

Somatisierungsstörung

Katrin Wambach und Winfried Rief, Prien a. Ch.

Vorbemerkungen

Das Gesundheitssystem wird im allgemeinen in Anspruch genommen, wenn körperliche Beschwerden vorliegen. In vielen Fällen lassen sich diese jedoch nicht ausreichend durch eine organische Erkrankung erklären. Körperliche Beschwerden, die nicht auf eine körperliche Erkrankung rückführbar sind, kommen bei 80 % der Bevölkerung mindestens ein mal pro Woche vor (Keller, 1986). Meist handelt es sich dabei um vorübergehende Symptome, teils sind sie jedoch chronifiziert und stellen einen Großteil der in Arztpraxen geschilderten Beschwerden. Dabei wird von Betroffenen oft mehr als ein Beschwerdenbereich geschildert. Daß sich für die berichteten Symptome oft keine somatische Ursache finden läßt, vermindert nicht unbedingt das Leiden der Betroffenen, sondern führt sie teils auf eine lange Suche nach dem möglichen Grund der Beschwerden. Arzt um Arzt wird konsultiert, um eine Erklärung zu finden. Kein Befund erhärtet das Vorhandensein der Symptome ausreichend, Patienten und Behandler sind unsicher, ein weiterer Fachkollege wird zu Rate gezogen. Nach der Entwarnung durch den Arzt ist der Patient erst einmal erleichtert, doch beim erneuten Auftreten der Symptome beginnen die Ängste und Sorgen wieder. Der Patient kann dies als einen Hinweis werten, doch an einer noch nicht erkannten Krankheit zu leiden.

Diese teils verzweifelte Suche belastet den Patienten zunehmend, niemand kann ihm erklären, was er hat. Die vielen unauffälligen Befunden legen nahe, daß möglicherweise psychische Faktoren eine Rolle spielen. Mit dieser Sichtweise ist der Patient meist nicht zufrieden, denn schließlich hat er doch offensichtliche körperliche Beschwerden, die er sich nicht einbildet. Häufig gehen sie auch einher mit einer starken Beeinträchtigung im Beruf, in der Familie und der Freizeit. Teilweise sind die Patienten auf-

grund ihrer starken körperlichen Beschwerden nicht mehr in der Lage, einer Arbeit nachzugehen und das Privat- und Familienleben wird stark dadurch bestimmt, zu welchen Aktivitäten der Patient sich noch in der Lage fühlt.

Die oben geschilderten Patienten leiden unter somatoformen Störungen. Die größte Untergruppe dieser in verschiedenen Erscheinungsformen (Somatisierungs-, Konversions- und Schmerz-, körperdysmorphe Störung und Hypochondrie) auftretenden Störung stellt die undifferenzierte somatoforme Störung. Während die Klassifikationssysteme diesen Begriff sehr weit fassen (1 körperliches Symptom kann schon zur Diagnosestellung ausreichen), soll im vorliegenden Beitrag von Somatisierungssyndrom gesprochen werden, wenn multiple Beschwerden vorliegen, ohne dass die Kriterien für Somatisierungsstörung erfüllt sind. Die Prävalenzrate für das Somatisierungssyndrom liegt bei 4,4 % und höher (Escobar, Rubio-Stipec, Canino & Karno, 1989; Angaben für den westlichen Kulturkreis) und es stellt somit eine der häufigsten psychischen Störungen dar. Der Anteil von Patienten mit undifferenzierten somatoformen Störungen im Gesundheitswesen liegt dementsprechend höher. So fanden Kirmayer und Robbins (1991) bei Patienten eines Allgemeinkrankenhauses einen Anteil von 17 % mit eindeutigen Hinweisen für das Vorliegen einer undifferenzierten somatoformen Störung. Für neurologische Abteilungen kann sogar eine Auftretenshäufigkeit von ca. 40 % angenommen werden (Ewald, Rogne, Ewald & Fink, 1994). Auch für Allgemeinarztpraxen im deutschsprachigen Raum finden sich hohe Raten für Personen mit funktionellen körperlichen Beschwerden (Weiffenbach et al., 1995).

Neben der Häufigkeit der Störung und der starken Beeinträchtigung der Betroffenen ergibt sich eine weitere Relevanz aus den immensen Kosten für das Gesundheitssystem. Durch medizinische Untersuchungen, umfangreiche teils invasive Diagnostik und sogar stationäre Klinikaufenthalte zur Abklärung bzw. für nicht immer eindeutig indizierte operative Eingriffe steigern sich die Krankheitskosten für Patienten mit Somatisierungsstörung.

Die folgende Fallbeschreibung kann als typisch für das Beschwerdebild einer somatoformen Störung angesehen werden. Es handelt sich um ein Somatisierungssyndrom, das den Patienten sehr stark beeinträchtigt.

Biographische Angaben

Herr F. ist 40 Jahre alt und wuchs gemeinsam mit seinem jüngeren Bruder in einer Kleinstadt auf. Die Erinnerung an die Zeit, in der er aufwuchs, ist blaß und im Nachhinein bezeichnet er das Familienleben als harmonisch.

Beide Eltern verstarben verhältnismäßig jung an schweren Erkrankungen. Die Mutter im Alter von 49 Jahren an Krebs, der Vater mit 59 an den Folgen eines Herzleidens.

Herr F. absolvierte die Mittlere Reife und erlernte den Beruf des Sozialversicherungsfachangestellten. Seit seiner Ausbildung ist er bei einer großen Krankenversicherung angestellt, vor 3 Jahren ließ er sich in den Außendienst versetzen. Mit seiner Arbeitssituation ist er zufrieden. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder im Grundschulalter. Die Ehe wird von ihm als eher glücklich eingestuft, er lebt mit seiner Familie und einer Tante im eigenen Haus, an dem er erst im letzten Jahr einen umfangreichen Umbau abschloß. Da seine Tante mit im Haushalt wohnt, kommt es zwischen ihr und seiner Frau häufiger zu kleineren Streitereien.

Mit seinen beiden Kindern kommt er sehr gut aus, leider ließ ihm seine Berufstätigkeit zu wenig Raum, sich mit ihnen zu beschäftigen. Er würde gern mehr mit ihnen unternehmen, sie in sportlichen und schulischen Leistungen fördern und unterstützen. Von seiner Tochter (9 Jahre) sagt er, daß sie in eine schwierige Phase kommt und sich nicht mehr alles von ihm sagen lassen will.

Neben der Familie gehörten regelmäßiger Sport (joggen, radfahren, schwimmen), Arbeiten an Haus und Garten sowie Engagement im Elternbeirat, bei einer politischen Partei sowie in der Kirchengemeinde zu seinen Freizeitaktivitäten.

1 Beschreibung der Störung

Herr F. kommt auf Anraten seiner Neurologin zur Therapie. Er kann zwar nicht so richtig glauben, daß seine Symptome eine seelische Ursache haben, er würde aber alles versuchen, was ihm helfen könne. Seit einem grippalen Infekt vor einem dreiviertel Jahr sind die Grippe-symptome nicht vollständig abgeklungen. Er ist seither krankgeschrieben, immer sehr müde, leicht erschöpfbar, ihm wird häufig schwindlig und er leidet unter häufigem Druckgefühl im Kopf, das sich vom Hals aus ausbreitet sowie Gliederschmerzen. Vor allem wenn er sich hinlegt, beginnen Beine und Arme zu schmerzen, erst kribbelnd, dann nach einiger Zeit tut es richtig weh. Er kann sich das nicht erklären und vermutet, daß eine bisher noch nicht erkannte körperliche Erkrankung die Ursache ist.

Die Gesundheit war Herrn F. schon immer wichtig. Er versucht regelmäßig Sport zu treiben und sich gesund zu ernähren; zu diesem Thema hat er

schon verschiedene Kurse besucht. Vor 16 Jahren ist er an der Schilddrüse und aufgrund von Nierensteinen operiert worden, zudem war er aufgrund eines Bänderrisses am Fuß zur Operation im Krankenhaus. Seit der Schilddrüsenoperation nimmt er regelmäßig ein Schilddrüsenpräparat. In den letzten Jahren geht er zudem häufig zu verschiedenen Fachärzten. Aufgrund von Kopfschmerzen, zur Blutdruck-, Herz-, Augen-, Nieren- und Schilddrüsenkontrolle, wegen Ohrensausen, grippalen Infekten, Heiserkeit, Gliederschmerzen konsultierte er im Vorjahr ca. 40 mal verschiedene Ärzte (Hausarzt, Internist, Neurologin, HNO-Arzt, Orthopäden, Augenarzt). Hierbei wurden u. a. mehrere EKGs abgeleitet, es fand eine EEG- und computertomografische Untersuchung des Kopfes statt. Es wurde aber außer einer leichten Erhöhung der Blutdruck- und Cholesterinwerte nichts gefunden. Er bekam blutdrucksenkende Mittel, die er seither regelmäßig einnahm, Nebenwirkungen traten dabei nicht auf.

Da trotz verschiedenster medizinischer Diagnostik die Befunde zwar unauffällig waren, die Symptome jedoch immer wiederkehrten, wuchs die Überzeugung, an einer bisher noch nicht erkannten Erkrankung zu leiden, was zu immer weiteren Arztkonsultationen führte, da er annahm, daß die Ursache vielleicht in einem anderen Bereich liegen könnte. Anfänglich beruhigten ihn die unauffälligen Befunde noch, aber in der Zwischenzeit ist sein Vertrauen in die Ärzte gesunken und die Beruhigung hält nur noch kurz an. Sie wird schon bald nach dem Arztbesuch von den wiederkehrenden Symptomen und der Sorge um die Gesundheit abgelöst. Mittlerweile sagt er, sehne er sich fast nach einem medizinischen Befund, der endlich seine Symptome erklären könnte. Seit der Grippe ist er krankgeschrieben und fühlt sich nicht mehr in der Lage zur Arbeit zu gehen. Schwereren Arbeiten im Haus und Garten geht er aus dem Weg, da er Angst hat sich zu überlasten. Wenn er dann doch einmal versucht, eine Arbeit zu erledigen, dann ist er schnell erschöpft und beendet sie vorzeitig. Inzwischen passiert ihm das schon bei leichteren Aufgaben. Er ruht sich häufig aus und schont seine Kräfte. In Ruhephasen nehmen die Symptome jedoch nicht immer wie gewünscht ab, sie werden im Gegenteil teilweise eher schlimmer, was bei ihm die Sorge um seine Gesundheit und die Abnahme seiner Leistungsfähigkeit verstärkt. Vor Beginn der Beschwerden fing er an, sich im Elternbeirat zu engagieren, kann dieser Aufgabe aber aufgrund der schnellen Erschöpfbarkeit nicht mehr nachkommen.

Wenn man die Beschwerden des Patienten den einzelnen Ebenen zuordnet (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996), so ergibt sich folgendes Bild:

Verhaltensebene

Der Patient beschäftigt sich sehr intensiv mit körperlichen Symptomen und sucht nach einer Erklärung für ihr Auftreten. Dazu konsultiert er häufig Ärzte („doctor shopping“), um Beruhigung und Gewißheit über seinen Gesundheitszustand zu erhalten. Er vermeidet körperliche Anstrengung weitgehend, schont sich und vernachlässigt begonnene soziale Verpflichtungen, zieht sich zunehmend sozial zurück, gibt sportliche Aktivität und Hobbies auf.

Gedankliche Ebene

Körperliche Erscheinungen werden fehlerhaft interpretiert und eine starke Sorge um die Gesundheit und das Nachlassen der körperlichen Leistungsfähigkeit herrschen vor. Gedanken wie „ich leide an einer bisher noch nicht festgestellten Krankheit . . .“, „ich bin nicht mehr so leistungsfähig wie früher . . .“, „ich bin krank und muß mich schonen“, „nur wenn ich symptomfrei bin, bin ich gesund“ tragen mit zur weiteren Beunruhigung bei. Er horcht häufig in seinen Körper hinein und richtet seine Aufmerksamkeit v. a. auf alle Mißempfindungen.

Körperlich-physiologische Ebene

Herr F. leidet unter einer Reihe körperlicher Beschwerden. Im Vordergrund stehen Müdigkeit, Schwindel, Schmerzen in den Extremitäten und Kopfschmerzen, die teils auch in Ruhesituationen nicht nachlassen. Er ist durch ihr wiederholtes Auftreten stark beunruhigt und wirkt angespannt. Weitere körperliche Komponenten können zum Teil beobachtet oder angenommen werden (muskuläre Verspannungen z. B. im Frontalis-Bereich am Kopf, veränderte Atmungstiefe, u. a.).

Diese Verhaltensweisen und Symptome lassen sich diagnostisch als undifferenzierte somatoforme Störung (DSM-IV 300.81) einordnen. Ebenso sind die spezifischen Kriterien für die Somatisierungsstörung erfüllt. Psychologische Intervention erschien dringend notwendig, da der Patient durch die Symptomatik in seinen beruflichen und familiären Aktivitäten massiv beeinträchtigt wird.

2 Differentialdiagnose

Differentialdiagnostisch mußte unbedingt die Abgrenzung gegenüber dem Vorliegen einer tatsächlichen körperlichen Erkrankung erfolgen. Nach Routinediagnostik, einer Langzeit-Blutdruckmessung und Durchsicht der Vorbefunde ergab sich kein Hinweis auf eine organische Bedingung der Symptome. Somit sind bei Herrn F. die Kriterien für eine undifferenzierte somatoforme Störung (DSM-IV: 300.81) klar erfüllt:

- Der Patient leidet unter mehreren körperlichen Beschwerden (Müdigkeit, Schwindel, Schmerzen in den Extremitäten, Kopfschmerzen)
- Nach umfangreichen Untersuchungen können die Symptome nicht vollständig durch einen bekannten medizinischen Krankheitsfaktor oder durch die Wirkung von Substanzen erklärt werden.
- Die Symptome schränken Herrn F. klinisch bedeutsam ein: er ist seiner Berufstätigkeit seit einem Dreiviertel Jahr nicht nachgegangen, er übernimmt nur noch leichtere Hausarbeiten, ermüdet schnell und gab soziale Verpflichtungen auf.
- Die Störung dauert inzwischen länger als sechs Monate.
- Es gibt keinen Hinweis für das Vorliegen einer anderen psychischen Störung.
- Ein Motiv für eine vorgetäuschte Störung ist nicht erkennbar.

Aufgrund der begrenzten Anzahl der berichteten Symptomen und des Beginns nach dem 30. Lebensjahr kann die Diagnose Somatisierungsstörung nicht gestellt werden. Da neben Schmerzsymptomen noch weitere Beschwerden geschildert werden und Schmerzen nicht im Mittelpunkt stehen, besteht keine Schmerzstörung.

Eine Panikstörung liegt nicht vor, da die somatischen Beschwerden auch außerhalb umgrenzter Panikattacken auftreten und es sich außer beim geschilderten Kribbelgefühl in Armen und Beinen nicht um typische Paniksymptome handelt.

Die körperlichen Symptome gehen zwar einher mit starken Gesundheitsängsten, diese lassen sich aber gut von einer Hypochondrie abgrenzen. Herr F. hält nicht an einer festen Krankheitsüberzeugung fest und schildert im Gegensatz zur Hypochondrie eher wechselnde Symptome, die er nicht eindeutig einer Erkrankung zuordnen kann. Vorherrschend ist weniger die Angst vor einer fatal verlaufenden Krankheit, sondern eher das Gefühl der Unsicherheit und die fehlende Gewißheit, gesund zu sein. Weiterhin wird eine aktive Auseinandersetzung mit Krankheitsinformationen sogar vermieden (u. a. ab- bzw. umschalten bei medizinischen Sendungen im Fern-

sehen). Auch bleiben die Ängste auf den Bereich körperliche Beschwerden begrenzt, was eine Generalisierte Angststörung ausschließt.

Im Verlauf der Störung fand insgesamt eine Verschlechterung der Stimmung statt, die als Reaktion auf die durch die Störung entstandenen Einschränkungen und den entsprechenden Verstärkerverlust angesehen werden kann. Zur Diagnose einer depressiven Störung liegen nicht genügend entsprechende Symptome vor. Weiterhin lassen sich die geschilderten körperlichen Beschwerden nicht besser unter einer Depression einordnen, da sie unabhängig von aktuellen Stimmungen auftreten.

Nach ICD-10 lassen sich die Beschwerden nicht eindeutig einer einzigen Diagnose zuordnen. Zwar wird auch in ICD-10 die undifferenzierte Somatoforme Störung genannt, jedoch auch eine sogenannte „Somatoforme autonome Funktionsstörung“ wird aufgeführt sowie die „Neurasthenie“. Leider ermöglicht ICD-10 keine genaue Abgrenzung dieser Diagnosen, so daß im Zweifelsfall das amerikanische System vorzuziehen ist (Rief & Hiller, 1998).

Psychodiagnostik

Es wurde ein „Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen“ (DIPS; Margraf, Schneider, Ehlers, DiNardo & Barlow, 1991) durchgeführt. Anhand des DIPS wurde die Diagnose undifferenzierte somatoforme Störung bestätigt, weitere Kriterien für eine andere Störung wurden nicht erfüllt. Außerdem wurden eine Reihe standardisierter Fragebögen zur weiteren Befunderhebung und allgemeinen Übersicht („Screening“) vorgegeben. Zusätzlich sollte der Patient ein Symptomtagebuch führen. Anhand dieser Selbstaufzeichnungen sollten situationale Auslöser, Verhaltensmerkmale und Konsequenzen bei auftretenden Beschwerden festgehalten werden. Hier einige Auszüge:

„Ich gehe mit einem Bekannten zum joggen [Anm.: war therapeutisch verordnet, um das Schonverhalten abzubauen]. Hatte keine Probleme während des Laufens. Als ich schneller wollte, weil mein Bekannter etwas voraus war, kam sofort wieder Kopfdruck. Als ich nach dem Joggen die Treppe hochging, waren meine Beine schwer wie Blei. Weiter starker Kopfdruck bzw. eine Art Schwindel. Fülle Fragebögen aus, plötzlich starker Kopfdruck. Muß mich hinlegen. Wenn ich liege o. k., will ich aufstehen, wieder starker Kopfdruck ...“

„Schmerzen in Armen und Beinen während einer Gruppenbesprechung. Plötzliche Schmerzen in der Herzgegend nach einer Frage an mich (war das die richtige Antwort?). Bei weiteren Fragen Verspannungen und Schmerzen in den Oberschenkeln. Die Schmerzen haben angehalten, bis ich wieder auf meinem Zimmer war.“

Im SOMS (Rief, Hiller & Heuser, 1997) gab Herr F. als Beschwerden in den vergangenen zwei Jahren Kopf- und Gesichts-, Rückenschmerzen, Schmerzen in Armen und Beinen, Schweißausbrüche, außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung, Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen, Lähmung oder Muskelschwäche, Flüsterstimme oder Stimmverlust an. Er schätzt die angegebene Beschwerden als „stark das Wohlbefinden und das Alltagsleben beeinträchtigend“ ein.

In der SCL-90-R (Franke, 1995) ist nur der Wert für die Beschwerdeggruppe Somatisierung deutlich erhöht (1,8), alle anderen Beschwerdeggruppen liegen im unauffälligen Bereich. Im FPI-R (Fahrenberg, Hampel & Selg, 1989) beschreibt er sich als sozial orientiert, gehemmt, erregbar und introvertiert.

Interview und Fragebogenbefunde bestätigen also das klinische Bild einer undifferenzierten somatoformen Störung. Es liegen keine weiteren Störungen vor.

3 Erklärungsansätze

Genetische und psychobiologische Faktoren

Über den Einfluß genetischer Faktoren in der Ätiologie somatoformer Störungen ist wenig bekannt (Übersicht bei Guze, 1993). In der Familie unseres Patienten lagen keine psychischen Erkrankungen vor, somit können wir davon ausgehen, daß Herr F. diesbezüglich kaum vorbelastet ist.

Auch wenn für die Diagnose somatoforme Störung eine organische Verursachung weitgehend ausgeschlossen ist, so können doch pathophysiologische Prozesse eine Rolle bei ihrer Entstehung- und Aufrechterhaltung spielen. Bei Patienten mit somatoformen Störungen konnten Abweichungen in der Cortisolausschüttung festgestellt werden (Rief, Shaw & Fichter, 1998). Auch bei Herrn F. fanden sich in der Messung des morgendlichen Cortisolspiegels erhöhte Werte. Der Cortisolspiegel wirkt sich offenbar auf die Wahrnehmungsschwelle verschiedener Sinnesorgane aus (Fehm-Wolfsdorf, 1994), so daß möglicherweise ein Zusammenhang zwischen dem Cortisolspiegel bei Personen mit somatoformen Störungen und der Wahrnehmung körperlicher Symptome besteht.

Weiterhin kann eine erhöhte psychophysiologische Reaktionsbereitschaft eine Rolle bei der Entstehung somatoformer Störungen spielen. Bei Herrn F. wurden bei der Messung entsprechender Parameter eine erhöhte Aktivi-

tät der Nackenmuskulatur (EMG) und eine höhere kardiovaskuläre Aktivität im Ruhezustand festgestellt.

Sozialisation und Lernerfahrung in der Familie

Untersuchungen zur familiären Häufung von somatoformen Störungen konnten in den meisten Fällen die Annahme bestätigen, daß betroffene Patienten häufig mit Familienmitgliedern zusammengelebt haben, die ebenfalls an körperlichen Beschwerden litten (Cloninger, Martin, Guze & Clayton, 1986). Da eine genetische Komponente wenig abgesichert ist, können entsprechende Lernerfahrungen als Risikofaktoren eine Rolle spielen. Es müssen früh Erfahrungen mit der Krankenrolle gewonnen werden, bei denen vermutlich auch operante Verstärkungsprozesse eine Rolle spielen. So berichten Personen mit somatoformen Symptomen vermehrt von Krankheiten von Angehörigen in der Kindheit (Craig, Boardman, Mills, Daly-Jones & Drake, 1993).

Durch die Eltern hat Herr F. schon früh die Wichtigkeit von Gesundheit und voller Leistungsfähigkeit vermittelt bekommen. Die Familie des Patienten war weitgehend gesund, nur beim Vater war schon längere Zeit vor seinem Tod ein Herzleiden bekannt. Krankheitssymptome wurden deswegen schon immer sehr ernst genommen. Durch seine Erkrankung war der Vater darauf angewiesen, körperliche Veränderungen zu beobachten und gleich entsprechende Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Er wurde vom Hausarzt mehrfach dazu aufgefordert, kürzer zu treten und zu große Anstrengungen zu vermeiden. Er ruhte sich häufig aus, versuchte sich zu schonen. Er bot somit ein Modell für Krankheitsverhalten.

Die Mutter war nie ernsthaft krank gewesen und immer körperlich voll leistungsfähig. Die erste Erkrankung, die bei ihr festgestellt wurde, war das Krebsleiden, an dem sie auch im Alter von 49 Jahren verstarb. Ihren Tod kommentierte der Patient mit „Sie hätte eher und besser auf sich achten sollen.“

Traumatische Erfahrungen und kritische Lebensereignisse

Sexuelle Übergriffe, Gewalterfahrung sowie kritische Lebensereignisse sind potentielle Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen. Dies gilt natürlich auch speziell für somatoforme Störungen (Rief, 1996).

Bei Herrn F. finden sich keine eindeutigen Hinweise auf das Vorliegen derartiger Erfahrungen. Als außergewöhnliche Belastungen vor Beginn der Störung gibt Herr F. erst einmal nur Ereignisse an, die er positiv bewertet. Wenige Monate zuvor hatte er einen langjährigen Umbau seines Wohnhauses abgeschlossen. Beruflich gab er an, stark eingebunden gewesen zu sein. Die Versetzung in den Außendienst sei zwar anstrengend, aber von ihm gewünscht gewesen und steigerte seine berufliche Zufriedenheit. Er hätte noch eine Zusatzqualifikation erwerben können, die ihn zur Mitarbeiterfortbildung ermächtigte. Alle Mitarbeiter seiner Abteilung hatten diese Prüfung schon bestanden und es wäre ihm sehr peinlich gewesen, durchzufallen. Da er sich nicht voll leistungsfähig fühlte, ist er zur Prüfung nicht angetreten.

Als belastend empfundene Ereignisse schildert er eine ernsthafte Erkrankung seines Sohnes (Hirnhautentzündung), um den er sich sehr gesorgt hat. Auch die chronische Konfliktsituation zwischen seiner Frau und der mit im Haushalt lebenden Tante und daß seine Tochter anfängt, ihn in seiner Autorität nicht mehr so ernst zu nehmen, machen ihm etwas zu schaffen.

Verhaltenskomponenten und Verstärkung von Krankheitsverhalten

Auf die Annahme, krank zu sein, reagieren die meisten Menschen mit Gesundheits- bzw. Schonverhalten und dem Besuch des Arztes. Diese Verhaltensmuster übernehmen bei somatoformen Störungen eine verstärkende und somit aufrechterhaltende Funktion, da sie mit positiven Konsequenzen verbunden sind.

So bestätigten auch bei Herrn F. verschiedene Ärzte immer wieder, daß er nicht krank ist. Das beruhigte ihn und ging auch erst einmal mit einer Symptomreduktion einher. Die Unsicherheit und Sorge im Zusammenhang mit dem Auftreten körperlicher Symptome nahm also nach jedem Arztbesuch ab, stieg aber bei erneuten Beschwerden wieder an. Die Zuwendung durch die Ärzte, das Teilen und Ernstnehmen seiner Sorge, die kurzfristige Beruhigung und das Nachlassen der Symptome verstärken entsprechendes Krankheitsverhalten und führen zu weiteren Arztkonsultationen.

Weiterhin versucht der Patient durch Ruhe und Anstrengungsvermeidung sein Unbehagen zu reduzieren, was ihm streckenweise gelang. Ließen die Symptome in Ruhephasen jedoch nicht nach, beobachtete er sie sehr genau und seine Sorge um seine Gesundheit nahm zu. Größere Anstrengungen vermied er gezielt, und er treibt inzwischen wesentlich weniger Sport als

früher, obwohl er seit seiner Krankschreibung viel mehr Zeit dazu hätte. Das kann als Schonverhalten angesehen werden, was zu einer tatsächlichen Abnahme seiner körperlichen Leistungsfähigkeit führt und in Zusammenhang mit entsprechenden Bewertungsprozessen einen typischen Symptomkreislauf bildet.

Er hat sich auch sonst von den meisten sozialen Verpflichtungen befreit, geht nicht arbeiten, hat sein politisches Engagement in einer politischen Partei und im Elternbeirat aufgegeben. Er widmet sich nun mehr seiner Familie, was ihm bei den Kindern sehr wichtig ist, da sie jetzt beide in der Schule sind und er gute Leistungen fördern möchte.

Einstellungen und Bewertungsprozesse

Dysfunktionale Schemata und spezifische Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit spielen eine wichtige Rolle bei der Fehlinterpretation körperlicher Symptome. Entsprechende Bewertungsprozesse können sich in Zusammenhang mit selektiver Aufmerksamkeit (s. u.) gegenseitig aufschaukeln.

Desweiteren haben Personen mit somatoformen Störungen im Vergleich zu Kontrollpersonen einen enger definierten Gesundheitsbegriff (Barsky, Coeytaux, Sarnie & Cleary, 1993), so daß Gesundheit gleichbedeutend ist mit weitgehender Symptomfreiheit und mehrdeutige Körpersignale schneller als Zeichen einer Krankheit interpretiert werden. Eine Grundüberzeugung unseres Patienten ist, daß nur das Fehlen jeglicher körperlicher Symptome mit Gesundheit gleichzusetzen ist. Das macht ihn natürlich gegenüber Mißempfindungen besonders wachsam und diese werden entsprechend überbewertet. Im Fragebogen zu Körper und Gesundheit FKG (Hiller et al., 1997) stimmt er u. a. den Aussagen zu: „Wenn an meinen körperlichen Empfindungen etwas nicht stimmt, beunruhigt mich das sofort“, „Entweder ich oder mein Arzt müssen in der Lage sein, für alle körperlichen Beschwerden eine Erklärung zu finden“ und „Ich bin nicht so gesund wie die meisten meiner Bekannten“. Er hat im Fragebogen erhöhte Werte auf den Skalen „Katastrophisierende Bewertungen körperlicher Empfindungen“, „Intoleranz gegenüber körperlichen Beschwerden“ und „Körperliche Schwäche“, was dem Bild eines typischen Somatisierungspatienten entspricht.

Zudem erwartet er von sich eine volle Leistungsfähigkeit. Hinweise, nicht mehr so belastbar wie früher zu sein, führen zu vermehrter Sorge um seine Gesundheit. Damit verbunden sind auch Ängste, zu versagen, im Beruf

nicht mehr seinen „Mann“ zu stehen und eine Familie nicht mehr versorgen zu können.

Selektive Aufmerksamkeit

Eine Voraussetzung für das Auftreten und die Schilderung körperlicher Symptome ist deren Wahrnehmung. Ein Risikofaktor dafür, entsprechende Beschwerden vermehrt wahrzunehmen, sind selektive Aufmerksamkeitsprozesse. Nach einem Modell von Pennebaker (1982) hängt die Wahrnehmung interner Reize vom Verhältnis der Intensität der internen zu externen Reizen ab. Ist die Intensität externer Signale sehr gering bzw. die Intensität interner Signale sehr hoch, so verstärkt sich die subjektive Intensität körperlicher Empfindungen. Die verstärkte Wahrnehmung der körpereigenen Signale führt in Zusammenhang mit einer Neigung zur Fehlinterpretation und dysfunktionaler Bewertungsprozesse zu einer Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, sie als „nicht normal“ zu bewerten.

Auch Herr F. nimmt jegliche Veränderung an seinem Körper sehr genau wahr und vergleicht seine Belastbarkeit ständig mit einem idealen Zustand völliger Leistungsfähigkeit. Körperliche Mißempfindungen werden mit größerer Wahrscheinlichkeit entdeckt und schaukeln sich mit entsprechenden Bewertungsprozessen auf. In Ruhesituationen, Phasen, in denen eine erhöhte Selbstbeobachtung stattfinden kann, schildert er oft eine Symptomzunahme, was auf selektive Aufmerksamkeitsprozesse schließen läßt.

Bei genauerer Betrachtung des Symptomverlaufs ließ sich zudem feststellen, daß in Situationen, in denen er seine Aufmerksamkeit ganz anderen Dingen widmet bzw. stark abgelenkt war, die Beschwerden häufig nachließen.

Alexithymie und weitere Persönlichkeitsfaktoren als mögliche Risikobedingungen

Personen mit somatoformen Störungen haben erhöhte Neurotizismus- und Introversionswerte in Persönlichkeitsfragebögen (Rief & Hiller, 1992). Auch bei Herrn F. findet sich ein erhöhter Introversionswert im FPI-R (Fahrenberg et al., 1989). Weiterhin schildert er Defizite im Ausdruck von Emotionen und er geht meist pragmatisch und rational an Probleme heran, was dem Alexithymie-Konzept entsprechen würde. In seinem Umfeld wird wenig über Emotionen, Probleme und Konflikte gesprochen.

Als Hinweis dafür, daß solche und ähnliche psychologische Merkmale eine Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung seiner Störung spielen, finden wir, daß trotz der großen Skepsis gegenüber einem psychologischen Ansatz bei ersten problemorientierten Therapiegesprächen eine starke Erleichterung berichtet wird.

Integration verschiedener Risikobedingungen zu einem Gesamtmodell

Wenn man die Risikobedingungen für Herrn F. zusammenfaßt, so finden sich viele Parallelen zu dem Gesamtmodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen (Rief, 1998).

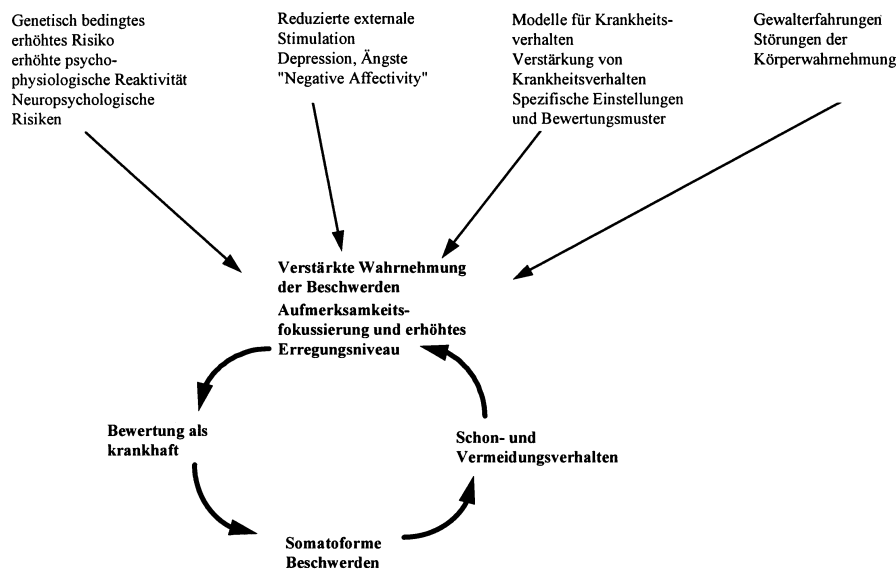


Abbildung 1: Ein Risikomodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung

In seiner Jugend bekam Herr F. durch seinen Vater ein Modell für Somatisierungsverhalten. Damit verbunden entwickelte er Einstellungen zur Wichtigkeit körperlicher Gesundheit v. a. mit dem Ausbleiben von Beschwerden als Zeichen für richtiges Funktionieren seines Körpers.

Als auslösende Bedingungen kann eine langjährige Doppelbelastung durch die Arbeit und den Umbau des Hauses angesehen werden. Herr F. arbeitete viel, ohne sich zu schonen. Erst an einem Punkt, an dem mehr

Ruhe in sein Leben eintrat, begann er auf sich zu achten und stellte dabei körperliche Mißempfindungen fest, die er nicht einzuordnen wußte, da sie sich nun auch nicht mehr auf größere Anstrengungen zurückführen ließen. Zur Aufrechterhaltung und Chronifizierung der Störung trägt dieser Kreislauf aus verstärkter Wahrnehmung der Beschwerden in Verbindung mit katastrophisierenden Bewertungen bezüglich körperlicher Mißempfindungen, Erhöhung von Schon- und Vermeidungsverhalten und die Steigerung der Aufmerksamkeitsfokussierung auf Veränderungen bei körperlichen Prozessen bei. Weiterhin läßt sich beim Patienten ein erhöhtes Erregungsniveau feststellen, was noch zur Potenzierung oben genannter Prozesse führt, da die Wahrscheinlichkeit des Auftretens entsprechender Mißempfindungen steigt. Das als unangenehm empfundene erhöhte Erregungsniveau wird durch wiederholte Arztkonsultationen i. S. einer Angstreduktion immer wieder kurzfristig gesenkt, was verstärkend wirkt.

Inwieweit eine reduzierte externale Stimulation sowie eine erhöhte psychophysiologische Reaktivität zur Auslösung der Störung beitragen, läßt sich im Nachhinein nicht mehr eindeutig entscheiden. Bei der Aufrechterhaltung der Symptomatik spielen sie auf alle Fälle eine wesentliche Rolle. Zudem wird sein Krankheitsverhalten durch den Wegfall von Verpflichtungen wie Arbeit, häusliche Aufgaben etc. verstärkt. In der ihm dadurch zur Verfügung stehenden Zeit kann er sich mehr Ruhe gönnen und sich seinen Kindern widmen.

4 Interventionsprinzipien

Aus Sicht des Patienten mit einer somatoformen Störung stehen körperliche Beschwerden im Mittelpunkt. Diese Tatsache muß in einer Psychotherapie besondere Berücksichtigung finden. Worauf man bei der Behandlung bei Patienten mit derartigen Störungsbildern besonders zu achten ist und wie man vorgehen kann, ist anhand eines Leitfadens bei Rief & Hiller (1998) ausführlich beschrieben. An diesem Vorgehen orientierten sich auch die therapeutischen Interventionen bei Herrn F.

Wie die meisten Patienten mit somatoformen Beschwerden stand er einem psychotherapeutischem Zugang sehr skeptisch gegenüber. Aufgrund seines hohen Leidensdrucks brachte er zwar eine gewisse Offenheit mit, es mußte aber auch viel Überzeugungs- und Motivationsarbeit geleistet werden.

In der ersten Phase der Behandlung bekam Herr F. viel Raum, seine bisherigen Beschwerden und Behandlungsversuche ausführlich zu schildern.

Dabei wurden seine Beschwerden sehr ernst genommen und die Glaubhaftigkeit seiner Symptome wiederholt bestätigt, um bei ihm nicht den Eindruck zu vermitteln, daß er nur deshalb psychologisch behandelt wird, da „er sich das alles nur einbildet“. Unter Berücksichtigung seines organmedizinischen Krankheitsmodells wurden seine bisherigen Bewältigungsversuche nicht als falsch, sondern als durchaus nachvollziehbar akzeptiert. Um noch genauere Informationen über das Auftreten der Symptome zu erhalten, wurde Herr F. gebeten, ein vorstrukturiertes Symptomtagebuch zu führen.

Zu Beginn der Therapie wurden in Absprache mit dem behandelnden Arzt die notwendigen medizinischen Untersuchungen abgeschlossen. Die organmedizinischen Befunde wurden dem Patienten mitgeteilt und es wurde erläutert, daß aus unserer Sicht keine weiteren Untersuchungen notwendig waren. Für die weitere Inanspruchnahme medizinischer Hilfe wurde vereinbart, daß er den Arzt zu vorgegebenen Sprechzeiten kontaktieren sollte, außerhalb dieser Sprechzeiten jedoch versuchen soll, allein zurecht zu kommen. Bei der Behandlung somatoformer Störungen ist es oftmals hilfreich, während der fortgeschrittenen Psychotherapiephase möglichst keine organmedizinischen Interventionen mehr stattfinden zu lassen, da sie in der Regel das somatische Krankheitsmodell verstärken. Es wurden weiterhin Therapieziele erarbeitet, die nicht das völlige Verschwinden der Symptome, sondern ihren Rückgang, eine Steigerung des körperlichen Wohlbefindens und eine Steigerung der Lebensqualität beinhalteten. Auch war ein Unterziel, daß neben einem organmedizinischen Ursachenmodell weitere Erklärungsmöglichkeiten und Einflußbedingungen auf die Beschwerden gefunden werden sollen. Aufgrund großer Aussicht auf Erfolg einer verhaltensmedizinischen Behandlung und da keine zusätzlichen Beschwerden vorlagen, wurde auf eine Pharmakotherapie verzichtet.

In ersten symptomorientierten Therapieschritten anhand der Symptomtagebücher ließen sich positive und negative Einflußfaktoren auf die Symptomatik identifizieren. Es wurden Einflußmöglichkeiten abgeleitet, mit deren Hilfe der Patient zumindest eine teilweise Reduzierung der Beschwerden erreichen konnte. Er stellte für sich fest, daß problemorientierte Gespräche nicht – wie er annahm – mit einer Verschlechterung seines Wohlbefindens einhergingen, sondern zu einer gewissen Erleichterung führten und daß ihm Entspannungsübungen sehr gut taten.

Weiterhin wurde anhand von Verhaltensexperimenten versucht, eine Verbindung von psychischen mit körperlichen Prozessen zu verdeutlichen. Der Patient sollte sich z. B. sehr intensiv vorstellen, wie er in eine Zitronenscheibe beißt und dabei körperliche Veränderungen beobachten. Er stellte fest, daß sich allein bei dieser Vorstellung Speichel in seinem Mund

sammelte, was verdeutlichte, daß auch über Vorstellungen Körperreaktionen erzeugbar sind. An diesem Beispiel wurde veranschaulicht, wie unter Umständen allein die Vorstellungen über bestimmte Krankheiten dazu beitragen können, daß genau die befürchteten Veränderungen im Körper zu verzeichnen sind. Weiterhin wurden psychosomatische Zusammenhänge mit Hilfe von Biofeedbacksitzungen erläutert. Der Patient konnte dabei beobachten, wie schon kleinere Stressoren (Kopfrechenaufgaben) körperliche Prozesse verändern. Parallel wurde die Rolle von Aufmerksamkeits- und Bewertungsprozessen veranschaulicht und daraus der Kreislauf zwischen Symptomwahrnehmung, der Symptombewertung als bedrohlich, nachfolgendem Schonverhalten und damit eine Reduktion körperlicher Belastbarkeit sowie erneut verstärkter Symptomwahrnehmung erarbeitet. Ergänzt durch die Entstehungsbedingungen (Lernerfahrung des Patienten, erhöhte physiologische Reaktivität, spezifische Bewertungsprozesse) erhielten wir ein Modell zur Erklärung der Störung (siehe 3.8), anhand dessen wir spezifische Interventionsstrategien ableiten konnten. Der Patient leitete für sich aus dem Modell ab, daß eine Steigerung seiner körperlichen Leistungsfähigkeit den Kreislauf unterbrechen könne. Prinzipiell wurde ihm bestätigt, daß er damit recht habe, daß er aber zu Beginn eines entsprechenden Aufbautrainings erst einmal mit einem Symptomanstieg rechnen müsse, er langfristig jedoch damit eine Verbesserung erreichen könne.

Als ein weiteres Element aus dem Störungsmodell wurden die Bewertungsprozesse herausgegriffen. Es wurde versucht, sie zu modifizieren, indem alternative Erklärungen für das Auftreten der Symptome entwickelt wurden und Argumente für und wider die neu entwickelten Erklärungen bzw. die bisherigen abgewogen wurden. Neben den symptom-spezifischen Interventionen waren allgemeinere Interventionen zur Steigerung der Lebensqualität notwendig. Dazu wurden Kommunikationsübungen durchgeführt und der Ausdruck emotionaler Inhalte gefördert.

Im Verlauf der Therapie war Herr F. in der Lage, nahezu selbständig seine körperliche Leistungsfähigkeit zu erhöhen. Er begann wieder zu joggen und ging schwimmen. Das Auftreten der Symptome wurde weniger, ihre Bedrohlichkeit nahm durch die angebotenen alternativen Erklärungen ab und sein allgemeines Erregungsniveau sank. Dies wurde weiterhin durch ein gezieltes Entspannungstraining unterstützt.

Um den Prozess der verzerrten Wahrnehmung von Körpersymptomen weiter zu normalisieren, wurde Herr F. entsprechend der Expositionslogik angehalten, sich möglichst viel körperlichen Mißempfindungen auszusetzen. Dies lief der früheren Strategie des Patienten entgegen, wo er versuchte, körperliche Mißempfindungen zu vermeiden. Dennoch konnte Herr F. hierzu motiviert werden und er stellte sich Mißempfindungen wie Muskel-

kater, Atemnot beim Treppensteigen, Schwindel durch Drehübungen usw. Dadurch gelang es, körperliche Mißempfindungen wieder als normales Geschehen eines gesunden Körpers einzuordnen und katastrophisierende Bewertungen von Körpermißempfindungen zu reduzieren.

In den gegen Ende der Therapie noch einmal gegebenen Fragebögen bestätigte sich der klinische Eindruck eines Symptomrückgangs. In der Symptom-Checkliste (SCL-90-R) zeigte der Patient auf der Skala „Somatisierung“ einen deutlich erniedrigten Wert (0,9) und schätzte die Beschwerden insgesamt als deutlich weniger beeinträchtigend ein.

5 Resümee

Patienten mit somatoformen Störungen stellen eine große Gruppe im Gesundheitssystem dar. Die Störung ist häufig mit hohen Behandlungskosten und teils mit einer erheblichen Beeinträchtigung für die Betroffenen verbunden. Inzwischen konnten kontrollierte Therapiestudien zeigen, daß eine positive Beeinflussung durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien möglich ist und sich die Symptome sowie die Behandlungskosten reduzieren lassen (Rief, Hiller, Geissner & Fichter, 1995). Ein starkes Festhalten an organmedizinischen Erklärungen und eine große Skepsis gegenüber psychotherapeutischen Ansätzen machen die Behandlung schwierig und erfordern großes Einfühlungsvermögen auf Seiten des Therapeuten.

Als erstes muß eine vernünftige Abgrenzung zum Vorliegen einer tatsächlichen somatischen Erkrankung erfolgen. Eine gute Absprache mit dem behandelnden Arzt ist dabei unumgänglich. Entsprechend der vielen Faktoren, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung eine Rolle spielen, muß auch die Therapie auf mehreren Ebenen ansetzen. Insgesamt gilt für diese Krankheitsgruppe, daß zuerst eine symptomorientierte Psychotherapie durchgeführt werden sollte, bevor auf allgemein psychotherapeutische Themen ausgeweitet wird. Der Patient gibt in aller Regel den Behandlungsauftrag zuerst für die Bearbeitung der körperlichen Symptomatik.

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.
- Cloninger, C.R., Martin, R.L., Guze, S. B. & Clayton, P.J. (1986). A prospective fol-

- low-up and family study of somatization in men and women. *American Journal of Psychiatry*, 143, 873–878.
- 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 experience. *British Journal of Psychiatry*, 163, 579–588.
- Escobar, J.I., Rubio-Stipec, M., Canino, G. & Karno, M. (1989). Somatic symptom index (SSI): A new and abridged somatization construct. – Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 140–146.
- Ewald, H., Rogne, T., Ewald, K. & Fink, P. (1994). Somatization in patients newly admitted to a neurological department. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 174–179.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1989). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI*. 5. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Fehm-Wolfsdorf, G. (1994). *Streß und Wahrnehmung. Psychobiologie der Glucocorticoide*. Bern: Huber.
- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz-Test.
- 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.
- Hiller, W., Rief, W., Elefant, S., Margraf, J., Kroymann, R., Leibbrand, R. & Fichter, M.M. (1997). Dysfunktionale Kognitionen bei Patienten mit Somatisierungssyndrom. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 226–234.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Kirmayer, L.J. & Robbins, J.M. (1991). Three forms of somatization in primary care: Prevalence, occurrence, and sociodemographic characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 647–655.
- Kellner, R. (1986). *Somatization and Hypochondrias*. New York: Praeger Publisher.
- Margraf, J., Schneider, S., Ehlers, A., DiNardo, P. & Barlow, D. (1991). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Pennebaker, W. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms*. New York: Springer.
- Rief, W. (1996). Die somatoformen Störungen – Großes unbekanntes Land zwischen Psychologie und Medizin. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 173–189.
- Rief, W. (1998). Somatoforme Störungen. In H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen*. 3. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W. & Hiller, W. (1992). *Somatoforme Störungen – Körperliche Symptome ohne organische Ursache*. Bern: Huber-Verlag.
- Rief, W. & Hiller, W. (1998). *Somatisierungsstörung und Hypochondrie*. Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W. & Hiller, W. (1998). Somatization – Future perspectives on a common phenomenon. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 529–536.
- 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.
- Rief, W., Hiller, W. & Heuser, J. (1997). *SOMS – Das Screening für somatoforme Störungen*. Bern: Huber.

- Rief, W., Shaw, R. & Fichter, M.M. (1998). Elevated levels of psychophysiological arousal and cortisol in patients with somatization syndrom. *Psychosomatic Medicine*, 60, 198–203.
- Weiffenbach, O., Gänsicke, M., Faust, G. & Maier, W. (1995). Psychische und psychosomatische Störungen in der Allgemeinarztpraxis. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 137, 528–534.