

Aus dem Institut für Medizinische Psychologie
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Kommissarischer Vorstand: Professor Dr. Till Roenneberg

Kontrollierte Interventionsstudie zur Ausprägung somatoformer Syndrome
bei wenig integrierten Migrantinnen vor und nach einem intensiven
Deutschsprachkurs

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Mariella Schopper
aus München
2010

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Apl. Prof. Dr. habil. Hans-Jürgen Distel

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. Thomas C. Baghai
Prof. Dr. Gian Domenico Borasio
Prof. Dr. Randolph Penning

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Dr. med. Karl-Joachim Zander

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 14. 01. 2010

für meinen Vater

1 Einleitung.....	9
2 Theoretischer Hintergrund.....	11
2.1 Somatoforme psychische Störungen.....	11
2.1.1 Theorie und Grundkonzept der Psychosomatik.....	11
2.1.2 Hypothesen zur Somatisierung.....	15
2.1.2.1 Definition des Begriffes Somatisierung.....	15
2.1.2.2 Historische Entwicklung der Vorstellungen zur Somatisierung.....	15
2.1.2.3 Psychoanalytische Modelle.....	16
2.1.2.3.1 Das klassische Konversionsmodell von S. Freud (1895)	
2.1.2.3.2 Vorstellungen der Individualpsychologie von A. Adler (1905)	
2.1.2.3.3 Die „vegetative Neurose“ nach F. Alexander (1950)	
2.1.2.3.4 Das Modell der De-/ Resomatisierung nach M. Schur (1955)	
2.1.2.3.5 Das Alexithymiemodell nach Nemiah und Sifneos (1972)	
2.1.2.3.6 Die depressive Somatisierung nach G. Rudolf (1998)	
2.1.2.3.7 Das Interpersonelle Modell nach P. Henningsen (1998)	
2.1.2.4 Stressmodelle.....	21
2.1.2.4.1 Entstehung der Stressmodelle	
2.1.2.4.2 Das klassische Stressmodell nach Selye (1956)	
2.1.2.4.3 Das transaktionale Stressmodell nach Lazarus (1966)	
2.1.2.4.4 Das Life-Event u. Vulnerabilitätskonzept nach Sternbach (1966)	
2.1.2.4.5 Das psychoendokrine Stressmodell nach Henry (1986)	
2.1.2.4.6 Das Stressmodell nach G. Hüther (1996)	
2.1.2.5 Das verhaltensmedizinische Modell nach Rief und Hiller (1998).....	24
2.1.2.6 Die soziosomatische Hypothese nach Kirmayer (1998).....	26
2.1.2.7 Das bio-psycho-soziale Modell nach v. Uexküll und Wesiack (1985).....	27
2.1.2.8 Transkulturelle Aspekte der Somatisierung.....	27

2.1.3 Formen somatoformer Störungen.....	28
2.1.3.1 Definition	28
2.1.3.2 Diagnostische Kriterien der verschiedenen somatoformen Störungen.....	29
2.1.3.2.1 Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)	
2.1.3.2.2 Undifferenzierte somatoforme Störung (ICD-10 F45.1)	
2.1.3.2.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.3)	
2.1.3.2.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)	
2.1.3.2.5 Sonstige somatoforme Störungen (ICD-10 F45.8)	
2.1.3.2.6 Hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2)	
2.1.3.2.7 Dissoziative Störungen (ICD-10 F44)	
2.1.3.3 Differentialdiagnosen und Komorbidität.....	35
2.1.3.4 Epidemiologische/ Soziodemographische Daten.....	36
2.1.3.5 Hinweise auf genetische Faktoren bei somatoformen Störungen.....	37
2.1.3.6 Therapie somatoformer Störungen.....	38
2.2 Zur gesundheitlichen Situation von Migranten in Deutschland.....	40
2.2.1 Ausländerstruktur in Deutschland.....	40
2.2.2 Allgemeine Morbidität bei Migranten.....	41
2.2.3 Psychische Störungen bei Migranten.....	41
2.2.4 Somatoforme Störungen bei Migranten.....	42
2.2.5 Kulturspezifische Krankheitskonzepte.....	43
2.2.6 Krankheitsverhalten.....	45
2.2.7 Migrationsbedingte Stressfaktoren.....	46
2.2.7.1 Potentiell gesundheitsfördernde Faktoren bei Migration (Eustress)	
2.2.7.2 Potentiell krankmachende Faktoren bei Migration (Distress)	
2.3 Sprache (sprachliche Kompetenz und Psyche).....	50
2.3.1 Zur Bedeutung der Sprachentwicklung.....	50
2.3.2 Sprache aus psychoanalytischer Sicht.....	50
2.3.3 Sprache aus neurobiologischer Sicht.....	51
2.3.4 Ursachen schlechter Sprachkenntnisse bei Migranten in Deutschland.....	51
2.3.5 Konsequenzen besserer Sprachkenntnisse.....	51

3 Hypothesen zur Untersuchung.....	53
4 Methoden und Probanden.....	55
4.1 Ein- und Ausschlusskriterien zur Teilnahme an der Studie.....	55
4.1.1 Einschlusskriterien	
4.1.2 Ausschlusskriterien	
4.2 Rekrutierung der Patienten.....	56
4.3 Durchführung der Untersuchungen.....	56
4.4 Untersuchungsinstrumente.....	57
4.4.1 SCL-90-R nach Derogatis	
4.4.2 B-L nach v. Zerssen	
4.4.3 LSAD (SADS-C, modifiziert)	
4.5 Randomisierung in eine Kurs- und eine Wartegruppe	58
4.6 Intervention: Sprachkurs.....	59
4.7 Auswertung.....	60
5 Ergebnisse.....	61
5.1 Beschreibung der Gesamtstichprobe.....	61
5.1.1 Herkunft, Familienstand, Berufstätigkeit	
5.1.2 Diagnosenverteilung	
5.1.3 Sprachkompetenz	
5.2 Beschreibung der Kurs- und der Wartegruppe.....	62
5.3 Ergebnisse der Eingangsuntersuchung.....	63
5.4 Untersuchungsergebnisse nach dem Kurs bzw. der Wartezeit.....	67
5.4.1 Befindlichkeitsänderungen in der Kursgruppe.....	67
5.4.2 Befindlichkeitsänderungen in der Wartegruppe.....	71
5.4.3 Somatisierung: Vergleich der Delta-Werte (Kurs- vs. Wartegruppe).....	75
5.4.4 Affektive Symptomatik: Vergleich der Delta-Werte (Kurs- vs. Wartegruppe)....	76

5.4.5 Weitere Untersuchungsergebnisse in der Kursgruppe.....	79
5.4.5.1 Korrelationen der Delta-Werte der Subskalen von SCL-90 und LSAD	
5.4.5.2 Korrelationen: Delta-Werte der Psychopathologie vs. Somatisierung Tag 0	
5.4.5.3 Vergleich der Deutschkenntnisse vor und nach dem Kurs	
5.4.5.4 Korrelationen: Delta-Werte Psychopathologie vs. Sprachkenntnisse und vs. demographische Daten	
6 Diskussion.....	83
6.1 Ausmaß und Struktur der Symptomverbesserung in der Kursgruppe.....	85
6.1.1 Rückgang der Somatisierung	
6.1.2 Rückgang der affektiven Symptomatik	
6.2 Zunahme der Symptomatik in der Wartegruppe.....	87
6.3 Vergleich der Untersuchungsinstrumente.....	88
6.4 Spezielle Interventionseffekte.....	88
6.4.1 Symptomverbesserung vs. Alter und Aufenthaltsdauer in Deutschland	
6.4.2 Symptomverbesserung vs. Schweregrad der somatoformen Störung	
6.4.3 Symptomverbesserung vs. Sprachkompetenz	
6.5 Spezielle Aspekte des Sprachkurses.....	89
6.5.1 Spezielle Konzeption	
6.5.2 Sehr niedrige Einstiegsschwelle bzgl. der Sprachkenntnisse	
6.6 Zusätzliche mögliche Ursachen für die Wirksamkeit des Sprachkurses.....	90
6.6.1 Weniger Isolation durch mehr Sprachkompetenz	
6.6.2 Mehr Emanzipation innerhalb und außerhalb der Familie	
6.6.3 Tiefenpsychologische Faktoren	
6.7 Ausblick.....	92
7 Zusammenfassung.....	93
8 Literatur.....	95
9 Anhang.....	105

1 Einleitung

Körperliche Symptome, für die sich keine ausreichenden organischen Ursachen finden lassen, gehören zum ärztlichen Alltag. Während solche Symptome jedoch meist nur zeitweise oder isoliert auftreten, lassen sich auch Krankheitsbilder mit einer weitgehenden Stabilität und Persistenz der körperlichen Symptomatik abgrenzen, die dann als somatoforme Störungen bezeichnet werden.

Hauptmerkmal der somatoformen Störungen ist ein anhaltendes oder wiederholtes Auftreten von körperlichen Symptomen, für die keine ausreichenden organischen Befunde nachweisbar sind. Hierzu gehören u.a. kardiopulmonale Symptome wie Herzklopfen, Druckgefühl in der Brust oder Atemstörungen, gastrointestinale Symptome wie Übelkeit oder Bauchschmerzen, urogenitale Symptome, Hautsymptome und verschiedenste Schmerzsymptome. Das Auftreten einzelner somatoformer Symptome ist allerdings nicht gleichbedeutend mit der Diagnosestellung einer somatoformen Störung. Diese wird auch nur gestellt werden, wenn die jeweiligen Beschwerden mit einem erheblichen subjektiven Leiden oder mit einer starken Beeinträchtigung im beruflichen, familiären oder sonstigen sozialen Umfeld verbunden sind.

Typisches Merkmal somatoformer Störungen ist die Interpretation körperlicher Beschwerden von den Patienten als Ausdruck körperlicher Erkrankungen, also die Tendenz, körperliches Unbehagen ohne (ausreichende) organische Ursache intensiv zu erleben, anderen zu kommunizieren, sie einer körperlichen Erkrankung zuzuschreiben und deshalb eine organmedizinische Behandlung anzustreben. Auch die ärztlicherseits wiederholte Versicherung, dass keine körperliche Grunderkrankung nachzuweisen ist, bringt dem Patienten keine nachhaltige Entlastung und veranlasst ihn nicht zur Änderung seiner Krankheitsüberzeugung.

Die somatoformen Syndrome oder Somatisierungsstörungen sind im medizinischen Alltag nicht selten. Sie können bis zu 20% der Konsultationen bei Primärärzten ausmachen und bis zu 40% bei stationären Klinikpatienten (Rief und Hiller 1998, Deister 2005).

Es sind oft langwierige und schwer behandelbare Störungen mit nicht selten schlechter Prognose quoad sanationem. Die Patienten haben eine normale Lebenserwartung bei hohem Leidensdruck und erniedrigter Lebensqualität. Sie verursachen durch häufige Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, durch oft lange Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder durch Frühberentung hohe sozioökonomische Kosten (Shaw und Creed 1991). Patienten mit somatoformen Störungen zeigten in einer Studie von G. Rudolf eine längere Symptomdauer, längere Krankschreibungen, häufigere Klinikaufenthalte und häufigere ärztliche Wiederholungsuntersuchungen als andere psychoneurotisch erkrankte Patienten (Rudolf und Henningsen 1998). Die Behandlungskosten sind insgesamt etwa 14-fach höher bei der ambulanten und 6-fach höher bei der stationären Behandlung verglichen mit den durchschnittlichen Krankheitskosten (Rief und Hiller 1998).

Beginn und Verlauf zeigen oft enge Beziehung zu Konflikten und Lebensereignissen, was von den Patienten aber meist negiert wird. Dennoch sollte der Begriff „somatoform“ nicht mit „psychogen“ gleichgesetzt werden, weil die jeweilige Symptomatik oft durch eine Interaktion von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren ausgelöst, aufrechterhalten und verstärkt wird.

Man geht heute meist davon aus, dass Auslöser für somatoforme Störungen und Syndrome ein komplexes Zusammenwirken pathogenetischer Faktoren sind. Die Ursachen bleiben organmedizinisch unklar, psychosoziale Erklärungsmodelle erscheinen oft zumindest naheliegender.

Bei den heutigen Vorstellungen zur Somatisierungsstörung ist dennoch die Annahme, dass emotionale Störungen bzw. Blockaden sich durch Somatisierungen indirekt ausdrücken könnten, vorrangig v.a., wenn der Verbalisierung eines Individuums Grenzen gesetzt sind. Es handelt sich also hier um eine Art Körpersprache: wo Worte fehlen, spricht der Körper.

In Übereinstimmung damit wurde mehrfach gezeigt, dass Menschen mit niedrigem Sozialstatus und schlechter Schulbildung, die über geringe sprachliche und psychosoziale Kommunikationskompetenzen verfügen, psychische Aversionen und psychisches Leiden oft eher körperlich ausdrücken (Chaturvedi 1999, Isaak et al 1996, Rief und Hiller 1998). Diese somatoforme Sprache bietet sich meist unbewusst an. Sie scheint oft von Angehörigen oder auch Ärzten leichter verstanden zu werden und wird ggf. mit Zuwendung und allen möglichen zur Verfügung stehenden organmedizinischen Mitteln beantwortet, was dann aber nicht zum Erfolg führt und Ärzte, Angehörige und die Patienten selbst enttäuscht.

Somatisierung ist ein in allen Kulturen bekanntes Phänomen. Im ärztlichen Alltag hier in Deutschland scheinen die Somatisierungsstörungen bei Arbeitsmigranten vergleichsweise etwas häufiger aufzutreten als in der angestammten Bevölkerung (Rief und Hiller 1998). Die Bereitschaft, bzw. die Tendenz, psychisch Problematisches über den Körper zum Ausdruck zu bringen, könnte größer werden, wenn Migranten kulturell und sprachlich aus verschiedenen Gründen außerhalb des gastgebenden Kulturraums bleiben.

Unzureichend integrierte Migranten mit gering entwickelten sprachlichen Kompetenzen in Bezug auf das Gastgeberland ähneln in ihrer psychologischen Konstitution Einheimischen, die Hemmungen haben, sich auf psychische Bedingungen und Hintergründe eines sich scheinbar organisch präsentierenden Leidens einzulassen, was z.B. aufgrund traditioneller Vorbehalte oder auch aufgrund besonderer persönlichkeitsstruktureller Faktoren geschehen kann.

In der vorliegenden Untersuchung wurde versucht, auf folgende Fragen eine Antwort zu finden: Könnte durch bessere Sprachbeherrschung und damit letztlich auch verbesserte Integrationschancen eine somatoforme Syndromatik bei entsprechenden Patienten mit Somatisierungstendenz zurückgedrängt werden? Könnte also durch einen qualifizierten Sprachkurs ein positiver Einfluss auf somatoforme Syndrome nachweisbar sein? Könnte damit eine Form von Therapie für an somatoformen Störungen erkrankte Migranten entwickelt werden, die aus sprachlichen und sozialen Gründen anderen Therapien nur schwer zugänglich sind? Kann hier ein Sprachkurs vielleicht eine Therapieform darstellen?

Im Rahmen einer kontrollierten Interventionsstudie wurden Präsentation und Verlauf somatoformer Syndrome, auch im Vergleich zu direkten psychischen Syndromen, bei türkischen, brasilianischen und thailändischen Patientinnen mit geringen Deutschkenntnissen trotz längerer Verweildauer in Deutschland, die an somatoformen Störungen litten, vor und nach einem intensiven Deutschkurs untersucht. Eine Wartegruppe wurde zu gleichen Zeitpunkten untersucht.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Somatoforme psychische Störungen

2.1.1 Theorie und Grundkonzept der Psychosomatik

Der den somatoformen Störungen zugrunde liegende Begriff der Somatisierung bringt den Grundgedanken der Psychosomatik zum Ausdruck: die grundsätzliche Möglichkeit, somatische Störungen in Reaktion auf psychosoziale Belastungen bzw. innerseelische Konflikte zu entwickeln und zu kommunizieren.

Die Untersuchung der Wechselwirkungen von psychosozialen und biologischen Faktoren bei Krankheit und Gesundheit, wie auch bei der Behandlung entsprechender Störungen, ist gemäß traditionellem Verständnis Gegenstand der psychosomatischen Medizin. Vorläufer dieses Ansatzes finden sich bereits in der Medizin der griechischen Antike.

Was unter dem Begriff „Psychosomatik“, der erstmals von Heinroth 1818 in die Literatur eingeführt wurde, zu verstehen ist, wurde und wird in der Literatur häufig unterschiedlich definiert. Im alltäglichen Sprachgebrauch bezeichnet man als „psychosomatisch“, was den möglichen Einfluss der Psyche auf den Körper betrifft. Für die vielen in der Literatur erschienenen Definitionen hier nur zwei Beispiele: „Psychosomatische Medizin begreift den Menschen in engem Zusammenhang mit seiner Umwelt. Sie betrifft damit nicht nur bestimmte Fachgebiete, sondern ist eine Zugangsweise zum Kranken, die in alle klinischen Bereiche hineinreicht“, oder: „Psychosomatik ist eine Betrachtungsweise, die nicht etwa dem Körperlichen weniger, sondern dem Seelischen mehr Beachtung schenkt“ (Weiss und Englisch 1943).

Psychosomatische Medizin wird traditionell meist verstanden als „sprechende Medizin“. Die enge Beziehung zwischen Psyche, Körper und Sprache spiegelt sich auch in umgangssprachlichen Metaphern wider, wie: „das bereitet mir Magenschmerzen“, „es bricht mir das Kreuz“, „da bleibt mir die Luft weg“.

Der Schwerpunkt liegt hier, neben der Diagnostik, ganz im psychotherapeutischen Bereich. Dabei dürfen einerseits organmedizinische Aspekte, wenn sie denn tatsächlich eine Rolle spielen, nicht übersehen bzw. vernachlässigt werden, auf der anderen Seite können heute auch psychopharmakotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten durchaus in ein psychosomatisches Behandlungskonzept mit einbezogen werden.

Psychosomatische Störungen und Einflüsse auf Erkrankungen stellen einen wichtigen und heute weitgehend akzeptierten Teil gesundheitlicher Beschwerden dar. Psychische und psychosoziale Problemsituationen und -strukturen können sich nicht nur als psychische Störung manifestieren oder als funktionelle Störungen, die psychische Störungen begleiten, sie können auch weitreichende Konsequenzen und Bedeutungen im organmedizinischen Bereich haben (Übersicht 1).

Selye's Stresskonzept hat hier wichtige Ansatzpunkte geliefert. Die Mitbeteiligung von Hirnfunktionen an einer Vielzahl körperlicher nichtzerebraler Beschwerden, Störungen und Erkrankungen ist heute im empirischen Sinne evident. Dies bleibt im eigentlichen hirnfunktionellen Sinne aber meist noch ungeklärt, auch wenn zunehmend vor allem spezielle fMRT-Befunde hier erste funktionell lokalisatorische Hinweise liefern.

Mit dem Begriff Psychosomatik (Psychische Einflüsse auf körperliche Vorgänge, Körpersensationen durch Stress und andere psychische Faktoren) verbinden sich drei Begriffe bzw. Domänen. Man kann, unter Berücksichtigung der Literatur, davon ausgehen, dass sich folgende Einteilung als sinnvoll erweist:

Übersicht 1

Somatisierung

- Somatoforme Symptome:
Körperliche Wahrnehmungen oder Präsentation von Störungen ohne Beteiligung von Organfunktionen oder -läsionen

Schwindel, Schmerzen (Psychalgien), Pruritus, Brennen, Fremdkörpergefühl, Globusgefühl, Geschmacks- und Geruchsfehlwahrnehmungen, Druckgefühl, Kribbeln, Parästhesien, Heiß-Kalt-Gefühle, Gefühllosigkeit, optische und akustische Illusionen, Malaise, sexuelle Missempfindungen, Krankheitsgefühl bei Hypochondrie

Dissoziationen im engeren Sinne: psychogene Amnesie, psychogene Blindheit, Stupor, Krampfanfälle, Bewegungsstörungen, Empfindungsstörungen
- Somatoforme Schmerzstörung:
Körperliche Wahrnehmung von Schmerzen oder schmerzähnlichen Sensationen (z.B. Pruritus) ohne Beteiligung von Organfunktionen oder -läsionen
- Somatoforme autonome Funktionsstörungen:
(messbar) von Organen oder Organsystemen ohne physiologische Organstimulation, aber auch ohne pathologische Organmodulation bzw. -läsion

Schlafstörungen, Zittern, Muskelzuckungen, Herzrasen/ -stolpern, Blutdruckanstieg und -abfall, Synkopen, Erröten, Dermatographismus, Schweißausbrüche, Singultus, Inappetenz, Dyspepsie, Übelkeit, Erbrechen, Pylorospasmus, erhöhte Magenmotilität, Colon irritabile, Diarrhoe, Obstipation, Flatulenz, Tachypnoe, Hyperventilation, psychogener Husten, Pollakisurie, Dysurie, Versagen genitaler Reaktionen
- Somatisierungsstörungen:
Somatoforme Syndrome, psychische und psychovegetative somatoforme Beschwerden gemischt

Undifferenzierte psychosomatische Störung
Multiple Psychosomatische Störung

Psychosomatische Organstörungen

- Stressbedingte pathologisch-anatomische Störungen:

nicht-bakterielle gastrointestinale Schleimhautläsionen,
Spannungskopfschmerz mit Wurzelreizsyndromen und
Muskelverhärtungen, Tinnitus

- Hormonelle Störungen:

Dysmenorrhoeen, Amenorrhoe, Schilddrüsenfunktionsstörungen

- Immunologische Funktionsstörungen:

stressbedingte Immunmodulation (CD4, NK-zellen etc.)

Psychosomatische Co-Faktoren bei Entstehung, Therapie und Verlauf körperlicher Erkrankungen:

Colitis ulcerosa, M. Crohn, gastrointestinale Helicobacter
Infektionen, chronische Obstipation, Adipositas, Anorexie,
Hypotonie, Hypertonie, Angina pectoris, Atherosklerose,
Herzrhythmusstörungen, Asthma bronchiale, Migräne,
Fibromyalgie, Alopecia, Ekzeme, Psoriasis, Neurodermitis,
Akne, Rosacea, einige Arthritiden, Haltungsschäden,
Spannungskopfschmerz, Prämenstruelles Syndrom, Neuropathia
vestibularis, M. Menière, allergische Rhinoconjunktivitis,
Doppelbilder, Infektionen: Zoster u.a., Stressdiabetes, Hyper-
thyreose, umstritten: Krebsverlauf, HIV-Erkrankungsverlauf

Der eigentliche Begründer der modernen psychosomatischen Medizin Franz Alexander (1891-1964) postulierte, dass bei ungelösten unbewussten Konflikten die Kräfte des Über-Ichs und des Ichs sich in Opposition gegenüberstehen könnten, und damit über chronische emotionale Spannungen physiologische Prozesse beeinflussen oder sogar strukturelle Veränderungen spezifischer Organe verursachen könnten. Diese sog. Spezifitätstheorie wurde auf eine Reihe von Organerkrankungen angewandt, die seitdem als sog. Organneurosen, bzw. psychosomatische Störungen bezeichnet wurden. Dazu gehörte für Alexander die essentielle Hypertonie, die rheumatoide Arthritis, die Thyreotoxikose, das Ulcus pepticum, die Colitis ulcerosa und das Asthma bronchiale und die Neurodermitis (Alexander 1951).

Die moderne Forschung hat mit den erheblichen Fortschritten in der Erkenntnis biologischer pathogener Faktoren die Rolle der zusätzlichen psychologischen Entstehungsfaktoren bei den von Alexander genannten Erkrankungen stark in den Hintergrund treten lassen, wenngleich sie doch auch weiterhin immer mitbeachtet werden müssen. Andererseits ist heute eine große Zahl von Erkrankungen bekannt, bei denen trotz letztlich biologisch-organischer Krankheitsursache die Rolle psychologischer Faktoren deutlich höher bewertet wird als noch zu Alexanders Zeiten.

Die psychodynamisch-psychoanalytische Theorie war über eine Reihe von Jahrzehnten zunächst in Deutschland und während der Zeit des Nationalsozialismus im Ausland äußerst einflussreich, bis sie mit dem allgemeinen Bedeutungsrückgang der Psychoanalyse pragmatischeren Forschungsansätzen weichen musste. Die Psychoanalyse entwickelte dann aber doch ein relativ zentrales und breit diskutiertes Konzept, das Konzept der Alexithymie, also der Schwierigkeiten, Gefühle ausdrücken oder kommunizieren zu können, als eine wichtige Grundlage von Somatisierungsstörungen.

Die seit den zwanziger Jahren in Entwicklung befindlichen behavioristischen Modelle der psychischen Entwicklungsmöglichkeiten befassten sich eher mit der Bedeutung von psychosozialen Stress, Stress durch Life Events und Krankheitsbewältigung (Coping) und mit den sozialen Bedingungen eines Betroffenen. Die sich entwickelnde Verhaltensmedizin bevorzugt einen multidisziplinären Forschungsansatz, bei dem biomedizinische und verhaltenstheoretische Methoden miteinander in Bezug gesetzt werden.

In den modernen psychiatrischen Klassifikationssystemen (ICD-10 und DSM-IV) tauchen die Begriffe „Psychosomatik, psychosomatisch“ nicht mehr auf. Stattdessen wurde hierfür der Ausdruck: „Psychologische Faktoren, die medizinische Krankheitsfaktoren beeinflussen“ (ICD-10 F54, DSM-IV 316) geprägt. Man versteht darunter psychische pathogene Faktoren, welche Exazerbation, Verlauf und Rekonvaleszenz einer körperlichen Erkrankung negativ beeinflussen können ohne die Kriterien für die Diagnose einer eigenständigen psychischen Störung zu erfüllen. In diese Kategorie fallen auch die klassischen stressassoziierten Psychosomatosen wie z.B. das nichtinfektiöse Duodenalgeschwür.

Bei den hier untersuchten Somatisierungsstörungen ist, wie schon erwähnt, mit keinerlei unterliegender Organveränderung zu rechnen. Die Somatisierungsstörungen stellen also eine speziell definierte nosologische Entität dar. Der ihnen zugrunde liegende „Mechanismus“ der Somatisierung wird im Folgenden näher dargestellt.

2.1.2 Hypothesen zur Somatisierung:

2.1.2.1 Definition des Begriffes „Somatisierung“

Es handelt sich bei Somatisierung um die körperliche Präsentation von psychischen Störungen, ohne dass organische Veränderungen nachweisbar wären. Somatisierung scheint zunächst eine unklare „Randerscheinung“, irgendwo zwischen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychologie zu sein. Somatisierung per se ist keine Erkrankung. Erst ab einem bestimmten Ausprägungsgrad nimmt sie krankhafte Formen an.

Somatisierungsstörungen zählen zu den psychiatrischen Erkrankungen. Die Patienten haben oder erleben körperliche Funktionsstörungen, doch die häufig zahlreichen organisch-medizinischen Untersuchungen bleiben ergebnislos, was die Patienten immer wieder in Konflikt mit ihren Behandlern bringen kann und häufige Arztwechsel nach sich zieht.

Der Begriff „Somatisierung“ impliziert heute keine spezifischen Erklärungsmodelle. Ursprünglich aus der Psychoanalyse hervorgegangen, entwickelten sich zahlreiche schulen-spezifische Erklärungsmodelle, vor allem Modelle aus der Stressforschung und der Verhaltensmedizin. Heute müssen auch neurobiologische Befunde mit berücksichtigt werden. Vor der Erklärung der einzelnen Modelle sollen kurz die historischen Vorstellungen über Somatisierung beschrieben werden.

2.1.2.2 Historische Entwicklung der Vorstellungen über Somatisierung

Was man heute mit Somatisierung beschreibt, geht historisch auf den Begriff der Hysterie aus der griechischen Antike zurück. „Hysteria“ bezeichnete zur Zeit Platons (um 340 v. Christus) das Herumwandern der Gebärmutter (hystera) im Körper. Diese Störung fiel besonders bei kinderlosen Frauen auf und man stellte sich vor, dass ihre Gebärmutter auf der erfolglosen Suche nach einem Kind im Leib herumwandere und die Frauen „hysterisch“ mache. Als erkannt worden war, dass die Gebärmutter nicht im Körper herumwandern kann, setzte sich die Vorstellung von Galen von Pergamon (um 200 v. Christus) durch, dass die Symptome der Hysterie durch Spannungen der bindegewebigen Aufhängung des Uterus entstehen.

Im christlichen Mittelalter entstand, im Zuge der allgemeinen Abkehr von den medizinischen Modellen zu Gunsten religiöser Deutungen, die fatale Vorstellung von der Besessenheit der Erkrankten. Sie sollte durch „Teufelsaustreibung“ kuriert werden und endete im schlimmsten Fall auf dem Scheiterhaufen. Im 16. Jahrhundert entwickelte Paracelsus gegen den Zeitgeist wieder ein medizinisches Modell. Er ordnete die Hysterie den Anfallserkrankungen zu und sah die Ursache darin, dass Frauen mehr leiden müssten als Männer, weil sie Kinder zur Welt bringen. 1618 ordnete sie Lepoir, ein französischer Chirurg, klar dem Nervensystem zu. In der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts vermutete der Engländer Sydenham als erster Mediziner seelische und auch psychosoziale Ursachen. Im 18. Jahrhundert verstanden sie Whytt und Cullen als neurologische Krankheit bedingt durch eine Irritabilität des Nervensystems und damit nicht mehr als reine Frauenkrankheit.

Im 19. Jahrhundert wurde zwischen einem akuten und chronischen Typ der Hysterie unterschieden. Das chronische, polysymptomatische Erscheinungsbild beschrieb Briquet 1859. Dieses erste deskriptive Hysteriekonzept entspricht heute im Wesentlichen der Somatisierungsstörung. Es wurde zunächst von den analytischen Modellen abgelöst, dann aber in den 70-er Jahren von der sog. St.-Louis-Arbeitsgruppe in den USA wieder aufgenommen.

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts sah Pinel, der Begründer der Psychiatrie, die Hysterie als Genitalneurose, die Hypochondrie als ihre männliche Entsprechung. Charcot beschrieb 1889 die akute Form der Hysterie als quasi-neurologische Erkrankung mit Symptomen wie Lähmungserscheinungen oder sensorischen Ausfällen, deren Ausprägung aber nicht der Neuroanatomie, sondern den subjektiven Vorstellungen der Patienten entspricht. Er nahm als Ursache sowohl einen Einfluss starker emotionaler Faktoren als auch einen „hereditär-degenerativen Faktor“ an.

Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte Charcot's Schüler Janet das Konzept der Dissoziation. Auf dem Boden einer hirnganischen Erkrankung geschehe der Verlust der bewussten Kontrolle über das Verhalten und das Gedächtnis durch abgespaltene (dissoziierte) Bewusstseinsprozesse.

In der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts war die Hysterie eine weit verbreitete Störung, die sich u.a. durch psychogene Anfälle, Pseudohalluzinationen, Lähmungen und Sehstörungen äußerte. Möglicherweise war das Viktorianische Zeitalter mit seiner Prüderie und Doppelmoral dafür ein guter Boden.

Der Begriff „Somatisierung“ geht auf Stekel zurück, der ihn erstmals 1908 benutzte und sie als eine „Organsprache der Seele“ bezeichnete. Er vertrat, kaum abgegrenzt von Freud, die Theorie, nach der psychische Konflikte in körperliche Symptome übersetzt werden. (Morschitzky 2000).

2.1.2.2.3 Psychoanalytische Modelle

2.1.2.3.1 Das klassische Konversionsmodell von S. Freud (1895)

Sigmund Freud (1856-1939) veröffentlichte 1895 in „Studien über Hysterie“ ein rein psychodynamisches Hysteriemodell. Er beschreibt darin körperliche Symptome als Folge einer psychischen Abwehrleistung und zeigt erstmals biographische Sinnzusammenhänge hysterischer Phänomene auf. Psychische Erregung, die nicht adäquat verarbeitet werden kann, „springt“ - so Freud - in einen Körperteil und kommt als körperliches Symptom verkleidet zum Ausdruck, „konvertiert“ in ein körperliches Symptom.

So werden unangenehme, störende Triebimpulse und Affekte dadurch entschärft, dass „die „Erregungssumme eines seelischen Konfliktes“ vom „seelischen Apparat“ abgezogen wird, wodurch emotionale Entlastung eintritt. Die adäquate Reaktion, ein Aussprechen oder eine konkrete Handlung erscheint als so unangemessen, dass sie vermieden wird. Die Symptome haben Ausdruckscharakter und können gedeutet werden. Freud ging davon aus, „dass die verschiedenen Symptome in stringentem Zusammenhang mit dem veranlassenden Trauma stehen, wobei eben dieses und kein anderes Phänomen erzeugt wird“.

Als Ursache vermutete er „für die meisten hysterischen Symptome Anlässe, die man als psychische Traumata bezeichnen muss“ und es bestand für ihn kein Zweifel daran, dass es sich bei der Hysterie ausschließlich um sexuelle und speziell genital-ödipale Konflikte handelte. „Die Erinnerungen entsprechen Traumata, weil es sich um peinliche Dinge handelte“. Er verweist auf hysterische Delirien der Heiligen und Nonnen. Wie bereits in der griechischen Antike brachte er damit die Hysterie mit sexueller Abstinenz bzw. mit sexuellen Konflikten in Verbindung.

Freud entdeckte diese Zusammenhänge, als er die Patientinnen in Hypnose versetzte: „Wir fanden nämlich..., dass die einzelnen hysterischen Symptome sogleich und ohne Wiederkehr verschwanden, wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Helligkeit zu erwecken [und] damit auch den begleitenden Affekt wachzurufen. [Wenn] dann der Kranke den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte, treten...[die körperlichen Symptome] noch einmal in voller Intensität auf und schwinden dann für immer“. Folglich sah Freud im Aussprechen eine entscheidende Therapiemöglichkeit (Breuer und Freud 1895, bei S. Fischer 1991).

2.1.2.3.2 Vorstellungen der Individualpsychologie nach A. Adler (1905)

Alfred Adler (1870-1937), neben C.G. Jung Freuds bedeutendster Schüler, prägte den Begriff der „Organsprache“, des „Organdialekts“. Er vertrat die Auffassung, dass „in der Sprache des Körpers“ der Ausdruck schon von früher Kindheit an nicht zugelassener, als minderwertig verkannter Gefühle zu sehen ist. „Wir meinen, dass eine Erziehung, die dahin führt, dass das Kind seine eigenen Gefühle als minderwertig erkennt und dabei sich selbst fremd wird, eine wichtige *causa finalis* ... für die Entstehung von Organneurosen ist“ (Schmidt 1982).

Seit den zwanziger Jahren stand nun für die meisten Psychoanalytiker fest, dass Hysterie eine eindeutig definierbare Psychoneurose ist, die auf einem unlösbar gebliebenen Konflikt basiert, der mit Hilfe der Konversion pseudogelöst und zur Ursache hysterischer Symptome wird. Später folgten noch einige psychoanalytische Modelle, die sich zum Teil vom Konversionsmodell abwandten, wie z.B. die Alexithymie oder es erweiterten wie z.B. das interpersonelle Modell (Henningsen). Diese Modelle sollen im Folgenden kurz skizziert werden.

2.1.2.3.3 Die „vegetative Neurose“ nach F. Alexander (1950)

In den frühen 60-er Jahren wies Alexander auf die Bedeutung des vegetativen Nervensystems bei der Entstehung somatoformer Symptome hin. Über eine Reizung des vegetativen Nervensystems würden dem Erleben nicht zuträgliche affektive Spannungen (statt zu Handlungen, z.B. vor Wut auf den Tisch zu schlagen) zu funktionellen Störungen führen. Diese funktionellen Störungen stellen das sog. Affektäquivalent dar und werden als „vegetative Neurose“ bezeichnet.

2.1.2.3.4 Das Modell der De-/ Resomatisierung nach M. Schur (1955)

M. Schur beschrieb 1955 als Ursache von Somatisierungsphänomenen unter dem Begriff „De-/ Resomatisierung“ einen komplexen Abwehrvorgang: Im Kindesalter werde im Laufe der Entwicklung die Einheit von Erleben, Empfinden und Körper aufgelöst. Diesen Prozess nennt er Desomatisierung. Danach dominierten kognitive Prozesse („sekundärprozesshaft“) somatische („primärprozesshafte“) Reaktionen. Bei seelischen Konflikten komme es dann zur Resomatisierung (Wiederaufleben körperlicher Symptome) im Sinne einer Regression (Rudolf und Henningsen 1998, Bräutigam et al. 1997).

2.1.2.3.5 Das Alexithymiemodell nach Nemiah und Sifneos (1972)

Unter den später entstandenen psychoanalytischen Modellen gewann v.a. das Modell der Alexithymie von Nemiah und Sifneos an Bedeutung. Es beschreibt die qualitativ und quantitativ reduzierte Fähigkeit, Gefühle und letztlich auch Konflikte zu erleben, Gefühlsqualitäten zu benennen und sie zu unterscheiden von körperlichen Empfindungen. Demzufolge wurde versucht, die Entstehung psychosomatischer Organerkrankungen auf eine spezifische Persönlichkeitsstruktur, gekennzeichnet durch eine Art „Seelenblindheit“, ein „Nicht-Lesen-Können“ von Gefühlsqualitäten (Alexithymie) zurückzuführen.

Das Konzept der Alexithymie geht ursprünglich auf die französische psychosomatische Schule (Marty und de M'Uzan, 1963) zurück, später auf Nemiah und Sifneos (1972). Beide Arbeitsgruppen beschrieben unter den Begriffen „pensée opératoire“ („technisches Denken“) ein mechanistisch und unlebendig wirkendes Denken, verbunden mit der Bevorzugung eines Kommunikationsstils, der gekennzeichnet ist durch sachliche, detaillierte Beschreibung von Realitäten der Außenwelt unter Vermeidung von Mitteilungen über eigene Phantasien oder Vorstellungen (Marty und de M'Uzan 1963). Anstelle von Gefühlsäußerungen kommt es zu langatmiger Beschreibung körperlicher Symptome. Die Sprache wirkt dabei oft banal, steril und formelhaft (Hoffmann und Hochapfel 1992, Bräutigam et al. 1997).

Ermann beschreibt die Alexithymie weniger als eine spezifische Persönlichkeitsstruktur, sondern mehr als ein typisches Anpassungsphänomen an die westliche Industriegesellschaft, in der ein konkretistisch-realtätsbezogenes, wenig gefühlsbetontes, angepasstes Verhalten gefragt sei (Ermann 1995).

Es zeigte sich, dass viele Patienten mit chronischen somatoformen Schmerzen alexithyme Charakteristika aufweisen. Bei diesen Patienten finden sich ausgeprägte Störungen der Erkennung von emotionalen Signalen, der emotionalen Expressivität, sowie verminderte Phantasietätigkeit. Auch bei Patienten, die schweren psychischen Traumata ausgesetzt waren, finden sich diese Charakteristika (Huber 2001).

In empirischen sprachanalytischen Untersuchungen, die die Äußerungen von neurotischen und psychosomatischen Patienten in der Interviewsituation miteinander verglichen, ergaben sich signifikante Unterschiede: Die Sprache der psychosomatischen Patienten war im Umfang und Inhalt ärmer und zeigte eine geringere emotionale Ausdrucksfähigkeit. Bei projektiven Testuntersuchungen z.B. im Rorschach-Formdeutetest zeigten psychosomatische im Vergleich mit neurotischen Patienten ein „Phantasiemangelsyndrom“ (Vogt et al. 1979).

Initial erhöhte Alexithymiewerte erwiesen sich in einer Verlaufsuntersuchung als signifikanter Prädiktor für den ungünstigen Verlauf einer psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelten Somatisierungsstörung (Bach und Bach 1995). Einige empirische Studien zeigten, dass das Ausmaß an Alexithymie mit dem Ausmaß von Somatisierungsstörungen korreliert, nicht aber mit dem Auftreten klassischer psychosomatischer Störungen (Cohen et al. 1994, Salminen et al. 1994) oder chronischer organischer Krankheiten (Bach und Bach 1996, Lumley et al. 1997).

Bei Patienten mit Läsionen im orbito-frontalen Cortex zeigten sich in den 50-er Jahren Charakteristika des Alexithymie-Syndroms. Auch bei rechtshemisphärisch geschädigten Patienten stellte man deutlich alexithyme Merkmale fest (Huber 2001). An callosotomierten „Split-Brain“- Patienten waren in den 70-er Jahren ähnliche Eigenschaften aufgefallen. Epilepsiepatienten wiesen nach einer Kommissurotomie tatsächlich signifikant höhere Alexithymiewerte auf als eine parallelisierte Kontrollgruppe (Ten Houten et al. 1986).

Man schloss daraus, dass kognitiv-verbale Stimuli die linke Hemisphäre direkt über das corpus callosum erreichen müssten, während emotionale Stimuli über die vordere Commissurenbahn und die Amygdala paläocorticale Areale in beiden Hemisphären sowie die vorderen Anteile der Temporallappen erreichen, ohne das corpus callosum zu passieren. Daraus entstand die Theorie, bei der Alexithymie handle es sich um eine Art funktioneller Callosotomie unbekanntem Ursprungs (Huber 2001).

Nach neuroanatomischen und PET-Untersuchungen (George et al. 1995) sind limbischer Cortex (Mega et al. 1997, Murray 1992) und einzelne frontal-subkortikale Schaltkreise (Alexander et al. 1986/ 1990, Kischka et al. 1997) in die Steuerung von Affekten involviert. Aber erst der kallosale Transfer neuronal unterlegter emotionaler Aktivitätsmuster von der rechten zur linken Hemisphäre führe durch das dort lokalisierte Sprachbewusstsein zur Wahrnehmung und Verbalisierung von Gefühlen (Zeitlin et al. 1989). Dieser Hypothese liegt das gut belegte Konzept der funktionellen Hemisphärenspezialisierung zugrunde, wonach am sprachbewussten Erleben und Verbalisieren in erster Linie linkshemisphärische Leistungen beteiligt sind (Etcoff 1989, Gainotti 1989, Johnson und Hugdahl 1993, Silberman und Weingartner 1986). Bei einer kallosalen Transferstörung wäre gemäß dieser Hypothese zu erwarten, dass emotionale Erregungen nicht bewusst wahrgenommen und verbalisiert werden können. Stattdessen würden nur die körperlichen Begleitreaktionen emotionaler Erregungen verstärkt empfunden (Ten Houten et al. 1986).

Außerdem führten Erkenntnisse seitens der Neurobiologie zu der Hypothese, dass es sich bei der Alexithymie um eine „Aphasie der Gefühle“ (Sifneos 1996) handle, ähnlich z.B. der sensorischen Aphasie. Hierbei ist nicht nur die Fähigkeit zur „Versprachlichung“ von emotionalen Empfindungen unzureichend ausgebildet, sondern auch schon die vorsprachliche Fähigkeit, emotional relevante Signale überhaupt zu erkennen („emotional awareness“) und entsprechend dieser „sozialen Signale“ zu handeln (Lane und Schwarz 1987).

Aus einer Münchner Studie (Gündel et al. 2003) stammen folgende Ergebnisse: Die Ausdehnung des rechten Anterioren Cingulären Gyri (ACG) korrelierte signifikant mit der Ausprägung alexithymer Eigenschaften. Auch eine PET-Studie aus Barcelona ergab, dass die Fähigkeit zur bewussten Wahrnehmung emotionaler Stimuli speziell von der Aktivität des rechten ACG abhängen könnte (Lane et al. 1997/ 1998). Eine andere Studie (Gündel et al. 2004) zeigte im fMRT bei Patienten mit somatoformen Störungen eine ausgeprägte Hypofrontalität als Korrelat einer zentral gesteigerten Schmerzwahrnehmung. Zugleich zeigte sich eine signifikante Aktivierung des dorsalen ACG. Vermutet wurde ein weitgehender Ausfall einer präfrontalen Top-Down-Kontrolle sowie eine verlagerte ACG-Aktivierung als Korrelat einer zentral gesteigerten Schmerzwahrnehmung

Patienten mit stärker ausgeprägten alexithymer Eigenschaften zeigten im fMRT während einer Stimulation mit angst- und ekelinduzierenden Bildern weniger Aktivierung, sowohl im medialen präfrontalen Cortex rechts, als auch in der rechten Amygdala (Leweke et al. 2004).

Als neurobiologische Korrelate der Alexithymie werden also insbesondere frontale Dysfunktionen angesehen. Vermutet werden Inhibierungsprozesse zwischen den präfrontalen, affektverarbeitenden und den limbischen, affektgenerierenden Strukturen als ein wesentlicher Faktor in der Entstehung alexithymer Eigenschaften.

2.1.2.3.6 Die depressive Somatisierung nach G. Rudolf (1998)

Rudolf beschreibt den Somatisierungsprozess folgendermaßen: Am Anfang stehe ein Verlust von Versorgt- und Beachtet werden durch die Eltern, häufig auf Grund von psychosozialen Notsituationen, in denen die emotionale Kraft der Eltern von anderen Problemen absorbiert wird. Da es aussichtslos erscheint, an die Bezugspersonen durch Signale von Wut oder Trauer zu appellieren, müssen diese Affekte massiv abgewehrt werden. Ein häufig zu beobachtendes Bewältigungsmuster ist dann das Bemühen eigenverantwortlicher Aktivität. („Ich helfe dir, statt dass du mir hilfst“), was zugleich eine narzisstische Bestätigung bedeutet („Ich bin nicht bedürftig, ich bin stark“). Der eigene Einsatz wird aber letztlich doch nie mit Dankbarkeit und Bezogenheit beantwortet, was zu einer Art Burnout-Entwicklung führt.

Ein geringfügiges Belastungsereignis kann dann zum Symptomausbruch führen. Der Patient scheint jetzt die Berechtigung zum Hilfesuchen erworben zu haben. Der Hilfsappell und die Symptomklagen sind aber so beschaffen, dass sie nicht angemessen beantwortet werden können. Immer wieder werden die Hoffnungen auf neue Behandlungen und Ärzte enttäuscht. Es verstärkt sich beim Patienten das Gefühl, nicht nur nicht therapiert, sondern auch ungerecht behandelt zu werden, wodurch wiederum der Anspruch auf Wiedergutmachung intensiviert wird. Die Nichtakzeptanz der Symptomklage führt zur Verstärkung der Symptomklage. Diese Entwicklungen führen immer mehr in Richtung einer Verfestigung der Problematik.

2.1.2.3.7 Das Interpersonelle Modell nach P. Henningsen (1998)

Das Interpersonelle Modell versteht Henningsen als eine Ergänzung der psychoanalytischen Modelle. Das psychoanalytische „Ein-Personen-Modell“ (intrapersonales Modell) werde erst durch einen interpersonalen Prozess (zunächst Mutter/ Kind, dann Arzt/ Patient) in Gang gesetzt und chronifiziert dann. Henningsen geht zunächst davon aus, dass experimentell nachweisbare psychophysiologische Zusammenhänge zwischen affektiven Spannungszuständen und veränderten Körperfunktionen aller möglichen Organe bestehen, die aber erst dann zu Somatisierung werden, d.h. chronifizieren, wenn sie ein affektives Signal an ein Gegenüber bilden. Erst relativ zur Einschätzung eines (ärztlichen) Gegenübers könne aus Körperbeschwerden Somatisierung werden (Rudolf und Henningsen 1998).

2.1.2.4 Stressmodelle

2.1.2.4.1 Entstehung der Stressmodelle:

Als Kontroverse zu den psychoanalytischen Konzepten entwickelte sich in den frühen zwanziger Jahren die Stressforschung, parallel dazu der Behaviorismus.

Charles Darwin (1809-1882) wird als der erste Stressforscher betrachtet, da er erkannte, dass Lebewesen, denen es nicht gelingt, ihr Verhalten an veränderte Bedingungen anzupassen, früher oder später aussterben werden.

Im medizinischen Rahmen wurde der Begriff Stress als erstes von Walter Bradford Cannon (1871-1945) verwendet. Er baute auf dem Gedanken von Claude Bernard (1813-1878) auf, dass ein Organismus ein bestimmtes internes Milieu durch Gegenregulationsmechanismen aufrecht zu erhalten versucht. Für diese Aufrechterhaltung des inneren Milieus prägte Cannon den Begriff der Homöostase. Auf ihn geht auch die Auffassung der Stressreaktion als „Fight-or-Flight-Response“ zurück. Außerdem hob er schon damals die Bedeutung des sympathischen Nervensystems hervor und erkannte, dass Katecholamine wesentlich an dieser Stressreaktion beteiligt sind.

2.1.2.4.2 Das klassische Stressmodell nach Selye (1956)

Die Arbeiten von Hans Selye (1907-1982) konzentrierten sich auf die Hormone von Hypophysenvorderlappen und Nebennierenrinde. Er beschrieb als erster die zentrale Funktion der Glukokortikoide bei der Stressantwort. Außerdem erkannte er, dass verschiedene „Stressoren“ (dieser Begriff geht auf Selye zurück) zur gleichen Reaktion führen. 1956 beschrieb er das Modell des „Allgemeinen Adaptationssyndroms“ (AAS), das diese unspezifische Reaktion auf verschiedenste Stressoren darstellt. Diese Reaktion ist durch drei Stadien gekennzeichnet: 1. Alarmphase, 2. Widerstandsphase, 3. Erschöpfungsphase. Weiterhin unterschied er zwischen „krank machendem“ und „gesund erhaltendem“ Stress und prägte die Begriffe „Dysstress“ und „Eustress“. Seine Erkenntnisse zum AAS sind an Versuchstieren gewonnen worden. Psychologische Aspekte wie Kognitionen und Emotionen blieben damals unberücksichtigt. Bis in die 60-er Jahre wurde die Stressreaktion als ein rein somatisches Geschehen betrachtet.

2.1.2.4.3 Das transaktionale Stressmodell nach Lazarus (1966)

Lazarus wies 1966 auf die Bedeutung der subjektiven Bewertung von Anforderungen hin und erkannte Stress als das Produkt einer sich gegenseitig beeinflussenden Beziehung (Transaktion) zwischen einer Person und ihrer Umwelt. Nach einer Erstbewertung der subjektiven Bedeutung der Situation (primary appraisal) folgt eine Phase der Einschätzung der Reaktionsmöglichkeiten (secondary appraisal), dann der Einsatz verschiedener Bewältigungsstrategien (Coping) und die Bewertung ihrer Effizienz (reappraisal). Intensität und Qualität der Stressreaktion werden wesentlich bedingt durch den Prozess der Situationsbewältigung (Coping). Die Möglichkeit, durch Bewältigungsmechanismen die Auseinandersetzung mit und die Anpassung an Stressoren günstig zu beeinflussen, hat für die Psychosomatik weitreichende Konsequenzen (Bullinger 1990).

2.1.2.4.4 Das Life-Event und Vulnerabilitätskonzept nach Sternbach (1966)

Hier spielen psychologische Aspekte, persönliche Faktoren, wie die persönliche psychische Vulnerabilität, sowie die Art, Intensität, Dauer und Häufigkeit eines Stressors (Life Events) eine große Rolle. Critical Life Events, d.h. prägende stark positiv oder stark negativ bewertete Lebensereignisse, werden je nach persönlicher Vulnerabilität ganz unterschiedlich beantwortet. Dabei spielen genetische wie auch biographische Faktoren eine Rolle. Dazu zählen persönliche Widerstandspotentiale, subjektive Bewertungen (v.a. in Bezug auf die wahrgenommene Kontrollierbarkeit), persönliche Copingstrategien, Adaptation oder Sensitivierung im Umgang mit dem Stressor (Schüler und Dietz 2004).

Prinzipiell werden drei Gruppen von Stressoren unterschieden: Alltagsstressoren, innerpsychische Stressfaktoren, Stress durch extreme Belastungssituationen. Unter Alltagsstressoren fallen Faktoren wie berufliche Überforderung, Zeitdruck, Reizüberflutung, Isolation, ständige kleine Ärgernisse. Zu den innerpsychischen Stressfaktoren zählt z.B. ein erhöhtes Selbstanspruchsniveau, erhöhte Kränkbarkeit, hohe Sensibilität. Unter Stress durch extreme Belastungssituationen zählt man z.B. Critical Life Events, psychiatrische Erkrankungen, körperliche Erkrankungen mit Funktionsverlust, Schmerzen.

2.1.2.4.5 Das psychoendokrine Stressmodell nach Henry (1986)

Dieses Modell konzentriert sich v.a. auf die durch die emotionale Bewertung des Stressors hervorgerufenen Verhaltens- und neuroendokrinen Reaktionsmuster. Ein Stressor kann Ärger, Angst oder auch Depressionen hervorrufen. Ärger führt zu Kampfverhalten, Angst bedingt Fluchtverhalten, Erschöpfung kann zu Depression führen. Diese Reaktionen sind mit einer komplexen Irritation der neurochemischen Regulationen verbunden, die eigentlich im Rahmen der Stressadaptation auftreten. Die Kehrseite dieser für den Organismus positiven akuten Notfallreaktion sind die stressbedingten Langzeitwirkungen, die als Ursachen zahlreicher Beschwerden und Erkrankungen angesehen werden.

Beispiele akuter und chronischer Wirkungen der Stressreaktion (Sapolsky, R.M. 1992):

sinnvolle akute Stressreaktion:

Energiemobilisation
erhöhter kardiovaskulärer Tonus
erhöhte kognitive Leistungsfähigkeit
gehemmte Verdauung
gehemmtes Wachstum
gehemmte Reproduktion
gehemmtes Immunsystem

Folgen von chronischem Stress:

Myopathie, Ermüdung, Steroiddiabetes
stressinduzierter Hypertonus
neuronaler Zelltod (Hippocampus)
Ulcera
psychogener Zwergwuchs, Osteoporose
Amenorrhoe, Impotenz, Libidoverlust
erhöhtes Erkrankungsrisiko

Es ist z.B. bekannt, dass bei Depressionen eine stressinduzierte Kortisolfreisetzung schließlich zu einer verminderten zentralen Verfügbarkeit des Serotoninvorläufers L-Tryptophan führt (Meltzer 1994). Außerdem hemmt der bei einer schweren Depression drastisch ansteigende Kortisolspiegel die Neurogenese, wodurch der Hippocampus atrophisch wird. Doch er regeneriert wieder, sobald sich die Kortisolwerte normalisieren. Frühkindliche anhaltende Aktivierungen einer unkontrollierbaren Stressreaktion führen vermutlich zu einer erhöhten Vulnerabilität für affektive Erkrankungen.

Sozialen Faktoren kommt im Erwachsenenalter möglicherweise entscheidende Bedeutung bei der Regulation der serotonergen Neurotransmission zu (Heinz 1999). Eine Studie von Raleigh zeigte z.B., dass sozial dominante Affen die höchsten Serotoninspiegel aufwiesen, diese aber rapide abfielen, nachdem sie ihrer sozialen Stellung beraubt wurden (Raleigh et al. 1984). Andererseits ist soziale Unterstützung eine der wirksamsten Ressourcen um belastenden Lebensereignissen zu begegnen (Cohen und Syme 1983).

2.1.2.4.6 Das Stressmodell nach G. Hüther (1996)

Gerald Hüther stellt das „Zentrale Adaptationssyndrom“ in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen und legt den Schwerpunkt auf die Stressreaktion als Trigger neuronaler Umbauprozesse im Gehirn und damit auf die biologische Bedeutung von Angst und Stress für Selbstorganisations- und Anpassungsprozesse. Er betont dabei die Abkehr von der einseitigen Vorstellung der Malignität psychischer Belastung.

Tritt eine neuartige Herausforderung oder Bedrohung auf, bewirken die bei einer fortwährenden Bedrohung ausgeschütteten Stresshormone, dass bisherige neuronale Verschaltungen des Gehirns aufgelöst werden, neue Verschaltungen entstehen und auch langfristig etabliert werden können. Das noradrenerge System (evtl. auch das serotonerge und dopaminerge System) fungiert dabei als Trigger der adaptiven plastischen Veränderungen unter kontrollierbarem Stress.

So ließ sich bei Versuchstieren zeigen, dass wiederholte verschiedenartige kontrollierbare Stressbelastungen zu einer Verstärkung noradrenerger Einflüsse führen, die gleichzeitig auf mehreren Ebenen erfolgt: durch eine erhöhte Feuerungsrate der noradrenergen Neurone (Pavlovich et al. 1990), durch vermehrte Synthese, Speicherung und Ausschüttung von Noradrenalin in noradrenergen Nervenendigungen (Anisman et al. 1987, Adell et al. 1988, Nisenbaum et al. 1991), sowie durch verstärktes Auswachsen von Axonen und Intensivierung der noradrenergen Innervation bestimmter Zielgebiete, z.B. des Cortex (Nakamura 1991). Ratten, die unter Bedingungen aufgezogen werden, die eine häufige Auslösung sehr milder, also besonders gut kontrollierbarer Stressreaktionen liefern, entwickeln einen dickeren Cortex mit größeren und verzweigteren Dendritenbäumen der Pyramidenzellen, mit einer höheren Synapsendichte und einer stärkeren Vaskularisierung (Greenough und Baily 1988).

Langfristige Konsequenzen von wiederholten, kontrollierbaren Stressbelastungen zeigt auch dieser Versuch: Ratten wurden während ihrer Säugephase täglich 15 Min. von der Mutter getrennt, was zu einer deutlichen Aktivierung ihrer Stressantwort führte. Sobald sie aber daran gewöhnt waren, wurde die neuroendokrine Stressantwort zunehmend schwächer und die Bahnung der entsprechenden neuronalen Verschaltungen führte zur Habituation der Antwort auf den gleichartigen Stimulus. Als diese Ratten dann als erwachsene Tiere untersucht wurden, zeigten sie deutlich verringerte Angstreaktionen, vermindertes Vermeidungsverhalten, eine erniedrigte basale Kortikosteronsekretion und eine raschere Normalisierung der vermehrten Glukokortikoidsekretion (Levine et al. 1967, Meany et al. 1993, Smythe et al. 1994).

Diese mit der Aktivierung emotionaler Zentren einhergehenden Bahnungsprozesse sind weit- aus tiefgreifender und nachhaltiger als die normalerweise stattfindenden nutzungsabhängigen Bahnungen (Schiepek 2003).

So ist es gerade die (letztlich kontrollierbare) Stressreaktion, die es ermöglicht hat, über neuronale Plastizität flexibel auf neuartige Herausforderungen zu reagieren, dadurch kritische Phasen zu überleben und sich fortzupflanzen (Hüther 2005).

2.1.2.5 Das verhaltensmedizinische Modell nach Rief und Hiller (1998)

Parallel zur Stressforschung entwickelte sich seit den Jahren um 1920 die Verhaltensmedizin. Die Modelle der Verhaltensmedizin zur Entstehung somatoformer Störungen sprechen von Risikofaktoren, wobei eine genetische Disposition eine gewisse Relevanz bei der Entwicklung somatoformer Störungen zu haben scheint.

Im Mittelpunkt des Modells von Rief und Hiller steht ein *circulus vitiosus*, bei dem einem Mechanismus eine zentrale Bedeutung zukommt: der sog. somatosensorischen Verstärkung (somatosensory amplifikation). Darunter versteht man die Neigung, harmlose körperliche Empfindungen (Bagatellsymptomatik) als schädlich und beeinträchtigend zu erleben. Man spricht hier vom sog. introspektiven Wahrnehmungsstil, der unangenehmen Körperempfindungen besondere Aufmerksamkeit schenkt. Diese Fehlinterpretation von Körpersignalen führt über die intensivierete Aufmerksamkeitszuwendung zu einer angstbedingt erhöhten physiologischen Erregung, was zur Symptomverstärkung führt und einen Teufelskreis in Gang setzt. Induziert oder in Gang gehalten wird dieser Teufelskreis der sich verstärkenden Symptomatik aus verschiedenen Bereichen. Dafür kommen in Frage:

- Dysfunktionale kognitive und emotionale Faktoren:

Darunter fallen Faktoren wie ein negatives Selbstkonzept, d.h. eine allgemein schlechte Meinung über sich selbst oder auch ungünstige Copingerfahrungen (ungünstige Erfahrungen im Umgang mit Belastungen).

Daraus kann sich die sog. „erlernte Hilflosigkeit“ (Konzept von Seligman, 1979) entwickeln. Bleibt eine Stresssituation wiederholt unkontrollierbar und unbewältigt, entwickelt sich daraus unter Umständen die Überzeugung, dass jede Anstrengung umsonst ist. Hilflosigkeit wird erlernt. Daraus können depressive Grundüberzeugungen entstehen. Verleiht hingegen die Vorerfahrung die „innere“ (meist unbewusste) Gewissheit, eine Herausforderung bewältigen oder zumindest den Stress kontrollieren zu können, entwickeln sich aktive Bewältigungsstrategien.

Ungünstige Faktoren sind auch eine allgemein geringe Stresstoleranz, die Neigung zu ineffizienter Emotionsverarbeitung, z.B. eine alexithyme Emotionsverarbeitung (s.o.) oder auch eine allgemeine emotionale Labilität (dabei werden körperliche Symptome evtl. stärker wahrgenommen und beklagt). Andere dysfunktionale emotionale Faktoren sind eine ausgeprägte negative Affektivität, also die Neigung, auf jede Belastung aversiv-emotional zu reagieren und auch spontan vermehrt aversiv-emotionale Zustände zu erleben, eine anhaltende affektive Gereiztheit und dysphorische Dauerverstimmung.

- Manifeste affektive Störungen:

Risikofaktoren bilden vor allem depressive Störungen und Angststörungen, die im ICD-10 unter F3 und F4 klassifiziert werden.

- Prädisponierende Persönlichkeitszüge:

Darunter fällt z.B. die asthenisch-selbstunsichere (dependente) Persönlichkeit, gekennzeichnet durch ein übermäßig starkes Bedürfnis, versorgt zu werden, Angst vor dem Verlassenwerden, wenig Eigenverantwortung, eine Selbstwahrnehmung als hilflos und schwach. Außerdem zählen hierzu die schon mehrfach erwähnten alexithymen Persönlichkeitszüge.

Psychologische Untersuchungen konnten die Zusammenhänge zwischen dem Erleben von Körpersymptomen und Persönlichkeitsfaktoren empirisch belegen. Auch andere Persönlichkeitsstörungen wie die Borderline-, die histrionische oder die antisoziale Persönlichkeitsstörung prädisponieren zur Entwicklung somatoformer Symptome. Im ICD-10 erscheinen sie unter F6.

- Tiefenpsychologisch wirksame Faktoren:

Gemeint sind belastende Kindheitserlebnisse, Kindheitstraumen, Gewalterfahrungen. Es findet sich bei Patienten mit somatoformen Störungen eine relativ hohe Zahl an sexuellen Missbrauchserfahrungen und posttraumatischen Störungen.

- Dysfunktionale Krankheitsverhaltensweisen:

Hierzu zählen ein unrealistischer Gesundheitsbegriff, Überzeugungen wie „ein gesunder Körper ist frei von Beschwerden“, falsche Annahmen über physiologische Zusammenhänge („Gelenkbeschwerden sind ein Zeichen für Multiple Sklerose“), außerdem ungünstige Modelle für Krankheitsverhalten, z.B. „Cheking Behaviour“, das übertrieben wachsame Beobachten des eigenen Körpers.

Von Nachteil sind auch übermäßig viele Arztbesuche („Doctor Shopping“), v.a. Arztbesuche, die (zu) viele medizinische Untersuchungen, bzw. Überweisungen nach sich ziehen, was die Annahme einer somatischen Erkrankung nährt. Auch häufige Selbstuntersuchungen (z.B. Blutdruckmessungen) und die (unnötige) Verordnung von Medikamenten, die zu der Schlussfolgerung führt, „wer Medikamente einnimmt, ist krank“ und auch übertriebene Ansprüche an die moderne Medizin („der Arzt muss alles behandeln können“) wirken sich nachteilig aus. Ungünstig ist insgesamt die übermäßige Beschäftigung mit dem Thema Krankheit, oft negativ beeinflusst durch besorgniserregende medizinische Informationen durch die Medien.

- Persönliche Erlebnisse in Bezug auf Krankheit:

Erfahrungen mit früheren eigenen organischen Erkrankungen, vor allem Erkrankungen mit stark beängstigenden körperlichen Symptomen (z.B. Herzinfarkt), können eine Rolle bei der Entstehung somatoformer Störungen spielen. Ebenso kann das Erleben schwerer Erkrankungen im näheren Umfeld die Symptomatik ungünstig beeinflussen.

- Ungünstige somato-vegetative Bedingungen:

Hierzu gehören Schlafdefizit, Ernährungsmangel, allgemeine körperliche Schwäche, vagotone Fehlsteuerung (z.B. ein anlagebedingt starker Blutdruckabfall bei Schrecksituationen), ein erhöhtes Arousal.

- Reduzierte externe Stimulation:

Allgemein reduzierte externe Stimulation z.B. durch körperliches Schonverhalten (Vermeidung körperlicher Aktivitäten mit der Folge mangelnder Kondition, was die Angst vor körperlicher Krankheit noch verstärkt) oder Vereinsamung durch stark zurückgezogene Lebensweise beeinflusst das Krankheitsgeschehen ungünstig.

- Sekundärer Krankheitsgewinn:

Sehr ungünstig kann sich auch die operante Verstärkung durch den sog. sekundären Krankheitsgewinn auswirken. Darunter versteht man psychologische „Vorteile“ durch vermehrte Zuwendung seitens Angehöriger oder Ärzte, durch Vermeidung als unangenehm erlebter Verpflichtungen (Schonung) und auch durch finanzielle Vorteile. Gerade bei den somatoformen Störungen scheint der sekundäre Krankheitsgewinn eine relativ große Rolle zu spielen, weil Erkrankungen oft erst dann beachtet und ernst genommen werden, wenn sie sich körperlich manifestieren.

- Allgemein hohe Stressbelastung:

Die Erkenntnisse aus der Stressforschung werden in der Verhaltensmedizin als wesentliche, diesen Teufelskreis aufrechterhaltende Faktoren angesehen. (vgl. Morschitzky 2000, Rief und Hiller 1998).

2.1.2.6 Die soziosomatische Hypothese der Somatisierung nach Kirmayer (1998)

Der soziosomatische Ansatz stellt streng psychodynamische Interpretationen der Somatisierung in Frage und versteht somatoforme Symptome als Ausdruck sozialer Disharmonie, sozialen Leidens. Somatisierung spiegelt hier weniger einen eingeschränkten Zugang zu emotionalen Zuständen, sondern wird als direkte Resonanz auf gesellschaftliche Bedingungen verstanden (Kirmayer et al. 1998).

Somatoforme Erkrankungen werden von der Gesellschaft in der Regel eher respektiert als die vermeintlich stigmatisierenden Neurosen, sie sind die adäquatere „Eintrittskarte“ bei der Hilfesuche. Somatisierung legitimiert die Krankenrolle. Die soziale Reaktion spielt eine zentrale Rolle. Die Präsentation eines Symptoms ist immer auch ein Beziehungsangebot. Die Psychoanalytikerin F. Dolto bezeichnet in diesem Zusammenhang Symptome als umgeformte Wünsche, und zwar als Wünsche, die eine von der Außenwelt geduldete Form gefunden haben (Dolto 1989).

Pfeiffer und Schoene stellten die Hypothese auf, pathogenetische Einflüsse einer „psychosomatischen Sozialisation“ würden sich in körperbezogenen Beschwerden äußern (Pfeiffer und Schöne 1980). Collatz spricht von der „Verschiebung sozial erlittenen Leidens in medizinische und psychologische Nomenklatur („Somatisierung“) gerade bei Migranten (Collatz 2002).

Der Zusammenhang somatoformer Symptomatik mit gesellschaftlichen Faktoren ist zwar gesichert, inhaltlich aber noch weitgehend ungeklärt.

2.1.2.7 Das bio-psycho-soziale Modell nach v. Uexküll und Wesiack (1985)

Unter dem Begriff der „bio-psycho-sozialen Medizin“ haben sich verschiedene Modelle entwickelt, z.B. das Modell der Somatisierung nach Rief, was oben bereits vorgestellt wurde, ein eher verhaltensmedizinisches Modell, aber auch ein Konzept von Thure v. Uexküll, das eher der analytischen Medizin zuzuordnen ist.

Auch dieses Modell verweist auf die Verbindung von Anlage, Persönlichkeit und Situation. Die Kritik der Autoren richtete sich bereits kurz nach dem 2. Weltkrieg darauf, dass es ungenügend sei, eine „fast völlig seelenlose Körpermedizin“ mit Hilfe einer „weitgehend körperlosen Seelenmedizin“ korrigieren zu wollen. Eine Theorie der psychosomatischen Medizin müsse beinhalten: 1. ein Modell der Beziehungen zwischen Organismus und Umwelt sowie 2. ein Modell der Beziehungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Vorgängen.

Dafür wurde das Konzept der Systemtheorie herangezogen, nach dem diese Vorgänge auf verschiedenen Ebenen in eine Hierarchie von Systemen geordnet werden. Auf der physiologischen Ebene „verständigen“ sich Zellen, Organe und Organsysteme. Unter Ihnen lassen sich wieder verschiedene spezielle „Zeichensysteme“ wie das endokrine, das immunologische und das nervale System unterscheiden. Auf der psychischen Ebene gibt es wieder Zeichensysteme, wie zum Beispiel Sensationen und Gefühle. Dabei werden somatopsychische „Aufwärtseffekte“ und psychosomatische „Abwärtseffekte“ sichtbar (v. Uexküll und Wesiack 1996).

Bezogen auf somatoforme Störungen unterscheidet Uexküll drei Arten psychopathologischer Mechanismen: Somatoforme Störungen, die Konfliktreaktionen darstellen, somatoforme Störungen, die auf einem neurotischen Strukturniveau stattfinden und somatoforme Störungen bei Patienten, die alexithyme Charakteristika aufweisen (v. Uexküll und Köhle 1996).

2.1.2.8 Transkulturelle Aspekte der Somatisierung

Somatisierung kommt zwar ubiquitär vor, äußert sich in den verschiedenen Kulturen aber unterschiedlich. Neben individuellen sowie geschlechts- und schichtspezifischen Gründen existieren auch kulturelle Motive für die unterschiedliche Verbalisierung von Emotionen. Es gibt nicht viele Untersuchungen zu dieser Fragestellung, einige sollen hier kurz angeführt werden. Sie geben Anhaltspunkte dafür, dass sich in verschiedenen Kulturen möglicherweise weniger die Quantität als die Qualität somatoformer Symptomatik unterscheiden könnte. So werden im Rahmen somatoformer Störungen teilweise ganz andere Körperbeschwerden berichtet. So klagen z.B. Japaner oft über Körpergeruch, Inder über Samenverlust, Chinesen über Nierenschwäche (Weiss 2003).

Bei uns geht man häufig davon aus, dass Patienten aus dem Mittelmeerraum (oder aus nicht-westlichen Ländern) grundsätzlich eine stärkere Tendenz zur Präsentation somatischer Symptome zeigen würden als Patienten aus westlichen Ländern, was Begriffe wie „Mittelmeersyndrom“, „Türkischer Totalschaden“, „Mamma-Mia-Syndrom“ belegen.

Im Rahmen einer internationalen WHO-Studie zur Beziehung zwischen somatischen Symptomen und Depression wurden rund 26 000 Patienten aus 14 Ländern in ein Screening eingeschlossen. 1146 Patienten erfüllten die DSM-IV-Kriterien für eine schwere Depression, wobei sich die Häufigkeiten von Depressionen zwischen den Ländern beträchtlich unterschieden. Am häufigsten traten diese in Indien, Holland, Brasilien und Chile auf. Die Häufigkeit von unerklärlichen somatischen Beschwerden bei Depressionen allerdings variierte zwischen den Ländern nicht signifikant (Simon et al. 1999).

Marmanidis ging der Frage nach, in welchem Ausmaß kulturelle Unterschiede Häufigkeit und Ausprägung somatischer Symptome bei Depression beeinflussen. Bei der Untersuchung von Australiern versus Griechen stellte er fest, dass Schweregrade der Depression und Quantität der somatischen Symptome in den beiden Populationen weitgehend identisch waren. Allerdings unterschieden sich die beiden Gruppen in der Art der Symptome. Die Griechen zeigten mehr Schwindel, Parästhesien und Verkrampfungen der Kaumuskelatur und beklagten bei gleich stark ausgeprägten Depressionen hochsignifikant mehr psychische Symptome als die Australier, die wiederum deutlich mehr unter Schlafstörungen litten (Marmanidis et al. 1994).

Im transkulturellen Vergleich lassen sich zwei Tendenzen beobachten: Entweder bevorzugt eine Kultur als Erklärung von Somatisierung eine soziosomatische Genese oder eine psychosomatische Genese. Einer ausgeprägten soziosomatischen Sensibilität in Asien stehe die Betonung psychologisch/ psychosomatischer Zustände in den westlichen Gesellschaften gegenüber (Kleinmann 1998, Lee 1998). In den meisten nicht-westlichen Gesellschaften werde stressbedingtes Leiden somatisiert (Morakinyo 1985).

2.1.3 Formen somatoformer Störungen

2.1.3.1 Definition

Viele Symptome oder Beschwerden, die sich im Alltag bzw. beim Arzt präsentieren, haben weder einen organisch-anatomischen noch einen vegetativ-funktionellen Hintergrund, sondern repräsentieren rein psychische Erlebnismöglichkeiten in Form von körperlichen Erscheinungen (Somatisierung) v.a. in aversiven psychischen Situationen.

Organisch nicht begründbare „psychosomatische“ Symptome können aber auch als messbare körperliche (z.B. vegetative) Funktionsstörung imponieren, für die dann ein physiologischer Auslöser fehlt und ein psychischer Auslöser nicht ohne weiteres erkennbar ist. Auch hier kann von einer „Somatisierung“ einer komplexeren aversiven psychischen Situation ausgegangen werden, mit Beschwerden die heute als „somatoform“ gekennzeichnet werden.

Nicht nur „unbewusste Konflikte“, sondern gerade auch viele manifeste psychische Störungen vor allem aus dem Angst- und Depressionsbereich gehen einher mit somatoformen Symptomen der beiden oben beschriebenen Klassen. Derartige Symptome sind manchmal sogar führend. Auch viele reine Organerkrankungen können von manifesten somatoformen Syndromen begleitet sein.

Natürlich gibt es auch Übergänge zwischen Somatisierungsstörungen einerseits und Simulation andererseits bis hin zum Münchhausensyndrom. Dies kann diagnostizierenden und begutachtenden Fachleuten erhebliche Probleme bereiten. Auch bei Dissoziationen, bei denen das somatoforme Beschwerdebild durch ein somatoformes Krankheitsverhalten ergänzt wird (z.B. psychogene Lähmung oder psychogener epileptischer Anfall), sind Übergänge zur Simulation oft schwer zu beurteilen, wenn ein erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn evident ist.

Somatoforme Syndrome, ob nur empfunden oder auch vegetativ bestimmt, können als eigenständige Krankheitsbilder auftreten, als Somatisierungsstörungen. Sie haben oft ein hohes Störungspotential und können für die Patienten außerordentlich belastend sein.

Gleichwohl wird es von sehr organmedizinisch orientierten Ärzten mitunter als unecht, ärgerlich oder kränkend erlebt, wenn keine überzeugende „Ursache“ zu finden ist. Die Infragestellung medizinischer Kompetenz wird dabei als frustrierend erlebt.

Körperliche Erkrankungen mit psychischen Begleitfaktoren, aber letztlich primär organmedizinischen Behandlungen, stellen für medizinische Experten oft weniger ein Problem dar, wie auch rein stressassoziierte Organstörungen, die zwar - per definitionem - psychosomatisch sind, doch mit naturwissenschaftlichen Interventionsmöglichkeiten.

Somatoforme Syndrome bzw. Somatisierungsstörungen stellen einen wichtigen Anteil der psychosomatischen Störungen dar, die eben noch ergänzt werden durch die stressbedingten und die große Zahl der „psychosomatisch assoziierten“ Organerkrankungen.

Als klinisches Konzept und Fachausdruck wurden die somatoformen Störungen offiziell erst 1980 in die damals dritte Version des DSM-Systems (diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) eingeführt. Dieses rein deskriptive Störungskonzept geht zurück auf den französischen Psychiater Briquet aus dem 19. Jahrhundert (s.o.), der ein Beschwerdebild beschrieb, das der heutigen Somatisierungsstörung, dem zentralen Subtyp der somatoformen Störungen, sehr ähnlich ist.

Der Begriff somatoforme Störung stellt einen Oberbegriff dar, unter dem verschiedene Störungsvarianten zusammengefasst werden. Die Art der körperlichen Beschwerden wie auch die Kombination von Einzelsymptomen variiert bei den einzelnen Krankheitsbildern, die im Folgenden beschrieben werden sollen.

2.1.3.2 Diagnostische Kriterien der verschiedenen somatoformen Störungen

Die diagnostischen Kriterien sind im Detail aufgeführt im ICD-10 („International Classification of Diseases“ der WHO) und im DSM-IV („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, einem nationalen Klassifikationssystem der American Psychiatric Association).

Der ICD-10 stellt keine einheitliche Publikation dar, sondern setzt sich aus den beiden Bänden „Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis“ (Dilling et al. 2006) und „Klinisch-diagnostische Leitlinien der WHO“ (Dilling et al. 2005) zusammen. Kapitel V (F) des ICD-10 ist dabei der Abschnitt der psychischen und Verhaltensstörungen (F0-F99). Der DSM-IV (American Psychiatric Association 1994/ Saß et al. 2003) ergänzt bzw. ersetzt die entsprechenden Passagen des Kapitels V (F) des ICD-10.

Die Einteilung der somatoformen Störungen ist im ICD-10 und im DSM-IV nicht einheitlich (vgl. Übersicht 2). So taucht z.B. die Diagnose „somatoforme autonome Funktionsstörung“ (ICD-10 F45.30-34) im DSM-IV nicht als eigene Kategorie auf. Bei den dissoziativen Störungen gibt es deutliche Unterschiede in der Klassifikation. Sie werden im ICD-10 klar von den somatoformen Störungen abgegrenzt, im DSM-IV aber z.T. den somatoformen Störungen zugeordnet (s.u.).

Übersicht 2: Gegenüberstellung der modernen Klassifikationen somatoformer Störungen:

ICD-10 (WHO-Kriterien)

DSM-IV (amerikanische Klassifikation)

In diese Studie aufgenommen wurden:

- | | |
|--|---|
| - Somatisierungsstörung (F45.0) | - Somatisierungsstörung (300.81) |
| - undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1) | - undifferenzierte somatoforme Störung (300.82) |
| - Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3) | ----- |
| - kardiovaskuläres System (F45.30) | |
| - oberer Gastrointestinaltrakt (F45.31) | |
| - unterer Gastrointestinaltrakt (F45.32) | |
| - respiratorisches System (F45.33) | |
| - Urogenitalsystem (F45.34) | |
| - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) | - Schmerzstörung (307.80/89) |

nicht in diese Studie aufgenommen wurden:

- | | |
|--|-------------------------------|
| - sonstige und nicht näher bezeichnete somatoforme Störungen (F45.8/F45.9) | ----- |
| - hypochondrische Störung (F45.2) | - Hypochondrie (307.xx) |
| - Dissoziative/ Konversionsstörung (F44) | - Konversionsstörung (300.11) |
| - Organstörungen mit psychosomatischer Komponente (F54) | |

Im Folgenden sollen aus den beiden Bänden des ICD-10 und aus dem DSM-IV die wichtigsten diagnostischen Kriterien der verschiedenen somatoformen Störungen kurz zusammengefasst werden. Die Erkrankungen, die in die Studie aufgenommen wurden, werden dabei voran gestellt.

2.1.3.2.1 Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0 / DSM-IV 300.81)

Folgende fünf diagnostischen Kriterien müssen erfüllt sein:

- A) Die Erkrankung muss mindestens seit zwei Jahren bestehen mit multiplen und wechselnden körperlichen Symptomen, die durch keine diagnostizierbare körperliche Erkrankung erklärt werden können, wobei vorliegende bekannte körperliche Erkrankungen das Ausmaß der Beschwerden nicht erklären können. Die Störung beginnt meist im frühen Erwachsenenalter (DSM-IV-Kriterien fordern einen Krankheitsbeginn vor dem 30. Lebensjahr) und zeigt einen chronischen, jedoch fluktuierenden Verlauf. Vollständige Remissionen sind selten. Vegetative Symptome dürfen nicht vorrangig sein, sonst handelt es sich um eine somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3).
- B) Die ständige Beschäftigung mit den Symptomen führt zu andauerndem Leiden und zu mehrfachen Konsultationen im medizinischen Versorgungssystem.
- C) Es besteht die hartnäckige Weigerung, die Feststellung zu akzeptieren, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome vorliegt.
- D) Es müssen mindestens sechs Symptome aus mindestens zwei der folgenden Gruppen genannt werden: Gastrointestinale, kardiovaskuläre, urogenitale, Haut- und Schmerzsymptome. (Der DSM-IV fordert hier: Schmerzen in mindestens vier Körperbereichen, z.B. Kopf, Abdomen, Rücken, Brust, Gelenken, Extremitäten). Anamnestisch müssen mindestens zwei gastrointestinale Beschwerden und mindestens ein Symptom im sexuellen oder reproduktiven Bereich, außerdem auch mindestens ein Symptom, das einen neurologischen Krankheitsfaktor nahe legt.
- E) Die Störung darf nicht ausschließlich auf dem Boden einer schizophrenen, einer affektiven oder einer Panikstörung bestehen.

Das vollständige Bild einer Somatisierungsstörung ist selten. Die geforderten Kriterien werden oft nicht erfüllt. Somatisierungsstörungen treten bei Frauen deutlich häufiger auf. Die Lebenszeitprävalenz liegt bei Frauen bei 0,2 bis 2 %, bei Männern unter 0,2 %.

Es besteht eine hohe psychiatrische Komorbidität. Es treten Angstzustände und Depressionen auf, impulsives Verhalten, wie auch Suiziddrohungen und Suizidversuche. Das Leben der Betroffenen ist oft so chaotisch und kompliziert wie ihre medizinische Vorgeschichte, v.a. bei zusätzlich bestehenden Persönlichkeitsstörungen, wie die histrionische, antisoziale oder Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Beschwerdeschilderung geschieht in der Regel mit ausmalenden, übertreibenden Begriffen, wobei spezifische Tatsacheninformationen oft fehlen. Die Patienten haben viele Arztbesuche hinter sich, viele organmedizinische Untersuchungen und auch ergebnislose Operationen. Es bestehen ausgeprägte soziale, berufliche und familiäre Beeinträchtigungen, insgesamt ein erheblicher Leidensdruck.

Art und Häufigkeit der somatischen Symptome unterscheiden sich zwischen verschiedenen Kulturen. Somatisierungsstörungen kommen in den Vereinigten Staaten nur selten bei Männern vor, jedoch legt z.B. die höhere Häufigkeit bei griechischen und puertoricanischen Männern nahe, dass kulturelle Faktoren das Geschlechterverhältnis beeinflussen. So können Symptome, die sich auf die männliche Fortpflanzungsfähigkeit beziehen, häufiger in Kulturen vorkommen, in denen die Besorgnis über Spermaverlust verbreitet ist (z.B. das Dhat-Syndrom in Indien).

2.1.3.2.2 Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1/ DSM-IV 300.82)

Hier handelt es sich gewissermaßen um die leichtere Ausprägung der Somatisierungsstörung, um eine „Restkategorie“ für dauerhafte somatoforme Erscheinungsbilder, die die Kriterien für eine Somatisierungsstörung nicht vollständig erfüllen.

Kriterium A, C und E der Somatisierungsstörung muss hier erfüllt sein, allerdings wird unter A nur eine vorangegangene Symptombdauer von 6 Monaten gefordert. Die Kriterien B und D müssen nicht vollständig erfüllt sein. Häufige Beschwerden sind hier z.B. chronische Müdigkeit, Appetitlosigkeit, gastrointestinale oder urogenitale Symptome. Auch hier können die Symptome nicht vollständig durch einen medizinischen Krankheitsfaktor erklärt werden. Sie gehen weit über das Ausmaß hinaus, das aufgrund der Anamnese, körperlichen Untersuchung oder der Laborbefunde zu erwarten wäre. Der Verlauf dieser Störung ist nicht vorhersagbar.

Diese Störung ist sehr häufig. 20-25% der Patienten, die sich bei einem Hausarzt vorstellen, sollen an einer undifferenzierten somatoformen Störung leiden, dabei machen junge Frauen mit niedrigem sozialem Status den größten Anteil aus. Diese Störung ist aber nicht auf ein bestimmtes Alter, Geschlecht oder auf eine bestimmte soziokulturelle Gruppe beschränkt.

Im DSM-IV wird auch die „Neurasthenie“, ein Syndrom, das in vielen Teilen der Welt beschrieben wird, als undifferenzierte Somatisierungsstörung klassifiziert, wenn die Symptome mehr als sechs Monate andauern. Im ICD-10 erscheint sie eigens klassifiziert unter F48.0. Hauptmerkmal ist ein anhaltendes und quälendes Erschöpfungsgefühl nach geringer geistiger oder körperlicher Anstrengung. Erholung ist in einem angemessenen Zeitraum nicht möglich. Zudem muss mindestens eines der folgenden Symptome vorliegen: Unfähigkeit zu entspannen, Reizbarkeit, Benommenheit, Schlafstörung, Muskelschmerzen, Spannungskopfschmerz.

2.1.3.2.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.3)

Hier müssen folgende fünf Kriterien erfüllt sein:

- A) Symptome der autonomen (vegetativen) Erregung müssen in mindestens einem der folgenden Organsysteme vorliegen: Herz- und kardiovaskulärem System (F45.30), oberem/ unterem Gastrointestinaltrakt (F45.31/ F45.32), respiratorischem System (F45.33), Urogenitalsystem (F45.34) oder einem sonstigen Organsystem (F45.38), die vom Patienten einer körperlichen Erkrankung zugeordnet werden.
- B) Außerdem wird das Vorliegen von mindestens zwei vegetativen Symptomen gefordert wie Schweißausbrüche, Palpationen, Mundtrockenheit, Hitzewallungen, Beschwerden in der Magengegend.
- C) Eines oder mehrere der folgenden Symptome muss genannt werden: Brustschmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend, Dyspnoe oder Hyperventilation, ungewöhnliche Ermüdbarkeit, Aerophagie oder Singultus, Völlegefühl, häufiger Stuhlgang, erhöhte Miktionsfrequenz.
- D) Es gibt keinen Nachweis eines organischen Befundes.
- E) Die Beschwerden dürfen nicht ausschließlich in Zusammenhang stehen mit einer phobischen oder einer Panikstörung.

Oft werden zwei verschiedene Arten von Symptomen geschildert. Zum einen sind es objektivierbare Symptome vegetativer Stimulation, wie z.B. Herzklopfen, Zittern und Schwitzen, zum anderen sind es subjektivere und unspezifischere Symptome wie z.B. ein Gefühl von Brennen, von fließenden Schmerzen oder von Schwere. Zum typischen Bild dieser Störung gehört auch das hartnäckige Beharren auf einem besonderen Organ(system) als Ursache dieser Störung. Die Erkrankung ist oft chronisch rezidivierend, auch mit häufigem Syndromwandel. Der Häufigkeitsgipfel liegt in der 4. Lebensdekade. Es sollen bis zu 25 % der Allgemeinbevölkerung von dieser Störung betroffen sein. Klare Geschlechtsdifferenzen bestehen nicht. Bei vielen, aber nicht bei allen Patienten, zeigen sich psychische Belastungsfaktoren, die einen Bezug zur Störung zu haben scheinen.

Im DSM-IV existiert keine eigene Kategorie für diese Störung. Sie wird als undifferenzierte Somatisierungsstörung verstanden.

2.1.3.2.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Die Diagnose fordert, dass folgende zwei Kriterien erfüllt sind:

- A) Der Patient klagt über kontinuierliche, an den meisten Tagen anhaltende Schmerzzustände über mindestens 6 Monate, die den anhaltenden Fokus seiner Aufmerksamkeit bilden.
- B) Die Störung besteht nicht ausschließlich auf dem Boden einer schizophrenen, einer affektiven oder einer anderen somatoformen Störung.

Hier steht ein quälender, andauernder Schmerz, der in keinem Verhältnis zu einer objektivierbaren somatischen Ursache steht, im Vordergrund. Er tritt in Verbindung mit schwereren emotionalen oder psychosozialen Konflikten auf. Die Störung verläuft oft chronisch. Sie kann in jedem Alter auftreten. Spannungskopfschmerzen und Rückenschmerzen, die häufigsten Schmerzen, bei denen psychische Faktoren eine Rolle spielen, zählen aber nicht zu den somatoformen Schmerzstörungen.

Häufig resultiert aus den Schmerzen die Unfähigkeit zu arbeiten oder zur Schule zu gehen. Die Schmerzen können zu andauernder Inaktivität und sozialer Isolation führen. Sie werden zum Zentralthema im Leben der betroffenen Person. Daraus resultiert eine beträchtliche persönliche und/ oder medizinische Zuwendung.

Erheblicher Medikamentenkonsum und Substanzabhängigkeit (z.B. Missbrauch von Opiaten) erschweren die Behandlung. Bei chronischen Schmerzstörungen treten häufig Depressionen auf, bei akuten Schmerzstörungen dagegen Angst- und Schlafstörungen. Die meisten akuten Schmerzen remittieren nach relativ kurzer Zeit. Chronische Schmerzen bestehen oft schon seit Jahren, bevor die Patienten psychiatrisch behandelt werden. Bestimmte chronische Schmerzen (Migräne oder Schmerzen des Bewegungsapparates) treten bei Frauen häufiger auf. Bei den somatoformen Schmerzstörungen existieren allerdings keine klaren Geschlechtsdifferenzen.

Zwischen verschiedenen ethnischen und kulturellen Gruppen bestehen Unterschiede wie auf Schmerzreize reagiert wird und wie Schmerzreaktionen ausgedrückt werden. Aufgrund der ausgeprägten individuellen Unterschiede sind diese Faktoren für die Diagnosestellung aber nur von begrenztem Nutzen.

Ausgeschlossen von der Teilnahme an der Studie wurden folgende Störungen:

2.1.3.2.5 Sonstige somatoforme Störungen (ICD-10 F45.8)

Es handelt sich hierbei um klinisch bedeutsame somatoforme Symptome, die aber nicht die Kriterien für eine bestimmte somatoforme Störung erfüllen. Sie sind auf bestimmte Organe oder Teile des Körpers beschränkt, ohne dass sie aber die Kriterien einer undifferenzierten Somatisierungsstörung erfüllen. Morphologische Schäden sind nicht nachweisbar. Diese „Restkategorie“ somatoformer Störungen wurde nicht in die Studie eingeschlossen, da die zugrunde liegende Symptomatik nicht genau definiert ist.

2.1.3.2.6 Hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2)

Folgende vier diagnostischen Kriterien müssen erfüllt sein:

- A) Der Betroffene ist mindestens 6 Monate lang anhaltend der Überzeugung, an ein oder zwei schweren körperlichen Erkrankungen zu leiden oder er beschäftigt sich anhaltend mit einer angenommenen Missbildung (dysmorphophobe Störung).
- B) Der Patient lebt durch diese Überzeugungen in ständiger Sorge.
- C) Er weigert sich hartnäckig zu akzeptieren, dass keine körperliche Ursache vorliegt.
- D) Die Symptome stehen nicht ausschließlich in Zusammenhang mit einer schizophrenen oder affektiven Störung.

Die hypochondrische Störung, die in beiden Klassifikationssystemen zu den somatoformen Störungen gezählt wird, kennzeichnet sich v.a. durch die Betonung der Angst vor einer schweren körperlichen Erkrankung und nicht rein durch das Auftreten von körperlichen Beschwerden. Die überwertige Krankheitsfurcht bzw. Krankheitsüberzeugung bezieht sich meist auf eine schwere, fortschreitende Erkrankung, die auch benannt werden kann.

Im Unterschied zur Somatisierungsstörung liegt hier der Akzent mehr auf der drohenden Krankheitsentwicklung als auf den erlebten Symptomen. Das Hauptmerkmal dieser Störung ist eine übermäßige Beschäftigung mit der Angst oder der Überzeugung, eine ernsthafte Krankheit zu haben. Die Hypochondrie kann in ihrem Kern als Angststörung bezeichnet werden. Aufgrund dieser stark angstbezogenen Grundlage wurden die hypochondrischen Störungen nicht in die Studie mit aufgenommen.

2.1.3.2.7 Dissoziative/ Konversionsstörungen (ICD-10 F44)

Es handelt sich hier um sog. pseudoneurologische Störungen wie fehlende motorische Kontrolle, Sensibilitätsstörungen, nicht-epileptische Anfälle, aber auch um Störungen wie die dissoziative Amnesie, die dissoziative Fugue oder den dissoziativen Stupor. Es besteht hier immer ein überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen den Symptomen und den belastenden Ereignissen oder Bedürfnissen. Auch hier ist kein organisches Korrelat der Erkrankung nachweisbar. Es gibt oft Spontanremissionen, aber auch chronische Verläufe. Frauen sind deutlich häufiger betroffen.

Im ICD-10 werden die dissoziativen Störungen klar von den somatoformen Störungen abgegrenzt und eigens unter F44 klassifiziert. Im DSM-IV werden sie ebenfalls, sofern sie psychische Erscheinungen betreffen (z.B. bei der dissoziativen Amnesie oder Fugue), eigens klassifiziert, sofern es sich um körperliche Erscheinungen handelt, aber den somatoformen Störungen zugeordnet.

In dieser Studie wurden die dissoziativen Störungen ausgeschlossen, da auch sie in ihrem Kern als Angststörungen verstanden werden können.

2.1.3.3 Differentialdiagnosen und Komorbidität

Oft überlappt das Symptombild einer Somatisierungsstörung mit medizinischen Krankheitsfaktoren. Das Vorliegen einer klaren strukturell-organischen Komponente ermöglicht dennoch häufig die Abgrenzung der somatoformen Störungen von den primär körperlich verursachten Erkrankungen, aber auch von den psychosomatischen Erkrankungen, bei denen ja auch organische Befunde vorliegen und von den Erkrankungen, die multiple somatische Faktoren aufweisen wie z.B. systemischer Lupus erythematodes, Multiple Sklerose, Lyme-Borreliose, akute intermittierende Porphyrie und andere.

Der DSM-IV beschreibt drei Merkmale, die eher die Diagnose einer Somatisierungsstörung nahe legen, als die eines medizinischen Krankheitsfaktors: 1. Beteiligung mehrerer Organsysteme, 2. früher Beginn und chronischer Verlauf ohne dass erkennbare körperliche Symptome oder strukturelle Veränderungen entwickelt werden (das erstmalige Auftreten multipler körperlicher Symptome im höheren Alter ist fast immer auf einen medizinischen Krankheitsfaktor zurückzuführen) und 3. das Fehlen von abnormen Laborbefunden, die für den vermuteten medizinischen Krankheitsfaktor charakteristisch wären.

Wird dieser medizinische Krankheitsfaktor durch psychologische Faktoren nachhaltig negativ beeinflusst, wird die Diagnose „Psychologische Faktoren, die medizinische Krankheitsfaktoren beeinflussen“ (ICD-10 F54, DSM-IV 316) gestellt. Unter psychologischen Faktoren versteht man psychische Faktoren, welche Exazerbation, Verlauf oder Rekonvaleszenz einer körperlichen Erkrankung negativ beeinflussen ohne die Kriterien einer eigenständigen psychischen Störung zu erfüllen. In diese Kategorie fallen auch die klassischen psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne, wie z.B. Asthma pulmonale, Ekzeme, Magenerkrankungen, Colitis ulcerosa, Urticaria.

Werden die körperlichen Symptome absichtlich erzeugt, handelt es sich, wenn äußere Anreize fehlen, um eine artifizielle Störung (ICD-10 F68.1)/ vorgetäuschte Störung (DSM-IV 300.16/ 300.19) oder, wenn es äußere Anreize gibt, um Simulation (ICD-10 Z76.5/ DSM-IV V65.2). Während bei artifiziellen Störungen die Ursachen fast immer durch innerseelische Faktoren bestimmt sind und die Patienten deutliche Symptome einer ganzen Reihe anderer Störungen ihrer Persönlichkeit zeigen, gibt es bei der Simulation äußere Anreize wie z.B. Vermeidung von Arbeit, Erhalt finanzieller Entschädigung. Diese konkreten externen Anreize gibt es bei den artifiziellen Störungen meist nicht.

Abzugrenzen sind die somatoformen Störungen von den schizophrenen Erkrankungen, von Angst-/ Panikstörungen und den affektiven Störungen. Bei wahnhaften Störungen werden unter Umständen körperliche Beschwerden beklagt (z.B. bei Schizophrenien mit somatischem Wahn oder depressiven Psychosen mit hypochondrischem Wahn).

Somatische Symptome, die als Begleitsymptome von Depressionen und Angsterkrankungen auftreten, sind ebenfalls von den somatoformen Störungen abzugrenzen. So kann es bei depressiven Episoden zu ausgeprägten körperlichen Beschwerden kommen wie Schmerzen, Übelkeit, Appetitverlust, Schwitzen, Herzrasen, Erschöpfung. Doch Leitsymptome der Depression wie Niedergeschlagenheit, Anhedonie, Antriebsstörung, Interessenverlust, Selbstvorwürfe, Schlafstörungen, Suizidgedanken dominieren das klinische Bild. Auch Panikattacken sind häufig mit einer Reihe körperlicher Begleitsymptome verbunden (z.B. Herzrasen und Atembeschwerden). Diese treten aber nur während der Attacke auf. Auch im Rahmen eines Depersonalisationssyndroms bei Angststörungen treten Körperbeschwerden auf. Wird die Angst als primär eingeschätzt, liegt eine Angststörung vor. Andererseits ist das Auftreten körperlicher Beschwerden häufig mit Ängsten verknüpft, so dass hier die somatoforme Störung vorrangig diagnostiziert werden muss.

Durch das Konzept der somatisierten Depression ist diese Trennungslinie in Frage gestellt worden. Man stellte sich darunter eine Art nicht zugelassener, in Form von körperlichen Symptomen zum Ausdruck kommender Depression vor. Ob beiden Störungsbildern tatsächlich eine gemeinsame Pathogenese zugrunde liegt, ist nach wie vor offen.

Statt des Kausalitätsprinzips wird heute in den modernen psychiatrischen Klassifikationssystemen das Komorbiditätsprinzip favorisiert. Komorbidität mit anderen psychischen Störungen ist bei den somatoformen Störungen eher die Regel als die Ausnahme. So haben an einer somatoformen Störung Erkrankte in 60-70 % der Fälle weitere psychische Störungen. Häufig handelt es sich um Persönlichkeitsstörungen (z.B. die dependente, histrionische, Borderline- oder antisoziale Persönlichkeitsstörung), um depressive Störungen oder Angsterkrankungen. Bei Patienten mit somatoformen Symptomen, bei denen emotionale und verhaltensbezogene Probleme, wahnhafte Gedanken oder auch körperliche Beschwerden zusätzlich auftreten oder dominieren, sollten mehrere Störungen klassifiziert werden.

2.1.3.4 Epidemiologische/ Soziodemographische Daten

Somatoforme Störungen zählen in der Bevölkerung zu den häufigsten psychischen Störungen. Da Begriff und diagnostische Kriterien der somatoformen Störungen meist jüngeren Datums sind, gibt es aber nur wenige zuverlässige Daten zu deren Häufigkeiten. Die Einschätzung der realen Häufigkeit ist auch aus anderen Gründen schwierig. So wird die körperliche Symptomatik oft nicht als somatoform erkannt, außerdem suchen Erkrankte, auch aufgrund der für sie oft enttäuschend verlaufenden Arztbesuche, häufig bei alternativen Heilmethoden Hilfe.

Hier seien einige Daten zur Epidemiologie somatoformer Störungen angeführt: Für multiple somatoforme Symptome liegt die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung bei 5-11%. Relativ selten ist die sehr restriktiv diagnostizierte Somatisierungsstörung: In der Allgemeinbevölkerung ergibt sich eine Lebenszeitprävalenz von 0,4- 0,5%, in Allgemeinarztpraxen eine Häufigkeit von 4-5%. Die US-amerikanische ECA (Epidemiologic Catchement Area)-Studie aus den 80-er Jahren ergab für den ambulanten Bereich sogar nur eine Lebenszeitprävalenz von unter 1%. Für das breiter definierte Somatisierungssyndrom liegen die Schätzungen im ambulanten Bereich bei 17%, für die Allgemeinkrankenhäuser sogar in Bereichen von 20-30% und bei den spezialisierten medizinischen Facheinrichtungen sogar noch etwas höher. Häufig wird auch die somatoforme autonome Funktionsstörung diagnostiziert. In Feldstudien ist diese Störung bei bis zu 25% der Allgemeinbevölkerung beschrieben worden. Bei den anhaltenden Schmerzstörungen geht man von rund 4% der Allgemeinbevölkerung aus. Sehr selten sind die Konversionsstörungen, ihre Prävalenz liegt bei ungefähr 0,03% (Rief und Hiller 1998, Morschitzky 2000, Deister 2005).

Somatisierungen sind bei Kindern deutlich häufiger als bei Erwachsenen, in der späten Kindheit und frühen Adoleszenz sind sie am häufigsten. 10-70% der Kinder und Jugendlichen sind von rezidivierenden Kopfschmerzen betroffen und bis zu 25% der Kinder von rezidivierenden Bauchschmerzen (Steinhausen 2002).

Als gesichert gilt, dass Frauen deutlich häufiger an somatoformen Störungen leiden als Männer. Schon in der Kindheit und Adoleszenz ist das weibliche Geschlecht deutlich häufiger betroffen. Am ausgeprägtesten erscheint der Unterschied bei der Somatisierungsstörung, die bei Frauen 5 bis 10-mal häufiger als bei Männern auftritt. Auch die Schmerzstörung ist bei Frauen zweimal häufiger. Haben sich die Störungen manifestiert, gibt es in Symptomatik und Verlauf keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Es wurde mehrfach bestätigt, dass die Somatisierungsstörung häufig sowohl mit einem niedrigen Bildungsniveau, als auch mit einer Zugehörigkeit zu unteren sozialen Schichten verbunden ist. Auf der Basis der ECA-Daten wurde ermittelt, dass 60% der Patienten der niedrigsten von vier soziodemographischen Klassen angehörten. Außerdem waren die Betroffenen häufiger unverheiratet und lebten zu einem höheren Prozentsatz in städtischen Gebieten.

2.1.3.5 Hinweise auf genetische Faktoren bei somatoformen Störungen

Eine genetische Disposition scheint eine gewisse Relevanz zu haben. Adoptionsstudien zeigten, dass Somatisierungsstörungen fünf- bis zehnmal häufiger bei weiblichen Verwandten ersten Grades von Patienten mit Somatisierungen vorkommen (Cloninger 1986). In einer norwegischen Zwillingsstudie wurde bei somatoformen Störungen eine erhöhte Konkordanz bei eineiigen Zwillingen von 29% im Vergleich zu zweieiigen Zwillingen von 10% festgestellt (Torgersen 1986).

Genetisch bedingte Veränderungen des Kortisolspiegels scheinen hier möglicherweise eine Rolle zu spielen, wobei diese Veränderungen entweder einen erhöhten oder einen verminderten Kortisolspiegels zeigten, was mit dem Chronifizierungsgrad der Störung zusammenhängen könnte. Bei einem experimentell veränderten Kortisolspiegel wurde in einer Studie (Fehm-Wolfsdorf 1994) eine Veränderung in der Wahrnehmung von Schmerzreizen nachgewiesen.

Psychosoziale Stressfaktoren sollen insbesondere bei somatoformen Schmerzpatienten zu einer deutlichen Reduktion der protektiven Wirkungen von Glukokortikoiden führen, was die Schmerzwahrnehmung verstärken und eine Erschöpfungssymptomatik bewirken soll. Patienten mit relativ niedrigen Kortisol-Aufwachwerten wiesen in einer Studie (Hellhammer und Kirschbaum 1999) eine signifikant höhere Anzahl von Schmerzsymptomen auf. Einen erniedrigten Kortisolspiegel bei Frauen mit chronischen Unterbauchbeschwerden, chronischen Erschöpfungszuständen und posttraumatischen Belastungsstörungen zeigte eine andere Studie (Hellhammer und Pirke 1996).

Dagegen gehen relativ hohe Kortisolaufwachwerte mit einer signifikant höheren Ängstlichkeit und Depressivität einher, was bereits aus vielen Studien bekannt ist.

2.1.3.6 Therapie somatoformer Störungen

Viele Patienten mit somatoformen Störungen haben Schwierigkeiten, psychische Faktoren als einzige wesentliche oder mit beeinflussende Ursache einer körperlich repräsentierten Störung zu erkennen bzw. zu akzeptieren. So finden solche Patienten schwer selbst einen Zugang zu psychologischen, psychotherapeutischen oder auch psychopharmakologischen Maßnahmen.

Wenn sie sich darauf einlassen können, sind sie oft schwer zu erreichen in Hinblick auf die psychischen Hintergründe ihres Leidens. Der Versuch, im Rahmen diagnostischer Gespräche eine psychotherapeutische Zusammenarbeit zu entwickeln, misslingt bei diesen Patienten häufiger. Nach einer Studie von G. Rudolf misslang dies bei Patienten mit Somatisierungsstörungen zu 33%, bei Patienten mit Essstörungen nur zu 3% (Rudolf und Henningsen 1998). So ist es nicht immer ganz einfach, somatoforme Störungen und psychosomatische Erkrankungen von der psychischen Seite her zu lindern bzw. zu heilen.

Im Vordergrund der psychotherapeutischen Behandlung stehen verhaltenstherapeutische Methoden. Ihre Wirksamkeit bei somatoformen Störungen ist empirisch gut belegt. Wichtige Aspekte verhaltenstherapeutischer Verfahren sind die Bearbeitung kognitiver Schemata und Überzeugungen hinsichtlich der somatischen Symptome, außerdem die Reduktion von vermeidenden Bewältigungsstrategien und der Aufbau von Alternativstrategien, sowie die Förderung körperlicher Aktivitäten und die Bestärkung von „Normalverhalten“.

Psychoanalytisch orientierte Verfahren sind wegen der meist ausgeprägten Abwehr weniger erfolgversprechend. Sie legen ihre Schwerpunkte unter anderem auf die Bearbeitung früher Traumata (z.B. traumatisierender Verluste), auf die Bearbeitung von Erfahrungen mit eigenen Erkrankungen (bzw. denen von nahestehenden Personen) oder auf die Bearbeitung eventuell vorhandener Schuldgefühle und Bestrafungswünsche (Deister 2005). Es ist nur sehr schwer möglich, diese Patienten in Analogie zum üblichen psychotherapeutischen Vorgehen, auf latente Konflikthalte hin anzusprechen. Solche Interventionen werden meist als Vorwurf oder Angriff gewertet und mit verstärkter somatischer Symptomklage beantwortet.

Bei einer mediterranen Klientel erscheint eine sachlich-distanzierte therapeutische Haltung weniger geeignet, da sie oft das Gefühl hervorruft, menschlich nicht angenommen zu sein. Es bedarf stattdessen oft eines familiären Autoritätsverhältnisses, in dem sich der Therapeut als emotional zugewandt und persönlich engagiert erweist (Pfeiffer und Schöne 1980). Die Aufdeckung familiärer Konflikte ist hier besonders schwierig aufgrund der Verpflichtung zur Solidarität innerhalb der Familie. Aus diesem Grund schafft Psychotherapie hier mitunter mehr Spannungen und Konflikte als sie löst (Koch et al. 1998).

Alle somatoformen Störungen mit speziellen Ausprägungen fordern letztlich ein spezifisches psychotherapeutisches Vorgehen, abhängig von der Beziehung zwischen Bedingungsgefüge und Symptom oder der Konfliktanalyse und dem Symptom.

Der Trend in der Forschung geht immer mehr auch zu psychopharmakologischen Interventionen. Bei gleichzeitig bestehenden Depressionen, Angst-, Zwangs- oder Schlafstörungen wird versucht, die Medikamente nach ihren Wirk- (und Nebenwirkungs-) profilen günstig einzusetzen. Auch Schmerzsyndrome können so günstig beeinflusst werden. So kann z.B. bei Vorliegen von Schmerzen, Schlafstörung und zugleich einer depressiven Symptomatik unter Umständen mit einem einzigen Medikament behandelt werden.

Bei der Behandlung somatoformer Störungen werden Antidepressiva, niedrig dosierte Neuroleptika, Anxiolytika und andere Medikamente eingesetzt. Da die Patienten z.T. zu missbräuchlicher Anwendung neigen, sollte auf die Verordnung von Benzodiazepinen grundsätzlich verzichtet werden.

Verständlicherweise werden Menschen, die kulturell und sprachlich aus verschiedenen Gründen außerhalb des gastgebenden Kulturraums bleiben, bevorzugt somatische Symptome anbieten, wenn sie eigentlich von psychischen Konflikten belastet werden. Aber auch innerhalb einer angestammten Population (z. B. in Deutschland die Deutschen) gibt es eben Hemmungen und Vorurteile, sich auf psychische Hintergründe eines sich organisch repräsentierenden Leidens einzulassen. Auch hier bestehen Vorbehalte aus der eigenen Kultur. Es besteht natürlich demgemäß auch eine unbewusste Tendenz, bzw. fast ein gewisser Druck, psychisch Problematisches in den somatischen Bereich zu verdrängen.

Die psychologische Konstitution bei Migranten mit niedrigem Grad von Integration und gering entwickelten sprachlichen Kompetenzen in Bezug auf das Gastgeberland ist damit ähnlich den psychologischen Bedingungen von Einheimischen, die aufgrund traditioneller kultureller Vorbehalte den Bereich des Psychischen nicht akzeptieren können.

Bei den psychologischen Behandlungen wird deswegen oft zu pragmatischen Vorgehensweisen geraten, die die Patienten mit ihrer besonderen psychologischen Konstitution nicht überfordern. Hierbei ist zunächst einmal das stützende Gespräch wichtig, mit dem Ziel, eine Sprache zu finden für das, was im psychischen Bereich geschieht. Diese Vorgehensweise kann dann in eine sog. supportive Gesprächsbehandlung einmünden.

Manchmal sind auch soziotherapeutische Maßnahmen nötig. Schwierigkeiten im Alltagsleben müssen mit Hilfe von sozialpädagogisch geschulten Fachkräften angegangen werden. Ebenfalls empfohlen werden Entspannungsübungen oder sonstige vor allem körperbezogene Verfahren, Atemtherapien, funktionelle Entspannung und Ähnliches.

Alle weitergehenden spezifischen psychotherapeutischen oder psychopharmakologischen Behandlungen müssen dann die unterschiedliche Ausprägung einer somatoformen Störung in Betracht ziehen. Im Praxisalltag fällt auf, dass sich unter den an somatoformen Störungen leidenden Patienten häufig Migranten finden und dass die Therapieerfolge hier oft enttäuschend sind. Es soll nun die gesundheitliche Situation von Migranten in Deutschland (v.a. bezüglich ihrer psychosomatischen Probleme) kurz beschrieben werden.

2.2 Zur gesundheitlichen Situation von Migranten in Deutschland

2.2.1 Ausländerstruktur in Deutschland

In Deutschland entwickelte sich im Laufe des letzten Jahrhunderts eine multikulturell zusammengesetzte Bevölkerung, bestehend aus:

- berufsorientierten Migranten (Gastarbeiter, Arbeitsmigranten)
- Familiennachzug von Langzeitgastarbeitern
- ausländischen Ehepartner(innen) von Deutschen
- Rückwanderern/ Spätheimkehrern
- Migranten der zweiten und dritten Generation
- Minoritäten (Dänen in Schleswig-Holstein, Sorben in Brandenburg)
- vorübergehenden Wohnsitznehmern z.B. Fachkräfte mit vorübergehender Beschäftigung/ Forschungsaufträgen, Studenten, Au-Pairs, Erntehelfer, EU-Bürger, die vorübergehende Jobs suchen und Asylbewerber

1910 lebten in Deutschland etwa 1,3 Millionen Ausländer. V.a. durch die nach dem zweiten Weltkrieg für den Wiederaufbau angeworbenen Gastarbeiter wuchs der Ausländeranteil kontinuierlich an. Trotz des Anwerbestopps 1973 stieg die Zahl der in Deutschland lebenden Ausländer aufgrund von Familienzusammenführungen und Geburten weiter an.

Bisher unterschied die Ausländerstatistik nach dem Kriterium der Staatsangehörigkeit. Danach leben in Deutschland derzeit 7,4 Millionen Migrantinnen und Migranten, das sind 9% der Bevölkerung. Wird aber, wie im Mikrozensus 2005, die sog. „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ berücksichtigt, also die Migranten/ innen, die in zweiter und dritter Generation hier leben und eine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, erhöht sich die Zahl auf 15,2 Millionen. Das sind (bei einer Gesamtbevölkerung von 82,4 Millionen) 18% der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 2006). Als diese Zahlen bekannt wurden, erhielt Deutschland im Jahr 2006 offiziell den Status eines Einwanderungslandes.

Gastarbeiter kamen aus fast allen Ländern der Erde nach Deutschland. Zunächst wurden Arbeitsmigranten aus Italien, Spanien, Portugal und Griechenland, dann aus Jugoslawien und der Türkei angeworben, später auch aus anderen europäischen Ländern. Eine große Anzahl Migranten kam aus Fernost, eine kleinere aus Afrika, Südamerika und Nordamerika. Die größte Migrantengruppe stellen inzwischen die Arbeitsmigranten aus der Türkei und ihre Familienangehörigen dar. Die Tendenz zur Rückkehr in die Heimat nimmt weiterhin ab. Rund 2/3 der in Deutschland lebenden Türken wollen nicht mehr in die Türkei zurückkehren.

Seit 1999 kann jedes Kind von Geburt an Deutscher werden, wenn ein Elternteil deutscher Staatsbürger ist oder ein Elternteil seit mindestens drei Jahren eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung hat. Neugeborene können gleichzeitig die elterliche Staatsangehörigkeit erhalten. Im Alter von 23 Jahren müssen sich die in Deutschland lebenden Migranten dann für eine Staatsangehörigkeit entscheiden.

Die ausländische Bevölkerung ist im Schnitt deutlich jünger als die einheimische. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen liegt bei den Migranten in Deutschland aufgrund einer höheren Geburtenrate deutlich über der der deutschen Bevölkerung. Frauen stellen inzwischen 45 % der gesamten ausländischen Bevölkerung dar, anfangs war der männliche Anteil deutlich höher.

Die große Mehrheit der ersten türkischen Migrantengeneration stammte ursprünglich aus ländlichen, nicht industrialisierten Gebieten, in welchen islamisch-patriarchalische Gesellschaftsnormen vorherrschten. Die Hälfte der Türken in Deutschland gehört der islamischen Religionsgemeinschaft an. (Borde 2002).

In den folgenden Abschnitten wird der Schwerpunkt auf türkische Arbeitsmigranten gelegt.

2.2.2 Allgemeine Morbidität bei Migranten

Die Daten zur gesundheitlichen Situation von Migranten in Deutschland sind lückenhaft. Es existieren keine umfassenden epidemiologischen Untersuchungen. Empirische Studien zum Gesundheitszustand von (Arbeits-) Migranten in der Bundesrepublik Deutschland belegen aber, dass mit zunehmender Aufenthaltsdauer spezifische gesundheitliche Probleme auftreten (Becher et al. 1997).

Der sog. „Healthy-Migrant-Effekt“, der die besonders gute gesundheitliche Situation von Migranten durch die medizinischen Auslese (anfangs fanden Eignungsuntersuchungen vor der Aufnahme in Deutschland statt) und die günstige Altersstruktur widerspiegeln sollte, kehrte sich nach längerem bzw. dauerhaftem Aufenthalt in der BRD offensichtlich um. Das zeigt sich auch an der deutlich gestiegenen Inanspruchnahme der Krankenkassenleistungen und der frühen Rentenleistungen.

Inzwischen stellte man bei Migranten in Deutschland einen erheblich höheren Krankenstand fest als bei deutschen Arbeitnehmern. Die ausländischen Senioren sind in ihrer subjektiven Einschätzung wesentlich häufiger von körperlichen Erkrankungen beeinträchtigt. Auch psychische Erkrankungen spielen eine deutlich größere Rolle als bei den deutschen Senioren (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1996).

2.2.3 Psychische Störungen bei Migranten

Schon 1678 wurde die „Pothopatridalgia“ (Heimwehkrankheit) beschrieben mit Symptomen wie anhaltende Traurigkeit, gestörter Schlaf, Appetitverlust, Angst. Nach dem zweiten Weltkrieg beschäftigte sich vor allem die US-amerikanische Militärpsychiatrie mit psychischen Problemen von Soldaten, die als Heimwehreaktionen interpretiert wurden (Menninger 1948).

Die meisten Erkrankungen treten erst nach längerem Auslandsaufenthalt auf (Krupinsky 1967). Ab 1980 wurde als maßgeblicher pathogenetischer Faktor Kulturschock, Kulturwechsel und Kulturwandel angesehen (Binder und Simoes 1978). Nach Garza-Guerros korreliert das Ausmaß des „kulturellen Unterschiedes“ mit der Wahrscheinlichkeit von Anpassungsschwierigkeiten (Garza-Guerros 1974).

Häufige psychiatrische Erkrankungen bei Migranten sind die sog. Anpassungsstörungen. Diese entstehen während des Anpassungsprozesses an neue Lebensumstände nach außergewöhnlich belastenden Lebensereignissen, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation führen. Sie treten auf mit Angst, depressiver Stimmung, Störungen des Sozialverhaltens (z.B. sozialer Rückzug).

Es folgen nun Ergebnisse einiger Untersuchungen zur Häufigkeit psychischer Störungen bei Migranten in Deutschland. Absolute Zahlen existieren allerdings nur sehr wenige.

In den Jahren 1965-1994 wurden 953 ausländische Klienten des sozialpsychiatrischen Dienstes Berlin-Wedding untersucht, 55% von ihnen stammten aus der Türkei. Verglichen wurden sie mit einer entsprechenden Anzahl deutscher Klienten. Schizophrene Psychosen wurden bei 16% der türkischen Patienten versus 7,9 % der deutschen Patienten diagnostiziert. Neurosen fanden sich bei 8,6 % der Türken und 5,2 % der Deutschen, akute Belastungsreaktionen bei 6,1 % der Türken und 1,4 % der Deutschen, Anpassungsstörungen bei 3,8 % der Türken und 0,9 % der Deutschen. Im Gegensatz dazu bestand Alkoholabhängigkeit bei 17,4 % der deutschen und 2,5% der türkischen Patienten (Arslan et al. 1998).

Eine Untersuchung am Zentrum für psychosomatische Medizin der Universität Gießen (1984) stellte fest, dass die migrationsbedingten psychosozialen Stresssituationen oft Ursache für psychosomatische Erkrankungen und funktionelle Störungen sind. Während Männer überwiegend somatische Krankheiten aufwiesen, litten Frauen mehr unter psychosomatischen Störungen (Leyer 1987).

In einer Studie zum subjektiven Beschwerdeempfinden (Nauck 1993) berichten türkische Arbeitnehmerinnen häufiger als deutsche über Beschwerden wie Kopfschmerzen, Migräne, Nacken- und Rückenschmerzen, nervöse Unruhe, Erschöpfungszustände, Konzentrations- und Schlafstörungen (Nauck 1993).

Bei einer Untersuchung des medizinischen Dienstes München-Ost 1995, an der 151 psychisch erkrankte Gastarbeiter und 186 psychisch erkrankte deutsche Patienten teilnahmen, ergaben sich bei 55% der Gastarbeiter gegenüber 40% der Einheimischen Diagnosen, die unter ICD-10 F4 klassifiziert werden, also belastungsbedingte Störungen, Angst- Zwangsstörungen, somatoforme und dissoziative Störungen (Stöckl-Hinke 2002).

In der Niedersächsischen Institutsambulanz des Landeskrankenhauses Hildesheim wurden 1998 folgende Daten erhoben: 33% der dort behandelten türkischen Patienten litten an somatoformen Störungen, 26% an Belastungsstörungen, 12% an Anpassungsstörungen, 10% an psychotischen Störungen und 8% an depressiven Störungen (Schouler-Ocak 2002).

2.2.4 Somatoforme Störungen bei Migranten

Zur Entwicklung somatoformer Störungen bei Migranten wird folgender Mechanismus beschrieben: Ausgangspunkt sei eine verminderte Belastbarkeit aufgrund einer Jahre währenden Anspannung und Überanstrengung der körperlichen und seelischen Kraft. In einer solchen Situation löse auch schon ein eher unwesentliches Ereignis (z.B. ein kleiner Unfall) eine starke Reaktion aus. Der/ Die Betroffene fühle sich schwer krank, was Unverständnis sowohl bei den Bezugspersonen als auch bei den Ärzten auslöse. Dies veranlasse sie zur Gabe von Schmerzmitteln und kurzen Krankschreibungen in der Erwartung, dass die Beschwerden vorübergehend sind. Stattdessen werden sie stärker, denn der Betroffene fühlt sich enttäuscht und nicht ernst genommen. Klagen und Unverständnis nehmen zu, es entwickelt sich eine manifeste Krankheit, was im weiteren Verlauf zur Kündigung der Arbeitsstelle führen kann. Die Patienten konzentrieren sich immer mehr auf ihre Krankheit und treiben so in eine „chronische Patientenrolle“ hinein. Dies sei das Ergebnis eines Interaktionsprozesses, der bei besserer Kenntnis der Entwicklungsdynamik hätte vermieden werden können (Brucks 2002).

Günay und Haag untersuchten das Auftreten psychosomatischer Symptome bei deutschen Frauen und türkischen Migrantinnen und stellten fest, dass die Türkinnen deutlich häufiger über diese Art Beschwerden klagten. Türkische Frauen berichteten über eine höhere Zahl von Krankheitssymptomen als deutsche Frauen und fühlten sich durch diese auch stärker beeinträchtigt (Günay und Haag 1990).

E. Koch, Leiter der „Station für interkulturelle Psychosomatik“ an der Psychiatrischen Klinik Marburg Süd stellte fest, dass bei türkischen Arbeitsmigranten deutlich häufiger somatisiert-depressive Störungen gesehen werden als bei vergleichbaren Deutschen. Seiner Meinung nach artikulieren türkische Patienten ihre Beschwerden anders, sprechen oft über Kopfschmerzen oder Rückenschmerzen, wenn es um seelische Probleme geht (Koch 2001). Werden psychische Beschwerden nicht direkt als körperliche Leiden erlebt, so werden sie allgemein als Unlustgefühle, Antriebslosigkeit, Kräfteverlust zum Ausdruck gebracht. Man fühle sich schwer, ist „sprachlos“, besonders seien es Frauen, die oft völlig verstummen (Ete 1986).

In den Jahren 1981-1987 untersuchte E. Ete in Hamburg circa 4500 türkische Patienten psychiatrisch. Als häufigstes Beschwerdebild nennt er einen „subdepressiv bis depressiven Verstimmungs- und Versagenszustand mit Somatisation“ mit einer begleitenden psychosozialen Desintegration. Beschwerden wie Schlafstörungen, Kopfschmerzen, langanhaltende subdepressiv-depressive Grundstimmung, Angst- und Insuffizienzgefühle und deutliche Somatisierung beschreibt er als primäre Symptomatik. Die bereits fortgeschrittene Störung falle als vielschichtiges Beschwerdesyndrom mit großem Leidensdruck ohne ausreichende organische Begründung auf (Ete 2002).

Bei an somatoformen Störungen erkrankten Kindern wurde ein höherer Anteil an Kindern aus Migrantenfamilien festgestellt, sowie allgemein aus Familien niedriger sozialer Schichten (Petermann 2002). Insgesamt können somatoforme Störungen häufiger in vorindustrialisierten bzw. Übergangsgesellschaften und damit besonders in Migrantenfamilien beobachtet werden

Diese Untersuchungen legen nahe, dass kulturspezifische Krankheitskonzepte bei der Diagnose und Behandlung von Migranten berücksichtigt werden müssen.

2.2.5 Kulturspezifische Krankheitskonzepte

Wahrnehmung, Interpretation und Bewertung von Krankheitssymptomen sowie die Reaktionen auf Krankheiten werden durch kulturelle Faktoren geprägt.

Im DSM-IV bzw. in veränderter Form im DSM-IV-TR wird der Bedeutung kultureller Einflüsse auf das Krankheitsgeschehen Rechnung getragen. Im Anhang F „Leitfaden zur Beurteilung kultureller Einflussfaktoren“ werden Faktoren angeführt wie:

1. Das Ausmaß der Beteiligung eines Patienten sowohl an der ursprünglichen als auch an der Gastkultur und seine Sprachkompetenz (Kulturelle Identität der Person)
2. Das Auftreten kulturabhängiger Störungsbilder und die Erklärungsmodelle für Krankheit
3. kulturabhängige Interpretationen sozialer Belastungsfaktoren
4. kulturelle Elemente in der Arzt-Patienten-Beziehung und die Einschätzung, bis zu welchem Grad Diagnose und Versorgung im einzelnen durch kulturelle Aspekte beeinflusst werden

Zu 1) Das Ausmaß der Beteiligung eines Patienten sowohl an der ursprünglichen als auch an der Gastkultur und seine Sprachkompetenz sind aufgrund vieler Einflussfaktoren sehr unterschiedlich. Es reicht von vollständig integrierten Migranten bis zu völlig im eigenen Kulturkreis verbleibenden Migranten.

In Bezug auf die medizinische Versorgung werden nach wie vor die sprachlichen Schwierigkeiten (einschließlich der hohen Analphabetenrate) als Hauptproblem benannt: Wer nicht über ausreichende Sprachkompetenz verfügt, kann seine Beschwerden nicht adäquat artikulieren, Rückfragen nicht verstehen bzw. beantworten, Dosieranleitungen und Packungsbeilagen nicht lesen. So sind noch immer für 3/5 der Migranten Packungsbeilagen völlig unverständlich.

Auch die häufig differierenden Krankheitskonzepte bleiben im Unklaren. Ebenso können Hintergründe von Kranksein nicht erfasst und therapeutische Schritte nicht wirkungsvoll vermittelt werden. Das beeinträchtigt neben der Diagnostik auch die Compliance und damit den Behandlungserfolg.

Zu 2) Das Auftreten kulturabhängiger Störungsbilder und die Erklärungsmodelle für Krankheit werden im DSM-IV(-TR) in einem „Glossar kulturabhängiger Syndrome“ berücksichtigt. Dabei handelt es sich um Syndrome, deren Verlauf (ebenso wie der soziale Umgang damit) sehr oft durch regionale Faktoren beeinflusst wird.

Obwohl die klinischen Bilder des DSM-IV weltweit angetroffen werden, gibt es eindeutig kulturabhängige Syndrome wie z.B. Anorexia nervosa, die praktisch ausschließlich in industrialisierten Regionen auftritt oder „Ghost sickness“, die starke Beschäftigung mit Verstorbenen und magischer Beeinflussung, die v.a. bei Indianerstämmen beobachtet wird.

Im Krankheitsverständnis türkischer Patienten werden -nach Ete- Beschwerden „quasi ganzheitlich“, als eigenständige „Seinsformen“ erlebt. Krankheiten sind im Umfeld des Menschen lokalisiert sind und durchdringen den Körper von außen her. Der Gedanke, dass nur ein Teil des Körpers erkrankt sein könnte, ohne dass der gesamte Organismus beeinträchtigt wird, ist hier schwer vorstellbar (Ete 2002b).

Zu 3.) Bei der Interpretation sozialer Belastungsfaktoren lassen sich in Bezug auf somatoforme Störungen im transkulturellen Vergleich zwei Tendenzen (s.o.) beobachten: Als Erklärung einer somatoformen Störung wird entweder die sociosomatische Genese bevorzugt (im asiatischen Raum) oder die psychosomatische Genese (in den westlichen Gesellschaften).

Zu 4.) Hier werden Unterschiede in Kultur und sozialem Status zwischen Patient und Arzt vermerkt. In der Kommunikation zwischen Arzt und Patient kommt der Sprache die zentrale Bedeutung zu. Krankheitssymptome, subjektive Krankheitswahrnehmung, Hintergrundwissen werden über Sprache vermittelt. Auch die häufig geringen anatomischen Kenntnisse vieler Migranten können durchaus zu Fehldiagnosen führen und die medizinische Aufklärung erschweren. Es ist manchmal fast unmöglich, differenzierte Anamnesen zu erheben, so dass ärztlicherseits doch immer wieder auf die Apparatedizin vertraut wird.

Oft muss für Übersetzungsdienste auf Angehörige oder muttersprachliche Angestellte zurückgegriffen werden, was den Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung sehr stören kann, v.a. bei psychologisch-/ psychiatrischen Problemen können sich die Patienten nicht frei äußern. Die sprachlichen Schwierigkeiten machen psychotherapeutische Behandlungen häufig unmöglich. Die Zahl muttersprachlicher Psychotherapeuten ist für türkische Migranten in Deutschland ist bei weitem nicht ausreichend.

Das sog. „Gastarbeiterdeutsch“ wird von Ärzten oft als Zumutung empfunden und löst Abwehr- und Unmutsreaktionen aus. Das asymmetrische Verhältnis zwischen Arzt und Patient, worunter man unter anderem die Unterschiede zwischen professionellem und Laienwissen versteht, ist im Bezug auf Migranten durch Faktoren wie soziale Schicht, geringe Sprachbeherrschung, niedriger Bildungsgrad deutlich verschärft.

Deutsche Ärzte beklagen nach Ete manchmal bei der Untersuchung von Migranten aus den hier in Frage stehenden Gesellschaften eine ziemlich diffus erscheinende Symptompräsentation. Statt exakter Angaben über ihre Beschwerden, machen sie Aussagen wie: „Moral ist kaputt“, „alles an mir ist krank“, „meine Leber schwimmt weg“. Ein Grund für diese Art des Krankheitserlebens ist vor allem die ganzheitliche Auffassung von Leib und Seele (s.o.) und somit die Vorstellung eines Betroffenseins aller Organe, auch wenn eindeutig lokalisierbare Beschwerden vorliegen.

Eine „partielle“ Erkrankung, dass also nur ein Körperteil oder ein Organsystem krank sein soll und der Rest des Körpers gesund, ist hier nicht wirklich denkbar. Aussagen wie „alles krank“ sind somit meist nicht auf Sprachschwierigkeiten oder auf geringe Differenzierungsfähigkeit der Patienten (z.B. aufgrund mangelnder Intelligenz) zurückzuführen, sondern Ausdruck eines ganzheitlich empfundenen Krankseins (Zimmermann 2000).

Türkische Patienten sind vom Rollenverhalten deutscher Ärzte oft irritiert. Sie erwarten, dass der Arzt sie aktiv über ihre Beschwerden befragt. Diese Einstellung hängt mit der Position und Rolle des Arztes in der türkischen Gesellschaft zusammen. Der Angehörige der Unterschicht empfindet es als ungehörig, in die Arbeit des Arztes hineinzureden. „Türkische Unterschichtpatienten äußern ihre Beschwerden allgemein und ungenau, um damit ihre Achtung vor der Rolle, der Kompetenz und dem Wissen des Arztes auszudrücken“ (Ete 2002b).

Auch das Krankheitsverhalten unterscheidet sich in verschiedenen Kulturen beträchtlich.

2.2.6 Krankheitsverhalten

Da Krankheit für Patienten mit entsprechendem Migrationshintergrund ein von außen hereinbrechendes Geschehen ist, dem sie sich schicksalhaft und passiv ausgeliefert fühlen (s.o.), ist das Verhalten bei Erkrankungen insgesamt eher passiv. Die eigenen Handlungsmöglichkeiten („active coping“) werden häufig unterbewertet. Es kommt relativ früh zu institutionellen Interventionsversuchen (5/6 der Arbeitsmigrantinnen suchen „bei Kranksein“ einen Arzt auf) und zu abhängigem Verhalten gegenüber den Behandlern. Das Bewusstsein für Eigenverantwortung und Prävention ist eher gering. Es wird großer Wert auf professionelle Hilfe gelegt, doch Unzufriedenheit mit der Behandlung und Arztwechsel sind häufig. Eine Studie zeigt, dass ausländische Patientinnen häufiger unzufrieden mit Diagnostik und Therapie deutscher Ärzte sind als einheimische (Wimmer-Puchinger 1995).

Eine Untersuchung von Häfner in Mannheim ergab eine deutlich niedrigere Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen durch ausländische Patienten im Vergleich zur deutschen Bevölkerung. Die Aufnahme in eine psychiatrische Einrichtung lag bei den Ausländern mit 6% deutlich unter dem Ausländeranteil der Bevölkerung von 12% (Häfner 1980). Außerdem waren bei den türkischen Frauen die Kontakte zu Allgemeinmedizinerinnen viel häufiger als solche zu Fachärztinnen (Dietzel-Papakyriakou 1985). Aus einer Untersuchung an der Universität Bochum geht hervor, dass türkische und deutsche Frauen aus dem gleichen Wohngebiet bei akuten Erkrankungen Ärzte vergleichbar häufig konsultieren, dass aber türkische Mütter bei Erkrankungen der Kinder öfter ärztliche Hilfe suchen.

Die größten Schwierigkeiten im Umgang mit unserem Gesundheitssystem sollen Arbeitsmigrantinnen aus der Türkei haben. Jede dritte sage von sich, häufig oder chronisch krank zu sein. Bei türkischen Arbeitsmigrantinnen über 45 Jahren sei es jede zweite (Krause 2002).

Migration selbst stellt eine hohe Belastung dar. Die dadurch entstehenden Stressfaktoren können jedoch positiv oder negativ bewertet und beantwortet werden, einige sollen hier angesprochen werden.

2.2.7 Migrationsbedingte Stressfaktoren

2.2.7.1 Potentiell gesundheitsfördernde Faktoren bei Migration (Eustress)

Migration muss natürlich nicht krank machen, sondern birgt viele Entwicklungschancen. Was für einen Menschen krankheitsauslösend sein kann, kann für einen anderen Anreiz zu persönlichem Wachstum werden und letztlich die Lebensqualität steigern. Wenn die Anforderungen als Herausforderungen, als Ansporn für persönliches Wachstum angenommen werden, kann Migration als Eustress wirksam werden. Die Befreiung von den im Heimatland gültigen kulturellen Normen kann als große Erleichterung empfunden werden. Das Infragestellen eigener Denkschemata kann flexibler machen, den persönlichen Horizont erweitern, selbstbewusster machen.

Minoritäten in Majoritäten können durch Solidarität und stärkeren Gruppenzusammenhalt im Vergleich zur Umgebungskultur psychisch gesünder sein als die autochthone Bevölkerung. Beispiele wären die jüdische Gemeinschaft für Russlandauswanderer, die selbst organisierte Sprachkurse für Neuankömmlinge und damit leichtere Integration in bestehende Netze ermöglicht, sowie spanischer Schulerfolg mit eigenen Schulen, die einen doppelten (zweisprachigen) Abschluss erlauben (Abibac).

Bei der Second Generation kann sich gerade durch die zu überwindenden Schwierigkeiten und das Hin und Her zwischen den Kulturen eine frühe Unabhängigkeit und größere Durchsetzungsfähigkeit entwickeln (Wilpert 1983). Zum Beispiel entsteht häufig gerade durch die mangelnden Sprachkenntnisse der Eltern die Situation, dass die Kinder, die sprachkompetenter sind, viele Dinge alleine regeln müssen und früh erwachsen werden. Außerdem birgt das Suchen des eigenen Weges zwischen gegensätzlichen Werten und Erwartungen neben Risiken auch die Chance des persönlichen Wachstums.

Unter günstigen Bedingungen kann Migration positive Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung und die Gesundheit haben. Die Aufgabe der Einwanderungsländer besteht darin, an den dafür erforderlichen Rahmenbedingungen zu arbeiten, die Aufgabe der Einwanderer besteht in der Bereitschaft zum Erwerb spezifischer kultureller Kompetenzen.

Der wichtigste integrations- und gesundheitsfördernde Faktor besteht allerdings sicherlich darin, dass es - anders als im Herkunftsland - im Einwanderungsland Arbeit gibt, wobei in Deutschland die Arbeitslosenquote gerade bei den türkischen Arbeitsmigranten und auch bei der Second Generation deutlich höher ist als bei der einheimischen Bevölkerung.

2.2.7.2 Potentiell krankmachende Faktoren bei Migration (Disstress)

Schwerwiegend sind oft die negativ zu bewertenden Stressfaktoren bei einer Migration. Häufig überfordert die Herausforderung, die die Migration an die Anpassungsfähigkeit eines Menschen stellt, die kreativen Kräfte.

Von der europäischen Abteilung der WHO wurden besonders benachteiligte Bevölkerungsgruppen, sog. Vulnerable Groups identifiziert, für die besondere Anstrengungen notwendig sind. Dazu zählen neben Berufstätigen in physisch gefährlichen Berufen, Langzeitarbeitslosen, Obdachlosen auch Arbeitsmigranten. Life Events und chronische Stressoren seien nach vergleichenden Messungen bei Migranten im Schnitt dreißigfach erhöht (Collatz 2002).

Chronische Belastungen und belastende Lebensereignisse korrelieren stark mit psychischen und körperlichen Störungen bei Migranten, was zahlreiche Studien belegen (Badura 1981, Dohrenwend und Dohrenwend 1974, Meyer-Fehr und Bösch 1988). Oft stehen keine adäquaten Copingstrategien, Unterstützungspotentiale und Ressourcen zur Verfügung. Migranten müssen einerseits erkennen, dass ihre alten Copingstrategien zur Lösung neuer Probleme unter Umständen nicht brauchbar sind, ihnen andererseits aber nicht genügend neue Copingstrategien zur Verfügung stehen. Die Folgen dieser Situation sieht Han als Ursache für psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen (Han 2005).

Der Migrationsprozess ist häufig von Faktoren wie Rollenverlusten und Rollendiffusionen, Entwurzelung, belastende Verlusterfahrungen, erschwerte Zukunftsorientierung und rechtliche Unsicherheit begleitet. Die Herausforderung, die Migration durch Trennungs- und Umstellungsprobleme an die Anpassungsfähigkeit stellt, führt immer wieder zu Überbeanspruchung und Überforderung.

Das Selbstwertgefühl kann bedroht werden durch die Infragestellung der eigenen Fähigkeiten, der sozialen Attraktivität, der Leistungsfähigkeit und beruflichen Kompetenz. Diese Einflüsse gehören zu den bedrohlichsten Stressereignissen überhaupt (Cohen und Syme 1983).

Das Erkrankungsrisiko für psychische Störungen bei Migranten korreliert stark mit einem niedrigen sozialen Status, wobei v.a. die Diskrepanz zwischen erwartetem und tatsächlichem Aufstieg bedeutsam ist („goal striving stress“). Wenn der Lebensplan, durch Ersparnisse im Herkunftsland ein besseres Leben zu führen, nicht erfüllt werden kann, entsteht häufig, wenn im mittleren Lebensalter das Scheitern der Hoffnungen erkannt wird, nach Jahren in der Fremde eine Art Bilanzierungskrise. Diese Bilanzsymptomatik ist die häufigste Ursache für psychosomatische Erkrankungen, stellte das Institut für Sozialpädagogik in Frankfurt fest (Brucks 2002).

Manchmal wird versucht, durch ausgeprägte Traditionspflege und strenge Religiosität dem befürchteten Verlust von Identität entgegenzuwirken. Damit werden aber einerseits Unverständnis der deutschen Gesellschaft, andererseits Schwierigkeiten mit der zweiten und dritten Migrantengeneration hervorgerufen, was zu erheblichen innerfamiliären Belastungen führen kann.

Durch die Migration hat sich zwar die ökonomische Lage vieler Migranten verbessert, nicht aber ihr sozialer Status innerhalb der einheimischen Gesellschaft. Hinsichtlich der Bildungs-, Erwerbs- und Wohnsituation stehen sie häufig noch auf einer niedrigen Stufe.

Angeworben wurden zum Wiederaufbau nach dem zweiten Weltkrieg vorwiegend Arbeiter mit niedrigem Bildungsniveau. Die allgemeine Schulpflicht betrug in der Türkei bis 1997 nur fünf Jahre Grundschule, seit 1997 sind es acht Jahre. Noch heute sind unter den Migranten der ersten Generation Analphabetismus und extrem geringe deutsche Sprachkenntnisse weit verbreitet. Sie verrichten noch immer Arbeiten, bei denen sie nicht gefordert sind, die Sprache zu erlernen (z.B. Fließbandarbeit, Reinigungsarbeiten). Da sie im Privatleben häufig nur unter Landsleuten verkehren und völlig im eigenen Kulturkreis leben, bleibt auch hier der Spracherwerb aus. Durch mangelnde Sprachkenntnisse und zu wenig Ausbildung finden sich kaum Möglichkeiten einer qualifizierten Beschäftigung nachzugehen.

Die Arbeitsbedingungen sind oft gekennzeichnet durch körperliche Schwerarbeit, ungünstige Arbeitszeiten wie Nacht- und Schichtarbeit, Akkordarbeit, Belastung durch Lärm, Schmutz, Hitze, ein höheres Unfallrisiko, insgesamt durch eine höhere Gesundheitsgefährdung und hohe Krisenanfälligkeit der Branchen. Vielfach sind die Tätigkeiten von niedrigem Prestige, die Einkommen unterdurchschnittlich, die Alterssicherung gering.

Die Arbeitslosenquote bei Ausländern lag 2005 mit 20% fast doppelt so hoch wie die der Deutschen (11 %). Rund 76 % der ausländischen Arbeitslosen und 62% der Spätaussiedler hatten keine abgeschlossene Berufsausbildung, bei den sonstigen Arbeitslosen waren es 33 %. Die Türken waren unter den Nationalitäten von der Arbeitslosigkeit am stärksten betroffen (Bundesagentur für Arbeit Juni 2007).

Da man den Aufenthalt in Deutschland zunächst als zeitlich befristete Situation zum Zweck des Geldverdienens betrachtete, wurden eher preiswerte kleine Wohnungen angemietet, was dann durch den Nachzug von Angehörigen und die Geburt der Kinder eine belastende Wohnsituation darstellte. Familiäre Spannungen, die häufig gravierenden Intergenerationenkonflikte, werden durch diese beengten Wohnverhältnisse verschärft.

Die Migranten fanden sich in Wohngebieten zusammen und verkehrten auch später im privaten Umfeld meist unter Landsleuten. Die Deutschen zogen aus den betreffenden Wohngebieten im Laufe der Zeit weg. Ghettoisierung, der Boden für Integrationsschwierigkeiten, entwickelte sich. Die ausländischen Kinder blieben unter sich und lernten zu wenig Deutsch. Der Ausländeranteil stieg in einigen Schulen stark an, worauf deutsche Eltern ihre Kinder lieber auf andere Schulen schickten, was das Ungleichgewicht verstärkte.

Migranten erleben Mangel an sozialer Unterstützung seitens der einheimischen Bevölkerung, aber auch gesellschaftliche Ausgrenzung, latente und offene Fremdenfeindlichkeit, Benachteiligung beim Zugang zu Arbeitsplätzen, zu Wohnungen und politischen Beteiligungsmöglichkeiten. Einheimische und Migranten sind sich häufig fremd geblieben. So ergab eine Studie (Seifert 1995), dass zwei Drittel aller türkischen Migranten, keine deutschen Freunde oder Freundinnen haben.

Das Leben in Deutschland war für viele Migranten zunächst ein Provisorium. Auch wenn mehr als ein Drittel der Migranten schon über 20 Jahre in der Bundesrepublik Deutschland lebt, wurde die Rückkehrillusion häufig nicht aufgegeben. Doch die anfangs als vorübergehend geplante Arbeitsmigration wurde zunehmend zu bleibender Niederlassung, was die Ausgangssituation änderte und Integration erfordert. Multikulturalismus betrachtet den Menschen als kulturelles Wesen, das sich zwar in bestehende Strukturen einzugliedern hat, ohne jedoch dadurch seine kulturelle Identität zu verlieren. Diese Möglichkeit kann - wenn überhaupt - häufig erst von der zweiten Migrantengeneration gewählt werden.

Laut Collatz habe man in Deutschland 30 Jahre lang viele Chancen zur Integration der Arbeitsmigranten, Aussiedler, Asylbewerber, Flüchtlinge und anderer Gruppen vertan. Er beklagt u.a. folgende krankmachende Aspekte von Migration:

- Globalisierungseffekte, Armutsentwicklung, Wertauflösung. Die Diskriminierung der Fremden sei in den wohlhabenden Staaten vor allem eine Armutsdiskriminierung. Armut, Veränderung der Wertesysteme und Diskriminierung sind oft nicht auszuhalten, führen zum Verlust der Identität und machen krank.
- ethnozentrische Orientierungen auch im deutschen Gesundheitssystem trotz vieler interkultureller Ansätze. Die Weigerung, Deutschland als Migrationsland anzuerkennen, sei eine wesentliche Klippe für die Integration von Migranten gewesen.
- zu geringer Ausbau transkultureller Arbeit, zu wenig qualifizierte Dolmetscherdienste

Angesichts der meist komplexen Hintergründe der Leiden von Migranten und der Multimorbidität sind ärztliche Koordinationsfunktion und soziotherapeutische Interventionen sehr wichtig. Besonders Nervenärzte würden aber von Migranten oft viel zu spät aufgesucht (Collatz 2002).

Die Bedeutung von Sprachkompetenz für die Integration in ein fremdes Land und für die Annahme von Kulturmerkmalen ist unbestritten. Kurz seien einige Aspekte zum Thema Sprache angemerkt, die einen Bezug zur Problematik dieser Migrantinnen haben könnten.

2.3 Sprache (sprachliche Kompetenz und Psyche)

2.3.1 Zur Bedeutung der Sprachentwicklung

Die Fähigkeit, Erfahrung sprachlich zu vermitteln, hat einzigartige Möglichkeiten eröffnet, die der menschlichen Kultur zugrunde liegen. Sprache ist eine wesentliche Bedingung jeder Sozialisation. Kultur kann nur durch Sprache entstehen und lebensfähig sein (Pinker 1995).

Sprache spiegelt in gewisser Weise die Mentalität eines Volkes. Über die Charakteristika der Sprache, z.B. ihren Klang, findet bei Migranten zum Teil schon durch den bloßen Vorgang des Erlernens einer Sprache ein Teil der Integration in die fremde Kultur statt, zumindest ein gewisses Gefühl für die Mentalität eines Volkes. So können z.B. schon Grammatik und Aufbau einer Sprache Ausdrucksmuster von kulturellen Beziehungen und Strukturen einer Nationalität sein. So spiegelt sich eine Kultur gewissermaßen in der Sprache, wird durch Sprache geprägt und grenzt sich durch Sprachbarrieren vom Fremden ab.

Nach Alfred Adler (1931) ist Sprache ein „Ereignis des Gemeinsinns“. Verstehen heißt, uns in einer gemeinsamen Bedeutung mit anderen Menschen zu verbinden (Brunner 1995). Sprache gibt vor allem Zugehörigkeit. Sie definiert immer ein soziales Umfeld und grenzt soziale Schichten voneinander ab. Aus mangelnden Sprachkenntnissen im fremden Land resultiert ein quälendes Gefühl des Ausgeschlossenseins aus der Gemeinschaft. Migranten mit nur rudimentären Sprachkenntnissen können an der hiesigen Gesellschaft praktisch nicht teilhaben. Eigentliche Integration und Adaptation ist nur über ein sich vertraut machen mit der Sprache der fremden Kultur möglich.

Dass Sprachlosigkeit krank machen kann, ja sogar tödlich sein kann, hat Kaiser Friedrich der Zweite bereits unfreiwillig bewiesen. Säuglinge, die ohne sprachliche Zuwendung aufwachsen sollten (um herauszufinden, welche die dem Menschen angeborene Sprache sei), ansonsten aber gut versorgt waren, starben, bevor sie ein Wort sagen konnten. Das Fehlen sprachlicher Zuwendung führt bei Kindern zu schwersten Entwicklungsstörungen, hier führte es sogar zum Tod (Pöppel 1990).

2.3.2 Sprache aus psychoanalytischer Sicht

Sprache dient nicht nur der Verständigung. Bewusstes Wahrnehmen und kognitive Verarbeitung setzen die Einsatzmöglichkeit sprachlicher Kompetenzen voraus, durch die Denk-, Urteils- und Realitätsprüfungsfunktionen erst möglich und mitteilbar werden. Auch im emotionalen Bereich brauchen wir sprachliche Kodierung. Auch die eigenen Gefühle werden sprachlich wahrgenommen, erst das Benennbare ist bewusstseinsfähig. Emotionen zu spüren geschieht weitgehend ohne Sprache, aber in dem Moment, in dem man sie in Bezug zur Welt setzen will, ist sprachliche Kodierung unerlässlich.

Kohte-Meyer sieht Sprache als den zentralen Organisator der Psyche, als Brücke zwischen Ich-Struktur und sozialer Funktion. Sprachwechsel und soziokulturelle Fremdheit können einen innerpsychischen Konflikt herbeiführen. Wird der Prozess einer zweiten Sprachentwicklung nur unvollständig vollzogen, entsteht ihrer Ansicht nach eine besondere Form von Unbewusstheit und Stummheit, da bei einem Sprachwechsel die Fähigkeit des psychischen Apparates, Affekte zu integrieren, beeinträchtigt und psychische Konflikte nicht mehr bewusstseinsfähig werden. Die Lösung geschehe dann auf dem Weg der Symptomentwicklung im Sinne einer Resomatisierung (Kohte-Meyer 2002).

2.3.3 Sprache aus neurobiologischer Sicht

Nach Ruegg bewirkt ein Mensch, wenn er mit einem Anderen spricht, in dessen Gehirn Veränderungen synaptischer Netzwerke. Auch wenn wir verbal denken, benutzen wir Begriffe häufig so, als sprächen wir im Stillen mit uns selbst (silent speech). So könnten synaptische Verbindungen und die Genexpression synaptischer Proteine mittelfristig beeinflusst werden, insbesondere dann, wenn immerzu die gleichen Inhalte und Gedanken sich dem Bewusstsein aufdrängen. Alles, was wir sprachlich wahrnehmen und lernen könnte also unsere synaptischen Vernetzungen langfristig verändern, was verständlich macht, dass sich auch durch den Einfluss der Sprache die synaptische Vernetzung bei Menschen verschiedener Kulturen unterscheidet (Ruegg 2003).

2.3.4 Ursachen schlechter Sprachkenntnisse bei Migranten in Deutschland

Das emotionale Annehmen der Sprache und auch der Kultur fällt v.a. den Arbeitsmigranten häufig schwer. Sprachkenntnisse haben, da die Rückkehr in die Heimat geplant ist, keine wesentliche Bedeutung. Sie sind primär nicht daran interessiert, deutsch zu lernen. Ghettoisierung spielt dabei eine wichtige Rolle. Im Familien- und Freundeskreis gibt es häufig nur muttersprachliche Kommunikation. Auch Angst vor Identitätsverlust spielt eine Rolle, ein innerer Widerstand vielleicht gegen Integration. Häufig sind gerade die nachgezogenen Migrantinnen letztlich unfreiwillig hier. Möglicherweise ist gerade bei Ihnen unbewusst der Gedanke wirksam, ohne Sprachkenntnisse, d.h. ohne Integration schneller wieder ins Heimatland zurückkehren zu können.

Nach einer Umfrage der Bundesregierung 2001 bewerten zirka 33 % der türkischen Migranten und 42 % der nachgezogenen Partner ihre Deutschkenntnisse als „mittel bis schlecht“. In einer Studie der Frauenklinik am Virchow-Klinikum in Berlin zeigte sich, dass ein Drittel der türkischen Patientinnen nur wenig oder gar kein Deutsch sprach (Borde 2000). Interessant ist in diesem Zusammenhang auch ein Ergebnis der PISA-Studie: Bei uns gelingt es den Schulen schlechter als in anderen Ländern, ausländische Kinder in Hinblick auf Sprache ausreichend zu fördern, in allen Bundesländern sind die Sprachkenntnisse bei Kindern aus Migrantenfamilien deutlich schlechter als bei einheimischen Kindern (Baumert et al. 2001).

Besonders schwerwiegend sind die Sprachprobleme bei Arbeitsmigrantinnen aus der Türkei: Sie sind in erster Linie für Haushalt und Kinder zuständig, ihre Welt ist die türkische Großfamilie, dort wird oft, auch nach 30 Jahren in Deutschland, nur türkisch gesprochen wird. Falls die Frauen berufstätig sind, sind es meist einfache Arbeiten, die sie verrichten, in denen wenig Sprachkompetenz gefordert ist und sie wenig ermutigt werden, Deutsch zu lernen. Sie stehen durch die Sprachschwierigkeiten oft in Abhängigkeitsverhältnissen, die ihre selbständig-autonome Entwicklung stark behindern können (Abhängigkeit von den sprachkompetenten Kindern oder dem Ehemann, von Freunden und Bekannten). Diese Abhängigkeiten können lähmend wirken, ganz abgesehen von den kulturell bedingten Repressionen unter denen z.T. türkische Frauen immer noch stehen.

2.3.5 Konsequenzen besserer Sprachkenntnisse

Aus verbesserter Sprachkompetenz resultiert ein freieres, emanzipierteres Leben, weniger Abhängigkeit von der Hilfe Anderer, eine erfolgreiche, adäquate Integration und Assimilation und nicht zuletzt ein verbessertes Selbstbewusstsein durch aktive Teilnahme an der Gesellschaft.

3 Hypothesen zur Untersuchung

Es wurde vielfach beobachtet (s.o.), dass unter den an somatoformen Störungen leidenden Patienten häufig Migranten mit geringen Deutschkenntnissen und dementsprechend oft geringer Integration anzutreffen sind. Wer sich sprachlich nicht gut ausdrücken kann, scheint sozusagen fast gezwungen, körpersprachlichen Ausdruck seelischer Probleme anzubieten. Bei „Sprachlosigkeit“ könnte die „Körpersprache“ gesucht werden, da das direkte Verbalisieren emotionaler Probleme nicht möglich ist. Es ist offensichtlich, dass die Bereitschaft, psychisch Problematisches über den Körper zum Ausdruck zu bringen, größer wird, wenn Migranten sprachlich und kulturell aus verschiedenen Gründen außerhalb des gastgebenden Kulturraums bleiben.

Hypothese ist, dass bei dieser Population durch Verbesserung der sprachlichen Kompetenz der nonverbale Ausdruck einer psychischen Problematik und damit die Somatisierungstendenzen zurückgehen. Dies ist verbunden mit der offenen Frage, ob ein vermuteter emotionaler Hintergrund wie Angst und Stress sich gleichsinnig verbessert oder, wie aufgrund anderer theoretischer Überlegungen, sogar vorübergehend deutlicher wird.

Die primäre Hypothese lautet also: Durch die Verbesserung der verbalen Kommunikation mittels eines speziellen Sprachkurses kann es (bei der entsprechenden Population) zu einer Besserung somatoformer Symptome kommen. Untersucht werden sollte ebenfalls, wie sich die Veränderung der somatoformen Symptomatik verhält, verglichen mit der Veränderung der affektiven Symptomatik.

Nebenbei sollte auch ein Vergleich der zur Beurteilung der psychopathologischen Symptomatik angewandten Untersuchungsinstrumente (SCL-90/ LSAD/ B-L) durchgeführt werden. Die Frage war hier, welche Korrelationen sich zwischen den Subskalen der ähnlich konzipierten Messskalen ergeben.

Die primäre Hypothese fokussiert auf Somatisierung auf den verschiedenen Messskalen, alle anderen Analysen erfolgten ergänzend exploratorisch ohne konfirmatorischen Anspruch. In erster Linie wird der Frage nachgegangen, ob bzw. inwieweit dadurch, dass sich die Patienten im sozialen Umfeld verbal besser ausdrücken können und damit wahrscheinlich auch das Integrationsgefühl verbessert wird, somatoforme Beschwerden reduziert werden können. Es war nicht das Ziel dieser Studie, zu beweisen, dass Integrationsförderung stattfand, doch war Integrationsförderung durch die spezielle Art und den Aufbau des Kurses beabsichtigt.

In der vorliegenden Studie wurde der Versuch gemacht, zusätzlich zu den bestehenden therapeutischen Möglichkeiten auf die Sprachheilpädagogik zurückzugreifen, die sich als Teildisziplin der Pädagogik mit sprachlich und kommunikativ beeinträchtigten Menschen befasst und hier spezielle methodische Zugänge entwickelt hat.

Die Hoffnung war, durch einen interdisziplinären Ansatz eine Form von Therapie zu finden für diese an somatoformen Störungen leidenden Patienten, die häufig schwer zu behandeln sind und die aus sprachlichen und sozialen Gründen anderen Therapien schwer zugänglich sind.

4 Methoden und Probanden

4.1 Ein- und Ausschlusskriterien zur Teilnahme an der Studie

4.1.1. Einschlusskriterien

Patienten wurden in die Studie aufgenommen, wenn:

A eine der folgenden Erkrankungen vorlag:

- Somatisierungsstörung ICD-10 F45.0 / DSM IV 300.81
- Undifferenzierte Somatisierungsstörung ICD-10 F45.1 / DSM IV 300.82
- Somatoforme autonome Funktionsstörung ICD-10 F45.3
- Somatoforme Schmerzstörung ICD-10 F45.4 / DSM IV 307.80

B sie außerdem:

- nur sehr geringe Deutschkenntnisse aufwiesen, obwohl sie schon mindestens drei Jahre in Deutschland lebten und
- bereit waren, an einem Deutschkurs teilzunehmen.

4.1.2. Ausschlusskriterien

nicht aufgenommen wurden Patienten, wenn vorlagen:

- Hypochondrische Störungen ICD-10 F45.2/ DSM IV 300.7
- Dissoziative Störungen ICD-10 F44/ DSM-IV 300.12
- Vorgetäuschte Störungen
- Panikstörungen, affektive Erkrankungen, Psychosen
- Mittelgradige und schwere Intelligenzstörungen
- Primär körperliche Erkrankungen, auch bei somatoformer Begleitsymptomatik

Primär körperliche Erkrankungen, die unter Beteiligung psychischer Faktoren entstehen können, wurden ebenfalls ausgeschlossen, außerdem Störungen, die unter F54 im ICD-10 erscheinen, die „Psychischen Faktoren bei somatischer Krankheit“ (die klassischen Psychosomatosen). Zu der letztgenannten Gruppe zählen z.B. Rückenschmerzen bei Wirbelsäulenerkrankungen, Gelenkschmerzen bei Arthrose oder Rheuma, Migräne, Trigeminusneuralgien, Spannungskopfschmerzen, Tinnitus, Asthma, Hochdruck- und arterielle Gefäßerkrankungen, organische Herzrhythmusstörungen, Gastritis, Magen-/ Duodenalulcus, M. Crohn, Colitis ulcerosa, Neurodermitis, Ekzeme und allergische Exantheme, Heuschnupfen, Hyperthyreose.

4.2 Rekrutierung der Patienten

Zur Rekrutierung wurden ausländische Patienten mit schlechten Deutschkenntnissen trotz langer Verweildauer in Deutschland gesucht, die über unspezifische Beschwerden klagten. Gesundheitsberatungsstellen für Migrantinnen wurden angesprochen und um Mithilfe gebeten.

Die gleichzeitige Suche nach Patienten über Arztpraxen blieb weitgehend erfolglos. Dagegen gelang es Mitarbeitern in den Beratungsstellen (z.B. „Donna mobile“, „Kofiza“), die häufig selbst einen Migrationshintergrund hatten, 43 Migrantinnen zu motivieren, an der Voruntersuchung teilzunehmen. Der Kontakt der Migrantinnen zu den Organisationen hatte bereits vor Beginn der Untersuchung bestanden. Psychiatrische Diagnosen waren größtenteils schon gestellt worden.

Die Patientinnen wurden unter klinischen Gesichtspunkten untersucht und ggf. mit in die Studie übernommen. Es wurde bei der Eingangsuntersuchung auch abgeklärt, dass eine medikamentöse Behandlung nicht erforderlich ist. Da es sich um einen Sprachkurs und nicht um eine medizinische Intervention handelte, stand nicht zu erwarten, dass interventionelle Effekte eintreten werden. So erschien eine Verzögerung von fünf Monaten bis zum Beginn des nächsten Kurses für die Wartegruppe akzeptabel. Betreut wurden die Migrantinnen weiterhin von den zuständigen Organisationen, so dass zu jedem Zeitpunkt die Versorgung für alle Patienten gesichert war.

Aufgrund der oben genannten Kriterien wurden nach der Voruntersuchung 29 Migrantinnen (von insgesamt 43) für geeignet befunden, an der Untersuchung teilzunehmen.

4.3 Durchführung der Untersuchungen

Die ärztlichen Untersuchungen und die Überprüfung der Einschlusskriterien erfolgten - mit der Unterstützung von qualifizierten Dolmetschern - kurz vor und kurz nach dem Sprachkurs. Sie wurden durchgeführt von Herrn Dr. med. Karl-Joachim Zander (Facharzt für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie, Lehrbeauftragter für Medizinische Psychologie an der LMU München, medizinischer Studienleiter) unter Mitarbeit von Milada Vysoká (Diplomandin in Sprachheilpädagogik) und der Verfasserin Mariella Schopper (med. Doktorandin, Ärztin in Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie). Die Untersuchungen fanden in der nervenärztlichen Praxis von Herrn Dr. Zander in München statt.

Es wurden standardisierte Interviews bei der ärztlichen Untersuchung eingesetzt auf Grundlage der LSAD (SADS-C, modif.) und weitere medizinische, biographische und demographische Daten erfasst. Die Interviews wurden mit Unterstützung von qualifizierten Dolmetschern durchgeführt.

Zudem wurden von den Patientinnen in die betreffenden Sprachen übersetzte Selbstbeurteilungsfragebögen (SCL-90, B-L) bearbeitet. Dies fand ebenfalls in der nervenärztlichen Praxis von Herrn Dr. med. Zander statt. Wenn Fragen während der Bearbeitung zu klären waren, standen in dieser Zeit Dolmetscher zur Verfügung.

28 Probandinnen (Kurs- und Wartegruppe s.u.) fanden sich nach dem fünfmonatigen Sprachkurs wieder in der nervenärztlichen Praxis von Herrn Dr. med. Zander zur Nachuntersuchung ein. Diese erfolgte mit den gleichen Untersuchungsinstrumenten wie die Voruntersuchung. Es waren ebenso Dolmetscher anwesend.

4.4 Untersuchungsinstrumente

Zur Beurteilung der psychopathologischen Symptomatik kamen zur Anwendung:

- Die SCL-90-R („Symptom Checklist-90-Revised“) von Derogatis (Derogatis 1977/ Deutsche Version Franke 2002) in diversen Übersetzungen
- Die B-L („Beschwerden-Liste“) nach D. von Zerssen und D.-M. Koeller (1976) ebenfalls in den jeweiligen Übersetzungen
- Die LSAD („Liste von Symptomen von Angst und Depression“) nach Endicott und Spitzer (1978), ein modifiziertes SADS-C Interview (Zander und Eich 1990, Krumme et al. 2009 in prep.), durchgeführt als Interview mit der Unterstützung von Dolmetschern.

Im Rahmen der Studie wurden Übersetzungen von Übersetzern bzw. doppelsprachigen Experten erstellt in Türkisch, Portugiesisch, Thailändisch. Diese Übersetzungen erwiesen sich als sehr praktikabel. Formale Validierungen wurden nicht vorgenommen.

Außerdem wurde durchgeführt:

- Ein Interview zur Erfassung weiterer medizinischer, biographischer und demographischer Daten
- Die Beurteilung der Sprachkompetenz (Skala von 0-4) vor und nach dem Kurs

Neben den psychiatrischen Untersuchungen wurde die Sprachkompetenz der Migrantinnen auf einer Skala von 0-4 erfasst. Am Anfang des Kurses wurden sie auf einer Skala von 0-4 eingeschätzt. Am Ende des Sprachkurses wurde ein Sprachtest durchgeführt. Es erschien sinnvoll, diesen Test erst nach Abschluss des Kurses durchzuführen, da er zu Beginn eine Überforderung dargestellt und die Patienten evtl. abgeschreckt und von der Kursteilnahme abgehalten hätte. Das Ergebnis des Sprachtest wurde dann auf die Skala von 0-4 übertragen.

4.4.1 SCL-90-R nach Derogatis

Die „Symptom-Chekliste-90-R“ (SCL-90-R) von Derogatis (1977) erfasst in Form eines Selbstbeurteilungsfragebogens die subjektive Beeinträchtigung durch somatische und psychische Symptome. Es werden 90 Items auf einer fünfstufigen Skala von 0 (=überhaupt nicht) bis 4 (=sehr stark) eingeschätzt. Zu neun Scores zusammengefasst, werden die Syndrome Somatisierung, Ängstlichkeit, phobische Angst, Unsicherheit im Sozialkontakt, Zwanghaftigkeit, Depressivität, Aggressivität/ Feindseligkeit, paranoides Denken und Psychotizismus diagnostiziert. Beispiel-Items: „Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Nervosität oder innerem Zittern“; „Wie sehr litten Sie unter Kreuzschmerzen?“

Der Test ist gut validiert. Die Fragebögen waren von qualifizierten Dolmetschern in die jeweilige Muttersprache übersetzt worden und wurden dann von den Patientinnen in der Praxis bearbeitet.

4.4.2 Beschwerden-Liste (B-L) nach v. Zerssen

Die Beschwerden-Liste (B-L) nach D. von Zerssen und D.-M. Koeller (1976) erfasst die momentane subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und allgemeine Beschwerden. Die Aussagen sollen typische Klagen der Klientel von Ärzten und Psychologen erfassen. Der Einsatz der Beschwerden-Liste erlaubt eine quantitative Abschätzung der erlebten Beeinträchtigungen im Sinne eines Screening-Verfahrens.

Hier werden 24 Items üblicherweise zu einem Gesamtwert zusammengefasst, hohe Werte deuten auf ausgeprägte subjektive Beeinträchtigungen hin. Beispiel-Item: Ich leide unter folgenden Beschwerden: „Schwächegefühl“ (vierstufige Rating-Skala: gar nicht, kaum, mäßig, stark). Die B-L war von qualifizierten Dolmetschern in die jeweilige Muttersprache der Migrantinnen übersetzt worden und wurde dann von ihnen in der Praxis bearbeitet.

4.4.3 LSAD (SADS-C, modifiziert)

Bei der LSAD („Liste von Symptomen von Angst und Depression“, Zander und Eich 1990) handelt es sich um ein modifiziertes SADS-C („Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Changed Version“) - Interview (Endicott und Spitzer 1978). Diese standardisierte Selbstbeurteilungsskala für Angst- und depressive Syndrome, die auch als Interview eingesetzt werden kann, erfasst die subjektive Beeinträchtigung durch somatische und psychische Symptome in den letzten sieben Tagen.

Es werden 68 Items erfasst und zu folgenden 9 Scores, entsprechend der Operationalisierungen des ICD-10 und DSM-IV zusammengefasst: Somatisierung, generalisierte Angst, hypochondrische Angst, Panik, Soziophobie, Agoraphobie, Zwang, Depression und Stress. Die Symptome des Stressfaktors gehen in mehrere diagnostische Kriterien ein. Beispiel-Items: „Ich neigte dazu aufzugeben. Meine Zukunft ist aussichtslos“; „Ich hatte verspannte Muskeln, ein Druckgefühl im Kopf, Kreuz- oder Gliederschmerzen“. Im Unterschied zu den anderen Skalen wird hier entsprechend der SADS-Operationalisierung sowohl nach der Häufigkeit der Beschwerden (vierstufige Rating-Skala von „nie“ bis „fast immer“), als auch nach dem Ausprägungsgrad der Beschwerden (dreistufige Rating-Skala von „mäßig bis sehr stark“) gefragt.

Der deutsche Fragebogen wird seit 1990 eingesetzt. Er wurde –wie das amerikanische Original– als Interview zur Grundlage der ärztlichen Untersuchung eingesetzt. Diese Interviews wurden mit Unterstützung von qualifizierten Dolmetschern in der jeweiligen Muttersprache der Patientinnen durchgeführt.

4.5 Randomisierung in eine Kurs- und eine Wartegruppe

Nicht alle 29 Migrantinnen, die anhand der o.g. Kriterien für die Teilnahme an der Studie ausgewählt worden waren, konnten am ersten Durchgang des Sprachkurses teilnehmen, da die Anzahl der zur Verfügung stehenden Plätze von vorneherein auf 15 Teilnehmerinnen begrenzt war. Die Frauen wurden also eine Woche nach der Eingangsuntersuchung nach dem Zufallsprinzip (mittels Losentscheid) in zwei Gruppen aufgeteilt. 15 Migrantinnen bildeten die Kursgruppe, 14 die Wartegruppe, wobei diese sich auf 13 reduzierte, da eine Patientin nicht zur Nachuntersuchung erschienen ist. (Die Patientinnen der Wartegruppe konnten fünf Monate später an einem entsprechenden Sprachkurs teilnehmen. 12 Frauen nahmen dieses Angebot an).

4.6 Intervention: Sprachkurs

Kurz nach der Eingangsuntersuchung begann für die 15 Patientinnen der Kursgruppe der fünfmonatige Sprachkurs. Er wurde von Frau Vysoká, Studentin der Sprachheilpädagogik, in Zusammenarbeit mit dem Institut für transkulturelle Germanistik der LMU-München erarbeitet und praktisch durchgeführt. Der Kurs erstreckte sich über 150 Tage. Es fanden zweimal wöchentlich je zweieinhalb Stunden Unterricht statt. Parallel zu dieser Dissertation und mit anderem Fokus hat Frau Vysoká ihre Diplomarbeit in Sprachheilpädagogik angefertigt.

Keine der Patientinnen -weder in der Kurs- noch in der Wartegruppe- erhielt in dieser Zeit psychotherapeutische, psychopharmakologische oder sonstige medizinische Behandlungen.

Die 13 Patientinnen der Wartegruppe bekamen die Zusage, fünf Monate später an einem entsprechenden Kurs teilnehmen zu können. 12 Patientinnen nahmen dieses Angebot wahr und absolvierten erfolgreich diesen ebenfalls von Frau Vysoká gehaltenen Kurs. Keine der Teilnehmerinnen hat den Sprachkurs vorzeitig abgebrochen.

Der Ablauf dieses Sprachkurses war neuartig konzipiert. Es handelte sich um einen speziellen, praxis- und gruppenorientierten Sprachkurs. Er enthielt gleichzeitig mit dem Erlernen der Sprache auch gewisse unspezifische psychologische und soziotherapeutische Elemente.

Es wurde Wert auf einen starken Gruppenzusammenhalt gelegt. Man ging z.B. zusammen zum Einkaufen, kochte gemeinsam und lernte dabei Vokabeln. Die Geburtstage der Kursteilnehmerinnen wurden gemeinsam gefeiert. Es fanden auch einige Unternehmungen statt, wie U-Bahnfahrten und Schwimmen gehen, was die z.T. zurückgezogen lebenden Patientinnen ermutigte, am öffentlichen Leben in Deutschland teilzunehmen. Der Unterricht war praxisorientiert, in der Erwartung, dass konkrete Erfahrung das Wissen besser verankert.

Der Sprachkurs wurde in einer Form angeboten, in der Anliegen der Teilnehmer angesprochen werden konnten. Ziel war, die Verbesserung ihrer Deutschkenntnisse zu kombinieren mit der Verbalisierung von persönlichen Problemen, um auch hier eine erhöhte sprachliche Kompetenz in diesem wichtigen Bereich zu schulen. Interessen und Anliegen einzelner Teilnehmer sollten aufgegriffen werden, Diskussionen angeregt und daran Vokabel- und Grammatiklernen entwickelt werden. Ziel war, eine Lernsituation zu schaffen, in der auch Probleme zur Sprache gebracht werden können und damit konventionelle Sprachübungen zu verbinden.

Ziel war auch, die Migrantinnen nicht zu überfordern, wie es in konventionellen Sprachkursen relativ häufig geschieht. Es wurde von einer sehr niedrigen Einstiegsschwelle, was die zugrunde gelegten Sprachkenntnisse betrifft, ausgegangen. Auch auf den z.T. extrem niedrigen Bildungsstand der Teilnehmer wurde Rücksicht genommen. So wurde z.B. Schreibtraining für Analphabeten durchgeführt.

Einzelheiten siehe M. Vysoká 2003/ 2007.

4.7 Auswertung

Die statistische Analyse der randomisierten offenen Vergleichsstudie erfolgte mittels SPSS.

Deskriptive Statistik:

Mittelwerte \pm SD vor (Tag 0) und nach (Tag 150) Kurs bzw. Wartezeit

Alle Werte incl. Alter, Jahre in Deutschland, deutsche Sprachkompetenz (0-4), SCL-90 Scores, v. Zerssen Score, LSAD Scores

Konfirmatorische Statistik:

Tabelle	Vergleichsdaten	Testmethode	Signifikanzniveau
1	Kursgruppe Tag 0 ./. Wartegruppe Tag 0 B-L / SCL90	Mann-Whitney-Test; nonparametrisch	* = p<0,05 ** = p<0,01 *** = p<0,001
2	Kursgruppe Tag 0 ./. Wartegruppe Tag 0 LSAD	Mann-Whitney-Test; nonparametrisch	
3	Korrelationen: Gesamte Stichprobe am Tag 0		
4	Kursgruppe Tag 0 ./. Kursgruppe Tag 150 B-L / SCL90	Wilcoxon-Test gepaart; nonparametrisch	
5	Kursgruppe Tag 0 ./. Kursgruppe Tag 150 LSAD	Wilcoxon-Test gepaart; nonparametrisch	
6	Wartegruppe Tag 0 ./. Wartegruppe Tag 150 B-L / SCL90	Wilcoxon-Test gepaart; nonparametrisch	
7	Wartegruppe Tag 0 ./. Wartegruppe Tag 150 LSAD	Wilcoxon-Test gepaart; nonparametrisch	
8	Kursgruppe Delta-Werte (=Tag 150 – Tag 0) ./. Wartegruppe Delta-Werte B-L / SCL90 / LSAD	Mann-Whitney-Test; nonparametrisch	
9	Kursgruppe Delta-Werte (=Tag 150 – Tag 0) ./. Wartegruppe Delta-Werte SCL90 / LSAD	Mann-Whitney-Test; nonparametrisch	
10	Korrelationen: Delta-Werte in d. Kursgruppe SCL-90 / LSAD		
11	Korrelationen: Delta-Werte in d. Kursgruppe ./. Somatisierung Tag 0 SCL-90 / B-L		

5 Ergebnisse

5.1 Beschreibung der Gesamtstichprobe

5.1.1 Herkunft, Familienstand, Berufstätigkeit

Die 28 Probandinnen setzten sich zusammen aus 23 Türkinnen, 4 Brasilianerinnen und einer Thailänderin. Sie waren durchschnittlich 37 Jahre alt und vor 13 Jahren (also 24-jährig) nach Deutschland immigriert.

Von den 23 Türkinnen waren 21 verheiratet und lebten mit ihren türkischen Ehemännern in München. Die anderen beiden lebten alleine, eine war ledig, eine verwitwet. Im Schnitt hatte jede Türkin drei Kinder. Die verheirateten Frauen waren alle Hausfrauen und hatten fast alle kein eigenes Einkommen. Sechs der 23 Türkinnen gingen einer beruflichen Tätigkeit nach. Drei arbeiteten als Zugehfrauen, eine als Fabrikangestellte, eine als Zimmermädchen und eine, die einzige mit einer Berufsausbildung, als Buchhalterin. Von den vier Brasilianerinnen lebte eine zusammen mit dem brasilianischen Ehemann, die anderen drei lebten alleine. Eine war ledig, eine geschieden, eine verwitwet. Die Brasilianerinnen hatten im Schnitt zwei Kinder. Eine der Frauen arbeitete als Schneiderin, eine als Zimmermädchen, eine als Zugehfrau. Eine Berufsausbildung hatte keine der vier Brasilianerinnen. Die Thailänderin lebte im Frauenhaus. Sie hatte zwei Kinder und arbeitete als Schneiderin.

Gesamtstichprobe (N= 28)

Herkunft: (Anzahl)	Türkei (23) Brasilien (4) Thailand (1)
-----------------------	--

Alter:	36,8 ± 11
--------	--------------

Migrationsalter:	23,7 ± 8
------------------	-------------

Jahre in Deutschland:	13,0 ± 9
--------------------------	-------------

Deutschkenntnisse: [Skala v. 0-4]	1,2 ± 0.4
--------------------------------------	--------------

5.1.2 Diagnosenverteilung

Diagnostiziert wurde bei allen Studienteilnehmerinnen, also

- 28-mal eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)

zusätzlich:

- 8-mal eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- 11-mal eine akute Belastungsreaktion (ICD-10 F43.0)
- 2-mal eine anhaltende Belastungsstörung mit Angst und Depression (ICD-10 F43.22)
- 1-mal eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

5.1.3 Sprachkompetenz

Die Sprachkompetenz der Migrantinnen wurde auf einer Skala von 0-4 erfasst. Die Sprachkenntnisse der für geeignet befundenen Probandinnen waren sehr gering. Sie wurden bei Kursbeginn geschätzt und betragen durchschnittlich 1,1, was einem Sprachschatz von höchstens fünfzig deutschen Wörtern entspricht. Mit einem so geringen Vokabular ist kein differenziertes Verstehen möglich. Am Ende des Kurses wurde ein Sprachtest durchgeführt und das Ergebnis auf die Skala von 0-4 übertragen. Es ergab sich hier im Schnitt eine Sprachkompetenz von 2,1, was deutlich verbesserten Sprachkenntnissen entspricht.

5.2 Beschreibung der Kurs- und der Wartegruppe

Die Kursgruppe setzte sich zusammen aus 12 Türkinnen, 2 Brasilianerinnen und einer Thailänderin. Die Patientinnen waren im Schnitt 33 Jahre alt, und lebten seit 11 Jahren in Deutschland, ihre Deutschkenntnisse lagen auf einer Skala von 0-4 bei 1,1.

Die Wartegruppe bildeten 13 Patientinnen, davon waren 11 Türkinnen und 2 Brasilianerinnen. Die Patientinnen waren hier im Schnitt 41 Jahre alt, lebten seit 15 Jahren in Deutschland, die Deutschkenntnisse lagen bei 1,3.

	<u>Kursgruppe</u>	<u>Wartegruppe</u>	<u>Gesamtgruppe</u>
	N = 15	N = 13	N = 28
Herkunft: (Anzahl)	Türkei (12) Brasilien (2) Thailand (1)	Türkei (11) Brasilien (2)	Türkei (23) Brasilien (4) Thailand (1)
Alter:	33,3 + 9	40,8 + 12	36,8 + 11
Migrationsalter:	22,1 + 7	25,5 + 9	23,7 + 8
Jahre in Dt.:	11,2 + 7	15,2 + 12	13,0 + 9
Deutschkenntnisse: [Skala v. 0-4]	1,1 ± 0,2	1,3 ± 0,6	1,2 ± 0,4

5.3. Ergebnisse der Eingangsuntersuchung:

Die Ergebnisse der Eingangsuntersuchung werden in Tabelle 1 und Tabelle 2 dargestellt. Der Unterschied zwischen Kurs- und Wartegruppe war bei der Eingangsuntersuchung in der SCL-90 auf keiner Ebene signifikant, außer auf der Subskala Psychotizismus. Hier variiert die Ausprägung aber im niedrigen Bereich (15-29% vom Maximum). Auch in der Beschwerdenliste bestand kein signifikanter Unterschied zwischen Kurs- und Wartegruppe. In der LSAD (SADS-C, modif.) bestand kein Unterschied zwischen Kurs- und Kontrollgruppe auf den Subskalen für Somatisierung, Stress, generalisierte Angst, hypochondrische Angst und Soziphobie. Auf den Skalen Agoraphobie (1 bis 7%, $p < 0,02$), Zwang (0,4-5%, $p < 0,02$), Panik (0,4 bis 8%, $p = 0,001$) und Depression (8,4 bis 20%, $p < 0,02$) ergaben sich Zufallssignifikanzen bei sehr geringer Symptomausprägung.

Die Interkorrelationsmatrix der drei Skalen (siehe Tabelle 3) ergab statistisch signifikante Korrelationen ($p < 0,001$) aller Somatisierungssubskalen untereinander, also Somatisierung SCL-90 versus Somatisierung LSAD, Somatisierung SCL-90 versus Beschwerdenliste und Somatisierung LSAD versus Beschwerdenliste. Alle anderen Subskalen zeigten relativ wenig signifikante Korrelationen. Am ehesten noch Intraskalenoperationen, wenig Korrelationen der Subskalen aus verschiedenen Skalen. Am ehesten korrelierte noch die Beschwerdenliste mit den meisten Subskalen der SCL-90.

Tabelle 1

Deskriptive Psychometrie

% Maximum am Tag 0

(Symptomausprägung am Tag der Eingangsuntersuchung in % vom Maximum)

	Kursgruppe N=15	Wartegruppe N=13	alle N=28
<u>Beschwerden-Liste</u> v.Z.	29,6 ± 12	26,5 ± 11	28,1 ± 16
<u>SCL-90</u>			
1. Somatisierung	43,0 ± 21	43,7 ± 22	43,3 ± 19
2. Zwanghaftigkeit	50,4 ± 22	36,5 ± 21	43,9 ± 23
3. Ängstlichkeit	37,0 ± 24	28,1 ± 15	32,9 ± 20
4. Depressivität	35,2 ± 23	26,7 ± 19	31,3 ± 20
5. Aggressivität	34,1 ± 19	25,2 ± 21	30,0 ± 20
6. Unsicherheit im Sozialkontakt	32,3 ± 23	24,2 ± 15	28,5 ± 20
7. Paranoides Denken	34,3 ± 24	21,9 ± 21	28,5 ± 23
8. Psychotizismus	29,5 ± 22	15,2* ± 15	22,9 ± 20
9. Phobische Angst	26,1 ± 25	16,3 ± 11	21,6 ± 20

* = $p < 0,05$ / ** = $p < 0,01$ / *** = $p < 0,001$ (Mann-Whitney)

Tabelle 2

% Maximum am Tag 0

(Symptomausprägung am Tag der Eingangsuntersuchung in % vom Maximum)

LSAD

SADS-C Interview modif.

	Kursgruppe N=15	Wartegruppe N=13	alle N=28
1. Stress	25,5 ± 12	31,7 ± 15	28,4 ± 13
2. Generalisierte Angst	18,2 ± 17	23,1 ± 17	20,5 ± 17
3. Somatisierung	16,4 ± 6	22,3 ± 17	19,1 ± 12
4. Depression	8,4 ± 6	20,3* ± 13	13,9 ± 11
5. Soziophobie	9,3 ± 17	13,9 ± 24	11,4 ± 20
6. Hypochondrische Angst	2,7 ± 10	21,5 ± 34	11,4 ± 26
7. Agoraphobie	1,1 ± 3	7,4* ± 9	4,0 ± 7
8. Panik	0,4 ± 1	7,9*** ± 9	3,9 ± 7
9. Zwang	0,4 ± 2	5,1* ± 8	2,6 ± 6

* = p< 0,05 / ** = p< 0,01 / *** = p< 0,001 (Mann-Whitney)

Tabelle 3:

Korrelationen: Gesamte Stichprobe am Tag 0 in den drei Skalen SCL-90/ LSAD / B-L:

SCL-90 vs. LSAD:

SCL-90 >	SOMAT	ANGST	PHOBIE	SOZPHO	ZWANG	DEPRESS	AGGRESS	PARAN	PSYCHOT
SOMAT	0.6								
STRESS									
HYPOCH									
GAS									
SOZPHO						0.7			
AGOPHO									
PANIK									
ZWANG									
DEPRESS									
LSAD ^									

LSAD vs. LSAD:

SOMAT		0.6							
STRESS	0.6								
HYPOCH									
GAS		0.6							
SOZPHO									
AGOPHO	0.6				0.6				
PANIK	0.6					0.7			
ZWANG			0.7		0.7	0.6			
DEPRESS		0.6	0.6	0.6				0.7	
LSAD ^ >	SOMAT	STRESS	HYPOCH	GAS	SOZPHO	AGOPHO	PANIK	ZWANG	DEPRESS

B-L vs. SCL-90:

B-L >	0.8	0.6		0.6	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7
SCL-90 >	SOMAT	ANGST	PHOBIE	SOZPHO	ZWANG	DEPRESS	AGGRESS	PARAN	PSYCHOT

B-L vs. LSAD:

B-L >	0.5								
LSAD >	SOMAT	STRESS	HYPOCH	GAS	SOZPHO	AGOPHO	PANIK	ZWANG	DEPRESS

alle $p < 0.001$

5.4. Untersuchungsergebnisse nach dem Kurs bzw. der Wartezeit

5.4.1 Befindlichkeitsänderungen in der Kursgruppe:

In der Sprachkursgruppe war auf fast allen Skalen und Subskalen mit wenigen Ausnahmen im Vorher-Nachher-Vergleich ein deutlicher Symptomrückgang zu verzeichnen, sowohl auf der Somatisierungsebene als auch auf der Ebene anderer psychischer emotionsbezogener Symptome. Die Veränderungen in den einzelnen Rating-Skalen (Beschwerden-Liste, SCL-90 und LSAD) sind in Tabelle 4 und Tabelle 5 aufgeführt.

Der Faktor Somatisierung am Tag 0 erschien am ausgeprägtesten, 43% vom Maximum, in der SCL-90, erschien aber auch in den anderen klinischen Skalen relativ hoch präsentiert und auch in der Beschwerden-Liste erschienen die Somatisierungen mit 29% vom Maximum noch im Bereich der klinischen Evidenz. In der LSAD (SADS-C, modif.) erschienen die Ausprägungen von Somatisierung mit 16% vom Maximum etwas geringer. Die Somatisierung trat hier erst hinter dem Faktor Stress mit 25% (Symptome, die in mehreren nosologischen Kriterien auftauchen) und hinter dem Faktor generalisierte Angst mit 18% in Erscheinung. Die sehr DSM-III/ICD-10 orientierte LSAD (SADS-C, modif.) diskriminierte aber deutlicher von anderen diagnostischen Konzepten.

Die Befindlichkeitsänderung in der Kursgruppe wurde mittels Wilcoxon- und T-Test (bzw. gepaarter T-Test) errechnet. In der Beschwerden-Liste war der Symptomrückgang um 42,2 % nach Besuch des Kurses hochsignifikant. In der SCL-90 war der Symptomrückgang im Bereich Somatisierung um 52,1% im Vorher-Nachher-Vergleich ebenfalls hochsignifikant ($p=0,001$). Auch in den anderen, den emotionalen Bereichen wurden auf der SCL-90 signifikante Reduktionen zwischen 47 und 69% beobachtet ($p<0,03$, $p=0,001$). In der LSAD haben sich die Syndrome der Somatisierung (-45,1%, $p=0,08$) generalisierte Angst (-68,1%, $p=0,006$) und Stress (-37,3%, $p=0,013$) hochsignifikant verbessert. Auch im Faktor Depression kam es noch zu einer Reduktion um 22%. Diese war aber nicht signifikant.

Tabelle 4:

Psychometrie

Kursgruppe Tag 0 vs. Tag 150

	Tag 0	Tag 150	Reduktion (in%)
<u>Beschwerden-Liste</u> v.Z.	29,6 ± 12	17,2 *** ± 8	- 42,2%
<u>SCL-90</u>			
1. Somatisierung	43,0 ± 21	20,6 *** ± 12	- 52,1%
2. Zwanghaftigkeit	50,4 ± 22	25,4 *** ± 13	- 49,6%
3. Ängstlichkeit	37,0 ± 24	17,1 *** ± 12	- 53,8%
4. Depressivität	35,2 ± 23	17,0 ** ± 11	- 51,7%
5. Aggressivität	34,1 ± 19	13,8 *** ± 9	- 69,2%
6. Unsicherheit im Sozialkontakt	32,3 ± 23	17,1 * ± 9	- 47,0%
7. Paranoides Denken	34,3 ± 24	12,9 ** ± 8	- 62,4%
8. Psychotizismus	29,5 ± 22	13,0 ** ± 9	- 55,9%
9. Phobische Angst	26,1 ± 25	8,8 ** ± 8	- 66,3%

* = p< 0,05 / ** = p< 0,01 / *** = p< 0,001 (Wilcoxon)

Tabelle 5:**Kursgruppe Tag 0 vs. Tag 150****LSAD**

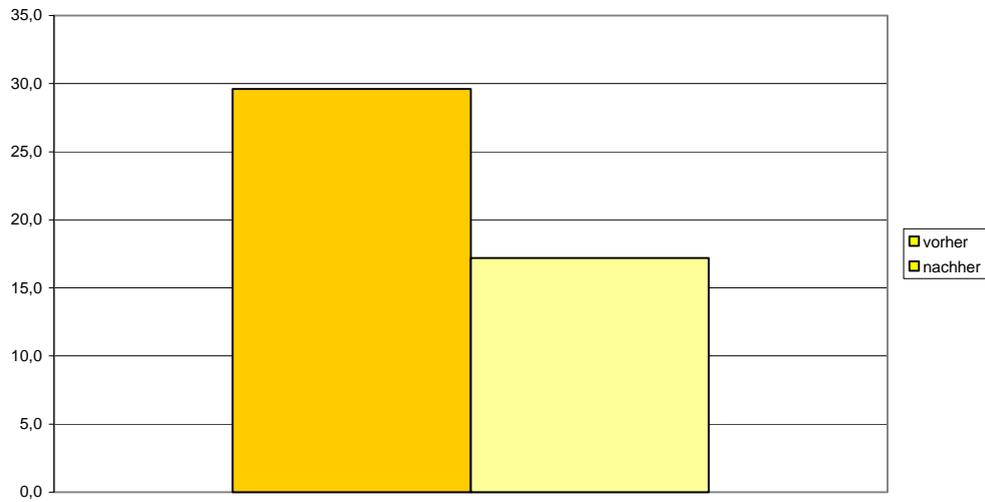
SADS-C Interview modif.

	Tag 0	Tag 150	Reduktion (in%)
1. Stress	25,5 ± 12	16,0** ± 13	- 37,3%
2. Generalisierte Angst	18,2 ± 17	5,8** ± 7	- 68,1%
3. Somatisierung	16,4 ± 6	9,0** ± 8	- 45,1%
4. Depression	8,4 ± 6	6,5 ± 5	- 22,4%
5. Soziophobie	9,3 ± 17	14,7 ± 32	
6. Hypochondrische Angst	2,7 ± 10	4,0 ± 11	
7. Agoraphobie	1,1 ± 3	1,4 ± 3	
8. Panik	0,4 ± 1	0,3 ± 1	
9. Zwang	0,4 ± 2	3,7* ± 5	

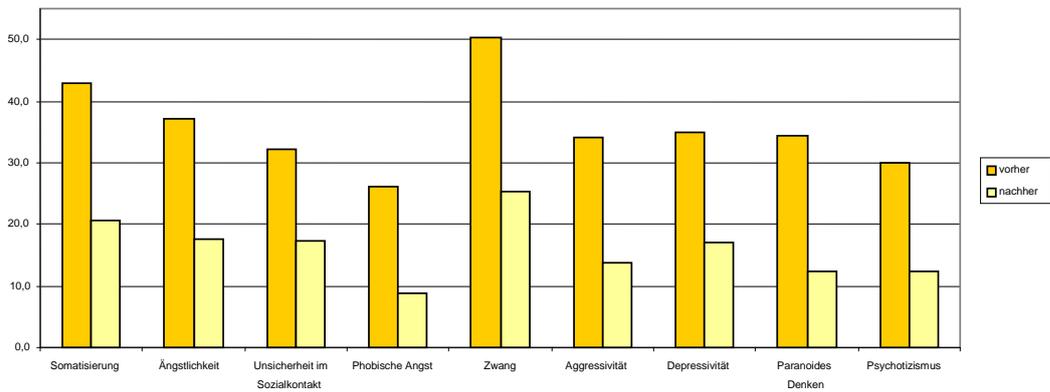
* = p< 0,05 / ** = p< 0,01 / *** = p< 0,001 (Wilcoxon)

Abb. 1 Kursgruppe Prä –Post Vergleich

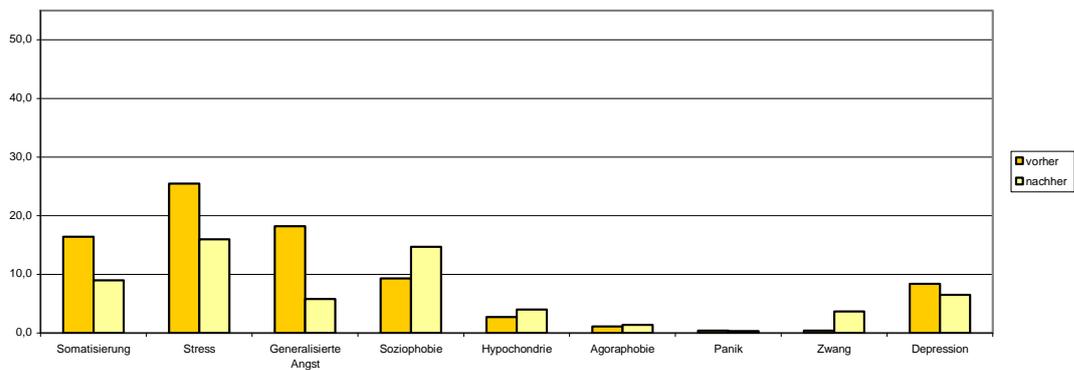
Beschwerden-Liste (B-L) Symptomausprägungen 0-100



SCL-90 Symptomausprägungen 0-100



LSAD Symptomausprägungen 0-100



5.4.2 Befindlichkeitsänderungen in der Wartegruppe:

Bei der Wartegruppe fällt z.T. eine Zunahme der Störung von Tag 0 bis Tag 150 auf. Die Veränderung in den einzelnen Ratingskalen der Beschwerden-Listen, SCL-90 und LSAD (SADS-C, modif.) sind in Tabelle 6 und 7, sowie in Abbildung 2 aufgeführt. Vorher-Nachher-Vergleiche wurden mittels Wilcoxon oder gepaarten T -Test errechnet. In der Beschwerden-Liste kam es zu einer nicht signifikanten Symptomverschlechterung nach der Wartezeit. Auf der SCL-90 zeigte sich auf der Subskala Somatisierung ein leichter, nicht signifikanter Rückgang der Symptomatik. Alle anderen Subskalen zeigten einen nicht signifikanten Trend zur Verschlechterung. In der LSAD (SADS-C, modif.) kam es nach der Wartezeit in der Kontrollgruppe zu einer Verschlechterung im Bereich der Konstrukte Somatisierung ($p < 0,04$) und allgemeiner Stress ($p < 0,02$). Nicht signifikante Verschlechterungen gab es auch auf den Bereichen generalisierte Angst und Depression. Auch die anderen Subskalen zeigten Trends zur Verschlechterung.

Tabelle 6:

Psychometrie
Wartegruppe Tag 0 vs. Tag 150

	Tag 0	Tag 150
<u>Beschwerden-Liste</u> v.Z.	26,5 ± 11	32,8 ± 17
<u>SCL90</u>		
1. Somatisierung	43,7 ± 22	42,2 ± 27
2. Ängstlichkeit	28,1 ± 15	32,3 ± 24
3. Unsicherheit im Sozialkontakt	24,2 ± 15	29,0 ± 26
4. Phobische Angst	16,3 ± 11	25,2 ± 25
5. Zwang	36,5 ± 21	39,8 ± 20
6. Aggressivität	25,2 ± 21	35,6 ± 25
7. Depressivität	26,7 ± 19	35,0 ± 23
8. Paranoides Denken	21,9 ± 21	30,2 + 22
9. Psychotizismus	15,2 ± 15	22,3 ± 19

* = p< 0,05 / ** = p< 0,01 / *** = p< 0,001 (Wilcoxon)

Tabelle 7:

Psychometrie

Wartegruppe Tag 0 vs. Tag 150

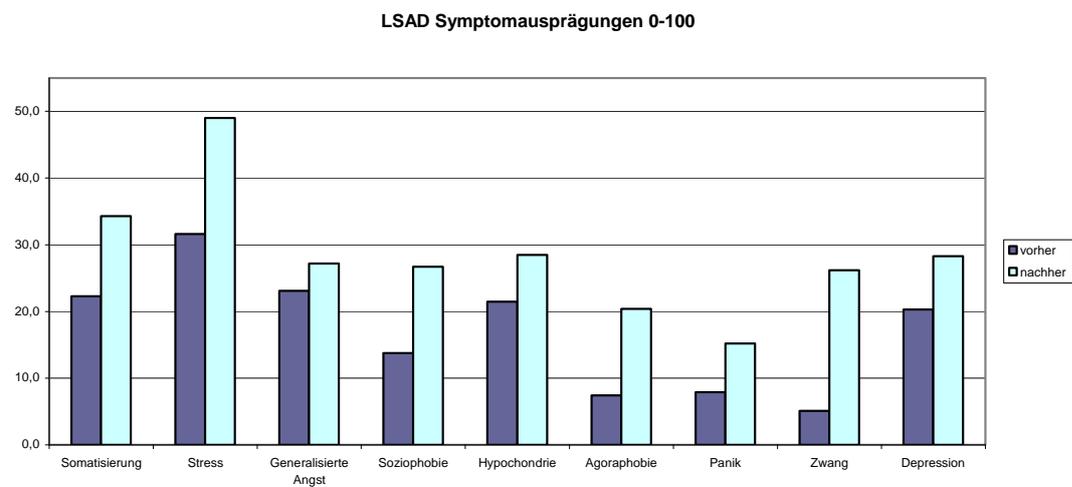
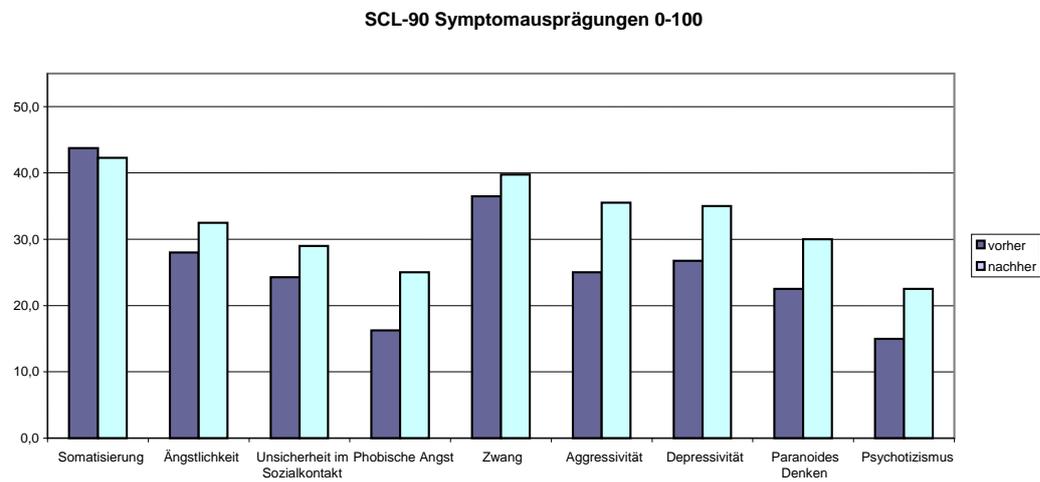
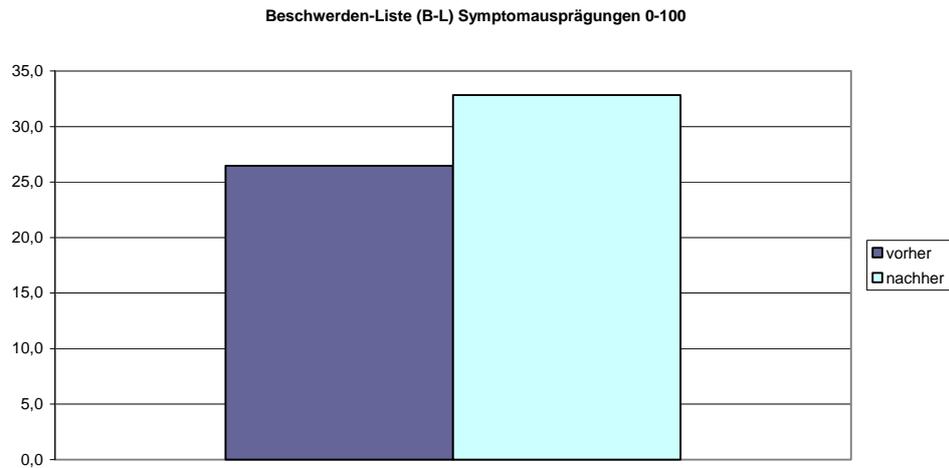
LSAD

SADS-C Interview modif.

	Tag 0	Tag 150
1. Stress	31,7 ± 15	49,0 * ± 26
2. Generalisierte Angst	23,1 ± 17	27,2 ± 26
3. Somatisierung	22,3 ± 17	34,3 * ± 26
4. Depression	20,3 ± 13	28,3 ± 22
5. Soziophobie	13,8 ± 24	26,7 ± 36
6. Hypochondrische Angst	21,5 ± 34	28,5 ± 44
7. Agoraphobie	7,4 ± 9	20,4 * ± 23
8. Panik	7,9 ± 9	15,2 * ± 21
9. Zwang	5,1 ± 8	26,2 ± 33

* = p< 0,05 / ** = p< 0,01 / *** = p< 0,001 (Wilcoxon)

Abb. 2 Wartegruppe Prä –Post Vergleich



5.4.3 Somatisierung: Vergleich der Delta-Werte (Kurs- vs. Wartegruppe)

Beim Vergleich der Delta-Werte Kursgruppe versus Wartegruppe wurde bei der Somatisierung (siehe Tabelle 8 und Abbildung 3) ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den Gruppen deutlich.

Der Gruppenunterschied auf der Beschwerden-Liste war hochsignifikant (mit $p=0,001$). Auf der SCL-90 war der Gruppenunterschied für den Faktor Somatisierung ebenfalls hochsignifikant (mit $p=0,007$). Auch auf der LSAD (SADS-C, modif.) ergab sich hier ein hochsignifikanter Gruppenunterschied für die Delta-Werte auf dem Syndrom Somatisierung ($p=0,001$).

Tabelle 8:

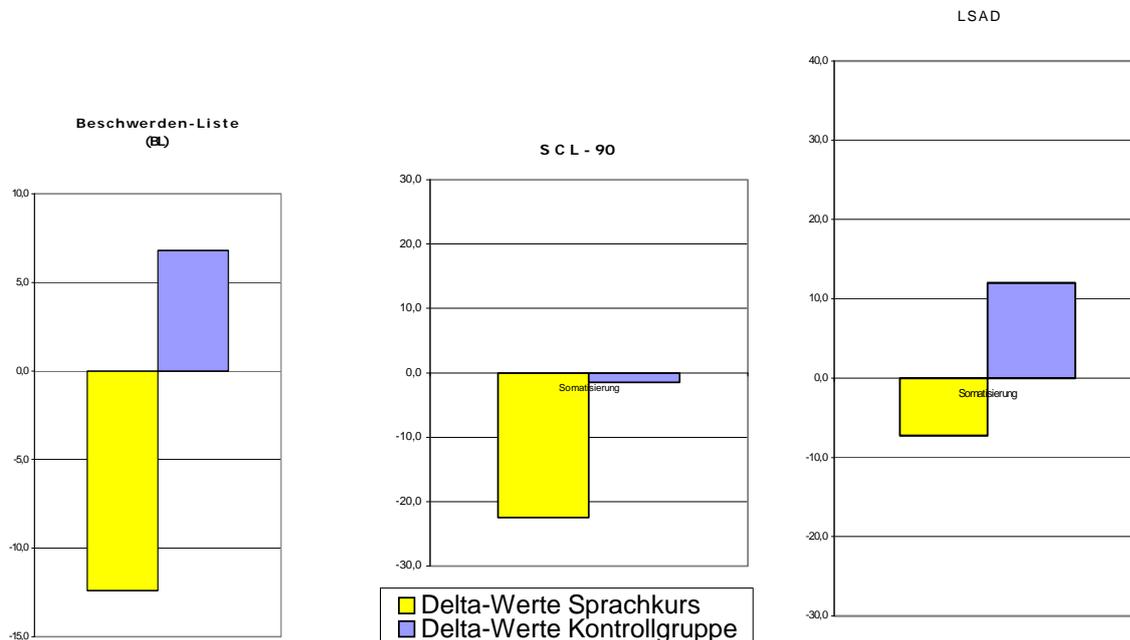
Psychometrie

Somatisierung:

Vergleich der Veränderung (Delta-Werte % max.) in Kursgruppe vs. Wartegruppe

	Delta-Werte Kursgruppe	Delta-Werte Wartegruppe
<u>Beschwerden-Liste</u> v.Z.	-12,4*** ± 8	6,8 ± 12
<u>SCL90</u>		
Somatisierung	-22,4** ± 18	-1,4 ± 16
<u>LSAD</u> SADS-C Interview, modifl		
Somatisierung	-7,3*** ± 8	12,0 ± 18

Abb. 3 Somatisierung: Delta-Werte Kursgruppe versus Delta-Werte Wartegruppe



5.4.4 Affektive Symptomatik: Vergleich der Delta-Werte (Kurs- vs. Wartegruppe)

Beim Vergleich der Delta-Werte von Kursgruppe und Wartegruppe für die weiteren Subskalen der SCL-90 und LSAD (SADS-C, modif.), der affektiven Psychopathologie, ergaben sich signifikante Gruppenunterschiede auf der Subskala Ängstlichkeit (SCL-90) und generalisierte Angst (LSAD), sowie auf dem allgemeinen Stressfaktor auf der LSAD, der Faktor Depressivität war nur auf der SCL-90 signifikant für den unterschiedlichen Verlauf in beiden Gruppen (Tabelle 9 und Abbildung 4). Andere Gruppenunterschiede erschienen im Hinblick auf die sehr niedrigen Ausgangswerte in der offenbar besser diskriminierenden LSAD klinisch nicht relevant. Auffällig war noch der Gruppeneffekt für Zwanghaftigkeit und Aggressivität auf der SCL-90. Auffällig war auch, dass die geringsten Effekte in den Parametern Unsicherheit im Sozialkontakt, bzw. Soziophobie festgestellt wurden.

Tabelle 9:

Psychometrie

Affektive Psychopathologie: Subskalen SCL-90 und LSAD
Delta-Werte Kursgruppe vs. Delta-Werte Wartegruppe

	Delta-Werte Kursgruppe	Delta-Werte Wartegruppe
<u>SCL-90</u>		
1. Zwanghaftigkeit	-25** ± 16	3,3 ± 22
2. Ängstlichkeit	-19,8** ± 17	4,2 ± 19
3. Depressivität	-18,2*** ± 17	8,3 ± 18
4. Aggressivität	-20,4*** ± 15	10,4 ± 23
5. Unsicherheit im Sozialkontakt	-15,2* ± 22	4,8 ± 21
6. Paranoides Denken	-21,4** ± 24	8,3 ± 21
7. Psychotizismus	-16,4** ± 19	7,1 ± 21
8. Phobische Angst	-17,3*** ± 22	8,8 ± 19

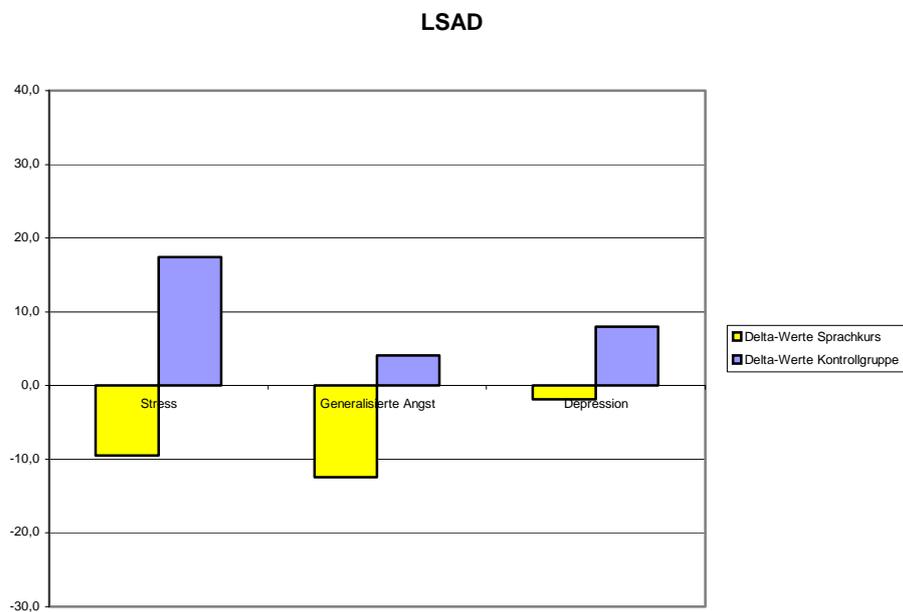
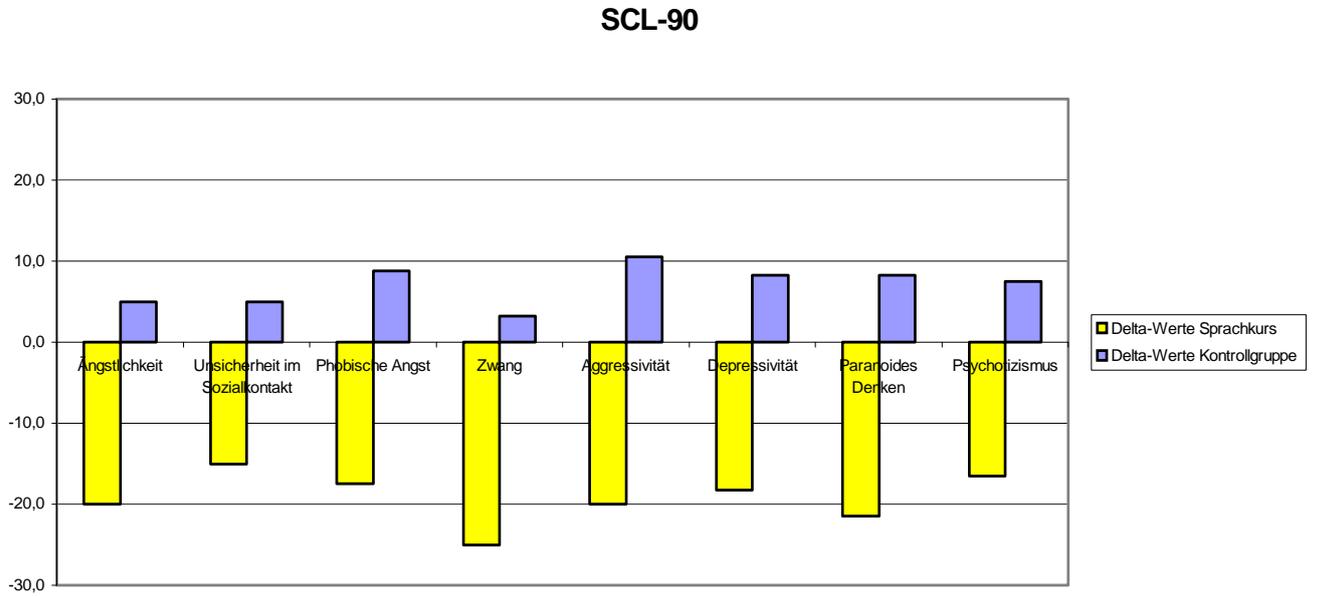
LSAD

SADS-C Interview, modif.

1. Stress	-9,5*** ± 14	17,4 ± 20
2. Generalisierte Angst	-12,4* ± 18	4,1 ± 19
3. Depression	-1,9 ± 7	8,0 ± 20

* = p< 0,05 / ** = p< 0,01 / *** = p< 0,001 (Mann-Whitney)

Abb. 4 Affektive Psychopathologie Delta-Werte Kursgruppe versus Delta-Werte Wartegruppe
 Subskalen SCL-90 und LSAD



5.4.5. Weitere Untersuchungsergebnisse in der Kursgruppe

5.4.5.1 Korrelationen der Delta-Werte der Subskalen von SCL-90 und LSAD

Die Ergebnisse der Korrelationen der Delta-Werte in der Kursgruppe von SCL-90 und LSAD untereinander sind in Tabelle 10 dargestellt.

Die Interkorrelationsmatrix der beiden Skalen SCL-90 und LSAD (SADS-C, modif.) ergab auf der Signifikanzebene $p < 0,001$ keinerlei statistisch signifikante Korrelationen aller Subskalen dieser beider Skalen. Keinerlei signifikante Korrelationen ergaben sich auch innerhalb der Subskalen der LSAD. Intraskalenkooperationen ergaben sich innerhalb der Subskalen der SCL-90 (siehe Tabelle 10).

Innerhalb der SCL-90 korrelierten auf der Signifikanzebene $p < 0,001$ die Delta-Werte der Somatisierung mit den Delta-Werten der Ängstlichkeit mit 0,9 und mit den Delta-Werten des paranoiden Denkens mit 0,8. Die Delta-Werte der Ängstlichkeit korrelierten mit den Delta-Werten der phobischen Angst mit 0,9, mit den Delta-Werten der Depressivität mit 0,8 und mit den Delta-Werten des paranoiden Denkens mit 0,9. Signifikante Korrelationen bestehen auch zwischen den Delta-Werten der Phobie und der sozialen Phobie, der Depressivität, des paranoiden Denkens und des Psychotizismus (jeweils mit 0,8). Die Delta-Werte der sozialen Phobie korrelierten mit denen der Depressivität ebenfalls mit 0,8, die Delta-Werte der Depressivität mit denen des paranoiden Denkens mit 0,9 und mit denen der Aggressivität mit 0,8. Die Delta-Werte der Aggressivität korrelierten mit den Delta-Werten des paranoiden Denkens mit 0,9, die Delta-Werte des paranoiden Denkens mit denen des Psychotizismus mit 0,8.

Tabelle 10

Korrelationen: Delta-Werte in der Kursgruppe

SOMAT									
ANGST	0,9								
PHOBIE		0,9							
SOZPHO			0,8						
ZWANG									
DEPRESS		0,8	0,8	0,8					
AGGRESS						0,8			
PARAN	0,8	0,9	0,8			0,9	0,9		
PSYCHOT			0,8					0,8	
SCL-90 ^ >	SOMAT	ANGST	PHOBIE	SOZPHO	ZWANG	DEPRESS	AGGRESS	PARAN	PSYCHOT

alle $p < 0.001$

Ebenfalls positive Korrelationen bestanden zwischen den Delta-Werten der Beschwerden-Liste und den Delta-Werten der Somatisierung mit 0,9 und zwischen den Delta-Werten der Beschwerden-Liste und den Delta-Werten der Ängstlichkeit mit 0,9 (jeweils auf der SCL-90).

5.4.5.2 Korrelationen: Delta-Werte der Psychopathologie vs. Somatisierung Tag 0

Es bestanden folgende weitere Korrelationen zwischen Delta-Werten in der Kursgruppe und einigen Ergebnissen am Tag der Eingangsuntersuchung (siehe Tabelle 11):

Es ergab sich eine negative Korrelation (Signifikanzniveau $p < 0,001$) zwischen den Delta-Werten der Somatisierung (SCL-90) und der Ausprägung der Somatisierung (SCL-90) am Tag der Eingangsuntersuchung (mit -0,8) und ebenfalls eine negative Korrelation zwischen den Delta-Werten der Beschwerden-Liste und der Somatisierung (SCL-90) am Tag der Eingangsuntersuchung (mit -0,7).

Negativ korrelierten ebenso die Beschwerden-Liste am Tag der Eingangsuntersuchung mit den Delta-Werten der Somatisierung auf der SCL-90 (mit -0,6), mit den Delta-Werten der Ängstlichkeit auf der SCL-90 (mit -0,6), den Delta-Werten des paranoiden Denkens (ebenfalls mit -0,6) und mit den Delta-Werten der Beschwerden-Liste (mit -0,7).

Tabelle 11:

Korrelationen: Delta-Werte der Kursgruppe vs. Somatisierung Tag 0 und vs. B-L Tag 0

	Delta SOM SCL-90	Delta ANGST SCL-90	Delta PARAN SCL-90	Delta B-L
B-L am Tag 0	-0,6	-0,6	-0,6	-0,7
SOM am Tag 0 SCL-90	-0,8			-0,7

alle $p < 0.001$

Korrelationen: Kursgruppe: Delta-Werte (SCL-90) vs. Somatisierung Tag 0 (SCL-90) und vs. B-L Tag 0

5.4.5.3 Vergleich der Deutschkenntnisse vor und nach dem Kurs

Es ergab sich eine deutliche Verbesserung der Deutschkenntnisse nach Besuch des Kurses. Die Ergebnisse sind in Tabelle 12 dargestellt. Die Sprachkenntnisse der für geeignet befundenen Probandinnen waren sehr gering. Vor Kursbeginn war die Sprachkompetenz auf einer Skala von 0-4 im Schnitt auf 1,1 geschätzt worden, was einem Sprachschatz von höchstens fünfzig deutschen Wörtern entspricht. Am Ende des Kurses ergab sich eine durchschnittliche Sprachkompetenz von 2,1, was deutlich verbesserten Sprachkenntnissen entspricht.

Tabelle 12:

Vergleich der Deutschkenntnisse vor und nach dem Kurs

Nationalität	Alter	Jahre in Deutschland	Deutschkenntnisse vor d. Kurs (Skala von 0-4)	Deutschkenntnisse nach d. Kurs (Skala von 0-4)	Punkte im Sprachtest nach d. Kurs
Brasilien	27	8	2	3	53
Thailand	47	15	1	3	58
Türkei	40	22	1	1	35
Türkei	33	8	1	2	46
Türkei	23	8	2	3	55
Türkei	31	10	1	2	45
Brasilien	45	2	1	2	46
Türkei	42	18	1	2	42
Türkei	37	16	1	1	29
Türkei	25	6	1	2	45
Türkei	21	2	1	2	44
Türkei	25	8	1	3	56
Türkei	27	7	1	1	39
Türkei	46	23	1	2	45
Türkei	31	15	1	2	44
Mittelwert	33,2	11,2	1,1	2,1	45,5

5.4.5.4 Korrelationen: Delta-Werte Psychopathologie vs. Sprachkenntnisse und vs. demographische Daten

Positive Korrelationen (Signifikanzniveau $p < 0.001$) bestanden zwischen den Deutschkenntnissen zu Anfang des Kurses und den Delta-Werten der Somatisierung (mit 0,9), den Delta-Werten der Angst (mit 0,9) und den Delta-Werten des paranoiden Denkens (mit 0,8) auf der SCL-90 (siehe Tabelle 13). Es gab keine Korrelationen zwischen den Ergebnissen im Sprachtest am Ende des Kurses und den Delta-Werten der Psychopathologie.

Es bestanden keine Korrelationen zwischen dem Alter der Patientinnen und den Delta-Werten der Psychopathologie und ebenfalls keine Korrelationen zwischen den Delta-Werten der Psychopathologie und ihrer Aufenthaltsdauer in Deutschland.

Tabelle 13:

Korrelationen: Delta-Werte in der Kursgruppe (SCL-90) vs. Sprachkenntnisse und vs. demographische Daten

	Delta SOM SCL-90	Delta ANGST SCL-90	Delta PARAN SCL-90
Alter			
Aufenthaltsdauer			
Deutschkenntnisse Tag 0	0,9	0,9	0,8
Punkte im Abschlussstest			

alle $p < 0.001$

Korrelationen: Kursgruppe: Delta-Werte (SCL-90) vs. Sprachkenntnisse, vs. Alter u. vs. Aufenthaltsdauer in Deutschland

6 Diskussion:

Mangelnde Sprachkompetenz und damit meist auch mangelnde Integration in Zusammenhang mit psychosomatischen Störungen bei Migranten ist ein häufig angesprochener, aber bisher wenig untersuchter Bereich in der Psychotherapieforschung. Integration wird hier explizit nicht als Assimilation oder sogar Aufgabe der eigenen kulturellen Identität definiert, sondern als eine grundsätzliche Bereitschaft, mittels der Sprache des Gastlandes überhaupt mit „Inländern“, hier also mit Deutschen, kommunizieren zu können, was bedeutet, sich sicher und selbstständig im Gastland bewegen und ausdrücken zu können und sich angemessen in Bezug auf die sozialen Regeln verhalten zu können.

Die Schwierigkeiten der Diagnostik und v.a. der Therapie von psychischen Störungen bei Migranten, die in Deutschland sprachlich und kulturell schlecht integriert sind, sind in letzter Zeit v.a. auch im Bereich der posttraumatischen Stressstörungen (PTSD) vorgestellt worden (Kongress für transkulturelle Psychiatrie, Witten 2007). Hier haben sich sogar Spezialambulanzen entwickelt (z.B. Universität Düsseldorf), in denen diesen Fragen wissenschaftlich nachgegangen wird. Bei den hier untersuchten Patientinnen fanden sich (mit einer Ausnahme) keine so schwerwiegenden Traumata. Dennoch erschien die psychische und psychosomatische Problematik der meisten Patientinnen durchaus nicht ganz grundlos aufgetreten zu sein, psychosoziale Konflikte mit dem Partner oder dem familiären oder sonstigen sozialen Umfeld wurden in den freien Interviews häufig evident.

In der vorliegenden Studie wurde nun untersucht, ob durch bessere Sprachbeherrschung und damit letztlich auch verbesserte Integrationschancen ein positiver Einfluss auf somatoforme Syndrome nachweisbar ist. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Teilnahme an einem speziellen Sprachkurs, wie er hier zur Anwendung kam, bei der entsprechenden Patientenklientel eine relevante Linderung einer somatoformen, zumeist vegetativ gesteuerten Symptomatik erbringen kann.

Die hier gemachte Aussage bezieht sich auf eine relativ kleine Stichprobe von überwiegend türkischen, aber auch brasilianischen Frauen und einer Thailänderin, die trotz mehrjähriger Verweildauer in Deutschland aus unterschiedlichsten Gründen kaum Deutsch gelernt hatten, und bei denen Somatisierungen bzw. somatoforme Symptome vorlagen.

Die Gesamtstichprobe wurde v.a. unter Mithilfe von Gesundheitsberatungsstellen rekrutiert, die sich als wichtige Anlaufstellen für Migrantinnen in München entwickelt haben. Die Rekrutierung über niedergelassene Ärzte (Praxen für Allgemeinmedizin mit hohem Ausländeranteil) blieb auf Ausnahmen beschränkt. So ließen sich fast ausschließlich Frauen finden, die die oben genannten Kriterien erfüllten.

Ein einziger Mann, der aber eine Reihe von Aufnahmekriterien für diese Untersuchung nicht erfüllte, wurde beim Screening mit erfasst. Es wurde eingangs darauf hingewiesen, dass Männer weniger zu einer funktionellen psychosomatischen Symptompräsentation neigen, sondern ggf. eher zu Organstörungen mit begleitenden psychischen Faktoren wie Hochdruck, Asthma, Magen-Darm-Ulzerationen, Ekzeme u.v.a.m., ICD-10 F54 (vgl. Leyer 1987).

Zusätzlich könnte man davon ausgehen, dass bei den meisten ausländischen Männern, die längerfristig in Deutschland arbeiten, sehr gravierende sprachliche Defizite eher seltener vorkommen, weil sie durch ihre Berufstätigkeit in der Regel mehr auf Sprachkenntnisse angewiesen sind als die Frauen.

In die Studie eingeschlossen wurden schließlich 28 Probandinnen (von 43 Voruntersuchten), die speziell die Forschungskriterien des ICD-10 (Dilling et al. 2006) für eine undifferenzierte Somatisierungsstörung bzw. somatoforme Schmerzstörung erfüllten.

Die diagnostischen Kriterien sind im Band „Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis“ (Dilling et al. 2006) der „ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen“ klarer festgelegt als in den „Klinisch-diagnostischen Leitlinien“ (Dilling et al. 2005) und so ähnlich wie im DSM-IV (Saß et al. 2003). Bei den in der vorliegenden Untersuchung eingeschlossenen „undifferenzierten Somatisierungsstörungen“ und „somatoformen Schmerzstörungen“ liegt also eine relevante Übereinstimmung zwischen ICD-10 und DSM-IV vor (vgl. Kapitel 2.1.3).

Bei allen Patientinnen wurde die Diagnose einer „undifferenzierten somatoformen Störung“ (ICD-10 F45.1/ DSM-IV-TR 300.82) gestellt, und zwar auf der Grundlage von diagnostischen Kriterien, die für beide Diagnosemanuale gültig sind. Anders als bei der Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0/ DSM-IV 300.81) werden bei der undifferenzierten Somatisierungsstörung auch weniger als sechs Listensymptome (s.u.) und auch weniger als drei „Kontakte mit Gesundheitsanbietern“ akzeptiert. Die Mindestdauer der Störung ist hier auf nur sechs Monate festgelegt. Es darf kein Zusammenhang mit schizophrenen oder affektiven Erkrankungen bestehen. Zusatzkriterium ist eine verifizierbare soziale Behinderung.

Keine der Probandinnen erfüllte vollständig die sehr restriktiv festgelegten Kriterien der (sui generis) „Somatisierungsstörung“ (ICD-10 F45.0/ DSM-IV 300.81). Mindestens zwei Jahre lang müssen hier mindestens sechs Symptome wie Übelkeit, Bauchschmerzen, Durchfälle, Atemlosigkeit ohne Anstrengung, Brustschmerzen, Dysurie, Hautjucken, Taubheitsgefühle, Glieder- und Gelenkschmerzen vorliegen (vgl. 2.1.3.2.1). Diese bestehen jeweils ohne körperliche Ursache bzw. ohne ausreichende Erklärung der Schwere, des Ausmaßes, der Vielfalt und der Dauer der Beschwerden bei evtl. begleitenden körperlichen Erkrankungen. Im DSM-IV umfassen diese mindestens sechs Symptome außerdem pseudoneurologische und dissoziative Symptome, die keine der hier untersuchten Probandinnen präsentierte.

Auch bei der achtmal zusätzlich diagnostizierten „anhaltenden somatoformen Schmerzstörung“ (ICD-10 F45.4/ DSM-IV 307.80/89) sind die Diagnosen nach beiden Manualen gestellt worden. Hier besteht mindestens sechs Monate lang an den meisten Tagen ein belastender Schmerz, der nicht durch eine körperliche Störung oder eine andere psychiatrische Störung erklärbar ist.

Die mögliche Diagnose „somatoforme autonome Funktionsstörung“ (ICD-10 F45.3/ ICD-10 spezifisch, nicht im DSM-IV angeboten) wurde bei den in die Studie eingeschlossenen Probandinnen nicht gestellt. Hier liegen vorrangig organotypische vegetative Symptome im kardiovaskulären, gastrointestinalen, respiratorischen oder urogenitalen Bereich vor ohne nachweisbare organische Funktionsstörungen oder ausschließlichen Zusammenhang mit Angststörungen.

In der klinischen Diagnostik, das heißt im offenen klinischen Interview und im modifizierten SADS-C Interview (LSAD) wurden schwere schizophrene, depressive oder angstbezogene Erkrankungen ausgeschlossen, d.h. entsprechende Achse-I-Diagnosen waren nicht zu stellen. Die in den Selbstbeurteilungen (SCL-90) etwas erhöhten Scores in den Bereichen Ängstlichkeit und Depressivität standen in Zusammenhang mit Belastungs- und Anpassungsstörungen, die natürlich auch als Hintergrund einiger Somatisierungssymptome mit zu berücksichtigen sind.

Die diagnoseorientierte Erfassung von Angst und Depression war im SADS-C Fragebogen in Prozent vom Maximum weniger deutlich als auf dem SCL-90-Fragebogen, der neben aktuellen psychopathologischen Symptomen auch wesentypische Merkmale mit erfasst.

Kurz nach der Eingangsuntersuchung folgte der fünfmonatige Sprachkurs, anschließend die Nachuntersuchung. Die Wartegruppe wurde zu gleichen Zeitpunkten untersucht.

6.1 Ausmaß und Struktur der Symptomreduktion der Kursgruppe

6.1.1 Rückgang der Somatisierung

Die in dieser Studie verwendeten Rating-Skalen zeigen ein eindeutiges Ergebnis: Auf allen drei Skalen kam es nach der Intervention zu einem hochsignifikanten Rückgang der somatoformen Symptomatik. Sowohl auf der Ebene der Wesenszüge (SCL-90), als auch auf der Ebene der klinischen Symptomatik (LSAD), wie auch in der Beschwerden-Liste (B-L) ist die Besserung im Bereich der Somatisierung hochsignifikant (Signifikanzniveau $p < 0,001$). Auf der SCL-90 kam es zu einer Beschwerdereduktion um 52,1%, auf der LSAD um 45,1%, in der B-L betrug die Beschwerdereduktion 42,2%.

Die Symptomverbesserung auf der LSAD war geringer ausgeprägt als auf der SCL-90. Die Beschwerdelast bei der Eingangsuntersuchung wurde im Interview (LSAD) geringer angegeben als bei der reinen Selbstbeurteilung auf der SCL-90. Im Interview könnte durch psychologische Faktoren, z.B. durch ein gewisses Misstrauen gegenüber einem unbekanntem deutschen Arzt, die Beschwerdepräsentation anfangs geringer ausgeprägt gewesen sein. Vorbehalte könnten bei den türkischen Patientinnen auch gegen die türkische Dolmetscherin bestanden haben. Eine türkische Patientin sagte z.B. später, sie wolle auf keinen Fall eine türkische Therapeutin, da sie sich dort besonders schämen würde.

Es ist denkbar, dass gerade psychosozial belastete Migrantinnen, die mit geringen Sprachkenntnissen in einem fremden Land gegenüber Gesundheitsdiensten praktisch „sprachlos“ bleiben, stärker zur Somatisierung tendieren als Einheimische. Betrachtet man Somatisierung als nonverbale Kommunikation in der sozial akzeptierten Sprache der körperlichen Krankheit, so ist es vorstellbar, dass man durch Verbesserungen im sprachlichen wie im sozialen Bereich der Somatisierungstendenz entgegenwirken kann.

Bei Patienten mit Somatisierungsstörungen aus dem mitteleuropäischen (bzw. nordamerikanischen) Kulturraum wird gerade im „typischen Fall“ die alexithyme Persönlichkeitsstruktur mit der Störung in Zusammenhang gebracht (Nemiah und Sifneos 1972). Es stellt sich nun die Frage, wie sich eigentlich die emotionale Befindlichkeit bei den hier untersuchten Patientinnen mit einer „undifferenzierten Somatisierungsstörung“ genauer charakterisieren lässt.

Bei Migrantinnen, die sich sprachlich gegenüber ihrem kulturellen Umfeld nicht ausdrücken können, könnte Somatisierung eine andere Bedeutung haben als bei alexithymen Deutschen. Möglicherweise liegt bei dieser bereits soziologisch besonders definierten Patientenklientel eine andere psychologische Konstellation vor, als bei Einheimischen oder gut integrierten Migrantinnen, die Beschwerdepräsentation müsste dann anders bewertet werden.

Gerade bei der undifferenzierten Somatisierungsstörung wird im DSM-IV Kommentar (Saß et al. 2003) angeführt, dass medizinisch nicht erklärbare Symptome eine kulturell geprägte Ausdrucksform von Belastung sein können, die eingesetzt wird, um eine Vielzahl persönlicher oder sozialer Probleme auszudrücken ohne notwendigerweise auf psychopathologische Auffälligkeiten hinzuweisen. Berücksichtigt werden sollte hierbei auch die Frage, inwieweit traditionelle kulturelle Vorbehalte wie soziale Unverträglichkeit und Ehrgefühl gegen die Verbalisierung psychischer Probleme die organische Repräsentation von psychischem Missbehagen fördern können.

Die in der Studie untersuchten Patientinnen repräsentieren innerhalb ihrer Migrationspopulationen einen Sonderfall, da viele Türkinnen, Brasilianerinnen und Thailänderinnen in Deutschland sprachlich und sozial recht gut integriert sind. Je größer aber der „kulturelle Unterschied“ unabhängig von der ethnischen Zugehörigkeit, und je länger der Aufenthalt im Gastland, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit von Stress und Anpassungsschwierigkeiten mit allen psychischen, psychosomatischen und somatischen Folgen (Garza-Guerros 1974).

6.1.2 Rückgang der affektiven Symptomatik

Auch in allen emotionalen Bereichen wurden in der SCL-90 signifikante Symptomreduktionen in der Kursgruppe beobachtet. Diese lagen zwischen 47% und 69% ($p < 0,03$, $p = 0,001$). Die Syndrome generalisierte Angst (-68,1%, $p = 0,006$) und Stress (-37,3%, $p = 0,013$) verbesserten sich auf der LSAD hochsignifikant, im Faktor Depression kam es zu einer (nicht signifikanten) Reduktion um 22%.

In Bezug auf die oben angeführten Erörterungen erscheint es nicht selbstverständlich, dass neben der Besserung der psychosomatisch-körperlichen Beschwerden auch eine Besserung der seelischen Beschwerden nach der Teilnahme am Kurs eintritt. Nach der klassischen psychoanalytischen Theorie der Somatisierung (Symptomverdrängung in den körperlichen Bereich) hätte man auch erwarten können, dass mit der Abnahme der somatoformen Symptome im Gegenzug eine Zunahme direkter psychischer Symptome stattfinden wird (vgl. Freud 1895). So könnte es zu einer zumindest vorübergehenden Zunahme psychischer Symptome kommen, wenn die Betroffenen bei weniger Somatisierung einem unterliegenden emotionalen Symptomdruck stärker ausgeliefert wären. Dies war hier aber auf der Ebene der meisten emotionsbezogenen Symptome nicht der Fall. Auch im Bereich der affektiven Symptomatik zeigte sich ein deutlicher Symptomrückgang nach der Kursteilnahme.

Der positive Interventionseffekt auf allen Scores legt die Hypothese nahe, dass die mangelnde sprachliche und soziale Integration tatsächlich einen wichtigen Faktor für die körperliche Präsentation verdeckter seelischer Probleme und Frustrationen darstellt, und dass ein Sprachkurs mit dem hier zur Anwendung gebrachten Design zu einer Verbesserung der Befindlichkeit sowohl auf der psychischen, als auch auf der somatischen Ebene führen kann.

Selbst bei einem „alexithymen“ Modell könnte die Wirksamkeit dieser Intervention mit den in den Sprachkurs integrierten beziehungs- und gruppenorientierten Ansätzen bei dieser speziellen Migrantinnengruppe so effektiv gewesen sein, dass eine vorübergehende paradoxe Verstärkung negativer emotionaler Symptome von vornherein mit abgefangen wurde.

6.2 Zunahme der Symptomatik in der Wartegruppe

Nach der Wartezeit zeigte sich z.T. eine (nicht signifikante) Zunahme der Symptomausprägung in der Wartegruppe sowohl auf der Ebene der Somatisierung als auch auf der Ebene der affektiven Symptomatik.

Bei dieser Zunahme der Symptomatik in der Wartegruppe auf fast allen Subskalen könnte ein Verteilungszufall eine Rolle spielen. Möglicherweise spielte es ebenfalls eine Rolle, dass die Patientinnen bei der zweiten Befragung, sowohl in der Kursgruppe als auch in der Wartegruppe generell etwas weniger „schüchtern“ erschienen und weniger misstrauisch über ihre Beschwerden berichteten. Im Erstinterview bestand noch eine gewisse Vorsicht in der ungewohnten Situation, auch eine gewisse Zurückhaltung gegenüber einem Dolmetscher, sich bei den sehr persönlichen Fragen ganz zu öffnen (s.o.). In den Interviews der Nachuntersuchung ist deutlich mehr Offenheit und Vertrauen in beiden Gruppen spürbar gewesen.

Die Verschlechterung der Somatisierung gerade in der Interviewsituation der LSAD könnte auch ihre Ursache darin haben, dass die Arzt-Patienten-Interaktion gerade bei der Somatisierung eine große Rolle spielt (vgl. Interpersonelles Modell, Henningsen 1998). So könnte sich hier bei der Nachuntersuchung durch mehr Vertrauen zu den Untersuchenden im Vergleich zur Eingangsuntersuchung in der Interviewsituation (LSAD) eine ausgeprägtere Symptomverschlechterung ergeben haben als in der Fragebogenuntersuchung (SCL-90).

Wenn man nur die Ergebnisse der Wartegruppe auf der SCL-90 betrachtet, zeigt sich ein Bild, wie es sich nach der klassischen psychoanalytischen Theorie der Somatisierung (s.o.) ergeben könnte. Bei mehr Vertrauen zu den Untersuchenden, was möglicherweise einer minimalen psychologischen Intervention gleichkommt (nämlich dass den Problemen der Patientinnen überhaupt Interesse entgegengebracht wird), könnte ein leichter Rückgang der Somatisierung zugunsten einer Symptomverschlechterung der emotionsbezogenen Symptome zu erwarten sein. Da hier in der Wartegruppe keine wirkliche Intervention stattfand, konnte möglicherweise diese Verschlechterung auch nicht aufgefangen werden wie evtl. in der Kursgruppe.

Wenn man unterstellt, dass die Beschwerden in der Eingangsbefragung möglicherweise noch nicht in aller Deutlichkeit von den Patientinnen zum Ausdruck gebracht werden konnten, müsste die Verbesserung der Symptomatik nach dem Sprachkurs als noch stärker ausgeprägt eingeschätzt werden, als es sich in den Untersuchungsergebnissen abzeichnet.

Es konnte somit die Hypothese bestätigt werden, dass die Teilnahme an diesem Sprachkurs einen signifikanten Rückgang der somatoformen Symptomatik bei an somatoformen Störungen leidenden Migrantinnen bewirken kann. Auch im Bereich der emotionsbezogenen Symptomatik ergaben sich signifikante Symptomverbesserungen.

6.3 Vergleich der Untersuchungsinstrumente

Als Nebenaspekt ergaben sich beim Vergleich der Skalen z.T. gute Übereinstimmungen, aber auch deutliche Unterschiede. Als Signifikanzniveau wurde bei multiplen Testungen $p < 0,001$ festgelegt. Die Interkorrelationsmatrix der drei Skalen (SCL-90/ LSAD/ B-L) ergab bei der Eingangsuntersuchung statistisch signifikante Korrelationen der Somatisierungssubskalen untereinander, was eine gute Validität der Erfassung der Zielsymptomatik belegt. Alle übrigen Subskalen zeigten bei der Eingangsuntersuchung weniger signifikante Korrelationen.

Die beiden Skalen SCL-90 und LSAD (SADS-C, modif.) scheinen hier teilweise Unterschiedliches zu messen. Die SCL-90 misst die etwas komplexere Grundstörung auf der Ebene der Wesenszüge, die diagnoseorientierte LSAD misst nach DSM-IV-Kriterien. Sie ist also ein etwas anderes Konstrukt als die SCL-90.

Am Beispiel „Zwang“ hieße das: Die SCL-90 misst schwerpunktmäßig Zwanghaftigkeit, also eher eine anankastische Persönlichkeitsstruktur. Die LSAD misst dagegen eher die klinischen, aktuellen Zwangssymptome.

Bei der Korrelation der Delta-Werte in der Kursgruppe ergaben sich zwischen den beiden Hauptskalen keine signifikanten Korrelationen der Subskalen. Positiv korrelierte aber der Delta-Wert der Subskala Somatisierung auf der SCL-90 mit dem der Beschwerden-Liste. Zudem zeigten die SCL-90 Subskalen eine recht deutliche Interkorrelation, während LSAD-Syndrome auch untereinander auf vielen Scores nicht korrelierten. Die Veränderung der Symptomatik erscheint bezüglich emotionsbezogener Symptome besser diskriminiert in der LSAD, was durch die unterschiedlichen Konstruktionen dieser Untersuchungsinstrumente zu erklären sein könnte (s.o.).

6.4 Spezielle Interventionseffekte

6.4.1 Symptomverbesserung vs. Alter und Aufenthaltsdauer in Deutschland

Es gab keine Korrelationen zwischen den Delta-Werten der Psychopathologie und dem Alter der Patientinnen bzw. ihrer Aufenthaltsdauer in Deutschland in der Kursgruppe. Diese spielen möglicherweise beim Effekt dieser Intervention keine wesentliche Rolle.

6.4.2 Symptomverbesserung vs. Schweregrad der somatoformen Störung

Interessanterweise bestand eine negative Korrelation (Signifikanzniveau $p < 0,001$) zwischen der Ausprägung der Somatisierung bei der Eingangsuntersuchung und der Besserung (Delta-Wert) der somatoformen Symptomatik (mit $-0,8$), jeweils auf der SCL-90, wie auch zwischen der Ausprägung der Somatisierung bei der Eingangsuntersuchung und der Beschwerdereduktion auf der Beschwerden-Liste (mit $-0,7$).

Negativ korrelierte ebenfalls die Beschwerden-Liste am Tag der Eingangsuntersuchung mit den Delta-Werten der Beschwerden-Liste (mit $-0,7$), wie auch die Beschwerden-Liste am Tag der Eingangsuntersuchung mit den Delta-Werten der Somatisierung (mit $-0,6$), der Ängstlichkeit (mit $-0,6$) und des paranoiden Denkens (mit $-0,6$) auf der SCL-90.

Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Patientinnen, die an mittelgradig ausgeprägten somatoformen Störungen leiden, stärker von der hier angewandten Intervention profitieren als Patientinnen mit sehr schwer ausgeprägter und evtl. chronifizierter Beschwerdelast.

6.4.3 Symptomverbesserung vs. Sprachkompetenz

Neben den psychiatrischen Untersuchungen wurde die Sprachkompetenz der Migrantinnen erfasst. Vor Kursbeginn lag diese auf einer Skala von 0-4 im Schnitt bei 1,1, was einem Sprachschatz von höchstens fünfzig deutschen Worten entspricht, mit dem kein differenziertes Verstehen möglich war.

Positive Korrelationen bestanden zwischen den Deutschkenntnissen bei Kursbeginn und den Delta-Werten der Somatisierung (mit 0,9), der Angst (mit 0,9) und dem paranoiden Denken (mit 0,8) auf der SCL-90 (Signifikanzniveau $p < 0,001$). Möglicherweise konnten Patientinnen, die etwas bessere Sprachkenntnisse bei Kursbeginn hatten, von der Intervention mehr profitieren.

Am Ende des Kurses ergab sich eine durchschnittliche Sprachkompetenz von 2,1, was einer deutlichen Verbesserung entspricht. Inwieweit aber die verbesserte Sprachkompetenz für das Gelingen des Kurses entscheidend war, wobei zu bedenken ist, dass die Ergebnisse des Sprachtests, der am Ende des Kurses stattfand, nicht mit der Besserung der Symptomatik korrelieren oder ob andere Aspekte dieses Kurses die Besserung bedingt hatten (z.B. psychosoziale Komponenten oder Gruppeneffekte) oder ob die Interdependenz der verschiedenen Elemente entscheidend war, müsste in weiteren Studien geklärt werden.

Es stellt sich z.B. auch die Frage, ob Selbsthilfegruppen (ohne Verbesserung der Sprachkompetenz) eine Linderung der Symptomatik erbracht hätten. Wobei hier auch zu bedenken ist, dass diese Patientinnen über Gesundheitsberatungsstellen rekrutiert worden waren, wo bereits eine psychosoziale Betreuung stattgefunden hatte. Die Frage, ob die Sprachverbesserung der entscheidende Anteil am Erfolg dieses Kurses war, bleibt offen.

6.5 Spezielle Aspekte des Sprachkurses

6.5.1 Spezielle Konzeption

Diesem Kurs lag eine spezielle Konzeption zugrunde. Ungewöhnlich war sicherlich die Verzahnung von Sprachkurs und einer Art sozialpsychologischer Intervention. Der Kurs war gruppenorientiert und praxisorientiert gestaltet. Die Geburtstage der Frauen wurden gemeinsam gefeiert, man ging zusammen zum Einkaufen, kochte gemeinsam und lernte dabei Vokabeln. Es fanden auch einige Unternehmungen statt, wie U-Bahnfahren und Schwimmen gehen, was die z.T. zurückgezogen lebenden Patientinnen ermutigte, am öffentlichen Leben in Deutschland teilzunehmen und damit fast einer Art „Exposure-Therapie“ ähnelte. Es könnten sich Hinweise ergeben, dass gerade Praxisorientiertheit besonders vielfältige Vorteile bei einer ausländischen Klientel, wie hier untersucht, haben könnte.

Der Unterricht orientierte sich –neben konventionellen Sprachübungen- auch an aktuellen Anliegen der Migrantinnen. Zu Beginn der Stunden wurden die Frauen nach persönlichen Begebenheiten befragt und auf diese Themen wurde, wenn möglich, der Unterricht aufgebaut.

Anliegen einzelner Teilnehmer wurden aufgegriffen und daran Vokabellernen und Grammatiklernen entwickelt und intensive Sprachübungen durchgeführt. Es wurde dabei weniger an einem Unterrichtskonzept festgehalten, als es sonst üblich ist, was eine hohe Flexibilität des Lehrers erfordert.

Ziel war es, aus der Situation heraus eine Lernsituation zu schaffen, in der auch persönliche Anliegen der Teilnehmerinnen zur Sprache gebracht werden können. Die Verbesserung der Deutschkenntnisse sollte kombiniert werden mit der Verbalisierung von persönlichen Problemen, um auch hier die sprachliche Kompetenz in diesem wichtigen Bereich zu schulen. Es entstanden immer wieder Diskussionen und reger Erfahrungsaustausch. Die persönliche Betroffenheit machte das Lernen einprägsamer. Weil der Lehrer gerade in diesen Kulturen sehr anerkannt und geachtet ist, ist auch im Allgemeinen der Einfluss eines Lehrers hier groß.

Bei dieser Art von Unterricht wurden gewisse sprachtherapeutische Elemente mit eingebaut, was für diese Patienten, die immer begleitend eine psychische Symptomatik aufweisen, sehr günstig zu sein scheint. Die Wichtigkeit von Selbstwert erhöhenden Wahrnehmungen, wie auch von positiven Bindungserfahrungen, von Motivation und positiven Erfahrungen bzgl. des Bedürfnisses nach Zielsetzung und Kontrolle, sind Unterricht und psychotherapeutischen Ansätzen ja per se gemeinsam (Grawe 2004). Vor allem der Ermutigung und Selbstwertunterstützung scheint hier große Bedeutung zuzukommen, da das Selbstwertgefühl durch den Migrationsprozess in besonderer Weise in Mitleidenschaft gezogen werden kann. Ein Kursleiter sollte das beachten, ansonsten geschieht, wie häufig in entsprechenden konventionellen Deutschkursen, eine unbewusste Ablehnung durch die Klienten.

6.5.2 Sehr niedrige Einstiegsschwelle bzgl. der Sprachkenntnisse

Hier wurde, was die zugrunde gelegten Sprachkenntnisse betrifft, von einer sehr niedrigen Einstiegsschwelle ausgegangen. Auch auf den teilweise extrem niedrigen Bildungsstand der Teilnehmer wurde Rücksicht genommen. Es gab z.B. Schreibtraining für Analphabeten. In herkömmlichen Sprachkursen sind diese Migranten häufig überfordert, fühlen sich unverstanden und werden durch ihr Scheitern möglicherweise noch zusätzlich traumatisiert.

6.6 Zusätzliche mögliche Ursachen für die Wirksamkeit des Kurses

6.6.1 Weniger Isolation durch mehr Sprachkompetenz

Die untersuchten Migrantinnen hatten sich im Laufe der Zeit immer weiter von der deutschen Bevölkerung zurückgezogen. Vor allem Ehemann und Kinder knüpfen die Kontakte zur Außenwelt. Die Frauen meiden diese Kontakte, wollen sich auch der erniedrigenden Situation, sich nicht verständlich machen zu können, nicht aussetzen. So finden sie häufig keinen wirklichen Anschluss an die einheimische Bevölkerung und fühlen sich auch nach Jahrzehnten hier nicht zuhause. Sie bleiben hier von Fremden umgeben, bleiben „Drunnen vor der Tür“, wie die ZEIT (2003) einen Artikel über Migranten betitelte. Andererseits spüren sie aber, dass sie kaum mehr Hoffnung auf Rückkehr ins Heimatland haben.

Über verbesserte Sprachkenntnisse können sie langfristig aus ihrer Isolation herausfinden. Isolation bedeutet oft auch Unterstimulation. Reduzierte externale Stimulation spielt eine wichtige Rolle im verhaltenstherapeutischen Modell der Somatisierung (Rief und Hiller 1998). Das Erlernen einer Sprache ist ein Weg heraus auch aus Unterstimulation und Langeweile.

6.6.2 Mehr Emanzipation innerhalb und außerhalb der Familie

Die Kinder sind in Migrantenfamilien, da sie oft deutlich sprachkompetenter sind als ihre Eltern, v.a. als ihre Mütter, in Vielem die Überlegenen, was zu Autoritätsverlust der Eltern und auch zu Verhaltensauffälligkeiten der Kinder führen kann.

Durch verbesserte Sprachkenntnisse entwickelt sich mehr Gleichberechtigung und Gleichwertigkeit in diesen Familien, die Situation dieser Frauen ändert sich. Sie werden selbstbewusster, sicherer, fühlen sich weniger unterlegen, können sich in der Familie besser durchsetzen, leichter Arbeit bzw. qualifiziertere Arbeit finden. Die Möglichkeiten zur Emanzipation im beruflichen, familiären und sonstigen sozialen Umfeld verbessern sich insgesamt und damit die Chance auf eine freiere Persönlichkeitsentwicklung. Ziel ist es, den Patientinnen durch Sprachkurse dieser Art langfristig zu mehr Selbständigkeit, Aktivität, Selbstverantwortung und auch Selbstachtung zu verhelfen.

Möglicherweise bestand im unmittelbaren sozialen Umfeld bisher relativ wenig Interesse daran, sprachliche und integrative Kompetenzen dieser Frauen zu fördern, weil Machtpositionen hätten beeinträchtigt werden können.

Durch die Möglichkeit, sich einem deutsch sprechenden Arzt gegenüber besser ausdrücken und so seine seelische Situation schildern zu können, könnte ebenfalls die Notwendigkeit zur Somatisierung geringer geworden sein. Deutsche Ärzte werden differenziertere Anamnesen erheben können, was auch einige organmedizinische Untersuchungen ersparen kann. Zudem werden diese Migranten für deutschsprachige Therapeuten erst psychotherapiefähig.

Häufig wird die Forderung nach mehr muttersprachlichen Psychotherapeuten für Migranten gestellt (Hegemann 2001). Psychotherapie in der vertrauten Kultur und Sprache (mit vertrauten Redewendungen und Metaphern) ist natürlich sinnvoll, doch kann Psychotherapie bei einheimischen Therapeuten auch geeignet sein, Migranten die Annahme der hiesigen Kulturmerkmale zu ermöglichen und sich der Kultur des Gastlandes anzunähern.

6.6.3 Tiefenpsychologische Faktoren

Tiefenpsychologische Aspekte könnten beim Effekt dieser Intervention ebenfalls eine Rolle spielen. Nach dem Konversionsmodell Freuds ereigne sich Heilung ja dadurch, dass man „dem Affekte Worte gibt“ und somit eine „Abfuhr der pathogenen Energie verdrängter Affekte“ eintritt. Vor allem das „schweigend erduldet Leiden“ sieht Freud als „kränkend“ im Sinne der Somatisierung (Freud 1895). Wer nicht spricht, entwickelt evtl. mit größerer Wahrscheinlichkeit gerade die körperlichen Symptome, die bei der autochthonen Bevölkerung mit einem „sich nicht ausdrücken können, sich nicht ausdrücken dürfen“ in Verbindung gebracht werden.

Mit den nur sehr geringen Sprachkenntnissen können sich diese Frauen von der einheimischen Bevölkerung weder wirklich beachtet, noch wirklich verstanden fühlen. Sie erleben sich hier zwar als geduldet, doch fühlen sich oft nicht ernst genommen, was als Kränkung erlebt wird. Kränkungsgefühle werden als mögliche Ursache von Somatisierung gesehen. Verbesserte Sprachkompetenz kann dieser Entwicklung entgegenwirken.

Das zur Psychosomatik gehörende Modell der Salutogenese (der Gesundheitsentstehung) und des sense of coherence (des Kohärenzgefühls) von Antonovsky (1979/ 1987), welches den Schwerpunkt auf die Widerstandsressourcen eines Menschen legt, misst den drei Elementen „Comprehensibility, Manageability und Meaningfulness“ eine zentrale Bedeutung zu. „Comprehensibility“, eine in sich stimmige Umwelt, die als verständlich wahrgenommen werden kann, „Manageability“, die Handhabbarkeit der Anforderungen des täglichen Lebens und „Meaningfulness“, die Möglichkeit, an Entscheidungsprozessen teil zu haben, die als bedeutungsvoll wahrgenommen werden, sind bei fehlenden Sprachkenntnissen nur in einem sehr begrenzten Ausmaß realisierbar. Dadurch fehlen wesentliche Möglichkeiten, psychopathologischen Entwicklungen entgegenzuwirken.

6.7 Ausblick

Die Vermittlung sprachlicher und letztlich auch integrationsfördernder Kompetenz in der hier gewählten Form erfordert natürlich durchaus ein Mitinteresse von den Patientinnen. Die Tatsache, dass sie über spezielle Selbsthilfeorganisationen für Migrantinnen („Donna Mobile“, „Kofiza“) rekrutiert worden waren, zeigt, dass hier durchaus mit einem gewissen Interesse an Weiterbildung bei den, hier v.a. aus dem türkischen Kulturkreis stammenden, Migrantinnen zu rechnen war und auch die jeweiligen Partner dies akzeptiert hatten.

Falls sich ein klarer gesundheitlicher Benefit durch diese Art Sprachkurse zumindest bei dieser Patientengruppe (evtl. aber auch im Bereich der emotionalen Störungen) bestätigen würde, wäre diese Intervention natürlich relativ einfach einzusetzen und im Vergleich zu den üblicherweise anfallenden Krankheitskosten leicht finanzierbar.

Dieser interdisziplinäre Ansatz könnte - natürlich neben individuellen psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlungen - bei der entsprechenden Population in ein psychosomatisches Therapiekonzept mit einbezogen werden und vielleicht eine Ergänzung darstellen bei der Behandlung dieser häufig langwierigen, schwer zu behandelnden und mit hohem Leidensdruck verbundenen Erkrankungen.

7 Zusammenfassung:

In dieser „wartegruppen-kontrollierten“ randomisierten, aber offenen Untersuchung wurde ein neuartiger aus der Sprachheilpädagogik heraus entwickelter Deutsch- und Integrationskurs bei einer besonderen Gruppe von Migrantinnen untersucht, die - bei geringer sprachlicher und kultureller Integration - seit langem in Deutschland lebten, und die über Stress, Belastung und psychosomatische Symptome klagten.

Die Arbeitshypothese war, dass mit besserer Sprachbeherrschung die Ausprägung der somatoformen Beschwerden bei diesen Patienten zurückgehen könnte.

Einleitend wird die komplexe Terminologie und Phänomenologie körperlicher Symptome mit psychischem Hintergrund dargestellt und versuchsweise geordnet, ebenso wie die damit verknüpften relativ vielfältigen nosologischen Konstrukte und Konzepte. Im Weiteren erfolgt eine Übersicht über den Stand der publizierten Untersuchungsergebnisse zur Frage psychosomatischer Problemstellungen bei Migranten.

Zur Beurteilung der psychopathologischen Symptomatik vor und nach dem Sprachkurs, bzw. der Wartezeit, kamen drei psychometrische Skalen zur Anwendung: die SCL-90, die LSAD (ein modifiziertes SADS-C-Interview) und die Beschwerden-Liste nach v. Zerssen.

Die festgelegten Einschlusskriterien erfüllten 28 Probandinnen (23 Türkinnen, 4 Brasilianerinnen und eine Thailänderin), die weitgehend über Gesundheitsberatungsstellen für Migranten rekrutiert worden waren. Diagnostiziert wurde bei allen 28 Probandinnen eine „undifferenzierte Somatisierungsstörung“ (ICD-10 F45.1), zusätzlich 8-mal eine „somatoforme Schmerzstörung“ (ICD-10 F45.4) und unabhängig davon 14-mal „Belastungsstörungen“ (ICD-10 F43.0/ F43.22/ F43.1). Die Deutschkenntnisse der Teilnehmerinnen lagen vor der Kursteilnahme auf einer Skala von 0-4 im Schnitt bei 1,1, was höchstens 50 Wörtern entspricht. Die Patientinnen wurden per Zufall einer Sprachkurs- und einer Kontrollgruppe zugewiesen.

Der Sprachkurs erstreckte sich über fünf Monate. Er wurde von Frau Vysoká, Diplomandin der Sprachheilpädagogik am Institut für transkulturelle Germanistik der Ludwig-Maximilians-Universität in München, konzipiert und geleitet. Es fanden zweimal wöchentlich je zweieinhalb Stunden Unterricht statt. Der Ablauf des Sprachkurses war neuartig konzipiert, er wurde gruppen- und praxisorientiert gestaltet und enthielt somit auch gewisse unspezifische psychologische und soziotherapeutische Elemente.

In der Sprachkursgruppe war auf fast allen Skalen und Subskalen mit wenigen Ausnahmen im Vorher-Nachher-Vergleich ein deutlicher Symptomrückgang zu verzeichnen, sowohl auf der Somatisierungsebene, als auch auf der Ebene affektiver bzw. emotionaler Symptome. Die „Somatisierung“ zeigte im Vorher-Nachher-Vergleich in der Kursgruppe auf der SCL-90 eine Reduktion um 52,1%, in der LSAD (SADS-C, modif.) eine Reduktion um 45,1%, und in der Beschwerden-Liste eine Reduktion von 42,2% (alle $p < 0.001$). Darüber hinaus wurden für alle erfassten emotionalen Bereiche auf der SCL-90 signifikante Symptomreduktionen (47-69%) gemessen. Auch in der LSAD-Messung trat auf den Subskalen „Generalisierte Angst“ (-68,1%) und „Stress“ (-37,3%) eine Linderung auf.

Es zeigte sich in der Sprachkursgruppe am Kursende eine deutliche Verbesserung der Deutschkenntnisse. Bei Kursbeginn lag die Sprachkompetenz (auf einer Skala von 0-4) bei 1,1, nachher bei 2,1, was deutlich verbesserten Sprachkenntnissen entspricht.

Bei der Wartegruppe fällt z.T. eine Zunahme der Störungen von Tag 0 - Tag 150 auf. Im LSAD/ SADS-C Fragebogen kam es nach der Wartezeit zu einer Verschlechterung auf den Subskalen „Somatisierung“ ($p < 0,04$) und „allgemeiner Stress“ ($p < 0,02$), andere Subskalen zeigten z.T. auch leichte, nicht signifikante Symptombesserungen. Auf der Beschwerden-Liste kam es zu Symptomverschlechterungen. Auf der SCL-90 zeigte sich im Verlauf der Wartezeit bei der „Somatisierung“ eine leichte, nicht signifikante Besserung. Alle anderen Subskalen zeigten einen nicht signifikanten Trend zur Verschlechterung.

Der Vergleich Kursgruppe versus Wartegruppe für die Delta-Werte der Somatisierung auf allen Skalen zeigte hochsignifikante Gruppeneffekte. Im Bereich der affektiven Psychopathologie ergaben sich beim Vergleich der Delta-Werte von Kursgruppe und Wartegruppe signifikante Gruppenunterschiede auf den Subskalen „Ängstlichkeit“ und „Depressivität“ in der SCL-90 und auf den Subskalen „generalisierte Angst“ und „allgemeiner Stress“ in der LSAD/ SADS-C.

Es konnte somit die Hypothese bestätigt werden, dass die Teilnahme an einem derartigen Sprachkurs eine relevante Besserung der Beschwerden von an somatoformen Störungen erkrankten Migrantinnen mit geringer sprachlicher und kultureller Integration bewirken kann. Es zeigten sich auch im Bereich der emotionsbezogenen Symptomatik signifikante Symptomreduktionen.

8 LITERATUR

- Adell, A., Garcia-Marquez, C., Armario, A., Gelpi, E.: Chronic stress increases serotonin and noradrenaline in rat brain and sensitizes their responses to a further acute stress. *J. Neurochem.* [Vol. 50] (1988) [1678-1681]
- Alexander, F.: *Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete.* Walter de Gruyter, Berlin (1985), 4. Aufl., Reprint von 1951 Erstausgabe: *Psychosomatic Medicine.* Norton, New York (1950)
- Alexander, G.E., Crutcher, M.D., DeLong, M.R.: Basal ganglia – thalamocortical circuits: parallel substrates for motor, oculomotor, “prefrontal” and “limbic” functions. *Prog. Brain Res.* [Vol. 85] (1990) [119-145]
- Alexander, G.E., DeLong, M.R., Strick, P.L.: Parallel organisation of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. *Annu. Rev. Neurosci.* [Vol. 9] (1986) [357-381]
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR, Fourth Edition (Text Revision)* Washington D.C., American Psychiatric Association (1994)
- Anisman, H., Irwin, J., Bowers, W., Ahluwalia, P., Zacharko, R.M.: Variations of norepinephrine concentrations following chronic stressor application. *Pharmacol. Biochem. Behav.* [Vol. 26] (1987) [653-659]
- Antonovsky, A.: *Health, stress and coping. New perspectives of mental and physical well-being.* Jossey-Bass Publishers, San Francisco (1979)
- Antonovsky, A.: *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* Jossey-Bass Publishers, San Francisco (1987)
- Arslan, S., Uslucan, H.H., Flötotto, C.: Sozialpsychiatrische Versorgung von Migranten. In: E. Koch, M., Özek, W.M., Pfeiffer, R., Schepker, R. (Hrsg.): *Chancen und Risiken von Migration.* Lambertus-Verlag, Freiburg i.Br. (1998) pp 52-62
- Bach, M., Bach, D.: Predictive value of alexithymia: a prospective study in somatizing patients. *Psychother. Psychosom.* [Vol. 64] (1995) [43-48]
- Bach, M., Bach, D.: Alexithymia in somatoform disorders and somatic disease. A comparative study. *Psychother. Psychosom.* [Vol. 65] (1996) [150-152]
- Badura, B.: Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung. In: B. Badura (Hrsg.): *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung,* Suhrkamp-Verlag, Frankfurt a.M. (1981) pp 13-39

- Baumert, J., Klieme, E., Neubrand, M., Prenzel, M., Schiefele, U., Schneider, W., Stanat, P., Tillmann, K.-J., Weiß, M. (Hrsg.): PISA 2000. Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich. Leske u. Budrich, Opladen (2001)
- Bayerwaltes, M.: Große Pause. Nachdenken über Schule, Kunstmann, München (2002)
- Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.): Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn/ Berlin (2000)
- Becher, S., Sumadi, C., Güthoff, D., Haas, J.: Ausländische Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Auswertung von betriebsärztlich untersuchten Gastarbeitern zur Feststellung von Gesundheitsstörungen. In: Das Gesundheitswesen 59 (1997) [174-180]
- Binder, J., Simoes, M.: Sozialpsychiatrie der Gastarbeiter. Fortschritte in Neurologie, Psychiatrie und Grenzgebieten 46 (1978) [342-359]
- Bösch, J., Meyer-Fehr, P.: Nachbarschaftshilfe für Gesunde und Kranke. Eine empirische Untersuchung in einem Züricher Stadtquartier über Zusammenhänge zwischen psychosozialer Belastung, sozialer Unterstützung und Gesundheit sowie über die Mobilisierung von Nachbarschaftshilfe. Reihe Arbeits- und Sozialwissenschaft, Rüegger, Zürich (1988)
- Borde, T.: Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie (2002)
- Borde, T.: Patientinnenorientierung im Kontext der kulturellen Vielfalt im Krankenhaus in: M. David, T. Borde, H. Kentenich (Hrsg.): Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Mabuse-Verlag, Frankfurt a. M. (2000) [120-154]
- Bräutigam, W., Paul, C., v. Rad, M.: Psychosomatische Medizin. Thieme, Stuttgart, New York, 6. Aufl. (1997)
- Breuer, J., Freud, S.: Studien über Hysterie (1895) bei Fischer, Frankfurt (1991)
- Brucks, U.: Migration als Chance und Risiko - Psychologische Aspekte von Aus- und Zuwanderung. In: Ch. Dettmers, N.-J. Albrecht, C. Weiller (Hrsg.): Gesundheit. Migration. Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde. Hippocampus-Verlag, Bad Honnef (2002) pp 37-48
- Brunner, R., Titze, M. (Hrsg.): Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl., Ernst Reinhardt Verlag, München (1995)
- Bullinger, M.: Stress. In: E. Pöppel und M. Bullinger (Hrsg.): Medizinische Psychologie. Edition Medizin, VCH Verlagsgesellschaft, Weinheim, Basel, Cambridge, New York (1990) pp 138-143

- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Entwicklung von Konzepten und Handlungsstrategien für die Versorgung älter werdender und älterer Ausländer. Bonn (1996)
- Chaturvedi, S.K.: Neurosis across cultures. *International Review of Psychiatry* [Vol. 5] (1993) [179-191]
- Chaturvedi, S.K.: Somatization and somatic neurosis cross-cultural variations (*Psychiatry On-Line*), Priory Lodge Education (1999)
- Cloninger, C.R.: Somatoform and dissociative disorders. In G. Winokur & P. Clayton (eds.): *The medical basis of psychiatry*. Philadelphia (1986) [123-151]
- Cohen, S. und Syme, L.S. (eds.): *Social support and health*. Academic Press, New York (1983)
- Cohen, S., Auld, F., Brooker, H.: Is alexithymia related to psychosomatic disorder and somatizing? *J. Psychosom. Res.* [Vol. 38] (1994) [119-127]
- Collatz, J.: Was macht Migranten krank? In: Ch. Dettmers, N.-J. Albrecht, C. Weiller (Hrsg.): *Gesundheit Migration Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde*. Hippocampus-Verlag, Bad Honnef (2002) pp 29-36
- Deister, A.: Somatoforme Störungen. In H. J. Möller, G. Laux, A. Deister: *Psychiatrie und Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart, 3. Aufl. (2005) pp 254-267
- Derogatis, L.R.: SCL-90-R (Symptom Checklist-90 Revised) von Derogatis – Deutsche Version. Franke, G.H., Beltz-Test, Weinheim, 2. Aufl. (2002)
- Dettmers, Ch., Albrecht, N.-J., Weiller, C. (Hrsg.): *Gesundheit Migration Krankheit: Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde*. Hippocampus-Verl., Bad Honnef (2002)
- Dietzel-Papakyriakou, M.: Krankheitsverhalten türkischer Arbeiterfrauen. Ergebnisse einer Intervallbefragung. In: J. Collatz, E. Kürsat-Ahlers, J. Korporal (Hrsg.): *Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der BRD*. EBV-Rissen, Hamburg (1985) pp 323-337
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., Schulte-Markwort, E. (Hrsg.): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, WHO*. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 4. überarb. Aufl. (2006)
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, WHO*. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 5. Aufl. (2005)
- Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (eds.): *Stressful life events. Their nature and effects*. New York: Wiley (1974)
- Dolto, F.: *Psychoanalyse und Kinderheilkunde. Die großen Begriffe der Psychoanalyse. Sechzehn Kinderbeobachtungen*, Suhrkamp, Frankfurt a. M. (1989)
- Endicott, J. und Spitzer, R.L.: SADS-C, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Change Version, (1978)

- Ermann, M.: Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. Manual 17, Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln (1995)
- Etcoff, N.L.: Asymmetries in recognition of emotion. In: F. Boller, J. Grafman (eds.) Handbook of neuropsychology. Elsevier, Amsterdam (1989) pp 362-382
- Ete, E.: Besondere psychische Krankheitsbilder türkischer Patienten. Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung. In: G. Hesse, R. Meyer, U. Pasero (Hrsg.): Krank in der Fremde. Evangelische Akademie Nordelbien, Dokumentationen 11, Bad Segeberg (1986) pp [140-153]
- Ete, E.: Probleme und Versorgung von Migranten in der nervenärztlichen Praxis. In: Ch. Dettmers, N.-J. Albrecht, C. Weiller (Hrsg.): Gesundheit. Migration. Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde. Hippocampus-Verlag, Bad Honnef (2002) pp 144-148
- Ete, E.: Ethnomedizinische und transkulturelle Aspekte bei türkisch-stämmigen psychisch kranken Patienten in einer Schwerpunktpraxis. In: T. Heise (Hrsg.): Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Das transkulturelle Psychoforum 5, VWB, Berlin, 2. Auf. (2002b) pp 83-95
- Fehm-Wolfsdorf, G.: Streß und Wahrnehmung. Psychobiologie der Glucocorticoide. Hans Huber, Bern (1994)
- Gainotti, G.: Disorders of emotions and affect in patients with unilateral brain damage. In: F. Boller & J. Graman (eds.): Handbook of neuropsychology. Elsevier, Amsterdam (1989) pp 345-361
- Garza-Guerrero, A.C.: Culture shock: its mourning and the vicissitudes of identity. Journal of the American Psychoanalytic Association 22/2 (1974) [408-429]
- George, M.S., Ketter, T.A., Parekh, P.I., Horwitz, B., Herscovitch, P., Post, R.M.: Brain activity during transient sadness and happiness in healthy women. Am. J. Psychiatry [Vol. 152] (1995) [341-351]
- Grawe, K.: Neuropsychotherapie, Hogrefe-Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag (2004)
- Greenough, W.T., Bailey, C.H.: The anatomy of a memory: convergence of results across a diversity of tests. Trends Neurosci. [Vol. 11] (1988) [142-147]
- Günay, E., Haag, A.: Krankheit in der Emigration: Eine Studie an türkischen Patientinnen in der Allgemeinpraxis aus psychosomatischer Sicht. Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 40 (1990) [417-422]
- Gündel, H., Ceballos-Baumann, A.O., v. Rad, M.: Aktuelle Perspektiven der Alexithymie. Nervenarzt 71 (2000) [151-163]
- Gündel, H., Lopez-Sala, A., Ceballos-Baumann A.O., Deus, J., Cardoner, N., Marten-Mittag, B., Soriana-Mas, C., Pujol, J.: Alexithymie korreliert mit der Größe des rechtsseitigen Anterioren Cingulären Cortex. Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 159 (2003) [177-192]

- Gündel, H., Valet, M., Sorg, C., Huber, D., Sprenger, T., Tölle, T.: Ausgeprägte Hypofrontalität als Korrelat einer zentral gesteigerten Schmerzempfindung bei Patienten mit somatoformer Schmerzstörung - eine fMRT-Studie, Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie, Thieme, Stuttgart, New York (2004)
- Häfner, H.: Psychiatrische Morbidität von Gastarbeitern in Mannheim: Epidemiologische Analyse einer Inanspruchnahmepopulation. *Nervenarzt* 51 (1980) [672-683]
- Han, P.: Soziologie der Migration. Erklärungsmodelle-Fakten-Politische Konsequenzen-Perspektiven. Lucius und Lucius, Stuttgart, 2. überarb. Aufl. (2005)
- Hegemann, Th. (Hrsg.): Interkulturelle Beratung: Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung. Reihe Forum, Migration, Gesundheit, Integration Band 2, VWB, Verl. für Wiss. u. Bildung, Berlin (2002)
- Heinz, A.: Serotonerge Dysfunktion als Folge sozialer Isolation. *Nervenarzt* 70 (1999) [780-789]
- Heise, T. u. Schuler, J. (Hrsg.): Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Das transkulturelle Psychoforum Band 5. VWB, Verl. für Wiss. u. Bildung, Berlin, 2. Aufl. (2002)
- Hellhammer, D., Kirschbaum, C. (Hrsg.): Psychoendokrinologie und Psychoimmunologie in: Enzyklopädie der Psychologie, Serie „Biologische Psychologie“ Band 3 Hogrefe, Göttingen (1999)
- Hellhammer, D., Pirke, K.M.: Neuroendokrinologische Grundlagen in: A. Ehlers und K. Hahlweg (Hrsg.): Grundlagen der Klinischen Psychologie. In: Enzyklopädie der Psychologie, Serie „Klinische Psychologie“ Band 1, Hogrefe, Göttingen (1996) pp 833-902
- Hoffmann, S.O., Hochapfel, G.: Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin. Schattauer, Stuttgart, New York, 4. Auflage (1992)
- Huber, M.: Neurobiologische Aspekte der Alexithymie: Kombinierte Erfassung der emotional stimulierten regionalen zerebralen Durchblutung mittels funktioneller Bildgebung und neuropsychologischer Variablen, Institut für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Köln (2001)
- Hüther, G.: Biologie der Angst. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 7. Aufl. 2005
- Isaac, M., Janca, A. & Orley, J.: Somatisation -a culture-bound or universal syndrome? *Journal of Mental Health* 5/3 (1996) [219-222]
- Johnson, B.H., Hugdahl, K.: Right hemisphere representation of autonomic conditioning to facial emotional expressions. *Psychophysiology* [Vol. 30] (1993) [274-278]
- Kirmayer, L.J., Dao, T.H.T., Smith, A.: Somatization and psychologization: Understanding cultural idioms of distress. In: S. Okpaku (ed.): *Clinical methods in transcultural Psychiatry*. American Psychiatric Press, Washington (1998) [233-265]

- Kischka, U., Spitzer, M., Kammer, T.: Frontal-subkortikale neuronale Schaltkreise. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 65 (1997) [221-231]
- Kleinman, A.: „Sociosomatics“: The contributions of anthropology to psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine* [Vol. 60] (1998) [389-393]
- Koch, E., Özek, M., Pfeiffer, W.M., Schepker, R. (Hrsg.): Chancen und Risiken von Migration, Lambertus-Verlag, Freiburg i.Br. (1998)
- Koch, E. in *Ärzte-Zeitung*, Juni 2001
- Kohte-Meyer, I.: Spannungsfeld Migration: Ich-Funktionen und Ich-Identität im Wechsel von Sprache und kulturellem Raum. In: Ch. Dettmers, N.-J. Albrecht, C. Weiller (Hrsg.): *Gesundheit. Migration. Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde*. Hippocampus-Verlag, Bad Honnef (2002) pp 66-89
- Krause, B.: *Migrantinnen und Gesundheitssystem* (2002)
- Krumme et al. 2009 in prep.
- Krupinsky, J.: Sociological aspects of mental ill - health in migrants. *Social Science & Medicine* [Vol. 1] (1967) [267-281]
- Lane, R.D., Schwarz, G.E.: Levels of emotional awareness. A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *Am. J. Psychiatry* [Vol. 44] (1987) [133-143]
- Lane, R.D., Ahern, G.L., Schwartz, G.E., Kaszniak, A. W.: Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biol. Psychiatry* [Vol. 42] (1997) [834-844]
- Lane, R.D., Reimann, E.M., Axelrod, B., Yun, L.S., Holmes, A., Schwartz, G.E.: Neural correlates of levels of emotional awareness. Evidence of an interaction between emotion and attention in the anterior cingulate cortex. *J. Cogn. Neurosci* [Vol. 10] (1998) [525-535]
- Lee, S.: Estranged bodies, simulated harmony, and misplaced cultures: neurasthenia in contemporary Chinese society. *Psychosomatic Medicine* 60/4 (1998) [448-457]
- Levine, S., Haltmeyer, G.C., Karas, G.G., Denenberg, V.H.: Physiological and behavioral effects of infantile stimulation. *Physiol. Behav.* [Vol. 2] (1967) [55-63]
- Leweke, F., Stark, R., Milch, W., Kurth, R., Schienle, A., Kirsch, P., Stingl, M., Reimer, Ch., Vaitl, D.: Neuronale Aktivitätsmuster auf affektinduktive Reize bei Alexithymie. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* [Vol. 54] (2004) [437-444]
- Leyer, E.: Von der Sprachlosigkeit zur Körpersprache. Erfahrungen mit türkischen Patienten mit psychosomatischen Beschwerden. In: *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 32 [Vol. 6] (1987) [301-313]

- Lumley, M.A., Tomakowsky, J., Torosian, T.: The relationship of alexithymia to subjective and biomedical measures of disease. *Psychosomatics* [Vol. 38] (1997) [497-502]
- Marmanidis, H., Holme, G., Hafner, R.J.: Depression and somatic symptoms: a cross-cultural study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* [Vol. 28] (1994) [274-278]
- Marty, P., de M'Uzan, M.: Das operative Denken („Pensée-opératoire“). *Psyche* 32 (1963) [974-984]
- Meany, M.J., Bhatnagar, S., Larocque, S., Mc Cormick, C., Shanks, N., Sharma, S., Smythe, J., Viau, V., Plotsky, P.: Individual differences in the hypothalamic-pituitary-adrenal stress response and the hypothalamic CRF system. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* [Vol. 697] (1993) [70-85]
- Mega, M.S., Cummings, J.L., Salloway, S., Mallon, P.: The limbic system: an anatomic, phylogenetic and clinical perspective. *J. Neuropsychiatr. Clin. Neurosci.* [Vol. 9] (1997) [315-330]
- Meltzer, H.Y., Maes, M., Elkis, H.: The biological basis of refractory depression. In: W.A Nolen, J. Zohar, S.P. Roose, J.D. Amsterdam (eds): *Refractory Depression: current strategies and future directions*. John Wiley and Sons, Chichester (1994) pp 177-198
- Menninger, W.C.: *Psychiatry in a Troubled World*. Macmillan, New York (1948)
- Meyer-Fehr, P. und Bösch, J.: Gesundheitseffekte sozialer Unterstützung und sozialer Belastung bei der einheimischen Bevölkerung und bei Migranten. *Medizinsoziologie* 2/2 (1988) [151-167]
- Möller, H.-J., Laux, G., Deister, A.: *Psychiatrie und Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart, 3. überarb. Aufl. (2005)
- Morakinyo, O.: Phobic states presenting as somatic complaint syndromes in Nigeria: Sociocultural factors associated with diagnosis and psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [Vol. 71] (1985) [356-365]
- Morschitzky, H.: *Somatoforme Störungen*. Springer, Wien, New York (2000)
- Murray, G.B.: Limbic music. *Psychosomatics* [Vol. 33] (1992) [16-23]
- Nakamura, S.: Axonal sprouting of noradrenergic locus coeruleus neurons following repeated stress and antidepressant treatment. *Progr. Brain Res.* [Vol. 88] (1991) [587-598]
- Nauck, B.: Erwerbstätigkeit und gesundheitliches Wohlbefinden ausländischer Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (Hrsg.): *Erfahrungen des Fremden. Vorträge im Sommersemester 1992*. Heidelberger Verlagsanstalt, Heidelberg (1993) [57-76]
- Nisenbaum, L.K., Zigmond, M.J., Sved, A.F., Abercombie, E.D.: Prior exposure to chronic stress results in enhanced synthesis and release of hippocampal norepinephrine in response to a novel stressor. *J. Neurosci.* [Vol. 11] (1991) [1478- 1484]

- Pavcovic, L.A., Cancela, L.M., Volosin, M., Molina, V.A., Ramirez, O.A.: Chronic stress-induced changes in locus coeruleus neuronal activity. *Brain Res. Bull.* [Vol. 24] (1990) [293-296]
- Petermann, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie.* Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 5. korr. Auflage (2002)
- Pfeiffer, W.M. u. Schöne, W. (Hrsg.): *Psychopathologie im Kulturvergleich.* Enke, Stuttgart (1980)
- Pinker, S: *The language instinkt. How the mind creates language.* Harper Perennial, New York (1995)
- Pöppel, E.: *Wahrnehmung und Ausdruck* In: E. Pöppel und M. Bullinger (Hrsg.): *Medizinische Psychologie.* Edition Medizin, VCH Verlagsgesellschaft, Weinheim, Basel, Cambridge, New York (1990) pp 71-86
- Raleigh, M.J., McGuire, M.T.: Social and environmental influences on blood serotonin concentrations in monkeys. *Arch. Gen. Psychiat.* [Vol. 41] (1984) [405-410]
- Rief, W., Hiller, W.: *Somatisierungsstörung und Hypochondrie.* Fortschritte der Psychotherapie, Manuale für die Praxis, Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (1998)
- Rudolf, G., Henningsen, P.: *Somatoforme Störungen,* Schattauer, Stuttgart, New York (1998)
- Rudolf, G.: *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik.* Thieme, Stuttgart, New York, 4. Aufl. (2000)
- Rüegg, J.C.: *Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Neuronale Plastizität als Grundlage einer biopsychosozialen Medizin.* Schattauer, Stuttgart, New York, 2. Aufl. (2003)
- Salminen, J.K., Saarijärvi, S., Äärelä, E., Tamminen, T.: Alexithymia – state or trait? One-year follow-up study to general hospital psychiatric consultation out-patients. *J. Psychosom. Res.* [Vol. 38] (1994) [681-685]
- Sapolsky, R.M.: Neuroendocrinology of the stress response. In: J.B. Becker, S.M. Breedlove, D. Crews (eds): *Behavioral Endocrinology* 116. MIT Press, Cambridge (1992) [2273-2278]
- Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. (deutsche Bearbeitung): *Handbuch der Differentialdiagnosen DSM-IV.* Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (1999)
- Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M., Houben, I: *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen –Textrevison (DSM IV-TR), deutsche Bearbeitung.* Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (2003)
- Schiepek, G.: *Neurobiologie der Psychotherapie.* Schattauer, Stuttgart, New York (2003)
- Schmidt, R. (Hrsg.): *Die Individualpsychologie Alfred Adlers. Ein Lehrbuch.* Kohlhammer, Stuttgart (1982)

- Schouler-Ocak, M.: Regelversorgungseinrichtung - PatientInnen türkischer Herkunft in der Institutsambulanz des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Hildesheim. In: T. Heise u. J. Schuler (Hrsg.): Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Das transkulturelle Psychoforum Band 5., VWB, Berlin, 2. Aufl. (2002) pp 63-71
- Schüler, J., Dietz, F.: Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie, Thieme, Stuttgart, New York (2004)
- Seifert, W.: Arbeitsmigranten in der Bundesrepublik: Lebensbedingungen und soziale Lage. In: W. Seifert (Hrsg.): Wie Migranten leben. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin (1995) pp 3-9
- Shaw, J., Creed, F.: The cost of somatization. J. Psychosom. Res. [Vol. 35] (1991) [307-312]
- Sifneos, P.E.: Alexithymia: past and present. Am. J. Psychiatry [Vol. 153] (1996) [137-142]
- Silberman, E.K., Weingartner, H.: Hemispheric lateralization of functions related to emotions. Brain Cogn. [Vol. 5] (1986) [322-353]
- Simon, G.E., v. Korff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., Ormel, J.: An international study of the relationship between somatic symptoms and depression. The New England Journal of Medicine 341/18 (1999) [1329-1335]
- Smythe, J.W., Rowe, W.B., Meany, M.J.: Neonatal handling alters serotonin (5-HT) turnover and 5-HT₂ receptor binding in selected brain regions: Relationship to the handling effect on glucocorticoid receptor expression. Brain Res. Dev. Brain Res. [Vol. 80] (1994) [183-189]
- Spitzer, M.: Lernen: Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Spektrum, Akad. Verlag, Heidelberg, Berlin (2002)
- Statistisches Bundesamt: Pressemitteilung vom 19. Juli 2006
- Steinhausen, H.C.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Urban & Fischer, München, Jena, 5. Auflage (2002)
- Stöckl-Hinke, M.: Psychiatrische Erkrankungen von ausländischen Arbeitnehmern. Untersuchungsergebnisse beim MDK. In: T. Heise u. J. Schuler (Hrsg.): Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Das transkulturelle Psychoforum Band 5., Verl. für Wiss. und Bildug, Berlin, 2. Auflage (2002) pp 289-311
- Ten Houten, W.D., Hoppe, K.D., Bogen, J.E. et al.: Alexithymia: an experimental study of cerebral commissurotomy patients and normal control subjects. Am. J. Psychiatry [Vol. 143] (1986) [312-316]
- Torgersen, S.: Genetics of somatoform disorders. Arch. Gen. Psychiatry [Vol. 43] (1986) [502-505]
- Uexküll, Th. v., Köhle, K.: Funktionelle Syndrome in der Inneren Medizin. In: Th. v. Uexküll (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München, 5. Aufl. (1996) pp 475-491

- Uexküll, Th. v., Wesiack, W.: Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Th. v. Uexküll (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München, 5. Aufl., (1996) pp 13-52
- Vogt, R., Bürkstümmer, G., Ernst, L., Meyer, K., v. Rad, M.: Experimental Rorschach Investigation of the pensée-opératoire. *Psyche* [Vol. 33] (1979) [829-873]
- Vysoká, M.: Zusammenhänge zwischen somatoformen Symptomen und Sprachbeherrschung bei ausländischen Patienten mit geringen Sprachkenntnissen (2003)
- Vysoká, M.: Ergänzender therapeutischer Unterricht für und mit Migranten, Peter Lang, Internationaler Verlag der Wissenschaften (2007)
- Weiss, R.: Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten, Seismo Verl., Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen, Zürich (2003)
- Wilpert, C.: Wanderung und Zukunftsorientierung von Migrantenfamilien. In: Wilpert, C., Morokvasic, M. (Hrsg.): Bedingungen und Folgen internationaler Migration. TU Berlin: Soziologische Forschungen 8, Berlin (1983)
- Wimmer-Puchinger, B.: Ambulanzerhebung im Zusammenhang mit dem WHO-Projekt Wien. Unveröffentlichtes Manuskript. Ludwig-Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau, Wien (1995)
- Zander, K.J., Eich, F.X.: Rationale und Validierung einer neuen DSM-III-R orientierten deutschsprachigen Selbstbeurteilungsskala für Angst- und depressive Syndrome. (Rationale and validation of a new DSM-III-R oriented German selfrating scale for anxiety/ depression). Seminar für Biologische Psychiatrie, Oberlech (1990)
- ZEIT 36. Zeit-Verlag, Hamburg (28. August 2003)
- Zeitlin, S.B., Lane, R.D., O'Leary, D.S., Schrift, M.J.: Interhemispheric transfer deficit and alexithymia. *Am. J. Psychiatry* [Vol.146] (1989) [1434-1439]
- Zerssen, D. v. und Koeller, D.M.: Die Beschwerden-Liste (B-L) Beltz, Weinheim (1976)
- Zimmermann, E.: Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen. Verlag Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (2000)

9 Anhang

Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen werden :

- **Somatisierungsstörung ICD-10 F45.0 / DSM IV 300.81**
- **Undifferenzierte Somatisierungsstörung ICD-10 F45.1 / DSM IV 300.81**
- **Somatoforme autonome Funktionsstörung ICD-10 F45.3**
- **Somatoforme Schmerzstörung ICD-10 F45.4 / DSM IV 307.80**

Ein- und Ausschlusskriterien bitte ankreuzen:

AUSSCHLUSSKRITERIEN

- Panikstörung, affektive Erkrankungen, Psychosen
- Dissoziative Störungen, Konversionsstörungen
- Hypochondrische Störungen (primär angstbetont)
- Ticstörungen, abnorme Impulsstörungen
- Mittelgradige und schwerere Intelligenzstörung
- Vorgetäuschte Störungen

- Primär körperliche Erkrankungen, die unter Beteiligung psychischer Faktoren entstehen können, bzw. Psychische Faktoren bei somatischer Krht. ICD-10 F54
 - Rückenschmerzen bei knöchernen oder Bandscheiben-bezogenen Erkrankungen der Wirbelsäule
 - Migräne, Trigeminusneuralgie, Spannungskopfschmerz
 - Tinnitus (Ohrgeräusche)
 - Gelenkschmerz bei Arthrose oder Rheuma
 - Asthma
 - Herzkranzgefäß-, Hochdruck- u. arterielle Gefäßerkrankungen
 - Organische Herzrhythmusstörungen
 - Gastritis, Magen/Duodenal-Ulcus, M. Krohn, Colitis ulcerosa
 - Neurodermitis, Ekzeme und allergische Exantheme, Heuschnupfen
 - Hyperthyreose
 - Andere Erkrankungen nach ICD-10 F54

EINSCHLUSSKRITERIEN

- Kein Ausschlusskriterium trifft zu
- Sprachliche Kompetenz: unter 50 Worte deutsch (geschätzt)

- Somatisierungsstörung ICD-10 F45.0**
 - A.: Mehr als 2 Jahre anhaltend multiple unterschiedliche körperliche Symptome mit deutlichen Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen, für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wurde. Beginn meist vor dem 30. Lebensjahr.
 - B. Symptome aus 4 Symptombereichen (Schmerz, Magen-Darm, Sex und pseudo-neurologische Symptome) sind im Verlauf irgendwann einmal aufgetreten.
 - C. hartnäckige Weigerung, die Beratung durch ärztliche Experten anzunehmen, dass keine körperlichen Erklärungen zu finden sind.

- Undifferenzierte Somatisierungsstörung ICD-10 F45.1**
 - A.: Ein oder mehrere körperliche Beschwerden können medizinisch nicht erklärt werden oder die Schwere der Funktionsbeeinträchtigung bei Beschwerden mit leichtem organischen Hintergrund kann medizinisch nicht erklärt werden.
 - B. Die Beschwerden verursachen Leiden und Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen.
 - C. Die Störung besteht mindestens 6 Monate

- Somatoforme autonome Funktionsstörung ICD-10 F45.3**
 - A.: Hartnäckige und störende Symptome der vegetativen Stimulation, Herzklopfen, Schwitzen, Heiss-kalt Gefühle, Zittern, Erröten.
 - B.: Subjektive Symptome sind bezogen auf ein bestimmtes Organsystem, mit intensiver subj. Beschäftigung mit dem betroffenen Organsystem. Medizinisch besteht kein Anhalt für eine Erkrankung des betreffenden Organsystems.
 - C.: Typische Beschwerden in Organsystemen sind zugehörig:
 - Belastungsabhängige Dysästhesien/Schmerzen Kopf- und Nacken, Haut
 - Kloßgefühl im Hals, nicht-organische Schluckbeschwerden
 - Atembeklemmungen, Hyperventilation, psychogener Husten
 - Druckgefühle in der Brust, Tachykardie
 - Magenbeschwerden, Reizdarm, Flatulenz, Obstipation, Durchfall (nicht-organisch)
 - Gehäufte Harndrang (nichtorganisch)

- Somatoforme Schmerzstörung ICD-10 F45.4**
 - Schmerzen (lokal oder multipel) sind beachtlich, im Vordergrund, mit Leidensdruck, funktionsbeeinträchtigend, ohne oder ohne zureichende medizinische Erklärung
 - Psychische / psychosoziale Probleme spielen eine wichtige Rolle bei Auslösung, Schweregrad, Reexazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen
 - Medizinische Krankheitsfaktoren, wenn vorliegend, erklären nicht Dauer, Ausmaß und Persistenz der Schmerzen

Codenummer / Name:

Geschlecht: männlich weiblich

Bildungsstand: Haupt-/Realschule Abitur abgeschl. Studium unbekannt

Alter:

Datum:

Anleitung

Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten sieben Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

Beispiel:

Frage: Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Rückenschmerzen?

Stärke Ihrer Zustimmung:

Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten „sehr stark“ zutrifft, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen 4 = „sehr stark“ an.

überhaupt nicht
 ein wenig
 ziemlich
 stark
 sehr stark

Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
1. Kopfschmerzen	0 1 2 3 4
2. Nervosität oder innerem Zittern	0 1 2 3 4
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	0 1 2 3 4
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	0 1 2 3 4
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	0 1 2 3 4
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	0 1 2 3 4
7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	0 1 2 3 4
8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	0 1 2 3 4
9. Gedächtnisschwierigkeiten	0 1 2 3 4
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	0 1 2 3 4
11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	0 1 2 3 4
12. Herz- und Brustschmerzen	0 1 2 3 4
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0 1 2 3 4
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	0 1 2 3 4
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0 1 2 3 4
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	0 1 2 3 4
17. Zittern	0 1 2 3 4
18. dem Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann	0 1 2 3 4
19. schlechtem Appetit	0 1 2 3 4
20. Neigung zum Weinen	0 1 2 3 4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	0 1 2 3 4
22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	0 1 2 3 4
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0 1 2 3 4
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	0 1 2 3 4
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	0 1 2 3 4
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	0 1 2 3 4
27. Kreuzschmerzen	0 1 2 3 4
28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	0 1 2 3 4
29. Einsamkeitsgefühlen	0 1 2 3 4
30. Schwermut	0 1 2 3 4
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	0 1 2 3 4
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0 1 2 3 4
33. Furchtsamkeit	0 1 2 3 4
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0 1 2 3 4
35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	0 1 2 3 4
36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	0 1 2 3 4
37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0 1 2 3 4
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig ist	0 1 2 3 4
39. Herzklopfen oder Herzjagen	0 1 2 3 4
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	0 1 2 3 4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0 1 2 3 4
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	0 1 2 3 4
43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	0 1 2 3 4
44. Einschlafschwierigkeiten	0 1 2 3 4
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0 1 2 3 4
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0 1 2 3 4
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0 1 2 3 4
48. Schwierigkeiten beim Atmen	0 1 2 3 4
49. Hitzewallungen und Kälteschauern	0 1 2 3 4
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0 1 2 3 4
51. Leere im Kopf	0 1 2 3 4
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0 1 2 3 4
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	0 1 2 3 4
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0 1 2 3 4
55. Konzentrationsschwierigkeiten	0 1 2 3 4
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0 1 2 3 4
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0 1 2 3 4
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	0 1 2 3 4
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	0 1 2 3 4
60. dem Drang, sich zu überessen	0 1 2 3 4
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	0 1 2 3 4
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	0 1 2 3 4
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0 1 2 3 4
64. frühem Erwachen am Morgen	0 1 2 3 4
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	0 1 2 3 4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	0 1 2 3 4
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0 1 2 3 4
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	0 1 2 3 4
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0 1 2 3 4
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	0 1 2 3 4
71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist	0 1 2 3 4
72. Schreck- und Panikanfällen	0 1 2 3 4
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	0 1 2 3 4
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	0 1 2 3 4
75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	0 1 2 3 4
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	0 1 2 3 4
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0 1 2 3 4
78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können	0 1 2 3 4
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	0 1 2 3 4
80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	0 1 2 3 4
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	0 1 2 3 4
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	0 1 2 3 4
83. dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzten, wenn Sie es zulassen würden	0 1 2 3 4
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	0 1 2 3 4
85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0 1 2 3 4
86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	0 1 2 3 4
87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	0 1 2 3 4
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0 1 2 3 4
89. Schuldgefühlen	0 1 2 3 4
90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0 1 2 3 4

Weiblich | | Alter
 Männlich | | Alter
 Volksschule: z.Z. unter
 Mittelschule: Belastungen
 Oberschule: (Trennung,
 Umzug, usw):
 z.Z. in psychologischer
 oder nervenärztlicher
 Behandlung, bzw. Einnahme
 von Medikamenten gegen
 seelische Beschwerden:
 JA NEIN JA NEIN

BESCHWERDE FRAGEBOGEN

"Sie lesen hier eine Reihe von Aussagen, die Menschen über ihre Probleme und Beschwerden machen können. Bitte überlegen Sie, in welcher Weise jede Aussage für Sie im Verlauf der letzten Woche zutraf."

"GELEGENTLICH steht auch für: selten, manchmal, zeitweilig.

ÖFTER steht z.B. auch für: an mehr als ca. 1/3 der Zeit oder der Tage

FAST IMMER steht auch für: an mehr als ca. 2/3 aller Tage, sehr oft, ununterbrochen"

"Bei der Frage nach dem Schweregrad der Beschwerde (Wie sehr? Mäßig, deutlich, sehr stark?) bedenken Sie bitte Ihre gesamten Erfahrungen mit möglichen Ausprägungen der jeweiligen Beschwerde."

"Trifft die folgende Aussage auf Sie zu im Hinblick auf die vergangene Woche?"

	Wie oft?				Wie sehr?		
	nie	gelegentlich	öfter	fast immer	mäßig	deutlich	sehr stark
1. Ich hatte Blähungen oder Verstopfung	0	1	2	3	0	1	2
2. Ich bin ins Grübeln versunken, sehe nur Negatives	0	1	2	3	0	1	2
3. Ich neigte dazu, aufzugeben. Meine Zukunft ist aussichtslos	0	1	2	3	0	1	2
4. Ich fühlte mich hilflos und ratlos	0	1	2	3	0	1	2
5. Ich war innerlich wie versteinert, hatte keine Gefühle mehr	0	1	2	3	0	1	2
6. Ich verspürte eine tiefe quälende Lebensangst	0	1	2	3	0	1	2
7. Ich fühlte mich sehr ernst, bedrückt, tief am Boden, schwermütig oder traurig	0	1	2	3	0	1	2
8. Eigentlich konnte mich nichts mehr ermuntern oder freuen	0	1	2	3	0	1	2
9. Ich wachte früher auf als sonst und konnte nicht wieder einschlafen	0	1	2	3	0	1	2
10. Gegen abend fühlte ich mich besser	0	1	2	3	0	1	2
11. Eigentlich hat mich nichts mehr interessiert (z.B. auch Menschen, die mir nahe stehen)	0	1	2	3	0	1	2
12. Ich war in allem langsamer als sonst, redete weniger, brachte weniger zustande	0	1	2	3	0	1	2

"Trifft die folgende Aussage auf Sie zu
im Hinblick auf die vergangene Woche?"

Wie oft?

Wie sehr?

	Wie oft?				Wie sehr?		
	nie	gelegentlich	öfter	fast immer	mäßig	deutlich	sehr stark
13. Eigentlich hatte ich keinen Appetit oder ich habe weniger gegessen als sonst	0	1	2	3	0	1	2
14. Ich habe abgenommen (deutlich = mehr als 5% meines Gewichts), obwohl mir körperlich nichts fehlt	0	1	2	3	0	1	2
15. Zu allem fehlten mir Energie und Antrieb	0	1	2	3	0	1	2
16. Ich habe versagt und fühlte mich geradezu wertlos	0	1	2	3	0	1	2
17. Ich machte mir Vorwürfe und fühlte mich irgendwie schuldig, auch wenn andere dem widersprachen	0	1	2	3	0	1	2
18. Ich dachte daran, mein Leben zu beenden	0	1	2	3	0	1	2
19. Ich habe mehr gegessen als sonst	0	1	2	3	0	1	2
20. Ich habe mehr geschlafen als sonst	0	1	2	3	0	1	2
21. Es war schwierig, ein- oder durchzuschlafen	0	1	2	3	0	1	2
22. Ich konnte mich nicht richtig konzentrieren oder für etwas entscheiden	0	1	2	3	0	1	2
23. Ich fühlte mich unausgeglichen und reizbar	0	1	2	3	0	1	2
24. Ich war so unruhig, daß ich kaum stillsitzen konnte	0	1	2	3	0	1	2
25. Ich fühlte mich eher erschöpft und rasch ermüdet	0	1	2	3	0	1	2
26. Ich fühlte mich innerlich unruhig und nervös	0	1	2	3	0	1	2
27. Mein Selbstvertrauen war eher angegriffen	0	1	2	3	0	1	2
28. Ich fühlte mich im allgemeinen ängstlich und unsicher	0	1	2	3	0	1	2
29. Ich war in vielleicht übertriebener Sorge über verschiedene Lebensumstände: z.B. berufliche, finanzielle, familiäre oder auch partnerschaftliche.	0	1	2	3	0	1	2
30. Ich befürchtete, daß mir oder jemandem, der mir nahe steht, irgendein Unheil droht	0	1	2	3	0	1	2
31. Ich fühlte mich gespannt: aus geringem Anlaß konnte ich erschrecken, mich aufregen oder plötzlich weinen	0	1	2	3	0	1	2
32. Ich hatte verspannte Muskel, ein Druckgefühl im Kopf, Kreuz- oder Gliederschmerzen	0	1	2	3	0	1	2

"Trifft die folgende Aussage auf Sie zu
im Hinblick auf die vergangene Woche?"

Wie oft?

Wie sehr?

	Wie oft?				Wie sehr?		
	nie	gelegentlich	öfter	fast immer	mäßig	deutlich	sehr stark
33. Ich spürte einen Druck oder eine Art Kloß im Hals	0	1	2	3	0	1	2
34. Bei starker Spannung hatte ich einen trockenen Mund	0	1	2	3	0	1	2
35. Meine Hände waren eher feucht oder naßkalt	0	1	2	3	0	1	2
36. Ich hatte eine nervöse Blase, vermehrt Harndrang	0	1	2	3	0	1	2
37. Ich verspürte ein unwillkürliches Zucken oder Ziehen einiger Muskeln	0	1	2	3	0	1	2
38. Ich habe gezittert oder innerlich gebebt	0	1	2	3	0	1	2
39. Ich hatte Durchfälle	0	1	2	3	0	1	2
40. Mir wurde plötzlich übel, unwohl vom Magen her	0	1	2	3	0	1	2
41. Ich fühlte mich benommen und schwindlig	0	1	2	3	0	1	2
42. Es überlief mich heiß oder eiskalt	0	1	2	3	0	1	2
43. Ich hatte Schweißausbrüche	0	1	2	3	0	1	2
44. Ich hatte Atembeklemmungen oder meinte, zu ersticken	0	1	2	3	0	1	2
45. Ich hatte plötzlich Herzklopfen oder Herzjagen	0	1	2	3	0	1	2
46. Ich verspürte plötzlich ein Herzstolpern	0	1	2	3	0	1	2
47. Ich hatte ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Brust	0	1	2	3	0	1	2
48. Ich habe vor Aufregung so heftig geatmet, daß ich fast das Bewußtsein verlor	0	1	2	3	0	1	2
49. Ich hatte plötzlich Schwächegefühle, und meinte, zusammenzubrechen oder das Bewußtsein zu verlieren	0	1	2	3	0	1	2
50. Ich hatte Taubheitsgefühle oder spürte ein Kribbeln im Gesicht, an Händen und Füßen	0	1	2	3	0	1	2
51. Ich empfand plötzlich alles wie unwirklich und fremd, manchmal vielleicht sogar auch Teile meines Körpers.	0	1	2	3	0	1	2
52. Ich geriet plötzlich in einen Zustand von höchster Angst und Panik, ohne daß dazu irgendein Anlaß vorlag.	0	1	2	3	0	1	2
53. Ich hatte plötzliche Todesangst	0	1	2	3	0	1	2

"Trifft die folgende Aussage auf Sie zu
im Hinblick auf die vergangene Woche?"

Wie oft?

Wie sehr?

Wie oft?				Wie sehr?		
nie	gelegentlich	öfter	fast immer	mäßig	deutlich	sehr stark

54. Ich hatte plötzlich Angst, "verrückt" zu werden,
oder die Kontrolle zu verlieren 0 1 2 3 | 0 1 2

55. Ich verlor plötzlich den inneren Halt und geriet in Panik in ganz
alltäglichen Situationen mit Leuten: z.B. auf der Straße, im Kino, im
Kaufhaus oder vor der Kasse. 0 1 2 3 | 0 1 2

Ich habe oder hätte es vermieden:

56. Mich in dichtgedrängte Menschenmengen oder in dichten
zähflüssigen Verkehr zu begeben 0 1 2 3 | 0 1 2

57. Massenverkehrsmittel, oder Fahrstühle zu benutzen 0 1 2 3 | 0 1 2

58. Mich in fremden geschlossenen Räumen aufzuhalten 0 1 2 3 | 0 1 2

59. Mich an Orte zu begeben, an denen es vor mir oder
unter mir in die Tiefe geht 0 1 2 3 | 0 1 2

60. Allein auf leeren Straßen oder Plätzen zu verweilen 0 1 2 3 | 0 1 2

61. Meine gewohnte Umgebung unbegleitet zu verlassen 0 1 2 3 | 0 1 2

62. Die Aufmerksamkeit anderer auf mich zu ziehen (z.B.
vor Fremden zu reden), aus Angst, etwas falsch zu
machen, bloßgestellt oder abgelehnt zu werden 0 1 2 3 | 0 1 2

63. Gewisse harmlose Tiere oder Dinge (z.B. Blut) haben
oder hätten mich sicher in Angst versetzt, ich nähme
etwas auf mich, um dem aus dem Wege zu gehen 0 1 2 3 | 0 1 2

64. Ich verspürte eine Art Zwang, bestimmte Dinge in Alltag oder Beruf
sinnlos oft überprüfen zu müssen. 0 1 2 3 | 0 1 2

65. Ich unterlag einem inneren Zwang, bestimmte Handlungen sinnlos oft
und stets gleichartig wiederholen zu müssen, z.B. ständiges Säubern. 0 1 2 3 | 0 1 2

66. Ich unterlag einem inneren Zwang, bestimmte sinnlose unerwünschte
Gedanken immer gleichartig wiederholt denken zu müssen. 0 1 2 3 | 0 1 2

67. Ich beobachtete meinen Körper sehr genau und dachte
mit Sorge an mögliche oder verborgene Erkrankungen,
auch wenn ärztlich nicht bestätigt. 0 1 2 3 | 0 1 2

68. Im Grunde habe ich Hoffnung 0 1 2 3 | 0 1 2

Rohwerte

Sprachkurs	Patientennummer	Alter	Immigrationsalter	Jahre in Deutschland	Beschwerden-Liste		SCL-90							
					Tag 0	Tag 150	Somatistierung Tag 0	Somatistierung Tag 150	Ängstlichkeit Tag 0	Ängstlichkeit Tag 150	Unsicherheit im Sozialkontakt Tag 0	Unsicherheit im Sozialkontakt Tag 150	Phobische Angst Tag 0	
1	1	27	19	8	23,00	16,00	2,50	0,00	12,50	7,50	27,50	15,00	2,50	
2	2	47	32	15	40,00	35,00	35,00	27,50	17,50	15,00	27,50	10,00	10,00	
3	3	40	18	22	22,00	18,00	35,00	31,25	20,00	15,00	15,00	12,50	10,00	
4	4	33	25	8	21,00	7,00	32,50	5,00	20,00	2,50	15,00	7,50	7,50	
5	5	23	15	8	61,00	27,00	82,50	22,50	85,00	30,00	77,50	20,00	52,50	
6	6	31	21	10	32,00	9,00	57,50	10,00	35,00	2,50	25,00	15,00	15,00	
7	7	45	43	2	21,00	8,00	20,00	15,00	12,50	2,50	15,00	5,00	0,00	
8	8	42	24	18	17,00	10,00	32,50	20,00	15,00	7,50	7,50	22,50	2,50	
9	9	37	21	16	32,00	14,00	60,00	25,00	72,50	25,00	57,50	15,00	77,50	
10	10	25	19	6	36,00	23,00	45,00	32,50	40,00	27,50	5,00	30,00	32,50	
11	11	21	19	2	33,00	24,00	50,00	40,00	47,50	35,00	30,00	20,00	27,50	
12	12	25	17	8	18,00	10,00	22,50	5,00	25,00	15,00	35,00	7,50	22,50	
13	13	27	20	7	28,00	15,00	62,50	22,50	65,00	25,00	70,00	25,00	72,50	
14	14	46	23	23	20,00	16,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
15	15	31	16	15	40,00	26,00	65,00	32,50	50,00	30,00	45,00	35,00	32,50	
	Mittelwert Sprachkurs	33	22	11	29,60	17,20	41,89	20,97	36,22	17,72	31,89	17,72	26,05	
	Kontrollgruppe	16	26	24	28,00	28,00	42,50	42,50	17,50	10,00	20,00	22,50	5,00	
	17	41	29	12	28,00	49,00	62,50	75,00	35,00	60,00	27,50	57,50	7,50	
	18	51	49	2	9,00	10,00	20,00	6,25	40,00	17,50	10,00	20,00	22,50	
	19	26	24	2	32,00	35,00	35,00	40,00	17,50	22,50	2,50	5,00	10,00	
	20	57	30	27	28,00	41,00	60,00	32,50	20,00	35,00	27,50	32,50	35,00	
	21	45	36	9	36,00	43,00	57,50	72,50	25,00	42,50	20,00	25,00	10,00	
	22	42	17	25	25,00	46,00	37,50	52,50	25,00	40,00	17,50	80,00	25,00	
	23	54	17	35	52,00	67,00	97,50	100,00	62,50	97,50	62,50	80,00	35,00	
	24	52	22	32	8,00	27,00	25,00	45,00	10,00	30,00	17,50	10,00	7,50	
	25	19	18	1	28,00	27,00	32,50	22,50	12,50	20,00	20,00	7,50	7,50	
	26	33	20	13	23,00	30,00	35,00	22,50	42,50	22,50	25,00	5,00	22,50	
	27	26	19	7	17,00	12,00	15,00	20,00	17,50	7,50	20,00	7,50	2,50	
	28	34	25	9	30,00	14,00	47,50	17,50	40,00	15,00	45,00	30,00	22,50	
	Mittelwert Kontrollgruppe	41	26	15	26,46	32,83	45,40	43,96	29,83	34,06	25,98	30,79	18,10	

0,00	45,00	32,50	57,50	32,50	27,50	2,50	17,50	5,00	15,00	2,50
2,50	20,00	15,00	25,00	0,00	22,50	12,50	20,00	0,00	45,00	2,50
3,50	30,00	15,00	32,50	12,50	12,50	7,50	8,25	17,50	17,50	10,00
0,00	30,00	12,50	20,00	7,50	20,00	5,00	12,50	12,50	10,00	7,50
0,00	85,00	35,00	82,50	20,00	82,50	25,00	92,50	10,00	80,00	30,00
7,50	30,00	12,50	25,00	5,00	17,50	2,50	37,50	7,50	15,00	10,00
0,00	42,50	2,50	7,50	0,00	10,00	5,00	32,50	15,00	10,00	0,00
15,00	35,00	20,00	12,50	12,50	20,00	22,50	20,00	20,00	7,50	12,50
15,00	90,00	42,50	40,00	12,50	57,50	22,50	55,00	12,50	57,50	17,50
17,50	67,50	30,00	45,00	20,00	42,50	32,50	25,00	5,00	32,50	25,00
15,00	40,00	42,50	25,00	12,50	22,50	22,50	25,00	17,50	32,50	25,00
7,50	47,50	20,00	32,50	17,50	30,00	15,00	17,50	17,50	7,50	12,50
22,50	75,00	32,50	42,50	20,00	72,50	30,00	75,00	25,00	55,00	10,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
17,50	67,50	42,50	30,00	20,00	55,00	32,50	32,50	25,00	27,50	17,50
9,95	48,72	26,39	33,55	14,55	34,55	17,55	33,72	13,77	29,22	13,89
7,50	17,50	22,50	0,00	25,00	0,00	22,50	0,00	20,00	15,00	12,50
15,00	42,50	62,50	37,50	45,00	32,50	65,00	32,50	67,50	10,00	50,00
17,50	12,50	12,50	0,00	5,00	22,50	10,00	5,00	12,50	12,50	10,00
25,00	45,00	45,00	32,50	50,00	42,50	50,00	5,00	5,00	12,50	15,00
22,50	67,50	35,00	32,50	25,00	25,00	25,00	25,00	32,50	25,00	17,50
15,00	27,50	57,50	25,00	82,50	20,00	40,00	20,00	70,00	5,00	47,50
42,50	15,00	62,50	12,50	62,50	12,50	47,50	17,50	32,50	2,50	45,00
100,00	80,00	75,00	82,50	75,00	70,00	77,50	80,00	57,50	55,00	50,00
27,50	15,00	35,00	12,50	32,50	10,00	17,50	12,50	37,50	7,50	0,00
2,50	40,00	45,00	25,00	17,50	30,00	52,50	37,50	20,00	7,50	20,00
27,50	45,00	20,00	25,00	17,50	10,00	2,50	25,00	12,50	2,50	5,00
7,50	20,00	17,50	12,50	12,50	20,00	15,00	12,50	7,50	7,50	2,50
17,50	47,50	27,50	30,00	12,50	52,50	30,00	12,50	17,50	35,00	15,00
26,94	38,29	41,56	26,94	37,33	28,48	36,75	23,67	31,94	16,94	24,06

Phobische Angst Tag 150

Zwang Tag 0

Zwang Tag 150

Aggressivität Tag 0

Aggressivität Tag 150

Depressivität Tag 0

Depressivität Tag 150

Paranoides Denken Tag 0

Paranoides Denken Tag 150

Psychotizismus Tag 0

Psychotizismus Tag 150

11,30	5,00	31,40	20,00	72,00	5,00	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15,00	25,00	17,10	31,40	16,00	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10,00	6,30	11,40	2,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7,50	1,30	17,10	2,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
22,50	18,80	42,30	45,70	15,00	20,00	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
16,50	11,30	45,80	0,00	35,00	15,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11,30	2,50	17,10	17,10	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
18,80	2,50	14,30	11,40	25,00	0,00	0,00	0,00	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7,50	2,50	25,70	5,70	15,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13,60	13,60	37,10	31,50	10,00	16,60	40,00	0,00	20,00	40,00	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
26,30	10,00	28,60	14,30	15,00	5,00	0,00	0,00	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25,00	3,80	34,30	11,40	15,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
17,50	1,30	14,30	8,60	10,00	5,00	40,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25,00	21,30	34,30	31,40	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
17,50	10,00	11,40	5,70	15,00	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
16,35	9,01	25,48	15,99	18,20	5,77	9,33	14,67	2,67	4,00	1,11	1,38	0,44	0,28						
28,20	52,90	31,40	51,40	20,00	40,00	0,00	0,00	80,00	100,00	0,00	43,30	8,80	22,20						
41,30	69,40	40,00	43,00	40,00	36,00	20,00	20,00	0,00	10,00	20,00	18,50	17,80	21,00						
10,00	5,00	14,30	11,40	10,00	10,00	20,00	20,00	0,00	0,00	3,30	3,30	2,20	4,40						
7,50	18,80	48,60	65,70	25,00	35,00	20,00	6,70	0,00	0,00	6,70	6,70	6,70	6,70						
10,30	43,50	20,00	57,10	10,00	10,00	0,00	60,00	60,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,10						
37,50	50,00	45,70	57,10	30,00	32,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,70	10,00						
21,30	25,30	37,10	68,60	15,00	35,00	0,00	0,00	0,00	60,00	6,60	6,60	4,40	17,80						
57,50	90,00	60,00	100,00	50,00	100,00	40,00	100,00	80,00	100,00	20,00	33,30	31,10	80,00						
5,00	7,50	8,60	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,30	0,00	0,00	0,00						
8,80	20,00	22,90	57,10	15,00	20,00	0,00	60,00	0,00	0,00	0,00	16,70	0,00	6,70						
14,10	42,50	17,10	65,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16,60	60,00	17,70	17,70						
11,30	12,50	40,00	28,60	45,00	20,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	10,00	6,70	0,00						
37,60	8,80	25,70	11,40	40,00	15,00	80,00	80,00	60,00	0,00	20,00	66,60	0,00	0,00						
22,34	34,32	31,65	49,01	23,08	27,15	13,85	26,67	21,54	28,46	7,42	20,38	7,85	15,20						

	Zwang Tag 0	Zwang Tag 150	Depression Tag 0	Depression Tag 150
	0,00	0,00	25,00	20,00
	0,00	6,60	3,80	16,30
	0,00	0,00	15,00	2,50
	0,00	6,70	0,00	1,30
	0,00	0,00	12,50	3,80
	0,00	0,00	11,80	5,90
	0,00	0,00	7,50	5,00
	0,00	0,00	7,50	3,80
	0,00	0,00	7,00	1,30
	0,00	6,70	10,00	10,00
	0,00	18,70	1,00	6,30
	0,00	6,70	12,50	1,30
	6,70	10,00	3,80	5,00
	0,00	0,00	5,00	5,00
	0,00	0,00	3,80	10,00
	0,45	3,69	8,41	6,50
	6,60	73,30	25,00	31,80
	0,00	0,00	16,30	20,00
	0,00	0,00	3,80	2,50
	6,70	6,70	28,80	52,50
	6,70	0,00	23,80	11,30
	0,00	0,00	21,30	32,50
	6,70	20,00	15,00	42,50
	13,30	100,00	37,50	75,00
	0,00	20,00	2,50	7,50
	0,00	66,70	3,80	43,80
	0,00	26,60	12,90	7,50
	0,00	26,70	31,30	6,30
	26,70	0,00	42,50	35,00
	5,13	26,15	20,35	28,32

Korrelationen: Gesamte Stichprobe am Tag 0 (SCL-90/LSAD/ B-L)

Gesamte Stichprobe Tag 0

<u>LSAD vs. LSAD</u>										
<u>LSAD/LSAD</u>	<u>Somat.</u>	<u>Stress</u>	<u>Hypochond.</u>	<u>GAS</u>	<u>Soz. Phobie</u>	<u>Agoraphobie</u>	<u>Panik</u>	<u>Zwang</u>	<u>Depression</u>	
Somat.	1	(+)0,6 0,001	(+)0,5 0,01	(+)0,5 0,01	(+)0,4 0,03	(+)0,6 0,001	(+)0,6 0,000	(+)0,5 0,01	(+)0,5 0,01	
Stress	(+)0,6 0,001	1	n.s.	(+)0,6 0,001	n.s.	n.s.	(+)0,5 0,007	n.s.	(+)0,6 0,002	
Hypochond.	(+)0,5 0,01	n.s.	1	n.s.	(+)0,4 0,02	(+)0,4 0,03	(+)0,4 0,04	(+)0,7 0,000	(+)0,6 0,000	
GAS	(+)0,5 0,01	(+)0,6 0,001	n.s.	1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	(+)0,6 0,000	
Soz. Phobie	(+)0,4 0,03	n.s.	(+)0,4 0,02	n.s.	1	(+)0,6 0,000	n.s.	(+)0,7 0,000	(+)0,5 0,01	
Agoraphobie	(+)0,6 0,001	n.s.	(+)0,4 0,03	n.s.	(+)0,6 0,000	1	(+)0,7 0,000	(+)0,6 0,001	(+)0,5 0,01	
Panik	(+)0,6 0,000	(+)0,5 0,007	(+)0,4 0,04	n.s.	n.s.	(+)0,7 0,000	1	n.s.	(+)0,5 0,01	
Zwang	(+)0,5 0,01	n.s.	(+)0,7 0,000	n.s.	(+)0,7 0,000	(+)0,6 0,001	n.s.	1	(+)0,7 0,000	
Depression	(+)0,5 0,01	(+)0,6 0,002	(+)0,6 0,000	(+)0,6 0,000	(+)0,5 0,01	(+)0,5 0,01	(+)0,5 0,01	(+)0,7 0,000	1	

SCL-90 vs. LSAD

SCL-90/LSAD	Somat.	Stress	Hypocond.	GAS	Soz. Phobie	Agoraphobie	Panik	Zwang	Depression
Somat.	(+)0,6 0,001	(+)0,4 0,04	(+)0,4 0,05	n.s.	n.s.	(+)0,4 0,06	(+)0,4 0,02	n.s.	n.s.
Ängstlichkeit	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	(+)0,5 0,02	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Phobie	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Soz. Phobie	(+)0,4 0,04	n.s.	n.s.	n.s.	(+)0,4 0,02	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Zwang	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	(+)0,4 0,03	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Depression	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	(+)0,7 0,00	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Aggressivität	(+)0,4 0,05	(+)0,5 0,01	n.s.	n.s.	(+)0,5 0,01	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Paranoid.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Psychot.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	(+)0,5 0,01	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

B-L vs. LSAD

	Somat.	Stress	Hypochohnd.	GAS	Soz. Phobie	Agoraphobie	Panik	Zwang	Depression
Beschwerden	(+)0,5	(+)0,5	n.s.	n.s.	(+)0,4	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Liste/ LSAD	0,02	0,01			0,05				

B-L vs. SCL-90

	Somat.	Ängstlichkeit	Phobie	Soz. Phobie	Zwang	Depression	Aggressivität	Paranoid.	Psychot
Beschwerden	(+)0,8	(+)0,6	(+)0,4	(+)0,6	(+)0,6	(+)0,7	(+)0,7	(+)0,7	(+)0,7
Liste/ SCL-90	0,000	0,000	0,03	0,001	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000