

# Somatoforme Störungen

**Dr. med. Barbara Lieberei**

**Heinrich-Heine-Klinik Potsdam  
und Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation  
an der Charité Universitätsmedizin Berlin**

# Somatoforme Störungen

Somatoforme Störungen umfassen verschiedene Problembereiche, die durch vielfältige körperliche Symptome oder Beschwerden gekennzeichnet sind, für die keine (ausreichende) organische Ursache gefunden werden kann.

ICD-10	DSM-IV
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Somatisierungsstörung (F45.0)</li> <li>– Undifferenzierte somatoforme Störung (F45.1)</li> <li>– Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3x)</li> <li>– Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)</li> <li>– [Konversionsstörung]<sup>a</sup></li> <li>– Hypochondrische Störung (F45.2)</li> <li>– [Dysmorphophobe Störung]<sup>b</sup></li> <li>– [Neurasthenie] (F48.0)<sup>c</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Somatisierungsstörung (300.81)</li> <li>– Undifferenzierte somatoforme Störung (300.81)</li> <li>– ---</li> <li>– Schmerzstörung (307.xx)</li> <li>– Konversionsstörung (300.11)</li> <li>– Hypochondrie (300.7)</li> <li>– Körperdysmorphie Störung (300.7)</li> <li>– ---</li> </ul>
<p><sup>a</sup> in ICD-10 im Kapitel F44 aufgeführt (dissoziative und Konversionsstörungen)</p> <p><sup>b</sup> entspricht der körperdysmorphen Störung; in ICD-10 nur als Unterform der hypochondrischen Störung aufgeführt</p> <p><sup>c</sup> in ICD-10 unter Kapitel F48 aufgeführt (sonstige neurotische Störungen)</p>	

### Abbildung 1:

Somatoforme Störungen in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV

## Neuerung in ICD-11: Bodily Distress Disorder

Die ICD-11 wählt einen grundlegenden neuen Zugang zu den bisherigen somatoformen Störungen und ihren verwandten Krankheitsbildern. Die neue Bezeichnung »Bodily Distress Disorder« (deutsch voraussichtlich »Somatische Belastungsstörung«) rückt die zirkuläre Dynamik von Stress und Körperbeschwerden in den Fokus: Eine Vielzahl von Belastungen kann zu Beschwerden führen und gleichzeitig durch Beschwerden entstehen, insbesondere bei übermäßiger Ausrichtung des Denkens und Handelns darauf. Der bisherige einseitige und zudem dualistische Fokus auf die Beschwerdeätiologie (Ausschluss organischer Ursachen; bei chronischen Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren Forderung organischer Ursachen und psychischer Verstärker, aber Ausschluss psychischer Ursachen; bei dissoziativen Störungen und somatoformen Schmerzstörungen Forderung psychischer Ursachen) ist verschwunden.

# Prävalenz somatoformer Störungen

- **Somatisierungsstörung:**  
Prävalenz von unter 1 %
- **Undifferenzierte Somatisierungsstörung:**  
Prävalenz 10 %, 20% in klin. Population
- **Somatoforme Schmerzstörung:**  
Prävalenz ca. 12%, 20-40% in Inanspruchnahme-  
Populationen
- **Hypochondrische Störung:**  
Prävalenz 1-6%

# Diagnostische Kriterien für somatoforme Störungen

- Klinisch relevanter Leidenszustand sowie Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen
- Symptome sind nicht „absichtlich“ erzeugt, unterliegen nicht der Steuerung
- Alle Organsysteme möglich, bevorzugt werden Organe, die vegetativ versorgt werden
- Auch eine organische Ursache kann nachgewiesen sein, wenn Schwere, Ausmaß, Vielfalt und Dauer der Beschwerden durch den organischen Befund nicht ausreichend erklärbar sind
- Es geht nicht unbedingt um den Nachweis oder die Widerlegung einer psychischen Ursache für die Störung, sondern neben den geschilderten Symptomen um die Beschreibung eines spezifischen Verhaltensmusters mit typischen kognitiven Überzeugungen und Interaktionsmustern der Patienten

# Kasuistik zum Üben

- 32j. Bus- und Straßenbahnfahrer, AU seit 15 Monaten, verh., 3 Kinder
- Zuweisung wegen Schwindel, diversen körperlichen Symptomen, massiven Krankheitsängsten, ausgedehntem Vermeidungsverhalten
- Krankenakte ca. 2 kg schwer
- ➔ Diagnose? Typische Verhaltens- und Erlebensmuster?

# Typische Verhaltens- und Erlebensmuster

- Kognitive Ebene: systematische Fehlattribuierung über Bedeutung und Zusammenhänge der Symptomatik, Festhalten an körperlicher Kausalattribuierung, oft depressiver Kognitionsstil
- Emotionale Ebene: Misstrauen, leichte Kränkbarkeit, Resignation, Ängstlichkeit, teils geringer Zugang zu den eigenen Gefühlen
- Verhaltensebene: verstärkte Selbstbeobachtung, Kontrollverhalten (Checking), Schonverhalten
- Interpersonelles Verhalten: Einbeziehung anderer Personen i.S. des eigenen Krankheitsmodells (Schutz und Schonung), sozialer Rückzug
- Arzt-Patient-Beziehung: iatrogene Krankheitsfixierung, Arzthopping, Abwanderung zu „Heilern“

# Typische „Patientenkarriere“ bei somatoformen Störungen

- Akutschmerz/Beschwerden → klare Kausalattribution durch Arzt und Pat. → Zuversicht hinsichtlich des vorübergehenden Charakters des Schmerzes/der Beschwerden
- Chronifizierung → Stressor → Pat. und Arzt werden hinsichtlich der möglichen Ursachen immer unsicherer
- Erfolglose Behandlungsversuche → Frustration, Hoffnungslosigkeit, Resignation des Pat.
- Kurzfristige neue diagnostische Versuche und therapeutische „Heilsversprechungen“ → Misserfolg wirft Pat. noch weiter zurück
- Ratlosigkeit und Perspektivlosigkeit des Pat. verbindet sich nicht selten mit Feindseligkeit ggü. den als „unfähig“ eingeschätzten Ärzten

# Typische „Patientenkarriere“ bei somatoformen Störungen

- Auch behandelnde Ärzte erleben Hilflosigkeit (und auch Ärger) im Umgang mit dem Pat., ihr Kompetenzgefühl wird durch immer wieder erfolglose Behandlungsversuche bedroht
- Ärzte reagieren mit der Strategie des „Mehr desselben“ (z.B. diagnostische Maßnahmen, Serien von Injektionen) oder Überweisungen zu anderen Fachärzten mit Akutorientierung
- Schließlich „Aufgeben“ des Pat. durch den Arzt

# Typische „Patientenkarriere“ bei somatoformen Störungen

- Letzte Instanz: Psychiatrie oder Psychosomatik
- Pat. erlebt sich als „Simulant“ oder zumindest als „hypochondrischer Übertreiber“ diagnostiziert oder psychopathologische Prozesse werden als Grundlage des Schmerzes/ der Beschwerden vermutet → Bedrohung der eigenen Integrität
- Verbissenes Bemühen des Pat., durch Aufsuchen immer neuer Ärzte, sich doch noch durch das Entdecken der organischen Ursache zu rechtfertigen und es den Ärzten und allen anderen zu „beweisen“
- Aktive multiprofessionelle Behandlung mit hoher Eigenaktivität des Pat. wird verhindert

# Modelle zur Entwicklung somatoformer Störungen

# Risikofaktoren

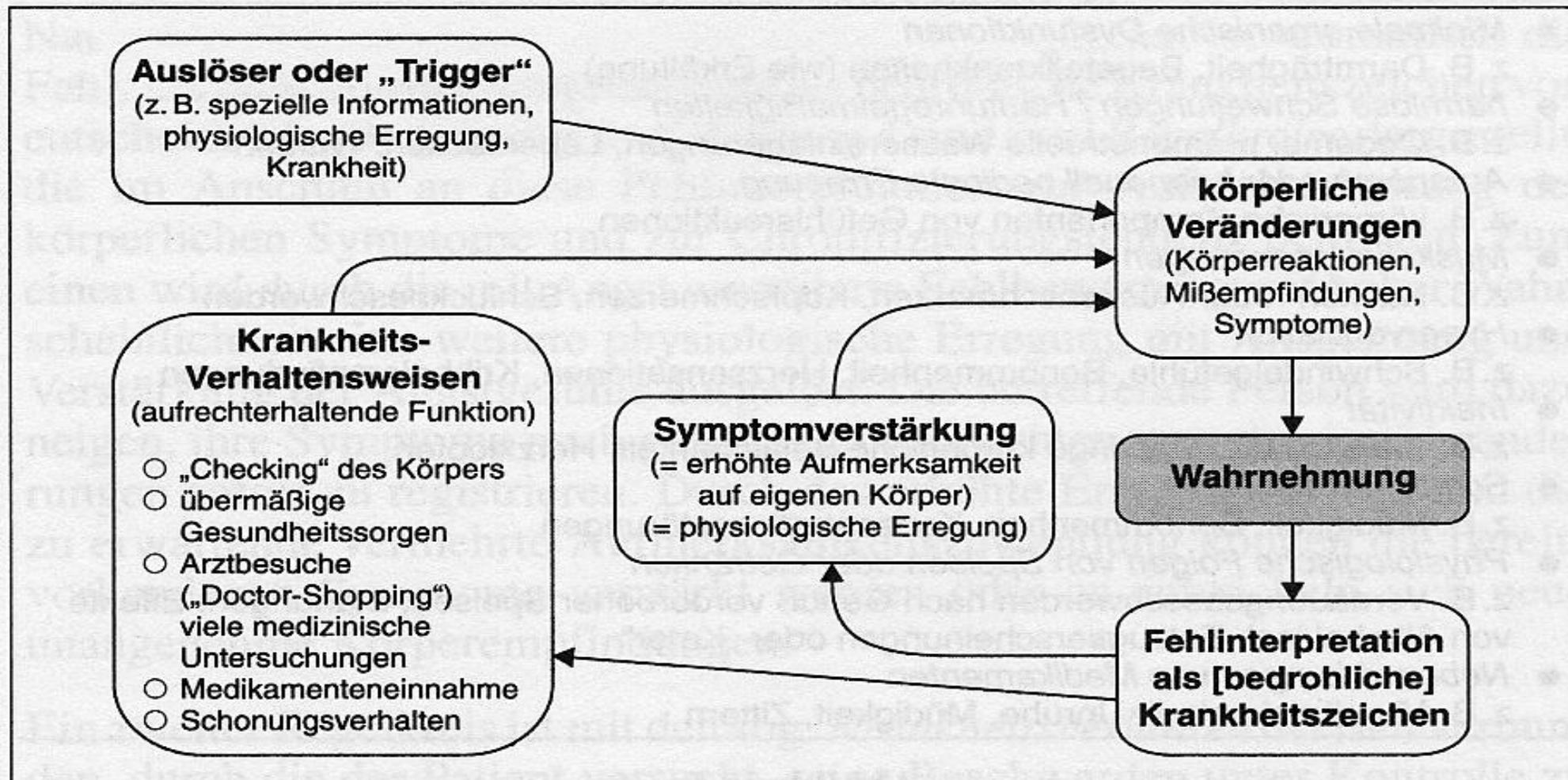
- Genetische Prädisposition
- Biologische Auffälligkeiten (z.B. gestörte Prozesse der Aufmerksamkeit und interozeptiven Wahrnehmung, Beeinträchtigung von Habituationsprozessen an körperliche Veränderungen, veränderte Körperwahrnehmung nach schweren Krankheiten)
- Soziodemographische Merkmale: weibliches Geschlecht, niedriges Bildungsniveau/Schicht, Kulturkreis
- Kindheitserlebnisse: schwerwiegende Belastungen und Traumata in der Kindheit (Gewalt, Vernachlässigung, Verlust, Missbrauch), Modelle für Krankheitsverhalten in der Kindheit
- Andere Lebensereignisse: belastende und traumatisierende Erfahrungen

# Risikofaktoren

- Prädisponierende Persönlichkeitszüge: z.B. Konzept der Alexithymie (Personen, die Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung und dem Ausdruck von Gefühlen haben, Emotionen und körperliche Sensationen nur schlecht unterscheiden können); bislang empirisch nicht belegbar
- Interozeptiver Wahrnehmungsstil: „somatosensorische Verstärkung“ als interindividuell sehr unterschiedlich ausgeprägte Neigung, körperliche Empfindungen als intensiv, schädlich und beeinträchtigend zu erleben, unangenehme Körperempfindungen besonders zu beachten und sie eher als pathologische Zeichen zu beachten

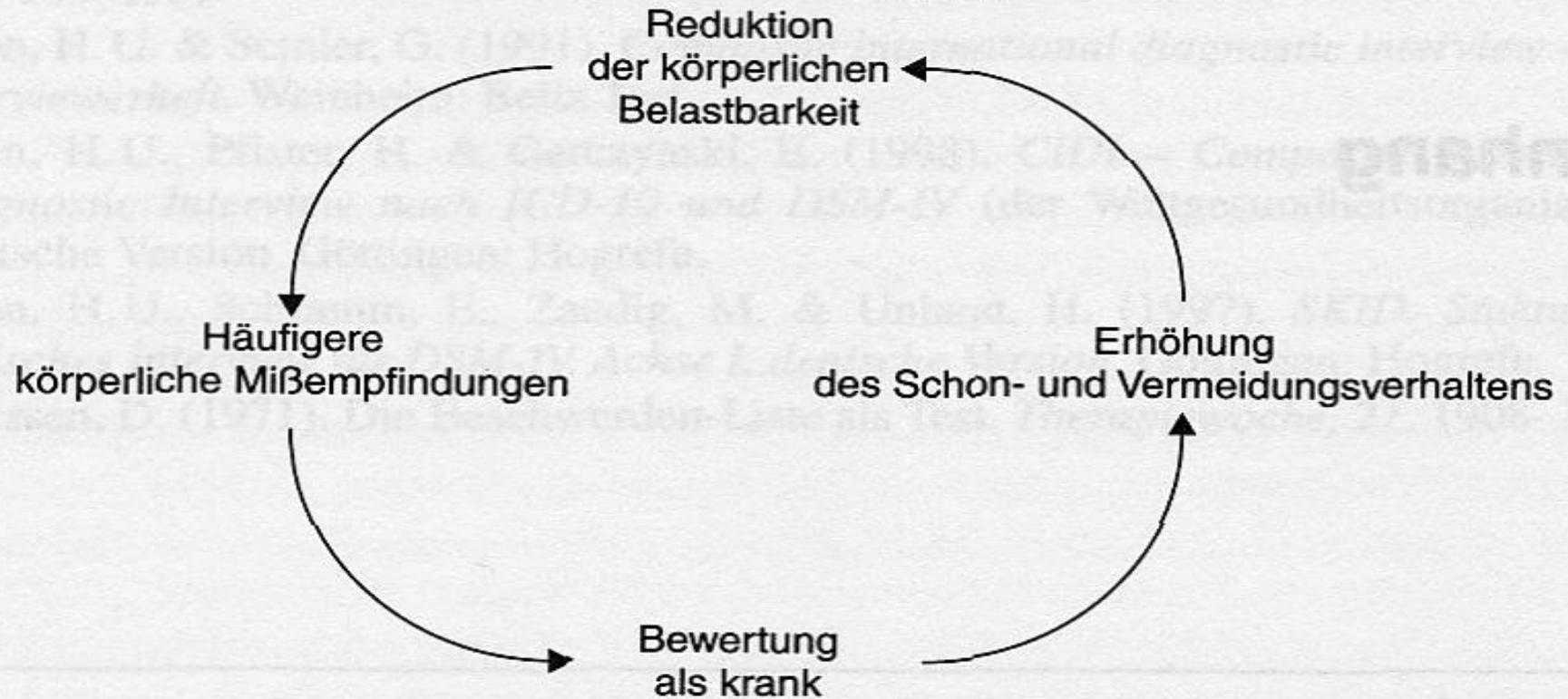
# Risikofaktoren

- Kognitive Fehlbewertungen: Fehlbewertung von Symptomen als gefährliche Krankheitszeichen, unrealistische Einstellungen zum Funktionieren des Körpers, falsche Annahmen über physiologische Zusammenhänge, dysfunktionale Einstellungen zum Gesundheitsbegriff und zu den Aufgaben und Möglichkeiten der modernen Medizin
- Soziale Faktoren: somatoforme Störungen können an eine spez. Art sozialer Kommunikation gekoppelt sein und somit zwischenmenschliche Beziehungen gestalten; operante Verstärkungsbedingungen wie Zuwendung, Schonung, finanzielle Vorteile können Störung mit aufrecht erhalten



**Abbildung 4:**  
Ein Störungsmodell der somatoformen Störungen

## Vermeidungsverhalten als aufrechterhaltender Faktor bei somatoformen Störungen



**Schaubild zur Veranschaulichung  
der Funktion von Schon- und Vermeidungsverhalten**

# Diagnostische Testverfahren

## **Interviewverfahren und Checklisten**

z.B. DIPS, SKID, CIDI Internationale Diagnosen  
Checklisten für ICD-10 und DSM-IV

## **Fragebogenverfahren**

z.B. Screening für Somatoforme Störungen (SOMS),  
Whiteley Index (WI), Somatisierungsskala des SCL-  
90-R, Fragebogen zu Körper und Gesundheit (FKG)

# Exploration

- Anlass und Umstände der Kontaktaufnahme
- Vollständige Erhebung der Beschwerden, körperlichen Befunde, Vorbehandlungen und Vorbefunde
- Klärung des Primärbehandlers
- Diagnostik komorbider Störungen auf der Zeitachse
- Bisherige Erklärungsmodelle für die Beschwerden
- Subjektive Beeinträchtigungen durch die Beschwerden
- Verhaltensaspekte: z.B. Schonverhalten, Checking
- Kognitive Aspekte: z.B. katastrophisierende Bewertungen, Gesundheitsbegriff
- Verstärkungsbedingungen
- Krankheitsmodelle und Vorerfahrungen
- Relevante Lebensereignisse und Belastungen

Was wollen wir mit Pat. mit  
somatoformen Störungen erreichen?

—

14 therapeutische Module

## 1. Aufbau einer tragfähigen therapeutisch-ärztlichen Beziehung

- Pat. soll sich ernstgenommen und wertgeschätzt fühlen, in seinem Leiden gewürdigt
- Aufbau von Zuversicht und Kontrollüberzeugung („ich kann was tun“)

## 2. Motivation zu einem differenzierten und multiprofessionellen Therapieansatz mit hoher Eigenaktivität

- Dabei aber Fokussierung auf festgelegte Behandler und konsequente Behandlung, Abbau von Therapie- und Arzthopping

## therapeutische Kontaktaufnahme

- In den Erstkontakten Pat. durchaus detailliert und ausgiebig Beschwerden schildern lassen
- Krankheitsmodell des Patienten genau erfragen
- Krankheitsmodell des Pat. zunächst übernehmen, dann langsam um psychosomatische Aspekte und Modelle erweitern
- Empathisches Aufnahmen der bisherigen Erfahrungen, Enttäuschungen und Erwartungen
- Genaue Analyse aufrechterhaltender Bedingungen

# therapeutische Kontaktaufnahme

Ein häufiger Strategiefehler ist **zu geringe Empathie**. Dies äußert sich in

- zu wenig Geduld
  - zu geringer Akzeptanz der Erfahrungen des Patienten
- und damit in zu früher veränderungsorientierter Arbeit ohne genaue Kenntnis der physiologischen, intrapsychischen und interpersonellen Funktion der Beschwerden.

Beim Arbeiten mit der therapeutischen Beziehung ist die Beobachtung dieser Emotionen beim Therapeuten selber sowohl ein diagnostisches Kriterium als auch eine wichtige Möglichkeit, derartige Strategiefehler zu vermeiden.

## Knifflige Patientensituation

Patientin mit einer Somatisierungsstörung kommt seit 6 Sitzungen zu Ihnen in die Therapie. Die Sitzungen verlaufen immer ähnlich: sie beginnt gleich zu Beginn ausufernd über ihre aktuellen Beschwerden zu erzählen, bis die Sitzung fast herum ist. Dabei ist sie klagsam, leidend, weitschweifig, kaum zu unterbrechen.

➔ Wie können wir den Sitzungsbeginn gestalten?

# Schrittweise Vermittlung eines psychosomatischen Krankheitsmodells

- Information zum Krankheitsbild, zu psychophysiologischen Zusammenhängen, zu Stressmodellen und zu medizinischen und psychotherapeutischen Zusammenhängen
- Beispielthemen:
  - Stress und körperliche Beschwerden
  - Sympathikus und Parasympathikus
  - vegetatives Nervensystem als Steuerung der Stressreaktion
  - Hyperventilationsphänomene
  - Schrittweiser Ausbau eines Störungsmodells mit auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen (z.B. nach Rief und Hiller)

# Realistische Zieldefinition

- persönliche Ziele definieren (kurzfristig und minimal in den nächsten Tagen und Wochen, mittelfristig bis zum Ende der Behandlung, langfristig für die nächsten Jahre)
- differenzieren: kann Pat. graduelle Adaption akzeptieren oder hat er unrealistische „Heilserwartungen“
- Ziele nur auf körperliche Symptomatik ausgerichtet oder auch auf Änderung des psychischen Leidensdruckes (z.B. entspannen können, wieder mehr Lebensqualität)

### 3. Anleitung zur funktionalen Selbstbeobachtung

- Sammeln von Gründen für eine Selbstbeobachtung
- Einsatz von Selbstbeobachtungsbögen
- Begrenztes Zeitfenster der Selbstbeobachtung (z.B. Stundenprotokolle, Herausgreifen bestimmter positiver und negativer Situationen pro Tag)
- Bei der Auswertung „geführtes Entdecken“
- Wenn sich herausstellt, dass durch die Selbstbeobachtung Beschwerden verstärkt werden, ist dies genau als „Beweis“ für das psychophysiologische Erklärungsmodell zu verwenden

## 4. Einführung in Entspannungsverfahren

- psychophysiologische Prozesse erklären
- Pat. vorbereiten: zunächst verstärkte Symptomwahrnehmung und Unruhe möglich
- Praktische und erlebbare Übungen (PMR), evt. Hausaufgaben mit Übungsanleitung (Kurzentspannungsverfahren) oder Nutzung von CDs
- Verschiedene Ziele differenzieren: Reduktion des allgemeinen Anspannungsniveaus, Einsatz als Copingtechnik, angenehmes Körpererleben

# Übung

## Der Bodyscan für Zwischendurch

Gute Übung für Pat., denen schwer fällt aufgrund körperlicher Symptome zu entspannen

Aus: **C. Derra: Achtsamkeit und Schmerz: Stress, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen und Schmerz wirksam lindern**

## 5. Abbau von Schon- und Vermeidungsverhalten

- Schonverhalten als normale Reaktion bei akuten Erkrankungen
- Schonverhalten bei chronischen Beschwerden: kurzfristig Verringerung von Beschwerden, langfristig weniger Belastbarkeit, reduzierter Trainingszustand, Vermehrung körperlicher Missempfindungen
- Teufelskreis aus Beschwerden und Schonung/Vermeidung → Bewegungsspielraum schränkt sich ein, Lebensqualität sinkt
- Ruhigstellung von Muskulatur führt zu verstärkter Schmerzempfindlichkeit
- Ausweg: körperliche Leistungsfähigkeit langsam und schrittweise steigern durch moderate sportliche Betätigung
- Vorbereitung: Beschwerden können sich bei Belastung kurzfristig verschlechtern, langfristig hilft Reduktion des Schonverhaltens und der Aufbau körperlicher Kondition
- konkretes Aufbautraining planen (z.B. Spaziergänge, Walking, Radfahren, Schwimmen)
- ängstliches Vermeidungsverhalten aufspüren
- Reaktionsexposition anleiten

# Kurzübungsprogramm zur Lockerung und Reduktion von Anspannung

- Vermittlung kurzer Ganzkörper-Lockerungsübungen
- Regelmäßig in den Sitzungen einüben, auch als kurze Erholung nach langem Sitzen in der Gruppe
- Transfer in den Alltag der Patienten (am Arbeitsplatz, zuhause, bei längeren Tätigkeiten)

# Übung

## Kurzlockerungsübung

- Sehr gute Übung für Pat. mit körperlichen Problemen, Somatisierungsneigung, Schmerzen etc.
- Sollte täglich geübt werden und vor allem in den Sitzungen regelmäßig zur Auflockerung geübt werden (sehr gut auch in Gruppentherapien!)

## 6. Abbau von Kontrollverhalten (Checking) und Rückversicherungsverhalten

- Verdeutlichen und „Zählen“ von Checking
- Auslösende Situationen erkennen
- ggf. paradoxe Intervention: Checking verstärkt ausüben und Symptome beobachten
- Prüfverhalten unterlassen und durch funktionale Reaktionsweisen ersetzen
- Funktionalität des Rückversicherungsverhaltens fokussieren
- Bei Bedürfnis nach Rückversicherung Bewältigungsmöglichkeiten erproben

## 7. Zusammenhang von körperlichen Beschwerden und Aufmerksamkeit erarbeiten

- „Scheinwerfermodell“
  - Wege zur Aufmerksamkeitslenkung
  - Bewältigung körperlicher Beschwerden durch Ablenkung
  - Übungen für Pat.: z.B. „Sinnesspaziergang“, Imaginationsübungen mit Ablenkungs- und Entspannungskomponenten (z.B. Gegenstand vorhalten lassen, dann Ablenkungsübung), „Zitronenübung“, Provokation verstärkter Symptome durch Aufmerksamkeitsfokussierung (z.B. „Kloß im Hals“)
- ➔ Pat. sollten hiermit praktische und nachvollziehbare Erfahrungen machen

# Übung

Übung zur Aufmerksamkeitslenkung auf  
Symptome: Schluckübung

## 8. Bedeutung der Bewertung körperlicher Beschwerden

- Einführung ABC-Modell (z.B. erst beschwerdefernes Beispiel wie „nachts um 3 klingelt plötzlich das Telefon“, dann Beschwerde-Beispiel wie „ich wache morgens auf mit Kopfschmerzen“)
- Wie beeinflussen Gedanken unseren Körper, Gefühle und Verhaltenweisen
- Konstruktive und hilfreiche Gedanken und Bewertungen finden

## 9. Krankheitsmodell infrage stellen und alternative Krankheitsmodelle überprüfen

- bisherige Erklärungen und Sichtweisen für Symptome
- bisherige Sichtweise auf Krankheit und Gesundheit
- alternative Erklärungen sammeln (welche nicht so katastrophalen Erklärungen kommen als Ursache in Frage? Gab es Situationen in denen meine Befürchtungen nicht eintrafen?)
- Alternative Modelle im Umgang (wie gehen andere Menschen mit körperlichen Beschwerden um?)
- Techniken zur Neubewertung körperlicher Symptome: z.B. Symptomtagebuch, Verhaltensexperimente (z.B. Hyperventilationstest, Auslösen von Schwindel durch Drehen)
- Reattribuierung übertriebener Krankheitsängste und Befürchtungen

## 10. Verbesserung der Toleranz ggü. körperlichen Missempfindungen

- Erreichen einer erhöhten Toleranz gegenüber alltäglichen körperlichen Missempfindungen (z.B. welchem Symptom möchte ich mich heute stellen?)
- Erreichen größerer Einflussmöglichkeiten auf körperliche Beschwerden und Förderung von bereits vorhandenen erfolgreichen Bewältigungsstrategien
- ➔ Sammlung eigener hilfreicher Bewältigungsstrategien (z.B. Selbstberuhigung, innere Dialoge, Atemtechniken, humorvolle Distanz, Ablenkung etc.)
- Erfahrungen aus der Gruppe sammeln
- Eigene Strategien erproben und einüben
- Monitoring der Erfahrungen

# 11. Funktionaler Umgang mit medizinischen Behandlungen

- Gegenüberstellung: Aufsuchen von ärztlicher Hilfe und Diagnostik sinnvoll bei neuen, unbekanntem Beschwerden
- Bei chronischen Beschwerden reichen organmedizinische Ansätze oft nicht aus und wiederholte Untersuchungen sind wenig erfolgreich
- Viele Betroffene suchen immer wieder neue Ärzte auf unter der Hoffnung, dass die nächste Untersuchung oder Behandlung Klärung und Heilung bringt (Ärztelhopping, Drängen auf Untersuchungen)
- Thematisierung von unrealistischer Hoffnung auf umfassende „Heilung“
- Abwandern zu paramedizinischen Methoden und „Heilern“
- Nicht selten erhebliche Geldausgaben für suspektes Therapieversprechen
- Eigentliche Entstehungs- und Einflussbedingungen bleiben unklar
- Eigene Bewältigungsmöglichkeiten werden dadurch eingeschränkt
- Möglichst wenig Rückversicherung über Unbedenklichkeit der Symptome geben
- Üben, wie Pat. selbst diese Sicherheit entwickeln können
- Arztbesuche nach festem Zeitschema anstreben (zeitkontingent und nicht angstkontingent oder beschwerdekontingent)

# Umgang mit Medikamenten

- Schulung des Pat. (z.B. Wirkweise und Risiken von unterschiedlichen Schmerzmitteln, Beruhigungsmitteln etc.)
- ein Primärbehandler sollte Medikationen der unterschiedlichen Behandler koordinieren
- Gerade bei chronischen Schmerzen und/oder Komorbidität Medikation mit Antidepressiva erwägen → hierzu ist fast immer explizite Information des Pat. notwendig um Hemmschwelle bez. Psychopharmaka zu reduzieren
- Ggf. Übung Medikamententraining: Pat. sollen ihre schmerz- oder beschwerdebezogenen Medikamente in die Gruppe mitbringen, dann erfolgt gemeinsame Klärung über Inhaltsstoff und Wirkweise

# Übung

## Kurzlockerungsübung

- Würdevolles Nicken („Herr Oberstadtrat“)
- „Hallo!“ mit der Nasenspitze in die Luft schreiben
- Schulterkreisen
- Oberkörper schwingen
- „Kirschenklauen“
- „Hula-Hoop“ Beckenkreisen
- Ausschütteln

## 12. Auswirkungen auf die Interaktion

- Analyse des beschwerdebedingten Krankheitsverhaltens
- Auswirkungen auf Interaktionen im partnerschaftlichen, familiären und beruflichen Bereich, Klärung der interpersonellen Funktion von Krankheitsverhalten (dabei empathisches Vorgehen, nicht von „Manipulation“ sprechen)
- Stärkung sozialer Kompetenzen (z. B. Ausdruck und Durchsetzung eigener Wünsche und Bedürfnisse, Stärkung der Konfliktbewältigungsfähigkeit, Förderung einer funktionalen Kommunikationsfähigkeit, Differenzierung des emotionalen Ausdrucks)

## 13. Verbesserung von Stress- und Belastungsbewältigung

- Abbau von Stress und Belastungssituationen (z. B. Veränderungen im Lebensstil, Mittelweg zwischen Schonung und Überforderung finden)
- Einbau entspannender und regenerierender Komponenten in den Alltag
- Eigenen Leistungsanspruch hinterfragen

## 14. Verbesserung der Lebensqualität

- Aufbau von
  - Freizeitverhalten, Hobbys
  - Sexualverhalten
  - sozialen Kontakten
- Förderung der Wahrnehmung positiver Körperempfindungen
- Förderung der Genussfähigkeit („Genusstherapie“):  
Übungen zur verschiedenen Sinnen, Genussregeln
- Aufbau euthymer und angenehmer Aktivitäten