aus der Zeit der Hypnotherapie.

Die Geschichte der Symptomverschiebungsdiskussion ist eine Geschichte des Verhältnisses zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie.

► **Symptombegriff**

► **Ursachenbegriff**

Die Begriffe, die im Mittelpunkt der Auseinandersetzung standen, sind der **Symptombegriff** und der **Ursachenbegriff**.

► **Ursachen oder unabhängige Variablen**

Anstelle von „Ursachen“ sollten eher verschiedene begünstigende Bedingungen für Symptomverschiebung berücksichtigt werden.

► **begünstigende Bedingungen**

wieweit die Behandlung von „Symptomen“ ohne Berücksichtigung der zugrundeliegenden „eigentlichen“ Ursachen zum Auftreten neuer sog. Ersatzsymptome führen würde. Damit sind die zwei wesentlichen Begriffe genannt, die im Zentrum der Auseinandersetzung stehen: der ► **Symptombegriff** und der ► **Ursachenbegriff**. Freud selbst hatte zwar mehrfach die Rolle von Symptomen und ihre Determination erörtert, die eigentliche Diskussion um das Problem der Symptomverschiebung setzt aber erst ca. 20 Jahre nach seinem Tod ein.

Das psychoanalytische Modell sieht Symptome entweder als Ausdruck zugrundeliegender unbewußter (Trieb-) Konflikte oder als Folge eines strukturellen Defizits. In jedem Fall verbirgt sich hinter den Symptomen die eigentliche Ursache der Störung. Eine alleinige Beseitigung der Oberflächensymptomatik *ohne* Veränderung der zugrundeliegenden Ursachen (also intrapsychischen Konflikte) würde – so die klassische psychodynamische Auffassung – unweigerlich zum Wiederauftreten der alten bzw. neuer Symptome führen.

Das damit angesprochene Krankheitsmodell psychischer Störungen entspricht dem in der Medizin vorherrschenden Modell. Ein Hauptproblem im Zusammenhang mit dem psychodynamischen Ursachenbegriff besteht aber darin, daß die Ursachen hier einer direkten Beobachtung nicht zugänglich sind.

In damals wohl schärfstem Kontrast zur Auffassung der „Dynamiker“ muß die Position Eysencks als extremer Vertreter der Verhaltenstherapie, oder wie sie von den Gegnern auch bezeichnet wurden – der „simplen Konditionierer“ gesehen werden. Eysenck sieht neurotische Symptome als gelernte, fehlangepaßte Gewohnheiten, die *nicht* als Ausdruck innerer Konflikte zu verstehen sind. Es gibt keine „Neurose“, die dem Symptom zugrundeliegt, sondern nur das Symptom selbst. Für die Behandlung ergibt sich daraus der von Eysenck (1959) – bewußt vereinfachend – formulierte berühmte Satz: „Get rid of the symptom and you have eliminated the neurosis“ (S. 65).

Von anderen Autoren wurden in der Folgezeit Vorschläge zur Präzisierung des theoretisch vieldeutigen Symptombegriffs gemacht. Neben der Betonung der Notwendigkeit, beobachtbare Merkmale des Verhaltens *nicht* mit bestimmten Ableitungen zu vermengen, werden Vorschläge für Unterteilungen von Symptomen gemacht: beispielsweise wird neben der klassischen Definition von Symptomen als Indikatoren für zugrundeliegende pathologische Faktoren auch auf die „adaptive“ und „kompensatorische“ Funktion von Symptomen hingewiesen. Als – zugegeben sehr vorsichtiger – Versuch, einer von Verhaltenstherapeuten und Psychodynamikern gemeinsam akzeptierten Definition ist die von Cahoon (1968) zu verstehen:

„Ungeachtet ihrer theoretischen Standpunkte müssen alle Therapeuten zustimmen, daß ein Symptom (falls man das Wort überhaupt beibehalten soll) sich auf ein Verhalten bezieht, das dem Individuum oder seinem Kulturkreis unangenehm ist“ (S. 149).

Neben der unterschiedlichen Auffassung über die Rolle und Bedeutung von Symptomen bestand ein weiterer Dissens zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie in der Interpretation der sog. ► „Ursachen“ oder ► **unabhängigen Variablen**. Bandura vertrat bereits 1969 die Auffassung, beide Ansätze, psychodynamische wie verhaltenstherapeutische bemühten sich um die Änderung von „zugrundeliegenden“ Bedingungen abweichender Verhaltensmuster. Der grundlegende Unterschied bestünde jedoch oftmals in der Darstellung dieser „Ursachen“. Bandura, wie auch mehrere andere Autoren fordern eher pragmatisch, die *Bedingungen* zu untersuchen und zu präzisieren, durch die Symptomverschiebung begünstigt würde und *welche Form* das substituierende Symptom annähme.

Nachfolgend sollen beispielhaft einige der damals beschriebenen ► **begünstigenden Bedingungen** genannt werden, die größtenteils noch bis heute aktuell sind:

Begünstigende Bedingungen für Symptomverschiebung

Als einer der häufigsten Gründe wird (1) eine „unvollständige“ Behandlung genannt. Neben den instrumentellen Handlungen müßten gleichermaßen die „neurotischen Wurzeln“, der „ursächliche“ konditionierte Angst- bzw. Vermeidungstrieb abgebaut werden.

► **individuelle und interaktionelle Funktionalität**

Die empirische Prüfung von Symptomverschiebung wirft viele kaum beantwortbare Fragen auf.

Lazarus beschreibt dazu 1965 das Beispiel eines Patienten mit „funktionellen Bauchkrämpfen“, dessen Symptome lebensgeschichtlich in Beziehung zu seinem unterwürfigen Verhältnis zum Vater und nachfolgender Generalisierung dieses Verhaltens auf andere Autoritätspersonen (z.B. Vorgesetzte) in Verbindung standen. Neben einer „symptomatischen“ Behandlung der Bauchbeschwerden mit Entspannungsmethoden wurde daher bereits damals in Rollenspielen zusätzlich das soziale Interaktionsverhalten des Patienten verändert.

Als weitere Faktoren, die Symptomverschiebung begünstigen werden genannt: (2) wenn die Therapie die hauptsächlich kontrollierenden Bedingungen (Belohnungskontingenzen) nicht abändert, weil diese z.B. gar nicht oder zu spät erkannt werden.

Bei der Berücksichtigung der kontrollierenden Bedingungen, also der sog. „Ursachen“ hat in der Verhaltenstherapie bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Begriff der ► **„Funktionalität“** einer Störung eine zentrale Rolle gespielt. Daß die kontrollierenden Bedingungen einer Symptomatik nicht nur ► **interindividuell**, sondern auch in einem ► **interaktionellen** bzw. sozialen Kontext (also z.B. innerhalb der Familie, Partnerschaft etc.) bestehen können, ist sowohl bereits von Bandura und Lazarus (in Perrez u. Otto 1978), als auch später von Schulte (1974) und Hand (1989) explizit formuliert worden. Dieser Aspekt wird bis heute von psychodynamischer Seite leider häufig vernachlässigt.

Symptomverschiebung kann – aus damaliger Sicht – weiterhin begünstigt werden, wenn (3) nur unerwünschtes Verhalten beseitigt wird (z.B. durch Bestrafung, Extinktion oder Einsetzen äußerer Hemmnisse), ohne die Aneignung neuer Verhaltensweisen zu ermöglichen; weiterhin durch (4) Behandlungsfehler, z.B. ungenügende Technik, falsches „Timing“, wenn (5) keine Möglichkeit besteht, das erwünschte Verhalten zu zeigen oder zu erwerben, durch (6) Wechselwirkung zwischen mehreren fehlangepaßten Reaktionen, die durch die gleichen Bedingungen aufrechterhalten werden und (7) Frustrationseffekte während der Therapie.

Auf dem Höhepunkt der Debatte kamen schließlich u.a. Autoren wie Großberg (1964) nach Durchsicht der Literatur zu dem Schluß, daß die durch verhaltenstherapeutische Behandlung erzielten Veränderungen durchaus stabil sind und Langzeitstudien *keine* Hinweise auf Symptomverschiebung zeigen. Einschränkend muß allerdings bemerkt werden, daß die damals vorherrschende Untersuchungsmethodik erheblich von heutigen Kriterien der Psychotherapieforschung abweicht.

In einer der wenigen Übersichtsarbeiten zum Thema Symptomverschiebung faßt Kazdin 1982 einige zentrale Kritikpunkte am Symptomverschiebungskonzept zusammen, die es seiner Ansicht nach für eine empirische Prüfung untauglich erscheinen lassen. Viele dieser Fragen waren bereits von früheren Autoren angesprochen worden:

- (1) *Wie* kann ein Ersatzsymptom bestimmt werden? Woher weiß man, *welches* möglicherweise neu auftauchende Symptom ein Ersatzsymptom ist, bei *wem* muß es beobachtet werden? Strenggenommen könnte die erfolgreiche symptomatische Behandlung bei einer Person zum Auftreten von Ersatzsymptomen bei anderen Personen, z.B. Familienmitgliedern führen.
- (2) Welche *Form* muß ein Ersatzsymptom annehmen? Denkbar wären sowohl körperliche Symptome, interpersonelle Probleme, kognitive und stimmungsbezogene wie auch andere intrapsychische Veränderungen.
- (3) Welcher *Zeitraumen* für das Auftreten eines Ersatzsymptoms ist angemessen? Mit dem ursprünglichen Konzept wäre es durchaus vereinbar gewesen, daß diese z.B. erst Jahre nach der Behandlung auftreten.
- (4) Wie kann man *neu auftretende* Probleme von Ersatzsymptomen abgrenzen? Wie kann man sichergehen, daß diese nicht bereits zuvor bestanden und nur von den alten überdeckt waren? Bei manchen Störungsbildern, z.B. bei Eßstörungen ist der „Syndromwandel“, d.h. der Wechsel von einer diagnostischen Kategorie (Anorexia nervosa) in eine andere (Bulimia nervosa) geradezu typisch, während er bei anderen Störungen kaum zu beobachten ist.
- (5) Ersatzsymptome sind nicht zwangsläufig Effekte „symptomzentrierter“ Behandlung. Manche Symptome können „funktionell autonom“ von der zugrundeliegenden Störung werden.

- ▶ **deterioration effect**
- ▶ **Therapieebenwirkung**
Neuformulierung von Symptomverschiebung als Spezialfall einer Therapieebenwirkung („deterioration effect“) bzw. von Mißerfolg im Zusammenhang mit Psychotherapie.
- ▶ **response covariation**

▶ **Arten des Mißerfolgs**

▶ **Verweigerer**

▶ **Drop-outs**

▶ **Non-responders**

▶ **Rückfälle**

▶ **Neuauftreten**

▶ **Symptomverschiebung**

▶ **Rückfallverhinderung**

Die genannten Schwierigkeiten ließen Kazdin das Konzept der Symptomverschiebung vollständig zurückweisen. Auch unter den Psychotherapieforschern bestand mittlerweile Einigkeit darüber, daß Ersatzsymptome sowohl im Anschluß an psychodynamische, verhaltenstherapeutische wie auch *andere* Behandlungen auftreten können und daß symptomzentrierte Behandlung nicht zwangsläufig zum Auftreten neuer Symptome führen muß. Kazdin plädierte daher dafür, Symptomverschiebung als Spezialfall eines ▶ „**deterioration effect**“, also eines Verschlechterungseffekts i.S. *einer* möglichen ▶ **Therapieebenwirkung** zu begreifen. Symptomverschiebung wie auch Generalisierungseffekte (d.h. Veränderungen in nicht direkt beeinflussten Problembereichen) seien eher als Anzeichen von komplexen Zusammenhängen zwischen Problembereichen zu verstehen, die er unter den Oberbegriff der ▶ „**response covariation**“ faßt. Er sieht darin ein alternatives Konzept zum Symptomverschiebungskonzept und entwirft, darauf aufbauend ein interaktionelles Modell, das die Vorhersage bestimmter Verhaltenskovariationsmuster im Einzelfall ermöglichen soll. Wenngleich sich dieses Modell in der Praxis nicht durchgesetzt hat, so bestehen doch deutliche Parallelen zum Plananalyseansatz von Caspar (1989), der inzwischen durchaus weitere Verbreitung gefunden hat.

Mißerfolg der Behandlung

Etwa zeitgleich mit der Veröffentlichung von Kazdin hatte in den späten 70er bzw. frühen 80er Jahren eine intensive Auseinandersetzung der Verhaltenstherapie mit den „failures“, also den Mißerfolgen und Rückfällen im Anschluß an die Behandlung begonnen. Das 1983 erschienene Buch von Foa und Emmelkamp (1983) steht stellvertretend für die Bemühungen, patienten- wie störungsbezogene Merkmale im Zusammenhang mit einem Behandlungsmißerfolg genauer zu identifizieren.

Verknüpft man die von Foa und Emmelkamp entworfene Klassifikation verschiedener Arten von Mißerfolgen mit der von Kazdin entwickelten These von Symptomverschiebung als Spezialfall von Verschlechterungseffekten, so kann man m.E. zu einer präziseren und theoriefreieren Einordnung des Symptomverschiebungsbegriffs kommen.

Folgende Unterscheidungen verschiedener ▶ **Arten des „Mißerfolgs“** können, in Anlehnung an Foa und Emmelkamp sowie Kazdin getroffen werden:

Als erste Untergruppe von Behandlungsmißerfolg werden (1) ▶ **Verweigerer** genannt, also Patienten, die sich nach Aufklärung über die Behandlung dieser dennoch nicht unterziehen wollen. Vorausgesetzt, die Behandlung ist wirksam, wird dies als Mißerfolg angesehen.

Die zweite Gruppe betrifft die (2) ▶ **Drop-outs**, d.h. Patienten, die die Behandlung vorzeitig beenden, bevor sie aus therapeutischer Sicht beendet werden sollte.

Die dritte Gruppe ist die der (3) ▶ **Nonresponders**. Das sind Patienten, die, obwohl sie eine adäquate Behandlung erhalten haben, keine Besserung erzielen, sich als therapieresistent erweisen.

Schließlich die Gruppe der (4) ▶ **Rückfälle** („relapses“), und zwar entweder i.S. eines erneuten Auftretens der alten Störung aufgrund der ursprünglichen Bedingungen, die nur vorübergehend veränderbar waren (z.B. Umgebungsbedingungen, die im Rahmen stationärer Behandlung ausgeschaltet waren), oder aufgrund neuer traumatisierender oder verhaltenskontrollierender Ereignisse. Im letzten Fall kann man auch von ▶ **Neuauftreten** eines Symptoms sprechen.

Von (5) ▶ „**Symptomverschiebung**“ wird ausgegangen, wenn das Problemverhalten im Rahmen der Therapie verändert bzw. beseitigt wird, aber ein anderes Verhalten auftritt, das unter den gleichen steuernden Bedingungen wie das ursprüngliche steht, da diese nicht verändert wurden oder verändert werden konnten.

Auf der praktischen Ebene dürfte die Auseinandersetzung mit den Mißerfolgen der Behandlung zur Folge gehabt haben, daß Strategien zur ▶ **Rückfallverhinderung** bzw. zum besseren Umgang mit Rückfällen entwickelt wurden, die heute einen Standardbaustein in vielen verhaltenstherapeutischen Konzepten darstellen.

Die polemisch geführte wissenschaftliche Auseinandersetzung um die Symptomverschiebung scheint damit etwa Anfang der 80er Jahre zu einem Stillstand gekommen zu sein. Die Geschichte der Symptomverschiebungsdiskussion ist da-

mit nicht nur eine Geschichte des wechselseitigen Verhältnisses der Psychoanalyse zur Verhaltenstherapie, sondern in ihr spiegelt sich auch ein Teil der Geschichte der Verhaltenstherapie selbst wider.

Aktuelle Standortbestimmung des Symptomverschiebungsbegriffs

Ergebnisse der Literaturrecherche

Heutzutage, also etwa 20 Jahre nach Beendigung der Diskussion, finden sich in aktuellen Lehrbüchern der Klinischen Psychologie oder Psychotherapie nur wenige Hinweise zum Konzept der Symptomverschiebung. Während in Lehrbüchern der Verhaltenstherapie (z.B. Reinecker 1987; Margraf 1996) die Annahme der Symptomverschiebung empirisch als längst widerlegt gilt, zielen die wenigen Hinweise aus psychoanalytischen Lehrbüchern entweder auf die historische Kontroverse (Thomä u. Kächele 1996) ab oder sind aber nach wie vor in polemischer Weise gegen die Verhaltenstherapie gerichtet (Hoffmann u. Hochapfel 1995).

Eine von uns durchgeführte Literaturrecherche erbrachte über psychologische Datenbanken 135 Hinweise auf Veröffentlichungen, in denen die entsprechenden Suchbegriffe („Symptomverschiebung, -wandel, -substitution) auftauchten. (Zum Vergleich: unter dem Suchbegriff „Rückfall“, der etwa auf der gleichen Abstraktionsebene liegt, erhält man für den gleichen Zeitraum 4393 Hinweise!). Die meisten Hinweise liegen in der Zeit bis 1980. Von den 135 Arbeiten sind 28 solche, in denen auf Einzelfallebene das Auftreten von Symptomverschiebung berücksichtigt wurde.

Über die Datenbank Medline fanden wir insgesamt 37, teilweise überlappende Arbeiten. Hiervon lieferten ebenfalls 28 Hinweise auf Symptomverschiebung, aber auch nur im Rahmen von Einzelfallberichten.

Wir fanden keine einzige veröffentlichte Arbeit, die sich explizit mit der Untersuchung dieses Themas beschäftigt hat. Insgesamt sind nur zwei umfangreichere Katamnesestudien, d.h. mit mehr als 8 Patienten darunter, die dieses Phänomen zum Katamnesezeitpunkt ausdrücklich berücksichtigen.

Ebenfalls konnten wir keine neueren theoretischen Arbeiten, i.S. einer konzeptuellen Auseinandersetzung mit dem Begriff finden. Nach wie vor wird er sehr unterschiedlich und teilweise auf veralteten Konzepten basierend verwendet. Sachse (1996) beschreibt das Phänomen des Symptomwandels von selbstverletzendem Verhalten über Medikamenten- bzw. Alkoholmißbrauch, psychosenahen Zuständen, Unfällen, Psychosomatosen und Organerkrankungen bei Patienten mit selbstverletzendem Verhalten als Zeichen von Progression. Kline (1992) nennt Symptomsubstitution im Rahmen eines Übersichtsartikels über Methodenprobleme in Psychotherapiestudien als eines von insgesamt 19 von ihm aufgeführten zentralen Problemen. Im Zusammenhang mit der Frage, was von verschiedenen Psychotherapierichtungen als Besserung („recovery“) angesehen wird, wird die Verhaltenstherapie hier allerdings immer noch mit den Vorstellungen von Eysenck und Rachman gleichgesetzt

Spezifische Merkmale heutiger Verhaltenstherapie und mögliche Auswirkungen auf das Konzept der Symptomverschiebung

Auch in aktuelleren Veröffentlichungen wird das Konzept der Symptomverschiebung teilweise immer noch hartnäckig mit veralteten bzw. längst überholten Positionen von Verhaltenstherapie verknüpft. Im folgenden sollen daher – zumindest ausschnittsweise – einige spezifische Merkmale heutiger Verhaltenstherapie und ihre möglichen Auswirkungen auf das Symptomverschiebungskonzept hervorgehoben werden.

Zu Beginn soll eine aktuelle Definition von Verhaltenstherapie vorgestellt werden (Margraf 1996):

„Die Verhaltenstherapie ist eine auf der empirischen Psychologie basierende psychotherapeutische Grundorientierung. Sie umfaßt störungsspezifische und -unspezifische Therapieverfahren, die aufgrund von möglichst hinreichend überprüfem Störungswissen und psy-

Aktuelle Hinweise zum Symptomverschiebungsbegriff finden sich überwiegend in Form von Einzelfallberichten.

Seit Beginn der 80er Jahre gibt es keine neueren theoretischen Arbeiten mehr zu Symptomverschiebung.

- ▶ **Verhaltenstherapie als empirische psychotherapeutische Grundorientierung**
- ▶ **störungsspezifische Diagnostik**
- ▶ **funktionale Diagnostik**

chologischem Änderungswissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik anstreben. Die Maßnahmen verfolgen konkrete und operationalisierte Ziele auf den verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens, leiten sich aus einer Störungsdiagnostik und individuellen Problemanalyse ab und setzen an prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Problemänderungen an. Die in ständiger Entwicklung befindliche Verhaltenstherapie hat den Anspruch, ihre Effektivität empirisch abzusichern“ (Margarf 1996, S. 3).

Die heutige ▶ **Verhaltenstherapie als empirische psychotherapeutische Grundorientierung** schließt damit sowohl theoretisch als auch im praktischen Vorgehen weit mehr als nur lerntheoretische Ansätze ein, hat sich also hinsichtlich ihrer zugrundeliegenden Theorien deutlich erweitert. Die Berücksichtigung von ▶ **störungsspezifischer Diagnostik** (i.S. des multiaxialen Ansatzes des DSM-IV bzw. der Berücksichtigung von Komorbidität) und ▶ **funktionaler Diagnostik** i.S. einer individuellen Problemanalyse ermöglichen eine differenzierte Betrachtung eines Problemverhaltens auf verschiedenen Ebenen. Für die Behandlung ergeben sich daraus Möglichkeiten, die im Einzelfall von einer symptomzentrierten Behandlung bis zu einer Behandlung reichen, die an den engeren symptomatischen Aspekten kaum noch ansetzt.

Beispiel aus der klinischen Praxis

Vor einiger Zeit wurde mir eine Patientin von einem psychiatrischen Kollegen mit der Hauptproblematik einer „Redeangst“ zugewiesen mit dem Hinweis, daß in ihrem Fall vermutlich ein „umgrenztes Training“ des Redens vor bestimmten Gruppen (Verhaltenstherapie!) ausreichen würde. Auf der störungsspezifischen Ebene hatte die Patientin alle Anzeichen einer *Panikstörung* mit relativ plötzlich und unvorbereitet auftretenden Panikattacken, die bereits ein gewisses *Vermeidungsverhalten* nach sich gezogen hatten. Im Gegensatz zu der berichteten Symptomatik wirkte die Patientin interaktionell ausgesprochen selbstsicher, fröhlich und „mit beiden Beinen im Leben stehend“. Eine genauere Problemanalyse ergab, daß sie vor zwei Jahren ihren Arbeitsplatz gewechselt hatte – etwa zu diesem Zeitpunkt hatten die Panikattacken begonnen – und sich plötzlich mit Menschen und Aufgaben konfrontiert sah, die sehr starken Bezug zu belastenden Aspekten ihrer Biographie hatten. Diese hatte sie u.a. über erhebliche Ablenkungsstrategien „in den Griff“ bekommen, wurde nun aber zwangsläufig wieder damit konfrontiert und konnte sich ihnen – funktional betrachtet – quasi nur durch eine Panikattacke entziehen. Eine rein symptomatische Behandlung weder i.S. eines „Redetrainings“ (z.B. über Reizkonfrontation), noch i.S. der Informationsvermittlung über psychophysiologische Zusammenhänge und Aufschaukelungsprozesse bei Panikattacken hätte die Patientin vermutlich nicht oder nicht sehr lange von ihren Symptomen befreit bzw. zum Auftreten neuer Symptome geführt, da die kontrollierenden Bedingungen, u.a. massive Gefühle von Ohnmacht, Wut und Hilflosigkeit (gegenüber den Eltern) damit unverändert geblieben wären. Neben einer Vermittlung von Zusammenhängen zwischen diesen lebensgeschichtlich erworbenen Gefühlen und den aktuellen Panik- und Vermeidungssymptomen wird ein wesentliches Ziel der verhaltenstherapeutischen Behandlung bei dieser Patientin im Entwickeln neuer Strategien zum Erkennen von und zum alternativen Umgang mit diesen belastenden Gefühlszuständen sein.

- ▶ **Psychotherapieforschung**
- ▶ **multiple outcome-Kriterien**

Ein weiteres Merkmal heutiger Verhaltenstherapie ist die enge Verbindung mit den Prinzipien und Ergebnissen der ▶ **Psychotherapieforschung**. Diese macht es u.a. erforderlich, im Rahmen von Therapiestudien neben dem Symptomverhalten immer auch die Auswirkungen der Behandlung in verschiedenen anderen Bereichen (i.S. ▶ **multipler outcome-Kriterien**) zu erfassen (vgl. Kazdin 1994). Im Falle einer Angstsymptomatik könnte das z.B. die Depressivität sein, allgemeine psychopathologische Auffälligkeiten, somatische Beschwerden, das Selbstwertgefühl, soziale Anpassung u.a.. Ein gutes Beispiel für eine Mehrebenenbetrachtung von Erfolgskriterien liefern die multizentrischen Depressionsstudien von Hautzinger und de Jong-Meyer (1996).

Sowohl das Erfassen multipler Outcomekriterien wie auch die empirische Orientierung, die zu einer fortwährenden Überprüfung von Effekten führt, schützt zweifellos nicht vor dem Eintreten von „Symptomverschiebung“ bzw. „Verslechterungseffekten“; sie sind jedoch als Hinweis zu sehen, daß diesen explizit Rechnung getragen wird.

Ansätze zu einer empirischen Überprüfung des Phänomens der Symptomverschiebung

Da die bisherigen Ausführungen deutlich machen sollten, daß eine empirische Überprüfung dieses theoretisch umstrittenen Konzepts nach heutigen Kriterien ausgesprochen problematisch ist, sollen nachfolgend eher exemplarisch einige Ansätze in dieser Richtung beschrieben werden. Hierbei wird besonderer Wert auf die Berücksichtigung von Veränderungen in sekundären Symptombereichen im Anschluß an verhaltenstherapeutische Behandlungen (zum Katamnesezeitpunkt!) gelegt.

Im Handbuch der Psychotherapieforschung von Bergin und Garfield (1994) taucht das Stichwort „Symptomverschiebung“ („symptom substitution“) nur im Zusammenhang mit pharmakologischer Behandlung auf. Auch hinsichtlich der Berücksichtigung sekundärer Effekte sind die Angaben nicht sehr ergiebig. Weder in dem ausführlichen Kapitel zur Wirksamkeit von Psychotherapie im allgemeinen, noch in den beiden Kapiteln über Verhaltenstherapie bzw. Kognitive Verhaltenstherapie bei verschiedenen Störungen finden sich Hinweise auf langfristige Effekte, die über die jeweils untersuchte engere Symptomatik hinausgehen.

Eine weitere Quelle einer Vielzahl von Psychotherapiestudien stellt das Buch von Grawe et al. (1994) dar. Hierin wurden in beispielloser Weise 897 sorgfältig ausgewählte Psychotherapiestudien verschiedenster Richtungen im Hinblick auf zehn (!) verschiedene Erfolgsmaße bewertet. Insgesamt 452 von diesen waren der Kategorie kognitiv-behavioraler Verfahren zugeordnet worden. Für jede Studie werden zusätzlich einige knappe katamnestiche Angaben gemacht. Lediglich an zwei Stellen im gesamten Text findet sich ein Hinweis auf die Berücksichtigung von Symptomverschiebung. Im Kapitel über ► **systematische Desensibilisierung** schreiben die Autoren:

„In allen Katamnesen (34 von 56 Studien) erwiesen sich die Behandlungseffekte als stabil. Dies gilt auch, wenn nur Katamnesen von mehr als sechs Monaten Dauer berücksichtigt werden. Es kann heute ausgeschlossen werden, daß es bei diesem Prototyp einer symptomorientierten Behandlung zu den nach der psychoanalytischen Veränderungstheorie zu erwartenden „Symptomverschiebungen“ oder einer Symptomrückkehr kommt“ (S. 272).

Der zweite Hinweis findet sich im Kapitel über ► **Reizkonfrontation** (RK). Hier fassen Grawe et al. die Befunde folgendermaßen zusammen:

„Die Wirkung der graduierten RK konzentriert sich stark auf die unmittelbar behandelten Ängste oder Zwänge. Diese werden mit großer Zuverlässigkeit reduziert. Die Verbesserungen in diesem Bereich ziehen in abnehmender Häufigkeit auch Verbesserungen in anderen individuellen Problembereichen und in der individuellen Befindlichkeit nach sich, gelegentlich auch in anderen Lebensbereichen wie dem Arbeits- und Freizeitbereich und den zwischenmenschlichen Beziehungen. Bedeutsame Verschlechterungen wurden nie festgestellt, und zwar in keinem der zehn Veränderungsbereiche. Dies gilt auch längerfristig (Katamnesen: 48 von 62 Studien). Die während der Therapie erreichten Verbesserungen bleiben im Mittel auch längerfristig bestehen. „Symptomverschiebungen“ konnten, auch wenn darauf ausdrücklich geachtet wurde, in keiner Studie festgestellt werden“ (S. 336).

Im Rahmen einer von uns durchgeführten ► **Metaanalyse** kontrollierter Therapiestudien bei ► **Bulimia nervosa** (Jacobi et al. 1997) wurden 18 Psychotherapiestudien mit überwiegend kognitiv-behavioraler bzw. behavioraler Orientierung genauer untersucht, von denen 16 eine Katamnese aufwiesen. Immerhin 12 davon machen zum Katamnesezeitpunkt Angaben zu Symptombereichen, die über die engere Zielsymptomatik (Heißhungeranfälle und Erbrechen) hinausgehen. In jedem Fall werden zusätzlich Veränderungen im Bereich der Depressivität und des Selbstwertgefühls erfaßt, in einem Teil der Studien zusätzlich Veränderungen in Bereichen wie Angst, sozialer Anpassung und generellen psychopathologischen Auffälligkeiten. In diesen sekundären Bereichen kommt es mit der Besserung der Zielsymptomatik immer ebenfalls zu deutlichen Verbesserungen. Diese Studien liefern damit keine Hinweise für „Symptomverschiebungen“ im genannten Sinne.

Die m.W. bislang einzigen Studien, die sich explizit mit der Frage des Auftretens von Symptomverschiebung im Anschluß an Verhaltenstherapie beschäftigt haben, stammen von Margraf et al. (1993):

► systematische Desensibilisierung

► Reizkonfrontation

Es gibt keine empirisch begründeten Hinweise auf Symptomverschiebung im Zusammenhang mit systematischer Desensibilisierung und mit Reizkonfrontationsverfahren.

► **Metaanalyse bei Bulimia nervosa**
Im Rahmen kontrollierter Therapiestudien bei Bulimia nervosa kommt es mit der Veränderung der Zielsymptomatik ebenfalls zu bedeutsamen Veränderungen anderer psychopathologischer Auffälligkeiten.

► Panikstörungen und Agoraphobie

► Neuauftrittensrate psychischer Störungen

Die Neuauftrittensrate psychischer Störungen ist bei Patienten mit Panikstörungen und Agoraphobie im Anschluß an eine symptomorientierte Behandlung nicht erhöht.

► Symptomverschiebung als theoretisches Modell

Symptomverschiebung kann prinzipiell im Rahmen jeder Art von psychotherapeutischer Behandlung auftreten.

Untersucht wurden zwei Stichproben von Patienten mit ► **Panikstörungen** bzw. ► **Agoraphobie**, die mit kognitiver Verhaltenstherapie bzw. Reizüberflutung behandelt worden waren. Die Katamnesedauer betrug jeweils 1 Jahr, bzw. für einzelne Maße 4 Jahre. Als Bestätigung der Hypothese einer Symptomverschiebung wurde gefordert, daß die Patienten ein Ansteigen anderer Beschwerden nach Beseitigung der Zielsymptomatik oder eine positive Korrelation zwischen der Reduktion der Zielbeschwerden und der Zunahme anderer Beschwerden zeigen sollten. Darüber hinaus wurde in einer der beiden Studien die ► **Neuauftrittensrate psychischer Störungen** erfaßt, die im Falle einer „Symptomverschiebung“ erhöht sein sollte.

In keiner der beiden Studien konnte die wie vorab formulierte Hypothese der Symptomverschiebung bestätigt werden. Es zeigte sich eine deutliche Reduktion der Depressivität, keinerlei Veränderungen in verschiedenen Bereichen der Partnerschaft sowie keine der vorhergesagten Korrelationen für den Fall von Symptomverschiebung. Ebenso ergab sich nach 4 Jahren keine erhöhte Neuauftrittensrate von psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Normalbevölkerung. In der zweiten Studie zeigten sich die gleichen Befunde, zusätzlich noch – weil hier erfaßt – eine Reduktion von Zwangsgedanken und -handlungen, Alkoholismus und gestörtem Eßverhalten.

Wenngleich diese Beispiele ermutigend klingen, muß dennoch einschränkend darauf hingewiesen werden, daß Veränderungen in anderen Bereichen als der engeren Zielsymptomatik im Rahmen von Therapiestudien generell noch zu wenig Berücksichtigung finden. Von den von der American Psychological Association 1994 veröffentlichten und als „wirksam“ eingestuften Therapieverfahren (vgl. Hahlweg 1995) machen maximal ein Drittel hierzu Angaben, die überwiegend auf Veränderungen der Depressivität als sekundäre Symptomatik beschränkt sind.

Abschließende Bemerkungen

► „Symptomverschiebung“ ist nicht die Bezeichnung für ein direkt beobachtbares Phänomen, sondern ein ► **theoretisches Modell**, das zur Erklärung bestimmter Phänomene herangezogen wurde. Dieses Modell hat heute vorwiegend historische Bedeutung und spiegelt sowohl einen Teil der Auseinandersetzung von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie als auch einen Teil der Geschichte der Verhaltenstherapie selbst wider.

Aus heutiger Sicht scheint es sinnvoller, Symptomverschiebung als Spezialfall verschiedener Arten von Mißerfolgen in der Therapie zu betrachten. Von „Symptomverschiebung“ ist in dieser Klassifikation auszugehen, wenn neues Problemverhalten auftritt, das unter den gleichen steuernden Bedingungen wie das ursprüngliche Verhalten steht und diese unabhängigen Variablen nicht richtig eingeschätzt wurden. Dies ist nicht spezifisch für die Verhaltenstherapie, sondern prinzipiell im Rahmen *aller* Therapiemethoden, also sowohl im Rahmen verhaltenstherapeutischer Behandlung wie auch psychodynamischer Behandlung möglich.

Die folgende, vor mehr als 30 Jahren getroffene Aussage zu Thema Symptomverschiebung bleibt damit nach wie vor aktuell:

„Nun steht es Theoretikern sicher frei, Annahmen zu machen, die ihnen zusagen, aber sie haben nicht nur die Beweislast für die Validität ihrer Konstrukte zu tragen, sondern auch für deren Notwendigkeit“ (Lazarus 1965, S. 104).

Literatur

- Bandura A (1969) Symptomverschiebung. In: Perrez M, Otto J (Hrsg) Symptomverschiebung. Ein Mythos oder ein unklar gestelltes Problem? Müller, Salzburg
- Bergin AE, Garfield SL (1994) Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley & Sons, New York
- Cahoon DD (1968) Symptomverschiebung und die Verhaltenstherapien: Eine Neueinschätzung. In: Perrez M, Otto J (Hrsg) Symptomverschiebung. Ein Mythos oder ein unklar gestelltes Problem? Müller, Salzburg
- Caspar F (1989) Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Eysenck HJ (1959) Learning theory and behavior therapy. *J Ment Sci* 105: 61–75
- Foa EB, Emmelkamp PMG (eds) (1983) Failures in behavior therapy. Wiley & Sons, New York
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Großberg JM (1964) Behavior therapy: A review. *Psychol Bull* 62: 73–88
- Hahlweg K (1995) Zur Förderung und Verbreitung psychologischer Verfahren. Ein APA-Bericht. *Z Klin Psychol* 24: 275–284
- Hand I (1989) Verhaltenstherapie und kognitive Therapie in der Psychiatrie. In Hand I, Wittchen H-U (Hrsg) Verhaltenstherapie in der Medizin. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 17–41
- Hautzinger M, de Jong-Meyer R (1996) Zwei Multizenter-Studien zur Wirksamkeit von Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombination bei depressiven Patienten: Einführung, Rahmenbedingungen und Aufgabenstellungen. *Z Klin Psychol* 25: 83–92
- Hoffmann SO, Hochapfel G (1995) Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. Schattauer, Stuttgart
- Holland BC (1967) Discussion. Appended to H. Spiegel, Is symptom removal dangerous? *Am J Psychiatry* 10: 1282–1283
- Jacobi C, Dahme B, Rustenbach S (1997) Vergleich kontrollierter Psycho- und Pharmakotherapiestudien bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Psychother Psychosom Med Psychol* 47: 346–364
- Kazdin AE (1982) Symptom substitution, generalization, and response covariation: Implications for psychotherapy outcome. *Psychol Bull* 91: 349–365
- Kazdin AE (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley & Sons, New York
- Kline P (1992) Problems of methodology in studies of psychotherapy. In: Dryden W, Feltham C (eds) Psychotherapy and its discontents. Open Univ Press, Buckingham, pp 64–86
- Lazarus AA (1965) Verhaltenstherapie, unvollständige Behandlung und Symptomverschiebung. In: Perrez M, Otto J (Hrsg) Symptomverschiebung. Ein Mythos oder ein unklar gestelltes Problem? Müller, Salzburg
- Margraf J, Fiegenbaum W, Benna S, Schneider S (1993) Zum Mythos der Symptomverschiebung nach erfolgreicher Angstreduktion. Vortrag auf dem 11. Symposium für Klinisch-Psychologische Forschung der Fachgruppe für Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Rostock/Prerow
- Margraf J (Hrsg) (1996) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd 1: Grundlagen. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Otto J (1978) Erwartungs- und Suggestionseffekte bei Symptomverschiebung. In: Perrez M, Otto J (Hrsg) Symptomverschiebung. Ein Mythos oder ein unklar gestelltes Problem? Müller, Salzburg
- Perrez M, Otto J (Hrsg) (1978) Symptomverschiebung. Ein Mythos oder ein unklar gestelltes Phänomen? Müller, Salzburg
- Reinecker H (1987) Grundlagen der Verhaltenstherapie. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Sachse U (1996) Symptomwandel als Zeichen der Progression in der Psychotherapie von Patientinnen mit selbstverletzendem Verhalten. In: Wenglein E, Hellwig A, Schoof M (Hrsg) Selbstvernichtung. Psychodynamik und Psychotherapie bei autodestruktivem Verhalten. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schulte D (1974) Diagnostik in der Verhaltenstherapie. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Seitz PF (1953) Untersuchungen zur Symptomverschiebung durch Hypnose. In: Perrez M, Otto J (Hrsg) Symptomverschiebung. Ein Mythos oder ein unklar gestelltes Problem? Müller, Salzburg
- Thomä H, Kächele H (1996) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Springer, Berlin Heidelberg New York