

Kapitel 7

Somatoforme Störungen

Winfried Rief

Einleitung

Typischerweise werden vor allem dann Institutionen des Gesundheitssystems aufgesucht, wenn körperliche Beschwerden vorliegen. In vielen Fällen sind diese körperlichen Beschwerden jedoch nicht auf organische Erkrankungen zurückzuführen. Durchschnittlich bei jedem 5. Patienten ist davon auszugehen, dass den körperlichen Beschwerden andere Entstehungsprozesse zugrundeliegen als mit der klassischen Vorstellung von einer organischen Genese verbunden sind. Entsprechend hilflos mutet oftmals der Umgang mit dieser Patientengruppe an. Das häufig vorgefundene Merkmal des „Doctor shoppings“ (häufiger Besuch von verschiedenen Allgemein- und Fachärzten) ist sicherlich nicht nur Ausdruck von Patienten- und Störungsmerkmalen, sondern auch des fehlenden Wissens auf Behandlerseite im Umgang mit den betroffenen Personen.

Seit der Einführung von DSM-III (APA, 1980) werden körperliche Beschwerden ohne eindeutige organische Ursache unter der Gruppe der „somatoformen Störungen“ klassifiziert. Personen mit somatoformen Störungen stellen nahezu in allen Behandlungsbereichen des Gesundheitswesens eine der grossen Diagnosegruppen dar (z. B. Bauchbeschwerden und Blähungen beim Internisten, Rückenschmerzen beim Orthopäden, Unterbauchbeschwerden beim Gynäkologen, Konversionssymptome beim Neurologen, Sexualstörungen oder Miktionsbeschwerden beim Urologen, etc.). Jedoch auch im psychologischen und psychotherapeutischen Bereich beschreiben viele Patienten somatoforme Symptome. So gaben in einer eigenen Studie (Rief, 1995) mehr als 85 % von untersuchten Patienten einer psychosomatischen Klinik an, mindestens drei oder mehr somatoforme Symptome in den vergangenen zwei Jahren erlitten zu haben. Sowohl für den organmedizinischen als auch für den psychotherapeutischen Bereich besteht die Gefahr, dass sich der Behandler primär auf die Symptome „seiner“ Fachdisziplin konzentriert und somit das Gesamtsyndrom nicht erkennt. Auch dies ist ein Aspekt, der zu der hohen Chronifizierung beitragen kann. Mit der hohen Chronifizierung gehen entsprechend hohe Kosten für das gesamte Gesundheitssystem einher, da die betroffenen Personen die verschiedenen Dienste des Gesundheitswesens in

hohem Masse in Anspruch nehmen (ca. 9-fache Behandlungskosten im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung; Smith et al., 1986). Somit ist die Entwicklung adäquater Behandlungsstrategien nicht nur eine Frage der Lebensqualität der betroffenen Personen, sondern auch eine Frage von hoher gesundheitsökonomischer Bedeutung.

1 Beschreibung und diagnostische Kriterien

Die höchsten Behandlungskosten in dieser Untergruppe finden sich bei Personen mit multiplen somatoformen Symptomen. Wie aus Tabelle 1 ersichtlich ist, finden sich zum Beispiel im stationären psychosomatischen Bereich in erster Linie Personen mit multiplen und verschiedene Körperstellen betreffenden Beschwerden. Hierbei stehen Symptome wie Übelkeit, Blähungen, Herzbeschwerden, Schwindelgefühle, Schwitzen, auffallende Erschöpfbarkeit, Rücken- und Bauchschmerzen im Vordergrund. Seltener treten Symptome auf wie Miktionsbeschwerden, Hörverlust (Taubheit) oder psychogene Blindheit. Bereits Briquet (1859) beschrieb in seinem deskriptiven Ansatz, dass das Störungsbild gehäuft bei Frauen auftritt, die ersten Symptome oftmals zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr auftreten und Frauen aus sozial schwächeren Schichten sowie mit traumatischen Erfahrungen als Risikogruppe zu betrachten sind.

Das amerikanische Klassifikationssystem DSM-IV (APA, 1994; deutsch Saß et al., 1996) schlägt für Personen mit multiplen somatoformen Symptomen die diagnostische Gruppe der „Somatisierungsstörung“ vor. Um die Kriterien für eine Somatisierungsstörung zu erreichen, müssen von 33 Symptomen insgesamt mindestens acht erfüllt sein: vier Schmerzsymptome, zwei gastrointestinale Symptome, ein pseudoneurologisches Symptom sowie ein Symptom aus dem psychosexuellen Bereich. Die ersten Beschwerden müssen bereits vor dem 30. Lebensjahr aufgetreten sein und die Störung muss eine Mindestdauer von zwei Jahren haben und somit bereits als chronifiziert betrachtet werden. Die Beschwerden müssen mit einer deutlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität einhergehen bzw. dazu geführt haben, dass Behandlung auf-

Tabelle 1
Häufige Somatisierungssymptome (über 50 %) bei
Patienten einer psychosomatischen Klinik (N = 484)

Symptom	Häufigkeit (%)
Rückenschmerzen	73 %
Kopf-, Gesichtsschmerzen	67 %
Schweissausbrüche	62 %
leichte Erschöpfbarkeit	62 %
Bauchschmerzen	56 %
Völlegefühl, Blähungen	56 %
Palpitationen	55 %
Druckgefühl im Bauch	54 %

Tabelle 2
Körperliche Symptome der Somatisierungsstörung nach DSM-IV

-
1. Mindestens vier Schmerzsymptome aus:
 - Kopfschmerzen
 - Abdominelle Schmerzen
 - Rückenschmerzen
 - Gelenkschmerzen
 - Schmerzen in Extremitäten
 - Brustschmerzen
 - Rektale Schmerzen
 - Schmerzen während Geschlechtsverkehr
 - Menstruationsschmerzen
 - Schmerzen beim Wasserlassen

 2. Mindestens zwei gastrointestinale Symptome außer Schmerzsymptomen aus:
 - Übelkeit
 - Durchfall
 - Blähungen
 - Erbrechen (außer während Schwangerschaft)
 - Unverträglichkeit verschiedener Speisen

 3. Mindestens ein Symptom bei sexuellen Organen aus:
 - Sexuelle Gleichgültigkeit
 - Erektions- oder Ejakulationsstörung
 - Unregelmäßige Menstruation
 - Exzessive Menstruationsblutung
 - Erbrechen über die gesamte Schwangerschaft

 4. Mindestens ein pseudoneurologisches Symptom aus:
 - Blindheit
 - Sehen von Doppelbildern
 - Taubheit
 - Sensibilitätsstörungen
 - Halluzinationen
 - Aphonie
 - Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen
 - Lähmungen oder umschriebene Schwächen
 - Schluckschwierigkeiten, „Frosch im Hals“
 - Harnverhaltung
 - Anfälle
 - Amnesien
 - Bewußtseinsverluste (nicht Ohnmachten)
-

gesucht wurde. Daneben dürfen die Symptome nicht absichtlich produziert sein und nicht vollständig durch eine körperliche Erkrankung erklärbar sein. Die von DSM-IV vorgeschlagenen körperlichen Symptome, die klassifikationsrelevant sind, sind in Tabelle 1 dargestellt. DSM-IV weist jedoch darauf hin, dass diese Symptomlisten gegebenenfalls kulturspezifisch variiert werden können.

Wegen der restriktiven Definition der Somatisierungsstörung können viele Personen mit multiplen somatoformen Symptomen nicht unter dieser Gruppe diagnostiziert werden, sondern werden unter der Restkategorie „*undifferenzierte somatoforme Störung*“ klassifiziert. Aus diesem Grund wurde wiederholt vorgeschlagen, eine Zwischenkategorie des „Somatisierungssyndroms“ einzuführen (z. B. abridged somatization disorder, Escobar et al., 1987; multiples somatoformes Syndrom, Rief, 1996).

Stehen beim Patienten in erster Linie Schmerzsymptome im Vordergrund, so ist an die Diagnose einer *Schmerzstörung* zu denken. In diesem Fall kann differenziert werden, ob die Schmerzsymptome eindeutig mit psychischen Faktoren in Verbindung stehen (DSM-IV 307.80) oder ob sowohl psychische als auch körperliche Aspekte die Schmerzstörung beeinflussen (DSM-IV 307.89).

Als weitere grosse Gruppe, deren Wurzeln ebenfalls bereits bis in die Antike zurückreichen, ist die *Hypochondrie* (DSM-IV 300.7) zu nennen. Auch in diesem Fall werden vom Patienten oftmals körperliche Beschwerden genannt, jedoch stehen im Vordergrund Ängste vor einer körperlichen Erkrankung oder die Überzeugung, körperlich krank zu sein. Diese Überzeugung bleibt bestehen, obwohl von ärztlicher Seite aus immer wieder Rückversicherungen erfolgten, dass keine bedrohliche Erkrankung vorliegt. Typische Beispiele sind die Angst vor verschiedenen Krebserkrankungen, Angst vor einem Hirntumor oder Angst vor Aids (Aids-Phobie). Die Hypochondrie kann erst diagnostiziert werden, wenn sie seit mindestens sechs Monaten besteht und nicht ausschliesslich in Zusammenhang mit anderen psychischen oder körperlichen Erkrankungen auftritt. Im Einzelfall kann die Differentialdiagnose zu einem hypochondrischen Wahn (z. B. im Rahmen schwerer depressiver Erscheinungsbilder oder schizophrener Erkrankungen) schwierig sein. Auch in der Differentialdiagnose zur Panikstörung zeigen sich oftmals Probleme. Ein typisches Merkmal von Personen mit Panikstörungen ist die Angst vor abrupten, plötzlich zum Tode führenden Erkrankungen (in der Regel Herzinfarkt). Demgegenüber haben hypochondrische Patienten Befürchtungen, die sich auf Krankheiten beziehen, welche erst im längeren Verlauf fatal sind. Dies bedeutet, dass die Zeitdimension der Katastrophenbefürchtungen eine Hilfe in der Differentialdiagnose sein kann.

Unter der Gruppe der somatoformen Störungen wird auch die *körperdysmorphe* Störung (früher: „Dysmorphophobie“) genannt. Die betroffenen Patienten finden bestimmte Körperteile von sich als schwer missgestaltet, wobei andere Personen diesen vermeintlichen Makel nicht erkennen können. Typisches Beispiel für betroffene Körperteile sind die Haare, die Nase, bei Frauen der Busen. Über dieses Störungsbild liegen erst wenig wissenschaftliche Erkenntnisse vor (Philips, 1991; Philips et al., 1993; Rosen et al., 1995; Veale et al., 1996). Trotzdem kann bereits heute festgehalten werden, dass viele der betroffenen Personen sich an Schönheitschirurgen wenden und versuchen, durch einen operativen Eingriff Hilfe zu erhalten. Der Erfolg solcher Interventionen ist bis dato nicht belegt und eher zweifelhaft.

Historisch hat die *Konversionsstörung* eine gewisse Bedeutung, weswegen sie immer noch in den Klassifikationssystemen aufgeführt wird. Für diese Störung reicht ein körperliches Symptom aus, dessen Erstauftreten jedoch in eindeutigen Zusammenhang mit psychischen Belastungsfaktoren stehen muss. Bei der körperlichen Symptomatik sollte es sich in erster Linie um sogenannte pseudoneurologische Symptome handeln (Lähmungserscheinungen, Muskelschwäche, Anfälle, Taubheitsgefühle, etc.). Die Diagnosestellung einer Konversionsstörung ist jedoch aus verschiedenen Gründen problematisch. Zum einen wird mit dem Begriff Konversion historisch ein psychischer Prozess verstanden, dessen Implikationen nicht oder nicht ausreichend belegt sind. Zum anderen sind gerade mit der Diagnose Konversionsstörung erhöhte Probleme in der Abgrenzung zu organischen Erkrankungen verbunden, so dass die Diagnose als nicht ausreichend valide bezeichnet werden muss. Sind die Kriterien für ein Somatisierungssyndrom erfüllt, sollte deshalb entsprechend einer Diagnose Somatisierungsstörung oder Somatisierungssyndrom der Vorzug gegeben werden.

Das Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO), ICD-10 (Dilling et al., 1993, 1994), hat sich deutlich dem Vorschlag des amerikanischen Klassifikationssystems angenähert. Es wird ebenfalls eine Somatisierungsstörung aufgeführt, die jedoch auf andere Symptomlisten zurückgreift und andere Ein- und Ausschlusskriterien hat als die Somatisierungsstörung nach DSM-IV. Entsprechend konnte nachgewiesen werden, dass die Klassifikationsergebnisse für die Somatisierungsstörung nach ICD-10 und DSM-IV nur im mittleren Bereich übereinstimmen (Rief et al., 1996). Auch führt ICD-10 die „somatoforme autonome Funktionsstörung“ ein. Hierbei handelt es sich um ein multiples somatoformes Syndrom, bei dem jedoch Symptome der autonom-innervierten Organe im Vordergrund stehen. ICD-10 schlägt vor, dass im Zweifelsfall eher die Diagnose einer somatoformen autonomen Funktionsstörung gestellt werden soll als die Diagnose einer Somatisierungsstörung. Wird diese Regel berücksichtigt, erhöhen sich die Diskrepanzen bezüglich der Krankheitsgruppe „Somatisierungsstörung“ nach ICD-10 und DSM-IV. Schliesslich wird in ICD-10 auch unter der Gruppe der „anderen neurotischen Störungen“ die „Neurasthenie“ aufgeführt. Auch bei diesem Störungsbild stehen körperliche Beschwerden im Vordergrund. Psychisch dominiert die Einschätzung einer erhöhten Erschöpfbarkeit. Diese Diagnose wird in Europa nur noch selten verwendet, während sie in anderen Ländern (z. B. China) eine hohe Popularität hat. Personen mit „chronic fatigue syndrome“ erfüllen häufig die Kriterien der Neurasthenie (Farmer et al., 1995).

2 Epidemiologie, Verlauf und Nosologie

2.1 Epidemiologie

Das Vollbild einer Somatisierungsstörung ist aufgrund der restriktiven Kriterien nur selten vorzufinden. Die gross angelegte amerikanische epidemiologische Studie ECA (Swartz et al., 1986) erbrachte Prävalenzraten von deut-

lich unter 1 % für Frauen, für Männer noch seltener. Auf der anderen Seite erbrachten mehrere Studien in Arztpraxen, dass ca. 20 % der Arztbesuche auf unklare körperliche Beschwerden zurückzuführen sind, für die auch im weiteren Verlauf keine ausreichende organische Ursache zu finden ist. Auch in Studien im deutschsprachigen Raum finden sich hohe Raten für Personen mit funktionellen körperlichen Beschwerden (z. B. Weiffenbach et al., 1995; Arolt et al., 1995). Die gesundheitspolitische Relevanz der somatoformen Störungen wird somit weniger durch die Somatisierungsstörung im engeren Sinne repräsentiert, sondern vielmehr durch das Somatisierungssyndrom oder multiple somatoforme Syndrom. Für dieses Störungsbild finden sich für westliche Kulturen Prävalenzraten von 5 % und höher (Escobar et al., 1989).

Für die weiteren somatoformen Störungen liegen nur unbefriedigende Angaben zur Epidemiologie vor. Hypochondrie findet sich bei Patienten in Arztpraxen zu etwa 5 % (Barsky et al., 1990). Genauere Angaben zur allgemeinen Prävalenz sind jedoch wohl erst aus zukünftigen epidemiologischen Untersuchungen zu erwarten.

2.2 Verlauf der Störung

Da für die Somatisierungsstörung eine Erkrankungsdauer von mindestens zwei Jahren vorausgesetzt wird, ist die Störung per definition als chronisch zu bezeichnen. Über viele Jahrzehnte galt die Somatisierungsstörung als so gut wie nicht beeinflussbar mit entsprechend schlechter Prognose. Zwar wurde immer wieder eingeräumt, dass die im Vordergrund stehenden Symptome wechseln können, das Gesamtsyndrom als solches wurde jedoch als konstant angenommen. Berichte von Spontanremissionen sind selten.

Auch für die Hypochondrie wurde angenommen, dass es sich dabei eher um eine chronische Störung handelt und Spontanremissionen selten sind. Der Verlauf erscheint jedoch etwas weniger konstant, so dass sowohl kurzfristige schwere Krisen als auch längere Phasen mit Symptommfreiheit möglich sind.

Somit muss für den Verlauf festgehalten werden, dass es sich um Krankheiten mit ungünstiger Prognose handelt. Diese Aussage trifft jedoch nur zu, wenn sich das Störungsbild voll ausgebildet hat und über mehrere Monate persistierte. Es ist davon auszugehen, dass akute körperliche Missempfindungen ein gängiges Phänomen sind, wobei viele dieser Missempfindungen nicht chronifizieren, weil die betroffenen Personen nach ärztlicher Rückversicherung über die Unbedenklichkeit der Beschwerden die Symptome wieder verlieren oder von vornherein erst einmal abwarten, wie sich die Beschwerden entwickeln.

2.3 Nosologie

In den vergangenen Jahrzehnten wurde immer wieder vermutet, dass Somatisierungssymptome nur Begleiterscheinungen von depressiven Erkrankungen sein könnten. Diese Konzepte der *somatisierten* oder *larvierten Depressi-*

on bauen auf die Tatsache auf, dass gerade Personen mit Somatisierungssyndrom oftmals in der aktuellen oder vergangenen Symptomatik ebenfalls eine depressive Erkrankungsphase aufweisen. In verschiedenen Studien wurde entsprechend eine hohe Komorbidität zwischen Somatisierungssyndrom und Depression gefunden (z. B. Katon et al., 1991; Rief et al., 1995). Untersucht man jedoch den retrospektiv erhobenen Beginn der beiden Störungsbilder, so zeigen verschiedene Ergebnisse, dass in der Regel die Somatisierungssymptome zuerst auftreten, oftmals mehrere Jahre, bevor depressive Erscheinungsbilder auftreten. Deshalb ist auch eine weitere Erklärungsmöglichkeit, dass die depressiven Erkrankungen Folgeerscheinungen der Somatisierungsstörung sind (Rief et al., 1995; Wittchen et al., 1993). Auch darf die insgesamt hohe Komorbidität zwischen Somatisierung und Depression nicht darüber hinwegtäuschen, dass mit Somatisierungssyndromen oftmals auch weitere psychische Erkrankungsbilder (z. B. Angststörungen) einhergehen. Deshalb kann vermutet werden, dass Somatisierung, Angst, Depression und auch weitere (z. B. körperliche) Erkrankungen gegenseitige Risikofaktoren darstellen können.

Für die Untergruppe der Hypochondrie wurde wiederholt diskutiert, ob diese sinnvollerweise den somatoformen Störungen zugeordnet werden soll oder besser den Angststörungen. Oftmals ist das Leitsymptom der Hypochondrie die *Angst* vor einer Erkrankung. Auch fand sich in Studien eine deutlich erhöhte Komorbidität zwischen Hypochondrie und Angststörungen, während z. T. Hypochondrie und Depression nur niedrigere Komorbiditätsraten aufwiesen (Barsky et al., 1992). Hypochondrie kann somit ein Verbindungsglied zwischen Angststörungen und somatoformen Störungen darstellen.

3 Erklärungsansätze und theoretische Modelle

3.1 Genetische und psychobiologische Faktoren

Bislang liegen nur wenig Studien zu genetischen Faktoren bei somatoformen Störungen vor. Diese fanden leicht erhöhte Werte für monozygote Zwillinge im Vergleich zu dizygoten Zwillingen (Torgersen, 1986). Das genetische Risiko scheint hierbei nicht spezifisch für die Untergruppe von somatoformen Störungen zu gelten, sondern für die Gesamtgruppe somatoformer Störungen. Auch scheint eine genetische Belastung mit Alkoholismus oder Soziopathie ebenfalls einen Risikofaktor darzustellen (Bohmann et al., 1984).

Auf psychobiologischer Ebene lassen sich Parallelen zur Depressionsforschung vermuten (z. B. bezüglich des Serotonin-Haushalts). Jedoch wurden bislang noch keine Studien veröffentlicht, die einen solchen Zusammenhang belegen. Demgegenüber scheinen Besonderheiten bezüglich des Cortisol-Spiegels vorzuliegen, wenn auch die Ergebnisse widersprüchlich sind. Bei verwandten Störungen wie chronischem Ermüdungssyndrom (chronic fatigue syndrome) oder Unterbauchbeschwerden (Ehlert et al., 1994) wurden

erniedrigte Cortisol-Spiegel gefunden. In einer eigenen Studie mit hoch chronifizierten Personen mit Somatisierungssyndrom wurde demgegenüber ähnlich wie in der Depressionsforschung ein erhöhter Cortisol-Spiegel gefunden, der auch noch nachzuweisen war, wenn die Variable Depressivität kontrolliert wurde. Auch sprechen die eigenen Ergebnisse dafür, dass oftmals ein erhöhtes psychophysiologisches Aktivierungsniveau vorliegen kann (Rief et al., in press). Am ehesten scheinen diese Ergebnisse dadurch erklärbar, dass es verschiedene Untergruppen von Patienten mit somatoformen Störungen gibt, bei denen psychobiologische Aspekte unterschiedliche Rollen spielen.

Wie in anderen Bereichen der klinischen Psychologie ist auch im vorliegenden Fall unklar, ob psychobiologische Besonderheiten als Risikofaktoren oder als Folgen des Störungsbildes zu sehen sind. Grundsätzlich ist jedoch anzunehmen, dass auch dieses Störungsbild auf biologischer Ebene Korrelate hat, die zum einen das zentralnervöse oder autonome Nervensystem betreffen können, zum anderen jedoch auch periphere Reaktionen (z. B. erhöhte Muskelspannung über Schmerzarealen).

3.2 Sozialisation und Lernerfahrungen in der Familie

Vor dem Hintergrund der Theorien zum Modellernen lässt sich vermuten, dass für Somatisierungsverhalten bereits in der Familie entsprechende „Modelle“ vorhanden waren. Dies konnte zum einen im Rahmen von retrospektiven Studien belegt werden (z. B. Craig et al., 1993; Mayrhuber, 1995). Zum anderen konnte jedoch auch belegt werden, dass Kinder von Personen mit Somatisierungsstörungen bereits typische Verhaltensmerkmale des Krankheitsverhaltens zeigen. So belegen Livingston et al. (1995), dass diese Kinder bereits deutlich erhöhte Fehlzeiten in der Schule aufweisen sowie vermehrt Arztbesuche, z. B. aus vorsorglichen Gründen durchgeführt werden als bei Kindern von Personen, die keine Somatisierungsstörung aufweisen.

In den Familien von Somatisierungspatienten scheint auch eine erhöhte Rate für Alkoholismus und Soziopathie vorzuliegen. Somit ist nicht nur ein durch Krankheit geprägtes Familienklima, sondern auch ein durch Alkoholismus, Gewalt und Aggression geprägtes Familienklima als Risikofaktor zu nennen.

3.3 Traumatische Erfahrungen und kritische Lebensereignisse

Zwischenzeitlich existiert eine Flut von Studien, die Somatisierungssymptome in Zusammenhang mit traumatischen Lebensereignissen bringen. Seit geraumer Zeit sind solche Zusammenhänge z. B. bei Kriegsteilnehmern beschrieben (z. B. Solomon et al., 1987). In den vergangenen Jahren häufen sich die Studien, die sexuelle Übergriffe als traumatische Lebensereignisse, vor allem von Frauen, in ihrer ätiologischen Bedeutung untersuchten. Nicht nur im Vergleich zu Gesunden, sondern auch im Vergleich zu klinischen Kontrollgruppen zeigt sich bei Somatisierungspatientinnen eine erhöhte Rate von Gewalterfahrungen, vor allem sexueller Art (Morrison, 1989; Walker et al.,

1992; Pribor et al., 1993; Golding, 1994). Die erhöhte Rate an traumatischen Erfahrungen findet sich auch bei der Untergruppe der Hypochondrie (Barsky et al., 1994). Von besonderer Bedeutung erscheinen traumatische Erfahrungen für die Entwicklung von pseudoneurologischen Symptomen (Konversionssymptomen, dissoziativen Symptomen). Vor allem bei Personen im stationären Setting finden sich dramatisch erhöhte Traumatisierungsraten (Hyer et al., 1993; Pribor et al., 1993; Saxe et al., 1993). Somit lässt sich zusammenfassen, dass kritische Lebensereignisse sicherlich grundsätzlich einen potentiellen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen darstellen, dass jedoch darüber hinaus ihnen auch eine zusätzliche spezifische Bedeutung für somatoforme Störungen zukommt.

3.4 Verhaltenskomponenten und Verstärkung von Krankheitsverhalten

Führen körperliche Missempfindungen zu einer Verunsicherung der Person, so wird darauf oftmals mit spezifischen Verhaltensweisen reagiert. Angefangen von Schonverhaltensweisen (z. B. Rückzug, Befreiung von der Arbeitsbelastung, Absage von Verpflichtungen und Terminen) bis hin zu Arztbesuchen, Medikamenteneinnahme und Aufsuchen paramedizinischer Institutionen können die Verhaltensmuster reichen. Diese Verhaltensmuster sind oftmals mit einer positiven Konsequenz verbunden (z. B. kurzfristige Symptomreduktion sowie Zuwendung durch Angehörige) und werden deshalb verstärkt. Pilowsky (1993) spricht in diesem Zusammenhang von chronischem Krankheitsverhalten („abnormal illness behaviour“). Je mehr sich das Hilfesuchverhalten ausprägt und verfestigt, desto geringer werden oftmals Selbsthilfe- und Selbstkontrollbemühungen. Diese Bedingungen können zu den bei Somatisierungspatienten deutlich erhöhten Behandlungskosten sowie enormen volkswirtschaftlichen Kosten durch Arbeitsausfälle beitragen (Smith et al., 1986).

3.5 Einstellungen und Bewertungsprozesse

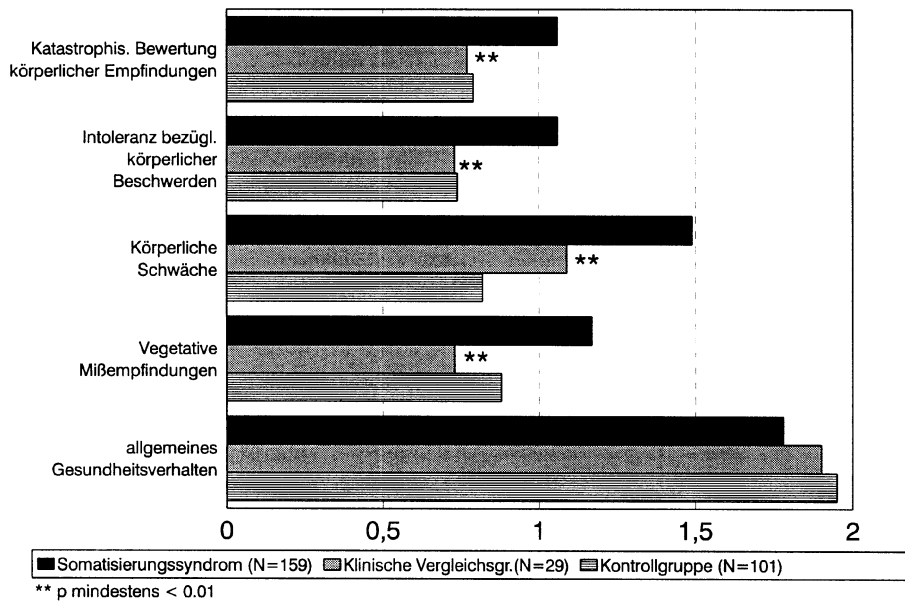
Körperliche Missempfindungen sind typische Merkmale des menschlichen Daseins. Deshalb kommt eine besondere Bedeutung jener Frage zu, wie diese Körpermissempfindungen wahrgenommen und bewertet werden. Barsky et al. (1993) befragten Personen mit Hypochondrie sowie Personen einer Kontrollgruppe, ob sie spezifische körperliche Missempfinden als Krankheitszeichen oder als normales Phänomen bewerten. In dieser Studie stellte sich heraus, dass Hypochondrie-Patienten einen sehr eng gefassten Begriff von Gesundheit haben. Dies bedeutet, dass bei hypochondrischen Patienten eine Bewertungs-Bias vorliegt, körperliche Missempfindungen als mögliche Krankheitszeichen zu sehen (z. B. Herzklopfen beim Treppensteigen, Fussbeschwerden nach längeren Wanderungen, etc.).

Es ist bislang unklar, inwieweit solche Ergebnisse auch auf die Gesamtgruppe von Personen mit somatoformen Störungen zutreffen. Aus diesem Grund wurde im Rahmen einer eigenen Studie ein Fragebogen entwickelt, der zahl-

reiche Einstellungen und Bewertungsprozesse im Umgang mit dem eigenen Körper sowie bezüglich des Gesundheitsbegriffes erfragt. Es zeigte sich, dass die darin gefundenen Faktoren statistisch bedeutsam zwischen Personen mit Somatisierungssyndrom, Personen mit anderen psychischen und psychosomatischen Beschwerden sowie gesunden Kontrollpersonen unterscheiden konnten.

Zum einen bestätigte sich ein solcher Unterschied für jenen Bereich, den bereits Barsky et al. (1993) beschrieben hat: Personen mit Somatisierungssyndrom neigen dazu, körperliche Missempfindungen katastrophisierend zu bewerten (z. B.: Hinter Übelkeit steckt häufig ein nicht-erkanntes Magengeschwür; plötzlich auftretende Gelenkschmerzen können eine Lähmung ankündigen). Diese katastrophisierende Bewertung trägt dazu bei, dass die Personen in ihrem Selbstbild eine allgemeine Intoleranz gegenüber körperlichen Beschwerden beschreiben (z. B.: ich kann Schmerzen nur schwer aushalten; bei körperlichen Beschwerden hole ich möglichst sofort ärztlichen Rat ein.). Personen mit Somatisierungssyndrom entwickeln ein Selbstbild, in dem sie sich als körperlich schwach und wenig belastbar beschreiben (z. B.: grössere Anstrengungen muss ich vermeiden, um meine Kräfte zu schonen; wenn ich schwitze wird mir klar, dass mein Organismus einfach nicht belastbar ist). Personen mit Somatisierungssyndrom beschrieben in dieser Studie (Rief et al., submitted; Abbildung 1) nicht nur ausgeprägte Somatisierungssymptome, sondern dass sie auch häufiger unter eher unbedeutenden körperlichen Missempfindungen leiden (z. B.: wenn ich heiss bade, kann ich meinen

Abbildung 1
Unterschiede in Kognitionen zwischen Patienten mit Somatisierungssyndrom, klinischen Vergleichspersonen und einer gesunden Kontrollgruppe



Pulsschlag im Ohr hören). Demgegenüber zeigen Somatisierungspatienten und Kontrollpersonen ein vergleichbares Mass an Gesundheitsverhalten (Beispielitem: „Ich achte auf gesunde Ernährung“). Das Besondere an dieser Studie ist, dass bedeutsame Unterschiede auch im Vergleich zu einer klinischen Kontrollgruppe gefunden werden konnten, was für viele andere klinische Skalen nicht gilt. Es steht jedoch noch der Nachweis aus, dass solche spezifischen Einstellungen auch als Risikofaktoren zu betrachten sind, die die Entstehung und Chronifizierung von Somatisierungsstörungen fördern.

3.6 Selektive Aufmerksamkeit – Das Konzept der „somatosensory amplification“

Die typischen Einstellungen sowie katastrophisierenden Bewertungsprozesse bei Somatisierungspatienten können dazu führen, dass diese die Aufmerksamkeit auf körperliche Prozesse fokussieren, womit sich zum einen die Wahrscheinlichkeit erhöht, körperliche Missempfindungen bewusst wahrzunehmen, zum anderen jedoch auch die Wahrscheinlichkeit erhöht ist, weitere Fehlbewertungsprozesse vorzunehmen. Dieses gegenseitige Aufschaukeln von typischen Bewertungsprozessen sowie eine Aufmerksamkeitsfokussierung auf den Körper, die wiederum zu einer verstärkten Wahrnehmung der Körpermissempfindungen führt, wird von Barsky und Wyshak (1990) unter dem Konzept der „somatosensory amplification“ beschrieben. Hierbei wird auf die Beobachtung bei hypochondrischen Patienten zurückgegriffen, dass diese oftmals ein „scanning“ durchführen, indem sie ihre Aufmerksamkeit auf die verschiedenen Körperprozesse fokussieren, um mögliche Krankheitszeichen zu erkennen.

Dieses Modell ist bislang ausschliesslich über Fragebogen-Studien untermauert worden. Demgegenüber verwendeten Haenen et al. (1996) einen experimentellen Ansatz, wobei die Teilnehmer alternativ Aufmerksamkeit auf den Körper fokussieren sollten oder sich von Körperprozessen ablenken sollten. Die Autoren weisen nach, dass hypochondrische Patienten durch die Aufmerksamkeitsfokussierung mehr Symptome beschreiben als unter Distraction. Dieser Effekt ist bei der Patientengruppe stärker ausgeprägt als bei einer Kontrollgruppe. Die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf den Körper hat bei Personen mit Hypochondrie somit stärkere Konsequenzen als bei Kontrollpersonen.

3.7 Alexithymie und weitere Persönlichkeitsfaktoren als mögliche Risikobedingungen

Niedrige Extraversion und hoher Neurotizismus gelten gemeinhin als Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer und psychosomatischer Störungen und müssen entsprechend auch bei somatoformen Störungen als relevant angesehen werden. Auch das in neuerer Zeit populäre Persönlichkeitmodell „the big five“ wurde in seiner möglichen Relevanz für Somatisierungssymptome bereits diskutiert (Kirmayer et al., 1994).

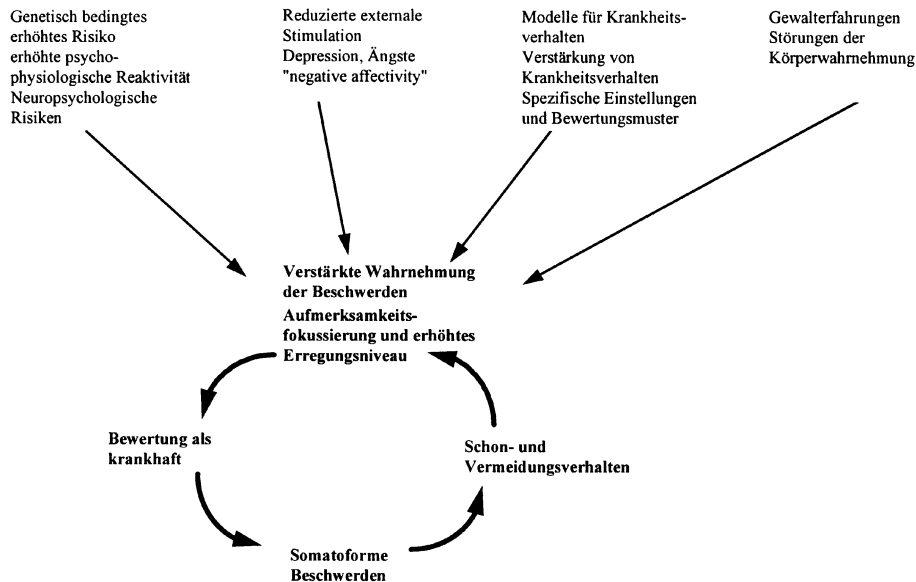
Von psychoanalytischer Seite aus wurde vor allem in den 70er Jahren angenommen, dass Alexithymie das Risiko zur Entstehung von somatoformen Beschwerden erhöhen kann. Unter Alexithymie wird zum einen die Unfähigkeit verstanden, eigene Emotionen wahrzunehmen und auszudrücken. Zum anderen sind jedoch auch Merkmale wie ein konkreter, realitätsorientierter Denkstil oder Phantasiearmut mit diesem Konzept in Verbindung gebracht worden. Nachdem Untersuchungen zum Nachweis des Zusammenhangs zwischen Alexithymie und somatoformen Beschwerden nicht den erwarteten Zusammenhang aufzeigen konnten, verlor das Konzept an Bedeutung. Ein kleines Revival konnte jedoch festgestellt werden, als von der kanadischen Arbeitsgruppe um Taylor und Bagby (z. B. Bagby et al., 1990; Taylor et al., 1992) die Toronto-Alexithymie-Skala (TAS) vorgestellt wurde, die nach Ansicht der Autoren Alexithymie adäquat erfassen kann. Alexithymie wurde jedoch immer weniger als Persönlichkeitsmerkmal angesehen, sondern auch als Bewältigungsmechanismus zum Umgang mit schwierigen Lebenserfahrungen.

Auch wurde wiederholt angenommen, dass Alexithymie eher Ausdruck einer allgemeinen Demoralisierung oder Depressivität darstellt und nicht als etwas spezifisches angesehen werden kann. So verwenden hoch alexithyme Personen eher mehr emotionale Wörter als niedrig alexithyme Personen, jedoch vor allem Wörter mit negativer emotionaler Valenz (Rief et al., 1996). Personen mit hohen Alexithymie-Werten scheinen somit ebenfalls Personen zu sein, die hohe Werte für „negative affectivity“ haben. Die Tendenz zum vermehrten Erleben und Ausdruck negativ-emotionaler Inhalte korreliert bedeutsam mit Klagen über einen schlechten Gesundheitszustand (Watson & Pennebaker, 1989; Leventhal et al., 1996).

3.8 Integration verschiedener Risikobedingungen zu einem Gesamtmodell

Die oben beschriebenen Risikobedingungen für die Entwicklung somatoformer Beschwerden müssen nicht als sich ausschliessend betrachtet werden, sondern können sich grossteils ergänzen. Die verschiedenen Variablen können unterteilt werden in solche, die am akuten Geschehen beteiligt sind und solche, die eher chronisch auf das allgemeine Wohlbefinden einwirken (siehe Abb. 2). Die akute Aufrechterhaltung und Chronifizierung somatoformer Beschwerden kann verstanden werden als Resultat eines Kreislaufes, an dem Faktoren wie selektive Aufmerksamkeit und katastrophisierende Bewertung bezüglich körperlicher Missempfindungen, Erhöhung von Schon- und Vermeidungsverhalten, sozialer Rückzug und Steigerung der Aufmerksamkeitsfokussierung beteiligt sind. Dies führt zu einem erhöhten Erregungsniveau, das durch eine Steigerung des Inanspruchnahmeverhaltens medizinischer Dienste zu einer Angstreduktion beiträgt, was somit verstärkend wirkt. Langfristige und bereits im Vorfeld auf die Person einwirkende Risikobedingungen sind zum einen die genetischen und psychobiologischen Variablen, jedoch auch erhöhte Depressivität und Ängstlichkeit sowie damit verbunden ein erhöhter sozialer Rückzug. Von besonderer Bedeutung erscheinen Krank-

Abbildung 2
Risikofaktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen



heitsmodelle in der Kindheit und Jugend des Betroffenen sowie die Verstärkung von Krankheitsverhalten. Durch diese Prozesse entwickelten die Betroffenen spezifische Einstellungen und Bewertungsmuster, die ein späteres Risiko zur Entwicklung somatoformer Beschwerden erhöhen können. Traumatische Lebenserfahrungen mit reduzierter Fähigkeit zur Bewältigung tragen zusätzlich dazu bei, dass Körperwahrnehmungen nicht mehr als normal und als etwas Gesundes bewertet werden können.

4 Interventionsprinzipien

Im Normalfall wenden sich Personen mit unklaren körperlichen Beschwerden an den Arzt. Im günstigsten Fall versichert dieser die Unbedenklichkeit der Beschwerden und es ist davon auszugehen, dass 50 bis 70 % der Personen mit somatoformen Symptomen durch die konventionelle Betreuung im Laufe der folgenden Wochen ihre Beschwerden wieder verlieren (Speckens et al., 1996). Für diejenige Personengruppe, bei der die Symptome nicht remittieren, erscheint es bedeutsam, Massnahmen zur sekundären Prävention zu entwickeln. Darunter versteht man die Verhinderung der Chronifizierung von aufgetretenen Störungen. Diesbezügliche Möglichkeiten werden im nachfolgenden Kapitel beschrieben. Ist das Somatisierungssyndrom chronifiziert, werden in der Regel solche einfacheren Regeln zum Management nicht ausreichend sein. Psychologische und pharmakologische Ansätze sollen deshalb ebenfalls dargestellt werden. Im besonderen wird schliesslich darauf

eingegangen, auf was in der Behandlung spezifischer Untergruppen somatoformer Störungen (wie Hypochondrie oder Konversionstörungen) zu achten ist.

4.1 Management bei chronischer Somatisierung

Smith et al. (1995) untersuchten die Auswirkung von Schulungsmassnahmen bei Ärzten im Umgang mit Somatisierungspatienten. Den teilnehmenden Ärzten wurden Informationsbriefe zugesandt, dass es sich bei den vorliegenden Beschwerden vermutlich um ein Somatisierungssyndrom handelt und welche Charakteristiken dieses Syndrom hat. Es wurde der in der Regel chronische Verlauf sowie die niedrige Morbidität und Mortalität hervorgehoben. Den Ärzten wurde empfohlen, regelmässige, jedoch nur kurze Kontakte mit den Patienten zu realisieren und Arztbesuche „bei Bedarf“ zu verhindern. Dadurch sollte erreicht werden, dass die Zuwendung nicht mehr symptomkontingent erfolgen soll, sondern nach einem festen zeitlichen Muster, um Symptomverschlechterungen nicht zusätzlich zu verstärken. Auch wurde den Ärzten empfohlen, stationäre Einweisungen, weitere diagnostische Untersuchungen, chirurgische Eingriffe oder Laboruntersuchungen zu vermeiden, soweit sie nicht zwingend indiziert sind. Auch sollte die Glaubhaftigkeit der Beschwerden beim Patienten bestätigt werden. Mit dieser Minimalintervention wurde angestrebt, die Gefahr iatrogener Schädigungen zu reduzieren sowie die Behandlungskosten zu verringern. In einer experimentellen Interventionsstudie konnte gezeigt werden, dass durch diese Massnahme die Behandlungskosten um etwa ein Drittel reduziert werden konnten.

In einer eigenen Literaturübersicht über Massnahmen zum Umgang mit Somatisierungspatienten (Rief, 1995) wurden folgende Richtlinien abgeleitet:

1. Explorieren Sie alle Beschwerden, auch der vergangenen Jahre, und obwohl Patienten oftmals einzelne Symptome in den Vordergrund stellen. Signalisieren Sie Empathie für das Leiden der Patienten.
2. Bestätigen Sie die Glaubhaftigkeit der Beschwerden.
3. Teilen Sie die organmedizinischen Befunde adäquat mit. Achten Sie auf mögliche Informationsverzerrungen und selektive Gedächtnisprozesse beim Patienten. Fordern Sie den Patienten zu Zusammenfassungen der medizinischen Befunde auf, um einen Eindruck zu bekommen, wie der Patient diese Informationen bewertet.
4. Informieren Sie über Erkenntnisse zu dem Störungsbild. Leiten Sie gemeinsam mit dem Patienten die Zielsetzung ab, dass er/sie versuchen soll, trotz der Somatisierungsbeschwerden die bestehende Lebensqualität zu halten und ggf. zu verbessern.
5. Bringen Sie die körperlichen Beschwerden nur vorsichtig mit psychischen Prozessen in Verbindung. Der Patient kann sich in der Regel nicht innerhalb weniger Minuten eine psychosomatische Sichtweise aneignen; eine solche ist in der Regel die Folge von zahlreichen Kurzinterventionen, die auf solche Zusammenhänge hinweisen.

4.2 Psychotherapeutische Ansätze

Wenn Patienten mit Somatisierungssyndromen zur Psychotherapie überwiesen werden, sind sie in der Regel zu Beginn höchst skeptisch und vorsichtig. Aus diesem Grund sind zu Beginn Massnahmen gefragt, die die Motivation zur Behandlung langsam aufbauen und Motivation nicht von vornherein voraussetzen. Gleichzeitig machen die Ergebnisse neuer Ansätze deutlich, dass es trotz der Skepsis auf Patienten- als auch oftmals auf Therapeutenseite sehr gut möglich ist, Personen mit Somatisierungssyndrom zur psychologischen Behandlung zu motivieren (Speckens et al., 1995).

Der starke Leidensdruck der Patienten entsteht oftmals nicht durch die Beschwerden selbst, sondern durch die Unerklärbarkeit ihrer Ursachen sowie durch die Auswirkungen. Deshalb ist es sinnvoll, mit diesen Themen zu beginnen. Betroffene sollten darüber informiert werden, dass zumindest kurzfristig nicht Symptomfreiheit angestrebt wird, sondern die Beeinträchtigungen durch die körperlichen Symptome möglichst verringert werden sollten. Daneben wird in der Anfangsphase eine intensive Suche nach möglichen Einflussbedingungen auf die körperlichen Beschwerden erfolgen. Dazu dienen Symptomtagebücher, aber mehr noch Verhaltensexperimente zur Veranschaulichung des engen Zusammenhangs zwischen psychischen Prozessen und körperlichem Empfinden.

Bass und Benjamin (1993) weisen darauf hin, dass zu Beginn der psychologischen Behandlung erst die Voraussetzungen geklärt sein sollten. Nach Möglichkeit sollten medizinische Untersuchungen abgeschlossen werden, bevor die psychologische Behandlung beginnt. Neben der Erarbeitung realistischer Zielsetzungen ist es auch bedeutsam, dass Inhalte einer psychologischen Behandlung thematisiert werden (da oftmals darüber nur sehr diffuse Vorstellungen vorliegen) und dass auch die Art und Dauer der Behandlung festgelegt wird.

Kashner et al. (1995) wiesen eine Gruppe von Somatisierungspatienten einem Gruppentherapieprogramm zu, während die andere Gruppe die normale medizinische Versorgung erhielt. Die Gruppen waren vorstrukturiert und zielten darauf ab, persönliche Bewältigungsstrategien der Patienten zu fördern und auszubauen, sozialkompetentes Verhalten im Umgang mit Ärzten zu üben, die Lebensführung aktiver zu gestalten sowie positive Alltagsaktivitäten zu planen und auszubauen. Viele der betroffenen Patienten, die der Experimentalgruppe zugeordnet wurden, nahmen nur wenige Teile dieses Gruppentherapieprogrammes wahr. Trotzdem zeigte sich, dass sich in der Behandlungsgruppe eine deutliche Besserung ergab, die auch ein Jahr nach Behandlung noch bestehen blieb. Eine in dieser Studie vorgenommene Kosten-Nutzen-Analyse konnte auch den monetären Erfolg des gruppentherapeutischen Vorgehens belegen.

Von Speckens et al. (1995) liegt eine Arbeit vor, in der ein primär einzeltherapeutischer Ansatz überprüft wurde. Die Patienten erhielten zwischen sechs und 16 Stunden kognitive Verhaltenstherapie. Sowohl zum Sechs-Monats- als

auch Zwölf-Monats-Follow-up zeigte die Behandlungsgruppe im Vergleich zu einer Kontrollgruppe eine deutlich höhere Remissionsrate sowie eine geringere mittlere Beschwerdenintensität als die Kontrollgruppe. Jedoch wurde auch in dieser Studie belegt, dass in der Kontrollgruppe allein durch das medizinische Standardvorgehen bereits eine deutliche Besserung zu erreichen war. Im Gegensatz zu der o. g. Studie handelte es sich hierbei jedoch nicht um stark chronifizierte Erkrankungsbilder. Dies bestätigt die eingangs geäußerte Vermutung, dass nicht von vornherein bei somatoformen Beschwerden ein psychologischer Ansatz angezeigt ist. Dieser sollte vielmehr den chronifizierten Verläufen sowie den Verläufen mit Zusatzproblemen (z. B. Depressivität) vorbehalten bleiben.

In einer Arbeit von Rief (1996) werden die Behandlungsrichtlinien bei chronifiziertem Somatisierungssyndrom zusammengefasst. Neben der kognitiven Arbeit, die auf die Modifikation der im Kapitel 3 beschriebenen typischen Bewertungsprozesse abzielt, wird in diesem Ansatz auch der Abbau von Vermeidungs- und Schonverhalten empfohlen, der mit dem bewussten Erleben der körperlichen Belastbarkeit und der Steigerung der körperlichen Belastungsgrenzen einhergeht. Unter Umständen können Biofeedback-Sitzungen dazu beitragen, dass Patienten leichter für psychologische Ansätze zu motivieren sind (Rief et al., 1996). Neben diesen symptom-spezifischen Interventionen können jedoch auch allgemeinere Interventionen notwendig werden, um die Lebensqualität wieder auf ein akzeptables Niveau anzuheben (z. B. Kommunikationstrainings, Genussübungen, Förderung des emotionalen Ausdrucks). So beschreiben auch Berry und Pennebaker (1993), dass bereits die regelmässige Aufforderung, emotionale Sachverhalte auszudrücken, dazu führen kann, dass das körperliche Wohlbefinden sich steigert.

In einer Verlaufsstudie von Rief et al. (1995) konnte ebenfalls gezeigt werden, dass durch eine stationäre, kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlung eine deutliche Verbesserung sowohl auf symptomatischer Ebene als auch im Bereich von Zusatzproblemen zu erreichen ist. Die meisten Patienten beschrieben in den zwei Jahren nach Behandlung deutlich weniger Beschwerden als in den zwei Jahren vor Behandlung. Zum Teil waren auch Remissionen zu beobachten, jedoch in erster Linie in der Untergruppe von Personen ohne Zusatzprobleme (wie Depressivität). Somit betont diese Studie, dass die Behandlungsaussichten nicht zu negativ gesehen werden sollten und durch Weiterentwicklungen sicherlich noch erfolgreiche Behandlungsprogramme gefunden werden können.

Über psychodynamische und psychoanalytische Therapieansätze liegen bislang keine dem Autor bekannten kontrollierten Therapiestudien vor. Guthrie (1995, 1996) führt dieses Defizit darauf zurück, dass Personen mit funktionellen körperlichen Beschwerden als ungeeignet für psychodynamische Ansätze angesehen wurden. Rudolf (1992) weist entsprechend darauf hin, dass Körpersymptomatik eine Schwierigkeit in der psychodynamischen und psychoanalytischen Behandlung darstellt, so dass davon ausgegangen werden muss,

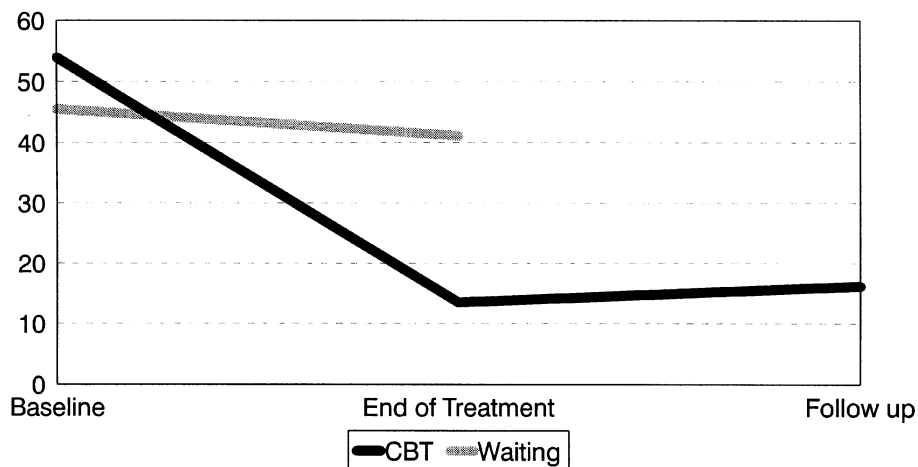
dass diese Therapieform nur für eine Untergruppe von Personen mit Somatisierungssyndrom geeignet ist.

4.3 Studien zur psychologischen Intervention bei Hypochondrie

Warwick et al. (1996) stellen eine kontrollierte Therapiestudie zur psychologischen Behandlung der Hypochondrie vor. Die Autoren können belegen, dass das kognitiv-behaviorale Vorgehen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zu einer bedeutsamen Verbesserung führt, die auch im Nachuntersuchungsintervall erhalten blieb (Abb. 3). Ähnlich positive Befunde werden auch in einer kleineren Studie von Avia et al. (1996) berichtet. Somit kann festgestellt werden, dass Hypochondrie eine erfolgreich behandelbare Erkrankung darstellt.

Eine besondere Bedeutung in der Behandlung der Hypochondrie kommt der Suche nach Rückversicherung durch den Patienten bei. Kellner (1992) weist darauf hin, dass das Geben von Rückversicherung und Information über die Erkrankung einen zentralen Therapiebaustein darstellen sollte. Demgegenüber betonen Salkovskis & Warwick (1986), dass das permanente Geben von Rückversicherung zur Beruhigung des Patienten zwar eine kurzfristige Erleichterung mit sich bringt, langfristig jedoch eher symptomstabilisierend wirkt. Die Quintessenz beider Ansätze kann sein, dass am Anfang der Behandlung durchaus erst einmal adäquate Informationen gegeben werden sollten, anschliessend jedoch die eigenen Möglichkeiten der Betroffenen zur Bewältigung der Krankheitsängste ausgebaut und gefördert werden müssen.

Abbildung 3
Verbesserung bei Gesundheitsängsten von Hypochondern in der Gruppe mit kognitiver Verhaltenstherapie (CBT) und in der Wartegruppe („waiting“)
(nach Warwick et al., 1996)



Barsky et al. (1988) stellen einen Behandlungsleitfaden vor, nach dem Patienten in Gruppen behandelt werden können. Am Anfang betonen sie die besondere Bedeutung der Aufmerksamkeitsfokussierung als symptomverstärkenden Mechanismus. Daraus wird abgeleitet, dass Strategien gesucht werden müssen, um dieser Symptomfokussierung entgegenzuwirken. Entspannungsverfahren werden als eine Möglichkeit dargeboten und eingeübt. Während Entspannungsübungen oder entsprechenden Atmungsübungen wird die erhöhte Sensitivität der Patienten für Körperempfindungen genützt als eine Möglichkeit, sich auch auf positive Körperveränderungen zu konzentrieren. Der Fokus soll also von als bedrohlich erlebten Beschwerden verändert werden auf Körperempfindungen, die mit Wohlbefinden einhergehen. Die weitere Behandlung verfolgt ebenfalls diesen kognitiv-perzeptuellen Ansatz und erweitert ihn um ein Stressmodell der Beschwerden.

In der Arbeit von Rief (1996) wird darauf hingewiesen, dass Personen mit Hypochondrie in der Regel auch typische Verhaltensmerkmale (z. B. checking von vermeintlich betroffenen Körperstellen) zeigen. Auch diese symptomaufrechterhaltenden Verhaltensweisen bedürfen einer Modifikation. Im Wechselspiel von Interventionen auf Verhaltens- und kognitiver Ebene soll erreicht werden, dass Patienten mit Hypochondrie ihren zu eng gefassten Begriff von Gesundheit verändern können zugunsten einer realistischen Sichtweise.

4.4 Intervention bei anderen somatoformen Störungen

Wegen der besonderen Bedeutung traumatischer Erfahrungen bei Konversions- und dissoziativen Störungen kann daran gedacht werden, bei dieser Patientengruppe auch Massnahmen durchzuführen, wie sie in den Kapiteln zu posttraumatischen Belastungsstörungen beschrieben werden. Rosen et al. (1995) stellen weiterhin einen Behandlungsansatz vor, der auf Personen mit körperdysmorphen Störungen zielt. In ihrem Behandlungsansatz vermitteln sie den Betroffenen Möglichkeiten, die intrusiven Gedanken zur Körperunzufriedenheit zu beeinflussen, die Bedeutung der körperlichen Erscheinung zu realitiveren, und sie führen eine Expositionsbehandlung zur realistischen Wahrnehmung der vermeintlich entstellten Körperteile sowie zum adäquaten Umgang mit diesen Körperteilen durch. Die Autoren berichten, dass durch diese Intervention 82 % ihrer Patienten erfolgreich behandelt werden konnten und diese Erfolge auch zum Follow-up stabil blieben.

4.5 Pharmakotherapie

Am häufigsten wird in der Behandlung somatoformer Beschwerden eine pharmakologische Therapie eingesetzt, die auf eine direkte Beeinflussung des vermeintlich betroffenen Körperteils abzielt (z. B. Beta-Rezeptoren-Blocker bei Herzbeschwerden). Dies bedeutet, dass in der Regel gesunde organische Abläufe behandelt werden, als ob sie krank wären. Gerade im deutschsprachigen Raum ist im ambulanten Bereich desweiteren auch oftmals üblich, Fluspirilen, ein niedrig potentes Neuroleptikum, als Depot zu injizieren. Dies

hat den Vorteil, dass der Arzt den Patienten regelmässig sieht sowie die Compliance-Probleme reduziert sind. Wie an anderer Stelle ausgeführt, ist die Effektivität dieser Massnahme jedoch ausgesprochen zweifelhaft (Rief et al., 1992).

Zum jetzigen Zeitpunkt ist von antidepressiver Medikation noch am ehesten anzunehmen, dass sie in kontrollierten Therapiestudien ihre Effektivität bei Somatisierungspatienten nachweisen kann. Solche Belege liegen z. Zt. in einer wissenschaftlich befriedigenden Form noch nicht vor. Auch können noch keine Aussagen gemacht werden, ob spezifischen Untergruppen von Antidepressiva der Vorzug zu geben ist (z. B. klassische trizyklische Antidepressiva, Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer, MAO-Hemmer oder die in neuerer Zeit beliebten pflanzlichen Antidepressiva wie z. B. Johanniskraut). Katon & Sullivan (1995) gehen nach Durchsicht der Studien zu „somatisierungsnahen“ Störungsbildern (z. B. psychogenes Schmerzsyndrom, chronic fatigue syndrome) davon aus, dass am ehesten Erfolge durch klassische trizyklische Antidepressiva zu erwarten sind. Barsky (1996) weist darauf hin, dass psychotrope Medikamente am ehesten mit Vorsicht verschrieben werden und keine Hoffnungen geweckt werden sollen, dass durch die Medikamente die Beschwerden vollständig verschwinden, jedoch die Möglichkeit besteht und einen Versuch wert ist, dadurch Linderung zu erreichen. Nach Ansicht von Barsky (1996) sollte jedoch vermieden werden, mit den Patienten über die möglichen Vorteile Streitgespräche zu führen. Wenn der Patient skeptisch oder pessimistisch ist, wird wenig gewonnen, ihn zur Medikamenteneinnahme zu nötigen.

5 Resumée

Personen mit Somatisierungssyndromen stellen eine der grossen Gruppen im Gesundheitssystem dar. Zur Zeit prägen noch Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen oder Behandlungen ohne ausreichende Begründung das Bild. Entsprechend sind mit der Patientengruppe auch hohe Behandlungskosten verbunden. Demgegenüber zeigen die ersten kontrollierten Therapiestudien, dass auch bei hoch chronifizierten Verläufen eine positive Beeinflussung möglich ist, die nicht nur zu einer Reduktion der Behandlungskosten, sondern auch zu einer Steigerung des persönlichen Wohlbefindens sowie der Lebensqualität beiträgt. Trotz dieser erfolgversprechenden Ansätze stellen Somatisierungspatienten vorläufig noch eine grosse Herausforderung bei der psychologischen Behandlung dar und erfordern viel Geschick auf Therapeutenseite. Die Behandlung sollte je nach Chronifizierungsgrad und Zusatzproblematik nach einem gestuften Modell erfolgen, das dem Minimalprinzip folgt: Zu Beginn sollte der Arzt als Erstansprechpartner den Patienten ausführlich informieren. Die zukünftige Forschung sollte weitere Verhaltensregeln für den behandelnden Arzt erarbeiten, wie er der Chronifizierungsgefahr durch einen geschickten Interaktionsstil vorbeugen kann. Ist durch solche Massnahmen die Chronifizierung nicht zu verhindern, so scheinen psycholo-

gische Interventionen erfolgversprechend. Für diese ist wichtig, dass nicht zu früh auf ein psychosomatisches Verständnis beim Patienten gedrängt wird. Zur psychopharmakologischen Behandlung ist die Befundlage zur Zeit ausgesprochen schwach, so dass noch keine eindeutigen Vorschläge gegeben werden können.

Weiterführende Literatur

- Rief, W. (1995). *Multiple somatoforme Symptome und Hypochondrie. Empirische Beiträge zur Diagnostik und Behandlung*. Bern: Hans Huber.
- Rief, W. & Hiller, W. (1992). *Somatoforme Störungen. Körperliche Symptome ohne organische Ursache*. Bern: Huber Verlag.
- Mayou, R., Bass, C. & Sharpe, M. (1995). *Treatment of functional somatic symptoms*. Oxford: Oxford University Press.

Literatur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- Arolt, V., Driessen, M., Bangert-Verleger, A., Neubauer, H., Schürmann, A. & Seibert, W. (1995). Psychische Störungen bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten. *Nervenarzt*, 66, 670–677.
- Avia, M. D., Ruiz, M. A., Olivares, E., Crespo, M., Guisado, A. B., Sanchez, A. & Varela, A. (1996). The meaning of psychological symptoms: Effectiveness of a group intervention with hypochondriacal patients. *Behaviour Research & Therapy*, 34, 23–31.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D. A. & Loisel, C. (1990). Cross-validation of the factor structure of the toronto alexithymia scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 47–51.
- Barsky, A. J. (1996). Hypochondriasis. Medical Management and psychiatric treatment. *Psychosomatics*, 37, 48–56.
- 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., Geringer, E. & Wool, C. A. (1988). A cognitive-educational treatment for hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry*, 10, 322–327.
- 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.
- Barsky, A. J., Wyshak, G. & Klerman, G. L. (1992). Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 49, 101–108.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., Klerman, G. L. & Lathman, K. S. (1990). The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 89–94.
- Bass, C. & Benjamin, S. (1993). The management of chronic somatization. *British Journal of Psychiatry*, 162, 472–480.
- Berry, D. S. & Pennebaker, J. W. (1993). Nonverbal and verbal emotional expression and health. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 59, 11–19.

- Bohmann, M., Cloninger, R., Knorrning 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.
- Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris: Baillière et fils.
- 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.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (2., überarbeitete Auflage). Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.). (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F) Forschungskriterien*. Bern: Hans Huber.
- Ehlert, U., Locher, P. & Hanker, J. (1994). Psychoendokrinologische Untersuchung an Patientinnen mit chronischen Unterbauchbeschwerden. In H. Kertenich, M. Rauchfuß & P. Diedrichs (Hrsg.), *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1993/94* (S. 202–212). Berlin: Springer.
- Escobar, J. I., Burnam, M. A., Karno, M., Forsythe, A. & Golding, J. M. (1987). Somatization in the community. *Archives of General Psychiatry*, 44, 713–718.
- Escobar, J. I., Rubio-Stipec, M., Canino, G. & Karno, M. (1989). Somatic symptoms 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.
- Farmer, A., Jones, I., Hillier, J., Llewelyn, M., Borysiewics, L. & Smith, A. (1995). Neuraesthesia revisited: ICD-10 and DSM-III-R psychiatric syndromes in chronic fatigue patients and comparison subjects. *British Journal of Psychiatry*, 167, 503–506.
- Golding, J. M. (1994). Sexual assault history and physical health in randomly selected Los Angeles women. *Health Psychology*, 13, 130–138.
- Guthrie, E. (1995). Treatment of functional somatic symptoms: psychodynamic treatment. In R. Mayou, C. Bass & M. Sharpe (Eds.), *Treatment of functional somatic symptoms*. Oxford: Oxford University Press.
- Guthrie, E. (1996). Psychotherapy of somatisation disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 182–187.
- Haenen, M. A., Schmidt, A. J. M., Kroeze, S. & van den Hout, M. A. (1996). Hypochondriasis and symptom reporting – The effect of attention versus distraction. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 65, 43–48.
- Hyer, L. A., Albrecht, J. W., Boudewyns, P. A., Woods, M. G. & Brandsma, J. (1993). Dissociative experiences of vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Psychological Reports*, 73, 519–530.
- Kashner, T. M., Rost, K., Cohen, B., Anderson, M. & Smith, G. R. (1995). Enhancing the health of somatization disorder patients. *Psychosomatics*, 36, 462–470.
- Katon, W. & Sullivan, M. (1995). Antidepressant treatment of functional somatic symptoms. In R. Mayou, C. Bass & M. Sharpe (Eds.), *Treatment of functional somatic symptoms*. Oxford: Oxford University Press.
- Katon, W., Lin, E., vonKorff, M., Russo, J., Lipscomb, P. & Bush, T. (1991). Somatization: A spectrum of severity. *American Journal of Psychiatry*, 148, 34–40.
- Kellner, R. (1992). Diagnosis and treatment of hypochondriacal syndromes. *Psychosomatics*, 33, 278–289.

- 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.
- Leventhal, E. A., Hansell, S., Diefenbach, M., Leventhal, H. & Glass, D. C. (1996). Negative affect and self-report of physical symptoms: two longitudinal studies of older adults. *Health Psychology, 15*, 193–199.
- Livingston, R., Witt, A. & Smith, G. R. (1995). Families who somatize. *Developmental and Behavioural Pediatrics, 16*, 42–46.
- Morrison, J. (1989). Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *The American Journal of Psychiatry, 146*, 239–241.
- Phillips, K. A. (1991). Body dysmorphic disorder: The distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry, 148*, 1138–1149.
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck, P. E., Pope, H. G. & Hudson, J. I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry, 150*, 302–308.
- Pilowsky, I. (1993). Aspects of abnormal illness behaviour. *Psychotherapy & Psychosomatics, 60*, 62–74.
- 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. (1995). *Multiple somatoforme Symptome und Hypochondrie. Empirische Beiträge zur Diagnostik und Behandlung*. Bern: Huber Verlag.
- Rief, W. (1996). Somatoforme Störungen – Großes unbekanntes Land zwischen Psychologie und Medizin. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 25*, 173–189.
- Rief, W., Heuser, J. & Fichter, M. M. (1996). Biofeedback – Ein therapeutischer Ansatz zwischen Begeisterung und Ablehnung. *Verhaltenstherapie, 6*, 43–50.
- 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., Hiller, W. & Fichter, M. M. (1992). Therapie mit Psychopharmaka. In W. Rief & W. Hiller (Hrsg.), *Somatoforme Störungen*. Bern: Hans 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.
- Rief, W., Shaw, R. & Fichter, M. M. Elevated levels of psychophysiological arousal and cortisol in patients with somatization syndrome. *Psychosomatic Medicine*, in press.
- Rosen, J. C., Reiter, J. & Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 263–269.
- Rudolf, G. (1992). Körpersymptomatik als Schwierigkeit der Psychotherapie. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 37*, 11–23.
- Salkovskis, P. M. & Warwick, H. M. C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research, 24*, 597–602.
- Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- 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.

- Smith, G. R., Monson, R. A. & Ray, D. C. (1986). Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Archives of Internal Medicine*, 146, 69–72.
- 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.
- Solomon, Z., Mikulinger, M. & Kotler, M. (1987). A two year follow-up of somatic complaints among israeli combat stress reaction casualties. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 463–469.
- Speckens, A. E. M., van Hemert, A. M., Bolk, J. H., Hawton, K. E. & Rooijmans, H. G. M. (1995). The acceptability of psychological treatment in patients with medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 855–863.
- Speckens, A. E. M., van Hemert, A. M., Bolk, J. H., Rooijmans, H. G. M. & Hengeveld, M. W. (1996). Unexplained physical symptoms: outcome, utilization of medical care and associated factors. *Psychological Medicine*, 26, 745–752.
- Swartz, M., Hughes, D., George, L., Blazer, D., Landermann, R. & Bucholz, K. (1986). Developing a screening index for community studies of somatization disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 335–343.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (1992). The revised Toronto Alexithymia Scale: Some Reliability, validity, and normative data. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 34–41.
- Torgersen, S. (1986). Genetics of somatoform disorders. *Archives of General Psychiatry*, 43, 502–505.
- Veale, D., Boocock, C., Gournay, K., Dryden, W., Shah, F., Willson, R. & Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry*, 169, 196–201.
- 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.
- Warwick, H. M. C., Clark, D. M., Cobb, A. M. & Salkovkis, P. M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 189–195.
- Watson, D. & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234–254.
- Weiffenbach, O., Gänsicke, M., Faust, G. & Maier, W. (1995). Psychische und psychosomatische Störungen in der Allgemeinarztpraxis. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 137, 528–534.
- 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.