

4.7 Somatoforme und dissoziative Störungen

4.7.1 Somatoforme Störungen

GABY BLEICHHARDT UND WOLFGANG HILLER

1 Einleitung

Der Begriff „somatoform“ wird verwendet, wenn Patienten über körperliche Symptome klagen, die zunächst das Vorhandensein einer hierfür verantwortlichen körperlichen Erkrankung vermuten lassen, welche aber anschließend durch medizinische Diagnostik nicht bestätigt werden kann. Solche „medizinisch unklaren“ körperlichen Symptome treten in allen klinischen Settings ausgesprochen häufig auf, entweder als Hauptbeschwerdebild oder als zusätzliche Merkmale bei anderen psychischen Störungen. Psychopathologisch steht der Fokus auf den eigenen Körper im Vordergrund. Dementsprechend setzen Behandlungen bei der Wahrnehmung und Bewertung von Körperprozessen an sowie bei Verhaltensweisen, die hiermit in Verbindung stehen. Ausschließlich biomedizinische Behandlungen sind zumindest bei länger dauernder somatoformer Symptomatik fast immer erfolglos. Lange Zeit galten Patienten mit somatoformen Störungen als schwierig bis kaum therapierbar, jedoch haben innovative Therapieansätze in den letzten zehn Jahren große Fortschritte erbracht. Psychotherapie gilt daher heute als Behandlungsmethode der Wahl. Das Erkennen und Behandeln von somatoformen Störungen sollte eine Basisqualifikation jedes Psychotherapeuten darstellen.

2 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

2.1 Hauptmerkmale

Das wesentliche Kernmerkmal aller somatoformen Störungen ist das Leiden unter körperlichen Beschwerden, die nicht (oder nicht ausreichend) durch einen medizinischen Krankheitsfaktor erklärt werden können. Bevor die Betroffenen einen Psychotherapeuten aufsuchen, haben sie in der Regel intensive Behandlungsversuche durch Haus- oder Fachärzte hinter sich. Patienten mit somatoformen Störungen sorgen sich oft über körperliche Vorgänge oder über mögliche Krankheiten, und sie beschäftigen sich intensiv mit ihrem Körper und seinen Vorgängen. Üblicherweise werden körperliche Missempfindungen organmedizinisch interpretiert, und es fällt den Betroffenen zumeist schwer, eine Beteiligung psychologischer Faktoren an ihren körperlichen Beschwerden anzunehmen.

In der Literatur finden sich zuweilen noch andere, eher ältere Begriffe für somatoforme Störungen. Am häufigsten ist dabei der Begriff der „funktionellen Störungen“, andere Umschreibungen

lauten z. B. „somatisierte“ oder „larvierte Depression“ sowie „vegetative Dystonie“.

2.2 Epidemiologie

Die Lebenszeitprävalenz somatoformer Störungen mit dem Hauptmerkmal einzelner oder multipler körperlicher Beschwerden liegt in den westlichen Zivilisationen bei 10-15%, die der hypochondrischen Störung bei schätzungsweise 1-3%. Am häufigsten kommen Schmerzsymptome (v.a. Kopf- und Rückenschmerzen), Symptome des Magen-Darm-Trakts sowie Herz-Kreislauf-Systems vor. Es liegen Hinweise vor, dass Frauen häufiger betroffen sind und die Störungen mit steigendem Alter zunehmen. In Allgemeinarztpraxen muss mit einem Anteil von 20-30% somatoformer Störungen gerechnet werden, aber auch bei Fachärzten werden die betroffenen Patienten häufig vorgestellt, um spezielle medizinische Diagnostik durchführen zu lassen. Studien haben ferner gezeigt, dass in medizinischen Allgemein- und Fachkrankenhäusern bis zu etwa einem Drittel der Patienten an behandlungsbedürftigen somatoformen Beschwerden leidet. Es kommt nicht selten vor, dass die somatoforme Symptomatik nicht erkannt und daher auch nicht adäquat diagnostiziert wird.

2.3 Onset und Verlauf

Der Beginn somatoformer Störungen kann bereits in der Kindheit und Jugendzeit liegen. In einer epidemiologischen Studie in Deutschland mit der Zielgruppe 14-24-Jähriger wurde bereits bei 12,6% eine entsprechende Diagnose gestellt (Lieb et al., 2000). Andere Studien deuten darauf hin, dass nur bei etwa einem Drittel im Spontanverlauf oder bei medizinischer Standardbehandlung mit einer vollständigen Remission zu rechnen ist, wenn sich bereits das Vollbild einer somatoformen Störung entwickelt hatte. Daher besteht ein hohes Chronifizierungsrisiko. Es muss erwartet werden, dass die vorherrschenden körperlichen Beschwerden im Störungsverlauf wechseln oder weitere Symptome hinzukommen.

2.4 Klinische Merkmale

2.4.1 Komorbidität

Es ist eher die Regel als die Ausnahme, dass bei Patienten mit somatoformen Störungen komorbide psychische Störungen vor-

liegen. Dabei sind die depressiven Störungen die häufigste Begleiterkrankung, die bei etwa zwei Dritteln aller Patienten vorliegt. Die wesentlichen prozentualen Häufigkeiten komorbider Störungen sind der Tabelle 1 zu entnehmen (vgl. Morschitzky, 2000):

Tabelle 1: Komorbiditätsraten bei somatoformen Störungen (vgl. Morschitzky, 2000)

Depressive Störungen	60-70%
Angststörungen	20-40%
Substanzabhängigkeit oder -missbrauch	15-20%
Persönlichkeitsstörungen	30-60%

Merke: Die überwiegende Mehrzahl somatoformer Störungen geht einher mit komorbiden Störungen, am häufigsten mit Depressionen.

Die häufigste depressive Störung dabei ist die Major Depression. Die häufigsten Angststörungen scheinen die Panikstörung und/oder Agoraphobie zu sein, jedoch finden einige Untersucher auch hohe Raten für die generalisierte Angststörung. Die Wahrscheinlichkeit für komorbide Störungen scheint umso größer, je höher die Zahl der somatoformen Beschwerden ist, unter denen die Patienten leiden. Auch wenn sich die histrionische Persönlichkeitsstörung gleichsam wie die somatoformen Störungen auf den im Altertum verwendeten Begriff der Hysterie zurückführen lassen und viele Patienten durch eine impressionistische Schilderung ihrer Beschwerden imponieren, findet sich als häufigste komorbide Persönlichkeitsstörung eher die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung.

2.4.2 Biologische Faktoren

Aufgrund der wenigen Untersuchungen zu genetischen Grundlagen somatoformer Störungen lassen sich darüber kaum zuverlässige Aussagen treffen. Eine norwegische Zwillingsstudie (Torgersen, 1986) zeigte erhöhte Konkordanzraten (29% bei monozygoten Zwillingen im Vergleich zu 10% bei dizygoten Zwillingen) für somatoforme Störungen. Schwedische Adoptionsstudien weisen auf gemeinsame genetische Grundlagen mit Alkoholismus und antisozialem Verhalten hin. Insgesamt lässt sich daraus schließen, dass genetische Aspekte eine Rolle zu spielen scheinen. Deren Ausmaß ist allerdings derzeit nicht zuverlässig zu quantifizieren.

Zunehmendes Interesse kommt den psychobiologischen Auffälligkeiten bei Patienten mit somatoformen Störungen zu, jedoch macht auch hier die gegenwärtige Befundlage noch keine Integration in ein plausibles psychobiologisches Modell möglich. Im Einzelnen finden sich bei Patienten mit somatoformen Störungen Auffälligkeiten im Serotonin-Haushalt und abweichende Cortisol-Aufwachswerte. Es ist anzunehmen, dass Störungen der interozeptiven Wahrnehmung vorliegen, auch wird vermutet, dass die Habituation an körperliche Veränderungen gestört sein könnte. Eine Übersicht über den Forschungsstand zur Psychobiologie bei somatoformen Störungen bieten Rief und Exner (2002).

2.4.3 Psychologische Merkmale

Kognitive und attentive Prozesse:

Enger Gesundheitsbegriff: Patienten mit Hypochondrie scheinen eher stärker dazu zu neigen, körperliche Missempfindungen als Krankheitszeichen zu interpretieren, während gesunde Kontrollpersonen diese eher als normale Phänomene einschätzen (Barsky et al., 1993). Auch für den Bereich der somatoformen Beschwerden konnte belegt werden, dass die Betroffenen alltägliche Empfindungen eher als Krankheitszeichen sehen und sich für körperlich schwächer und weniger belastbar halten.

Katastrophisierende Bewertung von Körperempfindungen: Patienten mit Somatisierungssyndrom und/oder Hypochondrie neigen auch im Vergleich zu klinischen Kontrollpersonen stärker dazu, körperliche Sensationen katastrophisierend zu interpretieren (z. B. Gelenkschmerzen als Vorzeichen einer Lähmung) (Hiller et al., 1997; Rief et al., 1998).

Somatosensorische Verstärkung (somatosensory amplification): Von Barsky und Mitarbeitern (z. B. Barsky et al., 1990) wird Hypochondrie durch einen Teufelskreis aus Aufmerksamkeitsfokussierung auf körperliche Vorgänge einerseits und einer katastrophisierenden Bewertung der körperlichen Empfindungen andererseits erklärt. Diese Annahmen werden durch empirische Untersuchungen gestützt.

Emotionale Merkmale:

Aus der tiefenpsychologischen Literatur stammt das Konzept der Alexithymie, das zur Erklärung psychosomatischer Störungen, aber auch somatoformer Störungen herangezogen wurde. Unter Alexithymie versteht man im Wesentlichen die reduzierte Fähigkeit, eigene Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken, sowie das Unvermögen, zwischen körperlichen Sensationen und Emotionen zu unterscheiden. Empirisch lässt sich die Alexithymie als spezifischer ätiologischer Faktor für somatoforme Störungen nicht halten, da sie auch bei anderen Störungen wie depressiven oder Essstörungen häufig vorkommt.

Verhaltensbezogene Merkmale:

Im Zusammenhang mit somatoformen Störungen wird oft von unangemessenem Krankheitsverhalten (abnormal illness behaviour; Pilowsky, 1997) gesprochen. Das Krankheitsverhalten kann dabei die folgenden Bereiche umfassen:

Medizinische Dienste: Eine direkte Folge körperlicher Beschwerden ist das Aufsuchen von Ärzten, das im Falle somatoformer Störungen ein hohes Ausmaß annimmt und häufige Wechsel von Ärzten und Facharzttrichtungen beinhaltet (das sog. doctor shopping). Auch die Einnahme von Medikamenten, das wiederholte Durchführen aufwendiger diagnostischer Untersuchungen (z.B. Endoskopien) oder das Aufsuchen paramedizinischer Behandler oder Institutionen zählen zum Krankheitsverhalten.

Schon- und Vermeidungsverhalten: Oftmals geht eine Chronifizierung somatoformer Störungen mit gesteigertem Schon- oder Vermeidungsverhalten einher, das vielerlei Gestalt annehmen kann. Die häufigsten Formen sind die Vermeidung bestimmter Bewegungen (v.a. bei Schmerzen), jedoch auch die Vermeidung allgemeiner Belastungen und Verpflichtungen, Vermeidung von Nahrungsmitteln bei gastrointestinalen Beschwerden und sozialer Rückzug.

Rückversicherungen: Vor allem Patienten mit Hypochondrie neigen dazu, sich von Fachpersonal oder privaten Bezugsperso-

4.7 Somatoforme und dissoziative Störungen

nen die Unbedenklichkeit der körperlichen Beschwerden verschern zu lassen.

Kontrollverhalten (Checking Behaviour): Ähnliche Funktionen erfüllt das sog. Checking Behaviour, bei dem die Patienten ihren Körper häufig nach bestimmten Symptomen absuchen (z. B. Abtasten von Körperteilen oder der Haut).

2.4.4 Life-Events und psychosoziale Faktoren

Als besondere Entwicklungsbedingungen in Kindheit und Jugend wurden bisher schwierige Lebensbedingungen, belastende Ereignisse und Verlusterlebnisse in Verbindung mit somatoformen Störungen gebracht. Auch findet sich bei Patienten mit somatoformen Störungen eine überzufällige Häufung von Erfahrungen des körperlichen/sexuellen Missbrauchs sowie anderer traumatischer Erlebnisse (v.a. Kriegserfahrungen).

Retrospektive Studien konnten gehäufte Krankheitserfahrungen bei Familienangehörigen von Personen mit somatoformen Störungen feststellen, so dass vermutlich auch Modellfunktionen eine ätiologische Rolle spielen. Ebenfalls lerntheoretisch bedeutsam erscheint die operante Verstärkung der Krankenrolle in Form von Zuwendung durch Bezugspersonen, durch den Wegfall von privaten oder beruflichen Verpflichtungen sowie materielle Kompensationen (Rentenzahlung).

2.5 Diagnostik und Differentialdiagnostik

2.5.1 Diagnostische Kriterien nach ICD-10

ICD-10 subsumiert die somatoformen Störungen unter dem Kapitel F4, die sog. neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Die diagnostischen Kriterien der wesentlichen somatoformen Störungen sind in den Tabellen 2 bis 5 zusammengestellt. Die Konversionsstörung, bei der unklare Beschwerden, wie z. B. Bewegungs- oder Empfindungsstörungen, im Vordergrund stehen, befinden sich im Gegensatz zum DSM-IV nach der Klassifikation des ICD-10 unter den dissoziativen Störungen (F 44).

Tabelle 2: ICD-10-Kriterien der Somatisierungsstörung

Somatisierungsstörung F 45.0
A. Multiple körperliche Symptome mindestens 2 Jahre, nicht ausreichend erklärt durch diagnostizierbare körperliche Krankheit
B. Subjektives Leiden unter den Symptomen und mehrfache Arztbesuche
C. Medizinische Feststellung, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome vorliegt, wird nicht akzeptiert
D. Mindestens 6 Symptome aus mindestens 2 Organgruppen: gastrointestinal (z. B. Übelkeit, Diarrhöe) kardiovaskulär (Atemlosigkeit oder Brustschmerzen) urogenital (z. B. Dysurie, unangenehme Genitalempfindungen) Haut- und Schmerzsymptome (z. B. Schmerzen in Gliedern oder Gelenken)
E. Ausschlussklausel: Störung nicht ausschließlich während Schizophrenie oder anderer F2-Störung, affektiver (F3) oder Panikstörung (F41.0)

Als „kleine Somatisierungsstörung“ im Sinne einer Restkategorie kann die **undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)** gesehen werden; dabei wurde das Zeitkriterium auf 6 Monate gelockert, auch dürfen Kriterien B und D unvollständig erfüllt sein.

Tabelle 3: ICD-10-Kriterien der hypochondrischen Störung

Hypochondrische Störung F 45.2
A. Entweder 1. oder 2.: 1. Überzeugung, an max. 2 schweren körperlichen Krankheiten zu leiden, über mind. 6 Monate (hypochondrische Störung im engeren Sinne) 2. Anhaltende Beschäftigung mit einer vom Betroffenen angenommenen Entstellung oder Missbildung (dysmorphophobe Störung)
B. Leiden durch diese Überzeugung/Symptome und Nachsuchen um medizinische Behandlungen oder Untersuchungen
C. Medizinische Feststellung, dass keine ausreichende körperliche Ursache für Symptome/Einstellungen vorliegt, wird nicht akzeptiert
D. Ausschlussklausel: Störung nicht ausschließlich während Schizophrenie oder anderer F2-Störung, affektiver (F3) oder Panikstörung (F41.0)

Anders als im DSM-IV wird hier die körperdysmorphe Störung unter der Hypochondrie subsumiert. Es bestehen jedoch sowohl phänomenologisch als auch das Therapierational betreffend kaum Gemeinsamkeiten zwischen dysmorphophober und hypochondrischer Störung.

Tabelle 4: ICD-10-Kriterien der somatoformen autonomen Funktionsstörung

Somatoforme autonome Funktionsstörung F 45.3
A. Symptome autonomer Erregung, die zu mind. einem von 5 Organsystemen zugeordnet werden: kardiovaskuläres System, oberer und unterer Gastrointestinaltrakt, respiratorisches sowie Urogenitalsystem
B. Mind. 2 vegetative Symptome: z. B. Palpitationen, Schweißausbrüche, Mundtrockenheit
C. Mind. ein weiteres Symptom einer vorgegebenen Liste, z. B. Brustschmerzen, außergewöhnliche Ermüdbarkeit, häufiger Stuhldrang
D. Organische Störung der Organe nicht nachweisbar
E. Ausschlussklausel: Störung nicht ausschließlich während Schizophrenie oder anderer F2-Störung, affektiver (F3) oder Panikstörung (F41.0)

Tabelle 5: ICD-10-Kriterien der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.4	
A.	Schwerer Schmerz in einem Körperteil, der nicht adäquat organmedizinisch erklärt werden kann, anhaltender Hauptfokus der Aufmerksamkeit des Patienten, dauert mind. 6 Monate an
B.	Ausschlussklausel: Störung nicht ausschließlich auf während Schizophrenie oder anderer F2-Störung, affektiver Störung (F3), Somatisierungsstörung, undifferenzierter Somatisierungsstörung oder hypochondrischer Störung

Das ICD-10 gibt **zwei weitere Restkategorien** an:

- sonstige somatoforme Störungen F 45.8 (z. B. Globus hystericus, Bruxismus)
- nicht näher bezeichnete somatoforme Störung F45.9

2.5.2 Differenzialdiagnostische Überlegungen

Die meisten Menschen erleben von Zeit zu Zeit körperliche Misempfindungen, für die es keine feststellbaren organischen Ursachen gibt. Wie bei den meisten anderen psychischen Störungen sollte auch die Diagnose einer somatoformen Störung nur dann gestellt werden, wenn ein ausgeprägter Leidensdruck bzw. eine deutliche Beeinträchtigung in mindestens einem Lebensbereich vorhanden ist.

! Merke: Somatoforme Störungen sind nicht gleichzusetzen mit dem klassischen Begriff der psychosomatischen Erkrankungen.

Unter Letzteren versteht man körperliche Erkrankungen, bei denen organische Substrate feststellbar sind, jedoch psychische Faktoren eine ausgeprägte modifizierende Rolle spielen, wie z. B. Migräne, Neurodermitis oder Asthma bronchiale. Allerdings wird der Begriff „psychosomatisch“ zunehmend als allgemeiner Ausdruck verwendet, um das Zusammenwirken von psychischen und somatischen Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung unterschiedlicher Störungsbilder zu beschreiben.

Organische Erkrankungen: Die wichtigste Abgrenzung ist die zwischen somatoformer Symptomatik und körperlichen Erkrankungen. Natürlich muss für jedes körperliche Symptom zunächst zumindest nach dem akuten Beginn einer Beschwerde eine organische Krankheit ausgeschlossen werden. In einigen Fällen ist dies nicht mit letzter Sicherheit möglich. Dann ist es sinnvoll, dem Patienten in definierten Zeitabständen zu Kontrolluntersuchungen zu raten.

! Merke: Bevor eine Symptomatik als somatoform diagnostiziert werden kann, muss von medizinischer Seite das Vorliegen ausreichender Ursachen ausgeschlossen worden sein!

Depressive Störungen: Älteren Konzepten zufolge wurden somatoforme Störungen als eine Art „unterdrückte Depression“ gesehen, so dass ihnen kein eigenständiger Störungscharakter

beigemessen wurde. Empirisch konnte dieses Konstrukt nie ausreichend belegt werden. Da jedoch die Kernsymptomatik von körperlichen Beschwerden einerseits und einer gedrückten Stimmung, Antriebsarmut und Interessenverlust andererseits klar zu trennen ist, ist die diagnostische Abgrenzung verhältnismäßig leicht vorzunehmen.

Angststörungen: Treten körperliche, insbesondere vegetative Symptome ausschließlich während Panikanfällen, in Angstsituationen oder im Rahmen eines erhöhten Angstarousals auf, sollten diese nicht als somatoform gewertet werden.

Psychotische Störungen: Vor allem im Rahmen von floriden psychotischen Episoden kann es vorkommen, dass Patienten unter bizarren körperlichen Empfindungen (z. B. Stahlgerüst im Bauch, Ameisen im Gehirn) leiden. Diese nennt man coenästhetische Halluzinationen, und sie sind Teil der psychotischen Symptomatik.

Artifizielle Störungen und Simulation: Hierbei handelt es sich um das absichtliche Erzeugen bzw. das Vortäuschen körperlicher Symptome. Im Fall der Simulation ist typischerweise ein offensichtlicher Vorteil für den Patienten (z. B. finanzielle Entschädigungen) beabsichtigt. Bei artifiziellen Störungen (auch: Münchhausen-Syndrom) besteht vermutlich eine hohe Motivation, die Krankenrolle einzunehmen. In einigen Fällen ist die Abgrenzung zur Simulation nicht leicht, zumal auch somatoforme Störungen zusätzlich dadurch überlagert werden können, dass Patienten aufgrund der Symptome einen Vorteil für sich anstreben (z. B. bei einem Rentenwunsch).

2.5.3 Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren

Fremdbeurteilungsverfahren:

Die Diagnose somatoformer Störungen kann mit Hilfe der gängigen strukturierten und standardisierten Interviews SKID, DIPS, SCAN und CID-I vorgenommen werden. Da diese Interviewverfahren oft sehr aufwendig sind, bieten die Internationalen Diagnosen Checklisten IDCL (Hiller et al., 1995) eine ökonomische Alternative. Die IDCL existieren in Versionen für DSM-IV und ICD-10. Sie sind jedoch nur zu empfehlen, wenn der Interviewer über eine gute Kenntnis diagnostischer Kriterien und Explorationstechniken verfügt.

Selbstbeurteilungsverfahren:

Im Folgenden werden die gängigsten Fragebogenverfahren zur Selbstbeurteilung bei somatoformen Störungen dargestellt.

Screening für somatoforme Störungen – SOMS Rief et al., 1997

Das Verfahren dient zum Vorscreening der Klassifikation, der Quantifizierung sowie der Verlaufsbeschreibung von Personen mit somatoformen Störungen. Es werden sowohl die Kriterien von DSM-IV als auch von ICD-10 berücksichtigt. Das SOMS existiert in zwei verschiedenen Versionen, die sich auf unterschiedliche Zeitfenster (2 Jahre; 7 Tage zur Verlaufsmessung) beziehen. Wesentlicher Bestandteil beider Versionen ist eine ausführliche Liste der nach DSM und ICD relevanten somatoformen Symptome.

Fragebogen zu Körper und Gesundheit – FKG Hiller et al., 1997; Rief et al., 1998

Der Fragebogen erfasst störungsspezifische Einstellungen und Bewertungen mittels der fünf Skalen „katastrophisierende Bewertung“, „Intoleranz von körperlichen Beschwerden“, „Selbstbild der körperlichen Schwäche“, „vegetative Misempfindun-

gen“ und „Gesundheitsverhalten“. Patienten mit somatoformen Störungen unterscheiden sich signifikant von klinischen Kontrollpersonen bzgl. der ersten vier Skalen, die ersten drei Skalen erwiesen sich zudem als veränderungssensitiv.

Internationale Skalen für Hypochondrie – Hiller und Rief, im Druck

Diese Skalen umfassen zum einen den **Whiteley-Index (WI)**, ein nur 14 Items umfassendes Instrument zur Erfassung der Hypochondrie. Es ermöglicht die Berechnung eines Gesamtscores sowie von Werten der drei Unterskalen „Krankheitsängste“, „somatische Beschwerden“ und „Krankheitsüberzeugung“.

Der zweite Bestandteil sind die **Illness Attitude Scales (IAS)**, bei denen es zudem möglich ist, hypochondrische Merkmale und Krankheitsverhalten in abgrenzbarer Form erfassen zu können. Es ließen sich die Unterskalen „Krankheitsängste“ und „Krankheitsverhalten“ empirisch abbilden, zudem ist die Berechnung eines Gesamtscores möglich.

Ein neuer Fragebogen zur Erfassung des Krankheitsverhaltens wurde von Rief et al. (im Druck) entwickelt und validiert. Die **Scale for the Assessment of Illness Behaviour (SAIB)** erfasst fünf Aspekte des Krankheitsverhaltens: Verifizierung von Diagnosen, Ausdruck der Beschwerden, Medikamente/Behandlung, Konsequenzen der Erkrankung, Scanning. Patienten mit multiplen somatoformen Beschwerden unterscheiden sich von gesunden Personen in allen Skalen sowie dem Gesamtwert mit Ausnahme der Skala „Ausdruck der Beschwerden“.

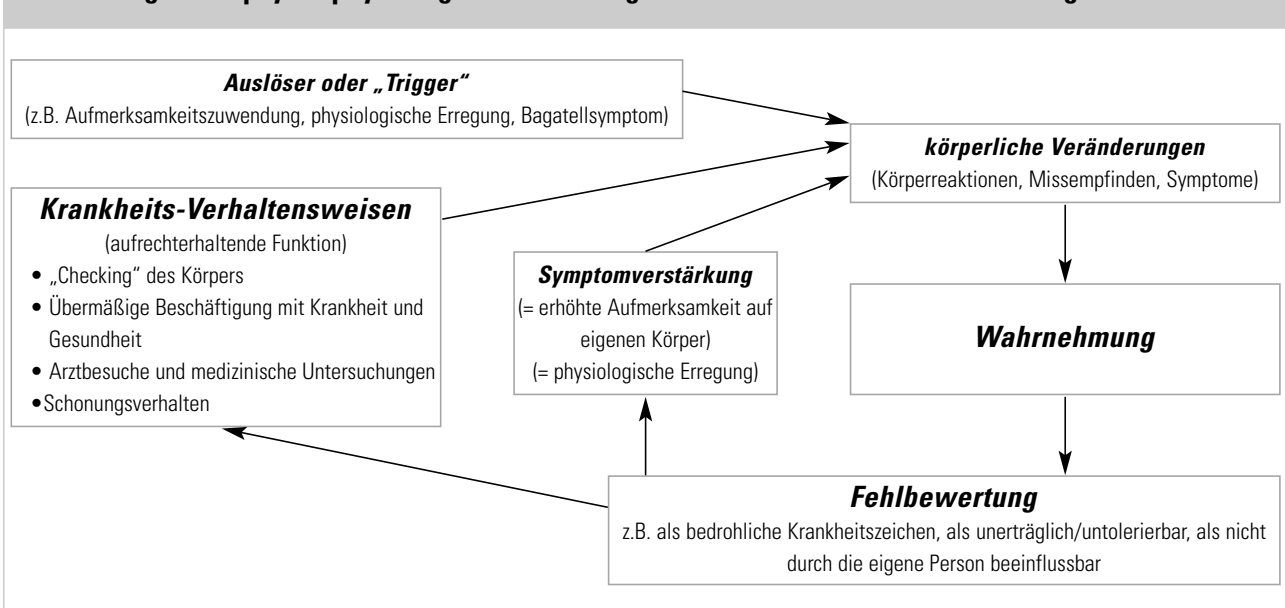
Häufig interpretiert wird zudem die Skala „**Somatisierung**“ des **SCL-90-R** (Franke, 2002). Sie enthält unterschiedliche körperliche Symptome, wie z. B. Kopfschmerzen, Schwindelgefühle oder Rückenschmerzen. Im SCL-90-R wird nicht zwischen körperlichen Beschwerden mit und ohne ausreichende organische Ursachen getrennt. Dennoch weisen Patienten mit somatoformen Beschwerden hier normabweichende Werte auf, und eine positive Veränderung nach erfolgreicher Psychotherapie konnte belegt werden.

2.6 Störungsmodell

Somatoforme Störungen entstehen stets durch ein Zusammenwirken verschiedener Faktoren, so dass ein brauchbares Störungsmodell stets multiple Bedingungsfaktoren integrieren muss. Entsprechend der oben beschriebenen klinischen Merkmale (Abschnitt 2.4) tragen biologische/psychophysiologische, kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Risikofaktoren zur Entstehung bei. Ein solches multifaktorielles Störungsmodell der somatoformen Störungen ist in Abbildung 1 dargestellt.

Eine Voraussetzung für die Entstehung der Störung ist dabei zunächst eine Körperreaktion oder körperliche Missempfindung, wie sie z. B. durch minimale organische Dysfunktionen, autonome Erregung, Inaktivität oder Muskelverspannungen auftreten kann. Diese körperliche Veränderung wird vom Betroffenen wahrgenommen. Durch einen Teufelskreis von erhöhter Aufmerksamkeitszuwendung (die wiederum weiter getriggert wurde durch z. B. Medieninformationen über bedrohliche Erkrankungen) und einer katastrophisierenden Interpretation der körperlichen Veränderung (und damit einhergehenden erhöhten physiologischen Erregung) kommt es zu einer Verstärkung unangenehmer körperlicher Empfindungen. Zusätzlich misst das Modell verhaltensbezogenen Variablen Bedeutung zu, indem es sie in einen weiteren Teufelskreis einschließt. So führen auch typische Krankheitsverhaltensweisen, wie z. B. Schonverhalten oder Checking Behaviour, direkt zu einer Erhöhung körperlicher Missempfindungen, da sich als Folge des Schonverhaltens die körperliche Belastbarkeit vermindert und beim Checking Behaviour (z. B. beim Abtasten des Körpers) in der Regel harmlose Hautreaktionen oder Schmerzempfindungen entstehen. Ergänzend ist zu beachten, dass Krankheitsverhalten oft auf eine kurzfristige Beruhigung der Patienten abzielt (z. B. Arztbesuche, Rückversicherung bei Bezugspersonen, Checking Behaviour). Dies wirkt deshalb lerntheoretisch verstärkend, erhält jedoch langfristig die Symptomatik aufrecht bzw. verstärkt sie weiter.

Abbildung 1: Ein psychophysiologisches Störungsmodell der somatoformen Störungen



3 Umsetzung in die klinische Praxis

3.1 Therapieeingangsphase

Bevor Patienten beim Psychotherapeuten erscheinen, haben sie zumeist eine langjährige Geschichte zahlreicher Arztbesuche, aufwendiger diagnostischer Untersuchungen, verschiedenster erfolgloser Medikationen und Konsultationen diverser Spezialisten hinter sich. Auf der Seite der Behandler werden diese Untersuchungen und Behandlungsversuche oft mit Feststellungen wie „Sie haben nichts“ abgeschlossen. Verständlicherweise führen diese Erfahrungen auf der Seite der Betroffenen zu einer Haltung, die es dem Psychotherapeuten zunächst einmal nicht leicht macht. So generalisieren die Patienten einerseits diese negativen Erfahrungen auf den Psychotherapeuten („Keiner nimmt mich und meine Beschwerden ernst“, „Der will auch nur mein Geld“). Andererseits verstehen Patienten Empfehlungen zur Psychotherapie oft falsch im Sinne von: „Der Arzt hat nichts gefunden. Er denkt, ich habe keine Beschwerden. Da ich aber trotzdem über Beschwerden klage, hält er mich wohl für verrückt.“

Erschwerend kommt hinzu, dass Patienten, die jahrelang durch körperliche Beschwerden beeinträchtigt waren, lange Arbeitsunfähigkeitszeiten haben und oft eine Berentung anstreben, bereits beantragt oder bewilligt bekommen haben, wenn sie eine Psychotherapie beginnen. In einer eigenen Untersuchung konnte bei 23% der Somatisierungspatienten ein Rentenbegehren festgestellt werden (Bleichhardt et al., im Druck). Aus diesen Gründen ist es für die Eingangssitzungen einer verhaltenstherapeutischen Behandlung essenziell, die Hintergründe für die Aufnahme der Therapie zu klären.

Hinweise zum Umgang mit Somatisierungspatienten sind der folgenden Abbildung 2 zu entnehmen.

Abbildung 2: Hinweise zum Umgang mit Patienten mit somatoformen Störungen

1. Stelle die Realität der Beschwerden nicht in Frage.
2. Evaluieren Sie respektvoll die Symptome, wie sie auftreten. Widerstehe der Versuchung, zu früh Verbindungen zwischen körperlichen Symptomen und psychologischen Stressoren herzustellen, weil sich der Patient sonst in seinem körperlichen Leidensdruck nicht ernst genommen fühlt.
3. Psychotherapeutische Behandlungen sind für Patienten oft ein „geheimnisvolles“ Unternehmen, so dass hier ausreichend Informationen gegeben werden müssen. Ängste und Erwartungen sollten thematisiert werden.
4. Manche Patienten werden von Ärzten, ihrer Rentenversicherungsanstalt oder anderen Personen geschickt und sind deshalb nur gering intrinsisch motiviert. Eine Möglichkeit, die Behandlungsbereitschaft der Patienten zu erhöhen, ist deshalb die Vereinbarung einer „Probezeit“ von z. B. 10 Therapiesitzungen, in der der Patient versucht, sich auf die Behandlung einzulassen.

Sind Patient und Psychotherapeut übereingekommen, dass eine Verhaltenstherapie indiziert ist, so kann mit der Diagnostik der somatoformen Störung mit Hilfe der in Abschnitt 2.5.3 beschriebenen Verfahren fortgefahren werden. Bei der Diagnostik ist zu beachten:

Merke: Alle körperlichen Beschwerden sollten ausführlich und unter Einbeziehung ihres Erstauftretens sowie der durchgeführten diagnostischen Untersuchungen exploriert werden. Dies erweist sich oftmals als zeitintensiv, fördert jedoch zusätzlich, dass der Patient sich ernst genommen fühlt.

Merke: Um von somatoformen Symptomen auszugehen, ist auch bei deutlich erkennbarer Modulation durch psychologische Faktoren eine ausreichende organische Ursache auszuschließen. Deshalb sollten die Vorbefunde von den Patienten mitgebracht und gesichtet werden. Psychologischen Psychotherapeuten kann dabei das notwendige Hintergrundwissen fehlen, so dass innerhalb der probatorischen Phase die Besprechung mit dem medizinischen Hauptbehandler des Patienten ausgesprochen sinnvoll ist.

In vielen Fällen können Patienten mit somatoformen Störungen die angestrebten Ziele einer Behandlung nur schwer definieren. Einige Patienten kommen auch mit unrealistischen Vorstellungen, wie z. B. dem schnellen Verschwinden multipler Beschwerden, in die Therapie. Deshalb sollten im nächsten Schritt gemeinsam Therapieziele vereinbart werden, die sich auf verschiedene Bereiche (z. B. Berufs- und Privatleben, Körper) beziehen. Um auch kleine Veränderungen zu bemerken und anzuerkennen, bietet sich die Festsetzung von kurz-, mittel- und langfristigen Zielen an. Eine Möglichkeit, positive Zielvorstellungen zu fördern, sind Phantasie- oder Imaginationsübungen, wie sie z. B. von Kanfer et al. (2000; S. 439-447) vorgeschlagen werden. Ein Beispiel („3-Jahres-Frage“) wird in Abbildung 3 dargestellt.

Abbildung 3: Entwicklung von Behandlungszielen – Die 3-Jahres-Frage (vgl. Kanfer et al., 2000)

„Ich möchte mit Ihnen eine kleine Vorstellungsübung machen. Dabei setzen Sie sich entspannt hin, und wenn es Ihnen möglich ist, schließen Sie die Augen. Vielleicht gelingt es Ihnen, Ihre Gedanken und Gefühle ein wenig umherschweifen zu lassen. Stellen Sie sich vor, die nächsten drei Jahre verlaufen ganz so, wie Sie es sich wünschen. Auch Dinge, die Sie nur gehofft oder geträumt haben, können dabei in dieser Übung in Erfüllung gehen. Und stellen Sie sich vor, ich würde Sie in drei Jahren wiedertreffen. Wo würde ich Sie antreffen? Wo würden Sie leben? Wie verbringen Sie Ihren Alltag? Was machen Sie in Ihrer freien Zeit? Mit welchen Menschen umgeben Sie sich?“

3.2 Vermittlung eines psychophysiologischen Störungsmodells

Verständlicherweise machen Menschen, die unter körperlichen Beschwerden leiden, eine organische Erkrankung dafür verantwortlich und nehmen an, dass diese durch gängige medizinische Interventionen wie Medikamente oder Operationen wieder zurückgehen. Versucht man nun, dem Patienten ein psychophysiologisches Krankheitsmodell (wie unter Abschnitt 2.6 beschrieben) nahe zu bringen, so befindet man sich bereits bei den wesentlichen Inhalten der Therapie. Dabei ist es außerordentlich hilfreich,

1. einzelne Mechanismen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung in isolierten Schritten zu bearbeiten (statt die Patienten mit einem komplexen multifaktoriellen Modell zu überfordern),
2. den Patienten selbst unter Zuhilfenahme von möglichst vielen Verhaltensexperimenten sowie des Sokratischen Dialogs Bestandteile des Erklärungsmodells erarbeiten zu lassen,
3. zu betonen, dass es stets mehrere Bedingungsfaktoren für eine somatoforme Störung gibt, um Missverständnisse und Frustrationen zu vermeiden („Ich soll also ‚einfach‘ meine Gedanken über die Beschwerden ändern“).

Sinnvoller Bestandteil jeder Therapie sowie eine wirksame Methode, äußere Einflussfaktoren zu ermitteln, bieten **Symptomtagebücher**, in denen die Intensität körperlicher Beschwerden, situative Einflüsse vor Verbesserung oder Verschlechterung der Beschwerden sowie Reaktionen auf solche Veränderungen täglich erfasst werden.

Vielseitig einsetzbar und auch zur Steigerung der Therapiemotivation ausgesprochen hilfreich ist der Einsatz von **Biofeedback** bei Somatisierungspatienten (vgl. Nanke und Rief, 2000). So können z. B. Stressprovokationstests induziert und dabei eine Mehrkanalableitung (EMG, Hautleitfähigkeit und –temperatur, periphere Durchblutung) durchgeführt werden. Der Patient erhält durch die Visualisierung körperlicher Vorgänge eine plausible Erklärung für die Entstehung oder Verstärkung von Beschwerden. Klinischen Beobachtungen zufolge fühlen sich Patienten durch diese technisch-medizinisch anmutende Methode ernst genommen, erleben „am eigenen Leibe“ einen Zusammenhang zwischen psychologischen und körperlichen Faktoren und bekommen eine Strategie an die Hand, körperliche Symptome selbst beeinflussen zu können.

3.3 Vermittlung einzelner Bewältigungsstrategien

Anders als bei den Angststörungen gibt es hier nach gegenwärtigem Forschungsstand keine einzelne Interventionsmethode, die den Königsweg darstellt. Vielmehr hat sich eine Reihe von Therapiebausteinen als hilfreich erwiesen. Dabei ist es oft sinnvoll, Strategien wie Entspannung und Aufmerksamkeitsumlenkung an den Beginn zu stellen, da sie bereits kurzfristig Wirkung zeigen, hoch plausibel sind und sich so die therapeutische Beziehung weiter installieren kann.

Für alle der im Folgenden genannten Bewältigungsstrategien gilt, dass sie kontinuierlich erprobt werden müssen, um körperliche Beschwerden und körperliches Wohlbefinden ausschlaggebend zu verändern. Viele Patienten wehren die Interventionen oft vorschnell ab mit dem Argument, sie hätten diese bereits ohne Erfolg erprobt (z. B. bei Entspannungstechniken). Deshalb sollte betont werden, dass sich ein seit vielen Jahren bestehendes Problem oft nicht durch eine über einen kurzen Zeitraum durchgeführte Bewältigungsstrategie verändern kann.

3.3.1 Entspannung

Als zentrale Coping-Strategie haben sich Entspannungsverfahren erwiesen. Diese helfen, ein erhöhtes Anspannungsniveau zu senken, muskuläre Verspannungen zu lösen und das körperliche Wohlbefinden zu verbessern. Dabei wird die progressive Muskelentspannung von Patienten oft besser angenommen als das autogene Training, da diese mechanistischer wirkt und Patienten dabei aktiver beteiligt sind. Bereits im Abschnitt 3.2 wurde die Bedeutsamkeit des Biofeedbacks angesprochen, das ebenfalls eine wirksame Methode zur Verbesserung der Entspannungsfähigkeit ist.

3.3.2 Aufmerksamkeitsumlenkung

Durch verschiedenste Verhaltensexperimente (z. B. eine „Körperreise“ mit Fokussierung auf verschiedene Körperregionen) kann die Intensivierung körperlicher Beschwerden durch Aufmerksamkeitsfokussierung verdeutlicht werden. Ebenso kann die Umlenkung des Aufmerksamkeitsfokus weg von körperlichen Beschwerden leicht praktisch vermittelt werden (intern z. B. in Imaginationsübungen oder extern z. B. auf bestimmte Gegenstände). Es sollte erwähnt werden, dass Aufmerksamkeitslenkung mit zur Verstärkung körperlicher Beschwerden beiträgt (und nicht die einzige Ursache ist). Dann jedoch wird dieses Therapieelement von Patienten verhältnismäßig leicht akzeptiert.

3.3.3 Kognitive Therapie dysfunktionaler Überzeugungen

Wie bei anderen psychischen Störungen wird auch hier den kognitiven Verfahren ein großer Stellenwert eingeräumt. Neben den gängigen Interventionen aus der kognitiven Therapie werden im Folgenden spezifische Strategien genannt, geordnet nach verschiedenen Bereichen dysfunktionaler Gedanken und Einstellungen.

Erarbeitung eines realistischen Gesundheitsbegriffs: Um die rigiden Vorstellungen der Patienten über Gesundheit zu modifizieren, können Verhaltensexperimente (z. B. Auf- und Ablaufen von Treppen, Hyperventilation, Schwindel-Provokation) helfen. Die dabei entstehenden Missempfindungen können dann als natürliche und harmlose Konsequenzen dieser Übungen evaluiert werden, so dass sich allmählich ein realistischeres Gesundheitskonzept entwickeln lässt.

Körperliche Folgen von Symptomvorstellungen: Anhand von Vorstellungsübungen (z. B. Zitronenübung, Rief und Hiller, 1998, S. 57) kann abgeleitet werden, dass sich aufgrund bedrohlicher Krankheitsvorstellungen tatsächlich körperliche Prozesse beeinflussen lassen. So ist es z. B. wahrscheinlich, dass jemand, der überzeugt ist, in seinem Magen befände sich ein großes, blutiges Geschwür, dadurch vermehrt Magensäure produziert.

Veränderung hypochondrischer Befürchtungen und Überzeugungen: Identifikation, Infragestellung und Veränderung der Kognitionen (z. B. Globusgefühl als Zeichen für Kehlkopfkrebs). Wichtige Aufgaben des Therapeuten dabei sind, die hypochondrischen Kognitionen so konkret wie möglich herauszuarbeiten und den Patienten bei der Suche nach alternativen Erklärungen für körperliche Beschwerden zu unterstützen. Oft hilfreich ist die Diskussion der (sinnlosen) Frage „Was kann mir absolute Sicherheit geben, dass ich keine schlimme Krankheit habe?“

3.3.4 Umgang mit Krankheitsverhalten

Krankheitsverhalten bei Somatisierungspatienten kann die unterschiedlichsten Formen annehmen. Die Gemeinsamkeit aller Krankheitsverhaltensweisen ist, dass ihre negativen Konsequenzen nur langfristig, die positiven Konsequenzen jedoch schon kurzfristig spürbar sind. Um den Patienten für Verhaltensänderungen zu motivieren, sollten deshalb zunächst kurz- und langfristige Konsequenzen der jeweiligen Verhaltensweise erarbeitet werden. Weiterhin können für die verschiedenen Arten von Krankheitsverhalten nachfolgende Interventionen folgendermaßen aussehen:

Schon- und Vermeidungsverhalten: Graduierte Steigerung der körperlichen Belastbarkeit bzw. des vermiedenen Verhaltens. Patienten sollten vorgewarnt sein, dass dabei kurzfristig, jedoch passager, unangenehme Symptome auftreten. Für einige Patienten geht eine Wiederbelastung einher mit Ängsten und Befürchtungen, oft verknüpft mit der Idee, dem Körper Schaden zuzufügen. In diesem Fall ist die Reduktion des Schonverhaltens wie Reizexpositionen bei Angststörungen zu gestalten. Auch die Begleitung durch einen Therapeuten bei den ersten Belastungsübungen kann indiziert sein.

Bei hypochondrischen Patienten besteht oft ein spezifisches Vermeidungsverhalten von Situationen, die inhaltlich mit Krankheit verknüpft sind (z. B. Krankenhäuser). In diesem Fall sollte analog zur Behandlung von Angststörungen Reizexpositionen durchgeführt werden, in denen in Begleitung des Therapeuten befürchtete Situationen aufgesucht werden und auf eine Habituation der Angst abgezielt wird (z. B. auch Betrachten medizinischer TV-Sendungen oder Bücher).

Checking Behaviour: Ausführung exzessiven Kontrollverhaltens in Verhaltensübungen. Vereinbarung eines realistischen Zeitraums zum Unterlassen des Checking Behaviour. Ggf. Verhaltensalternativen (Ablenkung oder Methoden zur Spannungsreduktion) besprechen.

Übermäßige Frequenz von Arztbesuchen: Vereinbarung einer sinnvollen Frequenz von Arztbesuchen gemeinsam mit medizinischem Hauptbehandler, Patienten und Therapeuten. Wenn keine neuen Körpersymptome auftreten: zeitkontingente statt symptomkontingente Arztkonsultationen.

Rückversicherungsverhalten: Wird direkt versucht, beim Therapeuten Rückversicherung einzuholen, sollten zu gegebenem Zeitpunkt die Konsequenzen dieser Fragen besprochen werden, statt den Patienten wiederum kurzfristig zu beruhigen. Vereinbarung, Rückversicherungsverhalten zu unterlassen. Bei Bedürfnis nach Rückversicherung alternative Verhaltensweisen einsetzen (z. B. Ablenkung, Vergewärtigung von funktionalen Kognitionen, wie z. B. „Völlige Sicherheit kann mir keiner geben“, „Ich möchte nicht mehr von anderen abhängig sein“).

3.4 Ergänzende Therapieelemente

Die folgenden weiteren Maßnahmen sind nicht durchgehend indiziert, werden jedoch in der Literatur berichtet und erwiesen sich zuweilen als hilfreich:

- **Pharmakotherapie:** Leider gibt es bislang nur wenige kontrollierte Doppelblindstudien zur Therapie mit Psychopharmaka. Die bisherigen Ergebnisse sprechen dafür, dass Antidepressiva auch positive Wirkungen auf die somatoforme Symptomatik haben. Dabei sind trizyklische Antidepressiva den Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern vermutlich überlegen.
- **Wechsel von Anspannungs- und Erholungsphasen:** Für Schmerzpatienten konnte bereits belegt werden, dass auch stark ausgeprägtes Durchhalteverhalten zu einer Verstärkung körperlicher Beschwerden führen kann. In diesem Fall ist (entgegen einiger o.g. Interventionen) eine Schulung der Körperwahrnehmung sowie der gezielte Einsatz von Entspannungsphasen indiziert.
- **Training sozialer Kompetenz:** Es ließ sich empirisch nachweisen, dass Somatisierungspatienten weniger problemorientierte Bewältigungsstrategien einsetzen. Auch ist das inhaltliche Denken und Kommunikationsverhalten der Patienten oft auf Krankheiten und Beschwerden eingengt. Letztlich ist es oft auch zur Veränderung von Belastungssituationen hilfreich, soziale Kompetenzen zu fördern und schulen.
- **Funktionalität der Störung:** Wie bei anderen psychischen Störungen ist es auch hier sinnvoll, bei stabiler therapeutischer Beziehung mit dem Patienten zu erarbeiten, welche negativen Konsequenzen entstünden, wenn die somatoforme Störung nicht mehr existieren würde (z. B. Befürchtung, als „gesunder“ Mensch weniger beachtet oder vom Partner verlassen zu werden).
- **Einbezug von Bezugspersonen:** Soziale Systeme von Somatisierungspatienten sind oft durch eine verstärkte Belastung aufgrund der Beschwerden einerseits (z. B. durch auf krankheitsrelevante Themen eingengte Kommunikation, weniger gemeinsame Freizeitaktivitäten) sowie durch eine positive Verstärkung des Krankheitsverhaltens (durch Rückversicherung, Abnahme von Verpflichtungen) andererseits gekennzeichnet. Bei fortgeschrittener Therapie ist es deshalb oft sinnvoll, diese Aspekte in Paar- oder Familiengesprächen zu thematisieren und Alternativen zu erarbeiten.

3.5 Wirksamkeit / Erfolgsaussichten

Evaluationsstudien zur kognitiven Verhaltenstherapie bei somatoformen Störungen aus den letzten 10 Jahren belegen deutlich den Erfolg der Behandlungen. Dabei lässt sich eine Reduktion des Krankheitsverhaltens, der Beschwerden sowie störungsspezifischer Kognitionen finden. Lebensqualität und –zufriedenheit können längerfristig erfolgreich gesteigert werden (z. B. Bleichhardt et al., im Druck). In der Untersuchung von Speckens et al. (1995) waren in der Ein-Jahres-Katamnese 73% der Patienten, die eine kurze verhaltenstherapeutische Einzelintervention erhalten hatten, deutlich gebessert (im Vergleich zu 56% der Kontrollgruppe, die eine optimierte medizinische Behandlung erhalten hatten). Hiller et al. (im Druck) fanden in einem zweijährigen Katamnesezeitraum eine Reduktion der stationären und

4.7 Somatoforme und dissoziative Störungen

ambulanten Krankheitskosten um 1480 € pro Patient nach stationärer Behandlung in einer Psychosomatischen Fachklinik. Die indirekten Kosten aufgrund von Arbeitsausfallzeiten gingen um 35% zurück. Insgesamt ist die Zahl der kontrollierten, katamnestischen Therapiestudien bisher überschaubar. Meta-Analysen für den Bereich der somatoformen Störungen stehen noch aus.

4 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. *Sollte man mit einer Psychotherapie beginnen, auch wenn der Patient plant, parallel dazu noch weitere medizinische Untersuchungen oder Behandlungen durchführen zu lassen?*

→ Eher nicht. Solche Patienten sind meistens noch allzu sehr ihrem organmedizinischen Krankheitsmodell verhaftet und daher nicht ausreichend bereit, sich in erforderlicher Konsequenz auf ein psychologisches Vorgehen einzulassen. Als Psychotherapeut sollte man das in diesem Stadium auch akzeptieren und keinesfalls versuchen, den Patienten „zu überreden“. Allenfalls kann man mit ihm kritisch thematisieren, wie hoch die Erfolgchance weiterer medizinischer Maßnahmen wirklich ist (Meist werden diese von den Patienten überschätzt, insbesondere wenn schon sehr viele medizinische Behandlungen in der Vergangenheit erfolgt sind). Man kann dem Patienten anbieten, dass er sich zu einem späteren Zeitpunkt wieder melden kann, falls die medizinischen Optionen doch nicht zu dem erhofften Erfolg geführt haben und er tatsächlich einen „anderen Weg“ zu gehen bereit ist. Im stationären Kliniksetting sind diesbezüglich klare Absprachen mit den mitbehandelnden Ärzten zu treffen.

2. *Ist eine psychotherapeutische Behandlung überhaupt sinnvoll, wenn ein Rentenbegehren als „Krankheitsgewinn“ offensichtlich ist?*

→ Diese Anfangssituation sollte nicht automatisch als „hoffnungslos“ angesehen werden. Ein Rentenbegehren hat sich in Studien zwar erwartungsgemäß als generell negativer Prädiktor für den Therapieverlauf erwiesen, jedoch wurden auch immer wieder Fälle berichtet, in denen sich die Therapie trotz anfänglichen Rentenwunsches sehr positiv entwickelte (bis hin zur Aufgabe des Rentenbegehrens). Daher kann ein Behandlungsversuch durchaus sinnvoll sein, vorzugsweise in einer guten Psychosomatischen Fachklinik mit intensivem psychotherapeutischem Angebot. Bei schlechtem Verlauf sollte evtl. zunächst die Berentung (z.B. auf Zeit) vorgenommen und erst danach die Psychotherapie begonnen werden

3. *Kann man bei gutem Therapieverlauf damit rechnen, dass sich die körperlichen Symptome wieder vollständig zurückbilden?*

→ Vermutlich nicht. In Therapieverlaufsstudien kamen völlige Symptomremissionen zwar vor, waren aber sehr selten. Patienten mit gutem Verlauf berichten meist über eine Besserung der Symptomintensität (z.B. geringere Schmerzen) oder der subjektiven Symptombelastung (z.B. bessere Schmerztoleranz). Dennoch ist es nicht selten, dass Patienten von der psychotherapeutischen Behandlung die voll-

ständige Symptombeseitigung erwarten („Können Sie meine Schmerzen wegmachen?“). Das ist unrealistisch und sollte gleich zu Therapiebeginn offen besprochen und durch sinnvolle Therapieziele ersetzt werden.

4. *Wann ist es notwendig, mit dem Haus- oder Facharzt des Patienten Kontakt aufzunehmen?*

→ Dies ist immer sinnvoll, um sich bezüglich des Gesamtbehandlungsplans abzustimmen. Unterschiedliche „Botschaften“ von Arzt und Psychotherapeut verunsichern den Patienten und verringern die Erfolgsaussichten. Der Kontakt mit dem Arzt ist insbesondere hilfreich, um genauere Informationen über die medizinische Relevanz der körperlichen Symptome zu erhalten, einen zeitkontingenten Modus von Arztbesuchen zu finden und Vereinbarungen über mittel- bis langfristige medikamentöse Behandlungsstrategien (insbesondere bei drohender oder bereits entwickelter Schmerzmittel- oder Benzodiazepinabhängigkeit) zu treffen.

5 Prüfungsfragen

1. Nennen Sie die wesentlichen somatoformen Störungen gemäß ICD-10!
2. Nennen Sie einige kognitive Merkmale von Patienten mit somatoformen Störungen!
3. Wie lässt sich die Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Beschwerden erklären?
4. Was sollte in der Eingangsphase der Therapie beachtet werden?
5. Nennen Sie einige Grundbausteine bei der Behandlung somatoformer Störungen!
6. Aus welchen Gründen sollte man sich mit dem Hausarzt des Patienten in Verbindung setzen?
7. Welche Schwierigkeiten können sich bei der Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen ergeben?
8. Wie effektiv ist die verhaltenstherapeutische Behandlung bei somatoformen Störungen?

6 Literatur

a) zitierte Literatur

- Barsky AJ, Coeytaux RR, Sarnie MK, Cleary PD: Hypochondriacal patients' beliefs about good health. *Am J Psychiatry* 1993;150:1085-1089
- Barsky AJ, Whyshak G, Klerman GL: The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *J Psychiatr Res* 1990;24:323-334
- Bleichhardt G, Timmer B, Rief W: Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms – a randomised controlled trial in tertiary care. *J Psychosom Res* (in press)
- Franke GH: SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis. Göttingen: Hogrefe, 2002
- Hiller W, Fichter MM, Rief W: A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of health care utilization and cost-effectiveness. *J Psychosom Res* 2003;54:369-380
- Hiller W, Rief W: Internationale Skalen für Hypochondrie. Whiteley-Index und Illness Attitude Scales. Göttingen: Hogrefe (im Druck)

- Hiller W, Rief W, Elefant S, Margraf J, Kroymann R, Leibbrand R, Fichter MM: Dysfunktionale Kognitionen bei Patienten mit Somatisierungssyndrom. *Z Klin Psychol* 1997;26:226-234
- Hiller W, Zaudig M, Mombour W: Die Internationalen Diagnose Checklisten für ICD-10. Göttingen: Hogrefe, 1995
- Kanfer F, Reinecker H, Schmelzer D: Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die Klinische Praxis. Berlin: Springer, 2000
- Lieb R, Zimmermann P, Friis RH, Hofler M., Tholen S, Wittchen HU: Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:194-208
- Pilowsky I: Abnormal illness behaviour. Chichester: John Wiley & Sons, 1997
- Rief W, Hiller W, Heuser J: SOMS – ein Screening-Verfahren zur Identifizierung von Personen mit somatoformen Störungen. Göttingen: Hogrefe, 1997
- Rief W, Hiller W, Margraf J.: Cognitive Aspects of Hypochondriasis and the Somatization Syndrome. *J Abnorm Psychol* 1998;107:587-595
- Rief W, Ihle D, Pilger F: A New Approach to Assess Illness Behaviour. *J Psychosom Res* (in press)
- Speckens AEM, van Hemert AM, Spinhoven P, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans GM: Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: A randomized control trial. *Br Med J* 1995;311:1328-1332
- Torgersen S: Genetics of somatoform disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:502-505

b) weiterführende Literatur

- Margraf J, Neumer S, Rief W (Hrsg.): Somatoforme Störungen. Ätiologie, Diagnose und Therapie. Berlin: Springer, 1998
- Mayou R, Creed F, Sharpe M: Treatment of functional physical symptoms. Oxford: Oxford University Press, 1995
- Morschitzky H: Somatoforme Störungen. Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund. Wien: Springer, 2000
- Nanke A, Rief W: Biofeedback bei Somatisierungspatienten: Die Brücke zwischen organmedizinischem und psychosomatischem Krankheitsbild. In: Rief W, Birbaumer N (Hrsg.): Biofeedback-Therapie. Grundlagen, Indikation und praktisches Vorgehen. Stuttgart: Schattauer, 2000
- Rief W: Multiple somatoforme Symptome und Hypochondrie. Bern: Huber, 1995
- Rief W, Exner C: Psychobiology of Somatoform Disorders. *Biol Psychiatry* 2002;11:1063-1077
- Rief W, Hiller W: Somatoforme Störungen. Bern: Huber, 1992
- Rief W, Hiller W: Somatisierungsstörung und Hypochondrie. Göttingen: Hogrefe, 1998