

Themenschwerpunkt

Kausalattributionen von körperlichen Beschwerden bei somatoformen Störungen

Alexandra Martin¹, Hans-Jürgen Korn², Marian Cebulla², Marijke Saly¹,
Manfred M. Fichter² und Wolfgang Hiller³

¹Philipps-Universität Marburg, ²Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Prien,
³Gutenberg-Universität Mainz

Zusammenfassung. Es wird angenommen, dass Patienten mit somatoformen Störungen überwiegend organmedizinisch-biologische Ursachen für ihre Beschwerden verantwortlich machen – und dass diese Attributionen an der Aufrechterhaltung der Störung beteiligt sind. Bislang wurden die Kausalattributionen nur selten und überwiegend mit Bestätigungsmethoden an somatoformen Störungen untersucht. Ziele der Studie waren die Identifikation der spontanen Ursachenzuschreibungen und der Prädiktoren des Attributionsstils bei Patienten mit somatoformen Störungen – sowie die Überprüfung der Auswirkung der Kausalattributionen auf den Therapieverlauf. Insgesamt wurden 79 Patienten einer psychosomatischen Klinik mit somatoformen Störungen aufgenommen. Im Rahmen eines Interviews zur Erfassung der Kausalattributionen (KAUSOM) wurden die subjektiven Ursachen für die Körperbeschwerden offen erfragt und anschließend durch eine Stichprobe externer Rater ($n = 51$) in somatische vs. psychische Ursachen kategorisiert. Zusätzlich wurden Angaben zu der somatoformen Symptomatik (SOMS), Krankheitsängsten (WI), katastrophisierenden Kognitionen (FKG) und Depressionssymptomatik (BDI) vor und nach der Therapie erhoben. Schrittweise multiple Regressionsanalysen ergaben das Geschlecht, die Anzahl der somatoformen Symptome und die Depressivität als Prädiktoren des Attributionsstils. In der Folge der verhaltensmedizinischen Therapie verbesserte sich die Symptomatik insgesamt, ohne dass der Attributionsstil den Verlauf der somatoformen Symptomatik, der Krankheitsangst und der Depressivität beeinflusste. Modellkonform zeigte sich ein Überwiegen der somatischen Kausalattributionen. Jedoch wurden häufig auch psychosoziale Ursachen für die Beschwerden genannt, insbesondere bei ausgeprägterer Depressivität. Die generelle Annahme, dass somatoformen Störungen mit organmedizinisch-biologischen Kausalattributionen verbunden sind, erscheint nicht voll zutreffend. Auch präjudizieren somatische Kausalattributionen nicht zwangsläufig einen negativen Behandlungsverlauf.

Schlüsselwörter: somatoforme Störungen, Somatisierungsstörung, Kausalattributionen, Prädiktoren, Therapieverlauf

Causal Attributions about Bodily Sensations in Somatoform Disorders

Summary. It is a common assumption that somatoform disorders are associated with somatic causal attributions; and that these subjective attributions contribute to the maintenance of the disorder. However, this has been subject to very few studies, mainly using questionnaires. The aims of the study were to investigate the causal attributions in patients with somatoform disorders, predictors of the attributional style as well as the impact of the attributions on treatment outcome. A total of 79 patients searching cognitive-behavioral treatment in an inpatient hospital for psychosomatic disorders participated in the study. Patients reported their spontaneous causal attributions about the bodily symptoms in an interview (KAUSOM), and these attributions were categorized by an independent sample of raters ($n = 51$). The number and intensity of somatoform symptoms (SOMS), the health anxiety (WI), catastrophizing cognitions (FKG) and depression (BDI) were assessed prior and at the end of treatment. The patients reported more somatic than psychological attributions. Gender, the number of somatoform symptoms as well as depression severity were shown as predictors of the attributional style. Overall, a significant symptom improvement was shown at the end of treatment, but the attributional style did not affect outcome of somatoform symptoms, health anxiety and depression. In line with cognitive-behavioral models of somatoform disorders, the study suggests that patients mainly report somatic attributions. However, psychological causes often have been reported, and were associated with depression severity. The general assumption about an overall association of somatoform disorders with somatic attributions should be modified.

Keywords: somatoform disorders, somatisation, causal attribution, predictors, psychotherapy

Einführung

Organisch unklare Körperbeschwerden sind das zentrale Merkmal der somatoformen Störungen. Sie gehören neben den Angststörungen und affektiven Störungen zu den häufigsten psychischen Störungen. Die Erhebung in der Allgemeinbevölkerung im Rahmen des Bundesgesundheits surveys ergab für die Gesamtgruppe der somatoformen Störungen eine 4-Wochen-Querschnittsprävalenz von 7.5 % (Wittchen, Müller, Pfister, Winter & Schmidt kunz, 1999). Besondere Bedeutung haben die polysymptomatischen Störungen – die Somatisierungsstörung und die undifferenzierte somatoforme Störung – sowie die Schmerzstörung für das Gesundheitssystem; wegen ihrer Prävalenz, ihrer deutlich erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie den erheblichen funktionellen Einschränkungen der Betroffenen (Creed & Barsky, 2004; Gureje, Simon, Ustun & Goldberg, 1997; Meyer, Rumpf, Hapke, Dilling & John, 2000; Nanke & Rief, 2003).

Das Wissen über die Entstehungsbedingungen ist nach wie vor begrenzt. Die gegenwärtigen kognitiv-behavioralen Modelle führen die somatoformen Störungen auf eine ungünstige Interaktion aus kognitiven und perzeptuellen Besonderheiten zurück (Barsky & Wyshak, 1990; Rief & Hiller, 1998; Salkovskis & Warwick, 2002; Sharpe & Bass, 1992). Demnach verstärken die Aufmerksamkeitsverschiebung auf störungsrelevante Reize und die Fehlbewertungen der Körperempfindungen als Zeichen einer körperlichen Krankheit die Symptome und tragen zu einem Krankheitsverhalten bei, das die Störung aufrechterhält. Einige Befunde an Patienten mit somatoformen Störungen unterstützen die kognitiv-behavioralen Modellvorstellungen – gezeigt wurde zum Beispiel die stärkere Beachtung befürchtungskonformer Informationen (Lim & Kim, 2005), eine restriktive Auffassung von Gesundheit (Barsky, Coeytaux, Sarnie & Cleary, 1993), die Tendenz, Körpersymptome katastrophisierend zu bewerten und stärkere Überzeugungen, geringfügige Körpersensationen eher wahrzunehmen (Barsky, 1992; Rief, Hiller & Margraf, 1998).

Gemäß dieser Modellvorstellungen ist zu erwarten, dass Patienten mit somatoformen Störungen ihre körperlichen Beschwerden überwiegend auf organmedizinisch-biologische Ursachen zurückführen. Diese Kausalattributionen können sich auf die Wahl der Behandlungsmethode (Faller, 1997) und auch auf den Therapieverlauf (Clements, Sharpe, Simkin, Borrill & Hawton, 1997) auswirken.

Insgesamt ist die Anzahl der Studien zu Kausalattributionen bei Patienten mit somatoformen Störungen, insbesondere bei den polysymptomatischen Störungen, nach wie vor begrenzt, auch wenn gerade in den letzten Jahren dem Forschungsgegenstand verstärkt Beachtung geschenkt wurde.

Nimnuan, Hotopf und Wessely (2001) zeigten, dass Patienten mit organisch unklaren Körperbeschwerden aus verschiedenen fachärztlichen Kliniken eine stärkere Tendenz aufwiesen, die Beschwerden auf somatische Ursa-

chen und weniger auf Aspekte des Lebensstils zurückzuführen. Duddu, Chaturvedi und Isaac (2003) hoben hervor, dass der Kausalattributionsstil störungsspezifisch ist. Während Patienten mit somatoformen Störungen die höchste Ausprägung auf der somatischen Attributionsskala hatten, führten Patienten mit depressiven Störungen die körperlichen Beschwerden am stärksten auf psychische Ursachen und eine gesunde Kontrollgruppe am ehesten auf normalisierende Ursachen zurück. Außerdem ergab die Erhebung von Taylor, Mann, White und Goldberg (2000), dass fast die Hälfte der im primärärztlichen Versorgungsbereich untersuchten Patienten mit organisch unklaren Körperbeschwerden sowohl somatische als auch psychische Aspekte verantwortlich machten.

Rief, Nanke, Emmerich, Bender und Zech (2004) sowie Henningsen, Jakobsen, Schiltenswolf und Weiss (2005) zeigten, dass eine Mischung aus organischen und psychosozialen Ursachenzuschreibungen auch bei Patienten mit diagnostizierten somatoformen Störungen zu beobachten ist – und zwar dann, wenn zusätzlich eine komorbide depressive oder Angst-Störung vorlag. Im Falle einer «reinen» somatoformen Störung tendierten die Betroffenen am häufigsten zu Kausalattributionen im Bereich organischer Faktoren (incl. genetische und alterungsbedingte Gründe) bzw. vulnerabilitätsbezogener Faktoren (Anfälligkeit für Infektionen oder Umwelteinflüsse).

Überwiegend basieren die bisherigen Ergebnisse zu den Ursachenzuschreibungen auf so genannten Bestätigungsmethoden, bei denen die Patienten gebeten werden, eine Liste vorgegebener Ursachenzuschreibungen hinsichtlich ihres Grads des Zutreffens einzuschätzen. Demgegenüber eröffnet die offene Frage, welche Ursachen eine Person für ihre Beschwerden annimmt, die Möglichkeit, die subjektiven Kausalattributionen zu erheben, ohne dass diese durch eine Vorauswahl von Antwortmöglichkeiten verzerrt wird. Festgestellt wurde beispielsweise, dass bei der offenen Frage im Interview (Produktionsmethode) insgesamt weniger Ursachen genannt werden als bei den fragebogenbasierten Bestätigungsmethoden (Faller, Schilling & Lang, 1991).

Mit der vorliegenden Studie gingen wir der Frage nach, welche frei erinnerten Ursachen Patienten mit somatoformen Störungen für ihre Beschwerden verantwortlich machen (Produktionsmethode). Erwartet wurde, dass diese gemäß den kognitiv-behavioralen Modellvorstellungen überwiegend organmedizinisch-biologischer Natur sind.

Zusätzlich wollten wir untersuchen, welche soziodemographischen und welche klinischen Charakteristika mit den Attributionsstilen assoziiert sind. Aufgrund einzelner Vorbefunde (Henningsen et al., 2005; Rief et al., 2004) erwarteten wir, dass die Tendenz zu somatischen Attributionen negativ mit Depressivität assoziiert ist.

Die dritte Fragestellung zielte darauf ab, die Auswirkung des Attributionsstils auf den Therapieverlauf bei somatoformen Störungen zu untersuchen. Gemäß einiger Vorbefunde bei Patienten mit chronischem Erschöpfungssyndrom (Clements et al., 1997; Heijmans, 1998) wurde erwartet, dass Patienten mit organmedizinisch-biologi-

schen Kausalattributionen weniger von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren als Patienten mit einem eher psychosozialen Attributionsstil.

Methoden

Stichprobe

An der Studie nahmen Patienten mit somatoformen Störungen teil, die sich in Behandlung in die Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck (Prien, Chiemsee) begaben.

Einschlusskriterium zur Studienteilnahme war das Vorliegen von mindestens einem somatoformen Symptom nach DSM-IV mit einer Mindesdauer von 6 Monaten (entspricht der undifferenzierten somatoformen Störung). Ausschlusskriterien waren das Vorliegen einer psychotischen Störung oder einer Demenz.

Insgesamt nahmen 79 Patienten mit somatoformen Störungen an der Untersuchung teil, davon 52 Frauen (65.8 %); das Alter lag im Mittel bei 45.4 Jahren ($SD = 11.0$); verheiratet waren 44 der Patienten (55.7 %). Insgesamt 45 Patienten (57 %) berichteten eine Schulbildung bis maximal neun Jahre, die verbleibenden Patienten hatten mindestens einen Abschluss der Mittleren Reife (24 Patienten, 30.4 % mit Mittlerer Reife und zehn Personen, 12.6 % mit höherem Schulabschluss). Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren 46 Personen (58.2 %) berufstätig.

Ablauf

Die Untersuchung der vorliegenden Studie erfolgte im Rahmen eines Projektes zur Entwicklung und Überprüfung eines strukturierten Interviews zur Erfassung von Kausalattributionen bei Patienten mit somatoformen Symptomen (KAUSOM) (Cebulla, 2002; Korn, 2003).

Den Patienten wurde eine Woche vor Aufnahme in die stationäre Behandlung ein Screening für somatoforme Störungen (SOMS) zur Bearbeitung zugeschiedt, und unmittelbar nach der Aufnahme wurden die im Screening positiven Patienten kontaktiert. Die Patienten wurden über die Studie aufgeklärt und das Einverständnis zur freiwilligen Studienteilnahme eingeholt. Im Anschluss wurden das diagnostische Interview zur Feststellung der Diagnosen nach DSM-IV und das Interview zur Erfassung der Kausalattributionen KAUSOM durchgeführt. Durch Einsicht in die Krankenakten und Rücksprache mit den behandelnden Ärzten wurde das Vorliegen von organischen Ursachen, die die Körperbeschwerden der Patienten erklären könnten, ausgeschlossen. Am Ende der Therapie wurden den Patienten erneut die Fragebögen zur Bearbeitung vorgelegt.

Die vorliegende Studie konzentriert sich auf die spontan genannten Kausalattributionen der Patienten mit somatoformen Störungen, welche mit Hilfe der Einstiegsfrage des

KAUSOM erhoben wurden. Die Gesamtheit der genannten Ursachen wurde nachträglich von einer unabhängigen Stichprobe externer Rater kategorisiert in Ursachen, die als somatisch vs. psychosozial einzuschätzen sind. Entsprechend dieser externen Kategorisierung konnten somit die Spontannennungen der Patienten nachträglich wieder den Ursachen-Kategorien zugeordnet werden, die Anzahl der somatischen und psychischen Attributionen pro Patient bestimmt und hieraus der individuelle Attributionsstil am Verhältnis der somatischen Ursachennennungen an den Gesamtnennungen abgeleitet werden. Anhand dieses Attributionsstils wurden die Patienten mit somatoformen Störungen in zwei Gruppen unterteilt (überwiegend somatisch vs. psychisch attribuierend), um sie im Hinblick auf das Therapieergebnis zu vergleichen.

Messinstrumente

Die Diagnosestellung psychischer Störungen erfolgte mit Hilfe der *Internationalen Diagnosen Checklisten für DSM-IV (IDCL)* (Hiller, Zaudig & Mombour, 1995).

Das *Screening für somatoforme Störungen (SOMS)* (Rief, Hiller & Heuser, 1997) hat sich als reliables und valides Screeninginstrument für somatoforme Störungen erwiesen. Zum Einsatz kam die State-Version, mit der die Beschwerdeanzahl sowie die Beschwerdeintensität der letzten sieben Tage erfasst wurden. Insgesamt 53 körperliche Symptome werden auf einer Likert-Skala eingeschätzt (von <gar nicht> = 0 bis <sehr stark> = 4). Die Beschwerdeanzahl (SOMS7-Summe) ermittelt sich durch die Summe der Symptome, die mit mindestens 1 angegeben wurden; die mittlere Beschwerdeintensität (SOMS7-Intensität) variiert zwischen 0 und 4.

Der *Whiteley-Index (WI)* (Hiller & Rief, 2004), ein international weit verbreitetes Instrument mit nachgewiesener Reliabilität und Validität, wurde eingesetzt zur Erfassung der hypochondrischen Ängste und Überzeugungen. Ausgewertet wurde der Summenwert der 14 dichotom skalierten Items (Summenscore 0–14).

Das *Beck-Depressions-Inventar (BDI)* (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995) wurde zur Feststellung der Depressivität eingesetzt (Summenscore 0–63). Für die Analysen wurde ein korrigierter BDI-Summenwert unter Auslassung der körperlichen Items (p–u) berechnet, um mögliche Verzerrungen zu vermeiden.

Die Subskala «katastrophisierende Bewertung» des *Fragebogens zu Körper und Gesundheit (FKG)* (Hiller et al., 1997) kam zum Einsatz, um die Zustimmung zu somatisierungstypischen Bewertungen zu erheben (20 Items mit vierstufigem Antwortformat).

Die spontanen Kausalattributionen der Patienten für ihre körperlichen Beschwerden wurden mit Hilfe des *Interviews zur Erfassung von Kausalattributionen bei Patienten mit somatoformen Symptomen (KAUSOM)* von Cebulla (2002) und Korn (2003) erhoben. Es gliedert sich in zwei Teile: Im ersten Teil werden die Patienten gebeten, für ihre

organisch unklaren Körperbeschwerden die von ihnen angenommenen Ursachen zu benennen: «Was glauben Sie, ist die Ursache Ihrer (Symptome benennen)?» (Produktionsmethode). Im zweiten Teil werden 16 mögliche Ursachenbereiche vorgegeben, und die Patienten um Einschätzung gebeten (Bestätigungsmethode). In die Analyse der vorliegenden Arbeit gingen nur die Angaben der spontan berichteten Ursachenzuschreibungen ein (für die Ergebnisse zu symptombezogenen Kausalattributionen siehe Korn, 2003).

Zur Interpretation der Daten wurden die Spontan-Attributionen einem separaten Kategorisierungsverfahren durch ein externes Rating unterzogen. Dafür wurden die von allen Studienteilnehmern geäußerten Spontanantworten um Mehrfachnennungen und bedeutungssynonyme Begriffe bereinigt. Eine Gruppe externer Laien-Rater (51 Personen, 62 % Frauen; Alter 17 bis 60 Jahre) beurteilte jeden der gelisteten Begriffe, ob er der «körperlichen/somatischen» bzw. der «psychischen» Ursachenkategorie entspreche.

Eine Ursache wurde als «somatisch» bzw. «psychisch» kategorisiert, wenn eine Beurteilungsübereinstimmung von mindestens 70 % der Ratings erzielt wurde. Von den ursprünglich 122 Spontanennungen konnten 92.6 % einer der beiden Oberkategorien zugeordnet werden (siehe Anhang).

In der Folge der vorgenannten Kategorisierung wurde für jeden Studienpatienten die Anzahl der Attributionen pro Kategorie bestimmt. Die Ausprägung des somatischen Attributionsstils wurde berechnet aus dem Verhältnis somatischer Ursachenzuschreibungen an der individuellen Gesamtmenge der genannten Attributionen (Summe aus somatischen und psychischen Attributionen; Range 100 – 0 %).

Für einige Analysen wurde die Bildung der Gruppenvariable in überwiegend «somatisch attribuierend» (Werte 100 bis > 50.0) vs. überwiegend «psychisch attribuierend» (Werte 0 bis 50) erforderlich.

Zur Überprüfung der Validität des Ratings wurde der prozentuale Attributionsstil mit den Variablen des KAU KON (Kröner-Herwig, Greis & Schilkowsky, 1993) korreliert. Für die Validität der Patienteneinteilung anhand des externen Ratings sprechen die signifikanten Korrelationen des somatischen Attributionsstils mit den Ausprägungen auf den KAU KON-Skalen (mit KAU KON-medizinische Ursachen $r = .34$; KAU KON-psychologische Ursachen $r = -.48$).

Therapie

Alle Patienten mit somatoformen Beschwerden befanden sich zur stationären Behandlung in der medizinisch-psychosomatischen Klinik Roseneck (Prien, Chiemsee). Das Behandlungskonzept basiert auf einem verhaltensmedizinischen Ansatz, bei welchem sowohl medizinisch-biologische als auch psychosoziale Faktoren der Erkrankungen Berücksichtigung finden. Ziel der Therapie ist es, mögliche stö-

rungsrelevante Risikofaktoren aufzudecken, welche an Entstehung und Aufrechterhaltung der psychosomatischen Beschwerden beteiligt sind, sowie adäquate Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Behandlungselemente erstrecken sich über verhaltenstherapeutische Einzeltherapiesitzungen, störungsspezifische Gruppentherapien, Gestaltungstherapie, Bewegungs- und Sporttherapie sowie physikalische und medizinische Maßnahmen. Zum Therapieprogramm der Patienten mit somatoformen bzw. Schmerzstörungen gehört eine spezifisch auf ihre Beschwerdebewältigung ausgerichtete Gruppentherapie. Die stationäre Behandlungsdauer betrug im Mittel 52.7 Tage ($SD = 16.1$).

Analyse

Die erste Hypothese zum Attributionsstil der Gesamtstichprobe wurde mittels Ein-Stichproben-T-Test getestet. Hiermit wurde überprüft, ob der mittlere prozentuale Anteil somatischer Attributionen signifikant größer als 50 % ist. Zur Vorhersage des Attributionsstils wurde eine schrittweise multiple Regression berechnet; Prädiktoren waren im ersten Schritt die soziodemographischen Variablen und im zweiten Schritt zusätzlich die Anzahl und die Intensität der somatoformen Symptome, Krankheitsängste und Depressivität. Der Einfluss der Kausalattribution auf den Therapieerfolg wurde mit Hilfe von Varianzanalysen mit Messwiederholung (MANOVAs) überprüft (Gruppenfaktor: Somatisch vs. psychisch Attribuierend; Messwiederholung: AV's zu Therapiebeginn vs. Therapieende). Die Überprüfung ungerichteter Hypothesen erfolgte auf einem α -Niveau von 5 % ($p < .05$). Die zur Anwendung der statistischen Verfahren notwendigen Voraussetzungen der Normalverteilung (Kolmogorov-Smirnov-Test), der Varianzhomogenität (Levene-Test) und der Homogenität der Kovarianzen (Box-M-Test) waren für alle abhängigen Variablen erfüllt (p 's $> .15$). Die Stichprobengröße variierte leicht zwischen den einzelnen Analysen, da einige Fragebögen zu viele Fehlwerte aufwiesen (s. Freiheitsgrade). Alle Analysen wurden mit der Statistik-Software SPSS (Version 11.0.1) durchgeführt.

Ergebnisse

Klinische Stichprobencharakteristika

Die Patienten litten bei Studienaufnahme unter durchschnittlich fünf somatoformen Symptomen (Interviewangaben IDCL; $M = 4.96$, $SD = 2.87$, Range 1–13). Das diagnostische Interview für DSM-IV Diagnosen ergab mit absteigender Häufigkeit folgende somatoformen Störungen: Bei 68.4 % eine undifferenzierte somatoforme Störung ($n = 54$), bei 46.8 % eine Schmerzstörung ($n = 37$), bei 15.2 % eine Somatisierungsstörung ($n = 12$), bei 5.1 % eine Hypochondrie ($n = 4$) und bei 1.3 % eine Konversionsstörung ($n = 1$) (Komorbidität zugelassen). Die häufigste aktuell komor-

Tabelle 1

Schrittweise multiple Regression zur Vorhersage des somatischen Attributionsstils (Kriteriumsvariable)

Modell	Prädiktorvariable	β (Modell 2)	Sign.	ΔR^2	R^2	Sign.
1	Geschlecht	-.220	*			
	Alter	-.107			.088	*
2	Anzahl Symptome (SOMS7-Summe)	.522	*			
	Intensität Symptome (SOMS7-Intensität)	-.343				
	Krankheitsangst (WI)	.004				
	Depressivität (BDI ohne Körpersymptome)	-.355	**	.162**	.249	**

Anmerkungen: $n = 76$; β (Modell 2) = standardisierte β -Gewichte des letzten Regressionsmodells, ΔR^2 = inkrementelles R^2 ; * $p < .05$ ** $p < .01$; Geschlecht (0 = männlich, 1 = weiblich); genaue Erläuterungen siehe Text.

Tabelle 2

Ergebnisse im Therapieverlauf – Vergleich von Patienten mit somatoformen Störungen mit überwiegend somatischen vs. psychosozialen Kausalattributionen

Variables		Somatisch attribuierend		Psychisch attribuierend		Teststatistik						
		M	SD	M	SD	DF1; DF2	Faktor 1 Gruppe F	Part ϵ^2	Faktor 2 Therapie F	Part ϵ^2	Interaktion F	Part ϵ^2
SOMS7-Summe	Prä	21.04	(9.09)	17.70	(8.50)	1;68	1.16	.017	1.32	.019	.24	.020
	Post	19.07	(10.15)	17.73	(10.89)							
SOMS7-Intensität	Prä	0.85	(0.43)	0.76	(0.48)	1;68	.36	.005	9.16**	.119	.24	.004
	Post	0.70	(0.44)	0.66	(0.49)							
WI	Prä	7.64	(3.26)	7.51	(3.14)	1;67	.01	.000	45.33***	.404	.34	.005
	Post	5.50	(3.43)	5.53	(3.07)							
FKG-Skala 1	Prä	20.20	(10.05)	15.90	(8.31)	1;69	1.70	.024	1.44	.020	3.58 ⁺	.049
	Post	17.77	(9.80)	16.45	(9.81)							
BDI (ohne somatische Items)	Prä	19.74	(10.76)	27.91	(13.22)	1;71	8.83**	.111	35.57***	.334	.59	.008
	Post	11.99	(10.31)	17.86	(13.46)							

Anmerkungen: SOMS7-Summe = Anzahl somatoforme Symptome letzte 7 Tage; SOMS7-Intensität = Beeinträchtigung durch somatoforme Symptome letzte 7 Tage (von 0 bis 4); WI = hypochondrische Ängste und Überzeugungen (0–14); FKG-1 = Ausmaß katastrophisierender Bewertungen von Körpersymptomen; BDI ohne somatische Items = Depressivität (0–63); Part ϵ^2 = Effect size partial ϵ^2 ; Signifikanz: *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, ⁺ $p < .10$.

bid vorliegende psychische Störung war eine depressive Störung, die insgesamt bei 43 % der Patienten mit somatoformen Störungen vorlag (Major Depression 31.6 %; Dysthymie 11.4 %). Ebenso gehörten die Angststörungen zu den häufig komorbid auftretenden Störungen (Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie bzw. Agoraphobie 26.5 %; Soziale Phobie 24.1 %; generalisierte Angststörung 5.1 %, übrige Angststörungen zusammen 11.9 %). Eine aktuelle Substanzabhängigkeit lag bei 4.7 % vor.

Spontan genannte Kausalattributionen

Die Patienten gaben bei der offenen Frage nach den Ursachen ihrer organisch unklaren Körperbeschwerden im Mittel neun Attributionen ($SD = 7.56$) an. Diese verteilten sich auf durchschnittlich 4.87 ($SD = 4.3$) somatische und 4.13

($SD = 5.01$) psychische Attributionen. Pro Symptom benannten die Patienten im Mittel 1.77 ($SD = .83$) Ursachen.

Basierend auf dem individuellen Verhältnis der genannten somatischen an den insgesamt genannten Ursachen wurde die Ausprägung hinsichtlich des somatischen Attributionsstils festgestellt (0 % bis 100 %, wobei Werte > 50 % ein Überwiegen der somatischen Ursachenzuschreibungen charakterisiert). Die Gesamtgruppe der Patienten mit somatoformen Störungen wies eine mittlere Ausprägung von 57.35 % des somatischen Attributionsstils auf ($M = 57.35$; $SD = 32.40$). Der Ein-Stichproben-T-Test zeigte, dass der Anteil an somatischen Ursachenzuschreibungen signifikant größer als 50 % ist ($T_{78} = 2.02$; $p < .05$). Das bedeutet: Erwartungsgemäß zeigte sich bei der untersuchten Stichprobe somatoformer Patienten, dass diese spontan mehr somatische als psychosoziale Ursachen für ihre Symptome benannten.

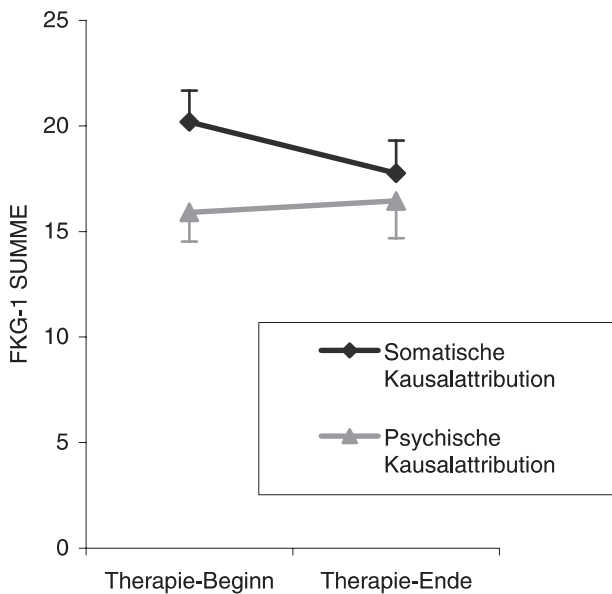


Abbildung 1. Katastrophisierende Bewertungen von Körpersymptomen (FKG Skala 1) bei Patienten, die ihre somatoformen Beschwerden überwiegend somatischen Ursachen ($n = 44$) versus psychosozialen Ursachen ($n = 35$) zuschreiben (Mittelwerte und Standardfehler).

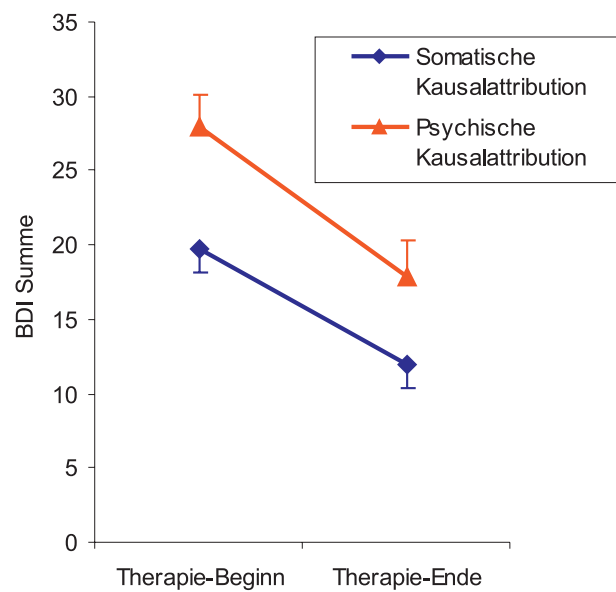


Abbildung 2. Depressionswerte (BDI, ohne somatische Items) bei Patienten, die ihre somatoformen Beschwerden überwiegend somatischen Ursachen ($n = 44$) versus psychosozialen Ursachen ($n = 35$) zuschreiben (Mittelwerte und Standardfehler).

Prädiktoren des somatischen Attributionsstils

Zur Untersuchung der Prädiktoren des Attributionsstils wurde eine schrittweise multiple Regression berechnet (siehe Tab. 1). Kriteriumsvariable war die kontinuierliche Prozentvariable zum Anteil somatischer Attributionsen an den insgesamt genannten Kausalattributionen. Die soziodemographischen Variablen (Geschlecht und Alter) in Modell 1 klärten zusammen 8.8 % der Varianz auf. In Modell 2 wurden klinische Merkmale – die Anzahl und Intensität der somatoformen Beschwerden (SOMS-7), das Ausmaß erlebter Krankheitsängstlichkeit (Whiteley-Index) und die Depressivität (BDI) als Prädiktoren aufgenommen (alle Werte aus Erhebung vor Therapiebeginn). Die klinischen Variablen führten zu einem signifikanten Anstieg der erklärten Varianz um 16.2 %, so dass die durch das Modell erklärte Gesamt-Varianz 25 % betrug.

Signifikante Prädiktoren des abschließenden Modells 2 für den prozentualen Attributionsstil waren das Geschlecht, die Anzahl der somatoformen Symptome und die Depressivität. Eine geringere somatische Attributionstendenz ging erwartungsgemäß mit dem weiblichen Geschlecht und höherer Depressivität einher, während ein somatischer Attributionsstil mit der aktuellen Anzahl somatoformer Symptome positiv assoziiert war. Die Intensität der somatoformen Beschwerden und die Krankheitsängstlichkeit wiesen keinen bedeutsamen Zusammenhang mit dem Ausmaß der somatischen Attribution auf.

Kausalattribution und Therapieerfolg

Die Patienten mit somatoformen Störungen wurden anhand des überwiegenden Kausalattributionstils entweder der Gruppe «somatisch attribuierend» ($n = 44$) oder «psycho-sozial attribuierend» ($n = 35$) zugeordnet. Der Unterschied in der Häufigkeitsverteilung zur Attributionsgruppe erwies sich als statistisch nicht signifikant ($\chi^2_{(1)} = 1.03$).

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der abhängigen Variablen, die zu Therapiebeginn und Therapieende von den Patienten erhoben wurden, sowie Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen sind in Tabelle 2 dargestellt. Die Veränderungen in Anzahl und Intensität somatoformer Symptome (SOMS-7) wurden zunächst mit Hilfe einer multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung getestet. Es zeigte sich dabei ein multivariat signifikanter Haupteffekt für die Therapie ($\Delta = 0.84$, $F(2, 67) = 6.62$; $p < .01$), während sich weder der Gruppen-Haupteffekt ($\Delta = 0.97$, $F(2, 67) = 0.96$) noch die Interaktion aus Gruppe und Therapieverlauf ($\Delta = 0.97$, $F(2, 67) = 0.95$) signifikant erwiesen. Die univariaten varianzanalytischen Überprüfungen zeigten, dass sich die Anzahl der somatoformen Symptome durch die Therapie nicht signifikant reduzierte, während es jedoch zu einer signifikanten Abnahme der Beschwerdeintensität kam. Der Interaktionseffekt Attributionsgruppe \times Therapie erwies sich bei keiner der beiden Variablen als signifikant.

Eine Verbesserung zeigte sich ebenso für die Gesamtgruppe im Hinblick auf den Grad der hypochondrischen

Ängste (Whiteley-Index), während sich keine Unterschiede in Abhängigkeit vom Attributionsstil zeigten. Demgegenüber wurde der Therapiehaupteffekt für die Ausprägung katastrophisierender Kognitionen (FKG) nicht signifikant, während sich eine tendenziell größere Verbesserung in der Gruppe der somatisch Attribuierenden im Vergleich zu den psychisch Attribuierenden zeigte (siehe Abb. 1). Die weitere Inspektion der Daten zeigte, dass die somatisch Attribuierenden vor Therapiebeginn erwartungsgemäß eine stärkere Zustimmung zu katastrophisierenden Kognitionen zeigten als die psychisch Attribuierenden ($T_{(77)} = 1.94$; $p < .05$ einseitig), während sich die beiden Gruppen zum Therapieende nicht mehr signifikant voneinander unterschieden ($T_{(69)} = 0.56$). Nur die somatisch Attribuierenden verzeichneten eine signifikante Abnahme der Katastrophisierungsneigung ($T_{(39)} = 2.2$, $p < .05$), ohne dass sich Veränderungen in der Gruppe der psychisch Attribuierenden zeigten ($T_{(30)} = -0.51$).

Die depressive Symptomatik nahm im Rahmen der Therapie bei der Gesamtgruppe bedeutsam ab. Zusätzlich zu dem signifikanten Therapiehaupteffekt zeigte sich ein signifikanter Gruppenhaupteffekt. Abbildung 2 und die nachfolgenden Analysen zeigten, dass die Depressivität in der Gruppe der überwiegend psychisch Attribuierenden signifikant stärker ausgeprägt war als in der Vergleichsgruppe – und dies v. a. zu Therapiebeginn ($T_{(75)} = -3.3$; $p < .01$), aber auch noch zum Therapieabschluss ($T_{(73)} = -1.9$; $p < .05$ einseitig). Beide Gruppen zeigten Verbesserungen über die Zeit, ohne dass eine der Gruppen stärker profitierte.

In diese Analyse gingen die Depressionswerte des BDI ohne seine körperlich orientierten Items ein, um eine mögliche Konfundierung mit der somatoformen Symptomatik auszuschließen. Zur Absicherung wurde eine Reanalyse mit der BDI-Gesamtskala durchgeführt, die ein vergleichbares Ergebnismuster erbrachte.

Insgesamt wurde also gezeigt, dass sich die Symptomatik, vor allem die Intensität der somatoformen Beschwerden, Krankheitsängste und Depressivität im Rahmen der stationären Behandlung verbesserten – ohne dass sich jedoch zeigte, dass die Gruppe der somatisch Attribuierenden weniger Verbesserungen erzielte als die der psychisch Attribuierenden. Einzig im Hinblick auf die Tendenz zu katastrophisierenden Kognitionen zeigten die somatisch attribuierenden Patienten mit somatoformen Störungen eine Verbesserung, welche in der Vergleichsgruppe nicht beobachtet werden konnte – und dies lässt sich auf das höhere Ausgangsniveau der ersten Gruppe zurückführen.

Diskussion

Diese Studie konnte zeigen, dass die Patienten mit somatoformen Beschwerden diese spontan überwiegend auf somatische Ursachen zurückführten, wobei ebenfalls ein substanzieller Anteil von psychosozialen Ursachen genannt wurde. Der somatische Attributionsstil ließ sich an-

hand des Geschlechts (männlich) und der Anzahl somatoformer Symptome vorhersagen. Bei zunehmender Depressivität tendierten die Patienten zu psychosozialen Ursachennennungen. Die Gesamtgruppe der Patienten mit somatoformen Beschwerden erlebte in der Folge der stationären Therapie mit verhaltensmedizinischem Behandlungsprogramm eine Gesamtverbesserung der Symptomatik. Entgegen der Erwartung unterschieden sich die überwiegend somatisch attribuierenden Patienten jedoch nicht von der eher psychisch attribuierenden Gruppe hinsichtlich des Verlaufs der somatoformen Symptomatik, der Krankheitsangst und der Depressivität.

Somatische und psychische Attribution von somatoformen Beschwerden

Modellkonform führten die untersuchten Patienten mit somatoformen Störungen ihre Beschwerden überwiegend auf somatische Ursachen zurück. Dies steht im Einklang mit einigen früheren Befunden (Duddu et al., 2003; Nimmuan et al., 2001). Es zeigte sich jedoch keineswegs, dass die Ursachenzuschreibungen ausschließlich der somatischen Kategorie entsprechen. Insgesamt waren durchschnittlich 57 % der genannten Attributionen aus der somatischen Kategorie, während 43 % der psychischen Kategorie entsprachen. Damit ist auch der Anteil psychischer Attributionen beachtlich groß. Zudem fällt bei der inhaltlichen Betrachtung der spontan genannten Ursachen auf, dass wenige der somatischen Attributionen dem Bereich schwerer bzw. sehr bedrohlicher körperlicher Erkrankungen zugehörig sind.

Unsere Ergebnisse finden Bestätigung in einigen anderen früheren Befunden, aus denen zwar eine deutliche Tendenz zu somatischen Attributionen, zugleich aber auch eine häufige Mischung der Kausalattributionen bei der Patientengruppe hervorgeht (Henningsen et al., 2005; Rief et al., 2004; Taylor et al., 2000).

Prädiktoren des Attributionsstils

Untersucht wurden mögliche Prädiktoren des Attributionsstils. Die Ergebnisse unserer Studie weisen darauf hin, dass bei Patienten mit somatoformer Symptomatik *Geschlechtsunterschiede* hinsichtlich ihrer spontanen Ursachenzuschreibung für die körperlichen Beschwerden bestanden. Es zeigte sich, dass die männlichen im Vergleich zu den weiblichen Studienteilnehmern zu weniger psychosozialen Ursachenzuschreibungen neigten. Bei den somatoformen Störungen wurde dies wenig untersucht, aber bei verschiedenen anderen Störungsbildern existieren ähnliche Hinweise darauf, dass Frauen im Gegensatz zu Männern eher zu psychischen statt körperlichen Krankheitskonzepten neigen (Furnham, 1989; Martin, Gordon & Lounsbury, 1998; Thebaldi, Franz, Schellberg & Schepank, 1996).

Demnach könnte es sich nicht um einen für die somatoformen Beschwerden spezifischen, sondern störungsübergreifenden Geschlechtsunterschied handeln.

Von somatoformen Störungen sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Daher sollte in den Studien zu Kausalattributionen bei somatoformen Störungen immer auch ein möglicher Effekt der Geschlechtsverteilung kontrolliert werden.

Einzelne andere Studien an Stichproben mit gemischten psychischen und somatoformen Störungsbildern zeigten einen positiven Zusammenhang zwischen dem *Alter* der Patienten und einem somatischen Krankheitsmodell (Faller, 1997; Thebaldi et al., 1996). Diesen Befund konnten wir nicht bestätigen. Demnach scheinen die kognitiven Bewertungen der Ursachen der Körpersymptome bei unserer Gruppe von Patienten mit somatoformen Störungen nicht altersabhängig zu sein.

Die *Anzahl der somatoformen Symptome* erwies sich in unserer Studie als weiterer signifikanter Prädiktor für den Attributionsstil. Je mehr somatoforme Symptome die Patienten hatten, desto mehr somatische Attributionen gaben sie im Verhältnis zu allen genannten Ursachen an. Bei Rief und Kollegen (2004) zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Symptomanzahl und der Gesamt-Anzahl der Kausalattributionen, ohne einen spezifischen Zusammenhang zu den Attributionstendenzen zu untersuchen. Die Relevanz der reinen Anzahl der Körperbeschwerden wurde bereits früher sowohl für die erlebte Beeinträchtigung als auch für das Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Leistungen gezeigt (Haug, Mykletun & Dahl, 2004; Nanke & Rief, 2003).

Die in unserer Studie durchgeführte multiple Korrelation erlaubt jedoch keine kausale Aussage. Es könnte einerseits sein, dass Patienten bei der Entwicklung von immer weiteren somatoformen Symptomen zu somatischen Attributionen tendieren. Es könnte aber beispielsweise auch bedeuten, dass ein somatischer Attributionsstil einen Risikofaktor für die Entwicklung weiterer somatoformer Symptome darstellt.

Demgegenüber erwiesen sich im Regressionsmodell weder die *Beschwerdeintensität* noch der Grad der *hypochondrischen Überzeugungen* als signifikante Prädiktoren des somatischen Attributionsstils. Gerade Letzteres widerspricht den Erwartungen, die aus den Erklärungsmodellen der Hypochondrie resultieren. Einzelne Studien legen nahe, dass Personen mit hypochondrischen Ängsten somatische Erklärungen für ihre Beschwerden bevorzugen (MacLeod, Haynes & Sensky, 1998; Sensky, 1997). Eine Erklärung für unser Ergebnis könnte sein, dass die beiden Merkmale aufgrund ihrer mittleren bis hohen bivariaten Assoziation mit der Anzahl der somatoformen Symptome ($r = .88 / r = .40$) keinen zusätzlichen Erklärwert aufwiesen.

Inzwischen legen einzelne Befunde nahe, dass Patienten mit somatoformen Beschwerden und komorbider *Depression* häufig auch psychosoziale Ursachen für die Beschwerden verantwortlich machen (Henningsen et al., 2005; Rief et al., 2004). Diese Vorbefunde fanden in unseren Ergebnissen Bestätigung. Die Depressivität (BDI) war

negativ mit dem somatischen Attributionsstil assoziiert, d. h. spontan wurden mit steigender Depressionssymptomatik mehr psychische Ursachen für die Körperbeschwerden genannt. Konform damit ergab der Vergleich der beiden Attributionsstilgruppen, dass die Patienten mit überwiegend psychischen Kausalattributionen depressiver waren als die Vergleichsgruppe der Patienten mit überwiegend somatischen Kausalattributionen.

Kausalattribution und Therapieverlauf

Unsere Studie ergab, dass der Therapieverlauf der Patienten mit somatoformen Störungen nicht von ihren Ursachenannahmen beeinflusst wurde. Der Vergleich der überwiegend somatisch attribuierenden mit der überwiegend psychisch attribuierenden Patientengruppe zeigte, dass sich die Beschwerdeintensität, die Krankheitsangst und depressive Symptomatik in der Gesamtgruppe verbesserten, ohne dass eine der beiden Gruppen eine stärkere Verbesserung aufwies. Nur im Hinblick auf die Tendenz zu körperbezogenen katastrophisierenden Kognitionen zeigte sich, dass ausschließlich die somatisch orientierte Patientengruppe eine Abnahme verzeichnete. Dieser Effekt ist mit den erhöhten Ausgangswerten vor Therapiebeginn zu erklären, denn zum Therapieende unterschieden sich die beiden Attributionsgruppen nicht voneinander.

Bei dem chronischen Erschöpfungssyndrom profitierten die somatisch orientierten Patienten in einigen Studien weniger von der Therapie (Clements et al., 1997; Heijmans, 1998). Allerdings gibt es auch bei diesem organisch unklaren Beschwerdesyndrom Vorbefunde, die unsere Ergebnisse bestätigen (Deale, Chalder & Wessely, 1998). Insgesamt ist die Befundlage zum Einfluss der Kausalattributionen und dem Therapieverlauf noch sehr unvollständig und uneinheitlich.

Eine zentrale therapeutische Zielsetzung bei somatoformen Störungen besteht in der Erweiterung eines zu organmedizinisch geprägten Krankheitsmodells um psychosoziale Einflussfaktoren. Die spontanen Ursachenzuschreibungen für die Körperbeschwerden wurden in unserer Studie allerdings nur zu Therapiebeginn erhoben. Es ist daher nicht möglich, direkt zu beurteilen, inwiefern sich die Krankheitskonzepte der Patienten im Therapieverlauf verändert haben. Gezeigt werden konnte, dass die anfänglich ausgeprägtere Zustimmung zu katastrophisierenden Kognitionen der somatisch attribuierenden Patientengruppe signifikant abnahm. Dies könnte vorsichtig als Hinweis darauf interpretiert werden, dass sich auch die Kausalattributionen verändert haben könnten. Möglicherweise ist nicht die anfängliche Kausalattribution entscheidend für das Therapieergebnis, sondern vielmehr die Rigidität bzw. Veränderbarkeit des Krankheitskonzepts von Bedeutung. In zukünftigen Studien könnte dieser Frage nachgegangen werden, indem die Kausalattributionen nicht nur zu Therapiebeginn, sondern auch im Verlauf erhoben werden.

Die Erhebungsmethode der Kausalattributionen

Nach Sensky (1997) haben Attributionen, die durch eine vorgegebene Liste erhoben werden, wenig mit spontan generierten Attributionen gemein. Letztere sollen seiner Ansicht nach eher klinisch relevant sein. In der vorliegenden Studie wurden die Patienten mit einer offenen Interviewfrage gebeten, die Ursachen für ihre körperlichen Beschwerden zu benennen. Während in den bisherigen Studien weit überwiegend Bestätigungsmethoden Einsatz fanden, bei denen beispielsweise eine Liste mit möglichen Ursachenzuschreibungen zur Einschätzung vorgegeben werden, wurden hier die spontan genannten Kausalattributionen berücksichtigt. Ein Vorteil der offenen Frage nach den subjektiven Ursachen für die Beschwerden ist, dass das Antwortverhalten der Patienten nicht durch das Item-Format beeinflusst wird. Dieses Vorgehen erfordert eine nachträgliche Kategorisierung der Spontanennungen, um quantitative Analysen einsetzen zu können. Die Spontanennungen wurden in unserer Studie von einer unabhängigen Stichprobe von Nichtexperten beurteilt – und bei einer hohen Beurteilungsübereinstimmung wurde eine Ursachenzuschreibungen weiter berücksichtigt. Ausgeschlossen wurden weniger als 10 % der Aussagen, so dass die Angaben der Patienten fast vollständig in die Auswertungen aufgenommen werden konnten. Die Validität des genutzten Kategorisierungsverfahrens wurde außerdem in zusätzlichen Analysen zur konvergenten Validität mit dem KAU KON (Kröner-Herwig et al., 1993) bestätigt.

Eine Einschränkung für die Generalisierbarkeit der Ergebnisse könnte sich darin begründen, dass die hier untersuchte Stichprobe aus Patienten, die eine psychosomatische Behandlung aufsuchen, gegebenenfalls bereits eine Selektion darstellt. Allerdings zeigte eine andere Studie ähnliche Resultate an Patienten, die wegen ihrer organisch unklaren Körperbeschwerden in Allgemeinarztpraxen vorgestellt wurden (Rief et al., 2004). Weitere Studien an Allgemeinarztpatienten ergaben, dass auch in diesem Setting aktuelle körperliche Beschwerden zu einem hohen Grad auf psychosoziale Ursachen attribuiert werden (Taylor et al., 2000; Van der Horst et al., 1997; Woloshynowych, Valori & Salmon, 1998). Es ist also nicht anzunehmen, dass die hier gefundenen Ergebnisse nur für Patienten mit somatoformen Störungen im tertiärmedizinischen Bereich gelten.

Zusammenfassend zeigte sich in unserer Studie an Patienten mit somatoformen Störungen, dass sie eine Tendenz aufweisen, ihre körperlichen Beschwerden auf organmedizinisch-biologische Ursachen zurückzuführen. Zugleich zeigte sich, dass psychosoziale Ursachen häufig genannt wurden, und der Anteil an Patienten mit überwiegend somatischem Erklärungsmuster nicht signifikant größer war als der Anteil an Patienten mit überwiegend psychischem Erklärungsmuster. Damit deuten unsere Ergebnisse und eine Reihe jüngerer Studien (Henningsen et al., 2005; Rief

et al., 2004; Taylor et al., 2000) darauf hin, dass die generelle Annahme, Patienten mit somatoformen Störungen machten somatische Ursachen für ihre Beschwerden verantwortlich, nicht zutrifft und modifiziert werden sollte. Die gegenwärtigen Erklärungsmodelle der somatoformen Störungen tragen der Tatsache noch nicht hinreichend Rechnung, wie es im Einzelfall zur Entstehung bzw. Aufrechterhaltung der Beschwerden kommt, wenn die Tendenz zur katastrophisierenden Bewertung von Körperempfindungen bzw. somatische Kausalattributionen fehlen.

Denkbar ist, dass sich die Ursachenzuschreibungen der Patienten im Krankheitsverlauf verändern, d. h. möglicherweise zu Beginn eine stärkere somatische Orientierung vorliegt (und auch an der Chronifizierung beteiligt ist), während im Verlauf psychosoziale Bedingungsfaktoren als relevant erkannt werden. Dies müssten weitere Längsschnitterhebungen klären. In der retrospektiven Erhebung von Korn (2003) erinnerten die Patienten immerhin, beim erstmaligen Auftreten der meisten somatoformen Symptome andere Ursachen verantwortlich gemacht zu haben als zum aktuellen Erhebungszeitpunkt.

Es bleibt somit weiter wichtig, die beim Patienten bestehenden Ursachenannahmen zu erheben. Wenn organmedizinische Kausalattributionen vorliegen, können sie zu einer Verstärkung des ungünstigen Krankheitsverhaltens beitragen und die Therapiewahl beeinflussen (Faller, 1997; Rief et al., 2004). Bereits bei der Behandlung der noch nicht chronifizierten Fälle im primärärztlichen Versorgungsbereich kann begonnen werden, gemeinsam mit den Patienten eine Verbindung zwischen den körperlichen Vorgängen und psychosozialen Einflussfaktoren herzustellen (Goldberg, Gask & O'Dowd, 1989).

Literatur

- Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33, 28–34.
- 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. & Wyshak, G. L. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, 157, 404–409.
- Cebulla, M. (2002). *Evaluation eines Strukturierter Interviews zur Erfassung von Kausalattributionen bei Patienten mit somatoformen Symptomen (KAUSOM)*. Göttingen: Cuvillier.
- Clements, A., Sharpe, M., Simkin, S., Borrill, J. & Hawton, K. (1997). Chronic fatigue syndrome: A qualitative investigation of patients' beliefs about the illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 615–624.
- Creed, F. & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 391–408.
- Deale, A., Chalder, T. & Wessely, S. (1998). Illness beliefs and treatment outcome in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 77–83.

- Duddu, V., Chaturvedi, S. K. & Isaac, M. K. (2003). Amplification and attribution styles in somatoform and depressive disorders – a study from Bangalore, India. *Psychopathology*, *36*, 98–103.
- Faller, H. (1997). Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *45*, 264–278.
- Faller, H., Schilling, S. & Lang, H. (1991). Die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien für die Krankheitsverarbeitung – im Spiegel der methodischen Zugänge. In U. Flick (Hrsg.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen* (S. 28–42). Heidelberg: Asanger.
- Furnham, A. (1989). Overcoming psychosomatic illness: Lay attributions of cure for five possible psychosomatic illnesses. *Social Science & Medicine*, *29*, 61–67.
- Goldberg, D. P., Gask, L. & O'Dowd, T. (1989). The treatment of somatization: Teaching techniques of reattribution. *Journal of Psychosomatic Research*, *33*, 689–695.
- Gureje, O., Simon, G. E., Ustun, T. B. & Goldberg, D. P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 989–995.
- Haug, T. T., Mykletun, A. & Dahl, A. A. (2004). The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: The HUNT-II Study. *Psychosomatic Medicine*, *66*, 845–851.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck Depressionsinventar* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Heijmans, M. J. W. M. (1998). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: Importance of illness cognitions. *Journal of Psychosomatic Research*, *45*, 39–51.
- Henningsen, P., Jakobsen, T., Schiltenswolf, M. & Weiss, M. G. (2005). Somatization revisited – diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*, 85–92.
- Hiller, W. & Rief, W. (2004). *Internationale Skalen für Hypochondrie*. Bern: Hans Huber.
- Hiller, W., Rief, W., Elefant, S., Margraf, J., Kroymann, R., Leibbrandt, R. et al. (1997). Dysfunktionale Kognitionen bei Patienten mit Somatisierungssyndrom. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, *26*, 226–234.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1995). *IDCL Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV*. Bern: Huber.
- Korn, H.-J. (2003). *Kausalattributionen bei stationären Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen*. Göttingen: Cuvillier.
- Kröner-Herwig, B., Greis, R. & Schilkowsky, G. (1993). Kausal- und Kontrollattribution bei chronischen Schmerzpatienten. Entwicklung und Evaluation eines Inventars (KAUKON). *Diagnostica*, *39*, 120–137.
- Lim, S.-L. & Kim, J.-H. (2005). Cognitive processing of emotional information in depression, panic, and somatoform disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*, 50–61.
- MacLeod, A. K., Haynes, C. & Sensky, T. (1998). Attributions about common bodily sensations: Their associations with hypochondriasis and anxiety. *Psychological Medicine*, *28*, 225–228.
- Martin, R., Gordon, E. E. I. & Lounsbury, P. (1998). Gender disparities in the attribution of cardiac-related symptoms: Contribution of common sense models of illness. *Health Psychology*, *17*, 346–357.
- Meyer, C., Rumpf, H. J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung – Ergebnisse der TACOS-Studie. *Nervenarzt*, *71*, 535–542.
- Nanke, A. & Rief, W. (2003). Zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Patienten mit somatoformen Störungen. *Psychotherapeut*, *48*, 329–335.
- Nimnuan, C., Hotopf, M. & Wessely, S. (2001). Medically unexplained symptoms. An epidemiological study in seven specialties. *Journal of Psychosomatic Research*, *51*, 361–367.
- Rief, W. & Hiller, W. (1998). *Somatisierungsstörung und Hypochondrie*. Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W., Hiller, W. & Heuser, J. (1997). *SOMS – Das Screening für Somatoforme Störungen. Manual zum Fragebogen (SOMS – The Screening for Somatoform Symptoms)*. Bern: Huber.
- Rief, W., Hiller, W. & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects in hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*, 587–595.
- Rief, W., Nanke, A., Emmerich, J., Bender, A. & Zech, T. (2004). Causal illness attributions in somatoform disorders: Associations with comorbidity and illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*, 367–371.
- Salkovskis, P. M. & Warwick, H. M. C. (2002). Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioural approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. In V. Starcevic & D. R. Lipsitt (Eds.), *Modern perspectives on an ancient malady* (pp. 203–222). Oxford: University Press.
- Sensky, T. (1997). Causal attributions in physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, *43*, 565–573.
- Sharpe, M. & Bass, C. (1992). Pathophysiological mechanisms in somatization. *International Review of Psychiatry*, *4*, 81–97.
- Taylor, R. E., Mann, A. H., White, N. J. & Goldberg, D. P. (2000). Attachment style in patients with unexplained physical complaints. *Psychological Medicine*, *30*, 931–941.
- Thebaldi, B., Franz, M., Schellberg, D. & Schepank, H. (1996). Differentielle Laienätiologien bei psychogen beeinträchtigten Probanden aus einer epidemiologischen Feldstudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, *42*, 71–87.
- Van der Horst, H. E., Van Dulmen, A. M., Schellevis, F. G., Van Eijk, J. T., Fennis, J. F. & Bleijenberg, G. (1997). Do patients with irritable bowel syndrome in primary care really differ from outpatients with irritable bowel syndrome? *Gut*, *41*, 669–674.
- Wittchen, H. U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S. & Schmidt-kunz, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des Bundesweiten Zusatzsurveys «Psychische Störungen». *Gesundheitswesen*, *61*, 216–222.
- Woloshynowych, M., Valori, R. & Salmon, P. (1998). General practice patients' beliefs about symptoms. *British Journal of General Practice*, *48*, 885–889.

Dr. Alexandra Martin

Philipps-Universität Marburg
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Gutenbergstraße 18
D-35032 Marburg
E-mail martin@staff.uni-marburg.de

Anhang

Spontan genannte Kausalattributionen der Patienten mit einer somatoformen Störung (N = 79).

Kategorie	Kausalattribution
Körperlich	Allergie, Arthrose, Borreliose, Blutdruckprobleme, Durchblutungsstörung, Entzündung, Kreislaufprobleme, zu hoher Herzschlag, Wasser im Herzen, Gleichgewichtsstörung, empfindlicher Magen/schlechte Verdauung, Gallenstau, vergrößerte Leber, Reizdarm, Verwachsung, prämenstruelles Syndrom, Prostata-Vergrößerung, Zyste, Hämorrhoiden, Hormone, Kropf, Fibromyalgie, Bindegewebsschwäche, Kopfschmerzen, Knochen-/Gelenk-/Muskelschwäche, Rheuma, degenerative Veränderungen, Abnutzung, Verschleiß, Osteoporose, Wechseljahre, Alterserscheinung, Auswirkung anderer Krankheiten, Wirbelsäule-Problem, Verletzung/Bruch, Bandscheibenvorfall, Rückenschmerzen, eingeklemmter Nerv, Verkrampfung, Erkrankung des Nervensystems, Krankheit, Belastung durch Schmerzen, schlechte Augen, Vererbung/Veranlagung, Heilungsprozess, Magnesiummangel, Pilz, Diäten, Ernährung, Unfall, Schläge vom Ehemann, elektrische Geräte, Kälte, Geruch, Lärm am Arbeitsplatz, zu laute Musik, Wetterfühligkeit, hohe Schuhabsätze, als Kind viel hingefallen, harte Arbeit als Kind, körperlich belastende Arbeit, Fehlhaltung, zu viel Sport, sitzende Tätigkeit, falsche Bewegung, körperliche Erschöpfung, körperliche Überanstrengung, mangelnde Bewegung, Medikamente, Folgeschäden Operation
Psychisch	Schuldgefühle, Traurigkeit, empfindliches Innenleben, schlechte Ruhefähigkeit/Hyperaktivität, Depression, sich ausgeliefert fühlen, Sorgen, Niedergeschlagenheit, psychisch/seelisch bedingt, unerfüllte Erwartungen, Ängste, Essstörung, Unverarbeitetes von früher/Verdrängung, nicht loslassen können, immer alles geschluckt/alles mit sich machen lassen, Uneinigkeit mit sich selbst, nicht gut strukturiert sein, Unwohlfühlen, Grübeln, Identifikationsprobleme, Ärger/Wut, Erregung/Nervosität, alles haben wollen, keinen Standpunkt haben/vertreten, unterdrückte Wut, unangenehme Situationen, schlechte Erfahrungen, berufliche Anspannung, Stress, familiäre Probleme/Partnerprobleme, Gespräche, Gedächtnis-/Konzentrationsschwäche, kein Appetit, sexueller Missbrauch, mangelnde Selbstachtung/Selbstwert, Wasseradern, unter Druck stehen, Probleme mit dem männlichen Geschlecht, Belastung, Überforderung, geistige Anstrengung, Anspannung