

Therapieerfolg trotz chronischen Verlaufs

Gisela Leutenegger¹

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Switzerland

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Summary

Successful therapy despite chronic progression

During psychotherapy of patients with somatoform pain disorders very often and almost inevitably a feeling of helplessness occurs in both patient and therapist. In this situation expertise and experience that it is necessary to prepare for a protracted therapeutic process are helpful. That in turn emphasises the importance of maintaining the motivation for therapy and the appreciation of every little improvement in order to overcome this feeling of helplessness. Individual progress is to be acknowledged in each single case and to be pointed out in an individually acceptable manner, especially dealing with chronic courses. That way the patient's expectation of self-efficacy may be improved, resulting in relief and an indirect improvement of his or her well-being. The therapist's well-being improves as well, as their motivation and patience to stay in the therapeutic process increases, even though this means doing "more of the same".

Key words: psychotherapy; somatoform disorder; depressive disorder; feeling of helplessness; chronic course

Einleitung

Ausgangspunkt für die Reflexion des vorliegenden Falles war ein «ohnmächtiges Gefühl» in der laufenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung einer Patientin mit einer somatoformen Schmerzstörung und Depressionen. Mir war unklar, woher das ohnmächtige Gefühl, ihr zu wenig helfen zu können, kam: Wusste oder verstand ich zu wenig von ihrer Störung oder ihrer spezifischen Situation und tat deshalb zu wenig für sie, oder handelte es sich um eine Gegenübertragung auf die sich ebenfalls oft ohnmächtig fühlende Patientin, und es ginge darum, diese Ohnmacht und die bestehende Situation der Patientin mit auszuhalten?

Würde es helfen, das störungsspezifische Hintergrundwissen zu vertiefen, um in der Behandlung solcher Patientinnen sicherer zu werden resp. dieser Patientin besser helfen zu können und mich selber weniger ohnmächtig zu fühlen? Was auch zur Frage führte, woran der «Erfolg» einer Therapie festgemacht wird, insbesondere dann, wenn

die Symptome persistieren und die äusseren «messbaren» Faktoren unverändert bleiben.

Theoretische Aspekte somatoformer (Schmerz-)Störungen

Charakteristisches Krankheitsverhalten von Patienten/innen mit somatoformen Störungen

Patienten/innen mit chronischen, organisch nicht ausreichend begründeten und damit als «somatoform» (Psychiatrie) resp. «funktionell» (übrige Medizin) klassierten Schmerzen stellen vor allem in der somatischen Primär- und Sekundärversorgung und bei Anbietern alternativer Heilmethoden eine grosse Gruppe dar. Scheidt [1] schätzt die Punktprävalenz aller somatoformen Störungen in der Allgemeinbevölkerung auf ca. 12% und deren Anteil in Allgemeinpraxen auf 20–40%. Diese Patienten/innen tauchen oft erst nach vielen Jahren erfolgloser Behandlungsversuche und zahlreichen Arztwechseln beim Psychotherapeuten auf. Sie gelten als schwierig und kaum behandelbar und jeder Therapeut kennt Beispiele von Behandlungsabbrüchen nach vorangegangenen emotionsgeladenen Verstrickungen. Diese schwierigen Beziehungsmuster, die sich infolge des störungsspezifischen, unangemessenen Krankheitsverhaltens von Patienten/innen mit somatoformen Störungen in der Arzt-Patient-Interaktion oft entwickeln, «gehören zu den zentralen behandlungsbedürftigen Aspekten von somatoformen Störungen» [2, S. 283].

Offensichtlichstes Störmoment ist die somatische Fixierung: Neben der ängstlichen Aufmerksamkeitsfokussierung auf die körperlichen Beschwerden – sehr häufig in Verbindung mit ausgeprägtem Schonverhalten sowie resultierendem sozialem Vermeidungsverhalten und Rückzug – fallen die Patienten/innen dadurch auf, dass sie an einer organischen Ursache für ihre Beschwerden festhalten, auch wenn die medizinischen Untersuchungsbefunde dagegen sprechen. Das resultierende typische Beziehungsdilemma ist, dass der Patient, der hohe Heilerwartungen an seinen Arzt hat, in seinen Beziehungserwartungen unumgänglich enttäuscht wird, «denn der Arzt kann die somatische Ursache für seine Not nicht finden und wird im Erleben der Patienten zum versagenden Objekt» [2, S. 283]. Unzufriedenheit und Enttäuschung seitens des Patienten führen zur

Korrespondenz:
Gisela Leutenegger, MD
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Heliosstrasse 32
CH-8032 Zürich
Switzerland
gisela.leutenegger[at]puk.zh.ch

1 Frau Dr. Gisela Leutenegger erhielt den 2. Preis der «Besten schriftlichen Arbeit» der Facharztprüfungen 2. Teil für Psychiatrie und Psychotherapie 2010.

Entwertung des Arztes, der darauf ohne Reflexion ärgerlich reagieren oder sich zurückziehen würde. Um mit diesen Patienten ein anhaltendes Arbeitsbündnis aufzubauen, müssen diese emotionsgeladenen interaktiven Verstrickungen unbedingt reflektiert werden, da sonst im Behandlungsverlauf zahlreiche Arztwechsel, multiple erfolglose Behandlungen und iatrogene Schädigungen drohen [2]. Die aktuelle Bindungsforschung untersucht, wie weit sich somatoforme Störungen im Kontext von unsicheren Bindungsbeziehungen entwickeln, vor allem über den Einfluss von Bindung auf die Affekt- und Stressregulation sowie auf das Hilfesuchende (Krankheits-)Verhalten. Die derzeit vorliegenden Befunde weisen auf eine Häufung von unsicheren Bindungsmustern bei Patienten mit somatoformen Störungen hin [2, 3].

Entstehungs- und Verlaufsbedingungen somatoformer Störungen

Heute besteht Einigkeit darüber, dass die Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen in einem komplexen, multifaktoriellen Prozess geschieht, in dem genetische, neurobiologische, psychophysiologische, bindungstheoretische, soziologische, systemische und familien-dynamische, lerntheoretische und psychodynamische Aspekte ineinander greifen [1]. Bei unterschiedlicher Gewichtung dieser Faktoren je nach Therapieansatz finden sich doch viele Gemeinsamkeiten. Im Folgenden werden einige der pathogenetischen Mechanismen kurz dargestellt, ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

Kognitive Fehlbewertungen körperlicher Empfindungen und Signale

Im Zentrum der somatoformen Störung steht die Fehlwahrnehmung und Fehlbewertung körperlicher Symptome durch die Patienten/innen. Durch einen interozeptiven Wahrnehmungsstil werden normale, insbesondere unangenehme körperliche Empfindungen intensiver wahrgenommen und als Zeichen einer Erkrankung fehlinterpretiert, was unter dem Begriff der «somatosensorischen Amplifizierung» bekannt wurde [4]. Darüber hinaus bestehen oft unrealistische Einstellungen zum Funktionieren eines Körpers, falsche Annahmen über physiologische Zusammenhänge, übertriebene Ansprüche an die heutige Medizin und weitere dysfunktionale Kognitionen. Durch eine ausgeprägte Aufmerksamkeitsfokussierung auf die Körpersensationen wird die Symptomatik meist weiter verstärkt. Des Weiteren trägt ein Krankheitsverhalten, bei dem sich Verhalten und Denken der Patientin immer stärker auf die körperlichen Beschwerden einengen, zur Chronifizierung bei [4, 5].

Erhöhte physiologische Reaktionsbereitschaft

Es liegen Anzeichen für eine erhöhte physiologische Reaktionsbereitschaft bei somatisierenden Patienten vor. Befunde, die auf eine Dysregulation der Hypophysen-Nebennieren-Achse-Aktivität hinweisen, sprechen für eine psychobiologische Vulnerabilität [2]. Im Sinne eines sich verstärkenden Regelkreises kommt es zudem durch die verstärkte Aufmerksamkeit auf die körperlichen Funktionen resp. daraus resultierende Gefühle von Verunsicherung

und Angst zu einer weiteren Steigerung des physiologischen Erregungsniveaus, was wiederum zu körperlichen Veränderungen führt [5].

Beeinträchtigung der Affektwahrnehmung

Von vielen Autoren wird die Beeinträchtigung von Affektwahrnehmung und -ausdruck als eigentliches Definitionsmerkmal der Somatisierung gesehen: «Somatisierende Patienten erfahren und drücken anstatt von emotionalem Distress primär somatische Beschwerden aus», sie scheinen zwischen körperlichen und affektiven Anteilen ihrer emotionalen Verfassung nicht gut unterscheiden zu können [2, S. 285]. Allerdings könne eine Alexithymie nicht als spezifischer Risikofaktor für Somatisierung gelten [6, S. 833].

Psychodynamische Ausführungen, wie in frühen Beziehungserfahrungen die gegenseitige affektive Einstimmung von Mutter und Kind optimalerweise die Wahrnehmung und den Ausdruck von Affekten sowie die Wahrnehmung des Körperselbst fördert und entwickelt, finden sich z.B. bei Kruse [7] oder Rudolf [8]. Gelingen diese Abstimmungsprozesse nicht, so können sich folgende Ich-strukturelle Beeinträchtigungen in der Persönlichkeit ausbilden (zitiert nach Kruse [7], von diesem in Anlehnung an Rudolf [diverse Beiträge] zusammengestellt):

- Die Affekte werden nicht ausreichend generiert, differenziert, empathisch und situativ verstanden. Sie können nicht als Monitor für Selbsterleben und Beziehungsregulierung genutzt werden.
- Die somatische Begleitreaktion des Affekts wird als körperliche Gesundheitsstörung interpretiert. Der Körper wird nicht als verlässlicher Teil der Person erlebt.
- Die Fähigkeit, das Selbstwertgefühl zu regulieren, ist eingeschränkt.
- Die Patienten weisen erhebliche Beeinträchtigungen in der Selbstfürsorge auf, sie können sich nicht trösten, beruhigen und Spannungszustände reduzieren.
- Die Fähigkeit, Hilfe und Unterstützung von anderen annehmen zu können und sich an andere wenden zu können, ist ebenfalls vielfach eingeschränkt.

«Diese unzureichende Integration des körperlich-emotionalen Erlebens wird als eine Disposition gesehen für die Entwicklung der somatoformen Störungen» [7, S. 218].

Aufgrund der hohen Erwartungshaltung bei gleichzeitig ausgeprägter Enttäuschungsbereitschaft liegt der nachfolgende, sich selbst verstärkende Teufelskreis in der Beziehungsgestaltung nahe: Der Patient kann seine affektive Reaktion auf interpersonelle und intrapsychische Konflikte nicht differenziert wahrnehmen. Die Aufmerksamkeit bleibt bei den körperlichen Reaktionsanteilen, die er jedoch nicht versteht und als bedrohlich wahrnimmt. Mangels Fähigkeiten zur Selbstfürsorge und Selbstregulation kann er sich nicht selbst beruhigen, was durch katastrophisierende Gedanken, Angst und Ohnmachtserleben die Symptombildung weiter verstärkt. Er begibt sich auf die verzweifelte und frustrierte Suche nach einem rettenden Behandler, der die körperliche Symptomatik diagnostizieren und ihn beruhigen könnte. Da der Arzt aber «nichts» findet, nimmt ihn der Patient als inkompetent oder hilfswillig wahr, wendet sich dem nächsten Arzt zu und dreht in einem Kreis von Hoffnung, Enttäuschung und Ohnmacht [7].

Biografische Belastung und Traumatisierung

Bei Patienten mit somatoformen Störungen finden sich in der Vorgeschichte sowohl vermehrt allgemeine biografische Belastungsfaktoren, als auch spezifisch eine Häufung von körperlichem und sexuellem Missbrauch sowie emotionaler Vernachlässigung [9, 10]. All diese Belastungsfaktoren erhöhen insgesamt die Stressvulnerabilität. Wie weit eine Migration *per se* einen zusätzlichen Risikofaktor für die Entwicklung somatoformer Störungen darstellt, ist noch umstritten. Zwar findet sich bei Migranten eine signifikant erhöhte Krankheitshäufigkeit, welche sich aber bei Berücksichtigung der sozialen Einflussfaktoren (u.a. schlechtere Ausbildung, schlechtere Arbeits- und Wohnbedingungen, Zugang zum Gesundheitssystem) relativiert [11].

Familienmuster

Ein Zusammenhang zwischen Erfahrungen in den Herkunftsfamilien und der Entwicklung somatoformer Störungen konnte aufgezeigt werden, wenn auch bislang oft mit widersprüchlichen Befunden. Als Familienmuster wurden z.B. sowohl eine niedrige familiäre Kohäsion mit emotionaler Vernachlässigung und fehlendem Geborgenheitsgefühl als auch eine besonders hohe Familienkohäsion mit übermässiger wechselseitiger Fürsorglichkeit gefunden [10]. Eindeutiger liess sich nachweisen, dass die Patienten oft mit ebenfalls somatisierenden oder lebensbedrohlich erkrankten Familienmitgliedern aufgewachsen sind und dass die Familien oft wenig oder keine Sprache für emotionale Erfahrungen haben. Die Art der Ursachenattribution der Familienmitglieder für die Symptomatik spielt ebenfalls eine bedeutsame Rolle [10].

Neurobiologische Faktoren

Untersuchungen deuten darauf hin, dass in der Pathogenese somatoformer Schmerzen die *kortikale Engrammierung* früherer Schmerzerlebnisse eine Rolle spielt [1]. Nach neueren Erkenntnissen ist die Beeinflussbarkeit der neuronalen Plastizität der zentralnervösen schmerzverarbeitenden Strukturen nicht auf die Kindheit beschränkt, sondern lebenslang gegeben. Eine Reihe von Befunden weist auf eine partiell gemeinsame neuroanatomische Basis emotional-seelischen und organisch-körperlichen Schmerzes hin [12].

Kurzübersicht Behandlungsempfehlungen

Medizinisch

Fast alle Patienten mit somatoformen Störungen suchen zunächst Hilfe in der primärärztlichen Versorgung. Betreffend Abklärungen unklarer körperlicher Symptome sollen dabei die – im Voraus festgelegten – Konsensempfehlungen berücksichtigt werden. In den Behandlungsleitlinien der AWMF wird explizit formuliert, dass die Verhinderung nicht-indizierter invasiver diagnostischer oder therapeutischer Massnahmen (z.B. Operationen) als eigenständiges, wertvolles Behandlungsziel anzusehen sei [9]. Eine der Erkrankungsphase angepasste Psychoedukation ist unerlässlich. Weitere Schwerpunkte primärärztlicher Behandlung sollen das Anleiten zu einem angemessenen Mass an Aktivierung sowie die Verhinderung weiterer Ausdehnung der

schmerzbedingten Einschränkungen sein. Auch wenn im Verlauf eine Überweisung zu einer Psychotherapie zustande kommt, sollen die aktiven somatischen Behandlungsmassnahmen (gezielte Physiotherapie, Gymnastik, Biofeedback, u.v.m.) weitergeführt werden [1].

Psychopharmakologisch

Psychotherapie hat in der Behandlung somatoformer Schmerzstörungen – im Unterschied zu chronischen Schmerzsyndromen allgemein – klar Vorrang vor der medikamentösen Behandlung. Es ist umstritten, wie weit zur Akzeptanz körperlicher Beschwerden zunächst eine symptomorientierte Pharmakotherapie durchgeführt werden soll; die Datenlage zum Erfolg einer antidepressiven Medikation ist widersprüchlich. Dennoch ist im klinischen Alltag der Einsatz von (teils analgetisch wirkenden) Antidepressiva weit verbreitet, nicht nur bei Vorliegen einer komorbiden depressiven Störung. Vom Einsatz von Tranquilizern und Neuroleptika wird ausdrücklich abgeraten [9].

In den Behandlungsleitlinien der AWMF zur Fibromyalgie [13] wird ein Behandlungsversuch mit Amitriptylin (25–30 mg/Tag, wenn nötig auch mehr) empfohlen. Mit geringerer Evidenz zeigten auch Fluoxetin (20–60 mg/Tag), Paroxetin (20 mg/Tag), Duloxetin (60–120 mg/Tag), Tramadol/Paracetamol (bis 150 mg/1300 mg/Tag) und Pregabalin (450 mg/Tag) Wirkung.

Psychotherapeutisch

Multimodale psychotherapeutische Behandlungsansätze gelten als Methode der Wahl zur Behandlung somatoformer Störungen. Von einer theoriegeleiteten Kombination therapeutischer Wirkkomponenten, die auf unterschiedliche der genannten pathogenetischen und aufrechterhaltenden Bedingungen Einfluss nehmen, ist eine Verbesserung der Behandlung zu erwarten. Weder auf die symptomorientierten Behandlungselemente der Initialphase, welche durch somatisches Krankheitsverständnis und begrenzten Behandlungsauftrag gekennzeichnet ist und ein konfliktorientiertes therapeutisches Vorgehen in der Regel noch nicht toleriert, noch auf die später indizierten Behandlungselemente, die interpersonelle Probleme und Defizite der Persönlichkeitsentwicklung berücksichtigen, soll verzichtet werden [1].

Verlauf und Prognose

Die somatoforme Schmerzstörung gilt im Allgemeinen als chronisch; rezidivierende Verläufe oder Spontanremissionen sind in Einzelfällen zu beobachten [4]. Die AWMF [9] formuliert, es komme «nicht regelmässig zu einer wesentlichen Minderung der Schmerzintensität»; trotzdem werde eine Umattribuierung der Schmerzen als weniger schlimm oder bedrohlich in Verbindung mit wieder erhöhtem Aktivitätsniveau von den Patienten/innen als signifikanter Erfolg erlebt. Scheidt [1] betont, es gelte, sich trotz Persistenz der Symptomatik nicht in einen resignativen Gegenübertragungsaffekt verstricken zu lassen, dass «alles umsonst» gewesen ist; der Patientin soll vermittelt werden, dass trotz

unveränderter oder zwischenzeitlich wieder verstärkter Beschwerden die Behandlung ein Beginn ist, bessere Kompetenzen im Umgang mit der Symptomatik und interpersonellen Problemen zu gewinnen; Fortschritte in der Therapie sollen benannt und positiv bewertet werden.

Fallgeschichte

Ausgangslage und Zuweisungssituation

Die heute 54-jährige Frau X. war vor knapp 30 Jahren mit ihrem Ehemann aus Bosnien in die Schweiz eingewandert, wo sie ein, vier und neun Jahre später je eine Tochter gebar. Vor zehn Jahren liess sie sich (nach jahrelangem Ringen) nach einer gewaltbelasteten Ehe scheiden. Danach arbeitete sie erstmals als Pflegehelferin, um mit Nachtwachen den Unterhalt für sich und ihre Töchter zu verdienen. Diese sind seither ausgezogen und weitgehend selbständig. Frau X. erhält inzwischen seit mehreren Jahren eine $\frac{3}{4}$ -IV-Rente und arbeitet noch 20–30% als Pflegehelferin bei einer Spitexorganisation. Der Invaliditätsgrad war bei einer IV-Rentenrevision kurz vor Behandlungsaufnahme bestätigt worden.

Frau X. hatte sich (während der Ferienabwesenheit ihres Hausarztes) selber für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in unserem Ambulatorium mit sozial-psychiatrischem Schwerpunkt angemeldet. Im Erstgespräch stellte sie eine aktuelle Symptomatik von depressiver Verstimmung, Schlafstörungen und zunehmenden Schmerzen am ganzen Körper als Problem vor bei einer seit 22 Jahren bestehenden Fibromyalgie sowie rezidivierenden depressiven Episoden seit 21 Jahren. Als einzigen Auftrag deklarierte sie zunächst die Umstellung der bestehenden antidepressiven Medikation, erwähnte dann aber im zweiten Gespräch als eigentliches Hauptanliegen, sich in Beziehungen zu ihr nahe stehenden Personen, insbesondere zur Mutter, besser abgrenzen zu lernen. Anlass zur Wiederaufnahme einer Psychotherapie zu diesem Zeitpunkt war ein bevorstehender mehrmonatiger Besuch der Mutter aus Bosnien bei der Patientin, was im vorangegangenen Jahr zu heftigen Konflikten zwischen den beiden geführt hatte.

Anamnese

Frau X. beschreibt die Atmosphäre in ihrer recht wohlhabenden Herkunftsfamilie als gefühlsarm. Sie als einziges Mädchen habe viel mithelfen müssen, ohne je Anerkennung dafür zu erhalten, ihre beiden jüngeren Brüder seien aufgrund ihres Geschlechts immer bevorzugt worden. Selbst als sie ein begonnenes Wirtschaftsstudium abgebrochen habe, um nach dem Konkurs der Firma des Vaters mit ihrem Lohn die Familie zu ernähren, sei dies als selbstverständlich betrachtet worden. Fünf Jahre später fand sie per Inserat einen im Ausland lebenden Landsmann, den sie nach wenigen Monaten Briefkontakt 25-jährig heiratete und mit dem sie kurz danach in die Schweiz zog.

Nach einer ersten gesunden Tochter kam drei Jahre später eine zweite Tochter mit einer Gallengangsatresie zur Welt, woran sie im Alter von zwei Jahren nach einer langen Sterbephase verstarb. Trotz grosser Angst entschied sich

Frau X. später für noch ein Kind, welches drei Jahre später zur Welt kam und seit dem Kleinkindalter unter rezidivierenden Gelenkentzündungen leidet.

Frau X. arbeitete als Hilfsarbeiterin in Teilzeit in diversen Bereichen; aufgrund krankheitsbedingt wechselnder Arbeitsfähigkeit kam es zu häufigen Kündigungen und Stellenwechseln. Die Ehe war mit physischer und psychischer Gewalt belastet, wobei mit Eintritt der älteren Tochter in die Pubertät zusätzlich gegensätzliche Erwartungen der beiden Elternteile den Grad der kulturellen Anpassung nach Emigration betreffend aufeinanderprallten und zu heftigen Konflikten und letztlich Trennung und Scheidung auf Initiative von Frau X. führten.

Krankheitsentwicklung

Frau X. berichtet, sie sei während der ersten zwei Lebensjahre «immer krank» gewesen. Wegen diverser Infektionen habe man mehrmals um ihr Leben gebangt, nur die Mutter habe immer an ihr Überleben geglaubt: «Sie musste mich zwei Jahre lang auf ihren Armen tragen». Die verzögerte frühkindliche Entwicklung habe sie problemlos aufgeholt und sei danach kaum noch krank gewesen.

In der Pubertät habe sie sich allein und unverstanden gefühlt. Sie habe zwei Suizidversuche mit (kleinen Mengen der) Schlaftabletten der Mutter unternommen, «da sie mich nicht liebte». Auf Schwierigkeiten in den folgenden Jahren habe sie manchmal bedrückt reagiert; dies seien aber keine eigentlichen Depressionen gewesen. Dazwischen habe sie sich wohlgefühlt.

Noch während der Sterbephase ihrer zweiten Tochter habe sie chronische Rücken- und Nackenschmerzen entwickelt und im Jahr darauf eine erste depressive Episode durchlitten. Damals habe sie sich erstmals von ihrem Ehemann getrennt, wonach sie drei Monate frei von körperlichen Schmerzen und Depression gelebt habe, bis sie sich auf Bitten des Ehemannes zur Fortführung der Ehe entschlossen habe. In den folgenden Jahren hätten sich die Schmerzen auf den ganzen Körper ausgeweitet. Sie habe diverse Hausärzte und Spezialisten aufgesucht, aber niemand habe ihr helfen können. Auch seien weitere depressive Episoden in zunehmend kürzeren Abständen aufgetreten, oft in Zusammenhang mit verstärkten psychosozialen Belastungen.

Der erste Kontakt mit einer Psychiaterin, einer Landsfrau, erfolgte sieben Jahre nach Schmerzbeginn auf Initiative des Ehemannes, der sie beschuldigte, eine Simulantin zu sein und die Schulden der Familie durch ihre Arztbesuche unnötig zu erhöhen. Frau X. berichtet, sie sei durch die Psychotherapie selbständiger geworden, was zu vermehrten Konflikten mit dem Ehemann geführt habe, welcher ihr letztlich die Fortsetzung der Therapie verboten habe. In den folgenden Jahren habe sie noch mehrere Psychiater aufgesucht, aber zu keinem mehr Vertrauen gefunden; diverse Versuche mit antidepressiven Medikamenten hätten kaum etwas genützt; parallel dazu habe sie sich auch wieder diversen Abklärungen der Schmerzen unterzogen. Erst eine zweimonatige stationäre Rehabilitation in einer Rheumaklinik habe ihr Erleichterung gebracht, v.a. auch deshalb, weil «für die Schmerzen endlich eine Diagnose [Fibromyal-

gie] gefunden» worden sei. Drei Jahre später sei sie nach einem Sturz von einer Treppe wegen starker Schmerzen und einer erneuten schweren Depression längere Zeit vollständig arbeitsunfähig gewesen. Damals erfolgte auf Anraten des Hausarztes die erstmalige Anmeldung bei der Invalidenversicherung, welche ihr zwei Jahre später nach einer rheumatologisch-psychiatrischen Begutachtung mit den Diagnosen einer «rezidivierenden depressiven Störung mit multiplen somatischen Symptomen bei multiplen psychosozialen Stressoren sowie einer Fibromyalgie» eine $\frac{3}{4}$ -Rente zusprach. Seither arbeitete Frau X. noch zu 20–40% als Pflegehelferin bei einer Spitexorganisation.

Nach dem Treppensturz nahm Frau X. eine über drei Jahre dauernde Psychotherapie wahr, von der sie Hilfe bei konkreten Problemen in der Gegenwart erhalten habe und über die schwierigen Ereignisse der Vergangenheit habe reden können; dies habe sie beruhigt, obwohl die Schmerzen unverändert stark gewesen seien und sie auch weitere depressive Episoden erlitten habe.

Diagnosen

Nach ICD-10-Kriterien wurden die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie einer rezidivierenden depressiven Störung mit leichten bis mittelgradigen Episoden (ICD-10 F33.0/1) gestellt.

Im Beck'schen Depressionsinventar (28/63 Punkte) und in der Hamilton-Depressionsskala (20/65 Punkte) zeigte sich eine klinisch relevante resp. mittelgradige depressive Episode. Das allgemeine Funktionsniveau wurde in der GAF-Skala (*global assessment of functioning*) mit einem Ausgangswert von 58/100 festgelegt.

Zielsetzung der Therapie

Neben einer Umstellung der bestehenden antidepressiven Medikation deklarierte die Patientin als Hauptanliegen an die Therapie, sich in Beziehungen zu ihr nahe stehenden Personen besser abgrenzen zu lernen. Bewusst verzichtet wurde auf eine nochmalige Fokussierung auf schwierige biographische Ereignisse wie z.B. den Tod der Tochter oder die Gewalt in der Ehe, da dies in der früheren Psychotherapie von 2002–2005 breiten Raum eingenommen hatte. Da zum Erreichen dieses Ziels ein längerer Entwicklungsprozess notwendig würde, wurde eine vorerst zeitlich unbegrenzte Therapie mit wöchentlichen Sitzungen im Einzelsetting vereinbart. Nach drei Monaten wurde eine erste Evaluation des Verlaufs stattfinden zum Entscheid, ob und wie die Therapie fortgeführt werden sollte.

Verlauf der Therapie

Der Berichtszeitraum umfasst die ersten 16 Monate resp. 44 Sitzungen der Psychotherapie mit wöchentlichen, in stabileren Zeiten zweiwöchentlichen Gesprächen. Die ersten Sitzungen dienten dem Beziehungsaufbau sowie dem Erheben der lebensgeschichtlichen, psychisch-psychiatrischen sowie somatischen Vorgeschichte. Das Absetzen eines mit Nebenwirkungen behafteten Antidepressivums (Müdigkeit unter 37,5 mg Venlafaxin) und eine vorübergehende

Erhöhung des hilfreich erlebten Fluoxetin (von 20 mg auf 30 mg) brachten eine leichte Besserung. Seither lehnte die Patientin trotz persistierender Schlafstörungen jede Medikamentenumstellung oder -erhöhung oder Kombination mit einem sedierenden Antidepressivum (Empfehlung von Amitriptylin) ab. Der Auftrag einer medikamentösen Neueinstellung scheint im Rückblick vor allem als «Eintrittsbillet» zur Psychotherapie fungiert zu haben.

Die weiteren Sitzungen verliefen jeweils sehr ähnlich: Frau X. kam meist etwas verspätet zum Termin, wofür sie sich immer entschuldigte, und begann bereits beim Hereinkommen, in hohem Tempo und unter hohem emotionalen Druck eine «Beziehungsgeschichte» der letzten Tage zu erzählen. Die Schilderungen beschränkten sich grösstenteils auf das Rapportieren, wer was in welcher Situation gesagt hatte; sie handelten meist von Konflikten mit der Mutter, mit einer der Töchter oder mit potentiellen Partnern und waren oft dramatisch. Auf Nachfragen zu ihrem emotionalen Befinden in der jeweiligen Situation ging die Patientin nur kurz oder gar nicht ein.

Konstante und Kernfrage war die Beziehungsgestaltung resp. die Abgrenzungsschwierigkeiten. Diese Probleme stellten sich für die Patientin in immer wieder neuen Beziehungssituationen mit brennender Aktualität, so dass sie diesen jeweils Priorität einräumte, wodurch kaum Zeit blieb für die Vertiefung von Besprochenem. Als ich nach drei Monaten Therapie eine Sitzung für einen Überblick über die anstehenden Themen und deren Prioritäten freihielt, stimmte die Patientin sofort zu. Sie konnte jedoch kaum auf das Benennen und Ordnen von Themen eingehen und war froh, als noch Zeit blieb, um ihren gewohnten «Rapport» der vergangenen Woche abzulegen. Einige Monate später fragte sie dann wörtlich, weshalb sie immer so viele Geschichten erzählen müsse, so dass kaum Zeit bleibe, über sie selber zu reden.

Das erste Therapiehalbjahr hatte vordergründig zu schnellen Veränderungen verholfen: Die depressive Symptomatik verschwand, Frau X. gab an, sie fühle sich ernst genommen, habe mehr Boden unter den Füßen und ein etwas besseres Selbstwertgefühl, obwohl die Schmerzen unverändert seien. Sie setzte – mit grosser Mühe und Schuldgefühlen – durch, dass die Mutter während ihres Besuchs in der Schweiz statt bei ihr in den Familien der beiden Brüder wohnte. Danach kam es aber zu einer längeren Durststrecke in der Therapie: Frau X. vermochte sich zwar in Situationen abzugrenzen, die vorher in der Therapie besprochen worden waren, wo sie eine Bestätigung ihrer Wahrnehmung und Ermutigung zum Durchsetzen ihrer Anliegen erhielt; aber die selbständige Übertragung auf neue Situationen fiel ihr schwer. Sie selber realisierte, dass sich die Probleme im Umgang mit ihr nahestehenden Personen immer wieder neu stellten und dass sie oft in «alte» Verhaltensmuster zurückfiel. Dies führte auch zu erneuter leicht depressiver Symptomatik und verstärkten Schmerzen.

Frau X. vermochte zunehmend weniger Fortschritte zu erkennen, woran sie sich selber die Schuld zuschrieb; die damit verbundene und fürs Gegenüber wahrnehmbare Enttäuschung vermochte sie selber kaum wahrzunehmen und noch weniger mitzuteilen. Das verbale Aufzeigen von kleinen Fortschritten wischte sie mit Hinweis auf die als viel

schwerwiegender erlebten Mängel in ihrem Beziehungsverhalten vom Tisch. Erst als ich mit ihr eine bildliche Darstellung der Ist-Situation (Aufzeichnung der relevanten Problembereiche in Relation (Grösse und Abstand) zu ihrer Person in Anlehnung an das Instrument PRISM (*Pictorial Representation of Illness and Self Measure* [14]) vornahm, wurde das Erreichte für sie sichtbar und spürbar. Als in einem zweiten Schritt der zeitliche Horizont nicht nur auf das vergangene Jahr, sondern auf den gesamten Zeitraum seit Symptombildung ausgeweitet wurde, war die Patientin kurz überwältigt von den erreichten Veränderungen. Obwohl sie später ihre Fortschritte wieder relativierte, wirkte sie seither deutlich zuversichtlicher und entspannter, was gleichzeitig auch bei mir als Therapeutin der Fall war. Interessanterweise stellte sie im Folgejahr anlässlich des nächsten anstehenden Besuchs der Mutter eine weniger radikale Forderung (sie sei bereit, die Mutter wieder bei sich aufzunehmen, aber nur wenn die Brüder sie anteilmässig gleich lang bei sich aufnehmen), setzte diese aber unbeirrbar durch.

Therapeutische Beziehung und therapeutische Beziehungsgestaltung

Frau X. fasste schnell Vertrauen und erzählte offen von ihren jeweils aktuellen Erlebnissen in Beziehungen mit nahestehenden Personen. Zunächst bemühte ich mich vorrangig um das Erfassen und Verstehen ihrer Vorgeschichte und Lebenssituation, ihrer Art, Beziehungen zu gestalten sowie ihres Erklärungsmodells für die frühere und jetzige Symptomatik. Die Versuche, durch empathisches Nachfragen ihr emotionales Befinden in den berichteten Situationen zu erfahren, scheiterten. Dies war für mich als Therapeutin zunächst schwierig, ich fühlte mich in mancher Stunde als weitgehend untätige Zuhörerinnen und etwas ohnmächtig, da meine Steuerungsversuche, z.B. Klärungsfragen, Rückmeldungen oder Wechsel auf die Meta-Ebene, in den Sitzungen keine sichtbare Wirkung zeigten. Erst als ich mir bewusst machte, dass die Patientin in ihrer Fähigkeit zur Wahrnehmung und Mitteilung ihrer Affekte, insbesondere der negativen, grundlegend eingeschränkt ist, und dass sie aufgrund jahrzehntelanger Vorerfahrungen, nicht wahrgenommen und nicht wertgeschätzt zu werden, auch die Empfänglichkeit des Gegenübers für das von ihr Gesagte nur schwer wahrnehmen kann, konnte ich mich auf einen längeren und langsameren Prozess einstellen und die Geduld dafür wieder aufbringen. Durch diese Überlegungen erkannte ich wieder, dass die bereits angewandten, überwiegend supportiven Behandlungselemente auch Gewicht hatten, wie z.B. die bewusst sehr wertschätzende Grundhaltung, das ausdauernde Rückmelden, was ich vom Gesagten verstanden hatte, und immer wieder auch die ausdrückliche Würdigung von Geleistetem, Mitgetragenem, Ausgehaltenem und Überstandem. Die Absicht, die Patientin durch die korrigierende Beziehungserfahrung in ihrem Selbstwert und ihren Ressourcen zu stärken, erschien im vorliegenden Prozess sinnvoll. Dadurch konnte ich mich aus meiner Ohnmacht und dem Gefühl, «nichts» zu tun, lösen, wobei klar wurde, dass diese Gefühle auch eine Gegenübertragungsreaktion auf die Problematik der Patientin darstellten. Auch wenn Frau X. auf die erwähnten Interventionen meist nicht unmittelbar

reagierte, zeigte sich manchmal einige Sitzungen später, dass sie doch Vieles aufgenommen hatte und daraus Rückhalt für zu bestehende Beziehungssituationen bezog.

Im vorliegenden Bericht liegt der Fokus auf der «Ohnmacht». Es gäbe viele weitere Aspekte der therapeutischen Beziehung inklusive diverser Übertragungs-/Gegenübertragungsphänomene zu analysieren. In der Therapie selber nahm z.B. die widersprüchliche Beziehung zur Mutter breiten Raum ein.

Evaluation der Therapie

Erreichte äussere und innere Veränderungen während der Therapie

Die bei Therapiebeginn bestehende leicht- bis mittelgradige depressive Symptomatik war vier Monate später nicht mehr fassbar, trat aber im weiteren Verlauf in Abhängigkeit von psychosozialen und innerpsychischen Belastungen vorübergehend wieder auf. Die Ganzkörperschmerzen blieben bestehen, ihre Intensität war von denselben Belastungsfaktoren abhängig.

Zum Berichtszeitpunkt waren die Punktzahlen im Beck'schen Depressionsinventar (noch 9/63 Punkte) und in der Hamilton-Depressionsskala (noch 7/65 Punkte) auf normale Bereiche gesunken. In der GAF-Skala nahm der Ausgangswert von 58/100 auf 62/100 zu, bedingt durch ein etwas besseres Funktionieren im sozialen und beruflichen Bereich; eine weitere Erhöhung des Funktionsniveaus wurde limitiert durch die chronische Schmerzsymptomatik und die eingeschränkte psychische Belastbarkeit. Die Arbeitsfähigkeit blieb unverändert eingeschränkt.

An inneren Veränderungen benannte die Patientin selber ein etwas besseres Selbstwertgefühl. Aus Sicht der Therapeutin zeichneten sich im Bereich der Affektwahrnehmung kleine Fortschritte ab: Insbesondere Affekte der Trauer konnte die Patientin etwas besser wahrnehmen. Negative Affekte wie Wut oder Enttäuschung vermochte sie mit Unterstützung einzelne Male wahrzunehmen und in der geschützten Situation der Therapie zu benennen, wobei die dadurch hervorgerufenen Schuld- und Schamgefühle sie sofort wieder zum Verstummen resp. Wechseln des Themas brachten.

Mehr Klarheit als das verbale Aufzeigen von Situation und Fortschritten brachte bei dieser Patientin eine bildliche Darstellung ihrer relevanten Problembereiche in Relation zu ihrer Person. Dadurch wurden die erreichten Veränderungen für sie sichtbar und spürbar, was zu einer deutlichen Entspannung und mehr Vertrauen in den laufenden Therapieprozess führte. In den Folgesitzungen konnten unter Bezugnahme auf ihre Darstellung die jeweils aktuellen Konflikte ohne viele Worte eingeordnet werden, wodurch bereits eine gewisse Distanzierung davon möglich wurde.

Persönliche Beurteilung der Therapie

Nachdem sich nach einigen Wochen ein immer wieder sehr ähnlicher Ablauf der Sitzungen eingestellt hatte (s. oben), bei dem meine aktiven therapeutischen Interventionen weitgehend ungehört zu verhallen schienen, erlebte ich eine gewisse Ohnmacht und die Sitzungen als ermüdend. Obwohl die Patientin selber mit der Therapie sehr zufrieden

war, lief für mich als Therapeutin immer die Frage mit, ob sie wirklich erhält was sie braucht. War es richtig, ihr für das «Geschichtenerzählen» so viel Raum zu lassen? Meine Bedenken waren, dass sich die Patientin nur kurzfristig durch meine empathische und ressourcenorientierte Haltung gestärkt fühlen würde, ohne dass sich an den grundlegenden Konflikten und Beziehungsmustern etwas ändern würde. Erst im Verlauf wurde mir bewusster, dass sich die Patientin vom Strukturniveau her an der Grenze befindet, um nicht nur von supportiver, sondern auch von entwicklungsorientierter Psychotherapie profitieren zu können. Damit war wieder klar, dass bei Frau X. ein grosser Anteil an Ich-stützenden und weiteren supportiven therapeutischen Interventionen durchaus nötig und sinnvoll ist. Sie selber hatte zwar einen klar psychotherapeutischen Auftrag (Abgrenzung in nahen Beziehungen) formuliert, dem aber deutliche Ich-strukturelle Defizite im Weg stehen: ihre eingeschränkte Affektwahrnehmung und -mitteilung, die eingeschränkte Wahrnehmung des Körperselbst sowie Beeinträchtigungen in der Selbstwertregulation und Selbstfürsorge.

Ein weiter vertieftes Verständnis und mehr Sicherheit in der laufenden Therapie gewann ich durch die Auseinandersetzung mit den theoretischen Hintergründen, wodurch die gesamte Krankheitsentwicklung der Patientin wieder ins Blickfeld gelangte: Ich realisierte, dass bei dieser Patientin die rheumatologische Diagnose einer Fibromyalgie aus psychiatrischer Sicht einer somatoformen Schmerzstörung entsprach, aus deren krankheitstypischen Dynamik mir ihr Verhalten verständlicher wurde. Dadurch fiel mir auf, welch grosse Entwicklung sie seit Krankheitsbeginn durchlaufen hatte: vom anfänglichen Suchen nach somatischen Erklärungen für ihre Schmerzen mit hoher Inanspruchnahme medizinischer Abklärungen bei externalisierendem Ursachenverständnis über die zunehmende Entwicklung von Depressionen, welche psychische Bedingtheiten implizieren, über die später aus eigener Motivation während über drei Jahren wahrgenommene Psychotherapie, in der sie die Thematisierung lebensgeschichtlicher Ereignisse wagte, bis hin zum jetzigen von ihr erteilten psychotherapeutischen Auftrag vermehrter Abgrenzung, womit sie sich Selbstwirksamkeit zuschreibt. Der Blickwinkel auf diesen gesamten Entwicklungsprozess gab mir als Therapeutin das nötige Vertrauen in den laufenden Therapieprozess, aber auch Bescheidenheit in Bezug auf die mögliche Veränderungsgeschwindigkeit zurück.

Fazit

Im vorliegenden Fall war der psychotherapeutische Auftrag der Patientin an die Therapie zu hoch gegriffen resp. erst durch einen längeren Prozess zu erreichen. Er war wichtig, langsamer vorzugehen und sich zuerst um die Grundlagen

wie z.B. Affekt- und Körperwahrnehmung zu kümmern. Den unrealistischen Erwartungen der Patientin musste mit realistischen Schritten begegnet werden. Dabei erwies sich das Aufzeigen des bereits Erreichten und das Würdigen auch kleiner Schritte als wesentlich, um ihr Selbstvertrauen und ihre Selbstwirksamkeitserwartung zu stärken und ihre Therapiemotivation aufrechtzuerhalten.

Die Auseinandersetzung mit dem theoretischen Hintergrund somatoformer (Schmerz-)Störungen bestätigte mir, dass «mehr helfen» bei dieser Patientin heisst, «mehr des Gleichen» zu tun. Viele Autoren betonen, wie viel Zeit es braucht, um ausgehend von einem somatischen ein psychosomatisches Krankheitsverständnis zu entwickeln; wie dieser Prozess nicht einfach beschleunigt werden kann, v.a. wenn zuerst grundlegende Ich-strukturelle Fähigkeiten entwickelt werden müssen, um weitere Schritte machen zu können (z.B. vermehrte Abgrenzung); ebenso wie wichtig es ist, das ohnmächtige Gefühl zu überwinden oder zumindest auszuhalten und die Motivation im Therapieprozess aufrechtzuerhalten. Es geht in jedem Einzelfall darum, die individuellen Fortschritte zu sehen und in individuell annehmbarer Form aufzuzeigen, auch oder gerade wenn der Verlauf aufgrund der messbaren äusseren Faktoren als chronisch kategorisiert würde.

Literatur

- 1 Scheidt CE. Störungsspezifische psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie somatoformer Schmerzstörungen. Ein Leitfaden für die ambulante Einzelpsychotherapie. *Psychotherapeut*. 2002;47:110–23.
- 2 Waller E, Scheidt CE. Körper und Beziehung. Der Beitrag der Bindungsforschung. *PiD*. 2008;9:283–9.
- 3 Waldinger RJ, Schulz MS, Barsky AJ, Ahern DK. Mapping the Road From Childhood Trauma to Adult Somatization: The Role of Attachment. *Psychosom Med*. 2006;68:129–35.
- 4 Rief W, Hiller W. Somatisierungsstörung und Hypochondrie. *Fortschritte der Psychotherapie*, Band 1. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe; 1998.
- 5 Thomas P, Grama C, Hiller W. Kognitive Verhaltenstherapie bei somatoformen Störungen. *PiD*. 2008;9:223–30.
- 6 Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin Psychol Rev*. 2007;27:821–41.
- 7 Kruse J. Der Körper als Botschafter. Konzepte der psychodynamischen Psychotherapie. *PiD*. 2008;9:217–22.
- 8 Rudolf G. Strukturbegleitende Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart: Schattauer; 2009.
- 9 AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften online. Leitlinien Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (2001). www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/051-006.htm. Abrufdatum 2009-12-05.
- 10 Schweitzer J, Von Schlippe A. Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. Somatisierungsstörungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2007. S. 154–66.
- 11 Bermejo I, et al. Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*. 2010;37:225–32.
- 12 Henniger S, Gündel H. Psychosomatik und Neurobiologie – ein Update. *PiD*. 2008;9:277–82.
- 13 AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften online. Leitlinien Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms (2008). www.awmf.org/leitlinien/detail/II/041-004.html. Abrufdatum 2009-12-15.
- 14 Büchi S, Sensky T. PRISM: Pictorial Representation of Illness and Self Measure. A Brief Nonverbal Measure of Illness Impact and Therapeutic Aid in Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics*. 1999;40:314–20.