

38. Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

38.1 Klassifikation und Diagnostik

Winfried Rief

Inhaltsverzeichnis

1. Psychosomatik, Somatisierung, somatoforme Störungen: Historische Aspekte und Begriffsbestimmung	924
2. Klassifikation	925
2.1 Klassifikation nach DSM-IV	925
2.2 Klassifikation nach ICD-10	927
2.3 Weiterentwicklungen bei klassifikatorischen Ansätzen	928
3. Diagnostik	928
4. Literatur	930

1. Psychosomatik, Somatisierung, somatoforme Störungen: Historische Aspekte und Begriffsbestimmung

Das Erkennen eines Zusammenhangs zwischen psychischen Prozessen und körperlichen Beschwerden geht zurück bis zu den frühen medizinischen Schriften des Altertums. So wurde angenommen, daß ein unerfüllter Kinderwunsch bei Frauen zu Bewegungen der Gebärmutter führt, die mit Unterleibsschmerzen verbunden sind. Dieses Krankheitsbild wurde Hysterie genannt. Demgegenüber wurde für die Hypochondrie angenommen, daß es sich um eine organische Erkrankung handelt, die ihre Ursache im «Hypochondrium» hat (Brust-/Bauchbereich). Es war ein Verdienst des französischen Arztes Paul Briquet (1859), der in der Mitte des letzten Jahrhunderts die Notwendigkeit unterstrich, sich den Krankheitsbildern mehr deskriptiv zu nähern und sie wissenschaftlichen Erhebungen zugänglich zu machen, anstatt aufgrund weniger Beobachtungen komplexe Theorien aufzustellen.

Neben diesen Konzepten wurde in der Neuzeit der Begriff «Psychosomatik» für die Lehre des Zusammenhangs körperlicher Krankheiten und seelischer Prozesse geprägt. Dieser Begriff wurde immer mehr ausgeweitet, und psychosomatische Aspekte wurden zum Teil für alle Krankheitsbilder als relevant angesehen («Psychosomatik als Weltbild»). Als Gegenbewegung zu dem alle Krankheiten umfassenden Psychosomatikbegriff wurde von anderen Autoren versucht, nur spezifische Krankheitsbilder unter dem Begriff Psychosomatik zu subsumieren. Diese Krankheitsbilder wurden zum Teil auch «psychophysiologische Störungen» genannt (z. B. Asthma bronchiale, essentielle Hypertonie, Ulcus pepticum, u. a.). Jedoch führte auch diese Begriffsdefinition, wie sie z. B. DSM-II verwendete, nicht zu einem einheitlichen Verständnis des «Psychosomatik-Begriffes». Bei den psychophysiologischen Störungen zeigte sich eine große Bandbreite an Entstehungsmöglichkeiten, die je nach individuellem Fall von rein organisch-biologisch bis hin zu stark psychisch beeinflußt reichten. Begleitend zu dieser Entwicklung setzte sich in der klinischen Praxis oftmals auch ein Verständnis von Psychosomatik durch, das primär körperliche Beschwerden

ohne eindeutiges organisches Substrat umfaßte. Bei einer solchen Definition werden somit die historisch unter dem Begriff Hysterie gefaßten Krankheitsbilder ebenfalls subsumiert. Nicht zuletzt aufgrund dieser Begriffsunklarheiten wurde eine präzisere, deskriptive Diagnostik und Definition notwendig.

In Anlehnung an Kellner (1994) werden auch heute noch unter psychosomatischen Störungen vor allem körperliche Krankheiten verstanden, bei denen psychologischen Prozessen in der Ätiologie zumindest bei einem Teil der Patienten eine wesentliche Rolle zukommt. Diese «klassischen» psychosomatischen Krankheiten werden nach den neuen Klassifikationskriterien primär unter den organischen Krankheiten diagnostiziert. Werden psychologischen Prozessen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Krankheiten wesentliche Bedeutung zugeschrieben, so wird als psychische Zusatzdiagnose bei ICD-10 die Nummer *F54 (psychische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten)* bzw. nach DSM-IV die Nummer *316 (spezifische psychische Faktoren, die eine körperliche Krankheit beeinflussen)* verwendet.

Körperliche Symptome, die nicht ausreichend auf organische Krankheiten zurückzuführen sind und auch nicht Sekundärfolgen einer bereits beschriebenen anderen psychischen Problematik sind (z.B. Panikstörungen oder Depressionen), werden seit der Einführung des amerikanischen Klassifikationssystems DSM-III 1980 «somatoforme Störungen» genannt. Im medizinischen Bereich wird dafür oftmals der Begriff «funktionelle körperliche Beschwerden» verwendet, jedoch auch andere Begriffe sind häufig (Rief & Hiller, 1992). Mit dem Begriff «Somatisierung» wird in der Regel die Vorstellung verbunden, daß Personen die mit psychosozialen und emotionalen Problemen verbundenen Belastungen in erster Linie durch körperliche Symptome ausdrücken. Zwar stehen oftmals nur wenige Symptome im aktuellen Mittelpunkt der Aufmerksamkeit bei Patienten, jedoch finden sich in der Anamnese oftmals zahlreiche weitere körperliche Beschwerden.

Trotz dieses Versuchs der Unterscheidung von psychosomatischen Beschwerden als körperliche Erkrankungen mit signifikanten psychischen Einflußvariablen auf der einen Seite

und somatoformen Störungen auf der anderen Seite muß von einem großen Überlappungsbereich ausgegangen werden. Für beide Störungsgruppen sind sowohl psychische als auch körperliche Prozesse anzunehmen, die den Krankheitsprozeß aufrechterhalten. Auch bleibt bei vielen Störungsbildern unklar, zu welcher der beiden Obergruppen sie zu zählen sind. Dies gilt insbesondere für Krankheitsbilder wie funktionelle Dyspepsie (unklare Magenbeschwerden), Colon irritabile (unklare Darmbeschwerden, oftmals mit Durchfall oder Verstopfung), chronisches Erschöpfungssyndrom (chronic fatigue syndrome) oder viele Schmerzsyndrome (z.B. Fibromyalgie).

2. Klassifikation

2.1 Klassifikation nach DSM-IV

Somatoforme Störungen umfassen in erster Linie Krankheitsbilder, bei denen körperliche Beschwerden ohne eindeutig organische Ursache im Vordergrund stehen oder bei denen Ängste um die körperliche Gesundheit von krankhaftem Ausmaß sind. Im amerikanischen System DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996) werden 7 Untergruppen unterschieden (s. Tab. 1).

Tabelle 1: Somatoforme Störungen nach DSM-IV (mit ICD-9-CM-Code und ICD-10-Code)

- Somatisierungsstörung (300.81; F45.0)
- Undifferenzierte somatoforme Störung (300.81; F45.1)
- Konversionsstörung (300.11; F44.xx)
- Schmerzstörung (307.xx; F45.4)
- Hypochondrie (300.7; F 45.2)
- Körperdysmorphie Störung (300.7; F45.2)
- Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (300.81; F45.9)

Als eine der häufigsten Gruppen bei somatoformen Störungen vor allem im medizinischen Bereich sind Patienten mit *multiplen* körperlichen Beschwerden ohne organische Ursache zu nennen. Die schwerste Form dieses Störungsbildes ist die *Somatisierungsstörung*. Die Kriterien nach dem amerikanischen Klassifikationssystem DSM-IV sind in Tabelle 2 aufgeführt. Während DSM-III und DSM-III-R eine Mindest-

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien für Somatisierungsstörung nach DSM-IV (300.81; American Psychiatric Association, 1996, S. 514; (...) Detaillierterläuterungen sind ausgelassen)

- A. Eine Vorgeschichte mit vielen körperlichen Beschwerden, die vor dem 30. Lebensjahr begann und über mehrere Jahre auftraten und zum Aufsuchen einer Behandlung führten oder zu deutlichen Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- B. Jedes der folgenden Kriterien muß erfüllt gewesen sein, wobei die einzelnen Symptome irgendwann im Verlauf der Störung aufgetreten sein müssen:
- (1) vier Schmerzsymptome (...)
 - (2) zwei gastrointestinale Symptome (...)
 - (3) ein sexuelles Symptom (...)
 - (4) ein pseudoneurologisches Symptom (...)
- C. Entweder (1) oder (2):
- (1) Nach adäquater Untersuchung kann keines der Symptome von Kriterium B vollständig durch einen bekannten medizinischen Krankheitsfaktor oder durch die direkte Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) erklärt werden.
 - (2) Falls das Symptom mit einem medizinischen Krankheitsfaktor in Verbindung steht, so gehen die körperlichen Beschwerden oder daraus resultierende soziale oder berufliche Beeinträchtigungen über das hinaus, was aufgrund von Anamnese, körperlicher Untersuchung oder den Laborbefunden zu erwarten wäre.
- D. Die Symptome sind nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der Vorgetäuschten Störung oder Simulation).

anzahl von Symptomen aus einer Symptomliste forderten, ist nach dem Klassifikationssystem DSM-IV auch die Berücksichtigung verschiedener Organsysteme/Beschwerdenbereiche notwendig. Im DSM-IV werden für die einzelnen Beschwerdenbereiche zwar Beispiele für Symptome angegeben, es wird jedoch betont, daß der kulturelle Hintergrund zu berücksichtigen ist und deshalb Variationen in den zu berücksichtigenden Symptomlisten möglich sind.

Die Kriterien für die Somatisierungsstörung sind sehr streng gefaßt. Deshalb fallen die meisten Patienten mit multiplen körperlichen Beschwerden unter die Gruppe der «*undifferenzierten somatoformen Störung*». Sind die Symptome in erster Linie im Bereich der Willkürmotorik oder der sensorischen Funktionen angesiedelt, so daß der Verdacht auf eine neurologische Erkrankung besteht, der sich jedoch nicht bestätigt («pseudoneurologische Symptome»), so ist auch die Diagnose einer *Konversionsstörung* in Erwägung zu ziehen. Typische Beispiele für Konversionsstörungen sind Personen mit psychogenen Krampfanfällen, Lähmungserscheinungen oder sensorischen



Biofeedback: Physiologische Funktionen, die man normalerweise nicht wahrnimmt, wie z.B. die Gespanntheit der Körpermuskulatur oder der Blutdruck, werden durch technische Hilfsmittel in seh- und hörbare Signale umgeformt und dem Patienten angezeigt. Mit solcher Rückmeldung (Feedback) kann er lernen, die Körperfunktionen in Grenzen willkürlich zu beeinflussen (vgl. Zeier, 1990).

Störungen. Stehen demgegenüber Schmerzsymptome im Vordergrund der Erkrankung, so ist an eine *Schmerzstörung* nach DSM-IV zu denken. Bei der Schmerzstörung ist zu unterscheiden, ob sie eindeutig mit psychischen Faktoren in Verbindung steht (DSM-IV 307.80) oder ob sowohl psychische als auch körperliche Aspekte die Schmerzstörung beeinflussen (DSM-IV 307.89).

Bei der *Hypochondrie* (DSM-IV 300.7) werden zwar ebenfalls meist körperliche Beschwerden vom Patienten genannt, im Vordergrund stehen jedoch die Ängste vor einer körperlichen Erkrankung oder die Überzeugung, körperlich krank zu sein. Trotz medizinischer Rückversicherung über die Unbedenklichkeit der Beschwerden bleiben die Überzeugungen oder Ängste beim Patienten bestehen. Schließlich wird die *körperdysmorphe Störung* (früher: «Dysmorphophobie») ebenfalls zu den somatoformen Störungen gezählt. Hierbei empfindet der Patient bestimmte Körperteile von sich als schwer mißgestaltet, obwohl keine offensichtliche Mißbildung vorliegt. Dieses Störungsbild muß von den wahnhaften Erkrankungen sowie von anderen Körperschemastörungen z. B. im Rahmen einer Anorexia nervosa unterschieden werden.

2.2 Klassifikation nach ICD-10

Das Klassifikationssystem ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993; Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 1994) unterscheidet im Gegensatz zum amerikanischen Klassifikationssystem DSM-IV die Hauptgruppen dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) (F44) von den somatoformen Störungen (F45) (s. dazu Tab. 1). Das Kennzeichen der dissoziativen Störungen/Konversionsstörungen ist – wie in DSM-IV – das Vorliegen von sogenannten «pseudoneurologischen Symptomen». Die Untergruppen und genauen Kriterien für die dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) gem. ICD-10 sind in Tabelle 3 aufgeführt.

Bei den somatoformen Störungen wird in ICD-10 als ausgeprägteste Form ebenfalls die Somatisierungsstörung angenommen (F45.0). Ähnlich wie in DSM-IV werden auch hier zahlreiche Symptome aus verschiedenen Organbereichen und Beschwerdebereichen genannt, von denen mindestens sechs vorliegen mußten (s. Tab. 4). Differentialdiagnostisch ist auszuschließen, daß die Symptome ausschließlich während einer Schizophrenie oder verwandten Störung, einer affektiven Störung oder einer Panikstörung auf-

Tabelle 3: Diagnostische Kriterien für Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) nach ICD-10 (F44: Dilling et al., 1994, S. 126; (...) Detailerläuterungen sind ausgelassen) und Syndrome der Kategorie F44

- G1. Kein Nachweis einer körperlichen Krankheit, welche die für diese Störung charakteristischen Symptome erklären könnte (...).
- G2. Überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen den dissoziativen Symptomen und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen.

Im speziellen werden folgende Syndrome genannt:

- F44.0 dissoziative Amnesie
- F44.1 dissoziative Fugue (unerwartetes Durchführen von Reisen, für die anschließend eine teilweise oder vollständige Amnesie besteht)
- F44.2 dissoziativer Stupor (Bewegungsreduktion oder Sprachreduktion bei Erhalt einer normalen Muskeltonus sowie der aufrechten Haltung und der Atmung)
- F44.3 Trance- und Besessenheitszustände (Hierbei sind vor allem die Ausschlußkriterien einer Schizophrenie oder verwandten Störung mit Wahngedanken zu überprüfen)
- F44.4 dissoziative Bewegungsstörung
- F44.5 dissoziative Krampfanfälle
- F44.6 dissoziative Sensibilität- und Empfindungsstörung
- F44.7 dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt
- F44.8 sonstige dissoziative Störungen (Konversionsstörung) (z. B. Ganser-Syndrom, multiple Persönlichkeitsstörung, u. a.)

getreten sind. DSM-IV und ICD-10 führen in der Klassifikation der Somatisierungsstörung zu deutlichen Diskrepanzen, wie in empirischen Studien gezeigt werden konnte (Rief et al., 1996).

Tabelle 4: Körperliche Symptome einer Somatisierungsstörung (F45.0) nach ICD-10 (Dilling et al., 1994, S. 131)

Gastro-intestinale Symptome
(1) Bauchschmerzen
(2) Übelkeit
(3) Gefühl von Überblähung
(4) Schlechter Geschmack im Mund oder extrem belegte Zunge
(5) Klagen über Erbrechen oder Regurgitation von Speisen
(6) Klagen über häufigen Durchfall oder Austreten von Flüssigkeit aus dem Anus
Kardio-vaskuläre Symptome
(7) Atemlosigkeit ohne Anstrengung
(8) Brustschmerzen
Urogenitale Symptome
(9) Dysurie oder Klagen über die Miktionshäufigkeit
(10) Unangenehme Empfindungen im oder um den Genitalbereich
(11) Klagen über ungewöhnlichen oder verstärkten vaginalen Ausfluß
Haut- und Schmerzsymptome
(12) Klagen über Fleckigkeit oder Farbveränderungen der Haut
(13) Schmerzen in den Gliedern, Extremitäten oder Gelenken
(14) Unangenehme Taubheit oder Kribbelgefühl

Einen gravierenden Unterschied zur Diagnostik von multiplen somatoformen Symptomen zwischen ICD-10 und DSM-IV stellt die Einführung der somatoformen autonomen Funktionsstörung (F45.3) in ICD-10 dar. Liegen multiple somatoforme Symptome vor, deren Schwerpunkt jedoch bei Symptomen der autonomen (vegetativen) Erregung liegt, so soll die *somatoforme autonome Funktionsstörung* diagnostiziert werden und nicht die Somatisierungsstörung. Beispiele für mögliche Symptome sind: Palpitationen (Mißempfindungen im Herzbereich), Schweißausbrüche (heiß oder kalt), Mundtrockenheit, Hitzewallungen oder Erröten, Druckgefühl im Epigastrium, Kribbeln oder Unruhe im Bauch. Auch bei der somatoformen autonomen Funktionsstörung gilt, daß die Symptome nicht ausschließlich während Pa-

nikattacken oder anderen phobischen Störungen auftreten dürfen.

Die hypochondrische Störung wird in ICD-10 in Grundzügen ähnlich definiert wie in DSM-IV, jedoch wird die körperdysmorphe Störung als eine Untergruppe der Hypochondrie aufgeführt und nicht als eigene Gruppe wie bei DSM-IV. Es sei noch darauf hingewiesen, daß ICD-10 auch bei anderen Krankheitsgruppen somatoforme Symptome berücksichtigt. So wird die Diagnosegruppe der Neurasthenie aufgeführt (F48.0), wobei das Krankheitsbild in erster Linie durch eine erhöhte Erschöpfbarkeit in Verbindung mit Muskelschmerzen, Benommenheit, Kopfschmerzen, Schlafstörungen oder Reizbarkeit gekennzeichnet wird.

2.3 Weiterentwicklungen bei klassifikatorischen Ansätzen

Während einerseits Personen mit multiplen somatoformen Symptomen sehr häufig vertreten sind, erreichen andererseits die wenigsten dieser Patienten die Kriterien für das Vollbild einer Somatisierungsstörung. Daraus ergibt sich die Schwierigkeit, daß eine der größten Gruppen im Gesundheitssystem unter den Restkategorien «undifferenzierte somatoforme Störung» oder «nicht näher bezeichnete somatoforme Störung» zu diagnostizieren sind. Aus diesem Grund wurde wiederholt gefordert, daß entweder die Kriterien für eine Somatisierungsstörung deutlich weiter gefaßt werden oder die Diagnose eines «multiplen somatoformen Syndroms» eingeführt wird. Kennzeichen dieses Somatisierungssyndroms sollte das Vorliegen multipler körperlicher Beschwerden ohne ausreichende organische Ursache sein, wobei vier bis sechs körperliche Symptome ausreichen sollten (Rief, 1995).

3. Diagnostik

Zur psychologischen Diagnostik bei somatoformen Störungen bieten sich in erster Linie die verschiedenen Beschwerdelisten an (Über-sicht s. Rief, 1995: Beschwerdeliste BL; Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI-R, Skala körperliche Beschwerden; Freiburger Beschwerdenliste FBL; Gießener Beschwerdebogen; Symptom-

Check-List SCL-90-R; MMPI Subskala «Hypochondrie»; Screening für Somatoforme Störungen – SOMS; Whiteley Index WI; Hypochondrie-Hysterie-Inventar HHI; Illness Behaviour Questionnaire – IBQ; Illness Attitude Scales IAS). Außer der Skala SOMS ist bislang keine der Skalen an dem Konzept der somatoformen Störungen validiert. Für die SCL-90-R ist jedoch nachgewiesen, daß eine gewisse Korrelation zwischen der Symptomanzahl an Somatisierungssymptomen nach DSM-III-R sowie dem Ausmaß in der Skala «Somatisierung» besteht. Für den SOMS konnte belegt werden, daß er in befriedigendem Ausmaß ermöglicht, eine Vorselektion von Patienten mit somatoformen Störungen vorzunehmen. Ansonsten liegt bei den Somatisierungssyndromen oftmals Komorbidität mit anderen psychischen Störungen vor (z. B. Depressionen, Ängsten), so daß auch die

se Bereiche psychometrisch erfaßt und für die Therapieevaluation berücksichtigt werden sollten (s. Kasten 1).

Sind bei Patienten Schmerzsymptome im Vordergrund, so können auch die verschiedenen Verfahren zur psychologischen Schmerzdiagnostik eingesetzt werden (Übersicht s. Redegeld et al., 1995; Glier, 1995; Nilges et al., 1995). Die *Schmerzempfindungsskala* (Geissner, 1996) erfaßt über 5 Dimensionen verschiedene sensorische und affektive Komponenten des Schmerzerlebens. Mit dem *Fragebogen zur Erfassung schmerzbezogener Kontrollüberzeugungen FSK* von Flor (1991) werden die Dimensionen Hilflosigkeit und Kontrollierbarkeit im Umgang mit den Beschwerden erfaßt. Für die Erfassung des Ausmaßes der Behinderung bietet sich demgegenüber der *Pain Disability Index* als ökonomi-

Kasten 1

Fragebogen «Screening für Somatoforme Störungen SOMS»

Name, Autor

Screening für Somatoforme Störungen SOMS (Rief, Hiller & Heuser, 1997).

Gegenstandsbereich, Geltungsbereich

Somatisierungssyndrom sowohl bei nicht-klinischen als auch klinischen Gruppen.

Struktur des Verfahrens

Es handelt sich um ein ökonomisches Selektionsverfahren in Form von Selbstbeurteilung. Die erste Fassung (Rief et al., 1992) erfragte die 35 Beschwerden, die für eine Somatisierungsstörung nach DSM-III-R relevant waren. Zwischenzeitlich wurde das Verfahren modifiziert und berücksichtigt die Kriterien für somatoforme Störungen nach DSM-IV und ICD-10, was zu einer Erweiterung auf insgesamt 68 Items geführt hat. Neben den möglichen körperlichen Beschwerden werden auch zahlreiche Verlaufskriterien, Ein- und Ausschlußvariablen in dieser Selbstbeurteilungsskala erfragt. Es existiert eine Version zur Statusdiagnostik, die das Auftreten der Be-

schwerden in den letzten 2 Jahren erfragt, sowie eine Version zur Verlaufsdagnostik, die die Beschwerden der letzten 7 Tage erfragt.

• *Auswertung:* Es werden Summenscores gebildet, die sich an die verschiedenen Symptomlisten der Klassifikationsansätze anlehnen. Daneben wird auch ein Gesamt-Beschwerdenindex berechnet über alle Symptomlisten hinweg.

Gütekriterien

• *Reliabilität:* Der Beschwerdenindex (Summe aller positiv beantworteten Beschwerdenitems) zeigt eine Retest-Korrelation von $r_{tt}=0,87$ (Zeitintervall 72 h).

• *Validität:* Für das Somatisierungssyndrom wurde eine positive prädiktive Power von 0,73 gefunden, eine negative prädiktive Power von 0,97 (Rief, 1995). Ähnliche Validitätshinweise liegen auch für die Somatisierungsstörung nach ICD-10 oder DSM-IV vor.

ches Verfahren an (Dillmann, Nilges, Saile & Gerbershagen, 1994).

Ein anderer Ansatz zur Erfassung des Beschwerdeerlebens sowie von relevanten Verhaltensweisen ist der Einsatz von Tagebüchern. Diese erleichtern oftmals das Erstellen einer Verhaltens- und Bedingungsanalyse, die zu Behandlungsbeginn sowie zur Evaluation sinnvoll ist. Warwick (1995) stellt anhand einer ausgezeichneten Übersicht am Beispiel der Hypochondrie zusammen, welche Informationen im Rahmen einer Verhaltens- und Bedingungsanalyse zu Behandlungsbeginn erhoben werden sollen und wie diese Informationen in funktionale Zusammenhänge gebracht werden. Neben anamnestischen Angaben sowie aktuellen Informationen zu Verhaltensweisen und kognitiven Aspekten betont die Autorin, auch das Verhalten von Angehörigen sowie Verhaltenstests mit den Patienten mit einzubeziehen.

4. Literatur

- American Psychiatric Association. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-IV* (Deutsche Bearbeitung und Einleitung: Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M.). Göttingen: Hogrefe.
- Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris : Baillière et fils.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.). (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V(F). Forschungskriterien*. Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Dillmann, U., Nilges, P., Saile, H. & Gerbershagen, H. U. (1994). Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten. *Der Schmerz*, 8, 100.
- Flor, H. (1991). *Psychobiologie des Schmerzes*. Bern: Huber.
- Geissner, E. (1996). *Die Schmerzempfindungsskala SES*. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Glier, B. (1995). Qualitätssicherung in der Therapie chronischen Schmerzes. Ergebnisse einer Arbeitsgruppe der DGSS zur psychologischen Schmerzdiagnostik. V. Verfahren zur Erfassung kognitiver Schmerzverarbeitung (Schmerzkognitionen) und Schmerzbewältigung (Coping). *Der Schmerz*, 9, 206–211.
- Kellner, R. (1994). Psychosomatic syndromes, somatization, and somatoform disorders. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 61, 4–24.
- Nilges, P., Kröner-Herwig, B., Denecke, H., Glier, B., Klinger, R., Redegeld, M. & Weiß, L. (1995). Qualitätssicherung in der Therapie chronischen Schmerzes. Ergebnisse einer Arbeitsgruppe der DGSS zur psychologischen Schmerzdiagnostik. VI. Verfahren zur Erfassung der Behinderung/Beeinträchtigung. VII. Verfahren zur Erfassung schmerzrelevanter interaktioneller Aspekte in Familie und Partnerschaft. *Der Schmerz*, 9, 242–247.
- Redegeld, M., Weiß, L., Denecke, H., Glier, B., Klinger, R., Kröner-Herwig, B. & Nilges, P. (1995). Qualitätssicherung in der Therapie chronischen Schmerzes. Ergebnisse einer Arbeitsgruppe der DGSS zur psychologischen Schmerzdiagnostik. II. Verfahren zur Erfassung des Schmerzerlebens. III. Verfahren zur Erfassung des Schmerzverhaltens. IV. Verfahren zur Erfassung der Schmerzintensität und Schmerztagebücher. *Der Schmerz*, 9, 151–158.
- Rief, W. (1995). *Multiple somatoforme Symptome und Hypochondrie. Empirische Beiträge zur Diagnostik und Behandlung*. Bern: Huber.
- Rief, W. & Hiller, W. (1992). *Somatoforme Störungen. Körperliche Symptome ohne organische Ursache*. Bern: Huber.
- Rief, W., Hiller, W. & Heuser, J. (1997). *Das Screening für Somatoforme Störungen SOMS*. Testmanual. Bern: Huber.
- Rief, W., Heuser, J., Mayrhuber, E., Stelzer, I., Hiller, W. & Fichter, M.M. (1996). The classification of multiple somatoform symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 680–687.
- Warwick, H.M.C. (1995). Assessment of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 845–853.

38.2 Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen): Ätiologie/Bedingungsanalyse

Winfried Rief

Inhaltsverzeichnis

1. Genetische Aspekte	931	5. Die «somatisierte Depression» und andere psychische Störungen als Risikofaktoren für die Entwicklung von Somatisierungssyndromen	936
2. Biologische Aspekte zur Ätiologie somatoformer Störungen	932	6. Interozeption und externale Stimulierung ...	937
2.1. Biochemische Aspekte	932	7. Verhaltensmerkmale bei somatoformen Störungen	937
2.2. Neurophysiologische Aspekte	932	8. Zusammenwirken möglicher Risikofaktoren bei somatoformen Störungen	938
2.3. Psychophysiologische Aspekte	933	9. Literatur	939
3. Umweltkonzepte	933		
3.1. Sozialisation	933		
3.2. Sozialpsychologische Konzepte	933		
3.3. Belastungen/Streß	934		
3.4. Soziologische Aspekte	934		
4. Persönlichkeitskonzepte	935		

Nach dem aktuellen Stand der Forschung muß davon ausgegangen werden, daß es keine uniformen Prozesse gibt, die zu einer somatoformen Störung führen. Vielmehr scheinen verschiedene Risikofaktoren vorzuliegen, die im individuellen Fall in unterschiedlicher Gewichtung zur Entstehung somatoformer Störungen beitragen können.

1. Genetische Aspekte

Wie bei den meisten anderen psychischen Störungen ist auch bei somatoformen Störungen von einer genetischen Disposition auszugehen, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens somatoformer Symptome beeinflussen kann. In einer Studie von Torgersen (1986) wurde entsprechend gefunden, daß monozygote Zwillinge ($N = 14$) zu 29 Prozent bezüglich der Diagnose somatoforme Störung konkordant waren, während diese Rate bei dizygoten Zwillingen

($N = 21$) nur bei 10 Prozent lag. Die Stichprobengröße war in dieser Studie jedoch so klein, daß die Aussagekraft beschränkt ist. Als interessantes Zusatzergebnis sei noch erwähnt, daß bei keinem der untersuchten Zwillingspaare identische Untergruppen von somatoformen Störungen diagnostiziert wurden.

In einer größeren Stichprobe von über 800 schwedischen Frauen, die bereits früh von den Eltern getrennt leben mußten und von anderen Familien adoptiert wurden, zeigten sich ebenfalls genetische Risikofaktoren. So findet sich bei den biologischen Vätern eine erhöhte Rate an Personen mit Alkoholproblemen sowie soziopathischen Verhaltensweisen (Bohman, Cloninger, Knorrning & Sigvardsson, 1984). Unter Umständen können hier auch Verbindungen bestehen zu frühen Gewalterfahrungen, die weiter unten im Kapitel als mögliche Risikofaktoren diskutiert werden. Somit gibt es, wie bereits Guze (1993) zusammenfaßt, Indizien für eine genetische Komponente, die jedoch nicht

spezifisch für Somatisierungsstörung ist, sondern antisoziales Verhalten sowie Alkoholprobleme mit einschließt und schwächer ausgeprägt ist als bei manchen anderen psychischen Störungen (z. B. Schizophrenie).

2. Biologische Aspekte zur Ätiologie somatoformer Störungen

2.1 Biochemische Aspekte

Zentralnervöse, jedoch auch endokrine und immunologische Prozesse beeinflussen die Wahrnehmung körperlicher Empfindungen. So konnte Fehm-Wolfsdorf (1994) zeigen, daß eine experimentelle Beeinflussung der Cortisol-Konzentration zu einer Veränderung in der Wahrnehmung von Schmerzreizen führt. Entsprechend wurden auch gerade für Cortisol immer wieder Besonderheiten bei Somatisierungssyndromen gefunden, wenn auch die Richtung der Besonderheit bisher unklar ist. Es liegen mehrere Studien vor, die beim chronischen Erschöpfungssyndrom («chronic fatigue syndrome») erniedrigte Cortisolspiegel finden. Ähnliches konnte auch für Frauen mit chronischen Unterbauchbeschwerden gezeigt werden (Ehlert, Locher & Hanker, 1994). Andererseits wurde in einer eigenen Studie, in der Patienten mit chronifizierten multiplen körperlichen Beschwerden untersucht wurden, erhöhte Morgencortisolspiegel gefunden. Da bei Depressiven ebenfalls erhöhte Morgencortisol-Spiegel vorliegen, betont dieses Ergebnis die Parallele zwischen Somatisierungssyndrom und depressiven Erkrankungen.

2.2 Neurophysiologische Aspekte

Bei der Verteilung somatoformer Symptome bezüglich bestimmter Körperregionen scheint es eine gewisse Bevorzugung für die linke Körperhälfte zu geben (55% der unilateralen Symptome sind linksseitig, 45% sind rechtsseitig). Diese Befunde lassen auch Zusammenhänge zur Hemisphärenspezialisierung des Gehirns vermuten. So zeigte sich bei der Bearbeitung visuo-spatialer Aufgaben (die vor allem eine rechts-

hemisphärische Aktivierung nach sich ziehen) im regionalen cerebralen Blutfluß eine deutlichere rechtshemisphärische Aktivierung bei Somatisierungspatienten als bei Kontrollpersonen (James et al., 1987). Flor-Henry, Fromm-Auch, Tapper und Schopflocher (1981) untersuchten Patienten mit multiplen körperlichen Beschwerden mittels einer neuropsychologischen Testbatterie und interpretieren ihre Ergebnisse sowohl im Sinne von Defiziten der Funktionsabläufe in der dominanten als auch in der nicht-dominanten Hirnhemisphäre.

Auch in anderen Untersuchungen zu zentralnervösen Prozessen zeigten sich Besonderheiten bei Somatisierungspatienten. Gordon, Kraiuhin, Kelly, Meares und Howson (1986) fanden ausgeprägtere N1-Amplituden im evozierten Potential als bei Gesunden, was als Störung in der Reizfilterung bzw. Aufmerksamkeitsfokussierung auf relevante Reizmerkmale interpretiert werden kann. Genauso zeigen Personen mit Somatisierungsstörungen vor allem zentral und parietal (Hinterhaupt-Region) eine geringere «mismatch negativity» (James, Gordon, Kraiuhin, Howson & Meares, 1990), was ebenfalls als eine Schwierigkeit in der Aufmerksamkeitsfokussierung auf relevante Reize gewertet wird. Eine Bestätigung von Besonderheiten der Hemisphärenspezialisierung, im Besonderen im rechtshemisphärischen Bereich, stammt auch von einer Studie von Wittling, Roschmann und Schweiger (1992). Untersucht wurden Personen mit hohen und niedrigen Belastungen durch «psychosomatische Beschwerden». Bei emotional belastenden, aversiven Reizen traten bei einem Zeitraum von 700 bis 900 Millisekunden nach Reizdarbietung signifikante Unterschiede rechtshemisphärisch zwischen den Gruppen auf. In anderen Studien der gleichen Arbeitsgruppe wurde festgestellt, daß diese Hirnareale während Cortisolausschüttungen besondere Aktivitäten aufweisen. Deshalb kann es sich bei diesem Befund um ein Verbindungsglied zwischen endokrinen und immunologischen Prozessen einerseits sowie neurophysiologischen Prozessen andererseits handeln.

Wenn auch die Untersuchung von neurophysiologischen Prozessen bei Somatisierungspatienten noch eine junge Geschichte hat, so zeigt sich zusammenfassend ein gewisser Trend in Richtung Besonderheiten im rechtshemisphärischen Hirnbereich. Im speziellen schei-

nen Besonderheiten vor allem dann aufzutreten, wenn selektive Aufmerksamkeitsprozesse oder intensive emotionale Reize bei der Untersuchung von Relevanz sind.

2.3 Psychophysiologische Aspekte

In verschiedenen Arbeiten konnten Anhaltspunkte für ein erhöhtes psychophysiologisches Aktivierungsniveau gefunden werden. Ein erhöhtes physiologisches Aktivierungsniveau kann dazu beitragen, daß körperliche Signale verzerrt wahrgenommen werden und somit auch leicht als krankhaft fehlinterpretiert werden (Hanback & Revelle, 1978; Pennebaker, 1982). Mit einem erhöhten Aktivierungsniveau gehen oftmals eine erhöhte physiologische Reaktionsbereitschaft sowie eine fehlende oder reduzierte Fähigkeit zur Habituation einher.

Neben diesen allgemeinen psychophysiologischen Besonderheiten des Störungsbildes kann davon ausgegangen werden, daß auch mit Einzelsymptomen spezifische physiologische Veränderungen einhergehen. So können über Schmerzarealen thermische Veränderungen, Durchblutungsänderungen und muskuläre Spannungen auftreten. Auch chronische Hyperventilation oder sonstige Fehlatemungsmuster führen zu physiologischen Veränderungen, die mit Einzelsymptomen verbunden sind oder solche verstärken. Für Symptome im Gastrointestinalbereich wurde mehrfach belegt, daß Besonderheiten in der Magen- und Darmmotilität vorliegen können. Insgesamt sollten somatoforme Symptome somit nicht als rein psychisches Bewertungsphänomen verstanden werden, sondern es müssen auch die psychophysiologischen Korrelate des Störungsbildes Berücksichtigung finden.

3. Umweltkonzepte

3.1 Sozialisation

Bei Somatisierungspatienten wurde gehäuft gefunden, daß in der Kindheit Kranksein ein wichtiges Familienthema war, da z. B. ein Elternteil oder ein Geschwister eine schwere Krankheit hatte. Dies läßt vermuten, daß die Art des Umgangs mit Körpersignalen, ihre Be-

wertung sowie Verhaltenskonsequenzen über eigene Erfahrungen oder über Modelle gelernt werden kann (Craig, Boardman, Mills, Daly-Jones & Drake, 1993). So konnten Livingston, Witt und Smith (1995) nachweisen, daß Kinder von Somatisierungspatienten ebenfalls bereits deutlich erhöhte Fehlzeiten in der Schule oder Arztbesuche aus vorsorglichen Gründen aufwiesen als Kinder von Personen, die keine Somatisierungsstörung aufwiesen.

Aus diesem Grund wurde der Begriff «chronisches Krankheitsverhalten» (abnormal illness behaviour) geprägt. Er charakterisiert Verhaltensmerkmale wie gehäuftes Aufsuchen von ärztlicher Diagnostik und Behandlung, Selbstmedikation, Ausstellenlassen von Krankheitsunfähigkeitsbescheinigungen, u. a. Diese Verhaltensweisen können von der Umwelt des Betroffenen (Familie, Arbeitsplatz, Gesundheitssystem) verstärkt werden. Auch eine vorzeitige Berentung kann eine solche Gratifikation für Krankheitsverhalten darstellen.

3.2 Sozialpsychologische Konzepte

Typische Einstellungen prägen die Art und Weise, wie Körperempfindungen bewertet werden und welche Verhaltenskonsequenzen ihnen folgen (s. Tab. 1). Barsky, Coeytaux, Sarnie und Cleary (1993) können in einer Studie zeigen, daß hypochondrische Patienten sich dadurch auszeichnen, daß sie einen zu eng gefaßten Begriff von Gesundheit haben. Körperliche Mißempfindungen sind ein tägliches Phänomen bei allen Personen, die jedoch in der Regel keine besondere Aufmerksamkeit erfahren. Somatisierungspatienten neigen demgegenüber bereits bei Bagatellempfindungen dazu, diese als mögliche Krankheitszeichen zu bewerten.

Auch für den deutschsprachigen Raum konnte in eigenen Untersuchungen gezeigt werden, daß Somatisierungspatienten dazu neigen, bereits leichte körperliche Mißempfindungen als Krankheitssignale zu bewerten. Dies geht oftmals einher mit einer geringen Toleranz für körperliche Belastung. Es wird vermieden, sich körperlicher Belastung zu stellen, da diese gegebenenfalls die Mißempfindungen erhöhen könnte oder vermeintliche Krankheitsprozesse beschleunigen könnte. Auf der Ebene des Selbst-

Tabelle 1: Typische Einstellungen von Somatisierungspatienten

- | |
|---|
| <p>(1) Katastrophisierende Bewertung körperlicher Empfindungen, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hinter Übelkeit steckt häufig ein nicht-erkanntes Magengeschwür. - Plötzlich auftretende Gelenkschmerzen können eine Lähmung ankündigen. - Fühle ich mich körperlich schlapp, hat dies oft etwas schlimmes zu bedeuten. <p>(2) Intoleranz gegenüber körperlichen Beschwerden, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ich kann Schmerzen nur schwer aushalten. - Bei körperlichen Beschwerden hole ich möglichst sofort ärztlichen Rat ein. <p>(3) Körperliche Schwäche, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Größere Anstrengungen muß ich vermeiden, um meine Kräfte zu schonen. - Wenn ich schwitze wird mir klar, daß mein Organismus einfach nicht belastbar ist. |
|---|

bildes dominieren entsprechend Einstellungen wie «ich bin schwach und wenig belastbar; ich muß meinen Körper schonen» und andere.

3.3 Belastungen/Streß

Zwischenzeitlich gibt es eine Serie von Belegen, daß traumatische Lebensereignisse oftmals die Entwicklung von Somatisierungssymptomen sowie chronischem Krankheitsverhalten nach sich ziehen. Aus den beiden Weltkriegen genauso wie von neueren Kriegsschauplätzen werden zahlreiche «Konversionsphänomene» beschrieben. Auch Opfer von Gewalttaten und sexuellen Übergriffen weisen eine erhöhte Somatisierungsrate auf. Diese Ergebnisse sind um so bedeutender, da belegt werden konnte, daß bei Somatisierungspatienten die Rate an traumatischen Lebensereignissen nicht nur höher als bei Gesunden ist, sondern auch höher als bei anderen klinischen Gruppen (z. B. Barsky, Wool, Barnett & Cleary, 1994; Morrison, 1989; Pribor, Yutzy, Dean & Wetzell, 1993; Walker, Katon, Hansom, Harrop-Griffiths, Holm, Jones, Hickok & Jemelka, 1992; s. Kasten 1).

In jüngerer Zeit wurden gerade sexuelle Übergriffe als mögliche Risikofaktoren häufig untersucht. Es kann davon ausgegangen werden, daß diese Ergebnisse auch auf andere aggressive Handlungen mit Körperbedrohung ausgeweitet werden können. Während sexuellen traumatischen Erfahrungen sowohl für das Somatisierungssyndrom als auch für die Hypochondrie bereits eine wichtige Bedeutung zukommt, scheint der Einfluß bei dissoziativen Störungen noch ausgeprägter. Es werden zum Teil Studien

berichtet, die bei allen untersuchten Patienten mit dissoziativen Störungen Hinweise auf massive sexuelle Übergriffe fanden (Saxe, van der Kolk, Berkowitz, Chinman, Hall, Lieberg & Schwartz, 1993).

An dieser Stelle sei auf die Querverbindung zwischen verschiedenen Risikofaktoren bei Somatisierungspatienten hingewiesen. So finden sich im familiären Umfeld von Somatisierungspatienten gehäuft Personen mit Alkoholproblemen, so daß die Wahrscheinlichkeit für Gewalterfahrungen erhöht ist.

3.4 Soziologische Aspekte

Das Vollbild einer Somatisierungsstörung ist deutlich häufiger bei Frauen als bei Männern anzutreffen. Das läßt vermuten, daß auch soziologischen Aspekten in der Entstehung somatoformer Störungen eine gewisse Bedeutung zukommt. Das häufigere Auftreten bei Frauen kann sicherlich zum Teil darauf zurückgeführt werden, daß diese von den beschriebenen Risikofaktoren häufiger betroffen sind. Inwiefern auch Unterschiede bei genetischen und biologischen Variablen von Bedeutung sind, ist bislang ungeklärt. Das asymmetrische Geschlechterverhältnis scheint jedoch auch etwas mit den strengen und eng gefaßten Kriterien der Somatisierungsstörung zusammenzuhängen. Werden demgegenüber weiter gefaßte Kriterien für ein multiples somatoformes Syndrom herangezogen, so nähert man sich immer mehr einer Gleichverteilung zwischen den Geschlechtern (ca. 60% Frauen zu 40% Männern).

Das typische Alter bei Erstauftreten der Symptome liegt im Bereich von 15 bis 25 Jahren.

Kasten 1

Kindheitserinnerungen bei Personen mit Hypochondrie:
Studie von Barsky et al. (1994)

Fragestellung

Unterscheiden sich Personen mit Hypochondrie von Patienten mit anderen Erkrankungen bezüglich berichteter Erinnerungen an körperliche Gewalt, sexuellen Übergriffen und anderen Merkmalen des Elternhauses?

Methode

• *Stichprobe:* 2 Gruppen von Patienten (60 mit Hypochondrie – 72% Frauen; 60 mit anderen Erkrankungen außer Hypochondrie – 65% Frauen).

• *Untersuchungsverfahren:* Die Patienten wurden mittels strukturierter Interviews diagnostiziert und anschließend mit einem Fragebogen untersucht.

Ergebnisse

Die Ergebnisse in der Tabelle 2 zeigen, daß Patienten mit Hypochondrie mehr belastende Ereignisse berichten als andere Patienten.

Tabelle 2: Anzahl an berichteten belastenden Ereignissen

	Patienten mit Hypochondrie	Patienten mit anderen Krankheiten, ohne Hypochondrie
Traumatischer sexueller Kontakt vor 17. Lebensjahr	29%	7%
Körperliche Gewalterfahrung (nicht sexueller Art) vor 17. Lebensjahr	32%	7%
Beträchtliche Konflikte unter den Eltern	29%	9%
Häufig in der Schule wegen Krankheiten gefehlt	53%	17%

Jedoch sowohl im Kindesalter als auch im späteren Lebensalter können erstmals Symptome einer somatoformen Störung auftreten. Nach dem amerikanischen Diagnosesystem DSM-IV werden jedoch Somatisierungsstörungen nicht mehr diagnostiziert, wenn die ersten Symptome erst nach dem 30. Lebensjahr auftreten.

Zum Teil liegen Hinweise darauf vor, daß Personen aus unteren sozialen Schichten, die in städtischen Gegenden leben, häufiger somatoforme Symptome entwickeln als Personen aus ländlichen Gegenden und mit höherem sozioökonomischen Status. Inwiefern diese Befunde auf den deutschsprachigen Raum zutreffen, ist jedoch noch unklar. Auch muß bei diesen Risikofaktoren wieder berücksichtigt werden, daß sie mit anderen Risikobedingungen konfundiert sind. So leben Personen mit Somatisierungssyndrom – wie bereits erwähnt – häufiger mit Partnern zusammen, die einen erhöhten Alkoholkonsum aufweisen bzw. Alkoholprobleme haben (Rief, 1996). Dies ist mit einem erhöh-

ten Risiko für ein soziales Abgleiten verbunden. Unter solchen familiären Bedingungen treten wiederum vermehrt Gewalterfahrungen auf, die ebenfalls einen Risikofaktor darstellen (s. o.).

4. Persönlichkeitskonzepte

Barsky und Wyshak (1990) beschreiben als wichtigstes Merkmal von Somatisierungspersonen die «somatosensory amplification» (somatosensorische Verstärkung). Sie meinen damit ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal, körperliche Symptome verstärkt zu beachten, eine Aufmerksamkeitsfokussierung vorzunehmen, wodurch sich die subjektive Empfindung der körperlichen Sensationen verstärkt und die Gefahr erhöht, daß diese körperlichen Mißempfindungen als krankhaft fehlbewertet werden. Die Autoren entwickelten eine psychometrische Skala zur Messung dieser Persönlichkeits-eigenschaft und konnten zeigen, daß Personen

mit Hypochondrie deutlich erhöhte Werte auf diesem Faktor «somatosensorische Verstärkung» haben.

Vor allem von psychoanalytischer Seite wurde häufig vermutet, daß «Alexithymie» einen ätiologisch bedeutsamen Faktor darstellen könnte. Unter Alexithymie wird die Unfähigkeit verstanden, Emotionen korrekt wahrzunehmen und verbal auszudrücken. Jedoch auch ein konkreter, realitätsorientierter Denkstil, eine reduzierte Fähigkeit zu Tagträumereien und eine Phantasiearmut werden als mögliche Merkmale der Alexithymie aufgeführt (Rief & Hiller, 1992). Können Personen ihre eigenen Emotionen nur schwer exakt erkennen und benennen, so besteht nach dieser Theorie eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, daß die körperlichen Äquivalente von Emotionen zwar wahrgenommen, jedoch fehlbewertet werden und eine krankheitsbezogene Bedeutung erhalten. Dadurch könne es vermehrt zu Somatisierungssymptomen kommen.

Während das Konzept der Alexithymie schnell an Popularität gewann, konnte es in seiner Bedeutung als Risikofaktor für Somatisierungssymptome bislang nicht ausreichend belegt werden. Dies lag zum Teil jedoch auch an unzulänglichen Erhebungsinstrumenten. Ende der achtziger Jahre wurde die Toronto Alexithymie Skala veröffentlicht, für die relativ gute Testgütekriterien angenommen wurden. Es konnte gezeigt werden, daß Personen, die körperlich bedrohliche Zustände oder damit verbundene Ängste erlebt haben, erhöhte Werte auf dieser Alexithymie-Skala haben (z. B. Vergewaltigungsoffer, Personen mit schwerer körperlicher Krankheit, Panikpatienten, Personen mit Anorexia nervosa). Es mußte jedoch auch kritisch festgestellt werden, daß solche Ergebnisse unter Umständen eher durch einen allgemeinen Depressivitäts- oder Demoralisierungsaspekt entstehen, der sich eng mit den Fragebogenwerten korreliert zeigte (Rief et al., 1996). Auch zeigen diese Ergebnisse, daß erhöhte Alexithymie-Werte nicht für Somatisierung oder psychosomatische Krankheiten spezifisch sind, was ursprünglich angenommen wurde. Nach dem bisherigen Stand der Wissenschaft ist es eher unwahrscheinlich, daß Alexithymie einen spezifischen Risikofaktor für Somatisierung darstellt; gegebenenfalls kann es sich jedoch um einen allgemeinen Risikofaktor

für die Entstehung psychischer Krankheiten handeln oder um eine Folge von anderen Risikofaktoren (Vingerhoets, Van Heck, Grim & Bermond, 1995).

In neuerer Zeit wurde das Persönlichkeitsmodell «the big five» eingeführt und diskutiert (Extraversion, Freundlichkeit, Charakterstärke, Emotionalität, Reflexivität/Offenheit). In einer Arbeit von Kirmayer, Robbins und Paris (1994) wird herausgearbeitet, wie diese neu definierten Persönlichkeitsfaktoren mit der Entstehung und Aufrechterhaltung zum einen von somatoformen Störungen, zum anderen jedoch auch bezüglich des Hilfesuch-Verhaltens sich ausdrücken können. So diskutieren die Autoren als mögliche direkte Risikofaktoren repressive Persönlichkeitsmerkmale, einen somatisch orientierten Attributionsstil und Alexithymie. Negative Affektivität als ausgeprägtes Persönlichkeitsmerkmal kann zu höheren Belastungen sowohl somatischer als auch emotionaler Art führen. Andere Persönlichkeitsmerkmale (z. B. Liebenswürdigkeit [agreeableness] oder Intellektualisierung) beeinflussen demgegenüber mehr das Interaktionsverhalten zwischen Patient und Arzt, so daß auch dieses symptomterhaltend wirken kann.

5. Die «somatisierte Depression» und andere psychische Störungen als Risikofaktoren für die Entwicklung von Somatisierungssyndromen

Von psychiatrischer Seite aus wurde immer wieder vermutet, daß es sich bei der Somatisierung auch um das körperliche Äquivalent von Depressionen handeln kann, deren affektive Komponenten eher im Hintergrund stehen («somatisierte Depression», «larvierte Depression»). Als Indiz für diese Vermutung kann die hohe Komorbidität zwischen Somatisierungssyndromen und Depression gewertet werden (Katon, Lin, von Korff, Russo, Lipscomb & Bush, 1991; Rief, 1995). Untersucht man jedoch die beiden Störungsbilder, so zeigt sich, daß sowohl Somatisierung als auch Depression unabhängig voneinander auftreten können. In retrospektiven

Befragungen wurde auch gefunden, daß im Falle von Komorbidität zwischen Somatisierung und Depression häufig die Somatisierungssymptomatik früher auftritt und der Zeitabstand zum Erstauftreten von depressiven Syndromen mehrere Jahre betragen kann (Rief, Schaefer, Hiller & Fichter, 1992; Wittchen, Essau, Rief & Fichter, 1993). Auch fehlt bis heute die wissenschaftliche Basis, daß beide Störungsbilder auf identische Prozesse zurückzuführen sind (z. B. auf gemeinsame biologische Veränderungen).

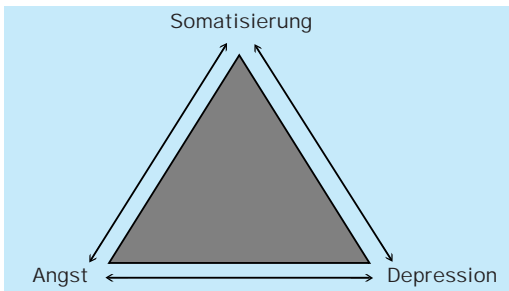


Abbildung 1: Somatisierung, Angst und Depression als gegenseitige Risikofaktoren

Trotz der gut belegten hohen Komorbidität zwischen Depression und Somatisierung muß auch die ebenfalls deutlich erhöhte Komorbidität zwischen Somatisierung und Angststörungen berücksichtigt werden. Am wahrscheinlichsten erscheint es zum heutigen Zeitpunkt, daß die genannten psychischen Störungen als gegenseitige Risikofaktoren zu betrachten sind. Personen mit Somatisierung schränken oftmals ihren Lebensradius ein, was die Entwicklung von Depressionen und Angstzuständen fördern kann. Depressive Personen neigen zu verzerrter Körperwahrnehmung sowie einer negativen Bewertung von Körpervorgängen, was die Entwicklung von Somatisierung als auch von Panikstörungen fördern kann. Personen mit Angststörungen schränken ihren Lebensradius ein und neigen zur erhöhten körperlichen Selbstbeobachtung, was die Entwicklung von Depressionen und Somatisierungssyndromen fördern kann (s. Abb. 1).

6. Interozeption und externale Stimulierung

Pennebaker (1982) hat in verschiedenen experimentallypsychologisch gestützten Studien aus-

geführt, daß vor allem zwei Faktoren die Wahrnehmung und Bewertung körperlicher Mißempfindungen beeinflussen: zum einen die Signalstärke des interozeptiven Reizes (z. B. Stärke des Herzklopfens, Stärke der Atmungsgeräusche, Ausmaß der muskulären Verspannung, u. ä.), zum zweiten jedoch auch in reziprokem Zusammenhang das Ausmaß der externalen Stimulation (z. B. monotone Umgebung versus interessante, stimulierende Umgebungsbedingungen). Die internalen Signale können somit zum einen verstärkt wahrgenommen werden, wenn ein erhöhtes Ausmaß an interozeptiven Fähigkeiten vorliegt. Zum anderen läßt sich vermuten, daß bei monotonen Umgebungsbedingungen ebenfalls die Wahrscheinlichkeit zur Wahrnehmung und Fehlbewertung körperlicher Vorgänge erhöht ist. Jedoch sind bisher die Aspekte der Interozeption sowie der externalen Stimulierung bei Somatisierung noch unzureichend wissenschaftlich überprüft. Im Gegensatz zur Panikstörung, wo unter Umständen spezifische Besonderheiten der Interozeption bezüglich des kardiovaskulären Systems vorliegen können, wäre beim Somatisierungssyndrom von einer allgemeinen Interozeptionsstörung auszugehen.

7. Verhaltensmerkmale bei somatoformen Störungen

Verhaltensmerkmale bei Somatisierungspatienten haben vermutlich seltener die Funktion eines Risikofaktors für die Entstehung, sind jedoch in aller Regel für die Aufrechterhaltung der Störung von Bedeutung. Vor allem die zwei Merkmale Schonverhalten/Vermeidungsverhalten sowie Kontrollverhaltensweisen («checking behaviour») spielen eine große Rolle. Das ausgeprägte Schonverhalten führt zum einen dazu, daß der körperliche Trainingszustand sich weiter reduziert, was als Folge hat, daß körperliche und psychische Belastungsmomente zu stärker wahrnehmbaren körperlichen Veränderungen führen. Dies ist für betroffene Patienten oftmals eine Bestätigung ihres persönlichen Krankheitskonzeptes. Schonverhalten führt jedoch auch dazu, daß vermehrt reizarme Umgebungsbedingungen aufgesucht werden (sozialer Rückzug, passive Freizeitgestaltung), was entsprechend der Ausführungen im vorangegangenen Absatz

ebenfalls das Risiko erhöht, interne Signale verstärkt wahrzunehmen und fehlzubewerten.

Viele Patienten mit somatoformen Störungen, vor allem in Zusammenhang mit hypochondrischen Ängsten, neigen auch dazu, ihren Körper ständig zu kontrollieren. Die Angst vor körperlicher Krankheit wird dadurch kurzfristig reduziert, daß Körperstellen abgetastet werden, daß mental der Körper durchgegangen wird und auf mögliche Krankheitsaspekte überprüft wird («scanning») oder daß bestimmte Verhaltensweisen mehrfach wiederholt werden (z.B. Schlucken bei Angst vor Kehlkopfkrebs). Diese Verhaltensweisen führen zu einer kurzfri-

stigen Angstreduktion und werden dadurch im lernpsychologischen Sinne verstärkt. Sie verhindern jedoch eine langfristige Bewältigung der Ängste, die den Kontrollverhaltensweisen zugrunde liegen (Salkovskis, 1996).

8. Zusammenwirken möglicher Risikofaktoren bei somatoformen Störungen

In Abbildung 2 ist dargestellt, wie verschiedene Risikofaktoren zur Entstehung und Aufrecht-

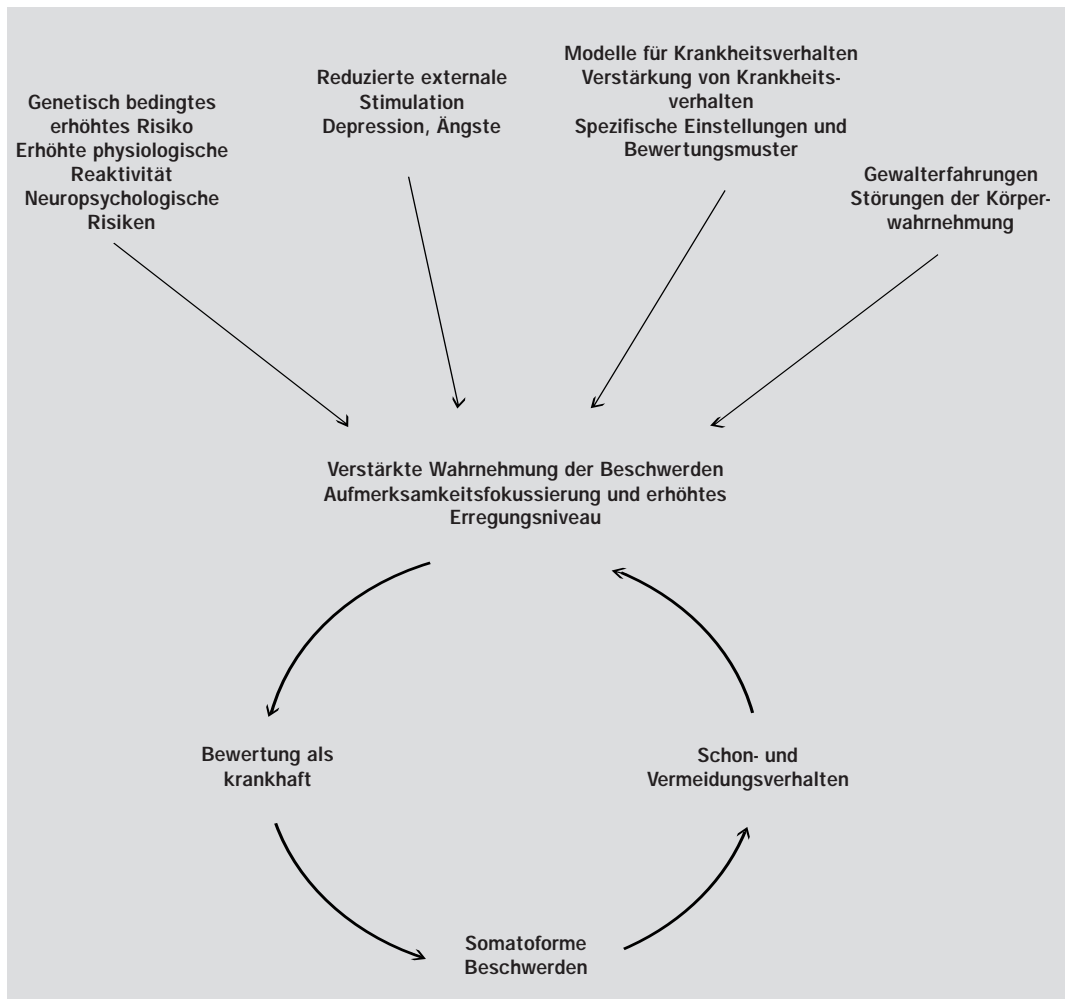


Abbildung 2: Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen: Risikofaktoren.

erhaltung somatoformer Störungen beitragen können. Es soll jedoch grundsätzlich erwähnt werden, daß solche Modelle Verallgemeinerungen und Verkürzungen darstellen, so daß am Einzelfall jeweils Abweichungen möglich sind.

Zentrales Merkmal dieses Modells ist ein Regelkreis von perzeptiven Prozessen (z. B. Wahrnehmung körperlicher Mißempfindungen), kognitiven Bewertungsprozessen (z. B. «Dies sind Zeichen einer möglichen Krankheit oder meiner allgemeinen körperlichen Schwäche»), und Verhaltensweisen (reduzierte körperliche Belastung, Rückzug aus sozialen Verpflichtungen, Aufsuchen von Einrichtungen des Gesundheitssystems). Diese Verhaltensweisen tragen wiederum dazu bei, daß sich die Aufmerksamkeitsfokussierung auf körperliche Prozesse erhöht, was wiederum deren Wahrnehmung und damit die Einschätzung als etwas «nicht normales» beeinflusst.

Zur Entstehung und Aufrechterhaltung dieses Regelkreises können nun zeitstabilere Faktoren beitragen. Biologische Aspekte, psychische Dispositionen und Umweltfaktoren können beeinflussen, ob der oben beschriebene Regelkreis überhaupt in Gang gesetzt wird bzw. wie lange er aufrecht erhalten bleibt.

9. Literatur

- Barsky, A.J. & Wyshak, G.L. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, 157, 404–409.
- Barsky, A.J., Coeytaux, R.R., Sarnie, M.K. & Cleary, P.D. (1993). Hypochondriacal patient's beliefs about good health. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1085–1089.
- Barsky, A.J., Wool, C., Barnett, M.C. & Cleary, P.D. (1994). Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 397–401.
- Bohmann, M., Cloninger, R., Knorrung von, A.-L. & Sigvardsson, S. (1984). An adoption study of somatoform disorders. Cross-fostering analysis and genetic relationship to alcoholism and criminality. *Archives of General Psychiatry*, 41, 872–878.
- Craig, T.K.J., Boardman, A.P., Mills, K., Daly-Jones, O. & Drake, H. (1993). The south London somatisation study I: Longitudinal course and the influence of early life experiences. *British Journal of Psychiatry*, 163, 579–588.
- Ehler, U., Locher, P. & Hanker, J. (1994). Psychoendokrinologische Untersuchung an Patientinnen mit chronischen Unterbauchbeschwerden. In H. Kentenich, M. Rauchfuß & P. Diedrichs (Hrsg.), *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1993/94* (S. 202–212). Berlin: Springer.
- Fehm-Wolfsdorf, G. (1994). *Streß und Wahrnehmung. Psychobiologie der Glucocorticoide*. Bern: Huber.
- Flor-Henry, P., Fromm-Auch, D., Tapper, M. & Schopflocher, D. (1981). A neuropsychological study of the stable syndrome of hysteria. *Biological Psychiatry*, 16, 601–626.
- Gordon, E., Kraiuhin, C., Kelly, P., Meares, R. & Howson, A. (1986). A neurophysiological study of somatization disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 295–301.
- Guze, S.B. (1993). Genetics of Briquet's syndrome and somatization disorder. A review of family, adoption, and twin studies. *Annals of Clinical Psychiatry*, 5, 225–230.
- Hanback, J.W. & Revelle, W. (1978). Arousal and perceptual sensitivity in hypochondriacs. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 523–530.
- James, L., Gordon, E., Kraiuhin, C., Howson, A. & Meares, R. (1990). Augmentation of auditory evoked potentials in somatization disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 155–163.
- James, L., Singer, A., Zurynski, Y., Gordon, E., Kraiuhin, C., Harris, A., Howson, et al. (1987). Evoked response potentials and regional cerebral blood flow in somatization disorder. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 47, 190–196.
- Katon, W., Lin, E., von Korff, M., Russo, J., Lipscomb, P. & Bush, T. (1991). Somatization: a spectrum of severity. *American Journal of Psychiatry*, 148, 34–40.
- Kirmayer, L.J., Robbins, J.M. & Paris, J. (1994). Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 125–136.
- Livingston, R., Witt, A. & Smith, G.R. (1995). Families who somatize. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16, 42–46.
- Morrison, J. (1989). Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 146, 239–241.
- Pennebaker, J.W. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms*. New York: Springer.
- Pribor, E.F., Yutzy, S.H., Dean, T. & Wetzel, R.D. (1993). Briquet's syndrome, dissociation, and abuse. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1507–1511.
- Rief, W. (1996). Somatoforme Störungen – Großes unbekanntes Land zwischen Psychologie und Medizin. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 173–189.
- Rief, W. (1995). *Multiple somatoforme Symptome und Hypochondrie. Empirische Beiträge zur Diagnostik und Behandlung*. Bern: Huber.
- Rief, W. & Hiller, W. (1992). *Somatoforme Störungen. Körperliche Symptome ohne organische Ursache*. Bern: Huber.
- Rief, W., Heuser, J. & Fichter, M.M. (1996). What does the Toronto Alexithymia Scale TAS-R measure? *Journal of Clinical Psychology*, 52, 423–429.
- Rief, W., Heuser, J., Mayrhuber, E., Stelzer, I., Hiller, W. & Fichter, M.M. (1996). The classification of multiple somatoform symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 680–687.
- Rief, W., Schaefer, S., Hiller, W. & Fichter, M.M. (1992). Lifetime diagnoses in patients with somatoform disorders: which came first? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 236–240.

- Salkovskis, P.M. (1996). Somatoforme Störungen. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. 2, S. 163–189). Berlin: Springer.
- Saxe, G.N., van der Kolk, B.A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G. & Schwartz, J. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1037–1042.
- Torgersen, S. (1986). Genetics of somatoform disorders. *Archives of General Psychiatry*, *43*, 502–505.
- Vingerhoets, A.J.J.M., Van Heck, G.L., Grim, R. & Bermond, B. (1995). Alexithymia: A further exploration of its nomological network. *Psychotherapy & Psychosomatics*, *64*, 32–42.
- Walker, E.A., Katon, W.J., Hansom, J., Harrop-Griffiths, J., Holm, L., Jones, M.L., Hickok, L. & Jemelka, R.P. (1992). Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse. *Psychosomatic Medicine*, *54*, 658–664.
- Wittchen, H.U., Essau, C.A., Rief, W. & Fichter, M.M. (1993). Assessment of somatoform disorders and comorbidity patterns with the CIDI-findings in psychosomatic inpatients. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, *3*, 87–99.
- Wittling, W., Roschmann, R. & Schweiger, E. (1993). Topographic brain mapping of emotion-related hemisphere activity and susceptibility to psychosomatic disorders. In K. Maurer (Ed.), *Imaging of the brain in psychiatry and related fields* (pp. 271–276). Berlin: Springer.

38.3 Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen): Intervention

Winfried Rief und Wolfgang Hiller

Inhaltsverzeichnis

1. Empirische Basis klinisch-psychologischer Interventionen bei somatoformen und dissoziativen Störungen	942	3.4. Verhaltensänderungen	948
2. Empirische Basis psychopharmakologischer Interventionen	945	3.5. Weitere Maßnahmen zur psychischen Stabilisierung	949
3. Ein Therapiemodell zur psychologischen Behandlung beim Somatisierungssyndrom ...	945	4. Literatur	949
3.1. Beziehungsaufbau und diagnostische Maßnahmen	945		
3.2. Zieldefinition	947		
3.3. Umattribution des organischen Krankheitsmodells des Patienten	947		

Aufgrund der jungen Geschichte des Begriffes «somatoforme Störung» sowie der damit verbundenen klassifikatorischen Ansätze ist die empirische Basis für das psychologisch-psychotherapeutische Vorgehen als auch für das psychopharmakologische Vorgehen in diesem Bereich gering. Zwar liegen durchaus zahlreiche Fallberichte und Verlaufsbeschreibungen vor, die jedoch selten einer strengen wissenschaftlichen Kritik standhalten können und bei denen es oftmals unklar bleibt, ob die untersuchten Patienten den heutigen Klassifikationsmerkmalen von «somatoformen Störungen» entsprechen. So wurde in vielen dieser Studien einfach die Behandlerdiagnose herangezogen, die jedoch als wenig valide und reliabel anzusehen ist (z.B. «Hysterie», Konversion, funktionelle Störungen, etc.).

Gerade für die psychodynamischen und psychoanalytischen Ansätze hatte das Konzept der Hysterie große historische Bedeutung. Zur Hypochondrie oder zu somatoformen Störungen

liegen den Autoren jedoch keine bekannten kontrollierten Therapiestudien dieser Psychotherapie-Richtungen vor. Frühere Arbeiten (z. B. Ladee, 1966) sprechen für wenig bis keine Effektivität psychodynamischer Ansätze bei diesem Störungsbild. Auch Rudolf (1992) beschreibt, daß Personen mit hypochondrischen Ängsten und somatoformen Symptomen aufgrund ihrer Körpersymptomatik oftmals für psychodynamische oder psychoanalytische Ansätze nicht aufgeschlossen sind.

Trotz der genannten Kritik erlaubt der aktuelle Forschungsstand bereits Aussagen, ob ein psychologischer Ansatz sinnvoll ist und wie dieser gestaltet sein könnte. Diese Ansätze zur psychologischen Behandlung gründen zum einen auf die Befunde zur Entstehung und Aufrechterhaltung (s. Kap. 38.2/Somatoforme Störungen und dissoziative Störungen: Ätiologie, Bedingungsanalyse) zum anderen auf einige wenige präzise durchgeführte Therapie- und Verlaufsstudien.

1. Empirische Basis klinisch-psychologischer Interventionen bei somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen

Zur Untergruppe der Hypochondrie liegen etwas mehr Vorschläge zu klinisch-psychologischen Interventionen vor als zu multiplen somatoformen Syndromen. Deshalb sollen im folgenden zuerst die Vorschläge zur Hypochondrie-Behandlung aufgegriffen werden, bevor Anwendungsmöglichkeiten allgemein zu somatoformen Störungen herausgestellt werden. Abschließend wird noch auf die Besonderheiten bei Konversionsstörungen/dissoziativen Störungen eingegangen. Die geringe Anzahl an empirisch-wissenschaftlichen Therapiestudien läßt bislang sogenannte Meta-Analysen als nicht sinnvoll erscheinen, so daß im folgenden beispielhaft Einzelbefunde diskutiert werden.

Kellner (1983) untersuchte den Verlauf von psychotherapeutisch behandelten Personen, wobei das Behandlungsprogramm eher «natürlichen» Bedingungen entsprach und nicht standardisiert war. Zentrales Merkmal der Personen waren hypochondrische Ängste, die jedoch in vielen Fällen mit somatoformen Symptomen einhergingen. Als zentrale inhaltliche Behandlungsmerkmale beschreibt der Autor eine ausführliche Information über das Entstehen der Symptomatik durch psychophysiologische Prozesse, Herausarbeiten der Bedeutung von selektiver Wahrnehmung auf Körperempfindungen, weitere Maßnahmen zur Angstbewältigung sowie zur Depressionsbewältigung. Kellner konnte belegen, daß es durch seinen Behandlungsansatz gelang, nicht nur die hypochondrischen Ängste zu reduzieren, sondern auch begleitende somatische Symptome sowie Angst und Depression. Als Prädiktor für einen erfolgreichen Therapieverlauf zeigte sich eine kürzere Erkrankungsdauer (unter drei Jahren), während das zusätzliche Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung mit schlechteren Therapieverläufen einher ging.

Visser und Bouman (1992) stellen einen Therapieansatz vor, der sich stark an die Angstbehandlung anlehnt. Sechs Patienten mit Hypochondrie erhielten sowohl eine Phase verhaltensthera-

peutischer Maßnahmen (Expositionssitzungen in vivo und response prevention in Situationen, in denen hypochondrische Ängste auftreten) als auch eine Phase kognitiver Therapie (Ableitung angstauslösender Kognitionen, Beurteilung deren Glaubwürdigkeit, Erarbeiten von Alternativerklärungen über die Methode des sokratischen Dialogs und weitere Förderung nicht-katastrophisierender Bewertungsprozesse). Der Abbau hypochondrischer Ängste ging während der Phasen mit Expositionstherapie schneller voran als während der rein kognitiven Therapie. Stern und Fernandez (1991) stellen ein Gruppenprogramm zur Behandlung hypochondrischer Patienten vor, in dem zum einen die symptomaufrechterhaltende Funktion des Suchens nach Rückversicherung bei medizinischem Personal oder bei Familienangehörigen herausgegriffen wird, zum anderen ebenfalls die Funktion der Aufmerksamkeitsfokussierung auf körperliche Prozesse demonstriert wird. Bei einer Gruppe von sechs Personen konnten sie zeigen, daß sich nach der Behandlungsphase die Anzahl von Arztbesuchen und die Häufigkeit der Gedankenfokussierung auf mögliche Krankheiten reduziert hatten.

Die beschriebenen Studien für Hypochondrie sind wegen der genannten kleinen Stichprobengrößen sowie fehlendem experimentellen Design kaum aussagekräftig. Deshalb hat eine Studie von Salkovskis (1995) besondere Bedeutung, da bei ihr Patienten mit Hypochondrie nach dem Randomisierungsprinzip drei Gruppen zugeordnet wurden. In Gruppe 1 erhielten die Patienten eine kognitive Verhaltenstherapie, in der die irrationalen Annahmen der Patienten erarbeitet wurden und über die Techniken des sokratischen Dialogs, verbunden mit Verhaltensexperimenten, einer Modifikation unterzogen wurden. Gruppe 2 erhielt ein Programm zum Streßmanagement, das somit mehr auf die Bewältigung von möglichen Auslösesituationen abzielte. Beide Treatments waren im Vergleich zu einer Wartegruppe ausgesprochen erfolgreich, wobei der Erfolg auch noch in der Katamnese erhalten blieb.

Ein gemeinsames Merkmal der psychologischen Therapieansätze bei Hypochondrie ist somit die Betonung des Prozesses der Umattribution der Bewertung körperlicher Empfindungen. Auch wird von den meisten Autoren als wichtig angesehen, zwar in der Anfangsphase

der Erkrankung ausführlich und adäquate Informationen zu geben, später jedoch das permanente Wiederholen von Beruhigungen für den Patienten zu unterlassen, um seinem Bedürfnis nach externer Rückversicherung über die Unbedenklichkeit der Beschwerden nicht entgegenzukommen, so daß der Patient selbständige Strategien zur Beruhigung entwickeln kann. Salkovskis (1989) betont daneben noch den Einsatz von Verhaltensexperimenten, die den Patienten darin unterstützen können, alternative Erklärungsmuster für das Entstehen körperlicher Beschwerden zu entwickeln. Visser und Bouman (1992) führen zusätzlich Expositionstherapie in Situationen durch, die beim Patienten hypochondrische Ängste auslösen. Unterstützt durch den Habitationsprozeß in der Exposition können Patienten in realen Belastungssituationen neue Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten. Stern und Fernandez (1991) betonen in ihrem Ansatz, daß inadäquate Rückversicherung und Beruhigung nicht nur durch medizinisches Personal, sondern auch oftmals durch Familienangehörige und Freunde gegeben wird. Deshalb schlagen sie in einem gruppentherapeutischen Ansatz vor, auch Familienmitglieder wenigstens indirekt in die Therapie miteinzubeziehen.

Auch Warwick (1989) betont die Funktion von Vermeidungsverhalten, was bezüglich der Behandlung ebenfalls an Expositionstherapie denken läßt. Daneben greift sie auch die krankheitsverhaltende Funktion von Kontrollverhaltensweisen (checking behaviour) auf. Neben den genannten Arbeitsgruppen kann im speziellen der Arbeitsgruppe um Arthur Barsky große Erfahrung in der Untersuchung von Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von Hypochondrie bestätigt werden. Barsky, Geringer und Wool (1988) schlagen vier Interventionsebenen bei Hypochondrie vor:

(1) *Aufmerksamkeitsfokussierung und Entspannung*: Beispiele für verstärkenden Effekt der Aufmerksamkeitsfokussierung erarbeiten, Übungen zur Entspannung und Aufmerksamkeitslenkung als mögliche Coping-Strategien

(2) *Kognitionen und Symptomattribution*: Einfluß persönlicher Ursachenmodelle auf die Wahrnehmung und Bewertung körperlicher Mißempfindungen, Unterscheidung zwischen angst-

reduzierender Bewertung und katastrophisierender Bewertung körperlicher Symptome, Mechanismen der selbsterfüllenden Prophezeiung, Bedeutung von Streß und Coping

(3) *Situative Aspekte*: Abhängigkeit der Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse vom situativen Kontext und mit dem Kontext verbundenen Erwartungen

(4) *Dysphorischer Affekt*: Körperliches Unwohlsein wird durch negative Stimmung verschlechtert; Erarbeitung aktiver Maßnahmen zur Selbstverstärkung und Stimmungsaufhellung

Die bisherigen Ansätze zielten darauf ab, vor allem hypochondrische Ängste zu behandeln. Demgegenüber ist gesundheitspolitisch sicherlich die weitaus größere Gruppe durch somatoforme Symptome gekennzeichnet, die nicht (mehr) mit hypochondrischen Ängsten einhergehen. In vielen Lehrbüchern wird das multiple somatoforme Syndrom als zur Chronifizierung neigend und veränderungsresistent beschrieben. In einer eigenen Studie (Rief, Hiller, Geissner & Fichter, 1995) konnte demgegenüber gezeigt werden, daß durch einen psychotherapeutischen Ansatz (in diesem Fall stationäre verhaltensmedizinische Behandlung) selbst bei einer hoch chronifizierten Stichprobe eine Verbesserung sowohl in der somatoformen Symptomatik als auch bei komorbiden Erkrankungen (Depression, Angstprobleme, etc.) möglich ist. Diese positive Veränderung war auch zwei Jahre nach Behandlung belegbar. Als negativer Prädiktor für den Therapieverlauf zeigte sich in dieser Studie jedoch Komorbidität. Besteht zusätzlich zur somatoformen Symptomatik eine Depression, so ist die Wahrscheinlichkeit einer Remission der Symptomatik deutlich geringer.

Um Chronifizierungsprozesse zu verhindern, stellt sich auch die Aufgabe der Sekundärprävention im Rahmen der Primärversorgung. Diesem Ansatz widmete sich eine Studie von Smith, Rost und Kashner (1995), die niedergelassenen Ärzten einen Leitfaden zum Umgang mit Personen mit somatoformen Störungen gaben. Darin wurde festgehalten, daß die grundsätzlichen Informationen zum Verlauf somatoformer Störungen (geringe Mortalität, Neigung zu chronischen Verläufen) dem Pa-

tienten gegeben werden sollten, daß eine regelmäßige ärztliche Behandlung in festen Zeitabständen realisiert werden soll (zum Beispiel alle 4 bis 6 Wochen), während Arztbesuche «bei Bedarf» vermieden werden sollten. Stationäre Einweisungen, Laboruntersuchungen oder operative Eingriffe sollten ebenfalls nach Möglichkeit unterbleiben. Die Autoren konnten zeigen, daß allein durch diese Anweisungen erreicht werden konnte, daß Somatisierungspatienten sich in ihrer körperlichen Funktionsfähigkeit als verbessert erlebten (erfaßt über Selbsteinschätz-

Skalen ein Jahr später) und daß sich die medizinischen Behandlungskosten reduzieren.

Von der gleichen Arbeitsgruppe wurde in einem zweiten Durchgang Patienten mit Somatisierungsstörungen auch ein Kurzzeit-Gruppentherapieprogramm angeboten (Kasten 1). Durch diese aus acht Sitzungen bestehende Gruppentherapie war es möglich, daß sich ein Großteil der Patienten in ihrer körperlichen und psychischen Befindlichkeit weiter verbesserten und diese Verbesserung auch ein Jahr nach Gruppentherapie noch andauerte. Die Behandlungs-

Kasten 1

Therapiestudie zur Behandlung von Personen mit Somatisierungsstörung von Kashner et al. (1995)

Fragestellung

Läßt sich durch ein Kurzzeit-Gruppenprogramm die seelische und körperliche Gesundheit von Personen mit Somatisierungsstörung verbessern?

Methode

- *Stichprobe:* 70 PatientInnen mit Somatisierungsstörung.
- *Versuchsplanung:* PatientInnen wurden randomisiert einer Experimentalgruppe und einer Kontrollgruppe zugeordnet.
- *Intervention:* In der Experimental- und der Kontrollgruppe erhielten die behandelnden ambulanten Ärzte einen Richtlinienführer zur Betreuung ihrer Patienten. Die Teilnehmer der Experimentalgruppe erhielten zusätzlich das Angebot, an einer Gruppentherapie teilzunehmen (8 Sitzungen à 2 h). Inhalte der Gruppentherapie: Festlegung der Gruppenregeln und -ziele, Förderung und Optimierung bisheriger Bewältigungsstrategien der Betroffenen im Umgang mit körperlichen Beschwerden, Kommunikationsübungen zum Umgang mit Ärzten, persönliche Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität, strukturiertes Problemlösen, u. a.

Ergebnisse

Etwa die Hälfte der Personen der Experimentalgruppe nahmen das Angebot zur Gruppentherapie an; trotzdem wurden auch die Nichtteilnehmer in der Experimentalgruppe für die Analyse belassen, um den Gesamteffekt zu beurteilen. Trotz dieser erschwerten Bedingungen zum Nachweis positiver Effekte zeigte die Gesamt-Experimentalgruppe ein Jahr nach Behandlung deutliche Verbesserungen im Bereich körperliche und psychische Gesundheit (gemessen mit den RAND-Selbsteinschätz-Skalen). Die Behandlungskosten reduzierten sich in der Experimentalgruppe um durchschnittlich \$513 pro Jahr. In der Kontrollgruppe, in der ausschließlich die behandelnden Ärzte Ratschläge zum Umgang mit den Patienten bekamen, reduzierten sich die jährlichen Behandlungskosten durchschnittlich um nur \$295.

- *Kommentar:* Vorteile dieser Studie sind das naturalistische Design und die Berücksichtigung monetärer Aspekte. Aus dem heutigen Kenntnisstand heraus läßt sich jedoch hoffen, daß das Gruppenprogramm noch weiter optimiert werden kann (z. B. direkte Vermittlung von Bewältigungsmöglichkeiten, aktive Förderung von Reattributionsprozessen, Reduktion von Vermeidungs- und Schonverhalten)

kosten reduzierten sich auf die Hälfte. Da in dieser Studie langjährig chronifizierte Patienten mit dem Vollbild einer Somatisierungsstörung behandelt wurden, zeigt sich somit auch für diese schwerste Ausprägung des Somatisierungssyndroms, daß Verbesserung durch psychotherapeutische Ansätze möglich ist. Die Autoren planen ihr Behandlungsprogramm jedoch bereits Mitte der achtziger Jahre, als noch wenig Vorschläge zur symptomorientierten Therapie vorlagen. Deshalb kann davon ausgegangen werden, daß diese Behandlungsprogramme noch weiter optimiert werden können.

Für Konversions- bzw. dissoziative Störungen läßt sich in der Literatur eine gewisse Einigkeit feststellen, daß traumatischen Erfahrungen eine wichtige Rolle in der Entstehung und psychologischen Behandlung zukommt. In einzelnen Fallberichten wird aufgeführt, wie sich nach Bearbeitung traumatischer Vorerfahrungen Symptomreduktionen ergaben (z. B. LaBarbera & Dozier, 1980). Deshalb läßt sich vermuten, daß Interventionsansätze, wie sie für die posttraumatische Belastungsstörung von Relevanz sind, auch hier zum Zuge kommen könnten. Aber auch hierzu steht der wissenschaftliche Beleg noch aus.

2. Empirische Basis psychopharmakologischer Interventionen

Ähnlich den klinisch-psychologischen Ansätzen ist auch die empirische Basis für psychopharmakologische Ansätze gering. In der Praxis wird oftmals zuerst symptomatisch vorgegangen. Dies impliziert die Verschreibung zum Beispiel von β -Rezeptorenblocker bei Herzbeschwerden, Muskelrelaxantien bei Schmerzsyndromen oder Calcium-Präparaten bei Kribbeln in den Beinen. Von psychiatrischer Seite aus wird demgegenüber vorgeschlagen, psychopharmakologische Medikamente einzusetzen. Eine im deutschsprachigen Raum zu findende Spezialität ist der hohe Einsatz von niedrigpotenten Neuroleptika, allen voran das Fluspirilen. Die empirische Basis hierfür ist jedoch unbefriedigend und die Gefahr von Langzeitschäden (z. B. Spätdyskinesien) ist bis dato unklar.

Ebenfalls häufig eingesetzt werden Tranquillizer zum Beispiel vom Benzodiazepin-Typus. Hierbei besteht die Gefahr der körperlichen und psychischen Abhängigkeit. Deshalb wird zur Zeit am ehesten psychopharmakologisch zum Einsatz von Antidepressiva geraten, was mit der hohen Komorbidität zu depressiven Erkrankungen begründet wird. Jedoch auch hierfür liegen kaum wissenschaftlich befriedigende Belege vor (s. Übersicht von Volz, Stieglitz, Menges & Möller, 1994).

3. Ein Therapiemodell zur psychologischen Behandlung beim Somatisierungssyndrom

Die verschiedenen Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung zum Somatisierungssyndrom sowie die Vorschläge von entsprechend ausgewiesenen Forschungsabteilungen zur Behandlung als auch die im vorhergehenden Absatz skizzierten empirischen Befunde sollen nachfolgend zu einer Synopsis zusammengefaßt werden. Diese Synopsis ist Grundlage einer Interventionsstudie, die zur Zeit realisiert wird. Der Therapieleitfaden (ausführlich s. Rief & Hiller, 1998) zur psychologischen Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen umfaßt folgende Aspekte:

3.1 Beziehungsaufbau und diagnostische Maßnahmen

Die psychologische Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen galt lange Zeit als sehr schwierig, da ein therapeutisches Bündnis mit dem Patienten oftmals nicht aufzubauen war. Auf der Behandlerseite mögen Hilflosigkeit und Unwissen über das Störungsbild zu dieser Problematik genauso beigetragen haben wie auf Patientenseite eine erhöhte Klagsamkeit sowie negative Beziehungserwartungen aufgrund zahlreicher enttäuschender Behandlungsversuche in der Vorgeschichte. Warwick (1995) führt folgende vier Bereiche aus, in denen oftmals auf Patientenseite Unzufriedenheit entsteht:

(1) In der Regel haben Patienten mit Hypochondrie und Somatisierung zahlreiche medi-

zinische Untersuchungen über sich ergehen lassen, deren Fokus darauf lag, zu erklären, was das Problem *nicht* ist (Ausschlußdiagnostik). Erklärungen für die Beschwerden wurden selten gefunden. Deshalb sollte in der Diagnostikphase immer wieder betont werden, daß eine zufriedenstellende und verständliche Erklärung der Probleme gesucht wird.

(2) Patienten mit Hypochondrie und Somatisierungssyndrom nehmen nach der Untersuchung oder Behandlung oft eine selektive Interpretation der Aussagen des Fachmannes vor, auch von (vermeintlich) versteckten Bedeutungen. Um diesem negativen Bewertungsprozeß entgegenzusteuern, schlägt Warwick (1995) vor, daß die Patienten grundsätzlich eine Zusammenfassung der Therapiesitzungen mündlich und schriftlich geben, so daß dem Therapeuten transparent wird, wie der Patient die Information verarbeitet.

(3) Patienten verlassen oftmals die Arztpraxen mit dem Eindruck, sie seien Simulanten und lästig. Deshalb kommen viele Patienten mit einer entsprechend negativen Erwartungshaltung in psychologische Behandlung, und sie reagieren sensibel auf Situationen, in denen sie sich nicht ausreichend ernstgenommen fühlen. Auch aus diesem Grund ist es unumgänglich, dem Patienten immer wieder die Glaubhaftigkeit seiner Beschwerden zu vermitteln.

(4) Patienten beginnen die Behandlung oftmals fremdmotiviert. So mag der Patient von anderen zur Aufnahme der psychologischen Behandlung gedrängt worden sein und hofft nun, möglichst bald die psychologische Behandlung zu beenden, um zu belegen, daß er nicht «verrückt» ist. Psychologische Diagnostik und Behandlung ist für viele Patienten ein geheimnisvolles Unternehmen, so daß der Therapeut hier ausreichend Informationen geben muß. Es ist in vielen Fällen unumgänglich, in der Anfangsphase der Behandlung die Ängste und Erwartungen an eine psychologische Therapie beim Patienten zu thematisieren.

Einen breiten Stellenwert in der Diagnostikphase wird die Erhebung der Anamnese sowie des Beschwerdebildes des Patienten einnehmen. Unter Umständen kann diese Phase bereits genutzt werden, um auch neben der Informa-

tionsgewinnung psychische Faktoren mitanzusprechen (z. B. Enttäuschung nach erfolglosen medizinischen Eingriffen verbalisieren). Der Patient wird in der Regel erst dann eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufbauen können, wenn er zu der Einschätzung kommt, daß sein Behandler alle körperlichen Beschwerden und Behandlungsversuche ausreichend kennt.

Einen wichtigen Stellenwert nimmt auch die Exploration der subjektiven Krankheitsattributionen des Patienten ein. Der betroffene Patient hatte und hat bestimmte Vorstellungen, welche Ursachen seine Erkrankung haben könnte; diese Vorstellungen prägten sein weiteres Verhalten sowie den Umgang mit der Erkrankung. Neben dem Krankheitsbild sollte jedoch auch der Gesundheitsbegriff des Patienten exploriert werden. Liegen zu eng gefaßte Vorstellungen von Gesundheit vor, so wirken diese krankheitsaufrechterhaltend (Barksy, Coeytaux, Sarnie & Cleary, 1993).

Für die weitere psychologische Behandlung ist es von Relevanz, auch weitere Komponenten und Konsequenzen der Erkrankung zu erfahren. Dazu zählen körperliches Schonverhalten, einschließlich möglicher Kontrollverhaltensweisen («checking behaviour»), weitere Verhaltensmerkmale im Umgang mit der Erkrankung, Einstellungen und Verhaltensweisen von Personen des sozialen Umfeldes, Selbstbild des Patienten, hypochondrische Ängste, Bedürfnis nach Rückversicherung über Unbedenklichkeit der Beschwerden. Jedoch auch weitere Stärken und Schwächen auf Seiten des Patienten als auch seines sozialen Umfeldes können von Relevanz für die Therapieplanung sein (Kommunikationsverhalten, soziales Stützsystem, schwierige Bedingungen am Arbeitsplatz, u. a.).

Ein wichtiges Hilfsmittel in der Diagnostikphase ist das Durchführen von «Symptomtagebüchern» (Warwick, 1995). Die Patienten schätzen hierzu ihr körperliches Wohlbefinden über den Tagesverlauf ein, beschreiben typische Aktivitäten des Tages, die emotionale Befindlichkeit sowie Gedanken, die sie an diesem Tag beschäftigt haben. Dadurch gelingt es dem Behandler einerseits, Informationen über den typischen Tagesverlauf des Patienten zu erhalten. Andererseits lassen sich daraus störungsrelevante Informationen gewinnen (z. B. Bewältigungsversuche, Schonverhalten, soziales

Stützsysteem, Verhalten von Angehörigen). Ein Beispiel für ein solches Symptomtagebuch ist in Rief, Hiller und Heuser (1997) dargestellt.

3.2 Zieldefinition

Gerade bei langjährigen Verläufen ist vielen Betroffenen eine realistische Vorstellung von erreichbaren Zielen abhanden gekommen. Überzogene Zielerwartungen (möglichst schnell nie wieder körperliche Beschwerden haben) können sich bei ein und derselben Person mit pessimistischen Zielerwartungen abwechseln («es ist ja doch nichts zu ändern, alles ist ganz furchtbar»). Aufgabe der Therapie ist es, realistische Zieldefinitionen vorzunehmen, die sowohl verschiedene Lebensbereiche als auch verschiedene Abstufungen umfassen (Wooley, Blackwell & Winget, 1978).

3.3 Umattribution des organischen Krankheitsmodells des Patienten

Bei der Erarbeitung des Krankheitsmodells des Patienten wird in der Regel festzustellen sein, daß dieser von einer organischen Ursache ausgeht und ggf. auch in erster Linie organisch-orientierte Behandlung wünscht. Deshalb empfiehlt sich, dieses Krankheitsmodell als eine der häufigsten Krankheitsvorstellungen zu bestätigen, den Patienten jedoch zu motivieren, dieses Krankheitsmodell kritisch zu hinterfragen und mögliche weitere Krankheitsmodelle zu überprüfen (Salkovskis, 1989). Zu einem psychosomatischen Krankheitsverständnis ist zu zählen, daß körperliche Symptome durchaus auch nicht krankheitsbedingt auftreten können (z. B. durch Anspannung, Streß, Ängste, Atmungsveränderungen, etc.). Selbst bei organisch verursachten Beschwerden ist es individuell sehr unterschiedlich, wie intensiv die Beschwerden wahrgenommen werden und welchen Einfluß sie auf die weitere Lebensführung haben. Mit bestimmten Emotionen sind körperliche Veränderungen verbunden oder werden körperliche Vorgänge verändert wahrgenommen. Die bereits erfragten Folgen der Erkrankung im psychosozialen Bereich (z. B. Aufgabe von persönlichen Interessen, sozialer Rückzug) haben Rückwirkungen auf das sub-

jektive Krankheitserleben, so daß auch sie Teil eines individuellen Krankheitsmodells sein können (s. Abb. 1).

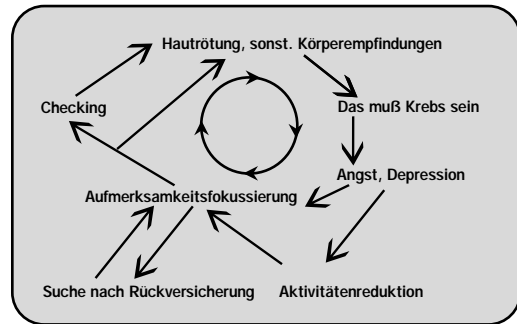


Abbildung 1: Psychologische Behandlung somatoformer Störungen.

Über verschiedene Techniken ist es möglich, Einfluß auf das organische Krankheitsverständnis zu nehmen. Das bereits erwähnte Symptomtagebuch veranschaulicht in aller Regel deutlich, daß die Beschwerden zum einen nicht immer gleich schlimm sind, zum anderen mit emotionaler Befindlichkeit oftmals einhergehen. Auch sind verschiedene Verhaltensexperimente sinnvoll, um Zusammenhänge zwischen einfachen Verhaltensänderungen, Aufmerksamkeitsfokussierung, emotionalen Prozessen und körperlichen Mißempfindungen zu verdeutlichen. Durch möglichst viele Beispiele soll der Patient zu der Einsicht gelangen, wieviel und wie häufig körperliche Empfindungen entstehen, die kein schweres Krankheitszeichen sind und auch kein Zeichen einer anderweitigen körperlichen Erkrankung. So können durch Hyperventilation (hochfrequentes Atmen) die Symptome von Panikattacken simuliert werden. Die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf einfache Körperbelastungen (z. B. Heben eines Gegenstandes) kann verdeutlichen, um wieviel schwieriger solche einfachen Vorgänge werden können, wenn Aufmerksamkeit darauf fokussiert wird im Vergleich zu Ablenkung (z. B. durch Imaginationen). Die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf körperinnere Prozesse (z. B. zwei Minuten auf Kehlkopf fokussieren) kann ebenfalls dazu führen, daß danach die Gesundheit dieser Vorgänge und Organe angezweifelt wird. Jedoch existieren auch viele Beispiele aus dem Alltag, die den suggestiven Einfluß von Körpermißempfindungen verdeutlichen kön-

nen (z. B. Kratzimpuls bei der ausführlichen Schilderung von Flöhen, Läusen oder Hautkrätze).

Eine wichtige Hilfe zur Veranschaulichung psychophysiologischer Zusammenhänge kann auch das Durchführen von Biofeedback-Sitzungen sein. Beim Biofeedback werden körperliche Signale (z. B. Herzrate, Muskelspannung, Hautleitfähigkeit, u. a.) dem Patienten zurückgemeldet, so daß er z. B. am Computer direkt Veränderungen dieser körperlichen Vorgänge wahrnehmen kann. Anschließend werden einfache Provokationstests durchgeführt (z. B. Entspannungsinduktion, mentale Belastung durch Kopfrechnen, emotionale Belastung durch Vorstellung einer schwierigen familiären Situation). Der Patient erkennt, wie solche psychologischen Prozesse direkten Einfluß auf körperliche Vorgänge haben (Rief, Heuser & Fichter, 1996).

3.4 Verhaltensänderungen

Ein typisches Verhaltensmerkmal der Erkrankung ist das Durchführen von häufigen Arztbesuchen und das Veranlassen von medizinischen und paramedizinischen Untersuchungen. Andererseits besteht bei häufigen Arztkontakten die Gefahr, daß diese das zum Teil eher organische Krankheitsverständnis der Patienten immer wieder aktivieren und somit einer selbstän-

digen Krankheitsbewältigung entgegenlaufen. Soweit dies medizinisch verantwortbar ist, kann deshalb ein sinnvolles Ziel sein, vorerst auf Arztbesuche zu verzichten. Soweit der Patient jedoch die Arztbesuche als weiterhin zwingend notwendig ansieht, sollte wenigstens darauf hingewirkt werden, daß Arztbesuche «zeitkontingent» durchgeführt werden. Dies bedeutet, daß der Patient zwar weiterhin Arztkonsultationen wahrnimmt, diese jedoch nach einem festen Zeitplan erfolgen und nicht von der subjektiven Symptomatik auf Patientenseite abhängig gemacht werden. Die Zeit zwischen den Arztkontakten kann der Patient somit nutzen, selbständige Bewältigungsstrategien zu entwickeln (Gordon, 1987).

Eine weitere Verhaltenskomponente, vor allem bei hypochondrischen Ängsten kann das permanente Erfragen von Rückversicherungen über die Unbedenklichkeit der Beschwerden darstellen. Auch für dieses Verhalten sollte dem Patienten deutlich werden, daß es verhindert, effektive selbständige Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Deshalb sollte das soziale Umfeld, einschließlich der Behandler, nicht das Bedürfnis nach Rückversicherung erfüllen, sondern bei entsprechenden Fragen des Patienten mit ihm selbständige Bewältigungsmöglichkeiten besprechen (Warwick & Salkovskis, 1989).

Bei unangemessenem Kontrollverhalten («checking behaviour») fällt es Patienten oft-

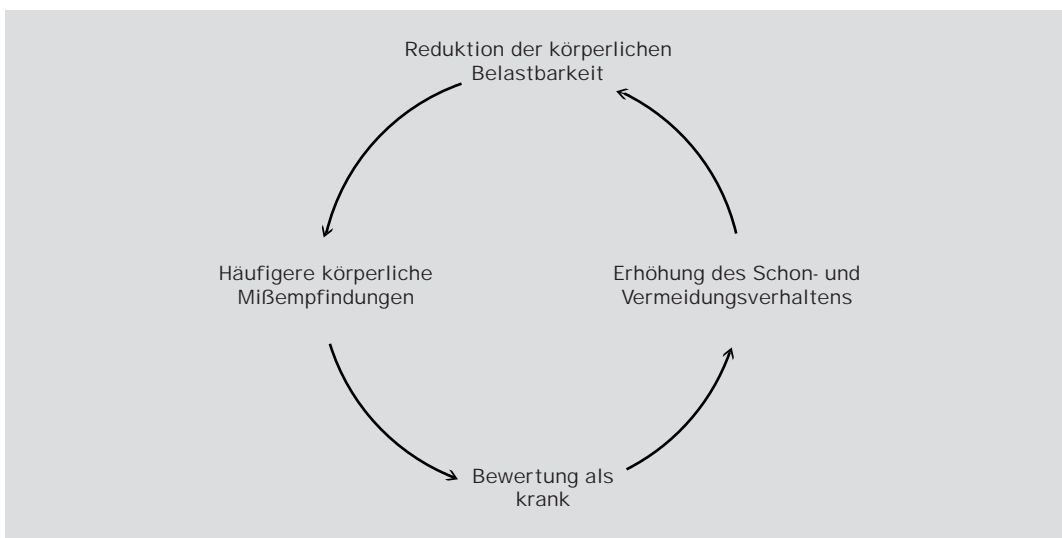


Abbildung 2: Vermeidungsverhalten als aufrechterhaltender Faktor bei somatoformen Störungen.

mals sehr schwer, darauf zu verzichten. Deshalb kann es sinnvoll sein, nicht zu früh auf eine Reduktion dieser Kontrollverhaltensweisen zu drängen, sondern einleitend eher ein «Mehr» an Kontrollverhalten anzustreben. Wird die Haut bewußt mehr abgetastet, wird bewußt häufiger geschluckt oder wird der Bauch noch mehr abgetastet als es aufgrund von Krebsängsten bisher durchgeführt wurde, so kann der Patient leichter erkennen, daß diese Kontrollverhaltensweisen zu einer Veränderung der körperlichen Empfindungen führen. Durch diesen kleinen Umweg kann leichter erreicht werden, Patienten zur Reduktion oder Aufgabe von Kontrollverhaltensweisen zu motivieren.

Bevor Verhaltensänderungen angestrebt werden, sollte eine Phase der kognitiven Vorbereitung und Herstellen der motivationalen Voraussetzungen erfolgen. Hierzu ist es oftmals sinnvoll, den Kreislauf aufzuzeigen, der zum Beispiel aus den Komponenten Bewertung als krank – Erhöhung von Schonverhalten – Reduktion der körperlichen Belastbarkeit – erhöhte Neigung zum Erleben körperlicher Mißempfindungen bestehen kann (s. Abb. 2). Patienten gehen davon aus, daß sie eine körperliche Erkrankung haben, deswegen sich mehr schonen müssen, daß diese besser ausheilen kann. Das Schonverhalten führt zu einer Reduktion des körperlichen Leistungszustandes, so daß bei erneuter Belastung die körperlichen Folgebeschwerden erhöht sein werden. Werden solche Kreisläufe mit den Patienten erarbeitet, so wird für den Betroffenen die Notwendigkeit der langsamen Leistungssteigerung auch im körperlichen Bereich transparent und es kann entsprechend ein Aufbautraining beginnen (s. Kasten 2).

3.5 Weitere Maßnahmen zur psychischen Stabilisierung

Somatisierung wurde auch oftmals verstanden als ein Versuch der Kommunikation von seelischen Konflikten über körperliche Symptome (Lipowski, 1986). Wenn auch die ätiologische Bedeutung von Kommunikationsbesonderheiten noch unklar ist, so können Kommunikationsprobleme zumindest zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen. In solchen Fällen ist es von Bedeutung, daß die Patienten eigene

Bedürfnisse oder Emotionen direkt mitteilen können, ohne den «Umweg» über Somatisierungssymptome zu nehmen. Dazu bieten sich verschiedene Verfahren der Kommunikationstherapie an sowie Verfahren zum Erwerb von sozialer Kompetenz (z. B. Geissner, Gonzales, Rief & Fichter, 1995; Pflingsten & Hintsch, 1991; Ullrich & Ullrich de Muynck, 1976). Da zusätzlich viele Patienten während der Krankheitsphasen ihr soziales Umfeld reduzierten, Kontakte zu Mitmenschen abgebrochen sind und auch die Beteiligung an öffentlichen Veranstaltungen sich reduzierte, kann ein soziales Kompetenztraining den Aufbau eines adäquaten sozialen Stützsystems fördern.

Wie bereits im Kapitel zur Ätiologie/Bedingungsanalyse somatoformer und dissoziativer Störungen (Kap. 38.2) erwähnt, sind sowohl bei Konversionsstörungen/dissoziativen Störungen, bei anderen Somatisierungssyndromen als auch bei Hypochondrie oftmals traumatische Erlebnisse in der Krankheitsvorgeschichte zu finden. Ziel der Bearbeitung von traumatischen Erfahrungen ist zum einen, daß belastende Erinnerungen in der Intensität als auch der Häufigkeit des Sich-Aufdrängens reduziert werden, zum anderen sollten auch mögliche Generalisierungsphänomene verringert werden. Zum Abbau der situativen Generalisierung haben sich verschiedentlich bereits Verfahren bewährt, die an das Expositionsverfahren erinnern (Calhoun & Resick, 1993).

4. Literatur

- Barsky, A. J., Coeytaux, R. R., Sarnie, M. K. & Cleary, P. D. (1993). Hypochondriacal patient's beliefs about good health. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1085–1089.
- Barsky, A. J., Geringer, E. & Wool, C. A. (1988). A cognitive-educational treatment for hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry*, 10, 322–327.
- Calhoun, K. S. & Resick, P. A. (1993). Post-traumatic stress disorder. In D. H. Barlow (Ed.). *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (2nd edition, pp. 48–98). New York: Guilford Press.
- Geissner, E., Gonzales, E., Rief, W. & Fichter, M. M. (1995). Selbstsicherheitstrainings in der verhaltenstherapeutischen Psychosomatik. In J. Margraf & K. Rudolf (Hrsg.), *Soziale Kompetenz* (S. 170–191). Hoheneggen: Schneider.
- Goldberg, D. P. (1992). The management of medical outpatients with non-organic disorders: the reattribution model. In F. Creed, R. Mayou & A. Hopkins (Eds.), *Medical Symptoms not Explained by Organic Disease* (pp. 53–59). London: Royal College of Psychiatrists.

Kasten 2 Fallbeispiel «Somatoforme Störung»

Patient

Ein 32-jähriger Patient wird zur stationären Behandlung in einer psychosomatischen Klinik aufgenommen und schildert beim Erstgespräch, daß er wegen häufigen Magenbeschwerden, Erbrechen, Schweißausbrüchen und Schwindelgefühlen Behandlung benötige. Er befürchtet, eine unerkannte Erkrankung zu haben, die seinen Körper schwächt. Die ersten starken Beschwerden traten vor 7 Jahren im Rahmen einer Ehekrise auf. Aber bereits in der Kindheit und Jugend sei er eher «schwächlich» gewesen, öfters krank und schonungsbedürftig. Die Eltern wären sehr um seine körperliche Gesundheit besorgt gewesen.

Intervention

Mit dem Patienten wurde daraufhin eine 8wöchige Behandlung durchgeführt, die aus 12 psychotherapeutischen Einzelgesprächen, 9 Gruppensitzungen zum Erlernen der progressiven Muskelentspannung, einem 8 Sitzungen umfassenden Gruppenkurs «Soziale Kompetenz», einem körperlichen Aufbautraining und weiteren unterstützenden Maßnahmen bestand. Erstes Therapieziel war der Aufbau von Motivation zur psychologischen Behandlung. Über ein Symptomtagebuch konnte der Patient erkennen, daß sein körperliches Wohl-

finden Schwankungen unterworfen ist, die mit psychischem Wohlbefinden einhergehen. So führten Konflikte in der Familie oder ausbleibende Anerkennung von anderen zu einer Wahrnehmung von Symptomverschlechterung. Danach wurde das negative Selbstbild des Patienten als schwache, nicht-belastbare Person im Sinne der kognitiven Therapie bearbeitet (z.B. Pros und Kontras dieses Selbstbildes). Damit einher ging auch die kognitive Arbeit bezüglich des Gesundheitsbegriffes. Sobald körperliche Mißempfindungen vorlagen, bewertete sich der Patient als krank und zog sich zurück. Unterstützt durch Verhaltensexperimente erkannte der Patient, daß Gesundheit auch vorliegen kann, wenn er körperlich nicht voll beschwerdefrei ist. Es wurde erarbeitet, was realistische Belastbarkeit des Körpers beinhalten kann und welche Vorteile es haben kann, nicht wegen allen körperlichen Beschwerden sich zurückziehen zu müssen. Daraufhin wurde auf der Verhaltensebene ein Aufbautraining begonnen. In der letzten Therapiephase wurde nochmals aufgegriffen, daß interaktionelle Probleme sowohl in der Familie als auch am Arbeitsplatz eine Symptomverschlechterung nach sich zogen. Deshalb wurde abschließend ein Training zur Steigerung der sozialen Kompetenz durchgeführt.

- Gordon, G.H. (1987). Treating somatizing patients. *The Western Journal of Medicine*, 147, 88–91.
- Kellner, R. (1983). Prognosis of treated hypochondriasis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 69–79.
- LaBarbera, J.D. & Dozier, J.E. (1980). Hysterical seizures: the role of sexual exploitation. *Psychosomatics*, 21, 897–903.
- Ladee, G.A. (1966). *Hypochondriacal Syndromes*. New York: Elsevier.
- Lipowski, Z.J. (1986). Somatization: A borderland between medicine and psychiatry. *Canadian Medical Association Journal*, 135, 609–614.
- Pfingsten, U. & Hinsch, R. (1991). *Gruppentraining sozialer Kompetenz (GSK)*. Weinheim: Psychologie Verlags-Union.
- Rief, W. (1996). Erfolg und Mißerfolg in der Behandlung von Personen mit somatoformen Störungen. In H. Bents, R. Frank & E.R. Rey (Hrsg.), *Erfolg und Mißerfolg in der Psychotherapie* (S. 98–105). Regensburg: Roderer.
- Rief, W., Heuser, J. & Fichter, M.M. (1996). Biofeedback – ein therapeutischer Ansatz zwischen Begeisterung und Ablehnung. *Verhaltenstherapie*, 6, 43–50.
- Rief, W. & Hiller, W. (1998). *Somatierungsstörung und Hypochondrie*. Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W., Hiller, W. & Heuser, J. (1997). *Das Screening für somatoforme Störungen, SOMS*. Bern: Huber.
- Rief, W., Hiller, W., Geissner, E. & Fichter, M.M. (1995). A two-year follow-up study of patients with somatoform disorders. *Psychosomatics*, 36, 376–386.
- Rudolf, G. (1992). Körpersymptomatik als Schwierigkeit der Psychotherapie. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 37, 11–23.
- Salkovskis, P.M. (1989). Somatic problems. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark (Eds.), *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems* (pp. 235–276). Oxford: University Press.
- Salkovskis, P.M. (1995). *Effective treatment of severe health anxiety (Hypochondriasis)*. Kopenhagen: World Congress of Behavioral & Cognitive Therapies.
- Smith, G.R., Rost, K. & Kashner, M. (1995). A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Archives of General Psychiatry*, 52, 238–243.

- Stern, R. & Fernandez, M. (1991). Group cognitive and behavioural treatment for hypochondriasis. *British Medical Journal*, *303*, 1229–1231.
- Ullrich, R. & Ullrich de Muynck, R. (1976). *Das Assertiveness Training Programm*. München : Pfeiffer.
- Visser, S. & Bouman, T.K. (1992). Cognitive-behavioural approaches in the treatment of hypochondriasis: six single case cross-over studies. *Behaviour Research and Therapy*, *30*, 301–306.
- Volz, H.P., Stieglitz, R.D., Menges, K. & Möller, H.J. (1994). Somatoform disorders – diagnostic concepts, controlled clinical trials, and methodological issues. *Pharmacopsychiatry*, *27*, 231–237.
- Warwick, H.M.C. (1989). A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis and health anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, *33*, 705–710.
- Warwick, H.M.C. (1995). Assessment of hypochondriasis. *Behaviour Research & Therapy*, *33*, 845–853.
- Warwick, H.M.C. & Salkovskis, P.M. (1989). Hypochondriasis. In J. Scott, J.M.G. Williams, & A.T. Beck, (Eds.), *Cognitive Therapy in Clinical Practice*. London: Routledge.
- Wooley, S.C., Blackwell, B. & Winget, C. (1978). A learning theory model of chronic illness behavior: theory, treatment, and research. *Psychosomatic Medicine*, *40*, 378–401.