

# SOMATOFORME UND KONVERSIONSSTÖRUNGEN IM KRANKENHAUS

*H.P. Kapfhammer*

## Zusammenfassung

Patienten mit medizinisch unklaren körperlichen Symptomen sind in der stationären Versorgung sehr häufig anzutreffen. Sie gelten vielfach als „schwierige Patienten“. Probleme der Arzt - Patienten - Interaktion werden in diesem Artikel anhand verschiedener Dimensionen beleuchtet. Ferner werden die Voraussetzungen einer effektiven Therapie dargestellt.

## Schlüsselwörter

somatoforme Störung - Konversionsstörung - Krankenhaus - negative Affektivität - Hypochondrie - Destruktivität - Krankheitsverhalten - Behandlungsstrategien

## Summary

Patients with medically unexplained physical symptoms are represented in inpatient units with high percentage rates. They are often viewed as „difficult patients“. Problems of the doctor - patient - relationship are described in this article according to different dimensions. Moreover, the prerequisites for an effective therapy are discussed.

## Keywords

somatoform disorders - conversion disorders - hospital - Negative affectivity - Alexithymia - hypochondria - destructiveness - Illness behaviour - treatment strategies

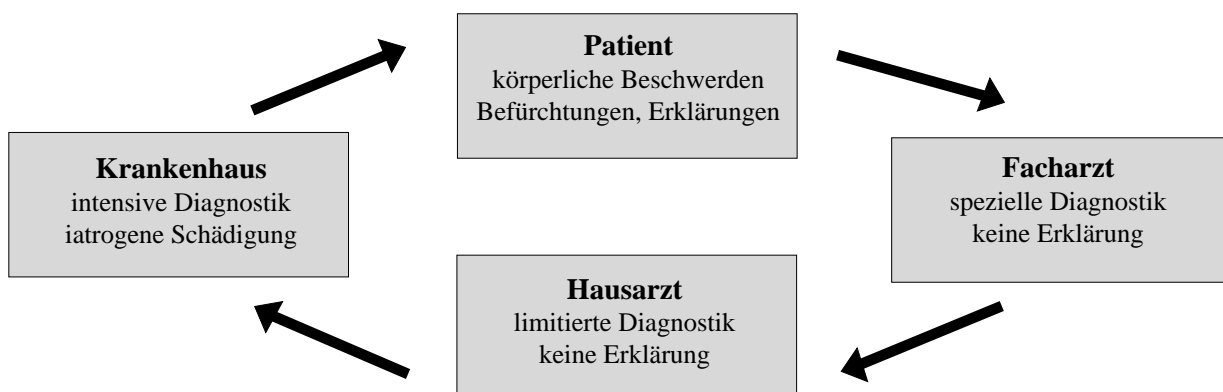
## Einleitung

Bei mindestens einem von fünf Patienten, die wegen eines körperlichen Symptoms einen Arzt aufsuchen, wird keine spezifische organische Ursache gefunden (Bridges, Goldberg 1985). Während diese Beschwerden häufig vorübergehender Natur sind, können sie bei einer beachtlichen Anzahl von Patienten chronisch werden und dann zu einer starken Inanspruchnahme vielfältiger medizinischer Ressourcen führen (Craig et al. 1993). Diese Patienten mit persistierenden medizinisch unerklärten körperlichen Symptomen bereiten oft erhebliche diagnostische und therapeutische Schwierigkeiten.

- 1000 Patienten, die während eines 3-Jahreszeitraums poliklinische Einrichtungen aufsuchten, wurden retrospektiv hinsichtlich der Inzidenz, diagnostischer Maßnahmen und therapeutischer Interventionen bei häufigen Allgemeinsymptomen (z.B. Brustschmerz, Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerz, Ödem, Rückenschmerz, Atemnot, Schlafstörung, Bauchschmerz, Taubheitsgefühl, Impotenz, Gewichtsverlust, Husten, Obstipation) untersucht. 38% klagten über mindestens eines dieser Symptome als Hauptgrund ihrer ärztlichen Vorstellung, in ca. 50% der Fälle lagen chronische Verläufe vor. Obwohl bei ca. zwei Drittel eine umfangreiche Diagnostik durchgeführt wurde, konnte lediglich bei 16% der Fälle

ein relevanter organopathologischer Befund aufgedeckt werden. Die entstandenen Kosten für die diagnostischen Maßnahmen waren beträchtlich. Sie waren am höchsten bei Patienten mit „Kopf-“ und „Rückenschmerzen“. Bei knapp zwei Drittel der Patienten wurden therapeutische Interventionen durchgeführt, waren aber sehr häufig von keinerlei Erfolg gekrönt. Als prognostisch günstige Faktoren konnten „ätiologisch relevante Organbefunde“, „Symptomdauer unter vier Monaten“ und „zwei oder weniger Symptome in der Anamnese“ herausgestellt werden (Kroenke & Mangelsdorff 1989).

- In einer prospektiven Studie an über 500 poliklinischen Patienten rangierten von diesen häufigen Allgemeinsymptomen „Müdigkeit“ (33%) und „Rückenschmerz“ (32%) an vorderster Stelle. 130 Patienten waren monosymptomatisch, 135 Patienten klagten über zwei oder drei dieser Symptome, und 135 Patienten berichteten über vier oder mehr dieser Symptome. Während ca. 80% der Patienten mit Schmerzsyndromen und gastrointestinalen Beschwerden von der ihnen verordneten (medikamentösen) Therapie in einem gewissen Umfang profitierten, konnte nur ca. ein Drittel der Patienten mit „Müdigkeit“, „Schwindel“, „Atemnot“, „Schlafstörung“, „sexueller Dysfunktion“, „Depression“ und „Angst“ über eine Linderung ihrer Beschwerden berichten (Kroenke et al. 1990).



Werden diese Patienten in ihrem Beschwerdeangebot verkannt oder mißverstanden, so kann dies zu wiederholten unnötigen, z.T. invasiven diagnostischen Maßnahmen und auch zu unzureichend begründeten oder gar nicht indizierten internistischen wie chirurgischen Therapien führen. Iatrogene Schädigungen sind hierdurch möglich. Nicht selten wird aber überhaupt keine Therapie initiiert. Das Arzt-Patienten-Verhältnis gestaltet sich typischerweise über kurz oder lang konflikthaft und emotional stark belastend. Hieraus resultieren Kontaktabbrüche und Ärzteswechsel, die ebenfalls zur Chronifizierung der „Patientenkarriere“ beitragen können. Es entwickeln sich oft funktionelle und psychosoziale Behinderungen, die jenen bei Patienten mit klar diagnostizierbaren organischen Störungen gleichkommen oder sie sogar noch übersteigen. Die hiermit verbundenen hohen sozioökonomischen Kosten sind eigenständig zu betrachten. *Abb. 1* beschreibt den typischen Circulus vitiosus, den zahlreiche Patienten mit Somatisierungssyndromen in unserem Gesundheitsversorgungssystem beschreiten (Kiss, 1992).

In einer psychiatrischen Perspektive lassen sich mehrere Subgruppen unterscheiden:

1. Patienten, die vorrangig eine *primäre psychiatrische Störung*, z.B. Depression, Panik, andere Angststörungen, Anpassungsstörungen oder psychische Störungen durch psychotrope Substanzen in ihren integralen körperlichen Symptomen schildern.
2. Patienten, die bei nachweisbarer psychosozialer Problematik oder emotionaler Bedrängnis körperliche Symptome zeigen, für die keine ausreichende medizinische Erklärung besteht. Typisches Beispiel ist die Konversionsstörung.
3. Patienten mit *habituell wiederkehrenden, medizinisch unerklärten körperlichen Beschwerden und Symptomen*, die zu einer übermäßigen Inanspruchnahme von Ärzten und klinischen Einrichtungen führen und mit einer starken psychosozialen Behinderung einhergehen. Typisches Beispiel ist die Somatisierungsstörung.
4. Patienten, die *besorgt und überzeugt* sind, *körperlich krank oder in ihrem körperlichen Erscheinungsbild verunstaltet* zu sein, ohne daß hierfür ausreichende objektive Befunde erhoben werden können. Als typisches Beispiel imponiert die Hypochondrie einerseits, die körperdysmorphe Störung andererseits.

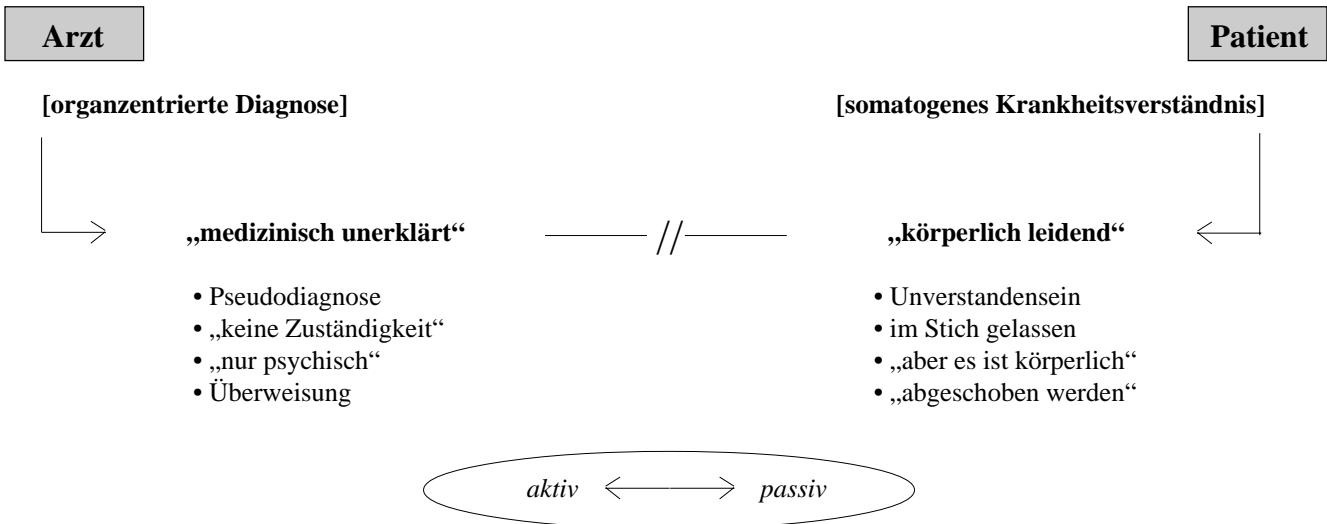
Mit der Einführung des DSM III (-R) wurden Patienten aus der 2. - 4. Gruppe erstmals in der Entwicklung psychiatrischer Klassifikationssysteme unter einer übergeordneten diagnostischen Kategorie der „*somatiformen Störungen*“ zusammengefaßt. In modifizierter Form blieb dieses Ordnungsprinzip auch im DSM IV bestehen. Es wirkte ebenso modellhaft für die Konzeptualisierung im ICD 10, wobei aber die Konversionsstörung hier unter den dissoziativen Störungen geführt wird. In einer klinischen Perspektive macht es aber mehr Sinn, auch diese Patienten zusammen mit den Patienten aus den anderen Subgruppen zu betrachten. Zeichnet diese

doch ebenso sehr ein Merkmal aus, das trefflich über das theoretische Konzept der „*Somatisierung*“ beschrieben werden kann.

Hierunter versteht z.B. Lipowski (1988) „*eine Tendenz, körperliches Unbehagen und Symptome, für die keine erklärenden pathologischen Befunde bestehen, zu erleben und zu kommunizieren, sie einer somatischen Krankheit zuzuschreiben und dafür um medizinische Hilfe nachzusuchen. Gewöhnlich wird angenommen, daß diese Tendenz sich als Reaktion auf psychosozialen Streß manifestiert, der durch Lebensereignisse und für das Individuum subjektiv belastende Situationen hervorgerufen wird*“ (S. 1359). Kellner (1990) ergänzt hierzu, daß „*Somatisierung weder eine diskrete klinische Identität noch das Resultat eines einzigen pathologischen Prozesses ist, sondern vielmehr zu diagnostischen Kriterien querliegt*“ (S. 151). Die Beziehung zu einer psychiatrischen Störung und/oder einer psychosozialen Problematik stellt in diesem Verständnis also eine empirisch-klinisch erst zu lösende Frage dar und ist nicht schon Teil der Definition von Somatisierung.

### **Der „somatisierende Patient“: häufig ein „schwieriger Patient“**

In einem pointierten Editorial wiesen Mayou und Sharpe (1995) [„*Patients whom doctors find difficult to help. An important and neglected problem*“] darauf hin, daß Patienten mit zahlreichen und/oder persistierenden „medizinisch unerklärten Körpersymptomen“ beispielhaft zu jener *Gruppe von Patienten* im Krankenhaus gehören, die Ärzte als „*schwierig*“ erleben. Während vermutlich eine Mehrzahl somatisierender Patienten von ambulant tätigen Ärzten gesehen und behandelt wird, bildet sie auch in klinischen Institutionen eine bedeutsame Subgruppe. Die Sorge, ein Patient könnte eine schwerwiegende, diagnostisch noch unklare Krankheit haben, die tatsächliche Koexistenz mit einer somatischen Krankheit, die mangelhafte Ausbildung von Praktikern für den Umgang mit somatisierenden Patienten, aber auch das heftige Drängen dieser Patienten selbst auf eine Krankenhauseinweisung machen es verständlich, daß es gerade in Spezialambulanzen und -stationen zu einer problematischen Häufung somatisierender Patienten kommen kann (Bass et al. 1995). Typische Schwierigkeiten im Umgang mit ihnen existieren aber auch im Kontext eines Krankenhauses. Eine hohe Rate an emotionalen und sozialen Problemen, ein bedeutsamer Leidensdruck bei einem hartnäckigen Fokus auf körperliche Beschwerden einerseits, die relative Ineffektivität internistischer oder chirurgischer Standardbehandlungen von überforderten und unverständigen Klinikern andererseits bedingen Unzufriedenheit und Enttäuschungsärger bei beiden Partnern. Die Einseitigkeit im diagnostisch-therapeutischen Zirkel und ihre häufigen interaktionellen Folgen soll *Abb. 2* veranschaulichen. Hierbei wird vor allem deutlich, daß sowohl Arzt als auch somatisierender Patient jeweils aktive und passive Positionen in ihren Interaktionen einnehmen können.



## Dimensionen in der Beziehung von Arzt und somatisierendem Patienten

Nachfolgend sollen einige *Dimensionen* eigenständig beschrieben werden, wie sie in typischen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten mit Somatisierungssyndromen angetroffen werden. Sie gilt es gerade in klinischen Einrichtungen mit den hoch diversifizierten somatischen Diagnostikmöglichkeiten und den technisch immer spezialisierteren Therapieansätzen zu reflektieren. Hierbei können die zu skizzierenden Dimensionen zum einen bei allen diagnostischen Subgruppen in mehr oder weniger starker Intensität auftreten. Oft aber nehmen sie zum anderen in den einzelnen diagnostischen Subgruppen eine besondere Gestalt an. Eine Skizzierung der Dimensionen soll verständlich machen, warum es so häufig zu Interaktionsproblemen zwischen Arzt und Somatisierungspatient kommt, welche Formen diese annehmen und zu welchen auch sozioökonomischen Folgen sie führen können.

### „Negative Affektivität“

Das Konzept der „negativen Affektivität“ (Pennebaker & Watson 1991) bezieht sich auf eine grundlegende Disposition zahlreicher somatisierender Patienten. Sie drückt eine Neigung aus, auf Belastungen jeglicher Art verstärkt aversiv-emotional zu reagieren oder auch spontan vermehrt aversiv-emotionale Zustände zu erleben. Es handelt sich hierbei um eine vermutlich multimodal erworbene Persönlichkeitseigenschaft. Sie geht in der subjektiven Erfahrung mit Gefühlen von Nervosität, Anspannung und Besorgnis einher. Im interpersonalen Erleben des Partners werden affekt-psychologisch aber ganz gemischte Emotionen wie Ärger, Verachtung, Ekel, Schuld, Unzufriedenheit, Kränkung und Zurückweisung wahrgenommen.

Das Konzept ist persönlichkeitspsychologisch mit anderen Dispositionskonstrukten wie Neurotizismus, Trait-Angst, Pessimismus, allgemeiner psychosozialer Fehlanpassung eng

verknüpft. Sie ist eine Variante eines negativen Selbstbildes. „Negative Affektivität“ zeigt eine hohe Korrelation mit der Rate geäußerter subjektiver Gesundheitsbeschwerden, die als solche noch keineswegs distinkte Funktionsstörungen in den unterschiedlichen Organsystemen signalisieren müssen. Es besteht aber bezeichnenderweise keine Korrelation zum langfristigen objektiven Gesundheitsstatus. „Somatisierung“ stellt sich in dieser Perspektive als eine nichtspezifische Verstärkung von Streßwahrnehmung dar.

Das Konzept der „negativen Affektivität“ besitzt interaktionelle Folgen für die Arzt-Patienten-Beziehung. Die außerordentliche emotionale Angespanntheit, die sich in der geschilderten Mischung vorrangig negativer Primäraffekte ausdrückt, bedeutet in jedem Fall eine Irritation für die Arzt-Patienten-Beziehung. Trotz hoher Behandlungserwartungen signalisiert der somatisierende Patient gleichzeitig eine starke Unzufriedenheit mit dem Arzt, noch bevor dieser sich überhaupt einen Überblick über die Situation des Patienten verschafft hat. Die Interaktionsatmosphäre kann deshalb rasch eine feindselige Note annehmen. In der offenen Vorwürflichkeit und den latenten Anklagen und Entwertungen erlebt sich der Therapeut oft in einer passiv-ohnmächtigen Position, die er unreflektiert mit dem ganzen Arsenal von emotionalen Gegenreaktionen meist zur weiteren Irritation der Arzt-Patienten-Beziehung und zum möglichen Schaden des Patienten abzuwehren versucht. Ob er nun auf den Patienten mit Gegenärger reagiert, ihn aufgrund des meist unauffälligen objektiven körperlichen Status kränkend zurechtweist oder aber ihn über eine Reaktionsbildung vermeintlich verständnisvoll zu einem ganz besonders fähigen Kollegen überweist, der gerade auf „solche Fälle“ spezialisiert ist, meist ist das Resultat ein Beziehungsabbruch.

Der Arzt ist sich hierbei in aller Regel nicht bewußt, daß er über seine unkontrollierten emotionalen Gegenreaktionen jenes so häufig beklagte oder angeschuldigte „Doctor-shopping“ des Somatisierungspatienten aktiv mitfördert.

„Negative Affektivität“ bedeutet häufig nicht nur die Zurückweisung des Patienten in seinem unangenehmen körperlichen

Beschwerdeangebot. Es kann den Arzt auch völlig unsensibel gegenüber der psychologischen Kehrseite dieses Krankheitsverhaltens machen, nämlich gegenüber der oft beträchtlichen Komorbidität bezüglich anderer psychiatrischer Störungen wie Angst, Depression, Substanzmißbrauch. Gleichzeitig schützt sich der Arzt in der Zurückweisung dieser Patienten davor, sich mit einer erschreckenden Fülle schier unlösbarer psychischer Probleme, existentieller Konflikte und psychosozialer Behinderungen dieser meist chronisch kranken Patienten konfrontieren zu müssen. Noch verhängnisvoller kann sich die Interaktion zwischen Arzt und Patient gestalten, wenn die destruktiven Motive des Krankheitsverhaltens in der Beziehung vom Arzt unerkannt übernommen und zur unmittelbaren Schädigung des Patienten ausagiert werden (s.u.).

In einer klinisch-diagnostischen Perspektive sind es vor allem Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen (Somatisierungsstörung) oder einer chronischen somatoformen Schmerzstörung, bei denen das Konzept der „negativen Affektivität“ eine entscheidende Rolle spielen kann.

### „Alexithymie/Somatothymia“

„Alexithymie“ stellte bei seiner Einführung in die psychoanalytische Psychosomatik ein Persönlichkeitskonstrukt dar, das Patienten mit schweren psychosomatischen Erkrankungen ätiopathogenetisch charakterisieren sollte (Nemiah & Sifneos 1970). Das mehrdimensionale Konzept beinhaltet eine Unfähigkeit oder Schwierigkeit, zwischen körperlichen Empfindungen einerseits und Emotionen andererseits zu unterscheiden, eine Unfähigkeit oder Schwierigkeit, Gefühle verbal zu beschreiben, reduzierte imaginative Fähigkeiten in Phantasie und Traum, einen operativen Denkstil mit einer Einengung auf konkretistische Details der äußeren Realität. Eine empirische Überprüfung des Konzeptes konnte den ursprünglichen theoretischen Anspruch nicht einlösen. „Alexithymie“ scheint weder kausal noch spezifisch chronische organische Krankheiten zu bedingen. Sie geht aber offenkundig mit einer tonischen physiologischen Übererregbarkeit einher, ist mit einer Reihe von ungesunden Verhaltensweisen wie z.B. Nikotin- oder Alkoholabusus korreliert und bahnt die Wahrnehmung in Richtung auf eine verstärkte Registrierung von somatischen Empfindungen und Symptomen (Lumley et al. 1996). Ein statistischer Zusammenhang zwischen „Alexithymie“ und Somatisierung“ ist wohl als belegt anzusehen (Cohen et al. 1994). Mit dem quantitativen Ausmaß eines Somatisierungsverhaltens steigt der Alexithymie-Score, wobei vor allem die erste Komponente des Konstrukts, nämlich die Schwierigkeit zwischen körperlichen Sensationen und Emotionen zu unterscheiden, betroffen ist (Kapfhammer et al. 1997 a). Somatisierung könnte in diesem Zusammenhang als Tendenz betrachtet werden, gewöhnliche körperliche Sensationen als Anzeichen einer vorliegenden Dysfunktion fehlzudeuten und dafür medizinische Hilfe zu beanspruchen. Die Fähigkeit zu einer sprachlichen Kommunikation von Emotionen und Stimmungen ist offenkundig nicht selbstverständ-

lich, sondern resultiert aus einem vielfältig determinierten Lernprozeß. Entwicklungspsychologische, kognitive, behaviorale, psychodynamische, aber auch soziokulturelle Einflüsse hierauf können identifiziert werden. Einige Personen entwickeln diese Fähigkeit nicht. Statt ihre Gefühle zu verbalisieren, beschreiben sie lediglich körperliche Sensationen.

Das Konzept der „Alexithymie“ oder „Somatothymia“ (Stoudemire, 1991) besitzt interaktionelle Folgen für die Arzt-Patienten-Beziehung. Wenngleich es klinisch kaum Zweifel gibt, daß eine Reihe von somatisierenden Patienten beispielhaft alexithyme Züge in ihrem Krankheitsverhalten zeigen, so sollte man sich davor hüten, hierin vorschnell eine Persönlichkeitsdefizienz zu erblicken. Erst die normative Erwartung, daß ein meist schon jahrelang von verschiedenen körperlichen Beschwerden betroffener Patient mit zahlreichen, oft unerfreulichen Arztkontakten und der Erfahrung überwiegend unwirksamer medizinischer Maßnahmen eine spontane Öffnung für eine psychodynamische Perspektive zeigen würde, läßt diese Defekthypothese überhaupt erst entstehen. Selbst in bemühten psychiatrischen oder psychotherapeutischen Gesprächskontakten ist zunächst stets von vielschichtigen Übertragungs-Gegenübertragungsprozessen auszugehen, die konstruktiv in die weitere Arbeit mit dem somatisierendem Patienten eingebracht werden können (Kapfhammer 1985). In einer modernen Sichtweise kann „Alexithymie“ als eine interaktionell bedeutungsvolle Störung der Affektregulierung konzeptualisiert werden (Taylor et al. 1997).

Daneben darf nicht übersehen werden, daß dieser Persönlichkeitsdisposition *eine einseitig auf den Bericht von somatischen Beschwerden ausgerichtete medizinische Versorgung* korrespondiert. Durch die meist systematische Ausblendung begleitender psychologischer und psychosozialer Probleme könnte in diesem kulturell-medizinischen Rahmen ein bestimmtes Krankheitsverhalten bei einem Patienten iatrogen erst sozialisiert worden sein (Mayou 1989). Alexithyme Patienten verhielten sich in diesem organisierten Gesundheitssystem in besonderer Weise normgerecht. Der Umgang mit ihnen konfrontiert also den Arzt stets auch mit seinem eigenen „alexithymen Potential“, das er erst erkennen und transzendieren muß, um in einen verständnisvollen und hilfreichen Kontakt mit dem Somatisierungspatienten kommen zu können.

In einer klinisch-diagnostischen Perspektive kann erwartet werden, daß Alexithymie bei allen Gruppen somatoformer Störungen in unterschiedlicher Ausprägung angetroffen werden kann, wobei Aspekten der Schwere oder Chronizität eines Somatisierungsverhaltens eine größere Bedeutung als der diagnostischen Kategorie selbst zukommen dürfte.

### „Hypochondrie“/“Gesundheitsängste“

Eine hypochondrische Einstellung läßt sich charakteristischerweise durch eine besondere Wahrnehmungssensibilität gegenüber normalen körperlichen Sensationen beschreiben, die als Anzeichen von befürchteten schwerwiegenden Erkrankungen

interpretiert werden. Diese grundlegende perzeptiv-kognitive Haltung liegt vielfältigen, medizinisch unerklärten Körpersymptomen zugrunde. Es herrscht meist eine quälende Krankheitsfurcht bzw. -überzeugung vor, die auch nach eingehender ärztlicher Untersuchung und Versicherung persistiert. Wenngleich sie zentral die eigenständige diagnostische Kategorie der Hypochondrie definiert, lehrt die klinische Erfahrung, daß hypochondrische Ängste und Überzeugungen in allen somatoformen Gruppierungen auftreten. Hypochondrie kann deshalb als eine eigenständige Dimension des Somatisierungsverhaltens angesehen werden (Kellner 1991).

Von zentraler Bedeutung für die Strukturierung der *leitenden kognitiven Schemata und Überzeugungen* in der Hypochondrie sind prägende elterliche Einstellungen zu Krankheit und Gesundheit, persönliche Erfahrungen mit eigenen Erkrankungen und denen von Familienmitgliedern, aber auch kulturell erworbene Stereotype. Neben diesen kognitiven Aspekten wird für hypochondrische Patienten auch eine allgemein *erhöhte perzeptive Sensibilität gegenüber körperlichen und viszeralen Sensationen* postuliert, die von einer selektiven Aufmerksamkeit begleitet wird (Barsky 1992). *Wahrnehmungssensibilität, Aufmerksamkeitsselektivität* und *idiosynkratische kognitive Bewertung* legen die eingeeengte Interpretation nahe, bei den verspürten körperlichen Sensationen könne es sich nur um untrügliche Anzeichen einer verborgenen organischen Erkrankung handeln. Eine reaktiv erhöhte Angst verstärkt infolge der somatischen Begleitsensationen den hypochondrischen Wahrnehmungs- und Evaluationsprozeß noch weiter.

Der *aktuelle Wissensstand über bestimmte Krankheiten* unterliegt starken soziokulturellen Determinanten und wird multimedial vermittelt. Er beeinflusst auch die subjektiven Krankheitstheorien von Einzelpersonen und kann unter dem Eindruck aktueller Krankheitsschicksale im sozialen Umfeld die perzeptiv-evaluativen Einstellungen gegenüber eigenen körperlichen Sensationen verändern. Ernsthafte persönliche Krankheitserfahrungen, aber auch epidemische Gesundheitsängste, z.B. hinsichtlich der Umwelt, können zu einer besonderen Sensibilität gegenüber diesen „Krankheitsmoden“ beitragen.

Die Dimension der „Hypochondrie“ besitzt interaktionelle Folgen für die Arzt-Patienten-Beziehung. Vor allem psychodynamische Überlegungen können wichtige Momente der Beziehungsgestaltung erhellen. Speziell auf versteckte Ärgeraffekte ist aufmerksam zu machen, die eigentlich enttäuschenden Bezugspersonen gelten, aber aus Abwehrgründen auf den Körper verschoben werden. Der ursprüngliche Vorwurf an andere, der aus Verlassenheit, Einsamkeit und Kränkungsaggression herrührt, wird umgewandelt in eine skrupulöse narzißtisch-masochistische Beschäftigung mit dem eigenen Körper und seinen Funktionen. Eine hohe narzißtische Vulnerabilität des Selbstgefühls muß bei vielen hypochondrischen Patienten angenommen werden. Die aggressiven Gefühle sind hierbei sehr häufig als Folge dieser Störanfälligkeit zu sehen. Die angedeutete Dynamik beeinflusst auch den ärztlichen Kontakt mit einem hypochondrischen Patienten.

Es ist möglich, daß die zunächst nach außen gerichtete, dann aber abgewendete Aggression innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung indirekt als enervierend ausufernder Bericht über ständig neue Körpersymptome als leichte Kränkbarkeit und Vorwürflichkeit des Nicht-verstanden-Werdens spürbar wird und zu einer explizit feindseligen Einfärbung des Umgangs führten. Trotz des hohen Mißtrauenspotentials im Kontakt zum Arzt kann von ihm aber wiederum auch nicht gelassen werden, da eben auch große Abhängigkeitsbedürfnisse ihm gegenüber bestehen.

In aller Regel ist aber der verstohlene Ärger im Umgang mit dem hypochondrischen Somatisierungspatienten vom Arzt gut auszuhalten und gerade bei länger bestehendem Kontakt als wichtiges Zeichen für eine Irritation in der aktuellen Lebenssituation des Patienten konstruktiv zu verstehen. Trotzdem können wichtige Gegenübertragungsgefühle wie z.B. ein Belächeln des „alten Hypochonders, der besorgt die Meinung äußert, er könne der erste BSE-Kranke in Deutschland sein“, oder ein Genervtsein über die wiederholte Vorstellung innerhalb einer Woche auf Seiten des Arztes verständlicherweise ein Gegenagieren auslösen und ein neutral wohlwollendes ärztliches Handeln unterlaufen. Sie können ihn dazu verleiten, einerseits den Patienten in einer möglichen koexistenten somatischen Problematik zu verkennen und abzuschieben, andererseits dessen Überängstlichkeit zu übernehmen, bei näherem Besehen nicht indizierte diagnostische und therapeutische Maßnahmen einzuleiten und dadurch den Patienten möglicherweise iatrogen zu schädigen. Der Dimension unreflektierter aggressiver Gegenreaktionen kommt hierbei eine eigenständige Bedeutung zu (s.u.).

Der Aspekt der „*Versicherung*“ durch medizinische Untersuchungen muß gesondert betrachtet werden. Einerseits stellt er ein wichtiges Element im therapeutischen Kontakt mit dem hypochondrischen Patienten dar, andererseits könnte gerade hierin ein bedeutsamer Verstärker in der Aufrechterhaltung des hypochondrischen Krankheitsverhaltens gesehen werden (Warwick 1992). Diese diskrepante Einschätzung ergibt sich aber nur für den Fall, daß Patienten in ihren hypochondrischen Sorgen durch automatisch wiederkehrende ärztliche Versicherungen vordergründig beruhigt würden. In der Tat käme einer solchen ärztlichen Einstellung die Rolle einer aufrechterhaltenden Wirkung zu, da sie mit einem zwanghaft ausgeführten Kontrollritual vergleichbar wäre. Einer „*Versicherung*“, die aber nicht im bloßen Austausch identischer Informationen besteht, sondern gerade darauf zielt, durch neue Informationen die falschen Krankheitsüberzeugungen zu korrigieren, kann weiterhin eine grundlegende therapeutische Funktion zugesprochen werden (Kellner 1992).

Auf die potentiell verhängnisvolle Rolle von Ärzten in einer Sondervariante hypochondrischer Empfänglichkeit und Verarbeitung ist im Falle von *Umweltängsten und somatoformen Umweltunverträglichkeiten* speziell hinzuweisen (Kapfhammer 1997). Ärztliche Vertreter der „*klinischen Ökologie*“, Patienteninteressensverbände, Selbsthilfegruppen und individuelle Patienten finden sich nicht selten zu einer unheilvollen Verschwörungssallianz zusammen. In der überwertigen

Überzeugung, einige Personen zeigten eine ungewöhnliche Sensibilität gegenüber widrigen Umwelteinflüssen, wurden Umweltchemikalien und Nahrungsbestandteile für eine schier unbegrenzte Fülle von körperlichen und seelischen Beschwerden auch ohne objektivierbare somatische Befunde oder abnorme Laborparameter verantwortlich gemacht. Die Vorstellung, Umwelteinflüsse auch jenseits einer objektiven Nachweisgrenze seien die Ursachen unterschiedlichster Gesundheitsprobleme, findet eine ungewöhnliche publizistische Aufmerksamkeit in den Medien, die ihrerseits wiederum maßgeblich zur Konzeptualisierung einer „Umwelt- oder ökologischen Erkrankung“, eines „chemischen Hypersensitivitätssyndroms“, eines „Totalallergiesyndroms“, einer „Erkrankung des 20. Jahrhunderts“ usw. in der öffentlichen Meinung beitragen. Eine Bewertung der vorliegenden klinischen Studien legt nahe, daß diese Syndrome zumindest bei einer klinisch beachtenswerten Subgruppe von Patienten Ausdruck einer somatoformen Störung sind. Der Zusammenhang eines unangemessenen Wahrnehmungsfokus auf körperliche Symptome und einer bestehenden psychosozialen Problematik wird von hypochondrisch-somatisierenden Patienten typischerweise oft geleugnet. In einer externalisierten Attribution an „Umwelteinflüsse“ wird diese intrapsychische Abwehr noch zusätzlich verstärkt. Sie kann zu jener auffällig sthenischen Anklagehaltung vieler dieser Patienten beitragen und in gesundheitspolitisch-judikalische Bestrebungen einmünden. Der entscheidend „formende Einfluß“ einer Konsultation durch einen „klinischen Ökologen“ auf die Konzeptualisierung der multiplen somatoformen Beschwerden als „Umwelterykrankung“ kann ebenso wenig unterschätzt, wie die verordneten „ökologischen Therapiemaßnahmen“ in ihren potentiell verhängnisvollen Auswirkungen auf die Lebensführung der Patienten überschätzt werden können. So tragen die Aufgabe des Arbeitsplatzes, ein Rückzug in „keimfrei abgeschirmte Räume“ mit weitgehender Meidung üblicher Sozialkontakte, langfristige Aufenthalte in „ökologischen Spezialkliniken“, die Befolgung strikter Diätvorschriften usw. maßgeblich zu dem hohen psychosozialen Behinderungsgrad vieler dieser Patienten bei.

### „Destruktive Momente im somatisierenden Krankheitsverhalten“

Die Dimension der Destruktivität kann bei somatisierenden Patienten sehr unterschiedliche Aspekte aufweisen. Diese sind beispielsweise in der assoziierten Häufigkeit von früheren und aktuellen Suizidversuchen, von offen-impulshafter und/oder heimlich-täuschender Selbstschädigung, von chronischen Schmerzsyndromen und schließlich invasiven Eingriffen aufzufinden. Gerade letztere müssen als durchgeführte diagnostische Maßnahmen und Operationen hinsichtlich möglicher iatrogenen Schädigungen reflektiert werden. Tab. 1 soll diesen Sachverhalt bei neurologischen Patienten mit Konversionssyndromen veranschaulichen, die den diagnostischen Gruppen einer Konversionsstörung, einer Somatisierungsstörung und einer artifiziellen Störung zugeordnet werden konnten (Kapfhammer et al. 1997 b).

*Iatrogene Schädigungen* können als Folge einer einseitigen diagnostischen Haltung des Arztes, als Folge einer unbewußten Selbstschädigung des Patienten sowie als Folge von Täuschung und heimlicher Selbstmißhandlung durch einen Patienten mit artifizieller Störung auftreten. Es ist möglich alle drei Fälle in unterschiedlicher Akzentuierung bei Patienten mit Somatisierungssyndromen zu finden. Somatoforme Störungen einerseits und artifizielle Störungen andererseits sollten hierbei weniger als getrennte diagnostische Kategorien verstanden werden. Vielmehr bilden sie in der klinischen Realität eine breite Übergangszone (Kapfhammer et al. 1997 b,c).

Hervorzuheben sind vor allem die Motive einer „unbewußten Selbstschädigung“ sowie einer heimlichen „Selbstmißhandlung“ in ihren interaktionellen Folgen für die Arzt-Patienten-Beziehung.

Eine „*unbewußte Selbstbeschädigung*“ ist bei jenen Patienten zu vermuten, die sich im Laufe ihres Lebens wegen persistierend somatoformer Beschwerden zahllosen Operationen unterziehen, dabei aber in der Interaktion mit einem

	Konversionsstörung [n = 132]	Somatisierungsstörung [n = 28]	artifizielle Störung [n = 9]
	%	%	%
Suizidversuche in Anamnese	5%	18%	22%
offene Selbstbeschädigung	-	4%	33%
heimliche Selbstmißhandlung	-	4%	100%
chronische Schmerzen	25%	61%	33%
häufige invasive Diagnostik / Operationen [> 5]	6%	89%	78%

Chirurgen unbewußte Selbstbestrafungsimpulse und archaische Schuldgefühle ausleben. Das Moment der interaktionellen Täuschung tritt bei dieser Patientengruppe völlig in den Hintergrund (Menninger 1934). Fink (1992 a) zeigte in einer klinischen Studie an Patienten mit Somatisierungsstörung, daß eine Hysterektomie die am häufigsten durchgeführte, meist nur unklar indizierte Operation war.

In einer „heimlichen Selbstmißhandlung“ fügen sich wiederum Patienten Wunden zu, induzieren künstlich Krankheitssymptome oder interferieren höchst negativ mit einer laufenden Therapie. Wengleich diese Manipulationen in einem destruktiven Selbstdialog zwischen Patient und seinem Körper ablaufen, erlangen sie ihre interaktionelle Bedeutung erst durch die Tatsache, daß Ärzte mit einbezogen werden. Zentral ist die Täuschung, der Tarnungscharakter, worüber sich der Patient zumindest partiell bewußt ist, ohne aber die eigentlichen Motive für sein Handeln im vollen Umfang schon zu verstehen (Plassmann 1987).

Das „Münchhausen-Syndrom“ ist für jene klassische Patientengruppe mit chronischen artifiziellen Störungen zu reservieren. Syndromal liegen bei ihr neben einer „heimlichen Selbstmißhandlung“ mit häufig bizarrer Körpersymptomatik vor allem Züge einer Pseudologia phantastica, Anzeichen einer sozialen Entwurzelung mit zahlreichen Beziehungsabbrüchen, häufigen dissozialen Entwicklungen mit Delinquenz und Drogenabhängigkeit, ein extensives Wandern von Krankenhaus zu Krankenhaus als dominantem Lebensstil vor (Asher 1951).

Auf die bereits in der unbewußten Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung angelegte Doppelposition des Arztes muß nachdrücklich hingewiesen werden. Der Arzt spielt einerseits häufig den Part des idealisierten Heilers, von dem sich der Patient auch eine Genesung für seine frühen Wunden erhofft. Andererseits aber läuft jener im Nichtverstehen der zugrundeliegenden Dynamik auch Gefahr, in projektiver Identifikation gebunden als kontrollierendes, eindringendes und zuweilen auch verstümmelndes Objekt lebensgeschichtlichen Traumatisierungen fortzuschreiben.

### „Sozioökonomische Kosten von Somatisierungssyndromen“

Die sozioökonomische Dimension vor allem chronischer Somatisierungssyndrome gerät zunehmend in den Fokus einer gesundheitspolitischen Diskussion. Fink (1992 b, c) zeigte an Hand des Nationalen Dänischen Patientenregisters für einen Beobachtungszeitraum von acht Jahren, daß ein Fünftel aller Patienten mit mehr als zehn stationär-klinischen Behandlungen Patienten mit persistierenden Somatisierungssymptomen waren. Diese wiesen in der Lebenszeitperspektive einen Median von 22 Krankenhausaufnahmen auf. In einer klinischen Studie an neurologischen Patienten mit Konversionsyndromen machten wir ähnliche Beobachtungen (Kapfhammer et al. 1997 b, s.o.), die in Tab. 2 zusammengestellt sind:

Tabelle 2 Krankheitsverhalten während des vergangenen Jahres in den diagnostischen Subgruppen von neurologischen Patienten mit Konversionssyndromen			
	<i>Konversionsstörung</i> [n = 132]	<i>Somatisierungsstörung</i> [n = 28]	<i>artifizielle Störung</i> [n = 9]
Krankenhaustage	18+/-6	76+/-23	62+/-19
Tage mit Krankschreibung/ Arbeitsunfähigkeit	37+/-18	214+/-43	187+/-46
Arztkontakte pro Monat	0.4	4.8	0.5
Besuch anderer „Spezialambulanzen“	-	5	-
abgeschlossenes / laufendes Rentenverfahren	3%	32%	11%
aktueller GAF-Wert	37+/-16	31+/-19	25+/-7
höchster GAF-Wert im zurückliegenden Jahr	74+/-14	42+/-13	39+/-8

Auch wenn wir u.U. davon ausgehen mußten, daß es sich bei unseren Patienten um eine Extremgruppe handelte, so war doch die sehr hohe Anzahl von Krankenhaustagen und Arbeitsfehlzeiten mit den hieraus resultierenden Kosten bei der Subgruppe mit Somatisierungs- und artifiziellen Störungen hervorzuheben. Patienten mit Somatisierungsstörung kontaktierten zusätzlich durchschnittlich fünfmal pro Monat einen ambulanten Arzt wegen ihrer Beschwerden. Sie suchten im zurückliegenden Jahr ferner noch ca. fünf andere Spezialambulanzen der unterschiedlichsten medizinischen Fächer, aber auch paramedizinischen Institutionen auf. Bei einem Drittel spielte ein Rentenverfahren wegen der chronischen Körperbeschwerden eine wichtige Rolle. Die Einstufung der aktuellen und längerfristigen psychosozialen Adaptation belegte, daß sowohl die Subgruppe der Patienten mit Somatisierungsstörung als auch die mit artifiziellen Störungen Charakteristika einer chronischen Erkrankung mit einer hiermit assoziierten hohen psychosozialen Behinderung aufwiesen.

### Voraussetzungen für eine Therapie von Patienten mit Somatisierungsstörungen

Für eine erfolgsversprechende ärztliche Führung von Patienten mit Somatisierungsstörungen in der Klinik ist eine Reihe von Voraussetzungen zu beachten. Eine *sorgfältige körperliche Statuserhebung* ist stets die Grundlage, soll der Patient sich in seinem Anliegen verstanden fühlen und will der Arzt selbst in seinem Urteil sichergehen, d.h. evtl. zusätzlich vorhandene somatische Erkrankungen auch erfassen. *Die diagnostischen Zusatzuntersuchungen* sollten sich hierbei auf ein notwendiges Maß beschränken und bereits durchgeführte diagnostische Verfahren nicht ständig aufs neue wiederholt werden. Dies schließt aber mit ein, daß sich der Arzt die *Zeit* nimmt, die bereits vorliegenden Daten zusammen mit dem Patienten zu sichten. In der *Vermittlung der Befunde* wird vom Arzt eine besondere Sorgfalt und Einfühlsamkeit gefordert, eine Interpretation hat das typische Verständnisniveau des Patienten zu berücksichtigen, das sich definitionsgemäß auf die Beschwerden und Symptome in seiner Körperfühlsphäre konzentriert. Eine rein naturwissenschaftliche, organmedizinische Sprache, die zum Ergebnis „kein pathologischer Befund“ gelangt, wird die erste *Kommunikationsstörung in der Arzt-Patienten-Beziehung* provozieren, wenn sie sich ausschließlich hiermit begnügt. Es ist von entscheidender Wichtigkeit, dem Patienten glaubwürdig mitzuteilen, daß eine ärztliche Untersuchung auch die Überprüfung evtl. vorhandener affektiver oder kognitiver Symptome, also die Erhebung eines *psychopathologischen Status* erfordert und auch eine sorgfältige Exploration der *psychosozialen Lebenssituation* des Patienten beinhaltet.

Kann bei diesem Klärungsprozeß ein somatoformes Syndrom nachgewiesen werden, so liegt es wiederum am Arzt, seinen diagnostischen Eindruck empathisch zu vermitteln. Fühlt er sich imstande, diese bedeutsamen psychischen und psychosozialen Aspekte der Krankheitsgeschichte des Patienten zu beachten und therapeutisch adäquat anzusprechen, so hat er in der weiteren Führung und Beratung des Patienten

einen unschätzbaren Vorteil auf seiner Seite. Zu einer möglichen Belastung in der Arzt-Patienten-Beziehung kann es aber wieder kommen, wenn er zu einer sichereren Klärung einen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Rat einholen möchte, da dieses Vorhaben fast naturgemäß zu einer Vertrauenskrise führt, sich der Patient abgeschoben fühlt. Der Schritt zu einer Motivation für ein *konsiliar-psychiatrisches Gespräch* oder für eine fachpsychiatrische Behandlung muß deshalb besonders sorgfältig besprochen, Mißverständnisse geklärt und auftretende interaktive Affekte offengelegt werden. In dieser Öffnung gegenüber einem Dritten sollte der somatische Arzt keinen Kompetenzverlust erleben, den er beispielsweise durch die Verordnung von streng indizierten Medikamenten kompensieren möchte. Vielmehr sollte er einen sehr engen Meinungsaustausch mit dem Konsiliarpsychiater suchen.

In einer konsiliar-psychiatrischen Perspektive ist es selbstverständlich grundlegend, die einzelnen diagnostischen Gruppen somatoformer Störungen identifizieren zu können. Für eine klinisch-praktikable Befunderhebung, aber auch für eine differenzierte Therapieplanung besitzt die Beschreibung entlang einzelner Dimensionen, wie sie in *Tab. 3* aufgeführt sind, einige Vorteile.

Tabelle 3

#### Dimensionale Beschreibung von Patienten mit funktionellen körperlichen Störungen [adaptiert nach Mayou et al. 1995]

- körperliche Symptome / Beschwerden
  - mono-/oligosymptomatisch versus polysymptomatisch
  - Akuität versus Chronizität
- zentrale körper-/krankheitsbezogene Erfahrungen
  - hypochondrische Ängste / Überzeugungen
  - externalisierende Attributionen z.B. an die Umwelt
- Krankheitsverhalten
  - Kontaktverhalten zu Ärzten / medizinischen Einrichtungen
  - selbstdestruktive Dimension (Anzahl invasiver Eingriffe, Suizidalität, offene/heimliche Selbstschädigung, chronische Schmerzen)
  - Arbeitsunfähigkeit/ Berentung
  - sekundärer Krankheitsgewinn
  - psychosoziale Behinderungen
- psychosoziale Stressoren
  - akut versus chronisch
- psychopathologische Begleitsyndrome
  - z.B. Angst, Depression, Substanzmißbrauch
- Kontrolle über Symptomproduktion
  - somatoform - artifiziell - simuliert
- koexistente organische Störungen / pathophysiologische Mechanismen



Der Konsiliarpsychiater kann nur erste Therapieentscheidungen treffen. Für eine Durchführung dieser Maßnahmen ist er aber meist auf niedergelassene Kollegen angewiesen. Insbesondere muß er sich um die konstruktive Mitarbeit des Hausarztes des Patienten bemühen. Ihm muß er detailliert über seine diagnostische Einschätzung berichten, ihn hinsichtlich konkreter Therapiemöglichkeiten beraten und ihm vor allem Hilfen für den förderlichen Umgang mit dem somatisierenden Patienten an die Hand geben.

Als *orientierende Richtlinien in der Therapie* von Patienten mit Somatisierungsstörungen sollen folgende Behandlungsziele festgehalten werden:

1. Reduktion der Symptome
2. Reduktion des psychosozialen Stresses
3. Reduktion der psychosozialen Behinderung
4. Begrenzung einer inadäquaten Inanspruchnahme von medizinischen Einrichtungen.

### **Therapieansätze bei Somatisierungsstörungen**

Die Behandlung von Patienten mit Somatisierungsstörungen ist nicht das Feld eines einzigen elitären Ansatzes. In aller Regel muß sie sich *auf multimodale Verfahrensweisen* stützen, um der besonderen therapeutischen Herausforderung durch diese Patientengruppe zu genügen. Eine zuverlässige therapeutische Beziehung, eine geduldige Erziehung sowie eine wiederkehrende ärztliche Versicherung stellen die Grundpfeiler in der Behandlung eines Patienten mit einer Somatisierungsstörung dar. Als *allgemeine Prinzipien* können formuliert werden (Folks, Houck 1993):

- korrekte Diagnosestellung einschließlich der assoziierten somatischen und psychiatrischen Komorbidität
- kritikfreie Annahme des Somatisierungsverhaltens des Patienten
- regelmäßige Versicherung durch eine adäquate medizinische Beurteilung
- initial eher das Gesicht wählende somatische Erklärungen für die körperlichen Beschwerden, z.B. durch Rückgriff auf physiologische Korrelate wie Muskelverspannung, Hyperventilation usw. bei zugeordneten Beschwerden.
- allmählich aber Einführung von Konzepten körperlicher Reaktionen infolge psychosozialer Streßeinflüsse
- Formulierung realistischer Therapieziele
- Vermeidung der Illusion einer vollständigen Heilung
- Bestärkung von adaptiven Verhaltensweisen und Fertigkeiten
- Einsatz von zeitlich begrenzten, nicht-medikamentösen Ansätzen wie physikalisch-medizinische Maßnahmen
- Ermutigung zur Selbstbeobachtung von körperlichen Symptomen in bestimmten psychosozialen Belastungen sowie zum offenen Bericht in regelmäßig vereinbarten Arztkontakten
- Abraten von Alkohol und frei verkäuflichen Medikamenten zur Eigentherapie
- Abraten von Doktor-Shopping und Polypharmazie, statt

- dessen Anbindung an einen hauptverantwortlichen Arzt
- Überweisung an Psychiater auf Wunsch oder zur Behandlung von gravierenden oder behandlungsresistenten psychiatrischen Problemen.

Smith et al. (1986) und Rost et al. (1994) konnten nachweisen, daß durch **eine gezielte patientenbezogene Aufklärung von Hausärzten durch Konsiliarpsychiater sowie durch eine schriftliche Empfehlung allgemeiner Therapierichtlinien** die ärztliche Führung von Patienten mit Somatisierungssyndromen erheblich erleichtert wird und zu einer deutlichen Verbesserung des Gesundheitsstatus bei gleichzeitig signifikanter Reduktion der verursachten Kosten führt. *Edukative Ansätze*, bei denen Patienten in mehreren **ambulanten Gruppensitzungen** konzentriert mit diesen Behandlungsprinzipien vertraut gemacht wurden und Möglichkeiten zu sozialem Austausch und gegenseitiger Unterstützung erhielten, zeigten ebenfalls ermutigende Resultate (Kashner et al. 1995). Patienten mit ausgeprägter Chronizität der somatischen Beschwerden können auch von einer **stationären Behandlung** gut profitieren, wenn auf die Störung abgestimmte Rahmenbedingungen gewährleistet sind (Shorter et al. 1992).

Für einzelne Störungen, spezielle somatoforme Syndrome oder besondere Aspekte des Krankheitsverhaltens existiert mittlerweile eine Reihe von sehr ermutigenden Therapieverfahren (Mayou et al. 1995, Rief 1995). Es sollen deshalb hier nur sehr verkürzt allgemeine Behandlungsperspektiven skizziert werden.

### **Psychopharmakotherapie**

Stellen die Somatisierungssyndrome einen integralen Bestandteil einer zugrundeliegenden psychiatrischen Störung dar, so ist in jedem Fall ein psychopharmakologischer Behandlungsversuch zu diskutieren. Entsprechend dem führenden psychopathologischen Syndrom, das in der Regel auf zentrale Angsteffekte oder depressive Verstimmungen verweist, spielt der Einsatz von Antidepressiva eine besondere Rolle (Katon, Sullivan 1995). Auch die niedrigdosierte, zeitlich aber klar zu begrenzende Gabe von Neuroleptika kann erwogen werden (Kapfhammer, Laakmann 1993). Analoge Überlegungen können auch für eine psychiatrische Komorbidität bei einzelnen somatoformen Störungen erfolgen. Hinsichtlich der therapeutischen Erfahrungen einer gezielten psychopharmakologischen Beeinflussung von somatoformen Symptomen per se ist die empirische Datenlage aber noch sehr dürftig (Volz et al. 1992).

### **Kognitive Verhaltenstherapie**

Mittlerweile existiert eine Reihe von empirisch erprobten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen zur psychotherapeutischen Führung von Patienten mit Somatisierungsstörungen (Sharpe 1997). Diese Therapieverfahren teilen einige charakteristische Gemeinsamkeiten:

- Bearbeitung von zentralen kognitiven Schemata und Überzeugungen hinsichtlich der somatischen Symptome
- Psychotherapie 2. Jahrg. 1997, Bd. 2, Heft 2 © CIP-Medien, München

- Sensibilisierung gegenüber den kognitiven Effekten von Aufmerksamkeit und Körperwahrnehmung
- Reduktion von vermeidendem Coping und Aufbau von alternativen Lösungsstrategien
- physische Aktivierung und Bestärkung von „Normalverhalten“
- Einbeziehung „wichtiger Partner“ in den Therapieprozeß.

Der Vorteil eines verhaltenstherapeutischen Ansatzes ist die strategische Ausrichtung unterschiedlicher Therapieziele entsprechend einer Problemsegmentierung und -hierarchisierung. Hierzu kann eine vorgeschaltete multidimensionale Diagnostik (s.o.) ganz entscheidend beitragen.

### Psychodynamisch orientierte Psychotherapie

Ein psychodynamisch orientierter Therapieansatz wiederum versucht zentrale Konflikte und Affektzustände als Indikatoren für ein gestörtes Selbst- und Objekterleben des Somatisierungspatienten zu verstehen und auch die unbewußte Dimension der Inszenierung in der aktuellen Arzt-Patienten-Beziehung zu erkennen. Gerade die fast gesetzmäßig über kurz oder lang aufscheinende feindselige Komponente in den Interaktionen zwischen Patient und Arzt, die unreflektiert häufig zu Abbrüchen der therapeutischen Beziehung führt oder aber über eine projektive Identifizierung den Arzt zu immer invasiveren diagnostischen Prozeduren und zu schädigenden Therapiemaßnahmen induzieren kann, muß als Übertragungs-Gegenübertragungsprozeß erkannt werden. In der ärztlichen psychotherapeutischen Führung dieser Patienten kann es nicht erstes Ziel sein, eine detaillierte Aufarbeitung der Lebensgeschichte anzustreben. Wichtige biographische Themen wie z.B. frühe traumatische Verluste von Elternfiguren, beeinträchtigende Erfahrungen mit schwerwiegenden eigenen Erkrankungen oder von Familienangehörigen, speziell auch tief verankerte Schuldgefühle und Bestrafungswünsche, die unbewußte Sehnsucht nach Wiedergutmachung und Heilung für narzißtische Wunden, die ausschließlich über ein somatisiertes „Beschwerdeangebot“ ausgedrückt werden, können von entscheidender Orientierung für die therapeutische Gesprächsführung sein. Behandlungstechnisch wird dem supportiv-klärenden Pol gegenüber dem konfrontierend-deutenden Pol ein Übergewicht einzuräumen sein. Speziell tief verankerte Schuldgefühle und Bestrafungswünsche, aber auch die unbewußte Sehnsucht nach Wiedergutmachung und Heilung für narzißtische Wunden, die vorrangig über eine somatisiertes Beschwerdeangebot ausgedrückt werden, sind hierbei zu beachten (Kapfhammer 1995, Rodin 1984).

Wenngleich eine Kombination der hier kurz skizzierten psychotherapeutischen Verfahren und psychopharmakologischen Interventionen oft zu recht ermutigenden Behandlungsergebnissen führen kann, profitiert eine nicht unbedeutende Subgruppe von Patienten mit Somatisierungsstörungen ganz offenkundig nicht von ärztlichen und/oder psychologischen Behandlungsverfahren. Bass und Potts (1993) stellten eine Reihe von Kennzeichen zusammen, die Patienten mit Somatisierungsstörungen und einer eher ungünstigen

Prognose hinsichtlich psychotherapeutischer Verfahren charakterisieren:

- fehlende Angst- und depressive Symptome
- starke Attribution an somatische Ursachen
- Symptomatik durch Angst oder psychosozialen Streß nicht verstärkt
- langjährige erfolglose medizinische, vor allem chirurgische Interventionen
- chronische Schmerzsymptomatik
- fehlende bedeutsame „Lebensereignisse“ oder psychosoziale Stressoren bei Beginn
- therapieresistente affektive Störung
- Partner mit ausgeprägter Hypochondrie-Tendenz.

### Literatur

- Asher, R (1951) Munchausen syndrome. *Lancet* 1: 339-341
- Barsky AJ (1992) Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 33: 28-34
- Bass C, Benjamin S (1993) The management of chronic somatization. *Br J Psychiatry* 162: 472-480
- Bass C, Potts S (1993) Somatoform disorders. In: Grossman GK (ed) *Recent advances in clinic psychiatry* 8. Churchill Livingstone, London 1993, 143-163
- Bass C, Sharpe M, Mayou R (1995) The management of patients with functional somatic symptoms in the general hospital. In: Mayou R, Bass C, Sharpe M (eds) *Treatment of functional somatic symptoms*. Oxford University Press, Oxford, New York, Tokyo, 410-427
- Bridges KW, Goldberg DP (1985) Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 29: 563-569
- Cohen K, Auld F, Brooker H (1994) Is alexithymia related to psychosomatic disorder and somatization? *J Psychosom Res* 38: 119-127
- Craig TKJ, Boardman AP, Mills K, et al (1993) The South London somatization study I: Longitudinal course and the influence of early life experiences. *Br J Psychiatry* 163: 570-588
- Fink P (1992a) Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. *J Psychosom Res* 36: 439-447
- Fink P (1992b) The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychol Med* 22: 173-180
- Fink P (1992c) Physical complaints and symptoms of somatizing patients. *J Psychosom Res* 36: 125-136
- Folks DG, Houck CA (1993) Somatoform disorders, factitious disorders, and malingering. In: Stoudemire A, Fogel BS (eds) *Psychiatric care of the medical patient*. Oxford University Press, New York, Oxford, 267-287
- Kapfhammer HP (1985) *Psychoanalytische Psychosomatik. Neuere Ansätze der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie und Objektbeziehungstheorie*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York
- Kapfhammer HP (1995) Der Patient mit Somatisierungsstörungen. In: Hippus H, Lauter H, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie für die Praxis* 22. Der Problempatient in der Praxis. MMV Medizin Verlag München, 35-52
- Kapfhammer HP (1997) Psychiatrische Aspekte der Umweltmedizin - Zur Diagnostik und Behandlung von Umweltängsten und somatoformen Umweltunverträglichkeiten. In: Dott, Merk, Neuser, Osieka (Hrsg) *Lehrbuch der Umweltmedizin (im Druck)*

- Kapfhammer HP, Laakmann G (1993) Psychopharmakotherapie neurotischer und psychovegetativer Störungen. In: Möller HJ (Hrsg) Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Enke Verlag, Stuttgart, 426-451
- Kapfhammer HP, Wittbrodt M, Tischinger M, Rothenhäusler HB (1997 a) Konversionssyndrome in der Neurologie - eine test-psychologische Differenzierung. Zeitschr Psychosom Med Psychoanalyse (eingereicht)
- Kapfhammer HP, Dobmeier P, Mayer C, Rothenhäusler HB (1997 b) Konversionssyndrome in der Neurologie - eine psychopathologische und psychodynamische Differenzierung in Konversionsstörung, Somatisierungsstörung und artifizielle Störung. Psychosom Psychother med Psychol (im Druck)
- Kapfhammer HP, Dobmeier P, Rothenhäusler HB, Mayer C (1997) Artifizielle Störungen: Zwischen Täuschung und Selbstschädigung. *Nervenarzt* (eingereicht)
- Kashner TM, Rost K, Cohen B, et al. (1995) Enhancing the health of somatization disorder patients. Effectiveness of short-term group therapy. *Psychosomatics* 36: 462-470
- Katon W, Sullivan M (1995) Antidepressant treatment of functional somatic symptoms. In: Mayou RA, Bass C, Sharpe M (eds) Treatment of functional somatic symptoms. Oxford University Press, Oxford, New York, Tokyo, 103-123
- Kellner R (1990) Somatization, theories and research. *J Nerv Ment Dis* 178: 150-160
- Kellner R (1991) Psychosomatic syndromes and somatic symptoms. American Psychiatric Press, Washington, DC
- Kellner R (1992) The treatment of hypochondriasis: To reassure or not to reassure? The case for reassurance. *Int Rev Psychiatry* 4: 71-88
- Kiss A (1992) Patient mit funktionellen Beschwerden - was tun? *Schweiz med Wschr* 122: 470-474
- Kroenke K, Arrington MA, Mangelsdorff D (1990) The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy. *Arch Intern Med* 150: 1685-1689
- Kroenke K, Mangelsdorff D (1989) Common symptoms in ambulatory care: Incidence, evaluation, therapy, and outcome. *JAMA* 86: 262-266
- Lipowski ZJ (1988) Somatization. The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 145: 1358-1368
- Lumley MA, Stettner L, Wehmer F (1996) How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J Psychosom Res* 41: 505-518
- Mayou RA (1989) Illness behavior and psychiatry. *Gen Hosp Psychiatry* 11: 307-312
- Mayou R, Bass C, Sharpe M (eds) (1995) Treatment of functional somatic symptoms. Oxford University Press, Oxford, New York, Tokyo
- Mayou R, Sharpe M (1995) Patients whom doctors find difficult to help. An important and neglected problem. *Psychosomatics* 36: 323-325
- Menninger, K (1934) Polysurgery and polysurgery addiction. *Psa Quarterly* 3: 173-199.
- Nemiah JC, Sifneos PE (1970) Psychosomatic illness: A problem of communication. *Psa Quart* 44: 81-106
- Pennebaker JW, Watson D (1991) The psychology of somatic symptoms. In: Kirmayer LJ, Robbins JM (eds) Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives. American Psychiatric Press, Washington, DC, 21-35
- Plassmann R (1987) Der Arzt, der Artefakt-Patient und der Körper. Eine psychoanalytische Untersuchung des Mimikry-Phänomens. *Psyche* 41: 883-899
- Rief W (1995) Multiple somatoforme Symptome und Hypochondrie. Empirische Beiträge zur Diagnostik und Behandlung. Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Rodin GM (1984) Somatization and the self: Psychotherapeutic issues. *Am J Psychother* 38: 257-263
- Rost KM, Kashner MT, Smith GR (1994) Effectiveness of psychiatric intervention with somatization disorder patients: Improved outcomes at reduced costs. *Gen Hosp Psychiatry* 16: 381-387
- Sharpe M (1997) Cognitive behavior therapy for functional somatic complaints. The example of chronic fatigue syndrome. *Psychosomatics* 38: 356-362
- Shorter E, Abbey S, Gillies LA, et al (1992) Inpatient treatment of persistent somatization. *Psychosomatics* 33: 295-301
- Smith GR, Monson RA, Ray DC (1986) Psychiatric consultation in somatization disorder: A randomized controlled study. *New Engl J Med* 314: 1407-1413
- Stoudemire A (1991) Somatothymia: Parts I and II. *Psychosomatics* 32: 365-381. *Psychosom Med* 57: 403-409
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1997) Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press, Cambridge
- Volz HP, Stieglitz RD, Menges K, Möller HJ (1994) Somatoform disorders - Diagnostic concept, controlled clinical trials, and methodological issues. *Pharmacopsychiat* 27: 231-237
- Warwick HMC (1992) Provision of appropriate and effective reassurance. *Int Rev Psychiatry*

**PD Dr. Dr. H. P. Kapfhammer**

Psychiatrische Klinik der Universität München  
 Nußbaumstr. 7, 80336 München  
 Tel.: 089-5160-3354  
 Fax: 089-5160-3342