

Störungen des Körpererlebens bei akuten Angsterkrankungen und Depressionen – Neurotizismus oder Somatisierung?

*Disturbances of Body-Experience in Acute Anxiety and Depressive Disorders –
Neuroticism or Somatization?*

Zusammenfassung

Angesichts der generellen Unklarheit bezüglich des Zusammenhanges körperbezogener Psychopathologie mit den jeweiligen Leitsymptomen bei Angsterkrankungen und Depressionen wurden diese Phänomene systematisch untersucht. Ziel der Arbeit war es, die diagnostische und klinische Relevanz dieser Symptomatik aufzuklären und dabei der Frage nachzugehen, in welcher Weise sich die systematisch zu beschreibenden Störungen des Körpererlebens von funktionellen Organbeschwerden abgrenzen. Wir untersuchten Körperschema/-größenwahrnehmung (Image-Marking-Verfahren), Teilaspekte des Körperbilds/-konzepts (Skalen des Body Distortion Questionnaire und visuelle Analogskalen bezüglich der Beurteilung von Körpergewicht und Körpergröße) und Körperkathexis/-zufriedenheit (visuelle Analogskala), deren Veränderungen im Verlauf einer stationären Behandlung und deren Zusammenhänge mit funktionellen Organbeschwerden (Zerssen-Beschwerdeliste) sowie sonstigen psychopathologischen Symptomen (Hamilton-Angstskala bzw. Hamilton-Depressionsskala, Clinical Anxiety Scale, State-Trait Anxiety Scale, Brief Psychiatric Rating Scale) bei $n=28$ Patienten mit Angststörungen (ICD-10, F40–F41) und $n=40$ Patienten mit depressiven Störungen (ICD-10, F32–F34) innerhalb der ersten drei Tage nach Aufnahme sowie nach zwei und nach vier Wochen einer akutstationären Behandlung. Die Körperwahrnehmung wurde zugleich bei einer Vergleichsgruppe von $n=44$ Normalpersonen (Klinikpersonal) im Längsschnitt untersucht. Beide Patientengruppen bewerteten zum Aufnahmezeitpunkt ihren Körper negativ, beklagten eine Vielzahl körperlicher Beschwerden und wiesen sowohl Phänomene somatischer Depersonalisation als auch Körpergrenzstörungen, jedoch im Vergleich mit der Kontrollgruppe keine relevanten Störungen der Körperwahrnehmung

Abstract

In view of the uncertain relationship between body related „Boundary loss“ and anxiety as well as depression symptoms we carried out the following study. Our aim was to explore these symptoms in their diagnostic and clinical significance and to define body distortions and organic disturbances. We examined the body perception (via Image Marking Procedure), aspects of body image via Body Distortion Questionnaire and via Visual Analogue Scales on self-perception of body weight and size) and body cathexis/satisfaction (via Visual Analogue-Scale) and their changes during hospital treatment in 28 patients with anxiety disorders (ICD-10, F40–F41) and 40 patients with depressive disorders (ICD-10, F32–F34). The phenomena were assessed by following instruments: Hamilton Anxiety Scale, Hamilton Depression Scale, Clinical Anxiety Scale, State-Trait Anxiety Scale, Brief Psychiatric Rating Scale. Functional somatic complaints were assessed by Zerssen Complaint list three days after admission and again two and four weeks after inpatient treatment. Body size estimation was also assessed longitudinally in a control group of 44 healthy individuals (ward staff). On average, both patient groups displayed body dissatisfaction and high scores in the somatic complaint list as well as somatic depersonalisation and boundary loss, but in comparison with the control group there were no relevant disturbances of body size estimation. The body related phenomena were all closely correlated among each other as well as with psychopathology scores of anxiety and depressive disorder. The symptoms decreased significantly together with reduction of the psychopathological phenomena. The results could be regarded as body related equivalent of these psychopathological disturbances or they could be interpreted as symbolic (somatized) bodily represented negative cog-

Institutsangaben

Academic Unit for Social & Community Psychiatry, East Ham Memorial Hospital, East London & The City Mental Health NHS Trust

Korrespondenzadresse

Dr. med. Frank Röhricht · Academic Unit for Social & Community Psychiatry · East Ham Memorial Hospital · London E7 8QR · UK · E-mail: froehricht@cs.com

Eingegangen: 31.5.2001 · Angenommen: 27.9.2001

Bibliografie

Psychother Psych Med 2002; 52: 205–213 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0937-2032

mung, auf. Die körperbezogenen Phänomene waren allesamt eng untereinander sowie mit den jeweiligen Psychopathologiescores der Erkrankungen korreliert und besserten sich signifikant und parallel zur Besserung der allgemeinen Psychopathologie über die Zeit. Die Befunde können als uniforme körperbezogene Korrelate der psychopathologischen Kernsymptome dieser Erkrankungen aufgefasst oder als körpernah symbolisierter (somatisierter) Ausdruck der den Angststörungen und depressiven Störungen gemeinsamen negativistischen Kognitionen und Affekte interpretiert werden. Die Hypothese eines die akute Erkrankung überdauernden, körperbezogenen Neurotizismusmerkmals ließ sich hingegen nicht unterstützen.

Einleitung

Das Symptomenspektrum der Angststörungen und der depressiven Störungen umfasst eine Vielzahl körperbezogener Beschwerden bzw. körpernaher psychopathologischer Phänomene. Die körperlichen Beschwerden können das klinische Bild weitgehend dominieren, die Patienten erleben Angst und Depression dann vorwiegend körperlich. Gleichzeitig sind körperliche Beschwerden im psychischen Erleben häufig mit Angstsymptomen und Niedergeschlagenheit assoziiert.

Möller et al. [1] betonten für die Angststörungen, dass das subjektive Erleben von Angst oft gar nicht im Vordergrund der Beschwerden stehe und die Patienten stattdessen eine Vielzahl von körperlichen Beschwerden schildern. In ihrer Auflistung dieser als „Angstäquivalent“ bezeichneten Symptomatik finden sich einerseits physiologische Korrelate der Angst (Tachykardie, Palpitationen, Durchfall, Zittern, Schwitzen), aber auch unspezifische körperliche Symptome (Schwindel, Erstickungsgefühle, Atemnot, Brustschmerzen, Parästhesien, weiche Knie, Ohnmachtsgefühle, Harndrang). Ausgeprägte körperbezogene Ängste werden auch als Leitsymptome der den somatoformen Störungen zugeordneten hypochondrischen und körperdysmorphen Störungen beschrieben.

Auch die Leit- bzw. Kernsymptome depressiver Erkrankungen sind durch eine Leibnähe der Phänomene gekennzeichnet. Herausragendes Beispiel sind die so genannten „Störungen der Vitalgefühle“ bzw. Vitalsymptome [2] oder leibliche Missempfindungen, die von Patienten im Rahmen moderater oder schwerer depressiver Episoden beklagt werden (Globusgefühl, Druck-/Schweregefühl auf der Brust, Schmerzzustände). Weiterhin sind häufig anzutreffende körperlich-vegetative Symptome hier zu benennen (hauptsächlich Appetit- und Gewichtsverlust, Libidoabnahme und Schlafstörungen). Die depressiven Erkrankungen sind bestimmt von trauriger Verstimmung, Anhedonie, Antriebsminderung/-losigkeit, Interessenverlust, Gefühl der Wertlosigkeit und/oder Hoffnungslosigkeit sowie Denkhemmungen. Hierfür lassen sich insbesondere im Bereich des mimisch-gestischen körperlichen Ausdrucksverhaltens [3] Korrelate identifizieren: herabgesetzter Muskeltonus bzw. ein allgemein herabgesetztes Aktivitätsniveau, ein Schweregefühl und eine eingeschränkte – teils jedoch auch im Falle der agitierten Depression übersteigerte – Psychomotorik. Eine Sonderform der depressiven Erkrankung, im deutschen Sprachgebrauch als „larvierte Depression“ be-

zeichnet, ist gänzlich dominiert von Körpersymptomen bzw. nur durch diese repräsentiert (Störungen der Vitalgefühle, vegetative Symptome und funktionelle Organbeschwerden, hauptsächlich Kopf- und Rückenschmerzen und vielfältige Magen-, Darm- und Unterleibsbeschwerden). Im Rahmen schwerer psychotischer Depression wird der Körper in extremer Weise thematisiert; hypochondrische Ängste können wahnhaft ausgestaltet werden, wenn die Patienten z. B. unter dem Eindruck stehen, schwerst körperlich erkrankt zu sein oder sogar „bei lebendigem Leib zu verwesen“.

Key words

Body experience · Body schema/Body size perception · Body image · Body cathexis · Anxiety disorder · Depressive disorder · Psychopathology

zeichnet, ist gänzlich dominiert von Körpersymptomen bzw. nur durch diese repräsentiert (Störungen der Vitalgefühle, vegetative Symptome und funktionelle Organbeschwerden, hauptsächlich Kopf- und Rückenschmerzen und vielfältige Magen-, Darm- und Unterleibsbeschwerden). Im Rahmen schwerer psychotischer Depression wird der Körper in extremer Weise thematisiert; hypochondrische Ängste können wahnhaft ausgestaltet werden, wenn die Patienten z. B. unter dem Eindruck stehen, schwerst körperlich erkrankt zu sein oder sogar „bei lebendigem Leib zu verwesen“.

Angesichts dieser eindrucksvollen klinischen Evidenz zur Bedeutung des Körpererlebens in der symptomatischen Ausprägung von depressiven Störungen und Angststörungen erstaunt es, dass keine empirischen Studien publiziert sind, die sich explizit und systematisch mit differenten Aspekten des Körpererlebens und dem Zusammenhang mit psychopathologischen Kernsymptomen dieser Erkrankungen beschäftigen. Während zu schizophrenen Erkrankungen Ergebnisse vorliegen, die auf ein Muster gestörten Körpererlebens hinweisen [4–6], wurde die Frage nach der Spezifität der bei Angsterkrankungen und Depressionen beschriebenen Körpersensationen sowie die phänomenologische Abgrenzung umschriebener Störungen des Körpererlebens von den funktionellen Organbeschwerden bislang nicht systematisch untersucht.

Die nun vorliegende Studie bemühte sich um Klärung folgender Fragestellungen:

1. Lassen sich im Vergleich unterschiedlicher psychischer Erkrankungen spezifische Störungen von definierten Teilaspekten des Körpererlebens (Körperbild, Körperkathexis, Körperwahrnehmung) für depressive Störungen und/oder Angststörungen identifizieren?
2. Wie hängen zu beschreibende Störungen des Körpererlebens dieser Erkrankungen mit sonstiger Psychopathologie und untereinander zusammen?
3. Wie veränderungsstabil sind die zu beschreibenden Störungen des Körpererlebens im Verlauf einer akut stationären Behandlung?
4. In welcher Weise grenzen sich die Störungen des Körpererlebens von funktionellen Organbeschwerden ab?

Methodik

In die Studie wurden konsekutiv zur stationären Behandlung in eine Berliner psychiatrische und psychosomatische Klinik mit Pflichtversorgungsauftrag aufgenommene Patienten im Alter von 18–60 Jahren eingeschlossen, die mit einer akuten Angststörung oder depressiven Störung diagnostiziert worden waren. Ausgeschlossen wurden Patienten mit körperlichen Erkrankungen oder körperlichen Behinderungen sowie Patienten mit komorbider Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit. Die Eingangsuntersuchung erfolgte in den ersten drei Tagen nach stationärer Aufnahme, weitere Untersuchungen wurden nach zwei und nach vier Wochen stationärer Behandlung durchgeführt.

Das Körpererleben der Patienten wurde im Hinblick auf operationalisierte Teilaspekte wie folgt untersucht:

- Körperschema/-größenwahrnehmung:** Image-Marking-Methode/IMV [7], modifiziert nach Meermann [8], Röhricht [9] und Priebe u. Röhricht [6] zur Erfassung der segmentalen Körpergrößeneinschätzung. Die Patienten schätzten die Ausmaße von insgesamt zehn Körperdistanzen (Kopf frontal/Schläfenabstand, Schulter, Taille, Hüfte, Ober- und Unterschenkel frontal, Kopf sagittal/Hinterkopf-Nasenspitze, Rücken-Bauch, Ober- und Unterschenkel sagittal) auf der Grundlage taktiler Stimuli (Stangenzirkel) sowie visuell dargebotener neutraler Stimuli (Buchrücken, Ball, Lineal). Die Körperdistanzen wurden für die weitere Auswertung zu drei Körpersegmentmaßen (Kopf, Rumpf und Bein) und einem Maß für die neutralen Objekte inhaltlich zusammengefasst. Die statistische Auswertung der Schätzwerte erfolgte mit dem Body-Perzeption-Index (BPI = Schätzmaß/Realmaß \times 100).
- Körperbild/-konzept (ausgewählte Teilaspekte):** Verwendet wurden die Skalen „Boundary loss“ („Verlust der Körpergrenzen“) und „Depersonalization“ („somatopsychische Depersonalisation“) der deutschen Version des Body Distortion Questionnaire (BDQ, Fisher [10], Meermann [8]), drei visuelle Analogskalen (VAS) zur Bestimmung der kognitiven Körpergrößeneinschätzung sowie eine 7-Punkte-Skala im Likert-Format zur Erfassung der Körpergewichtseinschätzung [11].
- Körperkathexis/-zufriedenheit:** 100 mm lange visuelle Analogskala; die Frage lautete: „Inwiefern sind sie derzeit mit ihrem Körper zufrieden“ und konnte zwischen 0 = „überhaupt nicht“ und 10 = „sehr zufrieden“ auf einer in 10 Punkte unterteilten Skala bewertet werden.
- Funktionelle Organbeschwerden** wurden mittels der Zerssenbeschwerdeliste [12] erfasst; folgende somatische Beschwerden im engeren Sinne sind hierin eingeschlossen: Brustschmerzen, Gelenksbeschwerden, Gewichtszunahme, Gleichgewichtsstörungen, Herzrasen, Kopfschmerzen, Kreuzschmerzen, Magenbeschwerden, Nackenschmerzen, Schwitzen, Zittern.

Die Körperwahrnehmung wurde zugleich (Image-Marking-Methode, siehe 1.) bei einer Vergleichsgruppe von $n = 44$ Normalpersonen (Klinikpersonal) im Längsschnitt untersucht.

Die psychopathologische Symptomatik aller Patienten wurde mit der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS [13]) und der Clinical Anxiety Scale (CAS [14]) fremdbeurteilt. Auch die Selbstbeurteilung mittels State-Trait Anxiety Scale (STAI [15]) erfolgte bei allen in die Studie eingeschlossenen Patienten. Weiterhin wurde

die psychopathologische Kernsymptomatik wie folgt untersucht:

- Angststörungen:** Hamilton-Angstskala (HAMA [16]),
- depressive Störungen:** Hamilton-Depressionsskala (HAMD [17]).

Ergebnisse

Die Beschreibung der Stichprobe (Gesamt $n = 68$) einschließlich der Verteilung der soziodemographischen und klinischen Charakteristika ist der Tab. 1 zu entnehmen. Die Kontrollgruppe wies vergleichbare Charakteristika auf: $n = 31$ Frauen/ $n = 13$ Männer, Alter im Mittel 36,1 Jahre ($sd = 8,8$), BMI im Mittel 23,1 ($sd = 3,6$).

Tab. 1 Demographische Kenngrößen und psychopathologische Charakteristika bei Aufnahme, nach zwei und nach vier Wochen stationärer Therapie.

	Angststörungen		depressive Störungen		t-Test	
	mean	sd	mean	sd	t	p
Alter	35,8	11,2	42,6	11,5	-2,4	<0,05
BMI	23,8	4,6	24,8	4,1	-0,9	n. s.
Geschlecht w/m	20/8		24/16		4,2 (χ^2)	n. s.
Krankheitsdauer	4,9	7,2	6,9	7,7	-1,1	n. s.
Anzahl stat. Aufenthalte	0,9	2,0	1,0	1,7	-0,3	n. s.
bei Aufnahme ($n = 28/40$)						
BPRS	33,0	4,9	36,7	6,2	-2,7	<0,05
CAS	12,1	3,1	10,9	3,5	1,5	n. s.
STAI	54,0	11,7	55,1	10,6	-0,4	n. s.
HAMA	29,9	8,6				
HAMD			25,2	7,8		
nach zwei Wochen ($n = 21/35$)						
BPRS	30,7	7,2	31,2	6,7	-0,3	n. s.
CAS	10,2	3,4	8,5	4,2	1,6	n. s.
STAI	49,5	10,7	48,4	12,0	0,4	n. s.
HAMA	23,0	9,9				
HAMD			17,6	7,4		
nach vier Wochen ($n = 17/32$)						
BPRS	27,1	4,6	30,7	6,2	-2,1	n. s.
CAS	8,2	3,7	7,9	3,7	0,2	n. s.
STAI	49,5	12,2	50,0	11,9	-0,1	n. s.
HAMA	18,4	10,3				
HAMD			16,3	7,7		

n. s. = nicht signifikant

Innerhalb der beiden Hauptdiagnosegruppen waren gemäß der ICD-Klassifikation Untergruppen zu unterscheiden (Tab. 2a u. Tab. 2b). Eine weitergehende Gruppenbildung innerhalb der Angststörungen war aufgrund der Stichprobenverteilung nicht möglich. Die Patienten mit depressiven Störungen konnten bezüglich des Schweregrades der Erkrankung in drei Untergruppen eingeteilt werden (leichte bis mittelgradige Depressionen: $n = 8$ Patienten, mittelgradige Depressionen mit somatischem Syndrom: $n = 17$ Patienten, schwere Depressionen: $n = 15$ Patienten); weiterhin wurde die Gruppe der Patienten mit psychotischen Symptomen ($n = 10$) einer gesonderten Analyse zugeführt.

Tab. 2a Verteilung der Diagnosen in der Gruppe der Angstpatienten.

Diagnosen	ICD-10	n
Agoraphobie mit Panikstörung	F 40.01	2
soziale Phobien	F 40.1	2
Panikstörung	F 41.0	7
generalisierte Angststörung	F 41.1	15
Angst und depressive Störung, gemischt	F 41.2	2

Tab. 2b Verteilung der Diagnosen in der Gruppe der Depressiven.

Diagnosen	ICD-10	n
leichte depressive Episode	F 32.00	1
mittelgradige depressive Episode	F 32.10	1
mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom	F 32.11	4
schwere depressive Episode	F 32.2	1
schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	F 32.3	1
rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	F 33.00	2
rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	F 33.10	4
siehe oben mit somatischem Syndrom	F 33.11	13
rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode	F 33.2	4
rezidivierende depressive Störung, schwere Episode mit psychotischen Symptomen	F 33.3	9

Eine vergleichende Beschreibung des Ausgangsniveaus (Rating-Scores bei Aufnahme) psychopathologischer Kenngrößen ist in Tab. 1 zusammengefasst. Bei insgesamt guter Vergleichbarkeit der Angstsymptomatik (CAS- und STAI-Scores) hatten die Patienten mit depressiven Störungen im Mittel höhere BPRS-Summenscores, dies aufgrund der differentiellen Beschwerdecharakteristik mit höheren Scores in den Subskalen „Anergie“ ($t = -4,7$, $df = 65$, $p < 0,01$) und „Misstrauen/Feindseligkeit“ ($t = -2,2$, $df = 63$, $p < 0,05$). Für die mit der Zerssen-Beschwerdeliste erfassten nichtkörperlichen, allgemeinen subjektiven Beschwerden waren im Gruppenvergleich mit Ausnahme der „Angstgefühle“ (2,3 vs. 1,8, $t = 2,1$, $df = 66$, $p < 0,05$) keine signifikanten Unterschiede festzustellen; die Patienten beider Gruppen beklagten insbesondere: allgemeine Nervosität, Energielosigkeit, Spannung, Unruhe, Müdigkeit, Erschöpfbarkeit und Schwächegefühle.

Die psychopathologischen Symptome besserten sich bereits signifikant nach zwei Wochen stationärer Behandlung (Tab. 1). In der Gruppe der Patienten mit depressiven Störungen für die erhobenen Parameter (BPRS, HAMD, STAI, CAS) mit folgenden statistischen Kennziffern: $t = 4,2 - 8,5$, $df = 34$, $p < 0,001$, $n = 35$. Ein Vergleich der Parameter über den Zeitraum vom Untersuchungsbefund bei Aufnahme bis nach vier Wochen stationärer Behandlung zeigte eine vergleichbar signifikante Symptomrückbildung: $t = 4,06 - 7,62$, $df = 31$, $n = 32$, $p < 0,001$. Auch für die Gruppe der

Patienten mit Angststörungen ließ sich zeigen, dass die wesentlichen psychopathologischen Symptomänderungen bereits innerhalb der ersten zwei Wochen wie folgt auftraten. Für HAMA: $t = 4,5$, $df = 20$, $n = 21$, $p < 0,001$, für CAS: $t = 2,5$, $df = 20$, $n = 21$, $p < 0,05$; der Summenscore BPRS besserte sich hingegen erst nach vier Wochen signifikant: $t = 3,4$, $df = 16$, $n = 17$, $p < 0,01$. Im Hinblick auf den Summenscore der STAI ließ sich zu keinem Zeitpunkt eine Veränderung im Sinne einer signifikanten Symptomrückbildung erkennen.

Störungen des Körpererlebens waren in beiden Untersuchungsgruppen für die Teilbereiche „Depersonalisation/Desomatisierung“, „Körpergrenzverlust“ und „Körperkathexis/-zufriedenheit“ sowie eine Vielzahl funktioneller Organbeschwerden (Tab. 3) zu beschreiben.

Der Vergleich der in beiden Untersuchungsgruppen von den Patienten beklagten funktionellen Organbeschwerden (Auswahl körperlicher Beschwerden aus Zerssen-Beschwerdeliste) verweist auf eine für die Angstpatienten zu erwartende höhere Ausprägung von Herzrasen (1,8 vs. 1,2, $t = 2,3$, $df = 66$, $p < 0,05$), Gleichgewichtsstörungen (1,2 vs. 0,6, $t = 2,4$, $df = 66$, $p < 0,05$) und Brustschmerzen (1,1 vs. 0,3, $t = 2,6$, $df = 66$, $p < 0,01$); die depressiven Patienten wiesen höhere Scores für Kreuzschmerzen (0,7 vs. 1,1) und Nackenschmerzen (1,0 vs. 1,3) auf, die Unterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant.

Bei der Analyse der Gruppenunterschiede für die drei skizzierten Gruppen depressiver Patienten zeigt sich, dass in der Gruppe mit leichten und mittelgradig schweren depressiven Episoden ohne somatische Symptome keine nennenswerten Störungen des Körpererlebens ausgeprägt sind. Die Gruppe der Patienten mit schweren depressiven Episoden und psychotischen Symptomen weist signifikant höhere Scores für alle beschriebenen Körperpersensationen, auch im Vergleich mit der Patientengruppe mit somatischen Symptomen, auf. Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied für den Befund einer negativen Körperkathexis (One-Way-ANOVA mit F-Werten zwischen 8,3 ($p < 0,01$, $df = 2/37$) und 3,0 ($p < 0,05$, $df = 2/37$)).

Die Untersuchung der perzeptiven Körperwahrnehmung (Körpergrößeneinschätzung), gemessen mit dem IMV, ergab für beide untersuchten Diagnosegruppen und die Kontrollgruppe mit wenigen Ausnahmen Werte (Body-Perzeption-Index) im Überschätzbereich (> 100), dies sowohl auf der Ebene zusammengefasster Segmentmaße (Kopf, Rumpf, Beine) als auch für die einzelnen Körperdistanzen. Auch die Wahrnehmung externer Stimuli – zusammengefasst im BPI „neutrale Stimuli“ – zeigte sich absolut und im Vergleich zur Gruppe gesunder Normalpersonen nicht verändert (One-Way-ANOVA, $F = 0,03 - 2,5$, Unterschiede nicht signifikant; BPI-Werte zusammengefasst in Tab. 4 dargestellt).

Die Analyse der Mittelwerte von BPI's auf der Ebene einzelner Körperdistanzen zeigte folgende Auffälligkeiten: Konsistent mit zuvor in anderen Studien beschriebenen Befunden fanden sich die größten Überschätzungen im Bereich von Kopf, Hüfte und Oberschenkel (dies jedoch unabhängig vom Geschlecht der Patienten). In der Gruppe der depressiven Patienten verstärkte sich eine bei Aufnahme zu beschreibende Tendenz zur Unterschätzung des Schultermaßes (BPI 95,8) im Verlauf der stationä-

Tab. 3 Störungen des Körpererlebens und Körperbeschwerden bei Aufnahme, nach zwei und nach vier Wochen stationärer Therapie.

	Angststörungen		depressive Störungen		T-Test	
	mean	sd	Mean	sd	t	p
bei Aufnahme (n = 28/40)						
Beschwerdeliste – somatisch	12,6	6,4	10,5	6,6	1,3	n. s.
BDQ Depersonalisation	3,0	3,3	2,5	2,8	0,6	n. s.
BDQ Körpergrenzstörung	3,1	3,3	2,8	2,8	0,4	n. s.
VAS Körperkathexis	2,9	2,7	3,9	2,3	1,5	n. s.
VAS Small	0,9	2,4	0,2	0,9	1,6	n. s.
VAS Large	0,6	2,3	1,2	2,5	0,9	n. s.
VAS Größenänderung	0,3	1,5	0,5	1,5	0,6	n. s.
VAS Gewichtsempfinden	4,5	1,2	4,8	1,3	0,9	n. s.
nach zwei Wochen (n = 21/35)						
Beschwerdeliste – somatisch	9,4	6,0	8,4	5,8	0,6	n. s.
BDQ Depersonalisation	1,5	2,4	1,5	2,1	-0,1	n. s.
BDQ Körpergrenzverlust	1,9	2,2	2,1	2,5	-0,3	n. s.
VAS Körperkathexis	5,0	2,6	5,2	2,7	-0,2	n. s.
VAS Small	0,3	1,0	0,9	2,1	-1,3	n. s.
VAS Large	0,3	1,5	1,1	2,6	-1,3	n. s.
VAS Größenänderung	0,5	2,2	0,7	2,0	-0,4	n. s.
VAS Gewichtsempfinden	5,0	1,2	4,9	1,0	0,3	n. s.
nach vier Wochen (n = 17/32)						
Beschwerdeliste – somatisch	8,4	6,0	8,4	5,8	-0,1	n. s.
BDQ Depersonalisation	1,4	2,3	1,7	2,1	-0,4	n. s.
BDQ Körpergrenzstörung	1,8	2,6	2,5	2,3	-0,9	n. s.
VAS Körperkathexis	4,9	3,5	4,7	2,9	-0,2	n. s.
VAS Small	0,5	1,9	0,5	1,7	-0,1	n. s.
VAS Large	0,0	0,0	0,4	1,4	-1,3	n. s.
VAS Größenänderung	0,5	1,9	0,6	1,7	-0,3	n. s.
VAS Gewichtsempfinden	5,1	1,2	4,8	1,0	0,9	n. s.

sd = standard deviation, n. s. = nicht signifikant

ren Behandlung (BPI 91,4 nach zwei Wochen und 93,3 nach vier Wochen); die Kontrollgruppe zeigte sich in ähnlicher Weise charakterisiert. Die kognitive Körpergröße- und -gewichtseinschätzung (VAS-Skalen und Likert-Skala) war in beiden Patientengruppen unauffällig.

Parallel zur Besserung der klinischen Kernsymptome bildeten sich auch die Störungen des Körpererlebens über den Zeitraum der stationären Behandlung signifikant zurück (Körperkathexis: $F = 5,0$, $df = 2/30$, $p < 0,05$; Körpergrenzverlust: $F = 3,7$, $df = 2/29$, $p < 0,05$; Desomatisation: $F = 5,7$, $df = 2/29$, $p < 0,01$; Beschwerdeliste somatisch: $F = 8,2$, $df = 2/29$, $p < 0,01$).

In beiden Untersuchungsgruppen zeigten sich enge interkorrelative Zusammenhänge aller für unterschiedene Teilaspekte gefundenen Störungen des Körpererlebens sowie mit den Scores der Beschwerdeliste (Körperbeschwerden): Pearson-Korrelations-Koeffizienten $r = 0,40$ – $0,79$ für die Gruppe der Patienten mit Angststörungen und $r = 0,35$ – $0,66$ ($p < 0,05$ – $< 0,01$) für die Gruppe der Patienten mit depressiven Störungen.

Die statistischen Zusammenhänge der Befunde gestörten Körpererlebens mit psychopathologischer Kernsymptomatik sind in Tab. 5 aufgelistet. Zusammenhänge sind für alle Teilaspekte gestörten Körpererlebens mit sowohl der Ausprägung von Angst als auch Depression in beiden Untersuchungsgruppen er-

kennbar. Gleichzeitig zeigt die Tabelle, dass keine korrelativen Beziehungen zwischen den Störungen des Körpererlebens und demografischen Kenngrößen bzw. Daten zur Vorgeschichte der Erkrankung auffielen.

Diskussion

In der vorliegenden Studie wurden erstmalig verschiedene, operationalisiert definierte Teilaspekte des Körpererlebens im Zusammenhang sowohl funktioneller Organbeschwerden als auch psychopathologischer Kernsymptomatik bei Patienten mit Angststörungen und depressiven Störungen untersucht. Die beiden Untersuchungsgruppen unterschieden sich im Ergebnis nicht bezüglich der zum Aufnahmezeitpunkt gefundenen Auffälligkeiten (negative Bewertung des Körpers und Körperbildstörungen wie somatische Depersonalisation und Körpergrenzstörungen sowie Vielzahl körperlicher Beschwerden). Die körperbezogenen Phänomene waren ausnahmslos signifikant positiv untereinander korreliert und wiesen gleichzeitig im Ergebnis einer empirischen Analyse enge Zusammenhänge mit der Akutizität und dem Schweregrad psychopathologischer Symptomatik (Angst und Depression) auf.

Die Befunde stimmen überein mit den für einzelne Teilaspekte des Körpererlebens in der Literatur beschriebenen Ergebnissen

Tab. 4 BPI-Werte der Untersuchungsgruppen zu den drei Zeitpunkten.

Körperdistanzen (BPI/SD) n	Angststörungen			depressive Störungen			Normalpersonen		
	Aufnahme	nach zwei Wochen	nach vier Wochen	Aufnahme	nach zwei Wochen	nach vier Wochen	Aufnahme	nach zwei Wochen	nach vier Wochen
	28	21	17	40	35	32	44	44	44
neutrale Stimuli	108,0 10,4	105,4 11,2	105,8 9,5	104,8 10,3	106,6 13,2	105,3 14,7	103,7 14,1	106,5 11,8	106,5 13,6
Kopfsegment	113,1 18,2	116,6 21,8	109,4 9,7	111,2 24,2	112,8 21,0	116,3 31,3	106,7 15,1	108,4 14,5	114,3 23,8
Rumpsegment	109,3 14,5	111,7 13,9	108,6 13,3	107,9 23,2	106,3 21,2	106,3 22,5	104,7 13,6	106,4 12,7	107,6 14,1
Beinsegment	109,6 22,0	114,4 18,0	115,4 18,2	109,2 22,2	113,7 23,6	115,2 26,0	106,7 28,5	110,9 18,7	113,1 20,9
Kopf frontal	123,8 21,0	129,7 31,9	121,7 14,5	123,3 27,6	123,5 24,7	128,6 35,7	115,7 24,3	119,7 20,9	128,5 43,5
Schulterbreite	100,7 13,7	104,0 13,2	94,6 11,2	95,8 17,9	93,4 20,5	93,3 22,7	93,7 14,2	94,3 14,0	98,1 13,2
Taille	108,5 20,7	114,6 19,6	113,0 23,5	110,5 24,6	108,4 23,2	108,6 26,1	107,1 15,5	107,5 14,2	109,9 20,0
Hüfte	118,9 16,8	120,1 16,8	119,1 17,2	110,5 29,0	109,5 26,7	108,9 27,2	109,4 17,3	110,2 14,4	113,9 16,4
Oberschenkel frontal	128,4 29,4	135,3 23,4	127,8 19,1	123,5 31,9	127,0 28,8	128,7 30,5	119,1 38,8	122,5 23,1	125,0 26,0
Unterschenkel frontal	96,2 20,6	103,1 22,1	104,0 17,3	95,8 21,5	102,1 25,6	102,9 24,9	103,2 45,1	104,8 19,9	105,4 22,8
Kopf sagittal	102,4 19,1	103,5 16,6	99,1 9,8	100,1 24,7	102,1 21,0	104,0 30,5	98,0 16,6	97,1 16,4	100,1 15,0
Bauch-Rücken	109,1 33,3	108,3 21,9	107,6 22,6	114,7 37,2	115,9 30,2	114,5 28,1	108,6 27,8	113,5 29,6	108,4 27,8
Oberschenkel sagittal	114,1 25,7	118,4 25,6	120,8 27,4	116,9 27,6	119,3 27,6	118,7 31,2	104,6 25,4	110,9 24,4	115,6 28,6
Unterschenkel sagittal	100,2 28,7	100,7 17,8	108,8 20,3	100,7 22,7	106,4 26,0	110,4 30,7	99,4 26,8	105,7 21,0	107,7 22,0

Tab. 5 Pearson Korrelations-Koeffizienten für die Teilaspekte gestörten Körpererlebens zum Aufnahmezeitpunkt.

	n = Angsterkrank./ n = Depressionen	Körperkathexis	BDQ Boundary loss	BDQ Depersonal- isation	Beschwerdeliste – Summenscore	Beschwerdeliste – somatisch
Anzahl stat. Aufenthalte	27 – 28/40	-0,26/-0,13	0,03/0,03	0,03/-0,03	0,19/0,01	0,10/0,09
Jahre Erkrankung	27 – 28/40	-0,26/0,16	0,27/-0,03	0,29/0,02	0,23/-0,20	-0,24/-0,01
Geschlecht (Mann-Whitney-Z-Werte)	28/40	-0,44/-0,47	-0,08/-0,31	-1,00/-0,14	-1,50/-1,88	-1,48/-2,34*
Alter	27 – 28/40	-0,02/0,27	-0,26/-0,14	-0,29/-0,28	-0,14/-0,12	-0,11/-0,01
BMI	26 – 27/40	-0,10/-0,22	-0,10/0,07	-0,05/0,18	-0,30/-0,12	-0,20/-0,11
BPRS	27 – 28/40	-0,23/-0,46**	0,48*/0,26	0,49*/0,35*	0,62**/0,54**	0,50**/0,32*
CAS	27 – 28/40	-0,39*/-0,48**	0,21/0,34*	0,26/0,34*	0,66**/0,72**	0,66**/0,48*
STAI	27/40	-0,35/-0,46**	0,35/0,40*	0,44*/0,34*	0,754**/0,64**	0,63**/0,31*
HAMD	0/40	0/-0,56**	0/0,45**	0/0,43**	0/0,68**	0/0,45**
HAMA	27 – 28	-0,56**	0,51**	0,66**	0,78**	0,72**

* Korrelation signifikant < 0,05 (2-tailed). ** Korrelation signifikant < 0,01 (2-tailed)

früherer Untersuchungen an klinischen und nichtklinischen Populationen. So konnte ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung von Angst und somatopsychischer Depersonalisation und schwach ausgeprägten Körpergrenzen nachgewiesen werden [18 – 22]. In einer früheren Studie hatte sich zudem ein negativer Zusammenhang zwischen der Aufmerksamkeit für den Körper und der Ausprägung von Angst gezeigt [23].

Eine methodisch komplexere Untersuchung im Hinblick auf das Körpererleben depressiver Patienten führten Angsmann u. Schroer [24] durch, indem sie depressive Probanden und eine Kontrollgruppe im Hinblick auf Körperwahrnehmung, Zufriedenheit mit dem körperlichen Aussehen und den körperlichen Funktionen sowie körperlichen/psychischen Beschwerden vergleichend untersuchten. Die Zufriedenheit mit den körperlichen Funktionen war bei den depressiven Patienten hochsignifikant niedriger und die Patienten wiesen höhere Scores in Beschwer-

delisten auf. Auch Buxant [25] sowie Löwe u. Clement [26] zeigen, dass neurotische Patienten insgesamt ein negativeres Körperbewusstsein hatten bzw. den Körper negativ bewerteten. Angst und Depression korrelierten in einer Untersuchung von Marsella et al. [27] negativ mit körperlicher Zufriedenheit und positiv mit der Angst um den eigenen Körper. Der Zusammenhang von Körperzufriedenheit und Selbstachtung/Attraktivität bzw. von Einschätzungen zu Körpergewicht und Körpergröße mit depressiver Symptomatik wurde auch an nichtklinischen Populationen bestätigt [11,28–32].

Körperzufriedenheit und Selbstachtung sowie deren Zusammenhang mit depressiver Symptomatik bzw. verzerrter Körperwahrnehmung spielen auch eine bedeutsame Rolle in der klinischen Literatur der Essstörungen [33–35].

Vor dem Hintergrund der verfügbaren Literatur zu anderen Diagnosegruppen kann die Frage nach der Spezifität der für die Patienten mit Angststörungen und depressiven Störungen skizzierten Störungen des Körpererlebens erörtert werden. Für Patienten mit schizophreniformen Erkrankungen wurden wiederholt Störungen der kognitiven und perzeptiven Körpergrößeneinschätzung berichtet. Insbesondere im Hinblick auf akut erkrankte psychotische Patienten wurde ein Störungsmuster, bestehend aus einer Zentralisierung des Körperschemas mit Unterschätzung der Körperperipherie sowie dem subjektiven Erleben verkleinerter bzw. größenveränderter Körperteile und Vernachlässigen von Extremitäten, insbesondere der Hände und Füße, identifiziert [4–6,10,36–37]. Patienten mit Essstörungen leiden häufig unter erheblich verzerrter Körperwahrnehmung mit deutlicher Überschätzung von Körperdistanzen. Dieses Charakteristikum war Gegenstand zahlreicher Untersuchungen und hat als differenzialdiagnostisches Kriterium Eingang in die Merkmalsliste der ICD-10-Klassifikation gefunden [38]. Die Untersuchung von Kontrollgruppen gesunder Normalpersonen weist konsistent in Richtung einer Überschätzung aller Körperdistanzen, jedoch nicht in dem Ausmaß wie für Patienten mit Essstörungen beschrieben (u.a. [4,8,9,36]). Röhricht [9] fasst die Ergebnisse eigener und früherer Untersuchungen zur Körpergrößeneinschätzung gesunder Normalpersonen zusammen und skizziert diese als „Ausdehnung der subjektiven Körper-Ich-Grenze über die somatische Haut-Kontakt-Grenze hinaus“, resultierend in einem „mit Symbol- und Alarmfunktionen“ ausgestatteten Körperschema. Insofern erscheint der Orientierungsnullpunkt zum Vergleich patientenbezogener Daten in Richtung auf einen geringfügig über 100 (Schätzmaß gleich Realmaß) liegenden Body-Perzeption-Index verschoben.

In der nun vorliegenden Studie zeigte sich vor diesem Hintergrund lediglich die Wahrnehmung der Schulterpartie mit einer im Längsschnitt zunehmenden Unterschätztenz der Patientengruppen auffällig. Die Unterschätzungen im Mittel der Gruppe waren eher geringfügig, traten gleichzeitig in ähnlicher Weise bei den gesunden Normalpersonen auf und sind damit mit Zurückhaltung zu interpretieren. Andererseits fanden auch Angsman u. Schroer [24], dass depressive Patienten den Kopf und Distanzen am Körperstamm tendenziell kleiner wahrnahmen, dies ebenfalls unter Anwendung des körperpartiebezogenen Image-Marking-Verfahrens. Weiterhin wird die Relevanz des Befundes dieser Studie in methodischer Hinsicht dadurch gestützt, dass für die körperpartiebezogenen Verfahren grundsätzlich

eine systematische Tendenz zugunsten einer Überschätzung zu erwarten ist, während die Ganzkörpermethoden eher Unterschätztenzenden begünstigen [39]. Eine verengte Wahrnehmung der Schulter-Brustpartie ist inhaltlich möglicherweise im Zusammenhang der hierher lokalisierten Vitalgefühlsstörungen (Klage über thorakale Enge- und Druckgefühle) und der Nähe dieser Körperpartie zu den häufig abgewehrten Emotionen vitaler Traurigkeit einzuordnen. Für die Kontrollgruppe lässt sich lediglich auf subklinische, körperbezogene Beschwerden spekulieren.

Die in dieser Untersuchung erfassten Veränderungen von Teilaspekten des Körperbildes (Desomatisation und Körpergrenzverlust) treten in gleicher Weise bei Patienten mit akuten schizophreniformen Psychosen auf [6,9,10,36,37] und sind damit entgegen früherer Annahmen als unspezifisches psychopathologisches Phänomen akuter psychischer Erkrankung anzusehen.

Im Unterschied zu den Resultaten der in dieser Studie untersuchten Patientengruppen zeigte sich hingegen die Körperkathexis/Körperbewertung bei den Patienten mit akuten schizophrenen Erkrankungen trotz teils ausgeprägter und subjektiv quälender Körpersensationen ungestört [4,6]. Insofern lassen sich für die akuten Phasen sowohl der Angststörungen als auch der depressiven Störungen spezifische, körperbezogene negativistische Kognitionen und Affekte annehmen. Die Hypothese eines die akute Erkrankung überdauernden, körperbezogenen (Neurotizismus-)Merkmals ließ sich hingegen angesichts der Daten dieser Studie nicht unterstützen.

In einer vergleichenden Studie zum Körpererleben bei Patienten mit somatoformen Störungen, Angststörungen, depressiven Störungen und Essstörungen [26] bewerteten Patienten mit somatoformen Störungen den Körper gleichermaßen negativ. Zugleich lassen sich insbesondere für leichtere und mittelgradige Störungen Mischbilder mit gleichzeitiger Ausprägung von Angst und Depression sowie Komorbiditäten sowohl untereinander als auch mit somatoformen Störungen beschreiben. Ebel u. Podoll [40] fassen diesbezügliche Studienergebnisse in einer Übersicht zusammen und stellen fest, dass bei diesen Erkrankungen körperliche Symptome sowohl häufiger angegeben werden als auch im Vordergrund der Beschwerden stehen. Eine nosologische Nähe dieser psychischen Störungen mit Körperbezug ist auch in der ICD-10-Klassifikation [38] erkennbar. Obwohl das Neurosekonzept in der ICD-10-Klassifikation nicht beibehalten werden sollte, sind mit Ausnahme der Dysthymie (neurotische Depression) all die zuvor als Neurosen bezeichneten psychischen Störungen unter der Überschrift „neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“ in einem Kapitel (F40–49) zusammengefasst, jedoch ohne dass hierfür ein gemeinsames psychopathologisches Ordnungsprinzip herausgearbeitet wurde. Die Ergebnisse der nun vorliegenden Studie rechtfertigen vor diesem Hintergrund weitergehende Studien zur Klärung der Frage, ob die beschriebene körperbezogene Psychopathologie auf weitere, diesen Erkrankungen zugrunde liegende phänomenologische Gemeinsamkeiten oder pathogenetische Mechanismen verweist. Auch Henningsen u. Rudolf [41] stellen in ihrer Übersicht zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung der somatoformen Störungen gleichzeitig die phänomenologischen Grundgemeinsamkeiten im Selbsterleben der Patienten mit Angsterkrankungen und Depressionen bezüglich der subjektiven Betroffenheit über das

als beeinträchtigt erlebte körperliche Wohlgefühl heraus. Anzahl und Verlauf der in dieser Studie erfassten körperlichen Beschwerden waren eng korreliert mit der Ausprägung aller Störungen von definierten Teilaspekten des Körpererlebens. Will man diese Befunde nicht nur im Zusammenhang sonstiger Psychopathologie als Zeichen der den Angststörungen und depressiven Störungen gemeinsamen Klagsamkeit einordnen, lässt sich u.a auf eine kategoriale Gemeinsamkeit der Phänomene spekulieren. Henningsen [42] erörtert in diesem Sinne „anhaltende Körperbeschwerden ohne ausreichende organische Erklärungen... als Ausdruck einer Störung des Körperbildes“ (S. 193).

Bisherige Erklärungsansätze zur körperbezogenen Psychopathologie psychischer Störungen umfassen Vorstellungen einer „Somatisierung“ primär psychischer Symptome im Sinne eines psychischen Abwehrmechanismus (Projektion), eine psychodynamisch gedeutete (Kompensation eines narzisstischen Defizits) oder soziokulturell determinierte (Stigmatisierung des Psychischen) Überbetonung des Körperlichen sowie – am anderen Ende des Spektrums – eine biologisch gefasste Konzeption, in der auf die Bedeutung von hirnlukalen Läsionen oder Neurotransmitterprozessen abgehoben wird.

Die Ergebnisse der nun vorliegenden Studie verweisen darüber hinaus auf eine Erörterung körperbezogener Phänomene als immanente psychopathologische Dimension akuter neurotischer Erkrankung. Die Befunde können interpretiert werden als körpernah symbolisierter, d.h. somatisierter Ausdruck eines diesen Erkrankungen gemeinsamen negativen, körperbezogenen Selbst-Konzeptes. Der Körper erscheint hierbei als Manifestationsort bzw. als Träger des psychischen Leids, der abgelehnt und abgewertet wird. Anders als bei den schizophreniformen Störungen führt die Ausgrenzung des Körpers (somatoforme Depersonalisation) jedoch nicht zu einer weitgehenden Abspaltung bzw. Isolierung der körperlichen Realität, sondern der Körper bleibt im Selbsterleben gegenwärtig, erfährt dabei eine negative Akzentuierung und steht häufig im Zentrum subjektiven Leids.

Hinsichtlich der klinischen Relevanz dieser Befunde ist in zwei verschiedene Richtungen zu spekulieren. Man könnte argumentieren, dass die beschriebenen Störungen des Körpererlebens keine weitere gesonderte diagnostische und/oder therapeutische Beachtung erfordern, da die Symptome sich parallel zu den psychopathologischen Kernsymptomen bessern und insofern eine gute Prognose haben bzw. als Epiphänomen erachtet werden können. Andererseits bleibt die Art des kausalen Zusammenhanges zwischen körperbezogenen Phänomenen und sonstiger Psychopathologie weiter aufzuklären. Zudem stehen die Körpersensationen häufig im Mittelpunkt subjektiver Beschwerdeschilderung und legen insofern eine explizit therapeutische, störungsspezifische Bezugnahme unter Einbeziehung körperorientierter Interventionen nahe. McCabe u. Marwit [43] stellen fest, dass die Korrektur des Körperselbstbildes eine wichtige Interventionsmöglichkeit beinhaltet. Patienten stehen häufig einer vorwiegend psychopharmakologisch ausgerichteten Behandlungsstrategie ablehnend gegenüber. Gleichzeitig verweisen auch die relative Begrenztheit, lange Wirklatenz und die teilweise wenig tolerabel erscheinenden unerwünschten Wirkungen etablierter Pharmaka als relevante Hintergründe für die Einbeziehung körperorientierter Verfahren in der Therapieplanung von Patienten mit Angststörungen und depressiven Störungen. Strategisch

kann dabei besonders Bezug genommen werden auf den Zusammenhang von Selbstachtung mit physischer Attraktivität und Vitalität. Röhrich [44] stellt die bisher verfügbare wissenschaftliche Evidenz zur Effizienz körperorientierter Psychotherapie zusammenfassend dar und erstellt gleichzeitig eine störungsspezifische, an den Leitsymptomen und körperbezogenen Phänomenen orientierte Systematik der körpertherapeutischen Interventionen. Dieser und andere Systematisierungsansätze könnten unter Bezugnahme auf die in dieser Studie identifizierte körperbezogene Psychopathologie als spezifischem Outcomekriterium hinsichtlich ihrer klinischen Effektivität evaluiert werden.

Literatur

- Möller HJ, Laux G, Deister A. Psychiatrie. Stuttgart: Hippokrates, 1996
- Kielholz P, Pöldinger W, Adams C. Die larvierte Depression. Ein didaktisches Konzept zur Diagnose und Therapie somatisierter Depressionen. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 1981
- Pfau B. Körpersprache der Depression. Atlas depressiver Ausdrucksformen. Stuttgart, New York: Schattauer, 1998
- Röhrich F, Priebe S. Das Körpererleben von Patienten mit einer akuten paranoiden Schizophrenie – eine Verlaufsstudie. *Nervenarzt* 1996; 67: 602 – 607
- Röhrich F, Priebe S. Störungen des Körpererlebens bei schizophrenen Patienten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1997; 65: 323 – 336
- Priebe S, Röhrich F. Specific body image pathology in acute schizophrenia. *Psychiatry Res* 2001; 101: 289 – 301
- Askevold F. Measuring body image: Preliminary report on a new method. *Psychother Psychosom* 1975; 26: 71 – 77
- Meermann R. Körperschemastörungen. Universität Münster: Habilitationsschrift, unveröffentlicht, 1985
- Röhrich F. Körperschema, Körperbild und Körperkathexis in der akuten Schizophrenie. In: Röhrich F, Priebe S (Hrsg): Körpererleben in der Schizophrenie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 1998: 91 – 104
- Fisher S. Body experience in fantasy and behaviour. New York: Appleton Century, 1970
- Grubb HJ, Sellers MI, Waligroski K. Factors related to depression and eating disorders: Self-esteem, body image and attractiveness. *Psychol Rep* 1993; 72: 1003 – 1010
- von Zerssen D. Clinical self-rating scales (Csr-s) of the Munich Psychiatric Information System (Psych 16, München). In: Sartorius N, Ban TA (eds): Assessment of depression. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer, 1986
- Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep* 1962; 10: 799 – 812
- Snaith RP, Baugh SJ, Clayden AD et al. The Clinical Anxiety Scale: an instrument derived from the Hamilton Anxiety Scale. *Br J Psychiatry* 1982; 141: 518 – 523
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. State-Trait-Anxiety-Inventories. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1970
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32: 50 – 55
- Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967; 6: 278 – 296
- Roth M. The phobic anxiety-depersonalization syndrome and some general aetiological problems in psychiatry. *J Neuropsychiatry* 1960; 1: 293 – 306
- Brauer R, Harrow M, Tucker GJ. Depersonalization phenomena in psychiatric patients. *Br J Psychiatry* 1970; 117: 509 – 515
- Tucker GJ, Harrow M, Quinlan D. Depersonalization, dysphoria, and thought disturbances. *Am J Psychiatry* 1973; 130: 702 – 706
- Noyes R, Hoenk PR, Kupermann S, Slymen DJ. Depersonalization in accident victims and psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 1977; 164: 401 – 407
- Jensen CF. Body image correlates of anxiety in a sample of male alcoholics. *Psychol Rep* 1991; 68: 1309 – 1310
- Compton NH. Body perception in relation to anxiety among women. *Percept Mot Skills* 1969; 28: 215 – 218

- ²⁴ Angsman K, Schroer B. Körpererfahrung und Depression – eine kontrollierte klinische Studie. Universität Münster: Unveröffentlichte Diplomarbeit, Fachbereich Psychologie, 1983
- ²⁵ Buxant P. La perception affective du corps chez des nevrosees. Acta Psychiatr Belg 1976; 76: 415–437
- ²⁶ Löwe B, Clement U. Somatoforme Störung und Körperbild – vergleichende Studie. Z Psychosom Med 1998; 44: 268–278
- ²⁷ Marsella AJ, Shizuru L, Brennan J, Kameoka V. Depression and body image satisfaction. J Cross-Cult Psychol 1981; 12: 360–371
- ²⁸ Teri L. Depression in adolescence: its relationship to assertion and various aspects of self-image. J Clin Child Psychol 1982; 11: 101–106
- ²⁹ Noles SW, Cash TF, Winstead BA. Body image, physical attractiveness, and depression. J Consult Clin Psychol 1985; 53: 88–94
- ³⁰ Archer RP, Cash TF. Physical attractiveness and maladjustment among psychiatric inpatients. J Soc Clin Psychol 1985; 3: 170–180
- ³¹ Taylor MJ, Cooper PJ. An experimental study of the effect of mood on body size perception. Behav Res Ther 1992; 30: 53–58
- ³² Cohen-Tovee EM. Depressed mood and concern with weight and shape in normal young women. Int J Eat Dis 1993; 14: 223–227
- ³³ Garner DM, Garfinkel PE. Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications. Int J Psychiatr Med 1981; 11: 263–284
- ³⁴ Pumariega AJ, Black SA, Gustavson CR et al. Clinical correlates of body size distortion. Percept Mot Skills 1993; 76: 1311–1319
- ³⁵ Gardner RM, Tockerman YR. Body dissatisfaction as a predictor of body size distortion: A multidimensional analysis of body image. Genet Soc Gen Psychol Monogr 1994; 119: 125–145
- ³⁶ Fisher S. Development and structure of the body image. Hillsdale, New Jersey: Lawrence-Erlbaum-Associates Publishers, 1986; 1 u. 2
- ³⁷ Röhrich F, Priebe S. Do cenesthesias and body image aberration characterize a subtype in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand, in press
- ³⁸ Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation. Bern, Göttingen, Toronto: Huber, 1991
- ³⁹ Thompson JK, Penner LA, Altabe MN. Procedures, problems, and progress in the assessment of body images. In: Cash TF, Pruzinsky T (eds): Body Images – Development, Deviance and Change. New York, London: The Guilford Press, 1990: 21–48
- ⁴⁰ Ebel H, Podoll K. Komorbidität von somatoformen Störungen mit anderen psychischen Störungen. In: Rudolf G, Henningsen P (Hrsg): Somatoforme Störungen – theoretisches Verständnis und therapeutische Praxis. Stuttgart, New York: Schattauer, 1998: 25–38
- ⁴¹ Henningsen P, Rudolf K. Klinische Differenzialdiagnose somatoformer Störungen. In: Rudolf G, Henningsen P (Hrsg): Somatoforme Störungen – theoretisches Verständnis und therapeutische Praxis. Stuttgart, New York: Schattauer, 1998: 13–24
- ⁴² Henningsen P. Somatisierung und Affektregulation – Elemente eines interpersonellen Modells. In: Rudolf G, Henningsen P (Hrsg): Somatoforme Störungen – theoretisches Verständnis und therapeutische Praxis. Stuttgart, New York: Schattauer, 1998: 185–198
- ⁴³ McCabe M, Marwit SJ. Depressive symptomatology, perceptions of attractiveness, and body image in children. J Child Psychol Psychiatr 1993; 7: 1117–1124
- ⁴⁴ Röhrich F. Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen – ein Leitfaden für Forschung und Praxis. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 2000

Buchbesprechung

Fallformulierung in der Verhaltenstherapie

M. Bruch

2000, 220 S., (Springer, Wien). Kart. 31,50, ISBN 3-211-83 532-6

Vor mir liegt ein über 200 Seiten starkes Buch von Michael Bruch mit dem Titel „Fallformulierung in der Verhaltenstherapie“. In einem Vorwort gibt der Autor Auskunft über die Intention des Werkes: Es soll in fünf Kapiteln eine Anleitung zum Aufbau einer individualisierten Therapiekonzeption gegeben werden. Beginnend mit der Problemanalyse und dem Aufbau eines individuellen Störungsmodells werden Anleitungen gegeben zur Evaluation des therapeutischen Prozesses, zur Entwicklung einer therapeutischen Beziehung und es wird ein Modell vorgestellt, das bei komplexen und schwierigen Störungen zur besseren Strukturierung in der Behandlung beitragen soll.

Man könnte nun meinen, dass mit diesen Vorgaben ein so hoher Anspruch vorgezeichnet ist, dass er auf Kosten der Lesbarkeit eines solchen Werkes gehen könnte. Dem ist aber nicht so! Der Autor versteht es, mit einfachen Worten komplexe Zusammenhänge griffig und eingänglich zu beschreiben. So analysiert er sehr kompetent den Spannungsbogen, der zwischen der standardisierten Anwendung von verhaltenstherapeutischen Methoden und einer individualisierten, erklärenden Behandlungsstrategie aufgebaut ist. Der Autor schlägt vor, sich zwar der hypothesengenerierenden Verhaltensanalyse zu bedienen. Durch spezielle Evaluationstechniken schon während der Befragung im Erstinterview empfiehlt er jedoch ein hohes Maß an Flexibilität mit der Möglichkeit, einmal entwickelte Basishypothesen, wenn nötig, auch wieder zu verwerfen. Im Anhang findet sich hierzu ein gut strukturiertes Beispiel. Der Entwicklung klinischer Hypothesen ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Danach folgt eine Einführung in die Validierung und Evaluation im Therapieprozess. Die therapeutische Beziehung (Kapitel 5) wird als sehr zentrales Element des Behandlungsprozesses gesehen. Auch hier liegt die Betonung auf einer dynamischen hypothesengeleiteten Vorgehensweise.

Zuletzt wird ein eigenes Modell für komplexe Störungen beschrieben. Die vom Autor genannte „schemaorientierte Vorgehensweise“ soll sowohl aus Elementen der Verhaltenstherapie als auch aus psychodynamischen Richtungen integrativ zusammengesetzt sein.

Das Buch liest sich gut, es sind sehr einsichtige Beispiele aus der Praxis mit dabei. Das Werk ist ein Versuch der Integration psychodynamischer mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen mit einem adaptiven Element der Informationsverarbeitung. Damit liegt dieses Buch im Trend der Zeit, kreative, gut evaluierbare und individuelle, aber aus einem standardisierbaren Kontext heraus entwickelte Behandlungsstrategien anzubieten.

Für den niedergelassenen Praktiker, aber auch für den Ausbildungskandidaten, ist das Buch nicht nur wegen der grundlegenden Bedeutung evaluativer Gesichtspunkte in der Therapie eine gut angelegte Investition.

Peter Kropp, Kiel