

behandelt werden (Tabelle 6). Spezielle diagnostische und differenzialtherapeutische Beachtung verlangt die häufige Komorbidität von Depression und RLS, da vor allem SSRI und Trizyklika RLS verstärken können (7) (Tabelle 6).

- Generell sollten vor allem Substanzen eingesetzt werden, welche die Schlafstruktur möglichst wenig stören, da Patientinnen bereits durch die natürlichen hormonellen Fluktuationen vermutlich vulnerabler für Schlafprobleme sind. ◆

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Edith Holsboer-Trachsler
Leitende Ärztin
Abt. für Depressionsforschung, Schlafmedizin und Neurophysiologie
Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27, 4025 Basel
Tel. 061-325 50 95, Fax 061-325 55 13
E-Mail: edith.holsboer@upkbs.ch

Potenzielle Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Haldemann R., Good M., Holsboer-Trachsler E.: Epidemiologische Studie über Schlafstörungen bei Patienten in Schweizer Allgemeinpraxen. *Praxis* 1995; 85(51/52): 1656–1662.
2. Delini-Stula A., Bischof R., Holsboer-Trachsler E.: Sleep behavior of the Swiss population: prevalence and the daytime consequences of insomnia. *Somnologie* 2007; 11: 193–201.

3. Holsboer-Trachsler E.: Die Frau mit Schlafstörungen. In: *Frauengesundheit* (Kap. B 10), Hrsg. A. Riecher-Rössler, J. Bitzer. Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, ISBN 3-437-22116-7, 1. Auflage 2005: 293–301.

4. Manber R., Armitage R.: Sex steroids and sleep: a review. *Sleep* 1999; 22 (5): 540–555.

5. Holsboer-Trachsler E., Vanoni Ch.: Depression und Schlafstörung in der Allgemeinpraxis. MCG Verlag, Binningen, 2. Aufl. 1999.

6. Brand S., Lehtinen A., Hatzinger M., Holsboer-Trachsler E.: Polysomnographic profiles of patients suffering from restless legs syndrome, restless legs syndrome and depressive symptoms, and major depression. Persönliche Mitteilung, Manuskript in Vorbereitung, 2008.

7. Leitlinie zur Diagnose und Therapie der RLS der Deutschen Gesellschaft für Neurologie DGN 2007.

8. Holsboer-Trachsler E.: Phytotherapeutika und Schlaf. *Praxis* 2000; 89 (51/52): 2178–2182.

Basler Symposium «Frauen in der Psychiatrie»

Was hat die Patientin, die nichts hat?

Somatisierungsstörungen in der gynäkologischen Sprechstunde

Johannes Bitzer

Unter Somatisierung versteht man körperliche Beschwerden oder Symptome, ohne dass hierfür eine organische Grunderkrankung oder ein spezifischer pathophysiologischer Prozess gefunden werden kann. Die Symptomatik wird als somatoform bezeichnet, da sie zunächst auf eine organische Ätiologie hinzudeuten scheint, dies jedoch mit dafür angemessenen Untersuchungsmethoden nicht bestätigt werden kann. Für die Gynäkologie und Geburtshilfe haben Somatisierungsstörungen eine besondere Bedeutung, da bei fast allen somatoformen Störungen eine deutlich erhöhte Prävalenz bei Frauen versus Männern besteht.

Im Prozess der Somatisierung (1–5) nimmt eine Patientin zunächst eine körperliche Veränderung wahr, die sie als abnorm und krankhaft interpretiert. Dabei kann eine Wahrnehmungsveränderung im Sinne der sogenannten somatosensorischen Amplifikation vorliegen. Diese Patientinnen neigen zur übermässigen Selbstbeobachtung. Sie sind dazu disponiert,



Prof. J. Bitzer

negative Körperempfindungen subjektiv auszufiltern und sie als bedrohlich zu interpretieren.

In der zweiten Phase nimmt die Patientin diese Veränderungen zum Anlass, die Krankenrolle für sich in Anspruch zu nehmen, das heisst, sie sucht

medizinische Hilfe. Die Übernahme der Krankenrolle hat häufig für die Patientin positive, verstärkende Konsequenzen.

In der dritten Phase findet die Patientin nicht die von ihr gewünschte Lösung des Problems. Arzt oder Ärztin können der körperlichen Veränderung keine körperliche Ursache zuordnen. Meist ist die Patientin von einer körperlichen Ursache ihrer Beschwerden jedoch überzeugt. Ihre körperlichen Symptome werden vom medizinischen System nicht verstanden. Ihr Krankheitskonzept wird zutiefst erschüttert. Sie wird zur tief verunsicherten Patientin mit chronischen körperlichen Symptomen. Es entsteht ein sich selbst verstärkender Regelkreis aus «unverstandener» Symptomatik, angstzeugender Verunsicherung, emotionaler und kognitiver «Fixierung» und Verstärkung der Symptomatik.

Somatisierungsstörungen in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Der weibliche Körper ist sehr direkt mit den in verschiedenen Lebensphasen ablaufenden Prozessen des Wachstums und des Wandels verbunden (Adoleszenz, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Peri- und Postmenopause). Dadurch müssen die körperlichen Signale häufig interpretiert und gedeutet werden, und es müssen immer wieder Attributionen erfolgen, die sich auf normal versus nicht normal, gesund versus krank beziehen.

Es besteht eine enge Verbindung zwischen dem hypothalamisch-hypophysär-ovariellen System und den thalamischen, limbischen und anderen Zentren im ZNS. Dadurch entstehen psychoneuroendokrine Wechselwirkungen, die sich als spezifische Zustände körperlicher und psychischer Symptome manifestieren können, ohne dass eine strukturelle oder funktionell messbare Pathologie gefunden wird (Menstruationsbeschwerden, prämenstruelles Syndrom [PMS], prämenstruelle dysphorische Störung [PMDD]). Der weibliche Körper wird häufig von anderen für ihre Zwecke gebraucht und damit missbraucht. Es findet ein Prozess der Entfremdung statt, der in extremster Form als Gewalt und Machtausübung oder in anderen Formen der

Grenzüberschreitung erlebt wird. Diese «Entfremdung» wird zur Basis einer tiefliegenden Störung zwischen dem Selbst, dem Körper und der Umwelt.

Die bestehenden Klassifikationen sind geschlechtsunspezifisch und erlauben es häufig

nicht, das klinische Bild, das bei einer Patientin im Rahmen der Gynäkologie und Geburtshilfe gefunden wird, einzuordnen. Die «Geschlechtsspezifität» bezieht sich dabei entweder auf die spezifischen weiblichen Genitalorgane (Vulvodynie, chronische Unter-

bauchschmerzen ohne Organbefund) oder auf spezifisch weibliche «Funktionen» beziehungsweise «Verwirklichungen» (PMS, PMDD, multiple körperliche Beschwerden während der Schwangerschaft etc.). Wir haben aufgrund eigener klinischer Untersuchungen und Er-

Therapeutisches Konzept bei Somatisierungsstörungen – ein Fallbeispiel

Schritt 1: Problemerkennung und Herstellung einer therapeutischen Beziehung

Anstelle der klassischen arztzentrierten Anamnese ist eine Gesprächstechnik anzuwenden, bei der die Patientin die Gesamtheit ihrer Probleme darstellen kann, das heisst körperliche, seelische, soziale Schwierigkeiten auf eine Art schildert, in der sich ihre subjektive Wahrnehmung voll entfalten kann. Die Hauptaufgabe des Arztes/der Ärztin besteht darin, aufmerksam zuzuhören, sich in die Patientin einzufühlen, sie als Person mit ihrem verbalen und averbalen Ausdrucksverhalten wahrzunehmen und ihr als Grundlage für eine therapeutische Beziehung eine möglichst uneingeschränkte Wertschätzung zu vermitteln.

Frau H. (32 Jahre): «Mein ganzes Leben ist zerstört. Seit Wochen habe ich dieses schreckliche Brennen und diese Schmerzen da unten. Es muss eine Geschlechtskrankheit sein ... das ist unmöglich, ich bin so sauber, achte so sehr darauf, gepflegt zu sein ... mein Mann sagt, von ihm kann es nicht kommen.»

Schritt 2: Vertiefung der Problemerkennung durch systematische Datenerhebung im somatischen und psychosozialen Bereich

Der Arzt/die Ärztin greift durch das Stellen von Fragen stärker in die Interaktion ein. Die Datenerhebung sollte systematisch und gleichwertig auf der somatischen und psychosozialen Ebene erfolgen. Dazu gehören inhaltlich Fragen nach dem psychosozialen Bereich sowie technisch die Fähigkeit, Persönlichkeitsmerkmale, Interaktionen, Emotionen und Patientenverhalten wahrzunehmen und vonseiten des Arztes/der Ärztin her zu interpretieren.

Arzt/Ärztin: «Sie sind verständlicherweise sehr beunruhigt und verängstigt durch diese Beschwerden. Erzählen Sie mir doch bitte, wie das ganze angefangen hat? Wie haben Sie auf die Beschwerden reagiert? Was war das Schlimmste daran? Wie sind Sie damit umgegangen?»

Schritt 3: Problemerkennung und diagnostische Hypothesenbildung

In dieser Phase geht es darum, die gefundenen Daten zu ordnen und in einer Arbeitshypothese zusammenzufassen.

Somatische Befunde: Nativpräparat unauffällig, Bakteriologie ohne Anhalt für pathogene Keime, PCR auf Chlamydien negativ. Psychosoziale Befunde: ängstliche, hypochondrische Patientin, Zwangsverhalten und Zwangsstörung, erhebliche Belastungen am Arbeitsplatz durch Isolierung und Abwertung, schwere, ausgeprägte Sexualstörung im Sinne einer sexuellen Aversion mit Belastung auf die Partnerschaft.

Die Hypothesenbildung erfolgt möglichst breit und kann dann später durch weitere Abklärungen fokussiert und eingeeengt werden.

Bei der genannten Patientin können folgende Hypothesen gebildet werden:

– Chronische Schmerzen und Brennen im Bereich der Vulva aufgrund einer Überempfindlichkeitsreaktion der Schleimhaut infolge eines Infekts; verstärkt durch übermässiges hygienisches Verhalten.

– Symptom ist Folge einer Konversion, d.h., ein unerträglicher psychischer Konflikt im Hinblick auf Frustration und Enttäuschung über die sexuelle Beziehung bei gleichzeitiger tiefliegender Angst vor dem Verlassenwerden kann psychisch nicht gelöst werden und wird symbolisch auf die körperliche Ebene verschoben; Symptom ist Wunsch und Abwehr gleichzeitig.

– Symptom entspricht einer gestörten grundsätzlichen Körperwahrnehmung mit überängstlicher Grundeinstellung und sogenannter somatosensorischer Amplifikation.

– Symptom ist Teil einer körperlich-seelischen Überforderungsreaktion und Anpassungsstörung; wichtige regulierende psychische Funktionen wie Grenzsetzungen, befriedigende Beziehungsgestaltung, Frustrationstoleranz, Selbstwertregulierung aufgrund früher Entwicklungsdefizite nur fragmentär vorhanden.

– Patientin steht unter aktuellen Belastungen, die ihre bisherigen Lösungsmöglichkeiten überfordern; Erwartungsdruck am Arbeitsplatz und aus der Partnerschaft kann nicht ausgehalten werden; Symptom ist die vegetative Antwort auf nicht zu bewältigenden Stress; Lerndefizite im Hinblick auf Entspannung, Entlastung, Bewältigung von Belastungen.

– Es liegt eine nicht erkannte Infektion vor.

– Es liegt eine von der Medizin bisher nicht erkannte Erkrankung vor, eventuell mit einem unbekanntem Virus oder im Zusammenhang mit einem bisher unbekanntem Erreger.

Schritt 4: Mitteilung der diagnostischen Überlegung und Schaffung eines gemeinsamen Verständniskonzepts

Der Arzt/die Ärztin beschreibt die möglichen Bedingungen und Ursachen des Problems. Gleichzeitig wird die Patientin ermuntert, ihre Vorstellungen darzulegen.

Beide verhandeln über die zugrunde liegenden Konzepte: Ist es eine Infektion? Ist es der körperliche Ausdruck einer Belastungssituation? Ist es eine vermehrte Ängstlichkeit und eine depressive Grund-

stimmung? Hat es etwas mit immer wiederkehrenden Lebensproblemen zu tun, mit Schwierigkeiten in den Beziehungen, dem Alltag? Diese gemeinsame Ursachenforschung ist erforderlich, um eine Basis der Verständigung zu schaffen. In dieser Phase sind die beiden Partner durchaus wieder gleichberechtigt, auch wenn vom Arzt/der Ärztin die «Inputs» kommen und er einen professionellen Vorteil angesichts Erfahrungen und Ausbildung hat.

Schritt 5: Erarbeitung und Vorschlag des Behandlungsplans

Die Behandlungsoptionen beruhen auf dem Verständniskonzept. Man kann das Problem auf der Ebene des Verhaltens angehen, auf der Ebene der Wahrnehmung, auf der Ebene der begleitenden Interpretationen, Kognitionen und auch der begleitenden Affekte. Man kann weitere Fachkolleginnen und -kollegen zuziehen usw. In all diese Behandlungsvorschläge ist die Patientin mit einbezogen.

Frau H. erhält folgende Behandlungsoptionen:

– Die Schleimhaut im Moment in Ruhe lassen und abwarten, ob sich evtl. ein Selbstheilungsprozess einstellt; Vermeidung erneuter Reizungen.

– Arbeit am Sexual- und Partnerschaftskonflikt, evtl. zusammen mit dem Partner.

– Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Training mit gezielter Desensibilisierung, Ablenkung von der ängstlichen Wahrnehmung; andere Wahrnehmungs- und Verhaltensweisen vorgeben und trainieren.

– Arbeit an allgemeinen Defiziten der Persönlichkeit, Stressbewältigung, Entspannungsübungen, Paartaining, Kompetenzsteigerung bei Konflikten, Selbstwahrnehmungstraining usw.

Schritt 6: Durchführung und gemeinsame Evaluation der Behandlung

Die Durchführung geschieht zum grössten Teil ausserhalb der Konsultation und wird von der Patientin vorgenommen. Sie nimmt wahr, denkt, fühlt und handelt gemäss dem vereinbarten Behandlungsplan. Sie wird zur Expertin ihrer Behandlung und steht im Zentrum der gemeinsamen Evaluation, die dann wieder in der Sprechstunde stattfindet. Ihre Erfahrungen mit der Behandlung sind der Ausgangspunkt und Fokus des Gesprächs: «Welche Ziele wurden erreicht, welche Ziele wurden nicht erreicht? Was hat sich verändert, was ist gleich geblieben? Welche Erfahrungen hat die Patientin gemacht, welche neuen Gedanken und Ideen sind aufgetreten? Welche Gefühle hat sie bei sich beobachtet? Was hat sie gelernt?»

fahrungen sowie der vorliegenden Literatur eine Einteilung der Störungen entwickelt, die der Geschlechtsspezifität, der Komorbidität und den möglichen pathogenetischen Faktoren Rechnung trägt:

- Zeitlich limitierte Somatisierungsreaktionen während bestimmter Lebensphasen und Übergänge: Dazu gehören Hyperemesis, vorzeitige Wehen und multiple körperliche Beschwerden während der Schwangerschaft ohne Organbefunde. Dabei besteht eine hohe Komorbidität mit Adaptationsstörungen. Die wichtigsten pathogenetischen Faktoren sind Motivationskonflikte (prädisponierende Faktoren) und externe Stressoren (auslösende Faktoren), für deren Bewältigung häufig soziale Ressourcen fehlen (aufrechterhaltende Faktoren).

- Zyklische psychoendokrine Störungen (PMS, PMDD): Dabei besteht eine hohe Komorbidität mit affektiven Störungen in verschiedenen Lebensphasen. Die pathogenetischen Mechanismen basieren wahrscheinlich auf einer somatischen «Vulnerabilität» gegenüber Fluktuationen der Steroide sowie möglicherweise auf sekundär sich entwickelnden Störungen des Körperbilds (prädisponierende Faktoren) und destruktiven Einflüssen auf die Entwicklung einer Geschlechteridentität und Rollenfindung (auslösende Faktoren). Die Symptome werden durch gelernte Attributionsprozesse stabilisiert (aufrechterhaltende Faktoren).

Somatoforme Störungen im Bereich der weiblichen Genitalorgane

Neurovegetative Syndrome

Bei Pruritus, Fluor, Urgency-Frequency-Syndrom, Vaginismus und bestimmte Formen der Dyspareunie besteht eine hohe Korrelation zu Beziehungsproblemen und Nichtbewältigung von Beziehungskonflikten. Die pathogenetischen Faktoren umfassen einen chronischen muskulären Spannungszustand vor dem Hintergrund von Schwierigkeiten im Umgang mit aggressiven Impulsen (prädisponierende Faktoren) und gestörten partnerschaftlichen Interaktionen vor allem im Bereich des Gebens und Nehmens (auslösende Faktoren), die wiederum zu sekundärer Verstärkung der körperlichen Beschwerden beitragen können (aufrechterhaltende Faktoren).

Neuroendokrine Störungen

Bei neuroendokrinen Störungen wie dem sekundären Amenorrhösyndrom oder bestimmten Formen der Hyperandrogenämie oder der «unexplained infertility» besteht eine Komorbidität mit Essstörungen. Die wichtigsten pa-

thogenetischen Faktoren sind ungünstige und destruktive Rahmenbedingungen für die Entwicklung und Ausbildung einer persönlichen und geschlechtlichen Autonomie und Identität im Sinne des Körper selbst (prädisponierende Faktoren). Sexuelle und Beziehungsschwierigkeiten können die Symptome auslösen, die durch Gefühle der Kontrolle und Macht verstärkt werden können (sekundärer Gewinn).

Weibliche Schmerzsyndrome

Bei Vulvodynie und chronischen Unterbauchschmerzen ohne Organbefunde besteht eine Komorbidität mit dem posttraumatischen Stresssyndrom. Ein wichtiger pathogenetischer Faktor ist die Erfahrung von Gewalt und Ohnmacht (prädisponierende Faktoren). Die wiederholte Erfahrung von Grenzüberschreitungen (auslösende Faktoren) kann zu klinischen Manifestationen führen, die durch sekundäre depressive und Angststörungen verstärkt werden.

Therapeutisches Konzept

Das Konzept der Abklärung, Betreuung und Behandlung von Patientinnen mit Somatisierungsstörungen (6–9) gliedert sich in sechs Schritte:

- Problemerkennung und Herstellung einer therapeutischen Beziehung
- Vertiefung der Problemerkennung durch systematische Datenerhebung im somatischen und psychosozialen Bereich
- Problemerkennung und diagnostische Hypothesenbildung
- Mitteilung der diagnostischen Überlegung und Schaffung eines gemeinsamen Verständniskonzepts
- Erarbeitung und Vorschlag des Behandlungsplans
- Durchführung und gemeinsame Evaluation der Behandlung.

Für den Arzt/die Ärztin ist es besonders wichtig, negative Affekte, Enttäuschungen, vielleicht auch Vorwürfe oder Entwertungen auszuhalten und die Patientin nicht abzulehnen oder abzuschieben. Vielmehr gilt es, die ärztliche Wahrnehmung und Interpretation einzubringen, um gemeinsam mit der Patientin besser zu verstehen, wo Änderungen möglich und wo sie unmöglich sind. Beide können gegebenenfalls neue Behandlungsziele und Zeiträume definieren. Beide können auch wieder in den zirkulären Prozess beim zweiten Schritt eintreten und erneut die verschiedenen Stufen durchlaufen. Der Behandlungsprozess ist dabei vergleichbar mit dem Modell der Drehtür,

wie es im Zusammenhang mit verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepten bei Suchterkrankungen entwickelt wurde.

Vielleicht müssen Patientin und Arzt/Ärztin den gemeinsamen zirkulären Lernprozess häufig durchlaufen, bis die Patientin neue Einsichten und Verhaltenskompetenzen erworben hat, die den Somatisierungsprozess durchbrechen und stabile Heilung bieten. Vielleicht müssen aber auch beide akzeptieren, dass Somatisierung ein Teil des Lebens der Patientin bleibt und nur bestimmte Aspekte der Lebensqualität verbessert werden können. Dies entspricht dem Leben und der Bewältigung einer chronischen, unheilbaren Krankheit. ♦

Korrespondenzadresse:

Professor Dr. med. Johannes Bitzer
Abteilungsleiter
Gyn. Sozialmedizin und Psychosomatik
Universitätsfrauenklinik
Spitalstrasse 21
4051 Basel
Tel. 061-265 90 43
Fax 061-265 90 35
E-Mail: jbitzer@uhbs.ch

Potenzielle Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Kellner R.: Somatization and hypochondriasis. Praeger-Greenwood, New York, 1986.
2. Calabrese L.V.: Approach to the patient with multiple physical complaints. In: Stern T.A., Herman J.B., Slavin P.L. (Eds.): The MGH guide to psychiatry in primary care. The McGraw-Hill Companies Inc., New York, 1998: 89–103.
3. Barsky A.J.: Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 1992; 33: 28–34.
4. Barsky A.J.: Patients who amplify bodily sensation. *Ann Intern Med* 1979; 91: 63–70.
5. Benjamin S., Eminson D.M.: Abnormal illness behaviour: Childhood experiences and longterm consequences. *Int Rev Psychiatry* 1992; 4: 55–70.
6. Kapfhammer H.P.: Somatoforme Störungen. In: Möller H.J., Laux G., Kapfhammer H.P. (Hrsg.) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1999: 1505–1510.
7. Kirmayer L.J., Robbins J.M., Paris J.: Somatoform disorders: Personality and the social matrix of somatic disease. *J Abnorm Psychol* 1994; 103: 125–156.
8. Küchenhoff J.: Zur Psychodynamik und Psychotherapie von somatoformen Störungen. In: Rudolf G., Henningsen P. (Hrsg.): *Somatoforme Störungen*. Schattauer, Stuttgart-New York, 1997.
9. Manu P. (ed.): *Functional somatic syndromes. Etiology, diagnosis and treatment*. Cambridge University Press, Cambridge 1998: 32–57.