

1. EINLEITUNG

Körperliche Beschwerden sind alltägliche Phänomene und nur ein geringer Teil der Bevölkerung sucht deshalb einen Arzt auf. Die Entscheidung darüber, ob eine ärztliche Hilfe aufgesucht wird oder nicht, scheint zumindest teilweise von sogenannten „*subjektiven Krankheits- oder auch Laienmodellen / -theorien*“ abhängig zu sein. Diese können im Wesentlichen eine Bewertung der Symptome beinhalten hinsichtlich der zugrundeliegenden Ursache, ihrem zeitlichen Verlauf, den möglichen Konsequenzen und ihrer adäquaten Behandlung (Myrtek, 1998).

Diesen subjektiven Krankheitsmodellen steht von Seiten der Ärzte das sogenannte „*Medizinische Krankheitsmodell*“ gegenüber, nach dem ärztliches Handeln dadurch gekennzeichnet ist, dass den Krankheitserscheinungen ein organischer Krankheitsprozess zugrunde liegt und daraus eine entsprechende Behandlungsstrategie abgeleitet werden sollte (Cuntz, 1998).

Verschiedene empirische Studien konnten zeigen, dass mitunter nur bei einem kleinen Teil der in Arztpraxen geschilderten Beschwerden eine eindeutige organische Ursache gefunden werden kann (Rief & Hiller, 1998). Diese Störungen, bei denen körperliche Beschwerden im Vordergrund stehen, die keine oder keine hinreichende organische Ursachen haben, werden in den internationalen Diagnosesystemen unter den Begriff der „*Somatoformen Störungen*“ subsumiert. Derartige Störungen manifestieren sich meist polysymptomatisch über mehrere Organsysteme hinweg. Somatoforme Störungen zählen epidemiologischen Studien zufolge zu den häufigsten psychischen Störungen in der Bevölkerung.

In Modellvorstellungen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen werden dysfunktionalen Kognitionen ein grosser Stellenwert eingeräumt, wie etwa der Fehlinterpretation von Körpersensationen als Zeichen einer Krankheit. Ein Teilaspekt dieser Interpretation von körperlichen Veränderungen kann als „*Kausalattributionen*“ konzeptualisiert werden. Kausalattributionen beinhalten die Annahmen von Patienten über die Ursache ihrer körperlicher Missempfindungen.

Von Patienten mit somatoformen Körpersymptomen wird angenommen, dass sie somatische Attributionen bevorzugen. Diese Patienten werden dementsprechend mit Ärzten konfrontiert, die ihnen keine oder keine für ihre Beschwerden hinreichende organische Ursache attestieren können.

Kausalattributionen scheinen nicht nur im Rahmen der Entscheidungsfindung über einen Arztbesuch und in Modellvorstellungen zu somatoformen Störungen von Bedeutung zu sein. Es wird ihnen darüber hinaus auch ein prädiktiver Wert hinsichtlich des Therapieengagements, der Therapiecompliance und des Therapieerfolgs zugeschrieben (s. z.B. Kröner-Herwig et al., 1993).

Insgesamt ist die Datenlage zur Art und Bedeutung dieser Attributionen für viele Bereiche noch unklar. Ein Schwerpunkt bei der Erforschung derartiger Ursachenvorstellungen bei somatoformen Störungen lag bei spezifischen Syndromen, wie etwa dem „Chronischen Müdigkeitssyndrom“. Dagegen existiert keine explizite Studie zu den Kausalattributionen von Patienten, die unter multiplen somatoformen Körpersymptomen leiden. Letztlich ist auch unklar, ob diese Patienten über alle Symptome hinweg ähnliche Attributionen vornehmen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit liegt deshalb darin, die Art und Aspekte der Bedeutung von Kausalattributionen bei Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen auf Ebene der einzelnen Symptome zu untersuchen.

Hierzu wurde ein *Strukturiertes Interview zur Erfassung von Kausalattributionen bei Patienten mit somatoformen Symptomen* (KAUSOM-Interview; Cebulla & Korn, 1998) entwickelt. Dieses Interview erfasst von den Patienten in ihrer Bedeutung gewichtete Ursachenüberzeugungen für ihre verschiedenen Symptome. Hierzu wird den Patienten eine Auswahl möglicher Ursachenkategorien vorgegeben. Darüber hinaus wird die Herkunft der Attributionen und deren zeitliche Stabilität erfasst.

Neben der Art dieser Kausalattributionen werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit typische Attributionsmuster beim Vorliegen einer multiplen somatoformen Symptomatik untersucht, sowie Zusammenhänge zwischen den Attributionsarten und verschiedenen Patientenmerkmalen.

2. SOMATOFORME STÖRUNGEN

In diesem Kapitel wird ein Überblick über das Konzept der somatoformen Störungen gegeben.

Unter den Begriff der „somatoformen Störungen“ werden in den internationalen Diagnosesystemen in erster Linie Störungen subsumiert, bei denen körperliche Beschwerden im Vordergrund stehen, die keine oder keine hinreichende organische Ursachen haben. Darüber hinaus zählen zu diesem Überbegriff auch Störungen, deren Leitsymptome in Ängsten oder Überzeugungen bestehen, an einer ernsthaften Krankheit zu leiden (Hypochondrie), oder bei denen eine übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten Mangel oder einer Entstellung in der äusseren Erscheinung (Dysmorphophobie oder Körperdysmorphie Störung) im Vordergrund steht.

Der Begriff der „somatoformen Störungen“ wurde erst 1980 mit der dritten Revision des amerikanischen Diagnosesystems „Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen“ (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980) eingeführt. In Europa, wo das Diagnosesystem der Weltgesundheitsorganisation „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ – kurz ICD - gebräuchlicher ist, taucht der Begriff erst mit der 10. Revision auf (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991).

Körperliche Beschwerden, die nicht hinreichend durch organische Faktoren erklärt werden können, werden - beziehungsweise wurden – mit verschiedenen Begriffen bezeichnet, wie etwa „funktionelle Beschwerden“ oder „Somatisierung“. Letztere Bezeichnung wird in der entsprechenden Literatur zwar häufig verwendet, allerdings mit teilweise sehr unterschiedlicher Bedeutung. Da der Begriff „Somatisierung“ von manchen Autoren so definiert wird, dass er auch mögliche Erklärungen der Patienten für ihre Beschwerden beinhaltet, werde ich zunächst näher auf diesen Begriff eingehen. Daran anschliessend werden konkret die Klassifikation und Diagnostik somatoformer Störungen beschrieben. Es folgt eine Darstellung der Epidemiologie und Bedeutung dieser Störungsbilder für das Gesundheitssystem. Ätiologische Aspekte werden in einem Überblick dargestellt und therapeutische Ansätze zur Behandlung schliessen dieses Kapitel ab.

2.1. Schillernder Begriff „Somatisierung“

„Somatisierung“ stellt ein sehr schillernder Begriff dar, der zwar in der Literatur sehr häufig verwendet wird, allerdings mit zum Teil sehr unterschiedlicher Bedeutung. Es besteht letztlich zwischen verschiedenen Autoren keine Übereinkunft über dessen Definition (Kellner, 1990). Der Begriff entstammt dem psychodynamischen Umfeld (Hoffmann, 1998) und wie Sharpe, Mayou und Bass (1995) anmerken, impliziert dieser Begriff „the conversion of

psychological distress into somatic symptoms“ (S. 12). In seiner Übersicht zählt Kellner (1990) verschiedenen Definitionsvarianten auf, die meist die o.g. Implikation beinhalten. Bridges und Goldberg (1985) versuchten diesen Begriff zu operationalisieren. Ein Definitionskriterium beinhaltet dabei auch die Ursachenzuschreibung der Symptome durch den Patienten (sog. „Attribution“): eine eigentlich psychiatrische Störung wird dem Arzt somatisch präsentiert und diese körperlichen Symptome werden vom Patienten einer körperliche Erkrankung zugeschrieben. In Abgrenzung hierzu werden „Psychologisierer“ etwa nach Kirmayer und Robbins (1996) als Patienten mit psychiatrischen Störungen definiert, die ihrem Arzt gegenüber tatsächlich psychosoziale Probleme präsentieren. Es existieren auch Versuche, verschiedene Grade oder Untertypen der Somatisierung einzuführen: so unterscheiden Kirmayer und Robbins (1996) in Anlehnung an Bridges und Goldberg (1985) sog. „wahre Somatisierer“ von sog. „fakultativen Somatisieren“: letztere würden gegenüber den Erstgenannten die Möglichkeit einer psychosozialen Ursache bei direkter Befragung akzeptieren. Darüberhinaus führen sie einen weiteren Typ der „initialen Somatisierer“ ein: Patienten, die zwar eine somatische Symptompräsentation zeigen, aber schon von sich aus eine psychosoziale Erklärungen anbieten.

Im DSM-III-R und deren Nachfolgeversion DSM-IV (APA, 1994; dt. Saß, Wittchen & Zaudig, 1998) wird versucht, theorieunabhängige Kriterien für das Phänomen der „funktionellen körperlichen Beschwerden“ zu geben. Der Begriff „Somatisierung“ taucht hier nur bei der sog. „Somatisierungsstörung“ auf. Eine spezifische Attribution der Patienten für die körperlichen Beschwerden wird hier nicht mehr vorausgesetzt. Im Gegensatz dazu fordern die Forschungskriterien des ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 1994) bei den Kriterien für eine Somatisierungsstörung, keine oder eine nur unzureichende Akzeptanz der ärztlichen Feststellung, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die Symptome besteht.

Rief und Hiller (1992) merken an, dass in der praktischen Diagnostik „streng zwischen Somatisierung auf Symptom- / Syndromebene und Somatisierung im Sinne einer somatoformen Störung (auf diagnostischer Ebene) unterschieden werden“ sollte (S. 46). Sie führen aus, dass Somatisierung im Sinne von organisch unklaren körperlichen Beschwerden „als ubiquitäre Symptomatik anzusehen ist und unterhalb der Diagnoseschwelle für eine spezifische somatoforme Störung grundsätzlich bei einer Vielzahl psychischer Störungen anzutreffen ist“ (1992, S. 49), etwa bei affektiven Störungen oder Panik- und anderen Angststörungen.