

Lebensqualität und alexithyme Merkmale bei Patienten mit somatoformer Schmerzstörung

Hintergrund und Fragestellung

Die somatoforme Schmerzstörung zählt mit einer 12-Monats-Prävalenz von 8% in der Allgemeinbevölkerung [11] zu den häufigsten psychiatrischen Störungsbildern. Nach DSM-IV ist sie deskriptiv durch anhaltende Schmerzen charakterisiert, die durch eine somatische Pathologie nicht ausreichend erklärt werden können und für deren Beginn, Schweregrad und Aufrechterhaltung der Einfluss psychischer Faktoren angenommen bzw. vorausgesetzt wird [3]. Sowohl hohe psychiatrische Komorbiditäten, insbesondere im affektiven Bereich [17], als auch ein chronischer Krankheitsverlauf und vermehrte Arbeitsunfähigkeit [11] sind häufig. Diese psychosozialen Folgen stellen sich unabhängig von der anatomischen Lokalisation der Schmerzen in ähnlicher Art und Weise ein [30]. Untersuchungen zeigen ferner, dass diese Patienten im Vergleich zur Normbevölkerung eine deutlich reduzierte gesundheitsbezogene Lebensqualität (QoL) angeben [16, 28].

Infolge klinischer Beobachtungen wurde schon früh ein Zusammenhang zwischen somatoformen Störungen und einer eingeschränkten Fähigkeit zur Gefühlswahrnehmung postuliert. Aus psychoanalytischer Sicht wurde einerseits die Hypothese vertreten, dass die von den Patienten präsentierte und medizinisch nicht erklärte körperliche Symptomatik als „somatisierende“ Abwehr eines unbewussten Konfliktes zu verstehen sei [2]. Andererseits wurde diese verminderte Introspektionsfähigkeit als Persönlichkeitsmerkmal gesehen [12, 15]. Mit seiner Kon-

zeptualisierung der „Alexithymie“ schuf Sifneos die Voraussetzungen zur Operationalisierung eines multidimensionalen Persönlichkeitskonstrukts, das durch die Schwierigkeit, Gefühle wahrzunehmen und zu kommunizieren, und eine reduzierte Fähigkeit zu fantasieren, die sich auch in einer Tendenz zu external orientiertem Denken ausdrückt, charakterisiert ist [26]. Die Entwicklung entsprechender valider Messinstrumente ermöglichte, Zusammenhänge zwischen alexithymen Persönlichkeitsmerkmalen und verschiedenen Erkrankungen empirisch zu untersuchen [7, 14, 28]. Dadurch konnte ein Zusammenhang zwischen Alexithymie und Somatisierung empirisch in der Allgemeinbevölkerung [18] sowie bei Patienten mit somatoformen und funktionellen Störungen [31] untersucht und im Verlauf der Zeit mehrfach bestätigt werden. Insbesondere bei Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung wurden wiederholt höhere Alexithymiewerte gefunden [7].

In mehreren Untersuchungen konnte zudem ein negativer Zusammenhang zwischen Alexithymie und QoL sowohl bei repräsentativen Bevölkerungsstichproben [20], bei Patienten in der Primärversorgung [19] als aber auch bei unterschiedlichen Erkrankungen, wie z. B. Colitis ulcerosa/M. Crohn [22], oder bei der koronaren Herzkrankheit [29] gezeigt werden, wobei aufgrund der unterschiedlichen Stichproben und Untersuchungsinstrumente Vergleiche vorsichtig interpretiert werden müssen.

Aufgrund dieser Forschungsergebnisse stellt sich nun die Frage, ob bei Patienten

mit einer somatoformen Schmerzstörung ein Zusammenhang zwischen erhöhten Werten für alexithyme Merkmale und einer reduzierten QoL bestehen könnte. Hierfür untersuchten wir in einem ersten Schritt die Korrelationen zwischen den einzelnen Alexithymiesubskalen und den verschiedenen Domänen der generisch gemessenen, d. h. nicht krankheitsspezifischen, gesundheitsbezogenen QoL. Mögliche konfundierende Faktoren (soziodemografische Parameter, Schmerzintensität, Depression und Somatisierung) wurden bei der Errechnung dieser Beziehungen ebenso berücksichtigt. In einem zweiten Schritt wurde sodann eine hierarchische Regressionsanalyse – unter Berücksichtigung wichtiger Variablen (Depression, Somatisierung und Geschlecht) – durchgeführt. Unsere Hypothese lautete hierbei, dass ein negativer Zusammenhang zwischen den anhand der TAS-20 gemessenen alexithymen Merkmalen und der mittels WHOQOL-Bref ermittelten QoL besteht.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Stichprobe und Prozedere

Die Studie wurde von der Kantonalen Ethikkommission (KEK) des Kantons Zürich geprüft und genehmigt. Im Zeitraum von November 2006 bis März 2007 wurden in Zusammenarbeit mit der Rheumaklinik des Universitätsspitals Zürich 51 ambulante, konsekutive Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung nach DSM-IV rekrutiert. Bei allen

Patienten wurde die Diagnose mittels des Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.; [24]) durch klinisch erfahrene Ärzte und Psychologen bestätigt. Ausgeschlossen von der Studie wurden Patienten, die jünger als 18 oder älter als 65 Jahre waren, unter einer hirnorganischen Störung, einer schweren Suchtproblematik oder einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis litten. Patienten mit Major Depression (MADRS >28) wurden wegen möglicher konfundierender Effekten auf die Alexithymiediagnostik [13] ebenfalls ausgeschlossen. Jeder Patient unterschrieb eine Einwilligung für die freiwillige Teilnahme an der Studie.

Untersuchungsinstrumente

Die psychiatrische Diagnostik erfolgte mit dem Mini Internationale Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I). Das M.I.N.I ist ein strukturiertes Interview zur Erfassung von 17 psychiatrischen Achse-I-Diagnosen. Voruntersuchungen haben dessen hohe Validität und Reliabilität im Vergleich zu anderen Standardinstrumenten (SCID/CIDI) gezeigt [25]. Daher kann dieses Instrument heutzutage als einer der Goldstandards innerhalb der psychiatrischen Forschungsdiagnostik angesehen werden.

Die Erfassung der QoL erfolgte mittels des World Health Organization Quality of Life Questionnaire Bref (WHOQOL-Bref). Der WHOQOL-Bref bildet mit seinen 26 Items die Kurzversion des verwandten WHOQOL-100-Fragebogens und liegt auch in deutscher Sprache vor [4]. Der Fragebogen umfasst eine globale Beurteilung und 4 Domänen (physische Befindlichkeit, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Umwelt). Die einzelnen Fragen werden mittels einer 5-stufigen Likert-Skala beurteilt. Testanalysen konnten gute Werte bezüglich Validität, interner Konsistenz und Test-Retest-Reliabilität nachweisen.

Zur Messung der Alexithymie wurde die Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) eingesetzt. Die TAS-20 ist ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 20 Items, bei dem die Probanden auf einer 5-stufigen Likert-Skala einschätzen, ob sie Schwierigkeiten haben, Gefühle zu erkennen

Schmerz 2010 · 24:62–68 DOI 10.1007/s00482-009-0882-6

© Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes.

Published by Springer Medizin Verlag - all rights reserved 2010

D. Garcia Nuñez · M. Rufer · K. Leenen · K.-L. Majohr · H. Grabe · J. Jenewein Lebensqualität und alexithyme Merkmale bei Patienten mit somatoformer Schmerzstörung

Zusammenfassung

Hintergrund. Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung weisen häufig eine schlechte gesundheitsbezogene Lebensqualität (QoL) und Schwierigkeiten in der Affektregulation (Alexithymie) auf. Ziel dieser Studie war es, den Zusammenhang zwischen QoL und alexithymen Merkmalen zu untersuchen.

Patienten und Methoden. Bei 51 Patienten mit somatoformer Schmerzstörung (durchschnittliche Erkrankungsdauer: 11,6 Jahre) wurden Alexithymie (TAS-20), QoL (WHOQOL-BREF), psychische Belastung und Somatisierung (SCL-90-R) und depressive Symptome (MADRS) erhoben.

Ergebnisse. Es fand sich eine signifikante negative Korrelation zwischen QoL und alexithymen Persönlichkeitsmerkmalen, insbesondere der psychischen QoL und dem TAS-20-

Gesamtwert ($r=-0,63$, $p<0,001$). Die Alexithymiesubskala „Schwierigkeiten, Gefühle zu beschreiben“ erwies sich als signifikanter Einflussfaktor für die psychische QoL ($\beta=-0,34$, $p<0,01$), auch nach Kontrolle von Depression, Somatisierung und Geschlecht.

Schlussfolgerung. Für die insgesamt sehr niedrige QoL von Patienten mit somatoformer Schmerzstörung scheinen auch alexithyme Charakteristika eine wichtige Rolle zu spielen. Dies sollte sowohl diagnostisch als auch in der therapeutischen Zielsetzung berücksichtigt werden.

Schlüsselwörter

Alexithymie · Chronischer Schmerz · Depression · Lebensqualität · Somatoforme Schmerzstörung

Quality of life and alexithymia in somatoform pain disorder

Abstract

Background. Patients with somatoform pain disorders (SPD) frequently display reduced quality of life (QoL) and increased levels of alexithymia. This study investigated the association of QoL and alexithymia in a sample of SPD.

Patients and methods. Fifty-one patients with SPD (average time since onset: 11.6 years) were assessed in terms of alexithymia (TAS-20), QoL (WHOQOL-BREF), psychological distress and somatisation (SCL-90-R), and depression (MADRS).

Results. In SPD patients a significant negative correlation was observed between QoL and alexithymia, particularly the psychological domain of QoL and the TAS-20 total score

($r=-.63$, $p<.001$). The TAS-20 subscale “Difficulty Describing Feelings” was revealed to be a significant predictor of the psychological domain of QoL ($\beta=-.34$, $p<.01$), even after controlling for depression, somatisation and gender.

Conclusion. Patients with SPD show a remarkably reduced QoL and alexithymia appears to play a significant role for low QoL. Clinicians need to pay careful attention to alexithymia with regard to diagnosis and treatment planning in SPD patients.

Keywords

Alexithymia · Chronic pain · Depression · Quality of life · Somatoform pain disorder

Tab. 1 Soziodemografische Daten

		Schmerzpatienten (N=51)	
Alter in Jahren			
Range		24–65	
Mittelwert		45,7	
Standardabweichung		10,7	
		N	%
Geschlecht			
Weiblich	26	51,0	
Männlich	25	49,0	
Familienstand			
Ledig	12	23,5	
Verheiratet	25	49,0	
Geschieden	11	21,6	
Verwitwet	3	5,9	
Partnersituation			
Kein Partner	14	27,5	
Ehepartner/fester Partner	37	72,5	
Haushalt			
Mit Eltern	4	7,8	
Eigener Haushalt	43	84,3	
Wohngemeinschaft	4	7,8	
Schulbildung			
Kein Schulabschluss	1	2,0	
Grundschulabschluss	28	54,9	
Maturität	13	25,5	
Sonstige	9	17,6	
Höchster Berufsabschluss			
Noch in der Berufsausbildung	3	5,9	
Lehre/Fachschule	29	56,9	
Fachhochschule/Universität	8	15,7	
Ohne Berufsabschluss	10	19,6	
Missing	1	2,0	
Berufliche Situation			
Berufstätig (Voll- und Teilzeit)	22	43,1	
Hausfrau/Hausmann	3	5,9	
Ausbildung	1	2,0	
Arbeitslos	4	7,8	
Rente/Pension	16	31,4	
Unbekannt/unklar	4	7,9	
Missing	1	2,0	
Arbeitsunfähigkeit			
Keine Arbeitsunfähigkeit	25	49,0	
Arbeitsunfähigkeit	22	43,1	
Missing	4	7,8	
Rentenverfahren			
Nein	37	72,5	
Rentantrag	8	15,7	
Rentenstreit	1	2,0	
Missing	5	9,8	

(Difficulty Identifying Feelings, DIF), Gefühle zu beschreiben (Difficulty Describing Feelings, DDF) bzw. ob sie zu einem external orientierten Denkstil (External Oriented Thinking, EOT) neigen. Die Items laden auf 3 zusammenhängenden Skalen und werden zu einem TAS-20-Summenwert zusammengerechnet. Sowohl für den englischen Originalfragebogen wie für dessen deutsche [10] Version konnten gute Reliabilitäts-, Validitäts- und interne Konsistenzwerte nachgewiesen werden. Trotz deren dimensionalen Charakters empfahlen Bagby und Taylor [5], die Grenze zu einer pathologischen Ausprägung der Alexithymie bei Individuen mit einem TAS-20-Wert ≥ 61 anzusetzen.

Die psychische Symptombelastung beider Patientengruppen wurde mit der Deutschen Version der Symptom-Checkliste SCL-90-R ermittelt. Durch dieses bekannte Selbstbeurteilungsinstrument kann eine Person ihre subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome im Verlauf der letzten 7 Tage erfassen. Dazu muss sie jede der 90 Fragen mittels einer 5-stufigen Ratingskala beantworten. Diese beschreiben wiederum insgesamt 9 Bereiche (darunter Somatisierung und Depressivität). Als globaler Kennwert für die psychische Belastung wird der sog. GSI-Wert definiert [9].

Die Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS; [21]) ist eine der gebräuchlichsten Fremdbeurteilungsskalen zur quantitativen Einschätzung des Depressionsgrades eines Patienten. Auf der Grundlage eines Interviews werden 10 aufgeführte depressive Symptome erfasst. Die Einschätzung der einzelnen Werte erfolgt auf einer 7-stufigen Likert-Skala, wobei jede zweite Stufe verbal bezeichnet wird. Untersuchungen haben für die MADRS wiederholt eine gute Validität und Reliabilität nachweisen können.

Die in den letzten 14 Tagen wahrgenommene durchschnittliche Schmerzintensität wurde mittels einer visuellen Analogskala (VAS), die sich von 0 (kein Schmerz) bis 100 (maximaler Schmerz) erstreckte, erfasst. Zusätzlich wurde die Dauer seit Beginn der Schmerzen erfragt.

Statistik

Sämtliche statistischen Auswertungen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows, Version 17.0. Neben deskriptiven Auswertungen und Geschlechtsvergleichen mittels t-Tests wurden Pearson-Korrelationskoeffizienten berechnet, um die Assoziation zwischen QoL und alexithymen Merkmalen zu untersuchen. Um eine Kumulierung des α -Fehlers zu vermeiden, wurde zur Beurteilung der 20 Korrelationen zwischen den 5 QoL-Domänen und den 4 Alexithymiesubskalen eine Bonferoni-Korrektur vorgenommen [6]. Schließlich wurde mittels hierarchischer Regressionsanalysen der Einfluss des TAS-20-Gesamtwertes, der TAS-20-Subskalen DDI und DDF, unter Kontrolle von Depressivität (MADRS), Somatisierung (SCL-90-R-Subskala) sowie des Geschlechts auf die QoL-Domänen berechnet (Varianzaufklärung). In allen 3 Analysen wurden zunächst Depressivität, Somatisierung und Geschlecht simultan in die Berechnung aufgenommen (erster Schritt), in einem zweiten Schritt zusätzlich jeweils der TAS-20-Gesamtwert oder die TAS-20-Subskalen.

Ergebnisse

Die soziodemografischen Angaben der Patienten finden sich in **Tab. 1**. Unter einer affektiven Erkrankung litten 22 Patienten (44%), 9 Patienten (18%) zeigten eine depressive Episode und 6 (12%) eine rezidivierende depressive Störung. Eine Angststörung wiesen 22 Patienten (44%) auf. Darunter fanden sich 8 Patienten (16%) mit einer Panikstörung. Komorbiditäten zwischen Angst- und affektiven Störungen wurden in 10 Fällen (20%) beobachtet.

Die Mittelwerte für die QoL in den einzelnen Domänen sowie für den Alexithymiegesamtwert und die einzelnen Subskalen können aus **Tab. 2** entnommen werden. Insgesamt ließen sich 10 Patienten im klinischen Sinne als „alexithym“, d. h. mit TAS-20-Gesamtwerten ≥ 61 Punkten, klassifizieren. Durch ihr hohes Ausprägungsniveau bezüglich alexithymer Eigenschaften überschritten demnach in der untersuchten Gruppe doppelt so viele Personen wie in der Allgemeinbevölke-

rung die von Bagby und Taylor definierte klinische Grenze der Alexithymie [5, 20]. Damit war das Niveau alexithymer Merkmale innerhalb der untersuchten Gruppe vergleichbar mit demjenigen anderer Studien von Patienten mit somatoformer Schmerzstörung [31]. Die QoL war im Vergleich zu den angegebenen Normwerten aus dem Fragebogenmanual [4] mehr als anderthalb Mal verringert und entspricht in etwa den Werten, die Patienten mit anderen somatoformen Störungen aufwiesen [1]. Im Geschlechtervergleich zeigten die Männer mehr alexithyme Merkmale ($t=-1,98$, $df=47$, $p=0,05$), auch wiesen sie eine signifikant schlechtere Gesamt-QoL ($t=2,08$, $df=49$, $p<0,05$) auf.

In den bivariaten Korrelationen zwischen QoL und alexithymer Merkmalen (Tab. 3) fanden sich mehrere relevante Zusammenhänge. Am deutlichsten zeigten sich signifikante Werte hinsichtlich der psychischen Domäne der QoL. Diese korrelierte sowohl mit dem TAS-20-Gesamtwert ($r=-0,63$, $p<0,01$) als auch mit den Alexithymiesubskalen DIF ($r=-0,59$, $p<0,01$) und DDF ($r=-0,57$, $p<0,01$). Ebenso fanden sich signifikante Korrelationen zwischen der psychischen QoL und der Depressivität ($r=-0,78$, $p<0,001$), der Somatisierung ($r=-0,62$, $p<0,001$) und der Schmerzintensität in den letzten 14 Tagen ($r=-0,54$, $p<0,01$).

Hinsichtlich möglicher prädiktiver Faktoren für die einzelnen QoL-Domänen (abhängige Variablen) wurden Serien von hierarchischen Regressionsanalysen mit dem TAS-20-Gesamtwert, den TAS-20-Subskalen DIF und DDF, Depressivität (MADRS), Somatisierung (SCL-90-R) und Geschlecht als unabhängigen Variablen durchgeführt (Tab. 4). Depressivität und Somatisierung wurden in die Berechnung aufgenommen, da der Einfluss beider Variablen auf die QoL bekannt ist und sich hohe bivariate Korrelationen zeigten. Das Geschlecht der Patienten wiederum hatte sich bereits zuvor für den Gesamtalexithymie- sowie den QoL-Wert als relevant erwiesen. Die TAS-20-Subskala EOT wurde nicht in die Analyse aufgenommen, da sich keine signifikante bivariate Korrelation fand.

Mit Bezug auf die psychische QoL erklärte die Subskala DDF der TAS-20 zusätzlich 9% ($p<0,01$) der Varianz

(Tab. 4), das Gesamtmodell erklärte 69% (korrigiertes $R^2=0,69$) der Varianz. Die Subskala DIF erwies sich für die psychische QoL ebenfalls als signifikanter Faktor mit einer zusätzlichen Varianzaufklärung von 4 bzw. 63% für das Gesamtmodell ($R^2=0,63$).

Diskussion

Dies ist – nach dem besten Wissen der Autoren – die erste Studie, die mögliche Zusammenhänge zwischen alexithymer Merkmalen und QoL bei einer spezifischen Patientengruppe mit einer somatoformen Schmerzstörung untersuchte. Entsprechend der von uns formulierten Hypothese, konnten wir einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Ausprägungsgrad alexithymer Merkmalen und der QoL zeigen. So fanden wir mittlere bis starke ($r=-0,41$ bis $-0,63$) Korrelationswerte zwischen den meisten QoL und Alexithymiesubskalen. Während die Subskala „Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren“ besonders stark mit der psychischen und gleichermaßen mit der physischen und der globalen QoL korrelierte, erwiesen sich in der hierarchischen Regressionsanalyse mit Kontrolle von Depression, Somatisierung und Geschlecht der TAS-20-Gesamtwert und im Besonderen die Subskala „Schwierigkeiten, Gefühle zu beschreiben“ als signifikanter Einflussfaktor für eine schlechtere psychische QoL.

Bei der genauen Betrachtung der QoL fällt auf, dass der globale Wert bei den Schmerzpatienten erheblich niedriger als bei anderen psychiatrischen Erkrankungen war. Beispielsweise lagen die von Stengler-Wenzke [27] gemessenen Werte bei Zwangspatienten mit 50,18 Pt. ($SD=19,40$) im Durchschnitt ca. ein Drittel und bei den Patienten mit Schizophrenie mit 57,96 Pt. ($SD=19,29$) mehr als die Hälfte höher als bei den hier untersuchten Schmerzpatienten mit 36,52 Pt. ($SD=20,89$). Auch im Vergleich zu Patienten mit Mundhöhlenkrebs, die z. T. mit erheblichen krankheitsbedingten Behinderungen und der Ungewissheit einer lebensbedrohlichen Erkrankung leben müssen, wiesen die Schmerzpatienten eine deutlich reduzierte QoL auf [14]. Obwohl ein direkter Vergleich aufgrund der unterschiedlichen Gruppencharakterisierung

Tab. 2 Mittelwerte für Alexithymie-, Lebensqualität-, Symptom- und Depressions-skalen

	Schmerzpatienten (N=51)	
	M	(SD)
TAS-20		
Total	49,14	(12,11)
DIF	17,75	(5,71)
DDF	12,32	(4,30)
EOT	19,36	(4,89)
WHOQOL-BREF		
Globale QoL	36,52	(20,89)
Physisch	44,23	(17,76)
Psychisch	52,61	(21,03)
Soziale Beziehungen	56,62	(24,10)
Umwelt	67,92	(15,55)
SCL-90		
Global Severity Index	0,93	(0,64)
Ängstlichkeit	0,99	(0,75)
Somatisierung	1,47	(0,74)
Zwanghaftigkeit	1,26	(0,96)
Unsicherheit im Sozialkontakt	1,02	(0,88)
Depressivität	1,15	(0,82)
Psychotizismus	0,65	(0,63)
Aggressivität	0,73	(0,70)
Paranoides Denken	0,81	(0,77)
Phobische Angst	0,57	(0,63)
MADRS		
Gesamtscore	14,92	(8,43)
Schmerzen		
Dauer (Jahre)	11,6	(10,6)
Ausmaß gemäß VAS In den letzten 14 Tagen (mm)	57,67	(19,8)

TAS-20 Toronto Alexithymia Scale, DIF Difficulty Identifying Feelings, DDF Difficulty Describing Feelings, EOT Externally Oriented Thinking, WHOQOL-BREF WHO Quality of Life Questionnaire, SCL-90 Symptomcheckliste, MADRS Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, VAS Visual Analog Scale.

schwierig erscheint, ist die Beeinträchtigung der allgemeinen gesundheitsbezogenen QoL der untersuchten Schmerzpatienten beachtenswert. Im Gegensatz dazu scheint die niedrige physische QoL erwartungsgemäß plausibel zu sein. Bereits frühere Studien haben den Zusammenhang zwischen chronischen Schmerzen und einem geringen Wohlbefinden [16, 28] berichtet.

Hinsichtlich der psychischen QoL bestätigen unsere Ergebnisse die Resultate 2 früherer Studien, die den Zusammen-

Tab. 3 Bivariate Korrelationen zwischen den gemessenen Variablen

	QoL-Global	QoL-Psych	QoL-Phys	QoL-Sozial	QoL-Umwelt	TAS-Total	DIF	DDF	EOT	MADRS
TAS-Total	-0,43**	-0,63**	-0,43**	-0,30*	-0,46**					
DIF	-0,51**	-0,59**	-0,51**	-0,34*	-0,41**	0,81**				
DDF	-0,31*	-0,57**	-0,26	-0,32*	-0,39**	0,83**	0,50**			
EOT	-0,28	-0,41**	-0,32*	-0,09	-0,34*	0,83**	0,44**	0,62**		
MADRS	-0,62**	-0,78**	-0,69**	-0,50**	-0,56**	0,58**	0,54**	0,43**	0,43**	
SCL-Som	-0,65**	-0,62**	-0,66**	-0,48**	-0,62**	0,35*	0,53**	0,12	0,18	0,67**
VAS	-0,56**	-0,54**	-0,60**	-0,45**	-0,51**	0,33*	0,37*	0,22	0,20	0,64**
Alter	0,26	0,29*	0,23	0,04	0,25	-0,13	-0,16	-0,17	0,01	-0,10

Pearson Korrelation: *p<0,05, **p<0,01.

TAS-Total Gesamtwert Toronto Alexithymia Scale, DIF Difficulty Identifying Feelings, DDF Difficulty Describing Feelings, EOT Externally Oriented Thinking, MADRS Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, SCL-Som Somatisierung, gemessen mit SCL-90, VAS Visual Analog Scale, QoL „quality of life“, gemessen mit WHOQOL-BREF.

Tab. 4 Hierarchische Regressionsanalysen mit QoL-Domänen als abhängige Variablen und Depressivität, Somatisierung, Geschlecht und Alexithymie als Prädiktoren

		QoL-Global			QoL-Psych			QoL-Phy			QoL-Soz			QoL-Umwelt		
		R ²	ΔR ²	β ^a	R ²	ΔR ²	B	R ²	ΔR ²	β	R ²	ΔR ²	β	R ²	ΔR ²	β
1. Analyse	1. Schritt	0,46	0,49***		0,60	0,63***		0,52	0,55**		0,30	0,35***		0,40	0,44***	
	2. Schritt	0,45	0,01		0,66	0,06**		0,51	0,00		0,30	0,01		0,42	0,04	
	MADRS			-0,30			-0,49**			-0,48**			-0,35			-0,11
	SCL-Som			-0,37			-0,18			-0,30*			-0,24			-0,45**
	Geschlecht			-0,07			0,08			-0,09			0,18			-0,05
	TAS-Tot			0,12			-0,32**			-0,01			-0,14			-0,24
2. Analyse	1. Schritt	0,47	0,50***		0,59	0,62***		0,53	0,56***		0,29	0,34***		0,39	0,43***	
	2. Schritt	0,49	0,03		0,63	0,04**		0,53	0,01		0,30	0,02		0,38	0,01	
	MADRS			-0,28			-0,56***			-0,42*			-0,33			-0,23
	SCL-Som			-0,34*			-0,12			-0,30**			-0,21			-0,40**
	Geschlecht			-0,07			0,05			-0,07			0,19			-0,06
	DIF			-0,21			-0,26*			-0,11			-0,19			-0,09
3. Analyse	1. Schritt	0,47	0,51		0,60	0,63***		0,53	0,56		0,31	0,36***		0,42	0,45***	
	2. Schritt	0,48	0,01		0,69	0,09**		0,52	0,00		0,31	0,02		0,45	0,04	
	MADRS			-0,28			-0,47***			-0,46**			-0,32			-0,12
	SCL-Som			-0,42**			-0,26*			-0,33*			-0,30			-0,49**
	Geschlecht			-0,08			0,06			-0,10			0,15			-0,06
	DDF			-0,13			-0,34**			0,00			-0,15			-0,24

***p<0,001, **p<0,01, *p<0,05; R² entspricht korrigiertem Wert, ^aβ-Schlusswerte. TAS-Tot Gesamtwert Toronto Alexithymia Scale, DIF Difficulty Identifying Feelings, DDF Difficulty Describing Feelings, MADRS Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, SCL-Som Somatisierung, gemessen mit SCL-90.

hang zwischen QoL und Alexithymie in der Allgemeinbevölkerung [18] und bei Patienten in der Primärversorgung [19] untersucht haben. In beiden Studien mit relativ großen Stichproben (N=229 und N=5418) wurde ein Zusammenhang zwischen der QoL und Alexithymie – unabhängig von soziodemografischen und psychopathologischen Faktoren – gefunden. Bei aller Vorsicht, die man aufgrund der unterschiedlichen Untersuchungsdesigns bei einem solchen Vergleich walten lassen sollte, wurde in beiden Studien

eine negative Korrelation zwischen QoL und Alexithymie gefunden. Diese Resultate deuten darauf hin, dass dieser Zusammenhang sowohl bei verschiedenen psychischen Störungen als auch in der Allgemeinbevölkerung vorhanden sein könnte. Ob die Assoziation bei Patienten mit einer somatoformen Störung stärker ist, müssten zukünftige im Längsschnitt durchgeführte Vergleichsstudien mit anderen psychiatrischen Störungen zeigen. Ein Hinweis dafür, dass der Zusammenhang zwischen alexithymen Persönlich-

keitsmerkmalen und QoL bei Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung besonders relevant ist, könnte die Tatsache sein, dass mit den von uns gerechneten Modellen eine vergleichsweise hohe Varianzaufklärung der psychischen QoL (bis 69%) erreicht werden konnte. Besonders hoch und relevant war diese – neben Depressivität und Somatisierung – bei der TAS-20-Subskala DDF mit 9% zusätzlicher Varianzaufklärung. Eine mögliche Erklärung für den Zusammenhang zwischen der Subskala DDF und QoL könnte

sein, dass Patienten mit einer geringen Fähigkeit, ihre Gefühle zu beschreiben, auf erhebliche Schwierigkeiten im Medizinalsystem stoßen. So konnte gezeigt werden, dass Alexithymie einen negativen Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung hat, da diese Patienten z. T. negative Reaktionen bei Ärzten provozieren [23]. Solche Menschen laufen deshalb Gefahr, keine angemessene und/oder ausreichende medizinische Unterstützung zu bekommen. Diese Dynamik könnte sich möglicherweise auch in der Häufigkeit der Arztkonsultationen [8] und in der generell hohen Beanspruchung des Gesundheitssystems ausdrücken. Gleichsam besteht die Möglichkeit, dass alexithyme Patientenmerkmale Behandler zu einer Symptombekämpfung im organischen Bereich verleiten, obwohl sich ihre schlechte QoL unter stärkerer Berücksichtigung alexithymer Persönlichkeitsmerkmale effizienter verbessern ließe. Soziale und arbeitstechnische Reintegrationsbemühungen und eine suffiziente psychotherapeutische Begleitung könnten daher für dieses Patientenkollektiv manchmal von stärkerer Relevanz sein als zusätzliche diagnostische und organofokussierte therapeutische Maßnahmen. Prospektive Untersuchungen könnten hier helfen, diese teilweise hypothetischen Zusammenhänge zu klären.

Bei der Interpretation der Resultate dieser Untersuchung müssen verschiedene limitierende Faktoren berücksichtigt werden: Erstens handelt es sich bei dieser Studie um eine Querschnittuntersuchung, sodass die beobachteten Zusammenhänge nicht als gerichtete Kausalitäten betrachtet werden können. Die Frage, ob Menschen mit alexithymer Merkmalen per se unter einer schlechten QoL leiden oder ob eine schlechte QoL zu einer affektiven Distanzierung führt, die sich klinisch als Alexithymie präsentiert, oder ob die Kombination von alexithymer Merkmalen mit einer somatoformen Schmerzstörung zu einer besonders geringen QoL führt, könnte nur im Rahmen von Längsschnittstudien beantwortet werden. Aufgrund der bisherigen Daten ist jedoch eher davon auszugehen, dass alexithyme Merkmale als Persönlichkeitsfaktor wesentlich zur Entstehung und/oder Aufrechterhaltung psychosomatischer Störungen beitragen. Zweitens handelt es sich um eine

Hier steht eine Anzeige.



relativ kleine Stichprobe eines einzelnen Schmerzzentrums, wodurch ein gewisser Selektionsbias nicht ausgeschlossen werden kann. Es wäre beispielsweise denkbar, dass sich im untersuchten Patientenkollektiv äußerst schwere und chronische Fälle befinden, wodurch die hier dargestellten Zusammenhänge in ihrer Bedeutung überschätzt worden wären. Dieser Umstand schränkt eine Generalisierung unserer Befunde stark ein. Zukünftige Forschungsansätze sollten diese Schwierigkeit berücksichtigen und durch größere, an mehreren Zentren erhobene Stichproben zu überwinden versuchen. Ebenfalls beachtet werden muss, dass es sich aufgrund der bekanntermaßen unbefriedigenden diagnostischen Kriterien der somatoformen Schmerzstörung möglicherweise um eine relativ heterogene Stichprobe handelt. Gleichzeitig wurde versucht, durch die sorgfältige psychiatrische Diagnostik diese Problematik einzudämmen, was zu den Stärken dieser Studie zählt. Zukünftige Forschungsansätze sollten untersuchen, ob sich der hier beobachtete Zusammenhang auch bei Patienten mit chronischen Schmerzen anderer Genese, z. B. bei neuropathischen Schmerzen, beobachten lässt. Schließlich muss beachtet werden, dass bei dieser Studie schwer depressive Patienten aus den im Absatz zur Methodik beschriebenen Gründen ausgeschlossen wurden.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse dieser Studie, dass der Ausprägungsgrad von alexithymen Merkmalen bei Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung signifikant mit einzelnen Domänen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert war. Angesichts der erheblich eingeschränkten QoL dieser Patientengruppe erscheint es deshalb wichtig, auch alexithyme Patientenmerkmale bei Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen zukünftig sowohl in Klinik als auch Forschung verstärkt zu beachten.

Fazit für die Praxis

Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung und alexithymen Eigenschaften haben eine deutlich verminderte QoL. Dieser Zusammenhang besteht unabhängig von anderen psychopathologischen Faktoren wie Depression und

Somatisierung. Bei der Behandlung dieser Patienten wäre es daher wichtig, ihre Schwierigkeit, Gefühle zu verbalisieren und zu identifizieren, früh zu erkennen und verstärkt psychosoziale Interventionen einzusetzen. Durch die Behandlung dieser Introspektions- und Kommunikationsdefizite könnten sie vermutlich eine deutliche Verbesserung ihrer subjektiven Lebenssituation erfahren, was sich auf die weitere medizinische Behandlung positiv auswirken könnte.

Korrespondenzadresse

D. Garcia Nuñez

Psychiatrische Poliklinik,
Universitätsspital Zürich
Rämistr. 100, 8091 Zürich
Schweiz
david.garcia@usz.ch

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Aigner M, Forster-Streffleur S, Prause W et al (2006) What does the WHOQOL-Bref measure? Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology in chronic somatoform pain disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41:81–86
- Alexander F (1950) *Psychosomatic Medicine*. Norton, New York
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association, Washington, D.C
- Angermeyer MC, Kilian R, Matschinger H (2000) WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle
- Bagby M, Taylor G (1997) Measurement and validation of the alexithymia construct. In: *Disorders of affect regulation*. University Press, Cambridge
- Bortz J (1993) *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Springer, Berlin Heidelberg
- Cox BJ, Kuch K, Parker JD et al (1994) Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. *J Psychosom Res* 38:523–527
- Fink P, Sorensen L, Engberg M et al (1999) Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics* 40:330–338
- Franke GH, Stäcker KH (1995) Reliabilität und Validität der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) bei Standardreihenfolge versus inhalts-homogener Itemblockbildung. *Diagnostica* 41:349–373
- Franz M, Schneider C, Schafer R et al (2001) Factorial structure and psychometric properties of the German version of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom Med Psychol* 51:48–55
- Frohlich C, Jacobi F, Wittchen HU (2006) DSM-IV pain disorder in the general population. An exploration of the structure and threshold of medically unexplained pain symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256:187–196
- Goldberg RT, Goldstein R (2000) A comparison of chronic pain patients and controls on traumatic events in childhood. *Disabil Rehabil* 22:756–763
- Hintikka J, Honkalampi K, Lehtonen J et al (2001) Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs? A study in a general population. *Compr Psychiatry* 42:234
- Jenewein J, Zwahlen RA, Zwahlen D et al (2008) Quality of life and dyadic adjustment in oral cancer patients and their female partners. *Eur J Cancer Care* 17:127–135
- Krystal H (1997) Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanalytic Inquiry* 17:126–150
- Lame IE, Peters ML, Vlaeyen JW et al (2005) Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *Eur J Pain* 9:15–24
- Lieb R, Meinschmidt G, Araya R (2007) Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. *Psychosom Med* 69:860–863
- Mattila AK, Kronholm E, Jula A et al (2008) Alexithymia and somatization in general population. *Psychosom Med* 70:716–722
- Mattila AK, Poutanen O, Koivisto Am et al (2007) Alexithymia and life satisfaction in primary health-care patients. *Psychosomatics* 48:523–529
- Mattila AK, Saarni SI, Salminen JK et al (2009) Alexithymia and health-related quality of life in a general population. *Psychosomatics* 50:59–68
- Montgomery SA, Asberg M (1979) A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 134:382–389
- Moreno-Jimenez B, Lopez Blanco B, Rodriguez-Munoz A et al (2007) The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *J Psychosom Res* 62:39–46
- Rasting M, Brosig B, Beutel ME (2005) Alexithymic characteristics and patient-therapist interaction: a video analysis of facial affect display. *Psychopathology* 38:105–111
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH et al (1998) The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 59(Suppl 20):22–33; quiz 34–57
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH et al (1997) The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry* 12:232–241
- Sifneos PE (1973) The prevalence of „alexithymic“ characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 22:255–262
- Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H et al (2006) Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41:662–668
- Tuzun EH (2007) Quality of life in chronic musculoskeletal pain. *Best Practice Res* 21:567–579
- Valkamo M, Hintikka J, Honkalampi K et al (2001) Alexithymia in patients with coronary heart disease. *J Psychosom Res* 50:125–130
- Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ et al (1992) Grading the severity of chronic pain. *Pain* 50:133–149
- Waller E, Scheidt CE (2004) Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *J Psychosom Res* 57:239–247