

Wenn der Körper Alarm schlägt: die therapeutische Beziehung bei psychischen Störungen mit körperlichen Symptomen

Hans-Jürgen Luderer

Zusammenfassung: *Körperliche Symptome, die nicht ausreichend durch körperliche Erkrankungen erklärt werden können, finden sich bei allen psychischen Störungen. Bei somatoformen Störungen, Konversionsstörungen, dissoziativen und ähnlichen Störungen stehen sie jedoch immer im Vordergrund des Beschwerdebilds. Trotz offensichtlicher psychischer Probleme nehmen sich Patienten mit diesen Störungen nicht als psychisch beeinträchtigt, sondern als körperlich krank wahr. In diesem Beitrag sollen nach einem Überblick über Diagnostik, Epidemiologie und psychosoziale Hintergründe Möglichkeiten des psychotherapeutischen Zugangs und des Aufbaus einer therapeutischen Beziehung zu diesen Patienten aufgezeigt werden.*

Einführung

Körperliche Symptome und Krankheitsängste, die nicht ausreichend durch körperliche Erkrankungen erklärt werden können, können bei allen psychischen Störungen vorkommen. Wenn sie im Vordergrund des Beschwerdebilds stehen und nicht durch andere psychische Störungen erklärt werden können, spricht man nach ICD-10 und DSM-IV von somatoformen Störungen, Konversionsstörungen, dissoziativen und ähnlichen Störungen. Man schätzt, dass körperliche Symptome ohne körperliche Ursache oder Krankheitsängste ohne zugrundeliegende körperliche Krankheit Anlass von etwa einem Drittel aller Arztbesuche sind (Wessely et al. 1999). Im medizinischen Versorgungssystem fallen diese Patienten oft durch alle Raster. Sie nehmen sich in der Regel trotz offensichtlicher psychischer Probleme als körperlich krank und nicht als psychisch beeinträchtigt wahr. Folgerichtig suchen sie in erster Linie Hilfe bei Allgemeinärzten, Fachärzten somatischer Disziplinen, somatischen Notambulanzen und Krankenhäusern. Das übliche medizinische Vorgehen besteht in körperlichen und apparativen Untersuchungen. Bei negativem Ergebnis erhalten die Patienten die Mitteilung, eine körperliche Erkrankung liege nicht vor. Bei zweifelhaften Befunden erfolgt die Überweisung zur weiteren Diagnostik an andere Spezialisten.

Patienten mit somatoformen und verwandten Störungen haben meist kurze Kontakte zu verschiedenen Ärzten. Die Gründe hierfür liegen sowohl im Patientenverhalten als auch in der Reaktion des medizinischen Versorgungssystems. Zum einen suchen die meisten dieser Patienten rasche Klärung und unmittelbare Hilfe. Einige hoffen, diese bei immer wieder anderen, möglicherweise

kompetenteren Ärzten zu erhalten. Andere sind vorübergehend beruhigt, wenn sie erfahren, dass keine ernsthafte körperliche Krankheit vorliegt. Zum anderen betrachten Ärzte somatischer Disziplinen ihre Aufgabe zunächst als abgeschlossen, wenn eine körperliche Krankheit mit weitgehender Sicherheit ausgeschlossen werden konnte.

Vorstellungen über körperliche Beschwerden und Krankheitsängste ohne körperliche Befunde: historische Entwicklung

Die erste Beschreibung eines dramatischen Krankheitsbilds von vielfältigen körperlichen und psychischen Beschwerden ohne zugrundeliegende bedrohliche körperliche Krankheit findet sich ca. 1900 v. Chr. im gynäkologischen Kahun-Papyrus, dem Medizin-Papyrus Kahun VI.1. Dort wurde erstmals die Theorie des wandernden Uterus formuliert, nach der ein durch sexuelle Abstinenz und unerfüllten Kinderwunsch unruhig gewordener Uterus durch den Körper wandert und andere Organe in Unordnung bringt (Tasca, Rapetti, Carta, Fadda, 2012). Hippokrates (460–433 v. Chr.) prägte hierfür erstmals den Begriff der Hysterie. Im Mittelalter verschwand der Hysteriebegriff und wurde durch die Vorstellung der Besessenheit abgelöst. Im 16. Jahrhundert kam es langsam zu einem Wiederaufleben des Krankheitskonzepts der Hysterie (Paracelsus, 1493–1541). Bis zur zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts gab es jedoch keine klare Beschreibung und kein schlüssiges Krankheitskonzept. Symptome und Verlauf der Hysterie wurden erstmals durch Paul Briquet (1796–1881) geschildert. Dem französischen Neurologen J. M. Charcot (1825–1893) ist es zu verdanken, dass die Hysterie 1882 als Krankheit anerkannt wurde. Ein erstes psychologisches Krankheitskonzept der Hysterie verdanken wir Pierre Janet (1859–1947). Er formulierte die Hypothese, dass hysterische Symptome durch „unterbewusste fixe Ideen“ und traumatische Lebensereignisse hervorgerufen werden können und dass die Symptome daher Symbolcharakter haben. Traumatische Erlebnisse können nicht verarbeitet werden und gelangen auf diese Weise nicht in das Bewusstsein. Die Erinnerungsfragmente bleiben deshalb vom Bewusstsein getrennt. Diese psychischen Vorgänge nannte er Dissoziation. Im Gegensatz hierzu steht das von Breuer und Freud (1895, S. 161 ff.) entwickelte Konversionskonzept. Dieses geht davon aus, dass die durch innere Triebkräfte entstehenden Wünsche nicht zugelassen und deshalb in körperliche Symptome umgewandelt werden.

Klassifikation und Diagnostik

„Hysterie“ bzw. „Hysterische Neurose“ war von der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bis in die späten 70er Jahre eine allgemein anerkannte diagnostische Bezeichnung. Beschreibungen des Krankheitsbilds umfassten charakterliche Besonderheiten (hohe Emotionalität, intensive Darstellung von Gefühlen), körperliche Symptome (Empfindungen und Funktionsstörungen ohne organische Ursache) und psychische Symptome (verminderte Kontrolle über Bewusstsein, Wahrnehmung und Verhalten). Sie wurden ursächlich als Folgen früher belastender Erlebnisse gesehen. Im Verlauf der 70er Jahre wurden zunehmend die Nachteile dieses Konzepts gesehen. Zum einen hat das Wort „Hysterie“ im allgemeinen Sprachgebrauch einen negativen Wertakzent. Vor allem aber erwies sich die Zusammenfassung sehr unterschiedlicher Phänomene (charakterliche Besonderheiten, körperliche Beschwerden, körperliche Funktionsstörungen, psychische Symptome) als problematisch. Deshalb wurde in den modernen Diagnosesystemen ab DSM-III (1980) und ICD-10 (1992) die Krankheitsbezeichnung „hysterische Neurose“ vermieden und in die bisher unter diesem Begriff zusammengefassten psychischen Störungen aufgeteilt.

Die Aufteilung nach ICD-10 (1991) und DSM-IV (1994) umfasst folgende Störungen:

- F45: somatoforme Störungen (Körperliche Beschwerden und / oder Krankheitsangst ohne hinreichende Erklärung durch körperliche Befunde)
- F44.4-44.7: Konversionsstörungen (pseudoneurologische Störungen wie Anfälle, motorische oder sensorische Phänomene)
- F44.0-44.3: dissoziative Störungen im engeren Sinn (rein psychische Phänomene wie Trance, Besessenheit, Dämmerzustände, Fugue, Identitätsstörung, Depersonalisationsstörung)
- F60.4: histrionische Persönlichkeitsstörung (zeitlich überdauernde Charakteristika wie Bedürfnis nach Aufmerksamkeit, intensive Darstellung von Gefühlen, Suggestibilität).

Die somatoformen Störungen wurden wie folgt unterteilt:

- F45.0: Somatisierungsstörung: sechs oder mehr unterschiedliche körperliche Symptome (DSM-IV: 13 Symptome), Dauer mindestens zwei Jahre
- F45.1: undifferenzierte Somatisierungsstörung: weniger als sechs körperliche Symptome, Dauer mindestens sechs Monate
- F45.2: hypochondrische Störung: ständige Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer schweren oder fortschreitenden körperlichen Erkrankung zu leiden, wobei die befürchtete Erkrankung genannt werden kann
- F45.4: anhaltende somatoforme Schmerzstörung: Somatisierungsstörung mit vorherrschender Schmerzsymptomatik
- F45.3: somatoforme autonome Funktionsstörung: Beschwerden in vollständig vegetativ innervierten und kontrollierten

Organen (z. B. Magen- Darmbeschwerden, Herzbeschwerden, Beschwerden beim Wasserlassen).

Die für den empathischen Zugang wichtigen Unterschiede zwischen hypochondrischen Störungen und allen Formen der Somatisierungsstörung lassen sich wie folgt zusammenfassen: Patienten mit Somatisierungsstörungen, Schmerzstörungen und Konversionsstörungen leiden unter körperlichen Symptomen und tun alles, um von ihren Symptomen befreit zu werden. Patienten mit hypochondrischen Störungen leiden unter der Befürchtung, krank zu sein, tun alles, um die körperliche Ursache der vermeintlichen Krankheit zu finden und befürchten Nebenwirkungen der Behandlung.

Im DSM-5 (2013, s. hierzu auch Ehret & Berking, 2013) wird eine Vereinfachung dieser Aufteilung vorgenommen. Somatisierungsstörung, undifferenzierte Somatisierungsstörung, Schmerzstörung und somatoforme autonome Funktionsstörung werden unter der Bezeichnung „somatic symptom disorder“ zusammengefasst. Die hypochondrische Störung wird in „illness anxiety disorder“ umbenannt und bezeichnet Krankheitsangst mit nur wenigen körperlichen Beschwerden. Wenn diese im Vordergrund stehen, wird eine somatic symptom disorder diagnostiziert. Damit werden einige der früher als hypochondrische Störungen diagnostizierten Störungsbilder zu somatic symptom disorders. Die Konversionsstörung erhält die Unterbezeichnung „functional neurological symptom disorder“.

Bestehende körperliche Krankheiten sind kein Ausschlusskriterium für die Diagnose einer psychischen Störung mit körperlichen Symptomen oder Krankheitsangst. Dieses Ausschlusskriterium wurde aufgegeben, da sich somatoforme Störungen im Erwachsenenalter oft in der Folge körperlicher Erkrankungen entwickeln. Bei diesen Patienten bestehen körperlich bedingte Symptome und realistische Befürchtungen hinsichtlich der körperlichen Gesundheit auf der einen und somatoforme Symptome und unrealistische Krankheitsangst parallel nebeneinander her. Funktionelle neurologische Symptome (Bewegungsstörungen, Lähmungen, Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen und Krampfanfälle werden in der ICD-10 unter die dissoziativen Störungen (F44.4 – 44.7) gerechnet.

In diesem Zusammenhang müssen zwei weitere Störungen erwähnt werden: die körperdysmorphe Störung und die artifizielle Störung. Die körperdysmorphe Störung (Dysmorphophobie) wird in der ICD-10 unter der hypochondrischen Störung (F45.2) und im DSM-5 unter den Zwangsstörungen subsumiert. Die betroffenen Patienten beschäftigen sich mit ihrer vermeintlichen körperlichen Entstellung, wobei alle Körperteile (z. B. Haut, Haare, Nase, Augen, Ohren, Mund, Lippe, Zähne, Kiefer, Kinn, Wangen, Brüste, Genitalien, Gesäß oder Bauch) betroffen sein können. Sie überprüfen dies vor dem Spiegel, manchmal mehrere Stunden pro Tag. Manche Patienten vermeiden jeden Blick in den Spiegel. Die Störung führt meist zu sozialer Isolation, extremem Pflegeverhalten und oft auch zum Wunsch nach plastisch-chirurgischen Eingriffen.

Die artifizielle Störung (ICD-10 F68.1) wird auch mit „Münchhausen-Syndrom“ bezeichnet. Die Patienten produzieren absichtlich, d. h. bewusst, psychische oder körperliche Krankheitssymptome oder täuschen diese vor, die Motivation hierzu ist ihnen aber nicht bewusst. Das DSM-5 unterscheidet zwischen dem Produzieren oder Vortäuschen von Symptomen bei sich selbst oder bei anderen Personen, meist Kindern (Münchhausen-by-proxy).

Simulation („malingering“) ist nicht als psychische Störung klassifiziert. Man versteht darunter das absichtliche und zielgerichtete Produzieren oder Vortäuschen von Krankheitssymptomen. Im Gegensatz zur artifiziellen Störung erfolgt Simulation aus bewussten Motiven (z. B. Verschaffen ökonomischer Vorteile, Vermeiden juristischer Konsequenzen).

Epidemiologie

Schwere Formen somatoformer und verwandter Störungen sind nach den vorliegenden epidemiologischen Untersuchungen selten, leichtere Ausprägungen jedoch häufig. Die Lebenszeitprävalenz der Somatisierungsstörung nach den strengen DSM-Kriterien liegt bei 0,4 %, während belastende somatoforme Symptome bei 10 – 15 % der befragten Personen gefunden wurden (Robins & Regier, 1991, weitere Übersicht u.a. bei Rief & Hiller, 2012).

Etwa ein Drittel aller körperlichen Symptome in der Allgemeinbevölkerung und in der allgemeinmedizinischen Versorgung lassen sich organmedizinisch nicht ausreichend erklären (Kroenke et al., 1994). Besonders häufig scheinen Schmerzsyndrome zu sein. Rief und Kollegen (2001) fanden 2-Jahres-Prävalenzraten von 20 % für medizinisch nicht erklärte Schmerzen.

Leichte somatoforme Symptome sind noch häufiger. An ihnen litten zum Zeitpunkt eines standardisierten Interviews (Hiller et al., 2006) 82 % aller Befragten. Somatoforme und verwandte Störungen sind bei Frauen etwa doppelt so häufig wie bei Männern (Jacobi et al., 2004). Das Erkrankungsrisiko ist bei unverheirateten Personen, niedrigem Bildungsniveau und im städtischen Umfeld erhöht. Belastende Lebensereignisse bis hin zu schweren, lang anhaltenden Traumata (Sack et al., 2007) in der Vorgeschichte und Arbeitslosigkeit, Eheprobleme und Suizidhandlungen im Verlauf der Erkrankung sind bei diesen Patienten häufig (Smith et al., 1986).

Verlauf

Der Beginn der Störungen liegt meist in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter. Bei späterem Beginn ist das Vorliegen eines medizinischen Krankheitsfaktors häufig (APA, 2013). Die Prognose ist bei raschem Beginn, vorausgehenden akuten Belastungen und hoher Intelligenz günstiger. Schmerzstörungen können in jedem Alter auftreten. Akute Schmerzen haben eine güns-

tige Prognose. Meist klingen sie nach Tagen oder Wochen ab. Bei chronischen Schmerzen kommt ein Kontakt mit Psychotherapeuten besonders spät, oft erst nach Jahren zustande. Als prognostisch günstig hat sich das Verbleiben in der sozialen Rolle (z. B. Arbeit, Haushalt) erwiesen. Prognostisch ungünstig sind Unterschichtzugehörigkeit, weibliches Geschlecht, Missbrauchserlebnisse, Substanzgebrauch und komorbide depressive oder Angststörungen (Lieb et al., 2002).

Bei somatoformen und verwandten Störungen besteht ein hohes Chronifizierungsrisiko, besonders bei Patienten und Patientinnen mit der Tendenz zur ängstlichen Wahrnehmung körperlicher Empfindungen, zum Interpretieren normaler körperlicher Empfindungen als Krankheitssymptome und zum Empfinden psychischer Probleme in Form körperlicher Beschwerden (Barsky et al., 2000).

Behandlungsprinzipien, Möglichkeiten des psychotherapeutischen Zugangs und Inhalte der Psychotherapie

Behandlungsprinzipien für Personen mit somatoformen, dissoziativen und ähnlichen Störungen wurden in den letzten Jahren immer wieder formuliert (Andreasen & Black, 1995, Rief & Hiller, 2011, S 3-Leitlinie, 2012). Die Grundprinzipien blieben während der vergangenen Jahrzehnte bemerkenswert konstant. Empfohlen wird mit hoher Übereinstimmung eine enge Anbindung an einen Arzt, in der Regel den Hausarzt, den Aufbau einer empathischen Beziehung, das Vermeiden unnötiger medizinischer Untersuchungen, die Fokussierung auf psychosoziale Themen und Zurückhaltung bei der psychopharmakologischen Behandlung (Andreasen & Black, 1995).

Der Aufbau einer konstruktiven therapeutischen Beziehung steht bei allen Therapieempfehlungen an erster Stelle. In der S3-Leitlinie heißt es hierzu: „Haltung, Denk- und Verhaltensweisen und die Behandler-Patient-Beziehung beeinflussen das Gelingen der Diagnostik ebenso wie das Gelingen der Therapie und spielen bei der Aufrechterhaltung und Chronifizierung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden vermutlich eine entscheidende Rolle“ (S. 68).

Rief und Hiller (2011) gliedern den Beziehungsaufbau und die weiteren Inhalte der Psychotherapie in mehrere Einzelschritte auf:

1. Erfragen des Anlasses der Kontaktaufnahme mit dem Therapeuten
2. Erfragen der Vorgeschichte und Diagnosestellung
3. Kommunikation mit Ärzten
4. Erfassen von Lebenseinschränkung und Bewältigungsversuchen
5. Erfassen der Vorstellung des Patienten zur Psychotherapie
6. Erfassen problematischer Verhaltensweisen
7. Erfassen der Vorstellung von Gesundheit
8. Erfassen körperlicher Komponenten

9. Erfassen von Verstärkungsbedingungen
10. Erfassen der Ziele des Patienten
11. Beachten der organmedizinischen Störungsmodelle
12. Beachten der Therapieziele des Patienten
13. Anbieten von Informationen
14. Beachten der Emotionsregulation
15. Zurückhaltender Einsatz von Psychopharmaka
16. Beachten früherer Belastungen und Traumatisierungen

Als ersten Schritt empfehlen sie die Kommunikation über den Anlass der Kontaktaufnahme mit Therapeuten. In der Regel berichten die Patienten über eine lange Vorgeschichte mit Untersuchungen und Therapieversuchen ohne jegliche Wirkung. Die Psychotherapie sehen sie als letzte Möglichkeit, die sie in der Regel gegen ihre Grundüberzeugung in Betracht ziehen. Erforderlich ist hierbei Empathie in Bezug auf die Ambivalenz der Patienten.

Der zweite Schritt besteht im Erfragen der Vorgeschichte und der Diagnosestellung. Patienten oder Klienten mit medizinisch nicht erklärten körperlichen Symptomen können nur dann Vertrauen aufbauen, wenn Therapeuten die Beschwerden und Ängste des Patienten kennen und bereit sind, sich anzuhören und nachzufragen, wie sie empfunden werden. Das Feststellen der Art der somatoformen Störung ist bei diesem Schritt wichtig, da verschiedene Störungen von den Patienten sehr unterschiedlich wahrgenommen werden. Die gedankliche Beschäftigung mit dem Vorliegen einer schweren körperlichen Krankheit bedeutet ein Leiden an Gedanken und fühlt sich anders an als das Leiden an körperlichen Beschwerden. Dieser Schritt der Beziehungsgestaltung erfordert Empathie in Bezug auf die Unsicherheit hinsichtlich der Ursache, der Erfolglosigkeit der bisherigen Bemühungen und der immer wieder enttäuschten Hoffnung, mit einem Schlag das Rätsel zu lösen („Hinter der nächsten Ecke liegt die Lösung“).

Als dritter Schritt folgt die Kommunikation mit den behandelnden Ärzten der somatischen Fachgebiete, in erster Linie mit der Hausärztin oder dem Hausarzt. Psychotherapeuten sollten folgende Empfehlungen an Ärzte zum medizinischen Umgang mit dem Patienten geben:

- die Glaubhaftigkeit der Beschwerden bestätigen, immer wieder ansprechen, dass wahrscheinlich keine schwere körperliche Erkrankung, sondern eine Störung der Wahrnehmung von Körperprozessen vorliegt
- nach körperlichen und psychischen Symptomen fragen
- einen klaren Plan für körperliche Untersuchungen und hinsichtlich des Ausmaßes körperlicher Diagnostik vereinbaren
- keine unnötigen diagnostischen oder therapeutischen Eingriffe vornehmen, keine Bagatelldiagnosen in Form eines pseudo-körperlichen Etiketts stellen
- Schonverhalten beachten, warnen vor Konsequenzen der körperlichen Schonung
- Rückfragen stellen, die Patienten bitten, ärztliche Informationen mit eigenen Worten zusammenzufassen.

Der vierte Schritt besteht im Erfassen von Lebens Einschränkungen und Bewältigungsversuchen in der Familie (z. B. Rückzug ins Bett oder aufs Sofa, Meiden gemeinsamer Aktivitäten und bei der Arbeit wie Fehlzeiten, disziplinarische Maßnahmen, „Kaltstellen“, Kündigung).

Das Thema des fünften Schritts ist die Vorstellung der Patienten zur Psychotherapie. Wichtig ist die Vereinbarung von Probesitzungen mit anschließender Besprechung, ob die Behandlung weitergeführt werden soll. Im sechsten Schritt werden die problematischen Verhaltensweisen erfasst. Zu diesen zählen:

- häufige Arztbesuche, häufige Arztwechsel, Bedürfnis nach medizinischen Untersuchungen
- intensive Beschäftigung mit gesundheitsbezogenen Themen oder Vermeiden dieser (Zeitungen, Zeitschriften, Fernsehen)
- körperliche Schonung, wiederholte Selbstuntersuchung
- Klagen, wiederholte Rückversicherung bei Ärzten, dass keine Gefahr besteht, medizinisch nicht erforderliche Medikamenteneinnahme
- Fokussierung der Aufmerksamkeit auf körperliche Beschwerden (somatosensorische Verstärkung)

Themen weiterer Schritte sind:

- die meist unrealistischen Vorstellungen der Patienten von körperlicher Gesundheit (völlige Abwesenheit körperlicher Beschwerden)
- das Erfassen körperlicher Komponenten (körperliche Krankheiten, muskuläre Verspannungen)
- das Erfassen von Verstärkungsbedingungen (Drängen der Familie oder des Arbeitgebers nach „richtigen“ Untersuchungen, laufendes Rentenverfahren, Vorbilder für Krankheitsverhalten in der Familie)
- das Erfassen der Wünsche (vollständiges Verschwinden der Symptome) und der Befürchtungen der Patienten („es wird ohnehin nichts mehr“).

Eine entscheidende Komponente der Therapie ist die Arbeit am Krankheitsmodell und an den Therapiezielen. Die Entwicklung eines multikonditionalen Störungskonzepts ist dabei nicht als Voraussetzung, sondern als Inhalt der Therapie zu verstehen. Versuche, das Krankheitskonzept der Patienten zu widerlegen, sind in der Regel zum Scheitern verurteilt. Ziel ist es nicht, somatische Krankheitskonzepte durch psychosoziale zu ersetzen, sondern sie durch psychosoziale Komponenten zu erweitern. Es ist realistisch, psychosoziale Erklärungen zunächst nur für einen kleinen Teil der Symptome anzustreben.

Ziel der Arbeit ist dementsprechend die Erweiterung der Symptomreduktion durch psychosoziale Ziele (z. B. Erweiterung der Gesprächsthemen, Teilnahme am Familien- und Arbeitsleben, Steigerung der körperlichen Belastbarkeit). Oft ist schon viel erreicht, wenn die Patienten sich nicht ständig mit den körperlichen Beschwerden oder Krankheitsängsten beschäftigen. Ein

wesentliches Element bei der Arbeit am Krankheitskonzept ist das Anbieten von Informationen und die psychotherapeutische Arbeit mit Informationen (Psychoedukation), die zum Nachdenken über die eigene Störung anregen können z. B.:

- Das sympathische Nervensystem versetzt den Körper in Alarmbereitschaft, manchmal handelt es sich um Fehlalarm, oder der Alarm will vor etwas anderem warnen.
- Muskelverspannung verstärkt Schmerzen, unabhängig von der Ursache der Muskelverspannung.
- Vermehrtes Atmen (Hyperventilation) verstärkt Herz-Kreislauf-Symptome, unabhängig von der Ursache der Herz-Kreislauf-Symptome.

Patienten mit somatoformen oder verwandten Störungen haben Probleme bei der Emotionsregulation. Sie nehmen körperliche Vorgänge intensiv, aber diffus wahr, denken und fühlen Katastrophen oder bestimmte Formen der Bedrohung herannahen und haben oft (aber nicht immer) wenig Zugang zu anderen Emotionen. Ziel der Arbeit an diesem Aspekt der Störung ist die Verbesserung der emotionalen (Selbst-)Wahrnehmung und der emotionalen Ausdrucksfähigkeit (Pennebaker & Traue, 1993).

Ein weiteres Thema ist die psychopharmakologische Behandlung. Andreasen und Black (1995), Rief und Hiller (2011) empfehlen weitgehende Zurückhaltung. Die S3-Leitlinie empfiehlt psychopharmakologische Behandlungsversuche nur bei schwer verlaufenden schmerz-dominanten Körperbeschwerden mit und ohne begleitendes depressives Syndrom (S3-Leitlinie, S. 176). Für eine weitgehende, aber nicht absolute Zurückhaltung spricht auch die Überlegung, dass eine psychopharmakologische Behandlung als Signal verstanden wird, dass die Störung medizinisch in den Griff zu bekommen ist. Völlige Verweigerung medikamentöser Behandlung ist jedoch ein Signal der Härte und Kompromisslosigkeit, das einen Therapieabbruch provozieren kann. Wichtig ist es, dass alle an der Behandlung beteiligten Personen die Patienten darauf hinweisen, dass von einer medikamentösen Behandlung keine Wunder zu erwarten sind. Das gilt allerdings auch für die Psychotherapie. Looper und Kirmeyer (2002) fanden insgesamt niedrige Effektstärken. Einfache Empfehlungen zum Umgang mit Patienten mit somatoformen Störungen (Smith et al., 1995, s. Tabelle 1, Ziffer 3) und spezifische Gruppenangebote (Rief et al., 2002) scheinen allerdings ausgesprochen sinnvolle Maßnahmen zu sein. Zusätzlich zu den von Rief und Hiller (2011) genannten Themen wird in der S3-Leitlinie (S. 120) auf das Beachten früherer Belastungen und Traumatisierungen hingewiesen.

Umsetzung der Behandlungsschritte in personenzentriertes Handeln

Diese Therapieschritte sind nicht als fester Ablauf zu verstehen, sondern als Sammlung möglicher therapeutischer Inhalte. Wenn

von „Erfassen“ die Rede ist, bedeutet das direktes Fragen und / oder im Gespräch auf dieses Thema vorbereitet zu sein. „Beachten“ heißt in der Regel, im Gespräch auf dieses Thema vorbereitet zu sein. Der mögliche Ablauf eines personenzentrierten Gesprächs soll im Folgenden kurz skizziert werden:

Eine 23-jährige, ledige Verkäuferin wird vom Hausarzt zur Psychotherapie geschickt und berichtet:

„Seit 9 Monaten habe ich immer wieder Stechen und Brennen in der Brust, mein linker Arm wird taub, der Rücken tut weh, mir ist schwindelig, ich bekomme kaum Luft und habe Angst zu sterben. Ich war bei verschiedenen Ärzten und drei Mal in der Notaufnahme. Die haben EKGs, Langzeit-EKGs, Belastungs-EKGs und Herzechos gemacht, alle Ärzte haben gesagt, ich bin gesund. Sie haben von Herzneurose oder von Angst und Panik geredet. Ich weiß nicht. Die Symptome kommen immer wieder, und ich habe einfach Angst, an einem Herzinfarkt zu sterben. Ich denke, die haben etwas übersehen.“

Welche Möglichkeiten des Einstiegs in ein therapeutisches Gespräch bestehen in dieser Situation? Als erste Intervention bietet sich das Ansprechen des von der Patientin formulierten Widerspruchs zwischen ihrem Empfinden und der Reaktion der untersuchenden Ärzte (zentrale Inkongruenz, Thema 11) an: *„Sie spüren, dass irgendetwas mit ihrem Körper nicht stimmt, und dann hören Sie immer wieder, dass alles in Ordnung sein soll?“*

Es ist davon auszugehen, dass die Patientin dem zustimmen wird. Es könnte sich dann die Intervention anschließen: *„... und das geht ja schon ziemlich lange?“* (Thema 2). Folgende weitere Interventionen, die auf den Aussagen der Patientin aufbauen, wären denkbar: *„Immer wieder erfahren Sie: Da ist nichts, und Ihr Körper sagt Ihnen etwas anderes?“* (zentrale Inkongruenz, Thema 11, Thema 2). *„Sie sind so jung, Sie wollen Ihr Leben genießen und stattdessen verbringen Sie so viel Zeit in Arztpraxen und Notaufnahmen?“* (Inkongruenz zwischen Alter und erlebtem Körper, Thema 2, Thema 4). *„Wenn die Ärzte von Herzneurose, Angst und Panik reden, wissen Sie nicht so recht, was Sie davon halten sollen?“* (Thema 11, Thema 2). *„Und jetzt sitzen Sie hier und fragen sich, was Sie hier sollen?“* (Thema 5). Weitere Interventionsmöglichkeiten werden sich aus dem Gesprächsverlauf ergeben.

Diagnostisch ist wahrscheinlich nach ICD-10 und DSM-5 von einer hypochondrischen Störung und nach DFMS-V von einer somatic symptom disorder auszugehen. Die Patientin leidet sowohl unter körperlichen Beschwerden als auch unter Krankheitsangst, der Körper und der Kopf sind in Aufruhr. Deshalb wird es wichtig sein, diese beiden Aspekte immer wieder anzusprechen. Zusätzlich wird es erforderlich sein, bei einzelnen Themen direkt zu fragen und bestimmte Informationen direkt anzubieten. Mit dem direkten Fragen und Anbieten von Informationen verlässt man als Therapeut den inneren Bezugsrahmen der Patientin. Es

ist wichtig, immer wieder zu ihm zurückzukehren, um den Prozess der Selbstexploration nicht zu lange zu unterbrechen.

Schlussfolgerung

Zusammenfassend wurde in diesem Beitrag dargestellt, auf welche Weise somatoforme und verwandte Störungen das Leben der Patienten, ihre Wahrnehmung des eigenen Körpers, ihr Denken, ihr Fühlen und ihr Handeln verändern. In Anlehnung an Hiller und Ries (2011) wurden Möglichkeiten des psychotherapeutischen Zugangs zu dieser Gruppe von Patienten und dessen Umsetzung in ein personenzentriertes Vorgehen aufgezeigt.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition) DSM-III*. Washington D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition) DSM-IV*. Washington D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition) DSM-5*. Washington D.C.: APA.
- Barsky, A. J., Bailey, E. D., Fama, J. M. & Ahern, D. K. (2000). Predictors of remission in DSM hypochondriasis. *Compr Psychiatry* 41, 179-183.
- Breuer, J. & Freud, S. (1895). *Studien über Hysterie*. Wien: Deuticke.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern: Huber.
- Ehret, A. M. & Berking, M. (2013). DSM-IV und DSM-5: Was hat sich tatsächlich verändert? *Verhaltenstherapie*, 23, 258-266.
- Hiller, W. & Rief, W. (2014). Die Abschaffung der somatoformen Störungen durch DSM-5 – ein akademischer Schildbürgerstreich? *Psychotherapeut*, 59, 448-455.
- Hiller, W., Rief, W. & Brahler, E. (2006). Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 41, 704-12.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine* 34, 597-611.
- Kroenke, K. & Price, R. K. (1993). Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med*. 153, 2474-2480.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Linzer, M., Hahn, S. R., deGruy, F. V. & Brody, D. (1994). Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med*. 3, 774-779.
- Lieb, R., Zimmermann, P., Friis, R. H., Höfler, M., Tholen, S. & Wittchen, H. U. (2002) The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *Eur Psychiatry* 17, 321-331.
- Looper, K. J. & Kirmeyer, L. J. (2002). Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70, 810-827.
- Pennebaker, J. W. & Traue, H. C. (1993). Inhibition and psychosomatic process. In H. C. Traue & J. W. Pennebaker (eds.): *Emotion, Inhibition and Health*, (pp. 146-163), Seattle: Hogrefe & Huber.
- Rief, W. & Auer, C. (2001). Is somatization a habituation disorder. Physiological reactivity in somatization syndrome. *Psychiatry Research* 101, 63-74.
- Rief, W., Bleichhardt, G. & Timmer, B. (2002). Gruppentherapie für somatoforme Störungen – Behandlungsleitfaden, Akzeptanz und Prozessqualität. *Verhaltenstherapie*, 12, 183-191.
- Rief, W. & Hiller, W. (2011). *Somatisierungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Robins, L. N. & Regier, D. A. (1991). *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Free Press.
- S 3-Leitlinie (2012). „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“, AWMF-Reg.-Nr. 051-001, verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html>
- Sack, M., Lahmann, C., Jaeger, B. & Henningsen, P. (2007). Trauma prevalence and somatoform symptoms: are there specific somatoform symptoms related to traumatic experiences? *J Nerv Ment Dis*. 195, 928-933.
- Shidhaye, R., Mendenhall, E., Sumathipala, K., Sumathipala, A. & Patel, V. (2013). Association of Somatoform Disorders with Anxiety and Depression in Women in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Int Rev Psychiatry* 25, 65-76.
- Smith, G. R., Monson, R. A. & Ray, D. C. (1986). Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. *N Engl J Med*. 314, 1407-1413.
- Smith, G. R., Rost, K. & Kashner, M. (1995). A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation of health outcomes and costs in somatizing patients. *Archives of General Psychiatry* 52, 238-243.
- Tasca, C., Rapetti, M., Carta, M.G., Fadda, B. (2012): *Women and hysteria in the history of mental health*. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 8, 110-119.
- Wessely, S., Nimnuan, C. & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*. 354, 936-939.



Prof. Dr. Hans-Jürgen Luderer, Chefarzt a. D. am Klinikum am Weissenhof Weinsberg, psychiatrische und psychotherapeutische Tätigkeit seit 1976, Ausbilder in Personenzentrierter Psychotherapie (GwG), Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat, wissenschaftliche Leitung am Institut für Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, Stuttgart (IGB).

Kontakt:

h.luderer@klinikum-weissenhof.de